

Rechtsprechungsinformationsdienst 06-01

Erratum	6
Editorische Hinweise	6
Redaktion	6
A. Vertragsarztrecht	7
I. Honorarverteilung	7
1. Honorarfonds/Honorartopf	7
a) Veränderungen der Arztzahlen	7
b) Diagnostische Radiologen und Strahlentherapeuten	7
2. Laborreform '99:	8
a) O III-Laborleistungen: Vergütungszuschlag nur für kleinere Praxen rechtswidrig	8
b) Keine rückwirkende Nachbesserung für Laborärzte (Quartal III u. IV/99)	8
3. Weitere Honoraransprüche im einstweiligen Anordnungsverfahren	9
4. Kennzeichnungspflicht (Nr. 5.3 Allg. Best. EBM 2000 plus)	10
5. Nachträgliche Abrechnungsberichtigung durch Vertragsarzt	10
6. Aufrechnung alten Schuldsaldos einer Einzelpraxis mit Gemeinschaftspraxis	11
7. Zahnärzte	11
a) Rückwirkungsverbot: Teilhonorarkontingente in zahnärztlichen Leistungsbereichen	11
b) Praxisbezogene fallzahlabhängige Budgets	12
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung und Gebührenrecht	13
1. Leistungsbeschränkung bei Job-Sharing	13
2. Vier-Jahres-Frist: Wirtschaftlichkeitsprüfbescheid und Fristhemmung	13
3. Chirurgie/Unfallchirurgie: Nr. 205 EBM	14
4. Orthopäde: Nr. 507, 601 EBM '96	14
5. Zahnärzte:	15
a) Nr. Ä 178 ("Implantation von Knochen")	15
b) Behandlung im Notdienst: Schmerzbesitzigende Maßnahmen (WK)/Nr. 56a BEMA-Z	15
c) Vertrauensschutz: Degressionsüberschreitung 1997	16
III. Arztregistereintragung/Fachkunde/Genehmigungen/Notdienst	16
1. Genehmigung für Ultraschalleistungen ohne Rückwirkung	16
2. Kinderarzt: Genehmigung für Koloskopie bei Kindern	16
3. Notfallvertretungsdienst	17
a) Freistellung vom Notfallvertretungsdienst aus gesundheitlichen Gründen	17
b) Erhebung einer Kostenumlage durch Notdienstgemeinschaft	17
IV. Verwaltungskosten „Öffentlichkeitsarbeit KZBV“	18
V. Disziplinarrecht: Übermittlungspflicht für Behandlungsunterlagen	18
VI. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress/Schadensersatzanspruch	18
1. Arzneikostenregress: AMR unwirksam	18
a) Alt-Arzneimittel Thym-Uvocal	18
b) Alt-Arzneimittel Thymoject	19
2. Sprechstundenbedarfsregress	19
a) Quartalsweise Verordnung	19
b) Beachtung einer SSB-Vereinbarung/Vertrauensschutz	19
3. Zahnärzte	20
a) Gewährleistung/Bindung an Zahnersatz-Richtlinien/Wunschbehandlung	20
b) Funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen	21
c) Vertragungsgesuch/ZE-Fälle keine Praxisbesonderheit	21
d) „Durchsanieren“/Par- u. ZE-Fälle keine Praxisbesonderheit	21
e) Prothetik-Einigungs-Ausschuss: Schadensregress	22
f) Parodontosebehandlung	22
aa) Vorbehandlung und Erstellung des PAR-Status	22
bb) Verstoß gegen PAR-RL und Leistungskürzung	22

VII. Zulassungsrecht	23
1. Wirksamkeit eines Zulassungsverzichts und Widerruf	23
2. Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung	23
a) Berücksichtigung zugelassener Krankenhäuser nach § 115b SGB V	23
b) Präventive Leistungen (Nr. 156 EBM)	24
c) Keine Kompetenz der KV	24
d) Anordnung der sofortigen Vollziehung	24
3. Zulassungsentziehung	25
a) Beschäftigung eines kasachischen Zahnarztes ohne Approbation und Genehmigung	25
b) Anordnung der sofortigen Vollziehung	26
aa) Prognose/Insolvenzverfahren	26
bb) Suchterkrankung	26
4. Altersgrenze von 68 Jahren und EU-Recht	27
5. Ermächtigung	28
a) Laborarzt: Bedarfsdeckung durch überörtliche Leistungserbringung	28
b) Qualitativ-spezifischer Bedarf bei speziellen Leistungen und Planungsbereich	28
c) Bedarfsprüfung nur im Planungsbereich/30 km-Radius	28
d) Soziologische Gruppe: Sexualstraftäter (§ 31 I lit. b Ärzte-ZV)	29
e) Altersgrenze von 68 Lebensjahren	29
f) Mindestvoraussetzungen für Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)	30
6. Rechtsbehelfsbelehrung und Widerspruchsbegründung	30
VIII. EHV der KV Hessen: Anspruch nach Antragseingang	31
IX. Praxisgebühr: Einzugsverpflichtung rechtmäßig	31
X. Globalzession/Zahlungspflicht der KZV bei Insolvenz	31
XI. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/Schiedsamt	31
1. Erstreckungskasse und Rechtskreis "Ost"/Rechtskreis "West"	31
2. Schiedsspruch: Sozialhilferechtliche Krankenhilfe und Wirtschaftlichkeitsprüfung	32
3. Schiedsspruch: Zahntechnische Leistungen und Mengenentwicklung	32
4. Klagebefugnis der KZV: Beanstandung durch Aufsichtsbehörde der Ersatzkassen	32
5. Nullrunde 2003 und Folgejahre (Art. 5 BSSichG)	33
6. Fremdkassenausgleich: Kein Verwaltungsakt gegenüber anderer KZV	33
XII. Streitwert/Gegenstandswert/Anwaltsvergütung	34
1. Eintragung in das Arztregister	34
2. Anerkennung der Fachkunde für Gesprächspsychotherapie	34
3. Vorläufige Nutzbarkeit ausgelagerter Praxisräume	34
4. Arzneikostenregress und Bescheidungsantrag	34
5. Wirksamkeit eines Zulassungsverzichts in Gemeinschaftspraxis	34
6. Untätigkeitsklage	35
7. Anwaltsgebühr im Neubeschidungsverfahren (Nr. 2400 VV)	35
8. Einstweiliges Anordnungsverfahren gegen Honorarberichtigungsbescheid	35
XIII. Entscheidungen des BSG	36
1. Honorarverteilung	36
a) Arbeitsausschuss/Vergütung ermächtigter Laborärzte nach Nr. 3456 EBM	36
b) Überprüfung der Gesamtvergütung	36
c) Teilnahme an und Vergütung nach einem Strukturvertrag	36
d) Regionalisierte Praxisbudgets/Interpretationsbeschlüsse	36
e) Vergütungsausschluss verspätet eingereichter Abrechnungsscheine	37
2. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Nr. 5 EBM/Vergleichsgruppenbildung	37
3. Zulassungsrecht	37
a) Psychotherapeuten: Zeitfenster und Kindererziehung	37
b) Anfechtungsbefugnis gegenüber Ermächtigungen für Krankenhausärzte	37

B. Krankenversicherungsrecht	38
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	38
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	38
a) BVerfG: Prüfungspflicht der Sozialgerichte	38
b) Neuropsychologische Therapie (Einstweilige Anordnung)	38
aa) Beachtliche Gründe für Systemversagen	38
bb) Kein Systemversagen	38
2. Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	39
3. Kieferorthopädischer Behandlungsbeginn nach Fehlbehandlung	39
II. Kostenerstattungsanspruch	39
1. Behandlung durch nicht zugelassene Psychotherapeutin	39
2. Implantation eines Magenbandes (sog. Gastric-Banding)	40
3. Vorherige Entscheidung der Krankenkasse	40
III. Vorzeitige stationäre Rehabilitationsmaßnahme	40
IV. Krankenbehandlungen in Jordanien und Indien	41
V. Arzneimittel	41
1. Festbetragsfestsetzung	41
a) Wirkstoff Atorvastatin (Fertigarzneimittel "Sortis")	41
b) Festbetrag für Arzneimittelgruppe "Angiotensin-II-Antagonisten, rein" (Arzneimittel LORZAAR)	42
2. Off-Label-Use	43
a) Seltene Krankheit und MabThera® (Wirkstoff: Rituximab)	43
b) Inhalative Therapie mit Interleukin-2	43
c) Restless-Legs-Syndrom	44
aa) Cabaseril (Wirkstoff L-Dopamin)	44
bb) Parkotil	44
d) ADHS bei Erwachsenen: "Medikinet" (Wirkstoff Methylphenidat)	44
e) Octagam (IVIG - Immunglobulin) bei Multipler Sklerose	45
f) Nicht zugelassenes Arzneimittel "Herceptin"	45
aa) Zeitlich begrenzter Therapieversuch/Unzumutbarer Einkommenseinsatz	45
bb) Wirksamkeitsnachweis durch besonders ausgewiesene ärztliche Fachkunde	46
cc) Folgenabwägung	47
3. Lorenzo's Öl	47
4. Nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel (Alpha-Liponsäure)	48
VI. Heilmittel: Medizinische Fußpflege aufgrund orthopädischer Leiden	48
VII. Hilfsmittel	48
1. Behindertendreirad	48
2. Rollstuhl-Zuggerät "Speedy-Elektra II".	48
3. Multifunktionsrollstuhl in stationärer Pflegeeinrichtung	49
4. Weiterer Aktivrollstuhl	49
5. Motorbewegungsschiene CPM (Schulterbewegungsschiene)	49
6. Zweitversorgung mit Oberschenkelprothese	50
7. Orthopädische Sportschuhe	50
8. Beidseitige Cochlear-Implantat-Versorgung	50
9. Festbetrag für Brille bei Verordnung noch im Jahr 2003	50
10. Lifterwaage	51
VIII. Häusliche Krankenpflege	51
1. Abgrenzung Grund- und Behandlungspflege	51
a) Begriff "eigener Haushalt" und Betreutes Wohnen	51
b) Abzug grundpflegerischer Leistungen nach § 37 I SGB V	52
c) Wohnunterkunft für Obdachlose	53
2. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse III	53
3. Kein Ausschluss notwendiger Behandlung	53
IX. Haushaltshilfe/Zuzahlung/Sterbegeld	54
1. Haushaltshilfe bei akuten Schüben einer chronischen Erkrankung	54
2. Keine Stückelung der Zuzahlung	54
3. Sterbegeld bei Tod nach dem 31.12.2003	54

X. Beziehungen zu Leistungserbringern	54
1. Beziehungen zu Krankenhäusern: Krankenhauskosten	54
a) Überprüfungsverfahren	54
aa) Nichteinhaltung des vereinbarten Verfahrens durch Krankenkasse	54
bb) Überprüfungsverfahren und Sachverständigenbeweis	55
b) Überprüfungsverfahren/Stationäre Kosten wegen Untersuchungsverzögerung	55
c) Fehlende Behandlungsalternative	56
d) Fehlende Pflegeeinrichtung	56
e) Fallpauschale 11.02: Stammzellentransplantation u. dosisreduz. Konditionierung	57
2. Apotheker	57
a) Aufrechnung mit Arzneimittelabrechnung nach Luftabrechnungen	57
b) "Verordnete Menge" bei Abgabe in Einzeldosen (Zytostatika)	58
c) Preisberechnung von Antibiotika bei Abgabe in Einzeldosen	58
3. Abrechnungsverfahren für enterale Ernährung	59
4. Heilmittelerbringer: Praxisausstattung und Mindestraumhöhe	59
5. Hilfsmittelerbringer	59
a) Schulterbewegungsschiene (CPM)	59
b) Streichung einer Produktuntergruppe aus dem Hilfsmittelverzeichnis	60
c) Inkassorisiko bei ausbleibender Zuzahlung (Sanitätshaus)	61
6. Häusliche Krankenpflege	61
a) Einstweiliger Rechtsschutz und Schiedsverfahren nach § 132a II SGB V	61
b) Bereicherungsanspruch bei Leistungserbringung ohne Regelung über Vergütungshöhe	62
XI. Rechtsbeziehungen zw. Krankenkassen/Aufsichtsbehörden	62
1. Anordnungsgrund bei Wettbewerbsstreitigkeit	62
2. Vergleichende Mitgliederwerbung	63
XII. Streitwert: Streichung der Produktuntergruppen im Hilfsmittelverzeichnis	64
XIII. Entscheidungen des BSG	64
1. Vertragsärztliche Behandlung: Extrakorporale Stoßwellentherapie	64
2. Arzneimittel	64
a) Arzneimittelrechtliche Verkehrsfähigkeit wegen Klage (Wobe-Mugos E)	64
b) Instant-Dickungsmittel	64
3. Hilfsmittel: Reha-Kinderwagen	65
4. Häusliche Krankenpflege:	65
a) Einrichtungen der Behindertenhilfe	65
b) Behandlungspflege/Grundpflege: Krankenbeobachtung eines Schwerstbehinderten	65
5. Beziehungen zu Leistungserbringern	65
a) Apothekenrabatt 2002: Arzneimittelausgaben-BegrenzungsG	65
b) Ambulante Rehabilitationsleistungen nach Kündigung eines Versorgungsvertrages	65
C. Entscheidungen anderer Gerichte	66
I. Ärztliches Berufsrecht	66
1. Berufsrecht	66
a) Approbation nach Hochschulstudium in der russischen Föderation	66
b) Entziehung der Approbation	66
aa) Verstoß gegen Arztpflichten (Notarzt/Arzneimittelverordnung)	66
bb) Verurteilung wegen Betruges und Urkundenfälschung	66
c) Äußerung eines Zahnarztes über Behandlung eines Kollegen	67
d) Behandlungspflicht erst nach Vorlage der Versichertenkarte	67
e) Anerkennung „Fachärztin für Allgemeinmedizin“	67
2. Zivilrechtliches Arztrecht/Ärztliches Wettbewerbsrecht	67
a) BGH: Quersubventionierung von Laborgemeinschaften	67
b) Apparategemeinschaft: Abgrenzung Vertrag "sui generis" und Arbeitsverhältnis	68
3. Strafrecht	69
a) BVerfG: Verhängung eines vorläufigen Berufsverbots	69
b) BGH: Ruhen der deutschen Approbation	70

II. Arzthaftung	70
1. BGH: Verzögerte Erstellung eines Attestes für Lebensversicherung	70
2. Belegarzt	70
a) BGH: Gesamtschuldnerische Haftung	70
b) Klinikshaftung für Belegarzt/Verspätete Aufklärung	70
3. Selbständiges Beweisverfahrens	71
4. Einwilligung: Aufklärung über Risiken durch Vorschädigung	71
5. Augenarzt: Überwachung einer Frühgeborenen-Retinopathie/Augenhintergrund	71
6. Gynäkologe: Organisationsverschulden bei unzureichendem Notfallmanagement	71
7. Neue Methode als Qualitätsstandard: Mammographie	71
8. Befangenheit eines Sachverständigen: Universitätsbediensteter	72
9. Befreiung von Honorarverbindlichkeit	72
III. Unlauterer Wettbewerb	72
1. Beteiligung an Vertriebsfirma für Hörgeräte und verkürzter Versorgungsweg	72
2. Gutschein bei Arzneimittelbestellung	72
IV. BGH: Grenzen der Amtshaftung bei Verhandlung über Gesamtvergütung	73
V. Arzneimittel/Betäubungsmittel	74
1. BVerwG : Betäubungsmittel zu therapeutischen Zwecken (Cannabis)	74
2. Kein Bestell- und Abholservice für Arzneimittel in Drogeriemärkten	74
VI. Verschiedenes	74
1. EUGH	74
a) Generalanwalt: Auslandskrankenbehandlung - Keine Erstattung der Reisekosten	74
b) Generalanwalt: Englisches Wartesystem für Operationen rechtswidrig	74
c) Kein Anspruch auf gleichen Lohn für Bereitschaftsdienst	75
d) Vermietung von Fernsehgeräten an Krankenhauspatienten und Umsatzsteuer	75
2. Entzug der Approbation eines Apothekers wegen Mordes	76
3. Rettungsdienst: Anordnung von Bereitschaftsdienst	76
4. BAG: Höchstgrenze von 48 Wochenstunden gilt auch für Alt-Tarifverträge	76
5. Steuerrecht	77
a) BFH: Liquidation wahlärztlicher Leistungen als Arbeitslohn	77
b) BFH: Umsatzsteuer für Legasthenie-Therapie	77
Verzeichnis der Entscheidungen	77
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht	80
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)	84

Erratum

SG Marburg, Beschl. v. 19.05.2005 – S 12 KA 37/05 ER – **RID 05-02-11** wurde unter A XV 2. (S. 35) irrtümlich mit dem Az.: S 12 KA 375 ER – angegeben.

SG Karlsruhe, Urt. v. 15.10.2004 – S 5 KR 975/04 – juris RID 05-04-125 (S. 57) wurde irrtümlich unter der Überschrift „Keine Prozessstandschaft für KV/Portokosten“ rubriziert. Richtig muss es heißen „Prozessstandschaft für KV/Portokosten“; entsprechend ist der nach juris unter Nr. 1 zitierte Leitsatz nicht in Übereinstimmung mit den Urteilsgründen, als darin gerade eine gesetzliche Prozessstandschaft angenommen wird. Dieser muss daher lauten: „Eine 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.“

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 Instanzpraxis 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 05-04) 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

Zur **Rechtsprechung des BSG** s. zuletzt RID 05-04-A I (S. 7).

Nach BSG, Urt. v. 08.02.2006 - **B 6 KA 24/05 R** – (Parallelverfahren: B 6 KA 24 u. 26/05 R –) ist die Kombination einer Vergütungsverteilung nach Einzelleistungspunktwerten und einer sog **Restvergütung** mit einer **Honorierungsquote** von nur ca. 17 % nicht rechtswidrig; es ist vertretbar, den Bereich der Honorierung mit vollen Punktwerten weit auszudehnen und erst ab einem 3 %igen Restvolumen eine nur quотиerte Honorierung vorzusehen, mit der Folge, dass die Honorierungsquote bei der Restvergütungsverteilung nicht mehr hoch sein kann; es reicht aus, wenn dem Vertragszahnarzt die für die Honorierung maßgeblichen "Rahmendaten" bekannt sind; die unterschiedliche Festsetzung der Grenzwerte für Allgemeinzahnärzte und Kieferorthopäden im HVM sind ebenso wenig zu beanstanden wie das Fehlen von Differenzierungen nach regionalem Bedarf und von finanziellen Anreizen zu quantitativer Ausweitung des Leistungsangebots bei örtlichem Leistungsbedarf.

1. HONORARFONDS/HONORARTOPF

A) VERÄNDERUNGEN DER ARZTZAHLN

LSG Sachsen, Urt. v. 31.03.2004 – L 1 KA 8/00 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-01

Honorarfonds, Arztzahl, Vergütungsanspruch, Punktwert
SGB V § 85 IV

Eine HVM-Regelung, die die Gesamtvergütung auf **Honorarfonds** entsprechend deren **Anteile** im jeweiligen Quartal des Jahres **1995** verteilt, **Veränderungen der Arztzahlen** aber ohne Einschränkung berücksichtigt, ist **rechtswidrig**. Die Anknüpfung allein an die Veränderung der jeweiligen Arztzahl hat zur Folge, dass sich der Vergütungsanspruch des jeweils betroffenen Vertragsarztes in Folge der Anwendung der genannten Satzungsbestimmung unabhängig von dem jeweiligen individuellen Leistungsgeschehen vermindert. Die Verringerung eines Kontingents führt selbst bei gleichbleibendem Leistungsumfang zu einem niedrigeren Punktwert.

Bei der Honorarverteilung ist nur solchen Veränderungen Rechnung zu tragen, die auf objektiven Veränderungen der Zusammensetzung des Patientengutes beruhen.

Die Kl. nimmt als Fachärztin für Kinderheilkunde an der hausärztlichen Versorgung teil. Sie macht einen Anspruch auf eine höhere vertragsärztliche Vergütung in den Quartalen III/97 bis II/98 geltend. Nach § 2 Abs. 4 HVM erfolgt die Aufteilung der Mittel entsprechend den Durchschnittsanteilen der einzelnen Fachgruppen an der Gesamtvergütung im entsprechenden Quartal des Jahres 1995 und sind Veränderungen der Arztzahlen ohne Einschränkung zu berücksichtigen. Die KV hat aufgrund der Veränderung der Arztzahl der hausärztlichen Kinderärzte vom Quartal III/95 zu III/97 (von 389 auf 386 Ärzte) das Fachgruppenbudget um 0,7712 v.H. reduziert (= 64.452,36 DM [PK], 69.804,66 DM [EK]). In derselben Weise verfuhr sie in den weiteren hier streitigen Quartalen:

Quartal	Arztzahlveränderung	Reduzierung(v.H.)	von auf v. H.	Primärkassen	Ersatzkassen
IV/97	389 385	-1,0283	85.340,28	106.189,27	
I/98	389 385	-1,0283	83.390,73	95.876,62	
II/98	389 383	-1,5424	123.489,63	131.428,85	

SG Dresden, Urt. v. 03.05.2000 – S 11 KA 317/98 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung, **BSG, Beschl. v. 22.06.2005 - B 6 KA 68/04 B - RID 05-04-55** wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

B) DIAGNOSTISCHE RADIOLOGEN UND STRAHLENTHERAPEUTEN

LSG Berlin, Urt. v. 04.03.2005 – L 7 KA 303/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-02

Radiologe, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Fachgruppe, Honorartopf, Honorarfonds, Strahlentherapie
SGB V § 85 IV

Die Honorierung der **Radiologen in Berlin** im Quartal **I/99** verstieß nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Entscheidend für die Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung ist nicht der einzelne Arzt oder ein Teil einer Fachgruppe, sondern die **Vergütungssituation der jeweiligen Fachgruppe** insgesamt. Innerhalb der Fachgruppe der Radiologen muss bei einer Honorarverteilung nach Honorartöpfen nicht eine weitere Differenzierung zwischen "Radiologen mit Großgeräteleistungen" und "konventionellen Radiologen" vorgenommen werden.

SG Berlin, Urt. v. 18.09.2002 – S 71 KA 335/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Bayern, Urt. v. 08.06.2005 – L 12 KA 120/02 – RID 05-04-01**.

2. LABORREFORM '99:

A) O III-LABORLEISTUNGEN: VERGÜTUNGSZUSCHLAG NUR FÜR KLEINERE PRAXEN RECHTSWIDRIG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.11.2005 – L 4 KA 21/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Revision anhängig: B 6 KA 2/06 R

RID 06-01-03

Laborleistung, Vergütungszuschlag, Laborreform '99
SGB V §§ 82, 83, 85 IV, 87

Die Regelung in der Präambel zu Abschnitt O III EBM, nach der der Zuschlag von 24 % nur bis zu einer auszahlenden Gesamtsumme von 6.200.000,00 DM gezahlt wird, ist **rechtswidrig**. **Größere werden gegenüber kleineren Laborarztpraxen ungleich behandelt**, als ihnen der prozentuale Aufschlag in Höhe von 24 % nach der Präambel zu Abschnitt O III EBM-Ä nicht zustehen sollte. Für diesen Ausschluss von dem Zuschlag sind sachliche Gründe nicht erkennbar. Die Vereinbarung des Zuschlags von 24 % steht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Reduzierung der Vergütung, die durch die Neuordnung des Kapitels O bewirkt worden war. Von den Auswirkungen waren auch die großen Laborpraxen betroffen, die von dem 24%-Zuschlag ausgeschlossen werden.

Die Begrenzung des Zuschlags auf kleinere Praxen lässt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Abschöpfung der durch Serienlängen bedingten **Synergieeffekte** rechtfertigen. Die Grenze von 6.200.000,00 DM wirkt sich für Ärzte, die diese Grenze überschreiten, dahin aus, dass ihnen von der ersten Leistung an kein Zuschlag gezahlt wird. Ihre Vergütung ist daher pro Leistung um 24 % geringer als die Vergütung, die eine Arztpraxis erhalten würde, die aus dem Abschnitt O III EBM-Ä eine Vergütung von bis zu 5.000.000,00 DM erhält. Es kann nicht angenommen werden, dass bei Praxen mit abzurechnenden Leistungen aus dem Abschnitt O III EBM-Ä in Höhe von 5.000.000 DM noch überhaupt keine Kostenvorteile oder Rationalisierungsmöglichkeiten bestehen würden, die eine Reduzierung des Zuschlags rechtfertigen könnten und dass Praxen mit entsprechenden Vergütungen in Höhe von 6.200.000,00 DM bereits so hohe Kostenvorteile und Rationalisierungsmöglichkeiten hätten, dass es gerechtfertigt erscheinen könnte, ihre Leistungen mit um 24 % niedrigeren Sätzen zu honorieren. Damit fehlt es an dem erforderlichen Zusammenhang der Kostenvorteile bzw. Rationalisierungsmöglichkeiten im Gefolge der Erbringung größerer Leistungsmengen mit der bewirkten Reduzierung der Vergütung.

Eine rückwirkende Abschaffung des Zuschlags von 24 % wäre mit dem Rückwirkungsverbot nicht zu vereinbaren. Vielmehr werden auch die Laborpraxen mit einer auszahlenden Gesamtsumme aus dem Abschnitt O III EBM-Ä von mindestens 6.200.000 DM in den **Zuschlag einzubeziehen** sein. Bei der Frage, in welcher Art dies geschieht, hat der Bewertungsausschuss aber einen Gestaltungsspielraum.

Die Kl., eine Gemeinschaftspraxis bestehend aus Ärzten für Labormedizin in der Form einer BGB-Gesellschaft, rechnete in den Quartalen I bis III/00 jeweils nicht mehr als 450.000 O III-Leistungen ab, jedoch überschritt die auszuzahlende Gesamtsumme hierfür jeweils die Grenze von 6.200.000 DM (vgl. Beschl. des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 zur Präambel zum Abschnitt O III des EBM mit Wirkung zum 01.01.2000). Gegen die Honorarbescheide für die Quartale I/00 bis III/00 legte sie – erfolglos – Widerspruch ein, weil die zum 01.07.1999 in Kraft getretene Änderung des EBM für Laborleistungen zu niedrige einheitliche Kostensätze vorsehe. Dies sei zwar korrigiert worden, ihr komme der prozentuale Aufschlag von 24 % aber nicht zugute. Praxen mit abgerechneten Kosten aus dem Kapitel O III EBM zwischen 5 Millionen DM und 6,2 Millionen DM erhielten trotz unterschiedlicher Kosten durch den Aufschlag die gleiche Vergütung von jeweils 6,2 Millionen DM. Gemeinschaftspraxen, die ein größeres Abrechnungsvolumen hätten, würden schlechter gestellt als kleinere Einzelpraxen oder Praxisgemeinschaften. *SG Kiel*, Urt. v. 10.03.2004 – S 15 KA 615/01 – wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., die Kl. wegen ihrer Honorarforderungen für die Quartale I/00, II/00 und III/00 nach Änderung des EBM für vertragsärztliche Leistungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

B) KEINE RÜCKWIRKENDE NACHBESSERUNG FÜR LABORÄRZTE (QUARTAL III U. IV/99)

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 02.11.2005 – L 5 KA 1002/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Revision anhängig: B 6 KA 49/05 R

RID 06-01-04

Laborreform '99, O III-Labor, Bonusregelung, Laborgrundgebühr, Anfangs- und Erprobungsregelung
SGB V § 72 Abs. 2; EBM Nr. 3450, 3452, 3901-4823; GG Art. I

Leitsätze:

1. Der **Gebührenkomplex** aus Laborgrundgebühr, Wirtschaftlichkeitsbonus und Abschmelzungsregelung erweist sich auch gegenüber den Laborärzten als rechtmäßig.

2. **Einkommenseinbußen** von Laborärzten als Folge eines wirtschaftlichen Verhaltens der überweisenden Ärzte sind nicht zu beanstanden.
3. Die Aufteilung der Vergütung der Laborärzte in einen ärztlichen und einen technischen Honoraranteil (sog. **Vergütungssplitting**) ist rechtmäßig.
4. Die konkrete **Höhe der Erstattungsbeträge** für die **technischen Untersuchungen** war auch in den Quartalen III und IV/99 rechtmäßig.
5. Der Bewertungsausschuss ist seiner **Verpflichtung zur Nachbesserung** ab dem Quartal I/00 durch eine 24 %ige Erhöhung der Erstattungsbeträge für technische Leistungen nachgekommen.
6. Eine vorübergehende, **zwei Quartale umfassende 24%ige Kostenunterdeckung** für technische Laborleistungen begründet keine Verpflichtung des Bewertungsausschusses zur rückwirkenden Nachbesserung. Die Kostenunterdeckung für maximal zwei Quartale trifft die Laborärzte angesichts ihrer langjährig überproportional hohen Einkommen nicht unzumutbar hart.

SG Reutlingen, Urt. v. 25.09.2003 – S 1 KA 1959/00 – RID 03-04-29 verurteilte zur Neubescheidung, das LSG wies die Klage ab.

Parallelverfahren: *SG Stuttgart*, Urt. v. 30.09.2003 - S 5 KA 2383/00 -

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 02.11.2005 – L 5 KA 4427/03 – juris

RID 06-01-05

Revision anhängig: B 6 KA 46/05 R

SG Stuttgart, Urt. v. 30.09.2003 - S 5 KA 4609/00 -

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 02.11.2005 – L 5 KA 4486/03 –

RID 06-01-06

Revision anhängig: B 6 KA 47/05 R

SG Stuttgart, Urt. v. 23.12.2003 - S 5 KA 2671/02

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 02.11.2005 – L 5 KA 91/04 –

RID 06-01-07

Revision anhängig: B 6 KA 48/05 R

Zur **Laborreform '99** vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 55/03 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 9 = GesR 2005, 414; zur Klage von Laborärzten s. zuletzt *SG Frankfurt a. M.*, Urteil v. 05.05.2004 - S 27 KA 4405/02 - RID 04-03-24 m.w.N.

3. WEITERE HONORARANSPRÜCHE IM EINSTWEILIGEN ANORDNUNGSVERFAHREN

LSG Hamburg, Beschl. v. 14.12.2005 – L 2 B 350/05 ER KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-08

Honorarverteilungsmaßstab, Anordnungsgrund, Anordnungsanspruch

SGB V § 85 IV; SGG § 86b II

Im **einstweiligen Anordnungsverfahren** können weitere Honoraransprüche bereits **abgerechneter Quartale** nicht geltend gemacht werden. Selbst wenn im Hinblick auf das materielle Vorbringen noch weitere Zahlungen auf die geltend gemachten Honoraransprüche zu leisten wären, so ist doch bis zum Ablauf dieser Quartale die Praxis betrieben worden bzw. konnte betrieben werden. Einer rückwirkenden, vergangenes Leistungsgeschehen erfassenden einstweiligen Honorarregelung durch das Gericht bedarf es daher nicht.

Eine Regelungsanordnung kommt grundsätzlich für **vorausliegende Zeiträume** in Betracht, wenn eine durch das Vergütungssystem rechtswidrig veranlasste, nicht aufzuhaltende **wirtschaftliche Talfahrt** der Praxis, also eine ernsthafte Krisensituation festzustellen bzw. zu befürchten und hierdurch die **fachärztliche Versorgung der Versicherten gefährdet** wäre.

Die Ast. ist eine Gemeinschaftspraxis, bestehend aus zwei Ärzten für Neurologie und Psychiatrie und einer Ärztin für Psychiatrie, die seit 1988, 1989 und 1994 niedergelassen sind. Diese Gemeinschaftspraxis nimmt seit 1994 an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Sie legte gegen die Honorarbescheide für die Quartale III, IV/04 u. I/05 Widerspruch ein. Sie beantragte beim SG, die KV im Wege einstweiliger Anordnung zu verpflichten, ihr bis zur Klärung der angemessenen Bemessung des Honorars im – noch nicht anhängigen – Hauptsacheverfahren ein Budget in Höhe von mindestens 50 EUR über alle Kassenarten je Fall ab dem Quartal III/04 abzurechnen und die monatlichen Abschlagszahlungen entsprechend aufzustocken. *SG Hamburg*, Beschl. v. 19.09.2005 – S 27 KA 138/05 ER – wies den Antrag ab, das LSG die Beschwerde zurück. Das LSG setzte den **Streitwert** auf 15.000 EUR fest.

Vgl. a. *LSG Hamburg*, Beschl. v. 09.08.2005 – L 2 B 173/05 ER KA – RID 05-04-03; *SG Marburg*, Beschl. v. 19.05.2005 – S 12 KA 37/05 ER – RID 05-02-11.

4. KENNZEICHNUNGSPFLICHT (NR. 5.3 ALLG. BEST. EBM 2000 PLUS)

SG Marburg, Beschl. v. 21.11.2005 – S 12 KA 1140/05 ER –

RID 06-01-09

Gemeinschaftspraxis, Allgemeinarzt, Psychotherapie, Kennzeichnungspflicht

SGB V § 85 IV; SGG § 86b II; BMV-Ä § 44 VI; EKV-Ä § 34 XII; EBM 2000 plus Nr. 5.3 Allg. Best.

Es kann im **einstweiligen Anordnungsverfahren** offen bleiben, ob eine Gemeinschaftspraxis, bestehend aus zwei Allgemeinärzten, von denen der eine überwiegend psychotherapeutisch tätig ist, der Kennzeichnungspflicht nach Nr. 5.3 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000 plus unterliegt. Ist die Gemeinschaftspraxis der **Kennzeichnungspflicht nicht nachgekommen**, so muss die KV die Abrechnung zur Honorarverteilung dennoch annehmen, da die Kennzeichnung bei Bedarf nachgeholt werden kann und der Nachteil einer späteren Vergütung oder Nichtvergütung überwiegt. Für die Zukunft ist es jedoch der Gemeinschaftspraxis zumutbar, der Kennzeichnungspflicht vorläufig nachzukommen, da die sofortige Kennzeichnung der Leistung bei Erbringung der Leistung keinen besonderen Mehraufwand erfordert.

Die Ast. ist eine **Gemeinschaftspraxis** zweier Ärzte. Beide Ärzte sind als Ärzte für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen; einer der beiden Ärzte führt die Zusatzbezeichnung Psychotherapie und ist vorwiegend psychotherapeutisch tätig. Die Ag., die KV, teilte der Ast. mit, es sei nunmehr eine **arztbezogene Kennzeichnung der abgerechneten Leistungen** bundesweit verbindlich vorgeschrieben nach Nr. 5.3 „Kennzeichnungspflicht“ der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000 plus. Hierüber habe man informiert. In Anbetracht des hieraus resultierenden nicht unerheblichen Arbeitsaufwandes für die Praxis habe der Vorstand beschlossen, die Quartalsabrechnung II/05 trotz dieses erheblichen Mangels nicht zur Neuerstellung zurückzuschicken, sondern unter Vorbehalt zu bearbeiten. Es sei jedoch darauf hinzuweisen, dass dies nur für das Quartal II/05 so akzeptiert werden könne. Einen **Antrag auf Befreiung von der Kennzeichnungspflicht** lehnte sie ab. Das Widerspruchsverfahren hierzu ist noch anhängig. Das *SG* verpflichtete die KV, die Honorarabrechnung für das Quartal III/05 ohne eine nachträgliche Kennzeichnung der abgerechneten Leistungen mit dem Namen des jeweiligen Behandlers, aber unter dem Vorbehalt, eine nachträgliche Kennzeichnung der abgerechneten Leistungen mit dem Namen des jeweiligen Behandlers bei Durchführung einer Plausibilitätsprüfung oder aus sonstigen Gründen verlangen zu können, zur Honorarverteilung anzunehmen und lehnte im Übrigen den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

5. NACHTRÄGLICHE ABRECHNUNGSBERICHTIGUNG DURCH VERTRAGSARZT

SG Marburg, Urt. v. 09.11.2005 – S 12 KA 28/05 – juris

RID 06-01-10

Honorarabrechnung, Korrektur, Abrechnungsfehler

SGB V § 85 IV; HVM KV Hessen

Eine Regelung in einem Honorarverteilungsmaßstab, wonach es nur innerhalb der ersten **6 Wochen** nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres gestattet werden kann, eine bereits eingereichte **Abrechnungsunterlage** in den Geschäftsräumen der KV in Anwesenheit eines ihrer Bevollmächtigten zu **berichtigen**, wobei nur in begründeten Ausnahmefällen diese Frist verlängert werden kann, ist nicht zu beanstanden. Ein Vertragsarzt kann danach nicht für 17 Quartale rückwirkend eine Korrektur der Honorarabrechnung mit dem Vortrag verlangen, aufgrund einer veränderten Eingabe einer Helferin habe sein Softwareprogramm nur eine um ca. 13 € niedriger bewertete Gebührennr. erfasst und sei ihm in 17 Quartalen ein Schaden von über 20.000 € entstanden.

Im Juli 2003 teilte der klagende Arzt für Allgemeinmedizin der Beklagten mit, bei der zufälligen Überprüfung seiner letzten Abrechnung habe er festgestellt, dass anstatt der höherwertigen Nr. 8016 (75 DM/38,35 €) bloß die Nr. 8014 (50 DM/25,56 €) abgerechnet worden sei. Nach Überprüfung der Vorquartale habe er dies dort ebf. festgestellt. Mit der Software-Firma habe er dann den Fehler ermitteln können. Eine Mitarbeiterin habe vor langer Zeit, zur Vereinfachung der Eingabe, den Text ICT Schulung geändert ohne Änderung der dahinter stehenden Abrechnungsziffer. Somit seien auch die höher bewerteten Diabetiker-Schulungen mit Nr. 8014 anstatt Nr. 8016 abgerechnet worden (pro Patient x 8, insgesamt 201 Behandlungsfälle in 17 Quartalen – I/99 bis I/03 -; Verlust über 20.000 €). Da der dadurch entstandene wirtschaftliche Schaden sehr beträchtlich sei, bitte er um Berichtigung. Das *SG* wies die Klage ab.

6. AUFRECHNUNG ALTEN SCHULDSALDOS EINER EINZELPRAXIS MIT GEMEINSCHAFTSPRAXIS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.12.2005 – L 11 KA 7/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Revision zugelassen

RID 06-01-11

Schuldsaldo, Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Aufrechnung
SGB V § 85 IV; BGB § 705, 719

Eine KV kann Ansprüche gegen einen Vertragsarzt aus der Zeit des Betreibens einer **Einzelpraxis mit Honoraransprüchen** einer danach von dem Schuldner mitgegründeten **Gemeinschaftspraxis verrechnen**. Die **öffentlich-rechtliche Bindung des Honoraranspruchs** kann nicht dadurch unterlaufen werden, dass ein Vertragsarzt, zu dessen vertragsärztlichen Pflichten die Rückzahlung überzahlten Honorars gehört, sich durch Gründung einer Gemeinschaftspraxis dieser Verpflichtung entzieht.

Mit **Gründung einer Gemeinschaftspraxis** als einer BGB-Gesellschaft wird das Vermögen der bisherigen Einzelpraxen **Gesamthandsvermögen**. Zum Vermögen gehören alle Aktiva und Passiva. Hierin ist kein gesetzlicher Schuldbeitritt in analoger Anwendung der §§ 414 ff. BGB zu sehen, vielmehr handelt es sich um einen vertraglichen Schuldbeitritt im Rahmen des Abschlusses des Praxisvertrages. Eine analoge Anwendung der BGB-Vorschriften ist auch sinnwidrig, denn die sich hier gegenüberstehenden Rechtssysteme des Zivil- und des öffentlichen Rechts regeln von ihrer Grundstruktur her völlig verschiedene Bereiche, so dass es sich von daher schon verbietet, vermeintliche Lücken im öffentlich-rechtlichen System durch erweiternde Auslegung zivilrechtlicher Vorschriften zu schließen.

Der Ansicht, dass die Altschulden durch Abschluss des Gesellschaftsvertrages und auf Grund ihrer öffentlich-rechtlichen Bindung Teil des Gesamthandsvermögens geworden sind, steht auch nicht **BGH** v. 22.01.2004 - IX ZR 65/01 - entgegen.

BSG v. 21.05.2003 - B 6 KA 33/02 R – stellt auf den **Schutz** eines erst **später eingetretene Praxispartner für evtl. Regresse** wegen früherer unzulässiger Verordnungen und für etwaige Honorarrückforderungen ab. Ist dem Hinzutretenden die **Insolvenz** des Vertragspartners **bekannt**, bedarf er **keines Schutzes**. Das BSG misst wegen der öffentlich-rechtlichen Bindung der Vertragsarzt Honorare diesem Umstand zu Unrecht nur untergeordnete Bedeutung zu. Auch ist in dieser Ansicht nur ein obiter dictum zu sehen, was die vom BSG gewählte Formulierung "spricht dafür" deutlich macht, denn damit wird unterstrichen, dass es sich bei diesem Gedanken nur um einen Einzelaspekt handelt, der hier aufgegriffen worden ist.

Im Verhältnis **Vertragsärzte zur KV** ist **§ 719 II BGB** nicht anwendbar. Bei Praxisgemeinschaften beschränkt sich die Anwendbarkeit des § 719 II BGB auf Forderungen, die außerhalb der kassenärztlichen Abrechnungsverhältnisse begründet werden.

Für die Zulässigkeit einer Verrechnung des Schuldsaldos sprechen auch **Praktikabilitätserwägungen**. Bestimmungen der **InsO** stehen hier nicht entgegen.

Die Kl. betrieben bis zum 31.05.1999 als zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Radiologen in getrennten Praxisräumen in C jeweils eine Einzelpraxis. Im Mai 1999 wurde über das Vermögen des Kl. Dr. P das Insolvenzverfahren wegen Zahlungsunfähigkeit eröffnet. Bei ihm war bis zum Quartal I/99 ein Schuldsaldo in Höhe von 81.289,82 DM aufgelaufen. Vom Juni 1999 bis Februar 2000 führten die Kl. in den Praxisräumen des Kl. L eine Gemeinschaftspraxis. Die Bekl. verrechnete in den Kontoauszügen für das Quartal II u. III/99 jeweils 10.000,00 DM und in dem Kontoauszug für das Quartal IV/99 einen Betrag von 10.000,00 DM und 51.289,82 DM. **SG Dortmund**, Urt. v. 06.11.2003 – S 14 KA 178/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. ZAHNÄRZTE

A) RÜCKWIRKUNGSVERBOT: TEILHONORARKONTINGENTE IN ZAHNÄRZTLICHEN LEISTUNGSBEREICHEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.08.2005 – L 11 KA 80/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Revision anhängig: B 6 KA 42/05 R

RID 06-01-12

Honorarbegrenzungsregelung, Zahnarzt, Honorarkontingent, Rückwirkungsverbot
SGB V § 85 IV

Die grundsätzliche **Zulässigkeit** von **Honorarbegrenzungsregelungen** im Bereich der **vertragszahnärztlichen Versorgung** ist zu bejahen (BSG, Urt. v. 03.12.1997 - 6 RKa 21/97). Es können

Honorartöpfe für bestimmte (zahnärztliche) Leistungsbereiche auch im Jahr 2001 geschaffen werden (BSG, Urt. v. 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von **Töpfen für einzelne Leistungsbereiche** ist grundsätzlich sachlich gerechtfertigt. Dies stellt sich als die konsequente Vorsorge dagegen dar, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereiche das Honorargefüge zu Lasten anderer Leistungsbereiche beeinflusst (BSG, Urt. v. 09.09.1998 - a.a.O.; sowie BSG, Urt. v. 03.03.1999 - B 6 KA 56/97 R).

Eine am 19.02.2001 veröffentlichte Regelung über Teilhonorarkontingente in den zahnärztlichen Leistungsbereichen KFO, ZE, PAR und KB/KG mit Wirkung zum 01.01.2001 verstößt nicht gegen das **Rückwirkungsverbot**. Die Leistungserbringung im **Leistungsbereich KFO** ist dadurch gekennzeichnet, dass sie zuvor beim zuständigen Kostenträger durch den Versicherten und den Vertragszahnarzt beantragt und seitens des Kostenträgers genehmigt werden muss (z. B. Heil- und Kostenplan), über einen längeren Zeitraum geplant wird und ihr Abschluss sich aufgrund mehrerer Umstände verzögern kann. Darüber hinaus ist es dem Vertragszahnarzt freigestellt, wann er nach Abschluss der Behandlung die Leistung tatsächlich abrechnet. Daraus ergibt sich, dass für die im Zeitraum vom 01.01. bis 18.02.2001 abgeschlossenen Leistungen nicht das Vertrauen auf eine honorarbegrenzungsfreie Vergütung entscheidend war.

Durch Beschluss der Vertreterversammlung der BeKl. v. 17.02.2001 wurden für konservierend-chirurgische Behandlungen (KCH) einerseits und für Kieferorthopädie (KFO), Zahnersatz (ZE), Parodontose (PAR) sowie Kieferbruch/Kiefergelenk (KB/KG) für die Zeit ab 01.01.2001 Teilhonorarkontingente gebildet. Der Beschluss wurde in einer Sonderausgabe des Rheinischen Zahnärzteblattes vom 19.02.2001 bekanntgegeben. Mit Bescheid nahm die BeKl. bei dem Kl. vorläufige Honorareinbehalte für das Quartal I/01 in Höhe von 20.715,81 DM für den Bereich der Primärkassen und 7.397,54 DM für den Bereich der Ersatzkassen vor. Mit der Schlussabrechnung für das Jahr 2001 stellte die BeKl. die endgültigen Honorareinbehalte in Höhe von 29.545,61 DM für den Bereich der Primärkassen und 2.209,14 DM für den Bereich der Ersatzkassen fest. Der Widerspruch d. Kl. blieb ohne Erfolg.

Parallelverfahren: *SG Düsseldorf*, Urt. v. 14.07.2004 – S 2 KA 122/02 – wies die Klage ab.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.08.2005 – L 11 KA 59/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-13

Revision anhängig: B 6 KA 45/05 R

B) PRAXISBEZOGENE FALLZAHLABHÄNGIGE BUDGETS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.11.2005 – L 11 KA 29/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-14

Teilbudget, Punktwert, Fallzahlgruppe, Individualbudget

SGB V § 85 IV; GKV-SolG Art. 15 I; GG Art. 12 I

§ 85 SGB V schließt eine unterschiedliche Vergütung nach **Teilbudgets**, abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, nicht aus, solange dabei der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gewahrt bleibt. Damit haben die K(Z)ÄV insb. die Möglichkeit, auf gesetzlich angeordnete Beschränkungen des Anstiegs der Gesamtvergütung flexibel zu reagieren (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 4; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 23). Eine derartige Beschränkung für den Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung enthielt **Art 15 I GKV-SolG** für das Jahr 1999. Ein HVM kann der Garantie eines festen Punktwertes für ein bestimmtes Kontingent pro Praxis den Vorzug vor einer Honorierung aller abgerechneten Punkte mit einem schwankenden Punktwert geben. Dies kommt der Bildung eines **praxisbezogenen fallzahlabhängigen Budgets** gleich, das einerseits ein in hohem Maße berechenbares Einnahmenvolumen gewährleistet, andererseits schwankenden Fallzahlen und Behandlungsnotwendigkeiten aber durch die Übertragbarkeit nicht ausgeschöpfter Punktevolumina auf andere Fälle und sogar Quartale hinreichend Rechnung trägt.

Eine im Rahmen der Gewährung von Zuschlägen zum Grenzwert gewählte **Typisierung nach Fallzahlgruppen** ist nicht zu beanstanden.

Ein HVM muss keinen **Ausgleich** zwischen den für die Gebührentarife gebildeten **Teilbudgets**, insbesondere eine Übertragung der für die Gebührentarife ZE, KfO und PAR nicht benötigten Punkte auf die Gebührentarife KCH und KB zulassen.

Art. 15 I GKV-SolG verstößt nicht gegen Art 12 I GG (vgl. bereits Senat, Urt. v. 20.08.2001 - L 11 KA 168/00 - rkr.).

SG Münster, Urt. v. 06.10.2003 – S 2 KA 139/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung und Gebührenrecht

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt die Hinweise in RID 05-04-A II (S. 9).

BSG, Urt. v. 08.02.2006 - **B 6 KA 27/05 R** – bestätigt das Urt. v. 30.6.2004 - B 6 KA 34/03 R - BSGE 93, 69 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 11, wonach eine KZV nicht berechtigt ist, fehlerhafte Degressionsbescheide ohne Berücksichtigung von **Vertrauensschutz** der betroffenen Zahnärzte zu korrigieren; BSG, Urt. v. 08.02.2006 - **B 6 KA 12/05 R** – verneint **Vertrauensschutztatbestände** des § 45 Abs. 2 Satz 3 SGB X für Richtigstellungen infolge **unzutreffender Anwendung der Gebührenordnung** durch den Zahnarzt und/oder die KZV; ein mit einem **Abhilfebescheid** abgeschlossenes erstes Berichtigungsverfahren ist nicht geeignet, beim Vertrags(zahn)arzt Vertrauen in die generelle Abrechenbarkeit der Nr. 54b Bema-Z je resezierter Zahnwurzel hervorzurufen, wenn es diese Streitfrage nicht zum Gegenstand hatte; **Anwendungshinweise in der Abrechnungsmappe** der KZV vermögen ein besonderes, einem Abhilfebescheid gleich stehendes Vertrauen des Zahnarztes nicht zu begründen; nach BSG, Urt. v. 14.12.2005 - **B 6 KA 17/05 R** – (Parallelverfahren: - B 6 KA 16, 18, 19 u. 20/05 R -) können sich Änderungs- und Rückforderungsbescheide aufgrund erst **später abgeschlossener Gesamtvergütungsvereinbarungen** (hier im Jahr 2000 für 1997 bis 1999) auf die Regelungen der Bundesmantelverträge über sachlich-rechtliche Richtigstellungen stützen; ist hierüber fortlaufend informiert worden, steht Vertrauensschutz nicht entgegen.

1. LEISTUNGSBESCHRÄNKUNG BEI JOB-SHARING

LSG Hessen, Beschl. v. 20.12.2005 – L 4 KA 42/05 ER –

RID 06-01-15

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

Der Bundesausschuss hat sich mit den Regelungen zum sog. Job-Sharing in den Angestellte-Ärzte-RL trotz restriktiver Nutzung seines Spielraums noch im Rahmen seiner Ermächtigung bewegt.

Grundlage einer Leistungseinschränkung beim sog. Job-Sharing ist das Zulassungsrecht.

SG Marburg, Beschl. v. 17.10.2005 – S 12 KA 783/05 ER - RID 05-04-07 (juris) (s. dort zum Sachverhalt) wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

2. VIER-JAHRES-FRIST: WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFBESCHEID UND FRISTHEMMUNG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.06.2005 – L 4 KA 9/05 – juris

RID 06-01-16

Revision anhängig: B 6 KA 40/05 R

Vier-Jahres-Frist, Prüfbescheid, Wirtschaftlichkeitsprüfung

SGB I § 37 S. 1; SGB V §§ 82 I, 106; SGB X § 45; BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä § 34 IV 2; EBM Nr. 5

Bei der sachlich-rechnerischen Berichtigung ist eine **Frist von 4 Jahren** einzuhalten (vgl. BSG, Urt. v. 12.12.2001 - B 6 KA 3/01 R - BSGE 89, 90). **Wirtschaftlichkeitsprüfbescheide** wahren bzw. **unterbrechen/hemmen** die Frist **nicht**. Dies gilt auch dann, wenn sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung einerseits und die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit andererseits auf dieselbe Leistungsnr. des EBM, d. h. auf denselben Abrechnungssachverhalt bezog/bezieht.

Ein Bescheid des Prüfungsausschusses ist allenfalls dann als fristwährend für eine sachlich-rechnerische Berichtigung anzusehen, wenn eine **Wahlfeststellung** tatsächlich stattgefunden hat, d. h. die jeweiligen Bescheide Hinweise darauf enthalten, dass neben oder anstelle der unwirtschaftlichen Abrechnung der jeweils betroffenen EBM-Nr. auch eine - teilweise - unrichtige Abrechnung in Betracht kommt, die – zunächst - im Rahmen der "Annexkompetenz/Randzuständigkeit" im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung mitberücksichtigt wird.

Für den **Beginn der Frist von vier Jahren** ist auf das genaue **Zustellungsdatum** und nicht auf den Ablauf des Kalenderjahres abzustellen (vgl. BSG, v. 12.12.2001, aaO.; Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 46/04 B - juris).

Der Kl., ein Arzt für Allgemeinmedizin, wandte sich ohne Erfolg u. a. gegen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Nr. 5 EBM in den Quartalen I/96 bis I/98. Auf die hiergegen erhobene Klage (S 15 KA 323/98) hob das SG Kiel - nach teilweiser Erledigung durch Teilanerkennnis - den Prüfbescheid auf. Nach erneuter Bescheidung und Klage hob der Beschwerdeausschuss seinen Bescheid auf, weil ca. 95 % der von dem Kl. abgerechneten Leistungen nach Nr. 5 EBM am Samstag abgerechnet worden seien, was in dieser Häufigkeit auf eine Samstagssprechstunde schließen lasse, die über die Nr. 6 EBM abzurechnen gewesen wäre. Die bekl. KV nahm im August 2002 eine nachträgliche Neuberechnung der Honorare für die Quartale ab I/96 vor und teilte mit, eine sachlich-rechnerische Berichtigung sei für die Quartale I u. II/96 sei nicht erfolgt, weil die Nr. 6 EBM erst zum 01.07.1996 in den EBM aufgenommen worden sei, für die Quartale III/96 bis II/97 sei die Differenzpunktzahl zwischen der Nr. 5 und der Nr. 6 EBM angelastet worden (weil in diesem Zeitraum keine Budgetierung der Nrn. 5 und 6 EBM erfolgt sei) und für die Quartale II/97 bis IV/01 sei die volle Punktzahl nach Nr. 5 EBM angelastet worden (eine Berichtigung der Nr. 5 in die Nr. 6 EBM-Ä könne insoweit nicht erfolgen, da das Praxisbudget, in das die Nr. 6 EBM einfließe, in den betroffenen Quartalen jeweils überschritten worden

sei). Danach betrug für alle Quartale die Honorarüberzahlung 34.590,19 € **SG Kiel**, Urt. v. 18.06.2003 – S 14 KA 28/03 – hob die angefochtenen Bescheide auf mit der Maßgabe, dass die Aufhebung endgültig sei, soweit die sachlich-rechnerische Berichtigung die Quartale vor II/98 betreffe und die Beklagte im Übrigen berechtigt sei, die sachlich-rechnerische Berichtigung für die Quartale ab II/98 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut vorzunehmen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.06.2005 – L 4 KA 12/05 – juris

RID 06-01-17

Revision eingelegt und erledigt: B 6 KA 41/05 R

Vier-Jahres-Frist, Prüfbescheid, Wirtschaftlichkeitsprüfung

SGB I § 37 S. 1; SGB V §§ 82 I, 106; SGB X § 45; BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä § 34 IV 2; EBM Nr. 443

Parallelenentscheidung zu **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 28.06.2005 – L 4 KA 9/05 – RID 06-01-.

Eine (grob) fahrlässig fehlerhafte Abrechnung reicht nicht aus, um die Berufung auf den Fristablauf rechtsmissbräuchlich erscheinen zu lassen.

Für die Leistung nach **Nr. 443 EBM** ist eine fachspezifische Dokumentation erforderlich. Diese erfordert mehr als die normale Befunddokumentation, die gemäß § 57 BMV-Ä regelmäßiger Bestandteil der ärztlichen Leistung ist, da es anderenfalls der besonderen Hervorhebung in der Legende zu Kapitel D EBM nicht bedurft hätte (vgl. **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 27.06.2000 – L 6 KA 19/99 – juris).

Der Kl., ein Orthopäde mit der Zusatzbezeichnung "Chirotherapie", wandte sich mit Erfolg vor dem Beschwerdeausschuss gegen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Nr. 443 EBM in den Quartalen I u. II/96. Hiergegen erhob die bekl. KV die Klage und trug vor, die nach der Nr. 443 EBM von dem Kl. abgerechneten Anästhesien seien nicht ausreichend dokumentiert worden, so dass die Voraussetzungen für diese Leistung jeweils nicht vollständig vorlägen. Dementsprechend wären alle Leistungen der Nr. 443 nicht berechnungsfähig gewesen. Ihrer Auffassung nach hätte der Beschwerdeausschuss deshalb die Abrechnung des Kl. zu einer nachträglichen sachlich-rechnerischen Korrektur an sie zurückgeben müssen. Auf Grund dieser Klagebegründung gab der Beschwerdeausschuss im März 2001 ein Anerkenntnis ab. Die Bekl. nahm im Januar 2002 eine sachlich-rechnerische Berichtigung (25.110,59 € u. 21.408,71 €) vor. **SG Kiel**, Urt. v. 10.09.2003 – S 14 KA 337/02 – hob die angefochtenen Bescheide auf. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. CHIRURGIE/UNFALLCHIRURGIE: NR. 205 EBM

LSG Sachsen, Urt. v. 15.06.2005 – L 1 KA 24/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-18

Chirurgie, Unfallchirurgie, Phlebologie

EBM Nr. 205

Für die Abrechnung der Nr. 205 EBM ist ein "entstauender phlebologischer Funktionsverband an einem Bein unter Einschluss des Fußes und mindestens des Unterschenkels" erforderlich. Der Wortlaut dieser Leistungsbeschreibung ist eindeutig und setzt für eine Abrechnung eine phlebologische Erkrankung voraus (**LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 19.01.2000 – L 1 KA 2941/98, **SG Stuttgart**, Urt. v. 28.06.2000 – S 10 KA 4014/99). Das Anlegen von Kompressionsverbänden zur postoperativen Thromboseprophylaxe wie auch bei Verletzungen mit Ruhigstellung oder verminderten Belastbarkeit der unteren Extremitäten rechtfertigt damit eine Abrechnung der Leistung nicht.

SG Dresden, Urt. v. 23.04.2003 – S 15 KA 28/01 – wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage z. T. statt und wies im Übrigen die Berufung zurück.

4. ORTHOPÄDE: NR. 507, 601 EBM '96

SG Marburg, Urt. v. 18.01.2006 – S 12 KA 20/05 – juris

RID 06-01-19

Orthopäde, Sportlehrer, Krankengymnast, Ergometer, Kardiologe

EBM '96 Nr. 507, 601

Die Leistung nach Nr. 507 EBM kann nicht an einen diplomierten Sportlehrer delegiert werden.

Die Leistung nach § 601 EBM ist eine Leistung zu diagnostischen Zwecken, die nicht zur Therapie anderweitig bereits diagnostizierter Erkrankungen eingesetzt werden kann. Für einen Orthopäden ist sie fachfremd.

5. ZAHNÄRZTE:

A) NR. Ä 178 ("IMPLANTATION VON KNOCHEN")

SG Düsseldorf, Urt. v. 26.10.2005 – S 2 KA 50/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-20

Berufung zugelassen

Knochenersatzmaterial, Knochendefekt, Implantation, Abrechnungslücke, Honorarkürzung, Budgetierung
GOÄ 1965 Ä 178

Die Pos. Ä 178 GOÄ 1965 ("Implantation von Knochen") wird nicht bei der **Verwendung autogener Knochen** erfüllt, wenn wie hier beim Auffüllen von großen Knochendefekten nach umfangreichen Osteotomien oder Zystenentfernungen körpereigenes Material zunächst gesammelt, ergänzend Knochen des Patienten aus anderen Bereichen entnommen und dieses Material anschließend zur Auffüllung der umfangreichen Knochendefekte verwendet wird. Die Gebührenordnung richtet sich an die (zahn)ärztlichen Leistungserbringer, so dass die Leistungslegenden im Sinne der medizinischen Terminologie zu interpretieren sind. Die medizinische Terminologie versteht unter "**Implantation**" das Einbringen oder die Einpflanzung von körperfremden (häufig alloplastischen) Materialien in den Organismus. Demgegenüber stellt die "**Transplantation**" die Übertragung von Geweben, Zellen oder Organen - auch Knochen - eines Spenders auf einen Empfänger dar, wobei die Übertragung auf denselben (autogene, autologe Transplantation) oder auf einen anderen Organismus (syngene, allogene, xenogene Transplantation) erfolgen kann. Die Verwendung von **Knochenersatzmaterialien** wird gleichfalls nicht von der Leistungslegende erfasst. Eine Abrechnungslücke ist allein durch die Vertragspartner bzw. den Bewertungsausschuss zu schließen.

Budgetierte Leistungen dürfen nur mit dem **Wert** abgezogen werden, den sie **im Budget gehabt** hätten (Urt. der erkennenden Kammer v. 02.03.2005 - S 2 KA 222/04 -). Die Honorarkürzung ist bei dieser Handhabung nach wie vor fühlbar, ohne dass sie die Budgetierung unbeachtet lässt (vgl. BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 32).

Das SG wies die Klage ab.

B) BEHANDLUNG IM NOTDIENST: SCHMERZBESEITIGENDE MAßNAHMEN (WK)/NR. 56A BEMA-Z

SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 22/05 –

RID 06-01-21

Zyste, Wurzelkanal, Schmerzbeseitigung, Notfall, Trepanation
BEMA-Z Nr. 56° (Zy 1)

Nicht jede im Röntgenbild diagnostizierbare apikale Aufhellung berechtigt zur Abrechnung der **Nr. 56a BEMA-Z**. Voraussetzung zur Berechnung ist eine im Röntgenbild diagnostizierbare Zyste und ein zusätzlicher, nach Art und Inhalt einer Zystenoperation entsprechender chirurgischer Aufwand. Dabei kommt es nicht allein auf die Größe des entfernten Gewebes an. Soweit die Notwendigkeit der Durchführung einer Operation nach Nr. 56a nicht ausschließlich durch Röntgenbilder belegt werden kann, kommt es in diesen seltenen Ausnahmefällen entscheidend auf den klinischen Befund, also auf den Zustand, wie ihn nur der Operateur sieht, an. Dabei kann ein Nachweis nicht durch die Untersuchungsbefunde eines pathologischen Instituts geführt werden, da diese Institute nur eine Gewebeprobe erhalten, die sie untersuchen, die sie aber nicht dahingehend unterscheiden können, woher diese Proben stammen, ob es sich um Gewebeproben eines Zahnfollikels oder einer follikulären Zyste handelt. Die Voraussetzungen für die Erbringung des vollständigen Leistungsinhalts sind vom Vertragszahnarzt nachzuweisen, da er einen Anspruch geltend mache.

Die Leistung nach **Nr. 32 (WK) BEMA-Z** setzt die vollständige Aufbereitung des Wurzelkanals voraus, was röntgenologisch abzusichern ist. Allein die Bahnung eines Wegs in den Wurzelkanal, um ein Medikament anzubringen, erfüllt noch nicht die Voraussetzungen der abgesetzten Leistungen. Eine Schmerzbeseitigung im Notfall kann durch eine Trepanation abgerechnet werden.

Eine **Behandlung im Notdienst** ist auf **schmerzbeseitigende Maßnahmen zu beschränken**. Damit kann im Regelfall die Leistung nach Nr. 32 (WK) nicht abgerechnet werden.

C) VERTRAUENSSCHUTZ: DEGRESSIONSÜBERSCHREITUNG 1997

SG Düsseldorf, Gerichtsbb. v. 15.12.2005 – S 2 KA 168/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-22

Berufung eingelegt: L 11 KA 6/06

Vertrauensschutz, Jahrespunktmengengrenze, Degressionsregelung

SGB V § 85 IVb bis IVf

Beim Vollzug der Vorschriften über den degressiven Punktwert im Jahre 1997 waren die Jahrespunktmengengrenzen nur **zeitanteilig** - pro-rata-temporis - zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 17/04 R - und - B 6 KA 18/04 R). Es gelten aber **Vertrauensschutzgesichtspunkte**, wie sie das BSG für die Situation der nachträglichen Korrektur einer ursprünglich fehlerhaften Berechnung der degressionsfreien Punktmengen bei nicht ein ganzes Jahr bestehenden Gemeinschaftspraxen entschieden hat; diese sind den Regelungen des § 45 II 3 i.V.m. IV SGB X zu entnehmen (BSG, Urt. v. 30.06.2004 - B 6 KA 34/03 R -).

Das *SG* hob die Quartalsabrechnung II/01 insoweit auf, als die Bekl. aufgrund einer Nachberechnung der Punktmengenüberschreitung für die Quartale I/97 und II/97 von dem Kläger Honorare in Höhe von 15.854,04 EUR (30.986,29 DM) zurückforderte.

III. Arztregistereintragung/Fachkunde/Genehmigungen/Notdienst

Zur **Rechtsprechung des BSG** s. zuletzt RID 05-04-A III (S. 13).

1. GENEHMIGUNG FÜR ULTRASCHALLLEISTUNGEN OHNE RÜCKWIRKUNG

SG Marburg, Urt. v. 09.11.2005 – S 12 KA 36/05 –

RID 06-01-23

Ultraschallvereinbarung, Ultraschallleistung, Genehmigung, Vergangenheit, Rückwirkung

SGB V § 135 II; Ultraschallvereinbarung §§ 2, 3, 9

Die Ultraschallvereinbarung sieht keine Möglichkeit vor, die **Genehmigung** für die **Vergangenheit** zu erteilen. Die Genehmigung wird darin ausdrücklich als **Abrechnungsvoraussetzung** formuliert. Im System der vertragsärztlichen Leistungserbringung gilt seit jeher der Grundsatz, dass eine für bestimmte spezialisierte Leistungen erforderliche Genehmigung **vor der Leistungserbringung** erteilt sein muss und weder rückwirkend erteilt werden noch nach ihrer Erteilung Rückwirkungen für einen vor der Erteilung liegenden Zeitpunkt entfalten kann (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.1998 - B 6 KA 93/96 R – SozR 3-2500 § 135 Nr. 6 = NZS 1998, 540 <juris Rdnr. 14>; BSG, Urt. v. 29.01.1997 - 6 RKa 24/96 - BSGE 80, 48, 50, 54 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 17 = NJW 1997, 3119 = NZS 1997, 536 <juris Rdnr. 15>; BSG, Urt. v. 28.01.1998 - B 6 KA 41/96 R – SozR 3-1500 § 97 Nr. 3 <juris Rdnr. 15 f.>).

Die Kl. ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und wurde im Jahr 2000 als Praxisnachfolgerin des Dr. Z., der dann im Rahmen des sog. Job-Sharings in Gemeinschaftspraxis mit ihr tätig war, zugelassen. Zum April 2004 schied Dr. Z. aus, der eine Genehmigung für die Ultraschalldiagnostik gehabt hatte. Im Dezember bemerkte die KV das Fehlen der Genehmigung bei der Kl. und erteilte nach Antragstellung die Genehmigung zum Antragszeitpunkt (15.12.), nicht aber für die Zeit davor. Ferner erließ sie wegen Fehlens der Genehmigung für II und III/04 Berichtigungsbescheide (zusammen 20.296,62 €), in denen sie u. a. wegen der fehlenden Genehmigung die Sonographieleistungen absetzte. Das *SG* wies die Klagen ab.

2. KINDERARZT: GENEHMIGUNG FÜR KOLOSKOPIE BEI KINDERN

SG Marburg, Urt. v. 09.11.2005 – S 12 KA 51/05 – juris

RID 06-01-24

Koloskopievereinbarung, Koloskopie, Genehmigung, Kinderarzt, Kindergastroenterologie

SGB V § 135 II; Koloskopievereinbarung §§ 4, 9 II

Die Auslegung des Begriffs „**gleichwertige Befähigung**“ nach 9 Abs. 2 der **Koloskopievereinbarung** hat sich an den Vorgaben der Weiterbildungsordnungen für die Ärzte auszurichten, die aufgrund ihrer Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen einen Anspruch auf die Genehmigung nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 Koloskopievereinbarung haben.

Ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin hat für die Erteilung einer Koloskopiegenehmigung 100 Sigmoido-Koloskopien nachzuweisen, wie sie für Kinderchirurgen verlangt werden. Die Bundesmantelvertragsparteien sind nicht verpflichtet, eine Koloskopiegenehmigung bei einem Nachweis der **Zusatzbezeichnung Kindergastroenterologie** vorzusehen.

3. NOTFALLVERTRETUNGSDIENST

A) FREISTELLUNG VOM NOTFALLVERTRETUNGSDIENST AUS GESUNDHEITLICHEN GRÜNDEN

SG Marburg, Urt. v. 18.01.2006 – S 12 KA 49/05 – juris

RID 06-01-25

Notdienstordnung, Notdienstgemeinschaft, Satzung,
SGB V § 81 I 3 Nr. 5; Notdienstordnung KV Hessen

Eine Satzungsbestimmung, nach der eine **Freistellung** voraussetzt, dass zu **gesundheitlichen Gründen** oder einer körperlichen Behinderung **kumulativ** eine **nachteilige Auswirkung der gesundheitlichen Verhältnisse auf die allgemeine berufliche Tätigkeit des Vertragsarztes** hinzukommen muss, ist rechtmäßig (vgl. BSG, Urt. v. 11.06.1986 - 6 RKa 5/85 - MedR 1987, 122 = juris Rdnr. 13). Eine Satzungsbestimmung kann damit vorsehen, dass gesundheitliche Gründe, selbst wenn sie zur Ungeeignetheit der Vernehmung des Notfallvertretungsdienstes führen, nicht ausreichend ist, einen Befreiungstatbestand zu begründen (gegen VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 03.11.1998 – 9 S 3399/96 – MedR 1999, 228, 231; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.12.2004 – L 10 KA 5/04 –).

B) ERHEBUNG EINER KOSTENUMLAGE DURCH NOTDIENSTGEMEINSCHAFT

SG Marburg, Urt. v. 09.11.2005 – S 12 KA 35/05 –

RID 06-01-26

Notdienstordnung, Kostenumlage, Notdienstgemeinschaft, Satzung, Normdelegation
SGB V § 81 I 3 Nr. 5; Notdienstordnung KV Hessen

Es reicht aus, wenn eine als **Satzung** ergangene Notdienstordnung die grundlegenden Bestimmungen über die **Aufbringung der Mittel** enthält. Eine Satzungsvorschrift auch für den Betrag der Kostenumlage ist nicht erforderlich. Diese kann die Vertreterversammlung vielmehr in anderer Weise normativ regeln (vgl. BSG, Urteil vom 09.12.2004 – B 6 KA 44/03 R -, GesR 2005, 307 ff., hier zitiert nach juris, Rdnr. 102).

Die KV ist grundsätzlich berechtigt, die konkrete Beschlussfassung über die **Höhe der Umlage** an die einzelne **Notdienstgemeinschaft** zu delegieren. Die Notdienstgemeinschaft ist damit berechtigt, durch Herbeiführung eines Beschlusses mit Mehrheit auch die Ärzte zur Umlage zu verpflichten, die damit nicht einverstanden sind oder an der Versammlung gar nicht teilgenommen haben. Es müssen jedoch **verfahrensmäßige Mindeststandards** eingehalten werden.

Das **Protokoll** einer Versammlung der Notdienstgemeinschaft muss die **eindeutige Beschlussfassung** über eine Umlage erkennen lassen, da nur auf diese Weise Rechtsklarheit hergestellt werden kann.

Der Kl. wandte sich gegen die Heranziehung zu einer Notdienstumlage in den Quartalen IV/03, I/04 und II/04 in Höhe von jeweils 400 Euro. Das **SG** gab der Klage statt.

Nach der **Notdienstordnung** gilt Folgendes:

Soweit die bei Betrieb von Notdienstzentralen und Notdienstleitstellen zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichend sind, sind für die Finanzierung des organisierten Notdienstes des Weiteren zu erheben:

- a) ein Abzug eines angemessenen Betriebskostenanteils von mindestens 15 %, höchstens 35 %, bezogen auf die im Rahmen des Notdienstes von den Notdienstärzten erarbeiteten Honorare und im Falle einer weiteren Unterdeckung,
- b) eine Umlage von allen der Notdienstgemeinschaft angeschlossenen niedergelassenen Vertragsärzten.

Art und Umfang der Umlage und des Betriebskostenabzuges sind von der Versammlung der Notdienstgemeinschaft festzulegen und von dem Geschäftsausschuss der zuständigen Bezirksstelle zu genehmigen.

Anstelle eines Betriebskostenabzuges nach Buchstabe a) ist es alternativ aufgrund der Entscheidung der Versammlung der Notdienstgemeinschaft mit Zustimmung des dem Geschäftsausschusses der zuständigen Bezirksstelle möglich, für die Finanzierung des Notdienstes ausschließlich eine Umlage gemäß Buchstabe b) zu erheben (vgl. § 8 Abs. 3 NDO).

Für die Mitglieder der örtlichen Notdienstgemeinschaft ist mindestens einmal jährlich eine Versammlung durchzuführen. Die im Rahmen dieser Versammlung von der Mehrheit der Notdienstgemeinschaft getroffenen Entscheidungen sind für alle Mitglieder der Notdienstgemeinschaft bindend, wenn eine schriftliche Einladung zu der jeweiligen Versammlung mindestens zwei Wochen vor dem Versammlungstermin, unter Bekanntgabe der Tagesordnungspunkte, erfolgt ist und in der Versammlung die einfache Mehrheit der anwesenden Mitglieder die Entscheidung getroffen hat. Die organisatorische Abwicklung der Versammlung der Notdienstgemeinschaft obliegt dem Notdienst-Obmann oder der für die Notdienstgemeinschaft zuständigen Bezirksstelle, die ebenfalls ein Einberufungsrecht für die Versammlung besitzt. Über das Ergebnis der Versammlung ist eine Niederschrift zu erstellen. Für den Ablauf der Versammlung gilt die Geschäftsordnung der Abgeordnetenversammlung der KV Hessen (§ 5 Abs. 5 NDO).

IV. Verwaltungskosten „Öffentlichkeitsarbeit KZBV“

LSG Hessen, Beschl. v. 14.07.2005 – L 6/7 KA 74/04 NZB –

RID 06-01-27

Verwaltungskostenbeitrag, Öffentlichkeitsarbeit, Verwaltungsaufgabe
SGB V §§ 75 II 1, 81 I Nr. 4

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *SG Frankfurt a. M.*, Urt. V. 07.07.2004 – S 27 KA 1075/04 –, das die Klage gegen die Erhebung eines Verwaltungskostenbeitrages in Höhe von 6 € für einen Fonds „Öffentlichkeitsarbeit KZBV“ monatlich abgewiesen hatte, da es sich bei den Sonderbeiträgen um Beiträge zur Durchführung von Verwaltungsaufgaben gehandelt habe, wird zurückgewiesen. Die maßgebliche Rechtsfrage der Rechtmäßigkeit von Öffentlichkeitsarbeit von KVen gegenüber Krankenkassen ist als geklärt anzusehen (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 – B 6 KA 40/03 m.w.N.).

V. Disziplinarrecht: Übermittlungspflicht für Behandlungsunterlagen

Vgl. zuletzt RID 05-02-A VII (S. 22 f.); RID 04-02-A VII (S. 38 ff.).

LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2005 – L 3 KA 5012/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-28

Schadensbeschwerdeausschuss, Wirtschaftlichkeitsprüfung, sonstiger Schaden, Übermittlungspflicht
SGB V §§ 106, 294, 298

Ein Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem **Schadensbeschwerdeausschuss** alle **Behandlungsunterlagen**, Modelle und Röntgenbilder im jeweils zu überprüfenden Einzelfall **vorzulegen**. Diese Verpflichtung ergibt sich aus §§ 294 und 298 SGB V sowie den diese Vorschriften konkretisierenden Satzungsvorschriften der Selbstverwaltung (Satzung der Beklagten) und den Verträgen der gemeinsamen Selbstverwaltung (BMV-Z mit Anlagen und GV-Z mit Anlagen).

SG München, Urt. v. 27.11.2003 – S 21 KA 5503/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VI. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress/Schadensersatzanspruch

Zur Rechtsprechung des BSG s. zuletzt RID 05-04-A IV (S. 17).

Nach *BSG*, Urt. v. 14.12.2005 – *B 6 KA 4/05 R* – (Parallelverfahren: - B 6 KA 3, 5 u. 6/05 R -) muss keine verfeinerte **Vergleichsgruppe** nur aus Zahnärzten mit der Gebietsbezeichnung **"Oralchirurgie"** gebildet werden, da Oralchirurgen weder verpflichtet sind, oralchirurgisch tätig zu sein, noch gehindert, alle anderen zahnärztlichen Behandlungen, wie Parodontosebehandlungen und Eingliederung von Zahnersatz, anzubieten; den möglichen Praxisbesonderheiten müssen die Prüfungsgremien im Rahmen der sog. intellektuellen Prüfung nachgehen.

1. ARZNEIKOSTENREGRESS: AMR UNWIRKSAM

A) ALT-ARZNEIMITTEL THYM-UVOCAL

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 104/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-29

Thym-Uvocal, Arzneimittel, Zulassung, Organhydrolysat, Arzneimitteltherapie
SGB V §§ 106, 135 I; AMG §§ 25 I, 106

Der Verordnungsfähigkeit von Thym-Uvocal steht nicht entgegen, dass das Medikament nicht förmlich nach § 25 I AMG zugelassen war, sondern nur als sog. **Alt-Arzneimittel fiktiv als zugelassen** galt (§ 105 AMG). Allein der Umstand, dass sich ein Medikament im Nachzulassungsverfahren befindet und seine Bewertung durch die Arzneimittelbehörde noch aussteht, steht der Leistungspflicht der Krankenkassen nicht entgegen.

Auf die Frage, ob tatbestandlich der **Verordnungsausschluss der Nr. 17.1 m AMR** eingreift, kommt es nicht an, weil der **Bundesausschuss** bis zum 31.12.2003 **nicht ermächtigt** war, ein Arzneimittel grundsätzlich in den nach § 92 I 2 Nr. 6 SGB V erlassenen Richtlinien **auszuschließen**, so dass die genannte Regelung **unwirksam** ist.

Die Ansicht, **Arzneimitteltherapien** mit nicht zugelassenen Arzneimitteln unterfielen (grundsätzlich) dem § 135 I SGB V (so *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 11.10.2000 – L 7 B 3/00 V -) trifft nicht zu. Eine solche Zuständigkeit des Bundesausschusses besteht nur für - nicht dem AMG unterfallende - Rezepturarzneimittel (vgl. BSGE 82, 233; 86, 54), nicht aber für Fertigarzneimittel

(BSG SozR 3-2500 § 31 Nr. 8; SozR 4-2500 § 27 Nr. 1). Ambulant durchgeführte bloße Pharmakotherapien unterliegen somit nicht dem Erlaubnisvorbehalt des § 135 Abs. 1 SGB V.

Der Kl., ein praktischer Arzt, verordnete im Quartal III/99 einer Patienten drei Mal das Medikament Thym-Uvocal. Die arzneilich wirksamen Bestandteile dieses Fertigarzneimittels sind bovine Thymusdrüse; Anwendungsgebiete sind unter anderem spezifische Immunstimulation und Zusatztherapie bei Tumoren und Praeakanzerosen. Das Medikament war als sog. Alt-Arzneimittel fiktiv zugelassen. Der Prüfungsausschuss, bestätigt von d. Bekl., setzte einen Regress in Höhe der Netto-Verordnungskosten von 312,77 DM (159,97 Euro) fest, da die Verordnung gegen Ziffer 17.1 m AMR verstoße. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 05.05.2004 – S 33 KA 75/02 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

B) ALT-ARZNEIMITTEL THYMOJECT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 90/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-30

Thymoject, Arzneimittel, Zulassung, Organhydrolysat, Arzneimitteltherapie

SGB V §§ 106, 135 I; AMG §§ 25 I, 106

Der Verordnungsfähigkeit von Thymoject steht nicht entgegen, dass das Medikament nicht förmlich nach § 25 I AMG zugelassen war, sondern nur als sog. Alt-Arzneimittel fiktiv als zugelassen galt (§ 105 AMG); im Übrigen s. vorstehend LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 104/04 –.

Die Kl. verordnete im Quartal II u. III/00 drei mal der Versicherten B T das Arzneimittel Thymoject. Bei dem Präparat handelt es sich um ein Fertigarzneimittel mit dem arzneilich wirksamen Bestandteil Thymusdrüse, das fiktiv zugelassen ist. Anwendungsgebiete sind Erkrankungen, die mit einem Immuneffekt verbunden sind, z. B. bösartige Tumore. Die Kl. gab an, sie behandle die Patienten seit 1997 wegen eines Mammakarzinoms erfolgreich mit einer komplementären Therapie mit Mistelextrakten, Orthomolekulartherapie und - in Intervallen - Thymojectinjektionen, nachdem schulmedizinische Behandlungsmaßnahmen ausgeschöpft gewesen seien. Der Prüfungsausschuss lehnte den von der Beigel. zu 1) beantragten Regress (527,54 DM) ab, der Bekl. setzte ihn fest. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 23.06.2004 – S 14 KA 111/02 – wies die Klage ab, weil die immun-biologische Therapie, zu der die Behandlung mit Thymuspeptiden gehöre, eine neue und nicht anerkannte Behandlungsmethode im Sinne des § 135 I SGB V sei. Das *LSG* verurteilte d. Bekl., den Widerspruch der Beigel. zu 1) gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses zurückzuweisen.

2. SPRECHSTUNDENBEDARFSREGRESS

A) QUARTALSWEISE VERORDNUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 23/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-31

Sprechstundenbedarf, Regress, Beratung

SGB V § 106

Bei der Überprüfung eines Sprechstundenbedarfsregresses kann ein Gericht den Verordnungsumfang **mit weiteren Quartalen vergleichen**.

Die **Verordnung von Sprechstundenbedarf** steht nicht im freien Belieben eines Vertragsarztes und hat **quartalsweise** zu erfolgen.

Eine **unterlassene Beratung** macht die Verhängung eines Regresses nicht rechtswidrig (BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 66/00 R -).

Die Kl., eine HNO-Ärztin, wendet sich gegen Regresse wegen Verordnung vom Sprechstundenbedarf für die Quartale II/1996 und II/1998 in Höhe von 7.824,43 Euro. Ihre Verordnungen überstiegen die durchschnittlichen Werte der Fachgruppe um 339,38 v. H. und 381,76 v. H. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 17.11.2004 – S 33 KA 226/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) BEACHTUNG EINER SSB-VEREINBARUNG/VERTRAUENSSCHUTZ

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 44/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-32

SSB-Vereinbarung, Vertrauensschutz, Schadensersatz, Bereicherungsanspruch, Einzelverordnung

SGB V § 106

Eine ordnungsgemäß publizierte **SSB-Vereinbarung** ist von allen Vertragsärzten zu beachten.

Die Duldung einer von der Vereinbarung abweichenden Ordnungspraxis aufgrund lokaler Absprachen kann möglicherweise (zunächst) **Vertrauensschutz** hinsichtlich der Beibehaltung der

bisherigen Praxis begründet haben. Vertrauensschutz besteht aber dann nicht mehr, wenn klargestellt wird, dass regionale Absprachen, die von der SSB-Vereinbarung abweichen, nicht mehr gültig sind. Der auf das Fehlen der Verordnungsfähigkeit eines Medikaments gestützte SSB-Regress ist seiner Rechtsnatur nach ein **Schadensersatz - und kein Bereicherungsanspruch** (BSG Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 41/03 R -). Auf der Grundlage des normativen Schadensbegriffs kommt eine Berücksichtigung der ersparten Aufwendungen als **schadensmindernde Vorteile** nicht in Betracht. **SSB und Einzelverordnung** sind nicht beliebig austauschbar und es ist dem Arzt insbesondere nicht erlaubt, statt mit Einzelverordnungen mit Sprechstundenbedarf zu arbeiten (BSG SozR 2200 § 368n Nr. 36).

Die kl. Gemeinschaftspraxis ist auf reproduktionsmedizinische Behandlungen spezialisiert. Im Rahmen dieser Behandlungen setzte sie als Sprechstundenbedarf Progesteron-Vaginal-Kapseln ein, die nach einem Embryonentransfer zur Proliferation der Gebärmutter Schleimhaut verabreicht werden. Die Beigel. zu 2) hatte in dem Mitteilungsblatt "KV Nordrhein aktuell" 5/1997 unter Hinweis auf die neue SSB-Vereinbarung darauf aufmerksam gemacht, bisher abweichende lokale Absprachen oder Vereinbarungen seien damit hinfällig. Mit Schreiben vom 07.09.1998 forderte die Beigeladene zu 1) von der Kl. die Beachtung der SSB-Vereinbarung. Eine bisher geübte abweichende Verordnungsweise sei spätestens ab dem 4. Quartal 1998 umzustellen. Für das Quartal IV/99 setzte der Bekl. einen Regressbetrag von 120.080,00 DM fest. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 02.02.2005 - S 14 KA 176/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ZAHNÄRZTE

A) GEWÄHRLEISTUNG/BINDUNG AN ZAHNERSATZ-RICHTLINIEN/WUNSCHBEHANDLUNG

SG Düsseldorf, Urt. v. 11.01.2006 - S 2 KA 272/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-33

Gewähr, Anscheinsbeweis, Zahnersatz, Mangel, Zahnersatz-Richtlinien, Qualitätssicherung

SGB V §§ 136b II 3, 4

Gemäß § 136b II 3, 4 SGB V übernimmt der Zahnarzt für die Versorgung mit Zahnersatz eine **zwei-jährige Gewähr**. Die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Diese Voraussetzungen liegen vor, wenn eine am 30.05.2002 eingegliederte Brücke 23-25 bereits am 16.08.2002 funktionsuntüchtig geworden ist, nachdem der Vertragszahnarzt den Brückenpfeiler 23 extrahiert hatte.

Der im Gesetz verwendete **Terminus "Gewähr"** lässt darauf schließen, dass der Zahnarzt nicht für die Dauer von zwei Jahren eine Beschaffenheits- oder Haltbarkeitsgarantie (vgl. § 443 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) n.F.) übernimmt, sondern der Mangel des Zahnersatzes bereits **bei Eingliederung** vorhanden gewesen sein muss (vgl. §§ 640, 634, 633 BGB).

Der **Anscheinsbeweis** greift beweis erleichternd bei typischen Geschehensabläufen ein, und zwar in den Fällen, in denen ein gewisser Sachverhalt feststeht, der nach der Lebenserfahrung auf eine bestimmte Ursache oder einen bestimmten Ablauf hinweist (BGH NVZ 1993, 225; BGH VersR 1985, 369; BGH NJW 1985, 1775). Wenn ein Zahnarzt bereits 2 ½ Monate nach Eingliederung einer Brücke einen der Pfeilerzähne extrahiert, so dass eine vollständig neue Versorgung notwendig wird, spricht dies nach der Lebenserfahrung dafür, dass die Indikation für eine Brücke mit dem extrahierten Zahn als Pfeiler nicht vorgelegen hat.

Die **Zahnersatz-Richtlinien** des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen binden den Vertragszahnarzt und präzisieren zugleich den Umfang der Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber den Versicherten. Die Beachtung und Einhaltung der Vorschriften der Zahnersatz-Richtlinien ist dabei nicht nur im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot von Bedeutung, sondern vor allem auch im Hinblick auf die **Qualitätssicherung** der vertragszahnärztlichen Versorgung (BayLSG, Urteil vom 28.11.2001 - L 12 KA 509/99 -).

Die Therapiefreiheit des Zahnarztes und der **Wunsch des Patienten** stellen keinen rechtlichen Grund dar, sich über die zwingenden Bestimmungen der Richtlinien hinwegzusetzen. Wünscht der Versicherte eine Leistung, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot widerspricht, indem er endodontische und chirurgische Therapien, eine Trepanation und ggf. Wurzelbehandlung ablehnt, sondern allein die Extraktion des Pfeilerzahnes begehrt und dadurch eine vollständige Neuversorgung erforderlich macht, so hat er die Kosten hierfür selbst aufzubringen.

B) FUNKTIONSANALYTISCHE UND –THERAPEUTISCHE MAßNAHMEN

SG Dresden, Urt. v. 14.09.2005 – S 11 KA 5015/03 Z –

RID 06-01-34

Behandlungsmethode, Praxisbesonderheit, Funktionsanalytische und –therapeutische Maßnahmen, Lerch
SGB V § 106

Eine aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Behandlungsmethode kann keine Praxisbesonderheit im Rechtssinne darstellen. Funktionsanalytische und –therapeutische Maßnahmen (hier: Therapiekonzept nach Prothetiker Peter Lerch) gehören nicht zur zahnärztlichen Behandlung (§ 28 II 8 SGB V).

C) VERTAGUNGSGESUCH/ZE-FÄLLE KEINE PRAXISBESONDERHEIT

SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 48/05 –

RID 06-01-35

Vertagungsgesuch, , Zahnersatz-Fälle, ZE-Fälle, Praxisbesonderheit
SGB V § 106

Die für Gerichtsverfahren strengen Maßstäbe der Rechtsprechung zur Glaubhaftmachung einer **Verhandlungsunfähigkeit wegen Erkrankung** (auch des Prozessbevollmächtigten) (vgl. BFH, Beschl. v. 04.08.2005 - I B 219/04, juris Rdnr. 6; BFH, Beschl. v. 10.03.2005 - IX B 171/03, juris Rdnr. 4, jeweils m. w. N.) gelten auch für **Vertagungsgesuche** gegenüber einem **Beschwerdeausschuss**. Ein eingereichtes Attest muss die Diagnose der Erkrankung enthalten, und aus ihm muss sich die Verhandlungsunfähigkeit eindeutig und nachvollziehbar ergeben. Insbesondere wenn der Antrag auf Terminsverlegung "in letzter Minute" gestellt wird, müssen die Beteiligten mit einer Prüfung ihres Antrags unter jedem in Frage kommenden Gesichtspunkt rechnen und von sich aus alles unternehmen, damit ihrem Vortrag ggf. auch in tatsächlicher Hinsicht gefolgt werden kann.

Im Regelfall begründet die – auch vermehrte – Abrechnung von **Zahnersatz-Fällen** keine **Praxisbesonderheit** bei der Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen, da ZE-Fälle auch als Behandlungsfälle in die Statistik der konservierend-chirurgischen Behandlung eingehen und Begleitleistungen der ZE-Fälle nicht notwendig zu erhöhten durchschnittlichen Kosten führen.

D) „DURCHSANIEREN“/PAR- U. ZE-FÄLLE KEINE PRAXISBESONDERHEIT

SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 34/05 –

RID 06-01-36

Durchsanieren, Parodontose-Fälle, Zahnersatz-Fälle, ZE-Fälle, Praxisbesonderheit
SGB V § 106

Geringere Fallzahlen ermöglichen auch nicht ein „Durchsanieren“ im Sinne einer Praxisbesonderheit. Eine **Praxisbesonderheit** liegt nur vor, wenn ein Patientengut zu behandeln ist, das einen im Vergleich zu den übrigen Zahnärzten der Vergleichsgruppe wesentlich erhöhten Behandlungsbedarf hätte. Ein sog. "Durchsanieren" führt grundsätzlich nicht zu erhöhten Abrechnungswerten, da maßgeblich für den Umfang der notwendigen Behandlung ausschließlich der Befund bei den Patienten ist. Ein erhöhter Fallwert kann daher nur notwendig werden, wenn insgesamt die Patientenstruktur einer Praxis Patienten aufweist, die einer wesentlich umfangreicheren Behandlung als die Patienten der Vergleichsgruppe bedürfen.

Parodontose-Fälle bedeuteten keine **Praxisbesonderheit** für die Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Behandlungsbereichs, der nicht Teil des parodontologischen Behandlungskomplexes ist, sondern nur im Rahmen einer Vorbehandlung zur Anwendung kommt. Die Vorbehandlungen gehen in die Statistik der konservierend-chirurgischen Behandlung ein. Hieraus ergeben sich nicht zwangsläufig erhöhte Abrechnungswerte. Die Behandlungen fallen nicht in einem Quartal an. Die PAR-Richtlinien sehen vielmehr eine längere Vorbehandlung und einen zeitlichen Abstand zwischen Abschluss der Vorbehandlung und Durchführung der PAR-Behandlung vor. Von daher ist im Regelfall davon auszugehen, dass diese Begleitleistungen auf zwei, wenn nicht sogar noch weitere Quartale entfallen.

Die überdurchschnittliche Abrechnung von **ZE-Fällen** ist keine **Praxisbesonderheit** bei der Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen, da ZE-Fälle auch als Behandlungsfälle in die Statistik der konservierend-chirurgischen Behandlung eingehen und Begleitleistungen der ZE-Fälle nicht notwendig zu erhöhten durchschnittlichen Kosten führen.

E) PROTHETIK-EINIGUNGS-AUSSCHUSS: SCHADENSREGRESS

SG Stuttgart, Urt. v. 22.06.2005 – S 10 KA 5783/04 –

RID 06-01-37

Zahnersatz, Prothetik-Einigungs-Ausschuss, Besetzung, Mangel, Heilung, Begründung, Dienstvertragsrecht
SGB V § 106; SGB X §§ 41, 42

Eine geschlossene Vereinbarung im Primärkassenbereich, nach der für die Festsetzung von Schadensersatzansprüchen wegen Mängel der prothetischen Versorgung eine spezielle Zuständigkeit eines **Prothetik-Einigungs-Ausschusses** besteht, ist weiterhin gültig (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2001 – B 6 KA 60/00 R – SGB 2001, 551).

Ist ein Prothetik-Einigungs-Beschwerdeausschuss trotz Vereinbarung nicht paritätisch **besetzt**, so ist dies nach § 42 Satz 1 SGB X unbeachtlich, wenn bei Stimmengleichheit der Einspruch als zurückgewiesen gilt und im für den Vertragszahnarzt günstigsten Fall Stimmengleichheit bei vollständiger Besetzung eingetreten wäre.

Eine unvollständige **Begründung** kann im Gerichtsverfahren geheilt werden (§ 41 I Nr. 2, II SGB X).

Für die Beurteilung eines **öffentlich-rechtlichen Schadensersatzanspruchs** wegen mangelhafter Prothetik ist **Dienstvertragsrecht** heranzuziehen.

Die Unterfahrbarkeit der Kronenränder stellt einen erheblichen **Mangel** der prothetischen Versorgung dar, der nicht nachgebessert werden kann.

F) PARODONTOSEBEHANDLUNG

AA) VORBEHANDLUNG UND ERSTELLUNG DES PAR-STATUS

SG Gotha, Urt. v. 23.03.2005 – S 7 KA 2425/99 –

RID 06-01-38

Parodontosebehandlung, Vorbehandlung, PAR-Status
SGB V § 106

Eine etwa **ein Jahr** vor der nächsten Patientenkonsultation liegende Behandlung ist keine **Vorbehandlung** nach Nr. 21 PAR-RL.

Die Erstellung des **PAR-Status** kann nicht zusammen mit der **Vorbehandlung** erfolgen.

BB) VERSTOß GEGEN PAR-RL UND LEISTUNGSKÜRZUNG

SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 21/05 –

RID 06-01-39

Berufung eingelegt
Parodontosebehandlung, Vorbehandlung, PAR-Status
SGB V § 106

Wegen ungenügender **Vorbehandlungen** können die Leistungen für die gesamte PAR-Behandlung abgesetzt werden.

Ein **Verstoß** gegen die **PAR-RL**, der jeweils zu einer **Leistungskürzung** berechtigt, liegt vor, wenn der zeitliche Abstand zwischen Vorbehandlung und PAR-Behandlung zu kurz ist, die Vorbehandlung nur einmalig erfolgte und damit ungenügend ist, keine genauen Angaben über die Vorbehandlung dokumentiert sind, Zähne unversorgt geblieben sind, der PAR-Status nur unzureichend erhoben wurde, keine aktuellen Röntgenaufnahmen vorliegen, es an der Motivation der Patienten gefehlt hat, eine Neumessung der Taschentiefen aufgrund des zeitlichen Abstandes erforderlich gewesen ist bzw. noch der Heilungsprozess hätte weiter beobachtet werden müssen.

Ein Vertragszahnarzt kann nicht mit dem Einwand gehört werden, die Patientin hätte **schnell behandelt** werden wollen. Gerade im Bereich der systematischen Behandlung von Parodontopathien kommt es auf die Sicherstellung einer entsprechenden Motivation des Patienten sowie die Anpassung seiner Mundhygienegewohnheiten an. Eine Behandlung hat nach fachzahnärztlichen Gesichtspunkten zu erfolgen und **Wünsche der Patienten** müssen ggf. zurückgestellt werden.

VII. Zulassungsrecht

Zur Rechtsprechung des BSG s. zuletzt RID 05-04-A V (S. 20).

1. WIRKSAMKEIT EINES ZULASSUNGSVERZICHTS UND WIDERRUF

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.02.2005 – L 5 KA 3191/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-40

Zulassungsverzicht, Wirksamkeit, Widerruf

SGB V §§ 95 VII, 103; Ärzte-ZV § 28 I; BGB § 130 I

Leitsatz:

Ein **Verzicht** auf eine Zulassung wird mit dem Zugang der Erklärung auf der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses **wirksam**. Er kann danach **nicht widerrufen** werden.

Der Beigel. zu 8) wurde im März 1999 als Praktischer Arzt zur Übernahme der Praxis von Dr. F. zugelassen. Ihm wie den beiden Kl. wurde ferner die Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis erteilt. Am 10.05.2002 ging beim Zulassungsausschuss folgendes Schreiben des Beigel. zu 8) ein: „*Hiermit erkläre ich meinen Verzicht auf die Kassenzulassung zum nächstmöglichen Termin, beantrage die Ausschreibung des Sitzes in der Juniausgabe des Ärzteblattes Baden-Württemberg, sowie die Verkürzung der vorgeschriebenen Bewerbungsfrist auf zwei Wochen*“. Im Juni teilte der Beigel. zu 8) mit, dass die Verhandlungen mit einer Bewerberin um die Praxisnachfolge in der Gemeinschaftspraxis gescheitert seien und er ungeachtet der noch offenen Nachfolge zum 30.06.2002 aus der Gemeinschaftspraxis ausscheide. Er beabsichtige am 01.10.2002 die Nachfolge von Dr. A. in W. anzutreten. Zugleich beantragte er, seine Zulassung ab 01.07.2002 ruhen zu lassen. Mit Beschl. v. 17.07.2002 stellte der Zulassungsausschuss fest, dass die Zulassung des Beigel. zu 8) infolge Verzichtes am 30.06.2002 ende. Des Weiteren wurde die Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis mit den Kl. mit Wirkung v. 30.06.2002 widerrufen. Der schriftliche Bescheid trug das Datum 31.07.2002 und wurde auch an diesem Tag dem Beigel. zu 8) per Post übersandt. Zuvor, am 26.07.2002 ging beim Zulassungsausschuss per Telefax ein Schreiben des Bevollmächtigten des Beigel. zu 8) ein, in dem dieser mitteilte, er habe bereits mit Schreiben v. 11.07. den Verzicht widerrufen. Auf Widerspruch des Beigel. zu 8) hob der beklagte Berufungsausschuss den Bescheid des Zulassungsausschusses auf und stellte fest, dass der Verzicht wirksam widerrufen worden sei und die Zulassung fortbestehe. Des Weiteren wurde auf seinen Antrag die Verlegung der Vertragsarztpraxis innerhalb L. genehmigt. *SG Freiburg*, Urt. v. 31.03.2004 – S 12 KA 312/03 – gab der Klage statt und verpflichtete den Bekl., den Widerspruch des Beigel. zu 8) zurückzuweisen. Das *LSG* wies die Berufung des Bekl. zurück.

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

Vgl. zuletzt RID 05-03-A VII 4 (S. 25).

A) BERÜCKSICHTIGUNG ZUGELASSENER KRANKENHÄUSER NACH § 115B SGB V

SG Dresden, Urt. v. 04.05.2005 – S 11 KA 671/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-41

Krankenhaus, ambulant Operieren, Koloskopie

SGB V §§ 73 Ia, 115b, 116

Hinsichtlich der Frage, ob ein **"Bedarf"** nach § 73 Ia 3 SGB V besteht, darf die **Leistungserbringung der Krankenhäuser nach § 115b SGBV berücksichtigt** werden. Die Grundsätze der Sonderbedarfszulassung, insbesondere Satz 3 der Nr. 24 BedarfsplRL-Ä, wonach eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht zu bleiben hat, lassen sich nicht auf die Ausnahmegenehmigung nach § 73 Ia 3 SGB V übertragen.

Anhaltspunkte dafür, dass **Ausnahmegenehmigungen** nach § 73 Ia 3 SGB V in der Regel für die **Dauer von 2 Jahren** zu gewähren sind, enthält das Gesetz nicht. Es ist eine **ex-ante Betrachtung** vorzunehmen. War die partielle Öffnung des Planungsbereichs für einen Fachinternisten angekündigt, so kann sich die Befristung hieran ausrichten.

Der Kl. ist Facharzt für Innere Medizin und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Er war bisher u. a. zu Koloskopien ermächtigt worden. Im Jahr 2001 rechnete er 755 Koloskopien ab. Mit Beschl. des Zulassungsausschusses vom 22.03.2004 wurde dem Kl. u. a. die befristete Genehmigung erteilt, vom 01.04.2004 bis 31.12.2004 pro Quartal 50 Koloskopien nach Nr. 760 und 764 EBM zu erbringen. Der Bekl. verlängerte lediglich die Befristung bis zum 31.03.2005. Das *SG* wies die Klage ab.

B) PRÄVENTIVE LEISTUNGEN (NR. 156 EBM)

SG Detmold, Urt. v. 08.04.2005 – S 12 KA 6/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-42

Koloskopie, präventive Leistung

SGB V §§ 73 I Ia, 87 I 1; EBM Nr. 156

Auch bei einer **präventiven Leistungserbringung** ist eine Ausnahmegenehmigung gemäß § 73 Ia 3 SGB V möglich, soweit eine Versorgungslücke besteht. Weder § 73 Ia SGB V noch dem untergesetzlichen Normgefüge des Vertragsarztrechts ist eine Vorschrift zu entnehmen ist, wonach der Gesetzgeber zum Ausdruck gebracht hätte, dass die Durchführung präventiver Leistungen ausschließlich und ausnahmslos den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten vorbehalten sei.

Eine **KV** muss in Kenntnis weiterer Leistungserbringer bereits **im Verwaltungsverfahren** nachvollziehbar **darlegen**, dass ein entsprechender Bedarf nicht bestand. Unterlässt sie dies, so darf der Berufungsausschuss weitere Ermittlungen unterlassen.

Der bekl. Berufungsausschuss genehmigte dem beigel. Facharzt für innere Medien, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, folgende Leistungen: Kurative Koloskopien nach den Nrn. 760, 763, 764, 765, 776 und 768 EBM, präventive Koloskopien nach der Nr. 156 und zwar befristet bis zum 31.12.2010. Gegen die Genehmigung der präventiven Koloskopien erhob die KV die Klage. Das **SG** wies die Klage ab.

C) KEINE KOMPETENZ DER KV

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.12.2005 – L 11 KA 122/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-43

Allgemeinarzt, haus- und fachärztliche Versorgung, Zuständigkeit

SGB V §§ 73 I, Ia, 75, 87 IIa 4

Unabhängig davon, dass nur für die Gruppe der Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung die Möglichkeit einer Ausnahmeregelung eingeräumt wird, besteht für Anträge nach § 73 Ia 3 SGB V die **alleinige Entscheidungskompetenz des Zulassungsausschusses**. Der Wortlaut der Regelung ist eindeutig und nicht auslegungsfähig. Dass **Allgemeinärzte** in der Vorschrift nicht genannt werden, besagt allenfalls, dass diese Arztgruppe keinen Anspruch auf Erteilung der Ausnahmegenehmigung hat, vermag aber nichts für eine Entscheidungskompetenz der Beklagten in diesen Fällen herzugeben.

Die KV kann sich für eine **Kompetenz** auch nicht auf ihren allgemeinen **Sicherstellungsauftrag** aus § 75 I SGB V berufen. Zulassungen und Ermächtigungen von Ärzten zählen zwar begrifflich zur Sicherstellung der Versorgung, sind aber aus dem Zuständigkeitsbereich der KV herausgelöst und der gemeinsamen Selbstverwaltung in Gestalt der Zulassungsausschüsse (§ 96 SGB V) zugewiesen.

Der Kl. ist Arzt für Allgemeinmedizin und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Er beantragte im Juni 2002 eine befristete Ausnahmeregelung zur Abrechnung der Leistungen nach Nrn. 740/741 EBM (jetzt Nr. 13400 EBM 2000 Plus). *SG Düsseldorf*, Urt. v. 06.10.2004 – S 33 KA 155/03 – verurteilte die bekl. KV zur Neubescheidung des Antrages, das **LSG** hob die Ausgangsbescheide auf und wies im Übrigen die Klage ab.

Zum **Ausschluss der Allgemeinmediziner** von einer **Ausnahmegenehmigung** nach § 73 Ia SGB V s. *SG Karlsruhe*, Urt. v. 23.07.2003 – S 1 KA 504/03 – juris; *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 08.08.2003 – S 27 KA 2353/03 ER- RID 03-04-59; *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 18.02.2004 – S 27 KA 4418/03 – RID 04-02-87.

D) ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG

SG Dresden, Beschl. v. 12.12.2005 – S 18 KA 674/05 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-44

Gesamtbedarf, sofortige Vollziehung, Patientenversorgung

SGB V § 97 IV; SGG 86a, 86b

Der Berufungsausschuss kann auch **nach Anfechtung** seiner Entscheidung deren **sofortige Vollziehung anordnen**. § 97 Abs. 4 SGB V trägt speziell der für Zulassungssachen typischen Konstellation des begünstigenden Verwaltungsaktes mit belastender Drittwirkung Rechnung.

Die in vorangegangenen Zeiträumen erbrachten und abgerechneten **Fallzahlen** bilden nur einen ungefähren, wenngleich objektiven, Anhaltspunkt für den tatsächlichen **Gesamtbedarf**, weil sich ihnen eine Bedarfsunterdeckung, die zudem durch unzumutbar lange Wartezeiten oder Abwanderung von Patienten in andere Planungsbereiche verdeckt sein kann, naturgemäß nicht entnehmen lässt. Die Entwicklung der abgerechneten Fallzahlen in den vorangegangenen Zeiträumen lässt insoweit einen breiten Deutungsspielraum hinsichtlich des zu erwartenden Leistungsbedarfs zu, der mit einer

entsprechend weiten Einschätzungsprärogative der Zulassungsgremien korrespondiert. Dabei bildet der geschätzte Gesamtbedarf keine absolute Obergrenze für den Umfang der zur bedarfsgerechten Versorgung gegebenenfalls zu erteilenden Abrechnungsgenehmigung, weil bei der dabei notwendig zu treffenden Prognose auch **kurzfristige Bedarfsschwankungen** über die Schätzung hinaus im Rahmen der **Schwankungsbreite bisheriger Fallzahländerungen mit einkalkuliert** werden können.

Der Prüfung, ob die **bedarfsgerechte Versorgung** im Sinne von § 73 Ia 3 SGB VI gewährleistet ist oder nicht, ist eine **prognostische Schätzung** zu Grunde zu legen. Dabei ist angesichts der hohen Bedeutung einer lückenlosen **Patientenversorgung** keine absolute rechnerische Übereinstimmung zwischen dem geschätzten Bedarf und den objektivierbaren Kapazitäten geboten, damit unter Ausnutzung der zur Sicherung der bedarfsgerechten Versorgung erteilten Ausnahmegenehmigung auch evtl. kurzfristigen Bedarfsveränderungen im Rahmen der Schwankungsbreite der bisherigen Fallzahländerungen entsprochen werden kann.

Eine Abdeckung des Bedarfs außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung durch ambulante Untersuchungen in **Krankenhäusern** nach § 115b SGB V fällt hinsichtlich der **Gastroskopien** nicht ins Gewicht, weil es sich dabei - im Gegensatz zu Koloskopien und mit Ausnahme von Gastroskopien im Zusammenhang mit einer Ösophagusprothetik oder einer perkutanen Gastrostomie - nicht um ambulante Operationen im Sinne von Anlage 1 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V, Ambulantes Operieren und stationärer ersetzende Eingriffe im Krankenhaus - handelt.

Die Berücksichtigung von Ärzten in den an den untersuchten räumlichen Bereich **angrenzenden Gebieten** ist zwar zulässig, wenn der Planungsbezirk einen besonderen Zuschnitt aufweist (vgl. LSG Sachsen, Beschl. v. 26.05.2005 - L 1 B 31/05 KA/ER - zu einem Praxissitz im Grenzgebiet eines Planungsbereichs). Sie ist aber nicht geboten, wenn keine Anhaltspunkte für eine unter räumlichen Gesichtspunkten **besondere Bedarfssituation** bestehen und der Praxissitz des der Bedarfspürung unterzogenen Vertragsarztes mitten im Planungsbereich gelegen ist.

Bei der Bedarfsermittlung nach § 73 Ia 3 SGB V besteht ein **Vorrang** der Leistungserbringung durch **niedergelassene Vertragsärzte** gegenüber ermächtigten Krankenhausärzten gemäß § 116 SGB V (so bereits SG Dresden, Beschl. v. 25.08.2003 - S 18 KA 618/03 ER -).

Der Grundsatz, dass die **Gründe für die Anordnung der sofortigen Vollziehung** von den Gründen der im **Hauptsacheverfahren** angefochtenen Entscheidung unterschieden werden müssen, schließt nicht aus, dass ein und der selbe Umstand - hier: die Annahme einer drohenden Versorgungslücke - sowohl für die im Hauptsacheverfahren streitgegenständliche Zulassungsentscheidung als auch für deren sofortige Vollziehung Ausschlag gebend sein können. Gleichwohl setzt die Anordnung der sofortigen Vollziehung eine vollständige Abwägung der widerstreitenden Güter- und Interessen unter Berücksichtigung der Vorläufigkeit der Entscheidung voraus.

Das **SG** wies den Antrag der KV auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage gegen den Beschluss des Berufungsausschusses über die Genehmigung zur Erbringung von 300 Gastroskopien bis längstens 31.05.2007 ab.

3. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

A) BESCHÄFTIGUNG EINES KASACHISCHEN ZAHNARZTES OHNE APPROBATION UND GENEHMIGUNG

SG Stuttgart, Urt. v. 22.06.2005 – S 10 KA 4573/04 –

RID 06-01-45

Approbation, Genehmigung, Zulassung, Entziehung, Wohlverhalten
SGB V § 95 VI

Einer Vertragszahnärztin, die über zwei Jahre einen **Behandler ohne Approbation und Genehmigung beschäftigt**, der lediglich über eine kasachische Zahnarztausbildung verfügt, kann die **Zulassung entzogen** werden. Ein **Wohlverhalten** tritt demgegenüber zurück.

Die KZV beantragte die Zulassungsentziehung der 1987 ermächtigten, seit 1994 zur Teilnahme an der kieferorthopädischen Versorgung zugelassenen Kl., weil diese nach den Feststellungen der Kriminalpolizei u. a. H. als Zahntechniker angestellt habe, der sich 1999 bis 2001 als Behandler betätigt habe und bei 1.305 Patienten zahnärztliche Leistungen selbständig vorgenommen habe. Das LG verurteilte die Kl. wegen Betrugs in acht Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von elf Monaten auf Bewährung. Die Klage gegen eine Honorarberichtigung (179.195,20 €) hat sie zurückgenommen. Der Zulassungsausschuss entzog die Zulassung, der Beschwerdeausschuss wies den Widerspruch zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

B) ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG

Vgl. zuletzt zur Anordnung der sofortigen Vollziehung RID 05-01-A VI 11 (S. 42) m.w.N.; zur Zulassungsentziehung s. a. RID 05-04-A V 5; RID 05-03-43; RID 05-02-51.

AA) PROGNOSE/INSOLVENZVERFAHREN

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 03.11.2005 – L 5 ER 91/05 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-01-46**

Zuständigkeit, Gericht, sofortige Vollziehung, Zulassungsentziehung, Insolvenzverfahren
SGB V § 95 VI; SGG § 86b I

Ein **SG** ist für die Entscheidung über den **Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung** nicht mehr **zuständig**, wenn es zuvor über die Hauptsache durch Urteil entschieden hat. Im Zeitraum zwischen dem Erlass des Urteils des SG und der Einlegung des Rechtsmittels fehlt es an einer Zuständigkeit für eine Entscheidung im Wege des vorläufigen Rechtsschutzes. Dies ist verfassungsrechtlich unproblematisch, weil der Betroffene zusammen mit der Einlegung des Rechtsmittels, die bereits vor der Zustellung des schriftlichen Urteils erfolgen kann, einen Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz beim LSG stellen kann. Eine zuvor gefällte Zwischenentscheidung ("Hängebeschluss") ändert nichts an der Zuständigkeit.

Generalpräventive Gesichtspunkte sind nicht ausreichend, um eine **Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Zulassungsentziehung** zu rechtfertigen. (Senatsbeschl. v. 03.12.2004 – L 5 ER 112/04 KA). Eine günstige **Prognose in einem Strafurteil** ist zu berücksichtigen.

Ein **Insolvenzverfahren** rechtfertigt nicht die Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Zulassungsentziehung.

Der 1950 geb. Ast. ist seit 1983 als Internist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und als Hausarzt tätig. Hinsichtlich seines Vermögens ist am 31.08.2004 gemäß §§ 21, 22 InsO die vorläufige Verwaltung angeordnet worden. Durch rechtskräftiges Urteil vom 10.06.2003 (Az 6014 Js 7308/00 4 KLS) wurde der Ast. vom **LG Kaiserslautern** wegen **unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln** in 28 Fällen zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe** von einem Jahr und neun Monaten verurteilt. Außerdem wurde ihm für die Dauer von drei Jahren untersagt, Zubereitungen von bestimmten näher genannten Betäubungsmitteln oder zur Substitution zugelassene Arzneimittel zu verschreiben, zu verabreichen, zum unmittelbaren Gebrauch zu überlassen oder abzugeben. Die Vollstreckung der Freiheitsstrafe wurde zur Bewährung ausgesetzt. Nach den Feststellungen des LG hatte der Ast. in der Zeit von Dezember 1998 bis Mai 2000 Patienten das Arzneimittel Orlaam zur substitutionsgestützten Behandlung verschrieben. Das LG führte in seinem Urteil aus, der Ast. habe es in unentschuldbarer Weise versäumt, die zur sicheren Feststellung einer Opiatabhängigkeit erforderlichen Erhebungen und Untersuchungen vollständig durchzuführen und die bestimmungsgemäße Verwendung zu kontrollieren; zudem habe der Antragsteller die substitutionsgestützten Behandlungen pflichtwidrig nicht ausreichend dokumentiert. Der **Zulassungsausschuss** entzog dem Ast. die Zulassung. Der **Berufungsausschuss** (Ag.) wies den Widerspruch des Ast. zurück, was er nicht nur mit den Substitutionsbehandlungen und den strafrechtlichen Ermittlungsverfahren begründete, sondern auch damit, dass der Ast. in der Zeit von 1998 bis Anfang 2000, in der er Mitgesellschafter der Firma N Versandhandel gewesen sei, in einer Vielzahl von Fällen die gesetzlichen Krankenkassen durch **fingierte bzw. unzutreffende Verordnungen von Hilfsmitteln** für Inkontinenzpatienten geschädigt habe. Unerheblich sei die **Einstellung dieses Ermittlungsverfahrens** nach § 154 StPO. Zudem müsse sich der Ast. vorwerfen lassen, seit Jahren fortwährend gegen das **Wirtschaftlichkeitsgebot** verstoßen zu haben; deswegen sei am 10.11.1995 bereits eine **Disziplinarmaßnahme** erfolgt. Der Ag. hat im Bescheid vom 02.02.2005 dessen **sofortige Vollziehung** angeordnet. Hiergegen hat der Ast. im März 2005 Klage erhoben. Ferner hat er einen Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage gestellt. Durch Beschl. v. 15.03.2005 hat das **SG** im Wege eines sog. "**Hängebeschlusses**" die aufschiebende Wirkung der Klage "bis zur abschließenden Entscheidung der Kammer" vorläufig wiederhergestellt. Der **Senat** hat die Beschwerde des Ag. hiergegen mit Beschl. v. 18.04.2005 (L 5 ER 19/05 KA) als unzulässig verworfen. Das **SG** hat die Klage durch Urteil vom 13.07.2005 abgewiesen. Gegen dieses Urteil hat der Ast. am 16.09.2005 Berufung eingelegt. **SG Mainz**, Beschl. v. 12.09.2005 – S 2 ER 30/05 KA – ordnete die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage an, das **LSG** hob auf die Beschwerde des Ag. den Beschl. des SG auf und ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid vom 2.2.2005 an.

BB) SUCHTERKRANKUNG

SG Mainz, Beschl. v. 07.09.2005 – S 6 ER 126/05 – cms.justiz.rlp.de = juris

RID 06-01-47

Trunksucht, Alkoholkrankheit, Alkoholabhängigkeit, Ungeeignetheit, Suchterkrankung
SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 21; GG Art. 12 I, 19 IV; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I

Für die Verhängung eines **vorläufigen Berufsverbots** genügt nicht schon die hohe Wahrscheinlichkeit, dass das Hauptsacheverfahren zum gleichen Ergebnis führen wird; vielmehr setzt sie gemäß Art.

12 I GG in Verbindung mit dem Rechtsstaatsgebot die zusätzliche Feststellung aufgrund einer Gesamtwürdigung der Umstände des Einzelfalls voraus, dass sie schon vor Rechtskraft des Hauptsacheverfahrens als Präventivmaßnahme zur Abwehr konkreter Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter erforderlich ist (so BVerfG v. 13.08.2003 - 1 BvR 1594/03; v. 24.10.2004 - 1 BvR 1594/03 - RID 04-01-217; v. 12.03.2004 - 1 BvR 540/04- RID 04-02-250). Diese vom BVerfG für das Ruhen bzw. die Entziehung der Approbation entwickelten Grundsätze sind auf den Fall der **Entziehung der Zulassung** zur vertragsärztlichen Versorgung zu übertragen, da diese in ihren Wirkungen einem gänzlichen Berufsverbot nahe kommt.

Der Begriff der „**Trunksucht**“ i. S. d. § 21 Ärzte-ZV lässt sich mit den heute gebräuchlichen Begriffen Alkoholkrankheit, Alkoholabhängigkeit oder Alkoholabhängigkeits-Syndrom identifizieren. Maßgebliches Kriterium für die Ungeeignetheit des Arztes ist die **Suchterkrankung** als solche, und zwar in den Fällen, in denen sie zum Verlust der Selbstkontrolle und nicht unerheblichen körperlichen und psychischen Schäden führt (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.01.2004 – L 5 KA 4663/03 ER-B - RID 04-03-44; BSG, Urt. v. 28.05.1968 - 6 RKa 22/67 -).

§ 21 Ärzte-ZV verstößt nicht gegen das **Grundgesetz**.

Für die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** bedarf es eines Eingehens auf den Einzelfall dann nicht, wenn sich das besondere öffentliche Interesse unabhängig vom Einzelfall ausnahmsweise bereits aus der Art der getroffenen Verwaltungsmaßnahme ergibt. Dem **Begründungserfordernis** ist in solchen Fällen genüge getan, wenn die Begründung auf die Gründe des zu vollziehenden Verwaltungsaktes Bezug nimmt, aus der die Dringlichkeit der Vollziehung hinreichend deutlich wird und im Übrigen die von der Behörde zu treffende Interessenabwägung klar erkennbar wird (vgl. z. B. Bayerischer VGH, Beschl. v. 18.02.1999 - 24 CS 98.3198; OVG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 26.10.1990 - 2 B 12027/90).

Der Ast., ein Arzt für Allgemeinmedizin, erkrankte im Jahre 1997 an einer bipolaren affektiven Störung und war deshalb mehrmals in stationärer psychiatrischer Behandlung. Ab dem Jahre 2000 traten im Rahmen der manischen Episoden zusätzlich vermehrter Alkoholkonsum und Verschwendungsverhalten auf. Wegen seiner Erkrankungen war der Antragsteller in den Zeiträumen vom 13.07. 1997 bis 30.11.1997, vom 29.10.1998 bis 22.02.1999 und vom 18.06.2004 bis 12.12. 2004 arbeitsunfähig. In der Zeit vom 27.07.2004 bis 21.09.2004 befand er sich zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Von dort wurde er als vollschichtig arbeits- und erwerbsfähig entlassen. Aufgrund des Therapieverlaufs hielten die behandelnden Ärzte die Prognose einer dauerhaft abstinenten Lebensführung des Ast. unter der Voraussetzung für eher günstig, dass er die Möglichkeiten ambulanter Nachsorge und psychotherapeutischer Unterstützung nutze, um seine Abstinenzfähigkeit zu stabilisieren und die nach wie vor vorhandenen gravierenden privaten und beruflichen Probleme zu bewältigen. Die Anordnung des Ruhens der Approbation vom Juni 2004 wurde im Oktober wieder aufgehoben. Seit Dez. 2004 übte der Ast. seine vertragsärztliche Tätigkeit wieder aus. Im Hinblick auf eine Mitteilung der Bezirksärztekammer, der Ast. sei von einem Kollegen in völlig alkoholisiertem und desolatem Zustand in seiner Praxis aufgefunden worden, holte der **Zulassungsausschuss** ein psychiatrisches Fachgutachten ein und entzog dem Ast. die Zulassung. Der **Berufungsausschuss** wies den Widerspruch zurück und ordnete die sofortige Vollziehung der Entscheidung an. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

4. ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN UND EU-RECHT

SG Marburg, Urt. v. 23.11.2005 – S 12 KA 38/05 –

RID 06-01-48

Zulassung, Altersgrenze, Europarecht, AntidiskriminierungsRL

SGB V § 95 VII; Richtlinie 2000/78/EG v. 27.11.2000

Die Altersregelung nach § 97 Abs. 7 Satz 3 SGB V ist auch nach der Entscheidung des EuGH, Urt. v. 22.11.2005 – C-144/04 – (Mangold ./ Helm) nicht zu beanstanden.

Vgl. zuletzt RID 05-04-A V 3 (S. 22 f.).

5. ERMÄCHTIGUNG

A) LABORARZT: BEDARFSDECKUNG DURCH ÜBERÖRTLICHE LEISTUNGSERBRINGUNG

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 16.03.2005 – L 1 KA 8/03 – juris

RID 06-01-49

Ermächtigung, Laborarzt

SGB V §§ 95 I, 98 II Nr. 11, 116 S. 2; Ärzte-ZV § 31 I lit. a

Leitsatz:

Der **Ermächtigungsanspruch eines Laborarztes** wird nicht dadurch begründet, dass einzelne, **selten angeforderte Laborleistungen im Planungsbereich und Bezirk** der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nicht angeboten werden, solange die laborärztliche Versorgung durch die Erbringung der Leistungen außerhalb des Planungsbereichs und Bezirks der KV sichergestellt ist.

SG Schwerin, Urt. v. 19.03.2003 – S 3 KA 42/02 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

B) QUALITATIV-SPEZIELLER BEDARF BEI SPEZIELLEN LEISTUNGEN UND PLANUNGSBEREICH

SG Aachen, Urt. v. 15.12.2005 – S 7 KA 8/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-50

Planungsbereich, qualitativ-spezialer Bedarf, Nachbehandlung

SGB V §§ 115a, 116; Ärzte-ZV § 31a

Für den **qualitativ-spezialen Bedarf** ist nicht nur der Bedarf im Planungsbereich ausschlaggebend. Die Zulassungsgremien müssen für die Beurteilung eines qualitativ-spezialen Bedarfs auch auf **über-regionale – mehrere Planungsbereiche umfassende – Gebiete abstellen** können. Dies ist u. a. dann der Fall, wenn spezielle Leistungen in Frage stehen, die nur von einer **zahlenmäßig kleinen Minder-heit der Ärzte der betroffenen Facharztgruppe** erbracht werden, so dass eine planungsbereichs-übergreifende Inanspruchnahme dieser Spezialisten üblich ist (LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.02.2005 – L 3 KA 253/02 – RID 05-02-45). Dabei kann sich der qualitativ-spezialer Bedarf daraus ergeben, dass aus medizinischen Gründen der die spezielle Operation oder stationäre Behandlung durchführende Krankenhausarzt auch die (über die nachstationäre Behandlung nach §115a SGB V hinausgehende) Nachbehandlung durchführen muss (erwogen vom BSG z. B. für Spätfolgenkontrolle durch Strahlentherapeuten, Beschl. v. 14.3.2001, B 6 KA 78/00 B, Rdnr. 5; onkologische Therapie durch vorbehandelnden Krankenhaus-Arzt, Urt. v. 12.9.2001, B 6 KA 86/00 R, Rdnr. 26f.).

Der Beigel. zu 8) ist Facharzt für Chirurgie (Teilgebiet Plastische Chirurgie/Handchirurgie) und Oberarzt am G-Krankenhaus. Er beantragte 2001 eine Ermächtigung zur Behandlung von Kindern mit geburtstraumatischer Plexuslähmung. Die Erkrankung sei eine Komplikation bei einer von tausend Geburten und in 10 % der Fälle operativ zu versorgen. Er habe bisher 150 derartige Operationen durchgeführt und 400 Kinder behandelt. Erfahrung in diesem Gebiet hätten in Deutschland nur 4 oder 5 weitere Kollegen. Der Beklagte ermächtigte bis 2004 auf Überweisung von Kinderärzten zu ambulanten Beratungsleistungen im Zusammenhang mit selbst durchzuführenden/durchgeführten plexuschirurgischen Eingriffen an Kindern. Die strittige Anschlussermächtigung erweiterte der Bekl. auch auf Überweisung von Kinderärzten und Orthopäden: 1. zur konsiliarischen Beratung eines Vertragsarztes zur Operationsindikation bei der Behandlung von Kindern mit geburtstraumatischer Plexuslähmung, ggf. einschließlich notwendiger Untersuchungen, 2. zur ambulanten Beratung (Nr. 07210 und 07220 EBM 2000 plus) im sog. Beobachtungszeitraum nach von ihm selbst durchgeführten plexuschirurgischen Eingriffen. Das SG hob die Ermächtigung des Beigel. zu Nr. 1 auf.

C) BEDARFSPRÜFUNG NUR IM PLANUNGSBEREICH/30 KM-RADIUS

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 27.04.2005 – S 5/29 KA 966/04 – rechtskräftig

RID 06-01-51

Bedarfsprüfung, Planungsbereich, Sonderbedarfszulassung, Ermächtigung, Subspezialisierung

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

Eine Ermächtigung nach § 116 Satz 2 SGB V/§ 31a I 2 Ärzte-ZV hat für die Bedarfsprüfung auf die tatsächlich bestehende Versorgungssituation abzustellen; es muss eine tatsächliche Unterversorgung der Versicherten vorliegen (vgl. BSG, Urt. v. 28.06.2000 - B 6 KA 35/99 R - BSGE 86, 242 ff. = SozR 3-2500 § 101 Nr. 5, juris Rn. 36; BSG, Urt. v. 25.11.1998 - B 6 KA 81/97 R - SozR 3-2500 § 97 Nr. 2, juris Rn. 25, 26). Das maßgebliche Kriterium kann deshalb von vornherein nicht darin gesehen werden, in quasi abstrakter Betrachtung um den Ort des Arzt- bzw. Praxis- oder Krankenhaussitzes herum einen Kreis - hier mit einem **Radius von 30 km** - zu schlagen und zu fragen, wie viele Ärzte bzw. Praxen in diesem Umkreis die fraglichen Leistungen erbringen und abrechnen. Stattdessen ist eine konkrete Betrachtung und Bewertung der vertragsärztlichen Versorgung in einem bestimmten

regionalen Bereich vorzunehmen. Bei der Festlegung dieses Bereichs ist in erster Linie - nur - auf den betreffenden **Planungsbereich** abzustellen, und zwar unabhängig davon, ob es um eine Sonderbedarfszulassung oder eine Ermächtigung geht.

Nur ausnahmsweise im Falle von **Subspezialisierungen** einzelner Fachgebiete sind Überschreitungen des Planungsbereichs in dem Sinne angebracht, dass auch die an den unmittelbar betroffenen Planungsbereich angrenzenden Gebiete einzubeziehen sind (vgl. BSG, Urt. vom 28.06.2000, a.a.O., Rn. 36; BSG, Urt. v. 19.03.1997 - 6 RKa 43/96 - SozR 3-2500 § 101 Nr. 1, juris Rn. 19). Der Begriff der Subspezialisierungen ist dabei dahingehend näher einzugrenzen, dass - im Sinne eines atypischen Ausnahmefalles - spezielle Leistungen in Frage stehen müssen, die nur von einer auch zahlenmäßig kleinen Minderheit der Ärzte der betroffenen Facharztgruppe erbracht werden, so dass eine planungsbereichsübergreifende Inanspruchnahme dieser Spezialisten üblich und ein wohnortnahes Angebot nicht zu erwarten ist (so LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.02.2005 - L 3 KA 253/02 - RID 05-02-45, juris Rn. 62). Leistungen einer **chirurgischen Basis- bzw. Standardversorgung** gehören nicht zu solchen Subspezialisierungen.

Ergeben sich auf Grund der regionalen Struktur eines Planungsbereiches **besondere Bedarfssituationen** innerhalb dieses Bereiches, so ist diesen besonderen Bedarfssituationen durch eine sachgemäße Ausübung des Beurteilungsspielraums bei der Prüfung der Bedarfslage Rechnung zu tragen (vgl. BSG, Urt. v. 25.11.1998, a.a.O., Rn. 27). So ist in Bezug auf eine Sonderbedarfszulassung nach Nr. 24 Satz 1 Buchstabe a der BedarfspRI-Ä ein nachweislicher **lokaler Versorgungsbedarf** in der vertragsärztlichen Versorgung in Teilen u.a. eines großräumigen Landkreises maßgebend. Dies gilt für Ermächtigungen entsprechend.

Das SG wies die Klage der KVH gegen den Berufungsausschuss ab.

D) SOZIOLOGISCHE GRUPPE: SEXUALSTRAFTÄTER (§ 31 I LIT. B ÄRZTE-ZV)

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.11.2005 – L 5 KA 1484/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-52

Revision anhängig: B 6 KA 3/06

Sexualstraftäter, Personenkreis, Gruppe, Bedarfsplanung

SGB V § 116; Ärzte ZV § 31 I

Leitsatz:

Die **Behandlung von Sexualstraftätern** stellt keine Behandlung eines begrenzten Personenkreises im Sinne von § 31 Abs. 1 Buchst. b Ärzte-ZV dar. Eine Ermächtigung für eine **soziologische Gruppe** ist mit Bedarfsplanungsrecht unvereinbar.

Der Kl. ist Psychologischer Psychotherapeut und als Fachbereichsleiter der psychotherapeutischen Ambulanz im Verein Bewährungshilfe e. V. tätig. Er beantragte die Ermächtigung zur Teilnahme an der psychotherapeutischen ambulanten Versorgung ehemaliger Sexualstraftäter. Zur Begründung führte er aus, es handele sich ausschließlich um Sexualstraftäter, für die die notwendige ambulante psychotherapeutische Versorgung nach ihrer Entlassung aus dem Strafvollzug nicht, wie während ihres Aufenthalts im Justiz- oder Maßregelvollzug, zur Verfügung stehe. Sexualstraftäter, die nach einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug vom System der Sozialversicherung erfasst würden, fänden bei den bislang zur Verfügung stehenden Leistungserbringern für psychotherapeutische Behandlung im Großraum S. keine adäquate Hilfe. Der Umgang mit diesen Personen erfordere eine besondere Tätigkeitsausrichtung und Qualifikation, sowie besondere Erfahrung im Umgang mit den bestehenden Problemen dieser Personengruppe, um die Motivation für eine der Problematik angemessene Therapie wecken zu können. Er verfüge über die fachlichen Voraussetzungen und habe weit reichende Vorerfahrung in der ambulanten Behandlung von psychisch gestörten Persönlichkeiten. Er arbeite verantwortlich in der psychotherapeutischen Ambulanz für straffällig gewordene Sexualstraftäter des Vereins für Bewährungshilfe S. e. V. mit. **SG Stuttgart**, Urt. v. 21.02.2005 – S 11 KA 4671/02 – verurteilte zur Neubescheidung, weil es sich bei ehemaligen Sexualstraftätern um einen begrenzten Personenkreis im Sinne der Regelung von § 31 I Buchst. b Ärzte-ZV handele, und wies im Übrigen die auf Ermächtigung gerichtete Klage ab. Das **LSG** wies auf Berufung d. Kl., d. Bekl. und der KV die Klage ab.

E) ALTERSGRENZE VON 68 LEBENSJAHREN

SG Marburg, Urt. v. 23.11.2005 – S 12 KA 42/05 –

RID 06-01-52

Berufung eingelegt

Zulassung, Altersgrenze, Ermächtigung

SGB V § 95 VII

Ein Arzt, der das **68. Lebensjahr** überschritten hat, kann nicht zur vertragsärztlichen Versorgung **ermächtigt** werden (Anschluss an BSG, Urt. v. 12.09.2001 - B 6 KA 45/00 R - SozR 3-2500 § 95 Nr.

32 S. 156 f. <juris Rdnr. 18 f.>; BSG Beschl. v. 13.12.2000 - B 6 KA 38/00 B – juris Rdnr. 5). Die **Ausnahmevorschrift** nach § 97 Abs. 7 Satz 4 ist dann nicht anzuwenden, wenn der Arzt eine Zulassung im Jahr 1994 aufgegeben hat und **erstmalig 1997 ermächtigt** wurde.

Der am 18.06.1929 geb. und jetzt 76-jährige Beigel. zu 1) ist praktischer Arzt. Er führt die Zusatzbezeichnung Homöopathie und Naturheilverfahren. Er ist verheiratet und hat einen 1980 geborenen Sohn. Er war seit 1985 zur vertragsärztlichen Versorgung in E (Rheinland-Pfalz) zugelassen. 1994 wechselte er nach O (Hessen). Eine Zulassung wurde wegen bestehender Zulassungsbeschränkungen abgelehnt. Einem Antrag auf Erteilung einer Sonderbedarfzulassung nach Nr. 24b gab der Zulassungsausschuss statt. Auf Widerspruch der klagenden KV hob der Beigel. seinerzeit diese Entscheidung auf. Einen Antrag auf Ermächtigung lehnte die Kl. ab. Auf die daraufhin vom Beigel. zu 1) erhobene Klage gegen beide Ablehnungen verurteilte SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.06.1996 - S 28 KA 2592/94 - die Kl., dem Beigel. zu 1) eine Sicherstellungsermächtigung gemäß § 31 II Ärzte-ZV, beschränkt auf die Leistungen nach den Nrn. 1, 2, 5, 10, 18, 25, 26 und 60 EBM zu erteilen. Ab 1997 erhielt er dann fortlaufend jeweils befristete Ermächtigungen. Eine Verlängerung lehnte der **Zulassungsausschuss** wegen Überschreitens der 55-Jahres-Grenze ab, der bekl. **Berufungsausschuss** ermächtigte erneut, weil eine unbillige Härte vorliege (§ 31 Abs. 9 Ärzte-ZV). Das **SG** gab der Klage der KV statt und verpflichtete d. Beigel., den Widerspruch des Beigel. zu 1) zurückzuweisen.

F) MINDESTVORAUSSETZUNGEN FÜR SOZIALPÄDIATRISCHE ZENTREN (§ 119 SGB V)

SG Berlin, Urt. v. 12.10.2005 – S 83 KA 55/02 –

RID 06-01-54

Sozialpädiatrisches Zentrum, apparative Ausstattung, Leistungsfähigkeit

SGB V § 119

Sozialpädiatrische Zentren müssen hinsichtlich ihrer **Größe**, der **personellen und apparativen Ausstattung Mindestvoraussetzungen erfüllen**, um die Gewähr für eine leistungsfähige sozialpädiatrische Behandlung zu bieten. Die Ausstattung muss **über** diejenige einer **durchschnittlich ausgestatteten Kinderarztpraxis** hinausgehen. Die **apparative Ausstattung** ist ein **Indiz** für die erforderliche Größe und Leistungsfähigkeit. Technische Apparate zur Videoaufzeichnung und Alpha-Talker allein reichen nicht aus. Es müssen mindestens **zwei Vollzeitstellen für Kinderärzte** eingerichtet sein

6. RECHTSBEHELFSBELEHRUNG UND WIDERSPRUCHSBEGRÜNDUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.09.2005 – L 11 KA 46/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-55

Zulassungsentziehung, Widerspruch, Rechtsbehelfsbelehrung

SGB V §§ 95 VI, VII, 96, 97; Zahnärzte-ZV § 44; Ärzte-ZV § 44

§ 44 Satz 1 Zahnärzte-ZV ist mit Rücksicht auf den gemäß § 97 III 1 SGB V anzuwendenden § 84 I SGG dahin auszulegen ist, dass der Widerspruch "binnen eines Monats mit Angaben von Gründen einzulegen" ist d. h., dass "binnen dieser Monatsfrist auch Gründe anzugeben sind". Eine **Rechtsbehelfsbelehrung** muss dieses von den allgemeinen Regelungen über das Widerspruchsverfahren abweichende Erfordernis **in unmissverständlicher Weise** zum Ausdruck bringen (BSG SozR 3-5520 § 44 Nr. 1 S. 5). Die Formulierung, dass der Widerspruch "innerhalb der Monatsfrist zu begründen" ist, genügt diesen Anforderungen. Ein Hinweis auf die Folgen einer nicht fristgerechten Begründung ist nicht erforderlich.

Dem Kläger wurde durch Beschluss des Zulassungsausschusses, zugestellt am 17.03.2004, die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung entzogen. Der Beschluss enthielt folgende **Rechtsbehelfsbelehrung**: „Gegen diese Entscheidung können der am Verfahren beteiligte Zahnarzt, die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen innerhalb eines Monats nach Zustellung der Entscheidung beim Berufungsausschuss für Zahnärzte Westfalen-Lippe, Auf der Horst 25, 48147 Münster, Widerspruch einlegen. **Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Berufungsausschusses einzulegen und innerhalb der Monatsfrist zu begründen.** Er muss den Beschluss bezeichnen, gegen den er sich richtet. Die Anrufung des Berufungsausschusses hat aufschiebende Wirkung.“ Dagegen hat d. Kl. am 16.04.2004 Widerspruch eingelegt und ausgeführt, die weitere Begründung erfolge durch seinen Rechtsanwalt in gesondertem Schriftsatz. Eine Widerspruchsbegründung ist jedoch bis zur Entscheidung des Beklagten nicht eingegangen. Der Beklagte wies den Widerspruch als unzulässig zurück. **SG Dortmund**, Urt. v. 09.12.2004 – S 9 KA 136/04 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Bayern**, Urt. v. 15.12.2004 – L 12 KA 3/04 – RID 05-02-54 m. w. N.; s. a. **BSG**, Beschl. v. 16.07.2003 - B 6 KA 77/02 B – juris; **BSG**, Beschl. v. 21.05.2003 - B 6 KA 20/03 B – juris.

VIII. EHV der KV Hessen: Anspruch nach Antragseingang

LSG Hessen, Urt. v. 14.12.2005 – L 4 KA 41/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-56

Antrag, Antragseingang, sozialrechtlicher Herstellungsanspruch

SGB V § 85 IV; SGB I §§ 11, 12

Ein **Anspruch auf Teilnahme an der EHV** nach der Satzung der KV Hessen entsteht erst nach **Antragseingang**. Die KV ist nicht verpflichtet, die Altersentwicklung ausgeschiedener Vertragsärzte zu überwachen und diese vor Vollendung des 65. Lebensjahres auf die Möglichkeit eines Anspruchs auf Teilnahme an der EHV **hinzuweisen**.

Die in der Rechtsprechung des BSG entwickelten Grundsätze zu den **Hinweispflichten eines Rentenversicherungsträgers** gegenüber einem Versicherten im Zusammenhang mit der Rentenantragstellung sind **nicht** auf das sozialrechtliche Schuldverhältnis zwischen **Vertragsarzt und KV übertragbar** sind.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 14.09.2005 – S 5/27 KA 668/04 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IX. Praxisgebühr: Einzugsverpflichtung rechtmäßig

SG Köln, Urt. v. 27.10.2005 – S 19 KA 4/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-57

Praxisgebühr, Vergütung, Gesamtvergütung, Landesverband der Krankenkassen, Feststellungsklage

SGB V §§ 28 IV, 43b; GG Art. 12 I

Eine **Klage eines Vertragsarztes auf Feststellung**, dass **keine Pflicht zur Beitreibung** der Praxisgebühr besteht, gegen die **Landesverbände der Krankenkassen** ist **unzulässig**, weil durch die Beitreibungspflicht allein das Rechtsverhältnis zur KV betroffen wird. Es kann aber Klage unmittelbar gegen die am Bundesmantelvertrag beteiligten **Bundesverbände** erhoben werden.

Die Pflicht eines Vertragsarztes zur Beitreibung der Praxisgebühr verletzt nicht seine Rechte.

Zur **Praxisgebühr** vgl. zuletzt RID 05-01-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).

X. Globalzession/Zahlungspflicht der KZV bei Insolvenz

SG Stuttgart, Urt. v. 19.10.2005 – S 10 KA 3941/02 –

RID 06-01-58

Globalzession, Teilverzichtsklausel, Sittenwidrigkeit, Insolvenzverwalter, Honorarforderung

BGB § 138; InsO §§ 21, 157, 166 II

Eine **Globalzession** eines Vertragszahnarztes an eine **Bank ohne eine dingliche Teilverzichtsklausel** ist **sittenwidrig** nach § 138 BGB (vgl. BGH, Urt. v. 08.10.1986, BGHZ 98, 303; Urt. v. 21.04.1999, NJW 1999, 2588).

Ein **Insolvenzverwalter** ist analog § 166 II InsO berechtigt, die **Honorarforderung** des insolventen Vertragszahnarztes gegen die KZV im Wege der **Einziehung** zu verwerten. Die KZV leistet mit befreiender Wirkung.

XI. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/Schiedsamt

1. ERSTRECKUNGSKASSE UND RECHTSKREIS "OST"/RECHTSKREIS "WEST"

SG Dresden, Urt. v. 23.11.2005 – S 35 KA 129/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-59

Wohnortprinzip, Erstreckungskasse, Rechtskreis Ost, Rechtskreis West, Kopfpauschale, Gesamtvergütung

SGB V § 85; WohnortprG vom 11.12.2001

Eine **Erstreckungskasse** muss nach Art. 2 § 1 II WohnortprG zwei getrennte Ausgangsbeträge (Rechtskreis "Ost"/Rechtskreis "West") zur Festlegung der Kopfpauschalen ermitteln. Es bestehen weiterhin für die Erstreckungskassen nach Art. 2 § 1 II WohnortprG **zwei getrennte Rechtskreise**. Dies ergibt sich insbes. aus der Entwicklungsgeschichte des Zustandekommens des WohnortprG. Der Vorschlag des Bundesrats, die Rechtskreistrennung aufzuheben, wurde nicht umgesetzt.

Die **Zuordnung der Versicherten** in die betreffenden Rechtskreise "Ost" oder "West" obliegt der Krankenkasse anhand der **tatsächlichen Wohn- bzw. Beschäftigungsorte** (§ 3, §§ 9 bis 11 SGB IV). Die Meldung der Krankenkasse an die KV ist Grundlage für die Berechnung der Gesamtvergütung.

Mit Schiedsspruch wurde zwischen der KV u. d. beigel. Landesverband die Gesamtvergütung für 2002 festgesetzt. Die klagende Betriebskrankenkasse forderte von der bekl. KV ohne Erfolg für 1.416 Mitglieder die Differenz (39,63 EUR) zwischen der Kopfpauschale "West" (von 121,98 EUR) und einer durchschnittlichen Kopfpauschale von 82,63 EUR zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

2. SCHIEDSSPRUCH: SOZIALHILFERECHTLICHE KRANKENHILFE UND WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

*SG Berlin, Urt. v. 07.12.2005 – S 83 KA 284/02*71–*

RID 06-01-60

Schiedsamt, Schiedsspruch, Prüfvereinbarung, Sozialhilfe, Wirtschaftlichkeitsprüfung

SGB V §§ 89 I 1, 106; BSHG §§ 36, 37, 38 IV, 264; SGB XII § 52

Ein **Schiedsamt** kann keine Regelung festsetzen, die auch die **Vertragspartner** nicht hätten treffen dürfen.

Die **Prüfgremien** dürfen nach § 106 SGB V grundsätzlich nur im Rahmen des **Systems der vertragsärztlichen Versorgung** und Selbstverwaltung tätig werden.

Durch Schiedsspruch kann **keine Prüfvereinbarung** vorgesehen werden, nach der die von Vertragsärzten im Rahmen der **Sozialhilfe** für nach § 38 BSHG bzw. § 52 SGB XII berechnete Personen erbrachte Leistungen in die **Wirtschaftlichkeitsprüfung** integriert werden. Dies gilt auch dann, wenn die Krankenkasse nach § 264 I SGB V die Krankenbehandlung übernimmt. Darin liegt eine Auftragsverwaltung für den Sozialleistungsträger und werden die nicht gesetzlich Krankenversicherten nicht unmittelbar Anspruchsberechtigte nach dem SGB V.

Vgl. bereits *SG Berlin, Urt. v. 17.07.2002 – S 71 KA 153/99 – RID 02-04-21.*

3. SCHIEDSSPRUCH: ZAHNTECHNISCHE LEISTUNGEN UND MENGENENTWICKLUNG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.09.2005 – L 5 KR 56/04 – juris

RID 06-01-61

Revision anhängig: B 6 KA 44/05 R

Landesschiedsamt, Schiedsspruch, Mengenentwicklung, Grundsatz der Beitragssatzstabilität

SGB V §§ 71 I 1, 88 II, 89 I

Der Schiedsspruch eines Landesschiedsamtes bezüglich der Vergütung von zahntechnischen Leistungen im Jahr 2001 verstößt gegen den – auch hier geltenden – **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** (§ 71 I SGB V), wenn er die **Mengenentwicklung des Vorjahres** unberücksichtigt lässt.

Die zu 1) beigel. Zahntechniker-Innung hatte mit den kl. Krankenkassenverbänden für das Jahr 2000 eine Vergütungsregelung abgeschlossen, mit der die Vergütungen für die Zeit vom 01.03. bis 31.12.2000 um 1,5 % im Verhältnis zu der vorangegangenen Vergütungsvereinbarung angehoben wurde. Nach Scheitern der Verhandlungen für 2001 hob das bekl. **Schiedsamt** die am 01.01.2001 geltenden Preise für zahntechnische Leistungen in der Zeit vom 01.01. bis 31.12.2001 um 1,2 % in der Weise an, dass die am 01.01. gültigen Preise in der Zeit vom 01.01. bis 31.03.2001 unverändert blieben und in der Zeit vom 01.04. bis 31.12.2001 um 1,63 % angehoben wurden. Von der Anhebung hat der Bekl. die Position BEL II 933 ausgenommen und bestimmt, dass diese Position – **Versandkosten** je Versandgang – **in Höhe der jeweiligen Päckchengebühr** der Deutschen Post AG festgesetzt werde. Zur Begründung führte er u.a. aus, die **Mengenentwicklung** sei nicht mit einzubeziehen, da die Zahntechniker wegen ihrer Abhängigkeit von den zahnärztlichen Verordnungen und den durch die Krankenkassen genehmigten Behandlungsplänen auf diese **keinen Einfluss nehmen könnten**. Sie könnten nicht für eine Mengenentwicklung wirtschaftlich eintreten, die sie weder verursacht hätten noch beeinflussen könnten. *SG Kiel, Urt. v. 29.01.2004 – S 1 KR 112/01 –* hob den Schiedsspruch auf und verpflichtete zur Neubeschreibung; das *LSG* wies die Berufung der Beigel. zu 1) zurück.

4. KLAGEBEFUGNIS DER KZV: BEANSTANDUNG DURCH AUFSICHTSBEHÖRDE DER ERSATZKASSEN

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 18.01.2005 – L 4 KA 36/02 –

RID 06-01-62

Drittbetroffener, Beanstandung, Aufsichtsbehörde, Ersatzkassenverbände, Klagebefugnis

SGB V §§ 71, 85 III, 89; SGG § 54 I 2, III

Gegen die Beanstandung eines Gesamtvertrages (für 1996) zwischen KZV und den Ersatzkassenverbänden durch die Bundesaufsichtsbehörde der Ersatzkassenverbände hat die KZV keine **Klagebefugnis**, da ab 1996 die Beanstandung nicht mehr die Unwirksamkeit des Vertrages zur Folge hat.

Den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung gegen die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Aufsichtverfügung wies **LSG Schleswig-Holstein**, Beschl. v. 13.10.1997 – L 6 Sb/ka 43/97 zurück. **SG Kiel**, Urt. v. 21.09.2001 – S 13 KA 679/99 WA – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.11.2005 – L 5 KA 5284/04 – RID 06-01-63 bejaht die Klagebefugnis einer KZV gegen eine bundesministerielle Aufsichtverfügung gegenüber den Ersatzkassenverbänden, da mit Ablauf der Budgetierungsphase am 01.01.1996 nur die Notwendigkeit entfallen sei, die sofortige Unwirksamkeit aller beanstandeten Vergütungsvereinbarungen - die seinerzeit erst nach Ablauf der Beanstandungsfrist wirksam geworden seien - festzuschreiben; solle dies erreicht werden, sei es jetzt notwendig, die Beanstandungsverfügung nach § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG für sofort vollziehbar zu erklären, was im konkreten Fall auch geschehen sei.

5. NULLRUNDE 2003 UND FOLGEJAHRE (ART. 5 BSSICHG)

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.11.2005 – L 5 KA 5284/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-63

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 71/05 B

Nullrunde, Beitragssatzstabilität, Gesamtvergütung

SGB V § 71 IV; Art. 5 BSSichG

Leitsatz:

Die in Art. 5 BSSichG vorgeschriebene Nullrunde für das Jahr 2003 hat auch Basiswirkung für die Erhöhungen der Gesamtvergütung in den Folgejahren.

SG Karlsruhe, Urt. v. 22.09.2004 – S 1 KA 4599/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur Klagebefugnis s. a. **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 18.01.2005 – L 4 KA 36/02 – RID 06-01-62.

6. FREMDKASSEN AUSGLEICH: KEIN VERWALTUNGS AKT GEGENÜBER ANDERER KZV

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.11.2005 – L 5 KA 4019/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-64

Fremdzahnarztleistungen, Fremdkassenzahlungsausgleich, Fremdkassenausgleich

SGB V § 75 VII

Leitsatz:

Die Regelungen über den Fremdkassenzahlungsausgleich geben einer KZV nicht das Recht, ihre Forderungen aus Fremdzahnarztleistungen durch **Verwaltungsakt** gegenüber einer anderen KZV festzusetzen.

SG Karlsruhe, Gerichtsbb. v. 16.08.2004 – S 1 KA 2908/03 – gab der Klage der KZV Nordwürttemberg gegen Bescheide der KZV Schleswig-Holstein statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

LSG Baden-Württemberg bemerkt abschließend:

„Ist die Beklagte somit nicht befugt, ihre Forderungen im Wege der einseitigen Festsetzung durch Verwaltungsakt geltend zu machen, kann offen bleiben, wie in der Sache zu entscheiden wäre. Der vorliegende Fall bietet allerdings Anlass darauf hinzuweisen, dass nach § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung der Zahlungsausgleich zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen durch Richtlinien zu regeln ist und diese Richtlinien nach § 81 Abs. 3 Nr. 2 SGB V für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verbindlich sind. Sollten sich Meinungsverschiedenheiten über die Höhe des Zahlungsausgleichs ergeben, ist es in erster Linie Aufgabe der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, durch eine Klarstellung der Richtlinien dafür zu sorgen, dass zwischen den beteiligten Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eine sachgerechte Lösung gefunden wird und es nicht zum Streit kommt. Sollten die Richtlinien Regelungslücken enthalten, wären sie (ggf. auf Antrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die ihre Sondersituation nicht ausreichend berücksichtigt sieht) von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vorrangig durch Ergänzung der bisherigen Richtlinien zu schließen. Dabei muss immer die Zielvorgabe des § 75 Abs. 7 Satz 2 SGB V beachtet werden, dass die für die erbrachte Leistung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenzahnärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde.“

XII. Streitwert/Gegenstandswert/Anwaltsvergütung

Vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2006, S. 1; 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.

Zur Streitwertbemessung in Zulassungsangelegenheiten s. **BSG**, Beschl. v. 01.09.2005 – B 6 KA 41/04 R – juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de, **BSG**, Beschl. v. 26.09.2005 – B 6 KA 69/04 B – juris und **BSG**, Beschl. v. 12.10.2005 – B 6 KA 47/04 B – juris, wonach in Abkehr zur früheren Rechtsprechung der Gegenstandswert in der Regel in Höhe der dreifachen Jahreseinnahmen abzüglich der durchschnittlichen Praxiskosten in der jeweiligen Behandlergruppe festzusetzen ist.

1. EINTRAGUNG IN DAS ARZTREGISTER

LSG Berlin, Beschl. v. 13.04.2005 – L 7 B 44/04 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-65

Arztregister, Zulassungsentscheidung, Regelstreitwert

BRAGO §§ 8 II 2, 116 II; GKG a. F. § 13; SGG a. F. § 183

Der Streitwert für die **Eintragung in das Arztregister** ist nicht nach den für Zulassungsverfahren geltenden Grundsätze zu bemessen. Es handelt sich nur um eine unselbständige Vorfrage und hat weder statusrechtlich noch wirtschaftlich auch nur annähernd das Gewicht einer Zulassungsentscheidung. Es ist vom **Regelstreitwert** auszugehen, der im Hinblick auf die bereits erheblich herausgehobene Bedeutung des Verfahrens für den Kläger zu **verdreifachen** ist.

Vorgehend: **SG Berlin**, Beschl. v. 30.08.2004 – S 71 KA 296/02 –.

2. ANERKENNUNG DER FACHKUNDE FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

LSG Hessen, Beschl. v. 04.01.2006 – L 6/7 B 26/04 KA –

RID 06-01-66

Fachkunde, Gesprächspsychotherapeut, Gesprächspsychotherapie

SGB V §§ 92, 95c, 135; GG Art. 12

Für die Anerkennung der **Fachkunde für Gesprächspsychotherapie**, die ein zugelassener Vertragspsychotherapeut begehrt, ist der **Regelstreitwert** festzusetzen.

Vorinstanz: **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 15.10.2003 – S 27 KA 3870/02 – RID 03-04-39 (S. 26 u. 53) (fünffacher Regelstreitwert).

3. VORLÄUFIGE NUTZBARKEIT AUSGELAGERTER PRAXISRÄUME

LSG Hessen, Beschl. v. 18.11.2005 – L 4 KA 38/05 ER –

RID 06-01-67

Ausgelagerte Praxisräume, Regelstreitwert

SGG §§ 86b II, 197a I 1; GKG § 52 II

Ein Streit um die vorläufige Nutzbarkeit **ausgelagerter Praxisräume** bietet keine Anhaltspunkte für die Bestimmung des Streitwertes, weshalb vom **Regelstreitwert** nach § 52 II GKG auszugehen ist. Wegen der **Vorläufigkeit** der erstrebten Entscheidung ist der Regelstreitwert **um 2/3 zu kürzen**.

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

4. ARZNEIKOSTENREGRESS UND BESCHIEDUNGSANTRAG

LSG Hessen, Beschl. v. 05.10.2005 – L 4 B 79/05 KA –

RID 06-01-68

Arzneikostenregress, Bescheidungsantrag, Gegenstandswert

SGB V § 106; BRAGO § 8 II 2

Wird ein Arzneikostenregressbescheid lediglich mit dem Ziel der Ersetzung durch einen neuen Bescheid angefochten (Bescheidungsantrag), so ist der Gegenstandswert nur in Höhe von 50 v. H. des Regressbetrages festzusetzen.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 11.03.2005 – S 5 KA 3570/98 – setzte den Gegenstandswert auf die Hälfte des Arzneikostenregresses fest, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

5. WIRKSAMKEIT EINES ZULASSUNGSVERZICHTS IN GEMEINSCHAFTSPRAXIS

LSG Baden-Württemberg, B. v. 06.04.2005 – L 5 KA 5485/04 W-B – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-69

Im Verfahren der Klage der in einer **Gemeinschaftspraxis** verbliebenen Mitglieder über die **Wirksamkeit eines Zulassungsverzichts** eines weiteren Mitglieds der Gemeinschaftspraxis ist das

Begehren der Kläger nur auf die **mögliche Gewinnsteigerung** durch einen weiteren Gemeinschaftspraxispartner gerichtet, weshalb auch nur auf diesen Betrag beim Streitwert abzustellen ist. Der Senat setzt diesen durch einen weiteren Partner möglichen erzielbaren "Zusatzgewinn" für die Kläger auf **20%** des auf den von einem weiteren Partner in der Gemeinschaftspraxis (hier: aus drei Ärzten bestehend) erwirtschafteten Anteil am Gesamtumsatz an. Der Senat hält in diesem Zusammenhang an seiner früheren Rechtsprechung zur Festsetzung des Streitwertes bei diesen Fallkonstellationen nicht mehr fest (so etwa noch die Beschlüsse vom 1. Juni 2004 - L 5 KA 699/04 W-B und L 5 KA 1125/04 W-A -).

SG Freiburg, Beschl. v. 11.10.2004 – S 1 KA 4098/04 BB – setzte den Streitwert für das Klageverfahren auf 488.400 EUR fest; auf der Grundlage der Umsatzzahlen der Praxis der Kl. (einschließlich des Beigel. Ziff. 8) in Höhe von 180.000 EUR pro Quartal ging das SG von einem Jahresumsatz in Höhe von 720.000 EUR und damit pro Arzt von 240.000 EUR aus. Da es sich hier um eine Statussache handele, rechnete das SG diesen Umsatz auf eine Fünfjahreszeitraum hoch und damit einen Betrag in Höhe von 1,2 Millionen EUR. Abzüglich der durchschnittlichen Praxisunkosten in Höhe von 59,3% sei damit ein verbleibender Gewinn in Höhe von 488.400,00 EUR als Streitwert festzusetzen gewesen. Das *LSG* setzte den Streitwert auf 96.000 EUR fest.

6. UNTÄTIGKEITSKLAGE

LSG Berlin, Urt. v. 19.04.2005 – L 7 B 264/03 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-70

LSG Berlin, Urt. v. 19.04.2005 – L 7 B 265/03 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-71

Untätigkeitsklage

GKG a. F. § 13 I 1

Bei einer Untätigkeitsklage kann der **Wert halbiert** werden. Bei der Bemessung muss neben dem wirtschaftlichen Interesse auf Klägerseite auch ins Gewicht fallen, dass die Ansetzung eines nur geringen Gegenstandswertes der beklagten Behörde den Anreiz zu (kostengünstigerer) Untätigkeit bieten könnte.

Vorgehend: *SG Berlin*, Urt. v. 25.07.2003 – S 71 KA 71/03 – bzw. – S 71 KA 82/03 –.

7. ANWALTSGEBÜHR IM NEUBESCHIEDUNGSVERFAHREN (NR. 2400 VV)

SG Aachen, Urt. v. 15.12.2005 – S 7 KA 9/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-72

Neubescheidung, Neubescheidungsverfahren

SGB X § 63; RVG § 14 I; Nr. 2400 VV

Das dem **Klageverfahren zeitlich nachfolgende Neubescheidungsverfahren** ist ein **neues Vorverfahren**, das zwar wiederum einem (eventuellen) Gerichtsverfahren vorausgeht. Ein erneutes Verwaltungsverfahren, das zur Anwendung eines niedrigeren Gebührenrahmens führen könnte, findet aber vor diesem weiteren Gerichtsverfahren nicht mehr statt. Dass der Rechtsgedanke aus Nr. 2401 VV auf das Neubescheidungsverfahren deshalb übertragen werden müsste, weil der Kläger-Bevollmächtigte auch in einem früheren Verwaltungs- und Vorverfahren schon tätig war, ist nicht geboten. Der Streitstoff wird durch die zwischenzeitlich vorliegenden gerichtlichen Entscheidungen aus drei Instanzen keinesfalls übersichtlicher. Im gerichtlichen Verfahren sind die Gebühren des Anwalts gegenüber dem Verwaltungsverfahren und gegenüber der jeweiligen Vorinstanz stets weiter zu erhöhen. Daraus darf geschlossen werden, dass auch der Gesetzgeber nicht davon ausgeht, dass die zunehmende rechtliche Durchdringung des Streitstoffs die Arbeit des Rechtsanwalts vereinfacht.

Für den Ansatz einer 2,0-fachen Gebühr genügen, dass die Vertretung des Mandanten in einem überdurchschnittlich schwierigen Rechtsgebiet erfolgte, zu dem auch das Kassenärztliche Zulassungsrecht zählt, wenn im Widerspruchsverfahren eine mündliche Verhandlung notwendig war.

8. EINSTWEILIGES ANORDNUNGSVERFAHREN GEGEN HONORARBERICHTIGUNGSBESCHIED

LSG Hessen, Beschl. v. 20.12.2005 – L 4 KA 42/05 ER – RID 06-01-15

Der Streitwert in einem einstweiligen Anordnungsverfahren gegen einen Honorarberichtigungsbescheid (hier: 30.080,84 €) ist nach den **Finanzierungskosten für die Dauer des Hauptsacheverfahrens in erster Instanz (ein Jahr)** zu bemessen (im Ergebnis hier: 3.000 €).

Vorinstanz: *SG Marburg*, Beschl. v. 17.10.2005 – S 12 KA 783/05 ER - RID 05-04-07 (S. 30).

XIII. Entscheidungen des BSG

1. HONORARVERTEILUNG

A) ARBEITSAUSSCHUSS/VERGÜTUNG ERMÄCHTIGTER LABORÄRZTE NACH NR. 3456 EBM

BSG, Urt. v. 31.08.2005 – B 6 KA 35/04 R -

RID 06-01-73

Leitsätze:

1. Durch Beschlüsse des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses können Bestimmungen des EBM-Ä nicht inhaltlich geändert werden.
2. Bei der Vergütung mit den Laborgrundpauschalen Nr. 3454 und 3456 EBM-Ä (Fassung bis 31.3.2005) wird nicht nach der Leistungserbringung durch zugelassene oder ermächtigte Ärzte differenziert.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 31.08.2005 – B 6 KA 34/04 R -*

RID 06-01-74

BSG, Urt. v. 31.08.2005 – B 6 KA 38/04 R -

RID 06-01-75

B) ÜBERPRÜFUNG DER GESAMTVERGÜTUNG

BSG, Urt. v. 31.08.2005 – B 6 KA 6/04 R -

RID 06-01-76

Leitsätze:

Die Vereinbarungen über die Höhe der Gesamtvergütung sind im Honorarrechtsstreit zwischen Vertragsarzt und Kassenärztlicher Vereinigung nicht zu überprüfen. Die Kontrolle auf Rechtsverstöße erfolgt durch die Aufsichtsbehörde, deren Beanstandungen die Partner der Gesamtverträge gerichtlich anfechten können.

C) TEILNAHME AN UND VERGÜTUNG NACH EINEM STRUKTURVERTRAG

BSG, Beschl. v. 22.06.2005 - B 6 KA 20/05 B - juris

RID 06-01-77

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 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 enthielten entsprechende Vorgaben. Dies gilt auch beim Abschluss von Verträgen gemäß §§ 72 II, 83 SGB V und auch bei Strukturverträgen gemäß § 73a SGB V.

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. Es ist aber die **Grenze der Sachwidrigkeit** zu beachten.

Eine **Begrenzung von Strukturverträgen auf bestimmte Arztgruppen** - mit dem Ziel, Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern - ist aus Gründen beschränkter Finanzmittel und mit Blick auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht sachwidrig, auch wenn beide Arztgruppen gleichermaßen zur Leistungserbringung berechtigt sind (hier: Chirurgen und fachärztliche Internisten), die Leistungen aber einer Arztgruppe näher stehen, weil sie von ihr häufiger erbracht werden.

D) REGIONALISIERTE PRAXISBUDGETS/INTERPRETATIONSBESCHLÜSSE

BSG, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 80/03 R -

RID 06-01-78

Leitsätze:

1. Die Berechnung der regionalisierten Praxisbudgets unter Heranziehung der teilbudgetierten Abrechnungswerte des ersten Halbjahres 1996 war rechtmäßig.
2. Interpretationsbeschlüsse des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses zur Anwendung des EBM-Ä sind für die Gerichte nicht verbindlich.

E) VERGÜTUNGSAUSSCHLUSS VERSPÄTET EINGEREICHTER ABRECHNUNGSSCHEINE

BSG, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 19/04 R -

RID 06-01-79

Leitsätze:

1. Die Kassenärztliche Vereinigung darf in ihrem Honorarverteilungsmaßstab auch ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung Fristen für die Vorlage der vertragsärztlichen Abrechnung eines Quartals setzen und als materielle Ausschlussfristen ausgestalten.
2. Ausgestaltung und Anwendung derartiger Ausschlussfristen müssen wegen der gravierenden Auswirkungen auf das Recht der Vertragsärzte auf Honorierung ihrer Leistungen dem Verhältnismäßigkeitsgebot hinreichend Rechnung tragen.

Parallelverfahren:

BSG, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 20/04 R -

RID 06-01-80

2. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG: NR. 5 EBM/VERGLEICHSGRUPPENBILDUNG

BSG, Beschl. v. 28.09.2005 - B 6 KA 27/05 B - juris

RID 06-01-81

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Schleswig-Holstein*, Urt. v. 03.11.2004 – L 4 KA 24/02 wird zurückgewiesen.

Nr. 5 EBM ist einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zugänglich.

Die Eckpunkte der Auslegung der Nr. 5 EBM-Ä sind bereits durch das Urteil vom 14. Juli 2003 (BSG GesR 2004, 144, 146 f) geklärt. Die für die Abrechenbarkeit der **Nr. 5 EBM** erforderlichen Voraussetzungen können sich immer dann ergeben, wenn der Arzt erreichbar ist und erreicht wird und er bei kritischer Prüfung den ernstlichen Eindruck eines wichtigen Anlasses für eine Untersuchung oder Behandlung zu ungewöhnlicher Zeit haben darf. Dies kann sich schon bei gelegentlicher Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunden ergeben. Unerheblich ist, ob der Arzt ständig erreichbar war bzw. ist.

Die **Prüfgremien** haben nach der Rechtsprechung (s zuletzt BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 2 RdNr 13 ff; Nr. 3 RdNr 13; Urteil vom 27. April 2005 - B 6 KA 39/04 R, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen) einen **Beurteilungsspielraum** bei der Entscheidung über die **Bildung engerer Vergleichsgruppen**. Eine Pflicht zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe besteht dann, wenn ein erheblich unterschiedliches individuelles Abrechnungsverhalten in der Vergleichsgruppe nur noch rein rechnerisch zu einem statistisch-mathematischen Mittelwert führt, der aber in der Realität von kaum einem Arzt oder innerhalb größerer Gruppen nur von einzelnen, für die Gesamtgruppe deshalb nicht repräsentativen Ärzten abgerechnet worden ist (BSG aaO).

3. ZULASSUNGSRECHT

A) PSYCHOTHERAPEUTEN: ZEITFENSTER UND KINDERERZIEHUNG

BSG, Beschl. v. 28.09.2005 - B 6 KA 19/05 B - juris

RID 06-01-82

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen LSG Bayern, Urt. v. 06.10.2004 – L 12 KA 110/02 – RID 05-02-43 wird zurückgewiesen.

Die Rechtsprechung zum **sog. Zeitfenster** (BSGE 87, 158, 175 ff = SozR 3-2500 § 95 Nr. 25 S. 123 ff) stellt **keine nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaft unzulässige Diskriminierung wegen des Geschlechts** dar, insb. auch nicht von Müttern.

B) ANFECHTUNGSBEFUGNIS GEGENÜBER ERMÄCHTIGUNGEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE

BSG, Urt. v. 28.09.2005 – B 6 KA 70/04 R - ZMGR 2005, 321 = GesR 2006, 15

RID 06-01-83

Der Vertragsarzt, der **im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen anbietet**, muss **Ermächtigungen für Krankenhausärzte** derselben Fachrichtung und Qualifizierung **anfechten** können, wenn diese seine Erwerbsmöglichkeiten einschränken. Wenn die Ermächtigungen nicht durch das Ziel der Sicherstellung der Versorgung gerechtfertigt sind – d. h., wenn die gemäß § 116 Satz 2 SGB V iVm § 31a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV erforderliche Versorgungslücke nicht gegeben ist -, wird der Vertragsarzt in seinem Grundrecht aus Art 12 I GG verletzt (BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 54 Nr. 4 = NJW 2005, 273 = NZS 2005, 199 = MedR 2004, 680).

B. Krankenversicherungsrecht

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Zur Rechtsprechung des BSG s. zuletzt RID 05-04-B I (S. 35).

Nach BSG, Urt. v. 13.12.2005 – **B 1 KR 21/04 R – Kozijavkin III** (Parallelverfahren: B 1 KR 6/05 R) gelten weiterhin die Grundsätze für eine **Krankenbehandlung außerhalb Deutschlands bzw. außerhalb der EU** nach § 18 SGB V des Urt. v. 14.02.2001 (SozR 3-2500 § 18 Nr. 6 – **Kozijavkin II**). Danach muss die Leistung den Kriterien des Wissenschaftlichkeitsgebots (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) genügen und die Behandlungsmethode von der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute befürwortet werden; abgesehen von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen muss über die Zweckmäßigkeit der Therapie bereits im Behandlungszeitraum Konsens bestehen. Zu ermitteln ist, welche Fachleute und Fachkreise (Ärzte und Wissenschaftler) sich zum Behandlungszeitpunkt konkret für und welche sich gegen die Behandlungsmethode ausgesprochen hatten und dies ggf. mit sachverständiger Hilfe gewichten.

1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

Zur Rechtsprechung des BSG s. zuletzt RID 05-04-B I 1 (S. 36).

A) BVERFG: PRÜFUNGSPFLICHT DER SOZIALGERICHTE

BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 - www.bverfg.de

RID 06-01-84

Leitsatz:

Es ist mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Das **BVerfG** hob **BSG**, Urt. v. 16.09.1997 - 1 RK 28/95 – BSGE 81, 54 = SozR 3-2500 § 135 Nr. 4 auf.

B) NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE (EINSTWEILIGE ANORDNUNG)

Vgl. zuletzt **LSG Bayern**, B. v. 13.04.2004 – L 4 B 103/04 KR ER – RID 05-03-82; RID 05-02-B I 1 e (S. 41).

AA) BEACHTLICHE GRÜNDE FÜR SYSTEMVERSAGEN

LSG Hessen, Beschl. v. 19.09.2005 – L 8 KR 125/05 ER –

RID 06-01-85

Rechtsschutzbedürfnis, Neuropsychologie, Psychotherapie, Richtlinienverfahren, Bundesausschuss

SGB V §§ 2 I 3, 27 I, 135 I; ZPO §§ 929 II; SGG § 86b II 4

Das **Rechtsschutzbedürfnis** im einstweiligen Anordnungsverfahren entfällt nicht, wenn die Ast. nicht innerhalb der Frist des § 929 II ZPO mit der Vollziehung der einstweiligen Anordnung begonnen hat und wenn die Ag. ausdrücklich erklärt hat, dass sie sich auf die Monatsfrist des § 929 II ZPO nicht berufen will und eine Entscheidung in der Sache befolgen wird.

Drohen einer Versicherten ohne die begehrte **neuropsychologische Therapie** wesentliche Nachteile, so hat eine Regelungsanordnung im Rahmen einer **Folgenabwägung** zu erfolgen.

Es sprechen **beachtliche Gründe** dafür, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bereits im Jahr 2000 verpflichtet gewesen wäre, von Amts wegen ein **Anerkennungsverfahren** in Bezug auf die neuropsychologische Behandlungsmethode einzuleiten (**LSG Hessen**, Beschl. v. 16.07.2004 - L 1 KR 42/04 ER -; **SG Fulda**, Beschl. v. 01.03.2004 - S 4 KR 52/04 ER -).

SG Wiesbaden – S 3 KR 23/05 ER/98 – verpflichtete die Ag., der Ast. neuropsychologische Therapie als Sachleistung für längstens 25 Sitzungen zu gewähren, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

BB) KEIN SYSTEMVERSAGEN

LSG Hamburg, Beschl. v. 22.08.2005 – L 1 B 248/03 ER –

RID 06-01-86

Neuropsychologie, Psychotherapie, Systemversagen, Bundesausschuss

SGB V §§ 2 I 3, 27 I, 135 I

Die Gegenvorstellung des Ast. gegen **LSG Hamburg**, Beschl. v. 08.12.2004 wird zurückgewiesen.

Ein Systemversagen hinsichtlich eines Anspruchs auf eine neuropsychologische Therapie scheidet aus, weil der Gemeinsame Bundesausschuss aufgrund eines **Antrags des VdAK vom August 2003** tätig geworden ist und eine **Arbeitsgruppe** gebildet hat.

2. POSITRONEN-EMISSIONS-TOMOGRAPHIE (PET)

LSG Bayern, Urt. v. 06.10.2005 – L 4 KR 214/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-87

Positronen-Emissions-Tomographie, PET, Kostenerstattung, Bundesausschuss
SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 28 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Es handelt es sich bei der PET um eine neue Untersuchungsmethode im Sinne des § 135 I SGB V. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat mit Beschluss vom 26.02.2003 die PET der Anlage B der BUB-Richtlinien zugeordnet, d.h. die nicht anerkannten Methoden, die im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen. Ein Systemversagen liegt nicht vor. Das BSG hat bereits in der Entscheidung vom 16.09.1997 (1 RK 30/95, USK 97 108) ausgeführt, dass die Gerichte nicht zur inhaltlichen Prüfung der Richtlinien befugt sind.

SG Augsburg, Urt. v. 28.05.2003 – S 12 KR 286/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. a. *LSG Bayern, Urt. v. 20.01.2005 – L 4 KR 209/02* – RID 05-02-82; *SG Frankfurt a. M., Gerichtsbb. v. 25.07.2003 – S 25 KR 3119/02* – RID 03-04-96; *SG Dortmund, Urt. v. 11.12.2001 – S 44 KR 118/01* – www.sozialgerichtsbarkeit.de.

3. KIEFERORTHOPÄDISCHER BEHANDLUNGSBEGINN NACH FEHLBEHANDLUNG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 14.12.2005 – L 5 KR 59/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-88

Behandlungsbeginn, Fehlbehandlung, kieferorthopädische Behandlung
SGB V § 28 II

Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das **18. Lebensjahr vollendet** haben (§ 28 II 6 SGB V). Unter "**Beginn der Behandlung**" ist die Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplanes zu verstehen (vgl. BSG, Urt. v. 25.03.2003 – B 1 KR 17/01 R -).

Der umfassend geregelte gesetzliche **Leistungsausschluss** nach § 28 II 6 SGB V gilt grundsätzlich **unabhängig von den Gründen**, die zu einer Behandlungsnotwendigkeit erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres geführt haben (vgl. BSG, Beschl. v. 19.07.2004 – B 1 KR 2/04 BH -). Deshalb besteht kein Anspruch auf erneute Behandlung nach einer vorherigen **Fehlbehandlung**.

Fehlbehandlungen können höchstens zum **Schadensersatzanspruch** der Versicherten führen, nicht zu einem Hinausschieben des Behandlungsendes.

SG Schleswig, Urt. v. 16.02.2004 – S 8 KR 39/03 – gab der Klage statt, das *LSG* wies sie ab.

II. Kostenerstattungsanspruch

1. BEHANDLUNG DURCH NICHT ZUGELASSENE PSYCHOTHERAPEUTIN

LSG Berlin, Urt. v. 19.01.2005 – L 9 KR 117/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-89

Revision anhängig: B 1 KR 24/05 R

Psychologischer Psychotherapeut, Zulassung, Systemversagen
SGB V §§ 13 III, 27 I 1, 2 Nr. 1; PsychThG Art. 10

Es besteht kein Anspruch auf erforderliche psychotherapeutische Behandlung durch eine **nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Behandlerin**. Eine Approbation als Psychologische Psychotherapeutin reicht hierfür nicht aus. Auch aus **Art. 10 PsychThG** folgt nicht, dass die Leistungen einer nicht zugelassenen Psychotherapeutin zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden konnten. In Berlin hat im Jahre 1999 kein Mangel an zugelassenen Psychotherapeuten bestanden.

SG Berlin, Urt. v. 20.06.2002 – S 85 KR 1889/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren: *SG Berlin, Gerichtsbb. v. 08.11.2001 – S 72 KR 3060/00* –.

LSG Berlin, Urt. v. 19.01.2005 – L 9 KR 19/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-90

Revision anhängig: B 1 KR 25/05 R

2. IMPLANTATION EINES MAGENBANDES (SOG. GASTRIC-BANDING)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.11.2005 – L 5 KR 173/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-91

Magenband, Magenbandoperation, Gastric-Banding, Adipositas, Übergewicht

SGB V §§ 12 I, 13 III, 39 II 1

Die **chirurgische Behandlung der extremen Adipositas** setzt voraus, dass bei dem jeweiligen Versicherten die Indikation für eine solche Therapie gegeben ist. Da das Behandlungsziel einer Gewichtsreduktion auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann, kommt eine vollstationäre chirurgische Behandlung nur dann in Betracht, wenn unter Berücksichtigung der **Behandlungsalternativen** (diätische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie) notwendig und wirtschaftlich ist (§§ 12 I, 39 II 1 SGB V) und nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für eine chirurgische Intervention gegeben sind. Nach den Leitlinien der Fachgesellschaften (z.B. Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft) wird die Implantation eines Magenbandes nur als **ultima ratio** gewährt (BSGE 90, 289 ff.).

Fehlt es an einer diätischen Therapie unter ärztlicher Aufsicht über einen längeren Zeitraum, einer psychotherapeutischen Behandlung und einer medikamentösen Therapie, so besteht kein Anspruch auf eine Magenbandoperation.

SG Köln, Urt. v. 07.06.2004 – S 19 KR 85/02 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt RID 05-01-B III 4 (S. 60).

3. VORHERIGE ENTSCHEIDUNG DER KRANKENKASSE

SG Stade, Urt. v. 31.08.2005 – S 1 KR 50/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-92

Kostenerstattungsanspruch, Entscheidung, Krankenkasse, hyperbare Sauerstofftherapie

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 28 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Wird vor Beschaffung einer Leistung nicht die Entscheidung der Krankenkasse abgewartet, so besteht bei nicht unaufschiebbaren Leistungen kein Kostenerstattungsanspruch. Es ist unerheblich, ob hinsichtlich der gewählten Behandlungsmethode eine Ablehnung von vornherein festgestanden hat (vgl. BSG, Urt. v. 20.05.2003 - B 1 KR 9/03 R -).

III. Vorzeitige stationäre Rehabilitationsmaßnahme

LSG Bayern, Beschl. v. 21.11.2005 – L 4 KR 60/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-93

Rehabilitationsmaßnahme, Lebensqualität

SGB V § 40 III 4

Für ein dringendes Erfordernis i. S. d. § 40 III 4 SGB V, um eine vorzeitige Rehabilitationsmaßnahme zu rechtfertigen, reicht es nicht aus, dass der streitige Aufenthalt das **Wohlbefinden und Lebensgefühl** eines schwerkranken Versicherten **gesteigert** und die Lebensqualität günstig beeinflusst hat.

Der inzwischen verstorbene Versicherte hatte sich aufgrund einer **schweren Tumorerkrankung** zu Lasten der Bekl. in einer Klinik im Frühjahr 2003 einer intensiven **immunbiologischen Therapie mit Infusionen und Eigenblutbehandlung einschließlich psychologischer Betreuung** unterzogen. Bei der Entlassung am 11.03.2003 war vom leitenden Arzt Dr. W. vorgeschlagen worden, in etwa einem halben Jahr dort **erneut eine intensive immunbiologische Therapie durchzuführen**. Dies als stationäre medizinische Rehabilitationsleistung durchzuführen, beantragte der Versicherte mit entsprechender Bescheinigung seines behandelnden Arztes am 11.07.2003 bei der Bekl. Nach Einschaltung des MDK, der die medizinischen Voraussetzungen für eine solche Maßnahme als nicht gegeben sah, lehnte die Bekl. den Antrag ab. Der Versicherte ließ sich dennoch dort behandeln und begehrte **Kostenerstattung**. Durch die Behandlung sei eine erfreuliche Verlängerung seiner Lebenszeit mit befriedigender Lebensqualität erreicht worden. *SG Nürnberg*, Urt. v. 10.02.2005 – S 11 KR 411/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. Krankenbehandlungen in Jordanien und Indien

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.11.2005 – L 11 (16) KR 86/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-01-94
Ausland

SGB V §§ 13 III, 16, 18; GG Art. 3, 6

Ein Anspruch auf Kostenerstattung für Krankenbehandlungen in Jordanien und Indien besteht auch dann nicht, wenn der Ehemann der Versicherten im Rahmen einer Entwicklungszusammenarbeit tätig ist.

Die Kl. ist versicherungspflichtiges Mitglied der Bekl. Von 1995 bis April 2000 lebte sie in Jordanien und seitdem in Indien. In der Bundesrepublik Deutschland, in der sie sich für einige Wochen jährlich aufhält, hat sie keinen Wohnsitz. Wegen der Berufstätigkeit ihres Ehemannes, der als Landesvertreter der G-Stiftung im Rahmen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit tätig ist, hält die Klägerin sich in den genannten Ländern auf. Der Ehemann der Klägerin ist nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, da er privat krankenversichert ist. Im Jahre 1999 übersandte die Klägerin verschiedene Rechnungen für ärztliche Behandlungen in Jordanien und später (nach Abschluss des Widerspruchsverfahrens) in Indien mit der Bitte um Kostenerstattung, was die Bekl. ablehnte. *SG Düsseldorf, Urt. v. 28.11.2002 – S 8 KR 107/02 –* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

V. Arzneimittel

Zur Rechtsprechung des BSG s. zuletzt RID 05-04-B IV (S. 41).

1. FESTBETRAGSFESTSETZUNG

A) WIRKSTOFF ATORVASTATIN (FERTIGARZNEIMITTEL "SORTIS")

SG Berlin, Urt. v. 22.11.2005 – S 81 KR 3778/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-95

Festbetrag, Wirkstoff, Atorvastatin, Fertigarzneimittel "Sortis"

SGB V § 35

Die Festsetzung der **Festbeträge** für die **Gruppe der HMG-CoA-Reduktasehemmer** vom 5. November 2004 steht sowohl in formeller Hinsicht – in Ermangelung eines den Beklagten zur Last fallenden Verstoßes gegen die Verfahrensbestimmungen der §§ 35 Abs. 3 S. 3, Abs. 6 SGB V iVm § 213 Abs. 2 und 3 SGB V und die Formvorgabe des § 35 Abs. 7 S. 1 SGB V –, als auch in materieller Hinsicht **mit höherrangigem Recht in Einklang**. Rechtsgrundlage der Festsetzung ist § 35 Abs. 3 S. 1 SGB V (iVm § 35 Abs. 1 S. 1, Abs. 5 S. 1 und 2 SGB V). Danach setzten die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich den jeweiligen Festbetrag auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen fest. Sowohl aus dem Wortlaut ("jeweiligen"), als auch aus der systematischen Stellung der Vorschrift innerhalb des § 35 SGB V, sowie aus der Regelung des § 35 Abs. 7 S. 2 ("Bestandteile der Festsetzung") ergibt sich, dass die Festsetzung in materieller Hinsicht neben einer pflichtgemäßen Ermessensausübung (vgl. § 35 Abs. 1 S. 1 SGB V "[] Festbeträge festgesetzt werden können") – an der kein Zweifel besteht –, einer zutreffend ermittelten Vergleichsgröße und einer zutreffend errechneten Festbetragshöhe eine wirksame Einteilung der Gruppen, für die Arzneimittel festgesetzt werden können, voraussetzt.

Die **beiden klagenden pharmazeutischen Unternehmen** wenden sich gegen den seitens der **beklagten Spitzenverbände der Krankenkassen** für den **Wirkstoff Atorvastatin** festgesetzten **Festbetrag**. Dieser Wirkstoff, den das von den Kl. gemeinschaftlich seit 1997 hierzuland vertriebene und zur Behandlung der primären – einschließlich der familiären (hetero- wie homozygoten) – Hypercholesterinämie und der kombinierten Hyperlipidämie zugelassene Fertigarzneimittel "Sortis" in den realen Wirkstärken 10, 20 und 40 mg enthält, hemmt gleich den Wirkstoffen Fluvastatin, Pravastatin, Simvastatin und Lovastatin die HMG-CoA-Reduktase und senkt auf diese Weise das LDL-Cholesterin. Hergestellt wird der Wirkstoff ebenso wie Fluvastatin synthetisch. Lovastatin wird hingegen mittels fungaler Fermentation, Simvastatin und Pravastatin wiederum werden semisynthetisch gewonnen. Gleich Atorvastatin sind alle übrigen Statine zur Behandlung der primären Hypercholesterinämie oder Hyperlipidämie zugelassen. Fluvastatin, Pravastatin und Simvastatin besitzen zudem für weitere Anwendungsgebiete eine Zulassung. Während Simvastatin (zugelassen seit dem 23.12.1991) seit 2003 keinen Patentschutz mehr hat, Lovastatin (zugelassen am 31.08.1987) sogar schon früher patentfrei war, genießt **Atorvastatin** (zugelassen am 17.12.1996) **noch bis 2011 Patentschutz**. Der Gemeinsame Bundesausschuss (Beigel. zu 1) fasste am 20.07.2004 den Beschluss (bekannt gemacht im Bundesanzeiger Nr. 182 vom 25.09.2004, S. 21086.), die AMR in der Anl. 2 um eine Festbetragsgruppe der

Stufe 2 wie folgt zu ergänzen: "HMG-CoA-Reduktasehemmer Wirkstoffe: Vergleichsgröße: Atorvastatin 16,7 Fluvastatin 42,2 Lovastatin 23,2 Pravastatin 21,3 Simvastatin 20,7 orale, abgeteilte Darreichungsformen Kapseln; Filmtabletten; Retardtabletten; Tabletten".

Mit Schreiben vom 13. August 2004 **beantragte** die Kl. zu 1) bei dem Beigel. zu 1) **Einsichtnahme** in die "im Rahmen der Gruppenbildungsentscheidung eingeholten Stellungnahmen und Fachgutachten", der jedoch nur eine Begründung seines Beschlusses vom 20.07.2004 übersandte.

Die Beklagten beschlossen sie am 29.10.2004 (bekannt gemacht im Bundesanzeiger Nr. 210 vom 5.11.2004, S. 22602), dass für die Gruppe der HMG-CoA-Reduktasehemmer mit Wirkung ab dem 1. Januar 2005 **folgender Festbetrag** festgesetzt werde: für die Standardpackung (das ist die von den meisten Herstellern angebotene Packungsgrößenkombination) zu 100 Stück mit einer Wirkstärkenvergleichsgröße (Wirkstärke in der jeweils festgelegten Mengeneinheit [mg, g, o. ä.] geteilt durch die Vergleichsgröße) von je 0,97 ein Preis von 62,55 EUR. Zu diesem Festbetrag, den die Bekl. anhand eines regressionsanalytischen Verfahrens errechnet hatten, waren bei Beschlussfassung die Wirkstoffe Fluvastatin, Lovastatin und Simvastatin erhältlich. Der Preis von Atorvastatin war und ist dagegen oberhalb des Festbetrages angesiedelt.

Mit ihrer am 02.12.2004 erhobenen **Klage** machen die Kl. geltend, dass der Beschluss der Bekl. rechtswidrig sei, weil dieser auf einem in formeller wie materieller Hinsicht rechtswidrigen Beschluss des Beigel. zu 1) beruhe und auch die Höhe der Festbeträge nicht in Einklang mit den gesetzlichen Anforderungen stehe.

Das **Gericht** hat die die **Arzneimittelkommission** der Deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) unter Hinweis auf § 202 SGG iVm § 142 Abs. 1 ZPO zur Herausgabe der beiden Fachgutachten aufgefordert. Die AKdÄ ist dieser **Aufforderung nicht nachgekommen**. Das **Gericht hat sodann die beiden Fachgutachter um die Herausgabe ihrer Gutachten gebeten**. Prof. K hat dieser Bitte entsprochen. Prof. W wiederum hat mitgeteilt, er habe auf mündliche Bitte des Beigel. zu 1) ein Gutachten zur Gruppenbildung der Statine gefertigt und fristgerecht abgeliefert. Weil zwischenzeitlich die AKdÄ mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt worden sei, sei sein Gutachten vom Beigeladenen zu 1) nicht akzeptiert worden. Er fühle sich der AKdÄ weiterhin verpflichtet und sei daher nicht bereit, sein Gutachten dem Gericht zu übergeben. Auf die durch diese Mitteilung veranlasste **Nachfrage des Gerichts hat der Beigel. zu 1) eingeräumt, über das Gutachten zu verfügen und ein Exemplar desselben zu den Akten gereicht**.

Das **SG** wies die Klage ab.

B) FESTBETRAG FÜR ARZNEIMITTELGRUPPE "ANGIOTENSIN-II-ANTAGONISTEN, REIN" (ARZNEIMITTEL LORZAAR)

SG Berlin, Urt. v. 22.11.2005 – S 87 KR 3717/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-96

Festbetrag, Wirkstoff, Angiotensin-II-Antagonisten,
SGB V § 35

Die **Festbetragsfestsetzung** für die **Arzneimittelgruppe "Angiotensin-II-Antagonisten, rein"** beruht auf einer **rechtmäßigen Normsetzung** des Gemeinsamen Bundesausschusses und ist auch sonst formell und materiell rechtmäßig und verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

Das **kl. Unternehmen** wendet sich gegen die **Festbetragsfestsetzung** gemäß § 35 SGB V durch die bekl. **Spitzenverbände der Krankenkassen** für die Arzneimittelgruppe "Angiotensin-II-Antagonisten, rein". Die Kl. ist in Deutschland pharmazeutische Unternehmerin des Arzneimittels LORZAAR® (Wirkstoff: Losartan) und Inhaberin der arzneimittelrechtlichen Zulassung. Nach ihren Angaben ist der Wirkstoff in Deutschland noch **bis ca. 2009/2010 patentrechtlich geschützt**. Er gehört zur Wirkstoffgruppe der Angiotensin-II-Antagonisten, die auch als Sartane bezeichnet und zur Behandlung der chronischen Erhöhung des arteriellen Blutdrucks (Hypertonie) eingesetzt werden. Mit Beschl. v. 15.06.2004 bestimmte der beigel. Gemeinsame Bundesausschuss die Festbetragsgruppe (Stufe 2) der "Angiotensin-II-Antagonisten, rein". Er bezog (u. a.) den Wirkstoff Losartan ein und verfügte als dessen Vergleichsgröße 45,2. Hierauf gestützt setzten die Bekl. am 29.10.2004 für die Gruppe der Angiotensin-II-Antagonisten, rein den Festbetrag auf der Ebene der Apothekeneinkaufspreise für die Standardpackung mit 17,03 EUR fest. In Anwendung der gleichzeitig verfügbaren Regressionsgleichung war (nur) Losartan 100 mg nicht zum Festbetrag erhältlich. Die vom 01.01.2005 an geltenden (umgerechneten) Festbeträge wurden mit Rechtsbehelfsbelehrung im Bundesanzeiger vom 05.11.2004 (S. 22602) bekannt gemacht. Das **SG** wies die Klage ab.

2. OFF-LABEL-USE

Nach *SG Hamburg*, Urt. v. 23.08.2004 – S 23 KR 659/03 - RID 04-04-110 kann der Off-Label-Use von Cabergolin beim Restless-Legs-Syndrom zulässig sein; zur Behandlung von RestlessLegs-Syndromen mit "Cabaseril" vgl. RID 04-01-B IV 2d (S. 65).

A) SELTENE KRANKHEIT UND MABTHERA® (WIRKSTOFF: RITUXIMAB)

SG Fulda, Urt. v. 08.09.2005 – S 4 KR 885/03 –

RID 06-01-97

MabThera®, Rituximab, Non-Hodgkin-Lymphom, Behandlungserfolg, Überlebensrate, Ansprechrare

SGB V §§ 1 I 1, 2 I, 3, II, 12 I, 13 I, III, 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I 1; AMG § 1

Unter **Behandlungserfolg** i.S. von BSG, Urt. v. 19.03.2002 – B 1 KR 37/00 R - ist im Falle einer schwerwiegenden Erkrankung nicht die **Überlebensrate** aufgrund einer durchgeführten Therapie, sondern deren **Ansprechrare** zu verstehen. Bei der Ausfüllung des Begriffs „Behandlungserfolg“ ist nicht auf die Sicht der Zulassungsbehörde, für die der Überlebensvorteil relevant wäre, sondern auf die medizinische Sicht abzustellen ist. Dies ergibt sich daraus, dass das Krankenversicherungsrecht – anders als das Arzneimittelrecht, das zum Zweck hat, für die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln zu sorgen (vgl. § 1 AMG) – die Aufgabe hat, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (so § 1 I 1 SGB V)

Handelt es sich um eine sehr **seltene Krankheit**, dann kommt es für einen Off-Label-Use nicht auf einen Behandlungserfolg an, sondern es reicht ein „**Mindestmaß an Arzneimittel- und Behandlungsqualität**“ (vgl. BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 R -).

Die Kl. litt unter einem niedrigmalignen Non-Hodgkin-Lymphom, Subtyp extranodales Marginalzonenlymphom (MALT-Typ), mit Primärmanifestation in Lunge und Magen. 2003 beantragte ihr behandelnder Klinikarzt – wegen des fehlenden Wirksamkeitsnachweises ohne Erfolg - die Kostenübernahme hinsichtlich der Behandlung mit dem Wirkstoff Rituximab im sog. Off-Label-Use (als sog. Kombinationstherapie von Rituximab mit einer Standard-Chemotherapie). Mit der Klage begehrte die Kl. die Kosten für die ihr vom Klinikum in Rechnung gestellten und aus der Hausapotheke bezogenen Arzneimittel. Das *SG* verurteilte die Bekl, der Kl. dem Grunde nach die Kosten für die Behandlung mit „MabThera“® (Rituximab) gemäß Liquidationen vom 31.07.2003, 26.09.2003, 17.11.2003 und 20.11.2003 abzüglich des gesetzlichen Eigenanteils für die angewendeten Arzneimittel nach weiterer Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu erstatten und wies im Übrigen die – auf Erstattung des Betrags von 15.112,08 Euro gerichtete - Klage ab.

B) INHALATIVE THERAPIE MIT INTERLEUKIN-2

LSG Bayern, Beschl. v. 30.12.2005 – L 4 B 613/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-98

Proleukin, Interleukin-2, Off-Label-Use

SGB V §§ 2, 12, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; SGG § 86b II

Einer **Krankenkasse** fehlt das **Rechtsschutzbedürfnis** für eine Beschwerde gegen einen teilweise stattgebenden SG-Beschluss zur vorläufigen Kostenübernahme von Medikamenten im Off-Label-Use, wenn sie sich hilfsweise bereit erklärt hat, der Ast. die Kosten für die inhalative Interleukin-Therapie bis zum Abschluss des erstinstanzlichen Hauptsacheverfahrens zu bezahlen und der SG-Beschluss weniger zugesprochen hat. Ein solcher **Hilfsantrag** enthält materiell-rechtlich eine bindende Zusicherung der Kostenübernahme der streitigen Therapie zumindest im Rahmen des Ausspruchs des Sozialgerichtsbeschlusses (§ 34 Abs.1 SGB X).

Im Rahmen einer **Folgenabwägung** ist eine Krankenkasse verpflichtet, einem Versicherten vorläufig die Kosten für die mit Interleukin-2 nach ärztlicher Verordnung zumindest für einen begrenzten Zeitraum zu erstatten bzw. ihn von diesen Kosten freizustellen.

Bei der 1958 geb. Ast. wurde nach ein Tumornephrektomie wegen eines Nierenzellkarzinom eine operative Resektion der Metastasen in der Lunge durchgeführt sowie einer systemische Immunchemotherapie mit Interferon/Interleukin und Vinblastin eingeleitet. Trotz dieser Behandlung stellten die Ärzte hinsichtlich der Lungenmetastasen eine Größenprogredienz fest. Die Ast. beantragte daraufhin bei der Krankenkasse am 26.06.2005 die inhalative Immuntherapie mit Interleukin-2 (Proleukin) ohne Erfolg. Die Ag. sah die Voraussetzungen für einen "Off-Label-Use" nicht als gegeben an. *SG Bayreuth*, Beschl. v. 22.09.2005 – S 9 KR 277/05 ER – verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, vorläufig die Kosten für die inhalative Therapie mit Interleukin-2 nach ärztlicher Verordnung bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens zu übernehmen, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt zu einem **vertragsärztlichen Regress** RID 05-04-A IV 2 m.w.N.

C) RESTLESS-LEGS-SYNDROM

AA) CABASERIL (WIRKSTOFF L-DOPAMIN)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.09.2005 – L 5 KR 144/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-99

Revision anhängig: B 1 KR 27/05 R

Cabaseril, Dopaminagonist, Restless-Legs-Syndrom, L-Dopamin
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; SGG § 86b II 2

Die **Wirksamkeit** der Therapie mittels **Cabaseril** für die Behandlung eines **Restless-Legs-Syndroms** ist in einem ausreichenden Maß **nachgewiesen**. Es reicht die "Veröffentlichung von außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewonnenen Erkenntnissen" aus. Die Voraussetzungen der sog. Off-Label-Medikation sind erfüllt.

Der 1939 geb. Kl. leidet seit Jahren an einem Restless-Legs-Syndrom (RLS), das 1999 diagnostiziert worden ist. Das einzige zur Behandlung dieser Krankheit zugelassene Arzneimittel ist das Präparat Restex (Wirkstoff L-Dopamin). Der Kläger wurde seit Juni 1999 mit L-Dopamin behandelt. Die Dosierung musste im Laufe der Behandlung erheblich erhöht werden (750 mg/Tag im Oktober 2002), weshalb der Kl. erfolglos die Versorgung mit dem Präparat Cabaseril beantragte. Das zu den Dopaminagonisten gehörende Cabaseril (Wirkstoff: Cabergolin) ist ein Präparat, das für die Behandlung von Morbus Parkinson zugelassen ist. Der MDK hielt ebf. eine Steigerung der L-Dopa-Dosis bei dem Kl. wegen der unerwünschten Nebenwirkungen nicht für empfehlenswert. Bestätigt werden könne, dass in Fachkreisen in einem solchen Fall der Einsatz von Dopaminagonisten empfohlen werde. Zwar liege bei dem Kläger eine die Lebensqualität sehr beeinträchtigende Erkrankung vor, auch sei die L-Dopa-Therapie ausgeschöpft. Jedoch sei die Datenlage zu Cabaseril zur Behandlung des RLS bislang noch nicht als ausreichend anzusehen. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 17.07.2003 – S 8 KR 91/03 – RID 04-01-139 verurteilte die Krankenkasse, die Versorgung des Kl. mit dem Medikament Cabaseril sicherzustellen, das **LSG** wies die Berufung mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. den Kl. künftig nach ärztlicher Verordnung mit dem Medikament Cabaseril zu versorgen hat.

BB) PARKOTIL

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.09.2005 – L 5 KR 171/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-100

Revision zugelassen

Restless-Legs-Syndrom, Wirksamkeitsnachweis
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; GG Art. 2 II

Die Voraussetzungen für eine Verordnung des Präparats Parkotil für die Behandlung eines mittelgradig schweren Restless-Legs-Syndrom im Rahmen des sog. Off-Label-Use liegen vor.

SG Detmold, Urt. v. 18.08.2004 – S 14 KR 67/03 – wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte d. Bekl., die Kl. gemäß jeweiliger ärztlicher Verordnung mit dem Medikament Parkotil zu versorgen.

D) ADHS BEI ERWACHSENEN: "MEDIKINET" (WIRKSTOFF METHYLPHENIDAT)

Zu Methylphenidat bei ADHS im Erwachsenenalter s. zuletzt *LSG Berlin*, Beschl. v. 04.11.2004 – L 9 B 190/04 KR ER – RID 05-02-120; *LSG Berlin*, Beschl. v. 05.03.2004 – L 9 B 8/04 KR ER – RID 04-04-107; *LSG Berlin*, Beschl. v. 02.04.2004 – L 9 B 43/04 KR ER – RID 04-03-111.

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2005 – L 11 KR 3018/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-101

Off-Label-Use, Methylphenidat, Arzneimittel, ADHS, Ritalin, Medikinet, Equasym
SGB V § 31 I; SGG § 86b II; GG Art 2 II 2, 20 III; AMG 1976 § 21

Der Senat bestätigt seine Rechtssprechung, wonach kein **Anspruch auf Medikamente** mit dem Wirkstoff **Methylphenidat** bei **ADHS im Erwachsenenalter** besteht (vgl. Urt. v. 25.10.2005 – L 11 KR 2788/05 -).

Für einen **individuellen Heilversuch** lässt das geltende Recht weder bei gänzlich fehlender arzneimittelrechtlicher Zulassung des Medikaments (BSG SozR 3 - 2500 § 31 Nr.7, BVerfG NJW 1997, 3085) noch im Bereich der zwar grundsätzlich gegebenen, sich jedoch nicht auf das konkrete Krankheitsziel erstreckenden Zulassung, die Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkasse zu (BSGE 89, 184 ff., 191).

Die 1966 geb. Kl. steht in Behandlung des Facharztes für Allgemeinmedizin W., Schwerpunktpraxis für Diagnose und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Dieser wandte sich im Oktober 2002 wegen eines Antrags auf Kostenübernahme für die Substanz Methylphenidat in der Off-Label-Indikation und einer Regressverzichtserklärung bei Off-Label-Verordnung an die Bekl., was diese ablehnte. Die

Kl. beantragte erfolglos die Erstattung von 79,51 EUR unter Einreichung eines Privatrezeptes des Arztes W. Die Bekl. wies darauf hin, dass die in Deutschland zugelassenen Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat (Ritalin, Medikinet, Equasym) nur eine Zulassung für die Behandlung von ADHS im Kindesalter hätten. **SG Stuttgart**, Urt. v. 09.05.2005 – S 8 KR 434/04 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 25.10.2005 – L 11 KR 2788/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-01-102**

Die **Arzneimitteltherapie der ADHS mit Ritalin** ist allein für die Behandlung der Hyperaktivität von Kindern und Jugendlichen zugelassen, welches indessen eine Zulassung für die Behandlung Erwachsener nicht ersetzt (so auch **SG Speyer**, Urt. v. 21.02.2005 – S 7 KR 56/04). Sie ist auch unter dem Gesichtspunkt des Off-Label-Use keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die 1959 geb. Kl. beantragte 2004 bei der Bekl. erfolglos die Kostenübernahme für die Behandlung mit dem Medikament Ritalin mit der Begründung, sie leide an einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die bislang nicht festgestellt worden sei. Sie habe im Frühjahr 2003 nach Studium der einschlägigen Literatur selbst den Verdacht geäußert. Sie sei dann von ihrem behandelnden Arzt über die Schwere und Bedeutung der Krankheit ausführlich und umfassend aufgeklärt worden. Bei einem Selbstversuch mit Methylphenidat 5 mg habe sie und ihre Umgebung jedes Mal den Rückgang der ADHS-typischen Symptome bemerkt. Sie wolle einen gefährlichen Verlauf der Krankheit abwenden, welche sie nach ihrer Umschulungsmaßnahme ab April 2004 abklären lasse. Bereits zuvor hatte ihr behandelnder Facharzt für Allgemeinmedizin E einen Antrag auf Regressverzicht bei Off-Label-Use von Methylphenidat bei der Bekl. ergebnislos gestellt. **SG Ulm**, Urt. v. 19.04.2005 – S 9 KR 2344/04 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

E) OCTAGAM (IVIG - IMMUNGLOBULIN) BEI MULTIPLER SKLEROSE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.09.2005 – L 4 KR 1094/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-01-103**

Octagam, IVIG – Immunglobulin, Multiple Sklerose

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I

Wird das Arzneimittel **Octagam** zu einer sekundär chronisch-progredient verlaufenden **Multiplen Sklerose** verabreicht, für die speziell es nicht zugelassen ist, so handelt es sich um einen **Off-Label-Use-Gebrauch**. Für einen Leistungsanspruch **fehlt** es aber am **Nachweis der Wirksamkeit**.

SG Heilbronn, Urt. v. 13.02.2004 – S 9 KR 3309/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt, der Klage stattgebend, **SG Berlin**, Urt. v. 12.04.2005 – S 81 KR 323/99 – RID 05-03-97; **wie hier LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 14.06.2004 – L 16 KR 192/03 – RID 04-03-112; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 10.07.2003 – L 16 B 35/03 KR ER – RID 04-01-136; **SG Detmold**, Urt. v. 22.10.2003 – S 14 KR 18/02 – RID 04-01-137; **LSG Berlin**, Urt. v. 02.04.2003 – L 9 KR 70/00 – RID 03-04-99; **LSG Berlin**, Beschl. v. 11.09.2002 – L 15 B 43/02 KR ER – RID 02-04-77; **LSG Bayern**, Beschl. v. 22.11.2002 – L 4 B 381/02 KR ER – RID 03-03-102; **SG Oldenburg**, Gerichtsbb. v. 24.09.2002 – S 63 KR 148/00 – RID 03-03-100; **SG Berlin**, Urt. v. 30.04.2003 – S 84 KR 3669/01 – RID 03-03-101.

F) NICHT ZUGELASSENES ARZNEIMITTEL "HERCEPTIN"

Herceptin, Mammakarzinom, Krebserkrankung

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

AA) ZEITLICH BEGRENZTER THERAPIEVERSUCH/UNZUMUTBARER EINKOMMENSEINSATZ

LSG Hessen, Beschl. v. 27.10.2005 – L 8 KR 190/05 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-104

Bei schwerwiegenden Erkrankungen kann die Leistungserbringung im Rahmen der Sachleistung dann nicht in Frage gestellt werden, wenn Heilung oder Besserung der Krankheit nicht von vorneherein gänzlich auszuschließen sind. Jede **Krebserkrankung** ist lebensbedrohlich und beeinträchtigt die Betroffenen nachhaltig und erheblich in der Lebensqualität. In dieser Situation ist es einer Versicherten, die zudem zwei minderjährige Kinder zu versorgen hat, **nicht zuzumuten**, einen Großteil des monatlichen **Einkommens für die Beschaffung** eines streitigen Präparats **aufzuwenden**. Je schwerer die Belastungen des Betroffenen wiegen, die mit der (vorläufigen) Versagung vorläufigen Rechtsschutzes verbunden sind, um so weniger darf das Interesse an einer vorläufigen Regelung oder Sicherung der geltend gemachten Rechtsposition zurückgestellt werden. Auch bei Verpflichtungsbeziehungsweise Vornahmesachen ist jedenfalls dann vorläufiger Rechtsschutz zu gewähren, wenn ohne ihn schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (vgl. BVerfGE 79, 69; 94, 166; zuletzt Beschl. v. 19.03.2004 – 1 BvR 131/04 –). Können solche anders nicht abwendbaren Nachteile bei einer Krebserkrankung nicht hinweggedacht werden, so besteht im

Rahmen einer **Folgenabwägung** auf Versorgung auch mit einem bisher in Europa nicht zugelassenen Medikament (hier: Herceptin), wenn gewichtige Gründe dafür sprechen, dass auch im Hauptsacheverfahren die Voraussetzungen für einen zulassungsübergreifenden Einsatz bejaht werden könnte.

Die für Deutschland **fehlende Verkehrsfähigkeit** eines Präparats schließt die **Behandlung** nicht aus, weil die unmittelbare Anwendung am Patienten keine Abgabe (eines Heilmittels) im Sinne des AMG darstellt. Der einzelne **Arzt** ist weder arzneimittelrechtlich noch berufsrechtlich gehindert, bei seinen Patienten auf eigene Verantwortung ein auf dem Markt verfügbares Arzneimittel für eine Therapie einzusetzen (BSG, Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R -). Wegen eines zeitlich begrenzten Therapieversuchs besteht nicht die Gefahr, dass die hier ausgesprochene Verpflichtung faktisch eine Markteinführung bewirkt und so die Vorschriften des AMG unterläuft (vgl. dazu LSG Hessen, Beschl. v. 13.04.2005 - L 8 KR 38/05 ER - RID 05-02-111).

Bei der Ast. (geb. 1963) wurde im März 2005 eine modifizierte radikale Mastektomie rechts mit Axilladissektion vorgenommen. Sie unterzieht sich derzeit einer Chemotherapie, bei der begleitend eine Behandlung mit "Herceptin" erfolgt. Das **Arzneimittel "Herceptin"** ist nach den vorgelegten medizinischen Unterlagen zur Behandlung von Patienten vorgesehen, "die mindestens zwei Chemotherapien gegen ihr metastasierendes Mammakarzinom erhalten haben und für die ein Anthrazyklin ungeeignet ist". Für diese adjuvante Therapie besitzt "Herceptin" **weder die deutsche noch eine europaweite Zulassung**. Die Therapie mit dem Wirkstoff "Trastuzumab" wurde bisher in zwei amerikanischen Studien sowie in einer weltweit durchgeführten "HERA-Studie" untersucht. Unter Vorlage einer fachärztlichen Bescheinigung der F. Kliniken "M." vom 27. Juni 2005 sowie eines ärztlichen Attests der Gemeinschaftspraxis Dres. med. C., D., G. und K. vom 27. Juni 2005 beantragte die Ast. die Bestätigung der Kostenübernahme der Herceptin-Behandlung. In den Dokumenten ist ausgeführt, dass die Ast. als Hochrisikopatientin gelte. Angesichts eines negativen Hormonrezeptorstatus sei keine antihormonelle Therapie möglich. Die neuesten wissenschaftlichen Daten "zeigten einen mindestens 30 % höheren Überlebensvorteil und eine 50%-ige Risikoreduktion im Hinblick auf ein Rezidiv der behandelten Patientinnen (zwei große amerikanische und eine europäische Studie)". Die Ast machte geltend, dass Therapiealternativen zu einer adjuvanten Behandlung mit Herceptin, die das Auftreten von Rezidiven in gleichem Maße vermeiden und damit die Überlebenschance verbesserten, für sie nicht zur Verfügung stünden. Die Krankenkasse lehnte wegen der fehlenden Zulassung eine Kostenübernahme ab. Über den Widerspruch ist noch nicht entschieden. **SG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 22.08.2005 - S 4 KR 711/05 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, weil die Ast. bei ihren finanziellen Verhältnissen in der Lage sei, die monatlichen Kosten für die begehrte Heilbehandlung i.H.v. ca. 2.600,00 Euro vorzuschießen. Das **LSG** verpflichtete die Krankenkasse, der Ast. vorläufig für die Dauer von zwölf Monaten das Arzneimittel "Herceptin" im Rahmen der ärztlichen Verordnung als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

BB) WIRKSAMKEITSNACHWEIS DURCH BESONDERS AUSGEWIESENE ÄRZTLICHE FACHKUNDE

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 22.12.2005 - S 21 KR 837/05 ER -

RID 06-01-105

Eine Versicherte, die Krankengeld von täglich 15,87 Euro bezieht und deren Ehegatte täglich 47,59 Euro an Arbeitslosengeld erhält, kann **nicht darauf verwiesen werden**, sich Arzneimittel zunächst **selbst zu beschaffen**, wenn hierfür Kosten für eine einjährige Therapie zwischen ca. 27.800 Euro bis 41.300 Euro anfallen.

Es besteht ein **Anspruch auf Versorgung mit dem Medikament Herceptin**, das in der Bundesrepublik Deutschland arzneimittelrechtlich nur zur Behandlung eines metastasierenden Mammakarzinoms zugelassen ist, auch **für eine adjuvante Therapie bei Brustkrebspatientinnen**, soweit eine andere Therapiemöglichkeiten zur Verringerung des Rezidivrisikos nicht besteht. Eine Versicherte kann nicht darauf verwiesen werden, sie möge bis zum befürchtetem erneuten Rezidiveintritt zuwarten (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 27.10.2005 - L 8 KR 190/05 ER - <s. vorstehend>; SG Heilbronn, Beschl. v. 14.09.2005 - S 9 KR 2432/05 ER -; SG Bayreuth, Beschl. v. 26.09.2005 - S 9 KR 284/05 ER -).

BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - sind aus den zitierten Grundrechten hergeleitete **Vorgaben für die Auslegung und Anwendung der leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB V** zu entnehmen, die eine **Ausweitung** der bislang vom BSG aufgestellten Kriterien für einen zulässigen **Off-Label-Use nahelegen**. Auch für den Nachweis einer Wirksamkeit von Arzneimitteln, die außerhalb der Indikationslage, für die sie nach dem Arzneimittelgesetz zugelassen worden sind, eingesetzt werden sollen, muss eine **niedrigere Evidenzstufe** ausreichen als die vom BSG verlangte. Es kann auch ein **Wirksamkeitsnachweis durch ärztliche Erfahrung** grundsätzlich ausreichen, sofern gewährleistet ist, dass das positive Votum für einen Off-Label-Use auf besonders ausgewiesener ärztlicher Fachkunde beruht.

Bei der 1947 geb. Ast. wurden ein Tumor entfernt und weitere Behandlungen durchgeführt. Im Rahmen einer Nachsorge wurde ein Lokalrezidiv des Mammakarzinoms im Bereich der rechten Brust gefunden. Hierauf unterzog sich die Ast. einer Ablatio am 08.09.2005. In der interdisziplinären Tumorkonferenz der Klinik für Gynäkologie wurde folgende Therapieempfehlung ausgesprochen: Arimidex einmal täglich und zusätzlich Herceptin Monotherapie aufgrund des erhöhten Risikos. Die Ag. lehnte den Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Behandlung mittels einer Herceptinmonotherapie ab. Über den Widerspruch der Ast. ist noch nicht entschieden. Das **Kompetenz Centrum Onkologie des MDK Nordrhein**, Stand 28.10.2005, führte folgendes aus: Die Ergebnisse der vorliegenden aktuellen Phase III-Studien zur klinischen Wirksamkeit von Herceptin bezögen sich ausschließlich auf das primäre Mammakarzinom. Bei der Ast. liege hingegen eine andere klinische Situation vor, nämlich ein Mammakarzinomrezidiv mit HER-2-neu-positiven Rezeptor, welches mittlerweile kurativ entfernt worden sei. Wegen dieser unterschiedlichen Erkrankungssituation greife auch keine der mittlerweile in der Stellungnahme des Kompetenz Centrums Onkologie der MDK-Gemeinschaft benannten Fallgruppen, bei denen in Auswertung der vorliegenden vorläufigen Studienergebnisse einer adjuvanten Gabe von Herceptin empfohlen werde. Die eigene aktuelle Literaturrecherche bezüglich der Wirksamkeit von Herceptin in der bei der Ast. vorliegenden klinischen Situation sei erfolglos geblieben. Somit könne auch nach erneuter Überprüfung des Sachverhaltes die beantragte Herceptintherapie aus sozialmedizinischer Sicht nicht empfohlen werden. Das **SG** verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. vorläufig für die Dauer von 12 Monaten das Arzneimittel Herceptin im Rahmen der ärztlichen Verordnung als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

CC) FOLGENABWÄGUNG

LSG Baden-Württemberg, B. v. 22.12.2005 – L 5 KR 4180/05 ER-B – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-01-106**

Leitsätze:

Zur **Folgenabwägung** im einstweiligen Anordnungsverfahren bei der Versorgung von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen mit nicht arzneimittelrechtlich zugelassenen Arzneimitteln. Ein Off-Label-Use ist bezüglich des Arzneimittels Herceptin in der adjuvanten Brustkrebstherapie dann zulässig, wenn diese Behandlung **eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung** oder zumindest eine **spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf** verspricht (Anschluss an BVerfG, Senatsbeschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - und Kammerbeschl. v. 22.11.2002 - 1 BvR 1586/02 -).

SG Heilbronn, Beschl. v. 14.09.2005 – S 9 KR 2432/05 ER – verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. vorläufig eine Behandlung mit dem Arzneimittel "Herceptin" als Sachleistung zur Verfügung zu stellen; das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 18.01.2006 – S 25 KR 958/05 ER –

RID 06-01-107

Fehlt es für ein Arzneimittel (hier: Herceptin für adjuvante Therapie) am Wirksamkeitsnachweis durch entsprechende Studien, so kann dennoch ein Anspruch auf Versorgung im Rahmen einer **Folgenabwägung** bestehen, wenn eine Behandlungsalternative nicht in Betracht kommt.

Die für Deutschland fehlende Verkehrsfähigkeit des Präparats Herceptin schließt die Behandlung nicht aus, weil die **unmittelbare Anwendung am Patienten** keine Abgabe (eines Heilmittels) im Sinne des AMG darstellt. Der einzelne Arzt ist weder arzneimittelrechtlich noch berufsrechtlich gehindert, bei seinen Patienten auf eigene Verantwortung ein auf dem Markt verfügbares Arzneimittel für eine Therapie einzusetzen (BSG, Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R - SozR 3-2500 § 31 Nr. 8 = BSGE 89, 184). Wegen eines zeitlich begrenzten Therapieversuchs besteht nicht die Gefahr, dass die hier ausgesprochene Verpflichtung faktisch eine Markteinführung bewirkt und so die Vorschriften des AMG unterläuft (vgl. dazu LSG Hessen, Beschl. v. 13.04.2005 - L 8 KR 38/05 ER - RID 05-02-111).

Das **SG** verpflichtete die Ag., der Ast. vorläufig für die Dauer von zwölf Monaten das Arzneimittel „Herceptin“ im Rahmen der vertragsärztlichen Verordnung als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

3. LORENZO'S ÖL

LSG Berlin, Urt. v. 19.01.2005 – L 9 KR 98/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-108

Speiseöl, Glyceroltrioleat, Glyceroltrierukat

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

Es ist zweifelhaft, ob die Spezialöle Glyceroltrioleat (GTO) und Glyceroltrierukat (GTE) Arzneimittel im Sinne von § 2 I AMG darstellen. Eine Versorgung mit Fertigarzneimitteln nach § 31 I 1 SGB V ist nur dann durch eine Krankenkasse vorzunehmen, wenn die Arzneimittel apothekenpflichtig sind und

über eine arzneimittelrechtliche Zulassung verfügen. An beiden Voraussetzungen fehlt es bei den beiden Spezialölen. Die Öle können auch nicht als den Arzneimittel gleichgestellte Ernährungskomponenten im Sinne des § 31 I 2 SGB V angesehen werden.

SG Berlin, Urt. v. 22.04.2002 – S 87 KR 1153/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt RID 05-04-B IV 3 (S. 42 f.).

4. NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGES ARZNEIMITTEL (ALPHA-LIPONSÄURE)

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.08.2005 - L 11 KR 1245/05 - www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-01-109

Neuropathie, Magen-Darm-Lähmung, Alpha-Liponsäure

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I

Die Behandlung der autonomen Neuropathie mit Magen-Darm-Lähmung durch Infusionen mit Alpha-Liponsäure ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Freiburg, Urt. v. 20.01.2005 - S 5 KR 1843/04 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VI. Heilmittel: Medizinische Fußpflege aufgrund orthopädischer Leiden

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.09.2005 – L 16 KR 14/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-01-110

Fußpflege, Körperpflege

SGB V §§ 13 III, 32 I, 92 I Nr. 6; Heilmittel-RL Nr. 17.B.1

Fußpflege, die aufgrund orthopädischer Leiden indiziert ist, stellt **keine** durch die gesetzliche Krankenversicherung zu tragende **medizinische Maßnahme** dar, sondern ist der in den Verantwortungsbereich des Versicherten fallenden **Körperpflege** zuzuordnen.

SG Köln, Urt. v. 16.11.2004 – S 26 KR 438/04 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 19.12.2005 - B 1 KR 91/05 B – wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

VII. Hilfsmittel

Zur **Rechtsprechung des BSG** s. zuletzt RID 05-04-B VI (S. 44).

1. BEHINDERTENDREIRAD

LSG Bayern, Urt. v. 25.08.2005 – L 4 KR 169/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-111

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 3 KR 43/05 B

Behindertendreirad

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 33

Eine **extrem übergewichtige erwachsene Versicherte** hat keinen Anspruch auf ein Behindertendreirad. Auch wenn die Fortbewegung mit Hilfe eines Behindertendreirades erleichtert wird, so ist es jedoch nicht notwendig, um ein Grundbedürfnis zu erfüllen.

SG München, Gerichtsbes. v. 17.05.2005 – S 44 KR 1/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zu Therapie-Dreirad-Tandem vgl. zuletzt *LSG Hamburg*, Urt. v. 19.01.2005 – L 1 KR 117/04 - RID 05-01-154.

2. ROLLSTUHL-ZUGGERÄT "SPEEDY-ELEKTRA II".

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.01.2006 – L 16 KR 163/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-112

Rollstuhl-Zuggerät "Speedy-Elektra II", Behinderten-Dreirad, Jugendlicher

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 33; SGB I § 2 II

Ein **jugendlicher Versicherter** hat einen Anspruch auf Versorgung mit einem **Rollstuhl-Zuggerät**, wenn er das Gerät beherrschen kann und damit in der Lage ist, sich einen gewissen körperlichen und geistigen Freiraum zu erschließen, und zwar innerhalb eines Radius, den ein Jugendlicher mit dem Fahrrad zurücklegt. Eine vorhandene Versorgung mit einem Behinderten-Dreirad ist unschädlich.

Angesichts des in § 2 II SGB I enthaltenen Grundsatzes, eine möglichst **weitgehenden Verwirklichung sozialer Rechte sicherzustellen**, ist kein Grund ersichtlich, die Versorgungsansprüche schwerstbehinderter Kinder mit Hilfsmitteln restriktiv zu handhaben (vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 27.01.2005 – L 16 KR 137/03 –)

Der 1990 geb. Kl. leidet infolge eines frühkindlichen Hirnschadens an folgenden Beeinträchtigungen: Rechts- und beinbetonte spastische Tetraparese mit begleitender zentraler Koordinationsstörung, cerebrales Krampfleiden (seit acht Jahren anfallsfrei), mäßige geistige Behinderung, Sprachentwicklungsstörung, Strabismus convergens, zentrale Regulationsstörung der Gefäßinnervation mit intermittierender Raynaud-Symptomatik. Er besucht eine Schule für geistig Behinderte. Er ist aktuell mit einem handbetriebenen Aktivrollstuhl, einem Gehwagen "Mobifun" sowie mit einem Liegend-Dreirad ausgestattet. Die Versorgung mit einem **Elektroantrieb für seinen Rollstuhl** lehnte die Bekl. ab, weil der Kl. aus medizinischer Sicht behinderungsbedingt nicht in der Lage erscheine, einen elektromotorisch betriebenen Rollstuhl bzw. die Kombination von Aktivrollstuhl mit Elektrozuggerät ohne Fremd- und Eigengefährdung außer Haus sicher zu führen. *SG Aachen*, Urt. v. 17.05.2004 – S 6 KR 127/02 – wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte d. Bekl., dem Kl. die Kosten für ein Rollstuhlzuggerät "Speedy-Elektra II" in Höhe von 5.764,92 Euro zu erstatten.

3. MULTIFUNKTIONSROLLSTUHL IN STATIONÄRER PFLEGEEINRICHTUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 29.11.2005 – L 16 B 90/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-01-113**

Rollstuhl, Multifunktionsrollstuhl, Pflegeheim, Pflegehilfsmittel,

SGB V § 33 I;

BSG, Urt. v. 22.07.2004 - B 3 KR 5/03 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 5 führt nicht zu einer verfassungswidrigen Benachteiligung einer Versicherten in ihren Rechten aus Art. 1 I und 3 III 2 GG, wenn ihr eine **Versorgung mit einem Multifunktionsrollstuhl abgelehnt** wird.

Die 1922 geborene Ast., die an Altersdemenz, Morbus Alzheimer, Folgen eines Schlaganfalls, multipler Sklerose und Querschnittslähmung leidet, wird, da sie nicht mehr in der Lage ist, ihren Aufenthaltsort selbst zu bestimmen, und eine Verständigung mit ihr nicht mehr möglich ist, in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt. Von der Ag. - ihrer gesetzlichen Krankenkasse - begehrt sie die vorläufige Versorgung mit einem Multifunktionsrollstuhl. *SG Münster*, Beschl. v. 27.10.2005 – S 9 KR 69/05 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

4. WEITERER AKTIVROLLSTUHL

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 21.10.2005 – L 1 KR 31/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-114

Aktivrollstuhl, Rollstuhl, Zweitversorgung

SGB V § 33

Die Versorgung mit **nur einem Aktivrollstuhl** ist **ausreichend** im Sinne des § 33 SGB V.

Der im Jahre 1954 geb. und querschnittsgelähmt Kl. ist von der Bekl. in der Vergangenheit bis zum Jahre 2002 zum Ausgleich seiner Behinderung mit **zwei Aktivrollstühlen** sowie einem **Hand-Bike versorgt** worden. Zuletzt ist er mit einem Aktivrollstuhl Sopur Modell Argon versorgt worden, nachdem der im Jahre 2000 bewilligte Rollstuhl für ihn nicht mehr geeignet war. Er beantragte einen Aktivrollstuhl (2.602,68 Eur). Den Starrahmen-Rollstuhl, mit dem er seit dem 18. April 1998 versorgt sei, könne er nicht mehr nutzen, da der Rollstuhl zu schmal geworden sei. Es bestehe die Gefahr, dass er Druckstellen im Bereich der Oberschenkel bekomme. Derzeit nutze er ausschließlich den Aktivrollstuhl (Modell "Sopur Allround"), der im Jahre 2000 als Zweitversorgung bewilligt worden sei. Die Bekl. teilte dem Kl. mit, er habe zwar grundsätzlich Anspruch auf zwei Rollstühle jeweils für den Innen- und Außenbereich, jedoch **nicht Anspruch auf zwei typengleiche Rollstühle**. Den Antrag lehnte sie ab. *SG Berlin*, Urt. v. 04.04.2003 – S 88 KR 1431/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. MOTORBEWEGUNGSSCHIENE CPM (SCHULTERBEWEGUNGSSCHIENE)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 12.10.2005 – L 4 KR 257/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-115

Motorbewegungsschiene, CPM-Bewegungsschiene, Kostenerstattung.

SGB V §§ 12 I, 13, 27 I, 33 I 1

Wird eine **CPM-Bewegungsschiene** nicht dem individuellen Behandlungsverlauf der Versicherten stetig angepasst oder überhaupt kontrolliert, so war ihr Einsatz verzichtbar und nicht unentbehrlich und besteht kein Versorgungsanspruch. Der Anspruch auf Versorgung mit einer CPM-Bewegungsschiene nach einer Schulteroperation scheitert außerdem an einem gesicherten **Qualitätsstandard**.

SG Lüneburg, Urt. v. 16.10.2003 – S 9 KR 56/02 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt *SG Augsburg*, Urt. v. vom 14.11.2005 – S 10 KR 359/04 – RID 06-01- 141 und *LSG Hessen*, Urt. v. 01.09.2005 – L 1 KR 699/03 –RID 05-04-111 und 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.

6. ZWEITVERSORGUNG MIT OBERSCHENKELPROTHESE

Zweitversorgung, Oberschenkelprothese

SGB V §§ 12 I 1, 27, 33, 91 IX; HilfsmittelRL Abschnitt III. Nr. 21

LSG Bayern, Urt. v. 10.11.2005 – L 4 KR 179/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-116

Verfügt ein Versicherter über eine prothesengerechte Beweglichkeit, so besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einer weiteren Oberschenkelprothese.

Der Kl. hat 1979 bei einem Motorradunfall das linke Bein verloren. Zuletzt erhielt er zu Lasten der Bekl. 1999 und 2002 eine Oberschenkelprothese, die er nach seinen Angaben jeweils wechselnd trägt bzw. getragen hat und zwar in der ersten Wochenhälfte die Prothese aus dem Jahre 2002 - P.02 -, da von Montag bis Mittwoch bei ihm der Stumpf einen größeren Umfang aufweise, anschließend die Prothese aus dem Jahre 1999 - P.99 -. Einen Ersatz für die P.99 durch eine neue Oberschenkelprothese mit Catcamschaft (ca. 9.000 Euro) lehnte die Bekl. ab. *SG Augsburg, Urt. v. 07.07.2004 – S 10 KR 100/04* – gab der Klage statt. Im Januar 2005 ist die P.02 mit einem neuen Schaft versehen worden. Die dafür anfallenden Kosten in Höhe von ca. 4.400 Euro sind von der Bekl. übernommen worden. Damit stellte sich der Kl. am Freitag den 08.04. Dr. R. vom MDK konnte die vom Kl. geschilderten Umfangsschwankungen des Stumpfes nicht nachvollziehen. Das *LSG* wies die Klage ab.

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 26.07.2005 – L 11 KR 729/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-117

Auf eine **Zweitversorgung mit Oberschenkelprothese** besteht **kein Versorgungsanspruch**.

SG Karlsruhe, Gerichtsbb. v. 26.01.2005 – S 5 KR 642/04 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. ORTHOPÄDISCHE SPORTSCHUHE

SG Aachen, Urt. v. 17.05.2005 – S 13 KR 34/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-118

Maßschuh, orthopädische Sportschuhe

SGB V § 33 I

Es besteht kein Anspruch auf eine Versorgung mit orthopädischen Sportschuhen zur Durchführung von Fitnesstraining, weil sich der Zweck der Sportschuhe auf eine bloße Freizeitbetätigung, die nicht zu den Grundbedürfnissen gehört (BSG, Urt. v. 16.09.1999 – B 3 KR 9/98 R und 13/98 R m.w.N.), beschränkt.

Zu Orthopädiesschuhen vgl. zuletzt RID 05-04-B VI 8 (S. 49 f.).

8. BEIDSEITIGE COCHLEAR-IMPLANTAT-VERSORGUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.11.2005 – L 16 KR 40/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-119

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

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 33

Eine Versorgung **linksseitig** mit einem **Cochlear-Implantat (CI)** und **rechtsseitig** mit einem **Hörgerät** ist **kein** nach dem Stand der Medizintechnik möglicher **Behinderungsausgleich** (§ 2 I 3 SGB V). Jedenfalls in geräuschvoller Umgebung tritt eine Verbesserung der Hörsituation mittels **beidseitiger CI-Versorgung** ein. Dieser Gewinn an Hörvermögen, der sich in allen Bereichen des täglichen Lebens auswirkt, ist ausreichend, den Anspruch eines Versicherten zu begründen.

SG Köln, Urt. v. 04.01.2005 – S 26 KR 196/03 – verurteilte d. Bekl. antragsgemäß, bei dem Kl. die Kosten für eine Versorgung mit einem zweiten Cochlear-Implantat zu übernehmen; das *LSG* wies die Berufung im Wesentlichen zurück.

Vgl. bereits *SG München, Urt. v. 23.11.2004 – S 47 KR 544/02* – (Berufung anhängig: LSG München - L 4 KR 6/05 -) RID 05-01-156

9. FESTBETRAG FÜR BRILLE BEI VERORDNUNG NOCH IM JAHR 2003

SG Hildesheim, Urt. v. 03.05.2005 – S 20 KR 105/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-120

Sehhilfe, Brille, Festbetrag

SGB V a. F. § 33

Es besteht auch dann ein Anspruch auf den im Jahr 2003 geltenden Festbetrag für eine Brille, die im Jahr 2004 geliefert wurde, wenn diese noch im **Jahr 2003 ärztlich verordnet** worden war.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. einen Festbetrag für Sehhilfen gem. § 33 SGB V a. F. für die aufgrund der Verordnung vom 11. Dezember 2003 gelieferte Sehhilfe in Höhe von 110,44 EUR zu zahlen.

10. LIFTERWAAGE

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.10.2005 – L 5 KR 189/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-121

Personenwaage, Bettlifter, Lifterwaage, Gewichtsreduktion, Krankenbehandlung
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 1, 33 I 1

Eine **Lifterwaage** ist **nicht notwendig**, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, wenn die beabsichtigte Gewichtsreduktion nicht in eine Krankenbehandlung als ärztlich verantwortete Maßnahme integriert ist. Damit unterscheidet sich der Sachverhalt in wesentlicher Hinsicht von BSG, Urt. v. 27.06.1985 - 8 RK 47/84 -. Der damalige Kl. benötigte eine geeichte Personenstandwaage zur präzisen Messung des Körpergewichts im Rahmen der Dialyseüberwachung und damit im Unterschied zur Kl. im **unmittelbaren Zusammenhang mit einer Krankenbehandlung**.

Die Kl. ist seit einem Unfall im Jahre 1998 querschnittsgelähmt. Im Jahr 2004 wog sie bei einer Körpergröße von 170 cm 140 kg (BMI = 48,44). Mit Attest vom 10.6.2002 verordnete ihr Hausarzt eine Waage zum Einhängen in den vorhandenen Bettlifter, da sie eine normale Waage nicht mehr benutzen könne und für die diätetischen Maßnahmen eine Gewichtskontrolle erforderlich sei, was die Bekl. ablehnte, da die Waage ein Gegenstand des täglichen Lebens sei. *SG Mainz, Urt. v. 18.10.2004 – S 7/7/8 KR 258/03 –* gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

VIII. Häusliche Krankenpflege

Vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 26.01.2006 - B 3 KR 5/05 – zu Blutzuckermessungen (noch unveröffentlicht); *BSG*, Urt. v. 10.11.2005 - **B 3 KR 42/04 R** -, wonach während der Zeit des Aufenthaltes in einer **Werkstatt für behinderte** Menschen die erforderliche **Blasenentleerung mittels Katheters** als Leistung der häuslichen Krankenpflege zu gewähren ist; die Blasenentleerung mittels Katheters ist eine Maßnahme der Behandlungspflege, auch wenn sie die Grundverrichtung der Blasenentleerung betrifft, weil sie krankheitsspezifisch den Folgen der Blasenlähmung und den daraus drohenden Komplikationen entgegenwirkt. Sie kann nach der neueren Rechtsprechung des Senats aber auch als Maßnahme der Grundpflege beim Pflegebedarf berücksichtigt werden, sofern der Versicherte die Pflege selbst sicherstellt und deshalb Pflegegeld bezieht (s. Termin-Bericht Nr. 59/05). Nach *BSG*, Urt. v. 10.11.2005 - **B 3 KR 38/04 R** – ist häusliche Krankenpflege auch insoweit zu gewähren, als sie der **Beobachtung** des Versicherten dient, ob und welche konkreten Maßnahmen bei Verschlechterungen der Atmungsfunktion und beim Auftreten von Krampfanfällen geboten sind; eine Aufteilung in die jeweils gebotenen Pflegemaßnahmen und in die Beobachtungszeit ist nicht möglich; soweit die **KrankenpflegeRL** nur eine spezielle Krankenbeobachtung bei akuten Verschlechterungen einer Krankheit zur Kontrolle der Vitalfunktion sowie die Überwachung eines Beatmungsgerätes als verordnungsfähig erklären, schränken sie die gesetzliche Leistungsverpflichtung der Krankenkassen bei der Erbringung von häuslicher Krankenpflege ein, **ohne** dazu eine ausreichende **gesetzliche Ermächtigung** zu haben (s. Termin-Bericht Nr. 59/05).

1. ABGRENZUNG GRUND- UND BEHANDLUNGSPFLEGE

A) BEGRIFF "EIGENER HAUSHALT" UND BETREUTES WOHNEN

SG Dresden, Urt. v. 15.12.2005 – S 18 KR 470/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-122

Betreutes Wohnen, Medikamentenabgabe, Dekubitusversorgung
SGB V §§ 13 III, 37

Bei einer täglich notwendigen Medikamentenabgabe und Dekubitusversorgung handelt es sich um Maßnahmen, die **unaufschiebbar** im Sinne des § 13 III Alt. 1 SGB V sind.

Dass Maßnahmen der Behandlungspflege möglicherweise im Zusammenhang mit der Hilfeleistung bei Verrichtungen der **Grundpflege** erbracht wurden, steht der Zuordnung zu den Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V nicht entgegen (BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 9/04 R -).

BSG, Urt. v. 01.09.2005 - B 3 KR 19/04 R – hat keine hinreichende Konkretisierung des Begriffs des **"eigenen Haushalts"** (§ 37 II 1 SGB V) vorgenommen.

Entgegen der Auffassung des BSG ist es von **verfassungsrechtlicher Relevanz** i.S.d. Art. 3 I und 3 III 2 GG, ob § 37 II SGB V Versicherten in bestimmten Einrichtungen den Zugang zu den Versicherungsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in gleicher Weise wie anderen Versicherten außerhalb solcher Einrichtungen gewährt oder ob und mit welcher Rechtfertigung er ihnen - evtl. unter Verweis auf die steuerfinanzierten und bedürftigkeitsabhängigen Leistungen der Sozialhilfe - diesen Zugang versagt.

Der Umstand, dass eine Versicherte auf Grund ihrer Erkrankung nicht in der Lage ist, eine Vielzahl von im Zusammenhang mit der Haushaltsführung stehenden Entscheidungen selbständig zu treffen, schließt die **Führung eines eigenen Haushalts** nicht aus. Das Vorliegen eines eigenen Haushalts ist nach **objektiven Kriterien** und nicht nach der individuellen Einsichts- und Steuerungsfähigkeit des Versicherten zu beurteilen.

Eine Abgrenzung zwischen **Betreutem Wohnen** und einer faktischen **Pflegeheimunterbringung** ergibt sich in entsprechender Anwendung des § 1 II HeimG den Erwägungen des Gesetzgebers.

Die 1906 geb. Kl. ist zur Selbstversorgung persönlich nicht in der Lage und bezieht Pflegegeld nach **Pflegestufe II**. Sie lebt in einer **Anlage des Betreuten Wohnens**. Vermieter sind die Beigeladene und deren Ehemann gemeinsam. Am 01.12.2001 schloss die Kl., die zu diesem Zeitpunkt noch nicht im Betreuten Wohnen lebte, mit der Beigel. einen **Vertrag über die ambulante pflegerische Versorgung**. Darin verpflichtete sich die Beigel. zur Erbringung von "Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI" sowie von "Grund- und/oder Behandlungspflege lt. ärztlicher Verordnung". Die Übernahme der Kosten einer verordneten häusliche Krankenpflege in Gestalt der Herrichtens und Verabreichens von Medikamenten 3 mal täglich an 7 Tagen in der Woche sowie Dekubitusversorgung 2 mal täglich an 7 Tagen in der Woche durch die Beigel. lehnte die Bekl. ab. Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. von den Kosten der häuslichen Krankenpflege in Höhe von 3.494,08 EUR freizustellen.

B) ABZUG GRUNDPFLEGERISCHER LEISTUNGEN NACH § 37 I SGB V

SG Fulda, Beschl. v. 15.12.2005 – S 4 KR 157/05 ER –

RID 06-01-123

Krankenhausbehandlung, Krankenpflege, Grundpflege, Pflegebedürftigkeit, Pflegeversicherung, Sozialhilfe
SGB V § 37; SGG § 86b II

Ist bei summarischer Prüfung davon auszugehen, dass Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, so besteht ein Anordnungsanspruch auf häusliche Krankenpflege. Bei einem Fall nach § 37 I SGB V dürfen die **grundpflegerischen Leistungen** nicht in Abzug gebracht werden, sondern sind im Rahmen der häuslichen Krankenpflege mit zu berücksichtigen. Ein Ausschluss der Leistungen nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI findet sich in § 37 I SGB V nicht. Eine Anrechnung ist jedenfalls dann ausgeschlossen, wenn die Pflegeversicherung für die Leistungen der Grundpflege (und der hauswirtschaftlichen Versorgung) gerade nicht entsteht.

Ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung kann nicht mit dem Verweis auf Leistungen der **Sozialhilfe** abgelehnt werden.

Der Ast. ist ein ehemaliges Frühgeborenes der 25. + 2 Schwangerschaftswoche. Er leidet an einer ausgeprägten bronchopulmonalen Dysplasie und einer Lungenhypoplasie, hiermit einhergehend hat sich eine pulmonale Hypertension entwickelt. Aufgrund der Lungenhypoplasie und eines schweren Atemnotsyndroms war initial im Rahmen einer stationären Versorgung eine Hochfrequenz-Oszillationsbeatmung erforderlich, in der Folge erfolgte die Umstellung auf eine konventionelle Beatmung (SIMV). Seit dem 04.02.2005 wird stationär eine CPAP-Beatmung durchgeführt. Das Klinikum **verordnete „häusliche Behandlungspflege“**. Notwendig seien eine **24-stündige spezielle Überwachung/Beobachtung**, Heimmonitoring über 24 Stunden mit Anleiten der Eltern, Überwachung der Sauerstoffsättigung und Regulation der Sauerstoffzufuhr, Kontrolle der Vitalparameter, Atmung zählen, Wechsel der Überwachungselektroden, Wechsel des nasalen Tubus, Absaugen der oberen Luftwege, Sondieren der Nahrung, wechselndes Anlegen der Magensonde mit Anleiten der Eltern, Inhalation mit Anleiten der Eltern, Soorprophylaxe, Medikamentengabe und Krankengymnastik. Eine Anleitung in der Klinik sei nur begrenzt möglich. Die **Mutter versorge noch vier weitere Kinder** im Alter von 12, 8 und 6 Jahren und die Zwillingschwester des Antragstellers, wobei letztere ebenfalls ein **Heimmonitoring** benötige, Trinkprobleme habe und nachts nicht durchschlafe. Der **Vater arbeite sechs Tage die Woche**, wobei der Arbeitsplatz nicht in der Nähe sei. Die Eltern seien völlig entkräftet. Die **Ag.** übernahm die **Kosten für 13 Stunden**; bei dem Ast. bestehe ein grundpflegerischer Hilfebedarf von ca. 7 Stunden täglich, zudem sei eine beatmungsfreie Zeit von ca. 4 Stunden täglich vorgesehen. In einer weiteren **Verordnung** führte das **Klinikum** aus, eine häusliche CPAP-Beatmung sei notwendig. Ein Abtrainieren von der Atemunterstützung sei nicht gelungen, eine Sauerstoffsonde werde nur für 4 bis 5 Stunden täglich toleriert. Zusätzlich seien sowohl eine kontinuierliche Überwachung von Atmung und Kreislauf durch Heimmonitoring als auch engmaschige ärztliche Wiedervorstellungen und augenärztliche Verlaufskontrollen nötig. Aufgrund der notwendigen CPAP-Beatmung werde eine Behandlungspflege über 24 Stunden täglich für erforderlich gehalten. Dies ergebe sich aus der Tatsache, dass der Ast. in der Klinik kontinuierlicher Versorgung auf der Intensivstation bedürfe. Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. ab seiner Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens häusliche Krankenpflege in Form von Grund- und Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte im Umfang von 20 Stunden täglich zu gewähren und wies im Übrigen den Antrag ab.

C) WOHNUNTERKUNFT FÜR OBDACHLOSE

LSG Hamburg, Beschl. v. 29.09.2005 – L 1 B 280/05 ER KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-01-124**
Wohnunterkunft für Obdachlose, Wohnung, Haushaltsführung, Krankenpflege, Medikamentengabe
SGB V § 37 II

Die **gemeinschaftliche Nutzung einer Wohnung** (hier: Wohnunterkunft für Obdachlose), auch mit zunächst fremden Personen, ist für diverse Wohnformen üblich und wirkt sich auf die Möglichkeit einer **eigenständigen Haushaltsführung** nicht aus. Es besteht daher ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege (hier: Medikamentengabe).

SG Hamburg, Beschl. v. 22.08.2005 – S 23 KR 742/05 ER – gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. AN- UND AUSZIEHEN VON KOMPRESSIONSSTRÜMPFEN DER KLASSE III

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 05.12.2005 – L 4 KR 157/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-01-125**
Kompressionsstrümpfe, häuslicher Krankenpflege, Pflegebedarf, Pflegeversicherung
SGB V §§ 13 III, 37 II; SGB XI § 14

Nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V in der **bis 2003 geltenden Fassung** war ein Anspruch einer Versicherten auf Gewährung häuslicher Krankenpflege nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Hilfeleistung bereits von der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung erfasst wurde. Das BSG hat entschieden, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege aus der gesetzlichen Krankenversicherung dann nicht ausgeschlossen ist, wenn der Versicherte zu jener Zeit nur professionelle Hilfe bei der häuslichen Krankenpflege in Anspruch genommen hat und der Zeitaufwand für diese Hilfe bei der Berechnung des Umfangs des Pflegebedarfs nach den §§ 14 und 15 SGB XI außer Ansatz geblieben ist (vgl. BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 8/04 R -).

SG Hildesheim, Urt. v. 24.02.2004 – S 20 KR 187/02 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

3. KEIN AUSSCHLUSS NOTWENDIGER BEHANDLUNG

SG Düsseldorf, Urt. v. 19.09.2005 – S 8 KR 225/05 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-01-126**
Beschwerde erhoben: L 2 B 59/05 KR ER

Häusliche KrankenpflegeRL, Panikstörung
SGB V § 37 II

Eine sachgerechte Auslegung der **Häusliche KrankenpflegeRL** kann nicht dazu führen, dass eine **medizinisch notwendige** und vom Gesetzgeber vorgesehene medizinische **Behandlung** begrenzt oder ausgeschlossen wird (BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 35/04 R -).

Es stellt sich die Frage, ob die in den Richtlinien mit konkreten **ICD-Nummern aufgeführten Diagnosen** ohne die Möglichkeit einer weiten Auslegung abschließend anzuwenden sind. Es erscheint nicht nachvollziehbar, dass eine Panikstörung (F 41.0) zur Verordnungsfähigkeit von psychiatrischer Krankenpflege führen soll, während dies beim Vorliegen einer Agoraphobie mit Panikstörung (F 40.01) nicht der Fall sein soll. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob unter einer positiven Beeinflussbarkeit der krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen nicht auch die Verhinderung einer Verschlimmerung verstanden werden kann.

Die 1971 geb. Ast. ist an einer Agoraphobie mit Panikattacken bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung sowie Tranquilizer-Entzug erkrankt. Sie befindet sich in psychiatrischer Behandlung und erhält seit Juli 2002 in unterschiedlicher Frequenz psychiatrische häusliche Krankenpflege. Zwischenzeitlich erfolgte Überprüfungen der medizinischen Notwendigkeit mit der Einholung von Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters Dr. L., des psychiatrischen Krankenpflegers, der Einsicht in die Pflege-Dokumentation sowie der Anhörung des MDK führten jeweils zur weiteren Bewilligung der psychiatrischen Krankenpflege. Im Juni 2005 wurde die Verordnung psychiatrischer Krankenpflege mit verhaltenstherapeutischen Übungen (7 x wöchl./ 1 x tgl.) bei der Ag. eingereicht. Die Ag. verfügte, dass die **Leistung psychiatrischer Krankenpflege** ab dem 01.07.2005 nicht mehr ordnungsfähig sei und nicht mehr bewilligt werde. Die Verordnung entspreche nicht den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der ab dem 01.07.2005 geltenden Fassung, weil eine ausreichende **Behandlungsfähigkeit** offensichtlich nicht vorliege, die **angegebenen Diagnosen im Leistungsverzeichnis nicht aufgeführt** seien und die **Höchstbehandlungsdauer** bei Weitem überschritten sei. Das *SG* verpflichtete die Ag., die angemessenen Kosten der verordneten häuslichen Krankenpflege bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens, spätestens bis zum 31.12.2006, zu übernehmen.

IX. Haushaltshilfe/Zuzahlung/Sterbegeld

1. HAUSHALTSHILFE BEI AKUTEN SCHÜBEN EINER CHRONISCHEN ERKRANKUNG

LSG Hessen, Urt. v. 21.04.2005 – L 1 KR 33/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-127

Haushaltshilfe, Gesundheitszustand,
SGB V § 38

Die Bewilligung einer Haushaltshilfe setzt voraus, dass eine Versicherte aufgrund ihres Gesundheitszustandes an der Weiterführung ihres Haushaltes gehindert ist. Ggf. kommt eine Leistungsgewährung **lediglich bei akuten Schüben einer chronischen Erkrankung** in Betracht.

SG Kassel, Urt. v. 12.11.2003 – S 12 KR 867/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. KEINE STÜCKELUNG DER ZUZAHLUNG

SG Stuttgart, Urt. v. 19.12.2005 – S 8 KR 1751/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-128

Zuzahlung
SGB V §§ 31 III, 62

Es besteht **kein Anspruch auf eine Stückelung der Zuzahlung** bis zur persönlichen Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V. Zwar bescheinigt die Krankenkasse das Erreichen der Belastungsgrenze, jedoch kann sie nicht für andere Empfänger der Zuzahlung wie z. B. Ärzte, die an diese zu entrichtenden Zuzahlung stückeln, stunden oder Ratenzahlung vereinbaren.

Zur Praxisgebühr und zur Zuzahlungsbefreiung s. zuletzt RID 05-04-B IX (S 56 ff.).

3. STERBEGELD BEI TOD NACH DEM 31.12.2003

SG Duisburg, Urt. v. 10.06.2005 – S 9 KN 8/05 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-129

Sterbegeld, Tod
SGB V a. F. §§ 58, 59

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

Vgl. zuletzt *LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.06.2005 – L 2 KR 89/04 –* RID 05-04-127; *SG Aachen, Urt. v. 30.05.2005 – S 13 KN 11/05 KR –* RID 05-03-119; RID 05-02-B X (S. 58 f.)

X. Beziehungen zu Leistungserbringern

Zur **Rechtsprechung des BSG** s. zuletzt RID 05-04-B X (S. 57 f.).

1. BEZIEHUNGEN ZU KRANKENHÄUSERN: KRANKENHAUSKOSTEN

Zur **Rechtsprechung des BSG** s. zuletzt RID 05-04-B X 1 (S. 58).

A) ÜBERPRÜFUNGSVERFAHREN

AA) NICHTEINHALTUNG DES VEREINBARTEN VERFAHRENS DURCH KRANKENKASSE

SG München, Urt. v. 26.04.2005 – S 43 KR 801/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-130

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 295/05 -

Krankenhaus, Überprüfung, Krankenhausbehandlung, Prüfverfahren
SGB V §§ 108, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 112 II 1 Nr. 2

Eine **Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse** entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar durch Inanspruchnahme der Leistung durch ihren Versicherten (vgl. BSG SozR 3-2500 § 112 Nr. 1).

Wird das zur **Überprüfung** der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung im Vertrag gemäß § 112 Abs. 1 SGB V vorgesehene **Verfahren nicht ordnungsgemäß eingeleitet**, so ist die Krankenkasse nicht mehr berechtigt, die Unwirtschaftlichkeit der Behandlung geltend zu machen und das Gericht hat die Frage der Behandlungsnotwendigkeit nicht mehr aufzuklären (BSG, Urt. v.

13.12.2001, B 3 KR 11/01 R). Fordert die Krankenkasse anstatt des MDK die Zuleitung von Behandlungsunterlagen an, so ist das Verfahren nicht eingehalten.

Nach Ablauf des ursprünglich von dem klagenden Krankenhaus angegebenen Entlassungstag (13.09.2002) forderte die Bekl. einen Kurzbericht an und befristete die Kostenübernahme bis 20.09.2002. Für einen strittigen Zeitraum von 29 Tagen blieben 10.071,00 Euro offen. Mit sozialmedizinischem Gutachten vom 24.01.2003 hatte der MDK u.a. festgestellt, dass die Dauer des stationären Aufenthaltes nach den vorliegenden Codierungen nicht in vollem Umfang plausibel begründet werden könne. Das **SG** gab dem Antrag, die Bekl. zu verurteilen, an die Kl. 7.833 Euro nebst Zinsen von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 6.11.2002 zu bezahlen, statt.

Vgl. zuletzt RID 05-04-B X 1a (S. 59).

BB) ÜBERPRÜFUNGSVERFAHREN UND SACHVERSTÄNDIGENBEWEIS

LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 20.09.2005 – L 24 KR 51/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-01-131**

Krankenhaus, Überprüfung, Krankenhausbehandlung, Prüfverfahren, Sachverständigenbeweis

SGB V §§ 109 IV 3

Bestimmt ein **Vertrag** über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (ABK-Vertrag), dass nach Beendigung der Krankenhausbehandlung der zuständigen Krankenkasse in der Regel innerhalb von zwei Wochen eine **Schlussrechnung** übersandt wird (§ 18 I 1 ABK-Vertrag), dass die zuständige Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang bezahlt und dass Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art nach § 18 IV 4 ABK-Vertrag auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht und die Differenzbeträge verrechnet werden können, so handelt es sich bei diesen Vorschriften um "**Zahlungsregelungen**" über die **Fälligkeit der Zahlung**. Zum anderen wird mit dieser Vorschrift sichergestellt, dass mit der zügigen Bezahlung des geforderten Betrages nicht zugleich auch die **Anerkennung der Richtigkeit der Rechnung** verbunden ist. Schlichte Beanstandungen sachlicher Art vor Bezahlung der Rechnung im Einzelfall werden dadurch aber ausgeschlossen. Um die Zahlungspflicht abzuwenden, reicht es nicht aus, ein Überprüfungsverfahren durch den MDK nach Eintritt der Fälligkeit einzuleiten. Hat die Krankenkasse aber das Verfahren eingehalten, so ist es erforderlich, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung durch Sachverständigenbeweis festzustellen.

SG Cottbus, Ur. v. 11.07.2005 – S 10 KR 85/02 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

B) ÜBERPRÜFUNGSVERFAHREN/STATIONÄRE KOSTEN WEGEN UNTERSUCHUNGSVERZÖGERUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 18.01.2006 – L 11 (16) KR 358/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-01-132**

Überprüfungsverfahren, Notfall, Organisationsverschulden

SGB V §§ 39 I, 109

Es erscheint grundsätzlich zweifelhaft, ob die Nichteinhaltung eines vereinbarten **Überprüfungsverfahrens** dazu führen kann, dass die Krankenkasse mit ihren Einwendungen ausgeschlossen ist. Die in diesem Zusammenhang regelmäßig genannte Entscheidung des BSG vom 13.12.2001 (SozR 3-2500 § 112 Nr. 2) enthält für diese Rechtsfolge keine überzeugende Begründung und betraf im Übrigen den Sonderfall eines offenkundigen Rechtsmissbrauches der dort beklagten Krankenkasse, die sich grundsätzlich außerhalb des Vertrages gestellt hatte.

Kann ein Arzt wegen eines **Notfalls** die vorgesehene Untersuchung nicht vornehmen und ist der Eingriff danach nicht mehr möglich, weil die Arbeitszeit der für den Eingriff erforderlichen MTA um 17.00 Uhr endet, so kann dies dem Krankenhaus nicht als eine **organisatorische Verzögerung** angelastet werden. Ein Krankenhaus ist nicht verpflichtet, für einen angiologischen Arbeitsplatz Kräfte vorzuhalten bzw. für Notfälle ein ärztlichen radiologischen Bereitschaftsdienst einzurichten, um das vorgesehene Routineprogramm ungestört durchführen zu können.

SG Dortmund, Ur. v. – S 8 KR 196/02 – wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. **93,68 Euro** zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 % über den Basiszinssatz seit dem 26.08.2001 zu zahlen; der Senat bemerkt zum Verfahren angesichts des streitigen Betrages:

„...Der Senat erlaubt sich angesichts der Höhe des streitigen Betrages die Bemerkung, dass vor dem Hintergrund der für das Verfahren angefallenen Gerichtskosten und des auf Seiten der Beteiligten (sowie des Gerichts) angefallenen Personalaufwands kaum von einem ökonomisch sinnvollen Verhalten der Beteiligten gesprochen werden kann, zumal das Verfahren nicht der Klärung einer grundsätzlichen Rechtsfrage gedient hat...“

C) FEHLENDE BEHANDLUNGSAKTIVITÄT

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 12.04.2005 – L 5 KR 37/04 – juris

RID 06-01-133

Revision anhängig: B 3 KR 19/05 R

Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungsalternative, Kostenübernahme, Kostenerstattung, Krankenhaus

SGB V §§ 2 II 1, 27 I 1, 39 I 2, 109 IV 2 u. IV 3, 112 II 1 Nr. 4 u. 5

Eine ärztliche Krankenhausbehandlung erfordert nicht, dass ein **Arzt-Patienten-Kontakt an jedem Tag** stattfinden muss. Ausreichend ist vielmehr, dass die tatsächlich durchgeführten Behandlungsmaßnahmen **ärztlich koordiniert** werden.

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht nicht nur dann, wenn der Einsatz der personellen und sächlichen Mittel eines Krankenhauses unabdingbar für das Überleben eines Patienten sind, sondern auch dann, wenn ein **besserer Gesundheitszustand** durch sie erreicht werden kann.

Die Tatsache, dass **administrative oder faktische Hindernisse einer Krankenhausentlassung** entgegen stehen, ist rechtlich nicht relevant. Der Anspruch auf eine Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V stellt ausschließlich darauf ab, ob **objektiv** die Mittel des Krankenhauses **erforderlich** sind. Das Erfordernis ist allein an den medizinischen Notwendigkeiten zu beurteilen. Andere Gründe für eine Unterbringung im Krankenhaus sind selbst dann nicht entscheidend, wenn sie auf eine Krankheit zurückzuführen sind (BSG, Urt. v. 24.01.1990 - 3 RK 7/89, Meso B 310/97 - USK 9015). Die Tatsache, dass auch ein Betreuer nach seiner Bestellung eine gewisse Zeit für die Einarbeitung und Auswahl der notwendigen Unterbringung benötigte, ist leistungrechtlich nicht zu berücksichtigen.

Der Auffassung des BSG (Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 18/03 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 2), wonach eine Krankenkasse in einem förmlichen Verwaltungsverfahren gegenüber dem Versicherten über das Ende der Zahlungsverpflichtung entscheiden und in diesem Verwaltungsverfahren eine konkrete Behandlungsalternative für die Zeit nach der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aufgezeigt werden müsse, **ist nicht zu folgen** (vgl. LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.09.2004 – L 1 KR 115/03 – RID 05-01-164).

Die 1931 geb. Versicherte wurde am 07.01.2002 wegen einer Alkoholkrankheit mit Wahrnehmungsstörungen in das Krankenhaus der Kl. aufgenommen. Die Kl. stellte am 14.01. u. 12.02.2002 Verlängerungsanträge für die Kostenübernahme, die sie mit ausgeprägten mnestischen Störungen, Hilfebedürftigkeit im Alltag und einem erforderlichen intensiven Hirnleistungstraining, Training der Alltagsfähigkeit und medikamentöser Behandlung zur Planung der weiteren ambulanten Behandlung begründete. Die Bekl. übernahm die Behandlungskosten bis zum 31.01.2002. Die Versicherte wurde am 21.04.2002 entlassen. **SG Schleswig**, Urt. v. 26.01.2004 – S 8 KR 106/02 – verurteilte d. Bekl., die Kosten der vollstationären Behandlung der Versicherten bis zum 07.04.2002 zu übernehmen und seit dem 30.03.2002 mit Verzugszinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank zu verzinsen. Das **LSG** gab der Berufung der Bekl. insoweit statt, als diese die Behandlungskosten vom 20.03. bis 07.04.2002 betraf.

D) FEHLENDE PFLEGE-EINRICHTUNG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 11.05.2005 – L 5 KR 42/04 – juris

RID 06-01-134

Revision anhängig: B 3 KR 21/05 R

Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungsalternative, Pflegekonzept, Pflegeeinrichtung

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 4 u. 5

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit liegt auch dann nicht vor, wenn es letztlich **nicht zu einer Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung kommt**. Es kommt nicht darauf an, ob eine einzelne Pflegeeinrichtung die Pflege einer Versicherten nicht übernehmen kann, sondern allein darauf, ob noch **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** vorliegt. Die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit richtet sich nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats und – zumindest früher – auch nach der des BSG (vgl. etwa Urt. v. 23.04.1996 – 1 RK 10/95 –) **allein nach medizinischen Gesichtspunkten**, nicht aber nach dem Fehlen des im Einzelfall notwendigen Pflegeplatzes.

Der Erstattungsanspruch besteht auch dann nicht, wenn die Krankenkasse es **unterlassen** hat, ihre Versicherte **auf konkrete nachprüfbare ambulante Behandlungsalternativen hinzuweisen** (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 18/03 R -). Der Auffassung des BSG (aaO.), es sei stets zu prüfen, welche ambulanten Behandlungsalternativen im Einzelfall konkret zur Verfügung ständen, weil nur so die kontinuierliche medizinische Versorgung eines Versicherten gewährleistet werden könne, ist nicht zu folgen.

Die Kl. betreibt Fachkliniken für Neurologie und Psychiatrie sowie Rehabilitation. Die 1938 geb. und zwischenzeitlich verstorbene Versicherte wurde am 07.06.2002 nach einem Sturz im häuslichen Bereich stationär in der Klinik der Kl. aufgenommen. Die Beklagte übernahm die Kosten der Krankenhausbehandlung bis zum 02.08. Den Verlängerungsantrag vom 31.07./07.08. hatte die Kl. wie folgt begründete: "Alkoholkrankheit und Folgeerkrankungen, neurologische Mitbehandlung bei WRS, Einrichtung einer Betreuung, Entlassung in eine neue Wohnung mit entsprechender Betreuung geplant".

SG Schleswig, Urt. v. 26.01.2004 – S 8 KR 11/03 – wies die Klage ab Das *LSG* die Berufung zurück.

E) FALLPAUSCHALE 11.02: STAMMZELLENTTRANSPLANTATION U. DOSISREDUZ. KONDITIONIERUNG

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.10.2005 – L 5 KR 197/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-135

Fallpauschale 11.02, dosisreduzierter Konditionierung, Stammzellentransplantation, Behandlungsmethode

SGB V §§ 2 I 2, 28 I, 39 I 3; BPflV Anl. 1 Nr. 11.02

Eine myeloablative Therapie im Sinne der Fallpauschale 11.03 setzt eine maximal dosierte Konditionierungsbehandlung (Vorbehandlung vor Stammzellentransplantation) voraus, durch die eine so weitgehende Zerstörung der Knochenmarksfunktion verursacht wird, dass die anschließende Gabe eines Stammzelltransplantats zwingend notwendig ist, um das Überleben des Patienten zu sichern.

SG Speyer, Urt. v. 02.11.2004 – S 7 KR 34/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

S. a. – wie hier - *SG Dresden*, Urt. v. 05.08.2004 – S 18 KR 468/01 u. 599/03 - RID 04-04-148 u. 149; anders *SG Dresden*, Urt. v. 18.12.2002 - S 18 KR 476/01 - RID 03-02-98; *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 14.01.2004 - S 20 KR 1741/02 - RID 04-01-175.

2. APOTHEKER

A) AUFRECHNUNG MIT ARZNEIMITTELABRECHNUNG NACH LUFTABRECHNUNGEN

SG Berlin, Beschl. v. 25.11.2005 – S 82 KR 2638/05 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-136

Apotheker, Abrechnungsbetrug, Arzneimittelabrechnung, Luftabrechnung, Unschuldvermutung, Aufrechnung
SGB V § 129; BGB §§ 812 ff., 823 II; StGB § 263

Eine **Krankenkasse** kann **Schadensersatzansprüche** wegen unerlaubter Handlungen (§ 823 II BGB i.V.m. § 263 StGB) als auch Ansprüche aus ungerechtfertigter Bereicherung (§§ 812 ff. BGB) aufgrund **Abrechnungsbetrugs** (hier: Weiterleitung von Rezepten zur Abrechnung, ohne die jeweils verordneten Medikamente tatsächlich an die betreffenden Patienten abgegeben zu haben, sog. Luftabrechnungen) mit der **Apothekenabrechnung aufrechnen**.

Die **Unschuldvermutung** hindert aber weder die Krankenkasse noch das erkennende Gericht aufgrund summarischer Prüfung festzustellen, dass die Voraussetzungen zivilrechtlicher Anspruchsnormen erfüllt sind.

Der Ast. ist Apotheker. Im September 2004 nahm die Polizei Ermittlungen gegen ihn und den Internisten B. wegen des Verdachts des Abrechnungsbetruges auf. Während des laufenden polizeilichen Ermittlungsverfahrens fand eine erste Besprechung der Ag. mit dem Ast. gem. § 20 des Berliner Arzneimittelversorgungsvertrages (AMVV) statt. Bereits zuvor hatte die Ag. von der Abrechnung des Ast. für den Apothekenabrechnungszeitraum Juli 2005 einen Betrag von 46.149,01 EUR einbehalten, weil sie einen Schaden in Höhe von ca. 88.000 EUR erlitten habe. Eine Hochrechnung für das Jahr 2005 aufgrund eigener Überprüfungen und Berechnungen ergebe einen möglichen weiteren Schaden in Höhe von bis zu 200.000 EUR. Im September 2005 hat der Ast. mit dem Apotheker M. eine OHG zur Fortführung der Apotheke geschlossen, wofür eine Einlage in Höhe von 30.000 EUR auf seinem Geschäftskonto gutgeschrieben wurde. Das polizeiliche Ermittlungsverfahren gegen den Ast. wurde im Oktober 2005 abgeschlossen und an die Staatsanwaltschaft abgegeben. Eine abschließende Verfügung der Staatsanwaltschaft liegt noch nicht vor. Die zuständige Staatsanwältin hat dem Gericht mitgeteilt, dass der Ast. wegen eines Verstoßes gegen das Arzneimittelgesetz rechtskräftig zu einer Geldstrafe in Höhe von 180 Tagessätzen verurteilt worden sei. Für den Abrechnungsmonat September 2005 behielt die Antragsgegnerin über das Abrechnungszentrum einen weiteren Betrag von 34.347,96 EUR ein. Das *SG* wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung auf Zahlung von 80.496,97 EUR ab.

B) "VERORDNETE MENGE" BEI ABGABE IN EINZELDOSEN (ZYTOSTATIKA)

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.10.2005 – L 5 KR 96/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-137

Zytostatika, verordnete Menge, Tagesdosis, Einzeldosis

SGB V § 129; AMG § 78 I; AMPPreisV

Die "**verordnete Menge**" nach Ziffer 1.2 des Vertrags zur Hilfstaxe für Apotheken ist die auf den jeweiligen Rezepten aufgeführte **Gesamtmenge** auch bei einer Abgabe an den Versicherten in Einzeldosen an mehreren Tagen, nicht die jeweilige **Tagesdosis**.

Die Anlage 3 des "Vertrags zur Hilfstaxe für Apotheken" beinhaltet folgende **Regelungen** der Preisberechnung für die Zubereitung aus Stoffen durch Apotheker: 1.2 Grundlage für die Preisberechnung sind die in Ziffer 1.1 festgelegten INN-Preise, bezogen auf die verordnete Menge. Für die in der Liste nach Ziffer 1.1 mit (*) gekennzeichneten Stoffe ist der INN-Preis auf die kleinste abgeteilte Einheit anzuwenden, die der verordneten Menge am Nächsten kommt. 1.3.1. Der Nettopreis ergibt sich aufgrund eines Zuschlages von 23 Prozent auf den nach Ziffer 1.1 vereinbarten Preis. Er beträgt mindestens 15,-- DM, jedoch nicht mehr als 250,-- DM. 1.3.2. Für Trägerlösungen ist ein Zuschlag von 23 Prozent, für Pumpen und sonstige Applikationshilfen ein Zuschlag von 20 Prozent, jeweils auf den Einkaufspreis anzuwenden. Ziff 1.3.1 gilt nicht für Trägerlösungen, Pumpen und sonstige Applikationshilfen. 1.4 Der Arbeitspreis beträgt pauschal 32,50 DM (netto) und ist einmalig pro Rezeptur zu berechnen. Mit dem Arbeitspreis sind die Sach- und Verwaltungskosten, insbesondere für Verbrauchsmaterialien, Entsorgung und Dokumentation abgegolten. Der gegenüber der Krankenkasse abrechnungsfähige Preis (Abrechnungspreis) ergibt sich aus der Summe der jeweiligen Nettopreise nach Ziffer 1.3 und der Pauschale nach Ziffer 1.4, multipliziert mit dem Faktor 1,0527, zuzüglich Umsatzsteuer.

Die **Kl., eine Apotheke**, löste Rezepte ein, in denen eine bestimmte Menge der chemischen Substanzen sowie teilweise auch die Tage, an denen die Patienten die Zytostatika erhalten sollten, angegeben waren (z. B. 930 mg 5-FU in 500 ml NaCl 0,9 % für 31.1.00 – 4.2.00). Sie hatte gegenüber der bekl. Krankenkasse auf der Grundlage von Einzelverordnungen für die einzelnen Tage abgerechnet, jedoch von den Patienten die Zuzahlung jeweils nur einmal je Verschreibung eingezogen. Die Beklagte berechnete anlässlich ihrer Prüfung den Preis für die Zytostatika nach folgendem Schema (Beispiel einer Rezeptur vom 21.1.2000): Substanz Navalbine 6,41 DM/mg 2x60 mg x 6,41DM/mg 769,20 DM 1.3.1 Zuschlag 23 % 176,92 DM (mindestens 15,-- DM ; maximal 250,-- DM) 1.3.2 Trägerlösung 2 x 4,38 DM 8,76 DM 1.4 Arbeitspreis 32,50 DM 1.5 Zwischensumme 987,38 DM x Faktor 1,0527 = 1.039,41 DM + MWSt = 1.205,72 DM. Diese Berechnung beruhte auf der Vorgabe, dass für die Preisberechnung auf die verordnete Gesamtmenge abzustellen sei. Die Bekl. errechnete eine Überzahlung an die Kl. von insgesamt 5.519,63 DM und verrechnete diesen Betrag mit anderen Forderungen der Kl. **SG Mainz**, Urt. v. 18.05.2004 – S 6 KR 15/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) PREISBERECHNUNG VON ANTIBIOTIKA BEI ABGABE IN EINZELDOSEN

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.10.2005 – L 5 KR 167/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-138

Antibiotika, verordnete Menge, Tagesdosis, Einzeldosis

SGB V § 129; AMG § 78 I; AMPPreisV

Grundlage für die Preisberechnung von Antibiotika ist nicht Ziffer 1.2 der Anlage 3 des Vertrags zur Hilfstaxe für Apotheken, weil dieser Vertrag für Antibiotika – im Gegensatz zu Zytostatika – nicht anwendbar ist. Vielmehr ist Rechtsgrundlage der Preisberechnung § 5 AMPPreisV. Bei einer Verordnung zur Abgabe in Einzeldosen ist zur Berechnung der Vergütung auf die im Rezept aufgeführte Gesamtmenge, nicht auf die jeweilige Tagesdosis abzustellen und damit von nur einer Verordnung auszugehen.

Die klagende Apothekerin rechnete ein Rezept "42 x Fortum 2g in Baxter Intermate System 100 ml/h; 28 x Gernebcin 240 mg in Baxter Intermate System 100 ml/h" auf der Grundlage von 42 bzw. 28 Einzelverordnungen für die einzelnen Tage abgerechnet. Sie hatte für Fortum 2,0 in Baxter Intermate 100 ml/h 292,04 DM und für Gernebcin 240 mg in Baxter Intermate 100 ml/h 225,91 DM verlangt. Die Bekl. berechnete anlässlich ihrer Prüfung den Preis für die Antibiotika nach folgendem Schema: Beispiel: Gernebcin Wirkstoff Tobramycin Gesamtmenge 28 x 240 mg = 6.720 mg Ermittlung des Substanzpreises für 6.800 mg: - für 6.400 mg: 8 x 260,68 DM (Einkaufspreis 137,20 DM + 90 %) = 2.085,44 DM - für 400 mg: 133,89 DM (Einkaufspreis 70,47 DM + 90 %) Substanzpreis 2.219,33 DM/6800 mg, Intermate 2.394,00 DM NaCl 189,39 DM Rezepturzuschlag 49,50 DM Summe 4.852,22 DM + MWSt 5.628,58 DM. Diese Berechnung der Bekl. beruhte auf der Vorgabe, dass für die Preisberechnung hinsichtlich des Rezepturzuschlags (§ 5 I Nr. 2 AMPPreisV) auf eine einzige Verordnung Fortum bzw. Gernebcin und nicht auf 28 bzw. 42 Verordnungen abzustellen sei. Um dem Aspekt der Stabilität Rechnung zu tragen, erklärte sich die Bekl. dann für die Rezeptur 42 x Fortum 2 g in Baxter Intermate System 100 ml/h zu einer abweichenden Berechnung ausgehend von 42 Einzelrezepturen bereit. **SG Mainz**, Urt. v. 25.08.2004 – S 8 KR 229/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ABRECHNUNGSVERFAHREN FÜR ENTERALE ERNÄHRUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.10.2005 – L 16 KR 232/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-139

Revision anhängig: B 3 KR 1/06 R

Abrechnungsverfahren, Datenträgeraustauschverfahren, enterale Ernährung, Arzneimittel

SGB V §§ 31 I 2, 126, 127, 300, 302

Eine **Übergangsvorschrift**, innerhalb derer bis zur Umstellung auf das elektronische Abrechnungsverfahren noch wie bisher in Papierform abgerechnet werden kann, sieht **§ 300 SGB V** nicht vor.

Produkte der **enteralen Ernährung** fallen nicht unter den Begriff des **Arzneimittels** im Sinne des **§ 300 SGB V**.

Bei der Kl. handelt es sich um ein Unternehmen, das sich seit Jahren auf die Versorgung Laryngektomierter und Tracheotomierter mit enteraler Ernährung, Applikationsmitteln und Zubehör (Überleitsysteme, Ernährungspumpen, etc.) spezialisiert hat. Sie verfügt über eine bundesweite Zulassung als Leistungserbringerin von Hilfsmitteln gemäß **§ 126 SGB V** und versorgt u. a. Versicherte der Bekl. Eine **Rahmenvereinbarung** zur Versorgung Versicherter mit enteraler Ernährung und/oder eine entsprechende Hilfsmittelvereinbarung nach **§ 127 SGB V** bestehen **nicht**. Gegenüber der Bekl. wurden die Produkte der enteralen Ernährung einschließlich der Applikationsmittel und des Zubehörs in der Vergangenheit zunächst in Papierform, seit ca. 2002 mittels einer Kombination aus elektronischem Abrechnungsverfahren und Papierform nach **§ 302 SGB V** abgerechnet. Einer Umstellung der Abrechnung auf das Datenträgeraustauschverfahren nach **§ 300 SGB V** (DTA) nahm die Kl. trotz Aufforderung nicht vor. Die Bekl. kündigte an, ab dem 01.03.2003 eine Abrechnung nicht mehr vorzunehmen. *SG Köln*, Urt. v. 17.08.2004 – S 26 KR 191/03 – wies die Feststellungsklage ab, das **LSG** stellte fest, dass die Kl. nicht verpflichtet ist, enterale Ernährung i. S. v. **§ 31 I 2 SGB V** nach dem für Arzneimittel geltenden Abrechnungsverfahren gemäß **§ 300 SGB V** mit der Bekl. abzurechnen.

Zur Einordnung der Sondennahrung vgl. a. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 11.07.2002 – L 2 KN 159/99 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de.

4. HEILMITTELERBRINGER: PRAXISAUSSTATTUNG UND MINDESTRAUMHÖHE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.07.2005 – L 4 KR 4824/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-140

Heilmittelerbringer, Praxis, Praxisausstattung, Mindestraumhöhe

SGB V §§ 124 II 1 Nr. 3; ArbStättV 1975 § 23 II; ArbStättV 2004

Ob nach Aufhebung der ArbStättV 1975 die Zulassung als Heilmittelerbringer eine Praxisausstattung mit einer **Mindestraumhöhe von 2,50 m** - lichte Höhe – voraussetzt (vgl. noch BSG, Urt. v. 27.03.1996 - 3 RK 25/95 - BSGE 78,125), kann dahinstehen, wenn die Praxisräume die erforderliche Mindesthöhe mit 2,45 m bis 2,48 m nur **geringfügig unterschreiten** wird. Eine Nichtzulassung wäre unverhältnismäßig und würde gegen das **Übermaßverbot** verstoßen.

SG Stuttgart, Urt. v. 23.07.2003 – S 10 KR 1352/03 – wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., die Kl. zur Erbringung physiotherapeutischer Leistungen an ihre Versicherten in den Praxisräumen B. 4 in 76275 E. zuzulassen.

5. HILFSMITTELERBRINGER

A) SCHULTERBEWEGUNGSSCHIENE (CPM)

SG Augsburg, Urt. v. vom 14.11.2005 – S 10 KR 359/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-141

Berufung zugelassen

Schulterbewegungsschiene

SGB V §§ 12 I, 13, 27 I, 33 I 1, 126, 127

Die Möglichkeiten eines **ambulanten Operierens** im Krankenhaus (vgl. **§ 115 b SGB V**) hat zu einem wesentlichen Einsparpotenzial gegenüber stationären Behandlungsmaßnahmen geführt. Dies bedingt mittelbar, dass die sich anschließende notwendige Versorgung gesetzlich Krankenversicherter anderweitig sichergestellt werden muss, sei es durch Krankengymnastik oder wie hier durch eine Motorbewegungsschiene. Dem erkennenden Gericht ist aufgrund der besonderen Sachkenntnis eines der Beisitzer bekannt, dass Krankengymnasten nicht in dem erforderlichen Umfang zur Verfügung stehen, um dem mittlerweile verbreiteten Phänomen "ambulantes Operieren" gerecht zu werden.

Ist der Einsatz einer **motorbetriebenen Schulterbewegungsschiene** medizinisch notwendig, so hat ein Versicherter hierauf einen **Versorgungsanspruch**.

Ein Nachweis des **therapeutischen Nutzens** (§ 135 SGB V) ist in der Vergangenheit bereits erbracht worden, da die motorbetriebene Bewegungsschienen erst mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger Nr. 147 vom 07.08.2004 aus dem Hilfsmittelverzeichnis gestrichen worden. Es handelt sich somit hier nicht um eine "neue" Behandlungsmethode im Sinne von § 135 SGB V.

Soweit gezielte Bewegungsübungen als Maßnahmen der Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege von den Krankenkassen zu gewähren sind, kann eine motorisierte Schulterbewegungsschiene **gleichsam den Krankengymnasten ersetzen**.

Wird der Krankenkasse keine Möglichkeit eingeräumt, gemäß § 275 III Nr. 1 SGB V den MDK vorab zu konsultieren, trägt ein Hilfsmittelerbringer das **Risiko einer Überversorgung**.

Der Beigel. wurde nach einer Schulterarthroskopie links eine motorbetriebene Schulterbewegungsschiene (CPM) für die Dauer von 3 Wochen verschrieben, um eine passive Bewegungstherapie 3 bis 4 mal täglich sicherzustellen. Diese lieferte die Kl., eine gem. § 126 SGB V zugelassene Hilfsmittellieferantin und Mitglied im Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. Zwischen der AOK Bayern und diesem Verband existiert eine **Vereinbarung** im Sinne von § 127 SGB V vom 23.10.2003, wonach Mietzins für das in Rede stehende Hilfsmittel zu bezahlen ist. Die Kl. begehrt von der Bekl. an Mietzins 415,28 EUR. Die Bekl. verneinte eine Indikation für den häuslichen Einsatz einer CPM-Schiene. Das Gericht erhob Beweis durch ein medizinisches **Sachverständigengutachten**. Das SG verurteilte die Bekl., an die Klägerin 159,89 EUR zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab. Das SG weist darauf hin, in der mündlichen Verhandlung vom 14.11.2005 seien 5 Streitsachen von insgesamt mittlerweile **175 vergleichbaren**, am SG Augsburg anhängigen **Verfahren** entschieden worden.

Zur Rspr. s. o. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 12.10.2005 – L 4 KR 257/03 – RID 06-01- 115.

Parallelverfahren:

SG Augsburg, Urt. v. vom 14.11.2005 – S 10 KR 410/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-142

SG Augsburg, Urt. v. vom 14.11.2005 – S 10 KR 412/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-143

SG Augsburg, Urt. v. vom 14.11.2005 – S 10 KR 415/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-144

SG Augsburg, Urt. v. vom 14.11.2005 – S 10 KR 428/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-145

B) STREICHUNG EINER PRODUKTUNTERGRUPPE AUS DEM HILFSMITTELVERZEICHNIS

LSG Baden-Württemberg, B. v. 23.11.2005 – L 5 KR 5852/04 ER-B – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-01-146**

Hilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe, Produktuntergruppe

SGB V § 139 II; GG Art. 12 I

Leitsätze:

Die **Streichung einer Produktuntergruppe im Hilfsmittelverzeichnis** ist gegenüber dem Hersteller solcher Hilfsmittel dann **kein Verwaltungsakt**, wenn der Hersteller seine Hilfsmittel zuvor **nicht** hat in das Hilfsmittelverzeichnis **eintragen lassen**. Die faktischen Auswirkungen beeinträchtigen ihn nicht in seinem Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit.

Die Ast. ist als nach eigener Darstellung größter deutscher **Hersteller sog. CPM-Schienen** (Continuous Passive Motion Schienen) gem. § 126 SGB V zugelassene Leistungserbringerin und hat bisher durchschnittlich etwa 20.000 ambulante Versorgungen pro Jahr bei gesetzlich Versicherten durchgeführt. Im Jahr 2003 hat sie nach eigenen Angaben etwa 39 Prozent ihres Umsatzes mit der Vermietung und dem Verkauf von CPM-Schienen erwirtschaftet (ca. 13 Millionen EUR) und mit Herstellung, Vermietung, Vertrieb und Wartung der CPM-Schienen etwa 127 Mitarbeiter beschäftigt. Mit Bekanntmachung vom 9. Mai 1996 (BANZ Nr. 145) hatten die Antragsgegner (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen) eine Produktgruppe 32 - Therapeutische Bewegungsgeräte - in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen. Als Produktuntergruppen waren verschiedene fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen aufgeführt, unter anderem unter Nr. 32.02.01 Sprunggelenksbewegungsschienen, unter Nr. 32.05.01 Hüftbewegungsschienen, unter Nr. 32.08.01 Ellenbogenbewegungsschienen und unter Nr. 32.09.01 Schulterbewegungsschienen. Weiterhin wurden ins Einzelne gehende Vorgaben hinsichtlich der technischen Anforderungen an entsprechende Motorbewegungsschienen benannt. Mit Beschluss vom 8. Juli 2004 **strichen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen die vorstehend genannten Produktuntergruppen aus der Produktgruppengliederung ersatzlos** (BANZ Nr. 147). Zuvor war der Verband CPM-Therapie e.V. angehört worden (Schreiben vom 5. Dezember 2001). Einen Widerspruch d. Ast. sahen die Ag. als unzulässig an, weil es sich bei der Streichung weder um einen Verwaltungsakt handele noch subjektive Rechte der Ast. betroffen seien. **SG Freiburg**, Beschl. v. 25.11.2004 – S 5 KR 3295/04 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

C) INKASSORISIKO BEI AUSBLEIBENDER ZUZAHLUNG (SANITÄTSHAUS)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.10.2005 – L 16 KR 31/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-147

Revision anhängig: B 3 KR 29/05 R

Inkassorisiko, Leistungserbringer, Zuzahlung, Vergütungsanspruch

SGB V a. F. §§ 33, 43b, 126, 127 I

Der **Zuzahlungsbetrag** der Versicherten nach § 33 II 3 1. Hs. SGB V a. F. ist an den **Leistungserbringer** zu zahlen. Um diesen Betrag verringert sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers. Damit hat der Gesetzgeber den Zahlungsweg ausdrücklich abweichend von § 43b S. 2 SGB V a. F. geregelt, d. h. **die Leistungserbringer müssen ihren Zahlungsanspruch vollständig gegen den Versicherten durchsetzen**. Dies ergibt sich aus Wortlaut, Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck der Regelung.

Die Kl. betreibt ein Sanitätshaus (§ 126 SGB V). Sie lieferte aufgrund ärztlicher Verordnungen vom März und September 2000 verschiedene Hilfsmittel (ein Paar Kompressionsstrümpfe bzw. Bandagen <Gilchristverband>) an Versicherte der Bekl. Die Versicherten beglichen aber die Rechnungen über die Zuzahlungen (12,47 bzw. 21,01 Euro) trotz Mahnung nicht. Die Krankenkasse lehnte es ab, die Zahlung einzuziehen. *SG Duisburg, Urt. v. 14.01.2005 – S 9 (27) KR 161/03 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.*

SG Stade, Urt. v. 01.09.2005 – S 1 KR 212/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-148

Berufung zugelassen

Inkassorisiko, Leistungserbringer, Zuzahlung, Vergütungsanspruch, Einziehung

SGB V §§ 2 II 1, 27 I Nr. 3, 33 II 5, 43b I, 126, 127 I

Eine **Krankenkasse** ist **nicht** verpflichtet, ausstehende **Zuzahlungsbeträge** von ihren Mitgliedern nach § 43b SGB V **einzuziehen** bzw. diese ersatzweise an einen Hilfsmittelerbringer zu leisten. Nach § 33 II 5 SGB V "verringert" sich der Vergütungsanspruch eines Hilfsmittelerbringers um den Zuzahlungsanteil. Danach ist es für den Umfang seines Vergütungsanspruchs gegenüber der Krankenkasse ohne Bedeutung, ob und aus welchem Grund ggf. ein Zuzahlungsanteil von einem mit einem Hilfsmittel versorgten Versicherten nicht eingetrieben werden kann. Zumindest kommt den gesetzlichen Krankenkassen in diesem Zusammenhang nicht die Funktion eines **Ausfallbürgen** zu. Ein Bereicherungsanspruch aus § 69 Satz 3 SGB V i. V. mit den §§ 812 I, 818 BGB scheidet als Anspruchsgrundlage ebenfalls aus.

Die **Übertragung des Inkassorisikos auf die Leistungserbringer** über die gesetzliche Regelung in § 33 II 5 SGB V verstößt nicht gegen Art. 3 GG.

Die Kl., eine zugelassene Leistungserbringerin für Hilfsmittel versorgte Anfang 2004 zwei bei der Bekl. krankenversicherte Mitglieder mit jeweils einem Paar Unterarmgehstützen. Diese Mitglieder leisteten trotz Zahlungserinnerung der Klägerin die dafür in § 33 II 5 SGB V vorgesehene Zuzahlung i. H. von jeweils 10 EUR nicht. Die Aufforderung der Bekl., ihrerseits die Eigenanteile einzuziehen und den Zuzahlungsbetrag ggf. an die Kl. Weiterzureichen, blieb erfolglos. Das *SG* wies die Klage ab.

6. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

A) EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ UND SCHIEDSVERFAHREN NACH § 132A II SGB V

LSG Berlin, Beschl. v. 27.04.2005 – L 9 B 65/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-149

Schiedsverfahren, Versorgungsvertrag, häusl. Krankenpflege, Pflegeunternehmen, vorläufiger Rechtsschutz

SGB V §§ 69, 89, 132a II; SGG § 86b II 2

Die **Durchführung eines Schiedsverfahrens** nach § 132a II SGB V ist nicht von einer vorherigen Vereinbarung durch die (künftigen) Parteien des Versorgungsvertrags abhängig. Vielmehr muss ein Schiedsverfahren immer schon dann durchgeführt werden, wenn sich die (künftigen) Parteien eines Versorgungsvertrags nicht über dessen Inhalt einigen können und möglicherweise nur eine Seite die Durchführung des Schiedsverfahrens wünscht. Liegen diese Voraussetzungen vor, besteht für die Parteien allein die Möglichkeit, sich auf eine unabhängige Schiedsperson zu einigen. Misslingt diese Einigung, wird die Schiedsperson quasi im Wege einer Ersatzvornahme von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Sie hat dann den Inhalt der Versorgungsverträge festzulegen.

§ 132a II SGB V regelt weitgehend keine näheren Einzelheiten des Schiedsverfahrens. Hierdurch entsteht jedoch keine Lücke, weil insoweit über § 69 SGB V **auf die Bestimmungen des § 89 SGB V**

zurückzugreifen ist, soweit deren Anwendung nicht dem Charakter des in § 132 a II 6 bis 8 SGB V installierten Schiedsverfahrens zuwiderläuft.

Bei der **Entscheidung der Schiedsperson** handelt es sich um einen sofort vollziehbaren Verwaltungsakt, weshalb sich die Betreiber eines Pflegeunternehmens zur Durchsetzung des von ihnen geltend gemachten Anspruchs auf den vom Gesetzgeber des SGB V vorgesehenen Weg verweisen lassen müssen, bevor sie um **vorläufigen Rechtsschutz** bei den Sozialgerichten nachsuchen, und zwar unabhängig davon, ob sie diesen Weg bereits eingeschlagen haben. Denn ebenso wie die Vertragsparteien eines Vertrags über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, die nach § 132a II 1 SGB V die Einzelheiten der Versorgung im freien Spiel der Kräfte auszuhandeln haben (vgl. hierzu BSG SozR 3-2500 § 132a Nr. 1 sowie BSG, Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 2/03 R -), ist auch die Schiedsperson befugt, im Rahmen der durch das SGB V gezogenen Grenzen den Inhalt des Versorgungsvertrags frei festzusetzen. Diese Befugnis darf keiner der (künftigen) Partner des Versorgungsvertrags dadurch umgehen, dass er sich während eines vertragslosen Zeitraums ohne Durchführung des Schiedsverfahrens unmittelbar an die Sozialgerichte wendet, die anders als die Vertragspartner und die Schiedsperson nur zur Rechtskontrolle, nicht jedoch zur Rechtsgestaltung berufen sind. Erst nach Vorliegen der Entscheidung der Schiedsperson können sich die (künftigen) Partner des Versorgungsvertrags an die Sozialgerichte wenden, wobei der Systematik des Gesetzes folgend der Rechtsschutz dann nach den §§ 132a II 6 bis 8, 69, 89 I 5 bzw. Ia 3 SGB V auf die Anfechtung der Entscheidung und im Rahmen des vorläufigen Rechtsschutzes auf den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Anfechtungsklage gemäß § 86b I 1 Nr. 2 SGG beschränkt ist.

SG Berlin, Beschl. v. 21.02.2005 – S 81 KR 307/05 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

B) BEREICHERUNGSANSPRUCH BEI LEISTUNGSERBRINGUNG OHNE REGELUNG ÜBER VERGÜTUNGSHÖHE

LSG Berlin, Urt. v. 02.03.2005 – L 9 KR 19/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-150

Schiedsverfahren, Versorgungsvertrag, häusl. Krankenpflege, Pflegeunternehmen, vorläufiger Rechtsschutz
SGB V § 132a; BGB §§ 812 I 1, 818 II

Durch das Tätigwerden eines Unternehmens der häuslichen Krankenpflege auf der Grundlage eines gerichtlichen Vergleichs zur Versorgung der Versicherten mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege wird eine Krankenkasse von ihrer gegenüber ihren Versicherten bestehenden Verpflichtung zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege befreit. Die **Krankenkasse ist zur Herausgabe des Erlangten** verpflichtet. Da dies wegen der Beschaffenheit des Erlangten nicht möglich ist, muss sie nach § 818 II BGB den **Wert ersetzen** (BSG, Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 2/03 R - SozR 4-2500 § 132a Nr. 1). Für die Wertbestimmung im Sinne des § 818 Abs. 2 BGB ist der objektive Verkehrswert des Erlangten maßgeblich. Der objektive Gegenwert für die Befreiung von den Sachleistungsansprüchen der Versicherten wird durch den finanziellen Aufwand dargestellt, den die beklagte Krankenkasse ihrerseits erspart hat. Dies sind die **Vergütungssätze**, die üblicherweise von den anderen Krankenkassen im Land Berlin an Krankenpflegedienste gezahlt worden sind.

SG Berlin, Urt. v. 21.02.2005 – S 75 KR 737/99 ER – wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl. zu 1), an den Kl. 20.861,66 Euro nebst 4 v.H. Zinsen seit dem 19. April 2000 zu zahlen.

XI. Rechtsbeziehungen zw. Krankenkassen/Aufsichtsbehörden

1. ANORDNUNGSGRUND BEI WETTBEWERBSSTREITIGKEIT

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 25.11.2005 – L 5 ER 98/05 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-01-151

Wettbewerbsstreitigkeit, Krankenkasse, Information, Mitgliederwerbung, Anordnungsgrund
SGG § 86b II 2

Ein **Anordnungsgrund** für das Vorgehen gegen einen **Wettbewerbsverstoß** einer Krankenkasse setzt eine **Dringlichkeit** voraus; entscheidend ist, dass aus dem Verhalten des Ast. Schlüsse auf die

Dringlichkeit gezogen werden können. Hieran fehlt es, wenn das Begehren bereits in einem früheren Rechtsschutzverfahren zum (unbedingten) Gegenstand der Antragstellung hätte gemacht werden können.

Der Ag. wurde durch *SG Speyer*, Beschl. v. 10.08.2005 - S 7 ER 131/05 KR – u.a. untersagt "im geschäftlichen Verkehr den Eindruck zu erwecken, sie sei in einer Versicherungsstudie Testsieger geworden und habe in acht Kategorien sechsmal den ersten Platz belegt", insbesondere wie in einer Postwurf Spezialsendung an alle potenziellen Krankenkassenwechsler geschehen. Zur Begründung hieß es im zitierten Beschluss, die drucktechnische Darstellung der Werbung mit der Versicherungsstudie sei irreführend, weil sie impliziere, dass Testsiegerin die Ag. alleine sei, nicht hingegen das "System der Innungskrankenkassen". Die Ag. verwendete daraufhin in einer neuen Werbemaßnahme in der 36. Kalenderwoche an ca. 300.000 Haushalte verteilte Postwurf Spezialsendung einen geänderten "Button", in dem es heißt: "Die Innungskrankenkassen Testsieger". *SG Speyer*, Beschl. v. 29.09.2005 – S 11 ER 204/05 Kr – verpflichtete die Ag. einstweilen, es bei Vermeidung eines vom Gericht für jeden Fall der Zuwiderhandlung festzusetzenden Ordnungsgeldes bis zu 50.000 EUR, ersatzweise Ordnungshaft oder anzuordnender Ordnungshaft von bis zu sechs Monaten, zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr die Versicherungsstudie 2005, Kundenzufriedenheitsmessung, von DPM Team Marktforschung und Marketingberatung 01/2005, zu verwenden, insbesondere wie in der Postwurf Spezialsendung an alle potenziellen Krankenkassenwechsler geschehen. Das *LSG* lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

Vgl. zuletzt *LSG Rheinland-Pfalz*, Beschl. v. 03.05.2005 – L 1 ER 11/05 KR – RID 05-02-159.

2. VERGLEICHENDE MITGLIEDERWERBUNG

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 25.11.2005 – L 5 ER 99/05 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-01-152

Wettbewerbsstreitigkeit, Krankenkasse, Information, Mitgliederwerbung, Anordnungsgrund
SGG § 86b II 2; UWG §§ 1, 3

Die Krankenkassen haben in ihrem Wettbewerb untereinander die allgemeinen Wertmaßstäbe der §§ 1, 3 UWG zu beachten, d.h. die Werbung der Krankenkassen darf weder sittenwidrig noch unwahr sein. **Vergleichende Wettbewerbsmaßnahmen** sind grundsätzlich dann nicht zulässig, wenn sie irreführend, herabsetzend oder verunglimpfend sind (vgl. die "Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19.3.1998" in der Fassung vom 20.10.2000). Als irreführend ist in Übereinstimmung mit Art 2 Nr. 2 der Richtlinie (RL) 84/450/EG jede Werbung anzusehen, die in irgendeiner Weise einschließlich ihrer Aufmachung die Personen, an die sie sich richtet oder die von ihr erreicht werden, täuscht oder zu täuschen geeignet ist und die infolge der ihr innewohnenden Täuschung ihr wirtschaftliches Verhalten beeinflussen kann oder aus diesen Gründen einen Mitbewerber schädigt oder zu schädigen geeignet ist (*LSG Nordrhein-Westfalen* v. 06.06.2002 - L 16 KR 57/01 - juris). Allerdings ist zu beachten, dass bei Werbemaßnahmen nicht ein solches Maß an Zurückhaltung verlangt werden kann, dass die Werbung kaum Interesse erweckt und deshalb praktisch wirkungslos wäre (*LSG Rheinland-Pfalz* v. 03.05.2005 - L 1 ER 11/05 KR - RID 05-02-159 <juris>).

Einen Grundsatz, dass Angaben in Werbeaussagen unentgeltlich oder allenfalls zu geringen Kosten nachprüfbar sein müssen, gibt es nicht.

Eine Darstellung unter Heranziehung einer Studie ist insoweit irreführend, als die Studie auf einer in keiner Weise repräsentativen Meinungserhebung beruht.

SG Speyer, Beschl. v. 29.09.2005 - S 11 ER 205/05 KR – verpflichtete die Ag. einstweilen, es bei Vermeidung eines vom Gericht für jeden einzelnen Fall der Zuwiderhandlung festzusetzenden Ordnungsgeldes bis zu 50.000, EUR, ersatzweise Ordnungshaft von bis zu 6 Monaten, zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr die Versicherungsstudie 2005, Kundenzufriedenheitsmessung von DPM-Team Marktforschung und Marketingberatung 01/2005 zu verwenden; bei der Verwendung des allgemeinen Geschäftspapiers gelte dies erst ab dem 10.10.2005. Im Übrigen (es zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr zu behaupten oder auf sonstige Weise den Eindruck zu erwecken, die Innungskrankenkassen hätten in einer Versicherungsstudie 2005, Kundenzufriedenheitsmessung, von DPM-Team-Marktforschung und Marketingberatung 01/2005 in 8 Kategorien sechsmal den ersten Platz belegt hat) lehnte es den Antrag ab.

Vgl. zuletzt RID-05-02-159.

XII. Streitwert: Streichung der Produktuntergruppen im Hilfsmittelverzeichnis

LSG Baden-Württemberg, B. v. 23.11.2005 – L 5 KR 2351/05 W-A – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-01-153

Hilfsmittelverzeichnis, Umsatzrückgang, Gewinn

GKG §§ 47, 50 II, 52 I

Leitsatz:

Der Streitwert für die Streichung der Produktuntergruppen im Hilfsmittelverzeichnis ist in Analogie zu § 50 Abs. 2 GKG zu bestimmen. Der Streitwert ist auf 5 % des Umsatzrückgangs des Lieferanten, bezogen auf einen 3-Jahreszeitraum, zu schätzen.

XIII. Entscheidungen des BSG

1. VERTRAGSÄRZTLICHE BEHANDLUNG: EXTRAKORPORALE STOßWELLENTHERAPIE

BSG, Urt. v. 27.09.2005 – B 1 KR 28/03 R -

RID 06-01-154

Bei der extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode** i. S. von § 135 SGB V, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich zudem weder aus dem Umstand, dass in **Österreich** die ESWT möglicherweise als "Kassenleistung" anerkannt ist, noch aus der Rechtsprechung des **EuGH** zur ambulanten Auslandsrankenbehandlung Versicherter.

Die im Schrifttum gegen die Übertragung von **Rechtssetzungsbefugnissen** auf die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen erhobenen verfassungsrechtlichen Einwände teilt der Senat nicht.

Der **EuGH-Rechtsprechung** ist nicht zu entnehmen, dass Versicherte im **EU-Ausland** Leistungen auf Kosten ihrer inländischen Krankenkasse in Anspruch nehmen können, die sie im Inland der Art nach nicht erhalten würden. Wie der EuGH in der Rechtssache Müller-Fauré/van Riet klargestellt hat (EuGH 13. Mai 2003 Rs Müller-Fauré/van Riet C-385/99 EuGHE I 2003, 4509 RdNr 98 und 106 = SozR 4-6030 Art 59 Nr. 1 S 21, 23, dort RdNr 128 und 137), ist es allein Sache der Mitgliedstaaten, den Umfang des Krankenversicherungsschutzes für die Versicherten zu bestimmen. Versicherte können deshalb, wenn sie sich ohne vorherige Genehmigung zur Versorgung in einen anderen Mitgliedstaat als den der Niederlassung ihrer Krankenkasse begeben, die Übernahme der Kosten auch für ihre ambulante ärztliche Versorgung nur insoweit verlangen, als das Krankenversicherungssystem des Mitgliedstaats der Versicherungszugehörigkeit eine Deckung garantiert (so auch die st Rspr des Senats, vgl zB BSGE 93, 94 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 4 RdNr 10 mwN; BSGE 93, 1 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 1 RdNr 19).

2. ARZNEIMITTEL

A) ARZNEIMITTELRECHTLICHE VERKEHRSFÄHIGKEIT WEGEN KLAGE (WOBE-MUGOS E)

BSG, Urt. v. 27.09.2005 – B 1 KR 6/04 R -

RID 06-01-155

Leitsatz:

Krankenkassen sind nicht für Arzneimittel leistungspflichtig, deren arzneimittelrechtliche Verkehrsfähigkeit auf der aufschiebenden Wirkung einer Klage beruht, mit welcher der Hersteller die Verlängerung einer Alt-Zulassung nach dem AMG 1961 begehrt.

B) INSTANT-DICKUNGSMITTEL

BSG, Urt. v. 05.07.2005 – B 1 KR 12/03 -

RID 06-01-156

Bei dem Instant-Dickungsmittel „Quick & Dick“, das wegen erheblichen Schluckstörungen verordnet wurde, handelt es sich weder um ein Heilmittel noch um ein Arzneimittel noch um ein Nahrungsmittel, das ausnahmsweise als Teil der enteralen Ernährung von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst ist, noch um ein Hilfsmittel.

3. HILFSMITTEL: REHA-KINDERWAGEN

BSG, Urt. v. 10.11.2005 – B 3 KR 31/04 R -

RID 06-01-157

Leitsatz:

Ein Hilfsmittel, welches grundsätzlich für den Behinderungsausgleich von gehunfähigen und gehbehinderten Kindern vorgesehen ist, kann auch von einem an übersteigertem Bewegungsdrang (Erethie) leidenden Kind beansprucht werden, wenn seine Bewegungsfreiheit erst durch die Einschränkung des krankhaften Bewegungsdrangs gesichert und dadurch das gefahrlose Erschließen eines gewissen körperlichen Freiraums ermöglicht wird (Reha-Kinderwagen)

4. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE:

A) EINRICHTUNGEN DER BEHINDERTENHILFE

BSG, Urt. v. 01.09.2005 – B 3 KR 19/04 R -

RID 06-01-158

Leitsatz:

Behinderte, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe wohnen und dort Kost und Logis als Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, haben keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegen ihre Krankenkasse, weil sie dort keinen eigenen Haushalt führen.

B) BEHANDLUNGSPFLEGE/GRUNDPFLEGE: KRANKENBEOBACHTUNG EINES SCHWERSTBEHINDERTEN

BSG, Urt. v. 10.11.2005 – B 3 KR 38/04 R -

RID 06-01-159

Leitsatz:

Der krankenversicherungsrechtliche Anspruch auf häusliche Krankenpflege umfasst auch die ständige Beobachtung des Versicherten durch eine medizinische Fachkraft, wenn diese wegen der Gefahr lebensbedrohlicher Komplikationen von Erkrankungen jederzeit einsatzbereit sein muss, um die nach Lage der Dinge jeweils erforderlichen medizinischen Maßnahmen durchzuführen.

5. BEZIEHUNGEN ZU LEISTUNGSERBRINGERN

A) APOTHEKENRABATT 2002: ARZNEIMITTELAUSGABEN-BEGRENZUNGSG

BSG, Urt. v. 01.09.2005 – B 3 KR 34/04 R -

RID 06-01-160

Leitsätze:

1. Die zum 1.2.2002 in Kraft getretene Erhöhung des Apothekenrabatts von 5 auf 6 vH des Sammelrechnungsbetrages "in den Jahren 2002 und 2003" gilt auch für die Arzneilieferungen der Apotheken im Januar 2002.
2. Die gesetzliche Verpflichtung der Apotheker, den Krankenkassen einen Abschlag in bestimmter Höhe (hier: 6 vH im Jahre 2002) einzuräumen, wenn die monatliche Sammelrechnung binnen zehn Tagen beglichen wird, begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.

B) AMBULANTE REHABILITATIONSLEISTUNGEN NACH KÜNDIGUNG EINES VERSORGUNGSVERTRAGES

BSG, Urt. v. 01.09.2005 – B 3 KR 3/04 R -

RID 06-01-161

Leitsätze:

1. Zu den Anforderungen an die Zulassung von so genannten wohnortnahen Einrichtungen zur Erbringung von Leistungen der ambulanten Rehabilitation.
2. Leistungen der ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation (AOTR) allein begründen keinen Anspruch auf Zulassung zur ambulanten Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung.

C. Entscheidungen anderer Gerichte

I. Ärztliches Berufsrecht

1. BERUFSRECHT

A) APPROBATION NACH HOCHSCHULSTUDIUM IN DER RUSSISCHEN FÖDERATION

VG Halle, Urt. v. 21.07.2005 – 1 A 33/04 – juris

RID 06-01-162

Approbation, Russland, Medizinstudium, Fachgespräch, Gleichwertigkeit

BÄO § 3; ÄApprO §2, 42; GG Art. 12 I

Für die **Gleichwertigkeit** einer **ausländischen ärztlichen Ausbildung** (hier: Medizinstudium an einer Hochschule in der Russischen Föderation) kommt es auf die Anforderungen des jeweiligen konkreten Studienganges einerseits und des nach der Bundesärztleitung andererseits an. Besteht im Einzelfall Gleichwertigkeit (z. B. anhand der Mindeststundenzahl und der Studieninhalte), kommt es auf das Ergebnis eines sog. Fachgesprächs bei der Prüfungskommission der Ärztekammer nicht mehr ausschlaggebend an.

B) ENTZIEHUNG DER APPROBATION

AA) VERSTOß GEGEN ARZTPLICHTEN (NOTARZT/ARZNEIMITTELVERORDNUNG)

OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.09.2005 – 6 A 10556/05 –

RID 06-01-163

Einem Arzt, der mehrfach gegen seine **Pflichten als Notarzt** verstoßen und **regelwidrig Arzneimittel verordnet** hat, ist zu Recht die Approbation entzogen worden.

Der Kläger ist seit dem Jahre 1984 als Facharzt für Allgemeinmedizin in freier Praxis niedergelassen. Zwischen den Jahren **1989 und 2002** trat er mehrmals wegen **Pflichtwidrigkeiten bei der Ausübung des ärztlichen Notdienstes** und bei der **Verschreibung von Medikamenten** strafrechtlich sowie berufsgerichtlich in Erscheinung. So wurde ihm in einem gegen Zahlung einer Geldbuße eingestellten Strafverfahren vorgeworfen, dass er 1989 während seines **Notdienstes** einen Herzinfarktpatienten an die Rettungsleitstelle verwiesen und sich nicht persönlich um ihn gekümmert hat. Da der Kläger im Jahre 1991 einem Notfallpatienten keine medizinische Hilfe geleistet hatte und dieser noch vor seiner Einlieferung ins Krankenhaus verstarb, wurde der Kläger zu einer Geldstrafe verurteilt. Das Berufsgericht für Heilberufe legte dem Kläger 1999 eine Geldbuße auf, weil er einen von einer hilflosen Patientin erbetenen Hausbesuch ablehnte und sie stattdessen auf ein Krankenhaus verwies. Zu einer Bewährungsstrafe wegen **fahrlässiger Körperverletzung** wurde der Kläger 1997 verurteilt. Er hatte an Drogenabhängige verschiedene Arzneimittel zur Substitutionstherapie nebeneinander sowie in solchen Mengen und Konzentrationen verordnet, dass es zu schweren Komplikationen bei den Suchtkranken kam. Schließlich wurde der Kläger zu einer weiteren Bewährungsstrafe wegen des Verschreibens von **Arzneimitteln zu Dopingzwecken** verurteilt. Diese Sachverhalte nahm das zuständige Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung zum Anlass, dem Kläger die Approbation zu entziehen. Die hiergegen erhobene Klage wies bereits das VG ab. Das OVG bestätigte nun diese Entscheidung.

Vgl. Pressemitteilung Nr. 61/2005 vom 29.11.2005 - <http://cms.justiz.rlp.de/justiz> -

BB) VERURTEILUNG WEGEN BETRUGES UND URKUNDENFÄLSCHUNG

VG Neustadt a. d. W., Urt. v. 21.11.2005 – 4 K 1157/05.NW – cms.justiz.rlp.de

RID 06-01-164

Straftat, Freiheitsstrafe, Approbation, Entziehung, Unwürdigkeit, Approbationswiderruf

BÄO §§ 3, 5

Einem niedergelassenen Arzt, der wegen Betrugs und Urkundenfälschung zu einer Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt worden ist, darf die Approbation entzogen werden, auch wenn die **Straftat nicht** das **unmittelbare Arzt-Patienten-Verhältnis** betroffen, aber **in engem Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit** gestanden hat. Er hat sich als unwürdig für die Ausübung des ärztlichen Berufes erwiesen. **Unwürdigkeit** liegt vor, wenn ein Arzt wegen seines Verhaltens nicht mehr das Ansehen und das Vertrauen besitzt, das für die Ausübung seines Berufes unabdingbar nötig ist.

Zur **strafgerichtlichen Verurteilung** führt das VG im Tatbestand aus:

„Der Kläger veranlasste 1998 zwei Banken zu Überweisungen in Höhe von insgesamt rund 640.000,-- DM von Konten der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, Regionalzentrum Pfalz, in Neustadt auf ein Konto in Luxemburg, indem er Schreiben und Überweisungsaufträge fälschte. Das Konto in Luxemburg hatte er mit Hilfe einer weiteren Person

auf den Namen von dessen Schwiegersohn eröffnet. Zur Anfertigung der Schreiben verwendete der Kläger Briefbögen der Kassenärztlichen Vereinigung, die er noch von seiner früheren Vorstandstätigkeit in Besitz hatte. Die Unterschriften wurden nach den Vorlagen auf anderen Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung gefälscht und der Freistempelaufdruck eingescannt. Das Geld ging am 23. Dezember 1998 auf dem Konto in Luxemburg ein, wurde in der Folgezeit jedoch nicht abgeholt. Auf Betreiben der Kassenärztlichen Vereinigung erließ das Bezirksgericht Luxemburg am 28. Dezember 1998 einen Pfändungsbeschluss hinsichtlich der überwiesenen Beträge. Die Tat war dem Kläger aufgrund seiner Kenntnisse aus seiner früheren Vorstandstätigkeit möglich gewesen. Die Überweisungen fielen noch vor Weihnachten 1998 auf, da die Kassenärztliche Vereinigung die auf den Konten eingegangenen Gesamtverfügungszahlungen der Krankenkassen zwischendurch auf Festgeldkonten übertragen hatte, wodurch in Verbindung mit den unberechtigten Überweisungen des Klägers unerklärliche Kontenüberziehungen entstanden waren.“

C) ÄUßERUNG EINES ZAHNARZTES ÜBER BEHANDLUNG EINES KOLLEGEN

VG Minden, *Urt. v. 30.06.2005 – 7 K 818/04* – www.justiz.nrw.de

RID 06-01-165

Mißbilligung, Meinungsfreiheit, Berufsstand

GG Art. 5

Eine Zahnärztekammer greift mit einer Mißbilligung wegen einer Äußerung eines Zahnarztes gegenüber einer Patienten über die Behandlung eines Kollegen in die **Meinungsfreiheit** ein. Die Mißbilligung ist rechtswidrig, wenn die Äußerung des Zahnarztes sachlich und inhaltlich gut vertretbar war. Gerade auch um das Vertrauen der Patienten in den Berufsstand nicht zu gefährden, ist eine **aufrichtige Information über vorhandene Mängel einer Behandlung** zulässig.

D) BEHANDLUNGSPFLICHT ERST NACH VORLAGE DER VERSICHERTENKARTE

VG Frankfurt a. M., *Urt. v. 18.10.2005 – 21 BG 1565/05* – www.vg-frankfurt.justiz.hessen.de

RID 06-01-166

Behandlungspflicht, Überweisungsschein, Versichertenkarte, Behandlungsausweis

SGB V § 15 II, V

Leitsätze:

1. Auch die **Vorlage eines Überweisungsscheins ohne Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte** kann die Vorlagepflicht gem. § 15 Abs. 2 SGB V nicht ersetzen.
2. Die **Ausstellung eines Überweisungsscheins** ist grundsätzlich nur zulässig, wenn dem überweisenden Arzt ein **gültiger Behandlungsausweis** oder Versichertenkarte vorgelegen hat.
3. Es ist nicht Zielsetzung des § 15 Abs. 5 SGB V, einem um ärztliche Behandlung Nachsuchenden zu ermöglichen, durch **Vorsprache** bei einem Arzt **ohne Versichertenkarte** eine Situation zu schaffen, die die Bewertung **"dringlich"** nahelegt.

E) ANERKENNUNG „FACHÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN“

VG Düsseldorf, *Urt. v. 23.08.2005 – 26 K 6499/04* –

RID 06-01-167

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Befähigungsnachweis, Prüfung

Richtlinie 86/457/EWG; Richtlinie 93/16/EWG; HeilBerG NRW § 44a

Es besteht nach § 44a HeilBerG NRW ein Anspruch auf die Anerkennung zur Führung der Bezeichnung **„Fachärztin für Allgemeinmedizin“**, wenn ein **Befähigungsnachweis** über die **spezifische Ausbildung** in der **Allgemeinmedizin** nach **Titel IV der Richtlinie 93/16/EWG** erbracht wird. Einer Prüfung bedarf es nicht. Entgegenstehende Regelungen der **WBO** sind unbeachtlich.

Die Ausbildung nach der durch Art. 44 I der Richtlinie 93/16/EWG aufgehobenen Richtlinie 86/457/EWG ist eine solche nach Richtlinie 93/16/EWG, da diese nur mehrere Fragenkreise regelnde Richtlinien zu einer neuen Richtlinie zusammenfasst.

2. ZIVILRECHTLICHES ARZTRECHT/ÄRZTLICHES WETTBEWERBSRECHT

A) BGH: QUERSUBVENTIONIERUNG VON LABORGEMEINSCHAFTEN

BGH, *Urt. v. 21.04.2005 – I ZR 201/02* – www.bundesgerichtshof.de

RID 06-01-168

Laborarzt, Laborgemeinschaft, Arzt

UWG §§ 3, 4 Nr. 1

Leitsätze:

Ein **Laborarzt** handelt **unlauter** i. S. von §§ 3, 4 Nr. 1 UWG, wenn er **niedergelassenen Ärzten** die Durchführung von Laboruntersuchungen, die diese selbst gegenüber der Kasse abrechnen können,

unter Selbstkosten in der Erwartung **anbietet**, dass die niedergelassenen Ärzte ihm im Gegenzug Patienten für **Untersuchungen überweisen**, die nur von einem Laborarzt vorgenommen werden können. Einem solchen Angebot unter Selbstkosten steht es gleich, wenn die günstigen Preise für die von den niedergelassenen Ärzten abzurechnenden Laboruntersuchungen dadurch ermöglicht werden, dass der Laborarzt einer von ihm betreuten Laborgemeinschaft der niedergelassenen Ärzte freie Kapazitäten seines Labors unentgeltlich oder verbilligt zur Verfügung stellt (im Anschluss an BGH GRUR 1989, 758 = WRP 1990, 319 - Gruppenprofil).

B) APPARATEGEMEINSCHAFT: ABGRENZUNG VERTRAG "SUI GENERIS" UND ARBEITSVERHÄLTNIS

LAG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.10.2005 – 5 Sa 64/05 – juris

RID 06-01-169

Revision eingelegt: 5 AZR 790/05

BGB-Gesellschaft, Gerätegemeinschaft, Arzt, Apparategemeinschaft, Sachmittelgemeinschaft, Dienstplan
BGB §§ 611, 705 ff.; SGB V § 95; Ärzte-ZV §§ 32, 32a, 32b, 33 II

Über die Zuordnung eines **Vertragsverhältnisses** bzw. einer Vertragsgestaltung zu einem bestimmten Vertragstypus und/oder zu einem atypischen Vertrag "sui generis" entscheidet allein der Wille der Parteien. Dieser für die rechtliche Einordnung maßgebliche **Parteiwille** kann sich aus den ausdrücklichen Erklärungen beider Vertragsparteien aber auch aus der praktischen Handhabung der Vertragsbeziehungen ergeben, - soweit diese Handhabung zuverlässige Rückschlüsse auf den wirklichen Willen der Vertragsparteien zulässt (vgl. § 133 BGB). Nur mit dieser Maßgabe ist es zutreffend, dass über die vorzunehmende Einordnung des Rechtsverhältnisses der Geschäftsinhalt entscheidet und nicht die von den Parteien gewünschte Rechtsfolge oder eine von ihnen gewählte Bezeichnung, die dem Geschäftsinhalt in Wahrheit nicht entspricht. Die praktische Handhabung der Vertragsbeziehung ist insoweit für die Rechtsanwendung von Bedeutung, als sich daraus möglicherweise Rückschlüsse darauf ziehen lassen, von welchen Rechten und Pflichten die Parteien ausgegangen sind. Für die Feststellung eines Arbeitsvertrages reicht es aber nicht ohne weiteres aus, dass Vertragsparteien irgendwie von arbeitsvertraglichen Rechten und Pflichten "ausgegangen" sind. Für die wirksame Begründung eines Arbeitsverhältnisses ist vielmehr die – ggf. auch konkludente - Abgabe darauf gerichteter korrespondierender Willenserklärungen der Vertragspartner erforderlich. Bei einer qualifizierten Tätigkeit eines **Facharztes** darf der in einer Vertragsurkunde verkörperte Parteiwille bei der rechtlichen Einordnung des Vertragsverhältnisses nicht (völlig) unberücksichtigt bleiben. Danach kann ein Facharzt Gesellschafter im Sinne der §§ 705 ff. BGB und freier Mitarbeiter bzw. "Selbständiger" in analoger Anwendung des § 84 Abs. 1 HGB sein, wenn nach diesen Vertragsurkunden gerade nicht - wie ein Arbeitgeber - **innerhalb eines bestimmten zeitlichen Rahmens über die Arbeitsleistung des Facharztes verfügt** werden kann.

Wird jemand in **Dienstpläne** aufgenommen, so kann dies zwar ein starkes Indiz für das Vorliegen der Arbeitnehmereigenschaft sein. Soweit ersichtlich wurde höchstrichterlich aber bislang nicht entschieden, dass jeder in Dienstpläne aufgenommene Mitarbeiter deswegen geradezu zwangsläufig als Arbeitnehmer anzusehen ist. Maßgeblich ist vielmehr die Gesamtbetrachtung.

Die beklagte BGB-Gesellschaft von drei Fachärzten schlossen mit dem Kläger einen Gesellschaftsvertrag über die Errichtung und den Betrieb einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zur gemeinsamen Nutzung eines MRT-Systems, von Räumen und von Personal im Rahmen einer Praxisgemeinschaft (Apparate- und Sachmittelgemeinschaft). Der **Zweck** des **Gesellschaftsvertrages** wird wie folgt beschrieben:

"[...] der Zweck der Gesellschaft besteht in dem gemeinsamen Betrieb eines MRT mit allen dazugehörigen technischen Ausstattungen und medizinischen Einrichtungen, die für die Durchführung von kernspintomographischen Untersuchungen - einschließlich solcher mit kardiologischer und angiologischer Fragestellung - erforderlich sind. Zum Zweck der Gesellschaft gehört ferner die Anmietung von Räumen im Fort Malakoff Park im Namen und auf Rechnung der Gesellschaft sowie zu gemeinsamen Benutzung der Gesellschafter. Im erforderlichen Umfang wird die Gesellschaft auch eigenes Personal einstellen, das im Rahmen des Zusammenwirkens der Gesellschafter durch jeden von ihnen beschäftigt werden kann [...]"

In der **Gesellschaftervereinbarung** von 2002 heißt es u.a.:

"[...] die Vertragspartner zu 1 bis 4 ziehen in Betracht, dass die Gesellschaft zumindest in dem Zeitraum bis zum 31.12.2004 nicht in der Lage sein wird, durch Vermarktung ihrer Leistungen und die dafür zu leistenden Nutzungsvergütungen und Leistungsentgelte einen Überschuss zu erzielen, der es bei einer Ergebniszuordnung nach Köpfen ermöglicht, dass Herr Dr. A. aus der Gesellschaft - und gegebenenfalls einer Beteiligung an der DIAKARD GmbH - einen Betrag von jährlich 128.000,00 € bezieht. Andererseits ist Herr Dr. A. auf die Erzielung eines Mindesteinkommens angewiesen [...]"

"[...] Herr Dr. A. wird zum Geschäftsführer der Gesellschaft - jedoch ohne Recht zu ihrer Vertretung - bestellt, und zwar mit der Befugnis und Verpflichtung, die technische Ausstattung der Gesellschaft zu überwachen sowie das bei der Durchführung von Untersuchungen tätige nichtärztliche Personal anzuleiten und zu beaufsichtigen. Für diese Tätigkeit steht

Herrn Dr. A. eine Vorabentnahme von jährlich brutto 98.000,00 € zu, die unabhängig vom Gewinn und Verlust der Gesellschaft in zwölf monatlichen Abschlägen zu zahlen ist. Die Vertragspartner halten ausdrücklich fest, dass die Geschäftsführungstätigkeit von Herrn Dr. A. und deren Vergütung nicht auf einem Anstellungs- oder arbeitnehmerähnlichen Verhältnis, sondern seiner Gesellschafter- und Geschäftsführungsfunktion beruhen.

b) Die Vertragspartner zu 1 bis 3 werden ferner daraufhin wirken, dass die Gesellschaft in der Erprobungsphase einen buchmäßigen Überschuss erzielt, der es Herrn Dr. A. ermöglicht, aus der Gesellschaft die vorgenannte Geschäftsführervergütung zu entnehmen, so dass diese zusammen mit seinen Bezügen aus Vertretungstätigkeiten für die Vertragspartner zu 1 und 2 jährlich brutto 128.000,00 € ausmacht. Hierauf werden angemessene Vorauszahlungen in Höhe von - zusammen - mindestens brutto 10.500,00 € monatlich geleistet [...].

In einer weiteren Vereinbarung heißt es u.a.:

"2. [...] Aus ihrer Vertretungstätigkeit für die von uns betriebene radiologische Gemeinschaftspraxis zahlen wir Ihnen während der Dauer ihrer Gesellschafterbeteiligung an der DIAMED GbR jährlich einen Betrag von brutto 30.000,00 € beginnend mit dem 01.03.2002. Diese Vergütung ist - unabhängig von dem zeitlichen Umfang Ihrer Inanspruchnahme - für Ihre Bereitschaftsverpflichtung fest vereinbart. Sie wird in monatlichen Abschlägen gezahlt.

3. Es besteht allseits Einigkeit, dass aus der hier festgehaltenen Vereinbarung und ihrer Durchführung kein Arbeitsverhältnis entsteht. [...]"

3. STRAFRECHT

A) BVERFG: VERHÄNGUNG EINES VORLÄUFIGEN BERUFSVERBOTS

BVerfG, 2. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 15.12.2005 – 2 BvR 673/05 – www.bverfg.de

RID 06-01-170

Berufsverbot, Berufsausübung

StPO §132a; StGB § 70; GG Art. 12 I

LG Essen, Beschl. v. 29.03.2005 – 26 Qs 30/05 – verletzt den Beschwerdeführer in seinem Grundrecht aus Art. 12 I GG. Er wird aufgehoben. Die Sache wird an das LG zurückverwiesen. Im Übrigen wird die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

Allein das **Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen** rechtfertigt auf Grund der überragenden Bedeutung des **Art. 12 I GG** die Verhängung eines **vorläufigen Berufsverbots** noch nicht. Hinzukommen muss, dass die Anordnung erforderlich ist, um bereits **vor rechtskräftigem Abschluss des Hauptverfahrens Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter abzuwehren**, die aus einer Berufsausübung durch den Beschuldigten resultieren können. Denn nur wenn dies der Fall ist, stellt sich die als Präventivmaßnahme mit Sofortwirkung ausgestaltete Anordnung nach § 132a StPO als Ausdruck der Schrankenregelung des Art. 12 I 2 GG dar. Die Gefahrenlage und die Notwendigkeit, der Gefährdungssituation durch die Verhängung eines vorläufigen Berufsverbots entgegenzuwirken, hat das Gericht in seiner Entscheidung darzulegen und zu erörtern. Gleiches gilt für die gesetzlichen Voraussetzungen des § 132 a StPO und die Angemessenheit der gerichtlichen Maßnahme im konkreten Einzelfall.

Der Umstand, dass die Strafkammer den Beschwerdeführer für **dringend verdächtig** hält, zwei **berufsbezogene Taten** begangen zu haben, begründet für sich gesehen noch **nicht die gesicherte Erwartung**, er werde auch **in Zukunft** im Zusammenhang mit der von ihm ausgeübten Tätigkeit **strafrechtlich** erheblich **in Erscheinung treten**. Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer wegen Nichtabgabe der Einkommensteuererklärung vorbestraft ist, indiziert keine solche Wiederholungsgefahr. Die abgeurteilten Steuervergehen waren keine berufsbezogenen Taten, weshalb sie keinen Rückschluss auf eine Neigung des Beschwerdeführers zulassen, die Ausübung seines Berufs zur Begehung von Straftaten auszunutzen. Darüber hinaus ist der Entscheidung des Landgerichts nicht zu entnehmen, dass das Berufsverbot erforderlich war, um vom Beschwerdeführer ausgehenden konkreten Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter entgegen zu wirken.

Gegen den siebzugjährigen, wegen Nichtabgabe der Einkommensteuererklärung vorbestraften Bf., der in seiner ärztlichen Praxis drogensüchtige Patienten behandelt, ist ein **Strafverfahren** wegen des **Verdachts der Anstiftung von Patienten zu Diebstählen** sowie der **sexuellen Belästigung von Patienten** anhängig. Die Erlöse aus den Diebstählen – so die Anklage – sollten als Bezahlung für entstandene Behandlungskosten dienen. Die Hauptverhandlung vor dem Schöffengericht wurde ausgesetzt, um ein Gutachten über die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Beschwerdeführers einzuholen. Zugleich ordnete das *AG Essen* ein vorläufiges Berufsverbot gegen den Bf. an. Die hiergegen gerichtete Beschwerde verwarf das *LG* als unbegründet. Die **Verfassungsbeschwerde** des Bf. hatte Erfolg.

B) BGH: RUHEN DER DEUTSCHEN APPROBATION

BGH, Urt. v. 13.10.2005 – 3 StR 385/04 - www.bundesgerichtshof.de (NJW 2005, 3732=GesR 2006, 39) **RID 06-01-171**

EU-Angehöriger, Approbation, Ruhen, Arzt, Arztberuf, Heilkunde

BÄO §§ 2, 6, 10b, 13; ZHG § 1 II, 13a, 18 Nr. 2

Leitsatz:

Die Befugnis eines **Staatsangehörigen** eines Mitgliedstaates der **Europäischen Union** zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen (oder zahnärztlichen) Berufs in Deutschland (§ 2 Abs. 3 BÄO, § 1 Abs. 2 ZHG) wird durch das **Ruhen** einer ihm etwa erteilten **deutschen Approbation** nicht berührt.

II. Arzthaftung

1. BGH: VERZÖGERTE ERSTELLUNG EINES ATTESTES FÜR LEBENSVERSICHERUNG

BGH, Urt. v. 22.11.2005 – VI ZR 126/04 – www.bundesgerichtshof.de

RID 06-01-172

Arzt, Risikolebensversicherung, Versicherung, Bevollmächtigung

BGB §§ 180, 286

Leitsätze:

1. Ein Arzt kann haften, wenn es aufgrund der verzögerten Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses nicht zum Abschluss einer Risikolebensversicherung kommt, weil der Patient inzwischen gestorben ist
2. Mahnt eine Versicherung an Stelle des Versicherungsnehmers die Übersendung eines ärztlichen Attestes an, bedarf es einer Bevollmächtigung durch diesen.

2. BELEGARZT

A) BGH: GESAMTSCHULDNERISCHE HAFTUNG

BGH, Urt. v. 08.11.2005 – VI ZR 319/04 – www.bundesgerichtshof.de

RID 06-01-173

Belegarzt, Belegärztegemeinschaft, gesamtschuldnerische Haftung, Gemeinschaftspraxis

BGB §§ 425, 705; SGB V § 115 II, 121

Leitsätze:

1. Im **kooperativen Belegarztwesen** verbundenen Ärzten stehen **dieselben Rechtsformen** zur Organisation ihrer Zusammenarbeit offen **wie bei ambulanter ärztlicher Tätigkeit**.
2. Zur Frage der **gesamtschuldnerischen Haftung** einer Belegärztegemeinschaft.

B) KLINIKSHAFTUNG FÜR BELEGARZT/VERSPÄTETE AUFKLÄRUNG

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 11.10.2005 – 8 U 47/04 – www.vg-frankfurt.justiz.hessen.de

RID 06-01-174

Belegarzt, Arzthaftung, Schönheitsoperation, Aufklärung, Aufklärungspflicht, Arzt, Rechtzeitigkeit

BGB §§ 31, 89, 823, 846

Leitsätze:

1. Auch die **Klinik** kann für ein **Verschulden ihres Belegarztes haften**, wenn der Pflichtverstoß zugleich seinen Wirkungskreis als **Geschäftsführer der Klinik** tangiert.
2. Die **Aufklärung am Vorabend** einer Schönheitschirurgischen Operation (Bauchdeckenstraffung) ist **verspätet**, wenn die Patientin erstmals mit erheblichen kosmetischen Folgen - wie einer deutlichen Vergrößerung der bereits existenten Unterbauchnarbe (15 auf 45 cm) oder mit längerfristigen Sensibilitätsstörungen - konfrontiert wird.
3. Bei einer kunstgerecht, aber ohne rechtzeitige Aufklärung durchgeführten Bauchdeckenstraffung rechtfertigen die vorgenannten Beschwerden und Nachteile ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 6.000 €

3. SELBSTÄNDIGES BEWEISVERFAHRENS

OLG Naumburg, Beschl. v. 14.11.2005 – I W 18/05 – juris
Arzthaftung, Beweisverfahren
BGB § 823

RID 06-01-175

Leitsatz:

Zur Zulässigkeit eines selbständigen Beweisverfahrens im Arzthaftungsstreit (hier: abgelehnt)

4. EINWILLIGUNG: AUFKLÄRUNG ÜBER RISIKEN DURCH VORSCHÄDIGUNG

OLG Hamm, Urt. v. 15.06.2005 – 3 U 289/04 – www.justiz.nrw.de

RID 06-01-176

Nierenfunktionsstörung, Koronarangiographie, Herzkatheteruntersuchung, Nierenversagen, Vorschädigung
BGB § 823

Auch bei einem Patienten mit leichten Nierenfunktionsstörungen gehört das Auftreten akuten **Nierenversagens** zum typischen **Risiko eines koronarangiographischen Eingriffs**. In diesem Fall ist das Risiko des Nierenversagens aufgrund einer arteriellen Herzkatheteruntersuchung und Koronarangiographie bei vorstehender Nierenfunktionsstörung ein **aufklärungsbedürftiges Risiko**. Eine **wirksame Einwilligung** setzt aber voraus, dass der Patient von seiner Vorschädigung weiß bzw. von der Behandlungsseite darüber unterrichtet wird.

5. AUGENARZT: ÜBERWACHUNG EINER FRÜHGEBORENE-RETINOPATHIE/AUGENHINTERGRUND

OLG Nürnberg, Urt. v. 24.06.2005 – 5 U 1046/04 – juris

RID 06-01-177

Augenarzt, Kind, Retinopathie, Kontrolluntersuchung, Augenhintergrund, Schmerzensgeld
BGB §§ 823, 847

Leitsätze:

1. Ein **Augenarzt**, der es übernommen hat, ein frühgeborenes Kind im Hinblick auf die Gefahr einer **Frühgeborenen-Retinopathie** zu **überwachen**, hat bei jeder Kontrolluntersuchung selbst dafür zu sorgen, dass er den Augenhintergrund immer ausreichend einsehen kann. Andernfalls muss er zumindest für eine zeitnahe anderweitige fachärztliche Untersuchung Sorge tragen.
2. Zur Bemessung des **Schmerzensgeldes**, wenn diese Befunderhebungspflicht verletzt wird und das betroffene Kind eine **Netzhautablösung** erleidet.

6. GYNÄKOLOGE: ORGANISATIONSVERSCHULDEN BEI UNZUREICHENDEM NOTFALLMANAGEMENT

OLG Hamm, Urt. v. 30.05.2005 – 3 U 297/04 –

RID 06-01-178

Gynäkologe, Entbindung, Organisationsverschulden, Notfallmanagement, Kaiserschnitt
BGB § 823

Ein Arzt, der in seinen Praxisräumen **ambulante Entbindungen** durchführt, haftet wegen **Organisationsverschulden**, wenn er während der Geburt **kein ausreichendes Notfallmanagement** gewährleisten kann, insbesondere nicht in der Lage ist, einen **Kaiserschnitt** vorzunehmen.

7. NEUE METHODE ALS QUALITÄTSSTANDARD: MAMMOGRAPHIE

OLG Hamm, Urt. v. 31.08.2005 – 3 U 277/04 – www.justiz.nrw.de

RID 06-01-179

Qualitätsstandard, Methode, Mammographie
BGB § 823

Allein das Vorhandensein neuerer wissenschaftlicher Erkenntnis führt noch nicht zwangsläufig dazu, eine bestimmte Behandlungsmethode als überholt und nicht mehr vertretbar anzusehen. Vielmehr ist eine **Überschreitung des zu fordernden Qualitätsstandards** erst dann gegeben, wenn die Vorzugswürdigkeit der **neuen Methode** im wesentlichen **unumstritten** ist. Im Jahre 2000 war jedoch der Nutzen einer regelmäßigen Mammographie noch nicht außer Streit.

8. BEFANGENHEIT EINES SACHVERSTÄNDIGEN: UNIVERSITÄTSBEDIENTETER

OLG Nürnberg, Beschl. v. 29.09.2005 – 5 W 1834/05 – juris
Befangenheit, Sachverständiger, Universitätsklinik
ZPO §§ 42, 406 I

RID 06-01-180

Leitsatz:

Die Besorgnis der **Befangenheit eines Sachverständigen** ist gerechtfertigt, wenn das beklagte Land wegen einer fehlerhaften medizinischen Behandlung in einer von ihm getragenen Universitätsklinik in Anspruch genommen wird, und der **Gutachter** dem medizinischen Fachbereich einer anderen **Universität desselben Landes** als wissenschaftlicher Mitarbeiter angehört.

9. BEFREIUNG VON HONORARVERBINDLICHKEIT

LG Karlsruhe, Urf. v. 28.04.2005 – 8 O 362/04 – NJW-RR 2005, 1507 = juris
Dienstvertrag, Honorar, Schadensersatzanspruch, positiver Vertragsverletzung
BGB §§ 280, 281

RID 06-01-181

Leitsätze:

Aus den Besonderheiten eines **Dienstvertrages** folgt, dass bei Schlechterfüllung des Vertrages die **Rückforderung des geleisteten Honorars nicht** wie beim Werkvertrag **verlangt** werden kann. Der Dienstberechtigte kann jedoch einen **Schadensersatzanspruch wegen positiver Vertragsverletzung** bzw. gemäß den §§ 280, 281 BGB n. F. **entgegenhalten**, durch den er im Ergebnis von der Honorarverbindlichkeit befreit wird. Einer Aufrechnungserklärung bedarf es nicht. Hat er bereits gezahlt, kann er Rückzahlung verlangen.

III. Unlauterer Wettbewerb

1. BETEILIGUNG AN VERTRIEBSFIRMA FÜR HÖRGERÄTE UND VERKÜRZTER VERSORGUNGSWEG

OLG Köln, Urf. v. 04.11.2005 – 6 U 46/05 – www.justiz.nrw.de
Hörgerät, Hörgeräteabgabe, verkürzter Versorgungsweg, Berufsrecht
UWG §§ 3, 4 Nr. 1, 2, 10 u. 11, 5; GG Art. 12 I; MBO §§ 3 II, 30 III, 33 I, 34 V

RID 06-01-182

Die Einbindung eines **HNO-Arztes** in die Abgabe von **Hörgeräten** im **sog. verkürzten Versorgungsweg** ist mit dem ärztlichen Berufsrecht vereinbar (vgl. BGH NJW 2000, 2745). Eine Vergütung von hier bis zu 175 Euro ist angemessen.

Die Verbindung einer finanziellen **Beteiligung des Arztes an einer Aktiengesellschaft** und seine Einbindung in die Hörgeräteabgabe im **sog. verkürzten Versorgungsweg** ist zulässig.

Die **Werbung gegenüber HNO-Ärzten** für einen Erwerb von Aktien mit der Angabe, dass es Ziel sei, die Abgabe von Hörgeräten im breiten Stil in den Besitz von Ärzten zu überführen und den HNO-Ärzten die Möglichkeit zu geben, **vom Geschäft mit den Hörgeräten zu profitieren**, indem diese für ein einmaliges Investment von 20.000 Euro in eine Aktienbeteiligung mittels Abgabe von Hörgeräten im sog. verkürzten Versorgungsweg und den durch die Zuweisungspraxis zu beeinflussenden Gewinn der AG jährlich weit über 30.000 Euro erwirtschaften könnten, ist wettbewerbswidrig.

2. GUTSCHEIN BEI ARZNEIMITTELBESTELLUNG

OLG Naumburg, Urf. v. 26.08.2005 – 10 U 16/05 – juris
Internetapotheke, Gutschein, Arzneimittel
HWG

RID 06-01-183

Leitsatz:

Eine Internetapotheke, die für jedes Rezept einen **Gutschein** im Wert von **5 EURO auslobt**, der beim Einkauf rezeptfreier Artikel eingelöst werden kann, und für die Erstbestellung einen Gutschein über 2 x 5 EURO auslobt, verstößt nicht gegen das Heilmittelwerbegesetz und auch nicht gegen arzneimittelrechtliche Preisbestimmungen.

IV. BGH: Grenzen der Amtshaftung bei Verhandlung über Gesamtvergütung

BGH, Beschl. v. 21.12.2005 - III ZR 333/04 - www.bundesgerichtshof.de

RID 06-01-184

Amtshaftung, Ermittlungspflicht, Kassenärztliche Vereinigung, Gesamtvergütung
BGB § 839; SGB V §§ 71, 85 III

Leitsätze:

Zu Ermittlungspflichten einer Kassenärztlichen Vereinigung im Vorfeld von Verhandlungen über die Veränderung einer durch mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zu schließenden Vertrag.

Auszug aus den Gründen:

„(...) Es entspricht auch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, dass aus dem **objektiv-rechtlichen Gebot angemessener Vergütung ärztlicher Leistungen** regelmäßig **kein (subjektiver) Anspruch auf höhere Vergütung** der Leistungen hergeleitet werden kann (vgl. BSGE 75, 187, 189 ff und das in dem Rechtsstreit der Parteien über die Höhe der Vergütung für die Quartale III/1997 bis II/1998 ergangene Urteil BSGE 94, 50 Rn. 117). Lediglich in Fällen, in denen das Kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre, hat das Bundessozialgericht ein subjektives Recht des Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung in Betracht gezogen (vgl. BSGE 75, 187, 191; 94, 50 Rn. 117, 122, 140 f), im Fall des Klägers sowie für die Arztgruppe der Radiologen für das dem hier zu beurteilenden Zeitraum vorangegangene Jahr aber verneint. Nur in dem Rahmen, in dem das Bundessozialgericht einen **subjektiven Anspruch auf eine bestimmte Höhe der Vergütung annimmt**, kann ein Vertragsarzt unter dem Gesichtspunkt, dass eine ihm gegenüber bestehende Amtspflicht betroffen ist, **amtshaftungsrechtlichen Schutz** in Anspruch nehmen. Vor diesem Hintergrund hält die Beschwerde vor allem die Frage für grundsätzlich, welche Ermittlungen die Kassenärztlichen Vereinigungen anzustellen haben, bevor sie die Verhandlungen über den Gesamtvertrag aufnehmen. Sie steht auf dem Standpunkt, der Beklagten habe es obgelegen, sich über die Praxiskosten der hessischen Vertragsarztgruppen zu informieren, um in der Lage zu sein, unter Berücksichtigung eines angemessenen "Arztlohnes" in die Honorarverhandlungen mit den Kassen zu gehen.

a) Diese Frage kann durch die ordentlichen Gerichte nicht abstrakt in der Weise beantwortet werden, dass für den vertragsärztlichen Bereich allgemeine Leitlinien für ein amtspflichtgemäßes Verhalten der Kassenärztlichen Vereinigungen im Vorfeld ihrer Aufgaben zur Aushandlung von Gesamtvergütungen entwickelt werden. Dies ließe außer Betracht, dass das gesamte vertragsärztliche System auf Vereinbarungen beruht, mit denen - auch unter einem Ausgleich widerstreitender Interessen - Kompromisse gefunden werden müssen. Soweit die Beschwerde daher von der Beklagten eine **bestimmte Ermittlungstätigkeit** erwartet und von ihr als nicht erfüllt ansieht, kann es im Hinblick auf die verfolgten amtshaftungsrechtlichen Ansprüche nur darum gehen, ob die Beklagte solche Ermittlungen unterlassen hat, die geboten gewesen wären, um einen auf eine bestimmte Höhe der Vergütung bezogenen subjektiven Anspruch des Klägers im Rahmen ihrer Möglichkeiten durchzusetzen. Das Bundessozialgericht hat sich im Zusammenhang mit der Frage, ob der Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten rechtswidrig ist, auch damit befasst, wie es zu bewerten wäre, wenn die Vertreterversammlung bei seinem Erlass möglicherweise keine umfassenden Informationen über die Kosten- und Ertragslage der Radiologen gehabt hätte (BSGE 94, 50 Rn. 43 f). (...)

d) Ausgehend von diesen **Grundsätzen zur Ermittlungspflicht**, die auch eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht einschließt, und von dem durch § 85 Abs. 3 SGB V gesteckten rechtlichen Rahmen kann der Vorwurf des Klägers, der frühere Vorsitzende der Beklagten sei völlig ohne Kenntnis der Kosten- und Ertragssituation der radiologischen Vertragsärzte in die Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden eingetreten, **Amtshaftungsansprüche nicht begründen**. Denn es oblag der Beklagten nicht, sich angesichts der bisherigen Entwicklung der Honorare auch für die Vertragsarztgruppe der Radiologen, wie sie in dem angeführten Urteil BSGE 94, 50 eingehend dargestellt wird, in der vom Kläger geforderten Art und Weise über die Kostensituation speziell der Radiologen zu informieren, ehe sie im Frühjahr 1998 in die Vertragsverhandlungen über eine Veränderung der Gesamtvergütung 1998 eintrat. (...)

V. Arzneimittel/Betäubungsmittel

1. BVERWG : BETÄUBUNGSMITTEL ZU THERAPEUTISCHEN ZWECKEN (CANNABIS)

BVerwG, Urt. v. 19.05.2005 – 3 C 17/04 – www.bverwg.de = NJW 2005, 3300

RID 06-01-185

Betäubungsmittel, Cannabis, Multiple Sklerose

BtMG 1981 § 3 II, 5 I Nr 6, II, 13 I; GG Art. 1, 2 II

Leitsatz:

Der Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb von Cannabis zur Behandlung einer **Multiple-Sklerose-Erkrankung** beim Antragsteller kann nicht nach § 3 Abs. 2 BtMG (BtMG 1981) mit der Begründung abgelehnt werden, eine solche Behandlung liege nicht im öffentlichen Interesse.

2. KEIN BESTELL- UND ABHOLSERVICE FÜR ARZNEIMITTEL IN DROGERIEMÄRKTEN

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.08.2005 – 13 B 426/05 – GesR 2005, 474

RID 06-01-186

Arzneimittel, Drogeriemarkt, Bestell- und Abholservice

AMG 1976 § 4 XVII, 43 I 1, 69 I 1, 73 I 1

Leitsatz:

Zur Vereinbarkeit der Bestellung und Abholung von Arzneimitteln in Drogeriemärkten u. a. mit arzneimittel- und apothekenrechtlichen Vorschriften.

VI. Verschiedenes

1. EUGH

A) GENERALANWALT: AUSLANDSKRANKENBEHANDLUNG - KEINE ERSTATTUNG DER REISEKOSTEN

Generalanwalt EuGH, Antrag v. 19.01.2006 – C-446/04 - www.curia.eu

RID 06-01-187

Manuel Acereda Herrera gegen Servicio Cántabro de Salud

1. Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 sowie Artikel 36 der Verordnung Nr. 1408/71 können nicht dahin ausgelegt werden, dass sie die vom zuständigen Träger erteilte Genehmigung, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedstaats zu begeben, um dort eine angemessene medizinische Behandlung zu erhalten, dem Betroffenen auch einen Anspruch auf Erstattung der Kosten der Reise, des Aufenthalts und der Verpflegung im Gebiet des fraglichen Mitgliedstaats durch den Träger, der die Genehmigung erteilt hat, verschafft.

2. Die Artikel 10 EG und 249 EG stehen Bestimmungen eines Mitgliedstaats von der Art derjenigen nicht entgegen, um die es im Ausgangsverfahren geht und die bei Sachverhalten, die unter Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a fallen, eine günstigere Kostenerstattung als bei Sachverhalten vorsehen, die unter Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c fallen

B) GENERALANWALT: ENGLISCHES WAITESYSTEM FÜR OPERATIONEN RECHTSWIDRIG

Generalanwalt EuGH, Antrag v. 15.12.2005 – C-374/04 - www.curia.eu

RID 06-01-188

The Queen auf Antrag von Yvonne Watts gegen Bdford Primary Care Trust und Secretary of State for Health:

1. Artikel 49 EG verwehrt es den Mitgliedstaaten, einen nationalen Gesundheitsdienst wie den NHS im Vereinigten Königreich zu unterhalten, der für die Prüfung der Anträge von Personen, die diesem System angeschlossen sind, auf Genehmigung einer Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat kein Verfahren zur Verfügung stellt, das auf objektiven, nichtdiskriminierenden und transparenten Kriterien beruht. Es ist für die Anwendung des Artikels 49 EG irrelevant, ob die vom NHS gewährte Krankenhausbehandlung selbst die Erbringung von Dienstleistungen im Sinne des Artikels 49 EG ist.

2. Weder a) die Tatsache, dass eine Genehmigung das NHS-System der Verwaltung ärztlicher Prioritäten über Wartelisten ernsthaft untergraben würde, noch b) die Tatsache, dass eine Genehmigung Patienten mit weniger dringendem Behandlungsbedarf Vorrang gegenüber Patienten mit dringenderem Behandlungsbedarf einräumen würde, noch c) die Tatsache, dass eine Genehmigung zur Folge hätte, dass Mittel verlagert würden, um weniger dringende Behandlungen für diejenigen zu finanzieren, die bereit sind, ins Ausland zu reisen, wodurch diejenigen, die nicht ins Ausland reisen können oder wollen, benachteiligt würden oder sich die Kosten der NHS-Einrichtungen erhöhen würden, noch d) die Tatsache, dass eine Genehmigung möglicherweise zur Folge

hätte, dass das Vereinigte Königreich zusätzliche Mittel für den NHS-Haushalt zur Verfügung stellen oder den Umfang der im Rahmen des NHS verfügbaren Behandlungen einschränken müsste, noch e) die Vergleichskosten für die Behandlung und die damit verbundenen Nebenkosten in dem anderen Mitgliedstaat rechtfertigen die Versagung der vorherigen Genehmigung einer Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat, es sei denn, diese Umstände werden in dem Zusammenhang von Wartelisten geprüft, die derart geführt werden, dass sie individuelle medizinische Bedürfnisse von Patienten ausreichend berücksichtigen und in dringenden Fällen eine Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat ermöglichen.

3. Für die Feststellung, ob eine Behandlung im Sinne des Artikels 49 EG rechtzeitig verfügbar ist, ist es zulässig, Wartezeiten und die klinische Priorität, die die zuständige NHS-Einrichtung der Behandlung einräumt, zu berücksichtigen, sofern diese auf konkreten Angaben über den Krankheitszustand des Patienten im Zeitpunkt der Entscheidung, über seine Krankengeschichte und über den voraussichtlichen Verlauf der Krankheit, die dieser Patient behandeln lassen möchte, beruhen.

4. Bei richtiger Auslegung des Artikels 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 und insbesondere der Wendung „in einem Zeitraum, der für diese Behandlungen normalerweise erforderlich ist“ sind die anzuwendenden Kriterien mit denen identisch, die bei der Beantwortung von Fragen der „Rechtzeitigkeit“ für die Zwecke des Artikels 49 EG anwendbar sind.

5. Ist ein Mitgliedstaat nach dem Gemeinschaftsrecht verpflichtet, einer Person mit gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Mitgliedstaat die Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat, die außerhalb des Rahmens des Artikels 22 der Verordnung Nr. 1408/71 in Anspruch genommen wurde, zu finanzieren, so sind die Kosten dieser Behandlung nach dem Recht des Aufenthaltsmitgliedstaats zu berechnen. Sind Tarife für die Berechnung der Erstattung nicht vorhanden, ist die Erstattung nach den tatsächlichen Kosten der in Anspruch genommenen Behandlung zu berechnen. Die im Zusammenhang mit der in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommenen Krankenhausbehandlung angefallenen Reise- und Unterbringungskosten sind nur erstattungsfähig, wenn dies für die Behandlung im Staatsgebiet nach innerstaatlichem Recht vorgesehen ist.

6. Artikel 49 EG erlaubt es nicht, Haushaltsüberlegungen bei der Entscheidung zu berücksichtigen, ob ein Mitgliedstaat zur Finanzierung der Kosten der Krankenhausbehandlung verpflichtet ist, die in einem anderen Mitgliedstaat erbracht wird, sofern nicht dargetan ist, dass die Erfüllung dieser Verpflichtung in einem umfassenderen Rahmen das finanzielle Gleichgewicht des nationalen Gesundheitssystems gefährden würde. Haushaltsüberlegungen dürfen in Entscheidungen, mit denen eine Genehmigung nach Artikel 22 Absatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 versagt wird, nicht berücksichtigt werden. Diese Auslegung ist in vollem Umfang mit Artikel 152 Absatz 5 EG vereinbar.

C) KEIN ANSPRUCH AUF GLEICHEN LOHN FÜR BEREITSCHAFTSDIENST

EuGH, Urt. v. 01.12.2005 – C-14/04 - www.curia.eu

RID 06-01-189

Sozialpolitik, Arbeitszeit, Höchstarbeitszeit, Bereitschaftsdienst
Richtlinie 93/104/EG

Die Richtlinie 93/104/EG des Rates vom 23. November 1993 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung ist dahin auszulegen, dass sie der Regelung eines Mitgliedstaats entgegensteht, die für Bereitschaftsdienst, den die Arbeitnehmer bestimmter sozialer und medizinisch-sozialer Einrichtungen in Form persönlicher Anwesenheit am Arbeitsort leisten, für die Zwecke der Berechnung der tatsächlichen Arbeitszeit eine Gleichwertigkeitsregelung wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende vorsieht, wenn die Einhaltung der Gesamtheit der in dieser Richtlinie zum wirksamen Schutz der Sicherheit und der Gesundheit der Arbeitnehmer aufgestellten Mindestvorschriften nicht gewährleistet ist.

Falls das nationale Recht insbesondere für die wöchentliche Höchstarbeitszeit eine für die Arbeitnehmer günstigere Obergrenze festlegt, sind die für die Beachtung der in der Richtlinie vorgesehenen Schutzbestimmungen maßgeblichen Schwellenwerte oder Obergrenzen ausschließlich die in dieser Richtlinie festgelegten.

D) VERMIETUNG VON FERNSEHGERÄTEN AN KRAKENHAUSPATIENTEN UND UMSATZSTEUER

EuGH, Urt. v. 01.12.2005 – C-394/04, 395/04 - www.curia.eu

RID 06-01-190

Krankenhausbehandlung, Heilbehandlung, Telefon, Vermietung, Fernsehgerät, Krankenhauspatienten
Sechste Richtlinie 77/388/EWG

1. Die Zurverfügungstellung eines Telefons und die Vermietung von Fernsehgeräten an Krankenhauspatienten durch unter Artikel 13 Teil A Absatz 1 Buchstabe b der Sechsten Richtlinie 77/388/EWG des Rates vom 17. Mai 1977 zur Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Umsatzsteuern – Gemeinsames Mehrwertsteuersystem: einheitliche steuerpflichtige Bemessungsgrundlage fallende Personen sowie die Unterbringung und Verpflegung

von Begleitpersonen dieser Patienten durch diese Personen stellen in der Regel keine mit der Krankenhausbehandlung und der ärztlichen Heilbehandlung eng verbundenen Umsätze im Sinne dieser Vorschrift dar. Etwas anderes kann nur gelten, wenn diese Leistungen zur Erreichung der mit der Krankenhausbehandlung und der ärztlichen Heilbehandlung verfolgten therapeutischen Ziele unerlässlich sind und nicht im Wesentlichen dazu bestimmt sind, ihrem Erbringer zusätzliche Einnahmen durch die Erzielung von Umsätzen zu verschaffen, die in unmittelbarem Wettbewerb mit Umsätzen der Mehrwertsteuer unterliegender gewerblicher Unternehmen getätigt werden.

2. Es ist Sache des vorlegenden Gerichts, unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände der bei ihm anhängigen Rechtsstreitigkeiten und gegebenenfalls des Inhalts der für die betroffenen Patienten erstellten ärztlichen Verschreibungen zu bestimmen, ob die erbrachten Leistungen diese Voraussetzungen erfüllen.

2. ENTZUG DER APPROBATION EINES APOTHEKERS WEGEN MORDES

VG Freiburg, Urt. v. 09.11.2005 – 1 K 1441/05 –

RID 06-01-191

Mord, Apotheker, Approbation

Ein wegen Mordes rechtskräftig verurteilter Apotheker ist unwürdig zur Ausübung des Apothekerberufs und es kann ihm die Approbation entzogen werden. Dies verletzt weder das Grundrecht auf Berufsfreiheit noch den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz.

Vgl. Pressemitteilung v. 21.11.2005 - <http://vgfreiburg.de> -.

3. RETTUNGSDIENST: ANORDNUNG VON BEREITSCHAFTSDIENST

OVG Niedersachsen, Urt. v. 07.12.2005 – 11 LC 91/04 – www.dbovg.niedersachsen.de

RID 06-01-192

Arbeitsschutz, Arbeitszeit, Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst, Tarifvertrag, Wirtschaftlichkeitsgebot

NRettDG §§ 15 I, 18 I u. IV, RL 93/104/EG § 2 I; RettDBedV § 2 III

Leitsätze:

1. Ein Rettungsdienststräger verstößt gegen das im Nds. Rettungsdienstgesetz verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot, wenn er von der tarifvertraglichen Möglichkeit der Einführung von Bereitschaftsdienst für das Rettungsdienstpersonal keinen Gebrauch macht. Die Kostenträger sind nicht verpflichtet, die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.

2. Die Anordnung von Bereitschaftsdienst verletzt nicht Art. 2 Abs. 1 der gemeinschaftsrechtlichen Arbeitszeit-Richtlinie (RL 93/104/EG).

4. BAG: HÖCHSTGRENZE VON 48 WOCHENSTUNDEN GILT AUCH FÜR ALT-TARIFVERTRÄGE

BAG, Beschl. v. 24.01.2006 – 1 ABR 6/05 –

RID 06-01-193

Arbeitszeit, Arbeitsbereitschaft, Bereitschaftsdienst

BGB § 823; ArbZG § 7 I Nr. 1a, VIII

Nach § 7 Abs. 1 Nr. 1a des Arbeitszeitgesetzes v. 24.12.2003 kann in einem **Tarifvertrag** eine werktägliche **Arbeitszeit von mehr als zehn Stunden** vorgesehen werden, wenn in die Arbeitszeit in erheblichem Umfang **Arbeitsbereitschaft** oder **Bereitschaftsdienst** fällt. Werden solche verlängerten Arbeitszeiten tariflich zugelassen, muss gemäß § 7 Abs. 8 ArbZG gewährleistet sein, dass die Arbeitszeit einschließlich Arbeitsbereitschaft und Bereitschaftsdienst **im Durchschnitt von zwölf Monaten 48 Wochenstunden nicht überschreitet**. Eine Ausnahme gilt auch nicht für **Alt-Tarifverträge**. Zwar bleiben nach § 25 Satz 1 ArbZG Tarifverträge, die am 1. Januar 2004 bereits galten, von der Einhaltung bestimmter gesetzlicher Höchstgrenzen bis zum 31. Dezember 2006 unberührt. Entgegen einem weit verbreiteten Verständnis wird aber von dieser Übergangsregelung die 48-Stunden-Grenze nicht erfasst. Das ergibt die gebotene europarechtskonforme Auslegung der Vorschrift.

Der Erste Senat des Bundesarbeitsgerichts hat deshalb - anders als das Arbeitsgericht - den Spruch einer betrieblichen Einigungsstelle für wirksam erachtet, der Schichtzeiten von durchschnittlich nicht mehr als 48 Wochenstunden vorsieht. Die Einigungsstelle durfte die darüber hinausgehenden Möglichkeiten der Arbeitszeitverlängerung im Tarifvertrag für die **Beschäftigten des Deutschen Roten Kreuzes** in seiner Fassung vom 9. Juni 1999 nicht ausschöpfen.

Vgl. Pressemitteilung Nr. 4/06 - www.bundesarbeitsgericht.de -

5. STEUERRECHT

A) BFH: LIQUIDATION WAHLÄRZTLICHER LEISTUNGEN ALS ARBEITSLOHN

BFH, Urt. v. 30.06.2005 - V R 1/02 - www.bundesfinanzhof.de

RID 06-01-194

Chefarzt; Liquidationsrecht;

EStG § 38 I 1 Nr. 1, FGO §§ 100 I 4, 139 IV

Leitsatz:

Ein angestellter Chefarzt bezieht mit den Einnahmen aus dem ihm eingeräumten Liquidationsrecht für die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen in der Regel Arbeitslohn, wenn die wahlärztlichen Leistungen innerhalb des Dienstverhältnisses erbracht werden.

B) BFH: UMSATZSTEUER FÜR LEGASTHENIE-THERAPIE

BFH, Urt. v. 18.08.2005 - V R 71/03 - www.bundesfinanzhof.de

RID 06-01-195

Umsatzsteuer, Jugendamt, Legasthenie-Therapeutin

UStG 1999 § 4 Nr. 14

Leitsätze:

1. Umsätze aus Legasthenie-Behandlungen sind grundsätzlich nicht nach § 4 Nr. 14 UStG 1999 steuerfrei.
2. Umsätze aus Legasthenie-Behandlungen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII erbracht und gegenüber dem Träger für die betreffende Sozialleistung abgerechnet werden, sind nach Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. g der Richtlinie 77/388/EWG steuerfrei.

Verzeichnis der Entscheidungen

BAG , Beschl. v. 24.01.2006 - 1 ABR 6/05 -	RID 06-01-193
BFH , Urt. v. 30.06.2005 - V R 1/02 -	RID 06-01-194
BFH , Urt. v. 18.08.2005 - V R 71/03 -	RID 06-01-195
BGH , Urt. v. 21.04.2005 - I ZR 201/02 -	RID 06-01-168
BGH , Urt. v. 13.10.2005 - 3 StR 385/04 -	RID 06-01-171
BGH , Urt. v. 08.11.2005 - VI ZR 319/04 -	RID 06-01-173
BGH , Urt. v. 22.11.2005 - VI ZR 126/04 -	RID 06-01-172
BGH , Beschl. v. 21.12.2005 - III ZR 333/04 -	RID 06-01-184
BSG , Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R -	RID 06-01-79
BSG , Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 20/04 R -	RID 06-01-80
BSG , Beschl. v. 22.06.2005 - B 6 KA 20/05 B -	RID 06-01-77
BSG , Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 80/03 R -	RID 06-01-78
BSG , Urt. v. 05.07.2005 - B 1 KR 12/03 -	RID 06-01-156
BSG , Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 6/04 R -	RID 06-01-76
BSG , Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 34/04 R -	RID 06-01-74
BSG , Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 35/04 R -	RID 06-01-73
BSG , Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 38/04 R -	RID 06-01-75
BSG , Urt. v. 01.09.2005 - B 3 KR 19/04 R -	RID 06-01-158
BSG , Urt. v. 01.09.2005 - B 3 KR 3/04 R -	RID 06-01-161
BSG , Urt. v. 01.09.2005 - B 3 KR 34/04 R -	RID 06-01-160
BSG , Urt. v. 27.09.2005 - B 1 KR 6/04 R -	RID 06-01-155
BSG , Urt. v. 27.09.2005 - B 1 KR 28/03 R -	RID 06-01-154
BSG , Beschl. v. 28.09.2005 - B 6 KA 19/05 B -	RID 06-01-82
BSG , Beschl. v. 28.09.2005 - B 6 KA 27/05 B -	RID 06-01-81
BSG , Urt. v. 28.09.2005 - B 6 KA 70/04 R -	RID 06-01-83
BSG , Urt. v. 10.11.2005 - B 3 KR 31/04 R -	RID 06-01-157
BSG , Urt. v. 10.11.2005 - B 3 KR 38/04 R -	RID 06-01-159
BVerfG , Besch. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 -	RID 05-04-84
BVerfG , 2. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 15.12.2005 - 2 BvR 673/05 -	RID 06-01-170
BVerwG , Urt. v. 19.05.2005 - 3 C 17/04 -	RID 06-01-185
EuGH , Urt. v. 01.12.2005 - C-14/04 -	RID 06-01-189
EuGH , Urt. v. 01.12.2005 - C-394/04, 395/04 -	RID 06-01-190
Generalanwalt EuGH , Antrag v. 15.12.2005 - C-374/04 -	RID 06-01-188
Generalanwalt EuGH , Antrag v. 19.01.2006 - C-446/04 -	RID 06-01-187
LAG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 18.10.2005 - 5 Sa 64/05 -	RID 06-01-169
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.02.2005 - L 5 KA 3191/04 -	RID 06-01-40
LSG Baden-Württemberg , B. v. 06.04.2005 - L 5 KA 5485/04 W-B -	RID 06-01-69
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.07.2005 - L 4 KR 4824/03 -	RID 06-01-140
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.07.2005 - L 11 KR 729/05 -	RID 06-01-117
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.09.2005 - L 4 KR 1094/04 -	RID 06-01-103

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 25.10.2005 – L 11 KR 2788/05 –	RID 06-01-102
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 02.11.2005 – L 5 KA 91/04 –	RID 06-01-07
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 02.11.2005 – L 5 KA 1002/03 –	RID 06-01-04
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 02.11.2005 – L 5 KA 4427/03 –	RID 06-01-05
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 02.11.2005 – L 5 KA 4486/03 –	RID 06-01-06
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.11.2005 – L 5 KA 1484/05 –	RID 06-01-52
LSG Baden-Württemberg, B. v. 23.11.2005 – L 5 KR 2351/05 W-A –	RID 06-01-153
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.11.2005 – L 5 KA 4019/04 –	RID 06-01-64
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.11.2005 – L 5 KA 5284/04 –	RID 06-01-63
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2005 – L 11 KR 3018/05 –	RID 06-01-101
LSG Baden-Württemberg, B. v. 22.12.2005 – L 5 KR 4180/05 ER-B –	RID 06-01-106
LSG Bayern , Urt. v. 25.08.2005 – L 4 KR 169/05 –	RID 06-01-111
LSG Bayern, Urt. v. 06.10.2005 – L 4 KR 214/03 –	RID 06-01-87
LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2005 – L 3 KA 5012/04 –	RID 06-01-28
LSG Bayern, Urt. v. 10.11.2005 – L 4 KR 179/04 –	RID 06-01-116
LSG Bayern, Beschl. v. 21.11.2005 – L 4 KR 60/05 –	RID 06-01-93
LSG Bayern, Beschl. v. 30.12.2005 – L 4 B 613/05 KR ER –	RID 06-01-98
LSG Berlin , Urt. v. 19.01.2005 – L 9 KR 98/02 –	RID 06-01-108
LSG Berlin, Urt. v. 19.01.2005 – L 9 KR 117/02 –	RID 06-01-89
LSG Berlin, Urt. v. 19.01.2005 – L 9 KR 19/02 –	RID 06-01-90
LSG Berlin, Urt. v. 02.03.2005 – L 9 KR 19/01 –	RID 06-01-150
LSG Berlin, Urt. v. 04.03.2005 – L 7 KA 303/02 –	RID 06-01-02
LSG Berlin, Beschl. v. 13.04.2005 – L 7 B 44/04 KA –	RID 06-01-65
LSG Berlin, Urt. v. 19.04.2005 – L 7 B 264/03 KA –	RID 06-01-70
LSG Berlin, Urt. v. 19.04.2005 – L 7 B 265/03 KA –	RID 06-01-71
LSG Berlin, Beschl. v. 27.04.2005 – L 9 B 65/05 KR ER –	RID 06-01-149
LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 20.09.2005 – L 24 KR 51/03 –	RID 06-01-131
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 21.10.2005 – L 1 KR 31/03 –	RID 06-01-114
LSG Hamburg , Beschl. v. 22.08.2005 – L 1 B 248/03 ER –	RID 06-01-86
LSG Hamburg, Beschl. v. 29.09.2005 – L 1 B 280/05 ER KR –	RID 06-01-124
LSG Hamburg, Beschl. v. 14.12.2005 – L 2 B 350/05 ER KA –	RID 06-01-08
LSG Hessen , Urt. v. 21.04.2005 – L 1 KR 33/04 –	RID 06-01-127
LSG Hessen, Beschl. v. 14.07.2005 – L 6/7 KA 74/04 NZB –	RID 06-01-27
LSG Hessen, Beschl. v. 19.09.2005 – L 8 KR 125/05 ER –	RID 06-01-85
LSG Hessen, Beschl. v. 05.10.2005 – L 4 B 79/05 KA –	RID 06-01-68
LSG Hessen, Beschl. v. 27.10.2005 – L 8 KR 190/05 ER –	RID 06-01-104
LSG Hessen, Beschl. v. 18.11.2005 – L 4 KA 38/05 ER –	RID 06-01-67
LSG Hessen, Urt. v. 14.12.2005 – L 4 KA 41/05 –	RID 06-01-56
LSG Hessen, Beschl. v. 20.12.2005 – L 4 KA 42/05 ER –	RID 06-01-15
LSG Hessen, Beschl. v. 04.01.2006 – L 6/7 B 26/04 KA –	RID 06-01-66
LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 16.03.2005 – L 1 KA 8/03 –	RID 06-01-49
LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 12.10.2005 – L 4 KR 257/03 –	RID 06-01-115
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 05.12.2005 – L 4 KR 157/04 –	RID 06-01-125
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 31.08.2005 – L 11 KA 59/04 –	RID 06-01-13
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.08.2005 – L 11 KA 80/04 –	RID 06-01-12
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.09.2005 – L 11 KA 46/05 –	RID 06-01-55
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.09.2005 – L 5 KR 144/03 –	RID 06-01-99
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.09.2005 – L 5 KR 171/04 –	RID 06-01-100
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.09.2005 – L 16 KR 14/05 –	RID 06-01-110
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.10.2005 – L 16 KR 232/04 –	RID 06-01-139
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.10.2005 – L 16 KR 31/05 –	RID 06-01-147
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.11.2005 – L 5 KR 173/04 –	RID 06-01-91
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.11.2005 – L 16 KR 40/05 –	RID 06-01-119
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.11.2005 – L 11 KA 29/05 –	RID 06-01-14
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 29.11.2005 – L 16 B 90/05 KR ER –	RID 06-01-113
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.11.2005 – L 11 (16) KR 86/03 –	RID 06-01-94
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.12.2005 – L 11 KA 7/04 –	RID 06-01-11
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.12.2005 – L 11 KA 122/04 –	RID 06-01-43
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 23/05 –	RID 06-01-31
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 44/05 –	RID 06-01-32
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 90/04 –	RID 06-01-30
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 104/04 –	RID 06-01-29
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.01.2006 – L 16 KR 163/04 –	RID 06-01-112
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.01.2006 – L 11 (16) KR 358/03 –	RID 06-01-132
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.10.2005 – L 5 KR 96/04 –	RID 06-01-137
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.10.2005 – L 5 KR 167/04 –	RID 06-01-138
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.10.2005 – L 5 KR 189/04 –	RID 06-01-121
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.10.2005 – L 5 KR 197/04 –	RID 06-01-135
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 03.11.2005 – L 5 ER 91/05 KA –	RID 06-01-46
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 25.11.2005 – L 5 ER 98/05 KR –	RID 06-01-151
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 25.11.2005 – L 5 ER 99/05 KR –	RID 06-01-152
LSG Sachsen , Urt. v. 31.03.2004 – L 1 KA 8/00 –	RID 06-01-01
LSG Sachsen, Urt. v. 15.06.2005 – L 1 KA 24/03 –	RID 06-01-18
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 18.01.2005 – L 4 KA 36/02 –	RID 06-01-62
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 12.04.2005 – L 5 KR 37/04 –	RID 06-01-133
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 11.05.2005 – L 5 KR 42/04 –	RID 06-01-134
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.06.2005 – L 4 KA 9/05 –	RID 06-01-16
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.06.2005 – L 4 KA 12/05 –	RID 06-01-17
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.09.2005 – L 5 KR 56/04 –	RID 06-01-61

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.11.2005 – L 4 KA 21/05 –	RID 06-01-03
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 14.12.2005 – L 5 KR 59/04 –	RID 06-01-88
LG Karlsruhe , Urt. v. 28.04.2005 – 8 O 362/04 –	RID 06-01-181
OLG Frankfurt a. M. , Urt. v. 11.10.2005 – 8 U 47/04 –	RID 06-01-174
OLG Hamm , Urt. v. 30.05.2005 – 3 U 297/04 –	RID 06-01-178
OLG Hamm, Urt. v. 15.06.2005 – 3 U 289/04 –	RID 06-01-176
OLG Hamm, Urt. v. 31.08.2005 – 3 U 277/04 –	RID 06-01-179
OLG Karlsruhe , Urt. v. 13.10.2004 – 7 U 122/03 –	RID 06-01-175
OLG Köln , Urt. v. 04.11.2005 – 6 U 46/05 –	RID 06-01-182
OLG Naumburg , Urt. v. 26.08.2005 – 10 U 16/05 –	RID 06-01-183
OLG Naumburg, Beschl. v. 14.11.2005 – 1 W 18/05 –	RID 06-01-175
OLG Nürnberg , Urt. v. 24.06.2005 – 5 U 1046/04 –	RID 06-01-177
OLG Nürnberg, Beschl. v. 29.09.2005 – 5 W 1834/05 –	RID 06-01-180
OVG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 20.09.2005 – 6 A 10556/05 –	RID 06-01-163
OVG Niedersachsen , Urt. v. 07.12.2005 – 11 LC 91/04 –	RID 06-01-192
OVG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 19.08.2005 – 13 B 426/05 –	RID 06-01-186
SG Aachen , Urt. v. 17.05.2005 – S 13 KR 34/04 –	RID 06-01-118
SG Aachen, Urt. v. 15.12.2005 – S 7 KA 8/05 –	RID 06-01-50
SG Aachen, Urt. v. 15.12.2005 – S 7 KA 9/05 –	RID 06-01-72
SG Augsburg , Urt. v. vom 14.11.2005 – S 10 KR 359/04 –	RID 06-01-141
SG Augsburg, Urt. v. vom 14.11.2005 – S 10 KR 410/04 –	RID 06-01-142
SG Augsburg, Urt. v. vom 14.11.2005 – S 10 KR 412/04 –	RID 06-01-143
SG Augsburg, Urt. v. vom 14.11.2005 – S 10 KR 415/04 –	RID 06-01-144
SG Augsburg, Urt. v. vom 14.11.2005 – S 10 KR 428/04 –	RID 06-01-145
SG Berlin , Urt. v. 12.10.2005 – S 83 KA 55/02 –	RID 06-01-54
SG Berlin, Urt. v. 22.11.2005 – S 87 KR 3717/04 –	RID 06-01-96
SG Berlin, Urt. v. 22.11.2005 – S 81 KR 3778/04 –	RID 06-01-95
SG Berlin, Beschl. v. 25.11.2005 – S 82 KR 2638/05 ER –	RID 06-01-136
SG Berlin, Urt. v. 07.12.2005 – S 83 KA 284/02*71 –	RID 06-01-60
SG Detmold , Urt. v. 08.04.2005 – S 12 KA 6/03 –	RID 06-01-42
SG Dresden , Urt. v. 04.05.2005 – S 11 KA 671/04 –	RID 06-01-41
SG Dresden, Urt. v. 14.09.2005 – S 11 KA 5015/03 Z –	RID 06-01-34SG
SG Dresden, Urt. v. 23.11.2005 – S 35 KA 129/04 –	RID 06-01-59
SG Dresden, Beschl. v. 12.12.2005 – S 18 KA 674/05 ER –	RID 06-01-44
SG Dresden, Urt. v. 15.12.2005 – S 18 KR 470/03 –	RID 06-01-122
SG Duisburg , Urt. v. 10.06.2005 – S 9 KN 8/05 KR –	RID 06-01-129
SG Düsseldorf , Urt. v. 19.09.2005 – S 8 KR 225/05 ER –	RID 06-01-126
SG Düsseldorf, Urt. v. 26.10.2005 – S 2 KA 50/03 –	RID 06-01-20
SG Düsseldorf, Gerichtsbb. v. 15.12.2005 – S 2 KA 168/05 –	RID 06-01-22
SG Düsseldorf, Urt. v. 11.01.2006 – S 2 KA 272/04 –	RID 06-01-33
SG Frankfurt a. M. , Urt. v. 27.04.2005 – S 5/29 KA 966/04 –	RID 06-01-51
SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 22.12.2005 – S 21 KR 837/05 ER –	RID 06-01-105
SG Fulda , Urt. v. 08.09.2005 – S 4 KR 885/03 –	RID 06-01-97
SG Fulda, Beschl. v. 15.12.2005 – S 4 KR 157/05 ER –	RID 06-01-123
SG Gotha , Urt. v. 23.03.2005 – S 7 KA 2425/99 –	RID 06-01-38
SG Hildesheim , Urt. v. 03.05.2005 – S 20 KR 105/04 –	RID 06-01-120
SG Köln , Urt. v. 27.10.2005 – S 19 KA 4/05 –	RID 06-01-57
SG Mainz , Beschl. v. 07.09.2005 – S 6 ER 126/05 –	RID 06-01-47
SG Marburg , Urt. v. 09.11.2005 – S 12 KA 28/05 –	RID 06-01-10
SG Marburg, Urt. v. 09.11.2005 – S 12 KA 35/05 –	RID 06-01-26
SG Marburg, Urt. v. 09.11.2005 – S 12 KA 36/05 –	RID 06-01-23
SG Marburg, Urt. v. 09.11.2005 – S 12 KA 51/05 –	RID 06-01-24
SG Marburg, Beschl. v. 21.11.2005 – S 12 KA 1140/05 ER –	RID 06-01-09
SG Marburg, Urt. v. 23.11.2005 – S 12 KA 38/05 –	RID 06-01-48
SG Marburg, Urt. v. 23.11.2005 – S 12 KA 42/05 –	RID 06-01-52
SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 21/05 –	RID 06-01-39
SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 22/05 –	RID 06-01-21
SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 34/05 –	RID 06-01-36
SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 48/05 –	RID 06-01-35
SG Marburg, Urt. v. 18.01.2006 – S 12 KA 20/05 –	RID 06-01-19
SG Marburg, Urt. v. 18.01.2006 – S 12 KA 49/05 –	RID 06-01-25
SG München , Urt. v. 26.04.2005 – S 43 KR 801/04 –	RID 06-01-130
SG Stade , Urt. v. 31.08.2005 – S 1 KR 50/03 –	RID 06-01-92
SG Stade, Urt. v. 01.09.2005 – S 1 KR 212/04 –	RID 06-01-148
SG Stuttgart , Urt. v. 22.06.2005 – S 10 KA 4573/04 –	RID 06-01-45
SG Stuttgart, Urt. v. 22.06.2005 – S 10 KA 5783/04 –	RID 06-01-37
SG Stuttgart, Urt. v. 19.10.2005 – S 10 KA 3941/02 –	RID 06-01-58
SG Stuttgart, Urt. v. 19.12.2005 – S 8 KR 1751/05 –	RID 06-01-128
VG Düsseldorf , Urt. v. 23.08.2005 – 26 K 6499/04 –	RID 06-01-167
VG Frankfurt a. M. , Urt. v. 18.10.2005 – 21 BG 1565/05 –	RID 06-01-166
VG Freiburg , Urt. v. 09.11.2005 – 1 K 1441/05 –	RID 06-01-191
VG Halle , Urt. v. 21.07.2005 – 1 A 33/04 –	RID 06-01-162
VG Minden , Urt. v. 30.06.2005 – 7 K 818/04 –	RID 06-01-165
VG Neustadt a. d. W. , Urt. v. 21.11.2005 – 4 K 1157/05.NW –	RID 06-01-164

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 07.02.2006: Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen: B 6 KA ... R	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Jahresvergütungsobergrenze mit geringer Restquote (KZV Niedersachsen 1999)	24, 25, 26/05 Termin: 08.02.2006	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
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
Laborreform '99: Laborärzte	46, 47, 48, 49/05	War der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs 3 SGB 5 berechtigt, die ab 1.7.1999 geltenden Vorschriften des Kapitels O Abschnitte I-III EBM-Ä (Kombination von Gebührentatbeständen (Nr 3450 und Nr 3452 EBM-Ä und Abschmelzungsregelung - Abs 1-4 der Präambeln zu den Abschnitten I/II/III)) zu erlassen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 02.11.2005 - L 5 KA 4427, 4486/03; 91,04, 1002/03 --	06-01- (S. 8)
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
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
Regelleistungsvolumen: Kieferorthopäden u. Allgemeinzahnärzte	8 u. 9/05	Musste bei der Festlegung eines Regelleistungsvolumens nach § 85 Abs 4 S 6 SGB 5 idF vom 19.12.1998 zwischen Kieferorthopäden und Allgemeinzahnärzten differenziert werden?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 20.10.2004 - L 4 KA 6/02 u. 7/02 -	05-02-08 05-02-09
Rückwirkungsverbot: Teilhonorarkontingente in zahnärztlichen Leistungsbereichen	42, 45/05	Verstößt eine im laufenden Quartal beschlossene Regelung im Honorarverteilungsmaßstab, wonach bereits ab Quartalsbeginn in den Leistungsbereichen Kieferorthopädie (KFO), Zahnersatz (ZE), Parodontose (PAR) sowie Kieferbruch/Kiefergelenk (KB/KG) Teilhonorarkontingente gebildet werden, gegen das Rückwirkungsverbot?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 31.08.2005 - L 11 KA 80/04 – - L 11 KA 59/04 –	06-01- (S. 11)
Praxisbudgets/Teilbudgets				
Psychosomatische Leistungen	80/04	Hat eine Allgemeinmedizinerin einen Anspruch auf Erweiterung des qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets Psychosomatik hinsichtlich der Gebührennummern 850 und 851	LSG Brandenburg , Urt. v. 25.08.2004	05-01-15

		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?	- L 5 KA 4/01 -	
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 Termin: 08.02.2006	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
Korrektur eines Degressionsbescheides nach BSG-Urteil	27, 28/05 Termin: 08.02.2006	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
Vier-Jahres-Frist und Wirtschaftlichkeitsprüfbescheid	40/05 R	Wird die Vierjahresfrist im Bereich der sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch Prüfbescheide im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gewahrt bzw unterbrochen oder gehemmt?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 28.06.2005 – L 4 KA 9 u. 12/05 -	06-01- (S. 13)
Praxisgemeinschaft: Rechtsmissbräuchliche Fallzahl-erhöhung	76/04	Sind bei einer Praxisgemeinschaft, die früher als Gemeinschaftspraxis geführt wurde, erhöhte Anforderungen an die Vertragsärzte im Hinblick auf eine Hinweispflicht nach § 76 Abs 3 S 3 SGB 5 zu stellen und kann eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bei Erreichen bestimmter Prozentsätze von Wechslern eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vornehmen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 09.06.2004 - L 5 KA 4316/02 -	05-01-18
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	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	05-01-22

(HNO/Röntgen)			- L 3 KA 103/03 -	
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

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
Notfalldienst und fachärztliche Versorgung	43/05	Hat eine Kassenärztliche Vereinigung bei der Organisation des Bereitschafts- bzw Notdienstes die in § 73 Abs 1a SGB 5 vom Gesetzgeber vorgenommene Aufteilung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung zu berücksichtigen?	LSG Bayern , Urt. v. 08.06.2005 - L 12 KA 369/04 -	05-04-20
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 Prüfungsgremien im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB 5 (in der Fassung des GSG vom 21.12.1992) verpflichtet, bei Vertragszahnärzten mit der Gebietsbezeichnung "Oralchirurgie" eine verfeinerte Vergleichsgruppe zu bilden, obwohl das Berufsrecht keine Beschränkung der zahnärztlichen Tätigkeit auf dieses Gebiet vorsieht, oder genügt die Berücksichtigung als Praxisbesonderheit?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 13.10.2004 - L 11 KA 34, 35, 36, 37/03 -	05-01-51, 50, 52, 49
Prüfvereinbarung/Rechtsanwaltskosten	78/04	Kann in einer Prüfvereinbarung die Erstattung von Aufwendungen für die Zuziehung eines Rechtsanwalts im Abhilfeverfahren vor dem Prüfungsausschuss wirksam ausgeschlossen werden und ist die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten bereits im Abhilfeverfahren der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung regelmäßig notwendig?	SG für das Saarland , Urt. v. 06.10.2004 - S 2 KA 15/04 -	05-01-60

Richtgrößen-Vereinbarung

Rückwirkendes Inkrafttreten	46, 47, 51, 52, 53 u. 63/04; 45, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58 u. 60/04 Termin: 02.11.2005	Verstößt eine Richtgrößen-Vereinbarung einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 1998 gegen höherrangiges Recht, wenn sie erst im Laufe des betreffenden Kalenderjahres vereinbart wurde und ein rückwirkendes Inkrafttreten für das gesamte Kalenderjahr vorsieht?	LSG Berlin , Urt. v.25.02.2004 - L 7 KA 280/02, 23/03, 3/03, 25/03, 41/03 u. 9/03; Urt. v.03.03.2004 - L 7 KA 10/03, 278/02, 279/02, 44/03, 26/03, 28/03, 37/03, 49/03, 52/03 u. 4/03	04-04-43 u. 44
-----------------------------	---	---	---	-------------------

	65, 66/04	Ist die Richtgrößenvereinbarung für 1999 unwirksam, wenn die Vertragspartner die in Art 17 GKV-SolG vorgesehenen Fristen nicht eingehalten haben und eine Veröffentlichung im entsprechenden Ärzteblatt nicht stattgefunden hat?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.07.2004 - L 11 KA 4/04 u. 174/03	04-04-41 u. 42
Zulassung und Ermächtigung				
Rückwirkende Verlegung des Vertragsarztsitzes	7/05	Kann eine Verlegung des Vertragsarztsitzes nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden?	SG Düsseldorf , Urt. v. 15.12.2004 - S 14 KA 172/04 -	05-02-49
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
Zulassungsentziehung	1/06	Ist in den Gründen einer sozialgerichtlichen Entscheidung über die Rechtmäßigkeit einer Zulassungsentziehung die Frage eines Wohlverhaltens des betroffenen Vertrags(zahn-)arztes während des Gerichtsverfahrens ausdrücklich zu erörtern?	LSG Saarland , Urt. v. 11.02.2005 - L 3 KA 5/01	
Kostentragung des Mitbewerbers nach erfolglosem Widerspruch	62/04	Ist § 63 Abs 1 SGB 10 analog auch auf die Fälle anzuwenden, wenn der Widerspruchsführer (und Kostenschuldner) keine Körperschaft, sondern eine natürliche Person (hier Konkurrent im Nachbesetzungsverfahren) ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 26.05.2004 - L 11 KA 106/03 -	04-03-47
Gesamtvergütung				
Bindung einer Krankenkasse an Gesamtvergütungsvertrag	71, 72/04 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 geleistete Abschlagszahlungen	2/05	Hat eine Kassenärztliche Vereinigung einen Anspruch auf Verzugszinsen gegenüber einer Krankenkasse für verspätet geleistete Abschlagszahlungen?	SG Karlsruhe , Gerichtsb. v. 21.12.2004 - S 1 KA 4638/03 -	05-02-58
Zahnärzte: Beitragssatzstabilität bei Punktwertfestsetzung – Jahr 2000	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.	LSG Hessen , Urt. v. 10.12.2003 - L 7 KA 425/02 -	04-03-49
Schiedsspruch: Vergütung von	44/05	Verstößt der Schiedsspruch eines Landesschiedsamtes bezüglich der Vergütung von	LSG Schleswig-Holstein ,	06-01-

zahntechnischen Leistungen		zahntechnischen Leistungen gegen den Grundsatz der Beitragsstabilität, wenn er die Mengenentwicklung des Vorjahres ausdrücklich unberücksichtigt lässt?	Urt. v. 21.09.2005 - L 5 KR 56/04 -	(S. 32)
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: 07.02.2006: 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
ICSI - Weibliche Fertilitätsstörung	B 1 KR 29/04 R Termin: 21.02.2006	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				
Zeit zwischen Abschluss du Genehmigung des Versorgungsvertrages	B 1 KR 22/05 R Termin: 21.02.2006	Hat ein Versicherter Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung, wenn zum Zeitpunkt seiner Aufnahme zwar ein Versorgungsvertrag iS von § 108 Nr 3 SGB 5 zwischen Krankenhausträger und Krankenkassenverbänden geschlossen, dieser aber noch nicht von der zuständigen Landesbehörde genehmigt worden war und diese Genehmigung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.05.2004 - L 11 KR 1138/04 -	04-03-150
Keine Hinweispflicht auf Behandlungsalternative	B 1 KR 32/04 R Termin: 21.02.2006	Zum Anspruch auf fortdauernde Krankenhausbehandlung bei Psychiatrie-Patienten im Falle von nicht aufgezeigten konkreten Behandlungsalternativen (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 21.09.2004 - L 1 KR 58/03 -	05-01-165
Geburtshaus	B 1 KR 34/04 R Termin: 21.02.2006	Hat eine Versicherte einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für Unterkunft, Pflege und Verpflegung in einem Geburtshaus gegenüber der Krankenkasse?	<i>SG Altenburg</i> , Urt. v. 08.11.2004 - S 4 KR 554/04 -	vgl. 03-01-68 u. 69; 03-03-97
Kostenerstattung				
Kostenerstattung einer psycholog. Psychotherapie-	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	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 10.02.2005	05-02-94

Behandlung/Notfall		vertragspsychotherapeutischen Versorgung noch nicht endgültig entschieden worden ist und eine Notfallsituation vorlag?	- L 16 KR 161/04 -	
Kostenerstattung einer psycholog. Psychotherapie-Behandlung/ Art. 10 PsychThG	B 1 KR 24, 25/05 R	Besteht ein Kostenerstattungsanspruch für eine psychotherapeutische Behandlung durch einen Psychologen, wenn der Therapeut zur Zeit der Behandlung nicht nach § 95 Abs 10 oder 11 SGB 5 zugelassen oder ermächtigt war, sondern sich als sogenannter Erstattungstherapeut auf die Übergangsregelung des Art 10 PsychThG/SGB5uaÄndG berief, im Behandlungszeitraum aber keine Versorgungslücke bestand?	LSG Berlin , Urt. v. 19.01.2005 - L 9 KR 117/02 - - L 9 KR 19/02 -	06-01- (S. 39)

Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im Ausland/Inland

Behandlungsmethode nach Dr Kozijavkin/Ukraine	B 1 KR 21/04 R Termin: 13.12.2005	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 Termin: 13.12.2005	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
Off-Label-Use: Ilomedin	B 1 KR 1/06 R	Hatte eine Krankenkasse die Kosten für die vom 17.11.2001 - 19.3.2002 durchgeführte Inhalationsbehandlung mit dem Arzneimittel "Ilomedin" (jetzt: "Ventavis") im Rahmen des sogenannten "Off-Label-Use" zu übernehmen, wenn die Versicherte an einer sekundären pulmonalen Hypertonie als Folge des CREST-Syndroms gelitten hat?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 21.07.2005 - L 5 KR 179/04 -	
Off-Label-Use: Cabaseril (Wirkstoff L-Dopamin)	B 1 KR 27/05 R	Können auch Dauererkrankungen (hier: Restless-Legs-Syndrom), die in Folge ihrer Auswirkungen den Patienten nachhaltig bei seinen Alltagsaktivitäten behindern und zumindest teilweise vom gesellschaftlichen Leben ausschließen, den Off-Label-Use auslösen? Müssen für einen Off-Label-Use die veröffentlichten Studienergebnisse für den Nachweis der Wirksamkeit der Therapie bereits den Prüfkriterien der Zulassungsbehörden entsprechen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.09.2005 - L 5 KR 144/03 -	06-01- (S. 44)
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

Hilfsmittel/Heilmittel

Speedy-Tandem	B 3 KR 8/05 R	Hat eine Krankenkasse einem geistig und körperlich behinderten zehnjährigen Kind eine Rollstuhl-Fahrradkombination (Speedy-Tandem) als Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 27.01.2005 - L 16 KR 137/03 -	05-02-126
Zweisitziges Elektrofahrzeug	B 3 KR 12/05 R	Hat eine Gehbehinderte, nahezu erblindete Versicherte einen Anspruch auf Versorgung	LSG Hamburg ,	04-04-120

		mit einem vom Ehemann zu steuernden zweiseitigen Elektrofahrzeug, obgleich sie und ihr ebenfalls gehbehinderter Ehemann jeweils über einen einsitzigen Rollstuhl verfügen?	Urt. v. 22.09.2004 - L 1 KR 166/03 -	
Wahlrecht zwischen Liegedreirad und Elektrorollstuhl	B 3 KR 16/05 R	Zum Wahlrecht einer an Enzephalomyelitis erkrankten Versicherten zwischen einem Liegedreirad und einem Elektrorollstuhl.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.02.2005 - L 11 KR 4607/04 -	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?	LSG Baden-Württemberg , 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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 03.05.2005 - L 11 KR 1634/04 -	05-03-112

Häusliche Krankenpflege/Hospizversorgung

Behandlungspflege/Grundpflege	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?	LSG Bayern , Urt. v. 28.10.2004 - L 4 KR 15/04 -	05-01-158
	B 3 KR 17/05 R	Handelt es sich bei der vertragsärztlich verordneten regelmäßigen Katheterisierung der Blase einer Versicherten, die Leistungen nach der Pflegestufe II erhält, um eine von der Krankenkasse zu tragende Maßnahme der Behandlungspflege?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 28.04.2005 - L 5 KR 228/03 -	05-04-117
	B 3 KR 18/05 R	Handelt es sich bei der vertragsärztlich verordneten Einmalkatheterisierung der Blase bei einem Kind, das Leistungen nach der Pflegestufe I erhält, während des Kindergartenbesuchs an fünf Tagen in der Woche um eine von der Krankenkasse zu tragende Maßnahme der Behandlungspflege?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 28.04.2005 - L 5 KR 105/04 -	05-03-114
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 Grundversorgung "Gehen" nach § 14 Abs 4 Nr 3 SGB 11 zu berücksichtigen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 08.07.2004 - L 2 KN 76/04 KR -	04-04-127
Behandlungssicherungspflege: Blutzuckermessung	B 3 KR 4/05 R Termin: 26.01.2006	Hat eine Krankenkasse die Kosten von ärztlich verordneten täglichen Blutzuckermessungen (hier: Ersteinstellung und Weiterbehandlung mit dem Hinweis "Insulin nach Schema"), die von einem Pflegedienst durchgeführt wurden, im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu übernehmen?	LSG Bayern , Urt. v. 25.11.2004 - L 4 KR 97/03 -	05-02-134
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 Termin: 13.12.2005 B 1 KR 29/05 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 -; SG Hannover , Urt. v. 18.07.2005 - S 6 KR 85/05 -	05-02-140 05-02-138, 139
	B 8 KN 1/05 KR R B 8 KN 2/05 KR R B 8 KN 3/05 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; SG Dortmund , Urt. v. 23.05.2005 – S 24 KN 16/05 R – SG Aachen , Urt. v. 04.11.2005 – S 6 KN 6/05 KR --	Juris
Krankenhauskosten				
Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit: Fehlende Behandlungsalternative	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 -	06-01-(S. 56)
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 -	06-01-(S. 56)
Ende der Zahlungsverpflichtung	B 3 KR 27/05 R	Ist eine Krankenkasse im Rahmen der Krankenhausbehandlung verpflichtet, in einem förmlichen Verwaltungsverfahren gegenüber dem Versicherten über das Ende der Zahlungsverpflichtung zu entscheiden, oder beschränkt sich diese Verfahrensweise nur auf psychiatrische Behandlungen?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 11.05.2005 - L 5 KR 31/04 –	
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 –	05-04-128
	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 Krankenhaus eine Nachholung der Überprüfung nicht zugemutet werden kann?	LSG Saarland , Urt. v. 19.01.2005 - L 2 KR 30/02	05-04-129
Fallpauschale 16.02	B 3 KR 20/05 R	Kann die Fallpauschale 16.02 abgerechnet werden, wenn ein frühgeborenes Kind noch am Tag der Entbindung von der gynäkologischen in die pädiatrische Abteilung verlegt wird? Setzt die Hemmung bzw Unterbrechung der Verjährung durch Klageerhebung eine hinreichende Spezifizierung der eingeklagten Forderungen voraus?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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?	LSG Thüringen , Urt. v. 26.04.2004	05-03-125

			- L 6 KR 276/02 -	
Apotheker: Retaxierung	B 3 KR 7/05 R	Hat eine Krankenkasse das Recht bei vertragswidrigem Verhalten eines Apothekers (hier: Abweichung zwischen Verordnungsmenge und Packungsinhalt) eine Retaxierung vorzunehmen?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 31.01.2005 - L 4 KR 30/01 -	05-02-151
Abrechnungsverfahren für enterale Ernährung	B 3 KR 1/06 R	Sind Leistungserbringer von Hilfsmitteln verpflichtet, enterale Ernährung iS des § 31 Abs 1 S 2 SGB 5 nach dem für Arzneimittel geltenden Abrechnungsverfahren gem. § 300 SGB 5 abzurechnen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 06.10.2005 - L 16 KR 232/04 -	06-01- (S. 59)
Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis (VACOPED)	B 3 KR 28/05 R	Besteht ein Anspruch des Hilfsmittelherstellers auf Aufnahme der Vakuumstützsysteme VACOPED für die Indikationen "schwere Bandverletzung im Bereich des oberen Sprunggelenkes" und "Frakturen am Fuß und Sprunggelenk (außer Zehenverletzung)" sowie VACOachill für die Indikation "Achillessehnenruptur" in das Hilfsmittelverzeichnis?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.09.2005 - L 5 KR 35/02 -	05-04-135
Inkassorisiko bei ausbleibender Zuzahlung (Sanitätshaus)	B 3 KR 29/05 R	Hat ein Hilfsmittelerbringer den unterbliebenen Zuzahlungsbetrag unter Berücksichtigung des § 33 Abs 2 S 3 Halbs 2 SGB 5 idF vom 23.6.1997 vollständig gegenüber dem Versicherten durchzusetzen oder kann er ihn gegenüber der Krankenkasse nach § 43b S 2 SGB 5 idF vom 21.12.1992 geltend machen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.10.2005 - L 16 KR 31/05 -	06-01- (S. 61)
Privates Kranken- und Rettungstransportunternehmen	B 3 KR 5/05 R Termin: 26.01.2006	Hat ein privates Kranken- und Rettungstransportunternehmen gegen die Krankenkassen einen Vergütungsanspruch in der Höhe, wie sie nach kommunalrechtlichen Satzungsbestimmungen für Einsätze der Feuerwehr zu zahlen ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.08.2004 - L 16 KR 81/03 -	04-04-159