

# Rechtsprechungsinformationsdienst 06-03

<b>Editorische Hinweise</b>	<b>5</b>
<b>A. Vertragsarztrecht</b>	<b>6</b>
<b>I. Honorarverteilung</b>	<b>6</b>
1. Psychotherapeuten	6
a) Leistungsbegrenzung: Verstoß gegen Honorarverteilungsgerechtigkeit	6
b) Punktwert KV Brandenburg 1998/Mengenbegrenzungsregelung	6
c) Punktwert KV Brandenburg 1999	7
2. BayVerfGH: HVM KV Bayern rechtmäßig	7
3. Fachgruppenquote HVM KV Nordrhein	8
4. Individualbudget und überdurchschnittliche Abrechnung zur Fachgruppe	8
5. Zuordnung zur Honorargruppe bei Doppelzulassung und Individualbudget	8
6. Vergütung kinderärztlicher Präventions- und Schutzimpfungen (III/97 bis II/98)	9
7. Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus	9
a) Kein gestützter Punktwert	9
b) Fallzahlabstaffelung/Honorartopf	9
8. Belegarzt: Krankenhausleistung (U 2-Vorsorgeuntersuchungen) durch hinzugezogenen Vertragsarzt	10
9. Praxisbudgets: Fester Betriebskostenanteil in neuen Bundesländern	10
10. Unzumutbarer Vergütungsausschluss bei unaufklärbarem Software-Fehler	11
11. Kein eigener Honoraranspruch nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens	11
12. Reduzierte Abschlagszahlung nach Arzneikostenregress durch Prüfungsausschuss	11
13. Einstweiliges Anordnungsverfahren	12
a) Höhere Honorarabschlagszahlungen für vergangene Zeiträume	12
b) Höheres Honorar (Nephrologen)/Anordnungsgrund	12
14. Zahnärzte	12
a) Honorartopf mit Sockel für unterschiedliche Anteile kieferorthop. Leistungen	12
b) Erhöhte Erbringung chirurgischer Leistungen und Härtefall	13
c) Degressionsgrenze für als Oralchirurgen zugelassenen MKG-Chirurgen	14
d) Degressionsregelungen i.d.F. 1996 verfassungskonform	14
<b>II. Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>	<b>14</b>
1. Honorarbegrenzung wegen Beschäftigung einer angestellten Zahnärztin	15
2. Vollständige Angaben zu Leistungen im Notfalldienst	15
3. Nr. 439 EBM: Fachspezifischen Dokumentation/Befunddokumentation	15
4. Nr. 1549 EBM neben Nrn. 1566, 1572 und 1577 EBM (Belegärztliche Ohroperation)	15
5. Zahnärzte:	16
a) Degressionsbescheid	16
aa) Beginn der vierjährige Ausschlussfrist	16
bb) Beginn der vierjährige Ausschlussfrist/Vertrauensschutz 1997	17
b) Nr. 73 Bema-Z: Anbringen von Brackets	17
<b>III. Fachkunde/Genehmigungen/Notdienst/Methadonsubstitution</b>	<b>17</b>
1. Genehmigung für präventive Koloskopie: Übergangsrecht und Schwerpunktanerkennung	17
2. Genehmigung zur Beschäftigung zweier Vorbereitungsassistenten	18
3. EBM 2000 plus: Abrechnungsgenehmigung für weitere Leistungen	18
a) Allgemeinmediziner und Anästhesieleistungen	18
b) Kinder- und Jugendmedizinerin	19
c) Rückwirkende Genehmigung (Nrn. 01730, 01821, 01822 und 01828 EBM 2000 plus)	19
d) Internisten: Ausnahme nach der Ergänzenden Vereinbarung („schwerpunktmäßig“)	19
4. Notdienst: Ungeeignetheit eines Nichtvertragsarztes	20
5. Beendigung einer Substitutionsbehandlung nach mehrjährigem Beigebrauch	20
<b>IV. Disziplinarrecht</b>	<b>20</b>
1. Assistentenbeschäftigung ohne Genehmigung	20
2. Kein Anspruch eines Versicherten auf disziplinarrechtliche Maßnahmen gegenüber Vertragsarzt	21
<b>V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress/Schadensersatzanspruch</b>	<b>21</b>
1. Vergleichsgruppe der Nervenärzte bei psychiatrischem Schwerpunkt	21
2. Stimmrechtsverzicht im Prüfungsgremium/Homöopathische Behandlungsausrichtung	21

3. Umfang der Rechtskraft in Bescheidungsurteilen/Vergleichsgruppe Chirurgen	22
4. Verordnung homöopathischer Arzneimittel als Sprechstundenbedarf	22
5. Regress wegen Krankenhausbehandlung: Belegarzt als einweisender Arzt	23
6. Mitteilung über das Beratungsergebnis/Bekanntgabe der Entscheidung	24
7. Zahnärzte:	24
a) MKG-Chirurgen und Kürzung von Einzelleistungen	24
b) Schadensersatz: Wechsel des behandelnden Zahnarztes bei Neuanfertigung	25
<b>VI. Zulassungsrecht</b>	<b>25</b>
1. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	25
2. 55-Jahres-Grenze: Keine unbillige Härte nach Verzicht auf Zulassung	25
3. Nachbesetzungsverfahren: Akteneinsichtsrecht/Auswahlentscheidung	26
4. Gemeinschaftspraxis mit unterschiedlichen Standorten	27
5. Fehlende Eignung nach späterem Strafurteil	27
6. Zulassungsentziehung	28
a) Fortgesetzte unwirtschaftliche Behandlungs- und Ordnungsweise	28
b) Ermittlungsaufwand bei Strafverfahren (§ 131 V SGG)	28
c) Nichtaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit	29
d) Anordnung der sofortigen Vollziehung	29
7. Altersgrenze von 68 Jahren	30
a) EU-Recht	30
b) Zwanzig-Jahresfrist und Tätigkeit in Scheinpraxis	30
8. Ermächtigung zur sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern (§ 119 SGB V)	31
9. Kostengrundsatzentscheidung: Erledigung nach Aufgabe des Beschäftigungsverhältnisses	31
<b>VII. Pharmaunternehmen versus KV: Me-Too-Liste</b>	<b>31</b>
1. Vertragsarztrecht/Zulässigkeit der Me-Too-Liste	31
2. Fehlender Anordnungsgrund bei relativ geringer Umsatzeinbuße	32
<b>VIII: Krankenkassenwerbung mit günstigem Zahnersatz im Ausland</b>	<b>32</b>
<b>IX. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen</b>	<b>33</b>
1. EHV und nichtärztliche Psychotherapeuten	33
2. Teilnahme an der EHV trotz Ermächtigung	33
3. Mindestsatzregelung und Mammakarzinom	34
4. Unterlassung der Genehmigung einer EHV-Satzung durch Aufsichtsbehörde	34
<b>X. Gesamtvergütung 1992 Ost nach Rahmengesamtvertrag</b>	<b>34</b>
<b>XI. Streitwert</b>	<b>35</b>
1. Höhere Abschlagszahlungen im einstweiligen Anordnungsverfahren	35
2. Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis	35
3. BSG: Spätere Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit bei drohender Zulassungsentziehung	35
4. Zulassungsentziehungsverfahren wegen Nichtausübung der ärztlichen Tätigkeit	36
5. Zulassungsentziehung nach Ruhensantrag: Dieselbe Angelegenheit/Streitwert	36
6. Einstweilige Anordnung: Vertragsärztliche Tätigkeit nach 68. Lebensjahr	36
7. Keine isolierte Beschwerde gegen Streitwertfestsetzung nach Beschwerderücknahme	36
<b>XII. Entscheidungen des BSG</b>	<b>37</b>
1. Honorarverteilung	37
a) Trennung der haus- und fachärztlichen Vergütungsbereiche/Stützungsmaßnahme	37
b) Jahresvergütungsobergrenze mit geringer Restquote (KZV Niedersachsen 1999)	37
c) Praxisbudget: Häufung von Beratungs- und Gesprächsleistungen	37
2. Abgrenzung ärztlicher Leistungen nach Weiterbildungsordnung	37
3. Sachlich-rechnerische Berichtigung	38
a) Praxisgemeinschaft: Rechtsmissbräuchliche Fallzahlerhöhung	38
b) Fachfremdheit von Röntgenaufnahmen für HNO-Ärzte trotz Chirotherapie (Nr 5032 EBM)	38
c) Nr. 273 EBM	38
d) Fehlerhafte Anwendung des Bewertungsmaßstabs und Vertrauensschutz	39
e) Degressionsbescheide und Vertrauensschutz	39
4. Vorgängige Beratung und offensichtliches Missverhältnis (Sprechstundenbedarfsregress)	39

<b>B. Krankenversicherungsrecht</b>	<b>40</b>
<b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>	<b>40</b>
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	40
a) Offene Kernspintomographie	40
b) Eigenhaartransplantation	41
c) Extrakorporale Lipid-Apherese-Therapie (LDL-Apherese)	41
aa) Einstweiligen Anordnungsverfahren	41
bb) Unzureichende Ermittlungen durch SG	41
d) Interstitielle Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation	41
2. Ausgeschlossene Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	42
a) Refraktive Augen Chirurgie	42
aa) LASIK-Methode	42
bb) Excimer-Laserbehandlung der Augen	42
b) Transurethrale Laserablation der Prostata mit Greenlightlaser	42
3. Künstliche Befruchtung	43
a) „Erfolg“ einer künstliche Befruchtung (Fehlgeburt/Eileiterschwangerschaft)	43
b) Beschränkung der Kostenübernahme auf 50 %	44
c) Geltung der Neuregelung bei abgeschlossener Erstbehandlung vor 2004	44
d) Kosten der privatversicherten Ehefrau	44
4. Sperma-Kryokonservierung nach Erkrankung als Jugendlicher	44
5. Zahnärztliche Versorgung: Implantologische Leistungen	45
<b>II. Kostenerstattungsanspruch</b>	<b>45</b>
Differenzierung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung	45
<b>III. Stationäre Krankenhausbehandlung</b>	<b>46</b>
1. Behandlung in nicht zugelassenem Krankenhaus	46
a) Keine Systemstörung bei alternativer Behandlungsmöglichkeit	46
b) Keine Kostenerstattung aufgrund sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs	46
2. Krankheitsbegriff	46
a) Mammareduktionsplastik (Brustverkleinerungsoperation)	46
aa) Ablehnende Entscheidungen	46
bb) Einzelfallentscheidung: Funktionsbeeinträchtigung nicht anders behandelbar	47
b) Kostenübernahme für Brustimplantate	47
c) Lipomatose (Fettgewebhyperplasie)	47
3. Magenbandoperation (sog. Gastric-Banding) und Anordnungsgrund	47
4. Oberlid-Korrektur-Operation	48
<b>IV. Arzneimittel</b>	<b>48</b>
1. Off-Label-Use	48
a) Ilomedin (Ventavis) zur Inhalationsbehandlung bei sekundärer pulmonaler Hypertonie	48
b) Herceptin	49
c) Ritalin (Methylphenidat): ADHS im Erwachsenenalter	49
d) Wachstumshormon Humatrope	49
2. Fehlende Zulassung	50
a) Verfassungskonforme Auslegung: Mnesis (Wirkstoff Idebenone)	50
b) Kein Anspruch bei fehlender Zulassung: Dronabinol (Marinol)	50
3. Arzneimittelrechtliche Zulassung unter Auflagen („224-Spondyl AT“)	51
4. Fehlende Apothekenpflicht ("Uropol S")	51
5. Ausschluss durch Arzneimittel-RL: Erektile Dysfunktion	51
a) Potenzmittel "Caverjekt Impuls"	51
b) Cialis	52
6. Lorenzo's Öl: Planwidrige Regelungslücke für Lebensmittel	52
7. Nahrungsergänzungsmittel Coenzym Q 10 (Handelsname: Sanomit)	52
<b>V. Hilfsmittel</b>	<b>52</b>
1. Rollstuhl mit integrierter Stehvorrichtung der Marke LifeStand LS	52
2. Elektrorollstuhl: Fahreignung des Versicherten	53
3. Sportrollstuhl	53
4. Rückhaltesystem für Rollstuhl zur Kfz-Beförderung (Kraftknotensystem)	53
5. Therapie-Tandem	53
6. Wetter- und Kälteschutz für Reha-Kinderwagen	54
7. Höhenverstellbares Pflegebett	54

8. Schwerhörigentelefon	54
9. Visuelles Restitutionstraining (VRT)	54
10. Versorgung mit einer Braillezeile bei Ausstattung mit Lese-Sprechsystem	55
11. Festbetrag für Brille bei Verordnung noch im Jahr 2003	55
12. Motorbewegungsschiene CPM	55
13. Offene Sandalen mit Einlagen/Festes Fußbett	56
<b>VI. Heilmittel: Behandlung von Legastheniefolgen</b>	<b>56</b>
<b>VII. Häusliche Krankenpflege</b>	<b>56</b>
1. Kein eigener Haushalt in Behinderteneinrichtung/Keine Verurteilung beigel. Sozialhilfeträgers	57
2. Einstweilige Anordnung: Pflegedienst ohne Vertrag (Berlin)	57
<b>VIII. Haushaltshilfe/Zuzahlung/Fahrkosten/Vorsorge/Reha</b>	<b>58</b>
1. Notwendigkeit einer Haushaltshilfe	58
2. Zuzahlungsbefreiung	58
a) Tatsächliches anstatt fiktives Einkommen freiwillig versicherter Selbstständiger	58
b) Freibetrag für Kinder	58
aa) Gemeinsamer Haushalt beider Elternteile	58
bb) Kinderfreibetrag zzgl. Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf	59
3. Fahrkosten	59
a) Fahrten zu stationärer Behandlung im Rahmen einer Arzneimittelstudie	59
b) Fahrkosten zur Methadonsubstitution (Sozialhilfeempfänger)	59
4. Ambulante Vorsorgeleistung in Kurorten	59
5. Medizinische Rehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen	60
6. Rehabilitationsmaßnahme am Toten Meer in Israel	60
<b>IX. Beziehungen zu Leistungserbringern</b>	<b>60</b>
1. Beziehungen zu Krankenhäusern: Krankenhauskosten	60
a) Überprüfungsverfahren	61
aa) Notwendige Einschaltung des MDK	61
bb) Fehlende vertragliche Vereinbarung zur Überprüfung im Krankenhaus	61
cc) Ausschluss des Einwands überlanger Behandlungsdauer	61
b) Prä- und postoperative Maßnahmen (Beugesehnenresektion)	61
c) Stationäre psychiatrische Behandlung und Besuche bei der Familie	62
d) Vollstationäre Behandlung bei langanhaltendem chronifizierten Dauerzustand (Schizophrenie)	62
e) Teilstationäre Behandlung und ambulanter Leistungsausschluss	63
f) Linksherzkatheteruntersuchung nach Verbringung in anderes Krankenhaus	63
g) Herausgabe von Krankenunterlagen an MDK	63
2. Apotheker	64
a) Werbeaktion einer Krankenkasse für Versandhandelsapotheken	64
b) Keine Erstattung des Herstellerrabatts für niederl. Versandhandelsapotheke	66
c) Aushändigung der Arzneimittel an verordnenden Arzt	66
3. Pharmaunternehmen versus KV und Kassenverbände: Me-Too-Liste	67
4. Hilfsmittelerbringer	67
a) Bearbeitung eines Kostenvoranschlags auch ohne Preisvereinbarung	67
b) Wettbewerbsklage: Gutschrift über die Zuzahlung	68
c) Kein einstweiliger Rechtsschutz vor Erlass eines Widerrufs der Zulassung	68
5. Häusliche Krankenpflege	69
a) Kein Anspruch auf Verzugszinsen	69
b) Vergütungsanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung	69
c) Verjährung eines Vergütungsanspruchs aus ungerechtfertigter Bereicherung	70
d) Medikamentengabe bei gleichem Pflegeeinsatz nach SGB XI	70
6. Krankentransportunternehmen: Außerordentliche Kündigung eines Transportvertrages	71
<b>X. Rechtsbeziehungen zw. Krankenkassen/Aufsichtsbehörden</b>	<b>71</b>
1. Werbeprämien für Mitgliederwerbung	71
2. Säumniszuschlag für verspätete Zahlung des Risikostrukturausgleichs	72
3. Bundesausschuss gegen Aufsichtsbehörde (Protonentherapie im Krankenhaus)	72
<b>XI. Entscheidungen des BSG</b>	<b>73</b>
1. Vertragsärztliche Behandlung: Interstitielle Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation	73
2. Kostenerstattung: Uterus-Arterien-Embolisation/Herstellungsanspruch	73
3. Arzneimittelbegriff (D-Ribose)	73
4. Wahlrecht auf Liegerad anstelle eines Elektrorollstuhls	73

5. Stationäre Behandlung: Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und prognoseentscheidung	73
6. Streitigkeiten zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse keine Erstattungsstreitigkeit	74
<b>Redaktion</b>	<b>74</b>
<b>C. Entscheidungen anderer Gerichte</b>	<b>75</b>
<b>I. Ärztliches Berufsrecht</b>	<b>75</b>
1. Berufsrecht: Werbeverbot und gehäufte Telefonbuchanzeigen	75
2. Mitgliedsbeitrag für die Psychotherapeutenkammer	75
3. Gütesiegel für die Praxis: "Geprüfte MacDent-Qualitätsstandards"	75
4. Betrug: Abrechnung der Nr. 5 EBM zur Sprechstundenzeit	76
<b>II. Arzthaftung</b>	<b>76</b>
1. BGH: Schadensersatzklage nach Robodoc-Operation abgewiesen	76
2. Therapie einer Lyme-Borreliose	76
3. Zur Haftung eines Praxisvertreters und Umkehr der Beweislast	76
4. Darlegungslast des Patienten im PKH-Verfahren	77
<b>III. Private Krankenversicherung/GOÄ/Beihilfe</b>	<b>77</b>
1. BGH: Höchstgrenzen für Erstattung zahnärztlicher Sachkosten	77
2. Versorgung mit sog. Disk-Implantaten	77
<b>IV. Arzneimittel</b>	<b>77</b>
1. Verblisterung von Fertigarzneimitteln	77
2. Abgrenzung zwischen Lebensmitteln und Arzneimitteln (Red Rice Kapseln)	78
3. Fertigarzneimittel durch Vermischung fertiger Substanzen	78
<b>V. Verschiedenes</b>	<b>78</b>
1. EUGH	78
a) Krankenhausbehandlung im EU-Ausland	78
b) Steuerfreiheit medizinischer Laboruntersuchungen	79
c) Pflegegeld nach Maßgabe des Beschäftigungsortes	79
2. BVerfG	79
a) Effektiver Rechtsschutz gegen Rechtsverordnungen	79
b) Persönlichkeitsrecht eines Schwangerschaftsabbrüche vornehmenden Arztes	80
c) Führungsaufsicht: Weisung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht	80
3. BGH: Gutschein einer Krankenkasse für Blutdruckmessungen	80
4. BSG: Anforderungen an die Rüge einer überlangen Verfahrensdauer	80
5. Amtshaftung bei rechtswidriger Untersagung der Vertretertätigkeit eines Zahnarztes durch KZV	80
6. Verurteilter Mörder darf Apothekerberuf nicht mehr ausüben	81
7. Widerruf und Rückforderung von Zuwendungen für Arztpraxis durch Gemeinde	81
8. Altersgrenze für flugmedizinische Sachverständige	81
9. Faltenunterspritzen im Mund- und Nasalbereich als Heilkunde	81
10. Wartezeit im qualifizierten Krankentransport	81
11. Ordnungsgeld gegen ärztlichen Zeugen - Übersehen der Ladung	81
<b>Verzeichnis der Entscheidungen</b>	<b>82</b>
<b>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht</b>	<b>85</b>
<b>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)</b>	<b>89</b>

## 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.

# A. Vertragsarztrecht

## I. Honorarverteilung

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

Nach BSG, Urt. v. 19.07.2006 – **B 6 KA 8/05 R** – (Parallelverfahren: B 6 KA 9/05 R) kann ein HVM in erster Linie die umsatzstärkeren Praxen belasten und zwar in der Weise, dass in dem Honorarbereich, der über der Grenze von 62.500 DM je Quartal lag, eine **Abstaffelung des weiteren Honorars** vorgenommen wurde, beginnend mit einer Reduzierung um 5 % bis hin zu einer Verminderung um 40 % für das über 225.000 DM hinausgehende Quartalshonorar; **Sonderregelungen für spezielle Zahnarztgruppen** wie Kieferorthopäden und/oder Oralchirurgen und/oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen sind nicht erforderlich; 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 Allgemein Zahnärzte 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. PSYCHOTHERAPEUTEN

#### A) LEISTUNGSBEGRENZUNG: VERSTOß GEGEN HONORARVERTEILUNGSGERECHTIGKEIT

*SG für das Saarland, Urt. v. 17.05.2006 – S 2 KA 104/04 –*

RID 06-03-01

Leistungsobergrenze, Individualbudget, Psychotherapeut, Honorarverteilungsgerechtigkeit  
SGB V § 85 IV

Die Festsetzung einer **Leistungsobergrenze** für Psychotherapeuten verstößt dann gegen den Grundsatz der **Honorarverteilungsgerechtigkeit**, wenn dieser bei Vollausslastung seiner Praxis nicht einen **Jahresüberschuss** wie eine **durchschnittliche nervenärztliche Praxis** (hier Quartale III/03-I/04: bei einem Kostensatz von 55,2 % betrug der Jahresgewinn 76.434,61 Euro) erreichen kann. Es muss möglich sein, den Umsatz bis zum durchschnittlichen Ergebnis nervenärztlicher Praxen zu steigern. Auf den durchschnittlichen Umsatz der eigenen Fachgruppe kommt es dabei nicht an.

Der klagende Psychologische Psychotherapeut wandte sich gegen die Begrenzung des anzuerkennenden Leistungsbedarfs in den Quartalen III/03-I/04. Anerkannt wurden ihm zwischen 357.000 bis 392.000 Punkten bei angeforderten 362.000 bis 468.000 Punkten, was einer Quote von 98,79 %, 83,77 % und 85,77 % entsprach. Die Bekl. half insoweit ab, als sie das Punktezahlvolumen auf den Durchschnitt der Fachgruppe, 373.439,6 Punkte, an hob. Das **SG** gab der Klage statt.

#### B) PUNKTWERT KV BRANDENBURG 1998/MENGENBEGRENZUNGSREGELUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.04.2006 – L 7 KA 19/02\*25 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-02

**Nichtzulassungsbeschwerde erhoben - B 6 KA 46/06 B -**

Psychotherapeut, Punktwert, Vergütungs niveau, Allgemeinärzte, Leistungs obergrenze, Individualbudget, Mengenbegrenzungsregelung, Honorarverteilungsgerechtigkeit  
SGB V §§ 12, 27, 85 IV; GG Art. 3 I, 12 I

Die Aufrechterhaltung eines Vergütungs niveaus für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte oder die im Delegationsverfahren tätigen Psychotherapeuten auf der Grundlage eines **Punktwertes** von 10 Pf. ist dann nicht (mehr) geboten, wenn die Umsätze einzelner Arztgruppen aus vertragsärztlicher Tätigkeit in einem kassenärztlichen Bezirk im streitigen Zeitraum signifikant hinter den bundesweiten Durchschnittswerten, die dem Modell des BSG zu Grunde gelegen haben, zurückbleiben. In einer derartigen Situation reicht auch ein geringerer Punktwert für die zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen aus, um eine ungerechtfertigte Benachteiligung der Psychotherapeuten bei der Honorarverteilung auszuschließen. Insbesondere kann im Hinblick auf die deutlich hinter dem **Vergütungs niveau** in den alten Bundesländern zurückbleibenden Umsätze und Erträge aus vertragsärztlicher Tätigkeit in den kassenärztlichen Bezirken der neuen Bundesländer von einem niedrigeren Punktwert ausgegangen werden (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 7).

Wird dieser Punktwert unter Anwendung der Regelungen über die Honorarverteilung rechnerisch nicht erreicht, ist die KV grundsätzlich verpflichtet, den Punktwert zu **stützen**.

Für den anzustellenden Honorarvergleich kommt es im Jahr 1998 nicht auf die Arztgruppe mit dem niedrigsten durchschnittlichen Einkommen, sondern auf die **Vergleichsgruppe der Allgemeinärzte** an.

Eine **Mengenzuwachsbegrenzung** auf die Vergütungsansprüche eines **Psychotherapeuten** ist unzulässig. Insbesondere durch die Notwendigkeit der Genehmigung der zu erbringenden psychotherapeutischen Leistungen durch die Krankenkasse des Versicherten ist sichergestellt, dass die erbrachte Leistung in ihrem Gesamtvolumen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet. Eine Mengenzuwachsbegrenzung würde auch die vom BSG geforderte Garantie eines angemessenen Honorarniveaus zunichte machen.

**SG Potsdam**, Urt. v. 10.04.2002 – S 1 KA 50/99 – verpflichtete zur Neubescheidung, das **LSG** verpflichtete auf die Anschlussberufung der Kl. die Bekl., die Honoraransprüche der Kl. für die Quartale II/98 und III/98 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Berufungsgerichts neu zu bescheiden.

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 14.06.2006 – L 7 KA 72/06 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-03**

**Nichtzulassungsbeschwerde erhoben - B 6 KA 52/06 B -**

Parallelentscheidung zu vorstehendem Urt. v. 26.04.2006 – L 7 KA 19/02\*25.

Die Erlössituation der Nervenärzte in Brandenburg zur Bestimmung eines angemessenen Honorars der Psychotherapeuten im Jahr 1998 kommt nicht in Betracht, weil sie im Vergleich mit der Honorarsituation 1996, 1997 und 1999 als außergewöhnlich angesehen werden muss. Eine Besserstellung gegenüber der Mehrheit der Brandenburger Vertragsärzte ist mit der Heranziehung der Vergleichsgruppe der Allgemeinärzte nicht verbunden, weil der zur Honorarbestimmung heranzuziehende Erlös der Allgemeinärzte i.H.v. 132.411,51 DM 1998 erheblich unter dem durchschnittlichen Erlös aller Brandenburger Ärzte in diesem Kalenderjahr i.H.v. 146.507 DM bleibt.

1998 erbrachte der beigeladene Diplompsychologe auf Veranlassung des klagenden Vertragsarztes im Delegationsverfahren psychotherapeutische Leistungen. Im Quartal II/98 (bzw. III/98) kürzte die KV die für 29 Behandlungsfälle erbrachten G IV-Leistungen von 268.938 Punkten um 73.178,6 (116.507) Punkte, d. h. um 27,2 (33,6) v. H. Die verbleibenden Punkte honorierte sie bis zu einer Punktzahl von 3.100 je Fall mit einem Punktwert von 7,49 (7,49) Pf. im Primär- und Ersatzkassenbereich sowie im Übrigen mit Punktwerten von 4,20 (4,90) Pf. (PK) und 5,20 (5,80) Pf. (EK). Diese Honorierung wiederum entsprach einem gewichteten Punktwert von 6,10 (6,42) Pf. **SG Potsdam**, Urt. v. 10.04.2002 – S 1 KA 112/99 –, verpflichtete zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Berufung d. Bekl. zurück und verpflichtete auf Anschlussberufung zur Neubescheidung unter Beachtung seiner Rechtsauffassung.

## **C) PUNKTWERT KV BRANDENBURG 1999**

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 14.06.2006 – L 7 KA 82/06 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-04**

Psychotherapeut, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Punktwert

SGB V § 85 IV; EinfG-PsychThG Art. 11; GG Art. 3 I, 12 I

Art. 11 EinfG-PsychThG legte für das Jahr 1999 eine Ausgabenobergrenze für die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen und damit auch eine maximale Größe für das maßgebliche Honorarkontingent fest. Die Vorschrift ist verfassungsgemäß (BSG, Urt. v. 06.11.2002 - B 6 KA 21/02 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 39).

Im Quartal I /99 vergütete die KV die psychotherapeutischen Leistungen des klagenden approbierten psychologischen Psychotherapeuten ohne Honorarbegrenzung mit Punktwerten von 4,20 Pf. im Bereich der Primärkassen und von 6,0 Pf. im Bereich der Ersatzkassen. **SG Potsdam**, Urt. v. 10.04.2002 – S 1 KA 156/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **2. BAYVERFGH: HVM KV BAYERN RECHTMÄßIG**

**BayVerfGH**, Urt. v. 29.05.2005 – Vf. 10-VII-04 – [www.bayern.verfassungsgerichtshof.de](http://www.bayern.verfassungsgerichtshof.de)

**RID 06-03-05**

Budgetierung, Honorarbegrenzung, Grundrecht, Handlungsfreiheit, Gleichheitssatz, Rechtsstaatsprinzip

SGB V § 85 IV; BayVerf Art. 101, 118 I, 168 I

**Leitsatz:** Verfassungsrechtliche Überprüfung von Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Budgetierung augenärztlicher Leistungen sowie zur Bewertung und Vergütung augenärztlicher und internistischer Laserleistungen.

Der **BayVerfGH** wies die Popularklage zurück.

### 3. FACHGRUPPENQUOTE HVM KV NORDRHEIN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2006 – L 10 KA 22/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-06

Leistungsbudget, Punktzahlengrenzwert, Fachgruppenquote

SGB V § 85 IV; HVM KV Nordrhein § 7

Seit 01.07.1999 erhält nach § 7 **HVM KV Nordrhein** jede vertragsärztliche Praxis - mit Ausnahme der im Einzelnen aufgeführten Bereiche - ein **individuelles Leistungsbudget** (Punktzahlengrenzwert); Abrechnungspunktzahlen, die diese Grenze überschreiten, werden nicht vergütet.

Die **Fachgruppenquote** nach dem HVM KV Nordrhein ist das Ergebnis einer Verhältnisrechnung zwischen tatsächlich erbrachter Gesamtleistung der Fachgruppe und dem im jeweiligen Honorartopf zur Verfügung stehenden Honorarvolumen. Dementsprechend kann die Fachgruppenquote als reiner Berechnungsfaktor für die Ermittlung des individuellen Punktzahlvolumens nach § 7 Abs. 2 HVM auch nur auf die tatsächlich erbrachte und anerkannte Leistungsmenge des Vertragsarztes bezogen werden.

Die Regelung in § 7 Abs. 2 S. 4 **HVM KV Nordrhein** in der ab 01.01.2002 geltenden Fassung vom 24.11.2001 (Rh. Ärztebl. 1/02, S. 70) "Wird das maximale abrechenbare Punktzahlvolumen im Abrechnungsquartal unterschritten, tritt die abgerechnete Leistungsmenge an die Stelle des maximal abrechenbaren Punktzahlvolumens" stellt deshalb auch **keine Änderung der Rechtslage** dar, sondern kann nur als Klarstellung für die Fälle verstanden werden, in denen die erbrachte Leistung in Punkten unter dem maximal zulässigen Punktzahlvolumen liegt.

Die klagende Ärztin für Allgemeinmedizin wandte sich gegen den Abrechnungsbescheid für das Quartal III/01. Bei der Honorarfestsetzung legte die Bekl. ein maximal zulässiges Punktzahlvolumen i.H.v. 579.289,3 Punkten zu Grunde. Sie ging ferner von einem erlaubten Zuwachs der Praxis bis zum Fachgruppendurchschnitt (612.066 Punkte) aus. Der dem Individualbudget unterliegende anerkannte Leistungsbedarf der Kl. belief sich auf 233.130 Punkte. Unter Zugrundelegung einer Fachgruppenquote in Höhe von 92,2291 % ermittelte die Bekl. daraus ein individuelles Punktzahlvolumen von 215.013,7 Punkten. D. Kl. machte geltend, Gegenstand der fachgruppenbezogenen Quotierung sei nicht der anerkannte Leistungsbedarf, sondern das maximal zulässige Punktzahlvolumen. *SG Düsseldorf, Urt. v. 27.04.2005 – S 33 KA 205/02* – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 4. INDIVIDUALBUDGET UND ÜBERDURCHSCHNITTliche ABRECHNUNG ZUR FACHGRUPPE

*SG Marburg, Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 653/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-07

Hautärztin, Primärkassenbereich, Ersatzkassenbereich, Budgetierung, Individualbudget

§ 85 IV; GG Art. 3 I, 12 I

Eine Praxis, die bereits überdurchschnittlich zur Fachgruppe abrechnet, kann durch ein in einem HVM geregeltes Individualbudget in der Weise begrenzt werden, dass ein das Individualbudget übersteigende Punktzahlvolumen bei der weiteren Honorarverteilung nicht berücksichtigt wird (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003 - B 6 KA 76/03 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 6 = MedR 2004, 456).

Eine getrennte Budgetierung nach Primär- und Ersatzkassen ist zulässig.

Das *SG* wies die Klage ab.

### 5. ZUORDNUNG ZUR HONORARGRUPPE BEI DOPPELZULASSUNG UND INDIVIDUALBUDGET

*SG Marburg, Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 45/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-08

Kinder- und Jugendmedizin, Humangenetiker, Doppelzulassung, Budgetierung, Individualbudget

§ 85 IV; GG Art. 3 I, 12 I

Die richtige **Zuordnung zu einer Fachgruppe** ist für die **Individualbudgetierung** nach einem HVM maßgebend, soweit eine Vertragsärztin mit **Doppelzulassung** als Fachärztin für Humangenetik nicht den Budgetierungsregelungen unterliegt, sondern nur als hausärztlich tätige Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin. Ein HVM muss Regelungen darüber enthalten, wie Ärzte mit Doppelzulassung bei der Honorarverteilung zu behandeln sind und in welcher Weise ihre Honoraranforderung bzw. bzw. Teile dieser den Budgetierungsvorgaben unterliegen. Die einheitliche Zuordnung der gesamten Abrechnung zu einer Honorar(unter)gruppe ist jedenfalls unzulässig. Insoweit besteht auch kein Wahlrecht des einzelnen Arztes (Anschluss an SG Frankfurt a. M., Urt. v. 06.10.2004 – S 27 KA 3096/03 - RID 04-04-10 <Berufung anhängig: LSG Hessen - L 7 KA 94/04 ->).

Das *SG* verurteilte die KV auf Klage einer Ärztin mit einer Zulassung als hausärztlich tätige Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Fachärztin für Humangenetik, die sich gegen die Durchführung von Budgetierungsmaßnahmen gewandt hatte, zur Neubescheidung.



## 6. VERGÜTUNG KINDERÄRZTLICHER PRÄVENTIONS- UND SCHUTZIMPFUNGEN (III/97 BIS II/98)

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.03.2006 – L 7 KA 48/01 –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-09**

Präventionsleistung, Impfung

SGB V § 85 IIIa 7

Die durch das GSG eingefügten Regelungen zur besseren Vergütung von Präventionsleistungen (§ 85 IIIa 7 SGB V) erfassten nur den Zeitraum der vom Gesetz verpflichtend vorgegebenen Begrenzung des Anstiegs der vertraglich zu vereinbarenden Gesamtvergütung auf die Steigerung der Grundlohnsumme, also die Jahre 1993 bis 1995 (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 7/99 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 23 m.w.N.; LSG Berlin, Urt. v. 16.02.2005 - L 7 KA 257/02 - für die entsprechende Regelung in § 85 IIIa 6 hinsichtlich des Bereiches der ambulanten Operationen).

**SG Berlin**, Urt. v. 13.06.2001 – S 71 KA 193/99 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 7. VERGÜTUNG FÜR AMBULANTE NOTFALLBEHANDLUNGEN IM KRANKENHAUS

### A) KEIN GESTÜTZTER PUNKTWERT

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.04.2006 – L 11 KA 9/04 –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-10**

**Revision anhängig: B 6 KA 15/06 R**

Notfallbehandlung, Krankenhaus, Vergütung, Notfallvergütung, ambulante Notfallbehandlung

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

Der Auffassung des 10. Senats des LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.01.2005 – L 10 KA 11/04 – RID 05-03-08 (Revision anhängig: B 6 KA 31/05 R) ist zu folgen.

Im Quartal I/00 erbrachte die Kl. als Kreiskrankenhaus ambulante Notfallbehandlungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach § 3 II des auf der Grundlage von § 115 SGB V hinsichtlich der Vergütung für diese Leistungen geschlossenen Vertrages sollten für die erbrachten Leistungen 90 v. H. der für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätze zu Grunde gelegt werden. In zwei Klageverfahren, die die Auslegung dieser Vergütungsregelung zum Gegenstand hatten, verurteilte der erkennende Senat die Bekl., bei der Vergütung als entsprechenden für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Punktwert den im HVM bestimmten ungestützten Punktwert zu Grunde zu legen, also den Punktwert im sog. "roten Bereich" (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.03.2000 - L 11 KA 114/98 - RID 00-03-11 u. L 11 KA 204/99; BSG v. 31.01.2001 - B 6 KA 33/00 R - SozR 3-2500 § 115 Nr. 1 wies die Revision der Bekl. gegen das Urt. L 11 KA 114/98 zurück). Seit dem Quartal I/99 wurden die Leistungen im organisierten Notdienst nach § 6 IIIh HVM mit einem Punktwert von 9,0 Pf. bewertet. Angesichts dieser Regelung vertrat die Kl. die Auffassung, die Vergütung ihrer Leistungen im Rahmen des ambulanten Notfalldienstes habe nach einem Punktwert von 8,1 Pf. (90 v. H. von 9,0 Pf.) zu erfolgen und legte daher gegen den Abrechnungsbescheid für das Quartal I/00 Widerspruch ein. Die Bekl. vertrat demgegenüber die Auffassung, dieser Punktwert finde nur im ärztlich organisierten Notfalldienst Anwendung, an dem die Kl. als Krankenhaus jedoch nicht teilnehme.

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.06.2006 – L 10 KA 8/05 –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-11**

**Revision zugelassen**

Am Senatsurt. v. 19.01.2005 – L 10 KA 11/04 – RID 05-03-08 (Revision anhängig: B 6 KA 31/05 R) wird festgehalten.

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 19.01.2005 – S 17 KA 395/01 – wies die Klage (bzgl. Quartal I/01) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### B) FALLZAHLABSTAFFELUNG/HONORARTOPF

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 31.08.2005 – L 1 KA 1/04 –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-12**

**Revision anhängig: B 6 KA 5/06 R**

Notfallbehandlung, Krankenhaus, Vergütung, Notfallvergütung, ambulante Notfallbehandlung

SGB V §§ 75 I 2, 76 I 2, 85 IV 3, 120 II 3; GG Art. 3 I, 12 I

Es ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass der HVM eine eigene **Fachgruppe für Krankenhäuser** und ermächtigte Ärzte/Einrichtungen vorsieht.

Eine über § 120 III 2 SGB V hinausgehende **Begrenzung** des sich auf bundesrechtlicher Grundlage ergebenden **Vergütungsanspruchs für Notfallbehandlungen** von nicht an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Krankenhäusern durch Regelungen in Gesamtverträgen, sei es im Wege prozentualer Abschläge oder durch Ausschluss der Abrechnungsfähigkeit bestimmter Leistungen, ist nur zulässig, soweit sie durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist (BSG vom 20.12.1995 – 6 R KA 25/95 – SozR 3-2500 § 120 Nr. 7).

Eine Regelung im **HVM**, die eine klar benachteiligende Tendenz für die Vergütung der Notfallbehandlungen durch die Krankenhäuser hat und auf **sachfremden Erwägungen** beruht (hier: die Vertragsärzte würden im Vergleich zu den im Westen niedergelassenen Vertragsärzten nur 80 % der Vergütung erhalten, während das Krankenhaus auch in den anderen Bereichen Einnahmen habe, die sie in die Lage versetze, die Notfallambulanz finanziell zu unterhalten), verstößt gegen die Grundsätze der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Eine bewusste Steuerung der Inanspruchnahme einer **Notfallambulanz** ist nicht möglich; einem Punktwertverfall durch **Mengenausweitung** kann nicht entgegengewirkt werden.

Der Auffassung von **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 19.01.2005 – L 10 KA 11/04 – RID 05-03-08 (Revision anhängig: B 6 KA 31/05 R), das eine sachlich gerechtfertigte Privilegierung der Vergütung der am vertragsärztlichen Notdienst teilnehmenden Ärzte dadurch für sachlich gerechtfertigt hält, dass durch die Teilnahme am organisierten ärztlichen Notdienst besondere Organisations- und Kostenaufwendungen entstehen, ist nicht zu folgen.

Nach den im streitigen Quartal III/01 geltenden Gesamtverträgen zwischen der bekl. KV und den Krankenkassen berechneten sich die von Nicht-Vertragsärzten in Notfällen ausgeführten Leistungen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen, wobei § 120 III 2 SGB V (Investitionskostenabschlag von 10 v. H.) entsprechend angewandt wurde. Nach dem HVM wird eine nicht budgetierte Fachgruppe für "Ambulante Leistungen von Krankenhäusern, ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten aller Fachrichtungen sowie ermächtigte Einrichtungen/Universitätspolikliniken, Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag gemäß § 311 Abs. 2 SGB V" gebildet. Die Leistungsanforderungen innerhalb der nicht budgetierten Fachgruppe werden dahingehend begrenzt, dass bei einer Überschreitung der kurativ-präventivambulanten Fallzahlen des Vorjahres um mehr als 5 % der Leistungsbedarf der überschreitende Fälle um 10 % abgesenkt wird. Nach § 11a Ziff. 2 HVM werden von der ermittelten hausärztlichen Gesamtvergütung zur Ermittlung der Verteilungspunktwerte vorweg u. a. Leistungen von Vertragsärzten im organisierten Notfalldienst für Primärkassen mit 6,5 Pf. und für Ersatzkassen mit 8,0 Pf. abgezogen. Entsprechendes gilt für die Verteilung der fachärztlichen Gesamtvergütung. Bei der Honorarabrechnungen für die ambulante Notfallbehandlung nahm die Bekl. unter anderem gemäß HVM eine Abstaffelung aufgrund 3145 abgerechneter Fallzahlen im Vergleich zu 2965 Fallzahlen des Vorjahresquartals vor, in dem sie die Punktzahlleistungen auf 99,90 % abstaffelte (von 2.361.987,0 Punkten wurden 2.253,1 Punkte gekürzt und mithin nach Abstaffelung 2.359.733,9 Punkte anerkannt; Gesamthonorar 53.134,16 € abzügl. 2,3 % Verwaltungskosten). **SG Schwerin**, Urt. v. 03.12.2006 – S 3a KA 75/02 – gab der Klage statt und verurteilte die Bekl. zur Neubeschreibung, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## 8. BELEGARZT: KRANKENHAUSLEISTUNG (U 2-VORSORGEUNTERSUCHUNGEN) DURCH HINZUGEZOGENEN VERTRAGSARZT

**LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 14.06.2006 – L 3 KA 154/03 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-13

**Nichtzulassungsbeschwerde erhoben - B 6 KA 56/06 B -**

Kinderarzt, Belegarzt, Krankenhaus, U 2-Vorsorgeuntersuchung

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 5, 39, 73 VI; RVO § 197

Die von einem vertragsärztlichen Kinderarzt, der **kein Belegarzt** ist, im Krankenhaus erbrachten U 2-Vorsorgeuntersuchungen sind Krankenhausleistungen und gehören nicht zur vertragsärztlichen Versorgung (§ 73 VI SGB V). Soweit der Krankenhausträger zur Durchführung dieser Untersuchung niedergelassene Ärzte zuziehen muss, weil das Gebiet am Krankenhaus nicht vertreten ist, muss der niedergelassene Arzt, auch soweit er Vertragsarzt ist, seine Leistungen **gegenüber dem Krankenhausträger abrechnen**.

**SG Hannover**, Urt. v. 05.03.2003 – S 10 KA 1265/00 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## 9. PRAXISBUDGETS: FESTER BETRIEBSKOSTENANTEIL IN NEUEN BUNDESLÄNDERN

**LSG Thüringen**, Urt. v. 07.12.2005 – L 4 KA 589/02 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-14

**Revision anhängig: B 6 KA 18/06 R**

Urologe, Praxisbudget, Unkosten, Betriebskostenanteil

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

Die Festelegung der **Praxisbudgets** mit einem **festen Betriebskostenanteil** in den neuen Bundesländern ist gerichtlich nicht angreifbar, weil sie nicht willkürlich und auch nicht bewusst benachteiligend ist, wenn es vielleicht auch eine günstigere Regelung gegeben hätte. Gleichsam darf dabei auch nicht außen vor bleiben, dass bestimmte Ärzte von einem festen Betriebskostenanteil profitieren, nämlich die, die kleinere Praxen haben und/oder niedrige Betriebskosten aufweisen.

**SG Gotha**, Urt. v. 13.03. u. 24.04.2002 – S 12 KA 2005 u. 2200/99 – wies die Klagen eines Urologen gegen die Honorarbescheide für die Quartale III und IV/97 sowie I bis III/98, mit denen insb. die Rechtmäßigkeit der zugrunde gelegten Praxisbudgets angegriffen wurde, ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelentscheidung: SG Gotha**, Urt. v. 13.03. u. 24.04.2002 – S 12 KA 1417/02 –

**LSG Thüringen**, Urt. v. 07.12.2005 – L 4 KA 604/04 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-15

**Revision anhängig: B 6 KA 14/06 R**

## 10. UNZUMUTBARER VERGÜTUNGSAUSSCHLUSS BEI UNAUFKLÄRBAREM SOFTWARE-FEHLER

**SG Stuttgart**, Urt. v. 28.06.2006 – S 10 KA 5811/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-16

**Sprungrevision zugelassen**

Honorarabrechnung, Vergütungsauausschluss, Software-Fehler, Abrechnungsschein

SGB V § 85 IV; GG Art. 12 I

Der vollständige und endgültige Vergütungsauausschluss aller Abrechnungen, die ohne vorausgehenden Antrag auf Fristverlängerung nach dem Einsendetermin vorgelegt werden, belastet die Vertragsärzte unzumutbar. Dies gilt nicht nur, wenn aufgrund eines Software-Fehlers in der EDV-Anlage des Vertragsarztes **Abrechnungsscheine** nicht rechtzeitig vorgelegt wurden (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 19), sondern auch dann, wenn bis zum Einsendetermin zwar alle Abrechnungsscheine, nicht aber alle erbrachten **Leistungen** an die KV mittels Diskette übermittelt wurden.

Im Quartal I/01 setzte die KV das Gesamthonorar auf DM 31.132,83 fest. Hierbei wurde eine Überzahlung von DM 50.648,04 festgestellt. Hiergegen legte die Kl. erfolglos Widerspruch mit der Begründung ein, wahrscheinlich aufgrund eines EDV-technischen Fehlers sei zwar die richtige Zahl von Behandlungsfällen, jedoch nicht die richtige Menge der erbrachten Leistungen übermittelt worden. Alle Leistungsdaten würden von ihr persönlich eingegeben, ebenfalls werde die Quartalsabrechnung von ihr kontrolliert, auf Diskette gespeichert und bei der KV abgegeben. Bisher habe sie keine Probleme gehabt. Da die Anzahl der von ihr behandelten Patienten seit mehr als einem Jahr konstant bei ca. 220 pro Quartal und auch die erbrachten Leistungen immer ungefähr die gleichen seien (ca. 120.000 DM), sei ihr nach Erhalt der Gesamthonorarabrechnung sofort klar gewesen, dass etwas nicht stimme. Sie bitte um nachträgliche Berichtigung ihrer Gesamthonorarabrechnung auf der Grundlage der von ihr erstellten neuen Diskette für das streitige Quartal. Das **SG** gab der Klage statt.

## 11. KEIN EIGENER HONORARANSPRUCH NACH ERÖFFNUNG DES INSOLVENZVERFAHRENS

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 07.06.2006 – L 11 KA 80/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-17

Insolvenzverfahren, Insolvenzverwalter, Honorar,

SGB V § 85 IV; InsVO § 35

Nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens ist ein Vertragsarzt nach dem Insolvenzrecht verpflichtet, seine Einkünfte aus der Tätigkeit als Vertragsarzt in vollem Umfang an den **Insolvenzverwalter** zu zahlen. Diesen trifft die Verpflichtung, aus den Einkünften des Schuldners nach Abzug der Betriebsausgaben und der abzuführenden Steuern den **pfändungsfreien Betrag** zu errechnen.

Über Maßnahmen des Gläubigerausschusses oder des Insolvenzverwalters hat allein das Insolvenzgericht im Rahmen der ihm zustehenden Möglichkeiten zu entscheiden (s. a. LSG NRW, Beschl. v. 13.05.2003 - L 16 B 5/03 SF ER -). Es besteht kein Anspruch auf Auszahlung der Kassenhonorare zwecks Übernahme der operativen Praxiskosten und zur Deckung des Pfändungsfreibetrages.

**SG Köln**, Urt. v. 25.05.2005 – S 14 KA 61/04 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 12. REDUZIERTER ABSCHLAGSZAHLUNG NACH ARZNEIKOSTENREGRESS DURCH PRÜFUNGSAUSSCHUSS

**LSG Nordrhein-Westfalen**, B. v. 22.05.2006 – L 10 B 3/06 KA ER – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-18

Abschlagszahlung, HVM, Prüfungsausschuss, Arzneikostenregress, Prüfbescheid

SGB V §§ 85 IV, 105 V 4; SGG § 86b II 1

Nach § 106 Abs. 5 Satz 4 SGB V hat die **Anrufung des Beschwerdeausschusses aufschiebende Wirkung**. Ein HVV verstößt gegen höherrangiges Recht und ist unwirksam, soweit der Einbehalt von 10 v.H. ungeachtet dessen erfolgt, dass Widerspruch eingelegt worden ist.

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 03.02.2006 – S 14 KA 17/06 ER – RID 06-02-05 verpflichtete die KV, die monatlichen Abschlagszahlungen an die Ast. ohne Kürzung gemäß Prüfbescheid vom 09.01.2006 auszusahlen

und die für die Monate Januar und ggf. Februar 2006 bereits einbehaltenen Beträge an die Ast. auszukehren. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

**Parallelverfahren: SG Düsseldorf**, Beschl. v. 03.02.2006 – S 33 KA 53/06 ER –

**LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 24.05.2006 – L 11 B 20/06 KA ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-19**

### 13. EINSTWEILIGES ANORDNUNGSVERFAHREN

#### A) HÖHERE HONORARABSCHLAGSZAHLUNGEN FÜR VERGANGENE ZEITRÄUME

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 07.03.2006 – L 7 B 15/05 KA ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-20**

Anordnungsgrund, Abschlagszahlung

SGB V § 85 IV; SGG § 86b II

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung hinsichtlich höherer Honorarabschlagszahlungen für Zeiträume, für die bereits quartalsbezogene **Abrechnungsbescheide** erteilt worden sind, ist mangels Rechtsschutzbedürfnis unzulässig.

Höhere Honorarabschlagszahlungen für **Zeiten vor Antragstellung** können im Wege der einstweiligen Anordnung nicht begehrt werden, weil diese nicht mehr nötig ist; durch die Nichtzahlung der erstrebten Honorarabschlagszahlungen können keine wesentlichen Nachteile mehr entstehen, die sich durch den Erlass der auf eine zukünftige Regelung gerichteten einstweiligen Anordnung noch abwenden ließen. In dieser Zeit wurde die Praxis mit eigenen oder fremden Mitteln betrieben, so dass der Vertragsarzt hierfür auf die begehrten Honorarabschlagszahlungen nicht mehr angewiesen ist.

**SG Berlin**, Urt. v. 21.04.2005 – S 79 KA 50/05 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück; s. a. unter Streitwertfestsetzung.

#### B) HÖHERES HONORAR (NEPHROLOGEN)/ANORDNUNGSGRUND

**SG Marburg, Urt. v. 15.05.2006 – S 12 KA 487/06** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-21**

Honorarverteilung, Regelleistungsvolumen, Bewertungsausschuss, Anordnungsgrund, Abschlagszahlung

SGB V §§ 72 II, 85 IV; SGG § 86b II

Im einstweiligen Anordnungsverfahren muss offen bleiben, ob ein Honorarverteilungsvertrag von den **Vorgaben des Bewertungsausschusses** im Beschluss vom 29.10.2004, der Nephrologen von der Bildung von Regelleistungsvolumina ausgenommen hat, abweichen kann.

Ein **Anordnungsgrund** für die vorläufige Auszahlung eines höheren Honorars bzw. höherer Abschlagszahlungen ist jedenfalls dann nicht glaubhaft gemacht, wenn eine Gemeinschaftspraxis mit zwei Vertragsärzten im Saldo im Monat ohne Berücksichtigung privatärztlicher Tätigkeit einen **Überschuss** vor Steuern von 7.504,08 Euro bzw. pro Behandler von 3.752,04 Euro erzielt.

Das **SG** wies den Antrag, die KV im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, der antragstellenden Gemeinschaftspraxis zweier Nephrologen rückwirkend ab dem Quartal III/05 bis zur rechtskräftigen Entscheidung in den Hauptsacheverfahren mindestens 5.000,00 Euro monatlich (im Voraus) zusätzlich als Abschlagszahlungen zu zahlen bzw. die dem entsprechende Differenz zu bereits geleisteten Abschlags- oder Restzahlungen nachzuzahlen, hilfsweise die Zahlung von Abschlagszahlungen für noch nicht durch Bescheid abgerechnete Quartale (III/05 ff.) anzuordnen, deren Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, zurück; s. a. unter Streitwertfestsetzung.

### 14. ZAHNÄRZTE

#### A) HONORARTOPF MIT SOCKEL FÜR UNTERSCHIEDLICHE ANTEILE KIEFERORTHOP. LEISTUNGEN

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.06.2006 – L 4 KA 7/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-22**

Quartalshonorarbescheid, Jahresendabrechnung, Kieferorthopäde, Sockel, Quotierung, Honorartopf

SGB V § 85 IV

Eine KZV ist befugt, einen nur unter Vorbehalt erlassenen **Quartalshonorarbescheid** im Rahmen der **Jahresendabrechnung** zu Ungunsten einer Vertragszahnärztin zu ändern.

Nicht zu beanstanden ist ein HVM, nach dem Leistungen nach Maßgabe eines Budgets bzw. bis zu einem bestimmten **Sockel** für alle Zahnärzte gleich bemessen und mit dem vollen - vertraglich vorgesehenen - Punktwert vergütet werden und die darüber hinausgehenden Leistungsmengen entsprechend der verbliebenen Restvergütung nur noch quotiert vergütet werden (vgl. BSG, Urteil vom 8. Februar 2006, a.a.O., juris Rz. 23, m.w.N.).

Ein HVM kann für die Vergütung **kieferorthopädischer Leistungen unterschiedliche Regelungen** für Kieferorthopäden und Zahnärzte mit einem Anteil von mindestens 70 % kieferorthopädischen Leistungen auf der einen Seite und Zahnärzte mit einem geringeren Anteil kieferorthopädischer Leistungen am Gesamthonorar auf der anderen Seite vorsehen.

Nach Begrenzung des Gesamtvergütungsvolumens im zahnärztlichen Bereich für die Zeit ab Januar 1999 durch Art. 15 GKV-SolG änderte die beklagte KZV ihren HVM. Dieser sah die Bildung von getrennten Etats vor und zwar u.a. für die kieferorthopädische Behandlung, die von Kieferorthopäden und von Zahnärzten erbracht wird, bei denen die kieferorthopädischen Leistungen mindestens 70 % des Gesamthonorarvolumens ausmachen sowie für die kieferorthopädische Behandlung, die von Zahnärzten erbracht wird, bei denen die kieferorthopädischen Leistungen weniger als 70 % des Gesamthonorarvolumens ausmachen. Innerhalb jedes Etats wurde für jede der sechs Kassenarten ein getrennter Titel errichtet. Für jeden Etat wurde ein gesonderter Sockel (Basis 1997; 82.937,11 DM bzw. 2.648,88 DM) ermittelt, bis zu dem die Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet wurden. Die übrigen Leistungen wurden quotiert. Gegen die hierauf beruhende Honorarkürzung wandte sich die klagende Zahnärztin. **SG Kiel**, Urt. v. 25.04.2003 – S 13 KA 617/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **B) ERHÖHTE ERBRINGUNG CHIRURGISCHER LEISTUNGEN UND HÄRTEFALL**

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 34/04 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-23**

**Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 43/06 B**

Honorarverteilung, Chirurg, MKG-Chirurg, Härtefall  
SGB V § 85 IV

Bescheide über Honorarminderungen für ein Quartal werden durch ein **Jahresausgleichsverfahren** gegenstandslos bzw. Gegenstand des den Jahresausgleichsbescheid betreffenden Verfahrens.

Eine **erhöhte Erbringung chirurgischer Leistungen** betrifft die tatsächliche Praxisausrichtung, auf die bei einer generellen Regelung zur Honorarverteilung nicht abgestellt werden kann. Grundsätzlich ist (von Spezialgebieten abgesehen) der zahnärztliche Behandlungsbedarf im Wesentlichen homogen. Erst wenn die Spezialisierung so weit geht, dass sie das Leistungsspektrum einer Gruppe aus einem Spezialgebiet erreicht, ist es gerechtfertigt, den Vertragszahnarzt wie einen Zahnarzt dieser Gruppe zu behandeln.

Der klagende Vertragszahnarzt war bis zum Quartal I/99 im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis mit einem MKG-Chirurgen tätig. Im Jahre 2000 hat er einen Operationsraum eingerichtet, er ist in der Praxis auf chirurgische Leistungen spezialisiert. Im Jahre 2001 lag der **Anteil chirurgischer Leistungen am Gesamtumsatz** zwischen 49,43 % (3. Quartal) bis 56,26 % (1. Quartal). Der **HVM** sah für die Leistungen aus den Bereichen konservierend-chirurgisch (KCH) und Kieferbruch (KB) bis zu einem Grenzwert (Punktmenge) eine Vergütung mit den vertraglichen Punktwerten vor. Aus den Abrechnungsvolumina des Vorjahres wurde eine durchschnittliche Punktmenge je Fall ermittelt, variiert und vom Vorstand festgelegt. Dieser Grenzwert galt für eine durchschnittliche Fallzahl (501-550 Fälle), Praxen mit einer unter- bzw. überdurchschnittlichen Fallzahl erhielten Zuschläge bzw. Abschläge für die unter bzw. über der durchschnittlichen Fallzahl abgerechneten Fälle. Der durchschnittliche Fallwert wurde getrennt nach Zahnärzten, MKG, Oralchirurgen, Parodontologen und Kieferorthopäden sowie getrennt nach Primärkassen einschließlich Bundesknappschaft und Ersatzkassen ermittelt. Für Zahnärzte und Oralchirurgen, deren Umsatz im jeweils abgerechneten Quartal zu 80 % und mehr aus chirurgischen Leistungen bestand, galten die Grenzwerte der MKG. Im Jahre 2001 betrug der Grenzwert für die Gruppe der Zahnärzte bei den Ersatzkassen 81 Punkte, bei den Primärkassen 85 Punkte. Der Grenzwert bei der Gruppe der Oralchirurgen belief sich bei den Ersatzkassen auf 84 Punkte, bei den Primärkassen auf 89 Punkte, bei der Gruppe MKG auf 149 Punkte bzw. 156 Punkte. Für Zahnersatz sah § 4 der Anlage feste Jahresgrenzwerte für Fallzahlen von 451-550 Fällen mit Zu- bzw. Abschlägen für höhere bzw. geringere Fallzahlen vor; der Jahresgrenzwert betrug für Zahnärzte 127.973,00 DM, für Oralchirurgen 109.349,00 DM und für MKG 79.793,00 DM. Nach § 11 erfolgte ein Ausgleichsverfahren nach Jahresende. Sofern die höchstzulässige Gesamtvergütung im Primärkassenbereich nur bei einzelnen Kassen überschritten wurde, erfolgte nur eine entsprechend prozentuale Kürzung des für diese Kassen abgerechneten Honorars. Ferner wurden gegebenenfalls Überschreitungen im Bereich KCH/KB mit Unterschreitungen für den Bereich Zahnersatz ausgeglichen. Während des Klageverfahrens wurde die bisherige Honorarkürzung für das Jahr 2001 aufgehoben und für den Primärkassenbereich eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 3.258,29 Euro festgesetzt, die sich aus den prozentualen Honorarminderungen hinsichtlich der Krankenkassen errechnet, bei denen es zu einer Überschreitung der Gesamtvergütung gekommen war. Für den Bereich der Ersatzkassen wurde ein Ausgleich der Überschreitung der Vergütung aus dem KCH/KB-Bereich mit den Unterschreitungen beim Zahnersatz vorgenommen worden. Das Guthaben des Klägers für Prothetik in Höhe von 62.519,59 DM ist mit den Einbehalten für die Vergütung KCH/KB/KFO-Sachleistungen in Höhe von 105.106,11 DM verrechnet worden, so dass sich noch eine Belastung in Höhe von 62.519,59 DM (31.965,76 Euro) ergab. **SG Münster**, Urt. v. 16.02.2004 – S 2 KA 101/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### C) DEGRESSIONSGRENZE FÜR ALS ORALCHIRURGEN ZUGELASSENEN MKG-CHIRURGEN

*SG Düsseldorf, Urt. v. 16.06.2006 – S 2 KA 52/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-24

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 23/06 R*

Oralchirurg, Allgemeinzahnarzt, Degressionsregelung  
SGB V § 85 IVb ff.

Die Zulassung als Oralchirurg ändert an der Anwendbarkeit der Degressionsregelungen des § 85 Abs. 4b SGB V mit der ab 01.01.2005 für Allgemeinzahnärzte reduzierten Degressionsfreimenge nichts, da grundsätzliche Unterschiede noch vorhanden sind (unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 4/05 R -).

Der Kl., ein, Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, wurde zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit für den Bereich Oralchirurgie mit Wirkung vom 01.04.2005 zugelassen. Die **KZV** kürzte im Quartal III/05 das Honorar um 7.633,30 EUR wegen Punktmengenüberschreitung (§ 85 Ib ff. SGB V), wobei sie ihrer Berechnung eine degressionsfreie Punktmenge von 272.344 Punkten zugrunde legte. Bei einer abgerechneten Gesamtpunktzahl von 317.045 Punkten ergab sich eine Überschreitung von 44.701 Punkten, die unter Anwendung eines Abzugsprozentsatzes von 9,57 % zu dem Honorarabzug führte. Eine Differenzierung für Vertragszahnärzte mit der Fachgebietsbezeichnung "Oralchirurgie" sowie einer auf dieses Fachgebiet beschränkten Zulassung, die die prothetische Leistungserbringung bis auf wenige Fallgruppen ausschließe, sehe § 85 Abs. 4b SGB V nicht vor. Hiergegen machte d. **Kl.** u.a. geltend, die Absenkung der Degressionsgrenzen ab dem 01.01.2005 bei Zahnärzten auf 262.500 Punkte sei ausweislich der Gesetzesbegründung eine notwendige Folge der Umstellung auf befundbezogene Festzuschüsse zum Zahnersatz, die dann nicht mehr Bestandteil der Gesamtvergütung seien und somit auch nicht mehr der Degression unterlägen. Die Absenkung der Degressionsgrenze bei Kieferorthopäden auf 280.000 Punkte sei eine Folgeregelung der Punktzahlreduzierung für kieferorthopädische Leistungen durch den Bewertungsausschuss im BEMA-Z. Eine weitere Absenkung wie bei Zahnärzten werde nicht vorgenommen, da der Gesetzgeber davon ausgegangen sei, dass von diesen grundsätzlich keine prothetischen Leistungen erbracht würden. Demgegenüber sei der als "Zahnarzt-Oralchirurg" zugelassene Zahnarzt von beiden Änderungen nicht betroffen, da er weder kieferorthopädische Leistungen noch Zahnersatz erbringe. Für ihn müsse die alte Degressionsgrenze von 350.000 Punkten erhalten bleiben, weil es in dieser Konstellation keine Begründung für die Herabsetzung der Degression gebe. Das **SG** wies die Klage ab.

### D) DEGRESSIONSREGELUNGEN I.D.F. 1996 VERFASSUNGSKONFORM

*LSG Bayern, Urt. v. 08.03.2006 – L 3 KA 5011/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-25

Degressionsregelungen, Degression  
SGB V § 85 IVb ff.

Die Degressionsregelungen in § 85 IVb bis IVf SGB V sind verfassungskonform. Sie beeinträchtigen als Berufsausübungsregelungen weder die Berufsfreiheit eines Vertragszahnarztes (Art.12 I GG) noch sein Eigentumsrecht (Art.14 GG) (BSG, Urt. v. 14.05.1997 - 6 RKA 25/96 - BSGE 80, 223; BVerfG, Nichtannahmebeschlüsse v. 12.07.2000 - 1 BvR 2260/97 - sowie v. 21.06.2001 - 1 BvR 1762/00 -).

**SG München**, Urt. v. 27.11.2003 – S 21 KA 5030/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

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. HONORARBEGRENZUNG WEGEN BESCHÄFTIGUNG EINER ANGESTELLTEN ZAHNÄRZTIN

**SG Berlin**, *Urt. v. 04.05.2005 – S 79 KA 149/03 KZA* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-26**

Honorarbegrenzung, Obergrenze, angestellter Arzt  
SGB V § 101 I Nr. 5

Eine **bestandskräftige Honorarbegrenzung** wegen Beschäftigung einer **angestellten Zahnärztin** ist für den Vertragszahnarzt und die KZV bindend. Die die Obergrenze überschreitende Punktmenge ist nicht zu vergüten. Bei einer **nicht ganzjährig erfolgten Anstellung** ist die Obergrenze anteilig nach Tagen zu bemessen.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. VOLLSTÄNDIGE ANGABEN ZU LEISTUNGEN IM NOTFALLDIENST

**LSG Nordrhein-Westfalen**, *Urt. v. 07.06.2006 – L 11 KA 26/05* – (rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-27**

Notfalldienst, Abrechnung  
SGB V § 85 IV

Wird nach dem HVM die **Angabe der Tage der Teilnahme am Notfalldienst** verlangt und fehlen diese Angaben, so kann eine Abrechnung von Leistungen im ärztlichen Notfalldienst nicht erfolgen. Nur bei entsprechender Angaben kann die Schlüssigkeit der Abrechnung aus ihr selbst heraus überprüft werden. Es ist nicht Aufgabe der KV im Rahmen der jeweiligen Quartalsabrechnungen von ca. 15.000 Vertragsärzten, ggf. selbst durch eigene Ermittlungen die inhaltliche Richtigkeit der Abrechnung festzustellen und Angaben ggf. zu ergänzen und/oder zu korrigieren.

Die Kl. ist eine aus einem Chirurgen und einem Praktischen Arzt bestehende Gemeinschaftspraxis. Der **HVM** sah vor, dass bei Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst bei der Abrechnung folgende **Erklärung auf Vordruck** abzugeben war: "Ich versichere hiermit, die am .../an folgenden Tagen ... auf Muster 19 der Vordruckvereinbarung abgerechneten Leistungen selbst oder durch meinen Vertreter als Leistungen im organisierten Notfalldienst zwischen der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erbracht zu haben." Gemäß § 4 Abs. 7 letzter Satz HVM konnte der Arzt nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine nicht mehr geltend machen. Die Kl. füllte in der Quartalsabrechnung I/02 zwar das Datums- und Unterschriftsfeld der Erklärung zu Ziffer 1 b) der Gesamtaufstellung aus, nicht ausgefüllt waren jedoch die Felder für die Tage, an denen der organisierte Notfalldienst wahrgenommen wurde. Die Bekl. änderte in 94 Fällen die **Scheinart "ärztlicher Notfalldienst" in "Notfall"**. Eine Abrechnung von Leistungen im ärztlichen Notfalldienst könne nicht erfolgen, da die Kl. laut ihren Angaben im Quartal I/02 nicht am organisierten Notfalldienst teilgenommen habe. Die Kl. machte geltend, die ihr angehörenden Ärzte hätten am 05.01., 27.01., 26.02., 13.03. und am 16.03.2002 am organisierten Notfalldienst teilgenommen. Versehentlich seien diese Tage durch den neu niedergelassenen Arzt Dr. O nicht eingetragen worden. Die Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst sei der Bekl. aber bekannt gewesen. **SG Düsseldorf**, *Urt. v. 19.01.2005 – S 17 KA 136/03* – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## 3. NR. 439 EBM: FACHSPEZIFISCHEN DOKUMENTATION/BEFUNDDOKUMENTATION

**LSG Schleswig-Holstein**, *Urt. v. 11.07.2006 – L 4 KA 39/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-28**

Dokumentation, Befunddokumentation  
EBM Nr. 439

Das in der Präambel zum Kapitel D EBM geregelte Erfordernis einer fachspezifischen **Dokumentation** muss über eine normale Befunddokumentation, die gemäß § 57 BMV-Ä regelmäßiger Bestandteil der ärztlichen Leistungen ist, hinausgehen. Andernfalls hätte es der besonderen Hervorhebung in der Präambel zu Kapitel D EBM nicht bedurft (so bereits **LSG Schleswig-Holstein**, *Urt. v. 28.06.2005 – L 4 KA 12/05 – RID 06-01-17*).

**SG Kiel**, *Urt. v. 24.05.2005 – S 16 KA 109/03* – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 4. NR. 1549 EBM NEBEN NRN. 1566, 1572 UND 1577 EBM (BELEGÄRZTLICHE OHROPERATION)

**LSG Nordrhein-Westfalen**, *Urt. v. 05.04.2006 – L 11 KA 45/04* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-29**

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Belegarzt, Stenose, Exostose  
EBM Nrn. 1549, 1566, 1572, 1577

Die Nr. 1549 EBM ("Operative Beseitigung einer Stenose und/oder von Exostosen im knöchernen Teil des Gehörgangs als selbständige Leistung/1900 Punkte") kann neben Leistungen nach Nrn. 1566, 1572 und 1577 EBM abgerechnet werden.

**SG Düsseldorf**, *Urt. v. 03.03.2004 – S 14 KA 24/01* – wies die Klage ab, das **LSG** gab ihr statt.

## 5. ZAHNÄRZTE:

### A) DEGRESSIONSBESCHEID

#### AA) BEGINN DER VIERJÄHRIGE AUSSCHLUSSFRIST

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 52/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 06-03-30**

*Revision anhängig: B 6 KA 22/06 R*

Degressionsbescheid, Ausschlussfrist, Vorbehalt, Vertrauensschutz, Fristbeginn  
SGB V §§ 85 IVb ff. a. F.

Enthalten **Honorarbescheide** einen ausdrücklichen Hinweis auf den HVM, wonach Abrechnungen unter dem **Vorbehalt** einer Überschreitung wegen gesetzlicher Punktmengengrenzen ergehen, dann kann eine sachlich-rechnerische Berichtigung erfolgen (vgl. auch Senat, Urt. v. 05.06.2002 – L 11 KA 146/00 -).

**Vertrauensschutz** für die Korrektur eines fehlerhaften **Degressionsbescheides** besteht nicht, da die Vertragszahnärzte spätestens ab dem 20.03.1997, dem Tag des Gesetzesbeschlusses des Bundestages, damit rechnen mussten, dass die Degressionsregelungen nur noch bis zum 30.06.1997 gelten würden und deshalb entsprechend der in § 85 IVb SGB V angelegten Grundstruktur "pro rata temporis" eine Punktmengengrenze von 175.000 Punkten für den Geltungszeitraum des § 85 IVb SGB V maßgeblich sein werde.

Für sachlich-rechnerische **Richtigstellungen** gilt in Anlehnung an die im Sozialrecht für die Verjährung von Sozialleistungen (§ 45 I SGB I), Beiträgen (§ 25 I SGB IV) und Erstattungsansprüchen (§ 27 II SGB IV, § 50 IV 1 SGB X, § 113 I SGB X) geltende Verjährungsfrist von vier Jahren eine **vierjährige Ausschlussfrist**, innerhalb derer die Beanstandung dem Betroffenen bekannt gegeben werden muss (BSG SozR 3-5535 § 119 Nr. 1; SozR 3-2500 § 82 Nr. 3). Diese Ausschlussfrist **beginnt** erst mit dem Ablauf des Jahres zu laufen. Für den Fristbeginn ist nicht auf die Bekanntgabe der Honorarbescheide abzustellen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.04.2004 – L 11 KA 150/03 - RID 04-03-14).

Die bekl. KZV hatte nach Aufhebung der Vorschriften zum degressiven Punktwert (§ 85 IVb ff. SGB V in der bis zum 30.06.1997 geltenden Fassung) die Auffassung vertreten, dass die im Gesetz genannte Punktmengengrenze von 350.000 Punkten ungeachtet der Aufhebung der Vorschrift auch im Jahre 1997 für alle Vertragszahnärzte gelte, die mindestens vom 01.01.1997 bis 30.06.1997 zugelassen waren. Demgemäß ermittelte die Bekl. die Degressionsbeträge nur in den Fällen, in denen Vertragszahnärzte die Punktmengengrenze von 350.000 Punkten bereits im ersten Halbjahr überschritten hatten. Sie erließ gegen die klagende Vertragszahnärztin einen **Honorarabzug** von 945,40 DM, der **bestandskräftig** wurde (Bescheid vom 13.01.1999). Die **Vierteljahresabrechnungen** für die Quartale I/1997 im Juli 1997 und II/1997 im Oktober 1997 enthielten folgenden **Vorbehalt**: "Diese Vierteljahresabrechnung erfolgt gemäß § 3 des gültigen Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der KZV Westfalen-Lippe unter den dort genannten Vorbehalten. Alle Zahlungen der KZV Westfalen-Lippe gelten gemäß § 4 Abs. 1 des HVM als Vorschüsse auf den endgültigen Vergütungsanspruch, bis die Bescheide rechtsbeständig und die Vorbehalte gemäß § 3 HVM erledigt sind". § 3 des seinerzeit maßgeblichen HVM sah einen Vorbehalt für die Abrechnungen unter anderem in Nr. 3 wegen "Berichtigung wegen Überschreitung gesetzlicher Punktmengengrenzen (§ 85 Abs. 4b SGB V – Degression)" vor. Unter Hinweis auf die streitige Frage der degressionsfreien Punktmenge für das Jahr 1997 (zeitanteilige oder volle Punktemenge, vgl. **BSG** Urt. v. 27.04.2005 – B 6 KA 18/04 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 15, wonach im Jahr 1997 die Jahrespunktmengengrenzen infolge des Außerkrafttretens der Regelung zum 1. Juli nur zeitanteilig zu berücksichtigen waren) forderte die Bekl. im Hinblick auf die vierjährige Ausschlussfrist mit Bescheid vom 19.11.2001 von der Kl. unter Zugrundelegung der hälftigen Jahrespunktmenge Honorare in Höhe von 70.667,92 DM zurück, so dass sich nach Abzug des schon erfolgten Honorareinbehalts eine **Forderung von 69.722,52 DM** (35.648,56 Euro) ergab. **SG Münster**, Urt. v. 26.04.2004 – S 2 KA 97/02 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

**Parallelverfahren:** **SG Münster**, Urt. v. 26.04.2004 – S 2 KA 50/02 –

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 53/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 06-03-31**

*Revision eingelegt: B 6 KA 26/06 R*

*SG Münster*, Urt. v. 26.04.2004 – S 2 KA 57/02 –

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 54/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 06-03-32**

*Revision eingelegt: B 6 KA 25/06 R*



## **BB) BEGINN DER VIERJÄHRIGE AUSSCHLUSSFRIST/VERTRAUENSSCHUTZ 1997**

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.06.2006 – L 11 KA 6/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 06-03-33**

*Revision anhängig: B 6 KA 28/06 R*

Vertrauensschutz, Jahrespunktmengengrenze, Degressionsregelung

SGB V § 85 IVb bis IVf; BMV-Z 19 lit. a; EKV-Z § 12 I

Hinsichtlich der gesetzlich angeordneten Anwendung der Degressionsregelung des § 85 Abs. 4b SGB V war **kein ausdrücklicher Vorbehalt** für eine sachlich-rechnerische Berichtigung erforderlich. Insoweit ergab sich schon aus dem Gesetz, dass bei Überschreiten der gesetzlich bestimmten Punktmengen die Bestimmungen über die Punktwertdegression eingreifen und es demgemäß zu einer Kürzung des Honorars kommen kann. Dies gilt auch für das erste Halbjahr 1997 mit der "pro rata temporis"-Regelung.

Hat die KZV gerade wegen ihrer Auffassung, dass ungeachtet der unterjährigen Geltung des § 85 Abs. 4b SGB V die Punktmengengrenze von 350.000 Punkten gelte, keinen Degressionsbescheid erteilt, so fehlt es an einem **Vertrauensschutz** begründenden Handeln.

Die **vierjährigen Ausschlussfrist** für die Korrektur der Honorarbescheide beginnt erst mit dem **Ablauf des Kalenderjahres**, soweit Gegenstand des Korrekturbescheides insgesamt das dem betroffenen (Zahn)Arzt in diesem Jahr für seine Leistung zustehende Honorar ist (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.04.2004 – L 11 KA 150/03 - RID 04-03-14; noch offen gelassen von BSG, Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 46/04 B - RID 05-03-70).

*SG Düsseldorf*, Gerichtsbb. v. 15.12.2005 – S 2 KA 168/05 – RID 06-01-22 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; das **LSG** wies die Klage ab.

## **B) NR. 73 BEMA-Z: ANBRINGEN VON BRACKETS**

*LSG Bayern, Urt. v. 08.03.2006 – L 3 KA 5003/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 06-03-34**

Bracket, Oralchirurg

BEMA-Z Nr. 63, 73, 126

Nachdem die Anbringung eines kieferorthopädischen Systems sowohl mittels Drahtumschlingung als auch mittels Klebebrackets möglich ist, ist für diese zusätzlichen selbständigen Maßnahmen, die in der Leistungslegende der Nr. 63 BEMA-Z nicht erfasst werden, entweder die **Nr. 73 BEMA-Z** abrechenbar, wenn Drahtligaturen, Drahthäkchen oder einfache Drahtbügel oder dergleichen angelegt werden oder die **Nr. 126 BEMA-Z**, soweit ein Band oder Klebebrackets angebracht werden.

Das **Anbringen eines Klebebrackets** erfüllt nicht die Leistungslegende der Nr. 73 BEMA-Z, sondern fällt unter die Legende der Nr. 126 BEMA-Z, weil Brackets dazu dienen, ortodontische Hilfsmittel aufzunehmen, d.h., "andere gleichwertige Leistungen" sind. Die Neufassung des BEMA ab 01.01.2004 trägt dem Rechnung und erwähnt in der neuen Nr. 126a Brackets ausdrücklich.

*SG München*, Urt. v. 29.08.2001 – S 32 KA 5037/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **III. Fachkunde/Genehmigungen/Notdienst/Methadonsubstitution**

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

### **1. GENEHMIGUNG FÜR PRÄVENTIVE KOLOSKOPIE: ÜBERGANGSRECHT UND SCHWERPUNKTANERKENNUNG**

*SG Marburg, Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 271/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 06-03-35**

Früherkennungs-Koloskopie, Koloskopie, Ärztekammer, Berechtigung, Gastroenterologie

Koloskopievereinbarung § 10

Das Übergangsrecht nach § 10 III Koloskopievereinbarung (KVb) bedingt u. a. das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 10 II Buchst. a) KVb. Maßgeblich kommt es auf die von der Ärztekammer auszusprechende **Berechtigung** zum Führen der in § 10 Abs. 3 KVb genannten - bzw. **Gebietsbezeichnungen** (hier: Gastroenterologie) an. Allein die Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen reicht nicht aus.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. GENEHMIGUNG ZUR BESCHÄFTIGUNG ZWEIER VORBEREITUNGSASSISTENTEN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 68/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-36

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 38/06 B*

Genehmigung, Vorbereitungsassistent

SGB V § 98; Zahnärzte-ZV § 32 II, III

Die zeitgleiche Beschäftigung von höchstens **zwei halbtags beschäftigten Vorbereitungsassistenten** ist allenfalls denkbar, wenn sichergestellt ist, dass sie nur zeitversetzt tätig werden, also nicht gleichzeitig in der Praxis beschäftigt sind (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 14.04.1999 - L 7 KA 1234/98 ER - E-LSG B-136). Bei einer Gestaltung mit zwei vollzeitbeschäftigten Assistenten, deren Arbeitszeit je zur Hälfte der Ausbildung im vertragszahnärztlichen Bereich und der privat Zahnärztlichen Tätigkeit dienen soll, ist die erforderliche Vorbeugung gegenüber einem Missbrauch nicht möglich.

Der klagende Vertragszahnarzt ist mit mehreren Zahnärzten in einer **Praxisgemeinschaft** tätig, die **Öffnungszeiten** montags bis freitags von 07:00 Uhr bis 24:00 Uhr und samstags/sonntags/feiertags von 09:00 Uhr bis 19:00 Uhr anbietet; die Zahnärzte arbeiten in drei Schichten. Er beantragte die Genehmigung für die Beschäftigung der Zahnärztin C als Vorbereitungsassistentin in der Zeit vom 01.11.2003 bis 30.04.2006. Beigefügt war eine **"Ausbildungsvereinbarung"**, die in § 4 Abs. 1 folgende Regelung zur Ausbildungszeit vorsieht: "Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit, die für die Ausbildung im Bereich der kassenzahnärztlichen Leistungen aufgewandt werden (richtig: wird), beträgt 20 Stunden und richtet sich nach den Öffnungszeiten der Praxis". Daneben bestand ein - mit dem Antrag nicht vorgelegter - **"Arbeitsvertrag für Ausbildungsassistenten"**, in dem der Kläger als Arbeitgeber bezeichnet wird. In § 1 heißt es, der Arbeitnehmer (= C) trete am 01.02.2004 als Vorbereitungsassistent zur Erlangung der kassenzahnärztlichen Zulassung "in die Praxisgemeinschaft" ein. Nach § 3 betrug die wöchentliche Arbeitszeit 40 Stunden, wovon 50 % der Arbeitszeit auf die Vorbereitung der kassenzahnärztlichen Zulassung im Rahmen der Ausbildung dienen sollten. Die anderen 50 % der Arbeitszeit würden ausschließlich für privat Zahnärztliche Ausbildung, für Ausbildung in Privatlabors sowie praxisorganisatorische Leistungen verwendet. Der mit "Ausbildungszeit" überschriebene § 4 regelte nochmals, dass die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit, die für die Ausbildung im Bereich der kassenzahnärztlichen Leistungen aufgewandt werde, 20 Stunden betrage. Diese Arbeitszeit richte sich nach den Öffnungszeiten der Praxis. Im Übrigen richte sich die Arbeitszeit nach den besonderen Erfordernissen der Praxis einschließlich Samstagen und Sonntagen. Zum Zeitpunkt der Antragstellung war bei dem Kl. mit Genehmigung der Bkl. die Zahnärztin D halbtags als Vorbereitungsassistentin tätig. Ihrer Beschäftigung lagen gleichlautende Verträge zu Grunde. Die Bkl. lehnte den Antrag ab, da nicht mehr als ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden dürfe. Nach Ausscheiden der Zahnärztin D ist dem Kl. ab 01.01.2005 die beantragte Genehmigung für eine ganztägige Beschäftigung der Zahnärztin C als Vorbereitungsassistentin erteilt worden. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 25.05.2005 – S 2 KA 243/04 – stellte fest, dass die Beklagte zur Erteilung der Genehmigung verpflichtet gewesen wäre; das **LSG** wies die Klage ab.

**Parallelverfahren: SG Düsseldorf**, Urt. v. 25.05.2005 – S 2 KA 244/04 –

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 69/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-37

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 39/06 B*

Anders a. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 25.05.2005 – S 2 KA 242/04 – RID 05-04-17.

## 3. EBM 2000 PLUS: ABRECHNUNGSGENEHMIGUNG FÜR WEITERE LEISTUNGEN

### A) ALLGEMEINMEDIZINER UND ANÄSTHESIELEISTUNGEN

*SG Marburg, Beschl. v. 22.05.2006 – S 12 KA 579/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-38

Arzt, Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Genehmigung

SGB V §§ 72, 73 I, 75, 87 I 1, II 1, II a 5 u. 6; EBM 2000 plus Allg. Best. Nr. 6.2; Kap. 5

**Leitsätze:** 1. Ein ausschließlich als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Arzt, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt und zugleich Facharzt für Anästhesiologie ist, hat keinen Anspruch darauf, dass ihm seine ab dem Quartal II/05 erbrachten anästhesiologischen Leistungen nach Kapitel 5 EBM 2000 plus (Anästhesiologische Leistungen) abrechnet und vergütet werden.

2. Nr. 6.2 Allgemeinen Bestimmungen EBM 2000 plus stellt auf den Zulassungsstatus ab.

Der Ast. ist seit 1983 als Arzt, seit März 1995 als **Facharzt für Allgemeinmedizin** zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er nimmt an der **hausärztlichen Versorgung** teil. Seit 1977 ist er auch **Facharzt für Anästhesiologie**. Nach den Feststellungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid hatte der Kl. in den Quartalen IV/04 und I/05 jeweils 18 % der Gesamttätigkeit durch Anästhesieleistungen erbracht. Hinzu kamen 16 % bzw. 8 % an Narkoseleistungen nach den Strukturverträgen. Seinen Antrag auf **Genehmigung** zur Abrechnung der Leistungen für Anästhesie lehnte die **KV** ab, weil dies nach dem EBM 2000 plus nicht möglich sei und ein Versorgungsbedarf nicht bestehe. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

## B) KINDER- UND JUGENDMEDIZINERIN

**SG Marburg, Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 23/06** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-39**

Kinder- und Jugendmedizin, Genehmigung, EBM 2000 plus, Ermächtigungsgrundlage

SGB V §§ 72, 73 I, 75, 87 I 1, II 1, II a 5 u. 6; EBM 2000 plus Allg. Best. Nr. 6.2; Kap. 5

Soweit die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV abgeschlossene Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (DÄ 2005, A 77) davon ausgeht, die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten wegen der Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 72 SGB V aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag des Vertragsarztes genehmigen, so handelt es sich lediglich um eine Rechtsansicht. Eine eigenständige **Ermächtigungsgrundlage** zum Abweichen vom EBM 2000 plus, der detailliert und im Einzelnen regelt, inwiefern Leistungen anderer Kapitel abgerechnet werden können, wurde damit nicht geschaffen. § 72 SGB V, der lediglich allgemeine Vorgaben zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung enthält, ist ebf. keine Rechtsgrundlage für ein Abweichen von den Vorgaben des EBM 2000 plus.

Eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und der Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie hat keinen Anspruch auf eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 14210, 14211, 14221, 14240, 14310, 14311, 14313, 14314, 16211, 16215, 16220, 16230, 16231, 21216 und 21217 EBM 2000 plus ab dem Quartal II/05 zu erreichen.

## C) RÜCKWIRKENDE GENEHMIGUNG (NRN. 01730, 01821, 01822 UND 01828 EBM 2000 PLUS)

**SG Marburg, Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 171/06** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-40**

**Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 51/06**

Genehmigung, Rückwirkung, Qualifikationsnachweis

EBM 2000 plus Nrn. 01730, 01821, 01822, 01828, Präambel in Abschnitt 3.1

Die Abrechnungsvoraussetzungen in Nrn. 01730, 01821, 01822 und 01828 EBM 2000 plus sowie in Satz 1 zu Nr. 4 der Präambel in Abschnitt 3.1 EBM 2000 plus, wonach diese Leistungen von Vertragsärzten im häuslichen Versorgungsbereich abrechnungsfähig sind, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden, begründen einen **Anspruch auf eine rückwirkende Genehmigung**, soweit die entsprechenden **Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt** und abgerechnet wurden. In diesem Fall handelt es sich um eine Fortführung der bisher erbrachten Leistungen, da bereits nach altem Recht ein Qualifikationsnachweis erforderlich war. Die zu Qualitätsvereinbarungen ergangene Rechtsprechung ist insoweit nicht auf diesen Fall übertragbar.

Das **SG** gab der Klage statt.

## D) INTERNISTEN: AUSNAHME NACH DER ERGÄNZENDEN VEREINBARUNG („SCHWERPUNKTMÄßIG“)

**SG Marburg, Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 701/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-41**

**Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 53/06**

Onkologie, Onkologiepraxis, Schwerpunkt, schwerpunktmäßig, Genehmigung

Ergänzende Vereinb. zur Reform des EBM zum 1. April 2005 vom 10.01.2005 Abs. 4

Jedenfalls dann, wenn **über 60 % der Patienten an onkologischen Erkrankungen** leiden, werden **schwerpunktmäßig** Leistungen erbracht, die einen Anspruch eines Internisten ohne Schwerpunkt auf Genehmigung zur Erbringung der Leistungen nach Abschnitt 13.3.4 EBM 2000 plus (Nrn. 13500 bis 13502) nach der zwischen den Bundesmantelvertragsparteien geschlossenen Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 vom 10.01.2005, DÄBl. 2005, Heft 1-2, S. A-77 = <http://daris.kbv.de>) begründen.

Das **SG** gab der Klage statt.

#### 4. NOTDIENST: UNGEEIGNETHEIT EINES NICHTVERTRAGSARZTES

*SG Marburg, Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 712/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-42

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 52/06 –*

Suspendierung, Notdienst, Eignung, Ungeeignetheit

SGB V §§ 73 I 1, 75 I 2; SGB X § 31

Bei fehlender objektiver Eignung des Arztes für den Notfalldienst kann unbeschadet des Fortbestehens der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ein **Ausschluss** statthaft sein und kann in schweren Fällen die sofortige Suspendierung angeordnet werden (vgl. BSG v. 24.01.1974 - 6 RKa 18/73 - SozR 2200 § 368n Nr. 1, S. 2 f.; s. a. BSG v. 19.10.1971 – 6 Rka 24/70 – BSGE 33, 165, 166 = SozR Nr. 3 zu BMV-Ärzte Allg. v. 1.10.1959). Eine entsprechende Satzungsbestimmung ist grundsätzlich zulässig (vgl. SG Marburg, Urt. v. 29.03.2006 – S 12 KA 599/05 – RID 06-02-31, Berufung LSG Hessen – L 4 KA 27/06 -). Ebenso ist die KV befugt, die Eignung der Nichtvertragsärzte zu überprüfen.

Die Ungeeignetheit eines Arztes ist von der KV in vollem Umfang **nachzuweisen**.

Wird die Suspendierung auf Patientenbeschwerden gestützt, so muss der Arzt im Zuge einer Amtsermittlung hierzu **angehört** werden.

Bei der Prüfung einer Ungeeignetheit aufgrund länger zurückliegender Vorwürfe (hier: ca. 4 Jahre) ist das **weitere Verhalten des Arztes**, insbesondere eine unbeanstandete Verletzung des Notdienstes in anderen Bezirken über Jahre hinweg **zu berücksichtigen**.

Das **SG** gab der Klage statt.

#### 5. BEENDIGUNG EINER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG NACH MEHRJÄHRIGEM BEIGEBRAUCH

*SG Marburg, Urt. v. 17.05.2006 – S 12 KA 831/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-43

Methadonsubstitution, Opiatabhängiger, Substitutionsbehandlung

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Eine **Verfestigung** des **Gebrauchs von Suchtstoffen** neben der Substitution i.S.d. § 8 Nr. 3 der Anlage A 2. „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“ der BuB-RL liegt jedenfalls dann vor, wenn ein regelmäßiger Konsum auch nach über fünfjähriger Behandlung vorliegt. § 8 Nr. 3 sieht in diesem Fall die zwingende Beendigung der Substitutionsbehandlung vor. Ein **Ermessensspielraum** kommt der KV nicht zu. Eine Fortsetzung der Behandlung in Einzelfällen sieht die Substitutions-RL nicht vor.

Die Kl. betreibt eine Einrichtung, in der u. a. Substitutionsbehandlungen für BTM-abhängige Hilfeempfänger durchgeführt werden. Die bekl. KV nahm eine Qualitätsüberprüfung der Behandlung der Frau K, geb. am 1969 vor, da bei dieser die Substitutionsbehandlung bereits länger als fünf Jahre durchgeführt werde. Mit Bescheid vom 29.04.2005 verpflichtete sie die Kl. zur Beendigung der Substitutionsbehandlung der Patientin K bis spätestens 10.06.2005. Sie führte aus, mit Unterbrechungen werde die Patienten seit 1994, bei der Klägerin seit 2001 substituiert. Es bestehe seit Jahren ein kontinuierlicher Beigebrauch von Opiaten, Kokain und Benzodiazepinen. Die Ausweitung oder Verfestigung des Gebrauchs von Suchtstoffen neben der Substitution stelle ein Abbruchkriterium dar. Das **SG** wies die Klage ab.

### IV. Disziplinarrecht

Vgl. zuletzt RID 06-01-A V (S. 18); 05-02-A VII (S. 22 f.); RID 04-02-A VII (S. 38 ff.).

#### 1. ASSISTENTENBESCHÄFTIGUNG OHNE GENEHMIGUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.06.2006 – L 10 KA 36/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-44

Gemeinschaftspraxis, Assistent, Genehmigung, Beschäftigung

SGB V §§ 81 V, 95 III; Ärzte-ZV § 32 II

Einem Vertragsarzt obliegt als Gemeinschaftspraxispartner in gleichem Maße wie seinem Praxispartner die **Verpflichtung**, dafür Sorge zu tragen, dass in der Gemeinschaftspraxis ausschließlich **genehmigte Beschäftigungen** ausgeübt werden. Diese Verpflichtung ist erheblich, da der Genehmigungsvorbehalt gravierenden Interessen der Versichertengemeinschaft dient. Der ihm obliegenden Sorgfalt genügt der Vertragsarzt nur dann, wenn er sich entweder bei seinem Praxispartner oder - bei unüberwindbaren Kommunikationsschwierigkeiten mit diesem o.ä. - bei den für die Erteilung der Genehmigung zuständigen Stellen erkundigt.

Der klagende Facharzt für Radiologie war seit dem 01.04.2000 in einer Gemeinschaftspraxis mit Dr. X tätig; die zwischenzeitlich aufgelöst ist. Wegen ungenehmigter Beschäftigung von zwei Assistenten im Quartal III/97 wurde er mit einer Verwarnung und einer Geldbuße (2.000 DM) gemaßregelt. Im April 2000 wurde ihm

die Genehmigung erteilt, vom 01.04.2000 bis zum 31.03.2002 eine Assistentin - Dr. X1 - in der ambulanten Vertragspraxis zwecks Weiterbildung "Radiologische Diagnostik" halbtags zu beschäftigen. Wegen der weiteren (ungenehmigten) Beschäftigung von Dr. X1 von 1 ½ Tagen in der Woche in der Zeit vom 01.04.2002 bis 31.12.2002 verhängte der Disziplinarausschuss eine Geldbuße von 1.000,00 Euro. **SG Dortmund**, Urt. v. 01.09.2005 – S 9 (26) KA 116/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. KEIN ANSPRUCH EINES VERSICHERTEN AUF DISZIPLINARRECHTLICHE MAßNAHMEN GEGENÜBER VERTRAGSARZT

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 07.06.2006 – L 11 KA 116/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-45  
Krankenkasse, Versicherter, Vertragsarztrecht, Vertragsarzt, KV, subjektives Recht  
SGB V § 95

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach ein Versicherter einer gesetzlichen Krankenkasse kein subjektives Recht auf das Ergreifen disziplinarrechtlicher Maßnahmen gegen einen Vertragsarzt gegenüber der KV hat, ist zutreffend.

**SG Düsseldorf**, Gerichtsbb. v. 30.09.2005 – S 8 KR 121/05 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## V. 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. VERGLEICHSGRUPPE DER NERVENÄRZTE BEI PSYCHIATRISCHEM SCHWERPUNKT

**LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 09.05.2006 – L 4 KA 29/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-46  
Vergleichsgruppe, Weiterbildungsordnung, Nervenarzt, Psychiater  
SGB V § 106; EBM Nr. 823

Unterscheidet die Weiterbildungsordnung die Gebiete Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie/Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, so kann zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungen nach Nr. 823 EBM nicht eine Vergleichsgruppe der Nervenärzte herangezogen werden, was letztlich dahinstehen kann. Besteht bei einem Arzt ein **eindeutig psychiatrischer Schwerpunkt**, so ist eine **Differenzierung** innerhalb der Gruppe der **Nervenärzte** vorzunehmen oder jedenfalls näher zu begründen, warum dies nicht für erforderlich gehalten wird.

**SG Kiel**, Urt. v. 12.01.2005 – S 14 KA 59/02 – wies die Klage ab, das **LSG** hob die Prüfbescheide auf.

### 2. STIMMRECHTSVERZICHT IM PRÜFGREMIUM/HOMÖOPATHISCHE BEHANDLUNGS AUSRICHTUNG

**LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 14.06.2006 – L 3 KA 46/06 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-47  
Prüfgremium, Beschwerdeausschuss, Verzicht, Enthaltung, Beratung, Beschlussfassung, Geheimhaltung  
SGB V § 106

Erklären Mitglieder des Beschwerdeausschusses einen "**Verzicht auf das Stimmrecht**", so hat dies auf die Rechtmäßigkeit der Bescheides keinen Einfluss. Sachlich handelt es sich um eine Erklärung, sich der Stimme zu **enthalten**. Anders als etwa Richter innerhalb eines Spruchkörpers sind die Mitglieder der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse nicht verpflichtet, im Rahmen der durchzuführenden Abstimmungen eine bestimmte Meinung zur Sache kund zu tun. Die ein Stimmrechtsverzicht erklärenden Mitglieder dürfen an der weiteren **Beratung und Beschlussfassung** teilnehmen.

Die **Offenlegung des Stimmverhaltens** in der Begründung führt nicht zur Rechtswidrigkeit eines Prüfbescheides. Eine Regelung zur Entscheidung nach geheimer Beratung dient dem Schutz der Mitglieder davor, für ihr Abstimmungsverhalten zur Rechenschaft gezogen zu werden; auf diesen Schutz können sie aber verzichten.

In einer **Prüfvereinbarung** kann geregelt werden, dass die **Beschlussfähigkeit** erst dann verneint werden kann, wenn weniger als je zwei Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen anwesend sind.

Allein das Führen von **Zusatzbezeichnungen** zwingt nicht dazu, eine verfeinerte **Vergleichsgruppe** zu bilden (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 57).

Eine **homöopathische Behandlungsausrichtung** ist nicht als **Praxisbesonderheit** zu berücksichtigen.

Die kl. Kinderärztin mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie wandte sich gegen eine Kürzung für Beratungs- und Betreuungsleistungen (Quartale I und III/96). In der Begründung des Bekl. ist vermerkt, dass der Vertreter der Ärzte Dr. G. und der Kassenvertreter H. auf ihr Stimmrecht verzichtet hätten. Der Bekl. hat im Klageverfahren mitgeteilt, dass sein Mitglied H. nach dessen Angaben aus persönlichen Gründen auf sein Stimmrecht verzichtet habe und daraufhin Dr. G. ebenfalls einen Verzicht ausgesprochen habe, um die Parität wieder herzustellen. **SG Hannover**, Gerichtsb. v. 10.06.2003 – S 24 KA 1140/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung (mit Ausnahme der Kostenentscheidung) zurück.

### 3. UMFANG DER RECHTSKRAFT IN BESCHEIDUNGSURTEILEN/VERGLEICHSGRUPPE CHIRURGEN

**LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 14.06.2006 – L 3 KA 47/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-48

**Revision anhängig: B 6 KA 27/06 R**

Bescheidungsurteil, Rechtskraft, Neubescheidung, Vergleichsgruppe, Chirurg

SGB V § 106

Der Umfang der gerichtlichen Überprüfung wird durch ein **rechtskräftiges Gerichtsurteil** eingeschränkt. **Bescheidungsurteile** erwachsen in Rechtskraft, soweit der jeweilige Beklagte zur Neubescheidung verpflichtet worden ist, darüber hinaus aber auch, soweit dieser dabei die Rechtsauffassung des Gerichts beachten muss (BVerwG, Beschl. v. 22.04.1987 – 7 B 76/87 – juris; BVerwG NJW 1996, 737 f.). Ein Kläger, der mit seiner Rechtsauffassung in einem Bescheidungsurteil nicht voll durchgedrungen ist, kann deshalb später nicht erneut klagen, sondern ist von Anfang an darauf beschränkt, gegen das Urteil Berufung einzulegen.

Ist im ersten erstinstanzlichen Verfahren geprüft worden, ob mit der **richtigen Vergleichsgruppe** verglichen wurde, so kann nach Neubescheidung dies nicht mehr überprüft werden. Dies gilt auch für andere Einwendungen.

Ein **Behandlungsspektrum** mit ambulanten Operationen, Phlebologie, Chirotherapie, Unfallchirurgie, Sportmedizin ist ähnlich **inhomogen** wie die **Fachgruppe** der Chirurgen, weshalb keine besondere Vergleichsgruppe zu bilden ist. Das Führen von Zusatzbezeichnungen allein zwingt nicht dazu, eine verfeinerte Vergleichsgruppe zu bilden (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 57). Es kann aber für die Prüfungsgremien Anlass sein, näher zu untersuchen, ob die Voraussetzungen für eine besondere, vom üblichen Zuschnitt der Vergleichsgruppe abweichende Praxisausrichtung gegeben sind.

Die klagende Gemeinschaftspraxis besteht aus vier Ärztinnen für Chirurgie. Der Prüfungsausschuss setzte im Quartal I/94 im Bereich der Ersatzkassenpatienten einen **Arzneikostenregress** in Höhe von 19.045,20 DM fest bei einer Überschreitung um 197,11 %. Als Praxisbesonderheit wurden Krampfaderoperationen und der damit einhergehende Verbrauch von blutverdünnenden und abschwellenden sowie schmerzstillenden Medikamenten anerkannt; dieser werde mit einer verbliebenen Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts von 100 % Rechnung getragen. Ähnliche Festsetzungen ergingen für die Quartale II bis IV/94. Der Prüfungsausschuss half den Widersprüchen insoweit ab, als der Regress für I/94 auf 2.942,24 DM und der für II/94 auf 11.843,58 DM reduziert wurde. Grundlage hierfür waren **Differenzen zwischen den Verordnungsstatistiken der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses und der Ersatzkassen**. Der Prüfungsausschuss legte seinem Bescheid die für die Klägerin günstigeren Zahlen seiner Geschäftsstelle zugrunde. **SG Hannover**, Urt. v. 26.01.2000 – S 10 KA 103/97 – verurteilte zur Neubescheidung. Mit der Neubescheidung bestätigte der Bekl. die Festsetzung der Regresse für I, II u. IV/94 und reduzierte den Regress für III/94 auf 2.607,94 DM. Der Beklagte verminderte die Gesamtverordnungskosten um Kosten für ambulante Operationen und für Hilfsmittel. **SG Hannover**, Urt. v. 18.09.2002 – S 10 KA 869/00 – hob den Prüfbescheid auf und verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** hob den Bescheid nur bzgl. des Quartals IV/1994 auf und verpflichtet insoweit zur Neubescheidung und wies im Übrigen die Klage ab.

### 4. VERORDNUNG HOMÖOPATHISCHER ARZNEIMITTEL ALS SPRECHSTUNDENBEDARF

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 01.06.2006 – S 2 (17) KA 329/04 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-49

**Berufung zugelassen**

Sprechstundenbedarf, Sofortanwendung, homöopathisches Arzneimittel

SGB V § 106

Der Katalog einer **Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung**, der die verordnungsfähigen Arzneimittel nur exemplarisch benennt („insbesondere“), ist nicht abschließend.

Können "Arzneimittel für Notfälle und zur Sofortanwendung" verordnet werden, so bedeutet "**Sofortanwendung**", dass es für den behandelnden Arzt angesichts des Krankheitsbildes des Patienten aus zeitlichen Gründen medizinisch nicht vertretbar ist, diesem eine Einzelverordnung

auszustellen, mit welcher der Patient die Apotheke aufsucht und anschließend mit dem Arzneimittel in die ärztliche Praxis zurückkehrt, damit ihm das Arzneimittel verabreicht wird. In solchen Situationen - namentlich in den "Notfällen" - muss der Arzt eine geringe Menge geeigneter Arzneimittel vorhalten und über Sprechstundenbedarf beziehen können, um ohne zeitliche Verzögerung sofort mit therapeutischen Maßnahmen beginnen zu können.

Der Indikationsbereich von **Infi China** (Asthenie-Injektion) ("Rekonvaleszenz nach Infektionskrankheiten, allgemeine Erschöpfungszustände, Arteriosklerose, Neurasthenie, vegetative Dystonie, Antriebslosigkeit"), **Hevertigon** ("Schwindelzuständen aller Art, Menièreschem Syndrom, Reisekrankheit"), **Hyperforat** ("Depressive Verstimmungszustände, Angst und nervöse Unruhe, psychovegetative Störungen, die sich in nervlichen Beschwerden äußern wie Antriebsmangel, Gereiztheit und Konzentrationsschwäche, auch im Klimakterium. Zur Unterstützung einer psychotherapeutischen Behandlung"), **Myosotis** (Lymph-Injektion) ("Lymphatismus, Lymphomen, Lymphdrüsenanschwellungen, Tonsillenhypertrophie, Tonsillitis, Milchschorf und Ekzemen") und **Infi Lachesis** (Umstimmungs-Injektion) ("Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, chronische Infekte und resistente Entzündungen aller Art, Allergien, Heuschnupfen, Bronchialasthma, Hautkrankheiten") schließt jeweils die Anwendung zur Sofortbehandlung aus.

**Infi Echinacea** (Anti-Infekt-Injektion) (Therapie von "fieberhaften Infekten, grippalen Infekten, Grippehusten, Schüttelfrost, Bronchitis, Pertussis, Entzündungen von Nieren und Blase, septischen Prozessen, Furunkeln") ist zur Sofortbehandlung geeignet. Auf die grundsätzliche **Wirksamkeit homöopathischer Arzneimittel** kommt es nicht an. Ziffer 17 AMR war bis zum 31.12.2003 unwirksam (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 90/04 – RID 06-01-30; – L 11 KA 104/04 – RID 06-01-29).

Zur Sofortbehandlung geeignet ist auch **Infi Camphora** (Kreislauf-Injektion) ("Kreislaufschwäche, Kollapszuständen, Präkordialangst, Herzmuskelschwäche, Herzunruhe, Koronarinsuffizienz, Unruhe, Schwindelzuständen, Kachexie"), **Infi Spigelia** (Cephalgie-Injektion) ("Kopfschmerzen aller Art, Migräne, Gesichts- und Kopfnervenschmerzen"), **Infi Tabacum** (Durchblutungs-Injektion) ("Cardiale und cerebrale Durchblutungsstörungen, Claudicatio intermittens, Varikose und Ulcus cruris") und **Infi Lactroductus** (Stenocardie-Injektion) ("Stenokardien und pectaginösen Beschwerden, kardial bedingter Dyspnoe, Durchblutungsstörungen des Herzmuskels").

Die Kl., eine praktische Ärztin, verordnete im Quartal III/01 die homöopathischen Arzneimittel Infi China, Infi Echinacea, Hevertigon, Hyperforat, Infi Camphora, Myosotis, Infi Spigelia, Infi Tabacum, Infi Lachesis und Infi Lactroductus im Gesamtbetrag von netto 1.136,05 DM (580,84 EUR). Die Prüfungsgremien setzten einen Regress in dieser Höhe wegen der unzulässigen Verordnung der Arzneimittel als Sprechstundenbedarf fest. Das **SG** gab der Klage teilweise statt; es hob den angefochtenen Bescheid in Höhe von 389,75 EUR hinsichtlich der Arzneimittel Infi Echinacea, Infi Camphora, Infi Spigelia, Infi Tabacum und Infi Lactroductus auf und wies im Übrigen die Klage ab.

## 5. REGRESS WEGEN KRANKENHAUSBEHANDLUNG: BELEGARZT ALS EINWEISENDER ARZT

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.05.2006 – L 4 KA 21/03 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)**

**RID 06-03-50**

### *Revision zugelassen*

Regress, Verordnung, Krankenhausbehandlung, Prüfvereinbarung, Belegarzt, Krankenhausarzt, Vertragsarzt  
SGB V § 106

Die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind im Grundsatz berechtigt, **Regressive** wegen unzulässiger Verordnung u.a. von **Krankenhausbehandlung** festzusetzen (§ 106 II 4 SGB V), soweit jedenfalls nach der Prüfvereinbarung der Prüfungsausschuss auf begründeten Antrag im Einzelfall auch über einen Anspruch auf Schadenersatz wegen unzulässiger Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind oder fehlerhafte Ausstellung von Bescheinigungen entscheidet.

Nur der **unmittelbar** auf die Verordnung zurückzuführende **Schaden** kann im Wege des Regresses geltend gemacht werden (vgl. zum Gegenstand des sog. Arzneimittelregresses: BSG, Urt. v. 14.03.2001 - B 6 KA 19/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 52, juris Rz. 16).

Die **Fortführung einer Krankenhausbehandlung** steht jedoch in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der Verordnung von Krankenhausbehandlung durch den einweisenden Arzt. Der Krankenhausarzt und nicht der verordnende Arzt entscheidet über die Fortführung der Krankenhausbehandlung eines bereits stationär untergebrachten Patienten (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 18/03 R - BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2).

Bei der Entscheidung des **Belegarztes** über die **Fortführung** einer bereits begonnenen Krankenhausbehandlung handelt es sich **nicht** um eine **Verordnung**. Als Verordnung von Krankenhausbehandlung wird allgemein nur die Entscheidung über die Krankenhauseinweisung eines Patienten verstanden, der noch nicht im Krankenhaus behandelt wird und nicht die Entscheidung über die Fortführung einer bereits begonnenen Krankenhausbehandlung.

Der Kläger, als Chirurg zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, verordnete bei der Patientin R am 22.01.1996 stationäre Krankenhausbehandlung (voraussichtliche Verweildauer drei Wochen) mit der Diagnose: "Schweres therapieresistentes rezidivierendes hochschmerzhaftes HWS- und LWS-Syndrom mit radikulärer Symptomatik L5/S1 und vegetativer Symptomatik HWS". Die Patientin wurde am selben Tag in die vom Kl. betriebene chirurgische Privatklinik aufgenommen und von diesem dort als Belegarzt behandelt. Nach Überprüfung am 24.01.1996 wurde dem Kl. mitgeteilt, dass die Krankenhausbehandlung nur bis zum 27.01.1996 befürwortet werde. Die stationäre Behandlung wurde bis zum 10.02.1996 fortgeführt. Wegen der stationären Kosten ab 28.01.1996 (13.580,00 DM) und der Belegarztkosten (496,00 DM) lehnte der Prüfungsausschuss die Festsetzung eines Schadensersatzes ab. Der bekl. Beschwerdeausschuss nahm die Festsetzung vor. **SG Kiel**, Urt. v. 07.05.2003 – S 14 KA 493/01 – wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

## 6. MITTEILUNG ÜBER DAS BERATUNGSERGEBNIS/BEKANNTGABE DER ENTSCHEIDUNG

**SG Marburg**, Urt. v. 31.05.2006 – S 12 KA 606/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-51

Wirtschaftlichkeitsprüfung, Verwaltungsakt, Bekanntgabe

SGB V § 106; SGB X §§ 33 II 2, 37 SGG §§ 67, 84, 85; GG Art. 19 IV

In der **Bekanntgabe einer Verwaltungsangestellten** des Prüfungsausschusses über das Beratungsergebnis bzgl. einer Regressforderung vor Absetzung des Prüfbescheides gegenüber dem Büro des Bevollmächtigten einer Arztpraxis ist keine Bekanntgabe des Verwaltungsaktes, sondern lediglich eine **Mitteilung** über das **Beratungsergebnis** zu sehen. Hierbei handelte es sich nur um eine Mitteilung über den Verfahrensstand. Ein zu diesem Zeitpunkt eingelegter **Widerspruch** ist **unzulässig**.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 7. ZAHNÄRZTE:

### A) MKG-CHIRURGEN UND KÜRZUNG VON EINZELLEISTUNGEN

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 14.06.2006 – S 2 KA 29/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-52

MKG-Chirurg, Vergleichsgruppe, offensichtlichen Missverhältnis, Einzelleistung, Auftragsleistung

SGB V § 106

Für die sowohl zur vertragszahnärztlichen als auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen **MKG-Chirurgen** ist die Bildung einer verfeinerten **Vergleichsgruppe** mit MKG-Chirurgen als Grundlage der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Leistungen sachgerecht (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 54). Nach LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 7/01 – ist bei MKG-Chirurgen die Vergleichsgruppe aus dieser Arztgruppe zu bilden. Eine Größe der Vergleichsgruppe von 52 bis 78 MKG-Praxen reicht aus.

Gehen die Prüfungsgremien für die Feststellung der **Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei Einzelleistungen** (hier: + 40 %) von der Homogenität der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen aus und leiten sie dies aus den chirurgischen Leistungspositionen ab, so fehlt es an einer hinreichenden **Begründung**, da sowohl MKG-Chirurgen als auch Allgemeinzahnärzte diese Leistungen erbringen können. Es wäre eine Klarstellung der Grenzziehung erforderlich gewesen, ab welchem höheren Abrechnungsvolumen dieser Leistungen durch MKG-Chirurgen im Verhältnis zu Allgemeinzahnärzten insofern ein spezifischer Schwerpunkt bei MKG-Chirurgen anzunehmen sein könnte. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Auffassung gefolgt werden sollte, dass auch die hier gekürzten Leistungen nach den Positionen Ä 12a (mündliche Beratung), Ä 935d (OPG), 01 (U), 37 (Nbl 2), 38 (N), 41a (L1) und 43 (X1) als sog. Begleitleistungen ebenfalls dem chirurgischen Schwerpunkt der MKG-Chirurgen unterfallen.

Soweit Leistungen, die von vielen Allgemeinzahnärzten nicht und deshalb von MKG-Chirurgen als **Auftragsleistungen** auf Überweisung erbracht werden, was insb. bei Nr. Ä 935d (OPG) zutrifft, gekürzt werden, ist dies näher zu **begründen**.

Weisen Leistungen nach den Negativstatistiken **Nullabrechnerquoten** bis über 30 % auf <hier: Pos. Ä 12a (mündliche Beratung), 01 (U), 37 (Nbl 2), 45 (X3), 50 (Exc2), 62 (Alv) und 63 (FI)>, ist ein **Ausgleich** erforderlich.

Das **SG** verpflichtete zur Neubewertung hinsichtlich aller streitbefangenen Quartale (I/97 bis IV/98 u. I bis IV/00).



## B) SCHADENSERSATZ: WECHSEL DES BEHANDELNDEN ZAHNARZTES BEI NEUANFERTIGUNG

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.06.2006 – L 4 KA 9/04 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-53

Zahnersatz, Schadensersatz, Krankenkasse, Zuständigkeit, Kündigung, Neuanfertigung

BGB §§ 611, 627, 628; EKV-Z § 12 VI

Im Falle mangelhafter Versorgung mit Zahnersatz ist der Zahnarzt zum Schadensersatz und sind die vertragsärztlichen Institutionen zur Festsetzung des Schadensersatzanspruches verpflichtet. Die **Krankenkasse** kann nicht selbst unmittelbar gegen den Zahnarzt vorgehen, weil und solange die vertragszahnärztlichen Institutionen diesem gegenüber im Hinblick auf seine fortbestehende Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung noch Regelungsgewalt besitzen (BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 64/03 R - SozR 4-5555 § 12 Nr. 1, juris Rz. 13, m.w.N.).

Anders als im zahnärztlichen **Primärkassenbereich**, in dem insoweit die Befugnis zur Festsetzung von Schadensregressen den für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zustehenden Gremien übertragen worden ist, war nach dem EKV-Z im **Ersatzkassenbereich** die **Zuständigkeit der KZV** gegeben (vgl. BSG, a.a.O., juris Rz. 14, m.w.N.).

Ein zur **Kündigung** berechtigendes schuldhaftes vertragswidriges Verhalten des Zahnarztes wird im vorliegenden Zusammenhang dann als gegeben angesehen, wenn dessen Arbeitsergebnis vollständig unbrauchbar und eine Nachbesserung nicht möglich oder dem Versicherten nicht zumutbar ist.

Es ist sachgerecht, dem Patienten in den Fällen, in denen ohnehin eine **vollständige Neuanfertigung** des Zahnersatzes erforderlich ist, die Möglichkeit zum **Wechsel des behandelnden Zahnarztes** zuzugestehen, ohne dass die Zumutbarkeit einer erneuten Behandlung beim bisher behandelnden Zahnarzt im Einzelnen zu prüfen ist.

*SG Kiel*, Urt. v. 02.04.2004 – S 13 KA 242/03 – wies die Klage der Ersatzkasse ab, das **LSG** verpflichtete die bekl. KZV, gegenüber der Beigel. einen Schadensersatz in Höhe von 829,16 EUR festzusetzen.

## VI. Zulassungsrecht

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

BSG, Urt. v. 19.07.2006 – **B 6 KA 14/05 R** – betont, dass bei **Ermächtigungen** auf den **Planungsbereich**, abgesehen von Ausnahmefällen, abzustellen sei und der Versorgungsbedarf nicht mit der Begründung verneint werden könne, die Versicherten könnten **MRT-Untersuchungen** in den angrenzenden Planungsbereichen in Anspruch nehmen; BSG, Urt. v. 19.07.2006 – **B 6 KA 1/06 R** – sieht eine Verpflichtung der Gerichte, im Falle einer nicht sofort vollzogenen **Zulassungsentziehung** zu prüfen, ob infolge eines **Wohilverhaltens** der Vertragszahnärztin während des **länger dauernden Rechtsstreits** sich die Sachlage zu ihren Gunsten so geändert hat, dass die Entziehung der Zulassung jetzt nicht mehr gerechtfertigt sei.

### 1. FACHÄRZTIN FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.03.2006 – L 5 KA 2537/05 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-54

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben - B 6 KA 33/06 B -*

Psychiatrie, Psychotherapie, Arztgruppe, Psychotherapeutische Medizin

SGB V §§ 101 I; Bedarfspl-RL Nr. 24 Satz 1 Buchst. b

Eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie kann in einem für diese Arztgruppe gesperrten Planungsbereich auch dann nicht als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztin zugelassen werden, wenn für Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin noch unbesetzte Arztsitze vorhanden sind.

Die 1960 geb. Kl. ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit den Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Homöopathie“. Eine Zulassung als Psychotherapeutin bzw. als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztin im Rahmen einer qualitätsbezogenen lokalen Sonderbedarfszulassung lehnte der Zulassungsausschuss ab. *SG Stuttgart*, Urt. v. 31.05.2005 – S 5 KA 8173/04 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 2. 55-JAHRES-GRENZE: KEINE UNBILLIGE HÄRTE NACH VERZICHT AUF ZULASSUNG

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.05.2006 – L 5 KA 5158/04 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-55

Psychiatrie, Psychotherapie, Arztgruppe, Psychotherapeutische Medizin, Schulden, Zulassungsverzicht

SGB V § 95; Ärzte-ZV § 25

Eine **unbillige Härte** i. S. d. § 25 Ärzte-ZV kann anerkannt werden, wenn ein Vertragsarzt unfreiwillig aus seiner bisherigen Berufstätigkeit ausgeschieden und zudem aus wirtschaftlichen

Gründen zwingend auf die Erwerbstätigkeit als niedergelassener Arzt angewiesen ist. Diese Voraussetzungen liegen nicht vor, wenn **vorherige Zulassungen freiwillig aus unternehmerischen Gründen aufgegeben** wurden, um weitere wirtschaftliche Misserfolge zu vermeiden bzw. in der Hoffnung, an einem anderen Ort als Arzt erfolgreicher zu sein. Insofern muss ein Arzt den Ausschluss von der weiteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als zwangsläufige Rechtsfolge seines vorangegangenen Verhaltens hinnehmen, da sie wertmäßig mit einer schicksalhaften Entwicklung wie einer schweren Erkrankung oder Ereignissen im privaten Bereich, die einen Wechsel des Wohnortes und damit gegebenenfalls einen Verzicht auf die bisher ausgeübte vertragsärztliche Tätigkeit erforderlich gemacht haben, nicht vergleichbar ist (vgl. dazu BSG SozR 3-5520 § 25 Nr. 3). Bei Verbindlichkeiten in Höhe von mindestens 750.000,00 DM sowie einer abgegebenen eidesstattlichen Versicherung kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein Arzt seine **Schulden** auf ein solches Maß zurückführen kann, dass ihm - ohne weitere staatliche Unterstützung - eine Sicherung seines Lebensunterhaltes durch die weitere selbstständige Tätigkeit möglich wäre.

Der 1943 geb. Kl. ist Facharzt für Urologie. Er war in der ehemaligen DDR als Arzt approbiert. Im Mai 1988 übersiedelte er in die Bundesrepublik, wo er nach einer Zwischenbeschäftigung als Oberarzt in R. von November 1988 bis Oktober 1990 im Juli 1991 zur kassenärztlichen Tätigkeit in Bad W. zugelassen wurde. Auf die Zulassung verzichtete er zum November 1994 aus persönlichen Gründen und ließ sich dann in selbstständiger Praxis in I./T. als Facharzt für Urologie von Februar 1995 bis Juni 1998 nieder. Auf diese Zulassung verzichtete er ebenfalls ohne Angabe von Gründen. Der Zulassungsausschuss für Ärzte im Zulassungsbezirk Nordbaden ließ ihn danach mit Wirkung vom Juli 1998 in P. zu. Auf seinen Antrag ruhte die Zulassung zunächst vom 15. August 1998 bis 31. Dezember 1998. Am 1. Januar 1999 nahm der Kläger seine vertragsärztliche Tätigkeit auf und beantragte am 25. Juni 1999 erneut das Ruhen seiner Zulassung ab 1. Juli 1999. Diesen Antrag lehnte der Zulassungsausschuss ab. Gleichzeitig wurde die Kassenzulassung zum 30. Juni 1999 beendet, da der Kl. die vertragsärztliche Tätigkeit nicht mehr ausübe. Den hiergegen eingelegten Widerspruch zog der Kl. wieder zurück. Sein **Zulassungsantrag vom November 1999** war wegen Überschreitens des 55 Lebensjahres erfolglos. **SG Reutlingen**, Gerichtsb. v. 03.11.2003 – S 1 KA 1688/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 3. NACHBESETZUNGSVERFAHREN: AKTENEINSICHTSRECHT/AUSWAHLENTSCHEIDUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.11.2005 – L 10 KA 29/05** – (rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-56**

Akteneinsichtsrecht, Nachbesetzungsverfahren, Konkurrent, Gemeinschaftspraxis

SGB V §§ 95, 103 IV; SGB X §§ 24, 25, 41, 42

Aus dem **Recht auf Akteneinsicht** (§ 25 SGB X) folgt in einem Nachbesetzungsverfahren (§ 103 SGB V), dass einem Konkurrenten grundsätzlich alle die Mitbewerber betreffenden Informationen mittels Akteneinsicht zur Verfügung zu stellen sind. Die Kenntnis vom Inhalt des Praxisübergabevertrags und des Gemeinschaftspraxisvertrags ist grundlegende Voraussetzungen für eine sachgerechte Rechtsverfolgung. Angesichts der Auswahlkriterien des § 103 SGB V kann sich kein Bewerber darauf berufen, diese Verträge seien "geheimhaltungsbedürftig".

Ein **Verstoß gegen das Recht auf Akteneinsicht** führt nicht zur Aufhebung (§ 42 Satz 1 SGB X), wenn bei Hinwegdenken des Fehlers offensichtlich dieselbe Sachentscheidung getroffen worden wäre. Verweigert der verbleibende Partner einer **Gemeinschaftspraxis** aus nachvollziehbaren Gründen die **Kooperation mit einem Bewerber**, ist dieser Bewerber nicht beschwert, denn er hat keine Rechtsposition inne, kraft derer seine Interessen zugleich als Belange des ausscheidenden Arztes und dessen Verwertungsinteressen gelten können (BSG v. 05.11.2003 - B 6 KA 11/03 R -).

Wenn die Zulassungsgremien allerdings aus dem Verhalten der Bewerber Anhaltspunkte dafür entnehmen können, dass deren **Bewerbung** möglicherweise von **sachfremden Motiven** getragen wird, können sie dies in die Gesamtabwägung einbeziehen. Denn Bewerber, die nur an dem Vertragssitz des ausscheidenden Bewerbers interessiert sind und dessen Praxis im Sinn einer Einbindung in die bisher bestehende Gemeinschaftspraxis nicht fortführen wollen, können nicht im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens auf einen Vertragssitz in einer Gemeinschaftspraxis zugelassen werden (vgl. BSG vom 29.09.1999 - B 6 KA 1/99 R - in BSGE 85, 1, 6, 7).

Der Facharzt für Radiologie Dr. L. und die Fachärztin für Nuklearmedizin (Beigel. 10) bildeten eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis. Der Planungsbereich ist infolge Überversorgung (rund 150 %) für Radiologen gesperrt. L. hatte im Januar 2003 die Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes mit dem Ziel beantragt, auf die Zulassung mit Ablauf des 30.09.2003 zu verzichten. Auf den ausgeschriebenen Vertragsarztsitz bewarben sich u.a. der Kl. und der Beigel. 9). Der 1956 geborene Kl. ist seit dem 12.12.1985 approbiert und hat die Anerkennung als Facharzt für Radiologie seit dem 12.12.1991. In das Arztregister

eingetragen wurde er am 27.09.1992. Seit Oktober 1992 ist er in I als Facharzt für Radiologie niedergelassen. Der 1956 geb. Beigel. 9) ist seit dem 02.11.1983 approbiert. Seit dem 05.12.1992 besitzt er die Anerkennung als Arzt für radiologische Diagnostik und seit dem 07.08.1999 die als Facharzt für diagnostische Radiologie. Er war seit März 1993 Oberarzt in der radiologischen Abteilung des St. L-Hospitals in V tätig. Seit Mai 2002 war er zunächst Vertreter des erkrankten L. und nach dessen Tod am 00.06.2003 Verweser in der Gemeinschaftspraxis. Er hatte mit der Beigel. 10) und L. zu dessen Lebzeiten einen Vertrag über die Übernahme von dessen Gesellschaftsanteil an der Gemeinschaftspraxis mit der Beigel. 10) (Praxisübergabevertrag) für die Zeit ab 01.10.2003 geschlossen. Die Beigel. 8) hat den Verkehrswert der Vertragsarztpraxis des L. innerhalb der Gemeinschaftspraxis auf 402.600 Euro geschätzt. Mit weiterem Vertrag vom 04.04.2003 haben der Beigel. 9) und die Beigel. 10) eine Gemeinschaftspraxis unter der Praxisanschrift der Beigel. 10) vereinbart (Gemeinschaftspraxisvertrag). Der Zulassungsausschuss genehmigte die Gemeinschaftspraxis. Er ließ den Beigel. 9) mit als Facharzt für diagnostische Radiologie zu. Der Widerspruch d. Kl. blieb erfolglos. **SG Dortmund**, Urt. v. 03.05.2005 – S 9 (26) KA 126/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 4. GEMEINSCHAFTSPRAXIS MIT UNTERSCHIEDLICHEN STANDORTEN

**SG Nürnberg**, Urt. v. 26.01.2006 – S 6 KA 14/05 –

RID 06-03-57

Gemeinschaftspraxis, Praxissitz  
SGB V § 95; Ärzte-ZV § 33 II

Ein **einheitlicher Praxissitz** für alle Mitglieder einer vertragszahnärztlichen Praxis ist nicht erforderlich, um zu gewährleisten, dass die Versorgung der Versicherten nicht im Sinne des § 33 II 4 SGB V beeinträchtigt wird. Jedes Mitglied kann an einem eigenen Standort tätig werden.

Das **SG** erteilte die Genehmigung zur Führung einer überörtlichen innerstädtischen Gemeinschaftspraxis; s. a. unter Streitwert.

#### 5. FEHLENDE EIGNUNG NACH SPÄTEREM STRAFURTEIL

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 29.03.2006 – L 11 KA 94/05 – (rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-58

Eignung, Strafurteil, Zulassungsanspruch  
SGB V § 95; Ärzte-ZV § 21

Eine fehlende Eignung eines Arztes kann sich aus der Tatsache ergeben, dass er rechtskräftig wegen **Untreue** zu Lasten der Krankenkassen zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren verurteilt worden ist.

Ein **Gericht** kann einen Zulassungsanspruch auch unter dem Gesichtspunkt der fehlenden Eignung **prüfen**, selbst wenn der Berufungsausschuss die Eignung in seinem Bescheid nicht in Frage gestellt hat und die fehlende Eignung sich auch aus einem erst nach dessen Beschluss eingetretenen Umstandes ergibt.

Der 1945 geb. Kläger, Facharzt für Anästhesie, war seit 1994 in Thüringen zugelassen. Zunächst war er in der Praxis des Augenarztes Dr. T im Rahmen ambulanter Augenoperationen tätig. Wegen Unstimmigkeiten mit Dr. T bzw. der KV Thüringen wegen der Honorarabrechnung (für die Quartale III/94 bis IV/95 ist vom Kl. Honorar in Höhe von 767.287,90 DM zurückgefordert worden; insoweit ist noch ein Berufungsverfahren vor dem LSG Thüringen anhängig), gab der Kl. seit Februar 1996 eine Adresse in L an, seit Okt. 1997 dann in E. Ein Zulassungsantrag in Nordrhein-Westfalen blieb erfolglos. Die Zulassung in Thüringen wurde wegen Wegzugs nach Nordrhein-Westfalen entzogen. Die Rechtsmittel blieben erfolglos (LSG Thüringen, Urt. v. 29.04.2003 – L 4 KA 703/02 – RID 04-02-83; BSG, Beschl. v. 05.11.2003 – B 6 KA 60/03 B – RID 04-02-131). Im März beantragte d. Kl. die streitgegenständliche Zulassung als Anästhesist in L. Der Zulassungsausschuss lehnte dies wegen fehlender Eignung ab, der bekl. Berufungsausschuss wegen der Altersgrenze von 55 Jahren. Während des erstinstanzlichen Verfahrens ist der Kläger durch Urt. des Amtsgerichts Krefeld vom 13.07.2004 (24 Ls 3 Js 652/02, 24-57/03) wegen Untreue in 82 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren verurteilt worden, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt worden ist. Der Kläger hatte auch nach dem 31.12.1997 Sprechstundenbedarf unter Verwendung seines thüringischen Vertragsarztstempels und der Angabe der Vertragsarzt Nummer verordnet und die Rezepte in einer Apotheke in Mönchengladbach eingelöst (Gesamt volumen bis 27.12.2002 insgesamt rund 247.900,00 Euro). Berufung wurde im April 2005 zurückgenommen. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 08.06.2005 – S 33 KA 198/02 – verurteilte zur Zulassung, das **LSG** wies die Klage ab.

## 6. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

### A) FORTGESETZTE UNWIRTSCHAFTLICHE BEHANDLUNGS- UND VERORDNUNGSWEISE

*LSG für das Saarland, Urt. v. 11.02.2005 – L 3 KA 5/01 – juris*

RID 06-03-59

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 1/06 R ( Termin: 19.07.2006)*

Zulassungsentziehung, Pflichtverletzung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, offensichtliches Missverhältnis  
SGB V §§ 95 VI, 106 II 1 Nr. 1

Eine über Jahre **fortgesetzte unwirtschaftliche Behandlungs- und Ordnungsweise** stellt eine gröbliche Verletzung vertrags(zahn)ärztlicher Pflichten dar. Dies gilt unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes erst recht dann, wenn zuvor versucht worden ist, den Vertrags(zahn)arzt durch Disziplinarmaßnahmen zur Erfüllung seiner vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten anzuhalten (vgl. u. a. BSG v. 15.4.1986 - 6 RKA 6/85 = BSGE 60, 76 = SozR 2200 § 368a Nr. 15).

Der Auffassung der Vorinstanz, ein "**Wohlverhalten**" könne nur dann festgestellt werden, wenn sich hieraus eine Änderung des Abrechnungsverhaltens ablesen lasse, was aber dann nicht der Fall sei, wenn nach einem letzten Prüfverfahren für die Quartale I bis III/99 (Regress: 1.147,32 DM) zwar weitere Prüfverfahren nicht mehr stattgefunden hätten, eine Unwirtschaftlichkeit wegen Absinkens der Fälle (im Jahr 2000 auf durchschnittlich 97 Fälle pro Quartal) nicht mehr festgestellt werden könne, ist zu folgen.

Der 1948 geb. und seit 1984 zugelassenen Kl., einer Zahnärztin, wurde 1997 wegen gröblicher Verletzung der vertragszahnärztlichen Pflichten die Zulassung entzogen, weil die über einen Zeitraum von **mehr als 10 Jahren** in jedem Abrechnungsquartal von den Prüfungsausschüssen vorgenommenen **Kürzungen** wegen **unwirtschaftlicher Behandlungsweise** eine auf Dauer angelegte nachhaltige Störung der Ordnung der vertragszahnärztlichen Versorgung nachwiesen. Es komme dabei nicht darauf an, dass alle Prüfbescheide bestands- oder rechtskräftig geworden seien, da ein Vergleich der in den einzelnen Jahren und Quartalen gekürzten Abrechnungspositionen eine gleichmäßige Verhaltensweise aufzeige, die sich über einen Zeitraum von 10 Jahren nicht geändert habe. **Spätestens seit Rechtskraft der Kürzungsbescheide** über die Jahre 1986 bis einschließlich 1988 durch den Nichtzulassungsbeschluss des BSG v. 10.11.1993 - 14a BKA 12/93 - habe sich die Kl. nicht mehr darauf berufen können, dass die Kürzungsbeschlüsse nicht gerichtsfest seien. Wegen ständigen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot in den Quartalen III/95 bis II/98 sei auch eine **Geldbuße** in Höhe von 5.000,- DM verhängt worden. Im anschließenden Klageverfahren hat der Bekl. darauf hingewiesen, dass die Kl. durch rechtskräftig gewordenen **Urteil des Amtsgerichts** – Schöffengerichts – Saarbrücken vom 28.01.1998 wegen **Betrugs** in 9 Fällen zu einer zur Bewährung ausgesetzten Gesamtfreiheitsstrafe von 9 Monaten verurteilt worden sei. Die Straftaten seien zum Nachteil verschiedener Betriebe des Zahntechnikerhandwerks begangen worden. Das **SG** hat die Klage gegen den Disziplinarbescheid durch Urt. v. 20.12.1995 - 2 S KA 1/92 - abgewiesen; das durch die Insolvenzeröffnung im September 1999 kraft Gesetzes unterbrochene Berufungsverfahren (Az: L 3 KA 6/96 ) ist nicht wieder aufgenommen worden. **SG für das Saarland**, Urt. v. 19.09.2001 – S 2 KA 57/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 1/06 R – wies den Rechtsstreit wegen fehlender Prüfung des Wohlverhaltens an das LSG zurück.

### B) ERMITTLUNGS-AUFWAND BEI STRAFVERFAHREN (§ 131 V SGG)

*SG Marburg, Urt. v. 31.05.2006 – S 12 KA 42/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-60

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 48/06 -*

Anklage, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Amtsermittlung, Pflichtverletzung, Straftat  
SGB V § 95 VI; SGG § 131 V

Stützen die **Zulassungsgremien** eine **Zulassungsentziehung** auf die Anklageschrift einer Staatsanwaltschaft wegen der Ausstellung unrichtiger Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, so haben sie **im Einzelnen zu benennen**, um welche Vorwürfe es sich gehandelt hat, welche Zeugnisse wann weshalb unrichtig ausgestellt worden sein sollen. Der pauschale Hinweis auf die Ermittlungsergebnisse genügt rechtsstaatlichen Mindestanforderungen in keinem Fall.

Die Entziehung der Zulassung eines Arztes wegen des **Verdachts einer Straftat**, aus der auf eine **gröbliche Pflichtverletzung** geschlossen werden kann, erfordert mit Blick auf den damit verbundenen Eingriff in die durch Art 12 Abs. 1 GG gewährleistete Freiheit der Berufswahl die eigenständige Feststellung der Zulassungsgremien, dass das strafgerichtliche Verfahren mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit zu einer (rechtskräftigen) Verurteilung des Arztes wegen der gegen ihn erhobenen

strafrechtlichen Vorwürfe in ihrem wesentlichen Kern führt (ohne dass es darauf ankommt, ob eine Verurteilung wegen aller Vorwürfe erfolgt) (vgl. OVG Saarland, Urteil v. 29.11.2005 – 1 R 12/05 – juris). Die lapidare Feststellung, die Substantiierung der Vorwürfe ergebe sich aus dem Umstand einer U-Haft als auch der Eröffnung der Hauptverhandlung, kann eine solche Prognose nicht ersetzen. Der Verweis auf Ermittlungsergebnisse anderer Stellen ersetzt nicht die Darlegung der eigenen Entscheidungsgrundlagen und die eigenständige Würdigung dieser Ermittlungsergebnisse.

Das **SG** gab der Klage statt.

### C) NICHTAUFNAHME DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.03.2006 – L 5 KA 3995/04** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-61**

**Nichtzulassungsbeschwerde erhoben – B 6 KA 35/06 B –**

Zulassung, Ruhen, Krankheit,

SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 19 III

Wird eine vertragspsychotherapeutische Tätigkeit nicht aufgenommen und stellt der Psychotherapeut trotz einer mehr als zweijährigen Krankheit keinen Antrag auf Ruhen der Zulassung, ist ihm die Zulassung zu entziehen

Die 1951 geb. Kl. ist Diplom-Psychologin und psychologische Psychotherapeutin. Sie wurde durch Beschluss des Zulassungsausschusses vom 22.11.2000 zugelassen. Auf Nachfrage teilte die Kl. im September 2001 mit, sie sei erkrankt und könne ihre berufliche Tätigkeit deswegen zur Zeit nicht ausüben. Der Erkrankungszeitraum sei augenblicklich nicht absehbar. Eine gegebenenfalls erforderliche Vertretung werde im Rahmen der Praxisgemeinschaft von ihrem Ehemann wahrgenommen. Im August 2002 wies der Zulassungsausschuss die Kl. darauf hin, dass dieser beabsichtige, das Ende der Zulassung festzustellen, weil sie ihre Tätigkeit nicht aufgenommen habe. Daraufhin stellte die Klägerin den Antrag auf das Ruhen ihrer Kassenzulassung bis zum 31.12.2002 unter Hinweis auf ihre Erkrankung. Dies lehnte der Zulassungsausschuss ab, ferner entzog er der Kl. die Zulassung. Der Widerspruch blieb erfolglos. Bis einschl. IV/03 reichte die Kl. keine Abrechnung ein. **SG Karlsruhe**, Urt. v. 23.06.2004 – S 1 KA 67/04 – gab der Klage statt, weil der Bekl. das mildere Mittel des Ruhens der Zulassung nach § 26 Ärzte-ZV anstelle einer Entziehung nicht hinreichend in seine Erwägungen einbezogen habe; das **LSG** wies die Klage mit der Maßgabe ab, dass die Behandlung von bereits anbehandelten Patienten abgeschlossen werden kann.

### D) ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG

**LSG Bayern, Beschl. v. 10.05.2006 – L 12 B 12/05 KA ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-62**

Schaden, sofortige Vollziehung, Zulassungsentziehung

SGB V § 95 VI; SGG § 86b I

Im Falle des Streits über den **Sofortvollzug** muss das Verhalten des Betroffenen über die der Zulassungsentziehung zugrunde gelegten **Beanstandungen hinaus Kritikpunkte** aufweisen, denen nur mit einer sofortigen Beendigung der Vertragsarzttätigkeit begegnet werden kann. Dies liegt in der Regel dann nahe, wenn das Verhalten des Vertragsarztes Patienten gefährdet (vgl. insbesondere den Hinweis auf das öffentliche Interesse in § 97 Abs. 4 SGB V). Dies liegt auch dann nahe, wenn dem Vertragsarzt nicht mehr zu trauen ist. Es liegt dann eher nicht nahe, wenn der Vertragsarzt im wesentlichen wirtschaftliche Schäden verschuldet hat. Es liegt auch dann nicht nahe, wenn das inkriminierte Verhalten bereits abgestellt ist. Geht es allein um eine **gesetzwidrige Abrechnungsweise**, so liegt es nahe, die endgültige Klärung der Vorwürfe im Hauptsacheverfahren abzuwarten und auf einen sofortigen Vollzug der Zulassungsentziehung zu verzichten.

**SG München**, Beschl. v. 20.12.2004 – S 21 KA 1039/04 ER – gab dem Antrag auf Aufhebung des Sofortvollzuges der Zulassungsentziehung und der Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage statt, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt zur Anordnung der sofortigen Vollziehung RID 06-01-A VII 3 b (S. 26); 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.

## 7. ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN

Vgl. zuletzt RID 06-02-A VI 9 (S. 25 f.), RID 06-01-48 (S. 27) u. RID 05-04-A V 3 (S. 22 f.)

### A) EU-RECHT

Zulassung, Altersgrenze, Europarecht, AntidiskriminierungsRL  
SGB V § 95 VII; Richtlinie 2000/78/EG v. 27.11.2000

*LSG Hamburg, Urt. v. 28.06.2006 – L 2 KA 1/06* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-63

Gegen die Regelung über eine Altersgrenze nach § 95 VII bestehen **weder verfassungsrechtliche noch europarechtlichen Bedenken**. Der Senat schließt sich insoweit der ständigen Rechtsprechung des BVerfG und des BSG an.

Auch **europarechtliche Regelungen** stehen der Anwendbarkeit der Bestimmung über die Altersgrenze für Vertragsärzte nicht entgegen. Es kann offen bleiben, ob die vertragsärztliche Altersgrenze in den Anwendungsbereich der EGRL 78/2000 fällt und ob bejahendenfalls diese noch unbeachtlich ist, weil die Bundesrepublik Deutschland diese Richtlinie noch nicht in nationales Recht umgesetzt hat und die Umsetzungsfrist nach dem entsprechenden Verlängerungsantrag der Bundesrepublik Deutschland erst am 2. Dezember 2006 abläuft. Aber selbst bei Anwendbarkeit der RL (EuGH v. 22.11.2005 - C-144/04 - NJW 2005, 3695) würde dies die Anwendbarkeit des § 95 Abs. 7 Satz 3 SGB V nicht ausschließen, weil darin **keine unzulässige Diskriminierung** wegen Alters enthalten ist.

*SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 03.01.2006 – S 3 KA 481/03* – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

*SG Mainz, Beschl. v. 31.03.2006 – S 8 ER 68/06 KA* – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>

RID 06-03-64

Die Vorschriften über die Beendigung der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit bei Erreichen der Altersgrenze von achtundsechzig Jahren sind mit dem **GG vereinbar** (BVerfG, Beschl. v. 31.03.1998 - 1 BvR 2167/93, 1 BvR 2198/93 - = SozR 3-2500 § 95 Nr. 17).

Normen des **Europäischen Gemeinschaftsrechts** werden durch die Regelung des § 95 VII SGB V nicht verletzt. Die auf Art. 13 EG beruhende Richtlinie des Rates 2000/78/EG vom 27.11.2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf (AmtsBl. L 303/16 vom 02.12.2000) belässt den Mitgliedsstaaten eine Umsetzungsfrist, die für die Bundesrepublik Deutschland noch nicht abgelaufen ist. Etwas anderes folgt auch nicht aus **EuGH, Urt. v. 22.11.2005 - C-144/04 - NJW 2005, 3695**.

Auch wenn man die **Richtlinie 2000/78/EG** im vorliegenden Fall für anwendbar hielte, läge in § 95 Abs. 7 SGB V jedoch **kein Verstoß** gegen das in Art. 1 der Richtlinie geregelte Verbot der Diskriminierung aufgrund des Alters. Nach Art. 2 Abs. 5 der Richtlinie berührt diese nicht die im einzelstaatlichen Recht vorgesehenen Maßnahmen, die in einer demokratischen Gesellschaft u.a. zum Schutz der Gesundheit notwendig sind. Ferner können die Mitgliedstaaten nach Art. 6 Abs. 1 der Richtlinie vorsehen, dass Ungleichbehandlungen wegen des Alters keine Diskriminierung darstellen, sofern sie objektiv und angemessen sind und im Rahmen des nationalen Rechts durch ein legitimes Ziel, worunter insbesondere rechtmäßige Ziele aus den Bereichen Beschäftigungspolitik, Arbeitsmarkt und berufliche Bildung zu verstehen sind, gerechtfertigt sind und die Mittel zur Erreichung dieses Ziels angemessen und erforderlich sind.

Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab; s. a. unter Streitwert.

### B) ZWANZIG-JAHRESFRIST UND TÄTIGKEIT IN SCHEINPRAXIS

*SG Marburg, Beschl. v. 13.07.2006 – S 12 KA 829/06 ER* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-65

Sozialrecht, Scheinpraxis, angestellter Arzt, Niederlassung, Zulassungsstatus, Zwanzig-Jahresfrist  
SGB V § 95 VII

Für die nach § 95 Abs. 7 SGB V maßgebliche Zwanzig-Jahresfrist kommt es allein auf den formalen Zulassungsstatus an. Ein Vortrag, die **Zulassung habe nur zum Schein bestanden**, um als faktisch angestellter Zahnarzt bei einem Kollegen tätig zu sein, ist unerheblich.

## 8. ERMÄCHTIGUNG ZUR SOZIALPÄDIATRISCHEN BEHANDLUNG VON KINDERN (§ 119 SGB V)

*SG Dresden, Urt. v. 07.06.2006 – S 15 KA 23/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-66

Ermächtigung, Versorgungsbedarf, sozialpädiatrisches Zentrum  
SGB V §§ 119

Bei einer Ermächtigung nach § 119 I 2 SGB V handelt es sich um eine rechtlich gebundene Entscheidung. Die Ermächtigung setzt einen **Versorgungsbedarf** voraus. Bei der dafür notwendigen Bedarfsprüfung haben die Zulassungsgremien - in vergleichbarer Weise wie gemäß § 116 SGB V i.V.m. §§ 31 I, 31a Ärzte-ZV - sowohl quantitativ-allgemein die Bedarfssituation als auch qualitativ-spezifisch das jeweilige Leistungsspektrum festzustellen.

Die **quantitativ-allgemeine Bedarfsfrage** ist unter zwei Gesichtspunkten zu prüfen: zum einen im Verhältnis zu den niedergelassenen Kinderärzten und Frühförderstellen (vgl. BSG, Urt. v. 30.11.1994 – 6 RKA 32/93 – SozR 3-2500 § 119 Nr. 1) und zum anderen im Verhältnis zu anderen SPZs (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.06.1995 – L 5 KA 644/94 – MedR 1996, 89; SG Dortmund, Urt. v. 07.03.2003 – S 26 KA 193/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de). Ein **quantitativer Bedarf** ist dann zu bejahen, wenn der Antragsteller besondere Kenntnisse, Fähigkeiten oder Spezialisierungen hat, über die die bereits bestehenden SPZ nicht oder nicht in ausreichendem Maß verfügen.

Bei der **Feststellung eines quantitativen Bedarfs** reicht es nicht aus zu bestimmen, wieviele Einwohner auf ein sozialpädiatrisches Zentrum entfallen. Entscheidend ist die **konkrete Situation**. Zu prüfen ist die Frage nach dem Umfang des Bedarfs an sich (Bevölkerungsdichte, Anzahl der SPZ-bedürftigen Kinder und Jugendlichen allgemein und konkret in der Stadt und Umgebung, SPZ-Bedürftigkeit der betreuten 300 Kinder) und ob der Bedarf bereits vollständig durch andere SPZ im Hinblick auf Wartezeiten, Anfahrtsweg, umfassendes Behandlungs- und Betreuungsprogramm abgedeckt ist.

Im Bundesland S. gibt es 6 sozialpädiatrische Zentren (SPZs), davon im Regierungsbezirk D. mit 1.724.703 Einwohnern je eins in D. Ortsteil N. (D-N.), G. und R. Das klagende Universitätsklinikum (UK) beantragte die Erteilung einer Ermächtigung für ein neu zu gründendes SPZ D.-A., das - im Unterschied zu den bereits vorhandenen Einrichtungen im Regierungsbezirk D. – insb. für solche Patienten die sozialpädiatrische Betreuung übernehmen sollte, die am UK primär versorgt werden oder auf diagnostische oder therapeutische Angebote angewiesen seien, die nur im UK angeboten würden. Der Antrag blieb ohne Erfolg, weil kein Bedarf bestehe. Das **SG** gab der Klage statt und verpflichtete zur Neubearbeitung.

## 9. KOSTENGRUNDENTSCHEIDUNG: ERLEDIGUNG NACH AUFGABE DES BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNISSSES

*SG Marburg, Beschl. v. 19.06.2006 – S 12 KA 1024/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-67

Zulassungsentziehung, Kostentragung, Erledigung, Rechtsstreit  
SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 20; SGG § 197a; VwGO § 161 II

Erfolgt die Erledigung des Rechtsstreites um eine Zulassungsentziehung wegen der Ausübung einer Angestelltentätigkeit (§ 20 Ärzte-ZV) allein deshalb, weil die Vertragsärztin nunmehr das Beschäftigungsverhältnis beendet hat, so wäre es äußerst **unbillig**, den **Berufungsausschuss** auch nur mit teilweisen **Kosten** zu belasten.

## VII. Pharmaunternehmen versus KV: Me-Too-Liste

S. a. RID 06-03-B IX.3 (diese Ausgabe); zur erfolglosen einstweiligen Anordnung eines **Vertragsarztes** gegen die Richtgrößenvereinbarung 2006 (Me-Too-Liste) s. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 27.03.2006 – S 2 KA 50/06 ER – RID 06-02-38.

Arzneimittelhersteller, Me-Too-Liste, Arzneimittelvereinbarung, Kassenärztliche Vereinigung  
SGB V §§ 31 II, 35b, 84, 92 II; BGB § 1004; GG Art. 12, 14; SGG § 86b

### 1. VERTRAGSARZTRECHT/ZULÄSSIGKEIT DER ME-TOO-LISTE

*LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 27.06.2006 – L 11 B 31/06 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-68

Bei Streitigkeiten um die **Me-Too-Liste** zwischen einem **Arzneimittelhersteller** und einer **KV** handelt es sich um eine **Angelegenheit des Vertragsarztrechts** (§ 31 II SGG). §§ 10 II, 31 II SGG begründen eine Sonderzuständigkeit für Streitigkeiten, die materiell dem Krankenversicherungsrecht zuzuordnen sind, aber die besonderen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten betreffen (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.07.2004 – L 10 B 6/04 KA ER – RID 04-04-40). "Aufgrund" der Beziehung zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten kann eine Streitigkeit auch entstehen, wenn **Dritte**, die nicht an dieser Rechtsbeziehung beteiligt sind, behaupten, durch eine

zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten getroffene Regelung in ihren Rechten unmittelbar oder mittelbar berührt zu sein.

Ein Anordnungsanspruch eines **Arzneimittelherstellers** gegen die Me-Too-Liste kann sich aus einem **grundrechtlichen Abwehranspruch aus Art. 12 I, 14 I GG** ergeben, da er geltend machen kann, durch die angegriffenen Maßnahmen in seinen Chancen auf gleichberechtigten Zugang zum Markt der in der GKV eingesetzten Arzneimittel beeinträchtigt zu sein, sofern es für das Handeln der KV keine Rechtsgrundlage gibt bzw. ihre Qualifizierung des Präparates als "Me-Too-Präparat" im Sinne der Arzneimittelvereinbarung inhaltlich unzutreffend ist.

Das Bestehen eines grundrechtlichen **Abwehranspruchs** ist nach summarischer Beurteilung der Rechtslage jedoch **nicht wahrscheinlich**; es spricht mehr dafür, dass eine Klage in der Hauptsache ohne Erfolg bleiben wird.

Eine KV ist berechtigt, **Kosten der Arzneimittel mit Tagesdosen anzugeben** (vgl. jetzt § 73 VIII SGB V).

Soweit der Senat in LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.01.2005 – L 11 KA 103/03 -RID 05-02-61 für Therapiehinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses ein "ausreichend dichtes Gesetzesprogramm" verlangt hat, kann er hieran im Hinblick auf die Entscheidung des BSG vom 31.05.2006 - B 6 KA 13/05 R -, siehe Termin-Bericht 30/06 vom 01.06.2006) nicht mehr festhalten.

Die Einordnung von Medikamenten als Me-Too-Präparate ist auch ausreichend **bestimmt**.

Die in der Qualifizierung als Me-Too-Präparat im Sinne der Arzneimittelvereinbarung enthaltene implizite **Bewertung des therapeutischen Nutzens** wird nicht durch § 35b SGB V ausgeschlossen.

Die in der Aufnahme in die Me-Too-Liste enthaltene **Bewertung als unwirtschaftliches Arzneimittel** ist auch nicht deshalb rechtswidrig, weil das Präparat zu dem **Festbetrag** erhältlich ist. Der Vertragsarzt muss seit Geltung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei therapeutischer Gleichwertigkeit das preisgünstigste Mittel verordnen, und zwar unabhängig und nicht erst seit Geltung von Arzneimittelvereinbarungen.

Bei einer **Folgenabwägung** ist neben den wirtschaftlichen Verlusten des Arzneimittelherstellers zu berücksichtigen, dass es ein besonderes **Anliegen des Gesetzgebers ist, die Arzneimittelausgaben zu steuern**.

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 20.04.2006 – S 8 KR 98/06 ER – RID 06-02-155 gab dem auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das **LSG** wies den Antrag ab.

**Parallelverfahren:**

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 05.05.2006 – S 34 KR 108/06 ER – (Medikament Pantozol und Urion)  
**LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 27.06.2006 – L 11 B 30/06 KA ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-69**

## 2. FEHLENDER ANORDNUNGSGRUND BEI RELATIV GERINGER UMSATZEINBUßE

**SG Düsseldorf, Beschl. v. 12.07.2006 – S 2 KA 152/06 ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-70**

Wendet sich eine Marketingorganisation gegen die Aufnahme eines Arzneimittels (hier: Granocyte®) in die Me-Too-Liste, so ist im Rahmen des Anordnungsgrundes auf die wirtschaftliche Betroffenheit des eigentlichen Unternehmens abzustellen. Bei einem Umsatz von etwa 2,337 Mrd. EUR bedeutet ein möglicher Umsatzrückgang von 500.000,- EUR kein schwerer und unzumutbarer Nachteil und ist ein Abwarten der Entscheidung in der Hauptsache zumutbar.

Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

## VIII: Krankenkassenwerbung mit günstigem Zahnersatz im Ausland

**SG Stuttgart, Beschl. v. 24.05.2006 – S 10 KA 2369/06 ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-71**

Krankenkasse, Zahnersatz, Ausland, freie Arztwahl, Informationsbefugnis

SGB V §§ 13 IV, 69, 75 II 1, 76, 88 II 3

Der Hinweis einer Krankenkasse auf die Möglichkeit, **Zahnersatz im Ausland**, speziell in Polen und Ungarn nach vorheriger Genehmigung des durch einen in Deutschland niedergelassenen Vertragszahnarzt erstellten Heil- und Kostenplanes anfertigen zu lassen, ist nicht zu beanstanden, sondern entspricht der nunmehr nach EuGH, Urt. v. 13.05.2003 - C-385/99 - gegebenen Möglichkeit, als gesetzlich Krankenversicherter sich in sämtlichen Mitgliedstaaten der EU ambulant behandeln zu lassen.

Die der Krankenkasse nach § 88 II 3 SGB V eingeräumte Informationsbefugnis über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten darf nicht mit Empfehlungen zur Inanspruchnahme **bestimmter Leistungserbringer** verbunden werden. Dieses Verbot, bestimmte Leistungserbringer zu empfehlen,



ist Ausfluss des in § 76 SGB V geregelten Grundsatzes der freien Arztwahl. Es gilt auch für Ärzte im EU-Ausland.

Das **SG** untersagte auf Antrag der KZV der City BKK, 1. ihre Versicherten im Rahmen der Information über Kosten bei Zahnersatz auf günstigere Behandlungsmöglichkeiten in Polen (Stettin) und Ungarn (Budapest und Mosonmagyaróvár) in konkreten Praxen hinzuweisen und insoweit auf deren Kooperationspartner im Internet unter der Adresse [www.yyy.com](http://www.yyy.com) hinzuweisen, 2. in ihrem Internetauftritt zum Thema "Zahnersatz im Ausland" den Versicherten folgenden Hinweis zu erteilen: Wie gehe ich vor? Lassen Sie sich von einem Zahnarzt in Deutschland zunächst einen Heil- und Kostenplan erstellen. Diesen legen Sie uns bitte vor. Nach Absprache mit unserem Kooperationspartner "yyy" empfehlen wir gerne Behandlungsmöglichkeiten im europäischen Ausland. Den Behandlungsvertrag schließen Sie dann mit dem behandelnden Zahnarzt im Ausland ab. Nach der durchgeführten Behandlung reichen Sie die spezifizizierte Rechnung bei der xxx BKK zu Erstattung ein, 3. in ihrem Internetauftritt zum Thema "kostengünstiger Zahnersatz" auf das Logo [www.yyy.com](http://www.yyy.com) Zahnersatz im europäischen Ausland gut behandelt und auch noch preiswert sowie auf den Internetauftritt [www.yyy.com](http://www.yyy.com) zu verweisen.

## IX. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Zur EHV s. zuletzt **LSG Hessen**, Urt. v. 15.03.2006 – L 4 KA 8/05 – RID 06-02-62 (Rückforderung fehlerhafter Zahlungen); **LSG Hessen**, Urt. v. 14.12.2005 – L 4 KA 41/05 – RID 06-01-56 (Anspruch nach Antragseingang); **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 13.04.2005 – S 28/27 KA 1215/00 – RID 05-04-42 (EHV und nichtärztliche Psychotherapeuten); **SG Frankfurt a. M.**, Urteil v. 05.05.2004 – S 27 KA 4405/02 – RID 04-03-24 (Kostenregelung für Laborärzte); **SG Frankfurt a. M.**, Urteil v. 19.05.2004 – S 27 KA 2512/03 – RID 04-03-54 (Absenkung des Anspruchsniveaus für Rentenbezieher) m.w.N.

### 1. EHV UND NICHTÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPEUTEN

**LSG Hessen**, Urt. v. 28.06.2006 – L 4 KA 35/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-72

*Revision zugelassen.*

Erweiterte Honorarverteilung, EHV, Psychotherapeut  
SGB V § 85 IV

Die bisherige Rechtsprechung des 7. Senates des Hessischen Landessozialgerichts ist davon ausgegangen, dass bezüglich der EHV **keine Bedenken verfassungsrechtlicher oder einfachgesetzlicher Art** gegen die Gültigkeit des Satzungswerks bestehen (**LSG Hessen**, Urt. v. 18.10.2000 – L 7 KA 277/00 – u. 12.03.1997 – L 7 KA 987/94 –; vgl. a. Urt. v. 16.10.2002 – L 7 KA 721/00 – u. 26.02.2003 – L 7 KA 707/00 –; offen gelassen in BSG, Urt. v. 09.12.2004 – B 6 KA 44/03 R –). Die in einem Gutachten geäußerten Zweifel führen nicht dazu, dass der erkennende Senat von der Verfassungswidrigkeit der Satzung überzeugt wäre. Das bestehende System der EHV genügt den verfassungsmäßigen Anforderungen an die Ermächtigungsgrundlage.

Nach der Satzung der KV Hessen besteht **kein Anspruch nichtärztlicher Psychotherapeuten auf Aufnahme** in die Erweiterte Honorarverteilung. Nicht die Mitgliedschaft in der KV ist für die Teilnahme an der EHV ausschlaggebend, sondern die Ausübung des Arztberufs. Damit ist von vornherein eine Erweiterung der EHV auf andere Berufsgruppen nicht möglich. Auch unter dem Gesichtspunkt der **Gleichbehandlung** kann ein anderes Ergebnis nicht erzielt werden. Denn anders als in dem bereits seit den 50er-Jahren bestehenden System der EHV waren die tätigen Psychotherapeuten auch vor dem Jahre 1999 in der Lage, eine Altersversorgung zu begründen. Mit dem Psychotherapeutenversorgungswerk steht zudem eine adäquate Altersversorgung zur Verfügung.

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 13.04.2005 – S 28/27 KA 1215/00 – RID 05-04-42 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 2. TEILNAHME AN DER EHV TROTZ ERMÄCHTIGUNG

**SG Marburg**, Urt. v. 17.05.2006 – S 12 KA 953/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-73

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 45/06 –*

Erweiterten Honorarverteilung, Ermächtigung, Zulassung

SGB V §§ 95, 116; Ärzte-ZV §§ 31, 31a; Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung KV Hessen §§ 1, 2

Soweit die Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung den **Verzicht** auf die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit voraussetzt, ist damit ausschließlich die **Zulassung** i. S. d. § 95 SGB V gemeint. Eine Tätigkeit im Rahmen eines Strukturvertrages (hier: Mammographie-Screening) oder eine **Ermächtigung** ist i. S. d. § 2 I 1 GEHV keine Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit und schließt einen Anspruch auf Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung nicht aus.

Das **SG** gab der Klage statt.

### 3. MINDESTSATZREGELUNG UND MAMMAKARZINOM

**SG Marburg, Urt. v. 17.05.2006 – S 12 KA 1025/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-74**

Erweiterte Honorarverteilung, Mindestsatzregelung, Krankheit, Mammakarzinom, Berufsunfähigkeit  
Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung KV Hessen §§ 1, 2, 3

Ein Anspruch auf Anwendung der **Mindestsatzregelung** nach § 3 Abs. 2 Buchst. d GEHV besteht bei einer Erkrankung an einem **Mammakarzinom** nicht. Für die sechsjährige Dauer des Ausschlusses der Mindestsatzregelung für eine bestimmte Krankheit besteht kein Anspruch auf Befreiung von der **Beitragspflicht** zur EHV.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 4. UNTERLASSUNG DER GENEHMIGUNG EINER EHV-SATZUNG DURCH AUFSICHTSBEHÖRDE

**SG Marburg, Beschl. v. 28.06.2006 – S 12 KA 791/06 ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-75**

Unterlassung, Aufsichtsbehörde, EHV-Satzung  
SGB V § 85 IV; SGG § 86b II

Das **Rechtsverhältnis** der **Aufsichtsbehörde** beschränkt sich auf die zu beaufsichtigende Körperschaft. Ein Rechtsverhältnis zwischen der Aufsichtsbehörde und einem EHV-Bezieher besteht nicht. Hierfür ist eine rechtliche Regelung nicht ersichtlich. Sie folgt auch nicht aus allgemeinen Grundsätzen. Von daher besteht kein Anspruch eines EHV-Beziehers, die Aufsichtsbehörde auf **Unterlassung der Genehmigung einer EHV-Satzung** in Anspruch zu nehmen.

## X. Gesamtvergütung 1992 Ost nach Rahmengesamtvertrag

**SG Schwerin, Urt. v. 30.11.2005 – S 3 KA 13/04** – juris

**RID 06-03-76**

**Revision anhängig: B 6 KA 4/06 R**

Landesschiedsamt, Gesamtvertrag, Beurteilungsspielraum, Vergütungsniveau Ost, Rahmengesamtvertrag  
SGB V §§ 83 I, 85 III, 89 I u. V

Die **Vertragsgestaltungsfreiheit des Schiedsamts** ist nicht geringer als diejenige der Vertragspartner bei einer im Wege freier Verhandlungen erzielten Vereinbarung. Die aufsichtsrechtliche und die gerichtliche Kontrolle der Festsetzung von Vergütungsvereinbarungen durch das Schiedsamt ist dementsprechend auf die Prüfung beschränkt, ob der Entscheidung zutreffend ermittelte Tatsachen zugrunde gelegt worden sind, ob das Schiedsamt die Grenzen des ihm zustehenden Beurteilungsspielraums eingehalten und sein Gestaltungsermessen – soweit ihm ein solches zukommt – sachgerecht ausgeübt hat (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.2004 – B 6 KA 20/99 R -).

Ein Schiedsamt muss nicht eine weitere **Erhöhung der Gesamtvergütung 1992** zur Annäherung des Vergütungsniveaus Ost an West beschließen. Ein solches Verlangen lässt sich weder aus der gesetzlichen Regelung noch aus Art. 3 I GG ableiten (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 29/02 R - BSGE 91, 153 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 3).

Am 14.12.1990 schlossen die KBV sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen den ab 01.01.1991 mit Wirkung für das Beitrittsgebiet geltenden "Rahmengesamtvertrag für die kassenärztliche Versorgung" (RGV) für die Versicherten der Primärkassen. Danach berechnete sich die Gesamtvergütung nach dem EBM (O), wobei für die Punktzahlen für das Jahr 1991 – unbeschadet der Regelungen zur Anpassung der Vergütung in § 10 dieses Vertrages – ein Punktwert von 6,1 Pf zugrunde gelegt <später vereinbart: ab 1. Juli 1991: 7,0 Pf; ab 1. Januar 1992 7,7 Pf; ab 1. Juli 1992 7,9 Pf>. **§ 10 RGV lautet:**

"Die Partner dieses Vertrages prüfen unmittelbar nach Auswertung der Abrechnungsergebnisse des jeweiligen Quartals deren Auswirkungen auf die Vergütungssituation der zugelassenen und ermächtigten Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie auf die Ausgabenbelastung der im Gesamtvertrag beteiligten Krankenkassen. Auf der Grundlage dieser Überprüfung werden erforderlichenfalls auch innerhalb der Geltungsdauer dieses Vertrages Änderungen der vergütungsrechtlichen Vorschriften vereinbart, wobei für den Fall, dass die Höhe der Gesamtvergütung einen Anteil von 20 v. H. der um die Verwaltungskosten reduzierten Einnahmen der am Gesamtvertrag beteiligten Krankenkassen nicht erreicht oder überschreitet über eine Anpassung der Vergütungssätze zu verhandeln ist. Der Punktwert von 6,1 Pf (ab 01. Juli 1991: 7,0 Pf, ab 01.01.1992: 7,7 Pf, ab 01. Juli 1992 7,9 Pf) bleibt unberührt."

Nach einer Protokollnotiz zu § 10 RGV war auf der Grundlage einer Überprüfung die Gesamtvergütung für das IV/91 um einen Betrag von 2,75 DM je KK-Mitglied zu erhöhen. Die Höhe der Gesamtvergütung hat weder in 1991 noch in 1992 den Anteil von 20 v. H. der um die Verwaltungskosten reduzierten Einnahmen der am Gesamtvertrag beteiligten Krankenkassen erreicht. Verhandlungen über eine Nachzahlung für das 4. Quartal 1992, von der KBV im Dezember 1993 gefordert, führten zu keiner Einigung. Die Kl. zu 1) hatte im Juli 1996 zunächst das Landesschiedsamt vergeblich angerufen, das den Antrag auf ein Tätigwerden als unzulässig ablehnte, weil kein durch einen vertragslosen Zustand ausgelöster Regelungsbedarf bestehe. Die hiergegen

erhobene Klage hatte schließlich vor dem **BSG** (Urt. v. 05.02.2003 – B 6 KA 6/02 R) Erfolg. Das BSG entschied, aus § 10 RGV ergebe sich die Verpflichtung der Vertragsparteien, Vereinbarungen über eine Anpassung der Gesamtvergütung zu treffen und nicht lediglich die Pflicht zur Aufnahme von Verhandlungen ohne Rücksicht auf ein bei diesen Verhandlungen zustandekommendes einvernehmliches Ergebnis.

Die Kl. zu 1) hat hieraufhin mit ihrem Antrag gefordert, der Bekl. möge gem. § 10 RGV die Kl. zu 2) zur Nachzahlung eines Betrages auf die Gesamtvergütung 1992 verpflichten, mit dem bei der Gesamtvergütung 1992 insgesamt ein Anteil von 20 v. H. erreicht werde (115 Mill. DM). Die Kl. zu 2) sieht keinen Anspruch der Kl. zu 1) auf Erhöhung der Gesamtvergütung des Jahres 1992. Der **Bekl.** verpflichtete die Kl. zu 2) zu einer Nachzahlung i.H.v. 5,00 DM je Mitglied 1992 für das 2. Halbjahr 1992. Daraus errechnet sich nach ihm eine Nachzahlung i.H.v. 3.920.350,00 DM. Das **SG** wies die Klagen ab.

## XI. Streitwert

Vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2006, S. 1; NZS 2003, S. 568; NZS 2001, S. 57; s auch Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit (2006), NZS 2006, 350.

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 = SozR 4-1920 § 52 Nr 1 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de), **BSG**, Beschl. v. 26.09.2005 - B 6 KA 69/04 B – RID 05-04-71 und **BSG**, Beschl. v. 12.10.2005 - B 6 KA 47/04 B – juris = MedR 2006, 236 = ZMGR 2005, 324, 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; nach **BSG**, Beschl. v. 11.11.2005 - B 6 KA 12/05 B – juris = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) ist für die **gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung** der dreifache Jahresbetrag der zusätzlich abrechenbaren Leistungen als Streitwert zu ermitteln.

### 1. HÖHERE ABSCHLAGSZAHLUNGEN IM EINSTWEILIGEN ANORDNUNGSVERFAHREN

**LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 07.03.2006 – L 7 B 15/05 KA ER – RID 06-03-20 (S. 12)

Der Streitwert in einem einstweiligen Anordnungsverfahren um **höhere Abschlagszahlungen** ist anhand des **Differenzbetrages** zwischen den monatlich begehrten und gezahlten Honorarabschlagszahlungen - in Anlehnung an Zulassungsverfahren – für **drei Jahre** (hier: 5.000,00 EUR - 3.670,00 EUR x 36 = 47.880 Euro zu bestimmen; hiervon ist wegen des nur vorläufigen Charakters des Verfahrens die Hälfte als Gegenstandswert festzusetzen (hier: 23.940,00 EUR).

**SG Marburg**, Urt. v. 15.05.2006 – S 12 KA 487/06 – RID 06-03-21 (S. 12)

Im Hinblick auf die Vorläufigkeit einer Regelung ist der Streitwert in einem einstweiligen Anordnungsverfahren, in dem ein höheres Honorar bzw. **höhere Abschlagszahlungen** begehrt werden, auf die **möglichen Zinskosten**, ca. 10 % pro Jahr, für die Dauer des Hauptsacheverfahrens – mit der Dauer für das Verwaltungsverfahren noch insgesamt ca. 1 Jahr – festzusetzen.

### 2. GENEHMIGUNG EINER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

**SG Nürnberg**, Urt. v. 26.01.2006 – S 6 KA 14/05 – RID 06-03-57 (S. 27)

In einem Streit um die Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis ist der Streitwert auf den **dreifachen Regelstreitwert** festzusetzen (vgl. **LSG Berlin**, Beschl. v. 18.05.2000 - L 7 B 28/00 KA ER – NZS 2000, 628).

### 3. BSG: SPÄTERE AUFNAHME DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT BEI DROHENDER ZULASSUNGSENTZIEHUNG

**BSG**, Beschl. v. 19.05.2006 – B 6 KA 12/06 R -

RID 06-03-77

Im Streit um die Verlängerung der Frist für die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, mit dessen Erfolg zugleich die Rechtmäßigkeit einer zugleich ausgesprochenen Zulassungsentziehung wegen nicht rechtzeitiger Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit entfällt, sind weder die Grundsätze zur Ermittlung des Streitwerts bei Zulassungsentziehungen (unter Heranziehung der bisher aus der ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit konkret erzielten Gewinne) noch die Prinzipien der Streitwertbemessung bei Klagen auf erstmalige Zulassung (anhand der durchschnittlich erzielbaren Erträge der Fachgruppe des Arztes, vgl. zuletzt **BSG MedR** 2006, 236, 237 mwN) geeignet, das tatsächliche wirt-

schaftliche Interesse der Kl. an der von ihr erstrebten Revisionsentscheidung zutreffend zu erfassen. Die Bedeutung der Sache besteht für die Kl. weder darin, wie im Falle einer herkömmlichen Zulassungsentziehung die Möglichkeit der bisher bereits realisierten Gewinnerzielung auch für die Zukunft zu behalten, noch darin, wie im Falle einer Erstzulassung den begünstigenden Status als Basis künftiger Gewinnerzielung zu erstreiten. Die Kl. will vielmehr den vorhandenen, aber wirtschaftlich noch nicht vollzogenen **Zulassungsstatus** für einen Zeitraum von weiteren knapp drei Jahren (hier: 01.10.2003 bis 18.06.2006) **in der Schwebe halten**, um ihn anschließend nutzen zu können. Bei dieser Sachlage ist es angemessen und im Sinne einer typisierenden Bestimmung praktikabel, **je Quartal** der erstrebten Verlängerungszeit für die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in Anlehnung an § 42 III 1 GKG, aber **längstens für einen Zeitraum von 12 Quartalen**, den **Regelwert** von 5.000 € (vgl. § 52 II GKG) zur Bemessung des wirtschaftlichen Interesses heranzuziehen. Das ergibt bei einem Verlängerungszeitraum von - gerundet - 11 Quartalen einen vorläufigen Streitwert von 55.000 €.

#### 4. ZULASSUNGSENTZIEHUNGSVERFAHREN WEGEN NICHTAUSÜBUNG DER ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

*SG Marburg, Beschl. v. 18.05.2006 – S 12 KA 252/05 –*

RID 06-03-78

Zulassungsentziehung, Nichtausübung der ärztlichen Tätigkeit, Regelstreitwert, Umsatz  
SGB V § 95 VII; GKG § 52

In einem Zulassungsentziehungsverfahren wegen Nichtausübung der ärztlichen Tätigkeit ist für die Streitwertfestsetzung nicht auf den Umsatz abzüglich der Kosten abzustellen, sondern auf den **Regelstreitwert**; dieser ist aber in Anlehnung an die BSG-Rechtsprechung zu einem Dreijahreszeitraum in Zulassungssachen (vgl. BSG v. 01.09.2005 - B 6 KA 41/04 R – juris, Rn 7 ff.; BSG v. 26.09.2005 - B 6 KA 69/04 B –) zu **verdreifachen**.

#### 5. ZULASSUNGSENTZIEHUNG NACH RUHENSANTRAG: DIESELBE ANGELEGENHEIT/STREITWERT

*SG Hamburg, Gerichtsb. v. 16.05.2006 – S 3 KA 443/02 –*

RID 06-03-79

Ruhen, Angelegenheit, Zulassung, Zulassungsentziehung  
SGB V §§ 95, 96, 97; BRAGO a. F. § 13 II

Es ist von **derselben Angelegenheit i. S. d. § 13 II BRAGO a. F.** auszugehen, wenn ein **Ruhensantrag** abgelehnt und zugleich die Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit **entzogen** wird. Das wirtschaftliche Interesse besteht dann im Ruhen der Zulassung, nicht in der Aufnahme oder Fortsetzung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Es ist der **Auffangstreitwert** maßgeblich.

Der Prüfungsausschuss lehnte einen Ruhensantrag des klagenden Laborarztes ab und entzog zugleich die Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Der Berufungsausschuss hob den Bescheid auf, gab dem Ruhensantrag für die verbliebene Zeit statt und übernahm die Kosten. Der Kläger machte Anwaltskosten von 6.700,16 Euro wegen der Zulassungsentziehung (Gegenstandswert: 459.385,52 Euro; je eine 10/10 Geschäfts- und Besprechungsgebühr) und 728,99 Euro wegen des Ruhens (Gegenstandswert: 10.000 Euro; je eine 10/10 Geschäfts- und Besprechungsgebühr) geltend. Der Bekl. setzte 259,53 Euro (zwei 7,5/10-Gebühren; Gegenstandswert: 4.000 Euro) fest. Das **SG** wies die Klage ab.

#### 6. EINSTWEILIGE ANORDNUNG: VERTRAGSÄRZTLICHE TÄTIGKEIT NACH 68. LEBENSJAHR

*SG Mainz, Beschl. v. 31.03.2006 – S 8 ER 68/06 KA – RID 06-03-64 (S. 30)*

Der Streitwert für einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zur Fortsetzung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Vollendung des 68 Lebensjahres (§ 95 VII SGB V) ist bei einem **durchschnittliche Jahresgewinn der Arztgruppe** der Nervenärzte von etwa 70.050,- € auf 70.000,- € unter Berücksichtigung der Vorläufigkeit der beantragten Regelung festzusetzen (vgl. Wenner/Bernard, NZS 2006, 1, 4 m.w.N.).

#### 7. KEINE ISOLIERTE BESCHWERDE GEGEN STREITWERTFESTSETZUNG NACH BESCHWERDERÜCKNAHME

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.07.2006 – L 5 ER 130/06 KA –*

RID 06-03-80

Wird eine **Beschwerde** nicht auf bestimmte Teile des angefochtenen Beschlusses beschränkt, erfasst sie auch die in dem angefochtenen Beschluss enthaltene **Streitwertfestsetzung**. Die **Rücknahme** bewirkt den Verlust des Rechtsmittels. Eine **erneute Beschwerde** gegen die Streitwertfestsetzung ist unzulässig.

Das **Rechtsmittelgericht** ist im Falle einer unzulässigen Streitwertbeschwerde oder bei rechtsmissbräuchlicher Einlegung eines anderen Rechtsmittels nicht zu einer **Herabsetzung des Streitwerts** von Amts wegen befugt, weil dadurch die Zulässigkeitsvoraussetzungen der Streitwertbeschwerde wirkungslos würden.

**SG Mainz**, Urt. v. 03.04.2006 – S 6 ER 66/06 KA – setzte den Streitwert auf 100.000 EUR fest, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## XII. Entscheidungen des BSG

### 1. HONORARVERTEILUNG

#### A) TRENNUNG DER HAUS- UND FACHÄRZTLICHEN VERGÜTUNGSBEREICHE/STÜTZUNGSMAßNAHME

**BSG**, Urt. v. 22.03.2006 – B 6 KA 67/04 R -

RID 06-03-81

##### Leitsatz:

Seit der gesetzlich vorgeschriebenen Trennung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung darf die Kassenärztliche Vereinigung die Beträge für eine Stützung des Punktwertes für die Vergütung bestimmter fachärztlicher Leistungen nur dem Honorarkontingent für die fachärztliche Versorgung entnehmen; ob die Stützungsnotwendigkeit auch durch das Überweisungsverhalten von Hausärzten begründet worden ist, ist insoweit ohne Bedeutung.

#### B) JAHRESVERGÜTUNGSOBERGRENZE MIT GERINGER RESTQUOTE (KZV NIEDERSACHSEN 1999)

**BSG**, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 25/05 R -

RID 06-03-82

##### Leitsatz:

Ein Honorarverteilungsmaßstab darf vorsehen, dass der größte Teil des Gesamtvergütungsvolumens für eine Honorierung zu vollen Punktwerten verwendet wird und für die restlichen Leistungen lediglich geringe Punktwerte verbleiben.

##### Parallelverfahren:

**BSG**, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 24/05 R -

RID 06-03-83

**BSG**, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 26/05 R -

RID 06-03-84

#### C) PRAXISBUDGET: HÄUFUNG VON BERATUNGS- UND GESPRÄCHSLEISTUNGEN

**BSG**, Urt. v. 22.03.2006 – B 6 KA 80/04 R -

RID 06-03-85

##### Leitsatz:

1. Die Erweiterung des Praxisbudgets eines Allgemeinarztes kann nicht wegen einer Häufung von Beratungs- und Gesprächsleistungen beansprucht werden.
2. Die Erweiterung eines qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets (hier: Psychosomatik) erfordert, dass die Patientenschaft durch strukturelle Besonderheiten geprägt ist. Eine Häufung schwerer Krankheitsfälle unterschiedlicher Art reicht allein nicht aus.

### 2. ABGRENZUNG ÄRZTLICHER LEISTUNGEN NACH WEITERBILDUNGSORDNUNG

**BSG**, *Beschl.* v. 22.03.2006 – B 6 KA 46/05 B - juris

RID 06-03-86

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 25.05.2005 - L 3 KA 345/04 - ist unbegründet.

Es ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn zur Abgrenzung abrechnungsfähiger ärztlicher Leistungen auf die für das jeweilige Fachgebiet in der Weiterbildungsordnung genannten Inhalte und Ziele der Weiterbildung und die dort genannten Bereiche abgestellt wird, in denen eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben werden müssen (vgl. BVerfG v.16.07.2004 - 1 BvR 1127/01 - SozR 4-2500 § 135 Nr. 2).

Die Vorschriften der WBO'en sind im Streitfall unter Zuhilfenahme der traditionellen juristischen Methoden auszulegen, zu denen gegebenenfalls das Auffinden und Schließen von Lücken gehört.

Sind zytologischer Techniken und Untersuchungen im Rahmen der Weiterbildung für Frauenheilkunde und Pathologie vorgeschrieben, so ergibt sich daraus zwanglos, welchen Fachgebieten die entsprechenden Leistungen gegebenenfalls zuzuordnen sind. Dem entspricht, dass die Leistungen nach Nr. 4952 und 4955 EBM-Ä a. F. im Abschnitt P (Histologie, Zytologie, Zytogenetik und Molekulargenetik) und nicht etwa im Abschnitt über die Urologie aufgeführt sind.

### 3. SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG

#### A) PRAXISGEMEINSCHAFT: RECHTSMISSBRÄUCHLICHE FALLZÄHLERHÖHUNG

*BSG, Urt. v. 22.03.2006 – B 6 KA 76/04 R -*

RID 06-03-87

##### Leitsatz:

1. Wandeln Ärzte ihre berufliche Kooperation von einer Gemeinschaftspraxis in eine Praxisgemeinschaft um, müssen sie diesen Wechsel der Rechtsform auch gegenüber den Patienten eindeutig zum Ausdruck bringen.
2. Führen zwei Vertragsärzte nach außen eine Praxisgemeinschaft, behandeln aber die Patienten wie Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis, steht ihnen nicht mehr Honorar zu, als wenn sie in einer Gemeinschaftspraxis tätig geworden wären.

#### B) FACHFREMDEIT VON RÖNTGENAUFNAHMEN FÜR HNO-ÄRZTE TROTZ CHIROTHERAPIE (NR 5032 EBM)

*BSG, Urt. v. 22.03.2006 – B 6 KA 75/04 R -*

RID 06-03-88

**Röntgenaufnahmen** nach Nr 5032 EBM sind für HNO-Ärzte fachfremd und damit nicht vergütungsfähig. **Chirotherapeutische** Eingriffe an der HWS und Röntgenaufnahmen der HWS sind für das Fachgebiet der HNO-Heilkunde weder prägend noch wesentlich.

Eine **Gegenrüge** bezüglich einer für eine KV ungünstigen Feststellung des Berufungsgerichts zum Inhalt des landesrechtlichen Weiterbildungsrechts ist unzulässig, wenn die für eine revisionsgerichtliche Überprüfung von Landesrecht zwingend erforderliche Darlegung verabsäumt wird, dass für die Bezirke anderer LSGe inhaltlich übereinstimmende Vorschriften bewusst und gewollt um der Rechtseinheit willen geschaffen wurden (vgl BSG SozR 3 2500 § 95 Nr 7 S 30 f; s auch BSG SozR 3 2500 § 95 Nr 9 S 36; SozR 4 2500 § 95 Nr 5 RdNr 10).

Die vom Berufungsgericht für zutreffend erachtete Auslegung des im Jahr 1997 geltenden niedersächsischen Weiterbildungsrechts in dem Sinne, dass die Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung Chirotherapie ein Überschreiten der Grenzen des HNO-Fachgebiets erlaube, widerspricht jedoch, wie das LSG selbst erkannt hat, bundesrechtlichen Vorgaben des Vertragsarztrechts und ist deshalb in diesem Bereich gemäß Art 31 Grundgesetz (GG) nicht anzuwenden.

Der Gesetzgeber geht von einer nach einzelnen ärztlichen Fachgebieten gegliederten ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit. Ein auch in der vertragsärztlichen Versorgung gegliedertes Facharztwesen kann aber seine Funktion nicht erfüllen, wenn jeder Facharzt Leistungen auf jedem ärztlichen Gebiet ohne Einschränkungen erbringen und abrechnen kann. Deshalb enthalten die Regelungen des SGB V und der Ärzte ZV zugleich den bundesrechtlichen Grundsatz, dass Leistungen außerhalb des eigenen Fachgebiets nicht vergütungsfähig sind (vgl. BSG SozR 3 2500 § 95 Nr 9 S 34 f).

#### C) NR. 273 EBM

*BSG, Urt. v. 22.03.2006 – B 6 KA 44/04 R -*

RID 06-03-89

Die Vergütung der Leistung nach Nr. 273 EBM wetzt typischerweise voraus, dass hierbei auch der Zugang für die Infusion gelegt wird. Eine Infusion, die mit Hilfe des für eine Dialyse bereits gelegten Zugangs und am selben Tag wie diese vorgenommen wird, ist nicht nach Nr. 273 EBM zu vergüten (vgl. Senatsurt. v. 08.09.2004 - SozR 4-5533 Nr. 273 Nr. 1).

#### **D) FEHLERHAFT ANWENDUNG DES BEWERTUNGSMAßSTABS UND VERTRAUENSCHUTZ**

**BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 12/05 R -**

**RID 06-03-90**

##### **Leitsatz:**

1. Ein Honorarbescheid, der den Vertrags(zahn)arzt auf Grund fehlerhafter Anwendung des Bewertungsmaßstabs rechtswidrig begünstigt, kann grundsätzlich rückwirkend korrigiert werden. In besonderen Konstellationen ist eine Korrektur durch Vertrauensschutzgesichtspunkte begrenzt (Abgrenzung zu BSG vom 30.6.2004 - B 6 KA 34/03 R = BSGE 93, 69 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 11 und Weiterführung von BSG vom 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen).
2. Für mehrere Wurzelspitzenresektionen an demselben Zahn kann die Leistung nach Nr. 54b oder 54c Bema in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung nur einmal vergütet werden (Bestätigung und Ergänzung von BSG vom 13.5.1998 - B 6 KA 34/97 R = SozR 3-5555 § 10 Nr. 1).

#### **E) DEGRESSIONSBESCHEIDE UND VERTRAUENSCHUTZ**

**BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 27/05 R -**

**RID 06-03-91**

Eine KZV ist nicht berechtigt, fehlerhafte Degressionsbescheide ohne Berücksichtigung von Vertrauensschutz der betroffenen Zahnärzte zu korrigieren (Festhalten an BSG, Urt. v. 30.06.2004 – B 6 KA 34/03 R - BSGE 93, 96 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 11). Wenn ein allgemein gehaltener Vorbehalt im HVM eine generelle Korrektur von Fehlern der KZV bei der Anwendung der Bestimmungen über die Punktmengenbegrenzung ohne Beachtung des Vertrauensschutzes der betroffenen Zahnärzte gestatten sollte, wäre das mit bundesrechtlichen Vorgaben für den Erlass von Honorarbescheiden und Bescheiden über die Auswirkungen der Punktmengenbegrenzung unvereinbar.

#### **4. VORGÄNGIGE BERATUNG UND OFFENSICHTLICHES MISSVERHÄLTNIS (SPRECHSTUNDENBEDARFSREGRESS)**

**BSG, Beschl. v. 30.05.2006 – B 6 KA 14/06 B - juris**

**RID 06-03-92**

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 23/05 – RID 06-01-31 wird als unzulässig verworfen.

Eine vorgängige Beratung bei Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses ist nicht notwendig (vgl. z.B. BSG v. 21.05.2003 - B 6 KA 32/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 1). Dies gilt nicht nur für Honorarkürzungen, sondern auch für Arzneikostenregresse (s. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 53 S. 296). Das gilt auch dann, wenn der Arzt noch nicht auf das Ergebnis einer für das Vorquartal durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung reagieren konnte (BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 1 Rn. 18) und auch sonst bisher keine "Mahnung" erfolgte (BSG MedR 2004, 577, 579), sowie auch dann, wenn früher Praxisbesonderheiten anerkannt wurden (BSG USK 97124 S. 757).

Sanktionen wegen unwirtschaftlicher Behandlungs- oder Ordnungsweise setzen nicht voraus, dass dem Arzt ein Verschulden oder eine sonstige besondere Vorwerfbarkeit zur Last fällt (s. z.B. BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 1 Rn. 18; MedR 2004, 577, 578 m.w.N.).

## B. Krankenversicherungsrecht

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

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

Nach BSG, Urt. v. 21.02.2006 - **B I KR 29/04 R** – besteht kein Anspruch auf eine **ICSI** bei einer weiblichen Fertilitätsstörung; nach Urt. v. 13.12.2005 – **B I KR 21/04 R – Kozijavkin III** (Parallelverfahren: B I 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 I 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.

Nach **BSG**, Urt. v. 04.04.2006 - **B I KR 05/05 R** – besteht ein Kostenerstattungsanspruch (Uterus-Arterien-Embolisation), wenn eine stationäre Behandlung hätte erfolgen können, die **Krankenkasse** dies aber nicht **verdeutlicht**, sondern im Gegenteil auch eine solche Leistung ablehnt, und die Versicherte sich deshalb nicht stationär, sondern ambulant behandeln ließ.

### 1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

Zur Rechtsprechung des BSG s. zuletzt RID 05-04-B I 1 (S. 36); nach **BVerfG**, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 - www.bverfg.de (NJW 2006, 891 = NZS 2006, 84 = GesR 2006, 72 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5) ist es mit den Grundrechten aus Art. 2 I GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 II 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. Der **1. Senat des BSG** hat hieraus ausführlich Folgerungen im **Termin-Bericht Nr. 20/06 v. 27.03.2006** gezogen; eine **Leistungsverweigerung** unter Berufung auf eine fehlende Anerkennung durch den Bundesausschuss verstoße danach **gegen das GG**, wenn (1) eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vorliege, (2) bzgl. dieser Krankheit eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehe und (3) bzgl. der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode eine "auf Indizien gestützte" nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe. "Ernsthafte Hinweise" auf einen individuellen Wirkungszusammenhang (**Wirksamkeit der Behandlungsmethode im Einzelfall**) könnten sich nach Ansicht des BVerfG ergeben aus: (1) bestimmten Vergleichen des Versicherten mit vergleichbar erkrankten Patienten bzgl. der jeweiligen Behandlungserfolge, (2) den Erfahrungen bei einer längeren Behandlung, (3) der fachlichen Einschätzung durch die Ärzte des Erkrankten, (4) der wissenschaftlichen Diskussion. Hieraus dürfte sich das Erfordernis ergeben, aussagekräftige Erkenntnisse z.B. i. S. der **Evidenzstufe IV nach § 9 Abs. 3 BUB-Richtlinie** zu verlangen. Zudem müssten im konkreten Behandlungsfall die Behandlungsweise und deren Resultate hinreichend dokumentiert werden. Denn ein im Wesentlichen mit Zwangsbeiträgen finanziertes Krankenversicherungssystem könne auf eine Prüfung der Erfolgsaussichten der Behandlung nicht völlig verzichten. Für den Wahrscheinlichkeitsmaßstab neige der Senat dazu, solche Abstufungen nach dem Grundsatz vorzunehmen "je schwerwiegender die Erkrankung und 'hoffnungsloser' die Situation, desto geringer sind die Anforderungen an die 'ernsthaften Hinweise' auf einen nicht ganz entfernt liegenden Behandlungserfolg" (**abgestufte Evidenzgrade**).

Nach **BSG**, Urt. v. 04.04.2006 - **B I KR 12/05 R** – gehört die ambulant durchgeführte **interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds** im Mai 2002 nicht zu den vertragsärztlich erbringbaren Leistungen; bei dem sich im Anfangsstadium befindlichen Prostatakarzinom handele es sich nicht um eine lebensbedrohliche Krankheit gehandelt; auch gab es für die Behandlung mit der Prostataektomie eine medizinische Standardtherapie.

### A) OFFENE KERNSPINTOMOGRAPHIE

**SG Berlin, Urt. v. 02.03.2006 – S 73 KR 425/05 –** www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 06-03-93**

Offene Kernspintomographie, Kernspintomographie-Vereinbarung  
SGB V §§ 13 III, 27, 135

Auf die Übernahme von Kosten für die Untersuchung in einem MRT-Gerät, das nur für die Extremitäten geeignet ist, besteht kein Anspruch. Kernspintomographische Untersuchungen dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur mit solchen Geräten durchgeführt werden, welche die **Anforderungen nach der KernspinVb** erfüllen, was durch eine Herstellergewährleistung nachzuweisen ist (BSG, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 32/04 B -).

Das **SG** wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt **LSG Hessen**, Beschl. v. 15.02.2005 – L 8/14 KR 186/04 – RID 05-04-75 m.w.N.



## B) EIGENHAARTRANSPLANTATION

**LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 12.05.2006 – S 73 KR 2606/04 –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-94**

Eigenhaartransplantation

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 1, 92, 135

"Neu" ist eine **Behandlungsmethode**, wenn sie (bisher) nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im EBM enthalten ist (zuletzt BSGE 94, 221 = SozR 4-2400 § 89 Nr. 3). Diese Kriterien sind bei der **Eigenhaartransplantation** erfüllt: Als chirurgische Leistung wird die Hauttransplantation bei behaarter Kopfhaut lediglich im Zusammenhang mit Eingriffen bei Verbrennungen und Verätzungen genannt (Arztgruppen EBM Chirurg, Stand 3.4.2006, Anhang 2: Zuordnung zu operativen Prozeduren zum Kapitel 31 2.24 Operationen an Haut), die Eigenhaartransplantation ist an keiner Stelle genannt. Der Bundesausschuss hat sich mit dieser Behandlungsmethode nicht befasst, was keinen Systemmangel begründet. Im Falle einer entstellend wirkenden teilweisen Haarlosigkeit besteht Anspruch auf Versorgung mit einer Perücke (bzw. einem Haarteil).

**SG Berlin**, Ur. v. 28.07.2005 – L 1 KR 1109/05 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## C) EXTRAKORPORALE LIPID-APHERESE-THERAPIE (LDL-APHERESE)

Vgl. zuletzt **SG Augsburg**, Beschl. v. 02.06.2005 – S 12 KR 146/05 ER – RID 05-03-80 m.w.N.; s. a. **LSG Berlin-Brandenburg**, Ur. v. 19.10.2005 – L 9 KR 372/01 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de), das eine Klage auf Kostenerstattung abwies, weil eine stationäre Behandlung vorgelegen habe und Kosten für eine ambulante Behandlung nicht entstanden seien; **LSG Bayern**, Ur. v. 11.10.2005 – L 4 B 437/05 KR ER – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) lehnte vorläufigen Rechtsschutz ab, weil nicht glaubhaft dargelegt worden sei, dass das Therapieverfahren medizinisch zwingend erforderlich sei.

## AA) EINSTWEILIGEN ANORDNUNGSVERFAHREN

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 07.03.2006 – L 9 B 63/06 KR ER –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-95**

Blutreinigung, LDL-Apherese, Extrakorporale Lipid-Apherese-Therapie, Blutwäschebehandlung

SGB V §§ 13 III, 27, 135; GG Art. 2 II 1, 19 IV 1; SGG § 86b II; ZPO § 945

Eine Entscheidung über einen Anspruch auf eine extrakorporalen Lipid-Apherese-Therapie kann nicht im einstweiligen Anordnungsverfahren erfolgen. Können einem Versicherten aufgrund der Versagung oder auch nur aufgrund einer weiteren Verzögerung der Behandlung mit der streitbefangenen Therapie **irreversible Nachteile** entstehen, so ist ihm die Behandlung vorläufig im Rahmen einer **Folgenabwägung** zuzusprechen.

**SG Frankfurt (Oder)**, Beschl. v. 24.01.2006 – S 4 KR 203/05 KR – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Krankenkasse, vorläufig, längstens jedoch bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens, die Kosten einer Versorgung des Ast. mit einer regelmäßigen extrakorporalen Lipid-Apherese-Therapie durch die nephrologische Gemeinschaftspraxis zu übernehmen.

## BB) UNZUREICHENDE ERMITTLUNGEN DURCH SG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 26.04.2006 – L 11 KR 18/06 –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-96**

Blutreinigung, LDL-Apherese, Blutwäschebehandlung, Amtsermittlung

SGB V §§ 27, 135; SGG §§ 103, 128

Ist nicht auszuschließen sei, dass eine **Indikation** zur Durchführung einer Apheresebehandlung vorliegt, wie sie der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der Fassung der Nr. 1 der Anlage A der BUB-Richtlinien vom 24.03.2003 fordert, dann hat das Sozialgericht die erforderlichen **Ermittlungen** durchzuführen.

**SG Dortmund**, Ur. v. 08.02.2006 – S 8 KR 197/04 – wies die Klage ab, das **LSG** verwies die Sache an das SG zurück..

## D) INTERSTITIELLE BRACHYTHERAPIE MIT PERMANENTER SEED-IMPLANTATION

**LSG Hamburg, Ur. v. 22.02.2006 – L 1 KR 82/05 –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-97**

Brachytherapie, Behandlungsmethode

SGB V §§ 27, 92 I 2 Nr. 5, 135

Zwar stellen die Bestrahlungsplanung, die Bestrahlung selbst und die **Interstitielle Brachytherapie** nach Abschnitt T IV. (Nr. 7040-7046 EBM, Stand Oktober 2001) ambulante vertragsärztliche Leistungen dar, nicht aber die permanente **Seed-Behandlung durch Implantation**.

Bei der zeitlich unbegrenzten Therapie handelt es sich um eine **neue Untersuchungsmethode** iSd § 135 Abs. 1 SGB V. Ein Antrag auf Abgabe einer Empfehlung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V ist erst im April 2003 gestellt worden. Dafür, dass dieses Anerkennungsverfahren zögerlich betrieben wird, ist nichts ersichtlich.

Die zeitlich unbegrenzte interstitielle Brachytherapie durch Verwendung implantierter Seeds ist **nicht** Gegenstand der **ambulanten vertragsärztlichen Versorgung** (s. a. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 24.02.2005 – L 1 KR 13/04 – RID 05-03-77).

**SG Hamburg**, Gerichtsbb. v. 29.08.2005 – S 48 KR 996/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. jetzt **BSG**, Urt. v. 04.04.2006 - **B 1 KR 12/05 R** –, wonach die ambulant durchgeführte **interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds** im Mai 2002 nicht zu den vertragsärztlich erbringbaren Leistungen gehört; zuletzt ferner **LSG Bayern**, Beschl. v. 31.01.2005 – L 4 B 467/04 KR ER – RID 05-04-74; RID 05-03-B I 1 a (S. 31).

## 2. AUSGESCHLOSSENE NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

### A) REFRAKTIVE AUGENCHIRURGIE

Vgl. a. **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 26.03.2004 – L 4 KR 4024/04 - RID 04-03-99; **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 25.04.2003 - L 4 KR 3901/02 - RID 05-01-115; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 24.04.2003 – L 16 KR 117/02 - RID 04-01-104; **SG Köln**, Gerichtsbb. v. 03.09.2002 – S 9 KR 124/02 - RID 03-02-77; **LSG Bayern**, Urt. v. 19.04.2001 – L 4 KR 112/00 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

### AA) LASIK-METHODE

**LSG Thüringen**, Urt. v. 27.03.2006 – **L 6 KR 195/04** – (rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-98**

Excimer-Laser-Behandlung, Behandlungsmethode, Bundesausschuss, Lasik

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 135 I

Die ambulante Augenoperation in Form der sog. refraktiven Augenchirurgie nach der LASIK-Methode ist eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** i.S. von § 135 I 1 SGB V. Sie gehört nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen. Der Bundesausschuss hat sie 1993 **ausgeschlossen**. Der Beschluss ist auch nicht durch Zeitablauf rechtswidrig geworden (vgl. BSG in SozR 3-2500 § 138 Nr.2).

**SG Meiningen**, Urt. v. 05.11.2003 – S 4 KR 392/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 26.03.2004 – L 4 KR 4024/04 - RID 04-03-99; **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 25.04.2003 - L 4 KR 3901/02 - RID 05-01-115; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 24.04.2003 – L 16 KR 117/02 - RID 04-01-104; **SG Köln**, Gerichtsbb. v. 03.09.2002 – S 9 KR 124/02 - RID 03-02-77; **LSG Bayern**, Urt. v. 19.04.2001 - L 4 KR 112/00 - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de).

### BB) EXCIMER-LASERBEHANDLUNG DER AUGEN

**LSG Bayern**, Urt. v. 25.04.2006 – **L 5 KR 3/06** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-99**

Excimer-Laserbehandlung, Laserbehandlung, Auge,

SGB V §§ 13 III, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1; SGB I § 4 II 2; NUBRL Anl 2 Nr. 13

Ein **Systemversagen** liegt hinsichtlich des **Ausschlusses der Excimer-Laserbehandlung** durch den Bundesausschuss nicht vor. Insbesondere ergeben sich aus der im Februar 2003 veröffentlichten, 252 Seiten umfassenden wissenschaftlichen **Studie** "Die Verwendung des Excimer Lasers in der refraktiven Augenchirurgie", dass ausreichende medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse zur Langzeitwirkung nicht vorliegen und dass ökonomische Erwägungen (entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot in § 2 Abs.1 SGB V) gegen eine Aufnahme des strittigen Verfahrens in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sprechen.

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung wird durch die Normen des **SGB IX** nicht erweitert (vgl. BSG, Urt. v. 26.03.2003 - B 3 KR 23/02 R -; LSG Bayern, Urt. v. 23.03.2006 - L 4 KR 279/04 -).

**SG Augsburg**, Urt. v. 04.08.2005 – S 12 KR 48/05 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### B) TRANSURETHRALE LASERABLATION DER PROSTATA MIT GREENLIGHTLASER

**LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 24.01.2006 – **L 11 KR 3292/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-100**

Laserablation, Greenlightlaser, Prostata

SGB V §§ 13 II, 92, 135

Bei der **transurethralen Laserablation** mit Greenlightlaser handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode, die der **Bundesausschuss** ausdrücklich als nicht zu Lasten der Krankenkassen erbringbar eingestuft hat (Beschl. v. 10.12.1999 in Nr. 15 der Anlage B der BUB-Richtlinien). Von dem Ausschluss wird auch die **Greenlightlaserbehandlung** umfasst. Ein Systemversagen liegt nicht vor.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus **BVerfG** v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 -. Die Entscheidung, Alternativmedizin in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen, wenn herkömmliche Therapie nicht helfen kann, betrifft nur seltene, lebensbedrohliche Erkrankungen, bei denen eine allgemein anerkannte, dem medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht (so auch BSG, Beschluss vom 17.01.2006 B 1 KR 83/05 B).

**SG Karlsruhe**, Urt. v. 18.07.2005 – S 5 KR 98/05 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 3. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

#### A) „ERFOLG“ EINER KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG (FEHLGEBURT/EILEITERSCHWANGERSCHAFT)

Befruchtung, Schwangerschaft, Eileiterschwangerschaft, Fehlgeburt

SGB V §§ 27a, 91, 92

**LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 10.05.2006 – L 5 KR 56/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-101

*Revision zugelassen.*

Ein **Versuch** zur künstlichen Befruchtung ist i.S.d. § 27a I SGB V **erfolglos**, wenn keine Schwangerschaft herbeigeführt wurde.

§ 27a findet i.d.F. durch das **Gesetz v. 14.11.2003** auf sämtliche Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft Anwendung, die **2004** jedenfalls **begannen**.

Die 1970 geb. Kl. ist Mitglied der Bekl., ihr Ehemann ist privat krankenversichert. Bei ihm besteht eine Fertilisationsstörung. Im Juli 2002 bewilligte die Bekl. die Kostenübernahme für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung im Wege der In-Vitro-Fertilisation (IVF) in Verbindung mit ICSI für maximal vier Versuche. Die Kl. ließ anschließend drei Behandlungen durchführen. Die erste Behandlung führte zu einer Schwangerschaft, die jedoch in der 10. Schwangerschaftswoche mit einer Fehlgeburt endete, bei den zwei weiteren Behandlungen stellte sich eine Schwangerschaft nicht ein. Im Dezember 2003 wies die Bekl. die Kl. auf die Gesetzesänderung zum 01.01.2004 hin, wonach für nach dem 31.12.2003 beginnende Behandlungszyklen bei anderen Methoden als der Insemination im Spontanzyklus kein vierter Versuch mehr übernommen werden könne. Aus diesem Grunde hebe sie die Kostenübernahmezusage vom Oktober 2003 für die Zukunft auf. In dieser Zusage vom Oktober 2003 hatte die Beklagte Rechnungen über Anästhesiekosten als Einzelfallentscheidung beglichen und darauf hingewiesen, dass sämtliche zukünftigen Kosten über die Krankenversicherungskarte abzurechnen seien. **SG Kiel**, Urt. v. 29.04.2005 – S 17 KR 172/04 – wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, die Kosten für die im September 2005 durchgeführte künstliche Befruchtung zur Hälfte zu übernehmen und wies die weitergehende Berufung zurück.

**LSG Bayern**, Urt. v. 09.05.2006 – L 5 KR 11/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-102

Das in § 27a I Ziff. 2 SGB V notwendige Maß an Erfolgsaussicht für eine künstliche Befruchtung ist nicht gegeben, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist. Nach den RL des Bundesausschusses ist die Behandlung erfolgreich, wenn ein **klinischer Nachweis** einer Schwangerschaft, unabhängig davon, ob es nachfolgend zur Geburt eines Kindes gekommen ist, vorliegt. Hierunter wird der Zustand verstanden, der vorliegt, wenn ein **sonographischer Nachweis** eines in der Gebärmutterhöhle befindlichen Fruchtsackes mit mindestens einem Embryo mit positiver Herzreaktion geführt werden kann. Eine **Eileiterschwangerschaft** stellt keine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft dar.

Der 1967 geb. Kl. gewährte die Bekl. wegen Infertilität des privat versicherten Ehemanns bislang insgesamt fünf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. Nach der zweiten Behandlung wurde ein Kind geboren, nach der fünften Behandlung trat eine Eileiterschwangerschaft ein, die beendet werden musste. Am 01.06.2004 beantragte die Kl. die Übernahme weiterer Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung unter Bezugnahme auf eine Stellungnahme des Bundesverbands Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. Dies lehnte die Bekl. ab, da ab 01.01.2004 nur drei Versuche genehmigungsfähig seien. Ein erneuter Versuch stehe nur nach der Geburt eines Kindes zu, was sie später berichtigte; gefordert werde eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft, die bei der Kl. nicht vorgelegen habe, weil sich die Eizelle nicht in die Gebärmutter eingenistet habe. Demgegenüber hat die Kl. darauf hingewiesen, ihre Schwangerschaft sei hormonell nachgewiesen gewesen. Von der Klinik sei auch embryonales Gewebe entfernt worden. Zwischenzeitlich habe sie zwei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung vornehmen lassen. **SG Regensburg**, Urt. v. 03.12.2004 – S 2 KR 302/04 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## B) BESCHRÄNKUNG DER KOSTENÜBERNAHME AUF 50 %

Befruchtung, Insemination, Kostenübernahme  
SGB V § 27a

*LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2006 – L 5 KR 212/05 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-103

Die **Beschränkung der Kostenübernahme** in § 27 III 3 SGB V ist **nicht verfassungswidrig**. § 27a SGB V verletzt nicht das spezielle Diskriminierungsverbot aus dem Schutzauftrag des Staates gegenüber Ehe und Familie aus Art. 6 I GG.

*SG Nürnberg, Urt. v. 16.06.2005 – S 7 KR 31/05 –* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

*SG Reutlingen, Urt. v. 27.10.2005 – S 3 KR 2884/05 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-104

§ 27a III 3 SGB V sieht für die Zeit ab dem 01.01.2004 nunmehr vor, dass die Krankenkassen nur noch 50 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen eine künstliche Befruchtung, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden, übernehmen. Diese Norm ist **nicht verfassungswidrig**.

Das *SG* wies die Klage ab.

## C) GELTUNG DER NEUREGELUNG BEI ABGESCHLOSSENER ERSTBEHANDLUNG VOR 2004

*LSG Hessen, Urt. v. 29.06.2006 – L 8 KR 87/05 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-105

Befruchtung, Insemination, Kostenübernahme, 40-Jahresgrenze, Altersgrenze, Frau  
SGB V § 27a

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach die ab 01.01.2004 geltende **Neuregelung** des § 27a I SGB V auch dann gilt, wenn eine **erste Behandlung** bereits im Jahr **2003** abgeschlossen worden war, ist nicht zu beanstanden.

Die **Altersgrenze** von 40 Jahren für **Frauen** in § 27a III SGB V ist **verfassungsgemäß**.

*SG Darmstadt, Gerichtsbb. v. 29.04.2005 – S 10 KR 449/04 –* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## D) KOSTEN DER PRIVATVERSICHERTEN EHEFRAU

*LSG Sachsen, Urt. v. 22.03.2006 – L 1 KR 114/05 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-106

ICSI, Versicherte, Ehefrau  
SGB V § 27a

Nach § 27a SGB V in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden, nicht aber der unmittelbar am Körper der Ehefrau vorgenommenen Maßnahmen (vgl. BSG, Urt. v. 22.05.2005 – B 1 KR 11/ 03 R – SozR 4-2500 § 27a Nr. 1).

*SG Chemnitz, Urt. v. 05.10.2005 – S 11 KR 114/02 –* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 4. SPERMA-KRYOKONSERVIERUNG NACH ERKRANKUNG ALS JUGENDLICHER

*LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2006 – L 5 KR 231/05 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-107

Kryokonservierung, Krankheit, Fertilitätsstörung  
SGB V §§ 27, 27a

Eine **Sperma-Kryokonservierung** ist **keine ärztliche Behandlung** i.S.d. § 27 I Nr. 1 SGB V, weil sie nur als eine unselbständige Vorbereitungsmaßnahme zu der eigentlich wesentlichen Lagerung anzusehen ist (BSG, Urt. v. 26.06.1990 - 3 RK 19/89 -). Die Lagerung des Spermas selbst ist von vornherein nicht im Leistungskatalog des § 27 I SGB V enthalten.

Erst bei **schwerem Leidensdruck** ist die Kasse zu Leistungen verpflichtet (BSG, Urt. v. 10.02.1993 - 1 RK 14/92 -). Ein derartiger Leidensdruck infolge der möglichen Fertilitätsstörung ist bei einem 15-jährigen Kind nicht zu erwarten. Nicht ausreichend ist, dass ein derartiger Leidensdruck in der Zukunft entstehen kann.

*SG Bayreuth, Gerichtsbb. v. 08.07.2005 – S 9 KR 58/05 –* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 5. ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG: IMPLANTOLOGISCHE LEISTUNGEN

Implantat, Suprakonstruktion

SGB V § 28 II 1, 8 u. 9, 92 I

**LSG Bayern, Urt. v. 09.02.2006 – L 4 KR 82/04** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-108**

Implantologische Leistungen waren im Jahr 2002 nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Behandlung (§ 28 II 9 SGB V), es sei denn, es gelten seltene, vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle.

**SG Nürnberg, Urt. v. 09.03.2004 – S 11 KR 125/03** – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.04.2006 – L 11 KR 7/05** – (rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-109**

Die in den Richtlinien nach § 92 I SGB V durch den Bundesausschuss festgelegten **Ausnahmeindikationen** sind **abschließend**. Im Rahmen der Implantatversorgung kommt es nicht darauf an, ob ein Fall vorliegt, der von seiner Schwere her mit den Ausnahmeindikationen vergleichbar ist.

**SG Köln, Urt. v. 04.01.2005 – S 26 KR 626/04** – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

RID 06-03-110 entfällt

## II. Kostenerstattungsanspruch

Nach BSG, Urt. v. 18.07.2006 – **B 1 KR 25/05 R** – bestand für Versicherte **ab** dem Jahr **1999** für die ambulante Behandlung mit **Psychotherapie** kein Versorgungsmangel; der Nachweis eines konkreten Systemversagens war erforderlich, auch wenn der Therapeut bis Ende 1998 als sog. **Erstattungstherapeut** gearbeitet hat und sich danach auf seinen Übergangstatus aus Art 10 EGPpsychThG berief; nach BSG, Urt. v. 18.07.2006 – **B 1 KR 24/05 R** – konnte eine Versicherte auch nicht gemäß § 13 III SGB V Freistellung von einer Honorarforderung der Psychotherapeutin beanspruchen, weil es an einer "Versorgungslücke" fehlte und weil die bloße Unsicherheit eines Leistungserbringers über seinen Versorgungsstatus kein Systemversagen begründet; nach BSG, Urt. v. 18.07.2006 – **B 1 KR 9/05 R** – rechtfertigt selbst ein Notfall keinen Kostenerstattungsanspruch, sondern allenfalls einen Anspruch des Therapeuten gegen die KV; nach BSG, Urt. v. 04.04.2006 – **B 1 KR 5/05 R** – besteht ein Kostenerstattungsanspruch, wenn eine Leistung ambulant oder stationär begehrt wird, die Leistung aber generell versagt wird, obwohl ein Anspruch auf die stationäre Leistung besteht, und die Versicherte sich die ambulante Leistung selbst beschafft.

## DIFFERENZIERUNG ZWISCHEN AMBULANTER UND STATIONÄRER BEHANDLUNG

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.06.2006 – L 5 KR 66/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-111**

**Revision zugelassen**

Brachytherapie, Behandlungsmethode, Behandlung, ambulant, stationär

SGB V §§ 13 III, 27, 135

Wünscht ein Versicherter eine bestimmte Behandlung (hier: interstitielle Brachytherapie), dies jedoch unabhängig davon, ob ambulant oder stationär, und gehört die stationäre Behandlung zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, so darf eine Kostenübernahme nicht allgemein abgelehnt werden; die Krankenkasse hat zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu differenzieren. Beschafft der Versicherte sich die Leistung selbst als ambulante Leistung, so besteht ein Kostenerstattungsanspruch (vgl. BSG v. 04.04.2006 - B 1 KR 5/05 R -).

Der 1935 geb. Kl. erkrankte an einem lokal begrenzten Prostatakarzinom im Anfangsstadium (T1c, PSA 8,2ng/ml; Gleason 6) ohne Nachweis von Metastasen. Die Kostenübernahme (8.275,00 EUR) für die Durchführung der permanenten Seed-Implantation der Prostata wegen Prostatakarzinoms lehnte sie Bekl. ab. **SG Schleswig, Urt. v. 25.04.2005 – S 8 KR 92/04** – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Zur Interstitielle Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation vgl. jetzt BSG, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 12/05 R - und zuletzt **LSG Bayern, Beschl. v. 31.01.2005 – L 4 B 467/04 KR ER** – RID 05-04-74; RID 05-03-B I 1 a (S. 31).

### III. Stationäre Krankenhausbehandlung

Zur Rspr. des BSG vgl. zuletzt RID 05-04-B III (S. 40).

Nach BSG, Urt. v. 21.02.2006 - **B 1 KR 34/04 R** - besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme für ein **Entbindungsheim**, da es kein zugelassenes Krankenhaus ist; nach BSG, Urt. v. 21.02.2006 - **B 1 KR 29/04 R** - kommt es für die Zulassung eines **Krankenhauses** entscheidend auf die **Genehmigung des Versorgungsvertrages** an, die ohne Rückwirkung ist (§ 109 III 2 SGB V).

#### 1. BEHANDLUNG IN NICHT ZUGELASSENEM KRANKENHAUS

##### A) KEINE SYSTEMSTÖRUNG BEI ALTERNATIVER BEHANDLUNGSMÖGLICHKEIT

**LSG Bayern**, Urt. v. 16.05.2006 - **L 5 KR 72/05** - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-112**

Kostenerstattung, Krankenhaus, Systemstörung

SGB V §§ 13 III, 39 I 2, 108

Vom Grundsatz des § 39 I 2 SGB V, dass Anspruch nur auf Behandlungen in einem zugelassenen Krankenhaus besteht, werden u. a. für **Systemstörungen** Ausnahmen gemacht. Steht für die Behandlung der Versicherten nach wie vor eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung, liegt eine Systemstörung nicht vor.

**SG Würzburg**, Urt. v. 20.01.2005 - S 9 KR 303/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

##### B) KEINE KOSTENERSTATTUNG AUFGRUND SOZIALRECHTLICHEN HERSTELLUNGSANSPRUCHS

**LSG Nordrhein-Westf.**, Urt. v. 22.02.2006 - **L 11 KR 11/05** - (rechtskr.) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-113**

Kostenerstattung, Krankenhaus, sozialrechtlicher Herstellungsanspruch

SGB V §§ 13 III, 39 I 2, 108

Eine Kostenerstattung für die Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus ergibt sich nicht aus einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch. Der Gesetzgeber hat in § 13 III 1 SGB V abschließend die Folgen einer Pflichtverletzung der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben geregelt. Daneben ist wegen eines behaupteten Beratungsfehlers ein Herstellungsanspruch nicht anwendbar (so auch BSG SozR 3-2600 § 58 Nr. 2 Satz 4; SozR 3-2500 § 13 Nr. 11 S. 51; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.01.2005 - L 5 KR 227/03 - RID 05-02-76).

**SG Köln**, Urt. v. 27.09.2004 - S 19 KR 287/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 2. KRANKHEITSBEGRIFF

##### A) MAMMAREDUKTIONSPLASTIK (BRUSTVERKLEINERUNGSOPERATION)

Vgl. zuletzt RID 06-02-107 (S. 43); RID 05-02-B III 3a (S. 47); RID 05-01-B III 3 (S. 60 f.) und RID 04-04-B III 1 (S. 47 f.); zur **BSG**-Rspr. s. RID 06-01 B III (einleitend).

Krankheit, Krankheitsbegriff, Brustkorrektur, Bauchdeckenplastik, Brustverkleinerung

SGB V § 27 I

##### AA) ABLEHNENDE ENTSCHEIDUNGEN

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 26.04.2006 - **L 11 KR 24/05** - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-114**

Die **Makromastie** ist i.S.d. § 27 SGB V **keine Krankheit**. Die Brustgröße allein bedingt keine Funktionseinschränkung.

Der Senat kann offen lassen, ob generell diese Art von Operation ungeeignet ist, zu einer Besserung von Wirbelsäulenbeschwerden beizutragen, weil es keine wissenschaftlichen Erkenntnisse zu einem ursächlichen Zusammenhang zwischen orthopädischen Gesundheitsstörungen und der Brustgröße gibt (so LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18.10.2002 - L 4 KR 4692/01; LSG Rheinland-Pfalz vom 05.06.2003 - L 5 KR 93/02). Eine solche "mittelbare Behandlung" bedarf jedoch einer besonderen Rechtfertigung, bei der eine Abwägung zwischen dem voraussichtlichen medizinischen Nutzen und möglichem gesundheitlichen Schaden erfolgen muss. Wird dabei in ein **funktionell intaktes Organ eingegriffen**, sind besonders strenge Anforderungen zu stellen, wobei Art und Schwere der Erkrankung, das Risiko und der evtl. Nutzen der Therapie gegeneinander abzuwägen sind (BSG SozR 4-2500, § 137 c Nr. 1).

**SG Münster**, Urt. v. 18.05.2005 - S 9 KR 6/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**SG Dresden, Urt. v. 30.01.2006 – S 14 KR 160/04** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-115**

Unter Berücksichtigung der "außerordentlichen Vielfalt in Form und Größe der weiblichen Brust" scheidet die Annahme einer entstellenden anatomischen Abweichung bei der Beurteilung der weiblichen Brust zur Begründung einer insoweit bestehenden Krankheit grundsätzlich aus (vgl. hierzu z.B. BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 9/04 R – juris)

Das **SG** wies die Klage ab.

#### **BB) EINZELFALLENTSCHEIDUNG: FUNKTIONSBEEINTRÄCHTIGUNG NICHT ANDERS BEHANDELBAR**

**LSG Hamburg, Urt. v. 10.05.2006 – L 1 KR 47/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-116**

Bei einer Mammahypertrophie III. Grades mit einem Brustvolumen von 1100 ccm bzw. 1150 ccm liegt eine Krankheit vor. Lassen sich die festgestellten und bisher nicht erfolgreich behandelten Funktionsbeeinträchtigungen in Gestalt von Schmerzen im Bereich der Brust- und Halswirbelsäule nicht mehr anders als durch eine Operative Brustverkleinerung bessern, so hat die Krankenkasse hierfür aufzukommen.

**SG Hamburg, Urt. v. 01.07.2003 – S 32 KR 754/03** – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

#### **B) KOSTENÜBERNAHME FÜR BRUSTIMPLANTATE**

**SG Koblenz, Urt. v. 18.05.2006 – S 11 KR 467/05** – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>

**RID 06-03-117**

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

Von einer Krankheit ist auszugehen, wenn im Jahre 1976 implantierte Prothesen (Brustimplantate) aufgrund einer Kapselfibrose zunehmend Schmerzen verursachen und daher entfernt werden müssen. Über die **Entfernung der Brustimplantate** hinaus besteht jedoch kein Anspruch auf Versorgung mit **neuen Brustimplantaten**, weil es sich dabei nicht um eine behandlungsbedürftige Krankheit handelt. Eine mögliche psychische Belastung der Klägerin nach Entfernung der Brustimplantate rechtfertigt ebenfalls keine Neuversorgung mit Brustimplantaten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Verpflichtung zur Kostenübernahme für neue Brustimplantate ergibt sich auch nicht daraus, dass zu Lasten der Beklagten im Jahre 1976 eine Mammaaugmentation einschließlich Versorgung mit Brustimplantaten durchgeführt worden. Mit der seinerzeitigen Übernahme der Kosten ist keine Bewilligungsentscheidung der Beklagten für alle Folgemaßnahmen im Zusammenhang mit der seinerzeitigen Mammaaugmentation erfolgt.

Das **SG** wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt **LSG Hessen, Urt. v. 06.04.2006 – L 1 KR 152/05 – RID 06-02-108 (S. 43).**

#### **C) LIPOMATOSE (FETTGEWEBEHYPERPLASIE)**

**LSG Sachsen, Urt. v. 22.03.2006 – L 1 KR 15/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-118**

Krankheit, Krankheitsbegriff, Reithoseneffekt, Lipomatose, Fettgewebhyperplasie  
SGB V § 27 I

Bei einer Lipomatose, d.h. eine Fettgewebhyperplasie, besteht kein Anspruch auf eine plastisch-chirurgische Behandlung. Nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit kommt Krankheitswert im Rechtssinne zu.

**SG Dresden, Urt. v. 17.12.2004 – S 18 KR 318/01** – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### **3. MAGENBANDOPERATION (SOG. GASTRIC-BANDING) UND ANORDNUNGSGRUND**

**LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 11.07.2006 – L 16 B 43/06 KR ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-119**

Magenband, Magenbandoperation, Gastric-Banding, Adipositas, Übergewicht  
SGB V §§ 13 III, 33; SGG § 86b II

Ist der Ausgang des Klageverfahrens hinsichtlich der Kostenübernahme für eine Magenbandoperation als offen mit einer gewissen Tendenz zu Gunsten der Versicherten zu beurteilen und bedarf es einer Beweiserhebung, so muss ein Anordnungsgrund gegeben sein.

**SG Köln, Beschl. v. 19.05.2006 – S 5 KR 118/06 ER** – wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Hamburg, Urt. v. 20.10.2004 – L 1 KR 5/02 – RID 05-01-132; RID 04-04-B III 4 (S. 49).**

#### 4. OBERLID-KORREKTUR-OPERATION

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.04.2006 – L 11 KR 22/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-120

Krankheit, Krankheitsbegriff, Lid-Korrektur, Oberlid-Korrektur  
SGB V § 27 I

Eine operative Lid-Korrektur ist medizinisch nicht notwendig, wenn die hängenden Oberlider mit Xanthelasma-Bildung auf die Sehfähigkeit der Versicherten keine Auswirkungen haben.

*SG Aachen, Urt. v. 25.04.2005 – S 6 KR 40/04* – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### IV. Arzneimittel

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

#### 1. OFF-LABEL-USE

Zu *BVerfG*, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 – [www.bverfg.de](http://www.bverfg.de) (NJW 2006, 891 = NZS 2006, 84 = GesR 2006, 72) (Umfang des Behandlungsanspruchs bei regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen) s. o. unter B I 1; nach *BSG*, Urt. v. 04.04.2006 – *B 1 KR 12/04 R* – (*D-Ribose*) muss der Leistungskatalog der GKV die begehrte Leistung vorsehen; *BVerfG* vom 06.12.2006 ist nicht einschlägig in Fällen, in denen die Erkrankung den Versicherten zwar erheblich beeinträchtigt, die Erkrankung aber weder lebensbedrohlich ist noch regelmäßig tödlich verläuft und eine solche Erkrankung angesichts ihrer Schwere und des Ausmaßes der aus ihr folgenden Beeinträchtigungen dem wertungsmäßig nicht gleichzustellen ist; nach *BSG*, Urt. v. 04.04.2006 – *B 1 KR 7/05 R* – (*Tomudex®*) verbleibt es im Grundsatz bei der bisherigen Rechtsprechung, wonach auf Kosten der Krankenkassen im Regelfall keine Fertigarzneimittel gewährt, wenn diese nicht in Deutschland oder EU-weit zugelassen sind; die von *BVerfG* v. 06.12.2005 entwickelten Grundsätze sind aber sinngemäß auch auf den Bereich der Arzneimittelversorgung zu übertragen, soweit ausfüllungsbedürftige Versorgungslücken bestehen (**lebensbedrohliche Erkrankung, keine allgemein anerkannte Behandlung verfügbar**, eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf eine zumindest **positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf**); bei Behandlung mit einem nicht in Deutschland zugelassenen Arzneimittel muss jedoch vor der Behandlung eine **Nutzen-/Risiko-Analyse** stattfinden, und zwar allgemein und speziell bezogen auf den konkreten Versicherten; die - in erster Linie fachärztliche - Behandlung muss den **Regeln der ärztlichen Kunst entsprechend** durchgeführt und ausreichend **dokumentiert** werden; angesichts zu befürchtender Gefahren und Nebenwirkungen ist eine **ausdrückliche Zustimmung des Versicherten** zur beabsichtigten Behandlung/Arzneimittelverabreichung nach entsprechender vorheriger ärztlicher Aufklärung erforderlich.

#### A) ILOMEDIN (VENTAVIS) ZUR INHALATIONSBEHANDLUNG BEI SEKUNDÄRER PULMONALER HYPERTONIE

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.07.2005 – L 5 KR 179/04* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-121

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 1/06 R*

Off-Label-Use, Ilomedin, Hypertonie, Ventavis

SGB V §§ 2 I 3, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; EWGV Nr. 2309/93

Für die Behandlung mit **Ilomedin** lagen im **Zeitraum 17.11.2001 - 19.03.2002** keine ausreichenden medizinischen Forschungsergebnisse vor, welche die begründete Aussicht eines Behandlungserfolges bei einer **sekundären Hypertonie** belegen konnten. Es genügt nicht, dass die begründete Aussicht eines Behandlungserfolges erst unter Zuhilfenahme späterer Studien bejaht werden kann. Im Rahmen der Beweiswürdigung kann als wesentlicher Gesichtspunkt der Umstand mitberücksichtigt werden, dass die EMEA trotz eines umfassenden Zulassungsantrags lediglich für begrenzte Indikationen (hier: Fälle der primären pulmonalen Hypertonien des Stadiums III) die Zulassung erteilt hat.

Die **Leitlinien nach BSG**, Urt. v. 19.10.2004 – *B 1 KR 27/02 R* – BSGE 93, 236 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 1 gelten nur, wenn es nicht nur um eine **seltene Erkrankung** geht, sondern diese so extrem selten ist, dass sie nicht systematisch erforscht werden kann. Diese Voraussetzung ist für die primäre pulmonale Hypertonie mit 100-200 Neuerkrankungen pro Jahr und etwa ebenso vielen Patienten mit vergleichbar schwerer pulmonaler Hypertonie sekundärer Form nicht erfüllt.

Die Kl. sind die Erben der 2003 verstorbenen Versicherten. Diese litt an einer sekundären pulmonalen Hypertonie (NYHA IV) als Folge eines CREST-Syndroms und an einer schweren respiratorischen Partialinsuffizienz. Ein CREST-Syndrom ist eine relativ gutartige Form der Sklerodermie; diese ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung des Gefäß- und Bindegewebssystems von Haut und inneren Organen. Ab November 2001 wurde bei ihr eine Inhalationstherapie mit dem Fertigarzneimittel Ilomedin in Verbindung mit oralem Sildenafil einleitet. Zu Behandlungsbeginn war das Fertigarzneimittel Ilomedin mit dem Wirkstoff Iloprost der Firma S AG in Deutschland arzneimittelrechtlich für die Behandlung von Thrombangitis obliterans (Buerger-Krankheit) zugelassen. Die CPMP (Fachkommission der EMEA) empfahl am 22.5.2003 der Europäischen Kommission die Zulassung des Präparats Ventavis (jetziger Handelsname von Ilomedin) nur bezogen auf die Behandlung der "primären pulmonalen Hypertonie vergesellschaftet mit den funktionellen



Einschränkungen des NYHA Stadium III". Eine entsprechende arzneimittelrechtliche Zulassung wurde am 16.9.2003 von der Kommission der Europäischen Gemeinschaft erteilt. Ab Mai 2002 wurde das Arzneimittel Tracleer (Wirkstoff Bosentan) zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie des Schweregrades III von der EMEA zugelassen. Die entstehenden Kosten für das Arzneimittel Ilomedin in Höhe von 13.169,08 € (Zeitraum zwischen dem 17.11.2001 und dem 19.3.2002) trug die Versicherte nach Ablehnung durch die Bekl. selbst. **SG Koblenz**, Urt. v. 16.09.2004 – S 5 KR 242/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur **Behandlung der PPH mit Ilomedin** vgl. zuletzt RID 03-01-B VI 1a (S. 53) m.w.N.; zu einem **Arzneikostenregress** s. **SG Berlin**, Urt. v. 06.07.2005 – S 71 KA 66/02 – RID 05-04-23 (juris).

## B) HERCEPTIN

**SG Chemnitz, Beschl. v. 16.05.2006 – S 13 KR 79/06 ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-122

Herceptin, Mammakarzinom, Krebserkrankung

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

Aufgrund verschiedener **Studien** besteht die begründete Aussicht, dass mit Trastuzumab (Herceptin) bei adjuvanter Anwendung voraussichtlich ein **kurativer Behandlungserfolg** erzielt werden kann. Die Krankenkasse hat die Kosten für das Arzneimittel zu übernehmen.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. die begonnene Behandlung mit dem Arzneimittel Herceptin einstweilen weiter zu gewähren.

Zur Instanzenrechtsprechung vgl. RID 06-02-B V 1 b (S. 45); RID 06-01-B V 2 f (S. 45 ff.)

## C) RITALIN (METHYLPHENIDAT): ADHS IM ERWACHSENENALTER

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.07.2005 – L 5 KR 56/05** – (rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-123

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

Die Zulassung von Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln zur Behandlung der ADHS bei Kindern und Jugendlichen umfasst nicht auch die **Behandlung von Erwachsenen**. Nach dem Arzneimittelgesetz wäre hierfür eine Zulassungserweiterung erforderlich. Für den Off-Label-Use fehlt es derzeit an hinreichenden Forschungsergebnissen für eine relevante Wirksamkeit des Wirkstoffes Methylphenidat bei vertretbaren Risiken zur Behandlung der ADHS bei Erwachsenen.

**SG Speyer**, Urt. v. 21.02.2005 – S 7 KR 56/04 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zu Methylphenidat bei ADHS im Erwachsenenalter s. zuletzt RID 06-01-B V 2 d (S. 44 f.); **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.

## D) WACHSTUMSHORMON HUMATROPE

**SG Hamburg, Beschl. v. 31.03.2006 – S 28 KR 137/06 ER** – (rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-124

Wachstumshormon, Humatrope, Kind, Kleinwuchs

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

Nach summarischer Prüfung ist nicht davon auszugehen, dass das Medikament Humatrope zur Behandlung des idiopathischen Kleinwuchses zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig ist.

Es ist zweifelhaft, ob es sich bei dieser Erkrankung des um eine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung im Sinne der Rechtsprechung des BSG zum Off-Label-Use handelt. Es ist nicht auszuschließen, dass das Wachstum im Alter von zwölf Jahren noch nicht abgeschlossen ist.

Der am 1994 geb. Ast., Kind eines 171,9 cm großen Vaters und einer 164,3 cm großen Mutter, leidet an einem sog. idiopathischen (ohne erkennbare Ursache entstandenen) Kleinwuchs (ISS= idiopathic short stature). Seine Körpergröße betrug im Oktober 2003 123 cm, im November 2004 126,9 cm im April 2005 128,4 cm und zuletzt am 23.3.2006 nach der Bescheinigung von Prof. Dr. W. 131,4 cm und liegt damit sieben Zentimeter unter der dritten Perzentile bzw. 20 Zentimeter unter der mittleren Normgröße der Wachstumskurve nach Reinken und Oost, 1992. Ausweislich der vorliegenden ärztlichen Bescheinigungen beträgt seine Zielgröße 174,6 cm plus/minus 7 cm. Die Übernahme der Kosten für eine Wachstumshormontherapie mit dem Medikament Humatrope (Kosten für die Behandlung von ca. 60 Euro pro Tag), welches für die Behandlung der ISS nicht zugelassen ist, lehnte die Ag. ab. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

## 2. FEHLENDE ZULASSUNG

### A) VERFASSUNGSKONFORME AUSLEGUNG: MNESIS (WIRKSTOFF IDEBENONE).

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.03.2006 – L 24 KR 39/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-125

*Revision anhängig: B 1 KR 12/06 R*

Mnesis, Idebenone, Arzneimittelzulassungspflicht, Zulassung, Kardiomyopathie, Friedreich'schen Ataxie  
SGB V §§ 13 III, 27, 31 AMG §§ 2, 4, 21

Das Präparat "**Mnesis**" (Wirkstoff Idebenone) ist ein der **Arzneimittelzulassungspflicht** unterliegendes Fertigarzneimittel. Eine Zulassung ist weder durch die zuständige Bundesoberbehörde, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (§ 77 Abs. 1 AMG) national oder die zuständigen Stellen der europäischen Institutionen für den Bereich der Europäischen Union erteilt worden. Die Entscheidung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, das Arzneimittel "Idebenone" für das seltene Anwendungsgebiet Therapie der Friedreich'schen Ataxie als Arzneimittel für seltene Leiden auszuweisen, bedeutet noch keine Verkehrsfähigkeit.

Wenn ein bestimmtes Arzneimittel nach den Regelungen des Arzneimittelrechts einer Zulassung bedarf und diese **Zulassung nicht** besteht, mangelt es grundsätzlich an der krankenversicherungsrechtlichen Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Bei der **Kardiomyopathie** im Rahmen einer **Friedreich'schen Ataxie** handelt es sich um eine **Seltenheitserkrankung**, die aber systematisch **erforschbar** ist. Zur Behandlung kommt das Arzneimittel "Mnesis" jedoch schon deswegen nicht in Betracht, weil bisher **keinerlei Studien** belegt haben, dass damit eine Verbesserung der neurologischen Funktion einhergeht.

Ein Versorgungsanspruch folgt aber nach § 31 I 1 SGB V, denn diese Vorschrift bedarf einer am Maßstab des Art. 2 II 1 GG in Verbindung mit dem grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzip orientierten **verfassungskonformen Auslegung** (vgl. *BVerfG* v. 06.12.2005 1 BvR 347/98 -).

Eine **ärztliche Verordnung** ist auch im Rahmen des § 13 III SGB V erforderlich, wobei diese allerdings auf Privatrezept erfolgen darf. Es gibt auch im Falle eines Systemversagens keinen sachlichen Grund, die Behandlung des Versicherten mit Arzneimitteln von der ärztlichen Verantwortung freizustellen, also eine Selbstmedikation zu erlauben, und somit den Grundsatz des Arztvorbehaltes zu durchbrechen (so BSG, Urt. v. 19.11.1996 - RK 15/96 -; BSG, Urt. v. 13.07.2004 - B 1 KR 33/02 R - SozR 4 2500 § 13 Nr. 3; BSG, Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 11/03 R -).

Die 1981 geb. Kl. leidet an Friedreich'scher Ataxie und im Rahmen dieser Erkrankung u. a. an Kardiomyopathie. Sie beantragte die Übernahme der Kosten für das Medikament "Mnesis" und trug vor, sie habe im November 2000 nach Rücksprache mit ihrem behandelnden Arzt Dr. G und unter Verlaufskontrolle durch Dr. K selbständig eine Therapie mit diesem Medikament begonnen, welches in verschiedenen Ländern bei der Behandlung der Kardiomyopathie bei Friedreich'scher Ataxie angewandt werde. Die Therapie habe einen objektiv nachweisbaren positiven Effekt bewirkt. Ein Absetzen des Medikaments würde zu einer Verschlechterung führen. Die Bkl. lehnte die Versorgung ab, da das Arzneimittel in Deutschland nicht zugelassen sei. In den Ländern Italien und Portugal bestehe eine Zulassung lediglich für die Indikation zerebrale und vaskuläre Degeneration. Ein Wirksamkeitsnachweis liege nicht vor. *SG Potsdam*, Urt. v. 08.03.2005 – S 7 KR 24/03 – wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bkl., die zukünftig entstehenden Kosten für das Arzneimittel "Mnesis" (Wirkstoff Idebenone) zu übernehmen.

### B) KEIN ANSPRUCH BEI FEHLENDER ZULASSUNG: DRONABINOL (MARINOL)

*SG Landshut, Urt. v. 29.03.2006 – S 10 KR 241/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-126

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

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

Ein an multipler Sklerose leidende Versicherte hat keinen Anspruch auf Versorgung mit dem synthetischen Cannabis-Präparat Dronabinol, da dieses in Deutschland nicht zugelassen ist.

Das *SG* wies die Klage ab.

Vgl. *LSG Sachsen*, Beschl. v. 22.08.2005 – L 1 B 102/05 KR-ER – RID 05-04-89; *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 25.04.2003 – L 4 KR 3828/01 – (Dronabinol-Tropfen <Cannaboid> bei multipler Sklerose) RID 04-02-185, bestätigt durch *BSG*, Urt. v. 06.01.2005 – B 1 KR 51/03 B – juris; *andere SG Augsburg*, Urt. v. 07.04.2006 – S 10 KR 459/04 – RID 06-02-121, das in einer absoluten Ausnahmesituation einen Anspruch auf das Rezeptur-Arzneimittel Dronabinol bejahte.

### 3. ARZNEIMITTELRECHTLICHE ZULASSUNG UNTER AUFLAGEN („224-SPONDYL AT“)

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 30.03.2006 – L 1 KR 12/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-127

#### *Revision zugelassen*

224-Spondyl AT, Radiumchlorid-Therapie, Nuklearmedizin, arzneimittelrechtliche Zulassung, Arzneimittelversorgung, Arzneimittelverordnung, Bundesausschuss

SGB V §§ 2 I, 11 I 1 Nr. 4, 12 I, 27 I u. II Nr. 3, 31 I, 34 I, 92 I Nr. 5, 135 I; AMG § 47

Bei einer Therapie, die sich in der Anwendung eines für die betreffende Indikation zugelassenen neuartigen Arzneimittels erschöpft, handelt es sich **nicht um "neue Methoden"** i.S.v. § 135 I 1 SGB V. Es ist nicht Aufgabe des Bundesausschusses, zulassungspflichtige Arzneimittel für den Einsatz in der vertragsärztlichen Versorgung einer nochmaligen, gesonderten Begutachtung zu unterziehen und die arzneimittelrechtliche Zulassung durch eine für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Empfehlung zu ergänzen bzw. zu ersetzen (BSG, Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R - SozR 3-2500 § 31 Nr. 8; Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 - SozR 4-2500 § 27 Nr. 1).

Die mit der Zulassungsentscheidung verbundenen Auflagen führen nicht dazu, eine **Leistungspflicht** der Krankenkassen für die Versorgung mit dem Arzneimittel **SpondylAT** zu verneinen. Die Gefahr einer krankenversicherungsrechtlichen Umgehung von arzneimittelrechtlichen Zulassungserfordernissen ist bei der vorliegenden Erteilung der Zulassung unter Auflagen nicht gegeben.

Bei dem 1955 geb. Kl. besteht seit 1974 eine **ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)** mit progredientem Verlauf (Stadium III mit weitgehender Versteifung von 2 Wirbelsäulenabschnitten mit wiederholten entzündlichen Schüben und mit unspezifischen starken Schmerzbildern). Der Kl. informierte sich über eine ambulante **Therapie mit Radiumchlorid-224**. Hierbei handelt es sich um einen radioaktiven Stoff, der intravenös verabreicht wird, sich in Skelettabschnitten mit gesteigerter Knochenbildung vermehrt anreichert und dem eine antiphlogistische und analgetische Wirksamkeit in den Entzündungsgebieten der ankylosierenden Spondylitis zukommt. Die Entscheidung für einen Einsatz dieses Stoffes wird von einem Rheumatologen getroffen und die Verabreichung erfolgt durch einen Arzt für Nuklearmedizin durch insgesamt 10 wöchentliche Injektionen. Eine Therapiewiederholung wird nicht vor Ablauf von 10 Jahren nach Ersttherapie empfohlen. Der Wirkstoff wird als **Fertigarzneimittel** unter dem **Namen SpondylAT** vertrieben. Von der Bundesanstalt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde am 23.10.2000 die **Zulassung** zur Behandlung starker Schmerzen bei Patienten mit Spondylitis ankylosans und nachgewiesenen Ossifikationsprozessen am Achsenskelett (Stadium II und III nach der klinisch-röntgenologischen Klassifizierung), bei denen eine konsequente und adäquate Schmerztherapie erfolglos war oder die Gabe von Analgetika und Antiphlogistika kontraindiziert ist, erteilt. Die **Zulassung enthielt Auflagen**. Hiernach sind erstens Ergebnisse klinischer Prüfungen nach § 22 II Nr. 3 AMG (Klinische Studie Phase 3 zur Wirksamkeit und Unbedenklichkeit) innerhalb von 5 Jahren nach Erteilung der Zulassung vorzulegen. Außerdem sind zweitens bei allen nach Erteilung der Zulassung behandelten Patienten Anwendungsbeobachtungen über 10 Jahre durchzuführen, deren Ergebnisse systematisch gesammelt, dokumentiert, ausgewertet und dem BfArM alle 2 Jahre vorzulegen sind. Eine Kostenübernahme lehnte die bekl. Krankenkasse ab. **SG Trier**, Urt. v. 30.11.2004 – S 4 KR 41/03 – gab der Klage statt; das **LSG** wies die Berufung zurück.

Vgl. bereits **LSG Niedersachsen**, Urt. v. 05.05.2004 – L 4 KR 127/02 - RID 04-03-114 m.w.N.

### 4. FEHLENDE APOTHEKENPFLICHT ("UROPOL S")

*SG Gelsenkirchen, Urt. v. 04.07.2006 – S 28 KR 5/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-128

Uropol S, Medizinprodukt, Arzneimittel, Apothekenpflicht

SGB V §§ 31 I 3; MPG §§ 3 Nr. 1 u. 2

Chondroitinsulfat (Uropol S) wird nicht namentlich in einer zur Apothekenpflicht führenden Rechtsverordnungen genannt, weshalb kein Anspruch hierauf besteht.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 5. AUSSCHLUSS DURCH ARZNEIMITTEL-RL: EREKTILE DYSFUNKTION

#### A) POTENZMITTEL "CAVERJEKT IMPULS"

*LSG Hamburg, Urt. v. 22.02.2006 – L 1 KR 48/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-129

Caverjekt Impuls, Caverject, erektile Dysfunktion

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 8

Das Medikament "Caverjekt Impuls" in der vertragsärztlichen Versorgung darf nicht verordnet werden. Es wird von den **ausgeschlossen**. Es ist nicht zu erkennen, dass der Gesetzgeber mit dem

ausdrücklichen Ausschluss der Arzneimittel, die überwiegend der Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen, seine Regelungskompetenz überschritten hat.

**SG Hamburg**, Urt. v. 29.06.2005 – S 21 KR 816/04 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.  
Vgl. bereits **LSG Hessen**, Beschl. v. 01.09.2005 – L 8 KR 80/05 ER – RID 05-04-93 m.w.N.

## B) CIALIS

**LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 17.03.2006 – L 24 B 67/06 KR ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-130**

Cialis, erektile Dysfunktion, Verwaltungsakt  
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 8

Ein Anspruch auf Versorgung Cialis besteht nicht.

Bei einer im Jahr 2003 erfolgten Mitteilung der Krankenkasse an den behandelnden Arzt und die Apotheke, dass sie dem Versicherten die Kosten für das Medikament für 8 Tabletten monatlich erstatten könne, handelt es sich nicht um einen Verwaltungsakt gegenüber dem Versicherten.

**SG Berlin**, Beschl. v. 23.12.2005 – S 72 KR 2520/05 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt **SG Dortmund**, Urt. v. 03.03.2005 – S 40 KR 402/04 – RID 05-02-116 m.w.N.

## 6. LORENZO'S ÖL: PLANWIDRIGE REGELUNGSLÜCKE FÜR LEBENSMITTEL

**SG Detmold, Urt. v. 29.03.2006 – S 14 KR 45/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-131**

Arzneimittel, Lebensmittel, Lorenzo's Öl, Nahrungsergänzungsmittel  
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I 2; AMR Nr. 17.1; AMG §§ 2, 21; LMBG § 1; GG Art. 2 I

Die in Lorenzo's Öl enthaltenen ungesättigten Fettsäuren sind arzneimittelrechtlich als **Lebensmittel** zu qualifizieren. Sie sind von den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Es gebietet sich jedoch eine **entsprechende Anwendung** des § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V, da eine planwidrige Regelungslücke vorliegt, die durch entsprechende Anwendung in verfassungskonformer Auslegung aufzufüllen ist (s. BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 -).

Bei der X-chromosomalen Adrenoleukodystrophie (X-ALD) handelt es sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung, hinsichtlich derer eine Behandlungsalternative nicht zur Verfügung steht. Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Lorenzo's Öl.

Das **SG** gab der Klage statt.

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

## 7. NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL COENZYM Q 10 (HANDELSNAME: SANOMIT)

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 05.04.2006 – L 5 KR 5106/05** –

**RID 06-03-132**

Sanomit, Coenzym Q 10, Nahrungsergänzungsmittel, Arzneimittel  
SGB V § 27 I, 31 I; AMG § 2 I

Bei der Substanz Coenzym Q 10 handelt es sich um ein Nahrungsergänzungsmittel, das nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen fällt.

**SG Konstanz**, Urt. v. 31.08.2005 – S 2 KR 1600/04 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## V. Hilfsmittel

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

### 1. ROLLSTUHL MIT INTEGRIERTER STEHVORRICHTUNG DER MARKE LIFE STAND LS

**SG Aurich, Urt. v. 14.02.2006 – S 8 KR 111/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-133**

Rollstuhl, Stehvorrichtung, Stehtrainer, Stehtraining  
SGB V §§ 2a, 33 I; SGB IX §§ 4, 5 Nr. 1, 6 I Nr. 1, 26 II Nr. 6, 9, 31

Auf Versorgung mit einem Rollstuhl mit integrierter Stehvorrichtung der Marke LifeStand LS besteht dann ein Anspruch, wenn der Versicherte bei der Benutzung eines alternativ angebotenen Stehtrainers auf Hilfspersonen angewiesen ist, da der Gurt unterhalb des Beckens platziert werden muss. Der LifeStand ermöglicht demgegenüber ein größeres Maß an Unabhängigkeit von Hilfspersonen, da mit diesem Hilfsmittel das **Stehtraining selbständig und selbstbestimmt** durchführen kann. Auch können mit dessen Hilfe **Hochschränke** erreicht werden..

Das **SG** gab der Klage statt.

## 2. ELEKTOROLLSTUHL: FAHREIGNUNG DES VERSICHERTEN

**SG Dresden, Gerichtsbb. v. 16.03.2006 – S 18 KR 1278/04** –(rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-134**

Greifreifenrollstuhl, Elektrorollstuhl, Fahreignung

SGB V §§ 33 I; StVO § 24 I

Das Grundbedürfnis des "Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums" ist nur im Sinne eines Basisausgleichs der Behinderung selbst und nicht im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den Möglichkeiten des Gesunden zu verstehen (vgl. BSG v. 08.06.1994 - 3/1 RK 13/93 -; v. 16.09.1999 - B 3 KR 8/98 R -). Reicht für diese Zwecke ein vorhandener **Greifreifenrollstuhl** aus, so besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einem **Elektrorollstuhl**.

Fehlt es an der **Fahreignung** des Versicherten, so besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einem Elektrorollstuhl.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 3. SPORTROLLSTUHL

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.06.2006 – L 5 KR 16/06** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-135**

Sportrollstuhl, Behinderungsausgleich, Grundbedürfnis, Integration

SGB V §§ 33 I

Der Sportrollstuhl ist nicht erforderlich, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern. Er ist auch nicht zum Ausgleich einer drohenden Behinderung erforderlich.

**SG Detmold**, Gerichtsbb. v. 02.01.2006 – S 14 KR 89/05 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 4. RÜCKHALTESYSTEM FÜR ROLLSTUHL ZUR KFZ-BEFÖRDERUNG (KRAFTKNOTENSYSTEM)

Rollstuhl, Kraftknoten, Rückhaltesystem, Behindertentransportkraftwagen

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

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 29.03.2006 – L 5 KR 16/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-136**

Ein **Kraftknotensystem** ist nicht notwendiges **Zubehör** des Rollstuhls zur Kompensation des Grundbedürfnisses (so auch LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.08.2005 – L 1 KR 42/04 – RID 05-04-106). Dieses System ermöglicht es nur, den Rollstuhl auch in Bezug auf die Fortbewegung mit einem (bestimmten) Kraftfahrzeug zu nutzen. Diese Fortbewegungsart gehört jedoch grundsätzlich nicht zu den **Grundbedürfnissen** bezogen auf die Mobilität.

**SG Schleswig**, Urt. v. 15.11.2004 – S 8 KR 119/03 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

**LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 20.04.2006 – L 5 KR 512/06 ER-B** –

**RID 06-03-137**

Ein Rollstuhlfahrer hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel (hier: Ausstattung mit einem Rollstuhlrückhaltesystem - sog Kraftknoten), das dazu dienen soll, seinen Bewegungsradius über den eines Fußgängers hinaus zu erweitern.

**SG Freiburg**, Beschl. v. 20.12.2005 – S 11 KR 5155/05 ER – wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## 5. THERAPIE-TANDEM

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 09.05.2006 – L 11 KR 5004/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-138**

Therapie-Tandem, Grundbedürfnis, körperlicher Freiraum

SGB V § 33

Kann sich eine 1992 geb. und seit ihrer Geburt an einem Down-Syndrom leidende Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung Pflegestufe II bezieht, im Nahbereich, auf den es bei dem **Grundbedürfnis des Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums** ankommt, ausreichend und unbehindert bewegen, so besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einem Therapie-Tandem

**SG Heilbronn**, Urt. v. 07.11.2005 – S 8 KR 2434/04 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 6. WETTER- UND KÄLTESCHUTZ FÜR REHA-KINDERWAGEN

**SG Dresden, Gerichtsbb. v. 23.06.2005 – S 18 KR 537/02** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
Zubehörteil, Wetterschutz, Kälteschutz, Reha-Kinderwagen  
SGB V § 33 I

**RID 06-03-139**

Ein Wetterschutz und ein wattierter Kälteschutz für einen Reha-Kinderwagen sind **keine allgemeinen Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens**.

Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, die Kl. gegen eine Eigenbeteiligung in Höhe von 50,00 EUR mit einem Wetterschutz und einem wattierten Kälteschutz für den Reha-Kinderwagen zu versorgen.

## 7. HÖHENVERSTELLBARES PFLEGE BETT

**SG Landshut, Urt. v. 20.03.2006 – S 10 KR 272/04** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
Pflegebett, Pflege, Behinderungsausgleich, Grundbedürfnis  
SGB V § 33 I; SGB IX §§ 43a, 71 IV

**RID 06-03-140**

Besteht der Verwendungszweck eines Gegenstandes ganz überwiegend darin, die Durchführung der **Pflege** zu ermöglichen oder zu erleichtern, so begründet allein die Tatsache, dass er **auch zum Behinderungsausgleich** eingesetzt wird, noch nicht die Leistungspflicht der Krankenkasse (BSG, Urt. v. 24.09.2002 - B 3 KR 15/02 R -; BSG, Urt. v. 22.07.2004 - B 3 KR 5/03 R -).

Ein in einem **Wohnheim** lebender Versicherter hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einem höhenverstellbaren Pflegebett, wenn dieses in erster Linie zur **Erleichterung der Pflege** dient.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 8. SCHWERHÖRIGENTELEFON

**SG Dresden, Gerichtsbb. v. 01.08.2006 – S 25 KR 157/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
**Berufung zugelassen**

**RID 06-03-141**

Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, Schwerhörigentelefon, Verstärkertelefon  
SGB V §§ 13 III, 12 I, 33 I

Ein Telefon "KINDfreeTel schnurloses DECT Telefon", welches über eine besondere Abschirmung verfügt, wodurch ein Brummen oder Rauschen beim Hören mit einem analogen Hörgerät vermieden wird, ist **kein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**, weil es lediglich für Hörgeschädigte hergestellt wird.

Telefonieren ist ein **Grundbedürfnis**, welches von der Krankenkasse ermöglicht werden muss (Anschluss an **SG Dresden**, Urt. v. 28.07.2005 – S 18 KR 398/02 – RID 05-04-114).

Der 1935 geb. Kl. leidet unter an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit. Er ist mit einem analogen Taschenshörergerät versorgt. Die Versorgung mit einem Telefon "KINDfreeTel" lehnte die Krankenkasse ab. Das **SG** gab der Klage statt.

## 9. VISUELLES RESTITUTIONSTRAINING (VRT)

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 21.02.2006 – L 24 KR 23/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
Visuelles Restitutionstraining, Sache, Hilfsmittel, Heilmittel, ärztliche Behandlung  
SGB V §§ 2, 13 III, 27 I, 33 I

**RID 06-03-142**

Das Visuelle Restitutionstraining stellt ein **Hilfsmittel** nach § 33 I SGB V dar. Es handelt sich insoweit nicht um eine ärztliche Behandlung oder um ein Heilmittel. Soweit Hilfsmittel als (bewegliche) **Sachen** bezeichnet werden, ist dies nicht im Sinne einer Beschränkung auf Sachen im Sinne des § 90 BGB zu verstehen. Die Definition des Hilfsmittels als sachliches Mittel bzw. (bewegliche) Sache dient ausschließlich als Abgrenzung gegenüber dem Begriff des Heilmittels. Hilfsmittel können daher auch solche Mittel sein, die im weitesten Sinne die Funktion einer (anderen) Sache maßgeblich bestimmen (so auch BSG, Urt. v. 28.06.2001 - B 3 KR 3/00 R - zur Software für ein häusliches Hirnleistungstraining).

Ist nicht **bewiesen**, dass mit dem begehrten Hilfsmittel das erstrebte **Ziel** tatsächlich zu **erreichen** ist, so besteht kein Anspruch auf Versorgung.

Der 1955 geb. Kl. wurde zur Exstirpation eines ausgedehnten Hypophysentumors mit konsekutiver Visus- und Gesichtsfeldeinschränkung und zur operativen Behandlung zwecks Verbesserung der Hirndurchblutung wegen einer intrakraniellen Durchblutungsstörung stationär behandelt. Auf dem rechten Auge ist der Kl. fast komplett erblindet. Die Sehfähigkeit des linken Auges ist erheblich gemindert. Außerdem ist das Gesichtsfeld eingeschränkt. Die Kostenübernahme für eine sechsmonatige Therapie eines Visuellen

Restitutionstraining (VRT) inklusive Eingangs- und Abschlussdiagnostik, technischer und psychologischer Unterstützung sowie monatlicher Trainingsevaluation und Programmanpassung (2.215 Euro) sowie Fahrkosten lehnte die Bekl. ab. Der Kl. hatte u. a. vorgetragen, für diese Therapie mit dem Ziel der Restitution des beeinträchtigten Gesichtsfeldes sei eine spezielle computergestützte Therapieform mit individuell angepassten visuellen Trainingsprogrammen entwickelt worden. Die Behandlung setze voraus, dass er sich eine Eingangsdiagnostik unterziehe und sich in die Benutzung des Computerprogrammes einweisen lasse. Dies erfolge im Zentrum für Sehtherapie. Das eigentliche Training (über 150 Behandlungsstunden) führe er dann selbst zu Hause am eigenen Computer durch. Nach Ablauf der sechs Monate erfolge eine erneute Gesichtsfelddiagnostik, um Art und Ausmaß der visuellen Verbesserungen zu dokumentieren. **SG Cottbus**, Urt. v. 03.02.2005 – S 18 KR 13/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung

## 10. VERSORGUNG MIT EINER BRAILLEZEILE BEI AUSSTATTUNG MIT LESE-SPRECHSYSTEM

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 24.11.2005 – L 2 KN 12/05 KR – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-143

Braillezeile, Lese-Sprech-Gerät  
SGB V § 33 I

Die Versorgung mit einer **Braillezeile** ist notwendig, da sie die Folgen einer extremen **Sehschwäche auszugleichen** vermag. Dies ist der Fall, wenn einer Versicherten erst mit der Braillezeile die schlichte Zeitungslektüre sowie die Kenntnisnahme tabellarischer Aufstellungen, so z. B. Telefonbücher, Telefonrechnungen, Arzneibeipackzettel und Formulare, ermöglicht wird und die bereits vorhandene Ausstattung (hier: Lese-Sprechsystem) dies praktisch nicht oder nur mit unzumutbarem Aufwand zu lässt.

**SG Köln**, Urt. v. 30.06.2003 – S 23 KN 14/03 KR – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Anders - Braillezeile ohne Vorteil gegenüber Lese-Sprech-Gerät - **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 03.03.2005 – L 5 KR 117/04 – RID 05-03-109; zu einem Bildschirmlesegerät vgl. **SG Dresden**, Gerichtsbb. v. 23.08.2005 – S 18 KR 848/04 – RID 05-04-107

## 11. FESTBETRAG FÜR BRILLE BEI VERORDNUNG NOCH IM JAHR 2003

**LSG Bayern**, Urt. v. 16.02.2006 – L 4 KR 215/05 NZB – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-144

Sehhilfe, Brille, Festbetrag  
SGB V a. F. § 33; SGB I 53 II Nr.1

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung durch **SG Würzburg**, Urt. v. 25.05.2005 – S 14 KR 137/04 – RID 06-02-133 wird verworfen.

Einem Versicherten fehlt es an der notwendigen Beschwer bzw. der Prozessführungsbefugnis, wenn er einen Anspruch auf Kostenerstattung für ein Hilfsmittel geltend macht, der ihm nach seinen eigenen Angaben nicht mehr zusteht, weil er ihn bereits im Verwaltungsverfahren an den Hilfsmittellieferanten abgetreten hat.

**LSG Bayern**, Urt. v. 30.05.2006 – L 4 KR 109/06 NZB – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-145

Die Rüge des Klägers gegen den Beschl. des Senats v. 16.02.2006 - L 4 KR 215/05 NZB - wird verworfen.

## 12. MOTORBEWEGUNGSSCHIENE CPM

**LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 26.04.2006 – L 4 KR 273/04 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-146

Motorbewegungsschiene, CPM-Bewegungsschiene, Kostenerstattung.  
SGB V §§ 12 I, 13, 27 I, 33 I 1

Ein **Kostenerstattungsanspruch** besteht nicht, wenn der Versicherte **keine Kosten** für die leihweise Überlassung einer CPM-Schiene aufgewendet hat. In der Entgegennahme der Bewegungsschiene durch den Versicherten ist die Annahme eines Vertragsangebotes des Lieferanten durch konkludentes Handeln im Wege der Auslegung nicht zu erblicken. Ein Versicherter kann von dem Lieferanten auch nicht im Wege des Aufwendungsersatzes nach den Vorschriften über die **Geschäftsführung ohne Auftrag** gemäß §§ 683, 677 und 678 BGB herangezogen werden, weil seine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht dessen eigenes Geschäft im Sinne dieser Vorschriften darstellt, sondern das der Krankenkasse. Ein Anspruch aus **ungerechtfertigter Bereicherung** nach § 812 Abs. 1 Satz 1 BGB besteht ebf. nicht.

**SG Oldenburg**, Urt. v. 20.07.2004 – S 62 KR 183/03 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 12.10.2005 – L 4 KR 257/03 – RID 06-01-115 m.w.N.

### 13. OFFENE SANDALEN MIT EINLAGEN/FESTES FUßBETT

*LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 15.05.2006 – L 16 B 19/06 KR NZB* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-147

Schuhzurichtung, Schuh, Sandale, Einlage, Fußbett

SGB V § 33 I

Auch das **Gehen mit leichter Fußbekleidung** gehört zu den **Grundbedürfnissen** eines Versicherten. Es ist jedoch möglich, offene Sandalen mit einer Vorrichtung für lose Einlagen zu tragen. Es gibt in Deutschland bzw. Europa Firmen, die offene Schuhe (Sandalen) herstellen, die für die Aufnahme von losen Einlagen geeignet sind. Darauf kann eine Versicherte verwiesen werden. Es besteht kein Anspruch auf generelle Versorgung mit einem festen Fußbett an besonders formschönen oder allein ihrem Geschmack entsprechenden Sandalen, Sandaletten oder halb offenen Schuhen.

*SG Düsseldorf, Urt. v. 26.01.2006 – S 34 KR 198/03* – wies die Klage ab, das **LSG** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

## VI. Heilmittel: Behandlung von Legastheniefolgen

*LSG Bayern, Urt. v. 23.03.2006 – L 4 KR 279/04* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-148

*Revision zugelassen*

Legasthenie, Krankheit

SGB V §§ 11 II 1, 27 ff.; SGB X § 102 ff.; SGB I § 21 I Nr. 2; SGB IX §§ 26, 35a

Eine **Legasthenie** (Lese-/Rechtschreibschwäche) ist keine **Krankheit** (vgl. BSG v. 10. u. 25.07.1979 - SozR 2200 § 182 Nrn. 47 und 48). Auf lese- und rechtschreiborientierte **Förderungsmaßnahmen** durch entsprechende ausgebildete pädagogische Lehrkräfte besteht kein Anspruch gegenüber der Krankenkasse. Eine Kompetenzüberschreitung des Bundesausschusses hinsichtlich des Ausschlusses solcher Maßnahmen in den HeilmittelRL liegt nicht vor.

Die 1993 geb. Beigel. beendete das Schuljahr 2002/03 erfolgreich mit den Zeugnisnoten zwischen befriedigend und sehr gut. Leistungen im Lesen und Rechtschreiben wurden aufgrund einer festgestellten Legasthenie nicht bewertet. Um diese Schwächen zu therapieren - ein schulinterner Förderkurs war erfolglos geblieben -, beantragten die Eltern beim Kl. entsprechende Eingliederungshilfe. Unter Hinweis auf die Vorrangigkeit der Leistungspflicht der Krankenkasse lehnte der Kl. den Antrag vorläufig ab. Die Bekl. lehnte einen Antrag gleichfalls unter Bezug auf die entsprechenden Richtlinien ab. Daraufhin bewilligte der Kl. die Übernahme der Therapiekosten für zunächst 30 Sitzungen zu 43,46 EUR Honorar pro Stunde und erhob als Prozessstandschafter im eigenen Namen ab 01.12.2003 Widerspruch gegen die Ablehnung der Beklagten. Verknüpft war der Rechtsbehelf mit der Geltendmachung eines Erstattungsanspruches. Den Widerspruch wies die Bekl. zurück. *SG Regensburg, Urt. v. 10.11.2004 – S 14 KR 38/04* – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## VII. Häusliche Krankenpflege

Vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 26.01.2006 - **B 3 KR 5/05** – zu **Blutzuckermessungen**; 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. 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.



## 1. KEIN EIGENER HAUSHALT IN BEHINDERTENEINRICHTUNG/KEINE VERURTEILUNG BEIGEL. SOZIALHILFETRÄGERS

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 26.04.2006 – L 5 KR 143/04 –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
*Revision zugelassen*

**RID 06-03-149**

Behandlungspflege, Haushalt, Behinderteneinrichtung, Beigeladener, Sozialhilfeträger  
SGB V §§ 37; SGB XI §§ 43 II, 43a, 71; SGG § 75 V

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind grundsätzlich auch beim **Aufenthalt** in einer **Einrichtung** nach den §§ 71 Abs. 4, 43a SGB XI zu gewähren (vgl. hierzu insbesondere BSG Urteil v. 01.09.2005 - B 3 KR 19/04 R -). Die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach § 43a SGB XI steht dem Anspruch eines krankenversicherten Pflegebedürftigen auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege ebenfalls nicht entgegen.

Eine Versicherte hat keinen **eigenen Haushalt** in einer Behinderteneinrichtung, wenn eine umfassende Versorgung von der Einrichtung durchgeführt wird.

Ein **beigeladener Sozialhilfeträger** kann nach § 75 V SGG nicht verurteilt werden.

Die 1960 geb. und 2005 verstorbene Kl. war seit 1997 in einem Wohnheim für Behinderte, einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI untergebracht und erhielt Leistungen nach Pflegestufe III. Die Kosten trug der Beigel. zu 2). Ab dem 14.08.2001 befand sich die Kl. wegen anhaltender Durchfälle fast durchgehend im Krankenhaus. Im Sept. 2001 wurde bei ihr eine Magensonde gelegt. Die Entlassung in ihr Wohnheim erfolgte am 01.11.2001. Die Sondenernährung wurde durch das Deutsche Rote Kreuz durchgeführt. Die Diakonie-Station H übernahm die Behandlungspflege der Kl. im Zeitraum v. 01.11.2001 bis 31.12.2001. Eine am 19.11.2001 beantragte Übernahme der Kosten für häusliche Krankenpflege lehnte die Krankenkasse ab, weil die Kl. nicht über einen "eigenen Haushalt" verfüge, da sie in einer vollstationären Einrichtung untergebracht sei. Zahlungspflichtig sei die vollstationäre Einrichtung. **SG Schleswig**, Urt. v. 13.08.2004 – S 2 KR 101/02 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

**Parallelentscheidung:** **SG Kiel**, Urt. v. 11.03.2005 – S 17 KR 85/04 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 10.05.2006 – L 5 KR 48/05 –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
*Revision zugelassen*

**RID 06-03-150**

## 2. EINSTWEILIGE ANORDNUNG: PFLEGEDIENST OHNE VERTRAG (BERLIN)

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.02.2006 – L 1 B 69/05 KR ER –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-151**

Behandlungspflege, Pflegedienst, Versorgungsvertrag

SGB V §§ 37; SGG § 86b II

Hängt die Entscheidung über den geltend gemachten Anspruch von der Klärung schwieriger Sach- und Rechtsfragen ab, so ist im einstweiligen Anordnungsverfahren eine Folgenabwägung geboten. Angesichts des Alters und vielfältiger und schwerer Leiden kann es einer Versicherten nicht zumutbar sein, den Pflegedienst, hinsichtlich dessen vertragslosen Zustand Streit besteht, zu wechseln, wenn sie diesen auch für tägliche Pflegeleistungen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nimmt.

Die 75-jährige Antragstellerin wird seit Januar 2005 durch die Caritas-Sozialstation P./B./W. betreut. Die Ag. lehnte im Hinblick auf den geltend gemachten vertragslosen Zustand und die Ablehnung ihres Angebots eines Versorgungsvertrages bestimmten Inhalts durch den Caritasverband weitere häusliche Krankenpflege ab. **SG Berlin**, Beschl. v. – S 81 KR 381/05 ER – lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Während des Beschwerdeverfahrens ist die Ag. durch **Beschluss des SG** vom 20.04.2005 im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet worden, den Caritasverband ab 01.03.2005 bis zur Festlegung des Vertragsinhalts zwischen den Beteiligten über die Versorgung der Versicherten der Antragsgegnerin mit HKP durch eine unabhängige Schiedsperson so zu behandeln wie die Leistungserbringer, die das Vertragsangebot der Antragsgegnerin vorbehaltlos annehmen. Anschließend ist der Vertragsinhalt durch Schiedsspruch der Schiedsperson nach § 132a II 7 SGB V mit Wirkung vom 01. bzw. 21.03.2005 festgesetzt worden. Das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. in der Zeit ab Zustellung dieses Beschlusses an die Ag. bis zum 24.04.2006 häusliche Krankenpflege in Form der Medikamentengabe (1 x täglich) und bis zum 16.08.2006 häusliche Krankenpflege in Form der Insulininjektion (3 x täglich) durch die Caritas-Sozialstation P./B./W. zu gewähren und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

## VIII. Haushaltshilfe/Zuzahlung/Fahrkosten/Vorsorge/Reha

### 1. NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE

*LSG Bayern, Urt. v. 04.04.2006 – L 5 KR 83/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-152

Haushaltshilfe, Frühgeburt

SGB V §§ 13 III, 38; RVO § 199

Für eine extrem restriktive Auslegung, wonach die **Notwendigkeit einer Haushaltshilfe** nur bei ärztlich vorgeschriebener Bettlägerigkeit oder vergleichbaren Zuständen zu gewähren ist, besteht kein Anhalt im Gesetz. Es genügt, dass schwangerschaftsbedingt Haushaltstätigkeiten ganz oder teilweise unmöglich sind. Ausreichend ist es, dass z.B. wegen der konkreten Gefahr einer Frühgeburt der Haushalt von der Schwangeren nicht mehr geführt werden kann.

*SG Augsburg, Urt. v. 12.10.2004 – S 12 KR 325/03 – wies die Klage ab, das LSG gab der Klage statt.*

### 2. ZUZAHLUNGSBEFREIUNG

#### A) TATSÄCHLICHES ANSTATT FIKTIVES EINKOMMEN FREIWILLIG VERSICHERTER SELBSTSTÄNDIGER

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.02.2006 - L 5 KR 5426/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-153

*Revision zugelassen*

Zuzahlungsbefreiung, Freibetrag, Mindesteinkommen, Einnahmen, Abschreibung

SGB V §§ 61, 62, 240 IV

Bei den anzurechnenden Einnahmen des selbstständig tätigen Ehemannes einer Versicherten ist nicht das **fiktive Mindesteinkommen** gem. § 240 IV 2 SGB V für freiwillig versicherte selbstständig Tätige im Zusammenhang mit der Berechnung der Beitragshöhe anzuwenden. Die §§ 61, 62 SGB V stellen nach der Wortwahl allein auf die tatsächlichen Bruttoeinnahmen ab, eine Bezugnahme auf § 240 IV 2 SGB V findet sich an keiner Stelle. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, dass es sich hier um eine "Bedürftigkeitsleistung" handelt. Abzustellen ist damit folgerichtig auf die allein **tatsächlich** zur Verfügung stehenden **Einnahmen**. Dies bedeutet auf der anderen Seite aber auch, dass das bei selbstständig Tätigen mögliche und häufig steuerrechtlich auch praktizierte "arm rechnen" hier nicht berücksichtigt werden kann. Konkret bedeutet dies, dass auf der Grundlage der vorgelegten Einnahmen (Überschussrechnungen) um die Summe aller **steuerrechtlichen Abschreibungen** der Sachanlagen jeweils zu erhöhen ist.

Die 1955 geb. Kl. ist seit Jahren wegen eines demenziellen Syndroms in Dauerbehandlung. Sie bezieht EU-Rente (2001: 729,07 EUR, Auszahlungsbetrag 673,67 EUR). Ihr Ehemann war als Selbstständiger freiwillig krankenversichert. Die beiden Kinder der Eheleute waren bei ihm familienmitversichert. Im Mai 2002 bescheinigte die TKK der Bekl. gegenüber, dass der Ehemann der Kl. nach einem monatlichen Einkommen von umgerechnet 1.789,52 EUR (3500,00 DM) freiwillig versichert sei. Die Höhe der Zuzahlungen für die Kl. im Jahre 1999 betrug 118,17 DM, für den Ehemann 26,90 DM. Im Jahr 2000 betrug die Zuzahlung bei der Kl. 167,27 DM, für den Ehemann 56,00 DM und im Jahr 2001 zahlte die Kl. 243,00 DM an Zuzahlungen. Gegen die Ablehnung der Befreiung von der Zuzahlung machte d. Kl. geltend, für die Berechnung des zumutbaren Eigenanteils sei das tatsächliche und steuerrechtlich nachgewiesene (Familien-) Einkommen und nicht ein fiktives Einkommen auf Seiten des Ehemannes der Klägerin zugrunde zu legen. *SG Ulm, Urt. v. 13.10.2004 - S 9 KR 831/03 – wies die Klage ab, das LSG verpflichtete die Bekl., der Klägerin ihre Zuzahlungen für Arzneimittel für die Jahre 1999 und 2001 in Höhe von 145,60 DM und 243,00 DM, insgesamt 388,60 DM (198,69 EUR) zu erstatten und wies im Übrigen die Berufung zurück.*

#### B) FREIBETRAG FÜR KINDER

##### AA) GEMEINSAMER HAUSHALT BEIDER ELTERNTEILE

*SG Reutlingen, Urt. v. 11.08.2005 – S 10 KR 445/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-154

*Berufung anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 4 KR 3780/05 -*

Zuzahlungsbefreiung, Freibetrag, Kind, Haushalt

SGB V §§ 62

Der in § 62 II 3 SGB V genannte Abzugsbetrag ist unabhängig davon anzuwenden, ob beide Elternteile des Kindes in dem gemeinsamen Haushalt leben und zusammen zur Einkommenssteuer veranlagt werden. Der Freibetrag gilt nicht nur für die nach § 10 SGB V familienversicherten Kinder.

Das *SG* gab der Klage statt.

## **BB) KINDERFREIBETRAG ZZGL. BETREUUNGS- UND ERZIEHUNGS- ODER AUSBILDUNGSBEDARF**

**SG Lübeck, Urt. v. 19.01.2006 – S 3 KR 1501/04** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-155**

**Sprungrevision eingelegt: B 10 KR 1/06 R**

Zuzahlungsbefreiung, Freibetrag, Kind, Kinderfreibetrag, Existenzminimum, Ausbildungsbedarf

SGB V §§ 62; SGB IV § 18; EStG § 32 VI 2

Bei der Feststellung des Freibetrages gemäß § 62 II 3 SGB V ist nicht nur der Freibetrag für das sächliche Existenzminimum des Kindes (Kinderfreibetrag) (1.824,00 EUR), sondern auch der Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes zu berücksichtigen (1.080,00 EUR).

Der 1948 geb. Kläger wandte sich gegen die Feststellung der Zuzahlungsbelastungsgrenze (1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen) für das Jahr 2004 in Höhe von 121,47 EUR. Er begehrte statt eines Freibetrages für die beiden Kinder von je 3.648,00 EUR einen Freibetrag von 5.808,00 EUR, da neben dem Kinderfreibetrag in Höhe von 1.824,00 EUR auch der Freibetrag für den Betreuungs-, Erziehungs- und Ausbildungsbedarf in Höhe von 1.080,00 EUR anzurechnen sei. Nach Verdoppelung dieser Beträge gemäß § 32 Abs. 6 Satz 2 Einkommenssteuergesetz (EStG) ergebe sich ein Freibetrag für jedes Kind in Höhe von 5.808,00 EUR. Das **SG** gab der Klage statt.

## **3. FAHRKOSTEN**

### **A) FAHRTEN ZU STATIONÄRER BEHANDLUNG IM RAHMEN EINER ARZNEIMITTELSTUDIE**

**LSG Thüringen, Urt. v. 19.12.2005 – L 6 KN 390/02 KR** – (rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de=juris](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de=juris) **RID 06-03-156**

Fahrkosten, stationäre Behandlung, Arzneimittelstudie, Arzneimittel

SGB V §§ 13 III, 60 I

**Leitsatz:** Es besteht kein Anspruch auf die Erstattung von Fahrtkosten zu einer stationären Behandlung im Rahmen einer Arzneimittelstudie unter Anwendung eines zu dieser Zeit nicht zugelassenen Arzneimittels (hier: Glivec).

**SG Altenburg, Urt. v. 18.04.2002 – S 14 KN 1713/01** – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### **B) FAHRKOSTEN ZUR METHADONSUBSTITUTION (SOZIALHILFEEMPFÄNGER)**

**SG Reutlingen, Urt. v. 23.02.2006 – S 3 KR 3033/04** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-157**

Fahrkosten, Nebenleistung, Sozialhilfeempfänger, Regelsatz, Methadonsubstitution

SGB V §§ 27, 28, 60, 264; SGB XII § 28 I

Der Anspruch auf Übernahme von **Fahrkosten** stellt eine unselbständige **akzessorische Nebenleistung** dar, die grundsätzlich wie die Hauptleistung (hier: ambulante Krankenbehandlung) zu behandeln ist. Soweit in § 264 SGB V ausschließlich von der Gewährung von Krankenbehandlungen die Rede ist, steht dies einer Übernahme von Fahrkosten nicht entgegen.

Ein Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten setzt voraus, dass eine Transportmöglichkeit wegen einer Erkrankung zwingend **erforderlich** ist. Es gilt der Grundsatz, dass Krankenversicherte und damit auch Sozialhilfeempfänger, denen nach § 264 SGB V Leistungen der Krankenkasse gewährt werden, grundsätzlich selbst dafür verantwortlich sind, zu ambulanten Krankenbehandlungen zu gelangen (ebenfalls gegen einen Kostenerstattungsanspruch bei einer Methadonsubstitution: LSG Hessen, Urt. v. 06.09.2005 – L 1 KR 196/04 – RID 05-04-123; gegen LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 12.08.2004 – L 4 KR 212/04 ER -). Angesichts der Häufigkeit der Behandlungen erweist sich als die preisgünstigste Alternative der Kauf einer Monatsfahrkarte.

Das **SG** verurteilte den beigel. Sozialhilfeträger, dem Kl. Kosten für die Anschaffung einer Monatsfahrkarte abzüglich EUR 19,20 als unabweisbaren Mehrbedarf ab Mai 2005 zu gewähren und wies im Übrigen die Klage – bzgl. eines Anspruchs vor Behandlungsbeginn – ab.

## **4. AMBULANTE VORSORGELEISTUNG IN KURORTEN**

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.04.2006 – L 11 (2) KR 97/04** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-158**

Vorsorgeleistung, Kurort, Kur

SGB V § 24

Hat eine Versicherte ein **Verfahren** zur Bewilligung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gemäß § 23 II SGB V **eingelegt**, dann kommt es allein auf diese Voraussetzungen an, unabhängig davon, ob Leistungen im EU-Ausland erbracht worden sind.

Allein die **Entlastung einer Versicherten** in ihrem sozialen Umfeld begründet keine Leistungspflicht gemäß § 23 II SGB V; die ambulante Vorsorgeleistung in einem Kurort muss aus **medizinischen Gründen** notwendig gewesen sein.

Die 1941 geb. Kl. beantragte bei der Krankenkasse die Bewilligung und Kostenbeteiligung einer ambulanten Vorsorgeleistung in Italien wegen HWS-Schmerzen, Hartspann, Occipital Neuralgie und Migräne. Maßnahmen der physikalischen Therapien seien in den letzten 12 Monaten durchgeführt worden. Angestrebtes Vorsorgeziel seien Schmerzlinderung und Reduzierung der Migräneanfälle und des Medikamentenbedarf. Die Bekl. lehnte dies ab, weil die Therapiemöglichkeiten vor Ort noch nicht ausgeschöpft worden seien. Während des Klageverfahrens hielt die Klägerin sich vom 08.07. bis 22.07.2003 in Italien auf und unterzog sich dort je 12 x Fango mit Ozonbad, Inhalation-Aerosol, Vollmassage, Bewegungsbäder und Wassergymnastik. Daraus resultierte die Rechnung über 945,00 Euro. **SG Detmold**, Urt. v. 09.09.2004 – S 3 (11) KR 127/03 – gab der Klage statt, das **LSG** wies sie ab.

## 5. MEDIZINISCHE REHABILITATION IN REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN

**SG Dresden**, Urt. v. 25.04.2005 – S 14 KR 150/03 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-159

Rehabilitationsleistung, Krankenbehandlung, ambulant, stationär

SGB V §§ 11 I Nr. 4 u. II 1, 12 I, 27 I 2 Nr. 6, 40 I, 70 I 2

Nach § 40 SGB V besteht hinsichtlich **medizinischer Rehabilitationsleistungen** ein **Stufenverhältnis**: 1. ambulante Krankenbehandlung 2. ambulante Rehabilitationsleistungen 3. stationäre Rehabilitationsleistungen. Leistungen der jeweils höheren Stufe können nur in Anspruch genommen werden, wenn die Leistungen der vorherigen Stufe aus medizinischen Gründen nicht ausreichen. Reicht eine ambulante Krankenbehandlung aus, dann sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kraft Gesetzes ausgeschlossen.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 6. REHABILITATIONSMAßNAHME AM TOTEN MEER IN ISRAEL

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 21.06.2006 – L 11 (2) KR 51/04 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-160

Schuppenflechte, Psoriasis vulgaris, Rehabilitationsmaßnahme, Totes Meer, Israel

SGB V §§ 39 I, 40 II

Steht fest, dass aufgrund des Hautbefundes eine **stationäre Aufnahme** zur weiteren Therapie einer Schuppenflechte (Psoriasis vulgaris) **indiziert** ist, so besteht kein Anspruch auf eine Rehabilitationsmaßnahme am Toten Meer in Israel.

**SG Detmold**, Urt. v. 31.03.2004 – S 5 (16) KR 86/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

# IX. 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).

**BSG**, Beschl. v. 04.04.2006 – **B 1 KR 32/04 R** – fragt nach § 41 II SGG beim 3. Senat an, ob dieser an seiner in den Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 18/03 R (BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2), v. 20.01.2005 - B 3 KR 9/03 R (BSGE 94, 139 = SozR 4-2500 § 112 Nr. 4) und v. 07.07.2005 - B 3 KR 40/04 R vertretenen Rechtsauffassung festhält, dass in erster Linie der behandelnde **Krankenhausarzt** die Entscheidung über die zu ergreifenden stationären Maßnahmen im Rahmen einer **medizinischen Prognose** treffe, während sich die betroffene Krankenkasse in der Regel nicht darauf beschränken könne, die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Nachhinein aus ihrer Sicht zu beurteilen und bei abweichendem Ergebnis die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung zu verweigern; die Prognose des Krankenhausarztes, dass eine - weitere - stationäre Behandlung im Krankenhaus notwendig sei, müsse von der Krankenkasse hingenommen werden, sofern sie "vertretbar" sei. Angefragt wird insbesondere, ob an dieser Rechtsprechung auch (jeweils) für den Fall festgehalten wird, dass 1. die stationäre Behandlungsfähigkeit des Leidens im Streit ist und damit letztlich die Frage, ob insoweit überhaupt eine Krankheit im Rechtssinne vorlag, 2. eine sich nach und nach schließlich über mehrere Jahre hinweg erstreckende Dauerbehandlung im Streit ist (hier: mehr als 3 Jahre), 3. der Versicherte sich tatsächlich über die gesamte streitbefangene Zeit hinweg in einem Krankenhaus aufhielt und lediglich der Kostenträger (Sozialhilfe- oder Krankenversicherungsträger) dafür im Streit ist, 4. lediglich ein Erstattungsstreit zwischen zwei Sozialleistungsträgern hinsichtlich der Kosten der stationären Behandlung geführt wird, 5. zwischen Krankenhaus und Krankenkasse Verträge geschlossen wurden, nach denen beide Institutionen gegenüber dem Versicherten Betreuungspflichten treffen. Der 1. Senat würde an seiner Rechtsprechung festhalten, dass allein die Krankenkasse, nicht aber ein Leistungserbringer darüber befindet, ob dem Versicherten auf der Grundlage des geltenden Rechts ein bestimmter Anspruch auf Krankenhausbehandlung zusteht.

## A) ÜBERPRÜFUNGSVERFAHREN

### AA) NOTWENDIGE EINSCHALTUNG DES MDK

*SG Leipzig, Urt. v. 26.01.2006 – S 8 KR 539/04 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-161

Prüfverfahren, MDK, Krankenkasse

SGB V §§ 11, 39, 275

Eine Krankenkasse verletzt das **Prüfverfahren** nach § 275 I Nr. 1 SGB V, wenn sie darauf verzichtet, die aus ihrer Sicht gebotene **medizinische Überprüfung durch den MDK** vornehmen zu lassen. Dies gilt unabhängig von etwaigen Verträgen nach § 112 SGB V, weil diese lediglich die Anforderungen an die Krankenhausbehandlung, nicht jedoch deren Notwendigkeit regeln können.

R wurde nach einer Fraktur des linken Außenknöchels im Krankenhaus zur Metallentfernung vom 01. bis 05.06.2004 behandelt. Die Krankenkasse lehnte eine Kostenübernahme ab, weil die Maßnahme ambulant durchführbar gewesen wäre. Das *SG* gab der Klage statt.

### BB) FEHLENDE VERTRAGLICHE VEREINBARUNG ZUR ÜBERPRÜFUNG IM KRANKENHAUS

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.05.2006 – L 5 KNK 11/05 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-162

Prüfverfahren, Krankenkasse, Krankenhausbehandlung, Behandlungsbedürftigkeit

SGB V §§ 39, 109

Für die Notwendigkeit der Dauer der Krankenhausbehandlung ist vorrangig die Beurteilung des behandelnden Krankenhausarztes maßgebend, die nur durch den Nachweis widerlegt werden kann, dass die Entscheidung des Krankenhausarztes auch bei einer ex-ante-Betrachtung nicht vertretbar war. Dieser Nachweis ist erbracht, wenn im Wesentlichen **pflegerische Maßnahmen** erforderlich waren, die außerhalb des Krankenhauses hätten erfolgen können.

Eine Krankenkasse geht ihrer Rechte nicht dadurch verlustig, dass sie nicht **noch im Krankenhaus** eine Überprüfung der weiteren Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung vornimmt, wenn sich die Pflicht zur Prüfung noch während der Krankenhausbehandlung nicht aus den vertraglichen Vereinbarungen ergibt.

*SG Koblenz*, Urt. v. 25.05.2005 – S 6 KNK 34/04 –gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

### CC) AUSSCHLUSS DES EINWANDS ÜBERLANGER BEHANDLUNGSDAUER

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.07.2006 – L 24 KR 1197/05 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-163

Krankenhausbehandlung, Genehmigung, Krankenhausarzt, Anscheinsbeweis, Prüfungsverfahren

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3

Wenn das Gesetz eine Krankenhausbehandlung nicht von einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse abhängig macht, sondern eine **Prüfung des Krankenhausarztes ausreichen** lässt, bringt es damit zum Ausdruck, dass die Entscheidung des Krankenhausarztes grundsätzlich maßgebend ist. Dabei unterstellt es, dass der jeweilige Krankenhausarzt ordnungsgemäß, also nach den Regeln der ärztlichen Kunst, entscheidet. Diese dem § 39 I 2 SGB V zugrunde liegende und damit gesetzliche **Vermutensregel** rechtfertigt es, die vom BSG aus den Grundsätzen über den **Anscheinsbeweis** hergeleiteten Rechtsfolgen eintreten zu lassen.

Hat eine Krankenkasse das vertragliche **Überprüfungsverfahren** nicht eingehalten, ist sie nach dem Grundsatz von Treu und Glauben gehindert, den **Einwand der fehlenden Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** geltend zu machen.

*SG Berlin*, Gerichtsbb. v. 10.10.2005 – S 86 KR 2260/04 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) PRÄ- UND POSTOPERATIVE MAßNAHMEN (BEUGESEHNENRESEKTION)

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 07.07.2006 – L 1 KR 41/04 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-164

Krankenhausbehandlung, vollstationäre, präoperativ, postoperativ, Beugesehnenresektion

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3, 115a, 276

Bedürfen die präoperativ notwendigen Maßnahmen nicht der Mittel eines Krankenhauses, so ist es nicht vertretbar, für den **präoperativen Tag** vollstationäre Krankenhausbehandlung als notwendig anzusehen.

Eine operative Beugesehnenresektion gehört zu den Eingriffen, die grundsätzlich schon als solche ambulant vorgenommen werden können und vereinzelt auch ambulant vorgenommen werden. Von daher spricht alles dafür, dass jedenfalls die **Weiterbehandlung** nach drei Tagen keiner vollstationären Krankenhausbehandlung mehr bedurfte.

**SG Berlin**, Urt. v. 02.04.2004 – S 72 KR 839/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung im Wesentlichen zurück.

### C) STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG UND BESUCHE BEI DER FAMILIE

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 20.06.2006 – L 24 KR 20/04 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-165

Krankenhausbehandlung, Tagesklinik, Krankenhausarzt, Psychiatrie,  
SGB V §§39, 109 IV

Eine **teilstationäre Aufnahme** (Tagesklinik) ist nicht ausreichend, wenn die Krankenhausärztin – von deren Einschätzung maßgeblich auszugehen ist – nachvollziehbar dargelegt hat, dass eine Rückkehr in die familiäre Situation zu diesem Zeitpunkt zu einer Verschlechterung der Symptomatik geführt hätte. Es ist auch ohne weiteres ein Unterschied zwischen Besuchen bei der Familie im Rahmen fortdauernder stationärer Behandlung und einer Entlassung in das krankheitsauslösende familiäre Umfeld ersichtlich. Es kommt darauf an, ob zum Zeitpunkt der Entscheidung des Krankenhausarztes der (weitere) Krankenhausaufenthalt notwendig erschien. Nachträgliche bloße Zweifel reichen nicht aus, um den Vergütungsanspruch zu beseitigen.

Der 1966 geb. Beigel. wurde bei der Kl. v. 23.10.2000 bis zum 26.01.2001 vollstationär in der Psychiatrischen Fachabteilung behandelt. Die stationäre Behandlung war durch Notfallverordnung des behandelnden Neurologen und Psychiaters mit der Diagnose "zunehmende psychosenahe Symptomatik bei zugrunde liegender Zwangssymptomatik" verordnet worden. **SG Frankfurt (Oder)**, Urt. v. 16.04.2004 – S 4 KR 69/01 – verurteilte die Krankenkasse, die Kosten für die stationäre Behandlung des Beigel. im Zeitraum vom 07.12.2000 bis zum 08.01.2001 nebst 5 Prozent Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu bezahlen; das **LSG** wies die Berufungen d. Kl. und d. Bekl. im Wesentlichen zurück.

### D) VOLLSTATIONÄRE BEHANDLUNG BEI LANGANHALTENDEM CHRONIFIZIERTEN DAUERZUSTAND (SCHIZOPHRENIE)

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 30.03.2006 – L 5 KR 142/04 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-166

*Revision anhängig: B 3 KR 13/06 R*

Schizophrenie, Krankenhausbehandlung  
SGB V §§ 39 I 2, 139 IV 2

Die **Schizophrenie** ist nach heutigem allgemein anerkannten wissenschaftlichem Standard auch bei langanhaltendem chronifizierten Dauerzustand einer Erkrankung, die medizinisch-ärztlich beeinflussbar ist (vgl. BSG, Urt. v. 16.02.2005 - B 1 KR 18/03 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 4).

Die **Abgrenzung** zwischen **vollstationärer Krankenhausbehandlung** und den übrigen Formen der Krankenbehandlung (stationäre Rehabilitation, ambulante Behandlung bei stationärer Pflege) ist bei langanhaltenden schweren psychiatrischen Leiden in der Regel schwierig. So ist in der Rechtsprechung schon seit langem anerkannt, dass bei psychiatrischer Behandlung der Einsatz von krankenhausspezifischen Gerätschaften in den Hintergrund und allein schon der notwendige Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation eine stationäre Behandlung begründen kann (BSG, SozR 2200 § 184 Nr. 28, 42). Vor diesem Hintergrund spricht sehr viel dafür, in solchen Fällen allein von der faktischen Behandlung in einer psychiatrischen Abteilung auf die Anwendung von Mitteln des Krankenhauses zu schließen.

Die 1933 geb. Versicherte hält sich seit 1949 wegen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in stationären Einrichtungen auf. Von 1973 an befand sie sich ununterbrochen auf der Station 20.2 der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (WKPP), die ausschließlich für Krankenhausbehandlung vorgesehen ist. Hier hatte sie vor dem streitigen Zeitraum zuletzt vom 01.05.1990 bis 30.05.1995 stationäre Krankenhausbehandlung erhalten, deren Kosten von der Beklagten getragen wurden. Anfang 1998 wurde sie in den Wohnverbund der WKPP verlegt. Die Bekl. übernahm die Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung bis zum 18.08.1996, nicht aber darüber hinaus. **SG Münster**, Urt. v. 25.03.2004 – S 11 KR 215/00 – wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, an den Kl. 81.688,31 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 %-Punkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 27.12.2000 zu zahlen.

## E) TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNG UND AMBULANTER LEISTUNGSAUSSCHLUSS

*LSG Hamburg, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KR 22/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-02-167

Krankenhausbehandlung, teilstationär, ambulant, Bade-PUVA, Tagesklinik, Bundesausschuss  
SGB V §§ 28 I, 39, 108, 109 IV 3,

Das **BSG**, Urt. v. 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R - BSGE 92,223 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 1 die Definition von vollstationärer, **teilstationärer** und ambulanter **Krankenhausbehandlung** vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer her bestimmt. Danach stellten einen Sonderfall Behandlungen dar, die in der Regel nicht täglich, wohl aber in mehr oder wenigen kurzen Intervallen erfolgten, wie z. B. dann, wenn der Patient zwar nicht jeden Tag, aber mehrmals in der Woche für einige Stunden im Krankenhaus versorgt werde. Eine derartige Form der Behandlung stelle einen Grenzfall zwischen teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung dar, der in der Praxis nicht selten als teilstationär eingestuft werde, nach vorstehender Definition aber zur ambulanten Behandlung zu zählen sein dürfte.

Eine **Bade-PUVA-** bzw. Dusch-PUVA-Behandlung in einer **Tagesklinik** ist keine **teilstationäre** Leistung, wenn eine ärztliche Entscheidung zum Verbleib des Versicherten in der Haut- und Poliklinik **über Nacht** nicht dokumentiert ist. Es handelt sich dann um eine ambulante Behandlung.

Kann eine **teilstationäre Behandlung** auch ambulant erbracht werden, so ist sie nicht **erforderlich**. Der Umstand des **Ausschlusses der Bade-PUVA durch den Bundesausschuss** berechtigt das Krankenhaus nicht dazu, diese "als Krankenhausbehandlung" zu erbringen. Entscheidungserheblich ist insoweit lediglich, dass es der spezifischen Einrichtungen des Krankenhauses nicht bedurfte, um die Balneo-Phototherapie durchzuführen.

*SG Hamburg*, Gerichtsbb. v. 09.03.2005 – S 23 KR 226/002 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## F) LINKSHERZKATHETERUNTERSUCHUNG NACH VERBRINGUNG IN ANDERES KRANKENHAUS

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.05.2006 – L 5 KR 149/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-168

Linksherzkatheteruntersuchung, Verbringung, Aufklärung  
SGB V § 109 IV 3

Der **stationäre Aufenthalt** eines Versicherten wegen einer **Linksherzkatheteruntersuchung** in einem Zeitraum von zwei Tagen ist vertretbar. Ein Kostenanspruch entfällt nicht nach den Grundsätzen der sog. Verbringung (vgl. BSG 21.2.2002 B 3 KR 4/01 R, SozR 3-2500 § 60 Nr. 60 = juris Rz 17).

Bei größeren ambulanten Eingriffen mit beträchtlichen Risiken ist jedoch eine **Aufklärung** am Tag des Eingriffs nicht mehr rechtzeitig (BGH v. 14.06.1994 – VI ZR 178/93, juris Rz 19). Es spricht vieles dafür, dass die Implantation eines Stent eine solche darstellt. Letztlich kann dies jedoch offen bleiben, da die Auffassung, dass bei einer solchen Sachlage eine Aufklärung des Patienten wenigstens 24 Stunden vor dem Eingriff angezeigt war, jedenfalls vertretbar ist. Dem Arzt kann nicht abverlangt werden, nur zum Zwecke einer Kostenersparnis der Krankenkasse das Risiko einzugehen, dass die Aufklärung nicht ausreichend ist.

*SG Speyer*, Urt. v. 30.05.2005 – S 13 KR 219/02 – wies die Klage ab, das **LSG** verurteilt d. Bekl., der Kl. 1.175,07 EUR nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Berufung zurück.

## G) HERAUSGABE VON KRANKENUNTERLAGEN AN MDK

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 11.04.2006 – L 11 KR 3455/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-169

Prozessstandschaft, MDK, Rechtsschutzinteresse, Krankenunterlagen  
SGB V §§ 275, 276, 277

Jedenfalls im Rahmen einer gewillkürten **Prozessstandschaft** darf eine **Krankenkasse** im eigenen Namen ein dem **MDK** zustehendes Recht bzw. seinen Anspruch geltend machen. Ein eigenes Rechtsschutzinteresse für das Verlangen auf Herausgabe von Unterlagen an den MDK folgt aus Rechtsposition der Krankenkasse, die Notwendigkeit und Dauer eines stationären Aufenthalts, die Abrechnung und gegebenenfalls eine Rückforderung prüfen zu können.

*SG Stuttgart*, Urt. v. 06.07.2005 – S 10 KR 1266/03 – wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte das Krankenhaus, dem MDK die Krankenhausunterlagen über den stationären Aufenthalt der Versicherten der Kl. vom 19.10.1999 bis 10.07.2000 herauszugeben.

## 2. APOTHEKER

### A) WERBEAKTION EINER KRANKENKASSE FÜR VERSANDHANDELSAPOTHEKEN

*SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.08.2006 – S 21 KR 429/06 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-170

Arzneilieferungsvertrag, Versandapotheke, Apothekerverband, Unterlassungsanspruch, Apotheke, Krankenkasse, Beeinflussungsverbot, Wirtschaftlichkeitsgebot, SGB V §§ 31, 69, 129; SGG § 86b II

Die Vertragsabschlusskompetenz für einen Arzneilieferungsvertrag nach § 129 SGB V hat zur Folge, dass ein **Apothekerverband** das Recht hat, die Einhaltung des Vertrages zu verlangen und gerichtlich gegen Vertragsverletzungen vorzugehen. Somit sind für den Fall einer Vertragsverletzung der Antragssteller selbst und nicht etwa nur seine Mitglieder berechtigt, einen **Unterlassungsanspruch** geltend zu machen.

Sieht ein **Arzneilieferungsvertrag** vor, dass die Versicherten und die Vertragsärzte weder von den Apotheken hinsichtlich der Verordnung bestimmter Mittel noch von den **Krankenkassen** zugunsten **bestimmter Apotheken beeinflusst** werden dürfen, so ist es einer Krankenkasse **untersagt**, für einzelne Versandhandelsapotheken bei ihren Mitgliedern zu werben. Ein solches Beeinflussungsverbot ist weder durch die ausdrückliche gesetzliche Zulassung des Versandhandels von Arzneimitteln durch entsprechende Vorschriften im GMG außer Kraft gesetzt noch obsolet geworden.

Die Anerkennung und Beachtung insbesondere des **Wirtschaftlichkeitsgebots** in der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird nicht über das Instrument einer ausdrücklichen Zulassungsregelung hinsichtlich von Apotheken für die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung gesteuert. Der Gesetzgeber bedient sich hierfür vielmehr des Instrumentes der Vorgabe des Abschlusses eines **Rahmenvertrages** auf Spitzenverbandsebene, in dem die aufgezeigten Pflichten zur wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung weiter konkretisiert werden und der auch einen Maßnahmenkatalog für Verstöße von Apotheken gegen Pflichten aus § 129 I oder gegen eine auf einen Vertrag nach § 129 SGB V beruhende Pflicht zu enthalten hat.

Die **Anerkennung des Rahmenvertrages** muss als Voraussetzung dafür angesehen werden, dass eine Apotheke an der Arzneimittelversorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen teilnimmt. Eine Abrechnung analog des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V mit gesetzlichen Krankenkassen ist kein Beitritt.

Eine Vertragsvereinbarung zwischen einer Krankenkasse und einzelnen **Versandhandelsapotheken** ist nicht geeignet, diese Versandhandelsapotheken an der Arzneimittelversorgung des Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung rechtswirksam zu **beteiligen**. Das von § 129 SGB V vorgegebene System der Einbindung von Apotheken in die Arzneimittelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung schließt aber, abgesehen von den in § 129 Abs. 5b vorgesehenen Ausnahmefällen, eine unmittelbare vertragliche Regelung zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Apotheken aus. Für die allgemeine Medikamentenversorgung begründet § 129 SGB V eine **Monopolstellung zum Abschluss von Verträgen** für die Spitzenorganisationen der Apotheker und der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Arzneimittelversorgung. Dementsprechend ist es einzelnen Krankenkassen nicht nur verwehrt, solche Einzelverträge abzuschließen, sondern es ist ihnen auch nicht gestattet, ihren Versicherten Hinweise dahin zu geben oder gar für einzelne Versandhandelsapotheken dahingehend zu werben, dass diese – insbesondere auch kostengünstiger als die niedergelassenen Apotheken – eine Belieferung der Versicherten mit Medikamenten, die der Sachleistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, ermöglichen.

Für den Bereich der Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Medikamenten ist das **System hinsichtlich der Einbeziehung von Versandhandelsapotheken unangepasst** geblieben. Es bleibt Aufgabe des Gesetzgebers, diese „Widersprüchlichkeiten“ alsbald durch klare gesetzliche Regelungen zu beseitigen.

In der Ausgabe März 2006 informierte die AOK Hessen ihre Mitglieder in einem Informationsblatt“ über die Möglichkeit des Bezugs von Arzneimitteln über den Versandhandel. Hiergegen wandte sich der Hessische Apothekerverband e.V. Das **SG** untersagte es der Ag. im Wege des Erlasses einer einstweiligen Anordnung, ihre Versicherten dahingehend zu beeinflussen, Medikamente, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bereitzustellen sind, über namentlich benannte Versandapotheken zu beziehen und dafür in schriftlicher und elektronischer Form, sowie in Telefonaktionen oder in sonstiger Weise zu werben.

Unter den **Überschriften** „Kostensenkung ohne Nebenwirkung: Versandapotheken – Konditionen, die sich lohnen“ und „Bei einer Versandapotheke zu bestellen ist bequem, aber sparen Sie so auch? Ein klares „Ja“ für die Kunden der AOK Hessen. Wir haben für Sie ein exklusives Angebot mit Versandapotheken vereinbart. Vorteil: Sie sparen bares Geld!“ hat die **Information folgenden Inhalt**: „[...] Die Ausgaben für Arzneimittel sind im vergangenen Jahr weiter angestiegen. Im



Oktober 2005 mussten die Krankenversicherungen 234 Millionen Euro mehr als im Vormonat für Medikamente aufbringen, im gesamten Jahr rund 12,9 % mehr als 2004. Eine Entwicklung, die nicht nur den gesetzlichen Krankenkassen, sondern besonders ihren Beitragszahlern auf das Budget drückt. Die AOK Hessen hilft ihren Kunden, Einsparmöglichkeiten zu finden. [...] Wer seine Medikamente über den Versandhandel bezieht, hat es schön bequem. Bestellt wird nicht nur online, sondern genauso per Telefon oder Post. Das spart Zeit und Weg, aber nicht immer Bares. Zwar werben Versandapotheken mit günstigen Preisen, aber nicht alle halten, was sie versprechen. Sparen kann hier nur, wer aufwendige Recherche nicht scheut. [...] Ihre AOK hat Versandapotheken intensiv geprüft, denn zuverlässige Qualität aus seriöser Quelle steht an erster Stelle, wenn es um Arzneimittel geht. Mit verschiedenen Versandapotheken, die dazu noch attraktive Preise und guten Service bieten, ist die AOK Hessen eine Partnerschaft eingegangen. Alle ausgewählten Apotheken garantieren für rezeptfreie Arzneimittel einen Nachlass bis zu 50 % auf den empfohlenen Herstellerpreis. Versendet werden ausschließlich deutsche Original-Produkte. [...] Ihre AOK Hessen hat für Sie eine Einsparmöglichkeit gefunden, die sich ganz besonders lohnt. Durch die Partnerschaft mit verschiedenen Versandapotheken hat Ihre AOK Sonderrabatte auf nicht verschreibungspflichtige und selbst zu zahlende Produkte ausgehandelt. Zusätzlich erhalten Sie bis 30. April 2006 bei allen genannten Versandapotheken ein attraktives Willkommensgeschenk [Fußnote: Gilt nur bei Bestellung von nicht verschreibungspflichtigen und selbst zu zahlenden Produkten]. Das heißt doppelt profitieren. Bei der Luitpold-Versandapotheke erhalten Sie zwar keine zusätzlichen Sonderrabatte, aber Luitpold steht für sehr günstige Preise. Informieren Sie sich einfach im Internet unter [www.medikamente-per-klick.de](http://www.medikamente-per-klick.de) oder rufen Sie an unter 09288 9680 (zum Ortstarif). [...] Bei der niederländischen Versandapotheke DocMorris erhalten Sie selbst rezeptpflichtige Bestellungen vergünstigt. Für jede Position auf Ihrem eingereichten Kassenrezept bekommen Sie einen Sofortbonus in Höhe der halben Zuzahlung. Bei einem Medikament, zu dem Sie maximal 10 Euro dazu bezahlen, fallen also ganz 5 Euro weg. Sind Sie von Zuzahlungen befreit? Dann schreibt DocMorris Ihnen den Sofortbonus trotzdem gut. Erreicht der Betrag 30 Euro, wird er auf Ihr Konto überwiesen. [...] Für eine Bestellung auf Rezept schicken Sie einfach das Original in einem Umschlag an die Postfachadresse der Versandapotheke Ihrer Wahl. Innerhalb von 48 Stunden nach eingegangenem Auftrag werden Ihre Medikamente in der Regel versandkostenfrei an die angegebene Adresse verschickt. Anschließend rechnet die Versandapotheke mit Ihrer Gesundheitskasse ab. Ein vertraulicher Umgang mit Ihren Daten ist immer garantiert. [...] Vor allem für chronisch Kranke und alle, die regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, lohnt eine Bestellung über den Versandhandel. Denn der Preisvorteil kann die Rechnung deutlich reduzieren. Fehlt noch etwas in Ihrer Reiseapotheke? Dann am besten gleich mitbestellen und Ihren Preisvorteil nutzen. Es lohnt sich!

Fazit: Versandapotheken bieten Ihnen Qualität zu günstigen Preisen. Ihre Sparvorteile:

- bis zu 50 % auf frei verkäufliche Medikamente
- Sonderrabatte für AOK-Versicherte auf nicht verschreibungspflichtige und selbst zu zahlende Produkte
- Sofortbonus auf rezeptpflichtige Arzneien – nur bei der niederländischen Versandapotheke DocMorris
- Apotheker prüfen Ihre Bestellung
- Sie sparen Zeit und Weg
- Sie ordern bequem von zu Hause, online, per Telefon oder Post
- Sammelbestellungen sind versandkostenfrei
- Bei einer Bestellung bis zum 30. April 2006 erhalten Sie ein attraktives Willkommensgeschenk (Fußnote: gilt nur bei Bestellung von nicht verschreibungspflichtigen und selbst zu zahlenden Produkten).“

Im unteren Seitendrittel befindet sich zum einen ein Coupon zum Ausschneiden und Einreichen bei einer der genannten Versandapotheken (hierbei handelt es sich wohl um das „Willkommensgeschenk“ = Edelweiß Sonnencreme von „Weleda“). Zum anderen befinden sich im unteren Seitendrittel die Namen und Anschriften, Telefonnummern und Internetadressen von „DocMorris“, „mycare“ und „Sanicare“, zusätzlich Beschreibungen zur Charakterisierung dieser Unternehmen (u. a. unter Bezugnahme auf Testergebnisse von „Stiftung Warentest“, „Computer-Bild“ und „Apotheken im Test“) und eine Auflistung der jeweiligen Vorteile für den Kunden. Zuletzt wird das Bestellungsverfahren nochmals in Stichworten dargestellt.

Zur **Telefonaktion** wurde in einem Erörterungstermin Folgendes festgehalten: „Die Vertreter der Antragsgegnerin erklären auf Befragen durch das Gericht: Es ist so, dass wir zu Zwecken der Haltearbeit, d. h. der Bindung von Versicherten, die besonders wechselgefährdet sind, eine so genannte Outbound-Telefonie betreiben. Es werden solche wechselgefährdete Versicherte von Mitarbeitern von uns angerufen und es wird versucht, ihnen zu vermitteln, welche Vorteile ein Verbleiben bei unserer Krankenkasse bietet. Dafür gibt es mehrere Ansatzpunkte, die sich aus dem Gespräch mit den Versicherten ergeben, insbesondere seinen evtl. Klagen, z. B. darüber, dass er nunmehr seit 2004 nicht mehr rezeptpflichtige Medikamente in der Regel nicht über die Krankenkasse beziehen kann. Wir sprechen dabei z. B. an, dass es die Möglichkeit gibt, eine Zusatzversicherung zu Zwecken der Auslandsversicherung zu besonders günstigen Tarifen bei einem Anbieter abzuschließen. Weiter weisen wir die Kunden in diesen Telefongesprächen darauf hin, dass es die Möglichkeit gibt, mittlerweile über den Versandhandel die nicht verordnungspflichtigen Medikamente zu beziehen, also so genannte OTC-Präparate. Es werden von unserer Outbound-Abteilung ca. 3500 Anrufe am Tage abgewickelt, davon beziehen sich etwa 10 % auf Versicherte, die ein Interesse an Informationen zu Versandhandelsbezug von Medikamenten äußern. Seit 01.01.2006 sind ca. 12000 bis 13000 Adressen von Versicherten, die ihr Interesse an Versandhandelsmedikamentenbezug geäußert haben, an Versandhändler weitergegeben worden. Die Adressenweitergabe erfolgt an sechs Versandapotheken, wobei im Vordergrund stehen Doc-Morris, Mycare und Sanicare. Allerdings ist es so, dass zwar Verträge mit sechs Versandhandelsapotheken bestehen, aber Adressen bislang nur an vier Versandhandelsapotheken weitergereicht werden. Die vierte Versandhandelsapotheke ist die Luitpold-Apotheke. Die Abwicklung des Medikamentenbezuges durch Versicherte bei Versandhandelsapotheken gestaltet sich so, dass wir von diesen Apotheken die gesetzliche Zuzahlung normal erhalten. Die Preise verschreibungspflichtiger Medikamente sind, da sie der Preisbindung unterliegen, festgelegt. Diese Preise entrichten wird auch an diese Versandapotheken, so dass wir keine wirtschaftliche Einsparung haben, was unsere Arzneimittelkosten aktuell anbelangt. Ob eine Einsparung durch niedrigere Auslandsumsatzsteuersätze bei Versandhandelsapotheken, die im Ausland ihren Sitz haben, entsteht, wissen wir nicht. Aber diese Problematik ist bei jedem Medikamentenbezug aus dem Ausland vorhanden. Um die Abgabe von Medikamenten an Versicherte und die Abrechnung mit Versandhandelsapotheken zu strukturieren, gibt es schriftlich fixierte Verträge. Darin sind u. a. solche Punkte wie Lieferfristen, Abrechnungsmodalitäten, Formen der Zustellung der Medikamente an den Besteller, Fristen innerhalb der zugestellt werden soll etc., geregelt. Die Versandhändler, mit denen wir solche Verträge haben, bieten unseren Versicherten auch

Sonderkonditionen an, etwa Rabatte für OTC-Medikamente. Ob bestimmte Rabatte für Versicherte für den Bezug von OTC-Medikamenten in diesen Verträgen vertraglich vereinbart sind, wissen wir nicht. Es ist aber davon auszugehen, dass für Sonderaktionen die Gewährung solcher Vergünstigungen mit den Versandhandelsapotheken abgesprochen ist.“

Zur **Preisgestaltung** wurde in dem Erörterungstermin Folgendes festgehalten: „Die Beteiligten erklären übereinstimmend, Preise können von ihnen im Rahmen von Verhandlungen im Wesentlichen nur für nicht preisgebundenes Arzneimittel vereinbart werden. Dies betrifft etwa Impfstoffe, Verbandstoffe, Blutzuckerteststreifen, Artikel des ärztlichen Sprechstundenbedarfes und Gase. Die Vertreter der Antragsgegnerin erklären, in Hessen geben die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt für diesen Bereich ca. 150.000.000 € im Jahr aus. Die Versandhändler bieten überwiegend billiger an. In diesem Feld wird auch ein Einsparungspotenzial gesehen. Allerdings ist es so, dass, insbesondere was den Sprechstundenbedarf und die Impfstoffe anbelangt, die Bestellungen in der Hand des Arztes liegen und insoweit auch es seiner Entscheidung obliegt, welchen Bezugsweg er wählt. Insgesamt ist es derzeit so, dass nach unseren Informationen der Anteil der Versandhandelsapotheken an dem Ausgabenvolumen der Gesetzlichen Krankenkassen ca. 0,5 % beträgt. Diese Zahl ermittelt sich aus dem Vergleich, welchen Betrag wir an die klassischen Apotheken für den Bezug von Arzneimittel etc. bezahlen und welchen Betrag an Versandhandelsapotheken. Wir verweisen insoweit auf die Anlage 8 zu unserer Erwidierungsschrift „,

## B) KEINE ERSTATTUNG DES HERSTELLERRABATTS FÜR NIEDERL. VERSANDHANDELSAPOTHEKE

*SG Berlin, Urt. v. 30.06.2006 – S 36 KR 2236/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-171

Versandhandelsapotheken, Sachleistungssystem, Herstellerrabatt, Pharmaunternehmen

SGB V §§ 13 IV, 130a, 140e

Eine niederländische Versandhandelsapotheken hat im **Jahr 2003** wegen der fehlenden Zulässigkeit des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln **keinen Anspruch auf Erstattung des Herstellerrabatts** gegenüber einem Pharmaunternehmen. Ein Anspruch setzt ferner die Einbindung in das Sachleistungssystem des SGB V voraus. Ob dies auch für das Jahr **2004** gilt, kann offen bleiben, wenn die Versandhandelsapotheken die Arzneimittel weder aufgrund des einheitlichen Herstellerabgabepreises noch aufgrund des festgelegten Apothekenabgabepreises in Deutschland abgegeben hat.

Das *SG* wies die Klage ab.

S. bereits *SG Berlin*, Urt. v. 16.11.2005 – S 89 KR 2244/03 – RID 06-02-154.

## C) AUSHÄNDIGUNG DER ARZNEIMITTEL AN VERORDNENDEN ARZT

*SG Berlin, Urt. v. 18.07.2006 – S 81 KR 4208/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-172

Aufrechnung, Arzneimittel, Sprechstundenbedarf, Rezept, Apotheker

SGB V §§ 69 III, 129; ApoG § 11 I 1; BGB §§ 387, 812

Die Tatsache, dass eine Krankenkasse gegenüber einem Apotheker die **Hauptforderung** nicht benannt hat, steht der Wirksamkeit der **Aufrechnungserklärung** nicht entgegen (vgl. BSG, SozR 4-2500 § 137c Nr. 2.).

Unterscheidet ein Arzneiliefervertrag zwischen der Lieferung von Arzneimitteln an Versicherte und der Lieferung von Sprechstundenbedarf, so folgt hieraus, dass **Arzneimittel**, die keinen Sprechstundenbedarf decken sollen, **nur an Versicherte** und nicht an die diese behandelnden Ärzte abgegeben werden dürfen.

Nach § 11 I 1 ApoG dürfen Erlaubnisinhaber mit Ärzten keine Absprachen treffen, die eine bevorzugte Lieferung bestimmter Arzneimittel, die Zuführung von Patienten, die Zuweisung von Verschreibungen oder die Fertigung von Arzneimitteln ohne Angabe der Zusammensetzung zum Gegenstand haben. Auf die **Zuweisung von Verschreibungen** ist die Absprache gerichtet, sofern sie dem Zweck dient, ärztliche Verschreibungen unter Ausschluss anderer Apotheken unmittelbar einer einzelnen Apotheke oder mehreren Apotheken anteilmäßig oder im Wechsel zukommen zu lassen. Entscheidendes Kriterium ist insoweit, dass der Arzt dem Patienten die Verschreibung nicht aushändigt, sondern unmittelbar der begünstigten Apotheke zugehen lässt, mithin dem Versicherten die Freiheit genommen wird, die Apotheke, in der er ein vom Arzt ausgestelltes Rezept einlösen will, frei zu wählen (vgl. OVG Münster, NVwZ-RR 2000, S. 216 [217]).

Der klagende Apotheken lieferte einer ihm bekannten, in Hamburg praktizierenden Ärztin gegen ärztliche Verordnungen, die diese für einzelne Versicherte der Bekl. – mithin nicht für den Sprechstundenbedarf – ausgestellt und ihm persönlich übermittelt hatte, in erheblichen Mengen das Medikament Botulinumtoxin ("Botox") in die Praxis. Die Bekl. beanstandete die für diese Lieferungen vorgelegten Abrechnungen wegen Verstoßes gegen das Versandhandelsverbot und verrechnete die bereits erfolgten Zahlungen. Das *SG* wies die Klage ab.

**Parallelverfahren:** *SG Berlin, Urt. v. 18.07.2006 – S 81 KR 4207/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* RID 06-03-173

### 3. PHARMAUNTERNEHMEN VERSUS KV UND KASSENVERBÄNDE: ME-TOO-LISTE

Vgl. bereits *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 20.04.2006 – S 8 KR 98/06 ER – RID 06-02-155 m.w.N., aufgehoben durch *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 27.06.2006 – L 11 B 31/06 KA ER – RID 06-03-68 (S. 31); s. ferner RID 06-03-A VII. (diese Ausgabe 31).

**SG München, Beschl. v. 18.05.2006 – S 47 KR 444/06 ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-174**

Arzneimittelhersteller, Ebastel, Beofenac, Me-Too-Liste, Arzneimittelvereinbarung, KV

SGB V §§ 35b, 73 VIII, 84 I 2 Nr. 2, 92 II; GG Art. 12, 14

Es muss und kann im einstweiligen Rechtsschutz nicht im Einzelnen entschieden werden, ob eine Marktsteuerung über eine Me-too-Liste aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich gerechtfertigt ist und ob dafür eine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehen muss und besteht.

Die Frage, ob § 73 Abs. 8 SGB V eine ausreichende Gesetzesgrundlage für die Me-too-Liste ist, kann letztlich dahin stehen, da schon deren gesetzliche Vorgaben nicht erfüllt sind.

Bestehen an der **Richtigkeit der Liste** nach summarischer Prüfung erhebliche **Bedenken**, so ist für die Zwischenzeit die Löschung von der Liste zu verfügen.

Das **SG** verpflichtete die KV im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig bis zum Abschluss eines Hauptsacheverfahrens, die von der Ast. vertriebenen Präparate Ebastel und Beofenac von der auf der im Internet (<http://www.krno.de/importiert/me-too.pdf>) veröffentlichten Me-too-Präparate-Liste sofort zu entfernen und diese Änderung durch Veröffentlichung eines diesbezüglichen Hinweises auf der Internetseite der Antragsgegnerin zu 1) sowie in einem Rundschreiben an die ihr als Mitglieder angehörenden Ärzte bekannt zu geben; ferner untersagte es den Krankenkassenverbänden, bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens über die Präparate Beofenac oder Ebastel zu verbreiten, dass sie Präparate "ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen, aber mit höheren Kosten" seien.

**SG Wiesbaden, Beschl. v. 17.08.2006 – S 17 KR 182/06 ER** –

**RID 06-03-175**

Einer KV ist es nach § 84 SGB V erlaubt, über Arzneimittelvereinbarungen das Ordnungsverhalten der Ärzte bei Analogpräparaten zu beeinflussen und dadurch mittelbar die Interessen der herstellenden Unternehmen zu berühren. Zu diesem Zweck verbreitete Informationen, sind aber nur dann rechtmäßig, wenn sie inhaltlich richtig, transparent und unmissverständlich, nachvollziehbar und stimmig, sind. Im vorliegenden Fall erfüllten die beiden Präparate zwei Merkmale der von der KV selbst verwendeten, missverständlich formulierten Definition des „Me-Too“-Präparates nicht. So handelte es sich bei den beiden Opioid-Analgetika weder um werkstoffpatentgeschützte Arzneimittel noch wurden sie im „Arzneiverordnungs-Report“ als Analogpräparate mit keinen oder nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten klassifiziert.

vgl. Pressemitteilung v. 17.08.2006 - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) -

### 4. HILFSMITTELERBRINGER

#### A) BEARBEITUNG EINES KOSTENVORANSCHLAGS AUCH OHNE PREISVEREINBARUNG

**SG Düsseldorf, Beschl. v. 19.06.2006 – S 8 KR 69/06 ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-176**

Handwerksinnung, Prozessstandschaft, Kostenvoranschlag, Preisvereinbarung, Hilfsmittel, Berufsfreiheit

SGB V §§ 33 II, 127; BGB §§ 823, 1004; GG Art. 12

Eine **Handwerksinnung** ist berechtigt, die Interessen ihrer Mitglieder auch im gerichtlichen Verfahren in **Prozessstandschaft** zu verfolgen (BSG, Urt. v. 24.11.2004 – B 3 KR 16/03 R - USK 2004-82 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 1, Rn. 12).

Eine Krankenkasse kann die Bearbeitung eines **Kostenvoranschlags** für ein Hilfsmittel nicht von einer zuvor zu treffenden **Preisvereinbarung** abhängig machen. Diese Vorgehensweise stellt einen unzulässigen Eingriff in die Berufsfreiheit und das Recht am eigenen Gewerbebetrieb der Hilfsmittellieferanten dar, aus der ein entsprechender Unterlassungsanspruch resultiert (§§ 1004, 823 BGB, Art. 12 GG).

Die **Ast.** ist die für ihre als Mitglieder organisierten Orthopädie-Mechaniker zuständige **Handwerksinnung**. Sie hatte mit den vier übrigen Innungen des Landes Nordrhein-Westfalen mit der Ag. und den anderen Primärkassen NRW den Rahmenvertrag vom 10.11.1993 geschlossen. Nach der Kündigung dieses Vertrages seitens der Ag. zum 31.12.2001 und während eines hinsichtlich der zu Grunde liegenden Streitfrage anhängigen Rechtsstreits haben die Bet. am 21.02.2002 eine Vereinbarung dahingehend getroffen, dass "die Abrechnungsmodalitäten und Preisvereinbarungen gemäß dem Rahmenvertrag von 1993 bis zur rechtskräftigen

Entscheidung in den anhängigen gerichtlichen Verfahren bezogen auf die von einer Ausschreibung nicht erfassten Hilfsmittel weiter gelten". Seit Februar/März 2006 wurden der Ast. Fälle bekannt, in denen die Ag. näher bezeichnete Schreiben an Mitglieder der Ast. und an ihre Versicherten als Reaktion auf eingereichte Kostenvoranschläge zur Versorgung mit Orthesen und Prothesen versandt hat. Das **SG** untersagte der Ag. bis zu einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren, - die Genehmigung von Kostenvoranschlägen von Mitgliedern der Antragstellerin über Orthesen oder Prothesen vom Abschluss einer Preisvereinbarung abhängig zu machen und - den Mitgliedern der Ast. eine anderweitige Auftragsvergabe für den Fall anzukündigen, dass kein Einzelvertrag unterbreitet wird und - ihre Versicherten dahingehend zu informieren, dass eine Bewilligung des Hilfsmittel-Angebotes eines Mitglieds der Ast. mangels Preisvereinbarung noch vom Ergebnis einer entsprechenden Kontaktaufnahme abhängt.

## B) WETTBEWERBSKLAGE: GUTSCHRIFT ÜBER DIE ZUZAHLUNG

**SG Leipzig, Beschl. v. 13.01.2006 – S 8 KR 466/05 ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 06-03-177

Wettbewerbsrecht, Hilfsmittelerbringer, Verband, Prozessstandschaft, Verband

UWG §§ 3, 4, 8, 11; HWG §§ 1 I Nr. 1, 7 I Nr. 2 u. b; SGG §§ 51 II 1, 86b II

Die für die Antragsbefugnis erforderliche mögliche Verletzung wettbewerbsrechtlicher Befugnisse kann von einem **Verband von Hilfsmittelerbringern** selbst in eigenem Namen im Wege der **Prozessstandschaft** geltend gemacht werden.

Ergibt sich aus dem Sachvortrag des Verbandes nicht, dass die **wirtschaftliche Existenz** seiner Mitglieder durch einen möglichen Wettbewerbsverstoß **gefährdet** wäre, ist der Erlass einer bestimmten Regelung nicht notwendig.

Eine unlautere Wettbewerbshandlung oder ein Verstoß gegen das HWG ist in einem **Bonussystem, das zur Gutschrift über die Zuzahlung führt**, nicht zu sehen.

Der Ast ist ein Verband, der die gewerblichen Interessen von 130 Unternehmen vertritt, die als Sanitätshäuser und orthopädietechnische Handwerksbetriebe tätig sind und die ihren Sitz in Sachsen und Thüringen haben. Die Ag. ist ein nach § 126 I SGB V zugelassene Hilfsmittelerbringerin, die Medizinprodukte vertreibt. Sie gibt Hilfsmittel zu Lasten der Krankenkassen an Versicherte ab. Sie wirbt im Internet mit einer Gutschrift in Höhe des Zuzahlungsbetrages. LG Stuttgart verwies den Rechtsstreit an das SG Stuttgart, dieses an das erkennende Gericht. Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

## C) KEIN EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ VOR ERLASS EINES WIDERRUFS DER ZULASSUNG

**LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 20.04.2006 – L 5 KR 890/06 ER-B** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 06-03-178

Hilfsmittellieferant, Widerrufsbescheid, vorläufiger Rechtsschutz

SGB V §§ 126; Art. 12 I; SGG § 86b II

Einem Hilfsmittellieferanten kann es zugemutet werden, den **Erlass eines Widerrufsbescheids** nach § 126 IV SGB V **abzuwarten**. Gegen die mit dem Widerruf der Zulassung zur Abgabe von Hilfsmitteln verbundenen Rechtsnachteile schützt das Gesetz in verfassungsrechtlich unbedenklicher Weise mit dem **Instrumentarium des nachträglichen Rechtsschutzes** durch Widerspruch und Klage bzw. durch deren aufschiebende Wirkung und die Möglichkeit, im Falle der Sofortvollzugsanordnung vorläufigen Rechtsschutz in Anspruch zu nehmen. Darüber hinausgehende Nachteile, wie die Schwierigkeiten, von einer belastenden Verwaltungsentscheidung betroffen zu sein und sich dagegen wehren zu müssen, und damit weiter zusammenhängende wirtschaftliche Folgen mutet das Gesetz jedem Betroffenen grundsätzlich zu. Deshalb ist es rechtlich nicht zulässig, der Behörde aus diesen Gründen gerichtlich zu untersagen, überhaupt erst eine Entscheidung zu treffen.

Die Bf. war für die Abgabe von Inkontinenzhilfen, Krankenpflegeartikeln, Rehabilitationsmitteln und von Geräten zur Eigenbehandlung durch den Patienten zugelassen worden. Sie gibt die Hilfsmittel in ihrem Verkaufsraum sowie bundesweit im Wege des Versandhandels an gesetzlich Krankenversicherte ab. Die Bf. gibt die Hilfsmittel in ihrem Verkaufsraum sowie bundesweit im Wege des Versandhandels an gesetzlich Krankenversicherte ab. Hierzu betreibt sie einen Internet-shop. Dort kann der Versicherte das Hilfsmittel nach Verordnung durch einen Vertragsarzt bestellen. Die Auslieferung übernimmt die von der Bf. damit beauftragte H. Auf der Internetseite der Bf. findet sich folgende **Werbeaussage**: "Wenn Sie als gesetzlich Versicherter ihr Kassenrezept in einem Sanitätshaus einlösen, leisten Sie für jedes erstattungsfähige Hilfs- oder Pflegehilfsmittel eine Zuzahlung von bis zu 10 EUR. Nicht so bei S., denn wir geben Ihnen, wenn sie zuzahlungspflichtig sind, bei jedem erstattungsfähigen Hilfs- oder Pflegehilfsmittel einen Bonus in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung. Sie sparen sofort zwischen 5 EUR und 10 EUR! (Für ihre Krankenkasse erhalten Sie eine Quittung über die volle Zuzahlung)". Die Bg. machte geltend, das Bonussystem sei rechtswidrig. Eine Quittung dürfe nur für die tatsächlich geleistete Zuzahlung ausgestellt werden. Andernfalls könne der Versicherte die Quittung auch zur Befreiung von Zuzahlungen nutzen, ohne solche entrichtet zu haben. Außerdem müsse die Auslieferung bzw. Installation von

Hilfsmitteln durch zugelassene Leistungserbringer bzw. deren Mitarbeiter erfolgen. Sie sprach eine Verwarnung nach § 18 des mit dem Fachverband geschlossenen Rahmenvertrags aus und drohte die Entziehung der Zulassung zur Abgabe von Hilfsmitteln an. **SG Stuttgart**, Beschl. v. 13.01.2006 - S 10 KR 176/06 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## 5. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

### A) KEIN ANSPRUCH AUF VERZUGSZINSEN

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.04.2006 – L 16 KR 141/05 –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-179**  
**Revision anhängig: B 3 KR 10/06 R**

Verzugszins, Vergütungsanspruch, häusliche Krankenpflege  
SGB V §§ 69, 132, 132a; SGB I § 44 I; BGB §§ 286 II Nr. 1, 288

Der Gesetzgeber hat die Frage der Zahlung von **Verzugszinsen** im Zusammenhang mit der Abwicklung von Vergütungsansprüchen eines Leistungserbringers im Bereich der häuslichen Kranken- und Altenpflege ausschließlich der **vertraglichen Gestaltung** überantwortet. Die Gerichte sind dann gehindert, einzelne Vertragsinhalte, wie Verzugszinsen, die ein Vertragsteil bei den Vertragsverhandlungen gegenüber dem anderen nicht hat durchsetzen können, nachträglich zum Gegenstand des Vertrages zu machen (vgl. BSG, Urt. vom 28.09.2005 - B 6 KA 71/04 R -).

Eine **gesetzliche oder untergesetzliche Regelung** über **Verzugszinsen** fehlt. § 69 S. 3 SGB V i. V. m. §§ 286 ff. BGB ist auf Ansprüche eines Unternehmens für häusliche Krankenpflege nicht anwendbar. In der Rechtsprechung des BSG ist geklärt, dass die Vorschriften des BGB über Verzugszinsen auf öffentlich-rechtliche Verträge des Sozialrechts nicht entsprechend anwendbar sind (vgl. BSG, Urt. vom 28.09.2005, a. a. O.).

Die Kl. betreibt einen häuslichen Kranken- und Altenpflegedienst. Die bekl. Krankenkasse verweigerte zunächst den Ausgleich des Rechnungsbetrages für häusliche Krankenpflege bei einem ihrer Versicherten mit der Begründung, die Leistungen seien nicht bewilligt bzw. die ärztliche Verordnung sei nicht beigelegt worden. Die Kl. mahnte den offenen Rechnungsbetrag mit der Begründung an, alle notwendigen Unterlagen lägen der Beklagten vor. Zugleich machte sie u. a. Verzugszinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszins geltend. Nach Klageerhebung erkannte. d. Bekl. die Hauptforderung an. D. Kl. verfolgte den Zinsnebenanspruch (Verzugszinsen) aus § 16 I des Vertrages nach §§ 132, 132a SGB V i. V. m. §§ 286 II Ziff. 1, 288 BGB weiter. Der vertraglichen Verpflichtung, die gestellte Rechnung grundsätzlich innerhalb von 15 Tagen nach Eingang zu bezahlen, sei die Bekl. nicht nachgekommen. Nach Ablauf der Frist trete automatisch Verzug ein; denn die diesbezüglichen Regelungen des BGB seien, da eine vertragliche Grundlage fehle, ergänzend heranzuziehen. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 14.06.2005 – S 4 KR 79/04 – verurteilte, auf die Hauptforderung in Höhe von 406,63 EUR 8 % Zinsen über dem Basissatz für die Zeit vom 21.03. bis 31.03.2004 zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

### B) VERGÜTUNGSANSPRUCH AUS UNGERECHTFERTIGTER BEREICHERUNG

S. a. **LSG Berlin**, Urt. v. 02.03.2005 – L 9 KR 19/01 – RID 06-01-150; nach der **Pressemitteilung des SG Berlin** v. 22.02.2006 (<http://www.berlin.de/sen/justiz/gerichte>) entschied die Kammer über Klagen von 50 Pflegediensten, in den meisten Fällen gegen die City BKK Hamburg; derzeit seien **einige Hundert Klagen von Pflegediensten** gegen verschiedene Betriebskrankenkassen anhängig. Ungeachtet der dargelegten Grundsätze habe das SG allerdings einen erheblichen Teil der Klagen dennoch abgewiesen. Die Sammel-Klage von 40 Pflegediensten sei erst nach Ablauf einer zweijährigen Verjährungsfrist erhoben worden, weshalb sich die City BKK auf die Einrede der **Verjährung** habe berufen können.

Bereicherungsanspruch, ungerechtfertigte Bereicherung, Versorgungsvertrag, Entgelt  
SGB V § 132; BGB §§ 315, 316, 612 II, 812, 818

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.07.2006 – L 24 KR 1127/05 –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-180**

Solange nicht die Beteiligten sich über alle Punkte eines **Vertrages** geeinigt haben, über die nach der Erklärung auch nur einer Partei eine Vereinbarung getroffen werden soll, ist im Zweifel der Vertrag nicht geschlossen.

Weder die Krankenkasse noch ein Leistungserbringer haben ein einseitiges **Leistungsbestimmungsrecht** nach § 315 BGB oder ein einseitiges Preisbestimmungsrecht nach § 316 BGB.

Fehlt es an einer vertraglichen Rechtsgrundlage für den erhobenen Anspruch, scheiden allerdings grundsätzlich auch **Ansprüche aus Gesetz** (§ 683, § 812 I 1 1. Alternative BGB) aus. Ist aber zwischen den Beteiligten die grundsätzliche Berechtigung zur Erbringung der Leistungen, für die eine Vergütung begehrt wird, nicht streitig, kommen auch Ansprüche aus Gesetz, insbesondere aus **Bereicherungsrecht**, in Betracht (vgl. BSG, Urt. v. 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 1; Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 2/03 R – v. 25.09.2001 - B 3 KR 15/00 R -).

Für die Wertbestimmung im Sinne des § 818 II 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 (Anschluss an **LSG Berlin**, Urt. v. 02.03.2005 – L 9 KR 19/01 – RID 06-01-150).

**SG Berlin**, Gerichtsb. v. 22.08.2005 – S 81 KR 2803/01 W05 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

**Parallelverfahren: SG Berlin**, Gerichtsb. v. 22.08.2005 – S 81 KR 1593/02 W05 –

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 04.07.2006 – L 24 KR 1067/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-181**

**SG Berlin**, Urt. v. 21.02.2006 – S 81 KR 2371/00 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-182**

Im Verhältnis zwischen den Erbringern von Leistungen der häuslichen Krankenpflege und den Krankenkassen ergibt sich die Anwendbarkeit der §§ 812, 818 BGB aus § 69 S. 3 SGB V. Erbringt das Unternehmen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, ohne dass eine vertragliche Regelung mit der Krankenkasse besteht, dann besteht ein Bereicherungsanspruch. Die Höhe ist in Berlin auf der Grundlage der nach dem sog. AOK-Vertrages gezahlten Entgelte zu bestimmen. Auf der Grundlage des BKK-Vertrages ist die Sicherstellung der Versorgung nicht möglich (vgl. **LSG Berlin**, Urt. v. 02.03.2005 – L 9 KR 19/01 – RID 06-01-150; **BSG**, Urt. v. 13.05.2004 – B 3 KR 2/03 R – SozR 4-2500 § 132a Nr. 1 = USK 2004-60).

Die Kl. erbrachte zugunsten mehrerer Versicherter der Bekl. in der Zeit von September 1999 bis einschließlich Dezember 2000 Leistungen der häuslichen Krankenpflege, obwohl zwischen ihr und der Beklagten die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege vertraglich nicht geregelt waren. Die erbrachten Leistungen rechnete die Kl. auf der Grundlage des mit der AOK Berlin und anderen Krankenkassen mit Wirkung zum 01.09.1999 gemäß § 132a SGB V geschlossenen Vertrages ab. Die Bekl. zahlte auf die Abrechnungen jeweils nur die im so genannten BKK-Vertrag vereinbarte Vergütung. Den Abschluss dieses Vertrages hatte sie auch der Kl. angeboten. Diese hatte das Angebot jedoch zurückgewiesen, weil es eine um rund 20 % geringere Vergütung vorsah. Die Kl. begehrte die Differenzbeträge aus ungerechtfertigter Bereicherung (13.345,45 EUR). Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. 5741,32 EUR nebst 4 % Zinsen seit dem 09.09.2000 zu zahlen und wies im Übrigen die Klage wegen Verjährung ab.

**Parallelverfahren: SG Berlin**, Urt. v. 21.02.2006 – S 81 KR 2801/00 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 06-03-183**

**SG Berlin**, Urt. v. 21.02.2006 – S 81 KR 3501/00 – <http://www.berlin.de/sen/justiz/gerichte> **RID 06-03-184**

### C) VERJÄHRUNG EINES VERGÜTUNGSANSPRUCHS AUS UNGERECHTFERTIGTER BEREICHERUNG

**SG Berlin**, Urt. v. 21.02.2006 – S 81 KR 1/02 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-185**

Bereicherungsanspruch, ungerechtfertigte Bereicherung, Versorgungsvertrag, Entgelt

SGB V § 132; BGB §§ 812, 818; BGB a. F. § 196 I Nr. 7; EGBGB Art. 229 § 6 III

Für Forderungen eines Erbringers von Leistungen der häuslichen Krankenpflege aus dem Jahre 1999 galt die zweijährige Verjährungsfrist des § 196 I Nr. 7 BGB a. F., die gemäß Art. 229 § 6 III EGBGB nicht durch § 195 BGB n. F. verdrängt wird.

Das **SG** wies die Klage ab.

### D) MEDIKAMENTENGABE BEI GLEICHEM PFLEGEINSATZ NACH SGB XI

**LSG Hessen**, Urt. v. 29.06.2006 – L 1 KR 105/04 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-186**

Vergütungsvereinbarung, Arzneimittelabgabe, Medikamentengabe, Pflegeeinsatz, Grundpflege

SGB V §§ 132

Steht in einer Vergütungsvereinbarung zu einem Rahmenvertrag nach § 132 SGB V: "Arzneimittelabgabe und -überwachung als alleinige Leistung bei Patienten, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage sind, ärztlich verordnete Medikamente nach Weisung des Arztes einzunehmen. Nur einmal pro Besuch abrechnungsfähig.", so sind die bei gleichem Pflegeeinsatz erbrachten Leistungen der Grundpflege nach SGB XI unbeachtlich und stehen der (zusätzlichen) Abrechnung und Vergütung der Medikamentengabe nicht entgegen.

Der kl. Träger eines ambulanten Pflegedienstes versorgte eine allein lebende Person in der Zeit von Juni 2002 bis Mai 2003 mit ambulanten Pflegeleistungen nach dem SGB V und dem SGB XI. Der behandelnde Arzt verordnete erstmals am 28. Juni 2002 und in den folgenden Quartalen wegen der Diagnose HOPS (hirnorganisches Psychosyndrom) im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Medikamentengabe zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung. Die der Bekl. vorgelegte Verordnung zur Genehmigung versah diese mit dem

Stempelaufdruck "im Rahmen der vertraglichen Regelungen nicht gesondert abrechnungsfähig." Die von dem Kläger eingereichten Rechnungen wurden von der Bekl. insoweit korrigiert, als sie die Vergütung für die Medikamentengabe an den Tagen ablehnte, an denen der Kl. Pflegeleistungen nach dem SGB XI erbracht hatte. Die Bekl. war der Auffassung, dass die Medikamentengabe nur als alleinige Leistung abrechenbar sei. **SG Wiesbaden**, Urt. v. 20.04.2004 – S 2 KR 874/03 – verurteilte die Bekl., an den Kl. die restliche Vergütung zu bezahlen; das **LSG** wies die Berufung zurück.

## 6. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMEN: AUßERORDENTLICHE KÜNDIGUNG EINES TRANSPORTVERTRAGES

**SG Fulda, Beschl. v. 25.05.2006 – S 4 KR 435/06 ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-187**

Kündigung, Kündigungsrecht, Transportvertrag, Transportunternehmer, Krankenfahrt, Vertrauensverhältnis  
SGB V § 133; SGG § 86b II

Ist eine Sachlage gegeben, bei der es aufgrund summarischer Prüfung keinesfalls ausgeschlossen ist, dass einem Transportunternehmer **Vertragsverstöße** zur Last gelegt werden können und zeigt er damit, dass er sich nicht in das geltende System der Leistungserbringung nach § 133 SGG und die bestehende Rechtsordnung einfügen will, so besteht ein **Recht zur außerordentlichen Kündigung** eines Transportvertrages. Wie bei Vertragsärzten ist auch bei Leistungserbringern nach § 133 SGB V davon auszugehen, dass durch vorsätzliche Vertragsverstöße das Vertrauensverhältnis zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen empfindlich gestört wird und somit der Punkt erreicht werden kann, an dem der Krankenkasse eine weitere Zusammenarbeit mit dem Leistungserbringer nicht mehr zugemutet werden kann (für den vertragsärztlichen Bereich BSG, Urt. v. 24.11.1993 - 6 RKa 70/91 -).

Das **SG** wies den **Antrag**, die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, den Ast. bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung über die Wirksamkeit der von der Ag. am 27.12.2005 ausgesprochenen Kündigungen der Vereinbarungen über die Vergütung von Liegendkrankenfahrten und Sitzendkrankenfahrten weiterhin als Vertragspartner für Liegend- und Sitzendkrankenfahrten zu behandeln, insbesondere von dem Ast. für die Ag. durchgeführte Krankenfahrten zu vergüten, hilfsweise, der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu untersagen, gegenüber Dritten zu behaupten, der Ast. dürfe ab 01.04.2006 keine Liegend- und Sitzendkrankenfahrten für Versicherte der Antragsgegnerin mehr durchführen bzw. entgegenstehende Behauptungen zurückzunehmen und mit dem Ast. Verhandlungen über den Abschluss neuer Vergütungsvereinbarungen für Sitzend- und Liegendkrankenfahrten für alle ab dem 01.04.2006 von dem Ast. für Versicherte der Ag. durchgeführten Krankenfahrten aufzunehmen, ab.

## X. Rechtsbeziehungen zw. Krankenkassen/Aufsichtsbehörden

### 1. WERBEPREMIIEN FÜR MITGLIEDERWERBUNG

**LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 14.06.2006 – L 5 ER 57/06 KR** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 06-03-188**

Mitglied, Krankenkasse, Auslobung, Werbung, Wettbewerbsgrundsätze, Aufwandsentschädigung  
UWG §§ 1, 3; SGG § 86b II

Personen, die Mitglieder einer Krankenkasse sind, können nicht durch die Auslobung von Geldbeträgen, die 0,7 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (2005 = 16,91 EUR) übersteigen, zur Werbung von neuen Mitgliedern veranlasst werden, da dies die Wettbewerbsgrundsätze nicht zulassen.

Ebensowenig können Dritte mit einem Auslobungsbetrag in Höhe von 75,00 EUR als Laienwerber angeworben werden. Denn die Wettbewerbsgrundsätze lassen in den Rdnr. 34/35 eine Aufwandsentschädigung nur für die Werbung durch Mitarbeiter und Versicherte zu.

**SG Mainz**, Beschl. v. 21.12.2005 – S 7 ER 188/05 KR – gab dem Antrag z. T. statt, das **LSG** untersagte der Ag. unter Androhung eines Ordnungsgeldes von 10.000,00 EUR für jeden Fall des Zuwiderhandelns, ersatzweise Ordnungshaft von einem Monat, zu vollziehen an den jeweiligen gesetzlichen Vertretern, im geschäftlichen Verkehr zu Zwecken des Wettbewerbs a) Personen, die Mitglieder der Ag. sind, durch die Auslobung von Geldbeträgen, die 0,7 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch übersteigen, zur Werbung von neuen Mitgliedern zu veranlassen, b) Personen, die weder Versicherte der Ag. noch von ihr nach Rdnr. 45 der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19.03.1998 i.d.F.v. 20.10.2000 beauftragte Dritte sind, zur Werbung von neuen Mitgliedern der Antragsgegnerin durch Auslobung von Geldbeträgen zu veranlassen.

## 2. SÄUMNISZUSCHLAG FÜR VERSPÄTETE ZAHLUNG DES RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.06.2006 – L 16 (2) KR 133/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* RID 06-03-189  
*Revision zugelassen*

Risikostrukturausgleich, Säumniszuschlag, Wertstellung, Bankannahmeschluss

SGB V §§ 266 VIII; RSAV a. F. § 14 III, 17 II 3

Eine verspätete Ausgleichszahlung des Risikostrukturausgleichs, die zur Erhebung von Säumniszuschlägen berechtigt, liegt vor, wenn am Fälligkeitstag eine belastende auf dem Konto der zahlungspflichtigen Krankenkasse, nicht jedoch eine Ausführung vor Bankannahmeschluss erfolgt.

**Bankannahmeschluss** ist der Zeitpunkt, bis zu dem das vom Zahlungspflichtigen beauftragte Geldinstitut sicherstellt, dass Überweisungsaufträge in der Weise ausgeführt werden, dass das Geldinstitut des Zahlungsempfängers auf die Überweisung ohne Weiteres Zugriff nehmen kann. Hat der Zahlungspflichtige alles in seiner Macht Stehende veranlasst, um eine rechtzeitige Zahlung, das heißt Wertstellung auf dem Empfängerkonto, sicherzustellen, so soll der Zahlungspflichtige so gestellt werden, als sei die Zahlung rechtzeitig erfolgt, obwohl dies nicht der Fall ist.

Die klagende Krankenkasse gab im Mai und Oktober 2003 zwar am 15., dem Fälligkeitstag, den Überweisungsauftrag heraus, die Risikostrukturausgleichsabgabe ging aber erst am 16. des Monats auf dem Beklagtenkonto ein. Die beklagte BfA setzte Säumniszuschläge in Höhe von 1 % (31.694,50 EUR bzw. 32.308,00 EUR) fest. *SG Köln*, Urt. v. 13.09.2005 – S 9 (19) KR 381/04 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## 3. BUNDESAUSSCHUSS GEGEN AUFSICHTSBEHÖRDE (PROTONENTHERAPIE IM KRANKENHAUS)

*SG Köln, Urt. v. 19.10.2005 – S 19 KR 76/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 06-03-190

Sozialversicherung, Krankenversicherung, Vertragsarztrecht, Gemeinsamer Bundesausschuss, Aufsicht, Krankenhaus, Protonentherapie, Ästhesioneuroblastom, Mammakarzinom

SGB V §§ 91, 92 I 2 Nr. 5, 94 I 2, 135 I, 137c I 1, II 1; SGB § 35 II Nr. 5; SGB IV § 88 II; SGG § 12 II 1

Die **Kammern für Angelegenheiten der Sozialversicherung** entscheiden über eine aufsichtsrechtliche Beanstandung gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss, soweit Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft an ihm beteiligt sind und es um die Bewertung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Krankenhaus geht.

Die Einordnung der **Protonentherapie** für die Indikationen "**Ästhesioneuroblastom**" und "**Mammakarzinom**" in die Anlage B der Verfahrensregeln zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist rechtmäßig.

Sachlich kann die **Aufsichtsbehörde** alle Auskünfte und Unterlagen verlangen, die den Weg des Bundesausschusses vom Überprüfungsantrag bis zum Richtlinienbeschluss transparent machen. Die damit korrespondierende Pflicht des Bundesausschusses umfasst jedoch nicht, dass seine **Entscheidung begründet** werden müsste.

Der **Bewertungsvorgang** bei Entscheidungen nach § 135 SGB V und § 137c SGB V unterscheiden sich nicht wesentlich. Denn wenn es bei § 137c SGB V wesentliches Ziel des Gesetzgebers ist, in der stationären medizinischen Versorgung "medizinisch fragwürdige Leistungen" zu vermeiden (BTDrS. 15/1525, S. 126), so kann aus der Umkehrung von Regel und Ausnahme zwischen anwendbaren Methoden im ambulanten und stationären Bereich nicht geschlossen werden, für jenen reichen Zweifel an der Methode, für diesen aber (nur) gesicherte Kenntnisse aus, um diese Methode nicht Gegenstand des gesetzlichen Leistungskataloges werden bzw. sein zu lassen.

Der klagende Gemeinsame Bundesausschuss beriet die Protonentherapie. Diese ist ein Hochpräzisionsstrahlen-Therapieverfahren, das bei onkologischen Erkrankungen eingesetzt wird. Dabei werden durch einen Teilchenbeschleuniger die positiv geladenen, massereichen Teile des Atomkerns mit mehr als halber Lichtgeschwindigkeit auf den Körper gerichtet und können, da sie ihre maximale Energie erst kurz vor deren Verlust entfalten, sehr zielgenau den zu bestrahlenden Tumor treffen. Dadurch wird der gesunde Organismus wesentlich mehr geschont als bei der herkömmlichen Photonen- oder Röntgenbestrahlung. Auch dringen Protonenstrahlen im Gegensatz zu Photonenstrahlen (nur) begrenzt in das Gewebe ein; hinter dem sog. "Bragg"-Punkt ist keine Bestrahlung mehr nachweisbar. Deshalb ermöglicht die Protonentherapie sehr hohe Strahlendosen, ohne dass gesundes, den Tumor umgebendes Gewebe geschädigt wird. Für die Beschaffung einer Protonenbestrahlungsanlage ist eine Investition von ca. 150.000.000,- Euro erforderlich. Mit zwei Beschlüssen stellte der Bundesausschuss fest, dass die Protonentherapie bei der Indikation "Ästhesioneuroblastom" sowie der Indikation "Mammakarzinom" die Kriterien des § 137c SGB V erfüllt und damit keine Leistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die beklagte Aufsichtsbehörde beanstandete beide Beschlüsse. Das *SG* gab der Klage statt.



## **XI. Entscheidungen des BSG**

### **1. VERTRAGSÄRZTLICHE BEHANDLUNG: INTERSTITIELLE BRACHYTHERAPIE MIT PERMANENTER SEED-IMPLANTATION**

*BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 12/05 R -*

**RID 06-03-191**

#### **Leitsatz:**

Wurden relevante Daten für die Abschätzung der Langzeitprognose bei einer neuen, in den USA bereits angewandten Behandlungsmethode (hier: interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds bei Prostatakarzinom) erstmals ein bis fünf Jahre vor der Behandlung eines Versicherten publiziert, kann allein aus dem Zeitablauf ein Systemmangel wegen Untätigbleibens des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nicht hergeleitet werden.

### **2. KOSTENERSTATTUNG: UTERUS-ARTERIEN-EMBOLISATION/HERSTELLUNGSANSPRUCH**

*BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 5/05 R -*

**RID 06-03-192**

#### **Leitsatz:**

1. Zum Konkurrenzverhältnis zwischen den in § 13 Abs. 3 SGB V sowie § 15 Abs. 1 SGB IX geregelten Kostenerstattungsansprüchen und dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch.
2. Zur Pflicht des behandelnden Arztes, den Versicherten auf Behandlungsalternativen hinzuweisen.

### **3. ARZNEIMITTELBEGRIFF (D-RIBOSE)**

*BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 12/04 R -*

**RID 06-03-193**

#### **Leitsatz:**

Versicherte können Versorgung mit Einfachzucker (D-Ribose) bei einer Muskelerkrankung nicht beanspruchen, denn dies gehört nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, ohne dass Verfassungsrecht entgegensteht

### **4. WAHLRECHT AUF LIEGERAD ANSTELLE EINES ELEKTOROLLSTUHL**

*BSG, Urt. v. 24.05.2006 – B 3 KR 16/05 R -*

**RID 06-03-194**

#### **Leitsatz:**

Zum Anspruch eines unter fortschreitender Einschränkung der Gehfähigkeit leidenden Versicherten auf Versorgung durch die Krankenkasse mit einem behinderungsgerecht ausgestatteten Liegedreirad anstelle eines Elektrorollstuhls.

### **5. STATIONÄRE BEHANDLUNG: KRANKENHAUSBEHANDLUNGSBEDÜRFTIGKEIT UND PROGNOSEENTSCHEIDUNG**

*BSG, Beschl. v. 04.04.2006 – B 1 KR 32/04 R - juris*

**RID 06-03-195**

Bei dem 3. Senat des Bundessozialgerichts wird angefragt, ob dieser an seiner in den Urteilen vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R (BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2), vom 20.1.2005 - B 3 KR 9/03 R (BSGE 94, 139 = SozR 4-2500 § 112 Nr. 4) und vom 7.7.2005 - B 3 KR 40/04 R vertretenen Rechtsauffassung festhält, dass in erster Linie der behandelnde Krankenhausarzt die Entscheidung über die zu ergreifenden stationären Maßnahmen im Rahmen einer medizinischen Prognose treffe, während sich die betroffene Krankenkasse in der Regel nicht darauf beschränken könne, die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Nachhinein aus ihrer Sicht zu beurteilen und bei abweichendem Ergebnis die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung zu verweigern; die Prognose des Krankenhausarztes, dass eine - weitere - stationäre Behandlung im Krankenhaus notwendig sei, müsse von der Krankenkasse hingenommen werden, sofern sie "vertretbar" sei. Angefragt wird insbesondere, ob an dieser Rechtsprechung auch (jeweils) für den Fall festgehalten wird, dass

1. die stationäre Behandlungsfähigkeit des Leidens im Streit ist und damit letztlich die Frage, ob insoweit überhaupt eine Krankheit im Rechtssinne vorlag,
2. eine sich nach und nach schließlich über mehrere Jahre hinweg erstreckende Dauerbehandlung im Streit ist (hier: mehr als 3 Jahre),

3. der Versicherte sich tatsächlich über die gesamte streitbefangene Zeit hinweg in einem Krankenhaus aufhielt und lediglich der Kostenträger (Sozialhilfe- oder Krankenversicherungsträger) dafür im Streit ist,
4. lediglich ein Erstattungsstreit zwischen zwei Sozialleistungsträgern hinsichtlich der Kosten der stationären Behandlung geführt wird,
5. zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse Verträge geschlossen wurden, nach denen beide Institutionen gegenüber dem Versicherten Betreuungspflichten treffen.

## **6. STREITIGKEITEN ZWISCHEN KRANKENHAUSTRÄGER UND KRANKENKASSE KEINE ERSTATTUNGSSTREITIGKEIT**

*BSG, Urt. v. 24.05.2006 – B 3 KR 15/05 R -*

**RID 06-03-196**

### **Leitsatz:**

Streitigkeiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung zwischen einem öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger und einer gesetzlichen Krankenkasse sind keine Erstattungsstreitigkeiten i.S. von § 144 Abs. 1 S 1 Nr. 2 SGG, bei denen die Berufung erst bei einer Beschwer von mehr als 5000 Euro statthaft ist (Anschluss an BSG v. 6.5.1998 - B 13 RJ 69/97 R = SozR 3-1500 § 144 Nr. 14).

## **Redaktion**

**Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.**

**REDAKTION:** Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen

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

Die Leserschaft wird um Mithilfe bei der Erstellung des RID durch Einsendung von Urteilen aus der Instanzenpraxis direkt an die Redaktion (oder an die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Fax:030/4005-1795) gebeten.

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

Ältere Ausgaben (RID 00-01 bis 06-02) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

## C. Entscheidungen anderer Gerichte

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. BERUFSRECHT: WERBEVERBOT UND GEHÄUFTE TELEFONBUCHANZEIGEN

*VG Münster, Berufsgericht für Heilberufe, Urt. v. 31.05.2006 – 19 K 1581/05.T – juris* **RID 06-03-197**

Werbung, Werbeverbot, Berufspflicht, Anzeige, Telefonbuch

Heilberufsgesetz NRW § 29; Berufsordnung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe § 1 I, 17 II, 20 I

Ein Verstoß gegen das **Verbot berufswidriger Werbung** ist gegeben, wenn eine Anzeige auf jeder dritten bzw. vierten Seite des Telefonbuches einer Stadt erschienen ist. Die Grenze zur interessengerechten und sachangemessenen Information der Öffentlichkeit und möglicher Patienten wird überschritten, weil die Anzahl der Anzeigen einer gesundheitspolitisch unerwünschten Kommerzialisierung des Zahnarztes Vorschub leistet. In der Öffentlichkeit, auch bei möglichen Patienten, wird durch die Häufigkeit der Anzeigen der Eindruck hervorgerufen, dass es dem Zahnarzt in erster Linie darum geht, seine zahnärztliche Leistung „zu verkaufen“ und nicht darum, durch sein zahnärztliches Angebot zur medizinisch notwendigen Versorgung der Bevölkerung beizutragen.

#### 2. MITGLIEDSBEITRAG FÜR DIE PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER

*OVG Bremen, Urt. v. 29.11.2005 – 1 A 148/05 – www2.bremen.de/justizsenator/oberverwaltungsgericht* **RID 06-03-198**

Beitrag, Beitragsbemessung, Beitragseinstufung, Beitragsgruppe, Psychotherapeutenkammer, Kammermitglied, Psychotherapeut, Satzungsermessen

Satzung der Psychotherapeutenkammer Bremen § 15; GG Art. 3 I

*VG Bremen, Urt. v. 25.03.2004 – 2 K 1399/02- RID 04-03-216* wird aufgehoben.

Die **Beitragsbemessung** einer Psychotherapeutenkammer nach einem für alle Mitglieder **einheitlichen Prozentsatz** (hier: 0,54 %), der sich auf die jährlich erzielten Einkünfte aus nichtselbständiger und/oder aus selbständiger psychotherapeutischer Arbeit bezieht, ist rechtmäßig. Die unterschiedliche Beitragshöhe, die sich daraus für die Kammermitglieder ergibt, entspricht deren Leistungsfähigkeit und ist Ausdruck des Solidarprinzips zwischen den Kammermitgliedern. Es besteht keine Verpflichtung, die Mitglieder zur Beitragsbemessung in Beitragsgruppen einzuteilen und für die Gruppen jeweils einen unterschiedlichen Beitragssatz festzulegen.

Ein **Außerachtlassen von Teilen des Einkommens** kann ausnahmsweise nur in Betracht kommen, wenn sie vollständig aus der berufsbezogenen psychotherapeutischen Tätigkeit ausgegrenzt werden können, etwa aus Tätigkeiten in einem gänzlich anderen, abgrenzbaren und berufsfremden Arbeitsbereich oder bei einem anderen Arbeitgeber resultieren (so zu Recht VG Gießen, U. v. 19.09.2005 - 10 E 1175/05).

#### 3. GÜTESIEGEL FÜR DIE PRAXIS: "GEPRÜFTE MACDENT-QUALITÄTSSTANDARDS"

*OLG Schleswig, Urt. v. 28.03.2006 – 6 U 60/05 – www.macident.de*

**RID 06-03-199**

Gütesiegel, Qualitätsstandard, Qualitätsmanagement, Werbung, Zahnarzt

SGB V §§ 135 ff.; UWG

Mit dem Konzept „MACDENT®“ treten die angeschlossenen Zahnarztpraxen nach außen mit einer gemeinsamen Bezeichnung auf und haben sich auf die Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards geeinigt. Es handelt sich um eine **Werbung im Praxisverbund**. Über diesen Verbund darf der angeschlossene Arzt im Rahmen der erlaubten Patienteninformationen Mitteilung machen (Senatsurteil v. 03.04.2001 - 6 U 89/2000, Abs. 38 zit. nach juris).

Der **Hinweis** eines Zahnarztes auf **Maßnahmen des Qualitätsmanagements** ist als solcher nicht verboten. Zusätzliche oder weitergehende Maßnahmen der Qualitätssicherung sind durch die gesetzliche Regelung nicht ausgeschlossen, sondern den Zahnärzten weiterhin möglich (Senatsurteil a.a.O., Abs. 45).

#### 4. BETRUG: ABRECHNUNG DER NR. 5 EBM ZUR SPRECHSTUNDENZEIT

**LG Mainz, Urt. v. 06.07.2006 – 3953 Js 10023/01-5 KLS –**

**RID 06-03-200**

Betrug, Unzeit, Unzeitgebühr, Abrechnung, Sprechstunde  
EBM Nr. 5, 524

Die 5. große Strafkammer des Landgerichts Mainz hat nach 39 Verhandlungstagen am 06.07.2006 einen 52-jährigen Facharzt für Chirurgie wegen Betrugs in 22 Fällen – hiervon in 15 Fällen gewerbsmäßig handelnd – zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 2 Jahren und 9 Monaten verurteilt. Daneben wurde der Verfall von Wertersatz in Höhe von über 90.000 Euro angeordnet. Nach der Vernehmung von über 40 Zeugen, einem Sachverständigen sowie der Überprüfung einer Vielzahl von Patientenkartekarten war der Angeklagte aus Sicht der Kammer überführt, über 22 Quartale (Zeitraum: Oktober 1996 bis Januar 2001) hinweg die Kassenärztliche Vereinigung bei der Abrechnung der Gebührensätze 5 (Gebühr für Behandlung zur Unzeit) und 524 EBM (Gebühr für Massageleistungen) vorsätzlich betrogen zu haben. Der Angeklagte habe die Gebührensätze gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung gestellt, obwohl er die an die jeweiligen Leistungsmuster zu stellenden Anforderungen nicht erfüllte habe, was ihm auch bewusst gewesen sei. So habe er die nur ausnahmsweise für die unerwartete Inanspruchnahme des Arztes zur Unzeit anfallende Gebühr nach **EMB-Nummer 5** abgerechnet, obwohl es sich um Behandlungen im Rahmen der offiziellen und regulären Sprechstunde gehandelt habe. Massageleistungen nach der **EMB-Nummer 524** wurden auch in solchen Fällen abgerechnet, in denen keinerlei therapeutische Zusatzleistungen erbracht worden seien. Insgesamt sei – so die Kammer – der Kassenärztlichen Vereinigung ein Schaden in Höhe von mindestens 150.000 Euro entstanden.

Pressemeldung vom 10.07.2006 - cms.justiz.rlp.de/justiz -

## II. Arzthaftung

#### 1. BGH: SCHADENSERSATZKLAGE NACH ROBODOC-OPERATION ABGEWIESEN

**BGH, Urt. v. 13.06.2006 – VI ZR 323/04 –** [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)

**RID 06-03-201**

Arzthaftung, Aufklärung, neue Methode  
BGB § 823

**Leitsatz:** Zur Anwendung einer neuen medizinischen Behandlungsmethode und zum Umfang der hierfür erforderlichen Aufklärung des Patienten.

13.06.2006

#### 2. THERAPIE EINER LYME-BORRELIOSE

**LG Osnabrück, Urt. v. 30.10.2005 – 2 O 3380/03 –** [www.landgericht-osnabrueck.niedersachsen.de](http://www.landgericht-osnabrueck.niedersachsen.de)

**RID 06-03-202**

Zeckenbiss, Borreliose  
BGB § 823

**Leitsatz:** Für die Therapie einer Lyme-Borreliose gibt es derzeit kein durch randomisierte kontrollierte Studien gesichertes und allgemein akzeptiertes Therapierregime

#### 3. ZUR HAFTUNG EINES PRAXISVERTRETERS UND UMKEHR DER BEWEISLAST

**OLG Jena, Urt. v. 26.04.2006 – 4 U 416/05 –** (rechtskräftig) [www.thueringen.de/olg](http://www.thueringen.de/olg)

**RID 06-03-203**

Praxisvertreter, Weisheitszahn, Röntgenaufnahme, Behandlungsfehler, Leitungsanästhesie  
BGB §§ 278, 823, 847; ZPO § 286

**Leitsätze:** 1. Zur Haftung des Praxisvertreters.

2. Zur Umkehr der Beweislast bei grobem Behandlungsfehler, wenn der Zahnarzt vor der Extraktion eines Weisheitszahnes keine Röntgenaufnahme des Zahnes und des knöchernen Umfeldes erstellt und die Röntgenaufnahme nicht im Hinblick auf die Vermeidung einer Beschädigung des nervus lingualis von Bedeutung sein kann.

3. Zur Aufklärung über das Risiko einer dauerhaften Schädigung des nervus lingualis durch eine Leitungsanästhesie, wenn die Leitungsanästhesie einhergeht mit einer operativen Entfernung von Weisheitszähnen.

#### 4. DARLEGUNGSLAST DES PATIENTEN IM PKH-VERFAHREN

**OLG Jena, Urt. v. 18.05.2006 – 4 W 205/06** – (rechtskräftig) [www.thueringen.de/olg](http://www.thueringen.de/olg)

**RID 06-03-204**

PKH-Verfahren, Patientenseite

BGB §§ 278, 823, 847; ZPO § 114

**Leitsatz:** Verneint die Behandlungsseite nachvollziehbar ein schuldhaft fehlerhaftes Behandlungsgeschehen, muss sich die Patientenseite damit nachvollziehbar auseinander setzen; die reine "Vermutung" eines Behandlungsfehlers reicht hierfür nicht.

### III. Private Krankenversicherung/GOÄ/Beihilfe

#### 1. BGH: HÖCHSTGRENZEN FÜR ERSTATTUNG ZAHNÄRZTLICHER SACHKOSTEN

**BGH, Urt. v. 18.01.2006 - IV ZR 244/04** - [www.bundesgerichtshof.de=MedR](http://www.bundesgerichtshof.de=MedR) 2006, 348

**RID 06-03-205**

Sachkosten, Höchstgrenze, Sachkostenliste

BGB § 307 I 2; AVB Krankheitskostenversicherung

**Leitsatz:** Die Erstattungsfähigkeit zahnärztlicher Sachkosten kann durch Einführung von Höchstgrenzen unter Anknüpfung an bestimmte Leistungen in einer dem gewählten Tarif angehängten so genannten Sachkostenliste beschränkt werden.

#### 2. VERSORGUNG MIT SOG. DISK-IMPLANTATEN

**LG Köln, Urt. v. 29.03.2006 - 23 O 269/03** - [www.justiz.nrw.de](http://www.justiz.nrw.de)

**RID 06-03-206**

Zahnbehandlung, Behandlungsmethode, private Krankenversicherung, Implantatversorgung, Disk-Implantat

BGB § 611

Nach BGH, Urt. v. 12.03.2003, BGHZ 154, kommt es nicht mehr darauf an, ob eine kostengünstigere Behandlungsmethode zur Verfügung steht. Eine private Krankenversicherung kann daher eine Implantatversorgung nicht mit dem Einwand ablehnen, die Zahnersatzbehandlung hätte auch mittels einer Modellgussprothese in Verbindung mit Teleskopkronen durchgeführt werden können.

Bei der Versorgung mit sog. Disk-Implantaten kann es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handeln.

### IV. Arzneimittel

#### 1. VERBLISTERUNG VON FERTIGARZNEIMITTELN

**OVG Niedersachsen, Urt. v. 16.05.2006 – 11 LC 265/05** – [www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)

**RID 06-03-207**

Arzneimittel, Verblisterung, Verblistern, Apotheke, Herstellung

AMG §§ 4, 13, 21; ApBetrO §§ 7, 8, 9, 12a, 17

**Leitsätze:** 1. Der Herstellungsbegriff des Arzneimittelrechts erfasst auch die Verblisterung von Fertigarzneimitteln, d.h. die Ausezelung von Arzneimitteln aus Fertigarzneimittelpackungen, die anschließende Zusammenstellung der Tabletten und Kapseln nach den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Arzneimittlempfängers und die automatisierte Neuverpackung in folienverschweißten Behältnissen.

2. Die gewerbliche Herstellung von Arzneimittelblistern in der Apotheke hält sich im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebes.

3. Für die gewerbliche Herstellung von Arzneimittelblistern in einer Apotheke besteht keine arzneimittelrechtliche Zulassungspflicht.

## 2. ABGRENZUNG ZWISCHEN LEBENSMITTELN UND ARZNEIMITTELN (RED RICE KAPSELN)

*OVG Niedersachsen, Urt. v. 23.03.2006 – 11 LC 180/05* – [www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)

RID 06-03-208

Arzneimittel, Gesundheitsgefahr, Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Red Rice-Produkt

AMG §§ 2, 21, 69; EGV §§ 28, 30; LFGB § 2;

**Leitsätze:** 1. Bei der Abgrenzung zwischen Lebensmitteln/Nahrungsergänzungsmitteln und Arzneimitteln gilt der aus dem Gemeinschaftsrecht folgende Vorrang der arzneimittelrechtlichen Vorschriften auch im deutschen Recht.

2. Für die Beurteilung, ob ein Produkt unter die Definition des Arzneimittels "nach der Funktion" fällt, ist schwergewichtig auf die pharmakologischen Wirkungen abzustellen.

3. Bei Stoffen, für die eine dosisabhängige pharmazeutische Wirkung wissenschaftlich nicht eindeutig bestimmt ist, stellen der Vergleich mit zugelassenen Arzneimitteln sowie mögliche gesundheitliche Risiken wichtige Abgrenzungskriterien dar.

4. Die Anwendbarkeit der Zweifelsregelung in Art. 2 Abs. 2 der Richtlinie 2001/83/EG idF der Änderungsrichtlinie 2004/27/EG setzt nicht voraus, dass die Arzneimitteleigenschaft positiv festgestellt worden ist. Es reicht vielmehr aus, dass der insoweit maßgebliche Nachweis der pharmakologischen Wirkung nicht mit letzter Sicherheit erbracht werden kann.

5. Das Produkt "Red Rice 330 mg GPH Kapseln" ist als zulassungspflichtiges Arzneimittel anzusehen.

## 3. FERTIGARZNEIMITTEL DURCH VERMISCHUNG FERTIGER SUBSTANZEN

*OLG München, Urt. v. 23.02.2006 – 6 U 3721/05* – WRP 2006, 909

RID 06-03-209

Apotheker, Arzneimittel, Fertigarzneimittel, Zulassungspflicht, Wettbewerbsrecht, Verschreibung

UWG 2004§ 4; AMG § 21, 48; HeilMWerbG §§ 3, 11

**Leitsätze:** 1. Stellt ein Apotheker ein Fertigarzneimittel in seiner Apotheke dadurch her, dass er mehrere medizinisch wirksame Substanzen mischt, dann ist dieses Mittel gemäß § 21 Abs. 2 Nr. 1 AMG auch dann von der Zulassungspflicht befreit, wenn der Apotheker diese Wirkstoffe nicht selbst herstellt, sondern fertig von dritter Seite bezogen hat.

2. Die Vorschriften der ApoBetrO, die bei der Herstellung von Arzneimitteln durch den Apotheker zu beachten sind, schützen ausschließlich Interessen der Allgemeinheit und nicht Individualinteressen von Wettbewerbern. Ihre Verletzung kann daher keine Ansprüche nach §§ 3, 4 Nr. 11, 8 UWG begründen.

3. Dass in § 21 Abs. 2 Nr. 1 die "nachweislich häufige ärztliche Verschreibung" als Voraussetzung für die zulassungsfreie Herstellung eines Fertigarzneimittels durch den Apotheker genannt ist, bedeutet nicht, dass ein in dieser Weise hergestelltes Fertigarzneimittel grundsätzlich nur auf Verschreibung abgegeben werden dürfte. Die Verschreibungspflicht ist vielmehr abschließend in § 48 AMG geregelt.

## V. Verschiedenes

### 1. EUGH

#### A) KRANKENHAUSBEHANDLUNG IM EU-AUSLAND

*EuGH, Urt. v. 16.05.2006 – C-372/04* - [www.curia.eu](http://www.curia.eu)

RID 06-03-210

The Queen, auf Antrag von Yvonne Watts / Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health

Der NHS (der britische National Health Service) kann einem Patienten die Genehmigung für eine Behandlung im Ausland nur dann unter Berufung auf das Bestehen einer **Wartezeit** für eine Krankenhausbehandlung im Wohnstaat versagen, wenn er nachweist, dass dieser Zeitraum nicht den in Anbetracht des Gesundheitszustands und des klinischen Bedarfs des Betroffenen **medizinisch vertretbaren zeitlichen Rahmen** überschreitet. Andernfalls ist die Krankenkasse dann verpflichtet, dem Patienten die Behandlungskosten zu erstatten.

Ein Patient, dem eine Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat (Aufenthaltsstaat) genehmigt wurde oder dem die Genehmigung mit einem unbegründeten Bescheid versagt wurde, hat **Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten** durch den zuständigen Träger nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaats, als ob er in diesem Staat versichert wäre.

## B) STEUERFREIHEIT MEDIZINISCHER LABORUNTERSUCHUNGEN

*EuGH, Urt. v. 08.06.2006 – C-106/05* - [www.curia.eu](http://www.curia.eu)

RID 06-03-211

(Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 234 EG, eingereicht vom Bundesfinanzhof)

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 ist dahin auszulegen, dass der vorbeugenden Beobachtung und Untersuchung der Patienten dienende **medizinische Analysen**, die wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehenden von einem in privatrechtlicher Form organisierten Labor außerhalb einer Heilbehandlungseinrichtung auf Anordnung praktischer Ärzte durchgeführt werden, **als ärztliche Heilbehandlungen** einer anderen ordnungsgemäß anerkannten privatrechtlichen Einrichtung im Sinne dieser Bestimmung unter die dort vorgesehene Befreiung fallen können.

Artikel 13 Teil A Absätze 1 Buchstabe b und 2 Buchstabe a der Richtlinie steht einer **nationalen Regelung** nicht entgegen, wonach die **Befreiung** derartiger medizinischer Analysen von Bedingungen abhängt, die nicht für die Befreiung der Heilbehandlungen der praktischen Ärzte gelten, die sie angeordnet haben, und sich von denen unterscheiden, die für die mit der ärztlichen Heilbehandlung eng verbundenen Umsätze im Sinne der erstgenannten Bestimmung gelten.

Artikel 13 Teil A Absatz 1 Buchstabe b der Richtlinie steht einer nationalen Regelung entgegen, wonach die **Befreiung** der medizinischen Analysen, die von einem in privatrechtlicher Form organisierten **Labor** außerhalb einer Heilbehandlungseinrichtung durchgeführt werden, von der Bedingung abhängt, dass sie **unter ärztlicher Aufsicht** erbracht werden. Dagegen verstößt es nicht gegen diese Bestimmung, dass nach der nationalen Regelung die Befreiung dieser Analysen von der Bedingung abhängt, dass mindestens 40 % von ihnen Personen zugute kommen, die bei einem Träger der **Sozialversicherung versichert** sind.

## C) PFLEGEgeld NACH MAßGABE DES BESCHÄFTIGUNGsortES

*EuGH, Urt. v. 21.02.2006 – C-286/03* - [www.curia.eu](http://www.curia.eu)

RID 06-03-212

Silvia Hosse / Land Salzburg

Ein **Pflegegeld** wie das nach dem Salzburger Pflegegeldgesetz vorgesehene stellt keine beitragsunabhängige Sonderleistung im Sinne von Art. 4 IIb EWGV Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, sondern eine **Leistung bei Krankheit** im Sinne von Art. 4 I Buchstabe a der Verordnung dar.

Der Familienangehörige eines **im Bundesland Salzburg beschäftigten Arbeitnehmers**, der mit seiner Familie **in Deutschland wohnt**, kann vom zuständigen Träger seines Beschäftigungsortes die **Zahlung eines Pflegegeldes** wie des nach dem Salzburger Pflegegeldgesetz vorgesehenen als einer Geldleistung bei Krankheit gemäß Artikel 19 der Verordnung Nr. 1408/71 verlangen, wenn er die sonstigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, sofern er nicht nach den Rechtsvorschriften des Staates, in dem er wohnt, Anspruch auf eine gleichartige Leistung hat.

## 2. BVERFG

### A) EFFEKTIVER RECHTSSCHUTZ GEGEN RECHTSVERORDNUNGEN

*BVerfG, Beschl. v. 17.01.2006 – 1 BvR 541/02, 1 BvR 542/02* – [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de)

RID 06-03-213

Rechtsverordnung, Feststellungsklage, Rechtsschutz

GG Art. 19 IV; VwGO § 47

Ist eine inzidente Überprüfung der Rechtmäßigkeit der untergesetzlichen Rechtssätze im Rahmen von Verfahren gegen deren Anwendung nicht möglich oder führt eine inzidente Prüfung allein nicht zur Beseitigung der Grundrechtsverletzung, so kommt außerhalb des Anwendungsbereichs von § 47 VwGO insbesondere die Feststellungsklage als Rechtsschutzmittel in Betracht. Im verwaltungsgerichtlichen Verfahren kann gegenüber dem Normgeber auch die Feststellung begehrt werden, dass das Recht auf Gleichbehandlung den Erlass oder die Änderung einer Rechtsverordnung gebietet.

## **B) PERSÖNLICHKEITSRECHT EINES SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE VORNEHMENDEN ARZTES**

**BVerfG, 1. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 24.05.2006 – 1 BvR 49,55 u. 2031/00** – [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) **RID 06-03-214**

Schwangerschaftsabbruch, Abtreibung, Beleidigung, Persönlichkeitsrecht

GG Art. 2 I, 5; StGB § 185

Die gegen einen Schwangerschaftsabbrüche vornehmenden Arzt gebrauchte Formulierung "damals: Holocaust - heute: Babycast" enthält auch dann, wenn sie nicht als eine Gleichsetzung der Schwangerschaftsabbrüche mit dem nationalsozialistischen Holocaust zu deuten ist, sondern mit dem Bundesgerichtshof (BGH, NJW 2000, S. 3421 <3423>) so zu verstehen ist, dass durch den Vergleich nur zum Ausdruck gebracht werde, die vorgenommenen Abtreibungen stellten eine verwerfliche Massentötung menschlichen Lebens dar, ebenfalls einen äußerst schwer wiegenden Vorwurf und damit eine schwere **Beeinträchtigung des Persönlichkeitsrechts**.

## **C) FÜHRUNGSAUFSICHT: WEISUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPLICHT**

**BVerfG, 2. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 06.06.2006 – 2 BvR 1349/05** – [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) **RID 06-03-215**

Persönlichkeitsrecht, Recht auf informationelle Selbstbestimmung, Schweigepflicht

StGB §§ 63, 67d, 68b; GG Art. 2 I, 20 III, 103 II

Die Weisung im Rahmen der Führungsaufsicht, den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden, findet im Gesetz derzeit keine Grundlage.

## **3. BGH: GUTSCHEIN EINER KRANKENKASSE FÜR BLUTDRUCKMESSUNGEN**

**BGH, Urt. v. 23.02.2006 – I ZR 164/03** - [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)

**RID 06-03-216**

Blutdruckmessungen, Krankenkasse, Wettbewerbsrecht

SGB V § 69

**Leitsatz:** Die Vorschrift des § 69 SGB V schließt es aus, Handlungen der Krankenkassen und der von ihnen eingeschalteten Leistungserbringer, die der Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrags gegenüber den Versicherten dienen sollen, nach dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb zu beurteilen.

## **4. BSG: ANFORDERUNGEN AN DIE RÜGE EINER ÜBERLANGEN VERFAHRENSDAUER**

**BSG, Beschl. v. 13.12.2005 – B 4 RA 220/04 B** - juris = SozR 4-1500 § 160a Nr 11

**RID 06-02-217**

Verfahrensdauer, Justizgewährungsanspruch, Rechtsschutz

SGG § 160 II Nr. 3 Halbs. 1 SGG; GG Art. 2 I 1, 19 IV, 20 III; MRK Art. 6 I, 13

**Leitsätze:** 1. Bei Verletzung des Rechts auf ein zügiges Verfahren ist es im Lichte der Art. 6 Abs. 1 und 13 MRK sowie eines verfassungsrechtlich aus Art. 2 Abs. 1 und 20 Abs. 3 GG herzuleitenden "allgemeinen Justizgewährungsanspruchs" zur Effektivierung des Rechtsschutzes geboten, in der Sozialgerichtsbarkeit einem Beteiligten in einem Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision das Recht einzuräumen, eine überlange Verfahrensdauer vor den Gerichten eines Bundeslandes mit einer Verfahrensrüge gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 3 Halbs. 1 SGG zum obersten Gerichtshof des Bundes geltend zu machen, ohne darlegen zu müssen, dass die angefochtene Entscheidung auf diesem Verfahrensfehler beruhen kann.

2. Auch unter Berücksichtigung einer teleologischen Reduktion des § 160 Abs. 2 Nr. 3 Halbs. 1 SGG genügt der Beschwerdeführer seiner Darlegungspflicht grundsätzlich nur dann, wenn er den Verfahrensmangel ordnungsgemäß bezeichnet. Eine konkrete Darlegung der Gründe für eine Verfahrensverzögerung ist allerdings dann nicht erforderlich, wenn sich aus dem Vorbringen des Beschwerdeführers ergibt, dass die Verfahrensdauer grundsätzlich nicht mehr gerechtfertigt sein kann, es sei denn, dass außergewöhnliche Umstände des Einzelfalles evident gegeben sind.

3. Eine generelle Grenze, bei deren Überschreiten in der deutschen Sozialgerichtsbarkeit im Klage- und Berufungsverfahren ein Verstoß gegen Art. 6 Abs. 1 MRK zu vermuten ist, liegt bei drei Jahren je Gerichtsstanz.

Vgl. zuletzt **BVerfG**, 2. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 29.03.2005 – 2 BvR 1610/03 – RID 05-02-212; **BVerfG**, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 27.07.2004 – 1 BvR 649/04 – RID 05-01-259 u. RID 04-01-C X 1 (S. 92); s. a. **LSG Berlin**, Beschl. v. 27.01.2005 – L 9 B 6/05 KR – RID 05-02-160).

## **5. AMTSHAFTUNG BEI RECHTSWIDRIGER UNTERSAGUNG DER VERTRETERTÄTIGKEIT EINES ZAHNARZTES DURCH KZV**

**OLG Hamm, Urt. v. 13.01.2006 – 11 U 76/05** –

**RID 06-03-218**

Amtshaftung, Amtspflicht, Vertreter



BGB § 839; Ärzte-ZV § 32

Die rechtswidrige Untersagung der Vertretertätigkeit eines Zahnarztes gegenüber einer vertragszahnärztlichen Praxisinhaberin stellt sich zugleich auch als amtspflichtwidriges Verhalten gegenüber dem Zahnarzt dar. Die KZV haftet für den Verdienstaufschaden.

## 6. VERURTEILTER MÖRDER DARF APOTHEKERBERUF NICHT MEHR AUSÜBEN

*VG Baden-Württemberg, Beschl. v. 19.04.2006 - 9 S 2317/05 - juris*

RID 06-03-219

Approbation, Widerruf, Unwürdigkeit, Apotheker, freie Beruf, Mord

BApO §§ 4 I 16 II

**Leitsätze:** 1. Die in § 6 Abs. 2 BApO i.V.m. § 4 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 BApO bestimmte Anordnung des Widerrufs der Approbation bei Unwürdigkeit zur Ausübung des Apothekerberufs ist mit Art. 12 Abs. 1 S. 1 GG vereinbar.

2. Ein wegen Mordes rechtskräftig verurteilter Apotheker ist zur Ausübung des Apothekerberufs unwürdig

## 7. WIDERRUF UND RÜCKFORDERUNG VON ZUWENDUNGEN FÜR ARZTPRAXIS DURCH GEMEINDE

*VG Lüneburg, Urt. v. 26.04.2006 - 5 A 101/05 -*

RID 06-03-220

Widerruf, Rückforderung, Zuwendung, Darlehen, Praxisgründung

VwVfG §§ 49 III Nr. 1

Wird eine Geldleistung in Form eines Zuschusses bzw. eines Darlehns (hier: 51.130 EUR) an einen bestimmten Zweck gebunden, nämlich zur Anschaffung von Einrichtungsgegenständen und Geräten für die zeitnah zu eröffnende Praxis im Gebiet der Gemeinde, und kommt es nicht zur beabsichtigten Praxisgründung, so kann die Geldleistung zurückgefordert werden.

## 8. ALTERSGRENZE FÜR FLUGMEDIZINISCHE SACHVERSTÄNDIGE

*VG Braunschweig, Beschl. v. 28.04.2006 - 2 B 176/06 - www.dbovg.niedersachsen.de/Entscheidung*

RID 06-03-221

Altersgrenze, Berufsfreiheit, Flugmedizinische Sachverständige

LuftVZO § 24 e VI; GG Art. 12

Die Festsetzung einer Altersgrenze in § 24e VI 2 LuftVZO ist nach summarischer Prüfung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren verfassungsgemäß. Es ist insbesondere nicht ersichtlich, dass die Altersgrenze von 68 Jahren für flugmedizinische Sachverständige gegen das Grundrecht auf Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG verstößt.

## 9. FALTENUNTERSPRITZEN IM MUND- UND NASIALBEREICH ALS HEILKUNDE

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.04.2006 - 13 A 2495/03 - www.justiz.nrw.de*

RID 06-03-222

Faltenunterspritzen, Heilpraktiker, Kosmetikerin, Untersagungsverfügung

HPG § 1

Das Faltenunterspritzen im Mund- und Nasialbereich ist Ausübung der Heilkunde i.S.d. § 1 II HPG. Es handelt sich nicht um eine Tätigkeit zu ausschließlich kosmetischen Zwecken.

## 10. WARTEZEIT IM QUALIFIZIERTEN KRANKENTRANSPORT

*VG Göttingen, Urt. v. 02.03.2006 - 4 A 17/04 - www.dbovg.niedersachsen.de*

RID 06-03-223

Krankentransport, qualifizierter Rettungsdienst, Wartezeit

BedarfsVO-RettD § 5 II 1; NRettDG §§ 19, 22

**Leitsatz:** Die im qualifizierten Krankentransport einzuhaltende Wartezeit beginnt nicht bereits mit dem Eingang des Telefonats in der Rettungsleitstelle, sondern erst, wenn feststeht, dass ein Krankentransportmittel angefordert wird.

## 11. ORDNUNGSGELD GEGEN ÄRZTLICHEN ZEUGEN - ÜBERSEHEN DER LADUNG

*LSG Hessen, Beschl. v. 01.03.2006 - L 4 B 41/06 RH - www.sozialgerichtsbarkeit.de=juris*

RID 06-03-224

Ladung, Zeuge, Arzt, Ordnungsgeld

SGG § 118 I; ZPO § 381 I 1

**Leitsatz:** Das Übersehen einer Ladung zur Zeugenvernehmung aufgrund "hektischer Atmosphäre der Berufsausübung" kann einen in seiner körperlichen oder geistigen Wahrnehmungsfähigkeit nicht beeinträchtigten Arzt nicht entschuldigen. Ein Ordnungsgeld in Höhe von 200,00 Euro ist in einem solchen Fall keinesfalls unangemessen hoch.

## Verzeichnis der Entscheidungen

<b>BayVerfGH</b> , Urt. v. 29.05.2005 – Vf. 10-VII-04 –	RID 06-03-05
<b>BGH</b> , Urt. v. 18.01.2006 – IV ZR 244/04 –	RID 06-03-205
BGH, Urt. v. 23.02.2006 – I ZR 164/03 –	RID 06-03-216
BGH, Urt. v. 13.06.2006 – VI ZR 323/04 –	RID 06-03-201
<b>BSG</b> , Beschl. v. 13.12.2005 – B 4 RA 220/04 B –	RID 06-02-217
BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 12/05 R –	RID 06-03-90
BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 24/05 R –	RID 06-03-83
BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 25/05 R –	RID 06-03-82
BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 26/05 R –	RID 06-03-84
BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 27/05 R –	RID 06-03-91
BSG, Urt. v. 22.03.2006 – B 6 KA 44/04 R –	RID 06-03-89
BSG, Beschl. v. 22.03.2006 – B 6 KA 46/05 B –	RID 06-03-86
BSG, Urt. v. 22.03.2006 – B 6 KA 67/04 R –	RID 06-03-81
BSG, Urt. v. 22.03.2006 – B 6 KA 75/04 R –	RID 06-03-88
BSG, Urt. v. 22.03.2006 – B 6 KA 76/04 R –	RID 06-03-87
BSG, Urt. v. 22.03.2006 – B 6 KA 80/04 R –	RID 06-03-85
BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 5/05 R –	RID 06-03-192
BSG, Beschl. v. 04.04.2006 – B 1 KR 32/04 R –	RID 06-03-195
BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 12/04 R –	RID 06-03-193
BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 12/05 R –	RID 06-03-191
BSG, Beschl. v. 19.05.2006 – B 6 KA 12/06 R –	RID 06-03-77
BSG, Urt. v. 24.05.2006 – B 3 KR 15/05 R –	RID 06-03-196
BSG, Urt. v. 24.05.2006 – B 3 KR 16/05 R –	RID 06-03-194
BSG, Beschl. v. 30.05.2006 – B 6 KA 14/06 B –	RID 06-03-92
<b>BVerfG</b> , Beschl. v. 17.01.2006 – 1 BvR 541/02, 1 BvR 542/02 –	RID 06-03-213
BVerfG, 1. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 24.05.2006 – 1 BvR 49,55 u. 2031/00 –	RID 06-03-214
BVerfG, 2. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 06.06.2006 – 2 BvR 1349/05 –	RID 06-03-215
<b>EuGH</b> , Urt. v. 21.02.2006 – C-286/03 –	RID 06-03-212
EuGH, Urt. v. 16.05.2006 – C-372/04 –	RID 06-03-210
EuGH, Urt. v. 08.06.2006 – C-106/05 –	RID 06-03-211
<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 24.01.2006 – L 11 KR 3292/05 –	RID 06-03-100
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.02.2006 – L 5 KR 5426/04 –	RID 06-03-153
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.03.2006 – L 5 KA 2537/05 –	RID 06-03-54
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.03.2006 – L 5 KA 3995/04 –	RID 06-03-61
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 05.04.2006 – L 5 KR 5106/05 –	RID 06-03-132
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 11.04.2006 – L 11 KR 3455/05 –	RID 06-03-169
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 20.04.2006 – L 5 KR 512/06 ER-B –	RID 06-03-137
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 20.04.2006 – L 5 KR 890/06 ER-B –	RID 06-03-178
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.05.2006 – L 5 KA 5158/04 –	RID 06-03-55
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 09.05.2006 – L 11 KR 5004/05 –	RID 06-03-138
<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 09.02.2006 – L 4 KR 82/04 –	RID 06-03-108
LSG Bayern, Urt. v. 16.02.2006 – L 4 KR 215/05 NZB –	RID 06-03-144
LSG Bayern, Urt. v. 08.03.2006 – L 3 KA 5003/04 –	RID 06-03-34
LSG Bayern, Urt. v. 08.03.2006 – L 3 KA 5011/04 –	RID 06-03-25
LSG Bayern, Urt. v. 23.03.2006 – L 4 KR 279/04 –	RID 06-03-148
LSG Bayern, Urt. v. 04.04.2006 – L 5 KR 83/05 –	RID 06-03-152
LSG Bayern, Urt. v. 25.04.2006 – L 5 KR 3/06 –	RID 06-03-99
LSG Bayern, Urt. v. 09.05.2006 – L 5 KR 11/05 –	RID 06-03-102
LSG Bayern, Beschl. v. 10.05.2006 – L 12 B 12/05 KA ER –	RID 06-03-62
LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2006 – L 5 KR 72/05 –	RID 06-03-112
LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2006 – L 5 KR 212/05 –	RID 06-03-103
LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2006 – L 5 KR 231/05 –	RID 06-03-107
LSG Bayern, Urt. v. 30.05.2006 – L 4 KR 109/06 NZB –	RID 06-03-145
<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 21.02.2006 – L 24 KR 23/05 –	RID 06-03-142
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.02.2006 – L 1 B 69/05 KR ER –	RID 06-03-151
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 07.03.2006 – L 7 B 15/05 KA ER –	RID 06-03-20
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 07.03.2006 – L 9 B 63/06 KR ER –	RID 06-03-95
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.03.2006 – L 7 KA 48/01 –	RID 06-03-09
LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 17.03.2006 – L 24 B 67/06 KR ER –	RID 06-03-130
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.03.2006 – L 24 KR 39/05 –	RID 06-03-125
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.04.2006 – L 7 KA 19/02*25 –	RID 06-03-02
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.05.2006 – S 73 KR 2606/04 –	RID 06-03-94
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.06.2006 – L 7 KA 72/06 –	RID 06-03-03
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.06.2006 – L 7 KA 82/06 –	RID 06-03-04
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.06.2006 – L 24 KR 20/04 –	RID 06-03-165
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.07.2006 – L 24 KR 1067/05 –	RID 06-03-181
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.07.2006 – L 24 KR 1127/05 –	RID 06-03-180
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.07.2006 – L 24 KR 1197/05 –	RID 06-03-163
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 07.07.2006 – L 1 KR 41/04 –	RID 06-03-164
<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KR 22/05 –	RID 06-02-167
LSG Hamburg, Urt. v. 22.02.2006 – L 1 KR 48/05 –	RID 06-03-129
LSG Hamburg, Urt. v. 22.02.2006 – L 1 KR 82/05 –	RID 06-03-97
LSG Hamburg, Urt. v. 10.05.2006 – L 1 KR 47/05 –	RID 06-03-116
LSG Hamburg, Urt. v. 28.06.2006 – L 2 KA 1/06 –	RID 06-03-63
<b>LSG Hessen</b> , Beschl. v. 01.03.2006 – L 4 B 41/06 RH –	RID 06-03-224

LSG Hessen, Urt. v. 28.06.2006 – L 4 KA 35/05 –	RID 06-03-72
LSG Hessen, Urt. v. 29.06.2006 – L 8 KR 87/05 –	RID 06-03-105
LSG Hessen, Urt. v. 29.06.2006 – L 1 KR 105/04 –	RID 06-03-186
<b>LSG Mecklenburg-Vorpommern</b> , Urt. v. 31.08.2005 – L 1 KA 1/04 –	RID 06-03-12
<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 24.11.2005 – L 2 KN 12/05 KR –	RID 06-03-143
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.11.2005 – L 10 KA 29/05 –	RID 06-03-56
LSG Nordrhein-Westf., Urt. v. 22.02.2006 – L 11 KR 11/05 –	RID 06-03-113
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2006 – L 10 KA 22/05 –	RID 06-03-06
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.03.2006 – L 11 KA 94/05 –	RID 06-03-58
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.03.2006 – L 5 KR 142/04 –	RID 06-03-166
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.04.2006 – L 11 KA 9/04 –	RID 06-03-10
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.04.2006 – L 11 KA 45/04 –	RID 06-03-29
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.04.2006 – L 11 KR 7/05 –	RID 06-03-109
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.04.2006 – L 11 KR 18/06 –	RID 06-03-96
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.04.2006 – L 11 KR 22/05 –	RID 06-03-120
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.04.2006 – L 11 KR 24/05 –	RID 06-03-114
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.04.2006 – L 11 (2) KR 97/04 –	RID 06-03-158
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.04.2006 – L 16 KR 141/05 –	RID 06-03-179
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 34/04 –	RID 06-03-23
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 52/04 –	RID 06-03-30
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 53/04 –	RID 06-03-31
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 54/04 –	RID 06-03-32
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 68/05 –	RID 06-03-36
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 69/05 –	RID 06-03-37
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 15.05.2006 – L 16 B 19/06 KR NZB –	RID 06-03-147
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 22.05.2006 – L 10 B 3/06 KA ER –	RID 06-03-18
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 24.05.2006 – L 11 B 20/06 KA ER –	RID 06-03-19
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.06.2006 – L 11 KA 26/05 –	RID 06-03-27
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.06.2006 – L 11 KA 80/05 –	RID 06-03-17
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.06.2006 – L 11 KA 116/05 –	RID 06-03-45
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.06.2006 – L 11 (2) KR 51/04 –	RID 06-03-160
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.06.2006 – L 11 KA 6/06 –	RID 06-03-33
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.06.2006 – L 5 KR 16/06 –	RID 06-03-135
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 27.06.2006 – L 11 B 30/06 KA ER –	RID 06-03-69
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 27.06.2006 – L 11 B 31/06 KA ER –	RID 06-03-68
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.06.2006 – L 10 KA 8/05 –	RID 06-03-11
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.06.2006 – L 10 KA 36/05 –	RID 06-03-44
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.06.2006 – L 16 (2) KR 133/05 –	RID 06-03-189
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 11.07.2006 – L 16 B 43/06 KR ER –	RID 06-03-119
<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 14.06.2006 – L 3 KA 46/06 –	RID 06-03-47
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 14.06.2006 – L 3 KA 47/05 –	RID 06-03-48
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 14.06.2006 – L 3 KA 154/03 –	RID 06-03-13
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.04.2006 – L 4 KR 273/04 –	RID 06-03-146
<b>LSG für das Saarland</b> , Urt. v. 11.02.2005 – L 3 KA 5/01 –	RID 06-03-59
<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 30.03.2006 – L 1 KR 12/05 –	RID 06-03-127
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.05.2006 – L 5 KNK 11/05 –	RID 06-03-162
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.05.2006 – L 5 KR 149/05 –	RID 06-03-168
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 14.06.2006 – L 5 ER 57/06 KR –	RID 06-03-188
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.07.2006 – L 5 ER 130/06 KA –	RID 06-03-80
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.07.2005 – L 5 KR 56/05 –	RID 06-03-123
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.07.2005 – L 5 KR 179/04 –	RID 06-03-121
<b>LSG Sachsen</b> , Urt. v. 22.03.2006 – L 1 KR 15/05 –	RID 06-03-118
LSG Sachsen, Urt. v. 22.03.2006 – L 1 KR 114/05 –	RID 06-03-106
<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 29.03.2006 – L 5 KR 16/05 –	RID 06-03-136
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 26.04.2006 – L 5 KR 143/04 –	RID 06-03-149
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.05.2006 – L 4 KA 21/03 –	RID 06-03-50
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.05.2006 – L 4 KA 29/05 –	RID 06-03-46
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 10.05.2006 – L 5 KR 48/05 –	RID 06-03-150
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 10.05.2006 – L 5 KR 56/05 –	RID 06-03-101
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.06.2006 – L 4 KA 7/05 –	RID 06-03-22
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.06.2006 – L 4 KA 9/04 –	RID 06-03-53
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.06.2006 – L 5 KR 66/05 –	RID 06-03-111
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 11.07.2006 – L 4 KA 39/05 –	RID 06-03-28
<b>LSG Thüringen</b> , Urt. v. 07.12.2005 – L 4 KA 589/02 –	RID 06-03-14
LSG Thüringen, Urt. v. 07.12.2005 – L 4 KA 604/04 –	RID 06-03-15
LSG Thüringen, Urt. v. 19.12.2005 – L 6 KN 390/02 KR –	RID 06-03-156
LSG Thüringen, Urt. v. 27.03.2006 – L 6 KR 195/04 –	RID 06-03-98
<b>LG Köln</b> , Urt. v. 29.03.2006 – 23 O 269/03 –	RID 06-03-206
<b>LG Mainz</b> , Urt. v. 06.07.2006 – 3953 Js 10023/01-5 KLS –	RID 06-03-200
<b>LG Osnabrück</b> , Urt. v. 30.10.2005 – 2 O 3380/03 –	RID 06-03-202
<b>OLG Hamm</b> , Urt. v. 13.01.2006 – 11 U 76/05 –	RID 06-03-218
<b>OLG Jena</b> , Urt. v. 26.04.2006 – 4 U 416/05 –	RID 06-03-203
OLG Jena, Urt. v. 18.05.2006 – 4 W 205/06 –	RID 06-03-204
<b>OLG München</b> , Urt. v. 23.02.2006 – 6 U 3721/05 –	RID 06-03-209
<b>OLG Schleswig</b> , Urt. v. 28.03.2006 – 6 U 60/05 –	RID 06-03-199
<b>OVG Bremen</b> , Urt. v. 29.11.2005 – 1 A 148/05 –	RID 06-03-198
<b>OVG Niedersachsen</b> , Urt. v. 23.03.2006 – 11 LC 180/05 –	RID 06-03-208
OVG Niedersachsen, Urt. v. 16.05.2006 – 11 LC 265/05 –	RID 06-03-207
<b>OVG Nordrhein-Westfalen</b> , Beschl. v. 28.04.2006 – 13 A 2495/03 –	RID 06-03-222

<b>SG Aurich</b> , Urt. v. 14.02.2006 – S 8 KR 111/05 –	RID 06-03-133
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 21.02.2006 – S 81 KR 1/02 –	RID 06-03-185
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 21.02.2006 – S 81 KR 2371/00 –	RID 06-03-182
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 21.02.2006 – S 81 KR 2801/00 –	RID 06-03-183
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 21.02.2006 – S 81 KR 3501/00 –	RID 06-03-184
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 02.03.2006 – S 73 KR 425/05 –	RID 06-03-93
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 04.05.2005 – S 79 KA 149/03 KZA –	RID 06-03-26
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 30.06.2006 – S 36 KR 2236/03 –	RID 06-03-171
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 18.07.2006 – S 81 KR 4207/04 –	RID 06-03-173
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 18.07.2006 – S 81 KR 4208/04 –	RID 06-03-172
<b>SG Chemnitz</b> , Beschl. v. 16.05.2006 – S 13 KR 79/06 ER –	RID 06-03-122
<b>SG Detmold</b> , Urt. v. 29.03.2006 – S 14 KR 45/05 –	RID 06-03-131
<b>SG Dresden</b> , Urt. v. 30.01.2006 – S 14 KR 160/04 –	RID 06-03-115
<b>SG Dresden</b> , Gerichtsbs. v. 16.03.2006 – S 18 KR 1278/04 –	RID 06-03-134
<b>SG Dresden</b> , Urt. v. 25.04.2005 – S 14 KR 150/03 –	RID 06-03-159
<b>SG Dresden</b> , Urt. v. 07.06.2006 – S 15 KA 23/03 –	RID 06-03-66
<b>SG Dresden</b> , Gerichtsbs. v. 23.06.2005 – S 18 KR 537/02 –	RID 06-03-139
<b>SG Dresden</b> , Gerichtsbs. v. 01.08.2006 – S 25 KR 157/05 –	RID 06-03-141
<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 01.06.2006 – S 2 (17) KA 329/04 –	RID 06-03-49
<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 14.06.2006 – S 2 KA 29/05 –	RID 06-03-52
<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 16.06.2006 – S 2 KA 52/06 –	RID 06-03-24
<b>SG Düsseldorf</b> , Beschl. v. 19.06.2006 – S 8 KR 69/06 ER –	RID 06-03-176
<b>SG Düsseldorf</b> , Beschl. v. 12.07.2006 – S 2 KA 152/06 ER –	RID 06-03-70
<b>SG Frankfurt a. M.</b> , Beschl. v. 09.08.2006 – S 21 KR 429/06 –	RID 06-03-170
<b>SG Fulda</b> , Beschl. v. 25.05.2006 – S 4 KR 435/06 ER –	RID 06-03-187
<b>SG Gelsenkirchen</b> , Urt. v. 04.07.2006 – S 28 KR 5/05 –	RID 06-03-128
<b>SG Hamburg</b> , Beschl. v. 31.03.2006 – S 28 KR 137/06 ER –	RID 06-03-124
<b>SG Hamburg</b> , Gerichtsbs. v. 16.05.2006 – S 3 KA 443/02 –	RID 06-03-79
<b>SG Koblenz</b> , Urt. v. 18.05.2006 – S 11 KR 467/05 –	RID 06-03-117
<b>SG Köln</b> , Urt. v. 19.10.2005 – S 19 KR 76/05 –	RID 06-03-190
<b>SG Landshut</b> , Urt. v. 20.03.2006 – S 10 KR 272/04 –	RID 06-03-140
<b>SG Landshut</b> , Urt. v. 29.03.2006 – S 10 KR 241/04 –	RID 06-03-126
<b>SG Leipzig</b> , Beschl. v. 13.01.2006 – S 8 KR 466/05 ER –	RID 06-03-177
<b>SG Leipzig</b> , Urt. v. 26.01.2006 – S 8 KR 539/04 –	RID 06-03-161
<b>SG Lübeck</b> , Urt. v. 19.01.2006 – S 3 KR 1501/04 –	RID 06-03-155
<b>SG Mainz</b> , Beschl. v. 31.03.2006 – S 8 ER 68/06 KA –	RID 06-03-64
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 15.05.2006 – S 12 KA 487/06 –	RID 06-03-21
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 17.05.2006 – S 12 KA 831/05 –	RID 06-03-43
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 17.05.2006 – S 12 KA 953/05 –	RID 06-03-73
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 17.05.2006 – S 12 KA 1025/05 –	RID 06-03-74
<b>SG Marburg</b> , Beschl. v. 18.05.2006 – S 12 KA 252/05 –	RID 06-03-78
<b>SG Marburg</b> , Beschl. v. 22.05.2006 – S 12 KA 579/06 ER –	RID 06-03-38
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 31.05.2006 – S 12 KA 42/06 –	RID 06-03-60
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 31.05.2006 – S 12 KA 606/05 –	RID 06-03-51
<b>SG Marburg</b> , Beschl. v. 19.06.2006 – S 12 KA 1024/05 –	RID 06-03-67
<b>SG Marburg</b> , Beschl. v. 28.06.2006 – S 12 KA 791/06 ER –	RID 06-03-75
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 171/06 –	RID 06-03-40
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 271/05 –	RID 06-03-35
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 701/05 –	RID 06-03-41
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 712/05 –	RID 06-03-42
<b>SG Marburg</b> , Beschl. v. 13.07.2006 – S 12 KA 829/06 ER –	RID 06-03-65
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 23/06 –	RID 06-03-39
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 45/05 –	RID 06-03-08
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 653/05 –	RID 06-03-07
<b>SG München</b> , Beschl. v. 18.05.2006 – S 47 KR 444/06 ER –	RID 06-03-174
<b>SG Nürnberg</b> , Urt. v. 26.01.2006 – S 6 KA 14/05 –	RID 06-03-57
<b>SG Reutlingen</b> , Urt. v. 11.08.2005 – S 10 KR 445/05 –	RID 06-03-154
<b>SG Reutlingen</b> , Urt. v. 27.10.2005 – S 3 KR 2884/05 –	RID 06-03-104
<b>SG Reutlingen</b> , Urt. v. 23.02.2006 – S 3 KR 3033/04 –	RID 06-03-157
<b>SG für das Saarland</b> , Urt. v. 17.05.2006 – S 2 KA 104/04 –	RID 06-03-01
<b>SG Schwerin</b> , Urt. v. 30.11.2005 – S 3 KA 13/04 –	RID 06-03-76
<b>SG Stuttgart</b> , Beschl. v. 24.05.2006 – S 10 KA 2369/06 ER –	RID 06-03-71
<b>SG Stuttgart</b> , Urt. v. 28.06.2006 – S 10 KA 5811/05 –	RID 06-03-16
<b>SG Wiesbaden</b> , Beschl. v. 17.08.2006 – S 17 KR 182/06 ER –	RID 06-03-175
<b>VG Braunschweig</b> , Beschl. v. 28.04.2006 – 2 B 176/06 –	RID 06-03-221
<b>VG Göttingen</b> , Urt. v. 02.03.2006 – 4 A 17/04 –	RID 06-03-223
<b>VG Lüneburg</b> , Urt. v. 26.04.2006 – 5 A 101/05 –	RID 06-03-220
<b>VG Münster</b> , Berufsg. für Heilberufe, Urt. v. 31.05.2006 – 19 K 1581/05.T –	RID 06-03-197
<b>VGH Baden-Württemberg</b> , Beschl. v. 19.04.2006 – 9 S 2317/05 –	RID 06-03-219

## Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 24.08.2006: 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
<b>Honorarverteilung</b>				
Trennung der haus- und fach-ärztlichen Vergütungsbereiche/ Bewertungsausschuss	29, 30/05 <b>Termin:</b> 06.09.06	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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , 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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 02.11.2005 - L 5 KA 4427, 4486/03; 91,04, 1002/03 --	06-01-04
Vergütung für Laborärzte (KV Nordrhein IV/97 bis IV/98)	20/06	Ist eine Anpassung der Aufteilung der Gesamtvergütung auf einzelne Honorartöpfe ausschließlich nach Maßgabe der Veränderung der Arztzahlen im jeweiligen Leistungsbereich zulässig?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 21.07.2004 - L 10 KA 48/03 -	04-04-05
O III-Laborleistungen: Vergütungszuschlag nur für kleinere Praxen rechtswidrig	2/06	Hat die Begrenzung des Zuschlags von 24 % nach der Präambel zu Kap O Abschn III EBM-Ä auf eine Gesamtsumme von 6.200 Euro in den Quartalen I-III/2000 gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG verstoßen?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 22.11.2005 - L 4 KA 21/05	06-01-03
Regelleistungsvolumen: Kieferorthopäden u. Allgemeinzahnärzte	8 u. 9/05 <b>Termin:</b> 19.07.06	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?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 20.10.2004 - L 4 KA 6/02 u. 7/02 -	05-02-08 05-02-09
Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen	31/05 <b>Termin:</b> 06.09.06	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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 19.01.2005 - L 10 KA 11/04 -	05-03-08
Notfallbehandlungen durch Krankenhäuser - Fallzahlabstaffelung	5/06	Darf ein Honorarverteilungsmaßstab bei der Vergütung für Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Krankenhäusern über § 120 Abs 3 S 2 SGB 5 hinausgehende Begrenzungen der Vergütung im Wege prozentualer Abschläge oder durch Ausschluss der Abrechnungsfähigkeit bestimmter Leistungen vorsehen?	<b>LSG Mecklenburg-Vorpommern</b> , Urt. v. 31.08.2005 - L 1 KA 1/04 -	06-03- (S. 9)
Notfallbehandlungen im Krankenhaus – Kein gestützter Punktwert	15/06 <b>Termin:</b> 06.09.06	Hat ein Krankenhaus einen Vergütungsanspruch für ambulante Notfallbehandlungen nur in Höhe von 90% des Punktwertes, der sich aus dem HVM für den sogenannten roten Bereich errechnet, oder in Höhe von 90% des Punktwertes von 9,0 Pf, der speziell für Leistungen im organisierten Notfalldienst gilt?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 05.04.2006 - L 11 KA 9/04 R -	06-03-10 (S. 9)
Individualbudget: Fachgruppenspendurchschnitt	9 u. 10/06	Ist die für die Bemessung von Individualbudgets vorgesehene Berechnung des Fachgruppenspendurchschnitts anhand des Medians (und nicht nach Maßgabe des arithmetischen Mittelwerts) von dem Gestaltungsspielraum gedeckt, der einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung des Honorarverteilungsmaßstabes zusteht?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 02.11.2005 - L 11 KA 6/02 u. 14/01 -	
Rückwirkungsverbot: Teil-	42, 45/05	Verstößt eine im laufenden Quartal beschlossene Regelung im Honorarverteilungsmaß-	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> ,	06-01-12

honorarkontingente in zahn-ärztlichen Leistungsbereichen		stab, wonach bereits ab Quartalsbeginn in den Leistungsbereichen Kieferorthopädie (KFO), Zahnersatz (ZE), Parodontose (PAR) sowie Kieferbruch/Kiefergelenk (KB/KG) Teilhonorarkontingente gebildet werden, gegen das Rückwirkungsverbot?	Urt. v. 31.08.2005 – L 11 KA 80/04 – – L 11 KA 59/04 –	
Aufrechnung alten Schuldsaldos einer Einzelpraxis mit Gemeinschaftspraxis	6/06	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, Honoraransprüche einer neu gegründeten Gemeinschaftspraxis mit Forderungen zu verrechnen, die gegenüber einem der Vertragsärzte während dessen Einzelpraxis und noch vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens entstanden sind?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 07.12.2005 – L 11 KA 7/04 –	06-01-11
Degressionsgrenze für als Oralchirurgen zugelassenen MKG-Chirurgen	23/06	Gelten die Degressionsregelungen des § 85 Abs 4b SGB 5 in der Fassung vom 14.12.2003 mit der ab 1.1.2005 für Allgemeinzahnärzte reduzierten Degressionsfreimenge auch für einen MKG-Chirurgen, dem auf seinen Antrag hin eine Zulassung (nur) für den Bereich Oralchirurgie erteilt wurde?	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 17.05.2006 – S 2 KA 52/06 –	06-03-24 (S. 14)

#### Praxisbudgets/Teilbudgets

Regionalisierten Praxisbudgets in den neuen Bundesländern	14/06, 16 bis 19/06	Verstößt die Heranziehung eines festen Betrags an Betriebsausgaben bei der Berechnung der regionalisierten Praxisbudgets in den neuen Bundesländern gegen höherrangiges Recht?	<b>LSG Thüringen</b> , Urt. v. 07.12.2005 – L 4 KA 604/04 – L 4 KA 805, 619,589/02.1001, 48/03 –	06-03-14 u. 15
---	------------------------	--	---	-------------------

#### Sachlich-rechnerische Berichtigung

Vier-Jahres-Frist und Wirtschaftlichkeitsprüfbescheid	40/05 R <b>Termin:</b> 06.09.06	Wird die Vierjahresfrist im Bereich der sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch Prüfbescheide im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gewahrt bzw unterbrochen oder gehemmt?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 28.06.2005 – L 4 KA 9 u. 12/05 –	06-01-16 u. 17
Beginn der vierjährigen Ausschlussfrist	22, 25 u. 26/06	Ist bei sachlich-rechnerischen Richtigstellungen hinsichtlich des Fristbeginns im Vertrags(zahn)ärztebereich auf die Bekanntgabe der Honorarbescheide oder auf den Ablauf des Kalenderjahres abzustellen, in dem der ursprüngliche Honorarbescheid ergangen ist?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 52, 54 u. 53/04 –	06-03-30 bis 32 (S. 16)
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?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , 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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 27.04.2005 – L 6/7 KA 610/03 –	05-03-15
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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , 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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 13.07.2005 – L 6/7 KA 565/02 –	05-04-13a

#### Arztregister/Fachkunde/Notfalldienst/Genehmigung zur Künstlichen Befruchtung

Fachkundenachweis Psychotherapeuten	11/06	Setzt die Glaubhaftmachung des Fachkundenachweises iS des § 95c S 1 Nr 2 SGB 5 die fachkundige Aussage eines Dritten voraus?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 07.12..2005 – L 11 KA 16/02 –	
Genehmigung	1/05	Zum Anspruch eines Arztes für Innere Medizin/Kardiologie auf Genehmigung der Aus-	<b>SG Berlin</b> ,	05-03-23

Kernspintomografie		führung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomografie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der Kernspintomografie-Vereinbarung idF vom 16.3.2001	Urt. v. 11.02.2004 - S 79 KA 99/02 -	
Anfechtung einer Dialysegenehmigung durch Konkurrenten	8/06	Hat ein niedergelassener Facharzt für innere Medizin die Befugnis zur Anfechtung der Dialysegenehmigung, die einem Fachkollegen auf Grund des § 135 Abs 2 SGB 5 iVm der Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungs-Verfahren erteilt wurde?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 07.12.2005 - L 12 KA 20/03 -	06-02-21
Notfalldienst und fachärztliche Versorgung	43/05 <b>Termin:</b> 06.09.06	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?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 08.06.2005 - L 12 KA 369/04 -	05-04-20
Ungeeignetheit eines Pathologen	13/06	Kann ein seit längerer Zeit als Pathologe tätiger Arzt beanspruchen, wegen fehlender Eignung von der Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst ausgeschlossen zu werden, wenn er seiner Verpflichtung zur Weiterbildung in der Notfallmedizin nicht nachgekommen ist?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 16.02.2005 - L 11 KA 42/04 -	05-03-25

#### Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Prüfvereinbarung/Rechtsanwaltskosten	78/04 <b>Termin:</b> 31.05.06	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?	<b>SG für das Saarland</b> , Urt. v. 06.10.2004 - S 2 KA 15/04 -	05-01-60
Prothetik – Nachbesserung durch weiteren Zahnarzt	21/06	Sind die Voraussetzungen für einen Schadensregress wegen mangelhafter Prothetik erfüllt, wenn der Vertragszahnarzt zunächst eine Neuanfertigung ablehnt, sich jedoch zu einem späteren Zeitpunkt bereiterklärt, die zahnärztliche Behandlung durch eine andere Zahnärztin durchführen zu lassen?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 07.12.2005 - L 6/7 KA 79/04 -	

#### Zulassung und Ermächtigung

Rückwirkende Verlegung des Vertragsarztsitzes	7/05 <b>Termin:</b> 31.05.06	Kann eine Verlegung des Vertragsarztsitzes nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden?	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 15.12.2004 - S 14 KA 172/04 -	05-02-49
Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung (Allgemeinmediziner)	74/04 <b>Termin:</b> 31.05.06	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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 26.05.2004 - L 7 KA 34/04 -	05-01-74
	24/06	Hätte der Berufungsausschuss einem Facharzt für Allgemeinmedizin, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Gebührennummern 740, 760 und 763 EBM-Ä für die Zeit vom 1.1.2003 - 31.12.2004 erteilen dürfen bzw. müssen?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 23.11.2005 - L 5 KA 5774/04 -	
Ermächtigung: Leistungsangebot in benachbarten Planungsbereichen	14/05 <b>Termin:</b> 19.07.06	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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 09.02.2005 - L 3 KA 253/02 -	05-02-45
Ermächtigung und	15/05	Sind Zulassungsgremien befugt - ggf unter welchen Voraussetzungen - bzw gar ver-	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> ,	05-02-44

Planungsbereich	im Termin am 19.07.06 durch Vergleich erledigt	pflichtet, 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?	Urt. v. 09.02.2005 - L 3 KA 290/03	
Psychologischer Psychotherapeut: Soziologische Gruppe Sexualstraftäter	3/06	Ist ein Psychologischer Psychotherapeut, der als Fachbereichsleiter einer psychotherapeutischen Ambulanz im Bereich der Bewährungshilfe tätig ist, zur Teilnahme an der psychotherapeutischen ambulanten Versorgung ehemaliger Sexualstraftäter zu ermächtigen?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 23.11.2005 - L 5 KA 1484/05 -	06-01-52
Zulassungsentziehung	1/06 <b>Termin:</b> 19.07.06	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?	<b>LSG Saarland</b> , Urt. v. 11.02.2005 - L 3 KA 5/01 -	06-03-59
Frist zur Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit	12/06	Was ist unter einer angemessenen Frist iS des § 95 Abs 5 SGB 5 im Falle der Erziehung eigener Kinder durch den Vertragsarzt zu verstehen?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 15.03.2006 - L 4 KA 29/05 -	06-02-45
Kostentragung des Mitbewerbers nach erfolglosem Widerspruch	62/04 <b>Termin:</b> 31.05.06	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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 26.05.2004 - L 11 KA 106/03 -	04-03-47

#### Gesamtvergütung

Schiedsspruch: Vergütung von zahntechnischen Leistungen	44/05 <b>Termin:</b> 19.07.06	Verstößt der Schiedsspruch eines Landesschiedsamtes bezüglich der Vergütung von zahntechnischen Leistungen gegen den Grundsatz der Beitragsstabilität, wenn er die Mengenentwicklung des Vorjahres ausdrücklich unberücksichtigt lässt?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 21.09.2005 - L 5 KR 56/04 -	06-01-61
Gestaltungsspielraum eines Landesschiedsamtes	4/06	Zum Gestaltungsspielraum eines Landesschiedsamtes bei der Anpassung der Gesamtvergütung im vertragsärztlichen Bereich für ein bestimmtes Kalenderjahr (hier: 1992).	<b>SG Schwerin</b> , Urt. v. 30.11.2005 - S 3 KA 13/04 -	06-03-76 (S. 34)

#### Gemeinsamer Bundesausschuss

Befugnis für Therapiehinweis (Nr. 14 AMR)	13/05 <b>Termin:</b> 31.05.06	Zur Rechtmäßigkeit eines Therapiehinweises nach Nr 14 der AMRL bezüglich eines Fertigarzneimittels aus dem Bereich der Thrombozyten-Aggregationskammer.	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 19.01.2005 - L 11 KA 103/03 -	05-02-61
Rechtmäßigkeit der Krankenpflegerichtlinien	69/04 <b>Termin:</b> 31.05.06	Verstoßen die Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege insoweit gegen höherrangiges Recht, soweit darin ein abschließendes Leistungsverzeichnis erstellt worden ist?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 30.06.2004 - L 11 KA 160/03 -	04-04-66
Heilmittelbereich: Vertragspartner oder Bundesausschuss	7/06	Haben die Vertragspartner im Heilmittelbereich unter Beachtung des § 125 Abs 1 SGB 5 eine ausschließliche Kompetenz hinsichtlich des Inhalts und Umfangs des einzelnen Heilmittels oder gebührt den Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Vorrang?	<b>SG Köln</b> , Urt. v. 28.09.2005 - S 19 KA 38/03 -	



## Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 07.08.2006: 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
<b>Ärztliche Behandlung</b>				
Neuropsychologie	B 1 KR 3/06 R	Können die Nichtbefassung bzw die Dauer der Befassung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit einer bestimmten ärztlichen Behandlungsmethode ein Systemversagen darstellen, das zu einem Kostenerstattungsanspruch von Versicherten führt (hier: ambulante neuropsychologische Therapie bei eingetretener Hirnschädigung)?	<b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 07.02.2006 - S 48 KR 1620/03 –	
Künstliche Befruchtung und Altersgrenze	B 1 KR 10/06 R	Verstößt die Einführung einer Altersgrenze für den Anspruch auf künstliche Befruchtung (§ 27a Abs 3 S 1 Halbs 2 SGB 5 idF durch Art 1 Nr 14 GMG vom 14.11.2003, BGBl I, 2190; hier: Vollendung des 50. Lebensjahres bei Männern) gegen den Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG?	<b>SG Osnabrück</b> , Urt. v. 31.01.2006 - S 14 KR 116/05 –	
<b>Kosten für stationäre Behandlung</b>				
<b>Kostenerstattung</b>				
Kostenerstattung einer psycholog. Psychotherapie-Behandlung/Notfall	B 1 KR 9/05 R <b>Termin:</b> 18.07.2006	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung bei einem psychologischen Psychotherapeuten zu erstatten, wenn über dessen Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung noch nicht endgültig entschieden worden ist und eine Notfallsituation vorlag?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 10.02.2005 – L 16 KR 161/04 –	05-02-94
Kostenerstattung einer psycholog. Psychotherapie-Behandlung/ Art. 10 PsychThG	B 1 KR 24, 25/05 R <b>Termin:</b> 18.07.2006	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?	<b>LSG Berlin</b> , Urt. v. 19.01.2005 - L 9 KR 117/02 – - L 9 KR 19/02 –	06-01-89 u. 90
	B 1 KR 8/06 R	Muß ein Versicherter auch bei nicht verschreibungspflichtigen homöopathischen bzw anthroposophischen Arzneimitteln, deren Verordnungsfähigkeit er als kraft Gesetzes ausgeschlossen ansieht, zunächst bei der Krankenkasse eine Kostenübernahme bzgl Sachleistungsantrag stellen, bevor er sich das Arzneimittel selbst beschafft um anschließend einen Kostenerstattungsantrag nach § 13 SGB 5 geltend machen zu können?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 24.01.2006 - L 11 KR 5014/05 –	
<b>Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im Ausland/Inland</b>				
Bilaterales Sozialversicherungsabkommen und Notfallbehandlung (Stationärer Aufenthalt in Tunesien nach Unfall)	B 1 KR 18/06 R	Folgt aus den Gebietsgleichstellungsregelungen eines bilateralen Sozialversicherungsabkommens bei einer außerhalb der Sachleistungsaushilfe erforderlich gewordenen Notfallbehandlung im Vertragsausland die uneingeschränkte Anwendbarkeit des § 13 Abs 3 S 1 Alt 1 SGB 5 oder hat der Versicherte nur in dem Umfang Anspruch auf Kostenerstattung, wie es getroffene Verbindungsstellen-Vereinbarungen vorsehen (hier: Beschränkung auf den Betrag der fiktiven Sachleistungskosten nach dem deutsch-tunesischen Abkommensrecht)?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 15.12.2005 - L 1 KR 64/02 –	06-02-110
<b>Arzneimittel</b>				
Off-Label-Use: Nicht zugelassenes Arzneimittel	B 1 KR 7/05 R <b>Termin:</b> 04.04.2006	Hat eine Krankenkasse die Kosten für ein in der Bundesrepublik Deutschland nicht zugelassenes Arzneimittel (hier: Ralitrexed) zu erstatten, wenn der an Krebs erkrankte Versi-	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 15.12.2004	05-02-110

Tomudex („Ralitrexed“)		cherte die medikamentöse Chemotherapie mit einem zugelassenen Arzneimittel (hier: 5FU) aufgrund erheblicher Nebenwirkungen absetzen muss?	– L 1 KR 95/04 –	
Off-Label-Use: EU-weit nicht zugelassenen Arzneimittels	B 1 KR 12/06 R	Gelten die vom BVerfG im Beschluss vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 = NJW 2006, 891 aufgestellten Grundsätze zur Leistungspflicht der Krankenkassen bei einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung auch für den Ausschluss eines in Deutschland und EU-weit nicht zugelassenen Arzneimittels (hier: Mnesis bei Kardiomyopathie/Friedenreich'scher Ataxie)?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 28.03.2006 - L 24 KR 39/05 -	06-03-125
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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 21.07.2005 - L 5 KR 179/04 -	06-03-121 (S. 48)
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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 20.09.2005 - L 5 KR 144/03 -	06-01-99
	B 1 KR 15/06 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten des Arzneimittels "Cabaseril" zur Behandlung einer Dauererkrankung (hier: schweres Restless-Legs-Syndrom mit erheblichen Schlafstörungen) im Rahmen des Off-label-use auch dann zu übernehmen, wenn in concreto kein anderes Medikament zur Verfügung steht, aufgrund wissenschaftlich nachprüfbarer Aussagen Konsens über den voraussichtlichen Nutzen der Therapie besteht, aber die Studienlage nicht eine solche Qualität erreicht, wie sie die Zulassung nach §§ 21ff AMG erfordert?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 30.03.2006 - L 1 KR 115/04 -	
	B 1 KR 14/06 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten des Arzneimittels "Cabaseril" zur Behandlung einer Dauererkrankung (hier: schweres Restless-Legs-Syndrom mit erheblichen Schlafstörungen) im Rahmen des Off-label-use auch dann zu übernehmen, wenn in concreto kein anderes Medikament zur Verfügung steht, aufgrund wissenschaftlich nachprüfbarer Aussagen Konsens über den voraussichtlichen Nutzen der Therapie besteht, aber sich nicht auf Ergebnisse einer klinischen Studie der Phase III stützt?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 25.04.2006 - L 4 KR 114/04 -	
Off-Label-Use: Multiplen Sklerose mit "Polyglobin 10%"	B 1 KR 17/06 R	Können die Grundsätze des Sandoglobulin-Urteils vom 19.3.2002 (BSGE 89, 184 = SozR 3-2500 § 31 Nr 8) zum Off-label-use eines Fertigarzneimittels bei schweren, die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigenden Krankheiten vor dem Hintergrund des Beschlusses des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 - (NZS 2006, 84 = NJW 2006, 891 = MedR 2006, 164 - immunbiologische Therapie) uneingeschränkt aufrecht erhalten bleiben (hier: Behandlung einer sekundär-progredienten chronischen Multiplen Sklerose mit "Polyglobin 10%" nach dem Auftreten erheblicher Nebenwirkungen unter Betaferon-Vergabe)?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 15.12.2005 - L 1 KR 56/03 -	06-02-112
Kein Arzneimittel für erektile Dysfunktion ab 2004	B 1 KR 10/05 R <b>Termin:</b> 18.07.2006	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 Verfasungsrecht?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 24.02.2005 – L 16 KR 313/04 –	05-02-117
<b>Hilfsmittel/Heilmittel</b>				
Wahlrecht zwischen Liegedrei-	B 3 KR 16/05 R	Zum Wahlrecht einer an Enzephalomyelitis erkrankten Versicherten zwischen einem	<b>LSG Baden-Württemberg</b> ,	05-03-105

rad und Elektrorollstuhl	<b>Termin:</b> 24.05.2006	Liegedreirad und einem Elektrorollstuhl.	Urt. v. 15.02.2005 - L 11 KR 4607/04 -	
Behindertengerechter Umbau eines PKW	B 3 KR 9/06 R	Besteht für den behindertengerechten Umbau eines PKW ein Anspruch auf Kostenerstattung im Rahmen der Hilfsmittelversorgung?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 22.02.2006 - L 11 (2) KR 107/05 -	06-02-122
Vojta-Therapie-Liege	B 3 KR 25/05 R <b>Termin:</b> 03.08..2006	Stellt eine Vojta-Therapie-Liege bei Einsatz im häuslichen Bereich ein Hilfsmittel iS der Krankenversicherung dar?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 03.05.2005 - L 11 KR 1634/04 -	05-03-112

#### Häusliche Krankenpflege/Hospizversorgung

Mobilisierungsübungen	B 8 KN 4/04 KR R	Zählen ärztlich verordnete Bewegungsübungen (bei Zustand nach Akustikneurinom-OP, Hydrocephalusaresorption mit Ventoimplantat) zu den Maßnahmen der Behandlungspflege iS von § 37 Abs 2 S 1 SGB 5 oder sind sie als Bewegungstherapie iS von § 32 Abs 1 SGB 5 bzw als Pflegeleistungen iS der so genannten aktivierenden Pflege im Rahmen der Grundverrichtung "Gehen" nach § 14 Abs 4 Nr 3 SGB 11 zu berücksichtigen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 08.07.2004 - L 2 KN 76/04 KR -	04-04-127
Unzumutbare Hilfe durch Haushaltsangehörige	B 3 KR 24/05 R <b>Termin:</b> 03.08..2006	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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , 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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 03.03.2005 - L 1 KR 380/03 -	05-02-154

#### Fahrkosten/Zuzahlung

Fahrkosten zur ambulanten Methadon-Substitution	B 1 KR 20/05 R	Hat eine an Drogensucht leidende Versicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung der Fahrkosten zur ambulanten Methadon-Substitution?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 06.09.2005 - L 1 KR 196/04 -	05-04-123
Zuzahlung	B 10 KR 1/06 R	Sind bei der Feststellung des Freibetrages nach § 62 Abs 2 S 3 SGB 5 nicht nur der Freibetrag für das sächliche Existenzminimum des Kindes (Kinderfreibetrag), sondern auch der Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes zu berücksichtigen?	<b>SG Lüneburg</b> , Urt. v. 19.01.2006 - S 3 KR 1501/04 -	06-03-155

#### 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).	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 12.04.2005 - L 5 KR 37/04 -	06-01-133
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).	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 11.05.2005 - L 5 KR 42/04 -	06-01-134
Vollstationäre Behandlung bei chronifiziertem Dauerzustand	B 3 KR 13/06 R	Zur Beurteilung der Notwendigkeit einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung einer Versicherten, die sich seit 1973 ununterbrochen in derselben Station der psychiatrischen	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 30.03.2006	06-03-166 (S. 62)

(Schizophrenie)		Klinik aufgehalten hat, dort aber stets nur zeitweise auf Kosten der Krankenkasse versorgt worden ist.	- L 5 KR 142/04 -	
Keine Hinweispflicht auf Behandlungsalternative	B 1 KR 32/04 R (Anfrage 3. Sen., s. Beschl. v. 04.04.2006)	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).	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 21.09.2004 - L 1 KR 58/03 -	05-01-165
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?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 11.05.2005 - L 5 KR 31/04 -	06-02-144
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.	<b>LSG Saarland</b> , 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?	<b>LSG Saarland</b> , Urt. v. 19.01.2005 - L 2 KR 30/02	05-04-129
	B 3 KR 12/06 R	Kann eine Krankenkasse im Rahmen der Prüfung von Behandlungsabrechnungen vom Krankenhaus die Herausgabe von Behandlungsunterlagen an den zuständigen MDK verlangen, nachdem eine entsprechende Aufforderung des MDK vom Krankenhaus nicht befolgt worden ist?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 18.11.2005 - L 4 KR 778/05 -	
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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 23.09.2004 - L 2 KR 13/04 -	05-01-168

#### Weitere Leistungserbringer

Apotheker: Retaxierung	B 3 KR 7/05 R <b>Termin:</b> 03.08..2006	Hat eine Krankenkasse das Recht bei vertragswidrigem Verhalten eines Apothekers (hier: Abweichung zwischen Verordnungsmenge und Packungsinhalt) eine Retaxierung vorzunehmen?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 31.01.2005 - L 4 KR 30/01 -	05-02-151
Vergütung "verfristeter" Verordnungen	B 3 KR 6 u. 7/06 R <b>Termin:</b> 03.08..2006	Ist ein Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse ausgeschlossen, wenn ein Apotheker Arzneimittel an Versicherte einer Ersatzkasse (bzw. Betriebskrankenkasse) nach Ablauf der Vorlagefrist der ärztlichen Verordnung nach dem zwischen den Spitzenverbänden der Ersatzkassen und den Landesverbänden der Apotheken abgeschlossenen Arzneilieferungsvertrag ausgibt, obwohl diese Rechtsfolge in dem Vertrag nicht ausdrücklich angeordnet wird?	<b>LSG Thüringen</b> , Urt. v. 19.07.2005 - L 6 KR 770/03 - - L 6 KR 771/03 -	05-04-132 u. 133
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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , 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	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 20.10.2005 - L 16 KR 31/05 -	06-01-147

		SGB 5 idF vom 21.12.1992 geltend machen?		
Leitung eines ambulanten Pflegedienstes	B 3 KR 5/06 R	Besitzt eine staatlich anerkannte Altenpflegerin die Eignung zur Leitung eines ambulanten Pflegedienstes für die häusliche Krankenpflege?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 06.04.2005 - L 1 KR 4/05 -	06-02-157
Anerkennung als Pflegedienstleitung	B 3 KR 4/06 R	Kann eine als Arzthelferin und Altenpflegerin ausgebildete und tätig gewesene Pflegekraft die fachliche Leitung eines ambulanten Krankenpflegedienstes übernehmen und besteht in entsprechender Feststellungsanspruch der Pflegekraft gegenüber den Krankenkassen?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 06.04.2005 - L 1 KR 119/04 -	06-02-158
	B 3 KR 10/06 R	Hat ein sonstiger Leistungserbringer im Bereich der häuslichen Krankenpflege einen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Zahlung von Verzugszinsen im Zusammenhang mit der Abwicklung von Vergütungsansprüchen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 06.04.2006 - L 16 KR 141/05 -	06-03-179 (S. 69)