

Rechtsprechungsinformationsdienst 06-04

A. Vertragsarztrecht	6
I. Honorarverteilung	6
1. Psychotherapeuten	6
a) Probatorische Sitzung (Nr. 870 EBM)	6
b) Punktwert KV Brandenburg 1998/Mengenbegrenzungsregelung	6
c) Punktwert KV Brandenburg 1999/Mengenbegrenzungsregelung	7
2. Bewertungsausschuss: Veränderungen der Zahl der Hausärzte	7
3. Individualbudget	8
a) Anknüpfen an frühere Abrechnungsergebnisse	8
b) Aufteilung eines Individualbudgets nach Beendigung der Gemeinschaftspraxis	8
c) Wachstum und Fachgruppendurchschnitt	9
d) Begrenzung von Zuwachsregelungen auf anhand des Medians berechneten Landesdurchschnitt	9
4. Arztgruppenbezogene Honorarfonds	10
a) Befüllung der Arztgruppenkontingente durch früheres Quartal	10
b) Zunahme einer Arztgruppe und Behandlungsbedarf der Versicherten	10
5. Angemessene Vergütung: 11.000,00 DM pro Arzt	11
6. Einbehalt von Honorar für Zahnersatzleistungen wegen sog. Doppeleinlesungen	11
7. Fallzahlabhängige Quotierung: Erreichen überdurchschnittlicher Fallzahlen	11
8. Zuordnung zu Honorartopf: Fachübergreifende Gemeinschaftspraxis	12
9. Vergütung der Einrichtungen nach § 311 II SGB V: Eigener Honorartopf	13
10. Abrechnungsbefugnis bei Beendigung der Ermächtigung nach § 95 XI SGB V	13
11. Anordnung der aufschiebenden Wirkung nach Plausibilitätsprüfungen	14
12. Zahnärzte: Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs nach § 95b SGB V	14
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	16
1. Honorarrückforderung nach verdecktem Anstellungsverhältnis	16
2. Laborärzte und persönliche Leistungserbringung/Faktisches Anstellungsverhältnis	17
3. Beschäftigung eines Mitarbeiters ohne Genehmigung	18
4. Leistungsbeschränkung bei Job-Sharing	18
5. Nr. 16 EBM/Überweisung an Dialysezentrum	18
6. Nr. 19 (Erhebung der Fremdanamnese)	19
7. Hausärztlicher Allgemeinmediziner: Nrn. 740, 741, 745 EBM (Endoskopie)	19
8. Nrn. 63 bis 66 EBM (Beobachtung) nicht neben Nr. 5100 EBM (Serienangiographie)	19
9. Nrn. 5100 ff. EBM (Serienangiographie): Umfang der Dokumentation	19
10. Pauschalierte Vergütung im Notdienst und Leistungsausschluss	20
11. Kosten für Endobag-Bergebeutel	20
12. Zahnärzte: Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung/Nr. 33 Bema-Z	20
III. Fachkunde/Genehmigungen/Notdienst/Methadonsubstitution	21
1. Fachkundenachweis für Psychotherapeuten nach § 95c Satz 2 SGB V	21
2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie bei Erwachsenen	21
3. EBM 2005: Gastroenterologie u. pneumologische Leistungen (Nr. 13662 „Bronchoskopie“)	22
4. Kennzeichnungspflicht (Nr. 5.3 Allg. Best. EBM 2005)	22
5. Notdienstgemeinschaft	22
a) Umlage zur Notdienstgemeinschaft nach Ausscheiden als Vertragsarzt	22
b) Freistellung aus gesundheitlichen Gründen und Auswirkung auf Praxistätigkeit	23
IV. Disziplinarrecht	23
1. Klagerücknahme gegen Ruhensbeschluss und Ruhensbeginn	23
2. Auskunftspflichtverletzung/Vorangegangene Pflichtverletzung/Wohlverhalten	24
3. Abrechnung der Beseitigung nicht vorhandener Zysten (Nr. 56c Bema-Z)	24
V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress/Schadensersatzanspruch	24
1. Kein Abzug ersparter Aufwendungen von Arzneikostenregress	24
2. Vierjährige Ausschlussfrist: Fristbeginn	25
3. Vertrauensschutz und Auskünfte der KV zum Nachteil der Krankenkasse	25
4. Zahnärzte:	26
a) Geringere Fallzahlen und sog. Durchsanieren	26
b) Vergleichsgruppe und Oralchirurgen	26
c) Mangelhaftigkeit der prothetischen Versorgung bei Nonokklusion	27

d) Bereitschaft zur Behandlung durch Praxiskollegin	27
e) Zuständigkeit der Prüfungsgremien bei unzulässiger Verordnung von Sprechstundenbedarf	27
VI. Zulassungsrecht	28
1. Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)	28
2. Lokaler Versorgungsbedarf (Nr. 24a BedarfsPRL)	28
3. Keine Zulassung als Vertragspsychotherapeut bei Vollzeittätigkeit	29
4. Interessen- und Pflichtenkollision (§ 20 II Ärzte-ZV): Facharzt für Physikal. u. Rehabil. Medizin	29
5. Praxisnachfolge (§ 103 IV SGB V)	29
a) Psychologischer Psychotherapeut als Nachfolger für ärztliche Praxis	29
b) Keine Berücksichtigung vertraglicher Verpflichtungen	29
c) Konkurrentenklage gegen Anordnung der sofortigen Vollziehung	30
6. Rücknahme der Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis: Verdecktes Anstellungsverhältnis	31
7. Zulassungsentziehung	31
a) Gesellschaftsvertrag und verdecktes Anstellungsverhältnis	31
b) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit/Kündigung Gemeinschaftspraxis	32
8. 68 Jahres-Altersgrenze	33
a) EU-Recht	33
b) Zulassungsverlängerung: Erstattungspsychotherapeut/Geringer Praxisumfang	33
9. Facharzt für Allgemeinmedizin und partielle fachärztliche Versorgung nach 2002	34
10. Ermächtigung	34
a) Facharzt für Chirurgie zur Beratung auf Überweisung von Internisten	34
b) Anordnung der sofortigen Vollziehung und Patienteninteresse	34
c) Berechtigung zur Leistungserbringung nach EBM 2005 (Pneumologie)	35
d) Fortsetzungsfeststellungsklage: Entfallen eines Rückforderungsanspruchs	35
11. Vorläufiger Rechtsschutz in Zulassungssachen erst nach Berufungsausschuss	35
VII. Pharmaunternehmen versus KV	36
1. Me-Too-Liste (KV Nordrhein)	36
a) Cipralex/Parkinsan	36
b) Actonel®	36
c) Fraxiparin (Wirkstoff Nadroparin, Arzneimittelgruppe Niedermolekulares Heparin)	36
d) Abilify® (Wirkstoff Aripiprazol)	37
2. Auflistung von Analogpräparaten im Internet durch KV (Abilify®)	37
3. Heilmittelbereich: Kompetenz der Vertragspartner oder des Bundesausschusses	37
VIII. Gesamtvergütung	38
1. Mehraufwand für psychotherapeutische Leistungen: Schiedsamtsfähigkeit/Nachvergütungsanspruch	38
2. Extrabudgetäre Vergütung von Einzelleistungen/Kalkulationspunktwert 5,11 Cent	38
IX. Streitwert	39
1. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Klage und Bescheidungsantrag einer Krankenkasse	39
2. Honoraraufhebungsbescheid	40
3. Zulassungsentziehung im einstweiligen Rechtsschutz: Keine Pauschalkürzung	40
X. Entscheidungen des BSG	40
1. Honorarverteilung	40
a) Bemessungsgrenze: Auf Fallzahl begrenztes Wachstum unterdurchschnittlicher Praxen	40
b) Situation einer Arztgruppe bei der Prüfung der Angemessenheit der Vergütung	41
2. Disziplinarrecht: Übermittlungspflicht für Behandlungsunterlagen trotz Heil- und Kostenplans	41
3. Wirtschaftlichkeitsprüfung	42
a) Arzneikostenregress und Off-Label-Use (Immunglobuline)	42
b) Verordnung besonders teurer Präparate	42
c) Vorlage sämtlicher Verordnungsblätter bei Fehlern	43
d) Beachtung einer SSB-Vereinbarung	43
e) Mitglied des Beschwerdeausschusses als ehrenamtlicher Richter	43
f) Notwendige Hinzuziehung eines Bevollmächtigten im Abhilfeverfahren	43
4. Zulassungsrecht	44
a) Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung	44
b) Verlegung des Vertragsarztsitzes: Keine rückwirkende Genehmigung	44
c) Psychotherapeuten/Zeitfenster: Alleinerziehende Psychotherapeutin	44
d) Zulassungsentziehung: Wohlverhalten bei über fünfjährigem Gerichtsverfahren	44
e) Keine Ermächtigung aufgrund nichtdeutscher Muttersprache	45
f) Kein Kostenerstattungsanspruch bei Drittwiderspruch eines Konkurrenten	45

5. Therapiehinweise zum wirtschaftl. Einsatz bestimmter Arzneimittel durch GBA	46
6. Rechtmäßigkeit der Krankenpflegerichtlinien	46

B. Krankenversicherungsrecht 47

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung 47

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	47
a) Neuropsychologie	48
b) Topische Immuntherapie mit Diphenylcyclopropenon (DCP)	48
c) Krampfadernbehandlung durch Chiva (ultraschallgezielte Ligaturtechnik)	48
2. Ausgeschlossene Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	49
a) Hyperthermiebehandlung bei Gehirntumor neben Chemotherapie	49
b) LASIK-Methode	49
c) Glaukom-Früherkennungsuntersuchungen	49
3. Künstliche Befruchtung: Erfolgsaussichten nach Vollendung des 40. Lebensjahres	50
4. Leistung durch nicht zugelassenen Arzt/Psychotherapeuten	50
5. Verhaltenstherapeutische und heilpädagogische Leistungen	51
6. Zahnärztliche Versorgung	51
a) Festzuschuss zum Zahnersatz	51
b) Implantatversorgung: Ausnahmeindikation	51
c) Begrenzte Kostenübernahme für Zahnersatz nach Tumorbehandlung	52

II. Kostenerstattungsanspruch 52

1. Differenzierung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung	52
2. Behandlung in Privatkrankenhaus	53
3. Entscheidung der Krankenkasse vor Kostenerstattung	53
4. Antragsvoraussetzung bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln	54
5. Tatsächliche Kosten: Motorbewegungsschiene CPM	54
6. Keine Zusatzkosten bei stationärer Behandlung (Autologe Chondrozytentransplantation)	54

III. Stationäre Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsbehandlung 55

1. Krankheitsbegriff: Mammareduktionsplastik (Brustverkleinerungsoperation)	55
a) Entstellende Wirkung	55
b) Brustgröße allein kein behandlungsbedürftiger Körperzustand	55
2. Stationäre Behandlung in der Schweiz	55
3. Operative Geschlechtsumwandlung in Privatklinik	56
4. Stationäre Rehabilitationsmaßnahme: Vorherige Antragstellung	56
5. Anspruch auf Mutter-Kind-Maßnahme	56

IV. Krankenbehandlung im Ausland: Elektrostimulationstherapie in Russland 56

V. Arzneimittel 57

1. Off-Label-Use	57
a) Wirksamkeitsnachweis durch ärztliche Erfahrung: Interferontherapie („Roferon A-Therapie“)	57
b) Tarceva (Erlotinib) zur Behandlung eines Magenkarzinoms	58
c) Ritalin (Wirkstoff: Methylphenidat) nach Volljährigkeit	58
d) Polyvalente Immunglobuline bei Fibromyalgiesyndrom	59
2. Ausschluss durch "Negativliste": Wobenzym	59
3. Nicht verschreibungspflichtiges Medikament "L-Carnitin" ("Biocarn")	59
4. Anthroposophische Arzneimittel	60
a) Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel verfassungsgemäß	60
b) Gesetzeskonforme Auslegung der AMR (Mistelpräparat Helixor)	60
5. Lorenzo's Öl	62
6. Umkonfektionierung eines Medikaments von Tabletten-/Granulatform in Kapselform	62

VI. Hilfsmittel 62

1. Copilot-Therapie-Tandem	62
2. Dreirad in der Ausführung als Liegerad für Erwachsenen	63
3. Pflegebett	63
4. Segufix-Bandagen-System zur Abwendung einer Selbstgefährdung	63
5. Brille mit entspiegelten Gläsern und Brechungsindex 1,8	64
6. Orthopädischer Apparat AH8-27 zur Elektrostimulation	64

VII. Häusliche Krankenpflege	64
1. Kein eigener Haushalt ohne Küche	64
2. Häusliche Krankenpflege durch vertragliche Leistungserbringer	65
3. Fehlende Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung	65
4. Leistung in der Grundpflege und Behandlungspflege	65
5. Ambulante psychiatrische Pflege	66
VIII. Haushaltshilfe/Zuzahlung/Fahrkosten/Vorsorge/Reha	67
1. Haushaltshilfe nur bei notwendiger Krankenhausbehandlung	67
2. Belastungsgrenze für Zuzahlungsbefreiung bei Einkommen unter Regelsatz	67
3. Verjährungsfrist für Zuzahlung zu Krankenhausaufenthalt	67
4. Kein Erstattungsanspruch der Praxisgebühr gegenüber Krankenkasse	68
5. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung	68
6. Reha- Funktionstraining über 24 Monate hinaus	68
7. Ausschöpfen ambulanter Behandlungsmöglichkeiten vor stationärer Reha	69
IX. Beziehungen zu Leistungserbringern	69
1. Beziehungen zu Krankenhäusern: Krankenhauskosten	69
a) Überprüfungsverfahren	69
aa) Erforderlichkeit einer stationären Behandlung bei Suizidalität	69
bb) Verlangen der Krankenkasse auf Herausgabe der Krankenunterlagen an MDK	69
b) Tbc-Behandlung in geschlossener Abteilung	70
c) Verbringung in anderes Krankenhaus und Rückverlegung am selben Tag	70
d) Stationäre Behandlung bei möglicher ambulanter Operation	71
e) Stationäre Behandlung bei vierstündigem Aufenthalt/Überprüfungsverfahren	71
2. Pharmaunternehmen: Pharmaunternehmen: Me-Too-Liste (Zyprexa®)	72
3. Hilfsmittelerbringer	72
a) Keine Aufnahme eines Handlaufes in Hilfsmittelverzeichnis	72
b) Altes Recht für erst 2004 ausgelieferte Brillen	73
c) Manuelle Therapie durch Masseur und medizinischen Bademeister	74
d) Vertragskündigung durch Leiter der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände	74
e) Kein Unterlassungsanspruch aus GWB	74
4. Häusliche Krankenpflege	75
a) Medikamentengabe bei gleichem Pflegeeinsatz nach SGB XI	75
b) Ausscheiden der Gesellschafter aus GbR	75
c) Erledigung des Rechtsschutzverfahrens durch Aufsichtsverfügung	75
d) geringere Vergütung für vergleichbare Leistungen	76
5. Krankentransportunternehmen: Abschluss eines Vergütungsvertrages	76
X. Krankenkassen: Veröffentlichung der Vorstandsbezüge	77
XI. Entscheidungen des BSG	77
1. Kostenerstattung	77
a) Behandlung durch nicht zugelassene Psychotherapeutin	77
b) Psycholog. Psychotherapie-Behandlung durch sog. Kostenerstatter	77
2. Arzneimittel: Nicht zugelassenes Arzneimittel (Tomudex/„Ralitrexed“)	78
3. Hilfsmittel	78
a) Zweisitziges Elektrofahrzeug	78
b) Hilfsmittelleigenschaft: Vojta-Liege	78
4. Häusliche Krankenpflege: Kostenerstattung bei vorheriger Vergütungsverpflichtung	78
5. Keine Fahrkosten zur Methadon-Behandlung	78
6. Apotheker	79
a) Retaxierung bei Verstoß gegen Abgabevorschriften	79
b) Ausschlussfrist in Arzneimittellieferungsvertrag für Abrechnung/Verzugszinsen	79
c) Vergütungsanspruch bei Verstoß gegen Arzneimittellieferungsvertrag	79
7. Gespaltene Kostenentscheidung (hier: Kniebewegungsschiene CAMOPED)	79

C. Entscheidungen anderer Gerichte	80
I. Ärztliches Berufsrecht	80
1. Berufserlaubnis auf Dauer unter Auflagen	80
2. Notdienstpflichten eines Nichtvertragsarztes	80
3. Untersagung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	80
4. BGH: Kündigungsfrist für Belegarztvertrag	81
5. Arztwerbung: "Faltenbehandlung mit Botox"	81
6. Verbotene Patientenauktion: Internetplattform „Marktplatz für Zahnarztleistungen“	81
7. Gesetzeswidriges Finanzierungssystem eines berufsständischen Versorgungswerks	82
II. Arzthaftung	82
1. Schweigepflicht auch bei Auskünften an eigene Patienten	82
2. Schadensersatz bei schädlicher Operation	82
3. Hygienemängel in Arztpraxis	83
III. Arzneimittel	83
1. Niederl. Versandhandelsapotheke und Verbot einer Filialapotheke	83
2. Bestell- und Abholservice für Arzneimittel in dm-Drogerien zulässig	84
3. Zuzahlungsgutscheine einer Online-Versandhandels-Apotheke zulässig	84
4. Unzulässige Einlesung einer Verordnung durch Arztpraxis für Apotheke	84
5. Vioxx®: Kein Nachweis für Verursachung einer Herzerkrankung	85
IV. Verschiedenes	85
1. EGMR: Rechtsschutz in Deutschland gegen überlange Dauer des Zivilverfahrens	85
2. EUGH	85
a) Positivliste: Pflicht zur Begründung und zur Rechtsmittelbelehrung	85
b) Differenzierung der Arzneimittelpreise nach nationalen Krankenversicherungssystemen	86
c) Kein Ersatz der Reise-, Aufenthalts- und Verpflegungskosten bei Krankenhausbehandlung	86
3. BVerfG: Schutz von Gesundheitsdaten gegenüber Versicherer	86
4. BGH	87
a) Kundenanwerbung für medizinische Produkte (Gleitsichtgläser) unzulässig	87
b) MDK-Stellungnahme: Ausübung eines öffentlichen Amts	87
5. "Vitametikerin" keine Heilkunde i. S. d. Heilpraktikergesetzes	87
6. Berufsunfähigkeit eines Arztes ("Ärztelklausel")	88
7. Steuerrecht	88
a) Keine Gewerbesteuerpflicht für pathologische Gemeinschaftspraxis	88
b) Freiberufliche Tätigkeit/Gewerbe bei Anästhesisten	88
8. Altersgrenze für flugmedizinische Sachverständige	89
Editorische Hinweise	89
Redaktion	89
Verzeichnis der Entscheidungen	90
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht	93
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)	97

A. Vertragsarztrecht

I. Honorarverteilung

Nach **BSG**, Urt. v. 11.10.2006 – **B 6 KA 46 bis 49/05 R** – ist die Neuordnung der Vergütung von Laborleistungen durch die **Laborreform** zum **01.07.1999** und insbesondere die Aufspaltung der Vergütung in einen mit Punkten bewerteten spezifisch ärztlichen und einen mit festen DM-Beträgen bewerteten technisch-analytischen Anteil rechtmäßig; die vom Bewertungsausschuss festgesetzten Kostenerstattungssätze für die einzelnen technischen Leistungen sind ebenfalls nicht zu beanstanden, auch insoweit nicht, als er sich dabei an einer gutachterlichen Untersuchung einer begrenzten Zahl von Laborpraxen orientiert und die Kostenquote der kostengünstiger arbeitenden Hälfte dieser Praxen zu Grunde gelegt hat; da seine Prognose über den zu erwartenden Rückgang der Anforderung von Laborleistungen nach den 1998 verfügbaren Daten nicht ersichtlich fehlsam war, hat er sich darauf beschränken dürfen, die Kostenerstattungssätze nach Vorliegen der ersten genauen Abrechnungsergebnisse nach Einführung der Laborreform zum 01.01.2000 zu erhöhen. Zu einer Korrektur rückwirkend zum 01.07.1999 war er nicht verpflichtet; die Regelungen in den HVM der KVen Nordwürttemberg und Südwürttemberg in den streitbefangenen Quartalen sind ebenfalls nicht zu beanstanden. Nach **BSG**, Urt. v. 06.09.2006 – **B 6 KA 29 u. 30/05 R** – ist die nach hausärztlichem und fachärztlichem **Versorgungsbereich getrennte Verteilung der Gesamtvergütungen** an die Vertragsärzte rechtmäßig und darf eine Stützung der fachärztlichen Honorare aus dem hausärztlichen Vergütungsanteil nicht erfolgen; nach **BSG**, Urt. v. 06.09.2006 – **B 6 KA 31/05 R** – (Parallelverfahren: **B 6 KA 15/06 R**) führt eine Privilegierung ausschließlich der im organisierten vertragsärztlichen Notdienst vorgenommenen Notfallbehandlungen mit einem Punktwert von 9,0 Pf zu einer mit dem Gleichbehandlungsgebot nicht vereinbarten und deshalb rechtswidrigen Benachteiligung der in den **Notfallambulanzen der Krankenhäuser erbrachten Leistungen**; 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 **Abstufung 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 quotierte 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; vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 05-04-A I (S. 7).

1. PSYCHOTHERAPEUTEN

A) PROBATORISCHE SITZUNG (NR. 870 EBM)

SG Reutlingen, Urt. v. 10.05.2006 – **S 1 KA 201/04** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-01

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 35/06 R

Psychotherapeut, Psychotherapie, probatorische Sitzung, Vergütung

SGB V § 85 IV, IVa

Für die Vergütung der probatorischen Sitzungen gelten die gleichen Maßstäbe wie für die zeitgebundenen und genehmigungspflichtigen Leistungen. Es besteht kein hinreichender Grund dafür, die Leistungen nach der Nr. 870 EBM anders zu vergüten als die genehmigungspflichtigen Leistungen der Nrn. 871 bis 884 EBM.

Das **SG** änderte die Honorarbescheide für die Quartale I/00 bis IV/01 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids v. 22.01.2003 ab und verurteilte die KV, dem klagenden psycholog. Psychotherapeuten hinsichtlich der Vergütung der probatorischen Sitzungen nach der Nr. 870 EBM einen neuen Bescheid unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu erteilen.

B) PUNKTWERT KV BRANDENBURG 1998/MENGENBEGRENZUNGSREGELUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.06.2006 – **L 7 KA 22/02*25** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-02

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 55/06 B

Psychotherapeut, Punktwert, Vergütungs-niveau, Allgemeinärzte, Leistungsobergrenze, Honorarverteilungsgerechtigkeit

SGB V § 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 **Vergütungsniveau** 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.

Im Quartal II/98 honorierte die Bekl. die abgerechneten 257.200 Punkte bis zu einer Fallzahl von (hier nicht erreichten) 95 und einer Punktzahl von 3.100 je Fall mit einem Punktwert von 7,49 DPf im Primär- und Ersatzkassenbereich sowie im Übrigen mit Punktwerten von 4,20 DPf im Primärkassenbereich und 5,20 DPf im Ersatzkassenbereich. Im Quartal III/98 (32 Behandlungsfälle) honorierte die Bekl. die 183.200 Punkte bis zu einer Punktzahl von 3.100 je Fall mit einem Punktwert von 7,49 DPf im Primär- und Ersatzkassenbereich sowie im Übrigen mit Punktwerten von 4,90 DPf im Primärkassenbereich und 5,80 DPf im Ersatzkassenbereich. **SG Potsdam**, Urt. v. 10.04.2002 - S 1 KA 362/99 - gab der Klage statt und verpflichtete die Bekl. zu Neubescheidung, das **LSG** wies die Berufung der KV zurück und verpflichtete die KV auf die Anschlussberufung des Kl., die Honoraransprüche des Kl. für die Quartale II/98 und III/98 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Berufungsgerichts neu zu bescheiden.

S. bereits Parallelentscheidungen **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 26.04.2006 – L 7 KA 19/02*25 – RID 06-03-02 und v. 14.06.2006 – L 7 KA 72/06 – RID 06-03-03.

Parallelverfahren für die Quartale III u. IV/98: **SG Potsdam**, Urt. v. 10.04.2002 - S 1 KA 109/00 -

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.06.2006 – L 7 KA 17/02*25 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-03**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 65/06 B

Parallelverfahren für die Quartale III/98: **SG Potsdam**, Urt. v. 10.04.2002 - S 1 KA 110/00 -

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.06.2006 – L 7 KA 15/02*25 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-04**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 66/06 B

C) PUNKTWERT KV BRANDENBURG 1999/MENGENBEGRENZUNGSREGELUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.06.2006 - L 7 KA 77/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-05**

Psychotherapeut, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Punktwert

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

Art. 11 PsychThG-EG 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 4,2 Pf. im Bereich der Primärkassen und von 6,0 Pf. im Bereich der Ersatzkassen im Quartal III/99 mit 3,2 Pf. bzw. 6,0 Pf. **SG Potsdam**, Urt. v. 10.04.2002 – S 1 KA 109/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. BEWERTUNGSAUSSCHUSS: VERÄNDERUNGEN DER ZAHL DER HAUSÄRZTE

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 11.07.2006 – L 4 KA 14/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-06**

Revision anhängig: B 6 KA 36/06 R

Bewertungsausschuss, hausärztliche Versorgung, Hausärzte, fachärztlicher Versorgungsbereich

SGB V § 85 IVa 3

Bei der Umsetzung des gesetzlichen Regelungsauftrags nach § 85 IVa 3 SGB V kommt dem Bewertungsausschuss die für jede Normsetzung kennzeichnende Gestaltungsfreiheit zu. Die Umsetzung der gesetzgeberischen Vorgabe, dass die Berücksichtigung der Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 zu berücksichtigen sind, durch den Bewertungsausschuss in der Weise, dass nur der Wechsel aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich in den fachärztlichen Versorgungsbereich und umgekehrt

berücksichtigt wird, nicht hingegen eine auf einer anderen Ursache beruhende Veränderung der Anzahl der an der hausärztlichen Versorgung und/oder der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte steht unter Berücksichtigung von Wortlaut, systematischen Zusammenhangs und Sinn und Zweck der Vorschrift sowie eines verbleibenden Gestaltungsspielraums des Bewertungsausschusses in Einklang mit der Ermächtigungsgrundlage.

Der klagende Hautarzt wandte sich gegen die Honorarbescheide für die Quartale IV/99 bis IV/00 sowie II/01 und III/01, u. a. mit der Begründung, die in § 85 IVa SGB V vorgesehene Berücksichtigung der Veränderungen der Verhältniszahlen zwischen den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden und den übrigen Ärzten sei nicht durchgeführt worden. **SG Kiel**, Urt. v. 26.11.2003 - S 14 KA 498/02 – verurteilte die Bekl., die Honorare der streitigen Quartale unter Berücksichtigung einer Arztzahlkorrektur neu festzusetzen, bei der auch die Zahl der Hausärzte berücksichtigt wird, die neu zugelassen wurden oder deren Zulassung beendet wurde. Das **LSG** wies die Klage ab.

3. INDIVIDUALBUDGET

A) ANKNÜPFEN AN FRÜHERE ABRECHNUNGSERGEBNISSE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2006 – L 11 KA 4/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-07

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 76/06 B

Individualbudget, Leistungsbudget, Punktzahlengrenzwert
SGB V §§ 85 IV, 87 IIa; HVM KV Nordrhein § 7

Die Festlegung eines Individualbudgets mit Anknüpfen an die Abrechnungsergebnisse von früheren Quartalen ist rechtmäßig (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 5).

Die frühere Regelung der Zuwachsmöglichkeit für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen in § 7 III HVM KV Nordrhein ist rückwirkend für die Zeit ab 01.07.1999 beseitigt worden. Bei einem Antrag auf Neubescheidung ist diese Änderung der Rechtslage zu berücksichtigen.

Der Kläger nimmt als HNO-Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Nach § 7 HVM (in der Fassung ab 01.07.1999) betrug das ab dem III. Quartal 1999 geltende Individualbudget des Klägers 928.093 Punkte (Fachgruppendurchschnitt 969.311 Punkte). **SG Düsseldorf**, Urt. v. 09.01.2002 - S 2 KA 178/01 – verurteilte zur Neubescheidung; das SG hat grundsätzlich die Honorarverteilungsregelung des § 7 HVM für rechtmäßig gehalten und einen Verstoß gegen höherrangiges Recht verneint; insbesondere sei die Bekl. nicht verpflichtet gewesen, Regelleistungsvolumina festzusetzen; der HVM sei jedoch wegen der unzureichenden Wachstumsregelung für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen rechtswidrig. Das **LSG** wies die Klage ab.

B) AUFTEILUNG EINES INDIVIDUALBUDGETS NACH BEENDIGUNG DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2006 – L 11 KA 51/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-08

Individualbudget, Leistungsbudget, Punktzahlengrenzwert, Gemeinschaftspraxis
SGB V § 85 IV; HVM KV Nordrhein § 7

Wird ein Individualbudget nach der Auflösung einer Gemeinschaftspraxis hälftig zwischen den beiden Vertragsärzten aufgeteilt, so besteht kein Anspruch auf eine abweichende Regelung, wenn der Vertragsarzt nicht nachweist, welchen Anteil er konkret am Umsatz der früheren Gemeinschaftspraxis erwirtschaftet hatte.

Der Kl., ein praktischer Arzt, hatte bis zum Ende des Quartals III/01 eine Gemeinschaftspraxis mit dem Beigel. Seit dem Quartal IV/01 üben beide ihre Tätigkeit jeweils in einer Einzelpraxis aus, wobei der Kläger am früheren Praxisstandort geblieben ist, während der Beigeladene in einer etwa 400 m entfernten Praxis tätig ist. Nach der Auflösung der Gemeinschaftspraxis wurde das für die Gemeinschaftspraxis gemäß § 7 HVM in der seit 01.07.1999 geltenden Fassung festgesetzte Punktzahlvolumen von 1.401.573 Punkten hälftig geteilt, so dass dem Kläger bei einem Fachgruppendurchschnitt von 612.066 Punkten ein Individualbudget von 700.785,8 Punkten zustand. Sein Antrag auf Erhöhung des Individualbudgets um 25 % mit der Begründung, er betreue und behandle deutlich mehr als 50 % der Patienten der früheren Gemeinschaftspraxis weiter, war erfolglos. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 16.02.2005 - S 33 KA 133/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) WACHSTUM UND FACHGRUPPENDURCHSCHNITT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2006 – L 11 KA 93/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-09**

Individualbudget, Leistungsbudget, Punktzahlengrenzwert, Gemeinschaftspraxis, Wachstum, Fallzahl

SGB V § 85 IV; HVM KV Nordrhein § 7

Hat eine Gemeinschaftspraxis keine Steigerung der Fallzahl zu verzeichnen, so besteht kein Anspruch auf Zuwachs bis zum Fachgruppendurchschnitt im Rahmen eines Individualbudgets (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003, SozR 4-2500 § 85 Nr. 5).

Die beiden Mitglieder der Kl. waren als Allgemeinarzt/praktischer Arzt vom 01.01.1999 bis 31.12.2004 in Gemeinschaftspraxis tätig. Dr. H ist seit dem 01.07.1993 zugelassen und war bis zum 31.12.1998 in einer anderen Gemeinschaftspraxis tätig, Dr. L ist seit dem 01.10.1993 zugelassen. Die Bekl. erkannte auf der Grundlage des Bemessungszeitraumes III/97 bis II/98 der Gemeinschaftspraxis ein Individualbudget von 762.862,0 Punkten zu; der Fachgruppendurchschnitt beträgt 1.224.132,0 Punkte. Unter Berücksichtigung eines erlaubten Zuwachses von 26.871,3 Punkten erfolgte im Quartal III/99 eine Kürzung in Höhe von 131.916,7 Punkten. Die Kl. beantragte eine Erhöhung des Individualbudgets. Dieses sei unzureichend, bei seiner Bemessung sei nicht berücksichtigt worden, dass die Praxis erst seit dem 01.01.1999 bestehe. Dr. H sei in der früheren Gemeinschaftspraxis der Aufbau eines Patientenstammes nicht möglich gewesen, die Einzelpraxis von Dr. L habe Ende 1998 erst 21 Quartale bestanden. Von daher könnten die Referenzquartale nicht maßgeblich sein. Sie beantragte ein unbegrenztes Wachstum der Praxis bis zum Fachgruppendurchschnitt, hilfsweise, die Bemessung des Individualbudgets nach dem Punktzahlvolumen der Gemeinschaftspraxis im Jahre 1999. Mit Bescheid vom 15.03.2000 gab die Beklagte dem Antrag insoweit statt, als sie den Bemessungszeitraum auf die Quartale I und II/99 festsetzte. Sie errechnete danach ein Punktzahlvolumen von 764.388,0 Punkten, so dass die Kürzung für das Quartal III/99 entsprechend reduziert wurde. Die Klägerin legte erfolglos Widerspruch ein. Die Klage erweiterte sie gegen verschiedene Quartalshonorarbescheide (III/99-III/00 u. I/01). **SG Düsseldorf, Urt. v. 27.07.2005 - S 14 KA 5/04** - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. a. BSG, Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 1/06 B– RID 06-04 (diese Ausgabe).

D) BEGRENZUNG VON ZUWACHSREGELUNGEN AUF ANHAND DES MEDIAN'S BERECHNETEN LANDESDURCHSCHNITT

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 02.11.2005 – L 11 KA 6/02 – juris

RID 06-04-10

Revision anhängig: B 6 KA 9/06 R

Honorarverteilungsmaßstab, Gestaltungsspielraum, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Honorarkontingent, Vergütungsbegrenzung, Fachgruppendurchschnitt

SGB V §§ 85 IV; GG Art. 3 I, 12 I

Ein HVM kann vorsehen, dass der **Landesdurchschnitt**, bis zu dem eine Praxis ohne Honorarbegrenzung wachsen kann, aus dem jeweiligen Median der Anspruchsberechtigten, die im gesamten Kalenderjahr 1997 unter einer Abrechnungsnummer abgerechnet haben, errechnet wird, wobei für Anspruchsberechtigte mit einer unterdurchschnittlichen Bemessungsgrenze diese in dem prozentualen Umfang erhöht wird, in dem die Zahl der Patienten im Vergütungszeitraum (Abrechnungsquartale I – IV/1999) gegenüber dem Bemessungszeitraum (Abrechnungsquartale I – IV/1997) zugenommen hat, höchstens jedoch bis zur Höhe des jeweiligen KZV-Landesdurchschnittes. Die Berechnung eines **Fachgruppendurchschnitts anhand des Medians** ist von dem weiten Gestaltungsspielraum des Satzungsgebers gedeckt und rechtlich nicht zu beanstanden, auch wenn dieser Wert um 9 % bzw. 11 % niedriger liegt als nach einer Berechnung aufgrund des **arithmetischen Mittels**.

Die seit 01.09.1995 zugelassene Kl. wandte sich gegen die HVM-Bemessungsgrenze für das Kalenderjahr 1999 (Zahnersatzleistungen 52.667,00 DM/Sachleistungen 177.110,00 DM) weil es unter dem Landesdurchschnitt (80.000,00 DM bzw. 217.200,00 DM) liege. Nach Änderung des HVM legte die Bekl. die für die Kl. geltende Bemessungsgrenze für Zahnersatzleistungen auf 58.864,00 DM (Landesdurchschnitt: 90.000,00 DM) und für Sachleistungen auf 173.382,00 DM (Landesdurchschnitt: 212.800,00 DM) fest. Später hob sie die HVM-Bemessungsgrenze auf den Landesdurchschnitt an, weil die Kl. im Jahr 1999 im Vergleich zum Jahr 1997 einen Anstieg ihrer Patientenzahlen von 521 auf 1013 zu verzeichnen hatte. Gleichzeitig wurde ihr ein Betrag von 39.419,00 DM gutgeschrieben. Es verblieb danach im Bereich der Sachleistungen bei einem **Einbehalt** für das Jahr 1999 von insgesamt 31.511,00 DM. Mit ihrer **Klage** machte sie u. a. geltend, die Berechnung des Landesdurchschnittes aufgrund des Medians führe dazu, dass die Entwicklungsmöglichkeiten von zahnärztlichen Praxen, die sich noch im Aufbau befänden, künstlich beschnitten würden. Die Berechnung anhand des Medians sei ein "Trick" der Beklagten, den Landesdurchschnitt zu drücken, nachdem sie vom BSG verurteilt worden sei, ihren HVM so zu gestalten, dass Anfängerpraxen mit ihrem Individualbudget nicht hinter

diesem Landesdurchschnitt zurückblieben. Die Neugestaltung des HVM habe dazu geführt, dass auf die "unteren" zwei Drittel der Bremer Zahnärzte (genau: 68 %) 58 % der Gesamtsumme der Bemessungsgrenze entfielen, wogegen 42 % der Gesamtsumme der Bemessungsgrenze auf das "obere" Drittel (genau: 32 %) der Bremer Zahnärzte entfielen. **SG Bremen**, Urt. v. 19.12.2001 - S 24 KA 203/99 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelentscheidung: SG Bremen, Urt. v. 14.02.2001 - S 24 KA 67/00 -

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 02.11.2005 – L 11 KA 14/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-11

Revision anhängig: B 6 KA 10/06 R

4. ARZTGRUPPENBEZOGENE HONORARFONDS

A) BEFÜLLUNG DER ARZTGRUPPENKONTINGENTE DURCH FRÜHERES QUARTAL

LSG Bayern, Urt. v. 31.05.2006 – L 12 KA 166/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-12

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 85/06 B

Honorarfonds, Honorartopf, Honorarkontingent

SGB V § 85 IV

Die Bildung von gesonderten, arztgruppenbezogenen Honorarfonds ist zulässig.

Die Befüllung der Arztgruppenkontingente nach dem der jeweiligen Arztgruppe im Quartal IV/96 ausgezahlten Anteil (DM-Betrag) an der bereinigten Gesamtvergütung in Prozent ist als Anknüpfung der Honorarverteilung für das Quartal I/99 nicht zu beanstanden. Einen Rechtssatz des Inhaltes, dass grundsätzlich nicht auf einen weiter als zwei Jahre zurückliegenden Zeitraum Bezug genommen werden kann, ist nicht zu erkennen.

SG München, Urt. v. 20.05.2003 - S 42 KA 2842/00 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

B) ZUNAHME EINER ARZTGRUPPE UND BEHANDLUNGSBEDARF DER VERSICHERTEN

LSG Bayern, Urt. v. 31.05.2006 – L 12 KA 581/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-13

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 86/06 B

Honorarfonds, Honorartopf, Honorarkontingent, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Arztgruppe, Internist

SGB V § 85 IV

Bei der Befüllung der **Honorarkontingente** kann ein **längerer Zeitraum** herangezogen werden (vgl. bereits **LSG Bayern**, Urt. v. 08.06.2005 – L 12 KA 120/02 – RID 05-04-01).

Bei jeder Honorarverteilung, die sich an dem Leistungsumfang in einem früheren Zeitraum orientiert, ist darauf zu achten, dass sich zwischenzeitlich die **Verhältnisse** nicht zu Lasten einer oder mehrerer Arztgruppen so gravierend **geändert** haben, dass eine Anknüpfung mit dem aus Art. 3 i.V.m. Art. 12 GG abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar wäre.

Die zahlenmäßige **Zunahme einer Arztgruppe** zwingt nicht dazu, das entsprechende Arztgruppenkontingent im gleichen Maße zu vergrößern, denn maßgeblich für die Bemessung des für die von der Arztgruppe zu erbringenden Leistungen zur Verfügung gestellten Gesamtvergütungsanteils ist nicht die Anzahl der Leistungserbringer, sondern allein der **Behandlungsbedarf der Versicherten**. Auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Zahlen ist nicht erwiesen, dass die insgesamt zu beobachtende **Leistungszunahme bei den fachärztlichen Internisten** zwischen 1996/1997 und 1999 in so hohem Maße bedarfsunterlegt war (mindestens zu 10%, vgl. BSG v. 07.02.1996 - 6 RKa 83/95 - USK 9685), dass die KV bei der Festlegung des Honorarkontingentes der fachärztlichen Internisten am 22.02.1999 nicht auf die Jahre 1996/1997 hätte zurückgreifen dürfen.

In einer **Unterschreitung des durchschnittlichen Punktwertes** aller Fachärzte durch die fachärztlichen Internisten zwischen 9,25 % bis 17,49 % (Quartale II-IV/99) liegt noch kein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

SG München, Urt. v. 20.05.2003 - S 42 KA 8627/00 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

5. ANGEMESSENE VERGÜTUNG: 11.000,00 DM PRO ARZT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2006 – L 11 KA 17/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-14

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 75/06 B

Honorar, angemessene Vergütung

SGB V § 85 III, IV

Aus welchem Grunde ein sich in Höhe von 11.000,00 DM pro Arzt bewegendes Honorar keine angemessene Vergütung darstellen solle, vermag der Senat nicht nachzuvollziehen.

Den Ausführungen des BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 84/03 R – zur angemessenen Vergütung ist zu folgen.

SG Düsseldorf, Urt. v. 15.12.2004 - S 17 KA 139/01 - wies die Klage einer kardiologischen Gemeinschaftspraxis ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. EINBEHALT VON HONORAR FÜR ZAHNERSATZLEISTUNGEN WEGEN SOG. DOPPELEINLESUNGEN

LSG Hamburg, Beschl. v. 07.07.2006 – L 2 B 116/06 ER KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-15

Honorar, Zahnersatzleistung, Doppeleinlesung, Praxisgemeinschaft

SGB V § 85 IV 9; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Bestehen ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit eines angegriffenen Honorarberichtigungsbescheides, so ist das einbehaltene Honorar vorläufig wieder an den Vertragsarzt auszukehren.

Eine KV darf das Honorar eines Vertragsarztes nur kürzen, wenn er falsch abgerechnet hat. Es fehlt an einer Rechtsgrundlage für den Einbehalt von Honorar für Zahnersatzleistungen wegen sog. Doppeleinlesungen von Patienten innerhalb einer Praxisgemeinschaft, wenn eine in Betracht kommende HVM-Regelung auf den Bereich „Sachleistungen“ beschränkt ist und für den Bereich „Zahnersatz“ nicht gilt.

Die bekl. KZV nahm einen vorläufigen Honorareinbehalt von 1.301,72 Euro für das Quartal I/04 vor, weil aufgrund von Mehrfacheinlesungen innerhalb der Praxisgemeinschaft mit sechs weiteren Zahnärzten die 238 kons.-chir. Fälle im Primärkassenbereich um insgesamt 41 Fälle zu reduzieren seien. Für das Quartal II/04 nahm sie einen weiteren Einbehalt von 569,70 Euro vor. Für beide Kassenbereich betrug der Einbehalt für das Jahr 2004 insgesamt 5.792,26 Euro, deren Restbetrag mit der Quartalsabrechnung I/05 einbehalten wurde. **SG Hamburg**, Beschl. v. 06.02.2006 – S 3 KA 165/05 ER – wies den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gegen den bereits vollzogenen Einbehalt von Honorar für Zahnersatzleistungen für das Jahr 2004 ab; in der Begründung führte es u. a. aus, mit der im HVM getroffenen Regelung werde die Fallzahl eines in Praxisgemeinschaft tätigen Zahnarztes ohne Einzelfalldarstellung und entsprechende Verteidigungsmöglichkeiten gekürzt. Ob ein solches Verfahren zur Lösung des Problems medizinisch nicht gerechtfertigter Patientenüberschreitungen in Praxisgemeinschaften als eine sachlich gerechtfertigte Regelung angesehen werden könne, sei eine offene Rechtsfrage. Die Belastung reiche aber nicht zum Erlass einer Anordnung. Das **LSG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Widersprüche gegen die Bescheide der Ag. und die Aufhebung der Vollziehung an, ferner die vorläufige Auskehrung des einbehaltenen Honorars in Höhe von 5.792,26 €.

Zur **rechtsmissbräuchlichen Fallzahlerhöhung** einer Praxisgemeinschaft s. **BSG**, Urt. v. 22.03.2006 – B 6 KA 76/04 R -.

7. FALLZAHLABHÄNGIGE QUOTIERUNG: ERREICHEN ÜBERDURCHSCHNITTLICHER FALLZAHLEN

LSG Hessen, Urt. v. 28.06.2006 – L 4 KA 9/05 –

RID 06-04-16

rechtskräftig (Revision zurückgenommen)

Quotierung, Fallzahl, Fallzahlbegrenzung

SGB V § 85 IV

Eine fallzahlabhängige Quotierung (hier: KV Hessen, Quartale III/98 ff. sowie I und II/02), wonach die Fallzahl des entsprechenden Quartals um 2 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe steigen darf und die darüber hinausgehenden Fälle nur zu 50 % in die Honorarverteilung eingehen, ist grundsätzlich zulässig. Es bedarf aber einer Übergangsregelung für Vertragsärzte, die in den Quartalen III/90 bis IV/92 ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen hatten und denen am Ende der Aufbauphase weder die Durchschnittswerte noch die (möglicherweise) zuletzt erzielten eigenen höheren Fallwerte gutgeschrieben wurden, sondern die sich mit den (möglicherweise geringen) Werten aus dem Jahr 1995 begnügen müssen. Es liegt eine gravierende Ungleichbehandlung vor, wenn es einem Vertragsarzt im Unterschied sowohl zu schon länger bestehenden Praxen als auch den „jungen Praxen“ verwehrt war, überdurchschnittliche Fallzahlen als Basis für die künftige Quotierung zu erreichen.

8. ZUORDNUNG ZU HONORARTOPF: FACHÜBERGREIFENDE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

LSG Hessen, Urt. v. 09.08.2006 – L 4 KA 7/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-17

Arzt, Gemeinschaftspraxis, Honorarfonds, Honorartopf, Honorarkontingent, Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, Punktwert, Internist, Allgemeinmediziner

SGB V § 85 IV; SGB X § 44 II

Sieht ein HVM für **fachübergreifende Gemeinschaftspraxen** keine Regelung vor, welcher Honorargruppe diese zugeordnet werden sollen, so kann diese Regelungslücke nicht nach der „Natur der Sache“ bzw. dem Schwerpunkt der Praxis durch die Sozialgerichte geschlossen werden. Es bedarf vielmehr dazu differenzierter, vom **Satzungsgeber** ergänzend zu treffender Bestimmungen. Vorstellbar als **Kriterien** sind nicht nur die Schwerpunktbildung, sondern auch Maßnahmen bis hin zu der vom BSG diskutierten Zuordnung mehrerer Abrechnungsnummern (BSG, Urt. v. 26.06.2002 – B 6 KA 28/01 R). Eine falsche Einstufung muss von der KV und den Vertragsärzten korrigierbar sein. Dem Gericht ist es verwehrt, Einzelheiten vorzugeben.

Es erscheint aber wenig sinnvoll, als rechtliche Grundlage für eine Neubescheidung eine nachträgliche Satzungsergänzung zu beschließen. Es ist rechtlich unbedenklich, wenn der **Vorstand der KV** unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts bescheidet.

Die klagende Gemeinschaftspraxis, ein Allgemeinmediziner und ein Internist, wurden der Honoraruntergruppe 4.8 (hausärztlich tätige Internisten) zugeordnet. Die Punktwerte dieser Honoraruntergruppe waren ab dem Quartal III/97 jeweils geringer als die für die Honoraruntergruppe 4.1 der Allgemeinärzte. Gegen den Honorarbescheid für das Quartale III/97 legten sie am 15.05.1998 wegen zu geringer Honorierung Widerspruch ein, dem die Bekl. mit einer Nachvergütung (8.955,03 DM) abhalf. Für die Quartale IV/97 bis IV/99 legten sie keinen Widerspruch ein. Ab dem Quartal I/00 wurden sie der Honorargruppe der hausärztlichen Allgemeinärzte zugeordnet. Ein Schreiben d. Kl. vom 02.07.2001, in dem sie ihren Widerspruch ergänzten und in dem sie eine Falschberatung geltend machten und erklärten, vorsorglich auch Widerspruch für die Folgequartale bis IV/99 eingelegt zu haben, wertete die Bekl. als Antrag auf Rücknahme der bestandskräftigen Honorarbescheide für die Quartale IV/97 bis IV/99, was sie aber ablehnte. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 10.11.2004 – S 29 KA 1334/03 u. a. – verpflichtete zur Neubescheidung, weil das Ermessen nach § 44 II SGB X nicht pflichtgemäß ausgeübt worden sei; die Bescheide seien rechtswidrig, weil mangels Bestimmungen im HVM fachübergreifende Gemeinschaftspraxen nach ihrem eindeutigen Schwerpunkt einer Honorargruppe zuzuordnen seien. Die **Bekl.** machte u. a. mit der **Berufung** geltend, eine hausärztlich-internistische und allgemeinärztliche Tätigkeit könne kaum abgegrenzt werden. Der Arzt kenne seine Praxis am besten, weshalb es für eine Umgruppierung eines Antrags bedürfe. Es handele sich um keinen Einzelfall. Es gebe bei ihr 407 fachübergreifende Gemeinschaftspraxen und ca. 498 Vertragsärzte mit Doppelzulassung bzw. verschiedenen Schwerpunkten. Das **LSG** wies die Berufung zurück; dabei wertete es das Schreiben vom 02.07.2001 nur als ergänzende Widerspruchsbegründung und nicht als Antrag nach § 44 SGB X, sah aber im Widerspruchsschreiben vom 15.05.1998 das Begehren, die Honorarverteilung ab dem Quartal III/98 ff. günstiger zu gestalten; es habe sich um einen Antrag auf Umgruppierung gehandelt, über den die Bekl. für die Quartale ab IV/97 ff. noch nicht entschieden habe.

Nach **BSG**, Urt. v. 20.01.1999 – B 6 KA 78/97 R – SozR 3-2500 § 87 Nr. 20 bedarf bei einem **Vertragsarzt mit Zulassung in zwei Fachgebieten** die Festsetzung einer einheitlichen Fallpunktzahl für Basislaborleistungen, die aus dem arithmetischen Mittel der Punktzahlen beider Fachgebiete gebildet wird, einer normativen Regelung; nach **BSG**, Urt. v. 28.06.2002 – B 6 KA 28/01 R – SozR 3-2500 § 85 Nr. 47 = NZS 2003, 494 bestehen **Bedenken gegen die schematische Orientierung an der Abrechnungsnummer einer Gemeinschaftspraxis** und deren Zuordnung zu einer Arztgruppe, so weit dieses Vorgehen dazu führen könnte, dass aus dem Honorarkontingent einer bestimmten Arztgruppe in erheblichem Umfang Leistungen zu vergüten sind, die von Ärzten verschiedener Arztgruppen erbracht und lediglich unter einer zu einer einzigen Arztgruppe gehörenden Arztnummer abgerechnet werden; weiterhin besteht die Gefahr, dass eine aus Ärzten verschiedener Arztgruppen bestehende fachübergreifende Gemeinschaftspraxis die Wahl ihrer Arztnummer danach ausrichtet, in welchem arztgruppenbezogenen Topf sie prognostisch die höchsten Punktwerte erwartet. Deshalb kann die KV verpflichtet sein, bei erheblichen Anteilen von Leistungen, die durch Ärzte von fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen arztgruppenfremd erbracht werden, im HVM entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Nach **SG Marburg**, Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 45/05 – RID 06-03-08 muss ein HVM Regelungen darüber enthalten, wie **Ärzte mit Doppelzulassung** bei der Honorarverteilung zu behandeln sind und in welcher Weise ihre Honoraranforderung 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; nach **SG München**, Urt. v. 13.04.2005 – S 38 KA 535/04 – RID 05-03-01 fehlt es für eine **fachgebietsübergreifende Gemeinschaftspraxis**, in der nur ein Arzt der **Fallzahlbegrenzungsregelung** unterfällt, nicht aber der andere, an einer Fallzahlbegrenzungsregelung; es handelt sich möglicherweise um eine Regelungslücke, die auszufüllen dem Gericht verwehrt ist; zur Zuordnung einer fachgebietsübergreifenden Gemeinschaftspraxis zu einem Honorartopf s. RID 04-04-A 19 (S. 11 f.); nach **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 06.10.2004 – S 27 KA 1799/02 – RID 04-04-09 muss ein HVM für **Gemeinschaftspraxen** mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen eine Regelung über eine Zuordnung zu einem **Honorarfonds** vorsehen; es handelt sich um eine wesentliche Regelung, die nur in der Form einer **Satzung** ergehen kann; nach **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 06.10.2004 – S 27 KA 3096/03 – RID 04-04-10 muss ein HVM für Ärzte mit einer **Doppelzulassung** eine Regelung über eine Zuordnung zu einem Honorarfonds treffen; nach **SG Dresden**, Urt. v. 17.12.2003

– S 15 KA 378/02- RID 04-03-03 verstößt ein HVM, der für Ärzte mit **mehreren zugelassenen Facharztbezeichnungen** (hier: Internist und Radiologe) schematisch eine Zuordnung zu einem Honorarfonds vornimmt, gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit; s. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 25.05.2005 – L 3 KA 60/03 – RID 05-03-12 zur Berechnung von **Zusatzbudgets** in einer Gemeinschaftspraxis mit einem Arzt mit **Doppelzulassung**.

9. VERGÜTUNG DER EINRICHTUNGEN NACH § 311 II SGB V: EIGENER HONORARTOPF

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.06.2006 – L 7 KA 32/01*25 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-18**

Honorarkontingent, Honorartopf, Honorarfonds, hausärztliche Grundvergütung, Poliklinik

SGB V §§ 85 IIIa 7 u. IV, 87 IIa

Ein HVM muss keine gesonderten **Honorarkontingente** zur Vergütung von **Impf- und Vorsorgeleistungen** vorsehen.

Die **hausärztliche Grundvergütung** kann aus dem **Honorarkontingent** für die Leistungen der **Einrichtungen nach § 311 II SGB V**, sie muss nicht aus dem Honorarkontingent für die Leistungen der hausärztlichen Grundvergütung entrichtet werden.

Die Vergütung der Einrichtungen nach § 311 II SGB V muss nicht einem bestimmten Fachgruppenthonorarfonds zugewiesen werden, sondern kann unabhängig von der Art ihrer fachlichen Zuordnung ausschließlich aus einem gesonderten zentralen **Honorarfonds** erfolgen.

Dass das in den Einrichtungen nach § 311 SGB V je Arzt erzielte Einkommen zwischen dem Quartal I/95 und IV/99 nur zwischen 70,4% bzw. 76,1 % des Einkommens der niedergelassenen Ärzte erreichte (Quartal III/97: 77,3 %), dürfte seine Ursache in den niedrigen Fallzahlen der Einrichtungen haben und somit Ausdruck der stärkeren Nachfrage der Behandlung durch niedergelassene Ärzte durch die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen sein. Eine **bessere Ausstattung eines Honorarfonds der Einrichtungen** wäre damit nicht zu rechtfertigen, weil diese ihre Fallwerte und ihren Umsatz Ende der 90'er Jahre im Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten überproportional steigern konnten. Verringert sich durch die Abwanderung von Patienten in Folge auch von Abwanderungen der Ärzte aus den Einrichtungen nach § 311 II SGB V das Patientenaufkommen, so ist es sachlich nicht zu rechtfertigen, einen Honorarfonds in unveränderter Höhe zu belassen.

SG Potsdam, Urt. v. 30.05.2001 - S 1 KA 310/99 - wies die auf ein höheres Honorar für das Quartal III/97 gerichtete Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren bzgl. des Quartals I/99: **SG Potsdam**, Urt. v. 30.05.2001 - S 1 KA 195/00 -

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.06.2006 – L 7 KA 28/01*25 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-19**

10. ABRECHNUNGSBEFUGNIS BEI BEENDIGUNG DER ERMÄCHTIGUNG NACH § 95 XI SGB V

SG Düsseldorf, Urt. v. 18.10.2006 – S 2 KA 164/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-20

Berufung zugelassen

Abrechnung, Quartalsabrechnung, Ermächtigung, Rechtsmittel, Rechtsbehelf, Nachqualifikation

SGB V § 95 XI

Wird vor Ablauf einer fünfjährigen Ermächtigung nach § 95 XI SGB V ein Antrag auf Umwandlung in eine Zulassung gestellt, so bleibt die Ermächtigung bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses erhalten. Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses (Widerspruch, Klage, Berufung, Revision) verlängern die Dauer der Ermächtigung nicht weiter. Auch bei der Beendigung der Ermächtigung zur Nachqualifikation handelt es sich um eine gesetzlich zwingend angeordnete Rechtsfolge, an der die aufschiebende Wirkung eines Rechtsbehelfs nichts ändert.

Der Kl. ist Psychologischer Psychotherapeut und wurde mit Beschl. vom 30.06.1999 zur Nachqualifikation innerhalb von fünf Jahren ermächtigt. Der Zulassungsausschuss stellte nach Antrag des Kl. auf Umwandlung der Ermächtigung in eine Zulassung im Juni 2004 mit Beschl. v. 01.12.2004, ausgefertigt und versandt als Bescheid am 17.12.2004, das Ende der Ermächtigung zur Nachqualifikation zum 30.06.2004 wegen fehlender Fachkunde fest. Widerspruch und Klage blieben erfolglos, das Berufungsverfahren ist noch anhängig. Die Bekl. lehnte die Durchführung der von dem Kl. für das Quartal IV/04 eingereichten Abrechnung ab und behielt das ausstehende Honorar vollständig ein, da die Ermächtigung des Klägers zur Nachqualifikation zum 30.06.2004 geendet habe. Das **SG** verurteilte die KV, die Abrechnung des Kl. für das Quartal IV/04 bis zur Zustellung des Beschlusses des Zulassungsausschusses vom 01.12.2004 vorzunehmen und wies im Übrigen die Klage ab.

11. ANORDNUNG DER AUFSCHIEBENDEN WIRKUNG NACH PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNGEN

SG Berlin, Beschl. v. 05.09.2006 – S 71 KA 361/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-21

Aufschiebende Wirkung, Plausibilitätsprüfung, angestellter Arzt, Anordnungsgrund, Abschlagzahlung
SGB V § 85 IV 9; SGG § 86a I, 86b I; Ärzte-ZV §§ 32, 32b

Eine Vertragsärztin hat in ihrer Vertragsarztpraxis die Leistungen, die sie persönlich zu erbringen hat, auch **persönlich zu erbringen**. Ärzte dürfen ohne die erforderliche **Genehmigung** nicht beschäftigt werden. Angestellte Ärzte einer Einrichtung nach § 311 II SGB V können nicht in einer Einzelpraxis tätig werden. Das Gesetz kennt eine derartige Kooperationsform nicht.

Im **einstweiligen Anordnungsverfahren** muss durch geeignete Unterlagen die **finanzielle und wirtschaftliche Situation** ausführlich dargelegt und glaubhaft gemacht werden.

Bei Bemessung der **Abschlagzahlungen** ist nach Durchführung von Richtigstellungen von den korrigierten Honoraren auszugehen.

Die Ast., eine hausärztlich tätige Internistin mit anerkannter diabetologischer Schwerpunktpraxis, ist Alleingesellschafterin der D. GmbH (heute A. GmbH), die 1994 die im Ostteil der Stadt ansässige xxx-Einrichtung, eine Einrichtung nach § 311 II SGB V übernahm. Drei Monate nach Trägerwechsel verlegte die Ast. die Einrichtung in den Westteil der Stadt, wo sich damals auch ihre Praxis sowie die von ihr betriebene D. Klinik befand. Seit Oktober 2002 befinden sich sowohl der Praxissitz wie auch die D. Spezialklinik, die mit 31 Betten in den Krankenhausplan des Landes Berlin aufgenommen wurde, in Berlin-. Die Ag. setzte nach Durchführung einer Plausibilitätsprüfung das Honorar für die Quartale III/03 – III/04 neu fest und forderte einen Betrag in Höhe von 43.222,70 Euro zurück, weil die Ast. die Quartalsleistungszeit von 45.000 Minuten überschritten habe (Leistungszeit zwischen 46.469 – 48.220 Minuten). Das Widerspruchsverfahren ist noch anhängig. Ferner setzte die KV das Honorar für die Quartale IV/04 und I/05 neu fest und forderte eine Summe von 214.405,54 Euro zurück. Aufgrund der nicht genehmigten Beschäftigung von ärztlichen Mitarbeitern in der Vertragspraxis sei das Gesamthonorar auf das Durchschnittshonorar von diabetologischen Schwerpunktpraxen zu kürzen. Auf den eingelegten Widerspruch reduzierte der Vorstand den Rückforderungsbetrag für IV/04 und I/05 auf 124.872,85 Euro und gab die Sache an die Widerspruchsstelle ab. Eine Entscheidung steht noch aus. Das **SG** wies den Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes zurück

12. ZAHNÄRZTE: VORAUSSETZUNGEN EINES VERGÜTUNGSANSPRUCHS NACH § 95B SGB V

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13.09.2006 – L 3 KA 90/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-22

Revision anhängig: B 6 KA 38/06 R

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

Es handelt sich um eine **Angelegenheit des Vertragsarztrechts**, wenn eine als Vertragszahnärztin ausgeschiedene Zahnärztin Ansprüche aus § 95b III SGB V geltend macht und damit aus einer Vorschrift, die besondere Rechtsfolgen der Verletzung vertrags(zahn)ärztlicher Pflichten regelt, indem sie eine teilweise weiter bestehende Bindung eines Privat(zahn)arztes an das vertrags(zahn)ärztliche System anordnet.

Im Falle eines **kollektiven Verzichts** auf die Zulassung unterstellt der Gesetzgeber einen Versorgungsengpass und überlagert das Behandlungsverhältnis über die Vorschrift des § 95b SGB V mit sozialrechtlichen Elementen. § 95b III SGB V regelt ausdrücklich nur die Rechtsfolgen, nämlich den Zahlungsanspruch, nicht jedoch welche Anforderungen inhaltlicher, zeitlicher, qualitativer und quantitativer Art an die "Inanspruchnahme" eines Vertrags(zahn)arztes nach dessen kollektivem Verzicht auf die Zulassung zu stellen sind. Bei der Inanspruchnahme-Behandlung nach § 95b III SGB V handelt es sich um ein **selbständiges Rechtsverhältnis**, welches einerseits dem Interesse des Versicherten Rechnung tragen muss, im Falle einer Unterversorgung rechtzeitig durch eine Sachleistung seiner Krankenkasse behandelt zu werden, andererseits aber auch den geringstmöglichen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit des (Zahn)arztes beinhaltet, der darin liegt, einen Patienten zu ungünstigen Konditionen vorübergehend behandeln zu müssen.

Der **Zahlungsanspruch** nach § 95b III SGB V setzt **nicht** zusätzlich voraus, dass ein **Notfall** i.S.d. § 76 I 2 SGB V oder ein im Einzelfall festzustellendes **Systemversagen** gemäß § 13 III SGB V vorliegt. Diese normative Abgrenzung der Rechtsverhältnisse schließt es nicht aus, dass den Versicherten in besonders gelagerten Fällen auch der Schutz des § 95b III SGB V versagt werden könnte, etwa wenn es ihnen in einer sehr guten oder sogar übertensorgten Großstadtlage angesichts des Verzichts nur weniger (Zahn)ärzte zumutbar wäre, sich weiterhin ausschließlich an Vertragsbehandler zu wenden. Diese einschränkende Auslegung bezüglich der Behandlungspflicht eines ausgeschiedenen, wenn auch

vorübergehend dem Vertragsarztsystem noch verhafteten Arztes ist schon im Hinblick auf die Tragweite seines Grundrechts aus Art. 12 GG geboten.

Für eine **Beschränkung** der Anwendbarkeit des § 95b auf **sog. Altfälle** ergeben sich weder aus dem Wortlaut noch aus Sinn und Zweck der Vorschrift Anhaltspunkte.

§ 95b III SGB V ist – entgegen seinem insoweit zu weit gefassten Wortlaut – in der Weise einschränkend auszulegen, dass der dort vorgesehene **Zahlungsanspruch** nur solange besteht, bis alle im Rahmen des organisierten Zulassungsverzichts ausgeschiedenen Vertrags(zahn)ärzte durch erneut oder neu zugelassene (Zahn)ärzte oder ggf. durch Vertragsbehandler oder Eigeneinrichtungen i.S.d. § 72a III SGB V ersetzt sind. Diese **teleologische Reduktion** ergibt sich aus dem in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 12/3608, Seite 95) zum Ausdruck kommenden Zweck der Norm, die Versicherten vor den Folgen eines Kollektivverzichts zu schützen.

Eine gegen **Art. 3 I GG** verstoßende Besserstellung gegenüber Kieferorthopäden, die aus persönlichen Gründen ihre Zulassung zurückgegeben haben, liegt nicht vor. Denn die kollektiv ausgeschiedenen Kieferorthopäden sind nach § 95b III SGB V nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, Behandlungen zu Lasten und zu den Bedingungen der GKV durchzuführen (BSG SozR 3-2500 § 29 Nr. 3).

Die grundsätzliche Berechtigung der Kollektivaussteiger, auch nach Rückgabe der Zulassung Versicherte der GKV behandeln zu können, sagt noch nichts darüber aus, ob im Einzelfall eine in jeder Hinsicht rechtmäßige Behandlung stattgefunden hat, welche die Rechtsfolge aus § 95b III SGB V begründet. Der **Kollektivaussteiger** bleibt an das **Leistungsrecht der GKV** und darüber hinaus auch an solche **Vorschriften des Leistungserbringungsrechts gebunden**, die den Behandlungsanspruch des Versicherten konkretisieren. Ungeachtet der sich aus § 95b III 1 SGB V ergebenden Beschränkung auf das 1,0-fache des Gebührensatzes der GOZ bleibt damit insbesondere auch der **Leistungskatalog des Bema-Z** maßgeblich, sodass allein in der GOZ aufgeführte Leistungen nicht nach § 95b III 1 SGB V vergütet werden können. Weiterhin müssen z.B. auch leistungserbringungsrechtliche Vorschriften beachtet werden, die der grundsätzlichen Absicherung des Behandlungsanspruchs der Versicherten (z. B. die grundsätzliche Behandlungspflicht gemäß § 4 I EKV-Z a. F. bzw. § 7 VI EKV-Z n. F.) oder der Qualitätssicherung (vgl. § 135 II SGB V) dienen.

Der u. U. gegen den Willen der kollektiv ausgeschiedenen Kieferorthopäden weiter bestehenden Bindung an das System der GKV steht der verfassungsrechtliche Schutz der **Berufsausübungsfreiheit** (Art. 12 I GG) nicht entgegen.

Eine Kollektivaussteigerin missachtet das Leistungsrecht dadurch, dass sie eine Versicherte kieferorthopädisch behandelt, ohne dieser gegenüber den gesetzlich vorgesehenen **Eigenanteil** (§ 29 SGB V) geltend zu machen. In diesem Fall entfällt der Vergütungsanspruch in vollem Umfang. Denn die kieferorthopädische Behandlung ohne Einbehaltung des Versichertenanteils stellt ein Aliud gegenüber der in § 29 SGB V vorgesehenen Leistung dar. Das folgt daraus, dass der Eigenanteil nicht nur eine Zuzahlung des Versicherten zur Kostendämpfung ist; ihm kommt vielmehr eine den Leistungsinhalt prägende Bedeutung zu. Einem Vergütungsanspruch steht auch entgegen, dass die Behandlung begonnen wurde, bevor eine diesbezügliche **Genehmigung der Krankenkasse** (§ 29 SGB V) vorlag.

Eine **Klage auf Feststellung**, dass die Beklagte zur Vergütung zahnärztlicher Leistungen verpflichtet ist, die die Klägerin bei solchen Patienten erbringt, die erst nach dem 30.06.2004 eine kieferorthopädische Behandlung bei ihr begonnen haben, ist **unzulässig**, weil die Vergütung von weiteren Voraussetzungen abhängt, die nur bezogen auf den einzelnen Patienten untersucht werden können.

Die klagende Fachzahnärztin für Kieferorthopädie gab ihre Ermächtigung zum 30.06.2004 zurück. Zum selben Zeitpunkt verzichteten auch 40 weitere Fachzahnärzte für Kieferorthopädie bzw. kieferorthopädisch tätige Zahnärzte in Niedersachsen auf ihre Zulassung bzw. Ermächtigung; drei Kieferorthopäden hatten ihre Ermächtigung bereits zum 30. bzw. 31. März 2004 zurückgegeben. Zuvor war es zu Protesten von Kieferorthopäden im gesamten Bundesgebiet gekommen, die sich gegen den 2004 in Kraft tretenden neuen Bema-Z und gegen das GKV-Modernisierungsgesetz richteten. Der Zulassungsausschuss stellte fest, dass die Ermächtigung der Kl. zum 30.06.2004 beendet sei. Der Beigel. zu 2. – vertreten durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit – stellte mit Bescheid vom 03.06.2004 gemäß § 72a SGB V fest, dass die vertragszahnärztliche kieferorthopädische Versorgung in den Planungsbereichen Landkreis J., Landkreis K. und Landkreis L. ab 01.07.2004 nicht mehr sichergestellt sei, weil dort jeweils mehr als 50 % der niedergelassenen Vertragszahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, in einem mit anderen Zahnärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung nach § 95b I SGB V verzichtet hätten. Unter den insgesamt 44 niedersächsischen Zahnärzten, denen in der Bescheidebegründung die Teilnahme an einem abgestimmten Verhalten vorgeworfen wurde, befand sich auch die Kl.. Unter dem

30.08.2004 unterzeichneten die Kl. und der Vater der bei der Becl. Versicherten und bisher von der Kl. nicht behandelten Beigel. zu 3. eine "kieferorthopädische Behandlungsplanung mit Kostenaufstellung". Die Kostenvereinbarung nach Bema-Z (2.884,69 EUR) änderten die Vertragsparteien in eine Kostenaufstellung ab, die von dem 1,0-fachen Steigerungsfaktor GOZ ausging (2.341,37 EUR). Den ursprünglichen Behandlungsplan lehnte die Becl. der Beigel. zu 3. gegenüber ab, weil die Kl. aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschieden sei und eine vertragliche kieferorthopädische Behandlung bei ihr nicht mehr möglich sei. Lediglich in den Fällen, in denen kieferorthopädische Behandlungen bereits vor diesem Zeitpunkt begonnen hätten, könne die Kl. mit der Kasse direkt abrechnen; ein solcher Altfall liege hier aber nicht vor. Die Kl. begann mit der Behandlung und stellte der Becl. hierfür einen Betrag von 313,05 EUR in Rechnung (GOZ-Positionen mit Steigerungsfaktor 1,0). Die Kl. erhob Klage mit dem Antrag, die Becl. und 22 weitere Kassen zur Zahlung von insgesamt 46.059,67 EUR - nebst Zinsen - für kieferorthopädische Behandlungsleistungen in den Quartalen III und IV/2004 zu verurteilen; hierin eingeschlossen waren die Kosten der Behandlung der Beigeladenen zu 3., deren Verfahren das SG abtrennte. Außerdem beantragte die Kl. die Feststellung, dass die Krankenkasse im Rahmen des § 95b III SGB V zur Vergütung in Höhe des 1,0-fachen GOZ-Satzes solcher zahnärztlicher Leistungen verpflichtet ist, die sie an Patienten erbringt, die erst nach dem 30. Juni 2004 bei ihr mit einer kieferorthopädischen Behandlung begonnen haben. **SG Hannover**, Urt. v. 08.06.2005 - S 35 KA 52/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

SG Hannover, Urt. v. 08.06.2005 - S 35 KA 56/05 - RID 05-03-10 **verneinte** für sog. **Neufälle**, d. h. Behandlungen, die nach dem 01.07.2004 begonnen wurden, einen Vergütungsanspruch; nach **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 05.01.2005 - L 3 KA 237/04 ER - RID 05-01-85 ist eine Vertragszahnärztin, die nach § 95b SGB V auf ihre Zulassung verzichtet, grundsätzlich berechtigt, auch weiterhin beginnende Behandlungen („Neufälle“) von Versicherten nach Abs. 3 durchzuführen; ebs. **SG Hannover**, Urt. v. 26.04.2005 - S 43 KA 18/05 ER - RID 05-03-42 ; nach **SG Hildesheim**, Beschl. v. 04.05.2005 - S 20 KR 435/04 ER - RID 05-03-86 besteht auch ein Anspruch auf Übernahme von sog. Neufällen durch die ausgeschiedenen Vertragszahnärzte und haben kollektiv ausgeschiedene Vertragszahnärzte weiterhin Versicherte zu Lasten der Krankenkassen zu behandeln; zur **fehlenden Anfechtungsbefugnis** einer Zahnärztin gegen die **Feststellung eines kollektiven Zulassungsverzichts** s. **LSG Niedersachsen-Bremen**, B. v. 16.03.2005 - L 3 KA 367/04 ER - RID 05-02-55.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 11.10.2006 - **B 6 KA 35/05 R** - kann die **Nr 40 EBM'96** für die Zeit der Rückfahrten von Rettungsdienstseinsätzen nicht abgerechnet werden; nach BSG, Urt. v. 06.09.2006 - **B 6 KA 40/05 R** - wird die **vierjährige Ausschlussfrist** für eine sachlich-rechnerische Berichtigung durch das Verfahren der **Wirtschaftlichkeitsprüfung** **gehemmt**; 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** - SozR 4-2500 § 106a Nr 1 - **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** -) - SozR 4-2500 § 85 Nr 22 - 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; vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 05-04-A II (S. 9).

1. HONORARRÜCKFORDERUNG NACH VERDECKTEM ANSTELLUNGSVERHÄLTNIS

LSG Bayern, Urt. v. 10.05.2006 - **L 12 KA 14/03** - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-23

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 81/06 B

Gemeinschaftspraxis, Gesamtschuldner, Anstellungsverhältnis, freie Praxis
Ärzte-ZV § 32 II 1

Die Partner einer Gemeinschaftspraxis haften gegenüber Honorarrückforderungen der KV als Gesamtschuldner i.S. der §§ 421 ff. BGB. Ein Gesamtschuldner ist berechtigt, Forderungen, die - allein oder auch - ihm gegenüber geltend gemacht werden, allein abzuwehren (BSG SozR 3-2500 § 82 Nr. 3).

Besteht ein verdecktes Anstellungsverhältnis, so wird die vertragsärztliche Tätigkeit nicht in "freier Praxis" ausgeübt. Maßgebend für die Abgrenzung, ob jemand abhängig beschäftigt oder selbständig ist, ist dabei das Gesamtbild der Arbeitsleistung. Dabei kommt es weniger auf etwa getroffene Vereinbarungen als vielmehr auf das tatsächliche Gesamtbild der Tätigkeit an (vgl. BSG, Urt. v. 19.06.2001 - **B 12 KR 44/00 R** - SozR 3-2400 § 7 Nr. 18 und v. 18.12.2001 - **B 12 KR 8/01 R** - SozR 3-2400 Nr. 19).

In einer Gemeinschaftspraxis ist die Behandlung der Patienten grundsätzlich der Gemeinschaft insgesamt zuzuordnen. Ihr steht der Honoraranspruch zu, und sie hat auch die wirtschaftlichen Folgen von etwaigen Falschabrechnungen oder unberechtigten Verordnungen zu tragen.

Der Kl. zu 1) war seit 1976 als Frauenarzt zugelassen. Von 1990 bis zu seinem Zulassungsverzicht 1997 übte er seine vertragsärztliche Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis mit verschiedenen Partnern aus. Im hier streitgegenständlichen Zeitraum von April 1992 bis September 1995 bestand die Gemeinschaftspraxis mit dem Kl. zu 2), ebenfalls Frauenarzt, und der Praktischen Ärztin Dr. A. (Beigel. zu 8). Die Praxis hatte die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß § 121a I u. IV SGB V. Mit Urte. v. 14. und 15.12.1998 (Az.: 6 KLS 155 Js 704/97) hat die 6. **Große Strafkammer des Landgerichts W.** den Kl. zu 1) wegen gemeinschaftlich begangenen **Betruges** in 15 Fällen zu einer Freiheitsstrafe von fünf Jahren und den Kl. zu 2) zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren und zehn Monaten sowie einer Geldstrafe von 720 Tagessätzen zu DM 300,00 verurteilt. Die Strafkammer hat ihren Entscheidungen als Ergebnis zugrunde gelegt, die Teilnahme der Beigel. zu 8) als Partnerin in der Gemeinschaftspraxis habe nur zum Schein stattgefunden; der mit ihr darüber geschlossene Vertrag sei ein Scheinvertrag gewesen. Tatsächlich sei sie nur halbtags als Angestellte beschäftigt gewesen und habe dafür ein Gehalt bezogen. Sie habe keinerlei Vermögenswerte in die Praxis eingebracht und sei auch in keiner Weise an den Betriebsausgaben und Unkosten der Praxis beteiligt gewesen. Mit **Bescheid** vom 13.03.1998, gerichtet an die oben genannte Gemeinschaftspraxis hob die Bekl. die Honorarbescheide der Quartale III/92 bis III/95 (18.828.673,94 DM) auf mit der Begründung, die vertragsärztliche Tätigkeit müsse grundsätzlich freiberuflich ausgeübt werden. Die Ärzte könnten innerhalb von drei Monaten eine neue Abrechnung vorlegen und ihre Leistungen im Einzelnen bezüglich der persönlichen Erbringung und korrekten Abrechnung darlegen. Nach Widersprüchen der Kl., die eine neue Abrechnung nicht vorlegten, hat die Bekl. mit **Bescheid** vom 08.02.1999 die Honorare in Höhe von zusammen 13.966.365,45 DM neu festgesetzt und die Differenz zu den ursprünglich ausgezahlten Honoraren in Höhe von zusammen 4.862.310,49 DM zurückgefordert. Die Widersprüche blieben erfolglos. Das **SG** hat das Verfahren des Kl. zu 2) getrennt und die Klage gegen den Neufeststellungsbescheid vom 08.02.1999 zum Ruhen gebracht. Hinsichtlich der Aufhebung der Honorarbescheide wies es die Klage mit Urte. v. 24.10.2001 - S 21 KA 1932/99 - ab. Die Klages des Kl. zu 1) wies das **SG** mit Urteil vom 09.12.2002 - S 45 KA 1912/99 - ab. Das LSG hat beide Berufungsverfahren verbunden. Das **LSG** änderte die Bescheide dahingehend ab, dass bei der Ermittlung des der Rückforderung zugrunde gelegten Betrages der 20-prozentige Anteil für die auf Frau Dr. A. entfallende Summe erst nach Abzug der Zahlungen für Chromosomenanalyse festgestellt wird und wies im Übrigen die Berufungen der Kl. zurück.

S. zuletzt **SG München**, Urte. v. 25.06.2002 - S 45 KA 312/99 - RID 05-01-19; weitere Hinweise s. bei SG München, Urte. v. 29.04.2003 - S 42 KA 1133/02 - RID 04-01-29.

Parallelverfahren bzgl. der Quartale III und IV/92:

LSG Bayern, Urte. v. 10.05.2006 - L 12 KA 13/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-24**
bzgl. der Quartale IV/95 und I u. II/96

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 71/06 B

LSG Bayern, Urte. v. 10.05.2006 - L 12 KA 11/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-25**
bzgl. des Quartals III/96 (bis 18.07.1996)

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 70/06 B

LSG Bayern, Urte. v. 10.05.2006 - L 12 KA 10/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-26**
bzgl. des Quartals III/96 ab 19.07.1996 und den Quartalen IV/96 und I bis III/97

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 69/06 B

LSG Bayern, Urte. v. 10.05.2006 - L 12 KA 9/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-27**
bzgl. der Quartale I/91 (ab 01.02.1991) bis I/92 sowie II bis IV/92

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 68/06 B

LSG Bayern, Urte. v. 10.05.2006 - L 12 KA 8/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-28**
bzgl. der Quartale III u. IV/90 und Monat Januar des Quartals I/91

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 80/06 B

LSG Bayern, Urte. v. 10.05.2006 - L 12 KA 7/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-29**
Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 79/06 B

2. LABORÄRZTE UND PERSÖNLICHE LEISTUNGSERBRINGUNG/FAKTISCHES ANSTELLUNGSVERHÄLTNIS

LSG Bayern, Urte. v. 10.05.2006 - L 12 KA 64/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-30**
Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 67/06 B

Gemeinschaftspraxis, Gesamtschuldner, Anstellungsverhältnis, freie Praxis
Ärzte-ZV § 32 I 1

Der Grundsatz der **persönlichen Leistungserbringung** (§ 32 I 1 Ärzte-ZV) gilt auch für **Laborärzte**. Zwar werden laborärztliche Leistungen zumeist unter Einsatz von Maschinen und unter Hinzuziehung von nicht ärztlichem Personal erbracht. Gleichwohl handelte sich nur dann um (abrechenbare)

ärztliche Leistungen, wenn die vom Personal erbrachten Leistungen vom Arzt angeordnet und unter seiner Aufsicht und Verantwortung erbracht werden (vgl. BSG, Urt. v. 18.12.1996 - 6 RKA 66/95; Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 25/04 B -).

Eine Ärztin steht faktisch in einem **Anstellungsverhältnis**, wenn sie keine eigenen Apparate besitzt, nur ca. 60 Scheine pro Monat bearbeitet, kein eigenes Praxiskonto besitzt und die Zahlungen auf ein gemeinsames Konto mit einer Gemeinschaftspraxis erfolgt und vor allem, ein festes Gehalt von 5.000,00 DM von der Gemeinschaftspraxis pro Monat bezieht.

SG München, Urt. v. 17.01.2001 - S 32 KA 924/99 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. BESCHÄFTIGUNG EINES MITARBEITERS OHNE GENEHMIGUNG

SG Berlin, Beschl. v. 07.09.2006 – S 71 KA 361/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-31

Ein Vertragsarzt muss seine Patienten grundsätzlich **persönlich behandeln**. Wenn er weitere Ärzte in seiner Praxis beschäftige, brauche er eine ausdrückliche **Genehmigung**, um deren Leistungen über die KV abrechnen zu können. Die Genehmigung kann nur erteilt werden, wenn die Mitarbeiter für den speziellen Bedarf dieser Praxis qualifiziert sind und wenn ihre Beschäftigung dem örtlichen Bedarfsplan entspricht.

Besitzt eine Ärztin **keine Genehmigung** für die Beschäftigung weiterer Ärzte in ihrer Praxis, so besteht für die weitere Zahlung von ungekürzten Honoraren keine Rechtsgrundlage.

Das *SG* wies den Eil-Antrag einer Berliner Diabetes-Ärztin, von der die KV mehr als 160.000 Euro an Honorar zurückfordert, weil sie Leistungen abgerechnet habe, die sie nicht selbst erbracht habe, sondern ihre Mitarbeiter, zurück. Die Ärztin habe für die Beschäftigung der Mitarbeiter keine Genehmigung besessen.

Vgl. Pressemitteilung vom 07.09.2006 - <http://www.berlin.de/sen/justiz/gerichte/sg/presse> -

4. LEISTUNGSBESCHRÄNKUNG BEI JOB-SHARING

SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 637/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-32

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

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

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

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

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

Zum Sachverhalt s. das vorausgehende einstweilige Anordnungsverfahren mit *SG Marburg*, Beschl. v. 17.10.2005 – S 12 KA 783/05 ER - RID 05-04-07 und *LSG Hessen*, Beschl. v. 20.12.2005 – L 4 KA 42/05 ER – RID 06-01-15. Das *SG* wies die Klage ab.

5. NR. 16 EBM/ÜBERWEISUNG AN DIALYSEZENTRUM

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.08.2006 – L 10 KA 38/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-33

Überweisung, Nephrologe, Dialyse, Dialysezentrum, Dialysestation, Heimkuratorium

SGB V §§ 15 II, 76; SGB X § 20; BMV-Ä §§ 19, 24; BGB § 655; EBM Nrn. 16, 790 - 793

Erfolgt keine **Überweisung** des behandelnden Arztes an einen niedergelassenen Nephrologen, sondern zur bzw. an Dialyse, Dialysezentrum, Dialysestation, Heimkuratorium etc. bzw. ist der Überweisungsauftrag auf Durchführung der Dialyse gerichtet, so hat der Nephrologe, auch wenn er im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit dem Kuratorium für Heimdialyse dialysepflichtige Patienten während der Haemodialyse-Behandlung betreut, keinen Anspruch auf eine vertragsärztliche Vergütung seiner aufgrund dieser "Überweisung" erbrachten Leistungen.

Die Leistungen "Dialyse" i.S.d. Nr. 790 - 793 EBM sind von der Leistung "kontinuierliche Betreuung" i.S.d. **Nr. 16 EBM** zu trennen.

Die **Überweisung** muss in **schriftlicher Form** vorliegen (vgl. a. BSG, Beschl. v. 03.06.2006 - B 6 KA 16/06 B -). Ist aber die Überweisung formbedürftig, kann nichts Anderes für Handlungen gelten, mit denen die Überweisung **abgeändert** werden soll.

Eine Beklagte, die lediglich teilobsiegt, aber das Verwaltungsverfahren unter Verstoß gegen die Prinzipien des § 20 SGB X nur oberflächlich durchgeführt hat, hat letztlich das **Klageverfahren veranlasst** (vgl. dazu u.a. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.01.2004 – L 10 KA 84/02 - RID 04-02-07 sowie v. 11.09.2003 - L 10 V 12/99 -) und die Kosten des Verfahrens zu tragen.

SG Düsseldorf, Urt. v. 12.10.2005 - S 14 (17) KA 33/01 – verurteilte die Bekl. unter Abweisung der Klage im Übrigen, die in den Quartalen 1/99 bis 4/99 gestrichenen Leistungen der Nr. 16 EBM insoweit abzurechnen und nachzuvergüten, als sich aus den Abrechnungsscheinen an drei Tagen oder mehr Abrechnungsposten ergeben. Das **LSG** änderte das Urteil ab und wies die Klage für 86 Behandlungsfälle ab, wies aber im Übrigen die Berufung der Bekl. zurück.

6. NR. 19 (ERHEBUNG DER FREMDANAMNESE)

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 11.07.2006 – L 4 KA 24/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-34

Anästhesist, Fremdanamnese, Anästhesiologie, Narkose
EBM Nr. 19

Nr. 19 EBM ist nicht für bestimmte **Arztgruppen** generell von der Abrechnung ausgeschlossen (ebenso für einen Hautarzt LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 11.05.1999 – L 6 KA 38/98 – MedR 2000, 345).

Der **Anästhesist** ist für seine Behandlung auf eine sorgfältige Anamnese angewiesen. Anders als bei einem Arzt im Notarztwagendienst (vgl. BSG, Urt. v. 05.02.2003 - B 6 KA 11/02 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 1) ist bei einem Anästhesisten davon auszugehen, dass er bei den von der Nr. 19 EBM erfassten Patienten die mit dieser Leistungsziffer abgegoltene Leistung zwingend erbringen muss, sofern sie nicht bereits zuvor von einem anderen Arzt erbracht wurde. Es gibt keinen Abrechnungsausschluss bezüglich der Nr. 19 EBM für Anästhesiologen im Zusammenhang mit der Durchführung von Narkosen. Eine **Einzelfallbegründung** ist für die Abrechnung der Nr. 19 EBM nicht erforderlich.

SG Kiel, Urt. v. 01.12.2004 - S 15 KA 3/03 - wies die Klage ab, weil der Kl. als Anästhesist bei der Durchführung von Narkosen bei Zahnärzten die Nr. 19 EBM-Ä überhaupt nicht abrechnen könne; das **LSG** verurteilte d. Bekl., dem Kl. für das Quartal III/01 die nach der Nr. 19 EBM abgerechneten Leistungen nachzuvergüten.

7. HAUSÄRZTLICHER ALLGEMEINMEDIZINER: NRN. 740, 741, 745 EBM (ENDOSKOPIE)

SG Hamburg, Urt. v. 15.02.2006 – S 27 KA 540/03 u. a. – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-35

Allgemeinmediziner, hausärztliche Versorgung, Endoskopie
SGB V §§ 73 I 1, Ia 1 Nr. 1, 87 II a 4

Ein an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Allgemeinmediziner ist sei 01.01.2003 nicht mehr berechtigt, Leistungen der endoskopischen Untersuchungen des oberen Gastrointestinaltraktes nach Nrn. 740, 741, 745 EBM zu erbringen.

Das **SG** wies die Klage ab.

8. NRN. 63 BIS 66 EBM (BEOBACHTUNG) NICHT NEBEN NR. 5100 EBM (SERIENANGIOGRAPHIE)

SG Hamburg, Urt. v. 01.02.2006 – S 27 KA 500/03 u. a. – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-36

Serienangiographie, Betreuung, Beobachtung, Begleitleistung
EBM Nrn. 63 bis 66, 5100

Die Nrn. 63 bis 66 EBM können nicht neben einer Serienangiographie nach Nr. 5100 EBM abgerechnet werden. Zudem schließt die Serienangiographie nach Nr. 5100 EBM alle Begleitleistungen ein.

Das **SG** wies die Klage ab.

9. NRN. 5100 FF. EBM (SERIENANGIOGRAPHIE): UMFANG DER DOKUMENTATION

SG Hamburg, Urt. v. 15.02.2006 – S 27 KA 525 – 532/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-37

Serienangiographie, Einstromphase, Parenchymphase, Abflussphase, Dokumentation
EBM Nr. 5100, 5102, 5104

Die Nrn. 5100 ff. EBM setzten die Durchführung einer Serienangiographie voraus. Neben einer Leeraufnahme ist die arterielle Einstromphase, die Parenchymphase und die venöse Abflussphase notwendig zu dokumentieren.

Das **SG** wies die Klage ab.

10. PAUSCHALIERTE VERGÜTUNG IM NOTDIENST UND LEISTUNGSAUSSCHLUSS

SG Hamburg, Urt. v. 15.02.2006 – S 27 KA 249/04 u. a. –

RID 06-04-38

Besuchsbehandlung, Hausbesuch, Pauschalierung, Notdienst, Bereitschaftsdienst
SGB V § 85 IV

Ein HVM kann vorsehen, dass Besuchsbehandlungen im ärztlichen Haupt- und Reservedienst (Funktaxi-Dienst) für Vertragsärzte pauschal mit 40,00 Euro und im Fall der Versorgung weiterer Kranker derselben sozialen Gemeinschaft bei einem Besuch mit 24,00 Euro vergütet werden und dass daneben ggf. nur Leistungen nach Nrn. 33 und 40 EBM berechnungsfähig sind.

Das **SG** wies die Klage gegen Berichtigungsbescheide in den Quartalen III/03 bis IV/04, mit denen verschiedene im Notfalldienst erbrachte Leistungen abgesetzt worden waren, ab.

11. KOSTEN FÜR ENDOBAG-BERGEBEUTEL

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.08.2006 – L 10 KA 33/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-39

Endobag-Bergebeutel, Praxiskosten, Sprechstundenbedarf, Verordnung
BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä § 34 II

Kosten für Endobag-Bergebeutel, die auf gynäkologischem Fachgebiet bei Adnex- bzw. Gebärmutteroperationen verwendet werden, können auf den Behandlungsscheinen der Patientinnen abgerechnet werden. Es handelt sich weder um Mittel, die unter die (hier geltende) Sprechstundenbedarfsvereinbarung fallen, noch sind ihre Kosten bereits in den Leistungssätzen der vertragsärztlichen Gebühren Tarife enthalten.

SG Düsseldorf, Urt. v. 17.08.2005 - S 17 KA 251/04 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

12. ZAHNÄRZTE: GREMIEN DER WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG/NR. 33 BEMA-Z

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13.09.2006 – L 3 KA 79/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-40

Vertrags(zahn)arztrecht, Beschwerdeausschuss, KZV, Wirtschaftlichkeitsprüfung
SGB V §§ 106; SGG § 12; Bema-Z Nr. 33

Es handelt sich auch dann um eine **Angelegenheit des Vertrags(zahn)arztrechts**, wenn zunächst der Beschwerdeausschuss entscheidet, mittlerweile aber ein Zuständigkeitswechsel mit der Folge eingetreten ist, dass nunmehr allein die KZV über sachlich-rechnerische Berichtigungen befinden müsste. Denn für die Zusammensetzung der Richterbank ist grundsätzlich an die tatsächlich erfolgte Verwaltungsentscheidung anzuknüpfen.

Auch für die Zeit ab 1989 können den **Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung** durch eine Prüfungsordnung die Aufgaben der sachlich-rechnerischen Berichtigung übertragen werden (für die Zeit bis 1989 s. BSG SozR 3–1500 § 12 Nr. 9; vgl. im Anschluss hieran a. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.06.2003 - L 3 KA 349/02 - RID 03-04-21).

Unter **Nr. 33 Bema-Z** fallen nur Behandlungsmaßnahmen, die sich der Kombination sowohl physikalischer als auch chemischer Methoden bedienen, während allein physikalische oder allein chemische Methoden nicht darunter fallen.

Die kl. Zahnärztin führte in den Quartalen III und IV/00 im Rahmen von Wurzelbehandlungen bei verschiedenen Versicherten der Primärkassen Spülungen der Wurzelkanäle mit Natriumhypochlorit (NaOCl), Wasserstoffperoxid (H₂O₂) und Ethylendiamintetraessigsäure (EDTA) durch. Hierfür brachte sie jeweils die Ziffer 33 (Phys) Bema-Z ("Zusätzliche Anwendung anerkannter physikalisch-chemischer Methoden") in Ansatz. Die bekl. KZV berichtete dies, weil es sich bei der Ziffer 33 um eine physikalisch-chemische Methode handeln müsse, nicht um eine mechanische oder rein chemische. **SG Hannover, Urt. v. 20.04.2005 - S 35 KA 598/03 –** wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Fachkunde/Genehmigungen/Notdienst/Methadonsubstitution

BSG, Urt. v. 11.10.2006 – **B 6 KA 1/05 R** – hält daran fest, dass die mit der **Kernspintomographie-Vereinbarung** bewirkte Konzentration der MRT-Leistungen bei den Radiologen mit der Ermächtigungsnorm für die Kernspintomographie-Vereinbarung in Einklang steht; weder nationale noch europäische Normen des Kartellrechts rechtfertigen eine abweichende Beurteilung; nach BSG, Urt. v. 06.09.2006 – **B 6 KA 43/05 R** – müssen grundsätzlich alle Vertragsärzte am Not- oder Bereitschaftsdienst teilnehmen, woran die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung nichts geändert; eine isolierte Freistellung nur der Hautärzte verstößt gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 I GG, weil in Bezug auf die Teilnahme am allgemeinen Notdienst kein sachlicher Grund für eine Ungleichbehandlung der patientenbezogenen Facharztgruppen (Augenärzte, Chirurgen, Dermatologen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Internisten, Orthopäden, Urologen) ersichtlich ist; s. ferner zuletzt RID 05-04-A III (S. 13).

1. FACHKUNDENACHWEIS FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN NACH § 95c SATZ 2 SGB V

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 07.12.2005 – L 11 KA 16/02 – juris

RID 06-04-41

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 11/06

Psychotherapeut, Fachkunde, Fachkundeprüfung, Approbation

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 1, 95c S. 1 Nr. 2; PsychThRL Abschn. B Unterabschn. I

Die Fachkundeprüfung nach § 95c S. 2 SGB V dient dem Zweck, anhand der im Approbationsverfahren nachgewiesenen Befähigung zu klären, ob Behandlungsverfahren in der Vergangenheit praktiziert worden sind, die zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören (BSG SozR 3-2500 § 95c Nr. 1 SGB V). Die **Unterlagen** zum Nachweis der Fachkunde im Bereich Psychotherapie müssen zumindest dem **Fachmann die Prüfung ermöglichen**, ob die therapeutischen Behandlungen in einem der Richtlinienverfahren durchgeführt wurden. Auf eine fachkundige Aussage eines Dritten kann in diesem Zusammenhang nicht verzichtet werden. Ein nicht therapeutisch geschulter Schulleiter kann eine Fachkundebescheinigung nicht ausstellen.

§ 95c Satz 2 Nr. 3 SGB V überträgt dem Psychotherapeuten den Nachweis seiner Qualifikation als eine Obliegenheit; eine KV ist nicht verpflichtet, von Amts wegen Nachforschungen über einen solchen Nachweis anzustellen.

Aus der Erteilung der **Approbation** durch die dafür zuständige Behörde können keine Rückschlüsse auf den Fachkundenachweis i.S. von § 95c SGB V gezogen werden.

Der als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut approbierte Kl. ist als Schulpsychologe tätig. Zur Eintragung in das Arzt-Register für Psychotherapeuten fügte er Falldokumentationen über 60 Behandlungsfälle bei, die u. a. einen Patientencode, das Alter und Geschlecht des Patienten, die Diagnose, das Setting (durchweg Einzeltherapie) und das angewandte Verfahren (durchweg "psychoanalytisch fundiert") enthielten. Außerdem fügte er eine Bescheinigung des Direktors der Schule bei, wonach er in der Zeit vom 01.08.1992 bis 31.12.1998 an dieser Schule 60 dokumentierte Behandlungsfälle abgeschlossen habe. Die Bkl. lehnt den Antrag ab, weil die Bestätigung der dokumentierten Behandlungsfälle nicht von einem fachkundigen Vorgesetzten ausgestellt worden sei, der selbst berechtigt sei, psychotherapeutische Behandlungen nach den sog. Richtlinienverfahren durchzuführen. Außerdem habe es sich bei den dokumentierten Fällen nicht um die Behandlung einer seelischen Krankheit gehandelt, denn ein Schulpsychologe habe im Wesentlichen die Aufgabe, Schüler und ggf. Eltern zu beraten und zu betreuen. **SG Hannover**, Urt. v. 11.09.2002 - S 24 KA 84/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 10.11.2004 – S 27 KA 421/04 - RID 05-01-40; RID 04-04-A IV 2; 04-03-AIV 1 m.w.N.

2. TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE UND ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE BEI ERWACHSENEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.07.2006 – L 10 KA 19/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-42

Versicherter, Psychologe, Delegationsverfahren, Psychotherapie-Vereinbarung

SGB V § 95c; SGB X § 31; Psychotherapie-Vereinbarung § 16

Wird die Behandlung von "Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen" genehmigt, so umfasst dies sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche.

Der klagende Dipl.-Psychologe und -Sozialpädagoge nahm aufgrund der 1996 erteilten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen des Delegationsverfahrens an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Unter demselben Datum hatte die Bezirksstelle der Hauptstelle der Beklagten die Abrechnungsnummer des "Analytischen Kindertherapeuten ..." mitgeteilt und außerdem ausgeführt "Herr N wurde von uns über die Aufnahme in die Liste der Analytischen Kindertherapeuten unterrichtet". 1999 wurden ihm sowohl die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut als auch die als Kinder- und Jugendlichentherapeut erteilt. Es erfolgten die Eintragungen als Psychologischer Psychotherapeut und als Kinder- und Jugendlichentherapeut in das Psychotherapeuten-Register und die Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut. Die Bkl. erteilte ihm die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer

Psychotherapie als Einzelbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, nicht jedoch bei Erwachsenen. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 02.03.2005 - S 33 KA 128/03 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. EBM 2005: GASTROENTEROLOGE U. PNEUMOLOGISCHE LEISTUNGEN (NR. 13662 „BRONCHOSKOPIE“)

SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 39/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-43

Genehmigung, pneumologische Leistungen, Pneumologie, EBM 2000 plus, Bronchoskopie, Gastroenterologe, Internist, Facharzt für innere Medizin, Schwerpunkt,

SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Nr. 13662, 13663, 13664

Für einen als **Gastroenterologen** zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Internisten kann eine Genehmigung zur Abrechnung **pneumologischer Leistungen** nach Kapiteln 13.3.7 EBM 2000 plus (Nrn. 13662 EBM 2000 plus „Bronchoskopie“ nebst der Zuschlagsleistungen nach Nrn. 13663 und 13664 EBM 2000 plus) nicht erteilt werden.

§ 72 SGB V ist keine eigenständige **Ermächtigungsgrundlage** zum Abweichen vom EBM 2000 plus (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 23/06 – RID 06-03-39).

Die weitere **Aufteilung** des Gebiets der **Inneren Medizin** aufgrund der Schwerpunktbezeichnungen im EBM 2000 plus ist nicht zu beanstanden. Sie betrifft jeweils Leistungen eines besonderen Schwerpunktes und sichert mit der fachlichen Voraussetzung die qualitative Leistungserbringung.

Das **SG** wies die Klage ab.

S. a. **SG Marburg**, Beschl. v. 13.11.2006 – S 12 KA 972/06 ER – RID 06-04 (diese Ausgabe).

4. KENNZEICHNUNGSPFLICHT (NR. 5.3 ALLG. BEST. EBM 2005)

SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 658/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-44

Gemeinschaftspraxis, Allgemeinarzt, Psychotherapie, Kennzeichnungspflicht

SGB V §§ 73 I u. Ia, 101 IV; EBM 2005 Nr. 5.3 Allg. Best.; BMV-Ä § 44 VI; EKV-Ä § 34 XII

Die Kennzeichnungspflicht nach Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 gilt nicht ausnahmslos für alle Gemeinschaftspraxen. Die Klassifizierung als **versorgungsbereichs- oder fachgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxis** folgt allein aus dem **Zulassungsstatus** (vgl. § 73 I u. Ia SGB V). Eine Gemeinschaftspraxis zweier Fachärzte für Allgemeinmedizin unterliegt nicht der Kennzeichnungspflicht, auch soweit einer der Ärzte psychotherapeutische Leistungen nach Abschnitt IV EBM 2005 erbringt. Arztgruppenübergreifende Leistungen können nicht von vornherein einem bestimmten Versorgungsbereich oder einer Arztgruppe zugerechnet werden.

Die Kl. ist eine Gemeinschaftspraxis zweier Ärzte. Dr. St. führt die Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Er ist seit 01.07.1976 als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zum 20.09.1999 erfolgte die Umwandlung seiner Zulassung zum Facharzt für Allgemeinmedizin/psychotherapeutisch tätiger Arzt; nach der Bedarfsplanung ist er eingestuft mit 70 % Psychotherapie und 30 % Allgemeinmedizin. Herr S. ist seit 01.05.1993 als praktischer Arzt und seit 30.07.1997 als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Kl. lehnte eine Kennzeichnung ihrer Abrechnung nach dem jeweiligen Behandler ab. SG Marburg, Beschl. v. 21.11.2005 – S 12 KA 1140/05 ER – RID 06-01-09 verpflichtete die Bekl., die Honorarabrechnung für das Quartal III/05 ohne eine nachträgliche Kennzeichnung der abgerechneten Leistungen mit dem Namen des jeweiligen Behandlers, aber unter dem Vorbehalt, eine nachträgliche Kennzeichnung der abgerechneten Leistungen mit dem Namen des jeweiligen Behandlers bei Durchführung einer Plausibilitätsprüfung oder aus sonstigen Gründen verlangen zu können, zur Honorarverteilung anzunehmen. Das **SG** gab nunmehr der Klage statt.

5. NOTDIENSTGEMEINSCHAFT

A) UMLAGE ZUR NOTDIENSTGEMEINSCHAFT NACH AUSSCHIEDEN ALS VERTRAGSARZT

SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 261/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-45

Abgabe, Umlage, Beitrag Notdienstordnung, Notdienstgemeinschaft, Defizit, Notdienstzentrale

SGB V § 75 I 2; Notdienstordnung KV Hessen

Bei einer **Notdienstgemeinschaft** handelt es sich um eine verwaltungsorganisatorische Untergliederung der Kassenärztlichen Vereinigung. Eine **Umlage** zur Notdienstgemeinschaft hat

insofern Beitragscharakter, als mit ihr der Betrieb des Notdienstes, der allen Mitgliedern der Notdienstgemeinschaft zugute kommt, organisiert und mitfinanziert werden kann. Von daher besteht bereits weder ein Anspruch des einzelnen Mitglieds auf Auseinandersetzung bei Ausscheiden aus einer Notdienstgemeinschaft noch erwirbt das Mitglied eine wie auch immer geartete vermögensähnliche Anwartschaft oder Anteile am Verwaltungsvermögen. Umgekehrt setzt aber die Heranziehung zur Umlage voraus, dass der Betreffende im Beschlusszeitpunkt bzw. bei Zugang des Umlagebescheides Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung und der Notdienstgemeinschaft ist. Ausgeschiedene Vertragsärzte können nachträglich nicht mehr zur Umlage herangezogen werden.

Das **SG** gab der Klage statt.

B) FREISTELLUNG AUS GESUNDHEITLICHEN GRÜNDEN UND AUSWIRKUNG AUF PRAXISTÄTIGKEIT

SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 944/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-46

Notdienstordnung, Notdienstgemeinschaft, Satzung

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

Eine Satzungsbestimmung, nach der eine **Freistellung** voraussetzt, dass zu **gesundheitlichen Gründen** oder einer körperlichen Behinderung **kumulativ** eine **nachteilige Auswirkung der gesundheitlichen Verhältnisse auf die allgemeine berufliche Tätigkeit des Vertragsarztes** hinzukommen muss, ist rechtmäßig. Eine Satzungsbestimmung kann damit vorsehen, dass gesundheitliche Gründe, selbst wenn sie zur Ungeeignetheit der Versetzung des Notfallvertretungsdienstes führen, nicht ausreichend sind, einen Befreiungstatbestand zu begründen (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 18.01.2006 – S 12 KA 49/05 – RID 06-01-25).

Das **SG** wies die Klage ab.

S. a. **VG Minden**, Urt. v. 31.08.2006 – 7 K 1506/06 – RID 06-04 (diese Ausgabe).

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. KLAGERÜCKNAHME GEGEN RUHENSBESCHLUSS UND RUHENSBEGINN

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.04.2006 – L 11 B 7/06 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-47**

Klagerücknahme, Ruhen, Ruhensbeschluss, Ruhenszeitraum

SGB V § 81 Abs. 5; SGG § 86b II 2

Eine Klage gegen die disziplinarrechtliche Anordnung des Ruhens der Zulassung ab einem bestimmten Tag hat **aufschiebende Wirkung**, die nach **Klagerücknahme** mit Wirkung ex nunc wieder entfällt. Dies hat indes nicht unweigerlich zur Konsequenz, dass sich damit der Ruhenszeitraum verschiebt (vgl. a. LSG Hessen, Urt. v. 18.11.1998 - L 7 KA 645/98 -). Der Disziplinarausschuss muss sich bei einer **datumsmäßigen Festlegung des Ruhenszeitraums** an dieser Bestimmung festhalten lassen. Will er ein Unterlaufen dieser Regelung verhindern, besteht die Möglichkeit, das Ruhen der Zulassung ab Eintritt der Bestandskraft anzuordnen. Darüber hinaus hat der Disziplinarausschuss die Möglichkeit, die aufschiebende Wirkung der Klage durch Anordnung der sofortigen Vollziehung nicht eintreten zu lassen, selbst wenn damit ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung veranlasst würde.

Durch die Verlagerung des für eine ursprünglich andere Zeitspanne festgelegten Ruhenszeitraums drohen dem Vertragsarzt wesentliche **Nachteile**, da dieser an der Ausübung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit gehindert wird.

Der Ast. ist seit 1986 als Zahnarzt niedergelassen und zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung für den Bereich Kieferorthopädie ermächtigt. Mit Beschluss vom 20.01.2005 ordnete der Disziplinarausschuss bei der Antragsgegnerin als **Disziplinarmaßnahme** mit Wirkung vom **01.06.2005 das Ruhen der Zulassung** für die Dauer von **sechs Monaten** an. Die hiergegen erhobene **Klage** nahm der Ast. mit Ablauf der verfügten Ruhensfrist **zurück**. Die Ag. teilte dem Ast. mit, nach Klagerücknahme entfalle die aufschiebende Wirkung ab 14.12.2005 und sei **Rechtskraft** eingetreten. **Mithin ruhe die Zulassung ab 14.12.2005 für ein halbes Jahr.** **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 06.02.2006 – S 2 KA 20/06 ER – RID 06-02-37 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück. Das **LSG** stellte fest, dass die Zulassung des Ast. zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung im Bereich Kieferorthopädie in der Zeit vom 14.12.2005 bis 13.06.2006 nicht ruht.

2. AUSKUNFTSPFLICHTVERLETZUNG/VORANGEGANGENE PFLICHTVERLETZUNG/WOHLVERHALTEN

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.09.2006 – L 4 KA 3/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Auskunftspflicht, Geldbuße, Disziplinarmaßnahme, Pflichtverletzung, Wohlverhalten
SGB V § 81 V

RID 06-04-48

Hartnäckige wiederholte Verstöße gegen **Auskunftspflichten** können eine **Geldbuße** als Disziplinarmaßnahme (hier; 2.500,00 EUR) zur Folge haben. Eine **vorangegangene Pflichtverletzung** kann bei der Bemessung der Höhe jedenfalls dann berücksichtigt werden, wenn zuvor das BSG hierüber entschieden hat, unabhängig davon, ob gegen die Entscheidung Verfassungsbeschwerde erhoben wurde. Anders als bei Zulassungsentziehungen kommt es auf das Verhalten bis zur gerichtlichen Entscheidung nicht an.

Der 1945 geb. Kl. ist seit 1991 als praktischer Arzt und seit 1992 als Facharzt für innere Medizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Bekl. hatte ihm bereits mit 1998 einen Verweis wegen Nichterfüllung seiner Auskunftspflicht erteilt. Er hatte dagegen ohne Erfolg Klage, Berufung und Revision eingelegt (vgl. BSG, Urt. v. 06.11.2002 - B 6 KA 9/02 R - SozR 3-2500 § 81 Nr. 9). Eine dagegen eingelegte Verfassungsbeschwerde wurde in das allgemeine Register beim BVerfG für offensichtlich unzulässige oder erfolglose Klagen eingetragen. Der Vorgang wurde bis auf weiteres weggelegt. 1999 bat eine Betriebskrankenkasse den Kl. um Auskunft zu den ärztlich behandelten Folgen eines Unfalles eines Patienten. Die Anfrage blieb nach verschiedenen Erinnerungen und Einschaltung der beklagten KV erfolglos. Der Disziplinarausschuss verhängte eine Geldbuße in Höhe von 2.500,00 EUR. **SG Kiel**, Urt. v. 11.06.2006 - S 15 KA 130/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ABRECHNUNG DER BESEITIGUNG NICHT VORHANDENER ZYSTEN (NR. 56C BEMA-Z)

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.06.2006 – L 4 KA 20/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Zyste, Röntgenbild, Pflichtverletzung, Disziplinarbuße
SGB V § 81 V; Bema-Z Nr. 56c

RID 06-04-49

Das Entfernen **kleiner Zysten** ist nach **Nr. 56c Bema-Z** nicht abrechnungsfähig. Röntgenbilder sind im Grundsatz für das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Zyste aussagekräftig (vgl. bereits LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 19.04.2002 - L 6 KA 34/99 - RID 03-01-21). Die Abrechnung der Beseitigung nicht vorhandener Zysten begründet ein Verschulden für eine objektive Pflichtverletzung. Werden 35 solcher Abrechnungsfälle nachgewiesen, so kann dies mit einer Disziplinarbuße von 3.000 DM geahndet werden.

SG Kiel, Urt. v. 14.05.2004 – S 13 KA 873/01 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.
Zu Nr. 56a vgl. **SG Marburg**, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 22/05 – RID 06-01-21.

V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress/Schadensersatzanspruch

Nach **BSG**, Urt. v. 14.12.2005 - **B 6 KA 4/05 R** – (Parallelverfahren: - B 6 KA 3, 5 u. 6/05 R -) - SozR 4-2500 § 106 Nr. 12 - 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; vgl. ferner zuletzt RID 05-04-A IV (S. 17).

1. KEIN ABZUG ERSPARTER AUFWENDUNGEN VON ARZNEIKOSTENREGRESS

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.05.2006 – L 4 KA 14/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Zulassung, Arzneimittel, Einfuhrmöglichkeit, Somatropin, Granditropin, Arzneikostenregress
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I, 31, 106; BMV-Ä § 48

RID 06-04-50

Bezogen auf die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist die in § 73 III 1 AMG geregelte **Einfuhrmöglichkeit** eines im Ausland zugelassenen Arzneimittels im Einzelfall nicht mit der innerstaatlichen **Zulassung** des Medikaments gleichzusetzen (vgl. BSG, Urt. v. 18.05.2004 - B 1 KR 21/02 R - BSGE 93, 1, juris, Rn. 17).

Für die Behandlung des sog. Ullrich-Turner-Syndroms, die durch Substitution bzw. ergänzende Gabe eines Wachstumshormons erfolgt, gibt es in Deutschland **fünf zugelassene Medikamente** mit dem Wirkstoff **Somatropin**, so dass kein Anspruch auf die Versorgung mit dem nicht zugelassenen Medikament Granditropin besteht. Etwas anderes ergibt sich auch nicht unter Berücksichtigung von BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 – SozR 4-2500 § 27 Nr 5 = GesR 2006, 72.

Bei einem **Arzneikostenregress** handelt es sich um einen besonderen **verschuldensunabhängigen** Typus des Schadensersatzes, für dessen Begründung das Bestehen eines Schadens unabdingbare Voraussetzung ist. Aus der Rechtsnatur des Arzneikostenregresses ist abzuleiten, dass er - höchstens - in der Höhe festgesetzt werden kann, der den Krankenkassen durch unwirtschaftlichen Mehraufwand entstanden ist (BSG, Urt. v. 29.01.1997 – 6 RKA 5/96 – SozR 3-2500 § 106 Nr. 38 -).

Ersparte Aufwendungen sind von einem Arzneikostenregress nicht abzusetzen. Es entspricht dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, dass eine "Vorteilsausgleichung" nicht erfolgt, sofern Leistungen in Anspruch genommen bzw. erbracht wurden, die - in dieser Form - nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung hätten erbracht werden dürfen.

Die ermächtigte Klinik für Allgemeine Pädiatrie der Kl. (Universitätsklinikum) behandelte in den Quartalen IV/99 - II/00 die 1986 geb. Patientin C. mit dem Medikament Granditropin. Die Beigel. zu 1) beantragte die Prüfung eines besonderen Schadens, weil dieses als Wirkstoff gentechnisch hergestelltes Somatotropin enthalte und ein in Deutschland nicht zugelassenes Arzneimittel sei, welches gemäß § 73 III AMG für einzelne Patienten eingeführt werden könne. In Deutschland seien mehrere Arzneimittel zugelassen und verfügbar, die ebenfalls gentechnisch hergestelltes Somatotropin als Wirkstoff enthielten. Die Prüfungsgremien setzten Schadensersatz in Höhe von 46.427,04 DM und für das Quartal II/00 in Höhe von 17.410,14 DM fest. **SG Kiel**, Urt. v. 08.06.2004 - S 16 KA 514/02 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

2 VIERJÄHRIGE AUSSCHLUSSFRIST: FRISTBEGINN

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 12.07.2006 – L 3 KA 76/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-51

Revision zugelassen

Ausschlussfrist, Honorarabrechnung, Honorarbescheid,
SGB V § 106; SGB X § 37

Der **Lauf der vierjährigen Ausschlussfrist** beginnt mit der vorläufigen **Honorarabrechnung** für das einzelne Quartal (BSG SozR 3-2500 § 106 Nrn. 19 und 39) bzw. dem "Ergehen des Quartalsabrechnungsbescheides" (BSG SozR 3-2500 § 82 Nr. 3; vgl. zuletzt Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 46/04 B), worunter genauer die Zustellung oder der Zugang und das sich daraus ergebende Wirksamwerden (vgl. § 39 I 1 SGB X) des Honorarbescheids für das einzelne Quartal zu verstehen ist (vgl. BSG SozR 3 2500 § 106 Nr. 19; Urt. v. 08.12.1993 - 14a RKA 10/92 -). Demgegenüber vertreten einige Berufungsgerichte (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 06.08.2003 – L 3 KA 516/01 - RID 04-02-43; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 28.04.2004 – L 11 KA 150/03 - RID 04-03-14; noch offen gelassen im Senatsurt., LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 23.03.2005 – L 3 KA 160/03 – RID 05-02-29) in entsprechender Anwendung des § 45 I SGB I sei das Ende des Kalenderjahres maßgeblich, in dem der Abrechnungsbescheid erlassen worden ist.

Dieser Zeitpunkt ist in einem gerichtlichen Verfahren, in dem die Rechtswidrigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung wegen des Ablaufs der Ausschlussfrist geltend gemacht wird, zu ermitteln. Gelingt dies nicht, trägt der **Beschwerdeausschuss** insoweit die **objektive Feststellungslast**. Er kann sich demgegenüber grundsätzlich nicht auf die Grundsätze des Anscheinsbeweises berufen.

Die Kl. betreibt eine zahnärztliche Gemeinschaftspraxis. Über einen Prüfantrag vom Dezember 1994 wurde sie erstmals mit Schreiben v. 16.01.1995 informiert. In der Folgezeit blieben die Prüfungseinrichtungen untätig, nachdem es zu Streitigkeiten über die Kostentragung der Prüfverfahren gekommen war. Unter dem 10.03.1998 beschloss der Prüfungsausschuss für das **Quartal IV/93** Honorarkürzungen in Höhe von insgesamt 27.781,66 DM. Der Beschluss ging d. Kl. am 31.03.1998 zu. Der Bekl. reduzierte die Honorarkürzung auf 9.828,41 DM. Zum behaupteten Fristablauf führte er zur Begründung aus, die Restzahlungen für das 4. Quartal würden bis zum 05. April d. J. überwiesen. Zeitgleich mit den Zahlungen würden die Honorarbescheide versandt. Somit sei der Beschluss des Prüfungsausschusses fünf Tage vor dem am 05.04.1998 eingetretenen Fristablauf zugestellt worden. Eine Prüfung der Quartale II und III/93 dürfe dagegen nicht mehr erfolgen. **SG Hannover**, Urt. v. 15.08.2001 – S 31 KA 498/99 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

3 VERTRAUENSSCHUTZ UND AUSKÜNFTE DER KV ZUM NACHTEIL DER KRANKENKASSE

SG Düsseldorf, Urt. v. 06.09.2006 – S 2 KA 97/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-52

Vertrauensschutz, Auskunft, KV, Krankenkasse
SGB V §§ 106

Weist eine **KV** in ihrem **Mitteilungsblatt** ausdrücklich darauf hin, dass regionale und vom Inhalt der neu geschlossenen Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung abweichende Absprachen und Vereinbarungen zwar nicht rückwirkend, aber für die Zukunft obsolet seien, so ist ab diesem Zeitpunkt ein Ver-

trauensschutz zerstört (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 44/05 – RID 06-01-32).

Verbindliche Auskünfte können nur von solchen **Mitarbeitern der KV** erteilt werden, die dienstrechtlich hierzu aufgrund ihrer Qualifikation und Stellung befugt sind.

Eine **rechtsfehlerhafte Auskunft der KV** darf nicht zum Nachteil der **Krankenkassen(verbände)** gereichen. Durch ein Fehlverhalten der KV kann das Recht der Krankenkassen(verbände) auf Durchführung eines Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens nicht beeinträchtigt werden (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.03.2003 - L 11 KA 94/01 - RID 03-04-44). In Angelegenheiten der gemeinsamen Selbstverwaltung sind die Folgen des Fehlverhaltens allein in dem Rechtsverhältnis auszugleichen, in welchem sie entstanden sind (vgl. BGH, Beschl. v. 12.04.2006 - III ZR 35/05 - NJW-RR 2006, 966 f. m.w.N.).

Die **Beigel.** zu 9) und 10) sind in Gemeinschaftspraxis als **Ärzte für Radiologie** niedergelassen und bezogen u. a. koaxiale Interventionssets im Gesamtbetrag von 15.648,62 DM über Sprechstundenbedarf. Der **Prüfungsausschuss** setzte auf Antrag der Kl. in dieser Höhe einen Regressbetrag fest, weil diese nach der SSB-Vereinbarung nicht verordnungsfähig seien. Diese Artikel seien als Sachkosten abzurechnen. Der bekl. **Beschwerdeausschuss** hob den Regress auf, weil es sich bei koaxialen Interventionssets um ein spez. Kanülensystem für Therapieverfahren an der Wirbelsäule (CT- und MRT-gesteuert) handele. Diese Sets könnten gem. der Produktbeschreibung nicht als Infusionsbesteck oder Punktionsbesteck im Sinne der SSB-Vereinbarung angesehen werden. Somit seien die Sets gem. A I. Allgemeine Bestimmungen Punkt 2 EBM in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten bzw. den allgemeinen Praxiskosten zuzuordnen. Zu berücksichtigen gelte allerdings, dass den Ärzten auf Nachfrage bei der KV sachlich falsche Antworten gegeben worden seien, weshalb **Vertrauensschutz** bestehe. Das ruhend gestellte Klageverfahren wurde nach **BSG**, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 41/03 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 6 = GesR 2005, 252 = Breith 2005, 535-544 = MedR 2005, 421 (Verordnet ein Vertragsarzt Medizinprodukte als Sprechstundenbedarf, deren Preis auf seine Veranlassung oder mit seinem Wissen in Bereicherungsabsicht überhöht angesetzt wird, entsteht eine Verpflichtung der Krankenkassen zur endgültigen Kostentragung nicht) **fortgesetzt**. Das **SG** verpflichtete d. Bekl., über die Regresse wegen der Verordnung koaxialer Interventionssets über Sprechstundenbedarf in den Quartalen I bis III/98 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes erneut zu entscheiden.

4 ZAHNÄRZTE:

A) GERINGERE FALLZAHLEN UND SOG. DURCHSANIEREN

SG Marburg, Urt. v. 13.09.2006 – S 12 KA 1166/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-53

Wirtschaftlichkeitsprüfung, Gesamtfallwert, offensichtliches Missverhältnis, Zahnarzt, Praxisbesonderheit, Fallzahl

SGB V § 106

Geringere Fallzahlen einer vertragszahnärztlichen Praxis begründen nicht aufgrund eines sog. Durchsanierens eine Praxisbesonderheit im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Das **SG** wies die Klage ab.

B) VERGLEICHSGRUPPE UND ORALCHIRURGEN

Wirtschaftlichkeitsprüfung, Gesamtfallwert, offensichtliches Missverhältnis, Zahnarzt, Oralchirurg, Vergleichsgruppe

SGB V § 106

LSG Hessen, Urt. v. 24.05.2006 – L 6/7 KA 102/04–

RID 06-04-54

Eine Oralchirurgin, bei der kein ausgesprochen oralchirurgischer Schwerpunkt vorliegt, kann mit der Vergleichsgruppe der Zahnärzte verglichen werden (hier: statistischer Kostenvergleich des Gesamtfallwertes). Ein solcher Vergleich wird durch überdurchschnittliche Abrechnungswerte beim Zahnersatz und den Füllungen bestätigt.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 08.09.2004 – S 27 KA 1180/04 - RID 05-01-54 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

SG Marburg, Urt. v. 13.09.2006 – S 12 KA 212/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-55

Ist lediglich eine leicht erhöhte Frequentierung der chirurgischen Leistungen festzustellen, liegt der eigentliche Schwerpunkt aber im konservierenden Bereich, so kann die Abrechnung einer **Oralchirurgin** im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung der konservierend-chirurgischen Leistungen mit der Vergleichsgruppe aller Zahnärzte verglichen werden (vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 4/05 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 12 = MedR 2006, 444 = juris).

Für die Zulässigkeit einer **Prüfmethode** (hier: Auffälligkeitsprüfung nach Durchschnittswerten) kommt es auf die geltende Rechtslage im Prüfquartal an.

Das **SG** wies die Klage ab.

C) MANGELHAFTIGKEIT DER PROTHETISCHEN VERSORGUNG BEI NONOKKLUSION

LSG Bayern, Urt. v. 12.07.2006 – L 3 KA 511/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-56

Dienstvertrag, Kündigung, Zahnersatz, Nachbesserung, Okklusion

SGB V § 28 II; BGB §§ 276 II, 628 II; BMVZ Anlage 12 § 4

Voraussetzung eines **Regresses** ist, dass der Zahnersatz mangelhaft ist und dass der Vertragsarzt diesen Mangel zu vertreten hat. Außerdem muss eine Nachbesserung unmöglich oder für den betroffenen Patienten unzumutbar sein.

Mangelhaftigkeit der prothetischen Versorgung liegt bei einer Brücke mit einer **Nonokklusion** von ca. 0,5 mm vor. Wird die Okklusion geprüft, nachdem die Patientin lokal betäubt wurde, und ein Zahnersatz dann fest einzementiert, so wird gegen die Regeln der zahnärztlichen Kunst verstoßen.

SG München, Urt. v. 13.12.2002 - S 39 KA 5331/00 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

D) BEREITSCHAFT ZUR BEHANDLUNG DURCH PRAXISKOLLEGIN

LSG Hessen, Urt. v. 07.12.2005 – L 6/7 KA 79/04 – juris

RID 06-04-57

Revision anhängig: B 6 KA 21/06 R (Termin: 29.11.06)

Schadensersatzanspruch, Zahnersatz, Versicherter, Kündigung, Behandlungsvertrag

SGB V §§ 82 I; EKV-Z § 12; BGB § 626

Bei einem Rechtsstreit über die Festsetzung eines **Schadensregresses** durch eine KZV gegenüber dem Vertragszahnarzt wegen mangelhafter vertragszahnärztlicher Leistung ist das **Gericht** paritätisch zu **besetzen** (BSG, Urt. v. 03.12.1997 – 6 RK 40/96 – juris).

Eine **außerordentliche Kündigung** des – bei unterstellt ausschließlich privat-rechtlicher Betrachtung – Behandlungsverhältnisses ist geboten (§ 626 BGB), wenn eine Versicherte bereits rund vier Monate im Unklaren darüber gelassen wird, ob der Zahnersatz tatsächlich derart mangelhaft ist, dass er völlig unbrauchbar ist.

Einer **Schadensersatzpflicht** steht nicht entgegen, dass sich der **Vertragszahnarzt** später **bereit erklärt**, die zahnärztliche Behandlung durch eine **andere Ärztin aus der Gemeinschaftspraxis** durchführen zu lassen. Eine Versicherte muss sich hierauf nach einem eingetretenen Vertrauensverlust nicht einlassen, zumal wenn damit die Auflage verbunden ist, den Zahnersatz in demselben Labor fertigen zu lassen, das für die unzulängliche erste Prothese verantwortlich war.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 07.07.2004 - S 27 KA 101/04 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

E) ZUSTÄNDIGKEIT DER PRÜFGREMIIEN BEI UNZULÄSSIGER VERORDNUNG VON SPRECHSTUNDENBEDARF

LSG Schleswig Holstein, Urt. v. 20.06.2006 – L 4 KA 35/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-58

Revision zugelassen

Wirtschaftlichkeit, Prüfungsgremien, Rechtsmittelbefugnis, Krankenkassenverband, Verordnung, Sprechstundenbedarf, Zuständigkeit, Prüfvereinbarung

SGB V § 106; EKV-Z § 15

Ein Krankenkassenverband ist **rechtsmittelbefugt**, wenn den Verbänden ausdrücklich das Recht eingeräumt wird, die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Prüfungsgremien zu beantragen und er von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht hat.

Eine KZV ist nicht zuständig für die Feststellung eines Schadens wegen unzulässiger Verordnung von **Sprechstundenbedarf**. Die **Zuständigkeit der Prüfungsgremien** folgt aus § 15 II und III EKV-Z a. F.

Soweit § 19 I EKV-Z in der seit 2005 geltenden Fassung eine nähere Regelung den Prüfvereinbarungen überlässt, ist es für **Schleswig-Holstein** bei der Zuständigkeit der Prüfungsgremien geblieben.

Der **Begriff der Wirtschaftlichkeit** ist dahin auszulegen, dass er auch die Prüfung der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln und Sprechstundenbedarf umfasst (BSG, Urt. v. 21.06.1989 – 6 RKa 11/88 – BSGE 65, 154 = SozR 2200 § 368e Nr. 13, juris Rn. 11; BSG, Urt. v. 14.03.2001 – B 6 KA 19/00 R – SozR 3-2500 § 106 Nr. 52, juris Rn. 12).

Der klagende VdAK beantragte erfolglos bei der KZV die Prüfung der Sprechstundenbedarfsanforderung Ersatzkassen für das Quartal I/00 u. a. hinsichtlich der Verordnung des Präparates Epiglu (Gewebekleber). **SG Kiel**, Urt. v. 19.09.2003 – S 13 KA 460/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Zulassungsrecht

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 **Wohlverhaltens** 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; s. ferner zuletzt RID 05-04-A V (S. 20).

1. ZULASSUNG EINES MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUMS (MVZ)

SG Magdeburg, Beschl. v. 28.09.2005 – S 17 KA 92/05 ER – juris

RID 06-04-59

Zulassungssache, Zulassungsausschuss, Beiladung, Medizinisches Versorgungszentrum, Berufsrecht, Vertragsarztrecht, Praxisnachfolge

SGG §§ 75 I 1, II, 86b II, 106 III Nr. 6; SGB V § 103 IV, IVa

Leitsätze: 1. Zur Gewährleistung effektiven Rechtsschutzes kann in Zulassungssachen ein einstweiliges Rechtsschutzverfahren ausnahmsweise auch schon vor Abschluss des Verfahrens des Berufungsausschusses zulässig sein.

2. Der Antrag richtet sich dann anstatt gegen den Berufungsausschuss gegen den Zulassungsausschuss, der ggf. beizuladen ist.

3. Bei der Frage der Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zur vertragsärztlichen Versorgung sind die Ebene der tätigen Ärzte, diejenige der Leistungserbringer als Gründer sowie die Ebene der Organisationsformen streng voneinander zu trennen.

4. Eine Kollision zwischen ärztlichem Berufsrecht und Vertragsarztrecht ist jedenfalls dann nicht zu besorgen, wenn ein MVZ durch ein Krankenhaus gegründet wird und dieses Alleingesellschafter ist.

5. Eine Praxisnachfolge ist auch dadurch möglich, dass ein MVZ den Vertragsarztsitz (durch Praxiskauf) übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt.

Mit Schreiben vom 01.08.2005 beantragte die Ast. beim Beigel. zu 1) die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Über die Vorlage von Unterlagen und die Voraussetzungen eines MVZ entspann sich ein Schriftwechsel. Mit am 09.09.2005 beim SG Magdeburg eingegangenen Antrag begehrt die Antragstellerin einstweiligen Rechtsschutz. Dem Antrag sei stattzugeben, da die Gründungsvoraussetzungen eingehalten und die erforderlichen Unterlagen zur Entscheidung über den Antrag auf Zulassung an den Beigel. zu 1) übersandt worden seien. Es sei kein sachlicher Grund ersichtlich, warum der Beigel. zu 1) am 07.09.2005 nicht über den Antrag auf Zulassung entschieden habe. Sein Ermessen sei auf Null reduziert, und es bestehe ein Anspruch auf Zulassung. Nicht nur Vertragsärzte, sondern auch zugelassene Krankenhäuser könnten Gründer eines MVZ sein. Auch eine Gründung durch ein einziges Krankenhaus, das Alleingesellschafter sei, sei rechtlich zulässig. Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt.

2. LOKALER VERSORGUNGSBEDARF (NR. 24A BEDARFSPIRL)

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.05.2006 – L 5 KA 5224/05 –

RID 06-04-60

Landkreis, Beurteilungsspielraum, Planungsbereich, Versorgungsbedarf, Richtlinienverfahren

SGB V §§ 95, 101 BedarfsPIRL Nr. 24a

Ob ein großräumiger Landkreis i. S. d. Nr. 24a BedarfsPIRL vorliegt, unterliegt uneingeschränkt der **gerichtlichen Kontrolle**. Ein Beurteilungsspielraum ist den Zulassungsinstanzen hierfür nicht eröffnet (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.11.2002 – L 5 KA 1247/02 – RID 05-01-71).

Ein **großräumiger Landkreis** ist anzunehmen, wenn die Entfernungen in einigen Teilen so groß sind, dass von dort aus an sich im Planungsbereich in ausreichender Zahl niedergelassene Ärzte zumutbar nicht erreicht werden können. Bei einer Längenausdehnung in nord-südlicher Richtung von unter 40 km und einer Breitenausdehnung in ost-westlicher Richtung bei etwa 20 bis 30 km ist dies fraglich (hier: Landkreis Lörrach).

Bei einem **lokalen Versorgungsbedarf** muss es sich um einen Bedarf handeln, der überhaupt nur an einem bestimmten Ort oder in einer bestimmten Region besteht und denkbar ist. In diesem Sinn lokal ist ein Versorgungsbedarf dann, wenn er sich aus Besonderheiten ergibt, die in der Ortslage – etwa sehr weite Entfernung oder schlechte Verkehrsverbindung zu Nachbarorten – oder in besonderen örtlichen Krankheitshäufungen begründet ist. Den Zulassungsgremien kommt ein Beurteilungsspielraum zu.

Die Beherrschung einzelner **Richtlinienverfahren** begründet keinen qualitativ-speziellen Bedarf.

SG Freiburg, Urt. v. 26.10.2005 – S 1 KA 1012/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. KEINE ZULASSUNG ALS VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUT BEI VOLLZEITTÄTIGKEIT

LSG Bayern, Urt. v. 19.07.2006 – L 12 KA 173/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-61

Vertragspsychotherapeut, Beschäftigungsverhältnis, Vollzeitätigkeit

SGB V § 95 X; Ärzte-ZV §§ 20, 24

Ein Psychotherapeut, der in einem Beschäftigungsverhältnis mit mehr als 13 Wochenstunden (hier: 38,5 Wochenst. in einer Justizvollzugsanstalt) steht, ist nach § 20 I Ärzte-ZV für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nicht geeignet (BSG, Urt. v. 30.01.2002 - B 6 KA 20/01 - SozR 3-5520 § 20 Nr. 3; v. 05.02.2003 - B 6 KA 22/02 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 2; v. 28.04.2004 - B 6 KA 116/03 B -).

SG München, Urt. v. 21.10.2004 - S 39 KA 494/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. INTERESSEN- UND PFLICHTENKOLLISION (§ 20 II ÄRZTE-ZV): FACHARZT FÜR PHYSIKAL. U. REHABIL. MEDIZIN

SG Marburg, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 20/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-62

Zulassung, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Krankenhaus, Chefarzt, Diabetologie, Interessen- und Pflichtenkollision, vertragsärztliche Tätigkeit

SGB V § 95; Ärzte-ZV § 20

Ein Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, der zugleich Facharzt für Allgemeinmedizin ist und in einem Krankenhaus als Chefarzt angestellt und dort nach eigenen Angaben eine Abteilung Diabetologie im Umfang von bis zu 13 Wochenstunden leitet, kann wegen einer Interessen- und Pflichtenkollision (§ 20 II Ärzte-ZV) nicht zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

5. PRAXISNACHFOLGE (§ 103 IV SGB V)

A) PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT ALS NACHFOLGER FÜR ÄRZTLICHE PRAXIS

SG Marburg, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 732/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-63

Psychologischer Psychotherapeut, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Vertragsarztsitz, Nachfolgezulassung

SGB V §§ 101 IV, 102, 103 IV; BedarfspIRI-Ä Nr. 22b

Ein **Psychologischer Psychotherapeut** kann die **Praxis einer Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin** nach § 103 IV SGB V übernehmen. Die Auffassung, ein Psychologischer Psychotherapeut könne einen ärztlichen Vertragsarztsitz nicht voll einnehmen, eine Nachfolgezulassung sei nur innerhalb der Gruppen der Ärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulässig, findet insoweit im Gesetz keine Stütze.

Für die **fachliche Identität** bei einer **Praxisnachfolge** ist darauf abzustellen, ob der Praxisübernehmer in der Lage ist, die Praxis im Wesentlichen fortzuführen, also den Teil der Sicherstellung der Versorgung gewährleisten kann, den zuvor der die Praxis abgebende Leistungserbringer erbracht hat.

Die Zulassungsgremien haben bei der Nachfolgezulassung eines psychologischen Psychotherapeuten in den Vertragsarztsitz einer ärztlichen Psychotherapeutin **Nr. 22b BedarfspIRI-Ä** (sog. 40/40/20-Regelung) nicht zu beachten.

Das **SG** wies die Klage ab.

B) KEINE BERÜCKSICHTIGUNG VERTRAGLICHER VERPFLICHTUNGEN

LSG Bayern, Beschl. v. 08.09.2006 – L 12 B 277/05 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-64

Zulassungsausschuss, Berufungsausschuss, Vertragsarztsitz

SGB V § 97 IV; SGG § 86b II; Ärzte-ZV § 25 II

Die Zulassungsgremien müssen vertragliche Verpflichtungen eines Vertragsarztes, der seinen Vertragsarztsitz zur Nachfolge hat ausschreiben lassen, gegenüber einem Partner in einer Gemeinschaftspraxis nicht berücksichtigen.

Der Ast. war bereits in der Zeit vom 01.04.1985 bis 31.03.2003 in N. als Frauenarzt in Gemeinschaftspraxis mit dem Beigel. zu 2) zugelassen. Die Ärzte waren je zur Hälfte beteiligt. Mit Wirkung vom 06.01.2003 hatte der Ast. seinen Anteil an dieser Praxis an Dr. B. verkauft. Dieser betrieb sodann die Gemeinschaftspraxis mit dem Beigel. zu 2) in der bisherigen Form weiter. Später geriet der Beigel. zu 2) in Insolvenz. Deshalb löste Dr. B. die Gemeinschaftspraxis mit ihm auf und arbeitete in der Form einer Praxisgemeinschaft weiter. Zum

30.09.2003 verließ der Beigel. zu 2) den Praxissitz, er hält sich seither in D. auf. Infolgedessen hatten Gläubiger des Beigel. zu 2) versucht, in Vermögensgegenstände der Gemeinschaftspraxis zu pfänden. Dies führte dazu, dass Dr. B. den mit dem Ast. über den Erwerb von dessen Praxisanteil geschlossenen Vertrag wegen Irrtums und arglistiger Täuschung anfecht. Mit Antrag vom 12.03.2004 teilte der Beigel. zu 2) dem Zulassungsausschuss auf Formular mit, das Beendigungsdatum seiner Zulassung sei der 31.03.2004, er gebe seine Berufstätigkeit auf und bitte um Ausschreibung des Vertragsarztsitzes gem. § 103 IV SGB V; die Praxis solle von einem Nachfolger fortgeführt werden. Der Ast. focht den von ihm erklärten Zulassungsverzicht an. Ferner erteilte ihm der Zulassungsausschuss unter Annahme einer unbilligen Härte i. S. d. § 25 II Ärzte-ZV wegen Überschreiten des 55. Lebensjahres die Zulassung auf den früheren Vertragsarztsitz des Beigel. zu 2). Bereits im März 2004 hatte Dr. B. mit dem Beigel. zu 2) eine Vereinbarung geschlossen, in welcher sich der Beigel. zu 2) für die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 SGB V verpflichtete, der Weisung von Herrn Dr. B. zu folgen. Ferner übertrug der Beigel. zu 2) die gesamte Praxis auf Herrn Dr. B. bzw. ggf. auf einen zu bestimmenden Dritten. Hierfür erhielt er 7.500 Euro. Gegen die erneute Zulassung des Ast. legte der Beigel. zu 2) Widerspruch ein. **SG München**, Beschl. v. 12.04.2005 - S 45 KA 102/05 ER - ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Zulassungsausschusses an; das **LSG** wies die Beschwerde des Beigel. zu 2) zurück.

C) KONKURRENTENKLAGE GEGEN ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG

LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 03.08.2006 – L 4 B 269/06 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-65**

Berufungsausschuss, sofortige Vollziehung, Praxismachfolge, Approbationsalter, Eignung, ärztliche Tätigkeit, Warteliste

SGB V §§ 95, 97 IV, 103 IV u. V; SGG §§ 86°, 86b I 1 Nr. 2

Der Berufungsausschuss kann die **sofortige Vollziehung** einer Zulassung unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung **anordnen**, wenn die zurzeit im Planungsbereich noch bestehende Überversorgung wegfällt, sofern die nachzubesetzende Praxis nicht besetzt würde und dann nur noch ein Versorgungsgrad von 95,2 % bestünde. Es reicht aus, dass regional eine angemessene ärztliche Versorgung während des Schwebzustandes, der durch das Nachbesetzungsverfahren ggf. über einen längeren Zeitraum hinweg entsteht, nicht gewährleistet wäre.

Bei seiner **Auswahl** sind die in § 103 IV SGB V vorgegebenen **Kriterien** Approbationsalter, Eignung und Dauer der ärztlichen Tätigkeit sowie Dauer der Eintragung in die Warteliste (§ 103 V 3 SGB V) zu berücksichtigen. Es spricht vieles dafür, dass die Dauer der Eintragung in die **Warteliste** gegenüber den drei weiteren Kriterien als nachrangig angesehen werden kann. Der Gesetzgeber hat insoweit nicht ausdrücklich eine Rangfolge vorgegeben, sondern lediglich festgelegt, dass alle genannten Kriterien zu berücksichtigen sind.

Voraussichtlich nicht zu beanstanden ist, dass das Kriterium der **Eignung** auf die erforderliche Grundqualifikation, Anerkennung als Facharzt, - beschränkt wird und allenfalls Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen mit berücksichtigt werden.

Die Entscheidung über die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes muss auch bei zahlreichen Bewerbern im Interesse sowohl des abgebenden Arztes, aber auch der Bewerber nach praktikablen und in überschaubarer Zeit **handhabbaren Kriterien** erfolgen. Dem liefe es zuwider, müssten die Zulassungsgremien über die formalen Anerkennungen wie diejenigen nach der Weiterbildungsordnung hinaus im Einzelnen alle während des Berufslebens durch die ärztliche Tätigkeit oder durch Forschung, Lehre oder Weiterbildung erworbenen **Kenntnisse und Fähigkeiten** aller Bewerber/innen ermitteln und gegeneinander abwägen.

Die tageweise Berechnung der **Dauer der ärztlichen Tätigkeit** der Bewerber auf eine Praxismachfolge ist jedenfalls nicht sachwidrig. Das Merkmal der Dauer der Tätigkeit zielt auf die Bewertung des ärztlichen Erfahrungswissens ab und zwar nicht des durch die Ausbildung und Weiterbildung formal erworbenen, sondern des in praktischer Tätigkeit angewandten und ausgebauten Erfahrungswissens im Sinne von Berufsroutine. Hierfür bedarf es keiner punktgenauen Berechnungen von Arbeitsstunden, sondern es darf ein gröberer Maßstab angelegt werden.

Der Ast. ist HNO-Arzt, seit 1994 approbiert und seit Januar 2006 nach vorangegangener Tätigkeit als Leitender Oberarzt HNO im B-Krankenhaus als angestellter Arzt tätig. Er ist seit dem 29.10.2003 in die Warteliste für einen Vertragsarztsitz eingetragen und bewarb sich erstmals im August 2005 und - nachdem die Ausschreibung zwischenzeitlich zurückgezogen worden war - erneut im November 2005 auf den zum 01.04.2006 frei werdenden Vertragsarztsitz des HNO-Arztes Dr. R. Neben dem Ast. bewarben sich die Beigel. zu 8), Fachärztin für HNO-Krankheiten, seit 1979 approbiert, bis März 1989 als angestellte Klinikärztin, dabei zuletzt leitende Oberärztin im Universitätsklinikum L und seitdem mit Unterbrechungen als Vertretung in mehreren HNO-Vertragsarztpraxen tätig, seit dem 15.12.2005 in die Warteliste eingetragen, sowie zwei weitere Bewerber. Der Zulassungsausschuss ließ die Beigel. zu 8.) zu. Den Antrag der Beigel. zu 8), sie mit sofortiger Wirkung als Fachärztin für HNO-Heilkunde zuzulassen, lehnte **SG Kiel**, Beschl. v. 03.04.2006 - S 15 KA 14/06

ER – ab. Der Ag. (**Berufungsausschuss**) wies den Widerspruch des Ast. zurück und ordnete den Sofortvollzug seiner Entscheidung an. **SG Kiel**, Beschl. v. 05.05.2006 - S 16 KA 18/06 ER – wies den Antrag, den von dem Ag. angeordneten Sofortvollzug aufzuheben, als unzulässig ab, weil die mit der Einlegung des Widerspruchs eingetretene aufschiebende Wirkung trotz Anordnung des Sofortvollzuges bis zur Zustellung des mit Gründen versehenen Bescheides des Antragsgegners über den gefassten Beschluss fortbestehe; das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

6. RÜCKNAHME DER GENEHMIGUNG EINER GEMEINSCHAFTSPRAXIS: VERDECKTES ANSTELLUNGSVERHÄLTNIS

LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 13.09.2006 – L 11 KA 30/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-66**
Aufhebung, Genehmigung, Gemeinschaftspraxis, Gemeinschaftspraxisvertrag,
SGB V § 95; SGB X § 45; Ärzte-ZV § 32 I

Rechtsgrundlage der Aufhebung der Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis ist § 45 SGB X.

Soweit die Zulassungsgremien die **Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrages** nicht verlangt haben, kann auf dessen Nichtvorlage die Aufhebung der Genehmigung nicht gestützt werden.

Allein die Tatsache, dass ein Gesellschafter einen **dominierenden Einfluss** auf die Willensbildung der Gesellschaft hat und so Mehrheitsentscheidungen gegenüber anderen Gesellschaftern durchsetzen kann, begründet nicht deren persönliche Abhängigkeit im Sinne des § 7 SGB IV. Eine Weisungsgebundenheit im Sinne dieser Vorschrift setzt voraus, dass ein Gesellschafter den anderen Ort, Zeit und Inhalt der Tätigkeit vorschreiben kann.

Gesellschaftsrechtlich ist die Bildung eines eigenen Gesellschaftsvermögens nicht erforderlich. Gesellschaftsrechtlich ist auch ein Ausschluss von Gewinn und Verlust zulässig, der Gewinnanteil kann sogar in festen monatlichen Zahlungen bestehen. Die Geschäftsführung kann einem der Gesellschafter allein übertragen sein. Insofern ist die Abwicklung der Abrechnungen über ein vom geschäftsführenden Gesellschafter verwaltetes Konto Ausdruck dessen Geschäftsführungsbefugnis. Diese **Gestaltungsmöglichkeiten** sind auch ertragsarztrechtlich zulässig.

Für die Rücknahme einer Genehmigung nach § 45 II SGB V besteht ein **Ermessensspielraum**.

Der Teilnahmestatus eines Vertragsarztes kann nicht rückwirkend geändert werden. Wegen des Statuscharakters der Entscheidung kommen weder eine rückwirkende Entziehung der Zulassung noch die rückwirkende Rücknahme der Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis in Betracht (LSG Rheinland-Pfalz, Ur. v. 02.02.2006 – L 5 KA 37/05 – RID 06-02-48).

Die Kl. zu 1) bis 3) waren bis zum 30.06.2004 bzw. 30.09.2004 als Ärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. als praktische Ärztin/Psychotherapie in einer Gemeinschaftspraxis tätig. Der **Zulassungsausschuss** lehnte mit Beschl. v. 15.08.2001 zwar die rückwirkende Rücknahme der Genehmigungen ab, nahm aber die Genehmigung der Gemeinschaftspraxis mit sofortiger Wirkung zurück. Er schloss sich der Auffassung der Kl. zu 4) an, dass tatsächlich keine Gemeinschaftspraxis, sondern ein verdecktes Anstellungsverhältnis bestehe. Der **Berufungsausschuss** wies die Widersprüche zurück. **SG Köln**, Ur. v. 02.11.2005 - S 19 KA 21/02 – wies die Klagen ab. Auf die Berufungen der Kl. zu 1) bis 3) stellte das **LSG** fest, dass der Bescheid des Bekl. rechtswidrig war; die Berufung der Kl. zu 4) wies es zurück.

7. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

A) GESELLSCHAFTSVERTRAG UND VERDECKTES ANSTELLUNGSVERHÄLTNIS

LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 13.09.2006 – L 11 KA 20/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-67**
Zulassungsentziehung, verdecktes Anstellungsverhältnis, Gemeinschaftspraxisvertrag, Gesellschaftsvertrag
SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 27

Regelungen in einem **Gemeinschaftspraxisvertrag**, die keine Beteiligung am **Gesellschaftsvermögen** oder den Ausschluss von Gewinn und Verlust vorsehen, sind gesellschaftsrechtlich ebenso zulässig wie die alleinige Geschäftsführung durch einen der Gesellschafter. Eine Beteiligung am Kapital der Gesellschaft kann abbedungen werden.

Selbst wenn man aus vertragsärztlicher Sicht solche vertraglichen Gestaltungen für bedenklich halten sollte, könnte einem Arzt, der - fachlich beraten - einen solchen Vertrag schließt, kaum der Vorwurf einer gröblichen **Pflichtverletzung** gemacht werden, zumal seinerzeit diese Fragen kontrovers diskutiert worden sind.

Der 1952 geb. Kläger, der zugleich Dipl.-Psych. ist, ist seit 1988 als Arzt für Neurologie und Psychiatrie zugelassen. Er führte mit der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. W sowie mit der praktischen Ärztin/Psychotherapie M. zeitweise eine gebietsübergreifende Gemeinschaftspraxis. Der **Zulassungsausschuss**

entzog die Zulassung wegen gröblicher Pflichtverletzung. Der Gemeinschaftspraxisvertrag zwischen dem Kläger und Dr. W und Frau M genüge nicht den Anforderungen an eine Gemeinschaftspraxis. Es sei keine gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in freier Praxis erfolgt, vielmehr habe es sich um ein **verdecktes Anstellungsverhältnis** gehandelt. Durch die Gestaltung sei das für die weitere Teilnahme an der Versorgung notwendige Vertrauensverhältnis unwiederbringlich zerstört. Die Beschäftigung von Frau H1 ohne Genehmigung runde das Bild noch ab. Der **Berufungsausschuss** wies den Widerspruch zurück. Er hat eine gröbliche Pflichtverletzung bejaht, weil der Kl. durch Schaffung und Unterhaltung von Strukturen anderen Ärzten oder Psychotherapeuten die Möglichkeit gegeben habe, unter Umgehung insbesondere des § 32 Ärzte-ZV tätig zu werden. Er habe am Ort seiner Niederlassung in einer von ihm angemieteten Praxis eine Praxisorganisation geschaffen, um einer größeren Zahl von Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten die Möglichkeit zu bieten, therapeutisch tätig zu sein. Die Behandlungsräume seien nach einem Raumplan zur Verfügung gestellt worden. Als Entgelt für die Nutzung sei ein Anteil von 35 % des gezahlten Honorars unter Verzicht auf die Abrechnung einbehalten worden. Eine Betätigung mit diesen Rahmenbedingungen stelle keine vertragsärztliche Tätigkeit in freier Praxis dar. **SG Köln**, Urt. v. 02.12.2005 - S 19 KA 71/04 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung der Beigel. zu 5) zurück.

B) NICHTAUSÜBUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT/KÜNDIGUNG GEMEINSCHAFTSPRAXIS

LSG Bayern, Urt. v. 19.07.2006 – L 12 KA 439/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-68

Gemeinschaftspraxis, Auflösung, BGB-Gesellschaft, Kündigung, Wohnsitzverlegung
SGB V §§ 95 V, VI, VII, 98 II Nr. 13; Ärzte-ZV § 33 II

Für die Führung einer **Gemeinschaftspraxis** müssen drei Anforderungen erfüllt sein. Es muss zum einen eine gemeinsame Ausübung ärztlicher Tätigkeit vorliegen. Zum zweiten müssen die zusammenarbeitende Ärzte Kassenärzte sein und drittens muss die gemeinsame Ausübung vom Zulassungsausschuss genehmigt worden sein. Mit dem Wegfall auch nur einer der Voraussetzungen wird der bisher praktizierten besonderen Ausübungsform des Teilnahmerechtes an der ambulanten Versorgung die Grundlage entzogen und finden die mit ihr verbundenen Berechtigungen, insbesondere der Möglichkeit der gemeinsamen Patientenbehandlung und der gemeinsamen Leistungsabrechnung unter Einschränkung des Gebotes der persönlichen Leistungserbringung ihr Ende (ausführlich BSG, Urt. v. 19.08.1992 - 6 RKa 36/90 - SozR 3-2200 § 368c Nr. 1).

Für das **Ende einer Gemeinschaftspraxis** kommt es auf die Auflösung der der Gemeinschaftspraxis zu Grunde liegenden BGB-Gesellschaft nicht an. Mit dem gesetzlichen Auftrag an die Partner der Bundesmantelverträge zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung unter Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Vereinbarungen wäre es nicht vereinbar, diese bei gesellschaftsrechtlichen Streitigkeiten über die Rechtswirksamkeit einer Kündigung oder Auflösung der BGB-Gesellschaft über viele Jahre und bis zu einer rechtskräftigen zivilgerichtlichen Klärung im Unklaren darüber zu lassen, wer nun zur persönlichen Leistungserbringung gegenüber den gesetzlich Versicherten berechtigt und verpflichtet ist.

Den Zulassungsgremien steht die Befugnis zu, **deklaratorische Entscheidungen** über das Ende der Gemeinschaftspraxis zu treffen, um Rechtssicherheit herzustellen (BSG SozR 3-2200 § 368c Nr. 1).

Verlegt ein Vertragsarzt seinen **Wohnsitz** in einen weit entfernt gelegenen **Zulassungsbezirk** dauerhaft, so gibt er damit zu erkennen, dass die Aufgabe der Praxis nicht nur eine vorübergehende Aufgabe der Niederlassung, sondern eine endgültige Aufgabe der Niederlassung am Vertragsarztsitz darstellt, weil eine anderweitige Niederlassung an anderer Adresse im näheren örtlichen Umfeld nicht mehr durchführbar ist.

Der Kl. war in Gemeinschaftspraxis mit dem Laborarzt Dr. S. und weiteren Vertragsärzten seit 1993 zugelassen. Nachdem dieser und sechs weitere Ärzte im September 1995 mitgeteilt hatten, in Zukunft die gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ohne die weiteren Partner, darunter den Kl., ausüben zu wollen, stellte der Zulassungsausschuss das Ende der vormals genehmigten Gemeinschaftspraxis zum 31.10.1995 fest. Anschließend kam es zur Genehmigung der Gemeinschaftspraxis in neuer Zusammensetzung (ohne den Kläger). SG München, Beschl. v. 11.06.1997 wies das den Antrag des Arztes auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück, mit der seine weitere Zugehörigkeit zur Gemeinschaftspraxis festgestellt werden sollte. Die Klage wies **SG München**, Urt. v. 12.11.1997 - S 32 Ka 1872/96 – ab, die Berufung **LSG Bayern**, Urt. v. 24.05.2000 – L 12 KA 45/98 – zurück, die Nichtzulassungsbeschwerde verwarf **BSG**, Beschl. v. 28.03.2001 - B 6 KA 75/00 B -. Über die am 10.04.2006 eingelegte Nichtigkeitsklage ist noch nicht entschieden. Der Kläger wandte sich auf dem Zivilrechtsweg gegen die behauptete Kündigung der der Gemeinschaftspraxis zu Grunde liegenden Gesellschaftsvertrags und erwirkte am 10.11.1995 eine einstweilige Verfügung des **LG A.** (9 O 4869/95). Durch **Endurteil** des gleichen Gerichts vom 22.12.1995 wurde die einstweilige Verfügung aufrechterhalten; **OLG M.**, Urt. v. 19.06.1996 (27 U 39/96) wies die Berufung zurück. Die Klage im **Hauptsacheverfahren**, gerichtet auf Feststellung der Unwirksamkeit der Auflösung der Gesellschaft und

Feststellung des Fortbestehens der Mitgliedschaft des Kl., wies **LG A.**, Urt. v. 21.07.2005 (9 O 4668/98) ab. Die Kammer des Landgerichts stützte die Klageabweisung darauf, dass die Gesellschaft in der Form der Gesellschaft bürgerlichen Rechts durch Wegfall des gemeinsam vorausgesetzten Gesellschaftszweckes der gemeinschaftlichen Ausübung ärztlicher und kassenärztlicher Tätigkeit aufgelöst worden sei. Nachdem einzelne Mitgesellschafter zu erkennen gegeben hätten, die Fortführung der Gemeinschaftspraxis nicht mehr zu wünschen und dies zwingend die Auflösung der Gemeinschaftspraxis in Form der Kassenarztpraxis zu Folge habe, erschien es widersinnig, diese nicht mehr gewünschte Gemeinschaftspraxis zwangsweise als reine Privatpraxis fortzuführen. Der ausscheidende Gesellschafter stehe nicht schutzlos da, weil er, jedenfalls im Grundsatz, Anspruch auf das Auseinandersetzungsguthaben habe. **OLG M.**, Urt. v. 02.05.2006 (27 U 587/05) verwarf die Berufung. Die Klage gegen die 1997 erfolgte Zulassungsentziehung, weil seit dem November 1995 keinerlei Abrechnungen d. Kl. vorlägen, ruhte bis 2001. **SG München**, Gerichtsbb. v. 28.04.2004 - S 39 KA 2573/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. a. **SG Marburg**, Beschl. v. 14.07.2005 – S 12 KA 74/05 ER – RID 05-04-36.

8. 68 JAHRES-ALTERSGRENZE

A) EU-RECHT

LSG Bayern, Urt. v. 19.07.2006 – L 12 KA 9/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-69

Revision zugelassen

Zulassung, Altersgrenze, Europarecht, AntidiskriminierungsRL

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

Die Regelung des § 95 VII SGB V begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.

Normen des **Europäischen Gemeinschaftsrechts** werden durch die Regelung des § 95 VII SGB V nicht verletzt. § 95 VII SGB V in der derzeit geltenden Fassung fällt nicht in den Geltungsbereich des Gemeinschaftsrechts. Es ist daran festzuhalten, dass das primärrechtliche Verbot der Altersdiskriminierung nur im Anwendungsbereich des Gemeinschaftsrechts gilt. Ein Eingriff in dessen sachlichen Schutzbereich ist damit gemeinschaftsrechtlich irrelevant, wenn und solange dieser ausschließlich auf innerstaatlicher Rechtgrundlage erfolgt (BSG, Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 38/04 B - m.w.N.; BVerfG 1. Sen. 3. Ka. v. 22.11.2005 - 1 BvR 1957/05 -; vgl. auch BVerfG, Urt. v. 12.10.1993 - 2 BvR 2134/92 - BVerfGE 98, 55, 174; BVerfG, Beschl. v. 22.10.1986 - 2 BvR 197/83 - BVerfGE 73, 339, 387). Wenn schon die Richtlinie 2000/78/EG, insbesondere die Normierung der Anforderungen an eine sachliche Rechtfertigung (Art. 6 I GG), das Grundrecht speziell ausgestaltet, spricht vieles dafür, dass das Primärrecht in dieser Hinsicht weniger konkretisiert ist und sich bereits insoweit die sachlichen Gründe für die in § 95 VII SGB V geschaffene Altersbegrenzung als gemeinschaftsrechtskonform darstellen.

Ein Anwendungsverbot des § 95 VII SGB V ergibt sich nicht aufgrund der Richtlinie 2000/78/EG des Rates v. 27.11.2000, weil die Frist zur Umsetzung noch nicht ausgelaufen ist. Da § 95 VII SGB V bereits vor Schaffung der Richtlinie des Rates zum 02.11.2000 in Kraft getreten ist, ist insoweit von einer Vorwirkung nicht auszugehen.

SG München, Urt. v. 04.10.2005 - S 43 KA 919/04- wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt RID 06-03-A VI 7° (S. 30); 06-02-A VI 9 (S. 25 f.); RID 06-01-48 (S. 27) u. RID 05-04-A V 3 (S. 22 f.).

B) ZULASSUNGSVERLÄNGERUNG: ERSTATTUNGSPSYCHOTHERAPEUT/GERINGER PRAXISUMFANG

SG Marburg, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 756/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-70

Altersgrenze, Zulassungsverlängerung, Mitwirkung, Teilnahme, Psychotherapeut, Praxis, Alterssicherung, Rechtsbehelfsverfahren

SGB V § 95 VII 5

Für den Begriff der „Mitwirkung“ i. S. d. § 95 VII 5 SGB V kommt es nicht auf den Umfang oder die Intensität der psychotherapeutischen Tätigkeit an. Entscheidend ist allein, dass überhaupt eine psychotherapeutische Tätigkeit ausgeübt wurde. Jedenfalls dann, wenn diese in eigener Praxis erfolgte, reicht es aus, das Merkmal der Mitwirkung zu erfüllen. Wie diese Möglichkeit konkret ausgestaltet wurde, ist dann Sache des Vertragspsychotherapeuten. Dies gilt auch für die Dauer eines über zweijährigen Zulassungsverfahrens.

Der 1937 geb. Kl. studierte zunächst Wirtschaftsingenieurwesen und eröffnete 1967 ein Konstruktionsbüro, das er bis 1986 bzw. nach seinen späteren Angaben bis 1996 betrieb. 1975 schloss er sein daneben begonnenes Psychologiestudium mit der Diplomprüfung ab. Er ist seit 1975 in eigener Praxis tätig. Im Januar 1985 erhielt er die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde. Seit 1999 ist er approbierter Psychotherapeut. Er wurde mit Beschluss des Beklagten vom 16.11.2000 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er

beantragte die Verlängerung seiner Zulassung über das 68. Lebensjahr hinaus. Er trug vor, die Zulassungsentscheidung sei ihm erst am 19.10.2001 zugegangen, weshalb die Zulassung bis zum 19.10.2021 zu verlängern sei. Zeiten der Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren seien nicht anzurechnen. Allenfalls komme eine Berücksichtigung ab dem 01.01.1995 in Betracht. Er habe erst seit 1995 im Kostenerstattungsverfahren an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen. Zuvor sei er noch in seinem Ingenieurbüro und im Bereich Marktforschung tätig gewesen. Psychotherapie habe er bis dahin nur als Nebentätigkeit ausgeübt. Der Zeitraum 1997 bis 10.04.1999 sei herauszurechnen; in dieser Zeit seien ihm kaum Kostenzusagen der Krankenkassen erteilt worden. Die Zeit des Widerspruchsverfahrens (10.04.1999 bis 19.10.2001) sei ebf. herauszurechnen, da er von der Teilnahme an der ambulanten Versorgung faktisch abgeschnitten gewesen sei. Die Zulassungsentscheidung sei ihm erst am 19.10.2001 zugegangen. Anrechnungsfähig auf den 20-Jahres-Zeitraum seien nur die Jahre 1995/96 (zwei Jahre) und die Zeit ab Zulassung (19.10.2001) bis zur Vollendung des 68. Lebensjahres (3 Jahre 10 Monate). Die Zulassung müsse um 14 Jahre und zwei Monate verlängert werden. Der **Zulassungsausschuss** verlängerte die Zulassung bis zum 30.09.2009. Zur Begründung führte er aus, aus dem Psychotherapeutenregister- und Zulassungsakten habe er entnommen, dass der Kläger ab Juli 1989 einen bei der Techniker Krankenkasse versicherten Patienten im Kostenerstattungsverfahren behandelt habe. Bis zu der hauptberuflichen Tätigkeit als Psychotherapeut habe er Versicherte der AOK, BEK, DAK, KKH, BKK und IKK im Kostenerstattungsverfahren behandelt. Den gegen die Befristung eingelegten Widerspruch wies der **Berufungsausschuss** zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

9. FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND PARTIELLE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG NACH 2002

LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 23.11.2005 – L 5 KA 5774/04 – juris

RID 06-04-71

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 24/06 R

Facharzt für Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung
SGB V §§ 73 Ia, 73c I, 87 I 1; GG Art. 12

Für einen Facharzt für Allgemeinmedizin besteht über den 31.12.2002 hinaus keine Möglichkeit, eine Regelung über die partielle Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung (hier: Nr. 741, 760, 763, 764 EBM) zu treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Dabei handelt es sich nicht um ein Versehen des Gesetzgebers oder um eine ausfüllungsbedürftige Regelungslücke. Vielmehr hat sich der Gesetzgeber bewusst entschieden, Allgemeinmediziner nicht in § 73 Ia 3 SGB V einzubeziehen (vgl. LSG Schleswig-Holstein v. 27.10.2004 - L 4 KA 25/04 -). Dies ist auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten nicht zu beanstanden.

SG Freiburg, Ur. v. 10.11.2004 - S 1 KA 2699/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

10. ERMÄCHTIGUNG

A) FACHARZT FÜR CHIRURGIE ZUR BERATUNG AUF ÜBERWEISUNG VON INTERNISTEN

SG Marburg, Ur. v. 11.10.2006 – S 12 KA 671/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-72

Ermächtigung, Facharzt für Chirurgie, konsiliarische Beratung, fachärztlich tätiger Internist, Facharztfilter, ambulante Nachbehandlung, Krankenhausbehandlung

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

Die Ermächtigung eines **Facharztes für Chirurgie** kann grundsätzlich auch zur konsiliarischen Beratung in chirurgischen Problemfällen auf **Überweisung von fachärztlich tätigen Internisten** erfolgen. Es kann auch eine Ermächtigung zur **ambulanten Nachbehandlung** nach einer stationären Krankenhausbehandlung bis zu drei Monaten nach der Krankenhausentlassung im Einvernehmen mit dem behandelnden Vertragsarzt nach komplexen Knocheneingriffen der unteren Extremitäten einschließlich Hüften erfolgen. Beides ist aber ausreichend zu begründen.

Das **SG** gab der Klage der KV statt.

B) ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG UND PATIENTENINTERESSE

LSG Hessen, Beschl. v. 22.06.2006 – L 4 KA 42/06 ER –

RID 06-04-73

Zulassungssache, Interesse an einer sofortigen Vollziehung, Patienteninteresse

SGB V §§ 97 IV, 116; Ärzte-ZV § 31a I; SGG § 86° II Nr. 5, 86b I

Das Abstellen auf das **Patienteninteresse**, wonach den Patienten keine unzumutbaren Wartezeiten aufgebürdet werden dürften, ist ein Gesichtspunkt, der als Ergebnis eines Abwägungsprozesses für die Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Ermächtigung ausschlaggebend sein kann. Eine defizitäre

Versorgungssituation reicht aber grundsätzlich nicht aus, um ein besonderes öffentliches Interesse an einer Ermächtigung begründen zu können.

An einem ausreichenden Abwägungsprozess fehlt es, wenn die **Interessen der niedergelassenen Vertragsärzte** in keiner Weise berücksichtigt werden.

SG Marburg, Beschl. v. 31.03.2006 – S 12 KA 341/06 ER – RID 06-02-57 wies den Antrag der KV, die durch den Berufungsausschuss angeordnete sofortige Vollziehung der Ermächtigungserteilung bis zur Entscheidung in der Hauptsache auszusetzen und die aufschiebende Wirkung der Klage anzuordnen, ab; das **LSG** gab der Beschwerde der KV statt und ordnete die aufschiebende Wirkung an.

C) BERECHTIGUNG ZUR LEISTUNGSERBRINGUNG NACH EBM 2005 (PNEUMOLOGIE)

SG Marburg, Beschl. v. 13.11.2006 – S 12 KA 972/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-74**

Einstweilige Anordnung, Berufungsausschuss, Ermächtigung, Internist, Schwerpunkt, Pneumologie

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a; SGG § 86b II

Ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung in vertragsärztlichen Zulassungssachen ist grundsätzlich auch vor einer Entscheidung des Berufungsausschusses zulässig.

Eine Ermächtigung kann nur erteilt werden, wenn der zu ermächtigende Arzt berechtigt ist, die Leistungen zu erbringen. Ein Internist ohne Schwerpunkt ist nicht berechtigt, Leistungen nach Kapitel 13.3.7 EBM 2005 (Pneumologische Leistungen) zu erbringen. Nr. 2.3 des Abschnitts 2 der allgemeinen Bestimmungen EBM 2005 ist keine Durchbrechung der Systematik des EBM 2005 bzw. eine Ausnahmeregelung für ermächtigte Ärzte. Darin wird lediglich klargestellt, dass ermächtigte Ärzte nicht sämtliche Leistungen Ihres Fachgebietes abrechnen können, sondern an den im Beschluss der Zulassungsgremien ausgesprochenen Ermächtigungsumfang gebunden sind.

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

S. a. **SG Marburg**, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 39/06 – RID 06-04 (diese Ausgabe).

D) FORTSETZUNGSFESTSTELLUNGSKLAGE: ENTFALLEN EINES RÜCKFORDERUNGSANSPRUCHS

SG Marburg, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 551/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-75**

Ermächtigung, rechtliches Interesse, Fortsetzungsfeststellungsklage, Berufungsausschuss, Rückforderungsanspruch, Leistungserbringer, Rechtsbehelf

SGB V § 96 IV 2; SGG §§ 86b II, 131 I 3

Ein rechtliches Interesse für eine **Fortsetzungsfeststellungsklage** folgt nicht daraus, dass bei einer Rechtswidrigkeit der angefochtenen Entscheidung des Berufungsausschusses ein eventueller Rückforderungsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigung entfallen könnte. Ein ermächtigter Leistungserbringer kann eine Vergütung für die Leistungen, die er im Rahmen des angefochtenen Teils der Ermächtigung bis zur rechtskräftigen Abweisung des Rechtsbehelfs erbringt, nicht beanspruchen (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.1998 B - 6 KA 41/96 R – SozR 3-1500 § 97 Nr. 3 = USK 98125, juris Rn. 12 ff.).

Das **SG** wies die Klage als unzulässig ab.

11. VORLÄUFIGER RECHTSSCHUTZ IN ZULASSUNGSSACHEN ERST NACH BERUFUNGSAUSSCHUSS

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.10.2006 – L 10 B 15/06 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-76**

Vorläufiger Rechtsschutz, Zulassung, Ermächtigung, Berufungsausschuss, Zulassungsausschuss

SGG §§ 78 ff, 86a, 86b; GG Art. 19 IV

Vorläufiger Rechtsschutz kann nicht schon vor der Entscheidung des Berufungsausschusses, sondern erst nach dessen Entscheidung gewährt werden (Festhalten an LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.09.2002 - L 10 B 2/02 KA ER - RID 03-03-69 <GesR 2003, 76 f. = MedR 2003, 310>). Ausnahmesituationen sind ggf. unter Rückgriff auf Art. 19 IV GG zu lösen.

Der 1939 geb. Ast. ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Er war bis zu seinem 55. Lebensjahr als Krankenhausarzt tätig und ist ab dem 01.04.1994 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Der Ag. lehnte den Antrag auf Verlängerung der Zulassung über die Vollendung des 68. Lebensjahres hinaus ab. **SG Detmold**, Beschl. v. 08.08.2006 - S 5 KA 4/06 ER – wies seinen Antrag, den Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten festzustellen, dass er auch über den 31.03.2007 hinaus vorläufig für weitere zwei Jahre an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen könne, ab, weil § 95 VII SGB V verfassungs- und europarechtlich nicht zu beanstanden sei. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Ebs. **SG Kiel**, Urt. v. 18.02.2004 – S 16 KA 83/03 ER - RID 04-03-46; **and**ers allerdings der 11. Senat, s. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 09.09.2003 - L 11 B 30/03 KA ER - RID 03-04-58; **SG Marburg**, Beschl. v. 13.11.2006 – S 12 KA 972/06 ER – RID 06-04 (diese Ausgabe); **SG Magdeburg**, Beschl. v. 28.09.2005 – S 17 KA 92/05 ER – RID 06-04 (diese Ausgabe); **SG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 08.08.2003 - S 27 KA 2353/03 ER- RID 03-04-59.

VII. Pharmaunternehmen versus KV

S. a. SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 20.10.2006 – S 21 KR 331/06 ER – RID 06-04 (diese Ausgabe) und zuletzt RID 06-03-A VII u. B IX.3; 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.

1. ME-TOO-LISTE (KV NORDRHEIN)

A) CIPRALEX/PARKINSAN

SG Düsseldorf, Beschl. v. 22.08.2006 – S 14 KA 215/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-77**

Ciprallex, Escitalopram, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Parkinson, Antiparkinsonmedikament, Budipin, Arzneimittelhersteller, Me-Too-Liste, Arzneimittelvereinbarung, Kassenärztliche Vereinigung

SGB V §§ 31 II, 35b, 84, 92 II; BGB § 1004; GG Art. 12, 14; SGG § 86b

§ 84 I SGB V stellt eine ausreichende **Rechtsgrundlage** für die Umsetzung der in der "Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2006" (Rheinisches Ärzteblatt 1/2006, 82ff) getroffenen Maßnahmen (LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 27.06.2006 – L 11 B 31/06 KA ER – RID 06-03-68) dar. Es besteht sowohl eine gesetzliche als auch eine vertragliche Grundlage für die Erstellung der Me-Too-Liste.

Die Einstufung des **Arzneimittels Ciprallex** als Me-Too-Präparat kann nicht als offensichtlich rechtswidrig angesehen werden.

Der **Klassifizierung** nach der Me-Too-Liste, wonach als patentgeschützte **Analogpräparate** alle patentgeschützten Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen bezeichnet werden, die basierend auf der Methode von Fricke und Klaus (Arzneiverordnungsreport 1986 bis 2005) als Analogpräparate mit keinen oder nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten klassifiziert wurden, fehlt es nicht an einer ausreichenden **Bestimmtheit** (gegen **SG Wiesbaden**, Beschl. v. 14.08.2006 – S 17 KR 182/06 ER – RID 06-03-175).

Wird nicht hinreichend deutlich, ob die **Umsätze** für das Jahr 2006 bezogen auf das gesamte Bundesgebiet gegenüber den Umsätzen des Jahres 2005 im Ergebnis tatsächlich einbrechen werden, so fehlt es am **Anordnungsgrund** bzgl. der Aufnahme in eine Me-Too-Liste. Wird sich der **Umsatz** eines Arzneimittelprodukts durch die Erwähnung auf der Me-Too-Liste voraussichtlich **nicht ändern können**, da eine Umstellung der etwa 100 im Bereich der Ag. behandelten Patienten aus medizinischen Gründen kaum wahrscheinlich ist, fehlt es an einem Anordnungsgrund.

B) ACTONEL®

SG Düsseldorf, Urt. v. 05.09.2006 – S 2 KA 165/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-78**

Arzneimittelhersteller, Me-Too-Liste, Arzneimittelvereinbarung, Kassenärztliche Vereinigung, Anordnungsgrund

SGB V §§ 31 II, 35b, 84, 92; SGG § 86b

Ein Umsatzrückgang von 3,4 Mio. EUR wegen der Aufnahme eines Präparates in die sog. Me-Too-Liste begründet keinen Anordnungsgrund, wenn die Ast. Teil eines weltweit tätigen Konzerns, der nach Firmenangaben im Bereich Pharma im Jahre 2004 einen weltweiten Umsatz von 1,525 Mrd. EUR und in Deutschland einen Umsatz von 61,4 Mio. EUR erzielt hatte.

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

C) FRAXIPARIN (WIRKSTOFF NADROPARIN, ARZNEIMITTELGRUPPE NIEDERMOLEKULARES HEPARIN)

SG Düsseldorf, Beschl. v. 08.09.2006 – S 2 KA 193/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-79**

Fraxiparin, Nadroparin, Heparin, Clexane, Fragmin, Arzneimittelhersteller, Me-Too-Liste, Arzneimittelvereinbarung, Kassenärztliche Vereinigung, Anordnungsgrund,

SGB V §§ 31 II, 35b, 84, 92; SGG § 86b

Ein Umsatzrückgang von 300.000,- EUR wegen der Aufnahme eines Präparates in die sog. Me-Too-Liste begründet keinen Anordnungsgrund, wenn es sich bei der Ast. um den weltweit zweitgrößten Pharmakonzern, der im Jahre 2005 einen Umsatz von 37,7 Mrd. US-Dollar und im Jahre 2004 in Deutschland 846 Mio. EUR erzielt hatte, handelt.

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

D) ABILIFY® (WIRKSTOFF ARIPIPAZOL)

SG Düsseldorf, Beschl. v. 15.09.2006 – S 14 KA 245/06 ER –

RID 06-04-80

Abilify, Aripiprazol Arzneimittelhersteller, Me-Too-Liste, Arzneimittelvereinbarung, Kassenärztliche Vereinigung

SGB V §§ 31 II, 35b, 84, 92 II; BGB § 1004; GG Art. 12, 14; SGG § 86b

Die Einstufung des **Arzneimittels Abilify** als Me-Too-Präparat kann nicht als offensichtlich rechtswidrig angesehen werden.

2. AUFLISTUNG VON ANALOGPRÄPARATEN IM INTERNET DURCH KV (ABILIFY®)

SG Marburg, Beschl. v. 16.10.2006 – S 12 KA 925/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-81

Arzneimittel, Medikament, Unterlassung, Beratungspflicht, Informationspflicht, Kassenärztliche Vereinigung, Arzneimittelinformation, Analogpräparat, Me-Too-Präparat, Internet, Abilify®, Aripiprazol

SGB V §§ 2 I, 12, 72 II, 84, 95d, 106, 106a; SGG § 86b II

Eine **Kassenärztliche Vereinigung** ist grundsätzlich berechtigt, Arzneimittelinformationen zu verbreiten. Sie kommt damit ihren allgemeinen Informationspflichten nach. Hierzu gehört auch Veröffentlichung einer Auflistung von Analogpräparaten im Internet.

Im einstweiligen Anordnungsverfahren ist die Aufnahme des **Medikaments Abilify®** (Wirkstoff: Aripiprazol) in einer Auflistung von Analogpräparaten im Internet aufgrund einer Interessenabwägung nicht zu beanstanden (Anschluss an **SG Düsseldorf, Beschl. v. 15.09.2006 – S 14 KA 245/06 ER – s. vorstehend**).

Das **SG** wies den **Antrag** ab, im einstweiligen Anordnungsverfahren die KV zu verpflichten, das Präparat Abilify® (Wirkstoff: Aripiprazol) von der Auflistung von Analogpräparaten, die die KV im Internet (<http://www.kvhessen.de>) unter dem Titel „info.pharm – extra Nr. 04 vom Juli 2006“ veröffentlicht, zu entfernen und diese Änderung durch Veröffentlichung eines diesbezüglichen Hinweises auf der Internetseite der KV sowie in einem Rundschreiben an die ihr als Mitglieder angehörenden Ärzte bekannt zu geben; der KV es zu untersagen, zu verbreiten, dass (a) Abilify® und/oder Aripiprazol ein Analogpräparat "mit ähnlichen pharmakologischen und klinischen Wirkungen wie bereits vorhandene Arzneimittel" sei oder (b) Abilify® und/oder Aripiprazol „nur geringe therapeutische Verbesserungen“ aufweise oder (c) Abilify® und/oder Aripiprazol „keinen nennenswerten, erkennbaren indikationsbezogenen Behandlungsvorteil für den Patienten“ darstelle oder (d) Abilify® und/oder Aripiprazol „in der Regel und von besonderen Fällen abgesehen, ohne Schaden für den Patienten durch vorhandene Generika ersetzt werden“ könne, oder (e) kerngleiche Aussagen zu verbreiten.

3. HEILMITTELBEREICH: KOMPETENZ DER VERTRAGSPARTNER ODER DES BUNDESAUSSCHUSSES

SG Köln, Urt. v. 28.09.2005 - S 19 KA 38/03 - juris

RID 06-04-82

Revision anhängig: B 6 KA 7/06 R (Termin: 29.11.06)

Gemeinsamer Bundesausschuss, Heilmittel-Richtlinien

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 6, VI 2; 125 I 4 Nr. 1; HeilmittelRL

Eine **Anhörungsfrist** von mehr als 5 Wochen zu dem Entwurf der HeilmittelRL ist für einen Verband der Heilmittelerbringer ausreichend.

Ein **Schreiben** des Bundesausschusses **zur Einleitung eines Anhörungsverfahrens** muss nicht die Unterschrift des Vorsitzenden als des Behördenleiters tragen.

Aus dem Gesamtgefüge der §§ 15, 27, 28, 72, 138 SGB V folgt, dass in § 125 I 4 Nr. 1 SGB V keine ausschließliche Kompetenz den **Partnern der Rahmenempfehlungen** übertragen ist. Den Heilmittel-**Richtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses gebührt hinsichtlich des Inhalts und Umfangs einzelner Heilmittel der Vorrang gegenüber den Rahmenempfehlungen der Vertragspartner aus § 125 I SGB V.

Der Kl. ist eine Organisation im Sinne des § 92 VI 2 SGB V, die die Interessen von Heilmittelerbringern wie Ergotherapeuten, Logopäden, Masseuren und Physiotherapeuten wahrnimmt. Zur Änderung der Heilmittel-RL hörte der bekl. Bundesausschuss den Kl. unter Fristsetzung an. Mit Beschl. v. 16.03.2004 änderte der Bekl. die HeilmittelRL. Der Kl. bemängelte zunächst, die Einleitung des Anhörungsverfahrens hätte der Unterschrift

des Vorsitzenden des Bundesausschusses bedurft, nicht der der Geschäftsführung; darüber hinaus sei die Frist (ein Monat, verlängert um eine Woche) nicht angemessen festgesetzt worden. Die vorgesehenen Änderungen müssten begründet werden. Der Bundesausschuss habe seine Richtlinienkompetenz missachtet und Regelungen getroffen, die den Rahmenempfehlungen vorbehalten seien; sie aber solle u. a. der Kl. mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeben; zwischen der Zuständigkeit des Bekl. und der Partner der Rahmenempfehlungen gebe es eine klare Kompetenzlinie; die HeilmittelRL würden nur das "Was" der Heilmittelverordnungen regeln dürfen, die Rahmenempfehlungen das "Wie" und das "Wie oft"; bereits in den Ziff. 11 und 24 habe der Bekl. diese gesetzliche Kompetenzverteilung missachtet, ebenso im Heilmittelkatalog, wo in der Spalte 5 die Verordnungsmenge je Diagnose begrenzt sei. Das **SG** wies die Klage ab.

Zur Rechtmäßigkeit der **Krankenpflegerichtlinien** s. **BSG**, Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 69/05 R –

VIII. Gesamtvergütung

1. MEHRAUFWAND FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN: SCHIEDSAMTSFÄHIGKEIT/NACHVERGÜTUNGSANSPRUCH

Schiedsamt, Schiedsamtsfähigkeit, Gesamtvertrag, Gesamtvergütung, psychotherapeutische Leistung, Wegfall der Geschäftsgrundlage

SGB V §§ 71, 85, 89; SGB X § 59

SG Marburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 12 KA 47/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-83

Berufung eingelegt

Ein Schiedsamt nach § 89 SGB V ist **nicht zuständig** für die Anpassung der gesamtvertraglichen Regelungen an den Mehraufwand für die psychotherapeutischen Leistungen, der auf Grund der veränderten Rechtslage in den Jahren 2000 bis 2003 entstanden ist. Eine Kassenärztliche Vereinigung hat **keinen gesetzlichen Anspruch** auf eine Anpassung der Gesamtvergütung aus diesem Grund.

Das bekl. Landesschiedsamt bestimmte, dass der Mehraufwand für die psychotherapeutischen Leistungen, der auf Grund der veränderten Rechtslage in den Jahren 2000 bis 2004 (1. Halbjahr) entstanden sei, von den Parteien hälftig zu tragen sei. Dies bedeute nach dem derzeitigen Informationsstand, dass die Vertragsparteien je 14.686.960,35 Euro zu tragen hätten. Mit der Klage verfolgte die KV ihr Begehren, den Ersatzkassen den gesamten Mehraufwand aufzuerlegen, weiter. Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung für das 1. Halbjahr 2004 und wies die Klage im Übrigen ab.

SG Marburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 12 KA 1267/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-84

Berufung eingelegt

Ein Schiedsamt nach § 89 SGB V ist **nicht zuständig** für die Anpassung der gesamtvertraglichen Regelungen an den Mehraufwand für die psychotherapeutischen Leistungen, der auf Grund der veränderten Rechtslage in den Jahren 2000 bis 2003 entstanden ist. Dies gilt auch dann, wenn **Nachverhandlungen** mit der Klausel „Sollte sich als Ergebnis des über die Höhe der Vergütung dieser zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen beim Bundessozialgericht anhängigen Rechtsstreits ergeben, dass die Vorgaben des Bewertungsausschusses angepasst werden müssen und sich hieraus höhere Honoraranforderungen der Leistungserbringer ergeben, werden die Vertragspartner in Verhandlungen eintreten.“ vereinbart wurden. Eine Kassenärztliche Vereinigung hat keinen gesetzlichen Anspruch auf eine Anpassung der Gesamtvergütung aus diesem Grund.

Das bekl. Landesschiedsamt bestimmte, dass der Mehraufwand für die psychotherapeutischen Leistungen, der auf Grund der veränderten Rechtslage in den Jahren 2000 bis 2004 (1. Halbjahr) entstanden sei, von den Parteien hälftig zu tragen sei. Dies bedeute nach dem derzeitigen Informationsstand, dass die Vertragsparteien je 4.496.397,73 Euro zu tragen hätten. Mit der Klage verfolgte die KV ihr Begehren, der AOK Hessen den gesamten Mehraufwand aufzuerlegen, weiter. Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung für das 1. Halbjahr 2004 und wies die Klage im Übrigen ab.

2. EXTRABUDGETÄRE VERGÜTUNG VON EINZELLEISTUNGEN/KALKULATIONSUNKTWER 5,11 CENT

SG Marburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 12 KA 3/06 verb. m. 299/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-85

Schiedsamt, Gesamtvertrag, Gesamtvergütung, psychotherapeutische Leistung, extrabudgetäre Vergütung, Einzelleistung, Budget, Kalkulationspunktwer, EBM 2000 plus, Ausgabenobergrenze bei Arznei- und Verbandsmitteln

SGB V §§ 71,84, 85, 89

Es ist kein zwingender Rechtssatz erkennbar, wonach eine **zusätzliche Gesamtvergütung** für **psychotherapeutische Leistungen** für das Jahr 2004 zur – steigerungsfähigen – **Erhöhung des Sockelbetrages** der Gesamtvergütung als Ausgangsbasis des Jahres 2005 führen muss.

Eine **extrabudgetäre Vergütung** der Leistungen ist nur in Ausnahmefällen möglich. Andere als im Gesetz ausdrücklich genannte Leistungen dürfen nicht aus der Berechnung der Gesamtvergütung herausgenommen werden.

Aus der betriebswirtschaftlichen Kalkulation des am 01.04.2005 in Kraft getretenen EBM 2000 plus mit der Basis eines **Punktwertes von 5,11 Cent** folgt nicht, dass dieser Punktwert für alle oder für bestimmte Leistungen bei Festsetzung der **Gesamtvergütung** zu veranschlagen ist.

Angesichts der vom Gesetzgeber gewählten Vertragslösung (§ 84 SGB V) besteht kein zwingender Anspruch der Krankenkassen, dass eine Überschreitung der **Ausgabenobergrenzen bei Arznei- und Verbandsmitteln** abzüglich eines Sicherheitsabschlags von der Gesamtvergütung abgezogen wird.

Parallelverfahren (ohne Problematik der Ausgabenobergrenzen bei Arznei- und Verbandsmitteln):

SG Marburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 12 KA 1416/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-86

IX. 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 Rn. 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, **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 ist für die **gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung** der dreifache Jahresbetrag der zusätzlich abrechenbaren Leistungen als Streitwert zu ermitteln; nach **BSG**, Beschl. v. 19.05.2006 – **B 6 KA 12/06 R** – RID 06-03-77 ist 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, es angemessen, 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; **BSG**, Beschl. v. 12.09.2006 – **B 6 KA 70/05 B** – juris – zur Streitwertfestsetzung in **atypischen Zulassungsverfahren**; **BSG**, Beschl. v. 19.09.2006 – **B 6 KA 30/06 B** – juris – zur Streitwertfestsetzung bei **Wahlanfechtungsklagen** (mehrere Kläger) und zur Abänderungsbefugnis des Rechtsmittelgerichts hinsichtlich vorinstanzlicher Streitwertfestsetzungen (Abänderung erfolgt im Parallelverfahren B 6 KA 24/06 B v. 14.09.2006)

1. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG: KLAGЕ UND BESCHIEDUNGSANTRAG EINER KRANKENKASSE

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 24.08.2006 – L 5 B 201/06 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-87

Wirtschaftlichkeitsprüfung, Honorarkürzung, Bescheidungsantrag, Krankenkasse

SGB V § 106; GKG § 54

Im Verfahren einer Honorarkürzung aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ist der Streitwert in Höhe der Honorarkürzung festzusetzen. Der Umstand, dass in solchen Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung ein **Beschcheidungsantrag** zu stellen ist, ändert nichts daran, dass das wirtschaftliche Interesse in voller Höhe des Honorarkürzungsbetrages bestehen kann. Diese Rechtslage bei Klagen des Vertragsarztes (**BSG v. 23.02.2005 – B 6 KA 72/03 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 8**) gilt entsprechend für die Klage einer klagebefugten Krankenkasse gegen die Ablehnung eines Regresses durch den Beschwerdeausschuss.

Klagt eine Krankenkasse, so ist der Streitwert auch nicht deshalb niedriger festzusetzen, weil der Regressbetrag auch Leistungen für Versicherte **anderer Krankenkassen** betrifft. Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung stellt einen einheitlichen Vorgang dar, an dem die Krankenkassen und ihre Verbände ein übergreifendes Interesse haben (**BSGE 60, 69, 71**), weshalb eine Beschwer für die Klage grundsätzlich auch insoweit gegeben ist, als die von der Krankenkasse begehrte Honorarkürzung andere Krankenkassen betrifft (**BSG aaO.; SozR 3-2500 § 106 Nr. 12**).

SG Mainz, Beschl. v. 05.05.2006 – S 2 KA 51/04 – setzte den Streitwert auf den vollen Regressbetrag (43.148,82 Euro) fest; das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

2. HONORARAUFHEBUNGSBESCHEID

LSG Bayern, Beschl. v. 20.02.2006 – L 12 B 687/05 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-88

Honorarbescheid, Aufhebung, Honorarneufestsetzung, Rückforderung, Gegenstandswert

SGB V § 85; SGG § 197a I 1; GKG § 13 I 1

Ist ein Bescheid streitgegenständlich, mit dem Honorarbescheide für mehrere Quartale aufgehoben wurden und zugleich der Erlass eines Honorarneufestsetzungsbescheides mit einer Rückforderungssumme von mindestens 18.118.961,59 Euro (= 35.437.608,65 DM) angekündigt wird, so ist allein diesem Bescheid der Gegenstandswert zu entnehmen.

In dem dem Beschwerdeverfahren zugrunde liegenden Rechtsstreit ging es um die Rechtmäßigkeit der Aufhebung von Honorarbescheiden einer Gemeinschaftspraxis. Der Bg. war als niedergelassener Vertragsarzt in Gemeinschaftspraxis mit den Dres. S. und anderen tätig. Mit Bescheid vom 15. Juni 1999 nahm die Bf. die Honorarbescheide der Gemeinschaftspraxis Dres. S. und Kollegen, Laborärzte, zurück und kündigte eine Rückforderung in Höhe von mindestens 35.437.608,65 DM (= 18.118.961,59 Euro) an. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 24. Februar 2000 zurück. Dagegen richtete sich die Klage zum SG München vom 13.03.2000 (Az.: S 28 KA 595/00). BayVerfGH, Entsch. v. 04.07.2001 - Vf. 2-VII-00 - RID 01-03-27 entschied über eine Popularklage des Dr. S. und befand, dass der HVM der Bf., gültig für die Abrechnungsquartale IV/89 bis II/95, teilweise verfassungswidrig sei. Die Bf. hat daraufhin mit Bescheid vom 23.07.2001 die Honoraraufhebungsbescheide für die Gemeinschaftspraxis Dres. S. und Kollegen vom 15.06.1999 zurückgenommen. Daraufhin hat der Bg. den Rechtsstreit mit dem Az.: S 28 KA 595/00 für erledigt erklärt. **SG München**, Beschl. v. 18.07.2005 - S 28 KA 595/00 – setzte den Gegenstandswert auf 22.515.547,90 Euro (entspricht 44.036.584,05 DM) fest; das wirtschaftliche Interesse ergebe sich hier aus der im Bescheid vom 15.06.1999 angekündigten Mindestrückforderungssumme und der im Bescheid vom 05.06.2000 tatsächlich festgesetzten Honorarrückforderung in Höhe von 22.515.547,90 Euro. Das **LSG** reduzierte auf 18.118.961,59 Euro (= 35.437.608,65 DM).

3. ZULASSUNGSENTZIEHUNG IM EINSTWEILIGEN RECHTSSCHUTZ: KEINE PAUSCHALKÜRZUNG

LSG Bayern, Beschl. v. 06.03.2006 – L 12 KA 47/03 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-89

Gegenstandswert, Zulassungsentziehung, einstweiliges Rechtsschutzverfahren, Zulassungsstreitigkeit

SGG § 197a I 1; GKG § 13 I 1

Der Gegenstandswert für Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes in **Zulassungsentziehungsangelegenheiten** ist in der **Höhe der Einnahmen** festzusetzen, die der Vertragsarzt während der **wahrscheinlichen Verfahrensdauer** hätte erzielen können. Maßstab sind die jeweils um die Praxiskosten verminderten erzielbaren Einnahmen des Arztes.

Eine **Pauschalkürzung** wegen der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nur summarischen gerichtlichen Überprüfung ist in Zulassungsstreitigkeiten nicht angezeigt. Bei diesem Verfahren ist nämlich die Besonderheit zu beachten, dass eine einstweilig erstrittene Zulassung bzw. die Fortführung der Praxis bei der Aussetzung des Sofortvollzuges der Zulassungsentziehung trotz des nur vorläufigen Charakters in ihren wirtschaftlichen Auswirkungen einer vollen Zulassung gleich kommen.

In dem zugrunde liegenden Antragsverfahren ging es um die Aussetzung des Sofortvollzuges der Entziehung der Zulassung des Ast. zur vertragsärztlichen Versorgung durch den Ag. über den 31.03.2003 hinaus, also auf die Zeit nach der Hauptsacheentscheidung des LSG Bayern, Urt. v. 19.03.2003 – L 12 KA 84/02 - RID 04-02-88. Das **LSG** setzte den Gegenstandswert für die anwaltschaftliche Tätigkeit auf 105.276,62 EUR fest.

X. Entscheidungen des BSG

1. HONORARVERTEILUNG

A) BEMESSUNGSGRENZE: AUF FALLZAHL BEGRENZTES WACHSTUM UNTERDURCHSCHNITTLICHER PRAXEN

BSG, Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 1/06 B– juris

RID 06-04-90

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 02.11.2005 - L 11 KA 7/02 - wird zurückgewiesen.

Für die Honorierung vertragszahnärztlicher Leistungen ist hinreichend geklärt, dass die KZVen berechtigt sind, im Rahmen der Honorarverteilung fallwert- oder honorarvolumenbezogene

Bemessungsgrenzen vorzugeben, bis zu deren Erreichen die zahnärztlichen Leistungen mit den vollen, mit den Krankenkassen vereinbarten Punktwerten vergütet werden. Die darüber hinausgehenden Leistungsanforderungen des Zahnarztes können dementsprechend mit niedrigeren Punktwerten vergütet werden; ggf. ist auch der Ausschluss jeglicher Restvergütung in Kauf zu nehmen (vgl. zuletzt Urt. v. 08.02.2006 – u.a. B 6 KA 25/05 R -).

Unterdurchschnittlichen Praxen muss ermöglicht werden, bis zum Fachgruppendurchschnitt zu wachsen. Dem einzelnen Zahnarzt ist nicht in jedem Fall sein Honorar "voll ausbezahlt", soweit sein Umsatz den Landesdurchschnitt nicht erreicht. Das **Wachstum**, das unterdurchschnittlichen Praxen durch Gestaltungen der Honorarverteilung nicht verbaut werden darf, muss nicht durch reine Leistungsausweitungen, sondern durch eine Erhöhung der **Zahl der behandelten Patienten** erzielt werden (BSGE 83, 52, 58 f = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S 207 ff; BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5, jeweils Rn. 19; BSGE 92, 233 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 9 Rn. 18 bis 20, für den ärztlichen Bereich).

Ein Satzungsgeber des HVM verlässt den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum nicht, wenn er zur Vermeidung von manipulativen Vermehrungen von **Fallzahlen** (bezogen auf ein Quartal) auf einen **jahresdurchschnittlichen Patientenzuwachs** abstellt. Jedenfalls im Bereich der vertragszahnärztlichen Behandlung, in dem die kontinuierliche Betreuung von Patienten dominiert und der Zahnarzt durch die Vergabe von Terminen die Zuordnung von Behandlungen zu einem bestimmten Quartal in gewissem Umfang beeinflussen kann, ist die Anknüpfung an die Patientenzahl im Referenzzeitraum jedenfalls bundesrechtlich nicht zu beanstanden.

B) SITUATION EINER ARZTGRUPPE BEI DER PRÜFUNG DER ANGEMESSENHEIT DER VERGÜTUNG

BSG, Beschl. v. 06.09.2006 – B 6 KA 22/06 B – juris

RID 06-04-91

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Mecklenburg-Vorpommern*, Urt. v. 01.02.2006 - L 1 KA 6/03 - wird zurückgewiesen.

Die Berücksichtigung der generellen **Situation einer Arztgruppe** bei der Prüfung der Angemessenheit der Vergütung schließt es regelmäßig aus, dass ein Anspruch auf höhere Vergütung mit Erfolg für nur einen kurzen Zeitraum oder für beliebig herausgegriffene Quartale geltend gemacht werden kann. Zur Erfassung der generellen Lage ist die Gesamtsituation der betroffenen Arztgruppe über einen längeren Zeitraum, nämlich über **mindestens vier zusammenhängende Quartale**, zu betrachten (BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2, jeweils Rn. 128). In einer Konstellation, in der zwischen dem Auslaufen der Punktwertgarantie zum Ende des Quartals II/1998 und der grundlegenden Neugestaltung der gesamten Vergütung der Laborleistungen auf Bundesebene zum Quartal III/1999 lediglich vier Quartale gelegen haben, hängt es jedenfalls ganz maßgeblich von den Umständen des Einzelfalles ab, ob die KV schon für das dritte Quartal (hier Quartal I/1999) hätte reagieren müssen. Grundsätzlich klärungsfähig ist diese Rechtsfrage deshalb nicht.

2. DISZIPLINARRECHT: ÜBERMITTLUNGSPFLICHT FÜR BEHANDLUNGSUNTERLAGEN TROTZ HEIL- UND KOSTENPLANS

BSG, Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 5/06 B – juris

RID 06-04-92

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 09.11.2005 – L 3 KA 5012/04 – RID 06-01-28 wird zurückgewiesen. Die Verfassungsbeschwerde gegen den Beschluss des BSG wurde nicht zur Entscheidung angenommen (*BVerfG*, 1. Sen., 3. Ka. v. 02.11.2006 - 1 BvR 2642/06).

Die Genehmigung eines **Heil- und Kostenplans** führt nur in bestimmtem Umfang zum Ausschluss der Wirtschaftlichkeitsprüfung, und zwar (1.) für Maßnahmen der Planung, soweit die eingereichten Unterlagen die Überprüfung der Planung ermöglichen, und (2.) für Ausführungsmaßnahmen, soweit diese sowohl (a) entsprechend dem genehmigten Heil- und Kostenplan als auch (b) gemäß dem Stand der medizinischen Erkenntnisse durchgeführt wurden.

Ist die Einleitung eines Schadensfeststellungsverfahrens nicht durch die Genehmigung des Heil- und Kostenplans ausgeschlossen, so besteht eine **Pflicht** des Vertrags(zahn)arztes zur **Vorlage von Unterlagen**.

3. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

A) ARZNEIKOSTENREGRESS UND OFF-LABEL-USE (IMMUNGLOBULINE)

BSG, Beschl. v. 31.05.2006 – B 6 KA 53/05 B – juris

RID 06-04-93

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 02.03.2005 – L 12 KA 107/03 – RID 05-03-30 wird zurückgewiesen.

Für den Umfang der **Arzneimittelzulassung** ist die Rote Liste nicht maßgeblich, sondern der Inhalt des Zulassungsbescheids.

Die Arzneimittelzulassung kann **nicht sozialgerichtlich überprüft** werden.

Es ergeben sich keine genügenden Anhaltspunkte für ausreichende Studien und/oder für Veröffentlichungen mit einem entsprechenden Konsens zur Anwendung von **Immunglobulinen bei erwachsenen AIDS-Patienten**, sodass der Vorhalt an das Berufungsgericht nicht durchgreift, es hätte sich in seinem Urteil näher mit ihnen befassen müssen.

Der **Einschätzung des einzelnen Arztes** kann eine ausschlaggebende Bedeutung nicht beigemessen werden, wenn die wissenschaftliche Diskussion und die Durchführung von Studien bereits in vollem Gange sind, sich schon zahlreiche Sachverständige geäußert haben sowie bereits Vergleiche mit anderen, in gleicher Weise Erkrankten möglich sind (siehe hierzu BVerfG v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 = NJW 2006, 891 Rn. 66) und auch schon Ergebnisse vorliegen, die - sei es mangels Aussicht auf Heilung oder wegen unzuträglicher Nebenwirkungen - gegen die Anwendung einer Methode bzw. eines Arzneimittels sprechen.

Im Falle eines **Off-Label-Use** kann der Vertragsarzt für die Verordnung von Arzneimitteln, die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen sind, dem Patienten ein Privatrezept ausstellen und es diesem überlassen, sich bei der Krankenkasse um Erstattung der Kosten zu bemühen. In dem besonderen Fall eines medizinisch-fachlich umstrittenen Off-Label-Use kann er auch zunächst selbst bei der Krankenkasse deren Auffassung als Kostenträger einholen und im Ablehnungsfall dem Patienten ein Privatrezept ausstellen. Ermöglicht der Vertragsarzt indessen nicht auf diese Weise eine Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse, sondern stellt er ohne vorherige Rückfrage bei dieser eine **vertragsärztliche Verordnung** aus und löst der Patient diese in der Apotheke ein, so sind damit die Arzneikosten angefallen, und die Krankenkasse kann nur noch im **Regresswege** geltend machen, ihre Leistungspflicht habe nach den maßgeblichen rechtlichen Vorschriften nicht bestanden. Verhindert ein Vertragsarzt durch diesen Weg der vertragsärztlichen Verordnung bei einem medizinisch umstrittenen Off-Label-Use eine Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse und übernimmt er damit das Risiko, dass später die Leistungspflicht der Krankenkasse verneint wird, so kann ein entsprechender Regress nicht beanstandet werden.

B) VERORDNUNG BESONDERS TEURER PRÄPARATE

BSG, Beschl. v. 31.05.2006 – B 6 KA 68/05 B – juris

RID 06-04-94

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 08.09.2005 - L 5 KA 72/04 - wird zurückgewiesen.

Ein Arzt, der im Gegensatz zur Mehrzahl der Ärzte seiner Fachgruppe ein **besonders teures Präparat** zur Behandlung von Gesundheitsstörungen einsetzt, die alle Ärzte seiner Fachgruppe typischerweise behandeln, kann sich der Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit seiner Versorgungsweise insgesamt nicht mit dem Hinweis entziehen, er bewerte den Nutzen eines bestimmten, von ihm als innovativ eingeschätzten Präparates anders als seine Kollegen und habe deshalb zwangsläufig höhere Verordnungskosten. Soweit **therapeutische Alternativen** im Rahmen der Arzneimittelbehandlung zur Verfügung stehen, muss der Arzt bei der Auswahl der Präparate das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten. Wenn der Arzt ein neues, besonders teures Präparat sehr viel häufiger als die Ärzte seiner Vergleichsgruppe anwendet und das zu einer signifikanten Überschreitung der Verordnungskosten der Fachgruppe pro Fall führt, kann das Wirtschaftlichkeitsgebot allenfalls beachtet sein, wenn durch das Ordnungsverhalten des Arztes kostenrelevante Einsparungen in anderen Bereichen konkret verursacht worden sind (kompensatorische Einsparungen).

In der Rechtsprechung ist seit langem anerkannt, dass wegen des jedenfalls typischerweise unterschiedlichen Behandlungsaufwands von älteren gegenüber jüngeren Patienten ein gegenüber dem Vergleichsgruppendurchschnitt erhöhter **Anteil älterer Patienten** einer Praxis im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sowohl bei den Behandlungskosten wie bei den Verordnungskosten zu

berücksichtigen ist (vgl. etwa BSGE 74, 70, 74 f. = SozR 3-2500 § 106 Nr. 23 S. 127). Seit Jahrzehnten tragen die Prüfungsgremien dem dadurch Rechnung, dass bei den Arzneikosten die Werte des einzelnen Arztes getrennt nach **Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern** ermittelt und in dieser Differenzierung den entsprechenden Verordnungs-kosten der Vergleichsgruppe gegenübergestellt werden. Eine weitere Differenzierung innerhalb dieser drei nach dem Versicherungsstatus unterschiedenen Patientengruppen hat die Rechtsprechung bisher nicht gefordert. Eine solche Forderung stünde mit den Grundsätzen der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht im Einklang.

C) VORLAGE SÄMTLICHER VERORDNUNGSBLÄTTER BEI FEHLERN

BSG, Beschl. v. 31.05.2006 – B 6 KA 44/05 B – juris

RID 06-04-95

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 27.04.2005 - L 5 KA 4587/ – wird zurückgewiesen.

Die Vorlage sämtlicher Ordnungsblätter und/oder die Vornahme von Sicherheitsabschlägen ist erst dann zu fordern, wenn die substantiiert geltend gemachten Fehler mindestens einen Umfang von 5% der elektronisch erfassten Ordnungskosten betreffen (vgl. BSG v. 02.11.2005 - B 6 KA 63/04 R -).

D) BEACHTUNG EINER SSB-VEREINBARUNG

BSG, Beschl. v. 31.05.2006 – B 6 KA 10/06 B – juris

RID 06-04-96

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 44/05 – RID 06-01-32 - wird zurückgewiesen.

Die Auslegung von Sprechstundenbedarfs-Vereinbarungen durch das Berufungsgericht ist der **Überprüfung** durch das **Revisionsgericht** entzogen (vgl. BSG vom 20.10.2004 - B 6 KA 41/03 R = SozR 4-2500 § 106 Nr 6).

Es steht dem **Vertragsarzt nicht frei**, Materialien oder Arzneimittel, die nach den einschlägigen Regelungen der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarungen patientenbezogen verordnet werden müssen, **über Sprechstundenbedarf zu verordnen** (vgl. BSG vom 8.5.1985 - 6 RKa 4/84 = SozR 2200 § 368n Nr 36). Ärzte, die durch ihr Ordnungsverhalten diese rechtlich vorgegebene Zuordnung vereiteln bzw. stören, können sich nicht darauf berufen, insgesamt den Krankenkassen keinen Mehraufwand verursacht bzw. Mehrausgaben erspart zu haben.

E) MITGLIED DES BESCHWERDEAUSSCHUSSES ALS EHRENAMETLICHER RICHTER

BSG, Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 59/05 B – juris

RID 06-04-97

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 13.07.2005 – L 6/7 KA 564/02 – RID 05-04-50 wird zurückgewiesen.

Der Umstand, dass ein **ehrenamtlicher Richter Mitglied des Beschwerdeausschusses** ist und in dieser Eigenschaft an anderen Entscheidungen in - zum Teil gleich liegenden - Angelegenheiten eines klagenden Vertragsarztes beteiligt war, ist allein kein Hindernis für seine Mitwirkung an dem berufsgerichtlichen Verfahren. Nur wenn im Einzelfall ein konkreter Anhaltspunkt für eine von Voreingenommenheit bestimmte Haltung des ehrenamtlichen Richters bestünde, könnte eine Besorgnis der Befangenheit gerechtfertigt sein (vgl. BSGE 82, 150, 155 f. = SozR 3-1500 § 60 Nr. 4 S 17 f. m.w.N.).

Die Norm in einer landesrechtlichen **Prüfvereinbarung**, die eine **Protokollierung** der Sitzungen des Beschwerdeausschusses abweichend vom Grundsatz der Nichtförmlichkeit des Verwaltungsverfahrens (§ 9 SGB X) vorsieht, ist grundsätzlich **nicht revisibel**.

F) NOTWENDIGE HINZUZIEHUNG EINES BEVOLLMÄCHTIGTEN IM ABHILFEVERFAHREN

BSG, Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 78/04 R –

RID 06-04-98

Sofern das Vorschalten eines **Abhilfeverfahrens** eine zulässige Möglichkeit der Ausgestaltung des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens darstellt, ist es gleichwohl Teil des Vorverfahrens i.S. von § 63 SGB X und damit geeignet, einen **Kostenerstattungsanspruch** auszulösen, wenn es für den Widerspruchsführer mit einer vollständigen oder teilweisen Abhilfe endet.

Der nach bundesrechtlichen Vorschriften gemäß § 63 SGB X bestehende Kostenerstattungsanspruch im Falle eines für den Widerspruchsführer erfolgreich abgeschlossenen Abhilfeverfahrens vor der Ausgangsbehörde kann durch **abweichende** Bestimmungen in einer **Prüfvereinbarung** nicht wirksam eingeschränkt werden (vgl. bereits BSG SozR 3-1300 § 63 Nr 10 S 34 ff.).

Jedenfalls dann, wenn nicht allein medizinische Aspekte der wirtschaftlichen Behandlungsweise im Zentrum des Vorbringens des Widerspruchsführers stehen, sondern wenn schwierige Sachfragen – z.B. hinsichtlich des Vorhandenseins zutreffender Datengrundlagen für die Prüfung - oder Rechtsfragen angesprochen werden oder sonstige besondere Umstände vorliegen, ist es einem Vertrags(zahn)arzt nicht zuzumuten, das Widerspruchsverfahren und auch ein ggf. vorgeschaltetes Abhilfeverfahren vor dem Prüfungsausschuss alleine – d.h. ohne **anwaltliche Unterstützung** - durchzuführen. Der formale Akt bloßer Widerspruchserhebung ist auch jedem Vertrags(zahn)arzt ohne anwaltliche Unterstützung zumutbar.

4. ZULASSUNGSRECHT

A) GLEICHZEITIGE TEILNAHME AN DER HAUS- UND FACHÄRZTL. VERSORGUNG

BSG, Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 74/04 R –

RID 06-04-99

Leitsätze: Die gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztlichen Versorgung kann - bei Vorliegen eines entsprechenden Versorgungsbedarfs und befristet - Kinderärzten und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung gestattet werden. Eine gleiche Möglichkeit auch für Allgemeinärzte lässt sich weder auf eine Analogie noch auf Art 3 Abs. 1 GG gründen.

B) VERLEGUNG DES VERTRAGSARZTSITZES: KEINE RÜCKWIRKENDE GENEHMIGUNG

BSG, Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 7/05 R –

RID 06-04-100

Leitsatz: Die Verlegung des Vertragsarztsitzes kann nicht rückwirkend genehmigt werden.

C) PSYCHOTHERAPEUTEN/ZEITFENSTER: ALLEINERZIEHENDE PSYCHOTHERAPEUTIN

BSG, Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 18/05 B – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-101

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 22.09.2004 – L 10 KA 19/02 – RID 05-01-65 wird zurückgewiesen.

Die Voraussetzungen einer **bedarfsunabhängigen Zulassung** nach § 95 X SGB V liegen nicht vor bei durchschnittlich **6,81 Wochenstunden** selbstständiger Behandlung im Zeitfenster und zugleich deutlich überwiegenden Einnahmen aus abhängiger Beschäftigung.

Der Gesetzgeber hat die besonderen Belange der Bewerber um eine bedarfsunabhängige Zulassung als Psychotherapeut, die sich als Eltern auch der **Kinderbetreuung** und -erziehung widmen mussten, typisierend in § 95 XIb 1 und 2 SGB V dahingehend geregelt hat, dass die Berücksichtigung dieser Umstände nur für die ersten drei Lebensjahre des Kindes möglich ist und dann auch nur zu einer Vorverlegung des Fristbeginns führt. Für eine Verlegung des Zeitfensters bis in das Jahr 1998 hinein gibt es keine Grundlage (vgl. BSGE 87, 158, 181 f. = SozR 3-2500 § 95 Nr. 25 S. 130). Weitergehende Härte- bzw. Übergangsregelungen sind verfassungsrechtlich nicht geboten (Senatsbeschl. v. 20.10.2004 - B 6 KA 50/04 B – juris, m.w.N. auch zur Rspr. des BVerfG).

Es ist offenkundig, dass eine übergangsrechtliche Vorschrift, die unter Härtegesichtspunkten auf den Umfang einer zu einer bestimmten Zeit bereits vorhandenen Praxissubstanz abstellt und deshalb den bedarfsunabhängigen Zugang zu einer bestimmten beruflichen Tätigkeit von einem Mindesttätigkeitsumfang unterhalb der üblichen Halbtags-tätigkeit abhängig macht, keine **Diskriminierung wegen des Geschlechts** i.S. der Richtlinien 76/207/EWG vom 09.02.1976 und 86/613/EWG vom 11.12.1986 beinhaltet.

D) ZULASSUNGSENTZIEHUNG: WOHLVERHALTEN BEI ÜBER FÜNFJÄHRIGEM GERICHTSVERFAHREN

BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 1/06 R –

RID 06-04-102

Sowohl die über einen langen Zeitraum und bis kurz vor der Entscheidung des Berufungsausschusses fortgesetzte unwirtschaftliche Behandlungsweise als auch zum damaligen Zeitpunkt weniger als fünf

Jahre zurückliegenden Eingehungsbetrügereien zu Lasten von Zahntechnikern stellen gröbliche **Verletzungen der vertragszahnärztlichen Pflichten** dar.

Im Verfahren gegen eine **Zulassungsentziehung** hat ein Gericht Feststellungen darüber zu treffen, ob der betroffene (Zahn-)Arzt während des Rechtsstreits die durch seine gröblichen Pflichtverletzungen verlorene Eignung zur weiteren Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung infolge eines **Wohlverhaltens** möglicherweise wiedererlangt hat. Auch wenn für das Gericht offenkundig sein sollte, dass von einem Wohlverhalten nicht die Rede sein kann, hat es sich zumindest für den **Zeitraum, der die Dauer des Gerichtsverfahrens betrifft**, selbst dazu qualifiziert zu äußern.

Das **Berufungsgericht** muss als letzte Tatsacheninstanz die erforderlichen **Feststellungen** zu den Umständen treffen, die aufgrund der Praxistätigkeit während des sozialgerichtlichen Verfahrens für und gegen ein künftig ordnungsgemäßes, die Grundprinzipien der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung achtendes Verhalten sprechen. Anschließend hat es die von ihm zusammengetragenen Gesichtspunkte zur Prognose des künftigen Verhaltens als Vertrags(zahn)arzt **wertend zu gewichten**. Einem Revisionsgericht sind solche tatsächlichen Feststellungen zum Wohlverhalten, deren Gewichtung im Einzelfall sich zudem rechtsgrundsätzlicher Festlegungen weitgehend entzieht, verwehrt.

Eine an sich aufgrund gröblicher Pflichtverletzungen in der Vergangenheit indizierte Ungeeignetheit des Vertrags(zahn)arztes, die eine Zulassungsentziehung rechtfertigt, kann nur dann infolge veränderter Umstände während des sozialgerichtlichen Verfahrens relativiert werden, wenn die **Prognose künftig ordnungsgemäßen Verhaltens** des betreffenden (Zahn-)Arztes **zweifelsfrei** zur Überzeugung des Gerichts feststeht. Das bedeutet, dass jeder durch Tatsachen belegte ernstliche Zweifel daran, dass bei dem betroffenen Vertrags(zahn)arzt wirklich eine nachhaltige Verhaltensänderung eingetreten ist, die eine positive Prognose rechtfertigt, dazu führt, dass ein rechtlich relevantes "Wohlverhalten" nicht vorliegt. Der maßgebliche Zeitraum ist **nicht auf fünf Jahre** nach Ausspruch der Zulassungsentziehung **beschränkt**.

E) KEINE ERMÄCHTIGUNG AUFGRUND NICHTDEUTSCHER MUTTERSPRACHE

BSG, Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 33/05 B – juris

RID 06-04-103

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 16.02.2005 - L 5 KA 3491/04 - wird zurückgewiesen.

Die Gewährleistung einer **Verständigung** aller in der GKV Versicherten mit den an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Leistungserbringern auch in ihrer jeweiligen - nichtdeutschen - Muttersprache gehört nach den gesetzlichen Regelungen **nicht zum Leistungsumfang** einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung. Die Ermöglichung einer sprachlichen Verständigung zwischen Therapeut und Patient in einer nichtdeutschen Sprache ist als Nebenleistung zur Krankenbehandlung nach der insoweit nicht lückenhaften gesetzlichen Regelung nicht vom Leistungsanspruch der Versicherten umfasst; im Rahmen einer Krankenbehandlung ggf. erforderliche Kosten für die Hinzuziehung eines Dolmetschers dürfen daher nicht von den Krankenkassen übernommen werden (BSGE 76, 109, 111 f = SozR 3-2500 § 28 Nr. 1 S 3 f, bekräftigt in BSG SozR 4-2500 § 32 Nr. 1 Rn. 6).

F) KEIN KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCH BEI DRITTWIDERSPRUCH EINES KONKURRENTEN

BSG, Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 62/04 R –

RID 06-04-104

Die Vorschrift des § 63 SGB X gewährt einem Vertragsarzt, der erfolgreich seine Zulassung gegen einen **Drittwiderspruch** verteidigt, keinen **Kostenerstattungsanspruch**. Eine analoge Anwendung der Norm scheidet aus, wenn nicht eine Behörde (Krankenkasse oder KÄV), sondern ein Konkurrent als Privatperson Widerspruch erhoben hat, da in dieser Konstellation die für eine Analogie erforderliche Gleichartigkeit der Sachverhalte nicht gegeben ist. Es besteht auch kein allgemeiner Rechtsgrundsatz oder ein ungeschriebenes gewohnheitsrechtliches Rechtsinstitut des Inhalts, dass derjenige, der seine Rechtsposition erfolgreich verteidigt, stets Erstattung seiner Kosten von demjenigen beanspruchen kann, der den Rechtsbehelf erfolglos eingelegt hat.

5. THERAPIEHINWEISE ZUM WIRTSCHAFTL. EINSATZ BESTIMMTER ARZNEIMITTEL DURCH GBA

BSG, Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 13/05 R –

RID 06-04-105

Leitsätze: 1. Die allgemeine Ermächtigung an den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bzw. den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in der vertragsärztlichen Versorgung gestattet den Erlass von Therapiehinweisen zum wirtschaftlichen Einsatz bestimmter Arzneimittel.

2. Zu den Maßstäben gerichtlicher Überprüfung von Entscheidungen des Bundesausschusses/GBA zum therapeutischen Nutzen und zur Wirtschaftlichkeit bestimmter pharmakologischer Wirkstoffe und Arzneimittel.

6. RECHTMÄßIGKEIT DER KRANKENPFLEGERICHTLINIEN

BSG, Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 69/05 R –

RID 06-04-106

Die **Spitzenorganisationen** von Pflegediensten auf Bundesebene können gegen die Bestimmung eines abschließenden Leistungsverzeichnisses in Nr 3 Satz 2 der Krankenpflege-RL aufgrund ihrer Aufgabenwahrnehmung nach § 132a I SGB V **Feststellungsklage** erheben. Klagen einzelner Pflegedienste sind hingegen unzulässig, da die Aufstellung eines Katalogs der von Vertragsärzten zu verordnenden Krankenpflegeleistungen nur mittelbar als Rechtsreflex auf die für alle Pflegedienste gleichen Rahmenbedingungen ihrer Berufsausübung einwirkt.

Der **Bundesausschuss** hat auf der Grundlage von § 92 I 1 und VII SGB V die Befugnis, in Richtlinien ein verbindliches **Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflegemaßnahmen** vorzugeben, die von Vertragsärzten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots verordnet werden können. Der Bundesausschuss hat verbindlich das "ob" der Verordnungsfähigkeit einzelner Pflegemaßnahmen zu regeln, um den Vertragsärzten eine sachgerechte Verordnung zu ermöglichen. Hingegen beziehen sich die in den **Rahmenempfehlungen** unter Beteiligung der Spitzenorganisationen der Pflegedienste zu treffenden Regelungen über die Inhalte der häuslichen Krankenpflege auf die nähere Ausgestaltung des "wie" der einzelnen vom Vertragsarzt verordneten Pflegemaßnahmen zur Gewährleistung einer im ganzen Bundesgebiet qualitativ gleichwertigen Versorgung. Hiermit wird nicht von Entscheidungen des 3. Senats ab (vgl. zuletzt Urt. v. 26.1.2006 - B 3 KR 4/05 R) abgewichen.

B. Krankenversicherungsrecht

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach **BSG**, Urt. v. 21.02.2006 - **B 1 KR 29/04 R** – besteht kein Anspruch auf eine **ICSI** bei einer weiblichen Fertilitätsstörung; nach **BSG**, Urt. v. 13.12.2005 – **B 1 KR 21/04 R** – **Kozijavkin III** (Parallelverfahren: B 1 KR 6/05 R) gelten weiterhin die Grundsätze für eine **Krankenbehandlung außerhalb Deutschlands bzw. außerhalb der EU** nach § 18 **SGB V** des Urt. v. 14.02.2001 (SozR 3-2500 § 18 Nr. 6 - **Kozijavkin II**). Danach muss die Leistung den Kriterien des Wissenschaftlichkeitsgebots (§ 2 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 insoweit auf möglichst breiter Tatsachengrundlage (weil es sich um allgemeine, auch vom Revisionsgericht inhaltlich überprüfbare Umstände handelt, 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; s. ferner zuletzt RID 05-04-B I (S. 35).

1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

Nach **BSG**, Urt. v. 07.11.2006 – **B 1 KR 24/06 R** – scheidet eine Kostenerstattung für eine Laserinduzierte Interstitielle Thermotherapie bei einem Lebertumor bzw. einer Lebermetastase (LITT, Behandlungszeitpunkt 2001) im Grundsatz aus, weil es sich um eine neue Behandlungsmethode handelt, die vom Bundesausschuss nicht anerkannt ist (im Ergebnis Zurückverweisung zur Tatsachenfeststellung im Hinblick auf die Rechtsprechung des BVerfG); nach **BSG**, Urt. v. 26.09.2006 – **B 1 KR 3/06 R** – besteht für eine bis November 2004 von einem Psychologischen Psychotherapeuten ambulant durchgeführte **neuropsychologische Therapie** - unbeschadet ihrer rechtlichen Einordnung als ärztlich angeordnete Behandlung, psychologische Behandlung oder als Heilmittel - kein Kostenerstattungsanspruch; ein Systemversagen lag nicht vor.

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** (= Protokollierung eines Vergleichs mit den ihm zugrunde liegenden Erwägungen) gezogen; eine **Leistungsverweigerung** unter Berufung auf eine fehlende Anerkennung durch den Bundesausschuss verstoße danach dann **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**). Der 1. Senat des BSG hat insoweit am 04.04.2006, 26.09.2006 und am 07.11.2006 in Anwendung der Grundsätze des BVerfG-Beschlusses Folgeentscheidungen zu neuen ärztlichen Behandlungsmethoden und zu Arzneimitteltherapien getroffen, ferner sind Beschlüsse über Nichtzulassungsbeschwerden zu dieser Problematik ergangen, z. B.: v. 05.01.2006 - B 1 KR 18/05 B - (Implantat-Akupunktur bei Parkinson), bestätigt durch BVerfG v. 17.03.06 – 1 BvR 423/06 -: zumindest müssen substantiierte Einwände gg. die inhaltliche Bewertung der Behandlungsmethode durch den GBA vorgetragen werden; vom 17.01.2006 - B 1 KR 83/05 B - (Infusionsbehandlung Alpha-Liponsäure bei schwerster Diabetes), bestätigt durch BVerfG v. 14.03.2006 – 1 BvR 452/06 -: es muss darauf eingegangen werden, dass die Behandlung mit aufgezeigten anerkannten Behandlungsalternativen zumindest versucht wurde

Nach **BSG**, Urt. v. 04.04.2006 - **B 1 KR 12/05 R** – gehörte 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; auch gab es für die Behandlung mit der Prostataektomie und der konventionellen Strahlentherapie medizinische Standardtherapien; s. ferner zuletzt RID 05-04-B I 1 (S. 36); nach **BSG**, Urt. v. 04.04.2006 - **B 1 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.

A) NEUROPSYCHOLOGIE

SG Stade, Urt. v. 25.07.2006 – S 1 KR 80/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-107

Neuropsychologie, neuropsychologische Therapie, Psychotherapie, Heilmittel

SGB V §§ 13 III 1, 28 III, 32 I, 92 I 2 Nr. 1, 5 u. 6, Via, 135 I 1, 138; GG Art. 2 I, II 1, 20 I

Die neuropsychologische Therapie ist als eine neue Behandlungsmethode i.S. des § 135 I 1 SGB V oder als neues Heilmittel i.S. des § 138 SGB V anzusehen und unterliegt daher – unabhängig von ihrer konkreten Einstufung – dem Erlaubnisvorbehalt des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Der Bundesausschuss war aufgrund des Gutachtens vom Juni 2000 nicht gehalten, ein Anerkennungsverfahren durchzuführen. Es besteht derzeit kein Anhaltspunkt für ein willkürliches oder aus sachfremden Erwägungen erfolgtes Verzögern und damit für das Vorliegen eines Systemmangels.

Der 1943 geb. Kl. leidet an den Folgen eines Hirninfarkts sowie einer Störung des Kurzzeitgedächtnisses. Die Kostenübernahme für eine neuropsychologische Einzeltherapie lehnte die bekl. Krankenkasse ab. Das **SG** wies die Klage ab.

Nach **BSG**, Urt. v. 26.09.2006 – **B 1 KR 3/06 R** – besteht für eine bis November 2004 von einem Psychologischen Psychotherapeuten ambulant durchgeführte **neuropsychologische Therapie** – unbeschadet ihrer rechtlichen Einordnung als ärztlich angeordnete Behandlung, psychologische Behandlung oder als Heilmittel – kein Kostenerstattungsanspruch; ein Systemversagen lag nicht vor.

B) TOPISCHE IMMUNTHERAPIE MIT DIPHENYLCYCLOPROPENON (DCP)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.08.2006 – L 11 (2) KR 59/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-108**

Immuntherapie, Diphenylcyclopropenon, Behandlungsmethode, Systemmangel, Pharmakotherapien

SGB V §§ 13 III, 27 I, 135 I

Die **topische Immuntherapie** mit Diphenylcyclopropenon (DCP) wird vom Leistungskatalog der GKV nicht umfasst. Es fehlt an einer Anerkennung der Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Ein Systemmangel liegt nicht vor.

Ambulant durchgeführte Pharmakotherapien unterliegen dem **Erlaubnisvorbehalt** des § 135 I SGB V, wenn die eingesetzten Präparate keine Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz benötigen, wie das bei Rezepturarzneimitteln oder Arzneimitteln der Fall ist, die für den einzelnen Patienten auf besondere Anforderung hergestellt werden (BSG SozR 3-2500 § 31 Nr. 5; SozR 3-2500 § 135 Nr. 14). Dies trifft für DCP zu, da es sich nicht um ein Fertigarzneimittel i. S. des § 4 Abs. 1 AMG handelt.

Der 1981 geb. Kläger leidet an einer Alopecia areata (kreisförmiger Haarverlust), die zu einem völligen Verlust der Körperbehaarung einschließlich der Augenbrauen und Wimpern führen kann (Alopecia areata totalis). Die Kostenübernahme für eine topische Immuntherapie mit Diphenylcyclopropenon (DCP) lehnte die Krankenkasse ab. **SG Köln**, Urt. v. 13.04.2004 – S 5 KR 88/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) KRAMPFADERBEHANDLUNG DURCH CHIVA (ULTRASCHALLGEZIELTE LIGATURTECHNIK)

SG Leipzig, Urt. v. 08.06.2006 – S 8 KR 646/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-109

Krampfaderbehandlung, Varicosis, Chiva, ultraschallgezielte Ligaturtechnik

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

Die "Chiva"-Methode stellt keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung dar, weil es sich um keine ausdrücklich anerkannte Behandlungsmethode handelt. Unter Zugrundelegung des gegenwärtigen Sachstandes bestehen keine gesicherten Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der durchgeführten Behandlung und ihrer theoretischen Grundlage. Es ist auch kein Systemmangel festzustellen.

Die Kl. leidet an Varicosis. Sie war deswegen in Krampfaderbehandlung bei Dr. R. Laut dessen Arztbericht stehen zwei Therapiemethoden zur Auswahl: zum einen die kassenärztliche Methode des stadienrelativen Strippings der VSM rechts und VSP links mit Perforansdissektion, sowie als IGEL-Leistung, d.h. als individuelle Gesundheitsleistung, Chiva (ultraschallgezielte Ligaturtechnik) oder Laser (EVLV, ILVO). Bei der Chiva-Methode handelt es sich um die Behandlung von Krampfadern mit einem Verfahren, das in Frankreich entwickelt wurde. "Chiva" ist die Abkürzung von "Conservatrice et Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire". Für diese Behandlungsmethode mit Laser, beim linken Bein zusätzlich mit Mikroschaum, beantragte die Kl. erfolglos die Kostenübernahme (1.522,70 EUR). Das **SG** wies die Klage ab.

RID 06-04-110 entfällt.

2. AUSGESCHLOSSENE NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

A) HYPERTHERMIEBEHANDLUNG BEI GEHIRNTUMOR NEBEN CHEMOTHERAPIE

SG Duisburg, *Urt. v. 18.10.2006 – S 11 KR 134/06 ER* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-111

Gehirntumor, Glioblastom, Hyperthermiebehandlung, Chemotherapie

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 135 I

Aus **BVerfG**, *Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 - 05-04-84 folgt*, dass die Übernahme von Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung in den Fällen einer lebensbedrohlichen oder vorhersehbar tödlich verlaufenden Krankheit möglich sein muss, wenn noch keine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethoden existieren oder solche nicht wirksam sind. Ist es sehr wahrscheinlich, dass eine **Chemotherapie** allein zu einer Tumorbehandlung im Kopf nicht ausreicht, um das Tumorwachstum einzudämmen und die mit dem Tumor in Zusammenhang stehenden neurologischen Symptome einzugrenzen, so besteht ein Anspruch auf eine ergänzende **Hyperthermiebehandlung**.

Bei dem 1957 geb. Ast. wurde Mitte Mai 2005 ein Gehirntumor (Glioblastom) festgestellt. Der Tumor wurde operativ entfernt. Danach erfolgte eine Chemotherapie und Strahlenbehandlung. Dennoch wurde am 01.09.2005 ein Tumorrezidiv festgestellt. Der Ast. begab sich daraufhin im Oktober 2005 in eine Tiefen-Hyperthermiebehandlung in das Grönemeyer-Institut Bochum. Im Dezember 2005 stellte der Ast. einen Antrag auf Erstattung der Kosten mit der Begründung, ein Stillstand des Tumorwachstums sei erreicht worden, damit ein Erfolg dieser Behandlung. Der **MdK** wies darauf hin, beim Ast. sei nach Feststellung des Rezidivs eine chemotherapeutische Behandlung durchgeführt worden. Bei der Hyperthermiebehandlung sei die Tumorregion für etwa 60 Sekunden auf eine Temperatur von 42° erhitzt worden. Ein Wachstum des Tumors sei nicht festzustellen. Das Rezidiv bestehe jedoch weiterhin. Bei der Tiefen-Hyperthermie handele es sich um ein neues Verfahren im Sinne des § 135 SGB V, dass im Rahmen einer entsprechenden Überprüfung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen negativ zu bewerten war. Für die Tiefen-Hyperthermie fehle ein entsprechender genereller Wirksamkeitsnachweis, und auch im vorliegenden Fall könne von einem Nachweis der Wirksamkeit nicht ausgegangen werden, da der aktuell günstige Verlauf überhaupt der Chemotherapie zuzuschreiben sei. Gegen die Ablehnung seines Kostenantrags hat der Ast. Klage erhoben (S 11 KR 84/06). Das **SG** verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, für den Ast. vorläufig, längstens bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens die Kosten für die Hyperthermiebehandlungen zu übernehmen.

Anders **LSG Bayern**, *Urt. v. 13.06.2006 – L 5 KR 222/05 – RID 06-04* (diese Ausgabe); **LSG Brandenburg**, *Urt. v. 21.04.2004 – L 4 KR 6/00 - RID 04-03-108*.

B) LASIK-METHODE

LSG Bayern, *Urt. v. 27.06.2006 – L 4 KR 126/05* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-112

Eximer-Laser-Behandlung, Behandlungsmethode, Bundesausschuss, Lasik

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 135 I

Der BUB-Ausschuss hat die LASIK-Methode ausdrücklich als nicht wirksam abgelehnt (vgl. **LSG Bayern**, *Urt. v. 19.04.2001 - L 4 KR 112/00 - www.sozialgerichtsbarkeit.de*).

SG Landshut, *Urt. v. 17.02.2005 - S 10 KR 211/03* - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Thüringen**, *Urt. v. 27.03.2006 – L 6 KR 195/04 – RID 06-03-98 m.w.N.* Das **BSG** hat 2006 zu dieser Methode zahlreiche Nichtzulassungsbeschwerden als unzulässig verworfen (z. B. *Beschl. v. B 1 KR 31.10.2006 - B 1 KR 108/06 B -*).

C) GLAUKOM-FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

LSG Berlin-Brandenburg, *Urt. v. 23.08.2006 – L 9 KR 23/03* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-113

Bundesausschuss, Glaukom-Früherkennungsuntersuchung, Glaukom-Screening

SGB V §§ 13 III, 25

Der Beschluss des Bundesausschusses hinsichtlich der Glaukom-Früherkennungsuntersuchungen, in dem bestimmt wird, dass ein Glaukom-Screening, also eine präventive Untersuchung der Versicherten auf Glaukom-Verdachtsmomente, auf der Grundlage des gegenwärtigen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Früherkennung von Krankheiten gem. § 25 Abs. 3 SGB V nicht empfohlen werden kann, ist nicht zu beanstanden.

SG Berlin, *Gerichtsb. v. 30.01.2003 - S 82 KR 3238/01* - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG: ERFOLGSAUSSICHTEN NACH VOLLENDUNG DES 40. LEBENSJAHRES

LSG Bayern, Urt. v. 08.09.2006 – L 4 KR 212/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-114

IVF-Behandlung, Frau, Bundesausschuss, Erfolgsaussicht, Künstliche Befruchtung
SGB V §§ 13 III, 27a

Nach Ziffer 9 der Richtlinie des Bundesausschusses sollen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bei Frauen, die das 40. Lebensjahr vollendet haben, nicht durchgeführt werden. Ausnahmen sind nur bei Frauen zulässig, die das **45. Lebensjahr** noch nicht vollendet haben und sofern die Krankenkasse nach gutachterlicher Beurteilung der **Erfolgsaussichten** eine Genehmigung erteilt hat. Es ist schlüssig, wenn als einziges Kriterium für die Chance eines Eintritts einer Schwangerschaft bei Frauen im Alter von 43 Jahren eine kurzzeitig (ein bis zwei Jahre) vorher vorgelegene Schwangerschaft herangezogen wird. Es ist unerheblich, ob die Richtigkeit der Einschätzung im Jahr 2003 durch die Geburt eines Sohnes im Jahr 2006 widerlegt wird.

SG Regensburg, Urt. v. 21.07.2004 - S 14 KR 68/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

SG Osnabrück, Urt. v. 31.01.2006 – S 14 KR 116/05 – juris

RID 06-04-115

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 10/06 R

IVF-Behandlung, Frau, Bundesausschuss, Erfolgsaussicht, künstliche Befruchtung
SGB V §§ 12 I, 27a I, III; GG Art. 3 I

Der mit der Schaffung von Höchstaltersgrenzen sowohl für Frauen (40. Lebensjahr) als auch für Männer (50. Lebensjahr) stringent normierte Leistungsausschluss von medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft gemäß § 27a III SGB V in d. F. v. 14.11.2003 verstößt nicht gegen den Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 I GG.

Das **SG** wies die Klage des bei der Bekl. versicherten Ehepaares ab.

S. a. anhängige Revisionsverfahren B 1 KR 10/06 R und 26/06 R; mehrere Nichtzulassungsbeschwerden zur Problematik der begrenzten Leistungsgewährung ab 2004 (50%, 3 Versuche) hat das BSG als unzulässig verworfen (z. B. vom 27.10.06 - B 1 KR 92/06 B -).

4. LEISTUNG DURCH NICHT ZUGELASSENEN ARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.08.2006 – L 16 KR 121/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-116

Vertragsarzt, Arzt, Volumen-Computertomographie
SGB V § 27 I

Einer Versicherten steht jedenfalls nicht das Recht zu, einen Leistungserbringer zu wählen, der für die Erbringung einer Leistung gegenüber der GKV nicht berechtigt ist. Dies hat das BSG für den vergleichbaren Bereich nicht zur Versorgung der gesetzlich Versicherten zugelassener Behandler (zuletzt Urt. v. 21.02.2006 - B 1 KR 22/05 R - zu Privatkrankenanstalten) immer wieder betont.

Die 1959 geb. Kl. trägt vor, sie sei Multiallergikerin und leide u. a. an Muskelschwäche, Schwindelzuständen und Schmerzen in allen Gelenken, toxischen Belastungen durch Pentachlorphenol und Amalgam, MCS (multiple chemical sensitivity syndrom) und Cfs (Chronic fatigue Syndrom). Die Bekl. verweigere ihr seit Jahren zu Unrecht notwendige medizinische Behandlung, obwohl ihr der Umweltmediziner Dr. Remmers bereits 1996 ohne unverzügliche adäquate Hilfe ein langes Siechtum und einen vorzeitigen Tod prognostiziert habe. Ihr könne allein mit den **Methoden der klinischen Ökologie** geholfen werden. Zahlreiche Leistungsanträge, Dienstaufsichtsbeschwerden, Befangenheitsgesuche, Eingaben beim BVerfG und bei der Europäischen Kommission sowie Strafanzeigen der Kl. sind ohne Erfolg geblieben. In der Vielzahl der von ihr betriebenen Verfahren reicht die Klägerin regelmäßig Selbsteinschätzungen nach einem Vordruck (Symptomerfassungsliste) des C Hospitals I zu den Akten, in denen sie sich jedenfalls seit August 2001 als "anhaltend 24-Stunden-Bett-Sofa-Existenz" bezeichnet. Die Kostenübernahme für eine digitale CT bei Nasennebenhöhlenentzündung lehnte die Bekl. ab. **SG Köln**, Gerichtsb. v. 08.05.2006 - S 5 KR 226/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 26.10.2006 – L 16 B 50/06 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-117

Psychotherapeut, Vertragsarzt, Akutbehandlung, zugelassener Leistungserbringer
SGB V §§ 2, 13 III, 27, 76 I 2

Eine notfallmäßige Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen Psychotherapeuten gemäß § 76 I 2 SGB V kommt nur in Betracht, wenn der Versicherte auf eine Akutbehandlung angewiesen und ein zugelassener Leistungserbringer zumutbar nicht erreichbar ist (BSG, Urt. v. 18.07.2006 - B 1 KR 24/05 R -, parallel: B 1 KR 9/05, 25/05 R).

SG Dortmund, Beschl. v. 30.06.2006 - S 44 KR 139/06 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

5. VERHALTENSTHERAPEUTISCHE UND HEILPÄDAGOGISCHE LEISTUNGEN

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.09.2006 – L 1 KR 65/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-118

Heilpädagoge, Sozialarbeiter, Psychologe, Krankheit, Krankheitsbezug
SGB V § 27 I

Die von Heilpädagogen, Sozialarbeitern und Psychologen erbrachte Betreuung kann nur dann in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, wenn die Krankheitsbekämpfung im Vordergrund steht. Für die **Abgrenzung zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Maßnahmen** kommt es in erster Linie auf die Zielsetzung der Maßnahme an, wobei wesentlich ist, welche Erwartung der Leistungserbringer selbst mit seinem Vorgehen verbindet. Falls eine Methode eines der in den §§ 27 I 1 oder 11 II SGB V genannten Ziele verfolgt und dabei an der Krankheit selbst bzw. an ihren Ursachen ansetzt, kann ein unmittelbarer Krankheitsbezug angenommen werden. Dies stellt dann ein hinreichendes Indiz dafür dar, dass keine anderen Zwecke, wie die soziale Eingliederung, die Verbesserung schulischer oder beruflicher Fähigkeiten oder eine behindertengerechte Gesundheitsförderung im Vordergrund stehen (BSG, Urt. v. 31.03.1998 - B 1 KR 12/96 R - juris; Urt. v. 03.09.2003 - B 1 KR 34/01 R - SozR 4 - 2500 § 18 Nr. 1).

Ein spezifisch **medizinischer Charakter** einer **Therapie** ist nicht gegeben, wenn der Schwerpunkt der Förderung in der Erarbeitung der Basiskompetenzen in den Bereich Sprache und Lernen, um dem an einer frühkindlichen autistischen Störung leidenden Versicherten Fortschritte in seiner persönlichen Entwicklung zu ermöglichen und gleichzeitig seinen Verbleib in der Schule zu sichern, liegt.

SG Speyer, Urt. v. 16.01.2004 - S 13 KR 410/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG

A) FESTZUSCHUSS ZUM ZAHNERSATZ

LSG Hamburg, Urt. v. 10.05.2006 – L 1 KR 83/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-119

Kostenersatz, Zahnersatz, Festzuschuss, Strahlenbehandlung, Krebs
SGB V §§ 27, 28, 55 I

Nach § 55 I SGB V in der seit dem 01.01.2005 geltenden Fassung ist ebenso wie zuvor nach § 30 SGB V der volle Kostenersatz auch für diejenigen Fälle ausgeschlossen, in denen **Zahnersatz** wegen der Behandlung einer anderweitigen Erkrankung erforderlich wird. Beide Vorschriften regeln als spezielle Anspruchsnormen die Ansprüche bei der Versorgung mit Zahnersatz abschließend und abweichend von den allgemeinen Regeln der §§ 27, 28 SGB V. Die bisherige Rspr. des BSG (BSG v. 06.10.1999 - B 1 KR 9/99 - SozR 3-2500 § 30 Nr. 10; vgl. a. BVerfG, Beschl. v. 14.08.1998 - 1 BvR 897/98 - NJW 1999, 857) findet uneingeschränkt auch auf die nunmehr geltende gesetzliche Regelung Anwendung.

SG Hamburg, Urt. v. 24.08.2005 – S 23 KR 876/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) IMPLANTATVERSORGUNG: AUSNAHMEINDIKATION

LSG Bayern, Urt. v. 23.05.2006 – L 4 KR 205/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-120

Implantat, Suprakonstruktion, Ausnahmeindikation, gravierende Kieferatrophie
SGB V § 28 II 8

Die Kostenübernahme für **implantologische Leistungen** ist auf eng begrenzte Ausnahmefälle beschränkt. Nach der gesetzlichen Regelung gehören implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden, es sei denn, es liegen seltene, vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 I SGB V festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor. Eine **gravierende Kieferatrophie** ist keine vom Bundesausschuss aufgeführte Ausnahmeindikation. Hierin liegt kein Verstoß gegen die Ermächtigungsnormen des § 28 II 9 SGB V und auch nicht gegen Verfassungsrecht (vgl. BSG, Urt. v. 19.06.2001, SozR 3-2500 § 28 Nr. 6; v. 13.07.2004, SGB 2004, 547).

SG Regensburg, Urt. v. 30.06.2003 - S 2 KR 376/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.09.2006 – L 5 KR 174/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-121

Implantat, Ausnahmeindikation, Kieferdefekt, Kieferkammatarophie, Beweislast
SGB V § 28 II 8, 9

Die Kieferkammatrophy stellt für sich allein keinen Ausnahmefall i.S.d. Zahnbehandlungs-RL dar (vgl. dazu BSG, Urt. v. 19.06.2001 - B 1 KR 5/00 R -; Urt. v. 03.09.2003 - B 1 KR 9/02 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 2). Ein insoweit bestehender Kieferdefekt kann somit bei der Beurteilung der Frage, ob eine Ausnahmeindikation i.S.v. § 28 II 9 SGB V vorliegt, von vornherein nicht berücksichtigt werden. Lässt sich nicht ermitteln, ob ein "größerer Kiefer- oder Gesichtsdefekt" i.S. der Ausnahmeindikation der Zahnbehandlungs-RL vorgelegen hat, so hat nach den allgemeinen Regeln über die Beweislast eine Versicherte den Nachteil der fehlenden Feststellbarkeit.

Das Erfordernis der Gesamtbehandlung bedeutet, dass das Ziel der implantologischen Behandlung des Zahnarztes auf mehr als nur die Wiederherstellung der Kaufähigkeit gerichtet sein muss.

SG Duisburg, Urt. v. 01.09.2004 - S 7 KR 159/02 – verurteilte die Bkl., die Kosten für die am 21.11.2001 durchgeführte Implantatbehandlung zu übernehmen, das **LSG** wies die Klage in vollem Umfang ab.

C) BEGRENZTE KOSTENÜBERNAHME FÜR ZAHNERSATZ NACH TUMORBEHANDLUNG

LSG Bayern, Urt. v. 29.06.2006 – L 4 KR 282/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-122

Zahnersatz, Kostenübernahme, Zahnprothese, Tumor

SGB V § 30 I 1, II

Eine 100 %ige Kostenübernahme für Zahnersatz ist auch dann nicht vorgesehen, wenn die Versorgung aus anderen als zahnmedizinischen Gründen erfolgt (BSG, Urt. v. 06.10.1999 - B 1 KR 9/99 R - SozR 3-2500 § 30 Nr. 10 = BSGE 85, 66).

Der 1946 geb. Kl. litt im Jahr 2000 an einem bösartigen Tumor der Zunge. Infolge von Bestrahlungen verlor er 16 Zähne. Die Bkl. genehmigte den Zahnersatz und sagte eine 50 %ige Beteiligung an den Kosten zu. Der Kl. machte geltend, der Zahnersatz sei wegen seiner Tumorerkrankung notwendig, daher müsse die Bkl. volle Kostenerstattung leisten. **SG Bayreuth**, Gerichtsbb. v. 25.11.2004 - S 9 KR 8/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

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 EGPstG 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; nach BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 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. DIFFERENZIERUNG ZWISCHEN AMBULANTER UND STATIONÄRER BEHANDLUNG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.06.2006 – L 5 KR 70/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-123

Revision anhängig: B 1 KR 25/06 R

Kostenerstattung, Kostenübernahmeantrag, Behandlung, ambulant, stationär, Brachytherapie, Seeds-Implantation, Behandlungsmethode, sozialrechtlicher Herstellungsanspruch

SGB V §§ 13 III 1, 116b III 1 Nr. 1; KHG § 17b I 10 Anl.

Regelmäßig ist ein **Antrag** vom Verwaltungsträger so **auszulegen**, dass das Begehren des Antragstellers möglichst weitgehend zum Tragen kommt. Die Behörde hat alle auf Grund des Sachverhalts zu seinen Gunsten in Betracht kommenden rechtlichen Möglichkeiten zu erwägen und notfalls auf eine Klärung des Verfahrensgegenstandes durch den Antragsteller hinzuwirken (BSG, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 5/05 R - Rz. 14 m. w. N.).

Macht ein Versicherter durch seinen **Kostenübernahmeantrag** deutlich, dass er eine Behandlung (hier: ambulante Brachytherapie mit permanenter Seeds-Implantation) wünscht, ohne sich auf eine **stationäre oder ambulante Behandlung** festzulegen, und lehnt die Krankenkasse die Kostenübernahme der Behandlung ab, ohne zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu

differenzieren, so handelt sie insoweit rechtswidrig, als sie damit den Antrag auf Gewährung einer stationären Behandlung ablehnt, obwohl diese zum Zeitpunkt der ablehnenden Entscheidung als stationäre Leistung vorgesehen war.

Bei dem 1938 geb. Kl. wurde ein Prostatakarzinom im Anfangsstadium diagnostiziert. Der ihn behandelnde Urologe schlug die Implantation von permanenten Seeds in die Prostata vor (Behandlungskosten: 8.275,-- EUR). Unter Hinweis darauf, dass es sich hierbei um eine neue Untersuchungsmethode handle, die noch keinen Eingang in die vertragsärztliche Versorgung gefunden habe, lehnte die Bekl. eine Kostenübernahme ab. Es lägen noch keine verwertbaren Studien vor, die den Nutzen der Methode und eine Überlegenheit gegenüber herkömmlichen Behandlungen eindeutig belegten. Vom Arbeitskreis Urologische Onkologie der Deutschen Urologischen Gesellschaft sei eine Studie zur Brachytherapie geplant. Sobald positive Studienergebnisse vorlägen, werde sich die Beklagte für eine Aufnahme der Brachytherapie als Vertragsleistung einsetzen. **SG Schleswig**, Urt. v. 25.04.2005 – S 8 KR 52/04 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück (

Parallelverfahren zu **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 28.06.2006 – L 5 KR 66/05 – RID 06-03-111.

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 Hamburg**, Urt. v. 22.02.2006 – L 1 KR 82/05 – RID 06-03-97; **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. BEHANDLUNG IN PRIVATKRANKENHAUS

LSG Bayern, Urt. v. 13.06.2006 – L 5 KR 222/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-124

Privatklinik, Infusionsbehandlung, Krankenhaus, Privatklinik, Privatkrankenhaus, Hyperthermie

SGB V §§ 13, 27, 108

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach kein Anspruch auf Behandlung in einem nicht zugelassenem Krankenhaus und kein Anspruch auf eine spezielle Therapieform besteht, ist ebenso wie die Feststellung, um einen Notfall handle es sich nicht, zumal die Hyperthermie laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.01.2005 vom vertragsärztlichen Leistungskatalog ausgeschlossen sei, zutreffend. Durch BVerfG v. 06.12.2005 (1 BvR 347/98, NZS 2006, S. 84 ff.) hat sich keine Änderung der Rechtslage ergeben, da alternativ eine allgemein anerkannte, dem medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung stand.

Die Kl. sind die Erben der 1948 geb. und am 06.04.2003 verstorbenen Versicherten I., bei der im Januar 2001 eine Mammaablation links bei Karzinom durchgeführt, nach Chemotherapie im September 2001 Lebermetastasen festgestellt und eine Nekrosektomie vorgenommen worden war. Anschließend war sie auf Kosten der Bekl. vom 31.10. bis 12.12.2001 in der H.klinik behandelt worden. Die Beklagte hatte auch die Kosten zehn weiterer Infusionsbehandlungen in Kombination mit lokaler Tiefenhyperthermie von Seiten der H.klinik - trotz negativer Stellungnahme des MDK - getragen. Die Kostenübernahme für eine weitere stationäre Behandlung in der H.klinik lehnte der MDK, dem die Bekl. folgte, ab, da vertragliche Therapiemaßnahmen nicht ausgeschöpft seien. Ebenso lehnte die Bekl. die Kostenübernahme für 15 weitere kurzfristige stationäre Aufenthalte von ein bis zwei Tagen in der H.klinik zur Infusionsbehandlung in Kombination von lokaler Tiefenhyperthermie und niedrig dosierter Chemotherapie ab. **SG Nürnberg**, Urt. v. 29.06.2005 - S 11 KR 291/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ENTSCHEIDUNG DER KRANKENKASSE VOR KOSTENERSTATTUNG

LSG Bayern, Urt. v. 23.05.2006 – L 4 KR 207/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-125

Krankenkasse, Kostenerstattung, Entscheidung, Kausalitätserfordernis

SGB V § 13 III

Gesetzeswortlaut und -zweck lassen die dahingehende Annahme nicht zu, dass eine vorherige **Entscheidung der Krankenkasse** entbehrlich sein müsse, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa aufgrund von Erfahrungen aus anderen Fällen - von vornherein feststehe. Es ist weder unzumutbar noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art des zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über die Berechtigung der außervertraglichen Behandlung zu befinden.

SG Augsburg, Urt. v. 16.04.2003 - S 12 KR 212/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Nach **BSG**, Urt. v. 03.08.2006 – B 3 KR 24/05 R – steht dem Anspruch eines Versicherten gegen die Krankenkasse auf Erstattung der Kosten für die Selbstbeschaffung von unaufschiebbaren Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: Insulininjektionen) nicht entgegen, dass der Versicherte sich gegenüber dem Pflegedienst schon vor der Entscheidung der Krankenkasse zur Zahlung der Vergütung verpflichtet hat, falls die Krankenkasse die Bewilligung der Pflegemaßnahmen als Sachleistung ablehnen sollte.

4. ANTRAGSVORAUSSETZUNG BEI NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGEN ARZNEIMITTELN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.01.2006 – L 11 KR 5014/05 – juris

RID 06-04-126

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 8/06 R

Kostenerstattungsregelung, Unaufschiebbarkeit,
SGB V §§ 2 II 1, 13 III, 31 I

Ein Anspruch nach § 13 III SGB V ist ausgeschlossen, wenn die **Entscheidung der Krankenkasse** das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr beeinflussen konnte, weil der Betroffene sich bereits unabhängig vom Verhalten seiner Krankenkasse endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hatte (vgl. auch BSG, Urteil vom 22.03.2005 – B 1 KR 3/04 R, SGB 2005, 335). Die Kosten dürfen daher erst nach Ablehnung durch die Krankenkasse entstanden sein (st. Rspr. des BSG, vgl. Urt. v. 15.04.1997 SozR 3-2500 § 13 Nr. 13).

Das gilt auch dann, wenn mit einer Ablehnung des Leistungsbegehrens – etwa auf Grund von Erfahrungen aus anderen Fällen – von vornherein zu rechnen war. Nach diesen Grundsätzen ist eine Kostenerstattung ausgeschlossen, wenn eine Versicherte sich die ersten Rezepte bereits im März 2003 hat ausstellen lassen und einen Kostenantrag bei der Beklagten erst im September 2004 gestellt hat.

Die **Unaufschiebbarkeit einer Leistung**, d.h. das Vorliegen dringender Behandlungsbedürftigkeit, beurteilt sich ausschließlich nach medizinischen Kriterien, denn auch eine Notfallbehandlung kann grundsätzlich als Sachleistung erbracht werden.

Die 1954 geb. Kl. leidet an einer Psoriasis vulgaris (Schuppenflechte) und Psoriasis-Arthritis (rheumatisch-entzündlicher Gelenkbefall), die sie mit subcutanen Injektionen (Symphtyum D30, Mercurius viv.nat D15 und Urtica dioica D6), Tropfen (Bryophyllum Urtinktur) sowie Einreiben (Urtica/Salzmischung, Arnika-Wachssalbe, Symphytum-Essenz und Formica D1 Dil.) behandelt. Im September 2004 beantragte sie bei der Bekl. die Erstattung der ihr in der Zeit von März bis August 2004 in Höhe von 349,44 € entstandenen Medikamentenkosten, wobei ein Teilbetrag von 12,95 € bereits vom März 2003 datierte. Ihrem Antrag fügte sie drei privatärztliche Verordnungen der Fachärztinnen für Allgemeinmedizin S bzw. Dr. K bei. Die Bekl. lehnte den Antrag ab, weil die **apothekenpflichtigen, aber nicht verschreibungspflichtigen homöopathischen Mittel** seit dem 01.01.2004 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nicht mehr verordnungsfähig seien. *SG Ulm*, Urt. v. 25.10.2005 - S 1 KR 697/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur Kostenübernahme für Mnesis bei Friedreich'scher Ataxie s. *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 28.03.2006 – L 24 KR 39/05 – RID 06-03-125, Revision anhängig unter B 1 KR 12/06 R.

5. TATSÄCHLICHE KOSTEN: MOTORBEWEGUNGSSCHIENE CPM

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.09.2006 – L 11 KR 21/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-127

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

Ein Kostenerstattungs- oder Freistellungsanspruch nach § 13 III SGB V setzt voraus, dass dem Betroffenen Kosten tatsächlich entstanden sind.

SG Duisburg, Urt. v. 13.05.2005 - S 9 KR 132/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung des beigel. Lieferanten zurück.

Vgl. zuletzt *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 26.04.2006 – L 4 KR 273/04 – RID 06-03-146; *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 12.10.2005 – L 4 KR 257/03 – RID 06-01-115 m.w.N.

6. KEINE ZUSATZKOSTEN BEI STATIONÄRER BEHANDLUNG (AUTOLOGE CHONDROZYTENTRANSPLANTATION)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.09.2006 – L 11 KR 44/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-128

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 138/06 B

Knochenzellentransplantation, autologe Chondrozytentransplantation, Pflegesatz, Krankenhaus, Zusatzkosten
SGB V §§ 13, 39

Bei einer stationären Behandlung werden alle medizinisch notwendigen Maßnahmen ausschließlich durch die von der Krankenkasse übernommenen Pflegesätze vergütet. Für eine im Rahmen der Krankenhausbehandlung erforderliche Maßnahme darf das Krankenhaus in keinem Fall eine **"Zusatzvergütung"** fordern oder vom Patienten verlangen, sich auf eigene Rechnung eine für die Behandlung notwendige (Teil)Leistung (hier: autologe Chondrozytenimplantation) zu beschaffen (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.07.2004 – L 5 KR 63/02 - RID 04-04-98).

SG Dortmund, Urt. v. 26.04.2006 – S 88 KR 269/04 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 25.01.2006 – L 11 (16) KR 5/04 – RID 06-02-103. Die Revision gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 19.07.2004 – L 5 KR 63/02 – RID 04-04-98 wurde vom Kläger im Termin am 27.09.2005 nach Erörterung der Sach- und Rechtslage zurückgenommen, vgl. **Termin-Bericht Nr. 50/05 des BSG**.

III. Stationäre Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsbehandlung

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); s. ferner zuletzt RID 05-04-B III (S. 40).

1. KRANKHEITSBEGRIFF: MAMMAREDUKTIONSPLASTIK (BRUSTVERKLEINERUNGSOPERATION)

Nach *BSG*, Urt. v. 19.10.2004 – **B 1 KR 3/03 R** – SozR 4-2500 § 27 Nr. 3 = BSGE 93, 252 muss die Krankenkasse keine **brustvergrößernde Operation** gewähren, wenn die Versicherte wegen ihres als "zu klein" empfundenen Busens ausschließlich psychisch erkrankt ist; nach Urt. v. 19.10.2004 – **B 1 KR 9/04 R** – (**Brustverkleinerungsoperation**) muss, wenn dadurch keine Körperfunktionen, sondern nur das Aussehen des Menschen beeinträchtigt wird, eine entstellende Wirkung vorliegen, um als **Krankheit** eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse auslösen zu können; eine psychische Belastung, die ihrerseits zu einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung geführt hat, reicht nicht aus; unter Krankheit als einem ein regelwidrigen Körperzustand ist nicht jede Abweichung von einem Aussehen, das gesellschaftlich als erstrebenswert angesehen wird, zu verstehen. Das gilt insbesondere für die weibliche Brust, für die keine Normgröße oder Normalform, sondern vielfältige Ausprägungen typisch sind.

Zur Instanzenpraxis vgl. zuletzt RID 06-03-B III 2 a (S. 46 f.); 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.);

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

A) ENTSTELLEND E WIRKUNG

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 10.11.2005 – **L 4 KR 22/05** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-129

Leitsätze: 1. Die außergewöhnliche Größe der weiblichen Brüste kann im Einzelfall eine Abweichung vom körperlichen Normalzustand mit entstellender Wirkung darstellen. Eine solche entstellende Wirkung ist anzunehmen, wenn diese es einer Frau erschwert oder gar unmöglich macht, sich frei und unbefangen unter den Mitmenschen zu bewegen, weil sie "naturgemäß" ständig alle Blicke auf sich zieht und zum Objekt der Neugierde wird, so dass ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt wird.

2. Liegt eine entstellende Wirkung der körperlichen Abweichung vor, so besteht dem Grunde nach Anspruch auf Krankenhausbehandlung durch eine operative Verkleinerung der Brüste.

SG Halle, Urt. v. 22.02.2005 – S 2 KR 37/02 – verurteilte die Bkl., die Kosten für eine Mammareduktionsplastik zu übernehmen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

B) BRUSTGRÖÖE ALLEIN KEIN BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGER KÖRPERZUSTAND

SG Leipzig, Urt. v. 04.05.2006 – **S 8 KR 227/03** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-130

Aus der BH-Größe und der Größe der Brust allein kann noch nicht auf einen krankhaften Zustand geschlossen werden; denn die Brustgröße bedingt für sich noch keinen regelwidrigen und behandlungsbedürftigen Körperzustand (s. bereits *SG Leipzig*, Gerichtsbes. v. 09.05.2005 – S 8 KR 49/03 – RID 05-02-100). Etwas anderes kann allenfalls in wenigen extremen Ausnahmefällen gelten, so wenn der körperliche Zustand entstellend bis verunstaltend wäre (vgl. dazu ausführlich: *SG Leipzig*, in: *Breithaupt* 2002, 865 ff.).

Das *SG* wies die Klage ab.

2. STATIONÄRE BEHANDLUNG IN DER SCHWEIZ

LSG Bayern, Urt. v. 17.08.2006 – **L 4 KR 251/03** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-131

Krankenbehandlung, Schweiz, Kostenerstattung, deutsch-schweizerisches Sozialversicherungsabkommen
SGB V §§ 13 III, 18, 30; SGB I § 16 Nr. 1

Begibt sich eine Versicherte ohne Genehmigung der Krankenkasse zur Behandlung in die Schweiz, so besteht kein Kostenerstattungsanspruch (Art. 10b deutsch-schweizerisches Sozialversicherungsabkommen).

SG München, Urt. v. 17.07.2003 – S 2 KR 622/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zur Höhe des Kostenerstattungsanspruchs für die Behandlung in einem Privatkrankenhaus nach Notfall in Tunesien s. *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 15.12.2005 – L 1 KR 64/02 – RID 06-02-110, Revision anhängig unter B 1 KR 18/06 R.

3. OPERATIVE GESCHLECHTSUMWANDLUNG IN PRIVATKLINIK

LSG Bayern, Urt. v. 25.07.2006 – L 5 KR 141/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-132

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

Die **optimale Versorgung** ist nicht der Maßstab der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen schulden dem Versicherten lediglich eine **bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung** unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik; sie haben die Leistungen zu gewähren, die zur Heilung und Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend sind (§ 2 I, 12 I SGB V).

Spezielle Kenntnisse oder Fähigkeiten oder überlegene technische oder personelle Kapazitäten eines Krankenhauses können erst dann eine Inanspruchnahme zu Lasten der Krankenversicherung rechtfertigen, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen, das nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Teil einer zweckmäßigen medizinischen Behandlung der betreffenden Krankheit ist, bei zugelassenen Leistungserbringern aber nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung steht (vgl. insgesamt hierzu BSG, Urt. v. 16.06.1999, SozR 3-2500 § 18 Nr. 4; Urt. v. 23.05.1989, SozR 5520 § 29 Nr. 3). Für eine **operative Geschlechtsumwandlung** besteht in Deutschland **keine Versorgungslücke**.

SG München, Urt. v. 20.04.2005 - S 29 KR 10/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. a. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 14.04.2005 – L 2 KR 121/04 – RID 05-03-88; *LSG Bayern*, Urt. v. 30.10.2003 – L 4 KR 203/01 - RID 04-02-162.

4. STATIONÄRE REHABILITATIONSMAßNAHME: VORHERIGE ANTRAGSTELLUNG

LSG Bayern, Urt. v. 26.07.2006 – L 4 KR 30/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-133

Rehabilitationsmaßnahme, Antrag
SGB V § 40

Vor Beginn einer stationären Rehabilitation ist ein Antrag bei der Krankenkasse zu stellen.

SG München, Urt. v. 23.09.2005 - S 44 KR 606/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. ANSPRUCH AUF MUTTER-KIND-MAßNAHME

LSG Bayern, Urt. v. 05.09.2006 – L 5 KR 181/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-134

Mutter-Kind-Maßnahme, Vorsorgeleistung, Kompaktkur
SGB V §§ 23 I, 24, 111a

Wird vom MDK die **Herausnahme** der Versicherten **aus** ihrem **sozialen Umfeld** und eine Komplexleistung bejaht und darüber hinaus die Notwendigkeit der Begleitung durch die beiden Kinder festgestellt, bedeutet dies zwangsläufig den Anspruch auf eine Mutter-Kind-Kur. Dies ergibt sich aus den seit Oktober 2005 maßgeblichen Begutachtungsrichtlinien Vorsorge und Rehabilitation, die vom MDK herausgegeben sind. Scheidet eine ambulante Kompaktkur in einem anerkannten Kurort als Alternative aus, so besteht kein Ermessen und ist eine Mutter-Kind-Kur zu bewilligen.

SG Regensburg, Urt. v. 10.05.2005 - S 2 KR 387/04 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

Nach *BSG*, Beschl. v. 18.07.06 - B 1 KR 62/06 B - besteht kein Anspruch auf eine Mütterkur für eine Kinderlose, die ihren Lebensgefährten pflegt.

IV. Krankenbehandlung im Ausland: Elektrostimulationstherapie in Russland

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.08.2006 – L 16 (5,2) KR 74/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-04-135

Elektrostimulationstherapie, Russland, Querschnittslähmung, Gehbehinderung
SGB V i.d.F.d. GSG § 18

Die in dem staatlichen Rehabilitationszentrum von Prof. Dr. W in Russland in den Jahren 2001 und 2002 durchgeführten Behandlungseinheiten der **Elektrostimulationstherapie** (Bei der Elektrostimulationstherapie wird bei Querschnittgelähmten und anderen Gehbehinderten mit Hilfe eines kurzen Stromimpulses eine Muskelzuckung ausgelöst, die bei einer hohen Wiederholungsrate zu einer Dauerkontraktion des Muskels führt. Dadurch sollen die verloren gegangenen Funktionen des Stehens, Gehens und Laufens wiederhergestellt bzw. verbessert werden.) erfüllen nicht die

Voraussetzungen des § 18 I 1 SGB V in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung des GSG. Sie genügt nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Bei Querschnittslähmung bestehen auch Behandlungsalternativen in Deutschland.

SG Münster, Urt. v. 11.03.2002 - S 8 (2) KR 5/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

V. Arzneimittel

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

1. OFF-LABEL-USE

Nach *BSG*, Urt. v. 26.09.2006 – *B 1 KR 1/06 R* – besteht kein Kostenerstattungsanspruch für das Fertigarzneimittel *Ilomedin*® bei einer sekundären pulmonalen Hypertonie des Stadiums IV, da nicht die hinreichend begründete Aussicht darauf bestand, bei der Versicherten mit diesem Mittel einen Behandlungserfolg zu erzielen; dies ist im Einklang mit Verfassungsrecht, da der Versicherten die intravenöse Gabe von Prostazyklin - etwa Epoprostenol - als anerkannte Standardtherapie zur Verfügung stand; nach *BSG*, Urt. v. 26.09.2006 – *B 1 KR 27/05, 15/06 u. 14/06 R* – besteht bei der jeweils schwer wiegenden, die Lebensführung nachhaltig beeinträchtigenden, aber nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankung "restless legs syndrom" (RLS) kein Anspruch auf Versorgung mit dem nicht hierfür zugelassenen Arzneimittel *Cabaseril*® (Wirkstoff Cabergolin), da Erkenntnisse aus einer *Phase-II-Studie* nicht ausreichen. Das BSG hat die 3. Voraussetzung seiner Off-Label-Use-Rspr. (Sandoglobulin-Urteil von 2002) dahin präzisiert, dass auch außerhalb eines Zulassungsverfahrens Erkenntnisse vorliegen müssen, die qualitativ denjenigen der Phase III entsprechen.

Zu *BVerfG*, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 - 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) WIRKSAMKEITSNACHWEIS DURCH ÄRZTLICHE ERFAHRUNG: INTERFERONTHERAPIE („ROFERON A-THERAPIE“)

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 22.08.2006 – S 21 KR 444/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-04-136

Roferon, Off-Label-Use, Arzneimittel-Richtlinien, Studie, Wirksamkeitsnachweis, ärztliche Erfahrung

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 35b III 1; SGG § 86b II

Liegt seitens des zuständigen **Gemeinsamen Bundesausschusses** eine verbindliche Entscheidung zur Frage der Bewertung des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit eines Einsatzes für einen Off-Label-Use nicht vor (hier: von Interferon alfa 2a für ein chronisches Makulaödem bei Uveitis), so ist zunächst auf die Grundsätze abzustellen, welche das BSG aufgestellt hat (BSG, Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R - BSGE 89, 184).

An eindeutig **gesicherten medizin-statistischen Daten** fehlt es in der Regel in Studien, die die Wirksamkeit einer zulassungsüberschreitenden Therapie erforschen sollen. Dies hängt damit zusammen, dass in Fällen eines Off-Label-Uses dem zulassungsüberschreitenden Einsatz von Arzneimitteln noch Versuchscharakter anhaftet. Er wird aber dennoch von den Experten des betreffenden medizinischen Fachgebietes befürwortet, da er deren Auffassung nach Aussicht auf Heilung oder Linderung verspricht, wobei sich diese Einschätzung zumeist auf eine bloße Beschreibung von einzelnen Krankheitsverläufen, Hypothesen über Wirkungsmechanismen sowie eigener ärztlicher Erfahrung aus der Behandlung eines kleinen Kollektivs von Erkrankten speist, deren Zahl wiederum so niedrig ist, dass Phase 2-Studien oder gar Phase 3-Studien nicht in Betracht kommen.

BVerfG vom 06.12.2005 sind Vorgaben zu entnehmen, die eine **Ausweitung** der bislang vom BSG aufgestellten Kriterien für einen zulässigen **Off-Label-Use** erfordern. Es kann auch ein **Wirksamkeitsnachweis durch ärztliche Erfahrung** grundsätzlich ausreichen, sofern gewährleistet

ist, dass das positive Votum für einen Off-Label-Use auf besonders ausgewiesener ärztlicher Fachkunde beruht.

Die Versorgung eines Versicherten mit einem nicht zugelassenen Medikament muss auch bei **nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen** erfolgen, wenn bei weiterem Krankheitsverlauf mit massiven körperlichen Funktionsverlusten – wie einer drohenden Erblindung – zu rechnen ist.

Die 51-jährige Ast. leidet an einer chronischen Augenkrankheit, die bei weiterem Fortschreiten zu einem massiven Verlust des Sehvermögens bis zu hin zur Erblindung führt. Auf die konventionelle Behandlung dieser Erkrankung mit hoch dosierten Kortisonpräparaten sprach sie nicht mehr an. Zur weiteren Behandlung empfahl daraufhin die Tübinger Universitätsklinik eine Interferontherapie („Roferon A-Therapie“). Diese lehnte die Krankenkasse jedoch ab, weil sie bisher für diese Art der Erkrankung nicht zugelassen sei. Die Übernahme von nicht zugelassenen Medikamenten könne aber nur unter besonderen Voraussetzungen erfolgen – dabei sei insbesondere zu berücksichtigen, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vorläge. Auch gebe es in vorliegendem Fall keine ausreichenden Nachweise über die Wirksamkeit der strittigen Behandlungsform. Das **SG** verpflichtete die Ag., der Ast. vorläufig für die Dauer von 12 Monaten eine Therapie mit dem Arzneimittel Interferon alfa 2a (Roferon A) zu gewähren.

B) TARCEVA (ERLOTINIB) ZUR BEHANDLUNG EINES MAGENKARZINOMS

LSG Bayern, Beschl. v. 05.09.2006 – L 4 B 517/06 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-137

Tarceva, Erlotinib, Arzneimitteltherapie, Magenkarzinom

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31; GG Art. 2 II 1

Steht derzeit keine andere zweckmäßige Arzneimitteltherapie zur Verfügung, so besteht im Rahmen des Off-Label-Use ein Anspruch auf Arzneimitteltherapie mit dem Medikament Tarceva (Erlotinib) zur Behandlung eines **Magenkarzinoms**.

Der 1945 geb. Ast. leidet u. a. an einem metastasierenden Magen-Karzinom sowie Zustand nach totaler Gastrektomie mit Rekonstruktion. Nach einem Klinikbericht ist von einer wahrscheinlichen Fünf-Jahres-Überlebensrate von weniger als 1 % auszugehen. Nach einer Standardchemotherapie und anschließender chirurgischer Intervention (Gastrektomie) kam es im November 2004 zu einem erneuten Progress. Im Rahmen einer Phase I/II-Studie mit Herceptin von Dezember 2004 bis Juni 2005 konnte vorübergehend (sechs Monate) ein Ansprechen erzielt werden. Nach einem erneuten Rezidiv, festgestellt im Juni 2005, erfolgte die weitere Behandlung im Rahmen eines individuellen Heilversuchs mit einer Kombinationstherapie aus Herceptin und 5-FU/Leucovorin/Carboplatin von Juli bis November 2005. Hierbei zeigte sich eine zunehmende Knochenmarkstoxizität mit Erniedrigung der Erythrozyten- und Leukozytenwerte. Nach erneutem Progress im Januar 2006 aufgrund Hämatotoxizität erfolgte die weitere Behandlung mit einer neuerlichen experimentellen Therapie im Rahmen eines **individuellen Heilversuches** mit Arzneimitteln, die von der Firma H. zur Verfügung gestellt wurden. Durch die **Hinzunahme von Erlotinib** "bei hervorragender Lebensqualität" konnte eine nun sechsmonatige Stabilisierung der Erkrankung erreicht werden. Die Dauer der Therapie mit Erlotinib, gegebenenfalls auch durch Kombination mit konventioneller Chemotherapie, sei noch nicht abzusehen; die monatlichen Kosten würden ca. 3.000,00 Euro betragen. Die Ag. lehnte die Übernahme der Kosten einer Therapie mit Herceptin und **Tarceva** ab Juni 2006 ab, weil das Medikament Tarceva nur zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem, nicht kleinzelligem Lungenkarzinom zugelassen sei, bei denen mindestens eine vorausgegangene Chemotherapie versagt hat. **SG Nürnberg**, Beschl. v. 19.06.2006 - S 11 KR 218/06 ER - lehnte den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ab, das **LSG** verpflichtete die Krankenkasse, die Kosten der ärztlich verordneten Arzneimitteltherapie des Ast. mit Tarceva (Erlotinib) von Mai 2006 bis Ende September 2007 bzw. bis zu einer früheren Beendigung dieser Therapie zu übernehmen. Im Falle der Fortsetzung der Therapie über den 30. September 2007 hinaus hat sie eine vorherige Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu veranlassen.

C) RITALIN (WIRKSTOFF: METHYLPHENIDAT) NACH VOLLJÄHRIGKEIT

LSG Bayern, Urt. v. 13.06.2006 – L 5 KR 93/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-138

Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, Ritalin, Methylphenidat, Erwachsener

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31

Seit der Veröffentlichung der Stellungnahme des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Bundesärzteblatt vom 26.12.2005 liegen Erkenntnisse vor, die über Qualität und Wirksamkeit des Arzneimittels Ritalin in dem Anwendungsgebiet bei Erwachsenen zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen zulassen und aufgrund derer in den einschlägigen **Fachkreisen Konsens** über einen voraussichtlichen Nutzen besteht.

Bei einer Erkrankung am ADS/ADHS kann es sich um eine **schwerwiegende Erkrankung** handeln, die entweder lebensbedrohlich ist oder die die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Ein Anspruch auf Weiterversorgung mit dem Medikament Ritalin (Wirkstoff: Methylphenidat) über das Volljährigkeitsalter hinaus besteht nicht, wenn die Erkrankung **weniger schwerwiegend** ist.

SG Nürnberg, Urt. v. 25.01.2006 - S 7 KR 543/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 21.07.2005 - L 5 KR 56/05 - RID 06-03-123 m.w.N.

D) POLYVALENTE IMMUNGLOBULINE BEI FIBROMYALGIESYNDROM

LSG Bayern, Urt. v. 25.07.2006 - L 5 KR 24/05 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-138

Fibromyalgiesyndrom, Immunglobulin

SGB V § 31 I

Auf die Behandlung der Erkrankung Fibromyalgie mit polyvalenten Immunglobulinen besteht kein Anspruch.

SG Würzburg, Urt. v. 02.12.2004 - S 9 KR 310/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. AUSSCHLUSS DURCH "NEGATIVLISTE": WOBENZYM

LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2006 - L 4 KR 106/06 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-140

Negativliste, Wobenzym

SGB V §§ 13 III, 31 I 1, 34

Der Ordnungsgeber hat auf der Grundlage von § 34 III SGB V die **Verordnung** über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung erlassen, die in abstrakter Form bestimmte Gruppen von Arzneimitteln aus der Versorgung ausschließen und gleichzeitig den Vertragsärzten deren Verordnung untersagen. Diese **"Negativliste"** schließt unter verschiedenen anderen Präparaten auch das Medikament Wobenzym aus. Somit ist unabhängig von der subjektiven Wirkung bei einem Versicherten die Verschaffung dieses Präparates nicht die Aufgabe der Krankenkasse und kann auch nicht zu einer Erstattung führen.

SG Landshut, Gerichtsbb. v. 31.07.2003 - S 10 KR 24/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGES MEDIKAMENT "L-CARNITIN" ("BIOCARN")

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 14.06.2006 - L 5 KR 49/05 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-141

L-Carnitin, Biocarn, Post-Polio-Syndrom

SGB V §§ 13 III, 31 I 1, 34

Weder das Post-Polio-Syndrom als Diagnose noch Biocarn bzw. L Carnitin als Präparate oder Wirkstoffe sind in den AMR aufgeführt, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können, aufgeführt. Der Bundesausschuss hat also weder über die Erkrankung noch über den Wirkstoff eine Regelung getroffen. Nach Ziff. 16.9 der AMR ist die Liste in Ziff. 16.4 abschließend. Das bedeutet, dass hinsichtlich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt besteht. Grundsätzlich dürfen sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, die Ausnahmen von diesem Grundsatz müssen ausdrücklich geregelt werden.

Die Anwendung der Kriterien für einen Off-Label-Use auf den Wirkstoff L Carnitin führt dazu, dass die Voraussetzungen für einen ausnahmsweise bestehenden Leistungsanspruch bei dem Post-Polio-Syndrom und bei Biocarn erfüllt sind (vgl. *LSG Stuttgart*, Urt. v. 04.11.2003 - L 11 KR 2116/03 -; BSG, Beschl. v. 04.01.2005 - B 1 KR 81/03 B - juris).

SG Schleswig, Urt. v. 21.02.2005 - S 8 KR 79/04 -, verurteilte antragsgemäß zur Kostenübernahme für das Medikament ab 01.01.2004, das **LSG** wies die Klage ab.

4. ANTHROPOSOPHISCHE ARZNEIMITTEL

A) AUSSCHLUSS NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER ARZNEIMITTEL VERFASSUNGSGEMÄß

SG Reutlingen, Urt. v. 09.02.2006 – S 3 KR 977/05 – juris

RID 06-04-142

Berufung zugelassen

Arzneimittel, Anthroposophie, Therapierichtung, Arzneimittelrichtlinie, OTC-Arzneimittel

SGB V §§ 13 III, 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I 1, 34 I 2; AMR Nr. 16; Art. 1 I, 2 I, 3 I

Leitsatz: Der grundsätzliche Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung begegnet im Hinblick auf etwaige Besonderheiten der anthroposophischen Medizin keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.

Das **SG** wies die Klage ab.

B) GESETZESKONFORME AUSLEGUNG DER AMR (MISTELPRÄPARAT HELIXOR)

SG Dresden, Urt. v. 29.06.2006 – S 18 KR 534/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-143

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 31/06 R

Verordnung, Privatrezept, Anthroposophie, Homöopathie, Verordnungsausschluss, Helixor, Therapierichtung, Arzneimittelrichtlinie, Bundesausschuss, Therapiestandard

SGB V §§ 13 III, 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I 1, 34 I 2; AMR Nr. 16.5

Hat die Krankenkasse auf eine entsprechende Anfrage des Versicherten hin diesem gegenüber durch Verwaltungsakt entschieden, dass ein bestimmtes Arzneimittel nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig ist, so kann sie dem Versicherten das **Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung** nicht als Grund für einen Ausschluss des Erstattungsanspruchs nach § 13 III SGB V entgegen halten.

An der **Verfassungsmäßigkeit** der Einbeziehung auch der nicht verschreibungspflichtigen **anthroposophischen Arzneimittel** in den allgemeinen **Leistungsausschluss** (§ 31 I 1 i.V.m. § 34 I 1 SGB V) für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bestehen keine Zweifel (eingehend hierzu SG Reutlingen, Urt. v. 09.02.2006 - S 3 KR 977/05 -).

Die in Nr. 16.4.27 AMR in geregelte **Ausnahme** vom Verordnungsausschluss ist für **Helixor®** nicht einschlägig.

Auf Grund der in **Nr. 16.5 AMR** in Verbindung mit § 34 I 2 und 3 SGB V angeordneten Gleichstellung der anthroposophischen und homöopathischen mit den allopathischen und phytotherapeutischen Standardtherapeutika besteht ein Primäranspruch auf Versorgung mit Helixor® A als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Nr. 16.5 AMR entspricht nicht den gesetzlichen Vorgaben und ist wegen des darin liegenden normativen Systemversagens vorläufig **gesetzeskonform auszulegen**.

Nr. 16.5 AMR lässt ausdrücklich eine auf die Beurteilung eines Medikaments als Therapiestandard beschränkte Binnenanerkennung innerhalb der jeweiligen Therapierichtung genügen. Zur Beantwortung der Frage, ob die Anwendung eines anthroposophischen oder homöopathischen Arzneimittels den Therapiestandard zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung darstellt, muss mangels abschließender verbindlicher Feststellungen hierzu in Nr. 16.5 AMR auf die **Erkenntnisse der jeweiligen Therapierichtung** außerhalb der Arzneimittelrichtlinien zurückgegriffen werden. Die für den **Therapiestandard der allopathischen und phytotherapeutischen Arzneimittel** maßgeblichen Anwendungsvoraussetzungen müssen nicht kumulativ für die Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung erfüllt sein.

Das Gesetz verlangt eine Gleichstellung bei der Anwendung der Maßstäbe, nach denen sich die Verordnungsfähigkeit anthroposophischer und homöopathischer Arzneimittel unter Beachtung der Besonderheiten der jeweiligen Therapierichtung richtet. Das bedeutet, dass die Voraussetzungen, unter denen **Anthroposophika und Homöopathika** als Therapiestandard zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen verordnet werden dürfen, nach den gleichen Maßstäben an Hand des **Erkenntnisstandes ihrer Therapierichtung** in den Arzneimittelrichtlinien zu regeln sind wie die Voraussetzungen, unter denen Allopathika und Phytotherapeutika nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin als Therapiestandard zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen allgemein anerkannt sind. Es wäre deshalb **Aufgabe des Bundesausschusses** gewesen, in den Arzneimittelrichtlinien zu definieren, was er als Therapiestandard bei der Anwendung von Arzneimitteln der Anthroposophie und der Homöopathie bei schwerwiegenden Erkrankungen bestimmt. Die pauschale Einbeziehung der in der jeweiligen Therapierichtung als Standardmedikation

anerkannten Anthroposophika und Homöopathika missachtet den Regelungsauftrag des § 34 I 2 SGB V. Der Gesetzgeber hat gerade dem Gemeinsamen Bundesausschuss als sachverständig besetztem Gremium eine Konkretisierung der gesetzlichen Ausnahmen durch eine arzneimittelbezogene Feststellung des konkreten Therapiestandards aufgegeben. Dies muss in einer Weise erfolgen, dass das Verordnungsverhalten des Arztes ohne größeren Aufwand auch für außerhalb der jeweiligen Therapierichtung Stehende - insbesondere Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V - direkt an Hand der Arzneimittelrichtlinien nachprüfbar ist.

Wenn sich ein **arzneimittel- und indikationsbezogener Therapiestandard** tatsächlich nicht feststellen ließe, wäre auch eine **summarische Bezugnahme auf die Binnenanerkennung innerhalb der jeweiligen Therapierichtung nicht geeignet**, einen Unmögliches fordernden Auftrag des Gesetzgebers umzusetzen. Die Formulierung der Nr. 16.5 AMR geht jedoch gerade davon aus, dass sich durchaus bestimmen lässt, ob - wie von § 34 I 2 SGB V gefordert - die Anwendung eines Arzneimittels bei einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard einer Therapierichtung angezeigt ist oder nicht.

Das **Gericht** ist bis zu einer den gesetzlichen Vorgaben genügenden Regelung der Verordnungsfähigkeit anthroposophischer Medikamente gehalten, eine **unmittelbar an den Vorgaben des Gesetzes orientierte Entscheidung** zu treffen, die mit Rücksicht auf die schwerwiegende Erkrankung einer Versicherten zugleich dem Schutzgehalt des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 II 1 GG und dem Sozialstaatsprinzip des Artikel 20 I GG Rechnung trägt (dazu BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 -).

Es besteht ein **Primäranspruch auf Versorgung mit Helixor®**, wenn eine Versicherte an einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss als schwerwiegend beurteilten Erkrankung im Sinne des § 34 I 2 SGB V leidet, die Anwendung von Mistelpräparaten dem Therapiestandard zu deren Behandlung nach dem maßgeblichen Erkenntnisstand in der anthroposophischen Therapierichtung entspricht und der Therapiestandard in dieser Therapierichtung keine Einschränkung auf bestimmte Erkrankungs- oder Behandlungsstadien kennt.

Mangels entgegen stehender Feststellungen des Gemeinsamen Bundesausschusses in Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 6 SGB V ist davon auszugehen, dass **anthroposophische Mistelpräparate** den Therapiestandard bei der Behandlung bösartiger Tumore in jedem Stadium der Erkrankung, also auch in der **adjuvanten Krebstherapie**, darstellen.

Bei der 1960 geb. Kl. 2005 wurde im Januar ein **Mammakarzinom** rechts diagnostiziert. Sie unterzog sich einer brusterhaltenden Tumorentfernung mit Axilladisektion, danach in den Monaten Februar bis Mai 2005 einer adjuvanten Chemotherapie und in den Monaten Juni und Juli 2005 einer adjuvanten Strahlentherapie. Dem schloss sich eine auf zwei Jahre veranschlagte Behandlung mit Östrogenhemmern (Tamoxifen, Trenantone®) sowie eine adjuvante Therapie mit Trastuzumab (Herceptin®) an. Sie beantragte die Übernahme der Kosten für die Behandlung mit dem Medikament Helixor® A zur Unterstützung des Immunsystems während der noch laufenden Krebstherapie. Dem Antrag beigelegt waren ein Schreiben der Parlamentarischen Staatssekretärin beim **Bundesministerium für Gesundheit und Soziales** vom 21.04.2004 und ein an die behandelnde Frauenärztin der Klägerin gerichtetes Schreiben der HELIXOR Heilmittel GmbH & Co. KG von Mai 2004, wonach Helixor® gemäß Nr. 16.5 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittelrichtlinien - AMR) auch nach dem 01.04.2004 zur adjuvanten Tumorthherapie und Rezidivprophylaxe auf Kassenrezept verordnet werden dürfe. Der **MDK** erklärt, dass es sich bei dem Medikament um ein apotheken-, aber nicht verschreibungspflichtiges Präparat handele. Zugelassene Indikationen seien gemäß der anthroposophischen Therapierichtung bösartige und gutartige Geschwulsterkrankungen, bösartige Erkrankungen und begleitende Störungen der blutbildenden Organe, die Anregung der Knochenmarktätigkeit, die Vorbeugung gegen Rückfälle nach Geschwulstoperationen sowie definierte Präkanzerosen. Der Gemeinsame Bundesausschuss vertrete abweichend von der Position des Bundesgesundheitsministeriums die Rechtsauffassung, dass die Gleichstellung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen mit allopathischen bzw. diesen hinsichtlich der Standardisierung vergleichbaren phytotherapeutischen Arzneimitteln keine Besserstellung hinsichtlich des Anwendungsgebietes begründen könne. Danach sei die Versorgung mit anthroposophischen Mistelpräparaten entsprechend Nr. 16.4.27 AMR auf die palliative Therapie maligner Tumore beschränkt. Nach dieser Auffassung könne eine Kostenübernahme nicht empfohlen werden, weil die Misteltherapie bei der Klägerin adjuvant eingesetzt werden solle. Die **Bekl.** lehnte den Antrag ab. Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte zur Kostenerstattung für die Beschaffung des Arzneimittels Helixor® A in Höhe von 281,04 EUR.

5. LORENZO'S ÖL

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.08.2006 – L 11 KR 1438/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-144**

Arzneimittel, Lebensmittel, Lorenzo's Öl, Nahrungsergänzungsmittel

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

Lorenzo's Öl, das aus vier Teilen GTO-Öl Glyceroltrierukat und einem Teil GTE-Öl Glyceroltrioleat besteht, ist weder ein **Heil-** noch ein **Hilfsmittel** im Sinne der §§ 32, 33 SGB V, sondern entweder ein **Fertigarzneimittel**, das arzneimittelrechtlich nicht zugelassen ist, oder ein **Lebensmittel**, das die Ausnahmeindikation der Arzneimittelrichtlinien nicht erfüllt. Die Frage der rechtlichen Einordnung kann letztlich offen bleiben, denn in beiden Fällen fehlt es an der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV. Einen **individueller Heilversuch** lässt das geltende Recht weder bei gänzlich fehlender arzneimittelrechtlicher Zulassung des Medikaments (BSG SozR 3 - 2500 § 31 Nr. 7, BVerfG in NJW 1997, 3085) noch im Bereich der zwar grundsätzlich gegebenen, sich jedoch nicht auf das konkrete Krankheitsziel erstreckenden Zulassung zu (BSGE 89, 184 ff., 191).

SG Reutlingen, Urt. v. 23.02.2006 - S 3 KR 2754/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt RID 05-04-B IV 3 (S. 43) m.w.N. u. BSG, Beschl. v. 04.07.2005 - B 1 KR 101/04 B - RID 05-04-91; anders **SG Detmold**, Urt. v. 29.03.2006 - S 14 KR 45/05 - RID 06-03-131

6. UMKONFEKTIONIERUNG EINES MEDIKAMENTS VON TABLETTEN-/GRANULATFORM IN KAPSELFORM

LSG Bayern, Urt. v. 05.07.2006 – L 5 B 263/06 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-145

Tablettenform, Kapselform, Umkonfektionierung

SGB V § 27 I; SGG § 86b II

Geht eine Medikation in Tablettenform zeitlich einher mit dem Auftreten eines Räsper-Ticks, mit Verweigerungshaltungen der 12-jährigen Versicherten, mit Oppositionshaltungen gegenüber den die Behandlung überwachenden Eltern sowie mit stationären Krankenhausaufenthalten infolge unzutreffender Stoffwechselmedikation, so wird durch eine ärztliche Bescheinigung glaubhaft gemacht, dass die genannten Folgen auf die Nichtmehreinnahme in Kapselform zurückzuführen ist.

Die 1994 geb. Ast. leidet seit Geburt an der selten auftretenden Stoffwechselstörung Ornithin-Transcarbamylase Defekt. Diese Erkrankung wird sowohl diätetisch als auch medikamentös behandelt durch die tägliche Einnahme von 22 Tabletten Ammonaps, 12 Kapseln Aminosäuren, 12 Kapseln Natriumbenzoat und 8 Gramm Citrullinpulver. Die entsprechende medikamentöse Versorgung trägt die Beklagte, welche in der Vergangenheit auch die Kosten dafür übernommen hatte, dass das Medikament Ammonaps statt in Tabletten- oder Granulatform in Kapseln umkonfektioniert wurde, welche leichter zu schlucken und zu verabreichen sind. Die Bekl. stellte auf Grund eines Gutachtens des MDK nach Aktenlage die Kostenübernahme der Umkonfektionierung in Kapselform aus Wirtschaftlichkeitsgründen ein. **SG Würzburg**, Beschl. v. 10.03.2006 - S 3 KR 407/06 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Ag., die Ast. ab 19.01.2006 bis Ende 2007, längstens bis zu einer früheren rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache von den Kosten der Umkonfektionierung des Präparats Ammonaps in Kapseln aufgrund vertragsärztlicher Verordnung vorläufig freizustellen.

VI. Hilfsmittel

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

1. COPILOT-THERAPIE-TANDEM

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.07.2006 – L 24 KR 52/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-146

Copilot-Therapie-Tandem, Grundbedürfnis

SGB V § 33 I

Eine Versorgung mit einem **Copilot-Therapie-Tandem** ist nicht erforderlich, wenn dieses lediglich therapeutischen Nutzen hat und teilweise eine Physiotherapie ersetzt und dem gemeinsamen Erleben der Umwelt mit der Mutter und der Bewegung dient.

Die Gesetzliche Krankenversicherung und damit die Beklagte hat **Hilfsmittel** nur dann zu leisten, wenn sie die Auswirkungen der Behinderungen im gesamten täglichen Leben beseitigen oder mildern und damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen (BSG, Urt. v. 26.03.2003 - B 3 KR 26/02 R -). Der Befriedigung des Grundbedürfnisses "**Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraumes**" dient nicht das Zurücklegen von Wegstrecken, die von Gesunden üblicherweise mit dem Fahrrad zurückgelegt werden.

SG Potsdam, Urt. v. 18.11.2004 - S 7 KR 225/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. DREIRAD IN DER AUSFÜHRUNG ALS LIEGERAD FÜR ERWACHSENEN

LSG Bayern, Urt. v. 22.06.2006 – L 4 KR 215/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-147

Dreirad, Liegerad, Fahrrad, Hilfsmittel
SGB V § 33 I

Die Ermöglichung allein des **Fahrradfahrens** für einen behinderten Menschen, der ein handelsübliches Fahrrad nicht benutzen kann, fällt nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur medizinischen **Rehabilitation** gehört die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation, die auch die Versorgung mit einem Hilfsmittel erfassen kann, ist hingegen Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Hieran hat sich auch durch die Einführung des SGB IX nichts geändert.

Dient ein behindertengerechtes Fahrzeug nur dem Zweck, einen **größeren Radius als ein Fußgänger** zu erreichen, ist es für einen Erwachsenen nicht erforderlich im Sinne des § 33 I SGB V.

Ein im Fahrradhandel angebotenes Dreirad für Erwachsene ohne besondere Zurichtung für behinderte Menschen ist, auch in der Ausführung als Liegerad, kein Hilfsmittel im Sinne des § 33 I 1 SGB V.

SG Augsburg, Urt. v. 07.04.2004 - S 12 KR 2/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zum Anspruch eines unter fortschreitender Einschränkung der Gehfähigkeit leidenden Versicherten auf Versorgung durch die Krankenkasse mit einem behinderungsgerecht ausgestatteten Liegedreirad anstelle eines Elektrorollstuhls s. *BSG*, Urt. v. 24.05.06 - B 3 KR 16/06 R -.

3. PFLEGE BETT

LSG Bayern, Urt. v. 29.06.2006 – L 4 KR 253/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-148

Pflegebett, Behinderungsausgleich
SGB V §§ 13 III, 33 I

Dient ein Pflegebett dem Ausgleich lebensnotwendiger **Grundbedürfnisse**, so dient es als Hilfsmittel dem Behinderungsausgleich.

Eine Leistungspflicht der Krankenkasse ist auch nicht durch den ständigen **Aufenthalt in einer Behinderteneinrichtung** ausgeschlossen, wenn es sich nicht um eine stationäre Pflegeeinrichtung handelt.

SG Würzburg, Urt. v. 13.08.2003 - S 9 KR 174/99 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

4. SEGUFIX-BANDAGEN-SYSTEM ZUR ABWENDUNG EINER SELBSTGEFÄHRDUNG

SG Leipzig, Urt. v. 04.07.2006 – S 8 KR 208/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-149

Berufung zugelassen

Segufix-Bandagen-System, Gefahrenabwehr, Selbstgefährdung, Rehabilitation, Behinderungsausgleich
SGB V §§ 12 I 2, 33 I; SGB IX §§ 1, 9

Die Hilfsmittelversorgung mit einem Segufix-Bandagen-System ist nicht "erforderlich" i.S.d. § 33 I 1 SGB V, wenn dieses der **Gefahrenabwehr** (Selbstgefährdung) dient und damit nicht dem Ausgleich einer Behinderung oder einer Krankenbehandlung, weil nicht die medizinische Rehabilitation im Vordergrund steht.

Die 1983 geb. Kl. lebt in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen. Bei ihr liegt eine schwere Intelligenzminderung mit Epilepsie und Cerebralparese vor. Durch Beschluss des **Amtsgerichts** wurden **unterbringungsähnliche Maßnahmen** bis 16.02.2006 mit zeitweiser Freiheitsentziehung durch mechanische Vorrichtungen (Anbinden im Bett und Stuhl/Rollstuhl) wegen **Selbstgefährdung** genehmigt. Die Kostenübernahme für einen ärztlich verordneten Segufix-Bauchgurt (Kosten: 130,15 EUR) lehnte die bekl. Krankenkasse ab, weil dieser zur Fixierung am Bett diene. Dieses stehe im Eigentum des Behindertenheimes und verbleibe wegen benötigter Veränderungen und Zurichtungen in der Zuständigkeit der stationären Einrichtung. Es handele sich um Bettenzubehör. Da Zubehöriteile vom Leistungserbringer des Grundhilfsmittels zu zahlen seien, müsse das Heim der Kl. die Kosten hierfür tragen. Das **SG** wies die Klage ab.

entfällt RID 06-04-150

5. BRILLE MIT ENTSPIEGELTEN GLÄSERN UND BRECHUNGSINDEX 1,8

LSG Bayern, Urt. v. 29.06.2006 – L 4 KR 237/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-151

Brille, entspiegeltes Glas, Hilfsmittelrichtlinien, Brechungsindex

SGB V §§ 13 III, 33 I, 33 II, 73 II Nr. 7

Entspiegelte Gläser sind nach den Hilfsmittelrichtlinien nicht verordnungsfähig; ebenso sind hochbrechende mineralische Gläser, ausgenommen bei einer Myopie ab -15 Dioptrien, nicht verordnungsfähig, in diesen Fällen sind Gläser nur mit einem Brechungsindex bis maximal 1,7 verordnungsfähig. Ausnahmen davon sind nicht vorgesehen.

SG Nürnberg, Urt. v. 11.09.2003 - S 7 KR 172/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. ORTHOPÄDISCHER APPARAT AH8-27 ZUR ELEKTROSTIMULATION

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.08.2006 – L 16 (5,2) KR 78/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-04-152

Elektrostimulation, Querschnittslähmung, Elektrostimulation, orthopädischer Apparat AH8-27

SGB V §§ 13 III, 33, 139 II

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Kostenübernahme für ein Gerät zur **Elektrostimulation** von Muskeln bei **Querschnittslähmung** ("orthopädischer Apparat AH8-27") im Anschluss an eine stationäre Behandlung im Staatlichen Rehabilitationszentrum von Prof. W in Moskau/Russland. Der Einsatz eines Hilfsmittels zur Sicherung einer vorangegangenen Behandlung kann nur in Betracht kommen, wenn diese Behandlung ihrerseits in den Leistungskatalog der GKV fällt. Dies ist jedoch hier nicht der Fall (s. *LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.08.2006 - L 16 KR 74/02 -*).

SG Münster, Gerichtsbb. v. 04.04.2003 - S 9 KR 121/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VII. Häusliche Krankenpflege

Vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 03.08.2006 – **B 3 KR 24/05 R** -, wonach dem Anspruch eines Versicherten gegen die Krankenkasse auf Erstattung der Kosten für die Selbstbeschaffung von unaufschiebbaren Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: Insulininjektionen) nicht entgegen steht, dass der Versicherte sich gegenüber dem Pflegedienst schon vor der Entscheidung der Krankenkasse zur Zahlung der Vergütung verpflichtet hat, falls die Krankenkasse die Bewilligung der Pflegemaßnahmen als Sachleistung ablehnen sollte; 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 OHNE KÜCHE

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.06.2006 – L 4 KR 92/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-153

Haushalt, Wirtschaftsführung, Nahrungszubereitung, Küche, Wohnung

SGB V § 37

Leitsätze: 1. **Haushalt** i.S. des § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V ist die häusliche oder wohnungsmäßige Wirtschaftsführung, die auf die Umsetzung von Geldmitteln und Produkten für die existenziellen Bedürfnisse gerichtet ist. Zur Wirtschaftsführung gehören insbesondere die Nahrungszubereitung, d.h. das Kochen und die Aufbewahrung der dafür erforderlichen Lebensmittel.

2. Fehlt in einer Wohnung eine **Küche** oder eine andere räumliche Gelegenheit zur Nahrungszubereitung, liegt kein eigener Haushalt i.S. des § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V vor.

3. Eine Versicherte lebt nur dann in einem Haushalt ihrer Familie i.S. des § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V, wenn sie mit den Haushaltsangehörigen durch **Ehe oder Verwandtschaft** verbunden ist.

Die 1913 geb. Versicherte bezog Leistungen der Pflegeversicherung nach der Pflegestufe 2. Sie lebte seit mehreren Jahren in dem Haus der Kl., die als Rechtsnachfolgerin den Rechtsstreit fortsetzt. Die Versicherte bewohnte dort eine Dreizimmerwohnung mit Bad; eine Küche war nicht eingerichtet. Die Mahlzeiten wurden für die Versicherte von der Kl. gekocht und in ihre Wohnung gebracht, wo sie allein aß. Sie zahlte eine monatliche Miete von 400,- Euro und zusätzlich ein Essensgeld. **SG Lüneburg**, Urt. v. 27.02.2003 – S 16 KR 181/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE DURCH VERTRAGLICHE LEISTUNGSERBRINGER

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.08.2006 – L 11 KR 19/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-04-154

Leistungserbringer, Hilfsperson
SGB V §§ 13 III, 37 IV, 132a

Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden durch vertragliche Leistungserbringer (§ 132 a I 1 SGB V) oder durch eigenes Personal der Kasse (§ 132 a II 10 SGB V) erbracht. Als "Grund, davon abzusehen", kommen berechnigte Interessen der Versicherten an der Wahl einer selbst gewählten Hilfsperson sowie Aspekte der Unzumutbarkeit der Inanspruchnahme eines zugelassenen Leistungserbringers in Betracht. Es bedarf **besonderer Gründe**, warum die Inanspruchnahme besonders qualifizierten Personals im Einzelfall **unzumutbar** sein soll.

SG Köln, Urt. v. 08.02.2006 - S 5 KR 849/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. FEHLENDE NOTWENDIGKEIT EINER KRANKENHAUSBEHANDLUNG

LSG Bayern, Urt. v. 18.05.2006 – L 4 KR 38/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-04-155

Krankenhausbehandlung, Krankenpflege, Pflegebedürftigkeit
SGB V § 37 I

Ist Krankenhausbehandlung nicht geboten, besteht auch kein Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege.

SG Nürnberg, Urt. v. 18.11.2004 - S 7 KR 160/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. LEISTUNG IN DER GRUNDPFLEGE UND BEHANDLUNGSPFLEGE

LSG Bayern, Beschl. v. 28.08.2006 – L 4 B 588/06 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-04-156

Pflegeversicherung, Behandlungspflege, Grundpflege, Krankenbeobachtung
SGB V §§ 37 II, 39a

Unter Berücksichtigung des Urteils des BSG vom 10.11.2005 (B 3 KR 38/04 R) und der weiteren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Zusammentreffen von Krankenbeobachtung und Grundpflege ist davon auszugehen, dass während der Erbringung der Leistung in der **Grundpflege** die **Behandlungspflege** grundsätzlich in den Hintergrund tritt.

Mit einer **vorläufigen** Verpflichtung zur **Bewilligung einer Behandlungspflege** wird die Hauptsache nicht vorweggenommen. Es bleibt der Krankenkasse unbenommen, mit der Leistungserbringerin lediglich eine vorläufige Abrechnung vorzunehmen.

Der 1961 geb. Ast. leidet an einer kompletten Paraplegie mit neurogenen Mastdarm- und Blasenfunktionsstörungen sowie einem Zustand nach Lungentuberkulose und COPD Stadium IV mit rezidivierend auftretender Ateminsuffizienz und Sauerstoffabhängigkeit. Er befand sich in stationärer Behandlung und wurde am 01.07.2006 auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen, nachdem die Ag. die Kostenübernahme in Höhe von 28,00 EUR pro Stunde für 24 Stunden pro Tag im Rahmen der Krankenbeobachtung zugesagt hatte. Am 03.07.2006 verordnete der behandelnde Arzt vom 01.07. bis 30.09.2006 u. a. Palliativpflege für 24 Stunden. Bei der am 05.07.2006 durchgeführten Begutachtung wurde Pflegestufe III seit Juli 2006 empfohlen (Gesamtzeitbedarf 305 Minuten). Mit Bescheid vom 04.07.2006, adressiert an Ambulante Pflege S. H. und in Durchschrift an den Ast., wurde die Leistung der Krankenbeobachtung auf einschließlich 07.07.2006 begrenzt. **SG Landshut**, Beschl. v. 07.07.2006- S 4 KR 176/06 ER – verpflichtete die Ag., dem Ag. im Rahmen der häuslichen Krankenpflege entsprechend der Verordnung von Dr. G. vom 03.07.2006 für die Zeit vom 01.07.2006 bis zum 30.09.2006 täglich auch die verordnete Palliativpflege für 24 Stunden zu gewähren; das **LSG** verpflichtete die Ag., dem Ast. vom 01.07.2006 bis 30.09.2006 Behandlungspflege 19 Stunden täglich zu gewähren.

LSG Bayern, Beschl. v. 13.09.2006 – L 4 KR 232/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-157

Behandlungspflege, Grundpflege, Pflegekasse, Krankenkasse
SGB V § 37 II; SGG § 86b II

Besteht ein Anspruch auf **Behandlungspflege** gemäß § 37 II 1 SGB V 24 Stunden täglich entsprechend den jeweiligen vertragsärztlichen Verordnungen, so ist jedoch zu berücksichtigen, dass ein Versicherter auch Anspruch auf **Grundpflege** und hauswirtschaftliche Versorgung gegen die Pflegekasse nach dem SGB XI hat (BSG, Urt. v. 10.11.2005 - B 3 KR 38/04 R -). Bei einem Zeitbedarf der Grundpflege von 330 Minuten täglich verbleibt damit ein behandlungspflegerischer Zeitbedarf von 18,5 Stunden.

Der 2001 geb. Kl. ist leidet an einer infantilen spinalen Muskelatrophie. Er ist steh- und gehunfähig und auf dauernde Beatmung angewiesen. Der behandelnde Arzt Dr. D. hat ab 14.06.2003 24 Stunden Behandlungspflege bei einem dauerbeatmeten Kind für ca. vier Wochen wegen Risikoschwangerschaft der Mutter verordnet, nachdem zuvor jeweils mindestens zwölf Stunden Behandlungspflege verordnet waren. Die Krankenkasse genehmigte nur bis zu zwölf Stunden täglich zu Lasten der Kranken- und Pflegeversicherung zu einem Stundensatz von 31,00 EUR je Stunde. **SG Nürnberg**, Urt. v. 14.02.2006 stellte fest, dass Pflegesachleistungen als häusliche Pflege für eine Dauer von 24 Stunden täglich ab 14.06.2003 nach vertragsärztlicher Verordnung zu erbringen waren bzw. zu erbringen sind. Gegen dieses Urteil haben die Bekl. und die Beigel. **Berufung** eingelegt. Der Bevollmächtigte des Kl. teilte mit, der Kl. habe wegen der Weigerung der Bekl., die notwendigen 24 Stunden häuslicher Behandlungspflege zu gewähren, auf die Intensivstation des Südklinikums N. eingeliefert werden müssen. Die Eltern des Kl. seien nicht in der Lage, die notwendige medizinische Betreuung zu leisten, der beauftragte Pflegedienst wiederum sei weder in der Lage noch verpflichtet, auf eigene Kosten eine über zehn Stunden häusliche Behandlungspflege hinausgehende Behandlungspflege zu erbringen. Am 14.08.2006 wurde der Kläger stationär in der Intensivpflegeklinik F. aufgenommen. Im Erörterungstermin am 30.08.2006 erklärten die Beteiligten übereinstimmend, dass nach wie vor 24 Stunden Behandlungspflege verordnet werde, die Beklagte jedoch nur 10,5 Stunden bewillige. Nach Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erklärte sich die Bevollmächtigte der Bekl. bereit, 18,5 Stunden pro Tag Behandlungspflege ab der Rückkehr des Klägers nach Hause zu erbringen. Der Bevollmächtigte des Klägers nahm nach Rücksprache mit den Eltern des Klägers dieses Angebot nicht an. Das **LSG** verpflichtete die Bekl., dem Kl. ab seiner Rückkehr nach Hause bis zum Abschluss des Berufungsverfahrens 18,5 Stunden täglich Behandlungspflege nach Maßgabe der jeweiligen vertragsärztlichen Verordnungen zu erbringen

5. AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.10.2006 – L 16 B 57/06 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-158**

Behandlungsplan, psychiatrische Pflege, Dauerverordnung
SGB V § 37; SGG § 86b II

Nach Nr. 27a der Anlage zu den HKP-RL ist ein Behandlungsplan für die Verordnung von ambulanter psychiatrischer Pflege zwingend erforderlich. Eine vorherige Dauerverordnung von mehr als zehn Jahren reicht zur Begründung einer weiteren Verordnung nicht aus.

Die 1942 geb. Ast. leidet seit Jahren unter paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie mit Stimmenhören, Ich-Störungen und Wahnvorstellungen, schizophrenem Residuum mit fehlender Kontaktfähigkeit, Alltagsstrukturierung und fehlenden Sozialkontakten, Linksherzinsuffizienz, Lungenemphysem, Stoffwechselerkrankungen und arterieller Hypertonie. Sie bezieht Pflegeleistungen nach Pflegestufe I. Bis zum 30.06.2005 erhielt sie über einen Zeitraum von rund zehn Jahren ambulante psychiatrische Pflege (APP) nach § 37 SGB V in ihrer eigenen Wohnung. Dr. I verordnete zwei Mal wöchentlich APP. Eine Kostenübernahme lehnte die Krankenkasse ab, weil es bei der Ast. an einer ausreichenden Behandlungsfähigkeit fehle. **SG Köln**, Beschl. v. 20.12.2005 gab dem Antrag teilweise statt, das **LSG**, Beschl. v. 06.04.2006 - L 16 B 3/06 KR ER – wies den Antrag zurück. Im Mai 2006 beantragte die Ast. erneut den Erlass einer einstweiligen Anordnung. **SG Gelsenkirchen**, Beschl. v. 23.05.2006 - S 19 KR 72/06 ER -, verpflichtete die Krankenkasse, der Ast. einmal wöchentlich APP, längstens bis zur Bestandskraft einer Entscheidung in der Hauptsache (S 19 KR 235/05) zu leisten. Das **LSG** lehnte den Antrag ab.

VIII. Haushaltshilfe/Zuzahlung/Fahrkosten/Vorsorge/Reha

Nach **BSG**, Urt. v. 26.09.2006 – **B 1 KR 20/05 R** – genügt es für einen Ausnahmefall zur Erstattung von **Fahrkosten** nicht, dass der Versicherte - wie bei der Methadonbehandlung der Opiatabhängigkeit - mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, welches eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist; vielmehr muss die Behandlung oder den Versicherten auch in einer Weise beeinträchtigen, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

1. HAUSHALTSHILFE NUR BEI NOTWENDIGER KRANKENHAUSBEHANDLUNG

LSG Bayern, Urt. v. 13.07.2006 – **L 4 KR 16/05** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-159

Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung

SGB V §§ 13 III, 38 I

Ein Anspruch auf Haushaltshilfe entfällt, wenn sich eine Versicherte nicht mehr in Krankenhausbehandlung befindet. Über die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung bestimmen die behandelnden Krankenhausärzte. Die Überlastung mit der Betreuung von fünf Kindern ist kein Grund für ein Eintreten der Solidargemeinschaft.

SG Regensburg, Urt. v. 14.10.2004 - S 2 KR 119/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. BELASTUNGSGRENZE FÜR ZUZAHLUNGSBEFREIUNG BEI EINKOMMEN UNTER REGELSATZ

SG Leipzig, Urt. v. 04.07.2006 – **S 8 KR 236/05** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-160

Berufung zugelassen

Zuzahlung, Zuzahlungsbefreiung, Belastungsgrenze, Bruttoeinnahme, Regelsatz, Regelleistung

SGB V § 62 I

Wie für die Ermittlung der **Belastungsgrenzen** nach § 62 SGB V zu verfahren ist, wenn die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten **noch unter dem Regelsatz** des SGB XII oder unter dem Satz der Regelleistung nach § 20 II SGB II liegen, ein Anspruch auf diese Leistungen aber nicht besteht oder nicht geltend gemacht worden ist, ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Gleichwohl sind auch in diesen Fällen der sozialhilferechtliche Eckregelsatz bzw. die Regelleistungen maßgeblich. Der Gesetzgeber ist inzidenter von diesen Leistungen als Einnahmeuntergrenze ausgegangen, weil Einnahmen unterhalb dieses Betrages regelmäßig ein Leben in Würde nicht mehr ermöglichen. Zugleich hat der Gesetzgeber dadurch in typisierender Weise eine Verwaltungsvereinfachung vorgesehen. (ebenso: **SG Mannheim**, Urt. v. 20.09.2005 - S 9 KR 766/04 -).

Die Kl. ist Studentin und erzielte im Jahr 2005 aus Nachhilfeunterricht ein monatliches Einkommen von 100,00 Euro. Sie ist chronisch krank. Ihre Befreiung von Zuzahlungen – die Grenze betrage 1 % von 1.200 Euro, also 12,00 Euro - unter Hinweis auf ihr Einkommen und die bereits erfolgte Zahlung von 16,70 Euro und die Rückerstattung von 4,00 Euro lehnte die Bkl. ab, weil bei berücksichtigungsfähigen Einkünften unter dem Regelsatz die Belastungsgrenze aus dem Regelsatz (3.972,00 Euro jährlich, Belastungsgrenze 39,72 Euro) berechnet werde. Das **SG** wies die Klage ab.

3. VERJÄHRUNGSFRIST FÜR ZUZAHLUNG ZU KRANKENHAUSAUFENTHALT

SG Augsburg, Urt. v. 03.11.2005 – **S 12 KR 127/05** – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-161

Verjährung, Zuzahlung, Krankenhausaufenthalt

SGB V §§ 39, 69; SGB IV §§ 25 I, 27 II; SGB I § 45

Im SGB fehlt eine ausdrückliche **Verjährungsregelung** für die Fallkonstellation, in der ein Versicherungsträger eine **Zuzahlung** zu einer Sozialleistung vom Versicherten verlangt. Da eine ausdrückliche Regelung zur Verjährung fehlt, andererseits aber auch nicht hinnehmbar wäre, dass die Krankenkasse für die Vergangenheit zeitlich unbegrenzt Zuzahlungen vom Versicherten fordern könnte, ist diese Lücke durch analoge Anwendung der Verjährungsvorschriften des SGB zu schließen. Dabei bietet sich eine analoge Anwendung der **vierjährigen** Verjährungsfrist des § 45 SGB I an, da die Zuzahlung mit der Sozialleistung Krankenhausaufenthalt verknüpft ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. KEIN ERSTATTUNGSANSPRUCH DER PRAXISGEBÜHR GEGENÜBER KRANKERNKASSE

SG Stade, Urt. v. 31.05.2005 – S 1 KR 56/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-162

Berufung zugelassen

Praxisgebühr, Krankernkasse, Feststellungsklage, Elementenfeststellungsklage, Erstattungsanspruch

SGB V §§ 28 IV 1, 43b II, 61 II, 83; SGG § 45; GG Art. 2 I, 31, 20 I

Eine Klage auf Feststellung der Rechtswidrigkeit der Praxisgebühr ist unzulässig, da sie auf eine unzulässige **Elementenfeststellung** gerichtet ist.

Ein Versicherter hat **keinen Erstattungsanspruch** auf eine entrichtete Praxisgebühr gegenüber seiner Krankenkasse.

Zahlungsempfänger der Praxisgebühr ist die jeweilige Krankenkasse.

Durch die Verpflichtung der gesetzlich Krankenversicherten zur Zahlung einer Praxisgebühr wird weder die allgemeine Handlungsfreiheit aus Art. 2 I 1 GG noch der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 I GG verletzt.

Das **SG** wies die Klage des Versicherten mit dem Antrag, 1. die bekl. Krankenkasse zu verurteilen, die von ihm in I/04 für eine ambulante vertragsärztliche Behandlung gezahlte Praxisgebühr in Höhe von 10,00 EUR zu erstatten und 2. festzustellen, dass die bei ambulanten vertragsärztlichen Behandlungen quartalsweise zu entrichtende Praxisgebühr rechtswidrig ist, ab.

Vgl. zuletzt **SG Köln**, Urt. v. 27.10.2005 – S 19 KA 4/05 – RID 06-01-57 m.w.N.

5. FAHRKOSTEN ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG

SG Dresden, Urt. v. 21.07.2006 – S 18 KR 576/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-163

Fahrkosten, Notlage, ambulanten Behandlungsleistung

SGB V §§ 60 I, 92 I 2 Nr. 12; Krankentransport-Richtlinien; GG Art. 3; 20 I

Die **zweimalige Vorstellung** zur diagnostischen Abklärung der weiteren Therapieoptionen an den betroffenen Funktionskomplexen des rechten Arms und der Schulter erfüllt weder nach der Art noch nach der Häufigkeit der ärztlichen Behandlung die Voraussetzungen der Ausnahmeregelung zur Übernahme der Fahrkosten nach den Krankentransport-Richtlinien.

Eine **soziale Notlage** allein rechtfertigt nicht die Übernahme der Fahrkosten durch die Krankenkasse. Denn hierbei handelt es sich mangels krankheits- bzw. behandlungsspezifischen Bezugs nicht um ein Risiko, für das die Gesetzliche Krankenversicherung aufzukommen hat.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in § 8 Abs. 2 und 3 **KrTrRL** genannten **Fallgruppen**, in denen Versicherte entweder durch die Schwere ihres Leidens und das quantitative Ausmaß der damit einhergehende ambulante Behandlungsbedürftigkeit oder durch die Schwere ihrer funktionellen Einschränkungen bei der Inanspruchnahme von ambulanten Behandlungsleistungen von den krankheitsbedingten Auswirkungen im Bereich der Mobilität besonders schwer betroffen sind, sind **rechtmäßig**. Soweit dies zur Folge hat, dass bedürftige Versicherte trotz krankheitsbedingter Notwendigkeit einer Fahrt von der Übernahme der damit verbundenen Kosten ausgeschlossen sind, verletzt dies weder den allgemeinen Gleichheitssatz und das Verbot der Diskriminierung Behinderter noch das Sozialstaatsprinzip.

Das **SG** wies die Klage ab.

Nach **BSG**, Urt. v. 26.09.2006 - B 1 KR 20/05 R - hat eine Krankenkasse Fahrkosten zur ambulanten Behandlung ab Januar 2004 nur zu übernehmen, wenn Versicherte krankheitsbedingt mit hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum behandelt werden und ihre Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

6. REHA- FUNKTIONSTRAINING ÜBER 24 MONATE HINAUS

SG Augsburg, Urt. v. 24.05.2006 – S 12 KR 512/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-164

Funktionstraining, Rehabilitationssport, Rehabilitation, Reha-Sport

SGB V § 43; SGB IX §§ 13, 26 I, 44 I

Ein Anspruch auf Funktionstraining scheitert nicht an der **zeitlichen Begrenzung** auf 24 Monate nach der **Rahmenvereinbarung** über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.10.2003". Maßgeblich bleibt die gesetzliche Grundlage des § 44 I Nr. 4 SGB IX, wonach Funktionstraining eine **Pflichtleistung** ist. Der Gesetzestext kennt keine zeitliche Einschränkung für den Anspruch auf diese Pflichtleistung, wenn Funktionstraining dem Grunde nach erforderlich ist. Diese gesetzliche Regelung kann zur Überzeugung des Gerichts nicht durch eine Rahmenvereinbarung "unterlaufen" werden, für die in diesem Sinne auch keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage vorliegt.

Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, die Kosten des Funktionstrainings (Wassergymnastik und Trockengymnastik jeweils 1 x pro Woche) für die Zeit vom 01.09.2005 bis 31.08.2007 zu übernehmen.

7. AUSSCHÖPFEN AMBULANTER BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN VOR STATIONÄRER REHA

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 04.09.2006 – L 11 (2) KR 81/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-165**

Behandlungsmöglichkeit, stationäre Rehabilitationsmaßnahme

SGB V §§ 11 II, 12, 40

Sind die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vor Ort nicht ausgeschöpft, so besteht kein Anspruch auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

SG Köln, Urt. v. 14.06.2005 - S 26 KR 748/04 - 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

Nach **BSG**, Urt. v. 28.09.2006 – **B 3 KR 20/05 R** – bedarf es zur Verjährungsunterbrechung keiner Individualisierung der Klageforderung.

BSG, Beschl. v. 04.04.2006 – **B 1 KR 32/04 R** – juris hat zunächst nach § 41 II SGG beim 3. Senat angefragt, 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. Der **3. Senat** hat mit Beschluss v. 03.08.2006 – B 3 KR 1/06 S – die Anfrage dahin beantwortet, dass er an seiner Rechtsprechung festhalte (vgl. Termin-Vorschau und Termin-Bericht Nr. 41/06, jeweils zu Nr. 6). Der **1. Senat** hat dem **Großen Senat des BSG** nunmehr am 07.11.2006 folgende **Rechtsfragen** zur Entscheidung vorgelegt: 1. Setzt der Anspruch erkrankter Versicherter auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus voraus, dass allein aus medizinischen Gründen Krankenhausbehandlung erforderlich ist, weil das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen der Krankenbehandlung nicht erreicht werden kann? 2. Hat das Gericht die Voraussetzung gemäß Frage 1 voll zu überprüfen? Ausführlich s. Termin-Bericht Nr. 59/06 des BSG v. 07.11.2006 - www.bsg.bund.de -.

S. ferner zuletzt RID 05-04-B X 1 (S. 58).

A) ÜBERPRÜFUNGSVERFAHREN

AA) ERFORDERLICHKEIT EINER STATIONÄREN BEHANDLUNG BEI SUIZIDALITÄT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.08.2006 – L 11 (16) KR 338/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-166**

Suizidalität, Selbstmordgefahr, stationäre Behandlung, Behandlungsnotwendigkeit, psychiatrische Behandlung

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 2

Die **Erforderlichkeit** einer stationären Behandlung ist bei **Suizidalität** einer Versicherten zu bejahen. Suizidalität ist durch kein bekanntes diagnostisches Verfahren zu messen und lässt sich auch durch einen sehr erfahrenen Behandler nicht immer zuverlässig **erkennen**.

Eine **Behandlungsnotwendigkeit** ist aus **ex ante Sicht** zu beurteilen und somit kann aus dem Unterbleiben vorgesehener Maßnahmen nicht zwingend geschlossen werden, die Behandlung sei im fraglichen Zeitraum nicht erforderlich gewesen. Damit würde unzulässigerweise eine retrospektive Beurteilung vorgenommen werden.

SG Münster, Urt. v. 15.10.2003 - S 9 KR 51/01 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung im Wesentlichen zurück.

BB) VERLANGEN DER KRANKENKASSE AUF HERAUSGABE DER KRANKENUNTERLAGEN AN MDK

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.11.2005 – L 4 KR 778/05 – juris

RID 06-04-167

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 12/06 R

Krankenkasse, Krankenhaus, Krankenhausabrechnung, MDK

SGB V §§ 112 II 1 Nr. 1, 275 I 1 Nr. 1, 276 II 1

Nach § 276 II, 2. Hs. SGB V ist ein Krankenhaus nach entsprechender Aufforderung verpflichtet, Sozialdaten unmittelbar an den MDK zu übermitteln, soweit dies für die durch die Krankenkasse nach § 275 I - III SGB V veranlasste gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung erforderlich ist. Auch wenn in § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2002 maßgebenden Fassung des genannten

Gesetzes den Krankenkassen das Recht zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung nicht ausdrücklich eingeräumt wird, haben sie in erweiternder Auslegung des Gesetzeswortlauts das Recht, eine Krankenhausabrechnung auch rechnerisch bzw. sachlich zu überprüfen und hierzu eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R - SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Hieraus folgt im Hinblick auf eine sachgerechte und verfahrensökonomische Abwicklung und die Interessen der Krankenkasse als Ausgangspunkt des Begutachtungsverfahrens die Möglichkeit, den Anspruch auf Herausgabe von Unterlagen gegenüber dem Leistungserbringer an den zuständigen MDK **aus eigenem Recht** und in eigenem Namen gerichtlich geltend zu machen, wenn die Aufforderungen des MDK zur Herausgabe erfolglos waren und der Gutachtensauftrag unerledigt zurückgegeben wurde. Diese Verfahrensweise ist schon wegen einer frühzeitigen und eindeutigen Verjährungsunterbrechung durch Klage der Krankenkasse erforderlich.

SG Stuttgart, Teilurt. v. 19.01.2005 - S 10 KR 1675/03 – verurteilte die Bekl., dem MDK wegen der stationären Aufenthalte der acht Versicherten die für eine medizinische Begutachtung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen; das **LSG** die Berufung zurück.

B) Tbc-BEHANDLUNG IN GESCHLOSSENER ABTEILUNG

LSG Bayern, Urt. v. 27.04.2006 – L 4 KR 230/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-168

Tbc-Behandlung, Diabetes mellitus, Mitwirkung, geschlossene Abteilung, ambulante Behandlung

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 2

Erfolgt eine stationäre Behandlung für die Dauer von sechs Monaten in einer pneumologischen Fachabteilung, ohne dass eine Negativierung der Tbc-Kulturen erreicht werden kann und wird der Krankheitsverlauf kompliziert durch eine kardiale Dekompensation während der stationären Behandlung und einen unzureichend eingestellten Diabetes mellitus, bedingt durch unzureichende Kooperation von Seiten des Versicherten, so ist eine anschließende – hier viermonatige - Behandlung in einer geschlossenen Abteilung notwendig.

SG Regensburg, Urt. v. 24.07.2003 - S 2 KR 507/98 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. EUR 20.940,59 zu bezahlen.

C) VERBRINGUNG IN ANDERES KRANKENHAUS UND RÜCKVERLEGUNG AM SELBEN TAG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23.08.2006 – L 5 KR 78/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-169

Revision anhängig: B 3 KR 17/06 R

Verlegung, Verbringung, Krankenhaus,

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 2; BPflV § 2 II 2 Nr. 2

Auf die Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung kommt es nicht an, da in jedem Fall dem Anspruch der Klägerin § 2 II 2 Nr. 2 BPflV entgegensteht. Nach dieser Vorschrift gehören zu den **allgemeinen Krankenhausleistungen** auch **die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter**, und zwar unabhängig davon, ob es sich hierbei um eine stationäre Behandlung handelt oder nicht. Jedenfalls sieht die Vorschrift vor, dass in dem Fall lediglich ein Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse erstattungsberechtigt ist und die Abrechnung für weitere Leistungen zwischen diesem Krankenhaus und dem Dritten (Krankenhaus oder Arzt) zu erfolgen hat. Diese Regelung greift solange, wie das zuerst von dem Versicherten aufgesuchte Krankenhaus einen Zahlungsanspruch gegenüber der Krankenkasse hat, um Doppelzahlungen zu vermeiden. Ein solcher Zahlungsanspruch besteht jedoch höchstens bis zu einem eventuellen Entlassungstag des Versicherten. Wird eine Versicherte für weniger als 24 Stunden in ein anderes Krankenhaus gebracht, bleibt es bei einer durchgehende Zahlungspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus.

Die bei der Bekl. Versicherte befand sich vom 9. bis 23.07.2003 u. a. wegen einer Spinalstenose in der orthopädischen Fachabteilung der beigeladenen Klinik in stationärer Behandlung. Am 21.07.2003 wurde sie um 1.15 Uhr wegen Verdachts auf Herzinfarkt auf Veranlassung der Beigel. in das klägerische Krankenhaus - Intensivstation - eingeliefert. Dort konnte ein Herzinfarkt ausgeschlossen werden. Es erfolgte der Rücktransport in die beigeladene Klinik gegen 11.38 Uhr. Diese zeigte die Entlassung der Versicherten zum 23.07.2003 an und rechnete den gesamten Zeitraum vom 9. bis 23.07.2003 mit der Bekl. ab. Die Kl. machte bei der bei der Bekl. Kosten für die stationäre Behandlung der Versicherten am 21.07.2003 in Höhe von 753,83 EUR geltend. Die Bekl. lehnte eine Kostenübernahme ab, da die Beigel. durchgehend für den gesamten Zeitraum Kosten abgerechnet habe und es sich damit um eine Verbringung handele. **SG Lübeck**, Urt. v. 28.04.2005 - S 7 KR 874/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

D) STATIONÄRE BEHANDLUNG BEI MÖGLICHER AMBULANTER OPERATION

LSG Hamburg, Urt. v. 14.06.2006 – L 1 KR 96/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-170

Operation, ambulante Operation, stationäre Behandlung

SGB V §§ 39; 109 IV 3

Gehört eine ärztliche Maßnahme zu den im EBM aufgeführten Operationen, die regelmäßig ambulant durchgeführt werden, kann aber das Alter des Patienten über 60 Jahre und Vornahme einer Operation wie der vorliegend in Rede stehenden im **Einzelfall** Anlass für eine **stationäre Aufnahme** sein, so kommt es auf eine **ex-ante-Betrachtung** für die Notwendigkeit der stationären Behandlung an.

Fehlen Anhaltspunkt dafür, dass eine stationäre Aufnahme hätte erfolgen müssen und lagen die nach § 2 I u. II des Vertrages nach § 115b I SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus – erforderlichen Voraussetzungen, namentlich ein gesichertes häusliches Umfeld, vor und war auch die häusliche ärztliche Versorgung als gesichert anzusehen, so war die stationäre Behandlung nicht notwendig.

SG Hamburg, Urt. v. 12.09.2005 - S 28 KR 510/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren: SG Hamburg, Urt. v. 12.09.2005 - S 28 KR 575/04 -

LSG Hamburg, Urt. v. 14.06.2006 – L 1 KR 95/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-171

E) STATIONÄRE BEHANDLUNG BEI VIERSTÜNDIGEM AUFENTHALT/ÜBERPRÜFUNGSVERFAHREN

SG Augsburg, Urt. v. 24.04.2006 – S 12 KR 573/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-172

Berufung erhoben: LSG Bayern - L 4 KR 229/06 -

Aufenthaltsdauer, stationäre Behandlung, Überprüfungsverfahren

SGB V §§ 39, 109 IV 3

Allein die **geringe Stundenzahl** ist kein Beweis dafür, dass nur eine ambulante Behandlung vorgelegen hat. Denn in aller Regel wird bereits bei der Aufnahme durch den aufnehmenden Krankenhausarzt die Entscheidung getroffen, ob eine stationäre Krankenhausaufnahme erfolgt. Stellt sich nachträglich heraus, dass eine **stationäre Behandlung** doch nicht notwendig war, wird die stationäre Behandlung nicht nachträglich in eine ambulante Behandlung umgewandelt.

Wird das zur **Überprüfung** der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren von der Krankenkasse - wie im vorliegenden Fall - nicht eingehalten, ist sie nach Fälligkeit der Krankenhausforderung nicht mehr berechtigt, die Unwirtschaftlichkeit der Behandlung geltend zu machen. Eine gerichtliche Sachaufklärung der Behandlungsnotwendigkeit findet dann nicht mehr statt (BSG v. 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R - SozR 3-2500 § 112 Nr. 2).

Auch **berechtigte Zweifel** an einer stationären Aufnahme und stationären Behandlungsnotwendigkeit rechtfertigen es nicht, eine der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung entsprechend eines Überprüfungsvertrages zu verweigern.

Die Versichert befand sich am 27.04.2005 im Zeitraum von 14.39 Uhr bis 18.44 Uhr im Krankenhaus des Kl. zur Behandlung. Die Rechnung führt nach DRG die Fallpauschale B76D (Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik oder Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC) auf. Gleichzeitig wird ein FPG-Abschlag bei Unterschreitung der Grenzverweildauer (GVD) vorgenommen. Die Bekl. lehnte unter Bezug auf das BSG-Urteil vom 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R - eine Kostenübernahme ab, lediglich eine ambulante Behandlung könne vergütet werden. Das Krankenhaus bot nochmals an, den MDK einzuschalten, soweit kein Einverständnis mit der stationären Abrechnung bestehe. Die Bekl. verblieb bei ihrer bisherigen Auffassung. Der Vertrag gemäß § 112 I SGB V sieht folgende Regelung vor: *"Der Krankenkasse obliegt die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der stationären Krankenhausbehandlung. Besteht aus Sicht der Krankenkasse in Einzelfällen Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen, so kann die Krankenkasse vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu einzelnen Behandlungsfällen anfordern. Das Krankenhaus erläutert die Dauer der stationären Behandlung (Kurzbericht). Ergibt sich aus Sicht der Krankenkasse die Notwendigkeit einer ärztlichen Überprüfung, so kann die Krankenkasse im Einzelfall die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch Ärzte, die für den Medizinischen Dienst tätig sind, überprüfen lassen. Die §§ 275 ff. und 283 SGB V bleiben hiervon unberührt."* Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, an den Krankenhausträger 592,34 EUR zu zahlen zuzüglich Zinsen.

Parallelverfahren:

SG Augsburg, Urt. v. 11.07.2006 – S 12 KR 43/06 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-173

SG Augsburg, Urt. v. 23.08.2006 – S 12 KR 594/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-174

Einlieferung am Vortag um 15.36 Uhr (Hauptdiagnose nach ICD. T 63.4 <Toxische Wirkung von Giften sonstiger Arthropoden>) und Entlassung um 11.04.

SG Augsburg, Urt. v. 23.08.2006 – S 12 KR 596/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-175

Zeitraum vom 04.11.2005, 13.33 Uhr, bis 05.11.2005, 10.41 Uhr (Diagnose: Extrauterin gravidität)

SG Augsburg, Urt. v. 26.07.2006 – S 12 KR 276/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-176

2. PHARMAUNTERNEHMEN: PHARMAUNTERNEHMEN: ME-TOO-LISTE (ZYPREXA®)

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 20.10.2006 – S 21 KR 331/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-177**

Arzneimittelhersteller, Zyprexa®, Me-Too-Liste, Arzneimittelvereinbarung, KV, Vertragsarztrechts
SGB V §§ 35b, 73 VIII, 84 I 2 Nr. 2, 92 II; GG Art. 12, 14

Der Begriff des **Vertragsarztrechts** ist nach der Legaldefinition des § 10 II SGG beschränkt auf die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten. Hierzu gehört eine Streitigkeit zwischen einem Unternehmen und einer KV nicht, da Dritte wie ein Pharmaunternehmen in § 10 II SGG nicht genannt werden. Soweit andere Gerichte wegen der Formulierung „Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen“ in § 10 Abs. 2 SGG auch Streitigkeiten mit Drittbeteiligung den Kassenarztsachen zugerechnet haben (vgl. die Nachweise bei LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 27. Juni 2006, Az.: L 11 B 31/06 KA ER), überzeugt diese Auffassung wegen der in § 10 II SGG der o. g. Formulierung nachfolgenden Aufzählung der Verfahrensbeteiligten nicht, „zwischen“ denen sich die Streitigkeit bewegen muss.

Auch wenn man mit dem SG Wiesbaden davon ausgehen wollte, dass die sog. „Me-Too-Liste“ nicht nur der reinen Marktinformation dient, sondern vielmehr ein echtes Instrument der **Verhaltenslenkung** darstelle und damit eingriffsäquivalente Wirkung entfalte, so wäre ein derartiger **Eingriff** in das Grundrecht der Berufsfreiheit jedenfalls **gerechtfertigt**.

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 Einstufung des **Arzneimittels Zyprexa®** als Me-Too-Präparat kann nicht als offensichtlich rechtswidrig angesehen werden, selbst wenn im günstigsten Fall davon auszugehen wäre, dass die Bewertung als umstritten anzusehen ist.

Maßgebliches **Kriterium für die Einordnung** eines Arzneimittels, ist nicht vorrangig der Grad der „chemischen Innovation“, sondern der **therapeutische Stellenwert** des neuen Arzneimittels. Dieses muss eine therapeutische Verbesserung im Vergleich zu den bereits für sein Indikationsgebiet zugelassene Arzneimittel bewirken. Dieser Gesichtspunkt erschließt sich aus den Regelungen des § 35 SGB V. § 4 II Nr 2 der Arzneimittelvereinbarung 2006 bringt dies mit der Formulierung „ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen, aber mit höheren Kosten“ zum Ausdruck.

Die **Bewertungen von Fricke und Klaus** sind sowohl von der Methodik als auch von ihren Ergebnissen her auf weitgehende Akzeptanz gestoßen und gelten in jedem Fall als nach wissenschaftlichen Kriterien diskussionswürdig. Somit kann sich eine KV auf diese Studie beziehen und ist berechtigt, deren Ergebnis als Information an ihre Mitglieder weiterzugeben.

Ist weder belegt noch dargetan, dass sich der Trend eines Umsatzrückgangs fortsetzen wird, fehlt es an einem **Anordnungsgrund**. Aber auch bei unterstelltem Umsatzverlust von jährlich ca. 5 Mio. € ist ein Anordnungsgrund bei einem Jahresgesamtumsatz von ca. 500 Mio. € pro Jahr, wovon ca. 100 Mio. € auf Zyprexa® entfallen, nicht gegeben.

Selbst wenn darin eine wirtschaftliche Härte zu sehen sein mag, führt die **Interessenabwägung** vorliegend dazu, dass dem Interesse der KV an der Umsetzung der Arzneimittelvereinbarung und dem Erreichen der Wirtschaftlichkeitsziele der Vorrang zu geben ist. Denn es ist ein besonderes Anliegen des Gesetzgebers, die Arzneimittelausgaben zu steuern.

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

S. a. diese Ausgabe unter A VII m.w.N.

3. HILFSMITTELERBRINGER

A) KEINE AUFNAHME EINES HANDLAUFES IN HILFSMITTELVERZEICHNIS

SG Augsburg, Urf. v. 07.07.2005 – S 12 KR 447/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 06-04-178**

Hilfsmittel, Hilfsmittelverzeichnis, Handlauf, FlexoForte, FlexoFit
SGB V §§ 33 I, 128, 139

Voraussetzung für eine **Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis** ist, dass es sich bei dem Produkt um ein von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasstes Hilfsmittel handelt (§ 128 I 2 SGB V).

Hilfsmittel im Sinne der Kranken- und Pflegeversicherung müssen vom Leistungsempfänger getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können. Die Abgrenzung ist grundsätzlich nach beweglichen und fest einzubauenden Gegenständen zu treffen.

Der **Handlauf FlexoForte** bzw. FlexoFit ist kein Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V, sondern eine technische Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 IV SGB XI). Im Übrigen bestehen Zweifel daran, ob es sich nicht vielmehr um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens handelt.

Die Kl. ist Herstellerin eines **Handlaufes**, der nach einem Baukastensystem konzipiert ist und aus flexiblen und massiven Holzdrehteilen und Kugelgelenken besteht. Aufgrund dieser Eigenheit lassen sich Treppen jeder Länge und baulichen Form mit dieser Griffhilfe als Handlauf nachrüsten. Die Griffhilfe passt sich flexibel den örtlichen baulichen Gegebenheiten an, egal ob Kurven, Fenster oder Schrägen vorhanden sind. Sie verfügt über griffige, regelmäßige Einkerbungen und erlaubt einen Rundumgriff. Der Handgriff wird nach den Prospekten beworben als einziger oder zweiter Handlauf an Treppen sowie als gerader Handlauf in Räumen. Das Produkt soll auf Dauer oder auch nur leihweise bei vorübergehender Behinderung montiert werden. Die Bekl. lehnte die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis ab, weil es sich um allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handle. Das **SG** wies die Klage ab.

B) ALTES RECHT FÜR ERST 2004 AUSGELIEFERTE BRILLEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.09.2006 – L 16 KR 194/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-179

Revision zugelassen

Augenoptiker, Sehhilfe, Hilfsmittellieferant

SGB V §§ 2 II, 27 I, 33

Hilfsmittellieferanten haben gegenüber der Krankenkasse einen Erstattungsanspruch für im Jahr 2003 noch in Auftrag gegebene, aber erst 2004 ausgelieferte Sehhilfen. Der anspruchsbegründende Leistungsfall tritt mit der Versorgung des Versicherten mit einer Sehhilfe, nicht erst mit der tatsächlichen Lieferung des Hilfsmittels ein. Die "gestreckte Versorgung" (Verordnung oder Ersatzbescheinigung - Auftrag - Anpassung - Übergabe) der Versicherten mit Sehhilfen stellt sich so dar, dass alle für die Erstellung der Sehhilfen erforderlichen Daten bereits bei der verbindlichen Auftragserteilung durch den Versicherten festgelegt werden, es danach nur noch der Umsetzung durch Fertigung der Sehhilfen bedarf.

Die Kl. sind Mitglieder des Landesinnungsverbandes Nordrhein für das Augenoptiker-Handwerk und zur Abgabe von Sehhilfen an Versicherte der Bekl. zugelassen. Grundlage ihrer Tätigkeit ist ein Vertrag zwischen den Landesinnungsverbänden Nordrhein und Westfalen-Lippe für das Augenoptiker-Handwerk und den Landesverbänden der Krankenkassen vom 07.07.1994. Der **Vertrag** enthält u. a. folgende Regelungen:

§ 1 Gegenstand des Vertrages Gegenstand des Vertrages ist a) die Lieferung und Reparatur von Sehhilfen sowie die Auswahl, Anpassung und Abgabe von Kontaktlinsen ... b) die Durchführung der Augenglasbestimmung für die Versicherten der Krankenkassen sowie die Vergütung und Abrechnung dieser Leistungen.

§ 4 Art und Umfang der Leistungen (1) Art und Umfang der Leistungen ergeben sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 128 SGB V, der Festbetragsregelung (Anlage 4a) in der jeweils gültigen Fassung und der vereinbarten Preisliste (Anlage 4b). (2) ...

§ 5 Abgabe der Leistungen (1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen aufgrund gültiger vertragsärztlicher Verordnung oder eines Berechtigungsscheines (Anlage 5) erbracht werden. Die ärztliche Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn zwischen Ausstellung und Auftragserteilung (Datum des Annahmestempels) mehr als 30 Kalendertage liegen, es sei denn, die Krankenkasse stimmt der Leistungserbringung zu. (2) Die Leistungen haben den vertragsärztlichen Verordnungen oder den Berechtigungsscheinen zu entsprechen. Änderungen und Ergänzungen sind nur im Falle von Unklarheiten zulässig und bedürfen des Einverständnisses des verordnenden Arztes bzw. der Krankenkasse; ... (3) ... (4) Leistungen, für die Festbeträge festgesetzt wurden oder die Gegenstand der vereinbarten Preislisten sind, können nur mit vorheriger Zustimmung der zuständigen Krankenkasse ausgeführt werden, es sei denn, diese verzichtet ganz oder teilweise hierauf ...

§ 7 Vergütung der Leistungen (1) Die Vergütung der Leistungen im Sinne dieses Vertrages richtet sich nach den festgesetzten Festbeträgen (Anlage 4a), ... (2) Können angefertigte Sehhilfen infolge Ablebens des Patienten nicht mehr abgegeben werden oder ist die Sehhilfe drei Monate nach Abgabe der Verordnung nicht abgeholt, ohne dass dies vom Augenoptiker zu vertreten ist, werden die nicht mehr verwendbaren Gläser zum Festbetrag bzw. Vertragspreis oder dem genehmigten Kostenvoranschlag mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet.

In der Zeit vom 02.01.2004 bis zum 16.01.2004 lieferten die Kl. an 151 volljährige Versicherte der Bekl. Sehhilfen. Die Hilfsmittel waren bereits im Jahre 2003, überwiegend im Dezember, von den Versicherten auf Grund von ärztlichen Verordnungen oder von Berechtigungsscheinen bei den Kl. in Auftrag gegeben worden. Nach Auslieferung der Sehhilfen forderten die Kl. von der beklagten Krankenkasse die Zahlung der nach dem bis zum 31.12.2003 geltenden § 33 II 1 SGB V die auf die Versicherten entfallenden Krankenkassenzuschüsse, und zwar die Kl. zu 1) in Höhe von insgesamt 7.128,99 EUR, der Kl. zu 2) in Höhe von 4.261,75 EUR. Die Bekl. lehnte Zahlungen ab. Zur Begründung verwies sie auf die Abgabe der Sehhilfen nach dem In-Kraft-Treten des GMG am 01.01.2004 und die geänderte Fassung des § 33 SGB V (n. F.). Für die Leistungserbringung komme es nicht auf den Zeitpunkt der Verordnung, sondern auf den Tag der letzten Anpassung an. Es gelte neues Recht, das bei der Versorgung volljähriger Versicherter mit Sehhilfen keine Zahlung von Festbeträgen mehr vorsehe. **SG Aachen**, Urt. v. 06.09.2005 – S 13 KR 27/04 – RID 05-04-136 gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

C) MANUELLE THERAPIE DURCH MASSEUR UND MEDIZINISCHEN BADEMEISTER

LSG Bayern, Urt. v. 17.08.2006 – L 4 KR 295/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-180

Masseur, med. Bademeister, physikalische Therapie, manuelle Therapie, Physiotherapeut Berufsfreiheit
SGB V § 125

In den neueren **Heilmittel-Richtlinien** wird eine Zuordnung der manuellen Therapie zu einer bestimmten Berufsgruppe nicht mehr vorgenommen, sondern lediglich eine **spezielle Fortbildung** bzw. Weiterbildung vorausgesetzt, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgeht.

Soweit ein **Masseur** und **medizinischer Bademeister**, der eine Zulassung zur Abgabe von Leistungen der physikalischen Therapie hat, durch einen Rahmenvertrag von der Erbringung und Abrechnung der manuellen Therapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen wird, verstößt dies gegen die **Berufsfreiheit** (Art. 12 GG).

Die ausschließliche Zuordnung der manuellen Therapie zu der Berufsgruppe der Physiotherapeuten ist auch unter dem Gesichtspunkt des allgemeinen Gleichheitssatzes (Art. 3 I GG) nicht gerechtfertigt.

SG München, Urt. v. 05.11.2003 - S 19 KR 677/00 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

D) VERTRAGSKÜNDIGUNG DURCH LEITER DER LANDESVERTRETUNG DER ERSATZKASSENVERBÄNDE

SG Köln, Urt. v. 26.05.2006 – S 26 KR 104/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-181

Ersatzkasse, Ersatzkassenverband, Landesvertretung, Vertreter

SGB V §§ 30, 127, 212 V 4; BGB §§ 30, 64

Ein auf Landesebene abgeschlossener Vertrag mit einem Hilfsmittelerbringer kann vom **Leiter der Landesvertretung** der Ersatzkassenverbände wirksam **gekündigt** werden. Als solcher muss er nicht in das Vereinsregister eingetragen werden.

Die gemäß § 126 SGB V zugelassene Kl. ist im sog. "Homecare"-Bereich tätig und hat sich dabei auf die Bereiche der Versorgung mit enteraler Ernährung laryngektomierte und tracheotomierter Patienten spezialisiert. Sie vertreibt auch Hilfsmittel für den gesamten Personenkreis. Am 12./16.10.2001 schloss die Kl. mit den Beigel. einen Vertrag, in welchem die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen mit Hilfsmitteln im Rahmen des §§ 33 I SGB V sowie die Abrechnung der Preise geregelt sind. Er kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, erstmalig zum 31.12.2003 schriftlich gekündigt werden. Nach § 14 II des Vertrags bestimmen sich die Laufzeiten und die Kündigungsfristen der Preisregelungen nach den dort getroffenen Regelungen. Dieser Vertrag wurde in der Folgezeit bundesweit angewandt. Die Mitgliedskassen der Beigel. sprachen sich für eine Kündigung des Vertrages aus. Sie hielten aufgrund der festgeschriebenen Vertragspreise eine Steuerungsmöglichkeit durch die einzelnen Ersatzkassen nicht mehr für gewährleistet. Zudem sollten die Verträge mit Hilfsmittelerbringern im Bereich der enteralen Ernährung inhaltsgleich sein. Mit Schreiben vom 10.06.2002 **kündigte der Leiter der Landesvertretung NRW** der Beigel. den Vertrag. Die Kl. wies die Kündigung mangels ordnungsgemäßer Bevollmächtigung zurück und führte zur Begründung aus, sie sehe seitens des Landesverbandes keine Befugnis zur Kündigung des Vertrages. Den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zur Durchsetzung der weiteren Anwendung des gekündigten Vertrages wies *SG Köln*, Beschl. v. 06.04.2004 - S 26 KR 103/04 ER – zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

E) KEIN UNTERLASSUNGSANSPRUCH AUS GWB

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 09.10.2006 – L 16 B 52/06 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-182

Unterlassungsanspruch, Krankenkasse, Sanitätshaus, Klagebefugnis, Antragsbefugnis

SGB V § 69; GWB § 20; SGG § 86b II; GG Art. 12 I

Einem **Sanitätshaus** fehlt für einen ausschließlich auf § 20 GWB gestützten **Unterlassungsantrag** gegen eine Krankenkasse die **Antragsbefugnis**. Mit der Neuregelung des § 69 SGB V zum 01.01.2000 sind alle Handlungen der Krankenkassen und ihrer Verbände, die ihre Beziehungen zu den Leistungserbringern sowie hiervon berührten Dritten betreffen, ausschließlich nach öffentlichem Recht zu beurteilen. Dies führt zur Unanwendbarkeit des zivilrechtlichen GWB und des zivilrechtlichen UWG. Es fehlt insoweit bezüglich eines Hauptsacheverfahrens an der Klagebefugnis (BSG SozR- 3-2500 § 69 Nr. 1).

Bei fortdauernden vertraglichen Beziehungen zwischen einer gesetzlichen Krankenkasse und einem Leistungserbringer wird nicht bereits bei einem **einzelnen Vorfall**, zumal beim ersten dieser Art und

im Verhältnis zu einem einzelnen Versicherten, die Schwelle zur Geltendmachung von Unterlassungsansprüchen als überschritten angesehen.

Der Ast. ist Inhaber eines Sanitätshauses. Er beantragte im Wege des einstweiligen Anordnungsverfahrens, der Ag. aufzugeben, es ab sofort zu unterlassen, gegenüber Dritten und/oder gegenüber den Versicherten der Ag. und/oder in sonstigen öffentlichen Mitteilungen zu behaupten, er, der Ast., handelnd unter der Geschäftsbezeichnung "Sanitätshaus L", sei nicht zur Erbringung von Leistungen für Versicherte der Ag. befugt und/oder wäre nicht vertraglich zur Erbringung von Leistungen für Versicherte der Ag. berechtigt, insbesondere wenn dies geschieht wie gegenüber der Versicherten Frau H T der Ag. und gegenüber dem Versicherten Herrn Q L, der Ag.; und/oder 2. gegenüber Dritten und/oder gegenüber Versicherten der Ag. und/oder in internen und/oder öffentlichen Mitteilungen zu verbreiten, der Ast. würde keine Zulassung als Orthopädie-Technik-Betrieb besitzen und/oder sei für die Abgabe von Produkten der Gruppe 1 bis 33 und der Gruppe 99 der Gemeinsamen Zulassungsempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 2. Mai 1991 nicht zugelassen. **SG** Düsseldorf, Beschl. v. 23.05.2006 - S 34 KR 68/06 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

4. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

A) MEDIKAMENTENGABE BEI GLEICHEM PFLEGEEINSATZ NACH SGB XI

LSG Hessen, Urt. v. 29.06.2006 – L 1 KR 7/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-183

Vergütungsvereinbarung, Arzneimittelabgabe, Medikamentengabe, Pflegeeinsatz, Grundpflege
SGB V §§ 37, 132

Die bei gleichem Pflegeeinsatz von einem Pflegedienst erbrachten Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) stehen der (zusätzlichen) Abrechnung und Vergütung der Medikamentengabe nach SGB V nicht entgegen. Soweit es sich in der Praxis erweist, dass es zu Bewertungsunstimmigkeiten und sonstigen Ungereimtheiten kommt, ist es Aufgabe der Vertragspartner, die dafür zuständig sind, dies durch Einigung und gegebenenfalls durch Weiterentwicklung der Abrechnungsbestimmungen zu beheben.

SG Kassel, Urt. v. 08.10.2004 – S 8 12 KR 1540/02 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

S. a. Parallelentscheidung **LSG Hessen**, Urt. v. 29.06.2006 – L 1 KR 105/04 – RID 06-03-186.

B) AUSSCHIEDEN DER GESELLSCHAFTER AUS GbR

LSG Hamburg, Urt. v. 31.05.2006 – L 1 KR 25/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-184

Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Gesellschafter, Kündigung, Versorgungsvertrag, Entgelt
SGB V § 132; BGB §§ 612 II, 730, 812

Eine **GbR** besitzt **Rechtsfähigkeit**, soweit sie als Außengesellschaft durch Teilnahme am Rechtsverkehr eigene Rechte und Pflichten begründet, und ist damit auch selbst Inhaber von Forderungen gegenüber Dritten; dies gilt auch dann noch, wenn alle Gesellschafter bis auf einen aus der Gesellschaft durch Kündigung des Gesellschaftsvertrages ausgeschieden sind. In einem solchen Falle hat unter den Gesellschaftern nach § 730 BGB die Auseinandersetzung über das Gesellschaftsvermögen, wozu auch Forderungen gehören, stattzufinden.

Ein Pflegedienst hat keinen **Vergütungsanspruch** bei **Fehlen einer schriftlichen Vereinbarung**.

SG Hamburg, Urt. v. 11.03.2005 - S 37 KR 58/99 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) ERLEDIGUNG DES RECHTSSCHUTZVERFAHRENS DURCH AUFSICHTSVERFÜGUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 30.06.2006 – L 9 B 281/06 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-04-185

Schiedsspruch, aufschiebende Wirkung, Klage, Erledigung
SGG § 86b, 131

Der Antrag einer Antragstellerin, festzustellen, dass die Klage der Antragsgegnerin gegen einen Schiedsspruch keine aufschiebende Wirkung hat, hilfsweise, die sofortige Vollziehung des Schiedsspruchs anzuordnen, kann sich durch **Erlass eines für sofort vollziehbar erklärten Bescheids** des Bundesversicherungsamtes, durch den die Antragsgegnerin dazu gezwungen wird, dem Schiedsspruch nachzukommen, indem sie den am Schiedsverfahren beteiligten Leistungserbringern für ihre Pflegeleistungen die im Schiedsspruch festgelegten Vergütungen gewähren muss, in der Hauptsache **erledigen**. Der Zweck des vorläufigen Rechtsschutzantrages und des Verwaltungsaktes

der Aufsichtsbehörde sind damit im Ergebnis deckungsgleich, so dass die sofort vollziehbare Aufsichtsanordnung das vorläufige Rechtsschutzverfahren in der Hauptsache erledigt.

SG Berlin, Beschl. v. 09.05.2006 - S 89 KR 1554/05 ER – stellte die Erledigung des vorläufigen Rechtsschutzverfahrens fest, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

D) GERINGERE VERGÜTUNG FÜR VERGLEICHBARE LEISTUNGEN

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.09.2006 – L 4 KR 123/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 06-04-186

Pflegeunternehmen, Krankenkasse, marktbeherrschende Stellung, Wettbewerbsrecht, Kartellrecht
SGB V §§ 69, 132a; BGB §§ 242; GWB § 20, 33 I; EGV § 81 ff.

Ein Pflegeunternehmen kann sich nicht auf Art. 81 ff. EGV und die darin niedergelegten Verbote wettbewerbsbehindernder Vereinbarungen oder Beschlüsse bzw. **Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung** berufen. Denn EuGH, Urt. v. 16.03.2004 - C-264/01 u. a. -) hat entschieden, dass Zusammenschlüsse von deutschen gesetzlichen Krankenkassen keine Unternehmen oder Unternehmensvereinigungen i. S. d. Art. 81 EGV sind.

Die **Bestimmungen des GWB** alt oder neu sind im Bereich der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung für Zeiten nach dem 01.01.2000 nicht mehr einschlägig (vgl. BSH, Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 2/03 R; Urt. v. 25.12.2001 - B 3 KR 3/01 R - BSGE 89, 24; Urt. v. 31.08.2000 - B 3 KR 11/98 R - BSGE 87, 95). Dies gilt auch in Bezug **auf bereits erbrachte Leistungen** in den Jahren 1997 bis 1999, soweit sie nach dem früheren Recht nicht bereits endgültig abgeschlossen, sondern im weiteren Sinne noch aktuell, das heißt anhängig sind.

Bei der maßstabbildenden **Heranziehung kartellrechtlicher Grundsätze** im Rahmen von § 242 BGB analog ist zu beachten, dass aus der Kartellrechtswidrigkeit eines Verhaltens nicht zwingend auf das Vorliegen eines Verstoßes gegen Treu und Glauben geschlossen werden kann.

Eine **geringere Vergütung für vergleichbare Leistungen** begründet für sich gesehen noch keinen Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot aus § 20 GWB (neu) bzw. § 26 I GWB (alt). Auch ein marktbeherrschendes Unternehmen ist nicht schlechthin gehalten, allen Anbietern von ihm benötigter Leistungen ausnahmslos die Vergütung zu zahlen, die es den Anbietern mit dem höchsten Angebotspreis zugestehen muss (vgl. BGH, Urt. v. 11.12.2001 - KZR 5/00 –).

Die Kl. ist seit 2001 Rechtsnachfolgerin des bis dahin als Eigenbetrieb der Stadt Salzgitter geführten Städtischen Krankenhauses Salzgitter, dem ein ambulanter Pflegedienst angegliedert war. Für die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes schloss die Rechtsvorgängerin der Kl. in den Jahren 1996 und 1999 u. a. mit der Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen Braunschweig-Salzgitter-Wolfsburg, der die Bekl. zu 1) bis 3) angehören, Rahmen- und Vergütungsvereinbarungen ab. Auf dieser Grundlage wurden in den streitbefangenen Jahren 1997 bis 1999 die von der Kl. erbrachten Leistungen häuslicher Krankenpflege von den Bekl. zu 1) bis 3) vergütet. Im November 2000 forderte die Kl. die Bekl. vergeblich auf, ihr für die Jahre 1997 bis 1999 die Differenz der Vergütungen für die von ihr erbrachten Leistungen häuslicher Krankenpflege nachzuzahlen, wie sie von den Bekl. in diesem Zeitraum an die Sozialstationen gezahlt wurden; sie forderte Ersatz des Schadens in Höhe von 328,05 EUR, 34.882,92 EUR und 641,34 EUR). **SG Hannover**, Urt. v. 19.03.2004 - S 6 KR 996/00 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMEN: ABSCHLUSS EINES VERGÜTUNGSVERTRAGES

SG Düsseldorf, Urt. v. 20.07.2006 – S 8 KR 176/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-187

Berufung erhoben: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 166/06 -

Transport, Intensivtransportwagen; Vergütungsvertrag
SGB V § 133

Ein Transportunternehmer hat einen Anspruch auf Abschluss eines Vergütungsvertrages für die Durchführung von Intensivverlegungstransporten gemäß §133 SGB V, wenn er geeignet und abschlussbereit ist und ein Preisangebot unterbreitet, dass nicht über anderen Gebührensätzen liegt (vgl. BSG v. 29.11.1995 – 3 RK 32/94 –).

Der Kl. bietet seit 2001 für intensivmedizinisch indizierte Fälle außerhalb des Regelrettungsdienstes Verlegungstransporte mit einem **Intensivtransportwagen** (ITW) an. Bei dem ITW handelt es sich um einen Rettungswagen mit technischer Ausstattung, vergleichbar einer stationären Intensivstation, die mit einem Intensivmediziner mit zusätzlicher Notarztausbildung, einem Intensivfachpfleger mit zusätzlicher Ausbildung zum Rettungsassistenten sowie einem zweiten Rettungsassistenten oder Rettungssanitäter besetzt ist. Das **SG** gab der Klage teilweise statt; es stellte fest, dass die Bekl. verpflichtet ist, für den Betriebsbereich des

Stadtgebietes N mit dem Kl. einen Vertrag über die Durchführung von Rettungs- und Krankentransporten in Form von Intensivverlegungen auf der Grundlage der Gebührenkalkulation des Kl. abzuschließen und diese durchgeführten Transportfahrten direkt mit dem Kl. Abzurechnen; ferner verurteilte es d. Bekl., an den Kl. 39.232,96 Euro nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab.

X. Krankenkassen: Veröffentlichung der Vorstandsbezüge

SG Speyer, Urt. v. 25.07.2006 – S 13 KR 40/05 – juris = www.justiz.rlp.de

RID 06-04-188

Sprungrevision anhängig: B 1 A 2/06 R

Veröffentlichungspflicht, Veröffentlichung, Vorstandsbezüge, Aufsichtsbehörde, Persönlichkeitsrecht
SGB V §§ 35a VI, 89; GG Art. 1, 2, 3

Leitsatz: § 35a VI 2 SGB 4 verstößt nicht gegen das Grundgesetz. Der damit verbundene Eingriff in das Grundrecht auf **informationelle Selbstbestimmung** der betroffenen **Kassenvorstände** ist geeignet, erforderlich und angemessen, um die vom Gesetzgeber angestrebte Patienten- und Versichertensoveränität zu stärken. Eine Verletzung von Art. 3 GG liegt nicht vor. Auch die EGRL 46/95 steht der Anwendung von § VI 2 SGB 4 nicht entgegen.

Das **SG** wies die Klage der Betriebskrankenkasse gegen die Rechtsaufsicht ab.
Ca. 50 weitere Verfahren sollen beim Bundesversicherungsamt ruhen.

XI. Entscheidungen des BSG

1. KOSTENERSTATTUNG

A) BEHANDLUNG DURCH NICHT ZUGELASSENE PSYCHOTHERAPEUTIN

BSG, Urt. v. 18.07.2006 – B 1 KR 24/05 R –

RID 06-04-189

Das Recht, die Auszahlung des festgestellten **Kostenerstattungsanspruchs** zu verlangen, nicht aber auch die Befugnis, den Anspruch prozessual zu verfolgen, ist **abtretbar**.

Zweck des Art. 10 PsychThG-EG ist es, unter Wahrung der bisherigen Rechtsstellung der einbezogenen begünstigten Therapeuten die Versorgung der Versicherten in dem umschriebenen Übergangszeitraum sicherzustellen, nicht aber - außerhalb von Art. 2 PsychThG-EG - neue Anspruchsgrundlagen für Versicherte zu schaffen oder vorhandene Anspruchsgrundlagen zu ändern.

Eine **Vertragsgestaltung zwischen Vertragsarzt und Versicherten**, die die Unsicherheit des Leistungserbringers hinsichtlich seines Rechtsstatus dem Versicherten anlasten will, der eine Kassenleistung außerhalb des Kostenerstattungsverfahrens nach § 13 II oder IV SGB V beansprucht, ist als Abweichung vom Prinzip kostenfreier Dienst- und Sachleistung regelmäßig gemäß § 32 SGB I nichtig.

Ist die Behandlung so dringlich, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung fehlt, liegt ein **Notfall** vor, in dem auch andere, nicht zugelassene Therapeuten in Anspruch genommen werden dürfen (§ 76 I 2 SGB V). Auch in einem solchen Fall ist ein (Kostenerstattungs- oder) **Freistellungsanspruch** des Versicherten **ausgeschlossen**, da der Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der KV verlangen kann.

In **Berlin** hat im Jahre **1999** kein Mangel an zugelassenen Psychotherapeuten bestanden.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 18.07.2006 – B 1 KR 25/05 R –*

RID 06-04-190

B) PSYCHOLOG. PSYCHOTHERAPIE-BEHANDLUNG DURCH SOG. KOSTENERSTATTER

BSG, Urt. v. 18.07.2006 – B 1 KR 9/05 R –

RID 06-04-191

Art. 10 PsychThG-EG schafft keine neue Anspruchsgrundlage für Versicherte neben § 13 III SGB V. Versicherte haben keinen Kostenerstattungsanspruch aus § 13 III SGB V, wenn sie sich trotz (durch zugelassene Leistungserbringer) sichergestellter Versorgung von Therapeuten behandeln lassen, die bis zum 31.12.1998 als **Erstattungstherapeuten** tätig waren, als Psychotherapeuten approbiert sind und deren rechtzeitig gestellte Anträge auf Zulassung oder Ermächtigung zur Zeit der Behandlung noch nicht bestands- oder rechtskräftig abgelehnt worden sind.

2. ARZNEIMITTEL: NICHT ZUGELASSENES ARZNEIMITTEL (TOMUDEX/„RALITREXED“)

BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 7/05 R –

RID 06-04-192

Leitsätze: 1. Die verfassungsrechtliche Konkretisierung der Leistungsansprüche von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung bei lebensbedrohenden, tödlich verlaufenden Erkrankungen entsprechend der Rechtsprechung des BVerfG (Beschluss vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5 = NZS 2006, 84 = NJW 2006, 891 = MedR 2006, 164) gilt sinngemäß auch für die Versorgung mit Arzneimitteln.

2. Versicherte können in notstandsähnlichen Situationen insoweit unter engen Voraussetzungen die Versorgung mit arzneimittelrechtlich in Deutschland bzw. EU-weit nicht zugelassenen Import-Fertigarzneimitteln beanspruchen (Fortentwicklung von BSG vom 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 R = BSGE 93, 236 = SozR 4-2500 § 27 Nr 1 - Visudyne).

3. HILFSMITTEL

A) ZWEISITZIGES ELEKTROFAHRZEUG

BSG, Urt. v. 24.05.2006 – B 3 KR 12/05 R –

RID 06-04-193

Leitsatz: Zum Anspruch einer blinden und gehbehinderten Krankenversicherten auf Ausstattung mit einem zweisitzigen Elektrorollstuhl, wenn die zur Verfügung stehende Hilfsperson selbst gehbehindert ist.

B) HILFSMITTELEIGENSCHAFT: VOJTA-LIEGE

BSG, Urt. v. 03.08.2006 – B 3 KR 25/05 R –

RID 06-04-194

Leitsatz: Ein Hilfsmittel iS der gesetzlichen Krankenversicherung muss nicht auf den Körper des Versicherten einwirken; es dient auch dann der Sicherung der ärztlichen Behandlung, wenn es die häusliche Behandlung durch eine Hilfsperson ermöglicht oder erheblich erleichtert (hier: sog Vojta-Liege).

4. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE: KOSTENERSTATTUNG BEI VORHERIGER VERGÜTUNGSVERPFLICHTUNG

BSG, Urt. v. 03.08.2006 – B 3 KR 24/05 R –

RID 06-04-195

Leitsätze: Dem Anspruch eines Versicherten gegen die Krankenkasse auf Erstattung der Kosten für die Selbstbeschaffung von unaufschiebbaren Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: Insulininjektionen) steht nicht entgegen, dass der Versicherte sich gegenüber dem Pflegedienst schon vor der Entscheidung der Krankenkasse zur Zahlung der Vergütung verpflichtet hat, falls die Krankenkasse die Bewilligung der Pflegemaßnahmen als Sachleistung ablehnen sollte (Weiterführung von BSG vom 24.9.1996 - 1 RK 33/95 = BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11, BSG vom 25.9.2000 - B 1 KR 5/99 R = SozR 3-2500 § 13 Nr 22 und BSG vom 19.6.2001 - B 1 KR 23/00 R = SozR 3-2500 § 28 Nr 6).

5. KEINE FAHRKOSTEN ZUR METHADON-BEHANDLUNG

BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 20/05 R –

RID 06-04-196

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Erstattung der Fahrkosten zur Methadon-Substitution. Es handelt sich um **keinen Ausnahmefall** im Sinne der beispielhaft aufgeführten Diagnosen in der Anlage 2 zu § 8 der **Krankentransport-Richtlinien**. Die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf beeinträchtigt einen Versicherten nicht in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Es fehlt gerade an der zwingenden medizinischen Notwendigkeit der Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Die gesetzeskonforme Konkretisierung der Ausnahmen nach § 60 I 3 SGB V durch die Krankentransport-RL ist nicht aufgrund ranghöheren Rechts erweiternd auszulegen.

6. APOTHEKER

A) RETAXIERUNG BEI VERSTOß GEGEN ABGABEVORSCHRIFTEN

BSG, Urt. v. 03.08.2006 – B 3 KR 7/05 R –

RID 06-04-197

Leitsatz: Gibt ein Apotheker vertragsärztlich verordnete Arzneimittel unter Verstoß gegen bundeseinheitlich vereinbarte Abgabevorschriften ab, steht ihm gegen die Krankenkasse auch dann kein Anspruch auf Vergütung zu, wenn sich die Arzneimittelabgabe nachträglich als sachgerecht erweist.

B) AUSSCHLUSSFRIST IN ARZNEIMITTELLIEFERUNGSVERTRAG FÜR ABRECHNUNG/VERZUGSZINSEN

BSG, Urt. v. 03.08.2006 – B 3 KR 7/06 R –

RID 06-04-198

Die Auslegung einer Regelung in einem Arzneimittellieferungsvertrag nach § 129 SGB V, nach der ein Apotheker nach Ablauf einer **Ausschlussfrist** von einem Monat seinen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Vergütung der "verfristeten" Verordnungen nicht mehr geltend machen kann, als materielle Ausschlussfrist ist nicht geboten. Das billigenswerte Ziel möglichst frühzeitiger, zu einem einheitlichen Zeitpunkt abgeschlossener Abrechnungen der Apothekerleistungen erfordert eine derart rigide Ausschlussfrist nicht.

Auf die Forderung eines Apothekers fallen **Verzugszinsen** gemäß § 61 Satz 2 SGB X und § 69 Satz 3 SGB V i.V.m. §§ 288 I, 286 BGB analog an.

C) VERGÜTUNGSANSPRUCH BEI VERSTOß GEGEN ARZNEIMITTELLIEFERUNGSVERTRAG

BSG, Urt. v. 03.08.2006 – B 3 KR 6/06 R –

RID 06-04-199

Leitsätze: Die Krankenkasse hat gegen einen Apotheker einen **Rückzahlungsanspruch** unter Einschluss der Zuzahlung des Versicherten, wenn sich bei der Rechnungsüberprüfung herausstellt, dass der Apotheker das Arzneimittel unter Verstoß gegen landesvertragliche Abgabebestimmungen (§ 129 Abs. 5 SGB V) - hier: Überschreitung der einmonatigen Frist zur Vorlage eines Kassenrezeptes - abgegeben hat.

7. GESPALTENE KOSTENENTSCHEIDUNG (HIER: Kniebewegungsschiene CAMOPED)

BSG, Beschl. v. 26.07.2006 – B 3 KR 6/06 B – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 06-04-200

Kostenentscheidung, Prozessstandschafter, Hilfsmittelerbringer, Versicherter, Pauschgebührenpflicht

SGG §§ 184 I, 193, 197a

Klagt ein Versicherter im **eigenen Namen** auf Kostenfreistellung und hilfsweise zugleich aus **abgetretenem Recht** des Leistungserbringers, so ist eine **differenzierte Kostenentscheidung** erforderlich.

Den Fall, dass ein Kläger einerseits als Versicherter auftritt und andererseits als Prozessstandschafter für einen nicht von § 183 SGG erfassten Dritten, hat der Gesetzgeber ersichtlich übersehen. Insoweit ist das Gesetz unter Berücksichtigung der Systematik der sozialgerichtlichen Kostenvorschriften auszulegen. Es ist eine **kombinierte Kostenentscheidung** nach 193 SGG (bei bestehender Pauschgebührenpflicht) und § 197a SGG zu treffen. Eine einheitliche Kostenentscheidung entweder nach § 183 SGG oder nach § 197a SGG ist nicht geboten. Dies gilt nicht nur bei kumulativer Klagehäufung, sondern auch bei einer **Eventualklagehäufung**, wenn über den Hauptanspruch und den Hilfsanspruch entschieden worden ist und die Streitgegenstände unterschiedlichen Kostenregelungen unterliegen.

Die Kl. wurde nach einer Knieoperation im Krankenhaus mit einer vom behandelnden Krankenhausarzt verordneten Kniebewegungsschiene des Typs CAMOPED versorgt, die von der als Leistungserbringer nach § 126 SGB V zugelassenen GmbH produziert und vertrieben wird. Die Aufnahme der CAMOPED-Kniebewegungsschiene in das Hilfsmittelverzeichnis ist im Jahre 2002 beantragt worden, das Prüfverfahren dauert aber noch an. Den Mietzins hat die GmbH mit der Kl. gestundet. Die Kl. hatte beantragt, (1) die Bekl. zu verurteilen, sie von den Mietzinsen in Höhe von 562,26 € nach § 13 III SGB V freizustellen (Hauptantrag), (2) hilfsweise festzustellen, dass die Bekl. verpflichtet ist, ihr diese Mietzinsen im Rahmen des § 31 III SGB IX zu erstatten sowie (3) äußerst hilfsweise, die Bekl. zu verurteilen, an sie die Mietzinsen aus abgetretenem Recht der GmbH zu zahlen, wobei das LSG die "Abtretungserklärung" als Einziehungsermächtigung ausgelegt hat. Das **SG** wies die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung zurück; die Kl. hat die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen zu tragen, soweit die Forderung aus fremdem Recht eingeklagt worden sei (2. Hilfsantrag). Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil hat die Kl. zurückgenommen. Kostenanträge zum Beschwerdeverfahren sind nicht gestellt worden. Das **BSG** legte der Kl. auf, die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu tragen, soweit sie die Zahlungsklage aus fremdem Recht erhoben hat (2. Hilfsantrag). Im Übrigen sind Kosten des Beschwerdeverfahrens nicht zu erstatten.

C. Entscheidungen anderer Gerichte

I. Ärztliches Berufsrecht

1. BERUFSERLAUBNIS AUF DAUER UNTER AUFLAGEN

VG Minden, Urt. v. 28.09.2006 – 7 K 3968/04 – juris

RID 06-04-201

Zahnarzt, Patientenschutz, Berufserlaubnis, Auflage, Berufsfreiheit

ZHG § 2 II 1 Nr. 1, 2 II 5, 13 I, III 2; GG Art. 12

Entsprechen zwar die praktischen Leistungen eines in der **Türkei ausgebildeten Zahnarztes** nicht denjenigen eines in der Bundesrepublik ausgebildeten Zahnarztes, ist die weitere zahnärztliche Tätigkeit jedoch ohne Beeinträchtigung der gesundheitlichen Belange von Patienten möglich, so rechtfertigt der **Patientenschutz** es nicht, dem Zahnarzt jede zahnärztliche Tätigkeit zu verbieten. Vielmehr besteht nach § 13 II 1 ZHG die Möglichkeit, ihm eine Berufserlaubnis unter Auflagen zu erteilen, die sicherstellen, dass ein approbierter Zahnarzt die Verantwortung für die Tätigkeit den Zahnarzt übernimmt.

Es ist geboten, § 13 ZHG in der Weise **verfassungskonform auszulegen**, dass deutschen Staatsangehörigen, die eine im Ausland abgeschlossene, nicht gleichwertige zahnärztliche Ausbildung besitzen und deren zahnärztliche Tätigkeit unter bestimmten Voraussetzungen keine gesundheitliche Gefahr für Patienten bedeutet, eine **dauerhafte Berufserlaubnis** unter geeigneten Auflagen zu erteilen ist.

2. NOTDIENSTPFLICHTEN EINES NICHTVERTRAGSARZTES

VG Minden, Urt. v. 31.08.2006 – 7 K 1506/06 – juris

RID 06-04-202

Ärztekammer, Notfalldienst, Notfalldienstordnung, Kassenärztliche Vereinigung

HeilberG NRW § 30; GG Art. 3 I

Überträgt eine Ärztekammer ihre Aufgaben hinsichtlich der Organisation und Durchführung des Notfalldienstes im Wesentlichen auf die KV, so kann in einer **Gemeinsamen Notfalldienstordnung** die Zuständigkeit der KV hinsichtlich der Heranziehung für den Notfalldienst auch für Nichtvertragsärzte vorgesehen werden.

Die Heranziehung zum Notfalldienst kann durch **Verwaltungsakt** erfolgen.

Die in der Heranziehung eines niedergelassenen Arztes zum ärztlichen Notfalldienst liegende **Berufsausübungsregelung** ist aus vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls geboten.

Auch wenn ein funktionsfähiger Notfalldienst bereits durch die alleinige Heranziehung der Vertragsärzte sichergestellt werden könnte und die Anzahl der **Privatärzte** nicht nennenswert ins Gewicht fiele, verbietet es das Gleichbehandlungsgebot nicht, alle vom organisierten Notfalldienst profitierenden niedergelassenen Ärzte zu diesem heranzuziehen. Zugleich hat der Gesetzgeber damit den Teilnehmerkreis hinreichend konkret bestimmt (vgl. BVerwG, Urt. v. 09.06.1982 - 3 C 21.81 - BVerwGE 65, 362 = NJW 1983, 1387; VGH Baden- Württemberg, Urt. v. 03.11.1998 - 9 S 3399/96 - DVBl. 1999, 1048).

Die Notdienstordnung kann vorsehen, dass die **Befreiung vom Notfalldienst** nur bei einer Einschränkung der Praxis in Betracht kommen kann. Solange ein Arzt unvermindert seine Tätigkeit ausübt, hat er auch am Notfalldienst teilzunehmen, ggf. durch die Bestellung eines Vertreters (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.12.2004 – L 10 KA 5/04 – RID 05-02-34; LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 29.01.1997 - L 5 Ka 1664/96 – juris).

Ein Arzt ist berufsrechtlich verpflichtet, sich auch für den **Notfalldienst fortzubilden**.

S. a. *SG Marburg*, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 944/05 – RID 06-04 (diese Ausgabe).

3. UNTERSAGUNG DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

VGH Bayern, Urt. v. 01.08.2006 – 25 CS 06.1951 – juris

RID 06-04-203

Substitutionspatient, Substitutionsbehandlung, Betäubungsmittelverkehr,

BtMG § 22 I Nr. 4 Satz 2

Das **Verhalten eines Arztes** bei der Behandlung von Substitutionspatienten stellt eine dringende **Gefahr für die Sicherheit** und die Kontrolle des **Betäubungsmittelverkehrs** i.S.v. § 22 II Nr. 4 Satz

1 BtMG dar, wenn er weder bei der nach § 5 VIII Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) nur ausnahmsweise zulässigen Aushändigung einer Verschreibung des Substitutionsmittels an den Patienten (sog. Take-Home-Verordnungen) noch den entsprechenden Dokumentationspflichten (§ 5 X BtMVV) die im Interesse der Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs sehr strikten Vorschriften der Verordnung und der aufgrund § 5 XII BtMVV ergangenen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger ausreichend beachtet. Diese Voraussetzungen liegen vor, wenn der Arzt auch nach dem Tod eines Patienten, der entgegen § 5 VIII 3 trotz Beikonsums anderer Betäubungsmittel eine größere Menge des Substitutionsmittels erhalten und sich injiziert hatte, trotz staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen, trotz mehrfacher Beanstandung durch Behörden, trotz konkreter Anordnungen zur Verschreibungspraxis und zur Dokumentation nicht bereit ist, seine Behandlungspraxis zu verändern.

4. BGH: KÜNDIGUNGSFRIST FÜR BELEGARZTVERTRAG

BGH, Urt. v. 20.07.2006 - III ZR 145/05 - www.bundesgerichtshof.de

RID 06-04-204

Kündigungsfrist, Belegarztvertrag
BGB § 311 I

Leitsätze: a) Ist in einem Vertrag zwischen einem Belegarzt und dem Träger des Krankenhauses nicht verabredet, in welcher **Frist** das Vertragsverhältnis **gekündigt** werden kann, ist in der Regel davon auszugehen, dass **sechs Monate** angemessen sind, um dem anderen Vertragsteil die im Hinblick auf die Kündigung notwendigen Dispositionen zu ermöglichen.

b) Sollen im Kündigungszeitpunkt vorliegende Umstände abweichend hiervon eine kürzere Kündigungsfrist rechtfertigen oder eine längere verlangen, trägt die Partei die **Beweislast**, die damit eine kürzere oder längere Frist für sich in Anspruch nehmen will.

5. ARZTWERBUNG: "FALTENBEHANDLUNG MIT BOTOX"

OLG Frankfurt am Main, Urt. v. 31.08.2006 – 6 U 118/05 – www.vg-wiesbaden.justiz.hessen.de

RID 06-04-205

Falten, Faltenbehandlung, Arztwerbung, Botox, Werbung, Arzt, Reklame
HeilMWERB § 10 I; UWG, §§ 3, 4 Nr. 11

Leitsatz: Das Recht eines Arztes auf werbliche Selbstdarstellung steht dem Verbot einer Publikumswerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht entgegen, wenn der Arzt in einer Anzeige neben anderen Behandlungsmethoden eine "Faltenbehandlung mit Botox" aufführt (Abgrenzung zu BVerfG Botox-Faltenbehandlung, GRUR 2004, 797).

6. VERBOTENE PATIENTENAUKTION: INTERNETPLATTFORM „MARKTPLATZ FÜR ZAHNARZTLEISTUNGEN“

LG München I, Urt. v. 15.11.2006 – 1 HK O 7890/06 –

RID 06-04-206

Der Betrieb einer Internetplattform, die sich selbst als „Marktplatz für Zahnarztleistungen“ bezeichnet und „Aktuelle Auktionen“ für Behandlungsleistungen anbietet, bei der Zahnärzte dort Kostenschätzungen von Kollegen, die diese etwa im Rahmen eines Heil- und Kostenplans gegenüber ihren Patienten abgegeben haben, durch eigene Schätzungen unterbieten können, wobei nach Ablauf der Auktionslaufzeit der Plattformbetreiber dem Patienten die Kostenschätzungen der fünf billigsten Bieter zuleitet, die so auf neue Aufträge hoffen können und der Patient für diesen Service nur einen geringen Betrag zahlt, der Zahnarzt, der den Behandlungsauftrag erhält, dagegen 20 % seines Honorars an die Beklagte abführen und sich nach Abschluss seiner Behandlung einer Bewertung durch den Patienten stellen muss, die bei Folgeangeboten auf der Plattform der Beklagten veröffentlicht wird, ist unzulässig. Es liegt eine **Wettbewerbsverletzung** vor, da Zahnärzte zur **Bezahlung von Provision für neue Patienten** verleitet werden. Dies verbieten in Deutschland die Berufsordnungen für Ärzte. Standeswidrig ist nach der Berufsordnung für Bayerische Zahnärzte auch das **Verdrängen eines Zahnarztkollegen** aus seiner Behandlungstätigkeit.

Vgl. Pressemitteilung v. 17.11.2006 - www4.justiz.bayern.de/lgmuenchen1 -

7. GESETZESWIDRIGES FINANZIERUNGSSYSTEM EINES BERUFSSTÄNDISCHEN VERSORGUNGSWERKS

OVG Niedersachsen, Urt. v. 20.07.2006 – 8 LC 11/05 – www.dbovg.niedersachsen.de

RID 06-04-207

Finanzierungssystem, Versorgungswerk, Zahnärztekammer

ZÄASiO ND §§ 12, 12a, 12c, 28, 29; GG Art. 14 I; HKG §§ 9, 12

Leitsätze: 1. Das Finanzierungssystem des Versorgungswerks der Zahnärztekammer Niedersachsen ist wegen Verstoßes gegen § 12 HKG unwirksam.

2. Ein Versorgungswerk der Heilberufe hat nach § 12 HKG die Aufgabe, seinen Pflichtmitgliedern lebenslang eine grundsichernde Altersrente zu gewähren. Dieser Regelungsauftrag schließt das Ziel ein, die durch Inflation entstehenden Realwertverluste möglichst auszugleichen. Dazu muss ein bewährtes Finanzierungssystem gewählt werden.

3. Das Finanzierungssystem des Versorgungswerks der Zahnärztekammer Niedersachsen, das in § 12c ASO i. V. m. §§ 12a Abs. 1, 29 Abs. 2 ASO (ZÄASiO ND) zum Ausdruck kommt, hat sich nicht bewährt, steht deshalb mit § 12 HKG nicht in Einklang und ist unwirksam.

OVG Niedersachsen, Urt. v. 20.07.2006 – 8 LC 12/05 – www.dbovg.niedersachsen.de

RID 06-04-208

Leitsätze: 1. § 12c ASO i. V. m. §§ 12 a Abs. 1, 29 Abs. 2 ASO sind wegen Verstoßes gegen § 12 HKG unwirksam (siehe Senatsurteil vom 20.7.2006 - 8 LC 11/05 -).

2. Rentnern des Altersversorgungswerks der Zahnärztekammer Niedersachsen steht auch für das Jahr 2003 (vgl. für das Jahr 2004 das Senatsurt. v. 20.07.2006 - 8 LC 11/05 -) nur ein Anspruch auf Neubewertung ihres Begehrens zu, eine höhere als die vom Leitenden Ausschuss beschlossene Rentenanpassung zu erhalten.

II. Arzthaftung

1. SCHWEIGEPFLICHT AUCH BEI AUSKÜNFTE AN EIGENE PATIENTEN

OLG Karlsruhe, Urt. v. 23.06.2006 – 14 U 45/04 – juris

RID 06-04-209

Patient, Mitpatient, Auskunft, Schweigepflicht, Identität

BGB §§ 203 I Nr. 1, 242; StGB §§ 34, 203 III 2; StPO § 53 I Nr. 3

Leitsätze: 1. Die ärztliche Schweigepflicht bezieht sich auch auf die Identität des Patienten.

2. Die ohne Einwilligung des Patienten erfolgte Offenlegung seiner Identität durch den Arzt oder dessen berufsmäßigen Gehilfen kann gerechtfertigt sein, wenn sie zum Schutz höherwertiger Rechtsgüter erfolgt.

3. Die Verpflichtung des Arztes zur Wahrung des Geheimbereichs des einen Patienten hat Vorrang gegenüber seiner vertraglichen Nebenpflicht zur Hilfe bei der Geltendmachung von gegen diesen Patienten gerichteten etwaigen Schadensersatzansprüchen eines anderen Patienten.

2. SCHADENSERSATZ BEI SCHÄDLICHER OPERATION

OLG Koblenz, Urt. v. 02.03.2006 – 5 U 1052/04 – juris = VersR 2006, 978

RID 06-04-210

LASIK-Operation, Kausalverlauf, Vollstreckungsabwehrklage, Schmerzensgeld, Astigmatismus

BGB §§ 823, 847

Leitsätze: 1. Bei einer Hornhautschwäche in Form eines Keratokonus ist eine **LASIK-Operation** kontraindiziert. Die Ungewissheit des Kausalverlaufs ohne den Eingriff wirkt sich zulasten des Arztes aus, wenn es keine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür gibt, dass der Patient ohne LASIK-Operation heute nicht oder nur in herabgesetztem Maß sehtüchtig wäre.

2. Ist eine Besserung des derzeitigen Zustands möglich, kann der verurteilte Arzt **Vollstreckungsabwehrklage** erheben, wenn eine relevante Änderung eintritt.

3. Dass ein **Feststellungsantrag** auch bereits eingetretene und damit bezifferbare Schäden umfasst, führt nicht zur teilweisen Unzulässigkeit des Feststellungsbegehrens.

4. Zur **Schmerzensgeldbemessung** für die Folgen einer kontraindizierten Augenoperation (Astigmatismus).

3. HYGIENEMÄNGEL IN ARZTPRAXIS

OLG Koblenz, Urt. v. 22.06.2006 – 5 U 1711/05 – juris

RID 06-04-211

Hygienemangel, Arztpraxis, Injektion, Hygieneregeln, Beweislast
BGB §§ 823, 847

Leitsatz: Kommt es nach einer Injektion zu einem Spritzenabszess und steht fest, dass es in der Arztpraxis gravierende Hygienemängel gab, muss der Arzt beweisen, dass der Schaden auch bei Beachtung der maßgeblichen Hygieneregeln eingetreten wäre.

III. Arzneimittel

1. NIEDERL. VERSANDHANDELSAPOTHEKE UND VERBOT EINER FILIALAPOTHEKE

LG Saarbrücken, Urt. v. 09.08.2006 – 7 I O 77/06 – juris

RID 06-04-212

Versandhandelsapotheker, Filialapotheker
UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8; ApoG §§ 1, 2, 8; EGV §§ 43, 47, 48

Wird einer nach niederländischem Recht gegründete Kapitalgesellschaft mit Sitz in den Niederlanden, die den Versandhandel mit Medikamenten betreibt, durch Verwaltungsakt gestattet, in Saarbrücken eine Versandhandelsapotheker zu betreiben, die durch eine verantwortliche Apothekerin geleitet wird, so kann eine **konkurrierende Apothekerinhaberin** keine gerichtliche **Verbotsverfügung** erlangen.

Ist die **Betriebserlaubnis** entgegen dem Wortlaut der §§ 1, 2, 8 Apothekengesetz ergangen, wonach die Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheker bzw. Filialapotheker nur natürlichen Personen erteilt werden darf, die eine Approbation als Apotheker besitzen, so führt dies für sich allein noch nicht zur **Nichtigkeit** des Verwaltungsaktes.

VG für das Saarland, Beschl. v. 12.09.2006 – 3 F 38/06 – juris

RID 06-04-213

Filialapotheker, Apothekerkammer, Apothekerverband, Apotheker, Apothekengenehmigung
ApoG §§ 2, 5, 7, 8; VwVfG § 44; VwGO § 42 II; GG Art. 3 I, 12 I

Ein Anordnungsanspruch auf Schließung der von der Beigeladen betriebenen Filialapotheker besteht nicht (§ 5 ApoG), da die erteilte **Erlaubnis** nicht nichtig ist.

Eine **Apothekerkammer** und der Deutsche **Apothekerverband** können, anders als ein **Apotheker**, nicht geltend machen, durch die Genehmigung einer Filialapotheker **in ihren Rechten verletzt** zu sein (§ 42 II VwGO).

Bestehen erhebliche Zweifel, ob das Interesse eines Apothekerbetreibers am Sofortvollzug einer Apothekengenehmigung das Interesse konkurrierender Apotheker an der Aussetzung des Verfahrens überwiegt, so kommt dem **öffentlichen Interesse** an der Einhaltung der deutschen Rechtsvorschriften des Apothekengesetzes – im Hinblick auf die offene Frage, ob ein Verstoß gegen die europäische Niederlassungsfreiheit vorliegt – im Rahmen der Interessenabwägung ausschlaggebende Bedeutung zu. Dem deutschen Apothekenrecht liegt ausgehend von der Erkenntnis, dass Arzneimittel keine gewöhnlichen Waren, sondern die wichtigsten Hilfsmittel der ärztlichen Kunst zur Heilung und Vorbeugung von Krankheiten sind und zur Linderung von Schmerzen dienen, und dass dem Apotheker, dem vorrangig die geordnete Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zukommt, als besonderem, qualifizierten Beruf des Gesundheitswesens eine große Verantwortung im Rahmen der öffentlichen Aufgabe der Arzneimittelversorgung obliegt, das **Leitbild des „Apothekers in seiner Apotheke“** zugrunde.

Nach der Konzeption des Apothekengesetzes soll eine **Aufspaltung der Verantwortung des Apothekers** in eine gesundheitliche und eine wirtschaftliche Leitung gerade vermieden werden. An der Einhaltung dieser gesetzgeberischen Grundentscheidung durch die Behörden besteht jedenfalls solange ein erhebliches öffentliches Interesse – im Interesse der Volksgesundheit –, bis die Vereinbarkeit oder Nichtvereinbarkeit der nationalen Rechtsvorschriften mit der Europäischen Niederlassungsfreiheit im Hauptsacheverfahren geklärt ist.

OVG Saarland, Beschl. v. 26.09.2006 – 3 W 14/06 – juris

RID 06-04-214

OVG Saarland, Beschl. v. 26.09.2006 – 3 W 15/06 – juris

RID 06-04-215

Aussetzung der sofortigen Vollziehung,
VwGO §§ 149 S. 1, 173; ZPO § 570 I, III

Die Anträge auf Aussetzung der sofortigen Vollziehung der stattgebenden Teile des Beschlusses des VG des Saarlandes vom 12.09.2006 – 3 F 38/06 bzw. 3 F 39/06 – bis zur Entscheidung über ihre

Beschwerden werden zurückgewiesen. Die bei dem derzeitigen Stand des Beschwerdeverfahrens nur mögliche überschlägige Würdigung der Sach- und Rechtslage ergibt, dass die Sache komplexe Fragen im Verhältnis von Gemeinschaftsrecht zu nationalem Recht nicht nur auf der Ebene der Vorausbeurteilung der Erfolgsaussichten der Hauptsache, sondern auch auf der Ebene der vom Verwaltungsgericht vorgenommenen allgemeinen Interessenabwägung aufwirft, die einer **eingehenderen Prüfung im Beschwerdeverfahren bedürfen** und gegenwärtig eine nur einigermaßen verlässliche Prognose über dessen voraussichtlichen Ausgang ausschließen.

2. BESTELL- UND ABHOLSERVICE FÜR ARZNEIMITTEL IN DM-DROGERIEN ZULÄSSIG

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.11.2006 – 13 A 1314/06 –

RID 06-04-216

Ordnungswidrigkeit, Drogerie, Drogeriefiliale, Versandhandel, Abholservice
AMG § 43 I

Der Vertrieb von Arzneimitteln über Drogeriefilialen ist zulässig, wenn das Unternehmen in Kooperation mit einer in den Niederlanden ansässigen Apotheke den Vertrieb so gestaltet, dass die Kunden in der Drogeriefiliale Bestellungen und Rezepte in Versandtaschen stecken, die in einem Behälter gesammelt, nach Venlo versandt und dort bearbeitet werden und der Kunde die Arzneimittel etwas später in derselben Filiale abholen kann, in der er die Bestellung aufgegeben hat. Europarechtliche Bedenken bestehen nicht. Mit der Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln ist auch das **Sammeln von Rezepten in Briefkästen** oder wie hier in Bestellboxen in den dm-Filialen zugelassen.

Im Juni 2004 hatte die **Firma dm in Kooperation mit einer Versandhandelsapotheke in Venlo, Niederlande**, in acht Testfilialen in Düsseldorf, Krefeld, Mönchengladbach und Viersen einen Bestell- und Abholservice für Arzneimittel eingerichtet: Der Kunde füllte den in der dm-Filiale ausliegenden Bestellschein aus, steckte ihn - bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln zusammen mit dem Rezept - in eine Bestelltasche und warf diese in eine Bestellbox. Spätestens 72 Stunden später konnte der Kunde das Paket mit den aus Venlo gelieferten Arzneimitteln in der dm-Filiale abholen. Der **Oberbürgermeister der Stadt Düsseldorf** sah darin einen Verstoß gegen das Arzneimittelrecht, das eine Abgabe apothekenpflichtiger Arzneimittel nur in einer Apotheke oder im genehmigten Versandhandel durch eine Apotheke vorsehe, und **untersagte den Service**. Die Firma dm und die Versandhandelsapotheke setzten daraufhin ihre Kooperation aus. Im vorläufigen Rechtsschutzverfahren hatte die Firma dm weder vor dem VG Düsseldorf noch im Beschwerdeverfahren vor dem OVG Erfolg. Im Hauptsacheverfahren wurde ihre Klage vom **VG Düsseldorf**, Urt. v. 15.02.2006 – 16 K 5720/04 – RID 06-02-201 abgewiesen. Das **OVG** gab der Klage statt.

Vgl. Pressemitteilungen des Oberverwaltungsgerichts v. 07.11.2006 - <http://www.ovg.nrw.de> -

3. ZUZAHLUNGSGUTSCHEINE EINER ONLINE-VERSANDHANDELS-APOTHEKE ZULÄSSIG

LG Osnabrück, Urt. v. 18.09.2006 – 18 O 487/06 – www.landgericht-osnabrueck.niedersachsen.de

RID 06-04-217

Zuzahlungsgutschein, Online-Versandhandels-Apotheke, Wettbewerbsrecht, Sozialrecht
SGB V §§ 63, 64, 69; UWG §§ 4, 8

Die Kooperation zwischen einer Online-Versandhandels-Apotheke und den Krankenkassen, die ihren Mitgliedern von der Apotheke erhaltene sog. Zuzahlungs- Gutscheine an die Versicherten weiterleitet, die die Apotheke bei einer Bestellung rezeptpflichtiger Medikamente auf die gesetzliche Zuzahlung anrechnet und dadurch den Kunden faktisch einen Rabatt in Höhe der Zuzahlung gewährt, ist **ausschließlich nach den Vorschriften des Sozialrechts zu beurteilen**.

4. UNZULÄSSIGE EINLESUNG EINER VERORDNUNG DURCH ARZTPRAXIS FÜR APOTHEKE

LG Osnabrück, Urt. v. 19.05.2006 – 13 O 146/06 – www.iww.de/quellenmaterial

RID 06-04-218

Vertragsarzt, Praxis, Computer, Apotheke, Kommunikationsrechner, Verordnung, Apotheke
UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8 I 1; BO Niedersachsen § 34 V

Niedergelassene Ärzte dürfen in ihren Praxen keine Computer betreiben, von denen aus Patienten ihre Rezepte direkt an eine bestimmte Apotheke schicken können. Einem Unternehmen ist es untersagt, in Arztpraxen sog. Kommunikationsrechner aufzustellen, mit denen Verordnungen eingelesen werden können, was direkt eine Bestellung bei einem kooperierenden Gesundheitsdienstleister, in der Regel eine Apotheke, auslöst.

5. VIOXX®: KEIN NACHWEIS FÜR VERURSACHUNG EINER HERZERKRANKUNG

LG Berlin, Urt. v. 18.10.2006 – 22 O 122/06 –

RID 06-04-219

LG Berlin, Urt. v. 18.10.2006 – 22 O 75/06 –

RID 06-04-220

Vioxx®, Schmerzensgeld, Auskunftsanspruch, Pharmaunternehmen, Herzerkrankung

BGB § 823; ArzneimittelG §§ 84, 84a

In einem Fall verlangte die Klägerin ein **Schmerzensgeld** von mindestens 80.000 € sowie die Feststellung, dass das beklagte Pharmaunternehmen ihr zukünftige materielle und immaterielle Schäden zu ersetzen habe. Das LG befand, dass die Klägerin **nicht dargelegt** habe, dass das **Medikament Vioxx® konkret geeignet** war, die bei ihr aufgetretene Erkrankung hervorzurufen. Ein auf § 84 des Arzneimittelgesetzes gestützter Anspruch setze einen vollständigen Vortrag zu allen Umständen des Einzelfalls voraus, die auf die Schadensverursachung Einfluss haben könnten. Hier sei eine andere Schadensursache, nämlich eine chronische Erkrankung der Klägerin, in Betracht gekommen. Darauf habe das beklagte Pharmaunternehmen hingewiesen, ohne dass die Klägerin dieser Behauptung konkret entgegengetreten sei. Damit entfalle die gesetzliche Vermutung der Kausalität zwischen der Einnahme des Arzneimittels und dem Schaden.

Im zweiten Fall verlangte der Kläger von dem beklagten Unternehmen **Auskunft** über die dort bekannten Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und diesbezügliche Verdachtsfälle hinsichtlich der schädlichen Wirkungen des bis zum 30.09.2004 in Deutschland vertriebenen Medikaments Vioxx®. Das LG wies diesen auf § 84a Arzneimittelgesetz gestützten Auskunftsanspruch zurück. Der Kl. habe nicht die notwendigen Tatsachen vorgetragen, die einen Schluss darauf zuließen, dass zwischen der Einnahme des Arzneimittels und dem konkreten Schaden ein Zusammenhang bestehe. Allein die Äußerung eines unbestimmten **Verdachts** reiche nicht zur Begründung des Auskunftsanspruchs aus. Der Kl. hätte konkrete Tatsachen vortragen müssen, die bei der vom Gericht vorzunehmenden Plausibilitätsprüfung als Indizien für die Verursachung heranzuziehen gewesen wären. Im Übrigen bestehe ein Auskunftsanspruch nur bei bestimmungsgemäßer Einnahme des Medikaments. Der Kläger habe die bestimmungsgemäße Einnahme jedoch nicht hinreichend belegt.

Vgl. Pressemitteilung Nr. 38/2006 vom 18.10.2006 - www.berlin.de/sen/justiz/gerichte -

IV. Verschiedenes

1. EGMR: RECHTSSCHUTZ IN DEUTSCHLAND GEGEN ÜBERLANGE DAUER DES ZIVILVERFAHRENS

EGMR, Urt. v. 08.06.2006 – 75529/01 – (Stürmeli/Deutschland) NJW 2006 (Heft 33), 2394

RID 06-04-221

Rechtsbehelf, Verfahrensdauer, Untätigkeitsbeschwerde, Entschädigung

EMRK Art. 6 I, 13, 35, 41, 46

Die in der deutschen Rechtsordnung vorgesehenen Rechtsbehelfe geben einem Bf. kein wirksames Mittel, sich wegen der Dauer eines anhängigen zivilgerichtlichen Verfahrens zu beschweren und genügen deswegen der Konvention nicht. Die Feststellung einer Konventionsverpflichtung verpflichtet den bekl. Staat rechtlich nicht nur zur Zahlung des nach Art. 41 EMRK als gerechte Entschädigung zugesprochenen Betrags an den Betroffenen, sondern auch dazu, unter Aufsicht des Ministerkomitees allgemeine oder individuelle Maßnahmen in seiner Rechtsordnung zu treffen, um die vom Gerichtshof festgestellte Verletzung abzustellen und die Folgen soweit wie möglich wieder gutzumachen (EGMR, Slg. 2004-V Nr. 192 = NJW 2005, 2521 - Broniowski/Polen).

2. EUGH

A) POSITIVLISTE: PFLICHT ZUR BEGRÜNDUNG UND ZUR RECHTSMITTELBELEHRUNG

EuGH, Urt. v. 26.10.2006 – C-317/05 – curia.europa.eu.

RID 06-04-222

G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG ./ Gemeinsamer Bundesausschuss

Positivliste, Begründung, Rechtsmittelbelehrung

Richtlinie 89/105/EWG Art. 6 Nrn. 1 u. 2

1. Die Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme ist dahin auszulegen, dass sie einer mitgliedstaatlichen Regelung entgegensteht, die nach Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel von den Leistungen des staatlichen Gesundheitssystems einen Rechtsträger dieses Systems zum Erlass von Bestimmungen, die Arzneistoffe von diesem Ausschluss ausnehmen, ermächtigt, ohne ein Verfahren nach Artikel 6 Nummern 1 und 2 der Richtlinie vorzusehen.

2. Artikel 6 Nummer 2 der Richtlinie 89/105 ist dahin auszulegen, dass er den Arzneimittelherstellern, die von einer Entscheidung betroffen sind, aufgrund deren bestimmte Arzneimittel, die von der Entscheidung erfasste Wirkstoffe enthalten, zur Kostenübernahme zugelassen sind, ein Recht auf eine mit einer Begründung und einer Rechtsbehelfsbelehrung versehene Entscheidung gewährt, auch wenn die mitgliedstaatliche Regelung weder ein entsprechendes Verfahren noch Rechtsbehelfe vorsieht.

B) DIFFERENZIERUNG DER ARZNEIMITTELPREISE NACH NATIONALEN KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEMEN

EuGH, Urt. v. 27.09.2006 – T-168/01 – curia.europa.eu.

RID 06-04-223

GlaxoSmithKline Services Unlimited / Kommission der Europäischen Gemeinschaften

Der wesentliche Schluss der Kommission, dass die allgemeinen Verkaufsbedingungen eine Einschränkung des Wettbewerbs bezweckten, da sie unterschiedliche Preise vorsehen, mit denen der Parallelhandel mit Arzneimitteln begrenzt werden soll, geht fehl. Die Kommission ist verpflichtet, Vereinbarungen unter Berücksichtigung ihres rechtlichen und wirtschaftlichen Kontextes zu analysieren. Doch hat die Kommission die **Eigenart des Pharmasektors** nicht ordnungsgemäß berücksichtigt. Anders als es in anderen Wirtschaftssektoren der Fall ist, werden die Preise der Arzneimittel, deren Kosten von den nationalen Krankenversicherungssystemen übernommen werden, nicht frei im Spiel von Angebot und Nachfrage bestimmt, sondern von den **Mitgliedstaaten festgesetzt oder kontrolliert**. Aus diesem Grund kann nicht vermutet werden, dass der Parallelhandel tendenziell die Preise sinken lässt und so tendenziell das Wohlergehen der Endverbraucher vermehrt, wie es ohne diese besondere Regelung der Fall wäre.

Der **Parallelhandel** ermöglicht ein begrenztes, aber tatsächliches Sinken der Arzneimittelpreise und -kosten. Da die allgemeinen Verkaufsbedingungen verhindern, dass dieser Vorteil eintritt, mindern sie das Wohlergehen der Endverbraucher.

C) KEIN ERSATZ DER REISE-, AUFENTHALTS- UND VERPFLEGUNGSKOSTEN BEI KRANKENHAUSBEHANDLUNG

EuGH (Erste Kammer), Urt. v. 15.06.2006 – C-466/04 – curia.europa.eu.

RID 06-04-224

Vorabentscheidungsersuchen des Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, Santander (Spanien) - Manuel Acerea Herrera / Servicio Cántabro de Salud

Soziale Sicherheit, Krankenhauskosten, Reisekosten, Aufenthaltskosten, Verpflegungskosten

EWG-Verordnung Nr. 1408/71 Art. 22

Art. 22 I Buchst. c und II sowie Art. 36 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates v. 14.06.1971 zur Anwendung der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu und abwandern, in der durch die Verordnung (EG) Nr. 118/97 des Rates v. 02.12.1996 geänderten Fassung sind dahin auszulegen, dass sie einem Versicherten, der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, um dort eine seinem Gesundheitszustand angemessene **Krankenhausbehandlung** zu erhalten, außer hinsichtlich der **Kosten** seiner Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus keinen Anspruch gegen diesen Träger auf Ersatz der **Reise-, Aufenthalts- und Verpflegungskosten** verleihen, die ihm und der ihn begleitenden Person entstanden sind.

Eine nationale Regelung, die für den Fall des Buchstabens a, jedoch nicht den des Buchstabens c des Art. 22 I Verordnung Nr. 1408/71 in der durch die Verordnung Nr. 118/97 geänderten und aktualisierten Fassung einen Anspruch auf Leistungen vorsieht, die zu den in dieser Vorschrift vorgesehenen hinzukommen, beeinträchtigt nicht die unmittelbare Wirkung dieses Artikels und verstößt nicht gegen den Grundsatz der loyalen Zusammenarbeit aus Art. 10 EG.

3. BVERFG: SCHUTZ VON GESUNDHEITSDATEN GEGENÜBER VERSICHERER

BVerfG, Beschl. v. 23.10.2006 – 1 BvR 2027/02 – www.bundesverfassungsgericht.de

RID 06-04-225

Vertragsverhältnis, Versicherungsverhältnis, allgemeines Persönlichkeitsrecht, Selbstbestimmung

GG Art. 2 I

Ist jedoch ersichtlich, dass in einem **Vertragsverhältnis** ein Partner ein solches **Gewicht** hat, dass er den Vertragsinhalt faktisch einseitig bestimmen kann, ist es Aufgabe des Rechts, auf die Wahrung der Grundrechtspositionen beider Vertragspartner hinzuwirken, um zu verhindern, dass sich für einen Vertragsteil die Selbstbestimmung in eine Fremdbestimmung verkehrt. Eine solche einseitige

Bestimmungsmacht eines Vertragspartners kann sich auch daraus ergeben, dass die von dem überlegenen Vertragspartner angebotene Leistung für den anderen Partner zur Sicherung seiner persönlichen Lebensverhältnisse von so erheblicher Bedeutung ist, dass die denkbare Alternative, zur Vermeidung einer zu weitgehenden Preisgabe persönlicher Informationen von einem Vertragsschluss ganz abzusehen, für ihn unzumutbar ist.

Der Versicherungsnehmer einer Berufsunfähigkeitsversicherung kann nicht auf die Möglichkeit verwiesen werden, um dieses Selbstschutzes willen einen **Vertragsschluss zu unterlassen** oder die Leistungsfreiheit des Versicherers hinzunehmen.

Es liegt nicht auf der Hand, dass es für das Versicherungsunternehmen unmöglich oder unzumutbar ist, bestimmte **Aufklärungsmaßnahmen** im Voraus zu beschreiben und dem Versicherungsnehmer vorzulegen.

Das Versicherungsunternehmen kann im Zusammenhang mit der Mitteilung, welche Informationserhebungen beabsichtigt sind, dem Versicherten die Möglichkeit zur Beschaffung der Informationen oder jedenfalls eine **Widerspruchsmöglichkeit** einräumen. Der Informationsfluss könnte auch so ausgestaltet werden, dass die befragte Stelle die relevanten Informationen dem Versicherten zur Weiterleitung zur Verfügung stellt, der sie dann gegebenenfalls ergänzen oder unter Verzicht auf seinen Leistungsanspruch von ihrer Weiterleitung absehen kann. Dass derartige oder andere denkbare Vorgehensweisen einen unzumutbaren Aufwand verursachen, ist nicht ohne nähere Prüfung ersichtlich.

Im Übrigen bestehen keine verfassungsrechtlichen Bedenken dagegen, eine **Schweigepflichtentbindung** vorzusehen und dem Versicherten die denkbaren Alternativen freizustellen. Dem Versicherten muss allerdings die Möglichkeit zu informationellem Selbstschutz geboten werden, die er auch ausschlagen kann. Es wäre verfassungsrechtlich grundsätzlich auch unbedenklich, den Versicherten die Kosten tragen zu lassen, die durch einen besonderen Aufwand bei der Bearbeitung seines Leistungsantrags entstehen. Die damit verbundene Kostenlast darf allerdings nicht so hoch sein, dass sie einen informationellen Selbstschutz unzumutbar macht.

4. BGH

A) KUNDENANWERBUNG FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE (GLEITSICHTGLÄSER) UNZULÄSSIG

BGH, Urt. v. 06.07.2006 – I ZR 145/03 – (Kunden werben Kunden) www.bundesgerichtshof.de **RID 06-04-226**

Rabattgesetz, Zugabeverordnung, Wettbewerbswidrigkeit, Gleitsichtgläser
UWG §§ 3, 4 Nr. 1

Leitsatz: Nach Aufhebung des Rabattgesetzes und der Zugabeverordnung folgt die Wettbewerbswidrigkeit des Einsatzes von Laien zur Werbung von Kunden aufgrund des gewandelten Verbraucherleitbilds nicht schon aus der Gewährung nicht unerheblicher Werberprämien, sondern setzt das Vorliegen sonstiger die Unlauterkeit begründender Umstände voraus. Ein solcher Umstand kann darin liegen, dass sich die Werbung auf Waren oder Dienstleistungen bezieht, für die besondere Werbeverbote bestehen (hier: Verbot von Zuwendungen bei Heilmitteln).

B) MDK-STELLUNGNAHME: AUSÜBUNG EINES ÖFFENTLICHEN AMTS

BGH, Urt. v. 22.06.2006 – III ZR 270/05 – www.bundegerichtshof.de. = GesR 2006, 413 **RID 06-04-227**

Amtshaftung, öffentliches Amt, sozialmedizinische Stellungnahme, Vertrauensarzt
GG Art. 34 S. 1; BGB § 839; SGB V § 275

Leitsatz: Der bei einem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung angestellte Arzt, der gegenüber einer Krankenkasse eine Stellungnahme nach § 275 SGB V abgibt, handelt unabhängig davon, ob sein Arbeitgeber öffentlich- oder privatrechtlich organisiert ist, in Ausübung eines öffentlichen Amts.

5. "VITAMETIKERIN" KEINE HEILKUNDE I. S. D. HEILPRAKTIKERGESETZES

OVG Niedersachsen, Urt. v. 20.07.2006 – 8 LC 185/04 – www.dbovg.niedersachsen.de **RID 06-04-228**

Erlaubnis, Gefahr, Heilkunde, Heilpraktiker, Vitametik
Heilmittelwerbeengesetz; HPG § 1 I

Leitsatz: Für eine Tätigkeit als "Vitametiker" ist keine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 des Heilpraktikergesetzes erforderlich.

6. BERUFSUNFÄHIGKEIT EINES ARZTES ("ÄRZTEKLAUSEL")

LG München I, Urt. v. 11.10.2005 – 23 O 16706/04 – juris = VersR 2006, 1246

RID 06-04-229

Herzchirurg, Arzt, Verweisungsberuf
BB-BUZ Heilberufe § 2

Leitsätze: 1. Die "Ärztelklausel" knüpft daran an, dass der Versicherte eine zulässige Tätigkeit als Arzt nicht mehr ausüben kann; sie stellt nicht auf die zuletzt konkret ausgeübte ärztliche Tätigkeit, sondern auf ein sehr allgemeines Berufsbild ab. Es kommt deshalb bei Feststellung der Berufsunfähigkeit des Versicherten nur darauf an, ob er als Arzt arbeiten kann; nicht dagegen, ob die in einem bestimmten Fachgebiet angewandte Tätigkeit ausgeübt werden kann.

2. Die Tätigkeit als Arzt erfordert nicht die praktische Ausübung der Heilkunde am Patienten und die Approbation. Zum Berufsbild des Arztes gehören vielmehr auch Aufgaben im administrativen Bereich, in der Forschung und in der Lehre.

OLG München, Beschl. v.04.05.2006 - 25 U 5096/05 - wies die Berufung des Kl. zurück.

7. STEUERRECHT

A) KEINE GEWERBESTEUERPFLICHT FÜR PATHOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

FG Münster, Urt. v. 31.05.2006 – 1 K 2819/04 G – juris

RID 06-04-230

Revision eingelegt: XI R 41/06

Gemeinschaftspraxis, Pathologe, Gewerbesteuerpflicht, Freiberufler
GewStG § 2 I 2; EStG §§ 15 II 1, 18 I Nr. 1 S. 3

Eine **pathologische Gemeinschaftspraxis** in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts, die histologische und zytologische Untersuchungen für niedergelassene Kassenärzte sowie für Krankenhäuser und deren privat liquidierende Chefärzte durchführt, unterliegt nicht der **Gewerbesteuerpflicht**. Sie erzielt freiberufliche Einkünfte und ist deswegen von der Gewerbesteuerpflicht ausgenommen (§ 2 I 2 GewStG i.V.m. § 15 II 1 EStG).

Wesentliches **Merkmal der freiberuflichen Tätigkeit** zur Abgrenzung gegenüber der gewerblichen Tätigkeit ist die unmittelbare, persönliche und individuelle Arbeitsleistung des Freiberuflers. Das ergibt sich auch aus § 18 I Nr. 1 Satz 3 EStG. Danach ist ein Angehöriger eines freien Berufes auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der **Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte** bedient; Voraussetzung ist, dass er aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Insbesondere das Wort "eigenverantwortlich" bringt zum Ausdruck, dass der unmittelbare persönliche Einsatz des Berufsträgers bei der Bewältigung der ihm übertragenen Aufgaben erforderlich ist. Das setzt voraus, dass die persönliche Teilnahme des Berufsträgers an der praktischen Arbeit in ausreichendem Umfang gewährleistet ist. Die Eigenverantwortlichkeit erschöpft sich nicht darin, dass der Berufsträger nach außen die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des einzelnen Auftrags trägt. Die Ausführung jedes einzelnen Auftrags muss vielmehr ihm selbst und nicht den qualifizierten Mitarbeitern, den Hilfskräften, den technischen Hilfsmitteln oder dem Unternehmen als Ganzem zuzurechnen sein. Der Berufsträger muss jeden einzelnen Auftrag nach Inhalt und Fragestellung zur Kenntnis nehmen, die Bearbeitung, die Auswahl und die Anwendung der Untersuchungsmethoden jeweils kontrollieren und die Plausibilität des Ergebnisses (Befunderhebung und Befundauswertung) in allen Fällen nachprüfen (BFH, Urt. v. 30.09.1999 - V R 56/97 - BFH/NV 2000, 284; Urt. v. 21.03.1995 - XI R 85/93 - BFHE 177, 377, BStBl II 1995, 732; Urt. v. 19.10.1995 - IV R 45/94 - BFH/NV 1996, 463).

B) FREIBERUFLICHE TÄTIGKEIT/GEWERBE BEI ANÄSTHESISTEN

FG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 24.08.2006 – 1 K 982/03 – juris

RID 06-04-231

Arzt, Freiberuflichkeit, Gewerbe, Anästhesiologische Praxis, Anästhesist, Eigenverantwortlichkeit
EStG 1997 §§ 4 V Nr. 6b, 15 II 1, 18 I Nr. 1

Eines der wesentlichen Tätigkeitsfelder eines Anästhesisten liegt in der Durchführung und Überwachung der Anästhesie während einer Operation. Hier wird es u. U. erforderlich, schnelle Entschlüsse

zu fassen, die für das Leben der Patienten entscheidend sein können. Diese Entscheidungen können eigenverantwortlich nur durch den behandelnden Arzt getroffen werden. Soweit diese außerhalb der eigenen Praxis von einem Angestellten durchgeführt werden, kann nicht mehr von einer leitenden oder eigenverantwortlichen Tätigkeit des Praxisinhabers ausgegangen werden. Unabhängig von seiner eventuell vorbereitenden Tätigkeit kann er außerhalb seiner Praxis in Notfällen nicht eingreifen.

8. ALTERSGRENZE FÜR FLUGMEDIZINISCHE SACHVERSTÄNDIGE

OVG Niedersachsen, Urt. v. 13.09.2006 – 12 ME 275/06 – www.dbovg.niedersachsen.de/Entscheidung **RID 06-04-232**

Altersgrenze, Berufsfreiheit, Flugmedizinische Sachverständige
LuftVZO § 24 e VI; GG Art. 12

Die Beschwerde gegen **VG Braunschweig**, Beschl. v. 28.04.2006 – 2 B 176/06 – RID 06-03-221 wird zurückgewiesen.

Eine unzulässige **Diskriminierung wegen des Alters** im Sinne der Bestimmungen der Richtlinie 2000/78/EG des Rates v. 27.11.2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf (ABl. Nr. L 303, S. 16), die durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz vom 14.08.2006 (BGBl. I S. 1897) in deutsches Recht umgesetzt worden ist, liegt nicht vor. Ob diese Differenzierung aufgrund des Alters bereits gemäß Art. 4 I der Richtlinie 2000/78/EG und § 8 I AGG zulässig ist (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 15.03.2006 – L 4 KA 32/05 – RID 06-02-53) kann dahinstehen. Sie ist jedenfalls gemäß Art. 6 I der Richtlinie 2000/78/EG und § 10 Satz 1 AGG objektiv und angemessen und durch ein legitimes Ziel gerechtfertigt.

Editorische Hinweise

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

Die Leitsätze unter der Überschrift "**Leitsatz/Leitsätze**" stammen vom jeweiligen Gericht. Ansonsten handelt es sich bei den leitsatzähnlichen Einleitungssätzen oder Zusammenfassungen wie bei der gesamten Darstellung um eine Bearbeitung der Redaktion.

Wörtliche Zitate werden durch Anführungszeichen und Seitenbalken gekennzeichnet. Darin enthaltener Fett-/Kursivdruck stammt in der Regel von der Redaktion.

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

REDAKTION: Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen

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

Die Leserschaft wird um Mithilfe bei der Erstellung des RID durch Einsendung von Urteilen aus der Instanzenpraxis direkt an die Redaktion (oder an die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Fax: 030/4005-1795) gebeten.

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

Ältere Ausgaben (RID 00-01 bis 06-03) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

Verzeichnis der Entscheidungen

BGH , Urt. v. 22.06.2006 – III ZR 270/05 –	RID 06-04-227
BGH , Urt. v. 06.07.2006 – I ZR 145/03 –	RID 06-04-226
BGH , Urt. v. 20.07.2006 – III ZR 145/05 –	RID 06-04-204
BSG , Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 7/05 R –	RID 06-04-192
BSG , Urt. v. 24.05.2006 – B 3 KR 12/05 R –	RID 06-04-193
BSG , Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 7/05 R –	RID 06-04-100
BSG , Beschl. v. 31.05.2006 – B 6 KA 10/06 B –	RID 06-04-96
BSG , Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 13/05 R –	RID 06-04-105
BSG , Beschl. v. 31.05.2006 – B 6 KA 44/05 B –	RID 06-04-95
BSG , Beschl. v. 31.05.2006 – B 6 KA 53/05 B –	RID 06-04-93
BSG , Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 62/04 R –	RID 06-04-104
BSG , Beschl. v. 31.05.2006 – B 6 KA 68/05 B –	RID 06-04-94
BSG , Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 69/05 R –	RID 06-04-106
BSG , Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 74/04 R –	RID 06-04-99
BSG , Urt. v. 31.05.2006 – B 6 KA 78/04 R –	RID 06-04-98
BSG , Urt. v. 18.07.2006 – B 1 KR 9/05 R –	RID 06-04-191
BSG , Urt. v. 18.07.2006 – B 1 KR 24/05 R –	RID 06-04-189
BSG , Urt. v. 18.07.2006 – B 1 KR 25/05 R –	RID 06-04-190
BSG , Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 1/06 R –	RID 06-04-102
BSG , Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 1/06 B –	RID 06-04-90
BSG , Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 5/06 B –	RID 06-04-92
BSG , Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 18/05 B –	RID 06-04-101
BSG , Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 33/05 B –	RID 06-04-103
BSG , Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 59/05 B –	RID 06-04-97
BSG , Beschl. v. 26.07.2006 – B 3 KR 6/06 B –	RID 06-04-200
BSG , Urt. v. 03.08.2006 – B 3 KR 6/06 R –	RID 06-04-199
BSG , Urt. v. 03.08.2006 – B 3 KR 7/05 R –	RID 06-04-197
BSG , Urt. v. 03.08.2006 – B 3 KR 7/06 R –	RID 06-04-198
BSG , Urt. v. 03.08.2006 – B 3 KR 24/05 R –	RID 06-04-195
BSG , Beschl. v. 06.09.2006 – B 6 KA 22/06 B –	RID 06-04-91
BSG , Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 20/05 R –	RID 06-04-196
BVerfG , Beschl. v. 23.10.2006 – 1 BvR 2027/02 –	RID 06-04-225
EuGH , Urt. v. 15.06.2006 – C-466/04 –	RID 06-04-224
EuGH , Urt. v. 27.09.2006 – T-168/01 –	RID 06-04-223
EuGH , Urt. v. 26.10.2006 – C-317/05 –	RID 06-04-222
EGMR , Urt. v. 08.06.2006 – 75529/01 –	RID 06-04-221
FG Münster , Urt. v. 31.05.2006 – 1 K 2819/04 G –	RID 06-04-230
FG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 24.08.2006 – 1 K 982/03 –	RID 06-04-231
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.11.2005 – L 4 KR 778/05 –	RID 06-04-167
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.11.2005 – L 5 KA 5774/04 –	RID 06-04-71
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 24.01.2006 – L 11 KR 5014/05 –	RID 06-04-126
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 17.05.2006 – L 5 KA 5224/05 –	RID 06-04-60
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 08.08.2006 – L 11 KR 1438/06 –	RID 06-04-144
LSG Bayern , Beschl. v. 20.02.2006 – L 12 B 687/05 KA –	RID 06-04-88
LSG Bayern , Beschl. v. 06.03.2006 – L 12 KA 47/03 ER –	RID 06-04-89
LSG Bayern , Urt. v. 27.04.2006 – L 4 KR 230/03 –	RID 06-04-168
LSG Bayern , Urt. v. 10.05.2006 – L 12 KA 7/03 –	RID 06-04-29
LSG Bayern , Urt. v. 10.05.2006 – L 12 KA 8/03 –	RID 06-04-28
LSG Bayern , Urt. v. 10.05.2006 – L 12 KA 9/03 –	RID 06-04-27
LSG Bayern , Urt. v. 10.05.2006 – L 12 KA 10/03 –	RID 06-04-26
LSG Bayern , Urt. v. 10.05.2006 – L 12 KA 11/03 –	RID 06-04-25
LSG Bayern , Urt. v. 10.05.2006 – L 12 KA 13/03 –	RID 06-04-24
LSG Bayern , Urt. v. 10.05.2006 – L 12 KA 14/03 –	RID 06-04-23
LSG Bayern , Urt. v. 10.05.2006 – L 12 KA 64/01 –	RID 06-04-30
LSG Bayern , Urt. v. 18.05.2006 – L 4 KR 38/05 –	RID 06-04-155
LSG Bayern , Urt. v. 23.05.2006 – L 4 KR 205/03 –	RID 06-04-120
LSG Bayern , Urt. v. 23.05.2006 – L 4 KR 207/03 –	RID 06-04-125
LSG Bayern , Urt. v. 31.05.2006 – L 12 KA 166/03 –	RID 06-04-12
LSG Bayern , Urt. v. 31.05.2006 – L 12 KA 581/04 –	RID 06-04-13
LSG Bayern , Urt. v. 13.06.2006 – L 5 KR 93/06 –	RID 06-04-138
LSG Bayern , Urt. v. 13.06.2006 – L 5 KR 222/05 –	RID 06-04-124
LSG Bayern , Urt. v. 21.06.2006 – L 4 KR 106/06 –	RID 06-04-140
LSG Bayern , Urt. v. 22.06.2006 – L 4 KR 215/04 –	RID 06-04-147
LSG Bayern , Urt. v. 27.06.2006 – L 4 KR 126/05 –	RID 06-04-112
LSG Bayern , Urt. v. 29.06.2006 – L 4 KR 237/03 –	RID 06-04-151
LSG Bayern , Urt. v. 29.06.2006 – L 4 KR 253/03 –	RID 06-04-148
LSG Bayern , Urt. v. 29.06.2006 – L 4 KR 282/04 –	RID 06-04-122
LSG Bayern , Urt. v. 05.07.2006 – L 5 B 263/06 KR ER –	RID 06-04-145
LSG Bayern , Urt. v. 12.07.2006 – L 3 KA 511/03 –	RID 06-04-56
LSG Bayern , Urt. v. 13.07.2006 – L 4 KR 16/05 –	RID 06-04-159
LSG Bayern , Urt. v. 19.07.2006 – L 12 KA 9/06 –	RID 06-04-69
LSG Bayern , Urt. v. 19.07.2006 – L 12 KA 173/05 –	RID 06-04-61
LSG Bayern , Urt. v. 19.07.2006 – L 12 KA 439/04 –	RID 06-04-68
LSG Bayern , Urt. v. 25.07.2006 – L 5 KR 24/05 –	RID 06-04-138
LSG Bayern , Urt. v. 25.07.2006 – L 5 KR 141/05 –	RID 06-04-132

LSG Bayern, Urt. v. 26.07.2006 – L 4 KR 30/06 –	RID 06-04-133
LSG Bayern, Urt. v. 17.08.2006 – L 4 KR 251/03 –	RID 06-04-131
LSG Bayern, Urt. v. 17.08.2006 – L 4 KR 295/03 –	RID 06-04-180
LSG Bayern, Beschl. v. 28.08.2006 – L 4 B 588/06 KR ER –	RID 06-04-156
LSG Bayern, Beschl. v. 05.09.2006 – L 4 B 517/06 KR ER –	RID 06-04-137
LSG Bayern, Urt. v. 05.09.2006 – L 5 KR 181/05 –	RID 06-04-134
LSG Bayern, Urt. v. 08.09.2006 – L 4 KR 212/04 –	RID 06-04-114
LSG Bayern, Beschl. v. 08.09.2006 – L 12 B 277/05 KA ER –	RID 06-04-64
LSG Bayern, Beschl. v. 13.09.2006 – L 4 KR 232/06 ER –	RID 06-04-157
LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 14.06.2006 – L 7 KA 15/02*25 –	RID 06-04-04
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.06.2006 – L 7 KA 17/02*25 –	RID 06-04-03
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.06.2006 – L 7 KA 22/02*25 –	RID 06-04-02
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.06.2006 – L 7 KA 77/06 –	RID 06-04-05
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.06.2006 – L 7 KA 28/01*25 –	RID 06-04-19
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.06.2006 – L 7 KA 32/01*25 –	RID 06-04-18
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 30.06.2006 – L 9 B 281/06 KR –	RID 06-04-185
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.07.2006 – L 24 KR 52/04 –	RID 06-04-146
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 23.08.2006 – L 9 KR 23/03 –	RID 06-04-113
LSG Hamburg , Urt. v. 10.05.2006 – L 1 KR 83/05 –	RID 06-04-119
LSG Hamburg, Urt. v. 31.05.2006 – L 1 KR 25/05 –	RID 06-04-184
LSG Hamburg, Urt. v. 14.06.2006 – L 1 KR 95/05 –	RID 06-04-171
LSG Hamburg, Urt. v. 14.06.2006 – L 1 KR 96/05 –	RID 06-04-170
LSG Hamburg, Beschl. v. 07.07.2006 – L 2 B 116/06 ER KA –	RID 06-04-15
LSG Hessen , Urt. v. 07.12.2005 – L 6/7 KA 79/04 –	RID 06-04-57
LSG Hessen, Urt. v. 24.05.2006 – L 6/7 KA 102/04 –	RID 06-04-54
LSG Hessen, Beschl. v. 22.06.2006 – L 4 KA 42/06 ER –	RID 06-04-73
LSG Hessen, Urt. v. 28.06.2006 – L 4 KA 9/05 –	RID 06-04-16
LSG Hessen, Urt. v. 29.06.2006 – L 1 KR 7/05 –	RID 06-04-183
LSG Hessen, Urt. v. 09.08.2006 – L 4 KA 7/05 –	RID 06-04-17
LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 02.11.2005 – L 11 KA 6/02 –	RID 06-04-10
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 02.11.2005 – L 11 KA 14/01 –	RID 06-04-11
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 07.12.2005 – L 11 KA 16/02 –	RID 06-04-41
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.06.2006 – L 4 KR 92/03 –	RID 06-04-153
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 12.07.2006 – L 3 KA 76/01 –	RID 06-04-51
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13.09.2006 – L 3 KA 79/05 –	RID 06-04-40
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13.09.2006 – L 3 KA 90/06 –	RID 06-04-22
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.09.2006 – L 4 KR 123/04 –	RID 06-04-186
LSG Nordrhein-Westfalen , Beschl. v. 07.04.2006 – L 11 B 7/06 KA ER –	RID 06-04-47
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.07.2006 – L 10 KA 19/05 –	RID 06-04-42
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.08.2006 – L 10 KA 33/05 –	RID 06-04-39
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.08.2006 – L 10 KA 38/05 –	RID 06-04-33
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.08.2006 – L 11 KR 19/06 –	RID 06-04-154
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.08.2006 – L 11 (2) KR 59/05 –	RID 06-04-108
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.08.2006 – L 11 (16) KR 338/03 –	RID 06-04-166
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2006 – L 11 KA 4/05 –	RID 06-04-07
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2006 – L 11 KA 17/05 –	RID 06-04-14
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2006 – L 11 KA 51/05 –	RID 06-04-08
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2006 – L 11 KA 93/05 –	RID 06-04-09
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.08.2006 – L 16 (5,2) KR 74/02 –	RID 06-04-135
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.08.2006 – L 16 (5,2) KR 78/03 –	RID 06-04-152
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.08.2006 – L 16 KR 121/06 –	RID 06-04-116
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 04.09.2006 – L 11 (2) KR 81/05 –	RID 06-04-165
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.09.2006 – L 11 KA 20/06 –	RID 06-04-67
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.09.2006 – L 11 KA 30/06 –	RID 06-04-66
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.09.2006 – L 11 KR 44/06 –	RID 06-04-128
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.09.2006 – L 16 KR 194/05 –	RID 06-04-179
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.09.2006 – L 11 KR 21/05 –	RID 06-04-127
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.09.2006 – L 5 KR 174/04 –	RID 06-04-121
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 09.10.2006 – L 16 B 52/06 KR ER –	RID 06-04-182
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.10.2006 – L 16 B 57/06 KR ER –	RID 06-04-158
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.10.2006 – L 10 B 15/06 KA ER –	RID 06-04-76
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 26.10.2006 – L 16 B 50/06 KR ER –	RID 06-04-117
LSG Rheinland-Pfalz , Beschl. v. 24.08.2006 – L 5 B 201/06 KA –	RID 06-04-87
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.09.2006 – L 1 KR 65/04 –	RID 06-04-118
LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 10.11.2005 – L 4 KR 22/05 –	RID 06-04-129
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 09.05.2006 – L 4 KA 14/04 –	RID 06-04-50
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 14.06.2006 – L 5 KR 49/05 –	RID 06-04-141
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.06.2006 – L 4 KA 20/05 –	RID 06-04-49
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.06.2006 – L 4 KA 35/03 –	RID 06-04-58
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.06.2006 – L 5 KR 70/05 –	RID 06-04-123
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 11.07.2006 – L 4 KA 14/05 –	RID 06-04-06
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 11.07.2006 – L 4 KA 24/05 –	RID 06-04-34
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 03.08.2006 – L 4 B 269/06 KA ER –	RID 06-04-65
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23.08.2006 – L 5 KR 78/05 –	RID 06-04-169
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.09.2006 – L 4 KA 3/06 –	RID 06-04-48
LG Berlin , Urt. v. 18.10.2006 – 22 O 75/06 –	RID 06-04-220
LG Berlin, Urt. v. 18.10.2006 – 22 O 122/06 –	RID 06-04-219
LG München I , Urt. v. 11.10.2005 – 23 O 16706/04 –	RID 06-04-229
LG München I, Urt. v. 15.11.2006 – 1 HK O 7890/06 –	RID 06-04-206

LG Osnabrück , Urt. v. 19.05.2006 – 13 O 146/06 –	RID 06-04-218
LG Osnabrück, Urt. v. 18.09.2006 – 18 O 487/06 –	RID 06-04-217
LG Saarbrücken , Urt. v. 09.08.2006 – 7 I O 77/06 –	RID 06-04-212
OLG Frankfurt am Main , Urt. v. 31.08.2006 – 6 U 118/05 –	RID 06-04-205
OLG Karlsruhe , Urt. v. 23.06.2006 – 14 U 45/04 –	RID 06-04-209
OLG Koblenz , Urt. v. 02.03.2006 – 5 U 1052/04 –	RID 06-04-210
OLG Koblenz, Urt. v. 22.06.2006 – 5 U 1711/05 –	RID 06-04-211
OVG Niedersachsen , Urt. v. 20.07.2006 – 8 LC 11/05 –	RID 06-04-207
OVG Niedersachsen, Urt. v. 20.07.2006 – 8 LC 12/05 –	RID 06-04-208
OVG Niedersachsen, Urt. v. 20.07.2006 – 8 LC 185/04 –	RID 06-04-228
OVG Niedersachsen, Urt. v. 13.09.2006 – 12 ME 275/06 –	RID 06-04-232
OVG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.11.2006 – 13 A 1314/06 –	RID 06-04-216
OVG Saarland , Beschl. v. 26.09.2006 – 3 W 14/06 –	RID 06-04-214
OVG Saarland, Beschl. v. 26.09.2006 – 3 W 15/06 –	RID 06-04-215
SG Augsburg , Urt. v. 07.07.2005 – S 12 KR 447/04 –	RID 06-04-178
SG Augsburg, Urt. v. 03.11.2005 – S 12 KR 127/05 –	RID 06-04-161
SG Augsburg, Urt. v. 24.04.2006 – S 12 KR 573/05 –	RID 06-04-172
SG Augsburg, Urt. v. 24.05.2006 – S 12 KR 512/05 –	RID 06-04-164
SG Augsburg, Urt. v. 11.07.2006 – S 12 KR 43/06 –	RID 06-04-173
SG Augsburg, Urt. v. 26.07.2006 – S 12 KR 276/05 –	RID 06-04-176
SG Augsburg, Urt. v. 23.08.2006 – S 12 KR 594/05 –	RID 06-04-174
SG Augsburg, Urt. v. 23.08.2006 – S 12 KR 596/05 –	RID 06-04-175
SG Berlin , Beschl. v. 05.09.2006 – S 71 KA 361/06 ER –	RID 06-04-21
SG Berlin, Beschl. v. 07.09.2006 – S 71 KA 361/06 –	RID 06-04-31
SG Dresden , Urt. v. 29.06.2006 – S 18 KR 534/05 –	RID 06-04-143
SG Dresden, Urt. v. 21.07.2006 – S 18 KR 576/05 –	RID 06-04-163
SG Duisburg , Urt. v. 18.10.2006 – S 11 KR 134/06 ER –	RID 06-04-111
SG Düsseldorf , Urt. v. 20.07.2006 – S 8 KR 176/03 –	RID 06-04-187
SG Düsseldorf, Beschl. v. 22.08.2006 – S 14 KA 215/06 ER –	RID 06-04-77
SG Düsseldorf, Urt. v. 05.09.2006 – S 2 KA 165/06 ER –	RID 06-04-78
SG Düsseldorf, Urt. v. 06.09.2006 – S 2 KA 97/05 –	RID 06-04-52
SG Düsseldorf, Beschl. v. 08.09.2006 – S 2 KA 193/06 ER –	RID 06-04-79
SG Düsseldorf, Beschl. v. 15.09.2006 – S 14 KA 245/06 ER –	RID 06-04-80
SG Düsseldorf, Urt. v. 18.10.2006 – S 2 KA 164/05 –	RID 06-04-20
SG Frankfurt a. M. , Beschl. v. 22.08.2006 – S 21 KR 444/06 ER –	RID 06-04-136
SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 20.10.2006 – S 21 KR 331/06 ER –	RID 06-04-177
SG Hamburg , Urt. v. 01.02.2006 – S 27 KA 500/03 u. a. –	RID 06-04-36
SG Hamburg, Urt. v. 15.02.2006 – S 27 KA 249/04 u. a. –	RID 06-04-38
SG Hamburg, Urt. v. 15.02.2006 – S 27 KA 525 – 532/03 –	RID 06-04-37
SG Hamburg, Urt. v. 15.02.2006 – S 27 KA 540/03 u. a. –	RID 06-04-35
SG Köln , Urt. v. 26.05.2006 – S 26 KR 104/04 –	RID 06-04-181
SG Köln, Urt. v. 28.09.2005 – S 19 KA 38/03 –	RID 06-04-82
SG Leipzig , Urt. v. 04.05.2006 – S 8 KR 227/03 –	RID 06-04-130
SG Leipzig, Urt. v. 08.06.2006 – S 8 KR 646/04 –	RID 06-04-109
SG Leipzig, Urt. v. 04.07.2006 – S 8 KR 208/05 –	RID 06-04-149
SG Leipzig, Urt. v. 04.07.2006 – S 8 KR 236/05 –	RID 06-04-160
SG Magdeburg , Beschl. v. 28.09.2005 – S 17 KA 92/05 ER –	RID 06-04-59
SG Marburg , Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 39/06 –	RID 06-04-43
SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 261/05 –	RID 06-04-45
SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 637/06 –	RID 06-04-32
SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 658/06 –	RID 06-04-44
SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 944/05 –	RID 06-04-46
SG Marburg, Urt. v. 13.09.2006 – S 12 KA 212/06 –	RID 06-04-55
SG Marburg, Urt. v. 13.09.2006 – S 12 KA 1166/05 –	RID 06-04-53
SG Marburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 12 KA 3/06 verb. m. 299/06 –	RID 06-04-85
SG Marburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 12 KA 47/06 –	RID 06-04-83
SG Marburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 12 KA 1267/06 –	RID 06-04-84
SG Marburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 12 KA 1416/05 –	RID 06-04-86
SG Marburg, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 20/06 –	RID 06-04-62
SG Marburg, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 551/05 –	RID 06-04-75
SG Marburg, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 671/06 –	RID 06-04-72
SG Marburg, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 732/06 –	RID 06-04-63
SG Marburg, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 756/06 –	RID 06-04-70
SG Marburg, Beschl. v. 16.10.2006 – S 12 KA 925/06 ER –	RID 06-04-81
SG Marburg, Beschl. v. 13.11.2006 – S 12 KA 972/06 ER –	RID 06-04-74
SG Osnabrück , Urt. v. 31.01.2006 – S 14 KR 116/05 –	RID 06-04-115
SG Reutlingen , Urt. v. 09.02.2006 – S 3 KR 977/05 –	RID 06-04-142
SG Reutlingen, Urt. v. 10.05.2006 – S 1 KA 201/04 –	RID 06-04-01
SG Speyer , Urt. v. 25.07.2006 – S 13 KR 40/05 –	RID 06-04-188
SG Stade , Urt. v. 31.05.2005 – S 1 KR 56/04 –	RID 06-04-162
SG Stade, Urt. v. 25.07.2006 – S 1 KR 80/04 –	RID 06-04-107
VG Minden , Urt. v. 31.08.2006 – 7 K 1506/06 –	RID 06-04-202
VG Minden, Urt. v. 28.09.2006 – 7 K 3968/04 –	RID 06-04-201
VG für das Saarland , Beschl. v. 12.09.2006 – 3 F 38/06 –	RID 06-04-213
VGH Bayern , Urt. v. 01.08.2006 – 25 CS 06.1951 –	RID 06-04-203

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 06.11.2006: Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen: B 6 KA ... R	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Psychotherapeuten: Probatorische Sitzungen	35/06	Gelten für die Vergütung probatorischer Sitzungen (Nr 870 EBM-Ä aF) die gleichen Maßstäbe wie für zeitgebundene und genehmigungspflichtige Leistungen nach Kapitel G Abschnitt IV des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen?	<i>SG Reutlingen</i> , Urt. v. 10.05.2006 - S 1 KA 201/04 -	06-04-01 (S. 6)
Trennung der haus- und fach-ärztlichen Vergütungsbereiche/ Bewertungsausschuss	29, 30/05 Termin: 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 07.04.2004 - L 5 KA 30, 38/04 -	05-03-02 u. 03
Laborreform '99: Laborärzte	46, 47, 48, 49/05 Termin: 11.10.2006	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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 22.11.2005 - L 4 KA 21/05	06-01-03
Regelleistungsvolumen: Kieferorthopäden u. Allgemeinzahnärzte	8 u. 9/05 Termin: 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?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , 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 Termin: 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 31.08.2005 - L 1 KA 1/04 -	06-03-12
Notfallbehandlungen im Krankenhaus – Kein gestützter Punktwert	15/06 Termin: 06.09.06 31/06	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 05.04.2006 - L 11 KA 9/04 R –; Urt. v. 28.06.2006 - L 10 KA 8/05	06-03-10 06-03-11
Individualbudget: FachgruppPENDURCHSCHNITT	9 u. 10/06	Ist die für die Bemessung von Individualbudgets vorgesehene Berechnung des FachgruppPENDURCHSCHNITTs anhand des Medians (und nicht nach Maßgabe des arithmetischen Mit-	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 02.11.2005	06-04-10 (S. 9)

		telwerts) von dem Gestaltungsspielraum gedeckt, der einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung des Honorarverteilungsmaßstabes zusteht?	- L 11 KA 6/02 u. 14/01 -	
Rückwirkungsverbot: Teilhonorarkontingente in zahnärztlichen Leistungsbereichen	42, 45/05 Termin: 29.11.06	Verstößt eine im laufenden Quartal beschlossene Regelung im Honorarverteilungsmaßstab, wonach bereits ab Quartalsbeginn in den Leistungsbereichen Kieferorthopädie (KFO), Zahnersatz (ZE), Parodontose (PAR) sowie Kieferbruch/Kiefergelenk (KB/KG) Teilhonorarkontingente gebildet werden, gegen das Rückwirkungsverbot?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 31.08.2005 – L 11 KA 80/04 – – L 11 KA 59/04 –	06-01-12
Vergütungsausschluss bei unaufklärbarem Software-Fehler	29/06	Ist eine Regelung im Honorarverteilungsmaßstab, die nachträgliche Ergänzungen unvollständiger Leistungsansätze (hier: infolge eines EDV-Fehlers) bei bereits zur Abrechnung eingereichten Behandlungsfällen generell ausschließt, mit höherrangigem Recht vereinbar?	SG Stuttgart , Urt. v. 28.06.2006 - S 10 KA 5811/05 -	06-03-16
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.12.2005 – L 11 KA 7/04 –	06-01-11
Degressionsgrenze für als Oralchirurgen zugelassenen MKG-Chirurgen	23/06 Termin: 29.11.06	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?	SG Düsseldorf , Urt. v. 17.05.2006 - S 2 KA 52/06 -	06-03-24

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?	LSG Thüringen , 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 Termin: 06.09.06	Wird die Vierjahresfrist im Bereich der sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch Prüfbescheide im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gewahrt bzw unterbrochen oder gehemmt?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 28.06.2005 – L 4 KA 9 u. 12/05 -	06-01-16 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 52, 54 u. 53/04 -	06-03-30 bis 32
Kinderchirurg: Ordinations- und Konsultationsgebühren	11/05 Termin: 11.10.2006	Ist ein Kinderchirurg hinsichtlich der Abrechnung bzw Vergütung der Ordinations- und Konsultationsgebühren nach Nrn 1 und 2 des EBM-Ä einem anderen Chirurgen gleichzustellen?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 19.01.2005 - L 4 KA 22/01 -	05-03-14
Verweilgebühr im Rettungsdienst (Nr. 40 EBM)	35/05 Termin: 11.10.2006	Kann ein im Notdienst tätiger Arzt für die Rückfahrt vom Krankenhaus zu seiner Privatwohnung nach Transportbegleitung des Notfallpatienten die Leistung nach Nr 40 EBM (vgl Nr 01440 EBM-Ä in der Ab 1.4.2005 geltenden Fassung) abrechnen?	LSG Hessen , Urt. v. 27.04.2005 – L 6/7 KA 610/03 –	05-03-15
Nr. 689 EBM: Zuschlag für farbcodierte Duplex-Sonographie	32, 33/05	Ist der in Ziffer 689 EBM-Ä vorgesehene Zuschlag für die farbcodierte Durchführung von Duplex-Sonographien nach den Ziffern 668, 686 und 687 EBM-Ä für jede einzelne Sonographie auch dann zu gewähren, wenn mehrere dieser Untersuchungen am selben Tag durchgeführt werden?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 515/03, 30/04 –	05-03-16 05-02-22
Zahnärzte: Nrn 169 und 172	39/05	Können Zahnärzte die Leistungen nach den Nrn 169 und 172 GOÄ 1965 neben anderen	LSG Hessen ,	05-04-13a

GOÄ 1965	Termin: 29.11.06	chirurgischen Leistungen in demselben Zielgebiet abrechnen?	Urt. v. 13.07.2005 - L 6/7 KA 565/02 -	
Beginn der vierjährigen Ausschlussfrist	28/06	Ist bei nachgehenden sachlich-rechnerischen Richtigstellungen hinsichtlich des Beginns der vierjährigen Ausschlussfrist auf den Zeitpunkt der Bekanntgabe des Honorarbescheids oder auf den Ablauf des Kalenderjahres abzustellen, in dem der ursprüngliche Honorarbescheid ergangen ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 22.06.2006 - L 11 KA 6/06 -	06-03-33

Arztregister/Fachkunde/Notfalldienst/Genehmigung

Fachkundenachweis Psychotherapeuten	11/06	Setzt die Glaubhaftmachung des Fachkundenachweises iS des § 95c S 1 Nr 2 SGB 5 die fachkundige Aussage eines Dritten voraus?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 07.12.2005 - L 11 KA 16/02 -	06-04-41 (S. 21)
Genehmigung Kernspintomografie	1/05 Termin: 11.10.2006	Zum Anspruch eines Arztes für Innere Medizin/Kardiologie auf Genehmigung der Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomografie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der Kernspintomografie-Vereinbarung idF vom 16.3.2001	SG Berlin , Urt. v. 11.02.2004 - S 79 KA 99/02 -	05-03-23
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?	LSG Bayern , Urt. v. 07.12.2005 - L 12 KA 20/03 -	06-02-21
Notfalldienst und fachärztliche Versorgung	43/05 Termin: 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?	LSG Bayern , Urt. v. 08.06.2005 - L 12 KA 369/04 -	05-04-20
Notfalldienst: 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 16.02.2005 - L 11 KA 42/04 -	05-03-25
Vorbereitungsassistent: Rückwirkende Genehmigung	30/06	Ist eine Kassenzahnärztliche Vereinigung verpflichtet, die Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten rückwirkend zu genehmigen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 12.07.2006 - L 3 KA 69/05 -	

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Prothetik – Nachbesserung durch weiteren Zahnarzt	21/06 Termin: 29.11.06	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?	LSG Hessen , Urt. v. 07.12.2005 - L 6/7 KA 79/04 -	06-04-57 (S. 27)
Umfang der Rechtskraft in Bescheidungsurteilen	27/06	Bindet die Rechtskraft eines Bescheidungsurteils im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinsichtlich der in den Urteilsgründen genannten Punkte nur den Beklagten oder wird dadurch auch die Prüfungsbefugnis des Gerichts im Verfahren über den neuen Bescheid begrenzt?	LSG Niedersachsen-Bremen , L Urt. v. 14.06.2006 - 3 KA 47/05 -	06-03-48

Zulassung und Ermächtigung

Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung (Allgemeinmediziner)	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	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.11.2005 - L 5 KA 5774/04 -	06-04-71 (S. 34)
---	-------	---	--	---------------------

		erteilen dürfen bzw. müssen?		
Ermächtigung: Leistungsangebot in benachbarten Planungsbereichen	14/05 Termin: 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 09.02.2005 - L 3 KA 253/02 -	05-02-45
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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.11.2005 - L 5 KA 1484/05 -	06-01-52
Zulassungsentziehung	1/06 Termin: 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?	LSG Saarland , 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?	LSG Hessen , Urt. v. 15.03.2006 - L 4 KA 29/05 -	06-02-45

Gesamtvergütung

Schiedsspruch: Vergütung von zahntechnischen Leistungen	44/05 Termin: 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?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 21.09.2005 - L 5 KR 56/04 -	06-01-61
Gestaltungsspielraum eines Landesschiedsamtes	4/06 Termin: 29.11.06	Zum Gestaltungsspielraum eines Landesschiedsamtes bei der Anpassung der Gesamtvergütung im vertragsärztlichen Bereich für ein bestimmtes Kalenderjahr (hier: 1992).	SG Schwerin , Urt. v. 30.11.2005 - S 3 KA 13/04 -	06-03-76
Festlegung zweier Kopfpauschalen, Rechtskreis Ost/West	34/06	Verstößt die Festlegung zweier Kopfpauschalen, die abhängig von dem Rechtskreis (Ost oder West) zu zahlen sind, für den die Mitglieder der Erstreckungskassen gemeldet wurden, gegen höherrangiges Recht? Verstößt eine Gesamtvergütungsvereinbarung insoweit gegen höherrangiges Recht, als Erstreckungskassen für Mitglieder, die für den Rechtskreis West gemeldet sind, eine Kopfpauschale an eine Kassenärztliche Vereinigung in den neuen Bundesländern zahlen muss, die auf der Grundlage des Ausgangsbetrages für den Rechtskreis West berechnet ist?	LSG Sachsen , Urt. v. 26.07.2006 - L 1 KA 3/06 -	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Heilmittelbereich: Vertragspartner oder Bundesausschuss	7/06 Termin: 29.11.06	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?	SG Köln , Urt. v. 28.09.2005 - S 19 KA 38/03 -	06-04-82 (S. 37)
---	---------------------------------	---	---	---------------------

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 06.11.2006: Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Laserinduzierte Thermotherapie (LITT) bei lebensbedrohlicher Krankheit	B 1 KR 24/06 R Termin: 07.11.2006	Sind die Kosten einer neuen Behandlungsmethode (hier: laserinduzierte Thermotherapie) von den Krankenkassen zu übernehmen, wenn der Versicherte an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leidet (hier: hepatozelluläres Karzinom)?	LSG Bayern , Urt. v. 19.01.2006 - L 4 KR 85/03 -	06-02-86
Neuropsychologie	B 1 KR 3/06 R Termin: 26.09.2006	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)?	SG Hamburg , Urt. v. 07.02.2006 - S 48 KR 1620/03 -	juris
Künstliche Befruchtung und Altersgrenze bei Männern	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?	SG Osnabrück , Urt. v. 31.01.2006 - S 14 KR 116/05 -	06-04- (S. 50)
	B 1 KR 26/06 R	Ist 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) verfassungswidrig?	SG Koblenz , Urt. v. 19.06.2006 - S 8 KR 76/06 -	
Kosten für stationäre Behandlung				
Kostenerstattung				
Antragsvoraussetzung bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln	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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 24.01.2006 - L 11 KR 5014/05 -	06-04-126 (S. 54)
Ablehnung einer Kostenübernahme ohne Differenzierung ambulant/stationärer	B 1 KR 25/06 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer selbstbeschafften ambulanten Brachytherapie mit permanenter Seeds-Implantation bei Prostatakrebs zu erstatten, wenn sie den Antrag auf Kostenübernahme abgelehnt hat, ohne zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu differenzieren?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 28.06.2006 - L 5 KR 70/05 -	06-04-123 (S. 52)
Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im Ausland/Inland				
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 Sachleistungshilfe 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)?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 15.12.2005 - L 1 KR 64/02 -	06-02-110
Arzneimittel				

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)?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 28.03.2006 - L 24 KR 39/05 -	06-03-125
Off-Label-Use: Ilomedin	B 1 KR 1/06 R Termin: 26.09.2006	Hatte eine Krankenkasse die Kosten für die vom 17.11.2001 - 19.3.2002 durchgeführte Inhalationsbehandlung mit dem Arzneimittel "Ilomedin" (jetzt: "Ventavis") im Rahmen des sogenannten "Off-Label-Use" zu übernehmen, wenn die Versicherte an einer sekundären pulmonalen Hypertonie als Folge des CREST-Syndroms gelitten hat?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 21.07.2005 - L 5 KR 179/04 -	06-03-121
Off-Label-Use: Cabaseril (Wirkstoff L-Dopamin) bei Restless-Legs-Syndrom	B 1 KR 27/05 R Termin: 26.09.2006	Können auch Dauererkrankungen (hier: Restless-Legs-Syndrom), die in Folge ihrer Auswirkungen den Patienten nachhaltig bei seinen Alltagsaktivitäten behindern und zumindest teilweise vom gesellschaftlichen Leben ausschließen, den Off-Label-Use auslösen? Müssen für einen Off-Label-Use die veröffentlichten Studienergebnisse für den Nachweis der Wirksamkeit der Therapie bereits den Prüfkriterien der Zulassungsbehörden entsprechen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.09.2005 - L 5 KR 144/03 -	06-01-99
	B 1 KR 15/06 R Termin: 26.09.2006	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?	LSG Hamburg , Urt. v. 30.03.2006 - L 1 KR 115/04 -	
	B 1 KR 14/06 R Termin: 26.09.2006	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?	LSG Sachsen-Anhalt , 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)?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 15.12.2005 - L 1 KR 56/03 -	06-02-112
Anthroposophische Therapierichtung (Mistelpräparat Helixor)	B 1 KR 31/06 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für ein nicht verschreibungspflichtiges Mistelpräparat der anthroposophischen Therapierichtung (hier: Helixor A), das in der adjuvanten Krebstherapie eingesetzt wird, zu übernehmen? Zur Feststellung des Therapiestandards bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln der besonderen Therapieeinrichtungen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB 5 keine näheren Bestimmungen zur standardmäßigen Anwendung solcher Arzneimittel bei diesen Erkrankungen nach dem Erkenntnisstand der besonderen Therapieeinrichtungen getroffen hat.	SG Dresden , Urt. v. 29.06.2006 - S 18 KR 534/05 -	06-04-143 (S. 60)

Schmerzmitteln auf Cannabinoidgrundlage (Dronabinol und Cannabinol)	B 1 KR 30/06 R	Haben versicherte Schmerzpatienten zu Lasten der GKV nach den Rechtsgedanken des Beschlusses des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5 Anspruch auf Versorgung mit Schmerzmitteln auf Cannabinoidgrundlage, die weder als Fertigarzneimittel in Deutschland zugelassen sind noch deren Verwendung als Rezepturarzneimittel vom G-BA befürwortet worden ist?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 30.08.2006 - L 5 KR 281/06 -	
---	----------------	---	---	--

Hilfsmittel/Heilmittel

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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 22.02.2006 - L 11 (2) KR 107/05 -	06-02-122
--------------------------------------	---------------	---	--	-----------

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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 08.07.2004 - L 2 KN 76/04 KR -	04-04-127
An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen	B 3 KR 11/05 R	Hatte ein ambulanter Pflegedienst nach der im Jahre 2000 geltenden Vertragsbestimmungen einen Anspruch auf Zahlung jeweils einer Einzelvergütung für das morgendliche Anziehen und das abendliche Ausziehen von Kompressionsstrümpfen?	LSG Hessen , Urt. v. 03.03.2005 - L 1 KR 380/03 -	05-02-154

Fahrkosten/Zuzahlung

Fahrkosten zur ambulanten Nachsorge nach einer Herztransplantation	B 1 KR 27/06 R	Erfüllen die in achtwöchigen Abständen erforderlichen Kontrollen zur Nachsorge nach einer Herztransplantation die Voraussetzungen einer "hohen Behandlungsfrequenz" für eine Übernahme von Fahrkosten nach den Krankentransport-Richtlinien? Verstoßen die Krankentransport-Richtlinien idF vom 22.1.2004 bezüglich der Ausnahmefälle gegen höherrangiges Recht?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 17.08.2006- - L 5 KR 65/06 -	
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?	SG Lübeck , 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).	LSG Schleswig-Holstein , 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).	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 11.05.2005 - L 5 KR 42/04 -	06-01-134
Vollstationäre Behandlung bei chronifiziertem Dauerzustand (Schizophrenie)	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 Klinik aufgehalten hat, dort aber stets nur zeitweise auf Kosten der Krankenkasse versorgt	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.03.2006 - L 5 KR 142/04 -	06-03-166

		worden ist.		
Weiterbehandlung im Krankenhaus bei fehlendem Heimplatz	B 3 KR 15/06 R	Hat eine Krankenkasse für die Kosten der Weiterbehandlung im Krankenhaus eines psychisch kranken Versicherten mit akuter Eigen- und Fremdgefährdung aufzukommen, wenn diese deshalb notwendig wurde, weil ein entsprechender Heimplatz nicht zur Verfügung stand?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 27.04.2006 - L 1 KR 61/05 -	
Keine Hinweispflicht auf Behandlungsalternative	B 1 KR 32/04 R (Anfrage 3. Sen., s. Beschl. v. 04.04.2006) Termin: 07.11.2006	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).	LSG Schleswig-Holstein , 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?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 11.05.2005 - L 5 KR 31/04 -	06-02-144
Überprüfungsverfahren	B 3 KR 22/05 R Termin: 28.09.2006	Zum Vergütungsanspruch eines Krankenhauses bei streitiger Notwendigkeit der Verlängerung einer Krankenhausbehandlung, wenn das zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren von mehreren Beteiligten nicht eingehalten worden ist.	LSG Saarland , Urt. v. 19.01.2005 - L 2 KR 29/02 -	05-04-128
	B 3 KR 23/05 R Termin: 28.09.2006	Sind Einwendungen einer Krankenkasse gegen die Verlängerung einer Krankenhausbehandlung ausgeschlossen, wenn das zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren von ihr nicht eingehalten und dem Krankenhaus eine Nachholung der Überprüfung nicht zugemutet werden kann?	LSG Saarland , Urt. v. 19.01.2005 - L 2 KR 30/02	05-04-129
	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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.11.2005 - L 4 KR 778/05 -	
Verbringung in anderes Krankenhaus und Rückverlegung am selben Tag	B 3 KR 17/06 R	Handelt es sich um Leistungen Dritter im Sinne des § 2 Abs 2 S 2 Nr 2 BPflV 1994, wenn eine Versicherte während einer stationären Behandlung in der orthopädischen Fachabteilung einer Klinik wegen Verdachts auf Herzinfarkt in die Intensivstation eines weiteren Krankenhauses eingeliefert wird und eine Rückverlegung am selben Tag erfolgt?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 23.08.2006 - L 5 KR 78/05 -	06-04-169 (S. 70)
Fallpauschale 16.02	B 3 KR 20/05 R Termin: 28.09.2006	Kann die Fallpauschale 16.02 abgerechnet werden, wenn ein frühgeborenes Kind noch am Tag der Entbindung von der gynäkologischen in die pädiatrische Abteilung verlegt wird? Setzt die Hemmung bzw Unterbrechung der Verjährung durch Klageerhebung eine hinreichende Spezifizierung der eingeklagten Forderungen voraus?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 23.09.2004 - L 2 KR 13/04 -	05-01-168

Weitere Leistungserbringer

Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis (VACOPED)	B 3 KR 28/05 R Termin: 28.09.2006	Besteht ein Anspruch des Hilfsmittelherstellers auf Aufnahme der Vakuumstützsysteme VACOPED für die Indikationen "schwere Bandverletzung im Bereich des oberen Sprunggelenkes" und "Frakturen am Fuß und Sprunggelenk (außer Zehenverletzung)" sowie VACOachill für die Indikation "Achillessehnenruptur" in das Hilfsmittelverzeichnis?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.09.2005 - L 5 KR 35/02 -	05-04-135
Inkassorisiko bei ausbleibender Zuzahlung (Sanitätshaus)	B 3 KR 29/05 R	Hat ein Hilfsmittelerbringer den unterbliebenen Zuzahlungsbetrag unter Berücksichtigung des § 33 Abs 2 S 3 Halbs 2 SGB 5 idF vom 23.6.1997 vollständig gegenüber dem Versicherten durchzusetzen oder kann er ihn gegenüber der Krankenkasse nach § 43b S 2 SGB 5 idF vom 21.12.1992 geltend machen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.10.2005 - L 16 KR 31/05 -	06-01-147

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?	LSG Hamburg , 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?	LSG Hamburg , 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 06.04.2006 - L 16 KR 141/05 -	06-03-179
Vergütung von Krankentransportleistungen	B 3 KR 14/06 R	Kommt für die Vergütung von Krankentransportleistungen bei Fehlen einer vertraglichen Vereinbarung zwischen Transportunternehmen und Krankenkasse ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung in Betracht?	SG Duisburg , Urt. v. 11.05.2006 - S 7 KR 11/05 -	
Sonstiges				
Offenlegungspflicht der jährlichen Vergütungen	B 1 A 2/06 R	Verstößt die gesetzliche Offenlegungspflicht der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einer Krankenkasse einschließlich Nebenleistungen und wesentlicher Versorgungsregelungen gegen höherrangiges Recht? Darf eine Krankenkasse die Veröffentlichung nach § 35a Abs 6 S 2 SGB 4 verweigern	SG Speyer , Urt. v. 25.07.2006 - S 13 KR 40/05 -	06-04-