

Rei

Rechtsprechungsinformationsdienst 07-02

Editorische Hinweise	6
A. Vertragsarztrecht	7
I. Honorarverteilung	7
1. Psychotherapeuten: Beschluss des Bewertungsausschusses (2005) erneut rechtswidrig	7
2. Regelleistungsvolumen: Wechsel der Mitglieder einer Praxis	8
3. Individualbudget: Keine Herausrechnung der KO-Leistungen (KV Berlin)	8
4. Fallzahlbegrenzungsmaßnahme	8
a) Neurologisch tätiger Psychiater	8
b) Fallzahlbegrenzung für „Junge Praxen“: 12 Quartale	8
5. HVM KV Hessen	9
a) Radiologenvergütung für Quartal III/98 rechtmäßig	9
b) Neurologen und Psychiater: Honorar für Quartale I – III/96 u. III/97-II/99 rechtmäßig	9
c) Härtefallregelung (Quartale I/96-IV/97)/Radiologen	9
6. Praxisbudget: Keine Differenzierung innerhalb der Gruppe der Nervenärzte/Neurologen	10
7. Bereitschaftspauschale Nr. 03005 EBM 2005 nicht im Notfall (Quartal II/05)	10
8. Vergütungsausschluss bei Eingabefehler	11
a) Einzug der Praxisgebühr/Fehlerhafte Angabe	11
b) Ermächtigung der KV in HVV	11
9. BGB-Gesellschaft als Gläubigerin der Honorarforderung nach Gesellschafterwechsel	11
10. Zahnärzte: Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs nach § 95b SGB V	12
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	13
1. Hinweis- und Beratungspflicht wegen fehlender Abrechnungsgenehmigung	13
2. Vertrauenstatbestand durch Auskunft einer Sachbearbeiterin einer KV/Poliklinikvertrag	14
3. Regelmäßige Besprechung zwischen Operateur und Anästhesist kein Konsilium	14
4. Nervenarzt: Nr. 809 - 811 EBM und Einmal-EMG-Nadeln als Sachkosten	14
5. Nuklearmediziner: Nr. 1216, 1224, 1256, 5440 EBM (Quartale I u. II/02)/Fachfremdheit	15
6. Befugnis der KV nach Sprechstundenbedarfsvereinbarung	16
7. Zahnärzte: Festzuschuss-RL - „Konfektionierter metallischer Stiftaufbau“	17
III. Fachkunde/Arztregister/Genehmigungen/Notdienst/Ausschreibungsverfahren	17
1. Fachkunde	17
a) Keine Fortgeltung einer von anderer KV erteilten Genehmigung (LDL-Apherese)	17
b) Fachkundenachweis Koloskopie	18
c) Keine rückwirkende Genehmigung nach Strahlentherapievereinbarung	18
d) Nachweispflicht für Qualität eines Langzeit-EKG-Geräts	18
2. Arztregistereintrag für weiteren Facharzt	18
3. Lehrpraxis einer Ausbildungsstätte: Abrechenbarkeit von Supervisionsfällen	19
4. Zweigpraxisgenehmigung	20
a) „Verbesserung“ der Versorgung der Versicherten (§ 24 Ärzte-ZV n. F.)	20
b) Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz	20
5. EBM 2005	20
a) Fachliche Beschränkung bei Doppelqualifikation auf Ordinationskomplex (Nr. 6.1 Allg. Best.)	21
b) Allgemeinmediziner und chirurgische Leistungen: Zulassungsstatus	21
c) Allgemeinmediziner: Nr. 09320 EBM 2005/Allergologie/Phlebologie	21
d) Kinder- und Jugendmediziner: Nr. 09323 EBM 2005/Abweichende Regelung	21
e) Kinder- und Jugendmediziner: Nr. 13611 EBM 2005 (Weiterbildungszeit)	21
f) Internist/Nephrologie: Kapitel 13.3.1 EBM 2005 (Angiologie)	22
g) Fachärztlich tätiger Internist und Belegarzt:	22
aa) Nrn. 13430 u. 13431 EBM 2005 (Gastroenterologie)	22
bb) Kapitel 13.3.3 u. 13.3.7 EBM 2005 (Pneumologie und Gastroenterologie)	22
6. Ärztlicher Notdienst	23
a) Kein Anspruch auf Befreiung vom Notdienst für Nephrologen mit Dialysepraxis	23
b) Kein Anspruch auf Teilnahme am Notdienst in anderem Notdienstbezirk	23
7. Fortführungsfähige Praxis als Voraussetzung für Ausschreibungsverfahren (§ 103 IV 1 SGB V)	23
IV. Disziplinarrecht: Anordnung des Ruhens der Zulassung	24

V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	24
1. Nr. 17 EBM 1996 (Ärztliche Beratung und Erörterung)	24
2. Arzneikostenregress	25
a) Beziehung der Arzneimitteldaten von Anfang an	25
b) Plausible Einwände gegen zugeordnete Arzneiverordnungskosten	25
3. Schadensersatzanspruch wegen unzutreffender Kostenträgerangabe	26
4. Zahnärzte	26
a) Belegfallprüfung im Rahmen einer statistischen Vergleichsprüfung	26
b) Statistische Einzelleistungsprüfung: Nr. 39 BEMA-Z	26
c) Offensichtliches Missverhältnis bei statistischem Fallkostenvergleich	27
d) Zahnerhaltung keine Praxisbesonderheit	27
e) Schadensersatz bei mangelhafter kieferorthopädischer Leistung (Ersatzkassen)	27
aa) Zuständigkeit der KZV/Bemessung des Schadens	27
bb) Zuständigkeit der KZV/Bemessung des Schadens/Verjährungsbeginn	27
VI. Zulassungsrecht	28
1. Psychotherapeuten: Keine Rückwirkung der Überversorgung/besondere Fremdsprachenkenntnisse	28
2. MVZ aus Zahnärzten und Kieferorthopädin	29
3. Sonderbedarfzulassung	29
a) Psychotherapeuten: Regelungslücke/Bedarfsermittlung bei geringer Tätigkeit	29
b) Schwerpunkt Kinderradiologie: Keine Berücksichtigung von "Erwachsenen"-Radiologen	31
4. Praxisnachfolge	31
a) Gemeinschaftspraxis: Gleiche Eignung/Gesellschaftsvertrag	31
b) Einigung mit Praxisabgeber bei gleicher Eignung zweier Bewerber	31
5. Zulassung als Belegarzt/Klagebefugnis niedergelassener Kollegen	31
6. Zulassungsentziehung	32
a) Kein abhängiges Beschäftigungsverhältnis bei Honorarabwicklung durch Dritten	32
b) Wohlverhalten	32
7. Abrechnungsmanipulationen/Rückgriff auf Akten der Staatsanwaltschaft	33
8. Ermächtigung: Keine Klagebefugnis gegen Ermächtigung in anderem Planungsbereich	33
VII. Erweiterte Honorarverteilung KV Hessen	34
1. Absenkung des Anspruchsniveaus für Rentenbezieher	34
2. Höchstsatz bei vorzeitiger Inanspruchnahme	35
VIII. Richtgrößenvereinbarung 2006 (Me-Too-Liste KV Nordrhein): Einstw. Anordnung	35
1. Fraxiparin/Anordnungsgrund	35
2. Almogran/Anordnungsgrund	36
IX. Gesamtvergütung	36
1. Kürzung der Abschlagszahlungen wegen Integrierter Versorgung	36
2. Erstreckungskasse und Rechtskreis "Ost"/Rechtskreis "West"	36
X. Verfahrensrecht: Klage eines Partners einer Gemeinschaftspraxis	36
XI. Streitwert/Anwaltsvergütung	37
1. Nicht zur Anwendung kommende Quotierungsmaßnahmen	37
2. Arztregistereintrag für weiteren Facharzt	37
3. Arzneikostenregress: Bescheidungsantrag und Hälfte des Regressbetrages	37
4. Einreichung der Abrechnung über eine private Abrechnungsstelle	38
5. Zahlung von Abschlagszahlungen einer KV gegenüber Krankenkasse	38
6. Unanfechtbarkeit des Beschlusses über die vorläufige Festsetzung des Streitwertes	38
7. Vertragsarztrecht als schwierige Rechtsmaterie/Hauptsacheentscheidung und Sofortvollzug	39
XII. Entscheidungen des BSG	39
1. Honorarverteilung	39
a) Getrennte Honorarbereiche: Haus-/fachärztliche Versorgung	39
b) Laborreform '99	39
c) Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus	39
d) Zahnärzte	40
aa) Umsatzstärkere Praxen/Keine Sonderregelungen für Kieferorthop./Allgemeinzahnärzte	40
bb) Zulässigkeit rückwirkender Honorarbegrenzungsregelungen	40

cc) Erhöhte Erbringung chirurgischer Leistungen und Härtefall	40
dd) Degressionsregelungen: Keine Sonderregelung für Oralchirurgen	40
ee) Degressionsregelungen i.d.F. 1996 verfassungskonform	41
2. Genehmigungen/Fachkunde/Notfalldienst	41
a) Kernspintografie-Vereinbarung: Genehmigung für Teilradiologen	41
b) Fachkundenachweis für Psychotherapeuten nach § 95c Satz 2 SGB V	41
c) Teilnahmepflicht der Fachärzte am hausärztlichen Notfalldienst	41
3. Honorarberichtigung	41
a) Verweilgebühr im Rettungsdienst (Nr. 40 EBM)	41
b) Zuschlag nach Nr 689 EBM für die Durchführung als farbcodierte Duplex-Sonographie	42
4. Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren/Regress	42
a) Wirtschaftlichkeitsprüfbescheid hemmt Vier-Jahres-Frist für Honorarberichtigung	42
b) Richtigstellungen von Probeexzisionen im Verlauf von chirurgischen Eingriffen	42
c) Schadensregress wegen fehlerhaftem Zahnersatz	42
5. Zulassungsrecht	42
a) Keine Klärungsbedürftigkeit des Umfangs einer Nebentätigkeit	42
b) Ermächtigungen	43
aa) Soziologische Gruppe: Sexualstraftäter (§ 31 I lit. b Ärzte-ZV)	43
bb) Ermächtigung und Planungsbereich	43
6. HeilmittelRL: Kompetenz des Bundesausschusses	43
7. Gesamtvergütung 1992 Ost nach Rahmengesamtvertrag	43
8. Vergütung zahntechnischer Leistungen: Beitragssatzstabilität und Mengenentwicklung	43
9. Streitwert bei Rechtsstreit über Genehmigung einer Vorbereitungsassistentin	43

B. Krankenversicherungsrecht 44

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung 44

1. Ausgeschlossene Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	44
a) Tiefenhyperthermie	44
b) LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren	44
2. Künstliche Befruchtung	45
a) BVerfG: Beschränkung auf Ehepaare	45
b) Eigenanteil von 50 % verfassungsgemäß	45
3. Krankheitsbegriff	46
a) Narbenkorrektur mittels Laser-Behandlung	46
b) Operation zur Korrektur der Augenlider (Blepharoplastik)	46
4. Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung (Optifast-Programm)	46
5. Zahnärztliche Implantatbehandlung	46

II. Kostenerstattungsanspruch 47

1. Keine Kassenleistung: Wirbelsäulenkathetertechnik nach Prof. Racz	47
2. Kausalität/Unaufschiebbarkeit/Forderung	47
3. Klagebefugnis: Keine Kosten für Behandlung mit Wachstumshormonen (Somatropin)	47
4. Leihweise überlassene Kniebewegungsschiene	48
5. Kostenerstattung aufgrund sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs	48

III. Stationäre Krankenhausbehandlung: Krankheitsbegriff 48

1. Operative Magenverkleinerung und einstweiliger Rechtsschutz	48
2. Mammareduktion	49
3. Hautstraffungsoperation, nach extremer Gewichtsabnahme	49

IV. Ausland: IVF-Behandlung mit Implantationsdiagnostik in Belgien 49

V. Arzneimittel 50

1. Off-Label-Use	50
a) Behandlungsalternative/Palliativer Behandlungserfolg (Trenantone als Antiandrogentherapie)	50
b) Herceptin (Antikörper Trastuzumab)	50
c) "Fiblaferon" (Interferon-Beta) bei Darmerkrankung (Colitis ulcerosa)	51
d) Vor Veröffentlichung der Phase-III-Studien (Pramipexol/Sifrol bei Restless-Legs-Syndrom)	51
e) Intravenös verabreichte Immunglobuline bei Multipler Sklerose	51
f) Fertigarzneimittel mit Wirkstoff Thalidomid	52
g) Concerta 18 (Methylphenidat) bei ADHS im Erwachsenenalter	52
2. Nicht verschreibungspflichtiges Medikament: Omega-3-Fettsäuren ("Eicosan 750")	52
3. Medizinprodukt nur auf Kassenrezept (Präparat Cystistat)	53

4. Lorenzo´s Öl _____	53
5. Miticor (Coenzym Q 10) _____	53
6. Potenzmittel Caverject _____	54
VI. Hilfsmittel _____	54
1. Individuell angepasster Multifunktionsrollstuhl für Wachkomapatient _____	54
2. Multifunktionsrollstuhl _____	55
3. Kraftknoten für Rollstuhl _____	55
4. Behindertengerechtes Dreirad _____	56
5. Badebein _____	56
6. Zehenorthese nach Maß _____	56
7. Absaugkatheter _____	56
8. Lymphdrainage-Gerät _____	56
9. Bildtelefon _____	57
10 Farberkennungsgerät Color Test 2000 anstelle eines Colorino _____	57
11. Keine Perücke für Männer _____	57
VII. Häusliche Krankenpflege _____	58
1. Behandlungspflege rund um die Uhr _____	58
2. Grundpflege nur bei erforderlicher stationäre Krankenhausbehandlung _____	58
VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha _____	58
1. Zuzahlung _____	58
a) Praxisgebühr und Zuzahlung rechtmäßig _____	58
b) Zuzahlung je Verordnung, nicht je Packung _____	59
c) Belastungsgrenze bei Leistungsempfängern nach dem AsylbLG _____	59
2. Fahrkosten _____	59
a) Fehlfahrt eines Rettungsdienstes _____	59
b) Nächst erreichbare Behandlungsmöglichkeit _____	60
3. Rehabilitationsmaßnahmen _____	60
a) Medizinische Rehabilitation in Form von Reha-Sport _____	60
b) Adaptionsmaßnahme als Rehabilitationsmaßnahme _____	60
c) Selbstbehauptungstraining bei nicht anerkanntem Maßnahmeträger _____	61
IX. Beziehungen zu Leistungserbringern _____	61
1. Beziehungen zu Krankenhäusern: Krankenhauskosten _____	61
a) Überprüfungsverfahren: Zeitnahe Überprüfung _____	61
b) Eintritt des Todes nach wenigen Minuten stationärer Aufnahme _____	62
c) Ambulante Behandlungsmöglichkeit während stationären Krankenhausaufenthalts _____	62
d) Psychiatrische Behandlung: Gefahr des Rückfalls eines Suchtkranken _____	62
e) Belastungserprobung am Wochenende in Psychiatrie _____	62
f) Krankenhausbehandlungskosten für gesundes Neugeborenes bei Erkrankung der Mutter _____	63
g) Prozedurenschlüssels 5-399.a neben 1-275.a _____	63
h) Teilstationäre Krankenhausbehandlung: Bade-PUVA-Therapie _____	63
i) Lauf der Frist für die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs (§ 111 SGB X) _____	64
2. Apotheker _____	64
a) Werbeaktion einer Krankenkasse für Versandhandelsapotheken _____	64
b) Apotheker: Vergütungskürzung wegen fehlender Angabe des Abgabedatums auf Verordnung _____	65
3. Sprechstundenbedarfslieferant: Verordnung von Sprechstundenbedarf _____	65
4. Kostenübernahme für ein verloren gegangenes Hörgerät _____	66
5. Häusliche Krankenpflege _____	66
a) Kein Leistungsanspruch nach Vertragskündigung _____	66
b) Vergütungsposition "Kompressionsstrümpfe/-hose, An und Aus ... 14,95 DM" _____	67
6. Krankentransportunternehmen: beherrschende Marktstellung der Krankenkassen/§ 69 SGB V n.F. _____	67
7. Arzt gegen Krankenkasse: Abgabe einer Unterlassungserklärung (Hyperthermietherapie) _____	68
X. Krankenkassen: "Fusionsbeihilfe" als Sonderbeitrag der Mitgliedskassen _____	69
XI. Entscheidungen des BSG _____	69
1. Laserinduzierte Thermotherapie (LITT) bei lebensbedrohlicher Krankheit _____	69
2. Kostenerstattung für stationäre Privatbehandlung _____	70
3. Arzneimittel: Fehlende Zulassung (Mnesis) und verfassungskonforme Leistungserweiterung _____	70
4. Krankenhausbehandlungskosten _____	70
a) Voraussetzung eines Anspruchs auf vollstationäre Behandlung in zugelassenem Krankenhaus _____	70
b) Nichteinhaltung des vereinbarten Verfahrens durch Krankenkasse _____	70

c) Verjährungshemmung durch Klageerhebung/Konkretisierung des Klageanspruchs	70
5. Hilfsmittelerbringer: Inkassorisiko bei ausbleibender Zuzahlung (Sanitätshaus)	71
6. Häusliche Krankenpflege:	71
a) Anerkennung als Pflegedienstleitung	71
b) Vergütungsposition "Kompressionsstrümpfe/-hose, An und Aus ... 14,95 DM"	71
C. Entscheidungen anderer Gerichte	72
I. Ärztliches Berufsrecht	72
1. Approbation	72
a) Vorrang des EU-Rechts: Prüfung im EU-Ausland nach Nichtbestehen im Bundesgebiet	72
b) Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg: Approbation als Zahnarzt erforderlich	72
2. Ärztliche Weiterbildung einer vollzeitbeschäftigten Chefärztin	72
3. Berufspflichtverletzung	72
a) Geldbusse wegen Ablehnung einer Untersuchung im zahnärztlichen Notfalldienst	72
b) Private Mitteilung an Führerscheinstelle über Nachbarin	73
c) Führen des Namens einer verstorbenen Praxisinhaberin	73
4. Zahnweißung ("Bleaching") ist keine Zahnheilbehandlung.	73
5. Vertragsrecht	73
a) BGH: Befristung und "Hinauskündigungsverbot"	73
b) Beteiligung an Labormedizin-GmbH: Verstoß gegen Zuweisungsverbot gegen Entgelt	73
6. Strafrecht	74
a) BGH: Strafbarkeit des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse	74
b) BGH: Freispruch eines radiolog. Klinikleiters vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung	74
7. Kammerrecht	74
a) Pflichtmitgliedschaft in Psychotherapeutenkammer: Forensische Glaubwürdigkeitsgutachterin	74
b) Ärztekammeraufgaben und Kammerbeitrag: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung	74
c) Kein Anspruch eines Dritten auf Einschreiten einer Heilberufskammer	74
8. Versorgungswerk	75
a) Zuschlag für Ledige, nicht für Geschiedene	75
b) Berufsunfähigkeitsrente: Verweisungsberufe	75
c) Ermessensnichtgebrauch bei Ablehnung einer Weiterbildung	75
II. Arzthaftung	75
1. Haftung eines im Notdienst tätigen Hausarztes: Diagnoseirrtum als Behandlungsfehler	75
2. Unklare postoperative Röntgenaufnahme/Verzögerung des Revisionseingriffs	75
3. Beweislast bei Lagerungsschäden	76
4. Beweisverfahren nach Behandlungsfehler in Bundeswehrkrankenhaus	76
5. Fehlerhafte therapeutische Aufklärung und dadurch verursachte Verzögerung der Weiterbehandlung	76
6. Schadenersatz nach Behandlungsfehler und Mehrkosten für privatärztliche Behandlung	77
7. Schadenersatz und Schmerzensgeld wg. fehlerhafter Wurzelkanalbehandlung	77
III. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb	77
1. Unzulässige Bezeichnung "Internationale Apotheke"	77
2. Arzneimittelpreisverordnung: Unterschreiten des eigenen Herstellerpreises	77
IV. Private Krankenversicherung/Beihilfe/Privatbehandlung	78
1. Anspruch auf psychotherapeutische Behandlungsunterlagen	78
2. BGH: Rückerstattung von Wahlleistungshonoraren/unzulässige Rechtsausübung	78
3. Vertrag mit Laborarzt bei Beauftragung durch behandelnden Arzt	78
4. Ausfallhonorar bei kurzfristiger Absage	78
a) Nachweis des Schadens	78
b) Bestellpraxis und Verhandlungsvereinbarung	78
5. Beihilfe	79
a) Abzug für "Praxisgebühr" auch bei Mitgliedschaft in gesetzlicher Krankenkasse	79
b) Zahnärztliche Implantate	79
c) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	79
d) Viagra wegen Erektionsstörung als Folge einer Krebsoperation	80
V. BGH: Rechtsweg bei wettbewerbsrechtlichen Ansprüchen gegen gesetzl. Krankenkasse	80
VI. Verschiedenes	80
1. EuGH: Behandlung in Privatklinik in anderem Mitgliedstaat	80
2. Generalanwalt EuGH: Standard für die Verbote der Öffentlichkeitswerbung für Arzneimittel	81

3. BGH: Verabreichung von Medizin als therapeutisches Verfahren	81
4. Tierarztpraxis in der Rechtsform der GmbH	81
5. Unzulässige Werbung für „Heilstollen“ ohne wissenschaftliche Absicherung	82
6. Vergaberecht: Krankenkasse und Eigenschaft als öffentliche Auftraggeberin	82
7. Ärztekritik der Gesundheitsministerin ist keine Beleidigung	82
8. Bekanntgabe der Identität eines Krankenhauspatienten an Mitpatient	83
9. Abteilungspflegesatz unterschiedl. Facharztbezeichnung (Psych. u. Psychoth./Gerontopsych.)	83
10. Kartellrechtlichen Kontrolle der Zusammenschlüsse von Krankenhäusern (Rhön-Klinikum AG)	83
11. Patent für neurale Vorläuferzellen, Herstellungsverfahren und Therapieverwendung	84
12. Öffentlich bestellter Sachverständiger nur bis zum 68. Lebensjahr	84
13. Versicherungspflicht eines AiP im Werksärztlichen Dienst	84
14. Steuerrecht	84
a) BFH: Auskunft berufsständischer Kammer an Finanzbehörde	84
b) Aufwendungen für die Teilnahme an einem Fachkongress als Werbungskosten	85
c) Pflegegutachten einer Krankenschwester nicht steuerfrei	85
15. Heilpraktikergesetz: Beschränkung der Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapeuten	85
16. Keine Rundfunkgebühren für PKW-Fahrten zur Facharztpraxis	85
17. Drogenberatungsstelle und Gebot der Rücksichtnahme	86
Redaktion	86
Verzeichnis der Entscheidungen	86
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht	90
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)	94

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 Angaben beruhen auf www.sozialgerichtsbarkeit.de.

Die Leitsätze unter der Überschrift "**Leitsatz/Leitsätze**" stammen vom jeweiligen Gericht; Hervorhebungen stammen von der Redaktion. 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.

Für **BSG-Entscheidungen** gelten folgende Bearbeitungsprinzipien: im Vorspann der einzelnen Kapitel handelt es sich um einen Kurzauszug nach der Pressemitteilung; im Abschnitt "BSG" erscheinen die Entscheidungen i. d. R. mit den Leitsätzen, sobald diese verfügbar sind; im Anhang wird mit Termin vermerkt, dass eine Entscheidung vorliegt; mit Erscheinen im Abschnitt "BSG" wird der Revisionshinweis im Anhang komplett gelöscht.

Die Datei www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungserbringungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 29.05.2007 eingestellten Entscheidungen.

A. Vertragsarztrecht

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 23.05.2007 - **B 6 KA 17 u. 16/06 R** – stehen die Regelungen des EBM (in der bis 30.6.2003 gültig gewesenen Fassung) über die Berechnung der Fallpunktzahlen für die **Praxisbudgets** in den **neuen Bundesländern** mit Bundesrecht in Einklang; nach BSG, Urt. v. 23.05.2007 - **B 6 KA 17 u. 2/06 R** – war die Begrenzung des 24%igen **Aufschlags** auf höchstens eine Gesamtauszahlungssumme von 6,2 Mio. DM für **Laborärzte** (Geltung: 01.01.2000 bis 30.06.2001) rechtmäßig; nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 - **B 6 KA 6/06 R** – besteht bei der **Neugründung einer Gemeinschaftspraxis**, deren Gesellschaftsvertrag die Übernahme der **Altverbindlichkeiten** der Praxispartner ausdrücklich ausschließt, keine Rechtsgrundlage dafür, dass die Gemeinschaftspraxis auch für solche Altverbindlichkeiten haftet; nach BSG, Urt. v. 29.11.2006 - **B 6 KA 42/05 R u. B 6 KA 45/05 R** – haben **Honorarbegrenzungsregelungen** zur - auch im Jahresverlauf - gleichmäßigen Verteilung budgetierter Gesamtvergütungen, wenn sie **erst während des Abrechnungszeitraums bekannt gemacht** werden, im Rahmen des vertrags(zahn)ärztlichen Vergütungssystems lediglich eine unechte Rückwirkung zur Folge; nach BSG, Urt. v. 29.11.2006 - **B 6 KA 23/06 R** – ist für **Oralchirurgen** eine Sonderbestimmung mit höherer degressionsfreier Punktmenge rechtlich nicht erforderlich; vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 06-04 A I (S. 6); RID 05-04-A I (S. 7).

1. PSYCHOTHERAPEUTEN: BESCHLUSS DES BEWERTUNGS-AUSSCHUSSES (2005) ERNEUT RECHTSWIDRIG

SG Dresden, Urt. v. 13.12.2006 – S 11 KA 316/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Revision anhängig: B 6 KA 8/07 R.

RID 07-02-01

Bewertungsausschuss, Betriebsausgaben, Honorarverteilungsgerechtigkeit
SGB V § 85 IV, IVa

Der **Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004** i.d.F. der in der 96. Sitzung im Februar 2005 beschlossenen Änderung ist **rechtswidrig**. Den Vorgaben des BSG, Urt. v. 28.01.2004 - B 6 KA 52/03 R - wegen der **fehlerhaften Festsetzung der Betriebskosten der Psychotherapeuten** ist auch mit dem nunmehr bestimmten Betrag von 40.634 EUR nicht ausreichend Rechnung getragen. Ein weiterer und zugleich neuer Fehler liegt bei der Berechnung der **Erträge der Vergleichsgruppen** vor. Hier werden die Honorare für die belegärztliche Behandlung, aus Kapiteln O und U, für Dialysesachkosten, aus regional vereinbarten Kosten und aus Vergütungen nach § 63 SGB V zu Unrecht bei der Ermittlung der Vergleichserträge abgezogen.

Die Honorierung der **probatorischen Leistungen** nach Nr. 870 EBM mit dem Mindestpunktwert für die zeitabhängigen und genehmigungspflichtigen Leistungen kann indes nicht beansprucht werden. Eine solche Verpflichtung bestand nach der Rechtsprechung des BSG für die Zeit bis Ende 1998 und besteht auch für die Zeit ab 01.01.2000 nicht. Auch mit dem ab 01.01.2000 geltenden § 85 IV 4 SGB V i.d.F. des GKV-RefG 2000 ist dieser Anspruch nicht zu begründen.

Die Bildung eines **Honorartopfes** zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen, aus dem die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen nach den Vorgaben in § 85 IV 4 und IVa SGB i.V.m. mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses mit dem festen Punktwert vorab vergütet wurden, ist nicht zu beanstanden, auch wenn die Belastung des Honorartopfes mit dem **Vorwegabzug** indes zur Folge haben konnte, dass zur Vergütung der sonstigen Leistungen nur ein geringer bzw. gar kein Anteil zur Verfügung steht.

Die vom Gesetz in § 85 IV 4, IVa SGB V vorgesehene Stärkung der psychotherapeutischen Vergütung, der mit der Vergütung eines festen Punktwertes für die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen Rechnung getragen werden soll, darf indessen nicht – wie hier - zu einer Benachteiligung bei der Vergütung der sonstigen Leistungen führen. Dies schließt es aus, bei einer **Interventionsregelung** zur Stützung des Punktwertes für die sonstigen Leistungen die privilegierten Punktwerte der zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen mit einzubeziehen (vgl. auch SG Dresden, Urt. v. 20.04.2005 - S 11 KA 635/00 u. S 11 KA 638/00 -).

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

Parallelverfahren:

SG Dresden, Urt. v. 13.12.2006 – S 11 KA 848/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Revision anhängig: B 6 KA 9/07 R

RID 07-02-02

SG Dresden, Urt. v. 13.12.2006 – S 11 KA 950/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Revision anhängig: B 6 KA 10/07 R

RID 07-02-03

SG Dresden, Urt. v. 13.12.2006 – S 11 KA 791/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Revision anhängig: B 6 KA 11/07 R

RID 07-02-04

S. ebs. **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 13.10.2006 – L 4 KA 4/05 – RID 07-01-01

2. REGELLEISTUNGSVOLUMEN: WECHSEL DER MITGLIEDER EINER PRAXIS

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 10/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-05

Honorarverteilungsmaßstab, Regelleistungsvolumen, ambulante Operationen, ambulantes Operieren, Gemeinschaftspraxis, Abrechnungsquartal, Streitwert, Quotierungsmaßnahme
SGB V § 85 IV

Ein Honorarverteilungsmaßstab einer Kassenärztlichen Vereinigung, der ein **Regelleistungsvolumen für ambulante Operationen** vorsieht, muss nicht jeden Wechsel einzelner Mitglieder einer Praxis berücksichtigen. Es ist noch vom Gestaltungsspielraum des HVM-Normgebers gedeckt, grundsätzlich am Fortbestand einer Gemeinschaftspraxis anzuknüpfen, da im Regelfall der Versorgungsumfang auch bei einem Wechsel einzelner Mitglieder sich nicht verändert.

Angesichts einer extrabudgetären Vergütung zu festen Punktwerten ist es nicht zu beanstanden, dass hierfür feste Regelleistungsvolumen vorgesehen werden, die auf **frühere Abrechnungsquartale** Bezug nehmen (vgl. BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 25/05 R -, SozR 4-2500 § 85 Nr. 23 = MedR 2006, 603 = NZS 2006, 667, juris Rdnr. 23 m.w.N.).

Das **SG** wies die Klage ab (zur Streitwertfestsetzung s. unter A.XI.1 S. 37).

3. INDIVIDUALBUDGET: KEINE HERAUSRECHNUNG DER KO-LEISTUNGEN (KV BERLIN)

SG Berlin, Urt. v. 17.01.2007 – S 83 KA 253/04 –

RID 07-02-06

Individualbudget, KO-Leistung, Hausarzt, Internist, Berufsfreiheit
SGB V § 85 IV

Eine in einem HVM getroffene Regelung, wonach die im Jahr 2002 von Hausärzten erbrachten KO-Leistungen für die Ermittlung des Individualbudgets herausgerechnet werden, ist rechtswidrig, weil sie eine Reduzierung der vertragsärztlichen Tätigkeit zum Ziel hat oder eine solche jedenfalls nach sich zieht. Der Vertragsarzt darf im Rahmen seiner durch Art. 12 I GG geschützten Berufsfreiheit nicht an seinen geleisteten oder zu erwartenden Umsätzen festgehalten werden, sondern nur an dem Umfang seiner Tätigkeit, den er in der Vergangenheit für sich als ausreichend und notwendig zur Finanzierung seiner Praxis und Einkommenserzielung erachtet hat.

Das **SG** gab der Klage statt.

4. FALLZAHLBEGRENZUNGSMAßNAHME

A) NEUROLOGISCH TÄTIGER PSYCHIATER

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 565/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-07

Honorarverteilung, Psychiatrie, Psychiater, Neurologe, Fallzahl, Fallzahlbegrenzung, Fallzahlsteigerung
SGB V § 85 IV

Wird ein Facharzt für Psychiatrie, der weitgehend neurologisch tätig ist, einer Fallzahlbegrenzungsmaßnahme unterworfen, so ist im Rahmen einer Ausnahmeregelung zu prüfen, inwieweit ihm eine an den durchschnittlichen Fallzahlen der neurologischen Praxen orientierte Fallzahlsteigerung zugebilligt werden muss.

Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung.

B) FALLZAHLBEGRENZUNG FÜR „JUNGE PRAXEN“: 12 QUARTALE

SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 909/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-08

Honorarverteilungsmaßstab, junge Praxis, Anfangsphase, fallzahlabhängige Quotierung, Fallzahlbegrenzung
SGB V § 85 IV

Ist nach einem Honorarverteilungsmaßstab zwingend von einer fallzahlabhängigen Quotierung abzusehen, wenn die Praxis weniger als 12 Quartale im Abrechnungsquartal bestanden hat („Junge Praxen“), so ist dies i. S. v. zwölf vollen Quartalen zu verstehen. Dieser Zeitraum ist insofern offensichtlich nach Maßgabe der von dem Bundessozialgericht bestätigten Auffassung gewählt worden, wonach die Anfangsphase mindestens drei Jahre dauert (vgl. BSG, Urt. v. 10.03.2004 - B 6 KA 3/03 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 9 = BSGE 92, 233-240, juris Rdnr. 25 m. w. N.).

Das **SG** gab der Klage statt.

5. HVM KV HESSEN

A) RADIOLOGENVERGÜTUNG FÜR QUARTAL III/98 RECHTMÄßIG

LSG Hessen, Urt. v. 23.08.2006 – L 6/7 KA 127/02 –

RID 07-02-09

Honorartopf, Honorarverteilung, Quotierungsregelungen, Punktwert, Verteilungsgerechtigkeit
SGB V § 85 IV

Über die Frage der **Rechtmäßigkeit von Honorarbescheiden der KV Hessen** bzgl. der **Quartale bis II/98** wurde vom **Senat** – auch unter Berücksichtigung des klägerischen Vortrags zur Frage des angemessenen sog. „Arztlohnes“ - bereits mehrfach entschieden. Auf die Urteile vom 16.10.2002 (L 7 KA 721/00), v. 29.01.2003 (L 7 KA 921/01 sowie L 7 KA 1105/01 und L 7 KA 1156/01), v. 26.02.2003 (L 7 KA 656/00, L 7 KA 707/00, L 7 KA 723/00, L 7 KA 1441/00, L 7 KA 1373/01, L 7 KA 1187/01 und L 7 KA 1374/01), sowie v. 17.12.2003 (L 7 KA 212/00) wird insoweit Bezug genommen. Mit Ausnahme der Verfahren L 7 KA 723/00 und L 7 KA 1374/01 betreffen alle genannten Urteile des Senats die Honorierung von Radiologen. In all diesen Entscheidungen hat der Senat die Rechtmäßigkeit der dort ergangenen Honorarbescheide bestätigt. Das **BSG** hat in einer Vielzahl von Urteilen vom 8./9.12.2004, die zum Teil die oben genannten Verfahren betreffen (vgl. z.B. B 6 KA 4/04 R, B 6 KA 39/03 R, B 6 KA 38/03 R, B 6 KA 12/04 R, B 6 KA 28/03 R), die Auffassung des erkennenden Senates bestätigt. Auch im vorliegenden Fall hält der Senat an der in diesen Entscheidungen vertretenen Auffassung fest und erstreckt sie auf die von der Beklagten vorgenommene Änderung ihres HVM mit Wirkung **ab Quartal III/98**.

SG Frankfurt a. M., Gerichtsbs. v. 16.01.2002 – S 27 KA 3940/99 – verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Klage ab.

Zur Vorinstanz vgl. Parallelverfahren *SG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.05.2001 – S 27 KA 2515/99 -* RID 01-03-25.

Parallelverfahren: SG Frankfurt a. M., Gerichtsbs. v. 15.02.2002 – S 27 KA 1060/01 –

LSG Hessen, Urt. v. 23.08.2006 – L 6/7 KA 267/02 –

RID 07-02-10

B) NEUROLOGEN UND PSYCHIATER: HONORAR FÜR QUARTALE I – III/96 U. III/97-II/99 RECHTMÄßIG

LSG Hessen, Urt. v. 01.11.2006 – L 6/7 KA 63/04 –

RID 07-02-11

Honorartopf, Honorarverteilung, Quotierungsregelungen, Punktwert, Verteilungsgerechtigkeit
SGB V § 85 IV

Der Senat hat bereits an seiner bisherigen und vom BSG bestätigten Rechtsprechung festgehalten und diese zugleich auf die von der beklagten KV Hessen vorgenommenen Änderungen ihres HVM mit Wirkung ab Quartal III/98 erstreckt (vgl. Urt. v. 23.08.2006 – L 6/7 KA 127/02- s. vorstehend); er erstreckt sie auch auf die weiteren **Quartale I und II/99**.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 28.04.2004 – S 5 KA 2071/00 u.a. - wies die Klage ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

C) HÄRTEFALLREGELUNG (QUARTALE I/96-IV/97)/RADIOLOGEN

LSG Hessen, Urt. v. 17.05.2006 – L 6/7 KA 795/02 –

RID 07-02-12

Härtefallzahlungen, Härtefall, Honorarverteilungsmaßstab, Radiologe
SGB V § 85 IV

Die Regelungen zu Härtefallzahlungen nach Leitzahl 803 des Honorarverteilungsmaßstabes der KV Hessen für die Quartale I/96, III/96 und IV/96 sind rechtmäßig. Es trifft nicht zu, dass durch den EBM 1996 die **Gruppe der Radiologen** in besonderem Maße betroffen wurde und deshalb einen höheren **Härtefallausgleich** erhalten muss, als er bei den anderen Arztgruppen gewährt wird.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 14.05.2003 – S 27 KA 1880/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren: SG Frankfurt a. M., Urt. v. 05.12.2001 – S 29 KA 3589/01 (Quartale III u. IV/97)

LSG Hessen, Urt. v. 17.05.2006 – L 6/7 KA 12/05 –

RID 07-02-13

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 05.12.2001 – S 29 KA 3562/01 (Quartale III u. IV/97)

LSG Hessen, Urt. v. 17.05.2006 – L 6/7 KA 526/02 –

RID 07-02-14

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 14.05.2003 – S 27 KA 1880/02 (Quartal II/97)

LSG Hessen, Urt. v. 17.05.2006 – L 6/7 KA 552/03 –

RID 07-02-15

6. PRAXISBUDGET: KEINE DIFFERENZIERUNG INNERHALB DER GRUPPE DER NERVENÄRZTE/NEUROLOGEN

LSG Hamburg, Urt. v. 28.02.2007 – L 2 KA 3/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Praxisbudget, Nervenarzt, Neurologe, Praxiskosten
SGB V § 85 IV

RID 07-02-16

Eine weitere **Differenzierung** innerhalb der Gruppe der Nervenärzte/Neurologen ist bei der Zuordnung zu einem Praxisbudget (Quartal I/99) nicht geboten. Eine KV konnte davon ausgehen, dass im Bundesdurchschnitt der **Praxiskostensatz** für Neurologen einerseits und Nervenärzte andererseits mit 58,1 Prozent bzw. 55,2 nicht so stark differierten, dass eine Zusammenfassung der Nervenärzte und Neurologen in einer Gruppe von vorneherein ausschied. Sie durfte ferner davon ausgehen, dass der Bewertungsausschuss gesonderte Gruppen für Psychiater, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gebildet hatte, deren Praxiskostensatz jeweils erheblich niedriger ist als derjenige von Nervenärzten und Neurologen, so dass Verzerrungen zuungunsten der Neurologen/Nervenärzte bereits auf dieser Ebene vermieden wurden.

Wenn innerhalb der Gruppe der Nervenärzte/Neurologen **einzelne Ärzte** nur einen Teil des ihnen möglichen Leistungsspektrums anbieten und so in eine **ungünstige Kostensituation geraten**, so muss eine KV hierauf nicht mit weiterer Differenzierung reagieren. Hierdurch würde die Ebene des Strukturellen zugunsten einer Einzelfallregelung verlassen, die ausschließlich noch an die jeweiligen wirtschaftlichen Gegebenheiten einer konkreten Praxis anknüpft. Es ist nämlich die allein von dem Vertragsarzt zu verantwortende unternehmerische Entscheidung, wenn er sich innerhalb des durch seinen Zulassungsstatus gesteckten Rahmens auf lediglich einen Teil der von ihm zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringbaren Leistungen spezialisiert. Auch ist er an diese Entscheidung nicht gebunden und kann seine Praxis jederzeit einer geänderten Nachfrage anpassen und so seine Kostensituation verändern. Dies aber muss der Normgeber nicht fortlaufend in seinem Regelwerk abbilden.

Der seit 1995 zugelassene Nervenarzt Er wandte sich erfolglos gegen den Honorarabrechnungsbescheid für das Quartal I/99. Mit seiner Klage machte er geltend, die Festlegung des Praxisbudgets sei rechtswidrig, weil innerhalb der Gruppe der Nervenärzte nicht weiter nach den tatsächlich ausgeführten Tätigkeiten differenziert werde. Dies sei aber geboten, weil es Nervenärzte gebe, die überwiegend psychotherapeutisch und psychoanalytisch arbeiteten, ohne einer der anderen Arztgruppen, die sich überwiegend der Gesprächsmedizin widmeten, zugeordnet werden zu können. Demgegenüber beschäftige er sich schwerpunktmäßig mit neurologischer Diagnostik und Therapie, während der Gesprächsmedizin in seiner Praxis nur geringe Bedeutung zukomme. Sein Praxiskostenanteil sei daher vergleichsweise hoch. *SG Hamburg, Urt. v. 30.03.2005 - S 3 KA 288/02* - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. BEREITSCHAFTSPAUSCHALE NR. 03005 EBM 2005 NICHT IM NOTFALL (QUARTAL II/05)

SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 910/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Bereitschaftspauschale, Behandlungsfall, Notfallbehandlung, Notfall, Bereitschaftsdienst, Notdienst
SGB V § 85 IV; EBM 2005 Nr. 03005

RID 07-02-17

Die versorgungsbereichsspezifischen Bereitschaftspauschale nach Nr. 03005 EBM 2005 ist eine Pauschalabgeltung für jeden regulären Behandlungsfall, die unabhängig von einer Notfallbehandlung anfällt. Behandlungsfälle, die lediglich im Rahmen eines Notfalls behandelt werden, fallen hierunter auch nicht im Quartal II/05.

Das *SG* wies die Klage ab.

8. VERGÜTUNGSAUSSCHLUSS BEI EINGABEFehler

A) EINZUG DER PRAXISGEBÜHR/FEHLERHAFTE ANGABE

SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 1027/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-18

Honorarverteilungsmaßstab, Abrechnungskorrektur, Vertragsarzt, Programmfehler, Abrechnungsprogramm, Abrechnungsvorschriften, Praxisgebühr

SGB V §§ 43b, 85 IV; BMV-Ä §§ 18 IV, 54; EKV-Ä §§ 21 IV, 53

Eine Bestimmung in einem Honorarverteilungsmaßstab, nach der der Vertragsarzt **Korrekturen** im Regelfall nur **innerhalb von sechs Wochen** nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres einreichen kann, ist zulässig.

Ein Vertragsarzt muss sich einen **Programmfehler in einem Abrechnungsprogramm** zurechnen lassen. Insofern trägt er ein unternehmerisches Risiko und ist für seine Sphäre verantwortlich. Besondere Gründe für eine nachträgliche Abrechnungskorrektur liegen damit nicht vor.

Der **Einzug der Praxisgebühr** unterliegt den allgemeinen Abrechnungsvorschriften.

Das **SG** wies die Klage ab.

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 893/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-19

Honorarabrechnung, Korrektur, Abrechnungsfehler

SGB V § 85 IV

Eine Regelung in einem Honorarverteilungsmaßstab, wonach es nur innerhalb der ersten 6 Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres gestattet werden kann, eine bereits eingereichte Abrechnungsunterlage in den Geschäftsräumen der KV in Anwesenheit eines ihrer Bevollmächtigten zu berichtigen, wobei nur in begründeten Ausnahmefällen diese Frist verlängert werden kann, ist nicht zu beanstanden.

Kann eine Korrekturfrist in „begründeten Ausnahmefällen“ verlängert werden, so reicht ein schlichtes Versehen, Vergessen oder fehlerhaftes Abrechnen (hier: fehlerhafte Angabe für die sog. Praxisgebühr) für eine Verlängerung nicht aus.

Das **SG** wies die Klage ab.

B) ERMÄCHTIGUNG DER KV IN HVV

SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 876/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-20

Vertragsarzt, Honorarverteilungsmaßstab, Korrektur, Berichtigung, Kassenärztliche Vereinigung

§ 85 Abs. 4 Satz 1 u. 2 SGB V

Ein Honorarverteilungsvertrag kann vorsehen, dass Einzelheiten der Verfahrensweise bei verspäteter Abrechnungsabgabe bzw. bei nicht ordnungsgemäßer Rechnungslegung die Kassenärztliche Vereinigung in eigener Zuständigkeit regelt.

Eine Regelung, nach der der Vertragsarzt Korrekturen im Regelfall nur innerhalb von 10 Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres einreichen kann, ist zulässig.

Das **SG** wies die Klage ab.

9. BGB-GESELLSCHAFT ALS GLÄUBIGERIN DER HONORARFORDERUNG NACH GESELLSCHAFTERWECHSEL

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 59/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-21

BGB-Gesellschaft, Honoraranspruch, Gemeinschaftspraxis, Kassenärztliche Vereinigung, Zulassungsrecht, Zulassungsstatus, Gesellschafter

SGB V § 85 IV

Gläubiger der Forderung einer BGB-Gesellschaft wird jeweils die BGB-Gesellschaft selbst, unabhängig vom Bestand ihrer Mitglieder. Dies gilt auch für Honoraransprüche einer vertragsärztlichen Gemeinschaftspraxis in der Rechtsform einer BGB-Gesellschaft gegenüber der Beklagten als KV. Eine „Sperrwirkung des Zulassungsrechts“ gilt nur insofern, als es für den jeweiligen Bestand der Gemeinschaftspraxis ausschließlich auf den aktuellen Zulassungsstatus, nicht die diesem zugrunde liegenden vertraglichen Absprachen zwischen den Gesellschaftern ankommt.

Das **SG** gab der Klage statt.

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

SG Hannover, Urt. v. 13.09.2006 – S 35 KA 878/06 – juris

RID 07-02-22

Sprungrevision eingelegt: B 6 KA 39/06 R

Zulassungsverzicht, Ermächtigung, Verzicht, Sicherstellungsauftrag, Krankenkasse

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

§ 95b III 1 SGB V stellt **keine Anspruchsgrundlage** für Leistungen von Kieferorthopäden an Versicherten, die diese außerhalb eines Notfalls nach § 76 I 2 SGB V in Anspruch nehmen, dar. Ein anderes Auslegungsergebnis würde auch zu Ungleichbehandlungen führen, die durch keinen sachlichen Grund zu rechtfertigen sind.

§ 95b III SGB V regelt, dass die **Krankenkasse** die Vergütung mit befreiender Wirkung an den Zahnarzt zahlt. Sie ist damit inhaltsähnlich gestaltet wie § 85 I SGB V. Die Leistung entfaltet somit Erfüllungswirkung auch außerhalb des Rechtsverhältnisses, auf das geleistet wird. Soweit bei § 95b SGB V die Krankenkasse an den Arzt mit befreiender Wirkung zahlt, kann dies wie in § 85 SGB V nicht auf eine eigene Schuld gegenüber dem Arzt geleistet sein, sondern auf eine **Schuld des Versicherten**. Der Versicherte befindet sich in einem zivilrechtlichen Rechtsverhältnis, dem Dienstvertrag (§ 611 BGB). Die Krankenkasse leistet im Wege einer **Schuldübernahme** (§ 69 S. 3 SGB V i.V.m. § 414 BGB).

Der Versicherte hat **kein Recht** i.S.d. § 76 I 1 SGB V auf **freie Wahl eines Zahnarztes**, der auf seine **Zulassung verzichtet** hat. Soweit somit ein Versicherter nicht berechtigt ist, Zahnärzte, die aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschieden sind, in Anspruch zu nehmen, ist ein Vergütungsanspruch dieser Zahnärzte gegen die Krankenkasse von vornherein ausgeschlossen.

Würde man mit der Rechtsprechung des **LSG Niedersachsen-Bremen** diesen Zahnärzten einen von den Regeln des Vertragsarztrechts freigestellten Anspruch auf Vergütung gewähren, wären sowohl die **finanziellen Grundlagen** der gesetzlichen Krankenversicherung bei unbudgetierten Vergütungsansprüchen gefährdet, wie auch die Interessen der Versicherten, da die auf **Qualitätssicherung** gerichteten Normen und **vertraglichen Beziehungen** die Nichtvertrags(zahn)ärzte nicht binden.

Der Gesetzgeber ist vom **Notfall** nach § 76 I 2 SGB V als **typischen Anwendungsfall des § 95b SGB V** ausgegangen. Eine verfassungsgemäße Auslegung der Vorschrift ist dahingehend vorzunehmen, dass § 95b III SGB V nur dann den Schuldübergang zu Lasten der Krankenkasse regelt, wenn ein Notfall i.S.d. § 76 I 2 SGB V vorliegt.

Ein **Notfall** liegt **nicht** vor, wenn im Umkreis von 55 km um die Gemeinde weitere 14 Fachzahnärzte für Kieferorthopädie oder KFO-Erklärer zur kieferorthopädischen Behandlung bereit stehen. **Anfahrtswege von bis zu 55 km** sind in ländlichem Raum nicht unüblich und deshalb noch zumutbar. Unter dem Begriff des **Notfalls** sind auch solche Fälle zu subsumieren, in denen die kieferorthopädische Behandlung seitens der Krankenkasse bereits **genehmigt** wurde (§ 29 III 2 SGB V), bevor der Zahnarzt aus dem vertragszahnärztlichen Versorgungssystem ausgeschieden ist. Dies kann auch dann gelten, wenn sich die Behandlung über mehrere Jahre erstreckt.

Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren: SG Hannover, Urt. v. 13.09.2006 – S 35 KA 535/05 – juris

RID 07-02-23

Sprungrevision eingelegt: B 6 KA 37/06 R

Vgl. zuletzt **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 13.09.2006 – L 3 KA 90/05 – RID 06-04-22 (Revision anhängig: B 6 KA 38/06 R) m.w.N.

Die in **Notfällen** von Nichtvertragsärzten und Krankenhäusern erbrachten Notfalleistungen gelten als im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachte Leistungen, vgl. **BSG**, Urt. v. 24.09.2003 – B 6 KA 51/02 R – SozR 4-2500 § 75 Nr. 2 (juris Rn. 13); **BSG**, Urt. v. 19.08.1992 – 6 RKA 6/91 – BSGE 71, 117 = SozR 3-2500 § 120 Nr. 2 (juris Rn. 14 ff.).

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – **B 6 KA 32/05** u. **33/05** – ist bei den duplex-sonographischen Untersuchungen nach den Nrn 668, 686 und 687 EBM (a.F.) der Zuschlag nach Nr 689 EBM für die Durchführung als farbcodierte Duplex-Sonographie mehrfach - bezogen auf die einzelne Grundleistung - abrechenbar, wenn die Leistungen in einer Sitzung erbracht werden; vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 06-04 A II (S. 16);RID 05-04-A II (S. 9).

1. HINWEIS- UND BERATUNGSPFLICHT WEGEN FEHLENDER ABRECHNUNGSGENEHMIGUNG

SG Mainz, Beschl. v. 29.12.2006 – S 6 ER 276/06 KA – juris

RID 07-02-24

Radiologe, Abrechnungsgenehmigung, Vertrauensschutz, Hinweis- und Beratungspflicht, KV, Vertragsarzt, Schadensersatzanspruch, Zuständigkeit, Sozialgerichtsbarkeit

SGB V §§ 82 I, 83 II, 87 I, II, 135 II; SGB X § 45 II 3; BMV-Ä § 45 I; EKV-Ä § 34 IV; BGB § 839; GG Art. 34; SGG § 51 I Nr. 2; EBM 1996 Nr. 7024, 7025, 7026; EBM 2005 Nr. 25321, 25222, 25323

Leitsätze: 1. Rechnet ein Vertragsarzt Abrechnungsziffern des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ab, obwohl er die hierfür gemäß § 135 Abs 2 SGB V i.V.m. § 2 Abs 1 S 1 der Vereinbarung Strahlendiagnostik und -therapie erforderliche **Abrechnungsgenehmigung nicht besitzt**, liegt ein Fehler in der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung vor.

2. Für die als Grundlage eines **Vertrauensschutzes** nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG vom 9.5.1990 - 6 RKa 5/89 = MedR 1990, 363) in Betracht kommende wissentliche Duldung der Abrechnung nach § 135 Abs 2 SGB V genehmigungspflichtiger Abrechnungsziffern ohne die erforderliche Genehmigung genügt es nicht, dass der **Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bekannt** war, dass der betreffende Vertragsarzt über keine Abrechnungsgenehmigung verfügt und die Abrechnung über acht Quartale tatsächlich nicht beanstandet wurde.

3. Fehlt einem Vertragsarzt die zur Abrechnung bestimmter Ziffern notwendige Abrechnungsgenehmigung, so trifft die KV im Hinblick auf die im Vertragsarztrecht bestehende gegenseitige **Verpflichtung zur vertrauensvollen Zusammenarbeit** dann eine **Hinweis- und Beratungspflicht** gegenüber dem Vertragsarzt, wenn sich eine Antragstellung ohne weiteres aufgedrängt hätte (vgl. SG Marburg vom 09.11.2005 - S 12 KA 36/05 - RID 06-01-23) und die KV dies mit vertretbarem Aufwand hätte feststellen können.

4. Verletzt die KV ihre **Hinweis- und Beratungspflicht**, so hat sie dem betroffenen Vertragsarzt den deswegen entstandenen **Schaden** zu ersetzen. Für die Entscheidung über den Schadensersatzanspruch sind die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit zuständig.

Die Ast. sind als Radiologen bzw. Diagnostische Radiologen in Gemeinschaftspraxis zur vertragsärztlichen Versorgung in B zugelassen. Seit III/03 erbringen sie strahlentherapeutische Leistungen nach den Ziffern 7024, 7025, 7026 EBM 1996 bzw. 25321, 25322 und 25323 EBM 2005 mit einem vom Krankenhaus S in B angemieteten **Linearbeschleuniger**. Bis zum 05.06.2005 verfügten sie **nicht über eine Abrechnungsgenehmigung**, wie sie gemäß § 2 I 1 Vereinbarung Strahlendiagnostik und -therapie erforderlich ist. Trotzdem rechneten die Ast. die strittigen Leistungen mit der Ag. ab und erhielten hierfür während der **verfahrensgegenständlichen Quartalen (III/03 bis II/05** - bis zum 05.06.2005) auch die **Vergütung**. Mit den angefochtenen Bescheiden stellte die Ag. die Abrechnung der Ast. sachlich-rechnerisch unter Kürzung der genannten Abrechnungsziffern während des verfahrensgegenständlichen Zeitraums richtig und forderte die ausgezahlte Vergütung in Höhe von insgesamt **€ 520.150,99** von den Ast. zurück. **Vor dem Quartal II/03** hatten die Ast. strahlentherapeutische Leistungen mit einem - ebenfalls im Krankenhaus in B befindlichen - **Telekobalt-Gerät** erbracht und abgerechnet, was seitens der Ag. entsprechend deren Schreiben vom 28.03.1996 **geduldet** worden war. Dem war ein **Antrag** des Ast. zu 1) vorausgegangen, mit dem er die Erteilung einer "Genehmigung, kassenärztliche Leistungen auf dem Gebiet der Strahlentherapie vornehmen und abrechnen zu dürfen" beantragt hatte. Die Leistungen sollten, so der Ast. in dem Schreiben weiter, derzeit noch an der im Krankenhaus S installierten **Telekobaltanlage** erbracht werden. Nach entsprechender **Umrüstung auf einen Linearbeschleuniger** bitte er auch um die Abrechnungserlaubnis für dieses noch zu installierende Gerät. Beiliegend erhalte die Antragsgegnerin den Fachkundenachweis "Linearbeschleuniger". Mit Schreiben vom 03.02.1997 hatte die Ag. den Ast. zu 1) darauf hingewiesen, dass zur Erteilung der Abrechnungsgenehmigung für die Leistungen mit dem Linearbeschleuniger noch die Vorlage einer Gewährleistungsgarantie des Herstellers oder Vertreibers der Anlage und einer Umgangsgenehmigung nach § 3 I Strahlenschutzverordnung (zu erteilen vom Landesamt für Umweltschutz und Gewerbeaufsicht M) erforderlich sei. Der Ast. zu 1) bestätigte, er werde der Ag. nach Treffen der Kaufentscheidung die zur Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung noch erforderlichen Unterlagen umgehend zukommen lassen. In der Folge entschieden sich die Ast. dann allerdings, aus finanziellen Gründen keinen eigenen Linearbeschleuniger anzuschaffen, sondern den des Krankenhauses S zu mieten, sobald dort einer angeschafft würde, was schließlich zum Quartal III/03 erfolgte. Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung der bei der Kammer unter dem Aktenzeichen S 6 KA 458/06 anhängigen Klage gegen

den Bescheid der Ag. in Höhe eines Betrages von € 415.756,30 gegen Gestellung einer unbefristeten, unbedingten und selbstschuldnerischen Bankbürgschaft über diesen Betrag an.

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 14.02.2007 – L 5 ER 36/07 KA–

RID 07-02-25

Die Beschwerde der Ag. gegen **SG Mainz**, Beschl. v. 29.12.2006 – S 6 ER 276/06 KA – wird zurückgewiesen. Bei summarischer Überprüfung der Sach- und Rechtslage ist es nicht zweifelsfrei, ob die von der Ag. verfügte sachlich-rechnerische Berichtigung keinen Einschränkungen durch den Grundsatz des Vertrauensschutzes unterliegt. Nach der Rechtsprechung des BSG dürfen sachlich-rechnerische Richtigstellungen etwa dann nicht erfolgen, wenn die KV über einen längeren Zeitraum eine systematisch fachfremde oder eine ohne ausreichende fachliche Qualifikation ausgeübte Tätigkeit wissentlich geduldet und der Vertragsarzt im Vertrauen auf die weitere Vergütung solcher Leistungen weiterhin entsprechende Leistungen erbracht hat, Voraussetzung ist eine längere Verwaltungspraxis, die über eine Zeit von wenigen Monaten hinausgehen muss (vgl. BSG 12.12.2001 - B 6 KA 3/01 R, SozR 3 - 2500, § 83 Nr. 3; juris Rn. 39 m.w.N.).

2. VERTRAUENSTATBESTAND DURCH AUSKUNFT EINER SACHBEARBEITERIN EINER KV/POLIKLINIKVERTRAG

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 718/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-26

Ermächtigung, Überweisung, Überweisungsauftrag, Poliklinik, Poliklinikvertrag, Kündigung, Auskunft, Kassenärztliche Vereinigung, Vertrauen, Vertrauenstatbestand
SGB V §§ 85 IV, 116

Die **Ermächtigung „auf Überweisung durch Ärzte des Klinikums der Universität“** schließt nicht nur Überweisungen von Ärzten außerhalb des Universitätsklinikums aus, sondern greift auch die in §§ 95, 115 ff. SGB V vorgenommene Unterscheidung von ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen auf. Überweisungen von **Polikliniken** werden damit nicht erfasst.

Ein unbefristet abgeschlossener **Poliklinikvertrag**, der eine **Kündigungsmöglichkeit** vorsieht, wird nicht dadurch beendet oder gekündigt, dass einer der Vertragspartner mit den Krankenkassenverbänden eine Vergütungsvereinbarung nach § 120 SGB V abschließt.

Mit der **Auskunft einer Sachbearbeiterin** einer Kassenärztlichen Vereinigung, mit der Änderung einer Ermächtigung durch Aufnahme einer in bisherigen Ermächtigungen enthaltenen Klausel, nach der die Ermächtigung auch zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrags durch Polikliniken des Universitätsklinikums berechtigt, wird ein **Vertrauenstatbestand** auf Abrechenbarkeit der auf Veranlassung der Poliklinik erbrachten Leistungen gesetzt.

Das **SG** gab der Klage z. T. statt.

3. REGELMÄßIGE BESPRECHUNG ZWISCHEN OPERATEUR UND ANÄSTHESIST KEIN KONSILIUM

SG Karlsruhe, Urt. v. 26.01.2007 – S 1 KA 3088/04 – juris

RID 07-02-27

Belegstation, Anästhesist, Aufsuchen, Patient, Visite, Besuch, Besprechung, Operateur, Konsilium
SGB V §§ 87 I, II; EBM 1996 Nr. 29, 42, 50

Leitsätze: 1. Das Aufsuchen eines Patienten auf der Belegstation durch den vom Belegarzt hinzugezogenen Anästhesisten stellt keine Visite und keinen Besuch i.S. der Nrn. 25/26 bzw. 28/29 EBM a.F. dar, sondern das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes i.S. der Nr. 50 EBM a.F.

2. Die regelmäßige Besprechung zwischen dem Operateur und dem Anästhesisten vor der Operation füllt nicht die Voraussetzungen eines Konsils i.S. der Nr. 42 EBM a.F. und ist mit der Gebührenziffer für die Anästhesieleistung abgegolten (Anschluss an LSG Schleswig v. 24.06.1997 - L 6 KA 38/96).

Das **SG** wies die Klage ab.

4. NERVENARZT: NR. 809 - 811 EBM UND EINMAL-EMG-NADELN ALS SACHKOSTEN

LSG Hamburg, Urt. v. 28.02.2007 – L 2 KA 4/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-28

Einmal-EMG-Nadel, Sachkosten, Ableitelektrode
EBM 1996 Nr. 809, 810, 811

Die in Abschnitt A I. Allgemeine Bestimmungen, Teil A Nr. 2 EBM, wonach bestimmte Leistungen in den berechnungsfähigen Leistungen des Vertragsarztes enthalten sind, zum Ausdruck kommende Systematik verbietet eine gesonderte Abrechnung der zur Untersuchung verwandten **Einmal-EMG-**

Nadeln als Sachkosten. Die Nr. 809 – 811 EBM erfassen jeweils den gesamten Vorgang der Untersuchung. Sie unterscheiden sich lediglich in der Beschreibung der zur Untersuchung verwandten Apparatur. Hieraus folgt, dass die Ableitelektrode Teil der Apparatur ist, und zwar gleichviel, ob sie eingestochen oder aufgebracht wird. Ohne Elektrode ist die Apparatur nicht bestimmungsgemäß verwendbar. Damit aber scheidet eine gesonderte Vergütung auch dann aus, wenn die verwandten Nadelelektroden nur einmal verwendet werden können.

SG Hamburg, Urt. v. 30.03.2006 - S 3 KA 289/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. NUKLEARMEDIZINER: NR. 1216, 1224, 1256, 5440 EBM (QUARTALE I U. II/02)/FACHFREMDHEIT

LSG Schleswig Holstein, Urt. v. 12.02.2007 – L 4 KA 35/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-29

Ermächtigung, Szintigraphie der Speicheldrüse, Qualität, Richtlinie Speicheldrüsenszintigraphie, Wirtschaftlichkeit, Nuklearmedizin, Fachfremdheit

SGB V §§ 92, 115a, 116, 135 II; EBM 1996 Nr. 1216, 1224, 1256, 5440

Für mehrere Ärzte, die - ausnahmsweise - zur **gemeinschaftlichen Abrechnung** unter einer einheitlichen Arztnummer **ermächtigt** worden sind, sind bei Streitigkeiten über die gemeinschaftliche Abrechnung gegenüber der KV die Grundsätze bzgl. der Gemeinschaftspraxis anzuwenden (vgl. dazu BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 45/03 R - SozR 4-1500 § 86 Nr. 2, juris Rn. 15; BSG, Urt. v. 20. Oktober 2004 - B 6 KA 15/04 R - SozR 4-1390 § 6 Nr. 1, juris Rn. 19, 20).

Die Ermächtigung mit dem **Ausschluss von solchen "Leistungen, die gem. § 115a SGB V erbracht werden"**, bedeutet, dass Leistungen, die tatsächlich innerhalb des in § 115a SGB V definierten Rahmens erbracht wurden, von der Ermächtigung ausgeschlossen sind und dass in diesem Zusammenhang nicht zu prüfen ist, ob durch eine andere Organisation oder Art der Durchführung der Leistung eine Erbringung auch nach § 115a SGB V hätte ermöglicht werden können.

Eine sachlich-rechnerische Berichtigung kann nicht darauf gestützt werden, dass die "Simultandurchführung" der Szintigraphie der Speicheldrüse und der Schilddrüse mit einem Radionuklid **nicht leitliniengerecht** sei. Haben Fragen der Qualität der Leistung keinen Eingang z.B. in eine Richtlinie i. S. d. § 92 SGB V oder eine Vereinbarung i. S. d. § 135 II SGB V gefunden, so können **sachlich-rechnerische Berichtigungen aufgrund mangelnder Qualität** nur unter sehr eingeschränkten Voraussetzungen durchgeführt werden. Voraussetzung wäre die "Ungeeignetheit der Leistung". Die Leistung müsste sich in dem "konkreten Behandlungszusammenhang in offenkundigem Widerspruch zum Stand der medizinischen Wissenschaft befinden oder erkennbar ohne jeden Nutzen erbracht worden" sein. Wenn dagegen bei vertragsärztlich an sich zulässigen Leistungen diese Evidenzschwelle nicht erreicht wird, kommt aus kompetenzrechtlichen Gründen nur die Untersuchung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise durch die zuständigen Prüfungsgremien in Betracht (BSG, Urt. v. 05.02.2003 - B 6 KA 15/02 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 1).

Die Frage, ob die Durchführung einer **Speicheldrüsenszintigraphie (Nr. 5440 EBM)** regelhaft im Rahmen der einer Radiojodtherapie vorangehenden Diagnostik durchzuführen ist oder ob diese auf Fälle mit besonders hohem Risiko für eine Schädigung der Speicheldrüse beschränkt werden kann, ist im Rahmen einer sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht zu prüfen, weil damit Fragen der **Wirtschaftlichkeit** der Leistungserbringung angesprochen sind.

Die nur **einmalige Radionuklidapplikation für zwei Untersuchungen** - die Schilddrüsenszintigraphie nach Nr. 5435 EBM und die Speicheldrüsenszintigraphie nach Nr. 5440 EBM - steht der Erfüllung der Leistungslegende nach Nr. 5440 EBM nicht entgegen, da die Einbringung des Radionuklids nicht Bestandteil der Leistungslegende ist.

Die Erbringung von Leistungen nach **Nr. 1216, 1224, 1256 EBM** ist für Fachärzte für **Nuklearmedizin fachfremd**. Sie gehören zur Augenheilkunde.

Einem Gebietsarzt muss selbst die **regelmäßige Erbringung** einer bestimmten **fachfremden Untersuchung** gestattet sein, soweit ihm auf andere Weise die ordnungsgemäße Durchführung einer ihm obliegenden Untersuchung nicht möglich ist (BSG, Urt. v. 28.10.1987 - B 6 RKA 4/87 - SozR 2200 § 368a Nr. 20). Eine im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Durchführung der ausschließlich stationär erbringbaren Radiojod-Therapie erforderliche Augenuntersuchung kann nicht Gegenstand der Abrechnung im Rahmen einer Ermächtigung sein, sondern nur der Vergütung des Krankenhauses für die stationär durchzuführende Radiojod-Therapie.

Soweit **fachfremde Leistungen** im Rahmen einer gewissen **Toleranzbreite** zu vergüten sind, gilt dies für einzelne Behandlungsfälle, mit denen sich der Arzt in seiner täglichen Praxis befassen muss (BSG,

Urt. v. 28.10.1987, aaO.). Der Vertragsarzt kann sich nicht darauf verlassen, dass fachfremde Leistungen bis zu einer gewissen Prozentgrenze toleriert werden.

Die Kl. ist eine **Gemeinschaft von Ärzten**, die in den Quartalen I u. II/02 **ermächtigt** waren. Prof. Dr. H, Dr. C und Dr. B waren jeweils gesondert Ermächtigungen für Tätigkeiten am Universitätsklinikum K und für Tätigkeiten am W Klinikum Ha erteilt worden. Dr. S war eine Ermächtigung nur für eine Tätigkeit am W Klinikum Ha erteilt worden. Die Abrechnung der am W Klinikum in Ha erbrachten Leistungen erfolgte für alle Ärzte dieser Abrechnungsgemeinschaft **gemeinsam unter der Abrechnungsnummer A** und die Abrechnung der am Universitätsklinikum K erbrachten Leistungen erfolgte für alle Ärzte der dortigen Abrechnungsgemeinschaft unter der Abrechnungsnummer B. Eine Kennzeichnung von Leistungen, die es der Beklagten ermöglicht hätte, die erbrachte Leistung einem der ermächtigten Ärzte der jeweiligen Abrechnungsgemeinschaft zuzuordnen, erfolgte nicht. In Ha waren sie als Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Einschränkung des Leistungsspektrums auf Überweisung durch Vertragsärzte ermächtigt worden. Einschränkungen galten lediglich für Leistungen der In vitro Diagnostik. Außerdem waren Leistungen ausgeschlossen, "die gemäß § 115a SGB V erbracht werden". Die Bekl. strich im Quartal IV/01 u.a. die Nrn. 1216 EBM (10 x), 1224 EBM Ä (10 x) sowie 1256 EBM-Ä (9 x), da es sich um fachfremde Leistungen handele. Diese seien dem Gebiet der Augenheilkunde zuzuordnen. Im Quartal II/02 strich sie die Nr. 5440 EBM (334 x). **SG Kiel**, Urt. v. 19.01.2005 - S 14 KA 320/03 – gab der Klage statt, das **LSG** hob auf Berufung der Bekl. den gegenüber Dr. S zur Abrechnungsnummer A ergangenen Bescheid hinsichtlich der die Nr. 5440 EBM betreffenden Honorarkürzungen im Quartal II/02 auf. Hinsichtlich der die Nrn. 1216, 1224 und 1256 EBM-Ä betreffenden Honorarkürzungen wies es die Klagen des Prof. Dr. H, des Dr. C und des Dr. B ab; die weitergehende Berufung der Bekl. (Kürzung der Nr. 5440 EBM) wies es zurück.

6. BEFUGNIS DER KV NACH SPRECHSTUNDENBEDARFSVEREINBARUNG

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 15.02.2007 – L 5 KA 9/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-30

Revision zugelassen

Sprechstundenbedarf, Sprechstundenbedarfsvereinbarung, KV, Zuständigkeit, Schaden,
SGB V § 106; BMV-Ä § 48; EKV-Ä § 44

In einer **Sprechstundenbedarfsvereinbarung** kann einer **KV** die Befugnis zur Durchführung einer **sachlich-rechnerischen Richtigstellung** eingeräumt werden. Eine solche Regelung verstößt nicht gegen § 48 I BMV Ä bzw. § 44 I EKV Ä (so im Ergebnis a. **LSG Sachsen**, Urt. v. 26.01.2005 – L 1 KA 30/02 – RID 05-04-11). Es handelt sich nicht um einen Schaden aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind. Vielmehr sind die betreffenden Arzneimittel grundsätzlich ordnungsfähig; zweifelhaft ist nur, ob sie im Einzelfall und zwar als Sprechstundenbedarf verordnet werden durften. Dieser rechtlichen Beurteilung steht **BSG**, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 65/03 R - juris Rn. 21 nicht entgegen, wo lediglich zu entscheiden war, ob die unzutreffende Verteilung des Sprechstundenbedarfs auf die Primärkassen und Ersatzkassen ein sonstiger Schaden ist.

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** (BSG v. 31.05.2006 - B 6 KA 10/06 B - juris).

Die Kl., eine aus zwei Augenärzten bestehenden Gemeinschaftspraxis, verordnete in den Quartalen IV/99, I/00 und II/00 im Zusammenhang mit ihrer operativen Tätigkeit als Sprechstundenbedarf Tarivid-, Doxycyclin-, Prednisolon- und Rohypnoltableten sowie Ciba Vision Blue Farbstofflösung (Farbstoff, der intraoperativ verwendet wird, um die Linsenkapsel besser sichtbar zu machen und Komplikationen Kapselruptur zu vermeiden). Die Bekl. stellte im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung (5.366,74 EUR) fest, dass die genannten Medikamente nicht als Sprechstundenbedarf ordnungsfähig seien. Hinsichtlich der Ciba Vision Blue Farbstofflösung rügte die Beklagte u. a. die Größenordnung der Lieferung dieser Farbstoffsubstanzen; aus der entsprechenden Rezeptkopie betreffend das Quartal IV/99 gehe hervor, dass Vision Blue in der Größenordnung 1 ml 5 Stück verordnet worden sei, während die vorgelegte Versandrechnung fünf Versandeinheiten à 10 x 1 ml als Liefermenge ausweise. Die Bekl. stützte sich hierbei auf die **Sprechstundenbedarfsvereinbarung von 1995**. Dort ist geregelt: "1. Werden andere als die nach der Sprechstundenbedarfsregelung zulässigen Mittel verordnet, so sind die hierdurch entstehenden Kosten bzw. Mehrkosten von der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege sachlich-rechnerischer Richtigstellung festzusetzen und vom Vertragsarzt zu erstatten ... 2. Unabhängig von der Durchführung sachlich-rechnerischer Richtigstellungen erfolgt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf nach den Bestimmungen der zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Pfalz getroffenen Prüfvereinbarung ...". Mit ihren Widersprüchen gegen die genannten Bescheide machte die Kl. geltend, die Medikamente seien im Rahmen der operativen Tätigkeit unerlässlich, wobei mit der Verordnung als Sprechstundenbedarf eine Kostenersparnis für die beantragende Krankenkasse und die Versichertengemeinschaft verbunden sei. Hinsichtlich der Farbstofflösung Vision Blue sei die Falschlieferrung für die Bekl. ohne weiteres erkennbar gewesen, sodass es

unzulässig sei, sie, die Kl., in Haftung zu nehmen. **SG Mainz**, Urt. v. 26.10.2005 - S 2 KA 66/02 - wies die Klage ab. Mit der **Berufung** geht es der Kl. allein um die **Rechtsfrage**, ob die Bekl. bei der Verordnung nicht verordnungsfähiger Gegenstände des Sprechstundenbedarfs zur Vornahme sachlich-rechnerischer Berichtigungen berechtigt gewesen sei oder ob sich die diesbezügliche Regelung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung als rechtswidrig erweise. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

Zur **sachl.-rech. Berichtigung von Sprechstundenbedarf** s. zuletzt **SG Hamburg**, Gerichtsbb. v. 21.09.2006 - S 27 KA 100/03 - RID 07-01-38; **SG Hamburg**, Urt. v. 25.01.2006 - S 27 KA 9/03 -u. - S 27 KA 68/04 - RID 06-02-15 u. 16; **LSG Sachsen**, Urt. v. 26.01.2005 - L 1 KA 30/02 - RID 05-04-11; zur **Vereinbarung einer Zuständigkeit der Prüfungsgremien** s. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 01.06.2006 - S 2 (17) KA 329/04 - RID 06-03-49; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 21.12.2005 - L 11 KA 23/05 - u. - L 11 KA 44/05 - RID 06-01-31 u. 32; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 18.05.2005 - L 11 KA 93/04 - RID 05-03-29; **BSG**, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 65/03 R - RID 05-02-70.

7. ZAHNÄRZTE: FESTZUSCHUSS-RL - „KONFEKTIONIERTER METALLISCHER STIFTAUFBAU“

SG Marburg, Urt. v. 21.03.2007 - S 12 KA 813/06 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-30a

Festzuschuss-Richtlinien, Stiftaufbau, Stift

SGB V §§ 75 I 1, 106; BMV-Z § 19

Wird ein konfektionierter Stift verwendet, so liegt insgesamt ein „konfektionierter metallischer Stiftaufbau“ i. S. d. Nr. 1.4 der zahnärztlichen Festzuschuss-Richtlinien und kein „gegossener metallischer Stiftaufbau“ i. S. d. Nr. 1.5 vor. Eine weitergehende Unterscheidung zwischen „Stift“ und „Aufbau“ im Sinne einer Unterscheidung zwischen dem Stift und der Spitze des Stiftes, auf den die prothetische Versorgung aufgebracht wird, nehmen die Leistungslegenden nicht vor. Wird ein konfektionierter Stift verwendet und lediglich die Spitze des Stiftes individuell gegossen, so handelt es sich insgesamt um einen konfektionierten Stiftaufbau.

Das **SG** wies die Klage ab.

III.

Fachkunde/Arztregister/Genehmigungen/Notdienst/Ausschreibungsverfahren

Nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 - B 6 KA 8/06 - kann ein Vertragsarzt nicht die **Dialysegenehmigung eines Konkurrenten anfechten**, da es an einer drittschützenden Wirkung als Voraussetzung für die Anfechtungsbefugnis im Fall defensiver Konkurrentenklagen fehlt; nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 - B 6 KA 11/06 - sind für den Nachweis der **Fachkunde** für das Richtlinienverfahren **"analytische Psychotherapie"** i.S. des § 95c SGB V i.V.m. § 12 IV PsychThG bzgl. der "dokumentierten Behandlungsfälle" nachvollziehbare und detaillierte Beschreibungen der Situation des Patienten zu Beginn der Behandlung, zu dem Behandlungsverlauf, der Reaktion des Patienten auf die fortschreitende Behandlung und dem Behandlungserfolg vorzulegen; s. ferner zuletzt RID 06-04-A III (S. 21); RID 05-04-A III (S. 13).

Gleining, Zur Anerkennung von Psychotherapieverfahren als Richtlinienverfahren, MedR 2007, S. 152-166

1. FACHKUNDE

A) KEINE FORTGELTUNG EINER VON ANDERER KV ERTEILTEN GENEHMIGUNG (LDL-APHERESE)

LSG Bayern, Urt. v. 31.01.2007 - L 12 KA 217/05 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-31

Verwaltungsakt, Zuständigkeit, Genehmigung

SGB V §§ 92, 135 II; BMV-Ä § 11 VI; EKV-Ä § 39 VI

Die Wirkung der von einer KV erlassenen Verwaltungsakte ist auf den Bereich ihrer örtlichen Zuständigkeit beschränkt. Einer von einer KV ausgesprochenen **Genehmigung** kommt nach einem **Zulassungsverzicht** keine Wirkung mehr zu, weil diese sich mit der Beendigung der Zulassung im Bereich dieser KV erledigt hat (BSG, Urt. v. 13.11.1996 - 6 RKA 87/95 - SozR 3-2500 § 135 Nr. 3). Eine Erstreckung auf die Ausübung der vertragsärztlichen Versorgung in einem anderen KV-Bereich ergibt sich auch nicht auf Grund allgemeiner Rechtsgrundsätze, wie zum Beispiel einer umfassenden bundeseinheitlichen Statuswirkung einer entsprechenden Genehmigung.

Der Kl. ist Internist und berechtigt, die Teilgebetsbezeichnung Kardiologie zu führen. Er war in der Vergangenheit im Bereich der **KV Nordrhein** zugelassen. Diese erteilte ihm **1993 die Genehmigung** zur ambulanten Durchführung der LDL-Elimination (LDL-Apherese) als extrakorporales Hämotherapieverfahren, die sie Ende 2000 zurücknahm; vor dem SG Düsseldorf schlossen der Kl. und die KV Nordrhein am 25.07.2001 einen Vergleich, der u.a. die Aufhebung der Rücknahme der Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von LDL-Apheresen vorsieht. Der Vergleich wurde durch Bescheid umgesetzt. Nach einem Verzicht zum Ende 2000 ist der Kl. seit 01.03.2001 im Gebiet der beklagten **KV Bayern** vertragsärztlich zugelassen. Der Forderung, die Fortgeltung der Genehmigung festzustellen, lehnte d. Bekl. ab. Der Teilnahme an einem Kolloquium kam d. Kl. nicht nach. **SG München**, Urt. v. 02.02.2005 - S 38 KA 587/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

B) FACHKUNDENACHWEIS KOLOSKOPIE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.03.2007 – L 11 KA 9/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-32**

Qualitätssicherungsvereinbarung, Koloskopie, Berufsrecht, Fachkundenachweis

SGB V § 135 II; Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie v. 20.09.2002 (a.F.) §§ 4 I, 10

Das **Vertragsarztrecht** darf **Qualifikationsanforderungen** stellen, die über das **Berufsrecht** hinausgehen. Beide Gebiete sind nicht notwendig deckungsgleich hinsichtlich der Anforderungen; da die Ärzte aus der Partizipation am öffentlich-rechtlichen Krankenversicherungssystem Vorteile ziehen, müssen sie umgekehrt auch Einschränkungen hinnehmen, die ihnen das Berufsrecht nicht abverlangt (BVerfG SozR 4-2500 § 135 Nr. 2).

Ob ein Vertragsarzt berufsbegleitend noch den Fachkundenachweis für Koloskopien erwerben kann, ist rechtlich irrelevant. Werden Ärzte durch neue Regelungen von der Erbringung und Abrechnung bestimmter, zu ihrem Fachgebiet gehörender Leistungen ausgeschlossen, so liegt eine statusrelevante Berufsausübungsregelung nur dann vor, wenn diese Leistungen für das Fachgebiet wesentlich sind. Die **Normierung nicht statusrelevanter Regelungen** kann dem untergesetzlichen Normgeber überlassen werden. Dabei haben die Partner der Bundesmantelverträge als Normsetzer bei der Einführung nicht statusrelevanter qualitätssichernder Maßnahmen einen weitgehenden Entscheidungsspielraum (BSG SozR 3-2500 § 135 Nr. 15).

SG Düsseldorf, Urt. v. 23.11.2005 - S 14 KA 226/03 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

C) KEINE RÜCKWIRKENDE GENEHMIGUNG NACH STRAHLENTHERAPIEVEREINBARUNG

SG Marburg, Urt. v. 25.04.2007 – S 12 KA 786/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-33**

Radiologie, rückwirkende Genehmigung, Facharztzeugnis,

SGB V § 135 II; Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie §§ 3 Satz 1 und 2, 14, 16 I

Nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Radiologie, der Strahlentherapie und Nuklearmedizin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV zulässig. Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller Unterlagen erteilt werden; hierzu gehört auch das Facharztzeugnis.

Das *SG* wies die Klage ab.

D) NACHWEISPFLICHT FÜR QUALITÄT EINES LANGZEIT-EKG-GERÄTS

SG Marburg, Urt. v. 25.04.2007 – S 12 KA 995/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-34**

Langzeit-elektrokardiographische Untersuchung, Langzeit-EKG, Gerätenachweis

SGB V § 135 II; Langzeit-EKG-Untersuchungen-Vereinbarung B.3.1

Nachweispflichtig für die Qualität eines für Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen benutzten Gerätes ist der Vertragsarzt.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. ARZTREGISTEREINTRAG FÜR WEITEREN FACHARZT

LSG Sachsen, Beschl. v. 04.04.2007 – L 1 B 84/06 KA-ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-35**

Arztregister, Arztregistereintrag, Facharztbezeichnung, Fachgebiet, Zulassung, Ärzteverzeichnis

SGB V §§ 73 I 1, 75 I 1, 103 II; SGG § 86b II; Ärzte-ZV §§ 18 I 2, 24 III; BMV-Ä § 59 I; EKV-Ä § 7 VII

Ein Vertragsarzt ist nur dann berechtigt, im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit eine **Facharztbezeichnung zu führen**, wenn er für das betreffende Fachgebiet zur vertragsärztlichen Versorgung **zugelassen** ist.

Die **Beschränkung** der vertragsärztlichen **Zulassung** auf ärztliche Fachgebiete verstößt nicht gegen Art. 12 Abs. 1 GG.

Aufgrund ihres **Auftrages**, die vertragsärztliche Versorgung **sicherzustellen** (§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V), ist eine KV berechtigt, ein **Ärzteverzeichnis** herauszugeben. Ihr Zweck gebietet es, diese auf die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und den Umfang, in dem diese an dieser Versorgung teilnehmen, zu beschränken.

Der Ast. wurde nach seiner Approbation als Arzt ab 01.09.1977 als Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie sowie ab 01.01.1980 als **Facharzt für Klinische Pharmakologie** anerkannt. Seit 31.12.1990 ist er

als Praktischer Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Seit 01.01.1996 nimmt er an der hausärztlichen Versorgung teil. Im Arztregister ist seine Zulassung als Praktischer Arzt sowie seine Gebietsbezeichnung als Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie ausgewiesen. In dem von der Ag. herausgegebenen **Ärzteverzeichnis** wird er **als Praktischer Arzt geführt**; zudem ist darin ein Hinweis auf seine Spezialsprechstunde Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen enthalten. In der elektronischen Version des **Ärzteverzeichnisses** (Datenbank "Arzt- und Psychotherapeutensuche" im Internetauftritt der Antragsgegnerin) wird der Ast. seit 2002 auf eigenen Wunsch nicht mehr geführt. Am 26.08.2004 beantragte der Ast. ohne Erfolg, **mit beiden Bezeichnungen** (Praktischer Arzt und Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie) in dem neu erscheinenden **Ärzteverzeichnis** sowie in dessen Internet-Version geführt zu werden. Hiergegen ist ein **Klageverfahren** anhängig. Am 26.10.2005 beantragte er, ihm im Wege der **einstweiligen Anordnung** bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig zu gestatten, neben seiner vertragsärztlichen Zulassung als Praktischer Arzt auch die Bezeichnung Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie zu führen, und die Ag. vorläufig zu verpflichten, ihn in den elektronisch oder konventionell geführten **Ärzteregeistern** und **-verzeichnissen** als zugelassener Praktischer Arzt und mit der Bezeichnung Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie zu führen. **SG Dresden**, Beschl. v. 02.02.2006 - S 15 KA 658/05 - wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück; s. a. unter Streitwert A.XI.2.

3. LEHRPRAXIS EINER AUSBILDUNGSSTÄTTE: ABRECHENBARKEIT VON SUPERVISIONSFÄLLEN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.03.2007 – L 5 KA 1861/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-36**
Lehrpraxis, Ausbildungsstätte, Praxisinhaber, Ausbildungskandidat, Assistent, Ausbildung, Psychologischer Psychotherapeut
SGB V § 117

Wird die Praxis einer Psychologischen Psychotherapeutin **als Lehrpraxis einer Ausbildungsstätte, zugeordnet**, dann ist sie auch bei räumlicher Trennung als Teil der Ausbildungsstätte anzusehen. Diese ist auch weiterhin im Rahmen der Gesamtausbildung für den Ablauf und die Organisation der Ausbildung verantwortlich. Aufgrund der organisatorischen Anbindung der Praxis an die Ausbildungsstätte besteht keine Befugnis der Praxisinhaberin, die von einer Ausbildungskandidatin in ihrer Praxis erbrachten Supervisionsfälle gegenüber der KV abrechnen zu dürfen.

Während der aus- bzw. weiterbildende **Vertragsarzt** die vom **genehmigten Assistenten** erbrachten Leistungen selbst unmittelbar mit der für ihn zuständigen KV abrechnet und von dort eine entsprechende Vergütung erhält, besteht bei der **Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten** bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten lediglich eine Abrechnungsbefugnis der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte für die vom Assistenten erbrachten Leistungen unmittelbar gegenüber den Krankenkassen (§ 120 II 1 SGB V). Diese unterschiedliche Form der Vergütung ist Folge der unterschiedlichen Ausgestaltung der Aus- und Weiterbildung bei Vertragsärzten einerseits und Vertragspsychotherapeuten andererseits und daher auch sachlich gerechtfertigt.

Die Kl., eine Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, **beantragte** die **Genehmigung**, die Diplom-Psychologin O. ab 01.02.2003 als **Weiterbildungsassistentin beschäftigen** zu dürfen. Die O. befand sich damals in der **Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin**, die sie seit Oktober 2001 am Institut für Fort- und Weiterbildung in Klinischer Verhaltenstherapie e.V. (IFKV) durchführte. Das IFKV bescheinigte der Bekl., dass die von Ausbildungskandidaten des IFKV in der Ausbildungspraxis der Kl. abgeleisteten Therapiestunden auf den Ausbildungsbaustein "Praktische Ausbildung" (§ 4 PsychTh-APrV) angerechnet würden. Zuvor war mit Bestätigung der IFKV der O. bescheinigt worden, sie erfülle die Kriterien, nach entsprechender Antragstellung in einer IFKV-Lehrpraxis tätig zu werden und an der Abrechnung über die IFKV-Institutsambulanz teilzunehmen. Die KV erteilte der Kl. die **widerrufliche Genehmigung**, die O. für die Zeit vom 01.02.2003 bis 31.01.2005 zum Zwecke der Ableistung von Pflichtweiterbildungszeiten zur Weiterbildung im Bereich der Psychotherapie/Psychoanalyse im Rahmen der Gesamtweiterbildung am staatlich anerkannten Ausbildungsinstitut als Assistentin in der Vertragspraxis zu beschäftigen. Der Bescheid enthielt den weiteren **Hinweis**, dass die Assistentin die Weiterbildungsvoraussetzungen erfüllen müsse, selbstständig Psychotherapie unter Supervision durchzuführen. Ferner wurde darauf hingewiesen, **dass die Abrechnung der durch den Assistenten erbrachten Supervisionsfälle durch das Ausbildungsinstitut mit der dafür jeweils zuständigen KV erfolge**. Beschränkt auf den Hinweis zur Abrechnung erhob die Kl. die Klage. **SG Stuttgart**, Urt. v. 15.02.2006 - S 10 KA 2427/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. ZWEIGPRAXISGENEHMIGUNG

A) „VERBESSERUNG“ DER VERSORGUNG DER VERSICHERTEN (§ 24 ÄRZTE-ZV N. F.)

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 701/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-37

Vertragsarztsitz, Praxisanschrift, Berufsordnung, Zweigpraxis, ausgelagerter Praxisraum

SGB V §§ § 95 I; Ärzte-ZV § 24 I; BMV-Ä/EKV-Ä § 15; Ärzte-ZV i.d.F.d. VÄndG § 24

Die Abgrenzung der **Zweigpraxis** von **ausgelagerten Praxisräumen** ist auch nach Änderung der Berufsordnungen auf der Grundlage des Leistungsangebots vorzunehmen. Für eine Zweigpraxis kommt es danach maßgeblich darauf an, ob der Arzt ein ähnliches Angebot in einer Praxis vorhalten will. Ausgelagerte Praxisräume bedingten demgegenüber, dass die dort angebotenen Leistungen nicht auch in den eigentlichen Praxisräumen erbracht werden (vgl. BSG, Urt. v. 12.09.2001 - B 6 KA 64/00 R, SozR 3-2500 § 135 Nr. 20). Dies gilt auch nach der ab 01.01.2007 geltenden Neufassung des § 24 Ärzte-ZV.

„Verbesserung“ der Versorgung der Versicherten i. S. d. § 24 Ärzte-ZV n. F. ist wenigstens in dem Sinne zu verstehen, dass eine „**Bedarflücke**“ besteht, die zwar nicht unbedingt geschlossen werden muss, die aber nachhaltig eine durch Angebot oder Erreichbarkeit veränderte und im Sinne der vertragsärztlichen Versorgung verbesserte Versorgungssituation herbeiführt. Es kann nicht darauf abgestellt werden, dass jede weitere Eröffnung einer Praxis bzw. Zweigpraxis das Versorgungsangebot unter dem Gesichtspunkt der Freiheit der Arztwahl „verbessert“. Hätte der Gesetzgeber dies unterstellt bzw. gewollt, so hätte er von weiteren Bedarfsgesichtspunkten abgesehen.

Das **SG** wies die Klage ab.

B) KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ

SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 33/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-38

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Institutsambulanz, Zweigpraxis, Zweigpraxisgenehmigung, Kassenärztliche Vereinigung,

§ 118 SGB V; BMV-Ä/EKV-Ä § 15a

Eine KV ist nicht befugt, einem ermächtigten Institut eine Zweigpraxisgenehmigung nach § 15a BMV-Ä/EKV-Ä zu erteilen.

Das **SG** wies die Klage ab.

5. EBM 2005

Zur Instanzenrechtsprechung s. **SG Marburg**, Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 23/06 – RID 06-03-39 (Keine Ermächtigungsgrundlage für KV zum Abweichen vom EBM, hier: Kinder- und Jugendmedizinerin); **SG Marburg**, Beschl. v. 22.05.2006 – S 12 KA 579/06 ER – RID 06-03-38, **SG Marburg**, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 285/06 – RID 07-01-47 u. **SG Marburg**, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 658/06 – RID 07-01-48 (Allgemeinmediziner und Anästhesieleistungen); **SG Marburg**, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 39/06 – RID 06-04-43 (Gastroenterologe u. pneumologische Leistungen, Nr. 13662 „Bronchoskopie“); **SG Marburg**, Beschl. v. 13.11.2006 – S 12 KA 972/06 ER – RID 06-04-74 (Internist ohne Schwerpunkt und Pneumologische Leistungen); **SG Marburg**, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 492/06 – RID 07-01-49 (Urologe: Schwerpunkt nach Nr. 30600 EBM 2005); **SG Marburg**, Urt. v. 03.05.2006 – S 12 KA 1234/05 – u. – S 12 KA 1235/05 – RID 06-02-26 u. 27 (Orthopäde und Kap. Physikalische und Rehabilitative Medizin, Nr. 27311 und 27332); **SG Marburg**, Urt. v. 03.05.2006 – S 12 KA 32/06 – RID 06-02-28 (Schmerztherapeutisch tätige Anästhesiologin beschränkt auf Kap. 5 EBM 2005); **SG Marburg**, Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 701/05 – RID 06-03-41 (Internisten: Ausnahme nach der Ergänzenden Vereinbarung <„schwerpunktmäßig“>) (Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 53/06); **SG Marburg**, Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 171/06 – RID 06-03-40 (Nrn. 01730, 01821, 01822 und 01828 - Rückwirkende Genehmigung) (Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 51/06); **SG Marburg**, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 657/06 – RID 06-04-44 (Kennzeichnungspflicht Nr. 5.3 Allg. Best. EBM 2005); **SG Marburg**, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 1268/05 – RID 07-01-50 (Gynäkologe: Hämato-/Onkologische Leistungen nach Nr. 13500 EBM 2005).

Nach **LSG Hessen**, Beschl. v. 18.12.2006 – L 4 KA 70/06 ER – RID 07-01-88 sind nur Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte befugt, die unter Ziffer 13.3.7 des EBM aufgeführten pneumologischen Leistungen abzurechnen, während Internisten ohne Schwerpunkt diese Abrechnungsmöglichkeit nicht zusteht, was auch für ermächtigte Ärzte gilt.

A) FACHLICHE BESCHRÄNKUNG BEI DOPPELQUALIFIKATION AUF ORDINATIONSKOMPLEX (NR. 6.1 ALLG. BEST.)

SG Marburg, Urt. v. 25.04.2007 – S 12 KA 1057/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-39

Doppelqualifikation, Gemeinschaftspraxis, Augenarzt, Neurologe, Ordinationskomplex, Versorgungsauftrag
SGB V §§ 72; EBM 2005 Nr. 6.1 Allgemeine Bestimmungen

Nr. 6.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 ist insofern rechtswidrig und **nichtig**, als die Bestimmung den Arzt mit einer Doppelqualifikation (hier: Neurologie und Augenheilkunde), mit der er auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, hinsichtlich der Abrechnung des Ordinationskomplexes auf den Versorgungsauftrag auf der Grundlage der Arztabrechnungsnummer beschränkt.

Das **SG** gab der Klage statt.

B) ALLGEMEINMEDIZINER UND CHIRURGISCHE LEISTUNGEN: ZULASSUNGSSTATUS

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 861/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-40

Genehmigung, EBM 2005, Facharzt für Allgemeinmedizin, Arzt, Chirurg
SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Kap. 7 und 31.2

Einem Facharzt für Chirurgie, der als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, kann eine Genehmigung zur Abrechnung chirurgischer Leistungen nach Kapitel 7 EBM 2005 und arztgruppenübergreifender spezieller Leistungen nach Kap. 31.2 EBM 2005 nicht erteilt werden. Maßgeblich ist der Zulassungsstatus. Die in den einzelnen Kapiteln des EBM 2005 aufgeführten Leistungen sind abschließend.

Das **SG** wies die Klage ab.

C) ALLGEMEINMEDIZINER: NR. 09320 EBM 2005/ALLERGOLOGIE/PHLEBOLOGIE

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 795/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-41

Genehmigung, EBM 2005, Facharzt für Allgemeinmedizin, Arzt, Allergologie, Phlebologie, Tonschwellenaudiometrie

SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Nr. 09320, Kap. 30.1 und 30.5

Einem Facharzt für Allgemeinmedizin, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt und nicht zur Führung der Zusatzbezeichnungen Allergologie und Phlebologie berechtigt ist, kann eine Genehmigung zur Abrechnung nach Nr. 09320 EBM 2005 (Tonschwellenaudiometrie) sowie nach Kap. 30.1 und 30.5 EBM 2005 nicht erteilt werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

D) KINDER- UND JUGENDMEDIZINER: NR. 09323 EBM 2005/ABWEICHENDE REGELUNG

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 807/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-42

Genehmigung, Kinder- und Jugendmedizin, Kassenärztliche Vereinigung, Typogramm, Reflexbestimmung
SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Nr. 09323; Kap. 4

Einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin kann eine Genehmigung für Leistungen nach Nr. 09323 EBM 2005 nicht erteilt werden. Eine KV ist nicht berechtigt, durch einen Vorstandsbeschluss hiervon eine abweichende Regelung zu treffen.

Das **SG** wies die Klage ab.

E) KINDER- UND JUGENDMEDIZINER: NR. 13611 EBM 2005 (WEITERBILDUNGSZEIT)

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 43/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-43

Genehmigung, Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie, Kassenärztliche Vereinigung, Weiterbildung
SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Nr. 13611; Abschn. 4.4

Einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin kann eine Genehmigung für Leistungen nach Nr. 13611 EBM 2005 nur erteilt werden, wenn er eine zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin abgeleistete, mindestens 24-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Neuropädiatrie nachweist (Abschnitt 4.4 Nr. 2 EBM 2005). Eine KV ist nicht berechtigt, durch einen Vorstandsbeschluss hiervon abweichend zu regeln, eine 24-monatige Weiterbildung könne anhand einer entsprechenden

Abrechnung der Nr. 806 EBM 1996 nachgewiesen werden. Hierfür fehlt es an einer Ermächtigungsgrundlage.

Das *SG* wies die Klage ab.

F) INTERNIST/NEPHROLOGIE: KAPITEL 13.3.1 EBM 2005 (ANGIOLOGIE)

SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 908/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-44

Genehmigung, angiologische Leistungen, Angiologe, Angiologie, EBM 2005, Internist, Facharzt für innere Medizin, Schwerpunkt, Kassenärztliche Vereinigung

SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Kapitel 13.3.1

Die weitere **Aufteilung des Gebiets der Inneren Medizin** aufgrund der Schwerpunktbezeichnungen im EBM 2005 ist nicht zu beanstanden. Sie betrifft jeweils Leistungen eines besonderen Schwerpunktes und sichert mit der fachlichen Voraussetzung die qualitative Leistungserbringung (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 39/06 –).

Ein als Internist mit dem Schwerpunkt **Nephrologie** zugelassener Vertragsarzt hat keinen Anspruch auf Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 13.3.1 EBM 2005.

Eine **Kassenärztliche Vereinigung** ist nicht berechtigt, durch einen Vorstandsbeschluss hiervon eine **abweichende Regelung** zu treffen.

Das *SG* wies die Klage ab.

G) FACHÄRZTLICH TÄTIGER INTERNIST UND BELEGARZT:

AA) NRN. 13430 U. 13431 EBM 2005 (GASTROENTEROLOGIE)

SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 1003/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-45

Genehmigung, Gastroenterologe, EBM 2005, Internist, Facharzt für innere Medizin, Schwerpunkt

SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Nr. 13430, 13431

Die weitere Aufteilung des Gebiets der Inneren Medizin aufgrund der Schwerpunktbezeichnungen im EBM 2005 ist nicht zu beanstanden. Sie betrifft jeweils Leistungen eines besonderen Schwerpunktes und sichert mit der fachlichen Voraussetzung die qualitative Leistungserbringung (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 39/06 –).

Einem als Internist ohne Schwerpunkt zugelassenem Vertragsarzt, der über die Anerkennung als Gastroenterologe verfügt, kann eine Genehmigung zur Abrechnung gastroenterologischer Leistungen nach Kapiteln 13.3.3 EBM 2005 (Nrn. 13430 u. 13431 EBM 2005) nicht erteilt werden.

Die Genehmigung der belegärztlichen Tätigkeit ändert nichts an der Geltung des EBM 2005. Die Beschränkung auf die für einen Vertragsarzt in dem für ihn maßgeblichen Abschnitt genannten Leistungen gilt auch für die belegärztliche Tätigkeit.

Das *SG* wies die Klage ab.

Parallelverfahren: SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 993/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-02-46

BB) KAPITEL 13.3.3 U. 13.3.7 EBM 2005 (PNEUMOLOGIE UND GASTROENTEROLOGIE)

SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 998/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-47

Genehmigung, gastroenterologische Leistungen, Gastroenterologie, Gastroenterologe, Pneumologie, pneumologische Leistungen, EBM 2005, Internist, Facharzt für innere Medizin, Schwerpunkt

SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Nr. 03312, 13410, 13412, 13424, 13430, 13431, 13662, 13663

Die weitere Aufteilung des Gebiets der Inneren Medizin aufgrund der Schwerpunktbezeichnungen im EBM 2005 ist nicht zu beanstanden. Sie betrifft jeweils Leistungen eines besonderen Schwerpunktes und sichert mit der fachlichen Voraussetzung die qualitative Leistungserbringung (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 39/06 –).

Ein als Internist ohne Schwerpunkt zugelassener Vertragsarzt hat keinen Anspruch auf Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen nach Nr. 03312, 13410, 13412, 13424, 13430, 13431, 13662 und 13663 EBM 2005.

Die Genehmigung der belegärztlichen Tätigkeit ändert nichts an der Geltung des EBM 2005. Die Beschränkung auf die für einen Vertragsarzt in dem für ihn maßgeblichen Abschnitt genannten Leistungen gilt auch für die belegärztliche Tätigkeit.

Das *SG* wies die Klage ab.

6. ÄRZTLICHER NOTDIENST

Nach *BSG*, Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 43/05 R - hat die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung nichts daran geändert, dass die KV ihre Verpflichtung zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgung der Patienten auch in den sprechstundenfreien Zeiten nur erfüllen kann, wenn grundsätzlich alle Vertragsärzte am Not- oder Bereitschaftsdienst teilnehmen.

Zur **Heranziehung zum Notfalldienst** s. zuletzt *LSG Bayern*, Urt. v. 25.10.2006 – L 12 KA 677/04 – RID 07-01-52 rkr. (Eignung der **Nervenärzte**/Fortbildungsmöglichkeit); *SG Marburg*, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 944/05 – RID 06-04-46 (**Freistellung** aus gesundheitlichen Gründen und Auswirkung auf Praxistätigkeit); *SG Marburg*, Urt. v. 18.01.2006 – S 12 KA 49/05 – RID 06-01-25 (Kumulation **gesundheitlicher Gründe** und nachteilige Auswirkung auf die allgemeine berufliche Tätigkeit als Befreiungstatbestand); *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 16.02.2005 – L 11 KA 42/04 – RID 05-03-25 (Ungeeignetheit eines Pathologen) m.w.N.; zur Beschränkung von Notfalldiensten durch Verwaltungsvorschriften vgl. *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 11.08.2005 – L 3 KA 78/05 ER – RID 05-04-21. Zur **Suspendierung vom Notdienst** vgl. *SG Marburg*, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 864/06 – RID 07-01-53 (Berufung eingelegt: LSG Hessen - L 4 KA 74/06 –; *SG Marburg*, Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 712/05 – RID 06-03-42 (Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 52/06 –); zur **Umlage zur Notdienstgemeinschaft** nach Ausscheiden als Vertragsarzt s. *SG Marburg*, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 261/05 – RID 06-04-45

A) KEIN ANSPRUCH AUF BEFREIUNG VOM NOTDIENST FÜR NEPHROLOGEN MIT DIALYSEPRAXIS

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 927/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-48**

Nephrologie, Nephrologe, Dialysepraxis, Gemeinschaftspraxis, Befreiung vom Notdienst, Notdienstordnung
SGB V §§ 73 II, 75 I 1 u. 2 SGB V; Notdienstordnung KV Hessen

Fachärzte für innere Krankheiten mit dem Schwerpunkt **Nephrologie**, die zu zweit eine Dialysepraxis als **Gemeinschaftspraxis** führen, haben keinen Anspruch auf Befreiung vom Notdienst, soweit eine Notdienstordnung dies nicht vorsieht. In der Dialysepraxis liegen auch keine „schwerwiegenden Gründe“, aufgrund derer eine Teilnahme am Notdienst auf Zeit oder dauernd nicht zugemutet werden kann.

Das *SG* wies die Klage ab.

B) KEIN ANSPRUCH AUF TEILNAHME AM NOTDIENST IN ANDEREM NOTDIENSTBEZIRK

SG Marburg, Beschl. v. 21.02.2007 – S 12 KA 37/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-49**

Notdienst, Notdienstbezirk, einstweilige Anordnung, Vertragsarzt, Ungleichbehandlung, Ermessensausübung, Anordnungsanspruch

SGB V §§ 75 I 2, 95 III; SGG § 86b II; Notdienstordnung KV Hessen

Ein Vertragsarzt hat keinen Anspruch auf Teilnahme am Notdienst in einem **anderen Notdienstbezirk**, in dem er nicht niedergelassen ist. Der Anspruch beschränkt sich auf eine **ermessensfehlerfreie Bescheidung**.

Allein aus dem Umstand, dass innerhalb einer Woche nach Antragstellung kein Bescheid über einen Antrag auf Teilnahme ergangen ist, kann eine **Ungleichbehandlung** nicht gefolgert werden. Der Gesetzgeber lässt eine Untätigkeitsklage erst nach sechs Monaten zu (vgl. § 88 Abs. 1 Satz 1 SGG -). Auf Vorgaben des Gerichts im Vorhinein für die Ermessensausübung der KV besteht grundsätzlich kein Anordnungsanspruch.

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

7. FORTFÜHRUNGSFÄHIGE PRAXIS ALS VORAUSSETZUNG FÜR AUSSCHREIBUNGSVERFAHREN (§ 103 IV 1 SGB V)

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 15.02.2007 – L 5 KA 1/07 – juris

RID 07-02-50

Revision eingelegt: B 6 KA 26/07 R

Ausschreibung, Neubesetzung, Nachbesetzungsverfahren, Vertragsarztsitz, Gemeinschaftspraxis

SGB V § 103 IV 1

Eine Praxis kann i.S.d. § 103 IV 1 SGB V nur dann von einem Nachfolger fortgeführt werden, wenn der ausscheidende zuletzt tatsächlich in dieser Praxis in nennenswertem Umfang (noch) vertragsärztlich tätig gewesen ist (BSG vom 29.09.1999 - B 6 KA 1/99 R = SozR 3-2500 § 103 Nr. 5, juris Rn. 40). Ein Vertragsarzt, der eine vertragsärztliche Tätigkeit tatsächlich nicht wahrnimmt, keine Praxisräume mehr besitzt, keine Patienten mehr behandelt und über keinen Patientenstamm verfügt, betreibt keine Praxis mehr, die i. S. des § 103 IV 1 SGB V von einem Nachfolger fortgeführt werden könnte. In einem solchen Fall kommt die Ausschreibung des betreffenden Vertragsarztsitzes nicht

mehr in Betracht (BSG, aaO.). Diese Grundsätze gelten auch für die Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis (BSG aaO, juris Rn. 42).

Der klagende Augenarzt führte bis zum 31.12.1997 zusammen mit seinem Vater unter der Adresse Zstraße 2a, F eine Gemeinschaftspraxis, die er nach dem Ausscheiden seines Vaters mit dem Beigel. fortführte. Dieser kündigte im März 1999 den Gemeinschaftspraxisvertrag und schied zum 30.09.1999 aus. Für den Fall der ordentlichen Kündigung war im Gemeinschaftspraxisvertrag die Übernahme der Praxisanteile durch den Kläger gegen Zahlung einer Abfindung sowie die Verpflichtung des ausscheidenden Partners vereinbart, unverzüglich bei der zuständigen KV einen Antrag auf Ausschreibung des vakant werdenden Vertragsarztsitzes zu stellen, um so die weitere Existenz der Gemeinschaftspraxis zu ermöglichen. Der Beigel. führte aber seine vertragsärztliche Tätigkeit fort; seit 01.07.2003 in Gemeinschaftspraxis mit den Augenärzten H u.a.. **BGH**, Urt. v. 22.07.2002- II ZR 265/00 - RID 02-04-120 verurteilte den Beigel., einen „Antrag auf Ausschreibung seines Kassenarztsitzes als Augenarzt bei der KV... zu stellen“. Mit an den Kläger und den Beigel. gerichteten Bescheid **lehnte die Bekl. die Durchführung eines Ausschreibungsverfahrens ab**, im Wesentlichen weil nicht entscheidbar, ob die Einzelpraxis des Beigel. oder der Sitz in der ehemaligen Gemeinschaftspraxis mit dem Kl. auszuschreiben sei. Im Übrigen sei zur Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes der Verzicht des vorherigen Zulassungsinhabers auf seine Zulassung erforderlich. Dieser sei nicht erklärt worden und könne auch nicht gemäß § 894 ZPO als durch das Urteil des BGH ersetzt angesehen werden. **SG Mainz**, Urt. v. 16.02.2005 - S 6 KA 771/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück; im **Berufungsverfahren** hatte der Kl. das Urteil des **OLG Zweibrücken** v. 21.04.2005 - 4 U 73/04 – (Nichtzulassungsbeschwerde des Beigel. zurückgewiesen durch **BGH**, Beschl. v. 10.07.2006) vorgelegt, worin der Beigel. verurteilt worden war, gegenüber der Bekl. einen Verzicht auf seinen augenärztlichen Kassenarztsitz zugunsten der Gemeinschaftspraxis des Kl. zu erklären. Der Beigel. erklärte gegenüber dem Zulassungsausschuss den Verzicht auf seinen Vertragsarztsitz in F ab dem 02.01.2007. Am gleichen Tag beantragte die Gemeinschaftspraxis H u.a. die Ausschreibung des Vertragsarztsitzes des Beigel. am Sitz der Gemeinschaftspraxis. Dieser wurde ausgeschrieben. Gegenüber dem Kl. lehnte die Bekl. die Ausschreibung des Vertragsarztsitzes des Beigel. in der ehemaligen Gemeinschaftspraxis ab, weil kein übergabefähiger Vertragsarztsitz bestehe.

IV. Disziplinarrecht: Anordnung des Ruhens der Zulassung

SG Marburg, Urt. v. 21.03.2007 – S 12 KA 1202/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-50a

Berufung eingelegt: LSG Hessen - L 4 KA 29/07 -

Disziplinarmaßnahme; Ruhen der Zulassung; Kieferorthopäde; Wirtschaftlichkeitsgebot; Verhältnismäßigkeit
SGB V §§ 75, 81 V

Die disziplinarrechtliche Anordnung des Ruhens der Zulassung einer Kieferorthopädin für sechs Monate wegen fortgesetzten und umfangreichen Verstoßes gegen das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise ist nicht unverhältnismäßig.

Das **SG** wies die Klage ab.

V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Vgl. zur BSG-Rspr. zuletzt RID 06-04-A V (S. 24); RID 05-04-A IV (S. 17).

1. NR. 17 EBM 1996 (ÄRZTLICHE BERATUNG UND ERÖRTERUNG)

LSG Hessen, Urt. v. 11.04.2006 – L 6/7 KA 818/02 –

RID 07-02-51

Beschwerdeausschuss, offensichtliches Missverhältnis, Unwirtschaftlichkeit, junge Praxis
SGB V § 106; EBM 1996 Nr. 17, 18

Es ist nicht zu beanstanden, wenn der Beschwerdeausschuss bereits aus der erheblichen statistischen Abweichung mit einer Überschreitung von mehr als 200 % gegenüber der Fachgruppe das Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses im Bereich der Nr. 17 EBM 1996 (Quartale I u. II/96) annimmt und daraus die Vermutung des Vorliegens der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Klägers ableitet (vgl. BSG v. 09.03.1994 – 6 RKa 9/92 - ArztR 1995, 157). Bei **Diagnosen** wie Gastritis, Hyperventilation, Nervosität, psychische Dekompensation und unklare Oberbauchbeschwerden ist der Ansatz der Nr. 17 EBM nicht erklärbar. Der Einwand, dass es sich um eine sog. **junge Praxis** gehandelt habe, vermag keine Erklärung dafür abzugeben, dass die Nr. 17 EBM dreimal so häufig abgerechnet wird wie die Fachgruppe.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 17.04.2002 - S 5 KA 3865/99 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. ARZNEIKOSTENREGRESS

A) BEZIEHUNG DER ARZNEIMITTELDATEIEN VON ANFANG AN

LSG Hessen, Urt. v. 25.04.2007 – L 4 KA 34/06–

RID 07-02-52

Verordnungsdaten, Prüfungsgremien, Arzneimitteldatei, Amtsermittlung, Gericht, Neubescheidung
SGB V §§ 106, 295 III Nr. 5, 296 III u. IV; SGB X § 20

Eine konkrete Überprüfung der zugrunde liegenden elektronischen Verordnungsdaten anhand der eigenen Verordnungsunterlagen des geprüften Arztes ist nur möglich, wenn dem Arzt wie auch den Prüfungsgremien selbst **sämtliche** von den Krankenkassen nach den hier noch maßgeblichen Regelungen in § 296 III u. IV i.V.m. § 295 III Nr. 5 SGB V (in der Fassung des GSG) an die kassenärztliche Vereinigung zu meldenden **Verordnungsdaten zur Verfügung** stehen. Erst diese elektronisch erfassten und gemeldeten Einzeldaten zum Verordnungsvolumen im Prüfzeitraum ermöglichen es dem Arzt, die "Plausibilität" der ihm zugeordneten Verordnungen detailliert zu prüfen und mit seinen eigenen Unterlagen abzugleichen. Lediglich **je Kassenart zusammengefasste Arznei- und Heilmittelausgaben** genügen hierfür nicht. Vielmehr müssen die von jeder Krankenkasse geführten erweiterten **Arzneimitteldateien** vorgelegt werden, welche u.a. sowohl die Zahl als auch die Bruttowerte der je Versichertengruppe von dem Arzt verordneten Arznei- und Verbandmittel unter jeweiliger Angabe von deren Handelsname, Darreichungsform, Wirkstoffstärke und Packungsgröße ausweisen (so: BSG, Urt. v. 02.11.2005 - B 6 KA 63/04 R, juris Rn. 32 und Maaß, Die Entwicklung des Vertragsarztrechts in den Jahren 2005 und 2006, NZS 2007, S. 16). **Diese eingeschränkte Überprüfbarkeit muss einem Vertragsarzt auch dann zur Verfügung stehen, wenn er bis zum Schluss des Verwaltungsverfahrens nur pauschale Einwendungen gegen die Richtigkeit der zugrunde liegenden Daten erhoben hat.** Haben die Prüfungsgremien keine solchen erweiterten Arzneimitteldateien beigezogen und dem Kläger zugänglich gemacht, sondern jeweils nur eine bereits zusammengefasste Verordnungsübersicht vorgelegt, aus der die zuvor genannten Einzeldaten nicht ersichtlich sind und aus der sich lediglich der Fallwert bestimmter Arzneiverordnungen des geprüften Arztes pro Versichertengruppe im jeweiligen Quartal gegenüber dem Fallwert der Vergleichsgruppe ergibt, so ist es einem Vertragsarzt nicht möglich, anhand der eigenen Verordnungsunterlagen die Richtigkeit der der Prüfung zugrunde liegenden elektronisch erfassten Verordnungsdaten zu überprüfen.

Die erweiterten **Arzneimitteldateien** sind nicht erst auf bereits konkrete Einwände gegen die Richtigkeit der dem Arzt elektronisch zugeordneten Verordnungsdaten beizuziehen. Die Tatsachen müssen schon aus rechtsstaatlichen Gründen **von Anfang an**, insbesondere durch die **Prüfungsgremien** selbst, auf sachliche Richtigkeit hin überprüfbar sein. Dies gilt auch für eine ergänzende **Einzelfallprüfung mit anschließender Hochrechnung.**

Die Hinzuziehung der von den Krankenkassen den KVen zur Verfügung zu stellenden elektronischen Einzeldaten über die Arzneimittelverordnungen, die nicht mit den Originalverordnungsunterlagen oder den "Printimages" hiervon zu verwechseln sind, ist eine derart **wesentliche Voraussetzung für die Wirtschaftlichkeitsprüfung**, dass bei ihrem **Unterlassen ein Verwaltungsverfahren im Wesentlichen nicht stattgefunden** hat, jedenfalls wenn gerade auch die Richtigkeit der zugrunde liegenden elektronischen Daten bestritten war. Die Gerichte können diese Ermittlungen nicht nachholen und zur **Neubescheidung** verurteilen.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.11.2005 – S 5 KA 190/03 – verpflichtete zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung d. Bekl. zurück; s. a. unter Streitwert.

B) PLAUSIBLE EINWÄNDE GEGEN ZUGEORDNETE ARZNEIVERORDNUNGSKOSTEN

LSG Hessen, Urt. v. 05.07.2006 – L 6/7 KA 814/01 u.a. –

RID 07-02-53

Revision eingelegt: B 6 KA 15/07 R

Verordnungsdaten, Prüfungsgremien, Arzneimitteldatei, Amtsermittlung, Gericht, Neubescheidung
SGB V §§ 106, 295 III Nr. 5, 296 III u. IV; SGB X § 20

Hat ein Vertragsarzt bereits im Verwaltungsverfahren plausibel gemacht, dass die ihm in den streitbefangenen Quartalen (hier: IV/94 bis IV/95) zugeordneten Arzneiverordnungskosten jedenfalls teilweise zu Unrecht in die ihm vorgehaltenen Gesamtverordnungskosten eingerechnet wurden, so fehlt es für die Festsetzung eines Regresses an einer entscheidenden Voraussetzung, nämlich der Feststellung der Höhe des verursachten Schadens (vgl. BSG v. 27.04.2005 – B 6 KA 1/04 R -).

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 14.02.2001 - S 29 KA 2680/98 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufungen mit der Maßgabe, dass der Bekl. die Rechtsauffassung des Senats zu berücksichtigen hat, zurück.

Parallelverfahren: *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 14.02.2001 - S 29 KA 3581/99 -

LSG Hessen, Urt. v. 05.07.2006 – L 6/7 KA 815/01 u.a. –

RID 07-02-54

Revision eingelegt: B 6 KA 16/07 R

3. SCHADENSERSATZANSPRUCH WEGEN UNZUTREFFENDER KOSTENTRÄGERANGABE

SG Düsseldorf, Urt. v. 16.05.2007 – S 2 (17) KA 287/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-55

Krankenkasse, Kostenträger, Schadensersatzanspruch, sonstiger Schaden

SGB X § 105; BMV-Ä § 48 III

Hat eine Krankenkasse weder eigene Ermittlungen angestellt, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist, noch mit der Antragstellung eine entsprechende Versicherung über die Erfolglosigkeit der eigenen Ermittlungen abgegeben, und stand der Kostenträger demgegenüber schon frühzeitig im Verwaltungsverfahren fest, so besteht kein Anspruch auf Feststellung eines Schadensersatzanspruchs durch die KV wegen fehlerhafter Angabe des Kostenträgers durch den Vertragsarzt auf den Ordnungsunterlagen.

Die Hepatologische Ambulanz der Universitätsklinik der Kl. verordnete im Dez. 1999 Arzneimittel in Höhe von (brutto) 8.390,15 DM für L1, wobei sie als Kostenträgerin die AOK Rheinland C angab. Die Beigel. trug zunächst auch die Kosten für dieses Rezept. Unter dem 23.01.2001 stellte sie jedoch einen Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens in Höhe von (netto) 7.970,64 DM gemäß § 15 der Prüfvereinbarung-Ärzte wegen unzutreffender Kostenträgerangabe. Die Bekl. belastete das Konto der Kl. mit 7.970,64 DM. Die AOK S-Q, bei der der Patient ab Beginn der Behandlung Anspruch auf Leistungen gehabt hatte, weigerte jedoch sich der Kl. gegenüber, das Rezept zu begleichen. Sie habe bereits mehrfach die Angabe des falschen Kostenträgers bemängelt. Gegenüber den Apotheken sei die Krankenkasse zahlungspflichtig, die auf dem Rezept angegeben sei. Die AOKen praktizierten bundesweit untereinander einen sog. Erstattungsverzicht. Sie habe also keine Möglichkeit, die ihr belasteten Rezepte von einer anderen AOK zurückzufordern, insgesamt sollte sich die irrtümliche Belastung ausgleichen. Das *SG* hob die angefochtenen Bescheide in Höhe von 4.112,00 EUR auf.

4. ZAHNÄRZTE

Nach BSG, Urt. v. 29.11.2006 - B 6 KA 21/06 R – darf eine Versicherte einen anderen Vertragszahnarzt in Anspruch nehmen, wenn der Zahnersatz unbrauchbar und dadurch eine Nachbesserung nicht möglich war.

A) BELEGFALLPRÜFUNG IM RAHMEN EINER STATISTISCHEN VERGLEICHSPRÜFUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.03.2007 – L 11 KA 25/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-56

Belegfall, statistische Vergleichsprüfung, Röntgenbetrachtungsgerät

SGB V § 106

Bei einer statistischen Vergleichsprüfung kommt es auf die durchschnittlich für einen **Belegfall** zur Verfügung stehende **Zeit** nicht an, da diese Fälle nur exemplarisch aufgeführt werden, um sich über das Behandlungsverhalten des Zahnarztes ein Bild zu machen. Aus dem gleichen Grunde ist es auch ohne Konsequenz, wenn in der Sitzung der Prüfungsgremien **kein Röntgenbetrachtungsgerät** zur Verfügung steht, da es auf eine exakte Auswertung von Röntgenaufnahmen im Einzelfall nicht ankommt, abgesehen davon, dass versierten Vertragszahnärzten, die an der Sitzung teilgenommen haben, dies auch ohne ein Röntgenbetrachtungsgerät möglich sein dürfte.

SG Münster, Urt. v. 17.01.2005 - S 2 KA 23/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) STATISTISCHE EINZELLEISTUNGSPRÜFUNG: NR. 39 BEMA-Z

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.03.2007 – L 11 KA 43/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-57

Wirtschaftlichkeitsprüfung, Zahnsteinentfernung, Mundreinigung

SGB V § 106; BEMA-Z Nr. 39

Wegen der **Homogenität der Vergleichsgruppe** und der Herausnahme eines großen Teils der zahnärztlichen Leistungen aus der (nachträglichen) Wirtschaftlichkeitsprüfung, ist es im Regelfall nicht erforderlich, für die Prüfung nach Durchschnittswerten Untergruppen mit Behandlungsschwerpunkten zu bilden (BSG, Urt. v. 14.12.05 - B 6 KA 4/05 R -). Wird innerhalb der gebildeten Vergleichsgruppe eine **Gebührenziffer** (hier: Nr. 39 BEMA-Z) **von 85 %** und mehr der behandelnden Zahnärzte **abgerechnet**, so bietet dies eine ausreichende Basis für die statistische Vergleichsprüfung.

SG Münster, Urt. v. 21.02.2005 - S 2 KA 4/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

C) OFFENSICHTLICHES MISSVERHÄLTNIS BEI STATISTISCHEM FALLKOSTENVERGLEICH

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.03.2007 – L 11 KA 33/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-58**

Wirtschaftlichkeitsprüfung, offensichtliches Missverhältnis
SGB V § 106

Die Auffassung der Vorinstanz, eine Wirtschaftlichkeitsprüfung könne auf drei Quartale beschränkt werden, ist zutreffend; ebenso die Auffassung, der Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses sei bei einer Überschreitung der Durchschnittsfallkostenwerte um mehr als 40 % anzunehmen.

SG Münster, Urt. v. 14.02.2005 - S 2 KA 42/03 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

D) ZAHNERHALTUNG KEINE PRAXISBESONDERHEIT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.04.2007 – L 11 KA 115/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-59**

Statistische Vergleichsprüfung, Fallkosten, Vergleichsgruppe, medizinischer Standard
SGB V § 106

Die statistische Vergleichsprüfung beruht auf einer Gegenüberstellung der durchschnittlichen Fallkosten bzw. der Einzelleistungspositionen des überprüften Arztes mit denen der Vergleichsgruppe nach Abschluss des jeweiligen Quartals und geht davon aus, dass die Vertragsärzte der gleichen Fachgruppe den gleichen medizinischen Standard anwenden. Bereits aus diesem Grunde kann ein Vertragszahnarzt nicht damit gehört werden, die Methode sei unanwendbar, weil die übrigen Vertragszahnärzte **nicht lege artis** behandelten. Aus dem gleichen Grunde kann auch eine Vergleichs- bzw. Gegenrechnung zu den ersparten Behandlungskosten in den **Extraktionspositionen** nicht durchgreifen. Ebensowenig kann dieser Umstand als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden, denn eine solche muss sich aus der Patientenkielentel ergeben, nicht hingegen aus der Behandlungsmethode des jeweiligen Zahnarztes.

SG Düsseldorf, Urt. v. 23.11.2005 - S 2 KA 167/03 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

E) SCHADENSERSATZ BEI MANGELHAFTER KIEFERORTHOPÄDISCHER LEISTUNG (ERSATZKASSEN)

AA) ZUSTÄNDIGKEIT DER KZV/BEMESSUNG DES SCHADENS

SG Marburg, Urt. v. 21.03.2007 – S 12 KA 1026/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-59a**

Berufung eingelegt: LSG Hessen - L 4 KA 25/07 -

Kassenzahnärztliche Vereinigung, Vertragszahnarzt, Kieferorthopäde, kieferorthopädische Behandlung, Antrag, Schaden, sonstiger Schaden, Regress
EKV-Z § 21 Abs. 2

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung ist zuständig zur Feststellung von Ansprüchen von gegen einen Vertragszahnarzt auf Grund mangelhafter kieferorthopädischer Leistungen (§ 12 Abs. 2 EKV-Z). Ein Antrag der Krankenkasse ist hierfür nicht erforderlich.

Bei einer mangelhaften kieferorthopädischen Behandlung kann der Schaden nach den abgerechneten Leistungen bemessen werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

BB) ZUSTÄNDIGKEIT DER KZV/BEMESSUNG DES SCHADENS/VERJÄHRUNGSBEGINN

SG Marburg, Urt. v. 21.03.2007 – S 12 KA 840/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-59b**

Berufung eingelegt: LSG Hessen - L 4 KA 24/07 -

Kassenzahnärztliche Vereinigung; Vertragszahnarzt; Kieferorthopäde; kieferorthopädische Behandlung; Antrag; Schaden; sonstiger Schaden; Verjährung; Regress
EKV-Z § 21 Abs. 2

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung ist zuständig zur Feststellung von Ansprüchen von Ersatzkassen gegen einen Vertragszahnarzt auf Grund mangelhafter kieferorthopädischer Leistungen (§ 12 Abs. 2 EKV-Z). Ein Antrag der Krankenkasse ist hierfür nicht erforderlich.

Bei einer mangelhaften kieferorthopädischen Behandlung kann der Schaden nach den abgerechneten Leistungen bemessen werden.

Der Lauf der Verjährung für einen Regress wegen „sonstigen Schadens“ beginnt erst zum Zeitpunkt des Abschlusses der kieferorthopädischen Behandlung.

Das *SG* wies die Klage ab.

VI. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – **B 6 KA 3/06** – kann in einem wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich ein quantitativ-allgemeiner Bedarf als Voraussetzung für eine **Ermächtigung** von vornherein nicht bestehen; das besondere Leistungsangebot, das auf die Behandlung von **Sexualstraftätern** ausgerichtet und durch die enge Verzahnung von Behandlung sowie justizförmiger Kontrolle der Betroffenen geprägt ist, fällt nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherung; vgl. ferner zuletzt RID 06-04-A VI (S. 28); RID 05-04-A V (S. 20).

Braun, U.K. Limited – eine Rechtsform für Ärzte?, MedR 2007, S. 218-223, hält die Gründung einer englischen Limited mit den berufsrechtlichen Vorgaben für vereinbar; *Arnold*, Die Auswirkungen des GKV-WSG-Gesetzesentwurfs, des VÄG und des AGG auf die verfassungsrechtliche Rechtfertigung der Altersgrenze im Vertrags(zahn)arztrecht, MedR 2007 (3), S. 143-147 hält die Entscheidung des BVerfG zur Altersgrenze durch die jüngste Gesetzgebung für überholt und nicht mehr vertretbar sowie § 95 VII 3 SGB V für verfassungswidrig; *Schiller/Pavlovic*, Teilzulassung – neue Gestaltungsmöglichkeit ohne praktische Bedeutung?, MedR 2007 (2), S. 86-87 werfen Probleme auf, die sich aus der (Teil)Zulassung mit einem auf die Hälfte beschränkten Versorgungsauftrag (§ 19a Ärzte-ZV i.d.F.d. VÄndG) ergeben; *Gummert/Meier*, Beteiligung Dritter an den wirtschaftlichen Ergebnissen ärztlicher Tätigkeit, MedR 2007 (2), S. 75-85, haben Bedenken wegen der Beteiligung Dritter, die weder Ärzte noch Angehörige anderer Fachberufe sind, in Hinblick auf das Freiberuflichkeitsverbot und das damit einhergehende Verbot der Gewerblichkeit; *Gummert/Meier*, **Nullbeteiligungsgesellschaften**, MedR 2007 (1), S. 1-10, halten eine Nullbeteiligungsgesellschaft für zulässig, da es eine Verbotsnorm nicht gebe; in Konzession zum Schrifttum solle sie aber nur für einen Erprobungs- und Kennenlernzeitraum vereinbart werden; *Michels/Ketteler-Eising*, Steuerliche Fragestellungen bei der Gründung Medizinischer Versorgungszentren, MedR 2007 (1), S. 28-39.

1. PSYCHOTHERAPEUTEN: KEINE RÜCKWIRKUNG DER ÜBERVERSORGUNG/BESONDERE FREMDSPRACHENKENNTNISSE

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.11.2006 – **L 7 KA 17/05** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-60

Fremdsprachenkenntnisse, Psychotherapeut, Überversorgung, Zulassungsantrag
SGB V §§ 95 I-IIa; Ärzte-ZV § 19 I 2

Eine mit Beschluss vom 20. August 2003 für den Planungsbereich Berlin Bundeshauptstadt für die Fachgruppe der nichtärztlichen Psychotherapeuten festgestellte **Überversorgung** steht einem bereits am 19. August 2003 eingegangenen **Zulassungsantrag** nach § 19 I 2 Ärzte-ZV nicht entgegen. Eine **rückwirkende Anordnung** der Feststellung von Überversorgung ist unzulässig. Hierfür bedarf es einer bundesgesetzlichen Regelung.

Das geltende Recht regelt nicht, dass es einem Psychotherapeuten ermöglicht werden müsste, an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung nur deshalb teilzunehmen, weil er zusätzlich zu seinen psychotherapeutischen Qualifikationen auch noch über **besondere Fremdsprachenkenntnisse** verfügt, die möglicherweise sogar in größerem Umfang von der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtigen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nachgefragt werden. Zum Leistungsumfang einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gehört es nicht, eine Verständigung aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten mit den an der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung beteiligten Leistungserbringern auch in ihrer jeweiligen - nichtdeutschen - Muttersprache zu gewährleisten. Dies schlägt auf das Zulassungsrecht dergestalt durch, dass darin besonderen Fremdsprachenkenntnissen keine Rechnung zu tragen ist (**BSG**, Beschl. v. 19.07.2006 - B 6 KA 33/05 B -).

Der 1959 geb. Kl. beantragte im August 2003 bei dem Zulassungsausschuss, ihn als Psychologischen Psychotherapeuten zuzulassen, wobei er seine Beschäftigung von 19,25 Stunden pro Woche auf 13 Stunden reduzieren wolle. Ergänzend beantragte er, ihn im Wege einer **Sonderbedarfszulassung** zur Behandlung von **türkischen und arabischen Patienten** zuzulassen, und erklärte, im Falle der Feststellung eines Sonderbedarfs sei er bereit, sich in einem Bezirk mit hohem Ausländeranteil niederzulassen, ggf. gebe er die Beschäftigung vollständig auf. Die Zulassungsgremien wiesen die Anträge zurück. **SG Berlin**, Urt. v. 16.03.2005 - S 79 KA 117/04 - verpflichtete den Bekl., den Kl. als Psychologischen Psychotherapeuten an dem beantragten Praxissitz in B/L zuzulassen. Das **LSG** verpflichtete d. Bekl., über den Zulassungsantrag des Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden und wies im Übrigen die Klage ab.

2. MVZ AUS ZAHNÄRZTEN UND KIEFERORTHOPÄDIN

SG Stuttgart, Beschl. v. 26.04.2007 – S 10 KA 2895/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-61

Zahnarzt, Fachzahnarzt, Kieferorthopädie, Medizinisches Versorgungszentrum, fachübergreifend, Gebietsbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung

SGB V i.d.F.d. VÄndG § 95 I; SGG § 86b I 1 Nr. 1; WBO-Z §§ 1 I 1, 18 I, 21 I, 24 I

Ein aus **zwei Zahnärzten** und einer **Fachzahnärztin für Kieferorthopädie** gebildetes **Medizinisches Versorgungszentrum** ist **fachübergreifend** im Sinne des § 95 I 2 und 3 SGB V i.d.F.d. VÄndG.

Die einem Facharzt gesetzte Begrenzung auf sein Fachgebiet existiert im **Zahnarztbereich** nicht. Die in der WBO-Z vorgesehenen **Gebietsbezeichnungen** entsprechen von Struktur und Inhalt vielmehr den Schwerpunktbezeichnungen im ärztlichen Bereich.

Alle möglichen **Kombinationen verschiedener Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen** erfüllen das Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“ im Sinne des § 95 I 2 und 3 SGB. Dies bedeutet, dass auch Kombinationen verschiedener Schwerpunktbezeichnungen als "fachübergreifend" anzusehen sind. Sowohl bei Ärzten wie bei Zahnärzten ist die Errichtung eines MVZ daher dann möglich, wenn die Ärzte bzw. Zahnärzte zwar demselben Fachgebiet angehören, aber über unterschiedliche Schwerpunktbezeichnungen verfügen.

Die Ast. 1 und 3 waren als Zahnärzte in Gemeinschaftspraxis in W. niedergelassen; unter derselben Anschrift war die Ast. 2 als Fachzahnärztin für Kieferorthopädie in Einzelpraxis niedergelassen. Ihr Antrag auf Zulassung als MVZ und gleichzeitig auf Genehmigung zur Anstellung der B-R als Zahnärztin im MVZ lehnte der Zulassungsausschuss im Juni 2006 ab, weil die in § 95 I 2 SGB V hierfür festgelegte Voraussetzung der fachübergreifend ärztlich geleiteten Einrichtung nicht erfüllt sei. Der Berufungsausschuss gab dem Antrag im Januar 2007 statt, weil sich durch das VÄndG die Rechtslage geändert habe. Es genüge jetzt, dass Ärzte mit verschiedenen Schwerpunktbezeichnungen in einem MVZ tätig seien. Bei Vertragszahnärzten müsse es für eine "fachübergreifende Tätigkeit" ausreichen, wenn sich diese nach den für sie geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen auf ein bestimmtes Fachgebiet beschränkten. Die hiergegen von der KV im März 2007 eingelegte Klage (S 10 KA 2377/07) wurde bislang nicht begründet. Das **SG** ordnete im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die sofortige Vollziehung der Entscheidung des Ag. an und legte der beigel. KV die Kosten des Verfahrens auf.

3. SONDERBEDARFSZULASSUNG

A) PSYCHOTHERAPEUTEN: REGELUNGLÜCKE/BEDARFSERMITTLUNG BEI GERINGER TÄTIGKEIT

LSG Bayern, Urt. v. 25.10.2006 – L 12 KA 187/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-62

Revision anhängig: B 6 KA 14/07 R

Sonderbedarf, Sonderbedarfszulassung, Psychotherapeut

SGB V §§ 72 I 2, 101 I 1 Nr. 3: BedarfspIRI-Ä Nr.24b

Die für die Tätigkeit der weitergebildeten Vertragsärzte getroffene Anknüpfung des **besonderen Versorgungsbedarfs** an die **Qualifikationen** im Sinne einer Spezialisierung im jeweiligen Weiterbildungsgebiet oder eine gebietsübergreifende Spezialisierung versagt für die Arztgruppe der Psychotherapeuten. In dieser Arztgruppe sind bedarfsplanungsrechtlich die Psychologischen Psychotherapeuten, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die ärztlichen Psychotherapeuten bzw. die psychotherapeutisch tätigen Ärzte zusammengefasst. Eine Differenzierung nach den dargebotenen Richtlinienverfahren oder nach den zu behandelnden Patientengruppen Kinder bzw. Erwachsene erfolgt bedarfsplanungsrechtlich bei der Feststellung des Versorgungsgrades nicht.

Angesichts des gesetzlichen Regelungsauftrags der §§ 72 I 2, 101 I 1 Nr. 3 SGB V und der Entwicklung der **Nr. 24b BedarfspIRI-Ä** liegt für Psychotherapeuten eine planwidrige **Regelungslücke** vor. Die nach Nr. 24b BedarfspIRI-Ä erforderliche "besondere Qualifikation" muss zumindest einer Fachkunde in einem Richtlinienverfahren verbunden mit der Genehmigung zur Behandlung der Patientengruppe der Erwachsenen oder der Kinder und Jugendlichen entsprechen (Abgrenzung zu LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.11.2002 - L 5 KA 1247/02 - RID 05-01-71).

Ein **Sonderbedarf** für die Zulassung eines **Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten** ist nicht bereits dann zu bejahen ist, wenn ein solcher in der örtlichen Umgebung nicht zugelassen ist. Denn der besonderen Qualifikation im Sinne des § 24b BedarfspIRI-Ä muss zwingend ein ungedeckter Versorgungsbedarf in entsprechender Breite gegenüberstehen. Der besonderen Qualifikation muss im Planungsbereich somit deckungsgleich ein entsprechender Versorgungsbedarf gegenüberstehen, ohne den eine Sonderbedarfszulassung nicht zu begründen ist. Nur dann, wenn die Versorgung der

Patienten eines Planungsbereichs nicht gewährleistet ist, weil eine Patientengruppe (Erwachsene oder Kinder/Jugendliche) mit ihren Krankheitsbildern nicht versorgt werden kann, kommt eine Sonderbedarfszulassung in Betracht. Dies kann der Fall sein, weil z.B. zugelassene Therapeuten in nicht ausreichender Zahl zur Kinderbehandlung berechtigt sind oder bestimmte Krankheitsbilder mit den angebotenen Verfahren nicht suffizient behandelt werden können.

Die Zulassungsgremien dürfen im Rahmen der Bedarfsprüfung das Leistungsangebot in einem **benachbarten Planungsbereich** berücksichtigen, wenn er schlauchartig die West-, Nord- und Ostseite eines benachbarten städtischen Planungsbereiches umschließt.

Die Ablehnung eines Sonderbedarfes unter **pauschalem Hinweis auf vorhandene Therapieplätze** erscheint begründungsmangelhaft, wenn die spezifischen Bedürfnisse der Patientengruppe der **Kinder und Jugendlichen** nicht berücksichtigt werden und die Patienten entweder häufig in der Schule fehlen oder auf einen frei werdenden Therapieplatz übermäßig lange Zeit warten müssen.

Eine Sonderbedarfsprüfung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten ist derzeit besonders sorgfältig durchzuführen. Es ist zu prüfen, ob die **rechnerische Überversorgung** die **tatsächliche Bedarfslage** zutreffend wiedergibt. Denn die aufgrund des Übergangsrechts des § 95 X SGB V ausgesprochenen Zulassungen hatten noch nicht die Prüfung zum Gegenstand gehabt, ob die Bewerber der vertragspsychotherapeutische Versorgung in ausreichendem Umfang im Sinne des zeitlich nachfolgenden Urteils des BSG vom 30.01.2002 (B 6 KA 20/01 R) zur Verfügung stehen. Offenbar hat eine Vielzahl von Psychotherapeuten die Kriterien der besitzstandswahrenden Vortätigkeit erfüllt, ohne heute noch, sei es aufgrund anfänglicher Absicht, sei es infolge zwischenzeitlich eingetretener Veränderungen der Lebensumstände in ausreichendem Maße zur Verfügung zu stehen. Eine Unrechtmäßigkeit der Sperrung der Planungsbereiche folgt hieraus nicht. Es ist vielmehr **auf eine Erhöhung des Tätigkeitsumfangs hinzuwirken**.

Der Begriff des Vorhandenseins eines Versorgungsbedarfes knüpft an den **tatsächlichen Tätigkeitsumfang** der Behandler an. Der Bedarf an ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungserbringung zur Erfüllung des Leistungsanspruchs der Versicherten ist dann gedeckt, wenn der Leistungsanspruch hinsichtlich einer Subspezialisierung durch die Behandler tatsächlich erfüllt wird oder durch eine zusätzliche Leistungsbereitschaft der Behandler gedeckt werden kann. Sind Behandlungskapazitäten zur Bedarfsdeckung nur nach zumutbarer Steigerung des Tätigkeitsumfangs vorhanden, jedoch die Behandler zur Ausweitung ihrer Leistungen nicht bereit, besteht gleichermaßen eine Lücke bei der Deckung des Leistungsanspruchs der Versicherten. Der Pauschalhinweis auf die theoretische Möglichkeit der Leistungsausweitung der Zugelassenen ist beurteilungsunterschreitend.

Die 1950 geb. Kl., Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, ist zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung bereits in F. zugelassen. Sie ist im Richtlinienverfahren der Verhaltenstherapie tätig. Eine Zulassung im Wege des **Sonderbedarfs** in H. lehnten die **Zulassungsgremien** ab, weil der nur 16 km von H. entfernte Planungsbereich bei der Feststellung des Versorgungsbedarfs heranzuziehen sei. Dies gelte jedenfalls bei vorhandenen großstädtischen Oberzentren. Hier seien 16 Psychologische Psychotherapeuten und sechs ärztliche Psychotherapeuten zugelassen, die eine Genehmigung für Verhaltenstherapie hätten. Zwei dieser Psychologischen Psychotherapeuten besäßen auch die Genehmigung zur Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Darüber hinaus seien noch zwei Psychotherapeuten niedergelassen, die ausschließlich die Genehmigung zur Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen hätten. Im Planungsbereich E. seien ein Arzt und ein PP mit der Genehmigung zur Verhaltenstherapie niedergelassen, wobei der Psychologische Psychotherapeut auch eine Verhaltenstherapiegenehmigung bei Kindern und Jugendlichen habe. Eine Befragung habe ergeben, dass auch kurzfristig freie Therapieplätze zur Verfügung stünden bzw. künftig zur Verfügung stehen würden. Die Niedergelassenen, auch wenn sie keine freien Plätze gemeldet hätten, seien noch nicht an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gestoßen. Dies zeige eine Analyse der durchschnittlichen Arbeitszeit dieser Ärzte und Psychotherapeuten in den Quartalen III/03 bis II/04. Die **Therapeuten** im Planungsbereich E. **hätten wöchentlich nur 8,75 Stunden gearbeitet**. Diejenigen in E. Stadt hätten eine wöchentliche Inanspruchnahme von 12,02 Stunden aufzuweisen. Ziehe man die vom BSG im Rahmen seiner Rechtsprechung zur Nebentätigkeit entwickelten Grundsätze heran, müsse eine übliche wöchentliche Arbeitszeit von 39 Stunden unterstellt werden. Von dieser üblichen Arbeitszeit könne jedoch ein Drittel, also 13 Wochenstunden für eine Nebentätigkeit verwandt werden, so dass der Psychotherapeut **wöchentlich zumindest 26 Stunden** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung **tätig sein müsse**. Diese Stundenzahl erreiche keiner der in E. und E. Stadt befragten Therapeuten. Es bestünden daher noch ausbaufähige Kapazitäten. Diese müssten erst ausgeschöpft werden, bevor die Zulassung einer weiteren Therapeutin im Rahmen des Sonderbedarfs in Betracht kommen könne. **SG Nürnberg**, Urt. v. 25.02.2005 - S 6 KA 22/04 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte zur Neubescheidung.

B) SCHWERPUNKT KINDERRADIOLOGIE: KEINE BERÜCKSICHTIGUNG VON "ERWACHSENEN"-RADIOLOGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.02.2007 – L 11 KA 82/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 28/07 B

RID 07-02-63

Kinderradiologie, Kinderradiologe, Radiologe, Radiologische Diagnostik, Sonderbedarf
SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfspIRI-Ä Nr.24b

Es gibt zahlreiche Untersuchungen mit **speziellen kinderradiologischen Fragestellungen**, für die ein **"Erwachsenen"-Radiologe nicht kompetent** ist. Ein Facharzt für Radiologische Diagnostik ist nicht in der Lage, den Bereich kinderradiologische Leistungen abzudecken.

Der Beigel. zu 5) ist Facharzt für Kinderheilkunde und Facharzt für Diagnostische Radiologie mit dem Schwerpunkt Kinderradiologie. Er beantragte eine Zulassung für den Bereich Kinderradiologie. Der Planungsbereich ist für den Bereich Radiologie gesperrt. Der bekl. Berufungsausschuss ließ den Beigel. zu 5) als Facharzt für Diagnostische Radiologie für den Bereich Kinderradiologie zu, weil kein Arzt mit dieser Qualifikation zugelassen und im Planungsbereich ein Bedarf an kinderradiologischen Leistungen bestehe. Die dort zugelassenen Radiologen hätten erklärt, dass sie wegen der besonderen Qualitätsanforderungen im Bezug auf kinderradiologische Untersuchungen es nicht mehr verantworten könnten, derartige Leistungen für Kinder anzubieten, so dass sie die Kinder zur Kinderklinik in Köln schickten. Der Bekl. hat die sofortige Vollziehung des Beschlusses angeordnet; der Antrag der klagenden KV auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage gegen den Beschluss ist erfolglos geblieben (Senat, Beschl. v. 07.12.2004 - L 11 B 32/04 KA ER -). **SG Düsseldorf**, Urt. v. 31.05.2006 - S 14 KA 193/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. PRAXISNACHFOLGE

A) GEMEINSCHAFTSPRAXIS: GLEICHE EIGNUNG/GESELLSCHAFTSVERTRAG

SG Dortmund, Urt. v. 22.08.2006 – S 9 KA 51/06 –

RID 07-02-64

Praxisnachfolge, , Gesellschaftsvertrag, Praxispartner
SGB V § 103 IV

Sind zwei Bewerber für die Praxisnachfolge in einen Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis **gleich geeignet**, so ist es von Gewicht, mit wem die Partner der Gemeinschaftspraxis einen **Gesellschaftsvertrag** abgeschlossen haben. Den nach dem Ausscheiden verbleibenden Praxispartnern kann nicht zugemutet werden, zukünftig in Gemeinschaftspraxis mit einem Partner zusammenzuarbeiten, der von ihnen nicht akzeptiert wird.

Das **SG** wies die Klage der unterlegenen Mitbewerberin ab.

B) EINIGUNG MIT PRAXISABGEBER BEI GLEICHER EIGNUNG ZWEIER BEWERBER

SG Marburg, Beschl. v. 21.03.2007 – S 12 KA 75/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-65

Einstweilige Anordnung, Zulassungssache, Berufungsausschuss, Bewerberauswahl, Ermessen
SGB V § 103 IV; § 86b I 1 Nr. 1

Geht der Berufungsausschuss in zutreffender Weise von der gleichen Eignung zweier Bewerber um die Praxisnachfolge nach § 103 IV SGB V aus, so ist es nicht zu beanstanden, wenn er die wirtschaftlichen Interessen des Praxisabgebers bzw. den Umstand, dass der eine Bewerber sich bereits mit dem Praxisabgeber über die Vertragsgestaltung geeinigt hat, als ausschlaggebendes Kriterium wertet. Ein Ermessensfehler ist hierin nicht zu sehen.

Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt.

5. ZULASSUNG ALS BELEGARZT/KLAGEBEFUGNIS NIEDERGELASSENER KOLLEGEN

SG Marburg, Beschl. v. 22.03.2007 – S 12 KA 80/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-66

Belegarzt, Belegarztvertrag, Ausschreibung, Belegbetten, einstweilige Anordnung, sofortige Vollziehung, Widerspruchsbefugnis, Anfechtungsbefugnis, Klagebefugnis, Konkurrentenklage, Vertragsarzt
SGB V § 103 VII; SGG §§ 54 I 2, 75, 86b I; GG Art. 12 I

Vertragsärzte, die sich um einen Belegarztvertrag nicht beworben haben, haben keine Klagebefugnis gegen die Zulassung eines Konkurrenten als Belegarzt nach § 107 SGB V.

Für die Rechtmäßigkeit einer Zulassungsentscheidung nach § 103 VII SGB V kommt es nicht darauf an, ob die Betten tatsächlich belegt werden.

Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt.

SG Marburg, Urt. v. 18.12.2006 – S 12 KA 1041/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-67

Belegarzt, Belegarztverträge, Ausschreibung, Belegbetten, einstweilige Anordnung, sofortige Vollziehung, Widerspruchsbefugnis, Anfechtungsbefugnis, Klagebefugnis, Konkurrentenklage, Vertragsarzt
SGB V § 103 VII; SGG §§ 54 I 2, 75, 86b I; GG Art. 12 I

Leitsätze: 1. Vertragsärzte, die sich um einen Belegarztvertrag nicht beworben haben, haben keine Klagebefugnis gegen die Zulassung eines Konkurrenten als Belegarzt nach § 103 SGB V und sind in einem einstweiligen Anordnungsverfahren nicht beizuladen.

2. Die Zahl der Belegbetten ist in der Ausschreibung für eine Belegarztstätigkeit nicht anzugeben.

Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt.

6. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

A) KEIN ABHÄNGIGES BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNISS BEI HONORARABWICKLUNG DURCH DRITTEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.02.2007 – L 11 KA 32/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-68

Zulassungsentziehung, verdecktes Anstellungsverhältnis, Gemeinschaftspraxisvertrag, Gesellschaftsvertrag
SGB V §§ 95 VI; Ärzte-ZV §§ 27, 32 I 1

Der Entziehungsgrund des Fehlens der Zulassungsvoraussetzungen liegt dann nicht (mehr) vor, wenn sich die Verhältnisse, auf die der Berufungsausschuss abgestellt hat, geändert haben.

Kümmert sich ein Arzt bzw. Psychologischer Psychotherapeut nicht um die wirtschaftlichen Verhältnisse seiner Praxis und überlässt er die finanzielle Abwicklung des Honorars einem Dritten, so wird er dadurch nicht in seiner Unabhängigkeit gefährdet. Ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis liegt deshalb noch nicht vor.

Die Abführung eines Honoraranteils von 35 % als Abgeltung der Praxiskosten ist nicht als bedenklich anzusehen, da die tatsächlichen Kosten einer Praxis eher über diesem Satz liegen.

SG Köln, Urt. v. 23.11.2005 - S 19 KA 67/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück; s. bereits **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 13.09.2006 – L 11 KA 20/06 – RID 06-04-67

B) WOHLVERHALTEN

LSG Bayern, Urt. v. 06.12.2006 – L 12 KA 251/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-69

Entziehung, Zulassung, Zulassungsentziehung, Wohlverhalten
SGB V § 95 VI

Die Rechtmäßigkeit eines statusgestaltenden Entziehungsbescheides, dessen Wirkung noch aufgeschoben ist, beurteilt sich zum **Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung** (für viele: BSG 20.10.2004 - B 6 KA 67/03 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 9 m.w.N.). Die Schlussfolgerung von einem **Wohlverhalten** auf eine seit Jahren andauernde grundlegende Änderung des Verhaltens in Richtung Beachtung der vertragsärztlichen Pflichten ist unter Berücksichtigung der konkreten Umstände des Einzelfalles zu treffen.

Steht einzelpräventiv fest, dass sich ein Vertragsarzt aus Wohlverhaltensgründen - in den letzten sieben Jahren gezeigtes tadelloses Verhalten - in Zukunft pflichtentreu verhalten wird, so kann ihm die Zulassung wegen **Wiedererlangung der Eignung** nicht entzogen werden.

Der klagende Arzt für Allgemeinmedizin wurde 1997 als Nachfolger der S. gemäß § 103 IV SGB V zugelassen. Er führte die Praxisgemeinschaft mit dem zum damaligen Zeitpunkt im hausärztlichen Versorgungsbereich tätigen Internisten Dr. B. fort. Der von der KV im Verfahren vor dem Berufungsausschuss vorgelegte Gesellschaftsvertrag beinhaltet sowohl den Praxisverkauf zwischen Fr. S. und dem Kl. als auch die Regelung der Rechtsbeziehungen der neuen Praxisgemeinschaftspartner. Im Februar 1999 zeigte der Kl. dann die Kündigung der Praxisgemeinschaft zum 31.01.1999 an. Er verlegte seinen Praxissitz. Im Mai 1998 hatte die beigeladene KV mit der Durchführung einer Plausibilitätsprüfung der Quartale III/97 bis IV/98 begonnen, weil der Kl. im Erstquartal durch eine hohe Patientenfallzahl von 975 Patienten aufgefallen war. Der **Berufungsausschuss** bestätigte die **Zulassungsentziehung**, u.a. weil er nicht geeignet sei. Es sei zwar zuzugeben, dass er in eine von Dr. B. geführte Praxis eingebunden worden sei, die dieser über Fr. Sch. hinsichtlich Organisation und Abrechnung beherrschte. Ihm sei aber bekannt gewesen, dass er seine vertragsärztliche Tätigkeit rechtlich nicht gemeinsam mit Dr. B. in Form einer Gemeinschaftspraxis ausübe. Tatsächlich seien die Patienten nicht getrennt und nicht unter Beachtung der freien Arztwahl bzw. der Zuordnung zu einem Hausarzt, sondern vom Kl. und Dr. B. teilweise sogar am gleichen Tag gemeinsam behandelt worden. Zu Behandlungsbeginn seien die **Chipkarten doppelt eingelesen** worden. Die Patienten seien nicht befragt worden, von welchem Arzt sie behandelt werden möchten. Die Auswahl einer der Ärzte habe sich aus der Praxisorganisation ergeben. Gegenüber der KV verpflichtete der Kl. sich zur Rückzahlung von 106.429,11 DM. **SG München**, Urt. v. 27.04.2005 - S 22 KA 1429/02 - wies die Klage ab, das **LSG** gab ihr statt.

7. ABRECHNUNGSMANIPULATIONEN/RÜCKGRIFF AUF AKTEN DER STAATSANWALTSCHAFT

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 21/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-70

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 18/07 B

Versandkostenpauschale, Falschabrechnung, Abrechnungsmanipulation, Pflichtverletzung, Staatsanwaltschaft, Wohlverhalten

SGB V § 95 VI

Ein Vertragsarzt, der **727mal** die **Versandkostenpauschale** nach Nr. 7103 EBM abgerechnet hat, ohne dass ihm hierauf ein Anspruch zugestanden hätte, und dadurch einen Schaden von 1.858,55 Euro verursacht, begeht mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Falschabrechnung, die ein systematisches Vorgehen erkennen lässt, eine **schwerwiegende Pflichtverletzung**, die bereits für sich genommen die Zulassungsentziehung trägt.

Der Rückgriff auf die **Akten der Staatsanwaltschaft** erweist sich in einem Zulassungsentziehungsverfahren sowohl im Lichte der Amtshilfavorschrift des § 5 I SGG als auch mit Blick auf die Regelungen in den §§ 12 ff. EGGVG (insbesondere in den §§ 13 II u. 14 I Nr. 4 EGGVG) in Verbindung mit Nr. 26 MiStra nicht nur als unbedenklich, sondern als zwingend erforderlich, weil die in den Akten enthaltenen Daten für die hier erforderliche Prüfung, ob dem Vertragsarzt gem. § 95 VI SGB V Abrechnungsmanipulationen vorzuwerfen sind, entscheidende Bedeutung haben.

Die Zulassungsgremien dürfen die **polizeilichen Ermittlungen nicht ungeprüft** in ihre Entscheidungen übernehmen, sondern müssen sich durch eigene Ermittlungen von deren Richtigkeit überzeugen.

Ein **Wohlverhalten** darf nicht losgelöst von dem anhängigen Zulassungsentziehungsverfahren betrachtet werden, weil in diesem gerade darum gestritten wird, ob das Verhalten die Zulassungsentziehung (weiterhin) rechtfertigt.

Der 1951 geb. Kl. ist seit 1995 als Arzt für Chirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Seit 1998 nimmt er ergänzend an den mit den Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Strukturverträgen zur Förderung krankenhausersetzender ambulanter Operationen teil. Im März 2000 eingeleitete **polizeiliche Ermittlungen** kamen zu dem dringenden **Tatverdacht**, der Kl. habe im Jahre 1998 Leistungen für **58 Phantompatienten sowie zahlreiche weitere tatsächlich nicht erbrachte Leistungen einschließlich bestimmter Versandleistungen abgerechnet**. Daraufhin entzog der **Zulassungsausschuss** dem Kl. die Zulassung: Bereits die vom Landeskriminalamt festgestellten acht Fälle, in denen der Kläger über mindestens drei Quartale hinweg (I/98 bis III/98) Leistungen für Patienten abgerechnet habe, die seine Praxis nicht aufgesucht hätten, reichten für die Zulassungsentziehung aus. Sie werde darüber hinaus aber auch dadurch gestützt, dass der Kläger in den Quartalen I bis IV/98 727mal die Nr. 7103 EBM abgerechnet habe, obwohl er auf die in dieser Gebührennummer geregelte Versandkostenpauschale von seinerzeit 5,- DM keinen Anspruch gehabt habe. Im Laufe des anschließenden – erfolglosen - Widerspruchsverfahrens setzte das Amtsgericht **Tiergarten** durch schriftlichen **Strafbefehl** gegen den Kl. eine Gesamtgeldstrafe von 180 Tagessätzen zu je 100,- Euro fest und führte aus: Der Kl. habe sich eines Betruges durch vier selbständige Handlungen strafbar gemacht, indem er in seinen Abrechnungssammelerklärungen für die Quartale I bis IV/98 insgesamt 727mal die in der Nr. 7103 EBM geregelte Versandkostenpauschale von 5,- DM abgerechnet habe, obwohl ihm hierauf kein Anspruch zugestanden habe. Der hieraus resultierende Schaden belaufe sich auf 3.635,00 DM bzw. 1.858,54 Euro. Der Strafbefehl ist rechtskräftig. *SG Berlin*, Urt. v. 18.01.2006 - S 71 KA 182/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

8. ERMÄCHTIGUNG: KEINE KLAGEBEFUGNIS GEGEN ERMÄCHTIGUNG IN ANDEREM PLANUNGSBEREICH

SG Karlsruhe, Urt. v. 27.10.2006 – S 1 KA 3241/05 – juris

RID 07-02-71

Sprungrevision eingelegt: B 6 KA 42/06 R

Drittwiderrspruchsbefugnis, Vertragsarzt, Ermächtigung, Krankenhausarztes

SGB V §§ 98 II Nr. 11, 99, 101 I, 116; SGG § 54 I 2, II; Ärzte-ZV § 31a I 1; ÄBedarfsplRL Nr. 5

BVerfG, Beschl. v. 17.08.2004 – 1 BvR 378/00 – SozR 4-1500 § 54 Nr. 4 hat eine Klagebefugnis bzw. **Drittwiderrspruchsbefugnis** nicht für jeden in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Arzt gegen jedwede im Bundesgebiet erteilte Ermächtigung eröffnet. Vielmehr hat es diese Befugnis auf **tatsächliche Konkurrenzverhältnisse** beschränkt, nämlich auf solche, bei denen der niedergelassene und der ermächtigte Arzt **im selben Planungsbereich** tätig sind bzw. werden wollen. Dies gilt jedenfalls, soweit die Voraussetzung von Subspezialisierung einzelner Fachgebiete, die die

Zulassungsgremien berechtigten, bei der Beurteilung der Versorgungs- und Bedarfssituation auch angrenzende Planungsbereiche mit zu berücksichtigen nicht gegeben sind.

Die beigeladene Direktorin der Klinik für Strahlentherapie des Städtischen Klinikums in dem Planungsbereich K (Versorgungsgrad von 126,8 %) ist seit 1994 zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt, zuletzt bis zum 31.12.2004 (auf Überweisung durch Vertragsärzte: zur Durchführung der Strahlentherapie einschließlich derjenigen im Umgang mit umschlossenen radioaktiven Substanzen, zur Nachbehandlung von bestrahlten Tumorpatienten sowie zur strahlentherapeutischen Nachsorge unter Beschränkung auf Untersuchung und Beratung <bildgebende Verfahren sind nur als nicht aufschiebbare und nicht vorausplanbare Leistungen zulässig>). Gegen die Verlängerung der Ermächtigung bis Ende 2006 erhob die seit April 2003 bestehende und klagende Gemeinschaftspraxis zweier zugelassener Vertragsärzte für Strahlentherapie mit Sitz in dem Planungsbereich E, der nicht unmittelbar an den Planungsbereich E angrenzt, neben der KV erfolglos – da unzulässig - Widerspruch. Das **SG** wies die Klage ab.

VII. Erweiterte Honorarverteilung KV Hessen

1. ABSENKUNG DES ANSPRUCHSNIVEAUS FÜR RENTENBEZIEHER

LSG Hessen, Urt. v. 01.11.2006 – L 6/7 KA 66/04 –

RID 07-02-72

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 22/07 B

Verwaltungsakt, Erweiterte Honorarverteilung, EHV, Kontoauszug, Satzungsrecht
SGB V § 85 IV; KVHG § 8; GG Art. 14, 31, 100, 142; HV Art. 45, 133; StGHG § 41

Leitsätze: 1. Bei der Prüfung der **Vereinbarkeit von Landesrecht mit der Landesverfassung** oder dem Grundgesetz (GG) kann dem Gericht ein Wahlrecht bei der Prüfung der Verfassungsmäßigkeit entweder an Normen der Landesverfassung oder des GG zukommen. Nach Art. 142 GG - der insoweit die speziellere Regelung im Verhältnis zu Art. 31 GG („Bundesrecht bricht Landesrecht“) darstellt - gelten die Grundrechte der Hessischen Verfassung (HV) insoweit weiter, als sie Grundrechte in Übereinstimmung mit Art. 1- 18 GG gewährleisten.

2. Die von Art. 142 GG geforderte **Übereinstimmung zwischen Grundrechten des GG und der HV** besteht insbesondere dann, wenn das jeweilige Grundrecht inhaltsgleich im GG und in der HV gewährleistet wird. Dies ist der Fall, wenn sich weder grundrechtlicher Schutzbereich noch Schrankenregelungen einander widersprechen (Anschluss an BVerfGE 96, 345 ff., 364 f.).

3. Art. 45 Abs. 1 bis Abs. 3 HV gewährleistet den **Schutz des Eigentums** in einer mit Art. 14 Abs. 1 GG inhaltsgleichen Weise auch insoweit, als diejenigen öffentlich-rechtlichen Rechtspositionen Eigentum (oder jedenfalls eigentumsgleiche Rechte) darstellen, die der Existenzsicherung zu dienen bestimmt sind, sich als Äquivalent eigener Leistung erweisen und nicht in erster Linie und/oder überwiegend auf staatlicher Gewährung beruhen (Anschluss an BVerfGE 69, 272; und E 72, 9 sowie Hess. StGH ESUGH 32, 9). D-4_548 Leitsatz - 11/01 -

4. **§ 8** des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen“ (**KVHG**) vom 22. Dez. 1953 (GVBl. 1953, S. 206 f.) **verstößt gegen Art. 45 Abs. 1 HV** in Verbindung mit dem **Demokratieprinzip** und dem **Rechtsstaatsgebot**, weil die in ihm enthaltene Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), im Rahmen ihrer Satzung für eine wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Kassenärzte zu sorgen, dem im Rahmen des Vorbehalts des Gesetzes zu beachtenden **Bestimmtheiterfordernis** an ein grundrechtsbeschränkendes Gesetz ebenso widerspricht, wie dem **Wesentlichkeitsgebot**. Weitreichende und die Existenzsicherung betreffende Beschränkungen eines Grundrechts müssen vielmehr durch den parlamentarischen Gesetzgeber selbst geregelt und dürfen nicht ohne nähere Bestimmung der Grundsätze der Existenzsicherung an nachgeordnete Normgeber delegiert werden. Als **verfassungswidrig** erweisen sich die unter Berufung auf § 8 KVHG ergangenen **Satzungsregelungen** der „Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung“ (EHV) für die Zeit ab dem Jahr 2001 auch insoweit, als Änderungen dieser Grundsätze durch den Satzungsgeber **einseitig zu Lasten der EHV-Leistungsempfänger** ergangen sind, ohne dass dieser Kreis der Betroffenen qualifiziert bei der Veränderung der Satzung beteiligt worden ist.

5. Die **Verfassungswidrigkeit** von **§ 8 KVHG führt jedoch nicht zwingend zur Nichtigkeit** des Gesetzes, weil durch die auf Grund von § 8 KVHG erlassenen Satzungsbestimmungen auch weiterhin existentiell wichtige Leistungen der EHV erbracht werden müssen. Weil § 8 KVHG zwar für verfassungswidrig, nicht aber für nichtig angesehen wird und die Verfassungsmäßigkeit dieser Norm insoweit nicht allein entscheidungserheblich ist, entfällt deshalb auch die Pflicht zur Vorlage an den

Hessischen Staatsgerichtshof nach Art. 133 HV bzw. an das Bundesverfassungsgericht nach Art. 100 GG. Für einen angemessenen Zeitraum kann vielmehr - wovon auch Art. 133 HV und § 41 des Hessischen Gesetzes über den Staatsgerichtshof (Hess. StGHG) ausgehen - die verfassungswidrige Norm nach Maßgabe der Rechtsauffassung des erkennenden Senats zunächst in ihrer Grundstruktur weiter angewandt werden. Dem **parlamentarischen Gesetzgeber** obliegt es jedoch gleichzeitig, in angemessener Frist insgesamt **für einen verfassungskonformen Rechtszustand** Sorge zu tragen.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.05.2004- S 27 KA 3898/03 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl. unter Änderung der EHV-Bescheide für die Quartale IV/01 bis IV/02, dem Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats einen neuen Bescheid zu erteilen und wies im Übrigen die Berufung zurück.

Parallelverfahren: SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.05.2004- S 27 KA 2568/03 -

LSG Hessen, Urt. v. 01.11.2006 – L 6/7 KA 68/04 –

RID 07-02-73

Zur Vorinstanz s. **SG Frankfurt a. M.**, Urteil v. 19.05.2004 - S 27 KA 2512/03 - RID 04-03-54.

2. HÖCHSTSATZ BEI VORZEITIGER INANSPRUCHNAHME

SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 880/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-74

Erweiterte Honorarverteilung, KV Hessen, Anspruchssatz, Höchstsatz
SGB V § 85 IV

Nach § 3 Abs. 1 c) cc) Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist bei Inanspruchnahme der EHV nach vollendetem 63. Lebensjahr der „errechnete Anspruchssatz“ um 15 % herabzusetzen. Mit „errechnetem Anspruchssatz“ ist der Anspruchssatz gemeint, der sich zu diesem Zeitpunkt ergeben würde, hätte der EHV-Bezieher das 65. Lebensjahr vollendet, also höchstens 18 % und nicht ein evtl. darüber liegender errechneter Höchstsatz. Bei vorzeitiger Inanspruchnahme der EHV kann daher maximal ein Anspruchssatz von 15,3 % erreicht werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

VIII. Richtgrößenvereinbarung 2006 (Me-Too-Liste KV Nordrhein): Einstw. Anordnung

S. zuletzt RID 07-01-A V 1 sowie RID 06-04-A VII und 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. Nach **BSG**, Beschl. v. 07.11.2006 – B 12 SF 5/06 S – RID 07-01-99 ist nach Verweisung an ein anderes SG, weil es der Auffassung ist, es handele sich um eine krankenversicherungsrechtliche Streitigkeit, der Verweisungsbeschluss für das andere SG bindend und eine Rückverweisung unzulässig. Nach **BSG**, Urt. v. 29.11.2006 - **B 6 KA 7/06 R** – wird der den Heilmittelerbringern zusammen mit den Spitzenverbänden im Rahmen des Partnerschaftsmodells des § 125 SGB V zur eigenverantwortlichen Gestaltung zugewiesene Bereich durch die **HeilmittelRL** des GBA nicht gesetzwidrig eingeschränkt.

1. FRAXIPARIN/ANORDNUNGSGRUND

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 12.02.2007 – L 10 B 35/06 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-75**

Cipralax, 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

Die Beschwerde gegen **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 08.09.2006 – S 2 KA 193/06 ER – RID 06-04-79 wird zurückgewiesen.

Das **Rechtsschutzbedürfnis** ist nicht entfallen. Die Arzneimittelvereinbarung 2006 endete zwar am 31.12.2006. Die Antragsgegner haben jedoch eine neue, inhaltlich im Wesentlichen deckungsgleiche Arzneimittelvereinbarung 2007 abgeschlossen. Hierdurch werden die von der Antragstellerin gesehenen Rechtsbeeinträchtigungen perpetuiert.

Bzgl. eines **Anordnungsgrundes** ist bei einer **Kommanditgesellschaft**, ungeachtet dessen, dass diese in den Konzern GlaxoSmithKline eingebettet ist, auf ihre **wirtschaftliche Situation** abzustellen (vgl. a. LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 14.12.2006 – L 10 B 21/06 KA ER – RID 07-01-101). Bei einem Umsatzrückgang von ca. 0,0035 % (300.000,00 EUR) deutet darauf hin, dass es am Anordnungsgrund fehlt.

Nach der von Fricke/Klaus entwickelten Klassifikationsmethode handelt es sich bei Fraxiparin um ein Analogpräparat.

2. ALMOGRAN/ANORDNUNGSGRUND

SG Düsseldorf, Beschl. v. 27.04.2007 – S 2 KA 32/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-76

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

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

Ein Umsatzrückgang wegen der Aufnahme eines Präparates in die sog. Me-Too-Liste ist zu substantiieren für das Vorliegen eines **Anordnungsgrundes**.

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

IX. Gesamtvergütung

S. BSG, Urt. v. 29.11.2006 - **B 6 KA 4/06 R** – zur Gesamtvergütung 1992 Ost nach Rahmengesamtvertrag.

1. KÜRZUNG DER ABSCHLAGSZAHLUNGEN WEGEN INTEGRIERTER VERSORGUNG

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 894/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-77

Revision eingelegt: B 6 KA 6/07 R

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 734/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-78

Revision eingelegt: B 6 KA 7/07 R

Vertragsarzt, integrierte Versorgung, Krankenhaus, Leistungssektor, interdisziplinär-fachübergreifend, sektorenübergreifend, Anästhesist

SGB V §§ 85 II, 140a, 140d

Parallelverfahren zu **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 758/06 – RID 07-01-103 (Revision eingelegt - B 6 KA 5/07 R).

Vorinstanz: **SG Stuttgart**, Urt. v. 12.12.2005 - S 11 KA 3126/05 – und - S 11 KA 8449/04 -.

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

LSG Sachsen, Urt. v. 26.07.2006 – L 1 KA 3/06 – juris

RID 07-02-79

Revision eingelegt: B 6 KA 34/06 R

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

SGB V § 85; WohnortprG vom 11.12.2001

Die Festlegung **zweier Kopfpauschalen**, die abhängig von dem Rechtskreis (Ost oder West) zu zahlen sind, für den die Mitglieder der **Erstreckungskassen** (Krankenkassen mit Sitz im alten Bundesgebiet, die ihre Zuständigkeit auf das Beitrittsgebiet erstreckt haben) gemeldet werden, verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

Es verstößt nicht gegen das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte, wenn nach einer Gesamtvergütungsvereinbarung Erstreckungskassen für **Mitglieder**, die für den **Rechtskreis West** gemeldet sind, eine **Kopfpauschale** an eine Kassenärztliche Vereinigung in den neuen Bundesländern zu zahlen haben, die auf der Grundlage des Ausgangsbetrags für den Rechtskreis West berechnet ist.

Mit Schiedsspruch wurde zwischen der KV u. d. beigel. Landesverband die Gesamtvergütung für 2002 festgesetzt. Die klagende Betriebskrankenkasse forderte von der bekl. KV ohne Erfolg für 1.416 Mitglieder die Differenz (39,63 EUR) zwischen der Kopfpauschale "West" (von 121,98 EUR) und einer durchschnittlichen Kopfpauschale von 82,63 EUR zurück. **SG Dresden**, Urt. v. 23.11.2005 – S 35 KA 129/04 – RID 06-01-59 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

X. Verfahrensrecht: Klage eines Partners einer Gemeinschaftspraxis

SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 27/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-80

Gemeinschaftspraxis, Klageänderung, Klage, Widerspruchsbescheid, Klagefrist

SGG §§ 67, 87, 99

Wird in einer Klageschrift lediglich Klage im Namen eines Partners einer Gemeinschaftspraxis erhoben, so liegt darin nicht zugleich eine Klageerhebung für den anderen Partners der Gemeinschaftspraxis, auch wenn zuvor inhaltlich gleichlautende Widerspruchsbescheide über die Ablehnung einer Genehmigung ergangen sind. Eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand kommt nicht in Betracht.

Das **SG** wies die Klage ab.

XI. Streitwert/Anwaltsvergütung

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*, Beschl. v. 27.11.2006 – **B 6 KA 38/06 B** – MedR 2007, 202 ist für den Streitwert bei einem Rechtsstreit über die **Genehmigung einer Vorbereitungsassistentin** - entsprechend der Vorgehensweise in Zulassungssachen - von den zusätzlichen Einnahmen des Zahnarztes aus einer Tätigkeit der Assistentin im vertragszahnärztlichen Bereich unter Zugrundelegung eines Zeitraums von drei Jahren auszugehen, es sei denn, die Genehmigung wurde lediglich für einen kürzeren Zeitraum beantragt; von den auf diese Weise zu ermittelnden potenziellen Einnahmen sind zunächst die durchschnittlichen Praxiskosten und sodann das für die Assistentin zu zahlende Gehalt in Abzug zu bringen.

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 30/06 B v. 14.09.2006)

1. NICHT ZUR ANWENDUNG KOMMENDE QUOTIERUNGSMAßNAHMEN

SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – **S 12 KA 10/05** – RID 07-02-05 (diese Ausgabe)

Der **Streitwert** bzgl. Quotierungsmaßnahmen, die letztlich nicht zur Anwendung kommen, ist auf 1.000 Euro pro Quartal festzusetzen.

2. ARZTREGISTEREINTRAG FÜR WEITEREN FACHARZT

LSG Sachsen, Beschl. v. 04.04.2007 – **L 1 B 84/06 KA-ER** - RID 07-02-35 (diese Ausgabe)

Der Streitwert für die Eintrag einer Facharztbezeichnung in das Arztregister ist auf das Dreifache des angegebenen höheren Jahresumsatzes (Zugrundelegung eines Drei-Jahres-Zeitraums wie in Zulassungsstreitigkeiten, vgl. hierzu *BSG*, Beschl. v. 01.09.2005 - B 6 KA 41/04 R - SozR 4-1920 § 52 Nr. 1) festzusetzen (hier: 67.626,00 EUR).

3. ARZNEIKOSTENREGRESS: BESCHIEDUNGSANTRAG UND HÄLFTE DES REGRESSBETRAGES

LSG Hessen, Urt. v. 25.04.2007 – **L 4 KA 34/06** – RID 07-02-52 (diese Ausgabe)

In Verfahren über einen Arzneykostenregress, in dem der Kläger entsprechend seinem Antrag nur ein Bescheidungs Urteil erwirkt hat, ist der Streitwert in Höhe der **Hälfte des Regressbetrages** festzusetzen (ständige Rechtsprechung, die insoweit der des 6., früheren 7. Senats des Hessischen Landessozialgerichts entspricht, s. Beschl. v. 20.05.2005 - L 6/7 B 52/03 KA -, 17.05.2004 - L 7 B 116/01 KA – u. - L 7 B 117/01 KA -, 05.10.2005 - L 4 B 79/05 KA - u. v. 10.10.2005 - L 4 B 70/05 KA -). Maßgeblich ist hierbei, dass mit dem Bescheidungs Urteil gerade noch nicht die vollständige Aufhebung des Arzneykostenregresses erreicht werden kann. Es handelt sich daher um ein "Weniger" gegenüber einem Antrag auf vollständige Aufhebung des Regresses.

4. EINREICHUNG DER ABRECHNUNG ÜBER EINE PRIVATE ABRECHNUNGSSTELLE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.05.2007 – L 10 B 27/06 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-02-81
Abrechnung, Abrechnungsstelle, Streitwert, Honoraranspruch
GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 4

In einem Rechtsstreit über die Frage, ob die Abrechnung für die von der KV zu vergütenden Leistungen, die im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung erbracht worden sind, über eine private Abrechnungsstelle vorgenommen werden darf, wird das für die Bestimmung des Streitwerts maßgebliche wirtschaftliche Interesse durch den Honoraranspruch insgesamt bestimmt und nicht durch einen Pauschalabzug für verspätete Abrechnungen. Es ist der Umsatz für ein Jahr zugrunde zu legen. Angesichts des vorläufigen Charakters des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens ist ein Abschlag von 50 v.H. zu machen.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 14.07.2006 - S 33 KA 51/06 ER – setzte den Streitwert auf 10.219,00 EUR fest, das *LSG* wies die Beschwerde der Ag. zurück.

5. ZAHLUNG VON ABSCHLAGSZAHLUNGEN EINER KV GEGENÜBER KRANKENKASSE

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 15.01.2007 – L 7 B 101/06 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-02-82
Geldbetrag, Abschlagszahlung, Streitwert, Streitwertfestsetzung, KV, Krankenkasse, Zinsaufwand
SGB V §§ SGG §§ 86b, 197a I; GKG a. F. §§ 13 I, 20 III

Ein genau bezifferter **Geldbetrag** bei einer Klage einer KV gegenüber einer Krankenkasse auf Zahlung von **Abschlagszahlungen** ist für die Streitwertfestsetzung von maßgebender Bedeutung. Denn abgesehen davon, dass gezahlte Abschlagszahlungen grundsätzlich beim Zahlungsempfänger verbleiben, weil nicht sie, sondern nur die noch offenen Restzahlungen im Rahmen der Schlussabrechnung eventuellen Kürzungen unterliegen können, geht es auch darum, den geltend gemachten Betrag zeitnah zu erhalten, um ihn unverzüglich an die in ihrem Zuständigkeitsbereich niedergelassenen Vertragsärzte auszuschütten, die hierauf einen Anspruch haben. Dies schließt es aus, die – im Übrigen stets zukunftsorientiert zu ermittelnde – Bedeutung der Sache mit einem etwaigen **Zinsaufwand bzw. Zinsverlust** infolge einer nur vorübergehenden Schmälerung der verfügbaren finanziellen Mittel der Antragstellerin der Schlussabrechnung gleichzusetzen.

Wegen des nur vorläufigen Charakters des **einstweiligen Rechtsschutzverfahrens** ist der Betrag jedoch nicht in voller Höhe als Streitwert festzusetzen, sondern **um die Hälfte zu kürzen**. Eine Bindung an die in dem so genannten **Streitwertkatalog** für die Verwaltungsgerichtsbarkeit ausgesprochenen Empfehlungen besteht in diesem Zusammenhang ohnehin nicht.

SG Potsdam, Beschl. v. 16.06.2006 - S 1 KA 72/04 ER – setzte den Streitwert auf 28.160,00 Euro, das *LSG* auf 14.080,00 Euro fest.

6. UNANFECHTBARKEIT DES BESCHLUSSES ÜBER DIE VORLÄUFIGE FESTSETZUNG DES STREITWERTES

LSG Baden-Württemberg, B. v. 31.01.2007 – L 5 KA 6444/06 W-B – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-02-83
Kosten, Streitwert, Streitwertfestsetzung
GKG §§ 63 I 2, 67 I 1

Bei den Verfahren vor den Sozialgerichten handelt es sich um Verfahren nach dem Amtsermittlungsgrundsatz (§ 103 SGG), und diese sind auch nicht in den Regelungen über Vorschuss/Vorauszahlung nach den §§ 10 ff GKG genannt, weshalb das Tätigwerden des Gerichtes nicht von der Zahlung von Kosten abhängig gemacht werden kann und damit konsequenterweise auch Einwendungen i.S.v. § 63 I 2 GKG nicht möglich sind. Daraus folgt im Weiteren, dass der Beschluss über die vorläufige Festsetzung des Streitwertes unanfechtbar ist und damit die Beschwerde unzulässig ist. Ein Kläger wird deswegen zu akzeptieren haben, vorläufig auf der Grundlage des festgesetzten Streitwertes (hier: 200.000 EUR) die fälligen Gebühren (hier: 4.368 EUR) zu zahlen.

SG Freiburg, Beschl. v. 31.01.2007 - S 1 KA 5758/06 W-A – setzte den Streitwert vorläufig fest, das *LSG* verwarf die Beschwerde als unzulässig.

7. VERTRAGSARZTRECHT ALS SCHWIERIGE RECHTSMATERIE/HAUPTSACHEENTSCHEIDUNG UND SOFORTVOLLZUG

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 5567/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-84**
Revision eingelegt: B 6 KA 4/07 R

Berufungsausschuss, Kostenfestsetzungsentscheidung, schwierig, Schwierigkeit, Kassenarztrecht, Sonderbedarfszulassung, Sofortvollzug, Hauptsacheentscheidung, Geschäftsgebühr
SGB V §§ 95, 97 IV; SGB X § 63; RVG § 17

Ein **Vorverfahren** gegen die vom Berufungsausschuss zu treffende **Kostenfestsetzungsentscheidung** findet nicht statt (BSG SozR 3 -1300 § 63 Nr. 12 zum Beschwerdeausschuss).

Adressat von Kostengrund- und -höheentscheidung ist stets der Widerspruchsführer, an den sich auch der Widerspruchsbescheid gerichtet hat. Ein **Rechtsanwalt** kann aus eigenem Recht kein Rechtsmittel dagegen einlegen.

Für das Merkmal „**schwierig**“ i. S. d. Ziffer 2400 RVG-VV mit der Folge, dass eine Gebühr von mehr als 1,3 gefordert werden kann, kommt es nicht darauf an, welche Vorkenntnisse ein Rechtsanwalt mitbringt und ob er sich schwerpunktmäßig mit der Rechtsmaterie befasst. Es ist auf die Schwierigkeiten abzustellen, die **typischerweise mit der Rechtsmaterie verbunden** sind. Probleme des **Kassenarztes** und hier insbesondere der Sonderbedarfszulassung sind als schwierige Rechtsmaterien einzustufen, zumal wenn es sich um die Zulassung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten handelt.

Zwischen der Hauptsacheentscheidung und der Entscheidung über den **Sofortvollzug** nach § 97 IV SGB V besteht ein enger Zusammenhang, weshalb die von Amts wegen vom Berufungsausschuss getroffene Entscheidung über den Sofortvollzug **keine verschiedene Angelegenheit** i. S. v. § 17 RVG darstellt und einem Kläger dafür eine weitere Geschäftsgebühr nach Nr. 2400 VV-RVG nicht zusteht.

SG Freiburg, Urt. v. 26.10.2005 - S 1 KA 1959/05 – gab der Klage statt, das **LSG** hob das Urt. insoweit auf, als dem Kläger eine weitere Gebühr für die Anordnung des Sofortvollzugs zuerkannt wurde und wies die Klage ab.

XII. Entscheidungen des BSG

1. HONORARVERTEILUNG

A) GETRENNTE HONORARBEREICHE: HAUS-/FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

BSG, Urt. v. 06.09.2006 – B 6 KA 29/05 R – **RID 07-02-85**

Leitsatz: Die Vorgaben in § 85 Abs 4a SGB 5 sowie im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.2.2000 zur Festlegung von Kriterien für eine nach hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung getrennten Verteilung der Gesamtvergütungen auf die Vertragsärzte verletzen kein Verfassungsrecht.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 06.09.2006 – B 6 KA 30/05 R –* **RID 07-02-86**

B) LABORREFORM '99

BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 46/05 R – **RID 07-02-87**

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 ist rechtmäßig.

Die Regelungen in den Honorarverteilungsmaßstäben der (früheren) KVen Nordwürttemberg und Südwürttemberg in den Quartalen III u. IV/99 sind nicht zu beanstanden.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 47/05 R –* **RID 07-02-88**

BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 48/05 R – **RID 07-02-89**

BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 49/05 R – **RID 07-02-90**

C) VERGÜTUNG FÜR AMBULANTE NOTFALLBEHANDLUNGEN IM KRANKENHAUS

BSG, Urt. v. 06.09.2006 – B 6 KA 31/05 R – **RID 07-02-91**

Leitsatz: Ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus dürfen - abgesehen vom 10%igen Investitionskostenabschlag - nicht geringer vergütet werden als vergleichbare Behandlungen im organisierten vertragsärztlichen Notfalldienst.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 15/06 R –* **RID 07-02-92**

D) ZAHNÄRZTE

AA) UMSATZSTÄRKERE PRAXEN/KEINE SONDERREGELUNGEN FÜR KIEFERORTHOP./ALLGEMEINZAHNÄRZTE

BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 8/05 R –

RID 07-02-93

Eine Belastung primär nur der **umsatzstärkeren Praxen** - und dies im Wege einer Abstufung lediglich der Honorarspitzen, sodass die Belastungen im Ergebnis ihre Gesamthonorarvolumina nur um wenige Prozente mindern - ist nicht zu beanstanden. Den Maßstab zur Überprüfung bilden nicht die Regelungen über Regelleistungsvolumina, sondern die allgemeinen Maßstäbe des § 85 Abs. 4 Sätze 3 bis 5 und 8 SGB V.

Sonderregelungen für **spezielle Zahnarztgruppen** wie Kieferorthopäden und/oder Oralchirurgen und/oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen sind nicht erforderlich. § 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V bestimmt, dass der Verteilungsmaßstab eine nach (Zahn-)Arztgruppen unterschiedliche Verteilung vorsehen kann, aber nicht muss. Auch Art. 3 Abs. 1 GG fordert keine Sonderregelungen für Kieferorthopäden.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 9/05 R –*

RID 07-02-94

BB) ZULÄSSIGKEIT RÜCKWIRKENDER HONORARBEGRENZUNGSREGELUNGEN

BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 42/05 R –

RID 07-02-95

Honorarbegrenzungsregelungen zur - auch im Jahresverlauf - gleichmäßigen Verteilung budgetierter Gesamtvergütungen haben, wenn sie erst während des Abrechnungszeitraums bekannt gemacht werden, nach ständiger Rechtsprechung des Senats im Rahmen des vertrags(zahn)ärztlichen Vergütungssystems lediglich eine **unechte Rückwirkung** zur Folge. Ein Vertragszahnarzt kann nicht beanspruchen, dass die Übergangsvorschrift, die im Jahr 2000 bestimmte bis zur Verabschiedung der HVM-Regelung abgerechnete Leistungen von den Begrenzungsvorschriften ausnahm, auch in den ersten sechs Wochen des Jahres 2001 zur Anwendung kommen muss.

CC) ERHÖHTE ERBRINGUNG CHIRURGISCHER LEISTUNGEN UND HÄRTEFALL

BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 43/06 B – juris

RID 07-02-96

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 34/04 – RID 06-03-23 wird zurückgewiesen.

Der mehr oder weniger **hohe Anteil chirurgischer Leistungen** am Umsatz einer zahnärztlichen Praxis stellt keine "überraschende Änderung in der Versorgungsstruktur" oder eine "Änderung der Behandlungsausrichtung einer Praxis" gegenüber dem Referenzzeitraum dar. Die Entscheidung des Normgebers, die maßgeblichen Grenzwerte starr und nicht floatend in Relation zum Anteil chirurgischer Leistungen am Gesamtumsatz einer Praxis festzulegen, könnte nicht durch eine allgemein gehaltene Härteregelung ersetzt werden. Die generell für alle Mitglieder der Beklagten festgesetzten **Grenzwerte** könnten ihre Funktion nicht erfüllen, den einzelnen Praxen ein hohes Maß an Kalkulierbarkeit ihrer Einnahmen dadurch zu ermöglichen, dass für ein festes Punktzahlenkontingent die (relativ hohen) vereinbarten Punktwerte vergütet werden, wenn in jedem Fall, in dem ein Zahnarzt geltend macht, die Anteile der einzelnen zahnärztlichen Leistungsbereiche in seiner Praxis wichen von dem vom HVM vorausgesetzten typischen Erscheinungsbild einer zahnärztlichen Praxis ab, andere Grenzwerte festgesetzt werden müssten.

DD) DEGRESSIONSREGELUNGEN: KEINE SONDERREGELUNG FÜR ORALCHIRURGEN

BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 23/06 R –

RID 07-02-97

Leitsatz: Bei den Degressionsregelungen des § 85 Abs. 4b ff SGB V bedarf es keiner Sonderregelung für Oralchirurgen.

EE) DEGRESSIONSREGELUNGEN I.D.F. 1996 VERFASSUNGSKONFORM

BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 47/06 B – juris

RID 07-02-98

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 08.03.2006 – L 3 KA 5011/04 – RID 06-03-25 wird zurückgewiesen.

Das BSG und das BVerfG haben bereits wiederholt entschieden, dass die Degressionsregelungen des § 85 IVb ff. SGB V mit Art. 12 I und Art. 3 I GG sowie mit dem Rechtsstaatsprinzip vereinbar sind (grundlegend BSGE 80, 223 = SozR 3-2500 § 85 Nr 22 sowie dazu BVerfG <Kammer> NJW 2000, 3413 und NVwZ-RR 2002, 802; s. weiterhin z.B. BSG MedR 2000, 49, 50 mit Angabe zahlreicher weiterer BSG-Urteile; ferner BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 46 S 383; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 2 Rn. 11).

Es ist nicht verfassungswidrig, Praxen mit überdurchschnittlich hohen Umsätzen progressiv ansteigend zu belasten und Zahnärzte mit Gesamtpunktmengen unterhalb von 350.000 Punkten überhaupt keiner Punktwertdegression auszusetzen.

Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen: *BVerfG* <Kammer>, Beschl v. 01.03.2007 - 1 BvR 271/07

2. GENEHMIGUNGEN/FACHKUNDE/NOTFALLDIENST

A) KERNSPINTOMOGRAFIE-VEREINBARUNG: GENEHMIGUNG FÜR TEILRADIOLOGEN

BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 1/05 R –

RID 07-02-99

Leitsätze: 1. Kardiologen, die kernspintomographische Untersuchungen der Herzregion durchführen wollen, bedürfen einer Genehmigung nach der Kernspintomographie-Vereinbarung. Diese kann nicht erteilt werden, wenn der Kardiologe keine Weiterbildung in radiologischer Diagnostik absolviert hat.

2. Die Normgeber der Kernspintomographie-Vereinbarung müssen prüfen, ob die derzeit normierten persönlichen Anforderungen an die im ärztlichen Weiterbildungsrecht seit dem Jahre 2003 ermöglichte Zusatz-Weiterbildung in fachgebundener Magnet-Resonanz-Tomographie anzupassen sind.

B) FACHKUNDENACHWEIS FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN NACH § 95c SATZ 2 SGB V

BSG, Urt. v. 07.02.2007 – B 6 KA 11/06 R –

RID 07-02-100

Die Fachkunde für das Richtlinienverfahren "analytische Psychotherapie" i.S. des § 95c SGB V i.V.m. § 12 IV PsychThG kann nicht durch Aufzeichnungen nachgewiesen werden, aus denen nur die Behandlungszeit, die pauschale Bezeichnung der Gesundheitsstörung sowie die Zahl der Stunden und die Einschätzung des Psychotherapeuten zu ersehen ist, welches Behandlungsverfahren er zum Einsatz gebracht hat.

C) TEILNAHMEPFLICHT DER FACHÄRZTE AM HAUSÄRZTLICHEN NOTFALLDIENST

BSG, Urt. v. 06.09.2006 – B 6 KA 43/05 R –

RID 07-02-101

Leitsätze: 1. Soweit ein fachärztlicher Notfalldienst von der Kassenärztliche Vereinigung nicht eingerichtet ist, sind die Fachärzte ungeachtet der Trennung der hausärztlichen von der fachärztlichen Versorgung zur Teilnahme am hausärztlichen Notfalldienst verpflichtet.

2. Die Kassenärztliche Vereinigung ist nicht berechtigt, von den unmittelbar patientenbezogenen tätigen Arztgruppen allein die Hautärzte generell von der Teilnahme am Notdienst zu befreien.

3. HONORARBERICHTIGUNG

A) VERWEILGEBÜHR IM RETTUNGSDIENST (NR. 40 EBM)

BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 35/05 R –

RID 07-02-102

Leitsatz: Die Verweilgebühr nach Nr 40 EBM-Ä (= Nr 01440 EBM-Ä 2005) setzt voraus, dass das Verweilen auf die konkrete Betreuung eines Patienten und seiner Erkrankung bezogen ist. Dieses Erfordernis ist bei der Rückfahrt des Arztes nach einer Rettungsbegleitfahrt nicht erfüllt.

B) ZUSCHLAG NACH NR 689 EBM FÜR DIE DURCHFÜHRUNG ALS FARBCODIERTE DUPLEX-SONOGRAPHIE

BSG, Urt. v. 07.02.2007 – B 6 KA 32/05 R –

RID 07-02-103

Leitsatz:

Bei den duplex-sonographischen Untersuchungen nach den Nrn 668, 686 und 687 EBM-Ä (aF) ist der Zuschlag nach Nr 689 EBM-Ä für die Durchführung als farbcodierte Duplex-Sonographie mehrfach - bezogen auf die einzelne Grundleistung - abrechenbar, wenn die Leistungen in einer Sitzung erbracht werden.

Parallelverfahren: BSG, Urt. v. 07.02.2007 – B 6 KA 33/05 R –

RID 07-02-104

4. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFVERFAHREN/REGRESS

A) WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFBESCHEID HEMMT VIER-JAHRES-FRIST FÜR HONORARBERICHTIGUNG

BSG, Urt. v. 06.09.2006 – B 6 KA 40/05 R –

RID 07-02-105

Die vierjährige Ausschlussfrist für den Erlass von Bescheiden zur Berichtigung von Honorarbescheiden wird durch das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung gehemmt. Soweit Wirtschaftlichkeitsprüfung und Honorarberichtigung identische Leistungen oder Leistungsbereiche des Arztes betreffen, beseitigt ein im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ergangener Bescheid das durch den ursprünglichen Honorarbescheid begründete Vertrauen des Arztes, das ihm bewilligte Honorar auf Dauer behalten zu dürfen.

B) RICHTIGSTELLUNGEN VON PROBEEXZISIONEN IM VERLAUF VON CHIRURGISCHEN EINGRIFFEN

BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 39/05 R –

RID 07-02-106

Probeexzisionen, die im Verlauf von chirurgischen Eingriffen im Operationsgebiet vorgenommen werden, sind nicht gesondert zu vergüten.

Der Beschwerdeausschuss ist befugt, im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung entsprechende Richtigstellungen, die grundsätzlich der KZÄV obliegen, in Wahrnehmung seiner Annexkompetenz vorzunehmen. Führt der Beschwerdeausschuss die Richtigstellungen in derselben Weise wie zuvor die KZV hinsichtlich anderer Zeiträume durch, so steht schützenswertes Vertrauen des Vertragszahnarztes nicht entgegen.

C) SCHADENSREGRESS WEGEN FEHLERHAFTEM ZAHNERSATZ

BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 21/06 R –

RID 07-02-107

Leitsätze: 1. Die Besetzung mit ehrenamtlichen Richtern richtet sich in vertrags(zahn)ärztlichen Streitigkeiten grundsätzlich danach, wie die Verwaltungsstelle zusammengesetzt ist, die über die Angelegenheit zu befinden hat.

2. Auf Antrag der Krankenkasse ist ein Schadensregress gegen den Zahnarzt festzusetzen, wenn die von ihm vorgenommene prothetische Versorgung nicht dem Standard genügt und eine Nachbesserung bzw. Neuanfertigung nicht möglich oder nicht zumutbar war.

5. ZULASSUNGSRECHT

A) KEINE KLÄRUNGSBEDÜRFTIGKEIT DES UMFANGS EINER NEBENTÄTIGKEIT

BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 23/06 B –

RID 07-02-108

Leitsätze: 1. Beabsichtigt das Berufungsgericht eine Entscheidung im Beschlussverfahren gemäß § 153 Abs. 4 SGG und hat es den Verfahrensbeteiligten keine Frist für eventuelle Stellungnahmen gesetzt, so haben diese dafür eine Frist von maximal einem Monat.

2. Eine verfrühte Beschlussfassung ist unschädlich, wenn den Beteiligten bis zur Absendung des Beschlusses durch das Gericht ein Monat Zeit für eine Stellungnahme verbleibt.

3. Die Frage des zulässigen Umfangs einer Nebentätigkeit in abhängiger Beschäftigung ist nicht erneut klärungsbedürftig.

Vorgehend: LSG für das Saarland, Beschl. v. 02.03.2006 - L 3 KA 20/03 -.

Die Verfassungsbeschwerde gegen den Beschluss wurde nicht zur Entscheidung angenommen (*BVerfG*, 1. Sen. 3. Ka. v. 01.03.2007 - 1 BvR 165/07 -).

B) ERMÄCHTIGUNGEN

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

BSG, Urt. v. 07.02.2007 – B 6 KA 3/06 R –

RID 07-02-109

Ein Leistungsangebot, das in der angebotenen Form nicht zur Leistungspflicht der Krankenkasse gehört, begründet keinen Bedarf, zu dessen Deckung ein Arzt oder Psychotherapeut zu ermächtigen wäre, der über besondere Kenntnisse in dem jeweiligen Bereich verfügt. Ein besonderes Leistungsangebot, das auf die Behandlung von Sexualstraftätern ausgerichtet und durch die enge Verzahnung von Behandlung sowie justizförmiger Kontrolle der Betroffenen geprägt ist, fällt nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherung.

BB) ERMÄCHTIGUNG UND PLANUNGSBEREICH

BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 14/05 R –

RID 07-02-110

Leitsatz: Für den bei Ermächtigungen erforderlichen Versorgungsbedarf ist grundsätzlich das Versorgungsangebot im Planungsbereich maßgebend. Nur in Ausnahmefällen können Versorgungsangebote in anderen Planungsbereichen berücksichtigt werden.

6. HEILMITTELRL: KOMPETENZ DES BUNDESAUSSCHUSSES

BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 7/06 R –

RID 07-02-111

Leitsatz: Der Gemeinsame Bundesausschuss darf in Richtlinien Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnung von Heilmitteln und insbesondere zu Gesamtverordnungsmengen und Anwendungsfrequenzen geben, ohne dadurch Rechte der Partner der Empfehlungsvereinbarungen nach § 125 SGB V zu verletzen (Anschluss an Senatsurteil vom 31.5.2006 - B 6 KA 69/04 R -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

7. GESAMTVERGÜTUNG 1992 OST NACH RAHMENGESAMTVERTRAG

BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 4/06 R –

RID 07-02-112

Leitsatz: Zur Auslegung der Anpassungsregelung im "Rahmen-Gesamtvertrag für die kassenärztliche Versorgung von Anspruchsberechtigten der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen in den Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen" vom 14.12.1990 (Fortführung von BSG vom 5.2.2003 - B 6 KA 6/02 R = SozR 4-2500 § 83 Nr 1).

8. VERGÜTUNG ZAHNTECHNISCHER LEISTUNGEN: BEITRAGSSATZSTABILITÄT UND MENGENENTWICKLUNG

BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 44/05 R –

RID 07-02-113

Leitsatz: Beim Abschluss von Vereinbarungen über die Vergütung zahntechnischer Leistungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Dabei ist auch die Entwicklung der Menge der zahntechnischen Leistungen zu berücksichtigen.

9. STREITWERT BEI RECHTSSTREIT ÜBER GENEHMIGUNG EINER VORBEREITUNGSASSISTENTIN

BSG, Beschl. v. 27.11.2006 – B 6 KA 38/06 B – MedR 2007, 202

RID 07-02-114

1. Betrifft ein Verfahren die Genehmigung einer Assistententätigkeit im vertrags(zahn)ärztlichen Bereich, so ist zur Festsetzung des Streitwertes grundsätzlich von einer Tätigkeit von drei Jahren auszugehen (Abweichung von BSG v. 07.01.1998 - 6 RKa 84/95 - MedR 1998, 186).

2. Etwas anderes gilt nur, wenn die Genehmigung für einen kürzeren Tätigkeitszeitraum beantragt war.

B. Krankenversicherungsrecht

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 24.05.2007 - **B 1 KR 10/06 R** – ist § 27a III SGB V (künstliche Befruchtung), wonach für Männer nach Vollendung des 50. Lebensjahres kein Anspruch besteht, verfassungsgemäß; zur BSG-Rechtspr. vgl. weiter zuletzt RID 06-04-A B I (S. 47); RID 05-04-B I (S. 35).

1. AUSGESCHLOSSENE NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

A) TIEFENHYPERTHERMIE

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 22.02.2007 – L 5 B 8/07 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-115**
Tiefenhyperthermie, Cupsyndrom, Hyperthermiebehandlung, Schmerztherapie, Palliativmedizin, Behandlungsmethode, Gemeinsamer Bundesausschuss
SGB V § 27 I; SGG § 86b II

Jedenfalls aufgrund einer **Folgenabwägung** ist vom Bestehen eines Anspruchs einer 1956 geb. und an einem sog. Cupsyndrom (Cancer of unknown primary) erkrankten Versicherten, die sich wegen Metastasenbildung mehrfachen operativen Interventionen unterziehen (Operation nach Wertheim, Blasenresektion, Darmteilresektion mit Anlage eines Anus praeter) musste und verschiedene Chemotherapien durchlaufen hat, auf Gewährung der Hyperthermiebehandlung im Zusammenhang mit Chemotherapie auszugehen. Sie kann nicht auf eine Schmerztherapie (palliatives Stadium) verwiesen werden.

Auch **palliative Behandlungsmaßnahmen** unterfallen wie alle Behandlungsmaßnahmen den vom BVerfG v. 29.07.2003 - 2 BvR 311/03 - aufgestellten Grundsätzen.

Eine Anwendung der Grundsätze der Entscheidung des **BVerfG** scheidet auch dann nicht aus, wenn die betreffende **Behandlungsmethode** durch den **Gemeinsamen Bundesausschuss bereits negativ bewertet** worden ist. BSG, Urt. v. 07.11.2006 - B 1 KR 24/06 R – ist nicht zu folgen.

SG Köln, Beschl. v. 24.01.2007 - S 19 KR 241/06 ER – verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, einstweilen die Kosten der Elektrotiefenhyperthermie ab 25.01.2007 bis 25.07.2007 zu übernehmen, die im Zusammenhang mit Chemotherapie (Avastin) erbracht werde. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt **SG Duisburg**, Urt. v. 18.10.2006 – S 11 KR 134/06 ER – RID 06-04-111 m.w.N.

B) LDL-APHERESE ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 31.01.2007 – L 9 KR 407/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-116**
LDL-Apherese, Systemversagen, Lipoprotein (a)-Erhöhung
SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I, 92I 2 Nr. 5, 135 I

Auf eine **ambulante LDL-Apherese** besteht kein Anspruch bei einer Erkrankung, die vom Beschl. des **Bundesausschusses** vom 24.03.2003 nicht erfasst wird. Ein Systemversagen für die Krankheit Lipoprotein (a)-Erhöhung liegt nicht vor. BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 ist nicht anwendbar, da es sich nicht um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung handelt.

Der 1951 geb. Kläger leidet u.a. an einer Hyperlipoproteinämie Typ III bei Homozygotie für Apo E 2/2, in deren Folge sich eine schwere periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) entwickelt hat. Wegen dieser Erkrankungen wurde er u.a. in der Lipidambulanz des Universitätsklinikums Charité mit einer LDL-Apherese als extrakorporalem Hämotherapieverfahren bis Mai 1999 ambulant zu Lasten der Krankenkasse behandelt. Diese lehnte eine Weiterbehandlung ab. **SG Berlin**, Urt. v. 06.04.2001 - S 72 KR 1030/00 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 31.01.2007 – L 9 KR 1168/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-117**
Eine Kostenerstattung für **teilstationäre Leistungen** im Krankenhaus ohne vorherige **Verordnung** eines niedergelassenen Vertragsarztes ist ausgeschlossen.

Eine **teilstationäre Behandlung** unterscheidet sich im Wesentlichen von einer vollstationären Behandlung durch eine regelmäßige, aber nicht zeitlich durchgehende Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus (§ 2 IV 2 KrankenhausbehandlungsRL). Von der ambulanten ist die teilstationäre Behandlung durch das Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer abgegrenzt, die sich nicht auf eine Behandlung im Rahmen eines Tagesaufenthaltes beschränkt (BSG, Urt. v. 04.03.2004, SozR 4-2500 §

39 Nr. 1). **Krankenhausbehandlungen** sind **teilstationär**, wenn sie sich auf Grund des zu behandelnden Krankheitsbildes regelmäßig über einen längeren Zeitraum erstrecken, die medizinisch-organisatorische Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch nehmen, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus erforderlich ist.

Auf eine **ambulante LDL-Apherese** besteht kein Anspruch bei einer Erkrankung, die vom Beschl. des Bundesausschusses vom 24.03.2003 nicht erfasst wird. Ein Systemversagen für die Krankheit Lipoprotein (a)-Erhöhung liegt nicht vor. BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 ist nicht anwendbar, da es sich nicht um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung handelt.

SG Berlin, Urt. v. 16.05.2006 - S 72 KR 1032/00 – gab der Klage teilweise statt, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, die dem Kl. durch teilstationäre Apheresebehandlungen entstandenen Kosten zu erstatten und ihn in der Zeit vom 01.02. bis zum 31.03.2007 mit teilstationären Lipidapheresen 14-täglich zu versorgen, und wies im Übrigen die Berufung zurück und die Klage ab.

2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

A) BVERFG: BESCHRÄNKUNG AUF EHEPAARE

BVerfG, Urt. v. 28.02.2007 – 1 BvL 5/03 – www.bundesverfassungsgericht.de

RID 07-02-118

Ehepaar, künstliche Befruchtung, nichteheliche Lebensgemeinschaft
SGB V §§ 27 I 2, 27a I Nr. 3; GG Art. 1, 2, 3 I, 6

Es ist mit dem Grundgesetz vereinbar, dass der Gesetzgeber die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für eine **künstliche Befruchtung** auf Personen beschränkt, die miteinander **verheiratet** sind.

Der Gesetzgeber hat medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht als Behandlung einer **Krankheit** angesehen. Dies ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Es liegt im Rahmen der grundsätzlichen Freiheit des Gesetzgebers, die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung näher zu bestimmen, auch in einem Grenzbereich zwischen Krankheit und solchen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen eines Menschen, deren Beseitigung oder Besserung durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht von vornherein veranlasst ist.

Es wäre dem Gesetzgeber allerdings **verfassungsrechtlich nicht verwehrt**, auch **nichtehelichen Partnern** den Weg einer Finanzierung der künstlichen Befruchtung durch die gesetzliche Krankenversicherung zu öffnen.

B) EIGENANTEIL VON 50 % VERFASSUNGSGEMÄß

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.02.2007 – L 5 KR 973/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-119

Revision eingelegt: B 1 KR 6/07 R

In-Vitro-Fertilisation, IVF, künstliche Befruchtung, Sterilität, Eigenanteil
SGB V § 27a; GG Art. 3 I, 6 I

Die Vorschrift des § 27 a III 3 SGB V, soweit sie eine lediglich 50 %ige Kostenübernahme der Krankenkasse vorsieht, ist nicht verfassungswidrig.

Die 1970 geb. Kl. und der 1964 geb. Kläger sind verheiratet und bei der Bekl. gesetzlich krankenversichert. Im März 2005 legten sie einen Behandlungs- und Kostenplan vom 17.03.2005 für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung wegen idiopathischer Sterilität. Die Gesamtkosten für ärztliche Behandlung, Anästhesie und Medikamente wurden pro Zyklusfall auf 3.009,18 EUR für die Frau und auf 45,71 EUR für den Mann veranschlagt. Die Bekl. genehmigte den Behandlungs- und Kostenplan für drei Zyklen und wies die Kl. in ihren Bescheiden vom 22.03.2005 darauf hin, dass nach § 27a SGB V fünfzig Prozent der entstehenden Kosten als Eigenanteil des Patienten verbleiben. Die Kl. verlangten erfolglos die volle Erstattung der Kosten für die Kinderwunschbehandlung, weil die Kostenbegrenzung nach § 27a III SGB V verfassungswidrig sei. **SG Ulm**, Urt. v. 23.01.2006 - S 9 KR 2820/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. KRANKHEITSBEGRIFF

A) NARBENKORREKTUR MITTELS LASER-BEHANDLUNG

SG Aachen, Urt. v. 05.12.2006 – S 13 KR 71/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-120

Laser-Behandlung, Narbenkorrektur, Krankheit
SGB V §§ 12 I, 27 I 1

Eine **Narbenentfernung**, durch die eine psychische Störung günstig beeinflusst werden könnte, stellt keine Leistung dar, die in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fällt. Sie ist nämlich nicht wegen einer Krankheit im Sinne des § 27 I 1 SGB V notwendig.

Das *SG* wies die Klage ab.

B) OPERATION ZUR KORREKTUR DER AUGENLIDER (BLEPHAROPLASTIK)

SG Aachen, Gerichtsbes. v. 22.01.2007 – S 13 KR 75/06 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-121

Augenlid, Blepharoplastik, kosmetische Operation
SGB V § 27

Eine Korrektur der Augenlider (Blepharoplastik) ist in der Regel eine kosmetische Operation, die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fällt. Hängende Augenlider (Schlupflider) sind eine natürliche Folge des Alterns der Haut. Nur wenn - ausnahmsweise - die hängenden Oberlider zu einer Beeinträchtigung beim Sehen führen, kann eine "Erkrankung" vorliegen, die eine Leistungspflicht der Krankenkasse auslöst.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. MAßNAHMEN ZUR GEWICHTSREDUZIERUNG (OPTIFAST-PROGRAMM)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.02.2007 – L 24 KR 247/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-122

Optifast-Programm, Krankheit, Adipositas, Gewichtsreduzierung
SGB V § 27 I

Die Adipositas ist keine Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne, sondern sie stellt lediglich einen Risikofaktor dar. Dies gilt auch für eine Adipositas mit einem Körpergewicht von 122,4 kg und einer Körpergröße von 176 cm mit einem BMI von 39,5 kg/m² (Schweregrad II). Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung lösen mithin keinen Anspruch auf Krankenbehandlung aus, denn sie sind nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichtet.

Das von der Kl. im Wege der Kostenerstattung begehrte **Optifast-Programm** versteht sich als ganzheitliches interdisziplinäres Adipositas-Therapieprogramm. Als Zielkriterien sind danach eine drastische Gewichtsabnahme, eine dauerhafte Gewichtsstabilisierung sowie eine Erhaltung bzw. Verbesserung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit definiert. Dies soll durch Änderung des Ernährungsverhaltens und Bewegungsverhaltens erreicht werden. Durchgeführt wird das Programm ambulant unter ärztlicher Leitung durch ein interdisziplinäres Team, bestehend aus ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen, KrankenpflegerInnen, ArzthelferInnen, BewegungstherapeutInnen und ErnährungsberaterInnen. Das Optifast-52-Programm besteht aus 1. der Vorbereitungsphase mit ärztlicher und psychologischer Einganguntersuchung, 2. der Fastenphase als ein 12wöchiges modifiziertes Fasten mit der Formuladiät Optifast 800 unter wöchentlicher medizinischer Betreuung mit Gruppensitzungen und der Bewegungstherapie, 3. der Umstellphase als sechswöchige Umstellung von der Ernährung mit der Formuladiät Optifast 800 auf normale Kost mit verminderten Vorstellungen beim Arzt sowie wöchentlichen Gruppensitzungen und Bewegungstherapie sowie 4. der Stabilisierungs- und Intensivierungsphase über 33 Wochen zur Stabilisierung des erreichten Gewichts mit fortgesetzten wöchentlichen Besuchen von Gruppensitzungen und verminderter medizinischer Betreuung sowie der Bewegungstherapie. *SG Berlin*, Urt. v. 11.04.2006 - S 81 KR 2008/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. ZAHNÄRZTLICHE IMPLANTATBEHANDLUNG

LSG Bayern, Urt. v. 17.11.2006 – L 5 KR 224/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-123

Implantat, Implantatbehandlung, Ausnahmeindikation
SGB V § 28 II 8

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach durch gesetzliche Neuregelung ab 01.07.1997 die Implantatbehandlung nur dann von der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen sei, falls die Voraussetzungen eines Ausnahmefalles vorlägen, welche der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in einer Richtlinie festzulegen hätte, und wonach eine Teilerstattung nicht in Betracht

komme, weil die durchgeführte zahnärztliche Versorgung als Einheit anzusehen sei und die Implantatversorgung als Ganzes nicht zum gesetzlichen Leistungsumfang zähle, ist zutreffend.

SG Würzburg, Urt. v. 17.06.2005 - S 15 KR 48/99 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. Kostenerstattungsanspruch

Nach BSG, Urt. v. 27.03.2007 - *B 1 KR 25/06 R* – bestehen keine weitergehenden **Pflichten der Krankenkasse**, auf die Möglichkeit der Behandlung innerhalb des Systems der GKV **hinzuweisen**, wenn ein Versicherter auf eine bestimmte ambulante Behandlung (hier: interstitielle Brachytherapie zur Behandlung eines Prostatakarzinoms) festgelegt ist, vgl. a. schon *BSG*, Urt. v. 13.04.2006 - B 1 KR 12/05 R -; zur BSG-Rspr. vgl. ferner zuletzt RID 06-04-B II (S. 52).

1. KEINE KASSENLEISTUNG: WIRBELSÄULENKATHETERTECHNIK NACH PROF. RACZ

LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2006 – *L 4 KR 17/04* –(rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-124**

Kostenerstattung, Wirbelsäulenkathetertechnik, Prof. Racz, Belegarzt
SGB V § 13

Die medizinische Notwendigkeit einer durchgeführten Operation ergibt sich aus der **Kostenzusage der Krankenkasse** für eine stationäre Behandlung. Dies gilt auch für **belegärztliche Leistungen**.

Die minimalinvasive epidurale **Wirbelsäulenkathetertechnik** nach Prof. Racz kann bereits jetzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der **EBM-Nr. 443** durchgeführt und abgerechnet werden. Es besteht daher keine Veranlassung, die Behandlung zunächst nach der GOÄ privat in Rechnung zu stellen, damit eine Klage des Patienten auf Kostenerstattung zu veranlassen und unnötig Kosten für gerichtliche Auseinandersetzungen zu verursachen.

SG Augsburg, Urt. v. 26.11.2003 - S 12 KR 6/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. KAUSALITÄT/UNAUFSCHIEBBARKEIT/FORDERUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2007 – *L 11 KR 58/06* – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-125**

Kostenerstattung, Behandlung, Unaufschiebbarkeit, Rechnung
SGB V § 13 III; GOÄ § 12 II

Wendet sich ein Versicherter erst **nach der durchgeführten Behandlung** wegen der Kostenerstattung an die Krankenkasse, so hat er keinen Kostenerstattungsanspruch (vgl. BSG SozR 4-2500 § 135 Nr. 1 m.w.N. der ständigen Rechtsprechung).

Eine **unaufschiebbar** Behandlung liegt nicht vor, wenn die Diagnose eines Prostatakarzinoms am 19.09.2005 mitgeteilt wird, der Versicherte anschließend seinen Hausarzt aufsucht und dann am 05.10.2005 die Behandlung durchführen lässt. Die Zeitspanne zwischen Diagnosestellung und Behandlung ist in diesem Fall nicht so kurz bemessen, als das es in diesem Zeitraum nicht möglich oder zumutbar gewesen wäre, vor der Beschaffung der Leistung die Krankenkasse einzuschalten.

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht dann nicht, wenn ein Versicherter keiner durchsetzbaren Forderung ausgesetzt ist. Dies ist der Fall, wenn die von ihm vorgelegte **Rechnung nicht § 12 II GOÄ** entspricht.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 06.07.2006 - S 17 KR 33/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. a. *BSG*, Urt. v. 14.12.2006 - B 1 KR 8/06 R – (vorheriger Leistungsantrag auch bei Selbstbeschaffung eines seit 01.01.2004 gesetzlich im Regelfall von der Leistungspflicht ausgeschlossenen homöopathischen Mittels nötig).

3. KLAGEBEFUGNIS: KEINE KOSTEN FÜR BEHANDLUNG MIT WACHSTUMSHORMONEN (SOMATROPIN)

LSG Schleswig Holstein, Urt. v. 28.02.2007 – *L 5 KR 97/05* – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-126**

Klagebefugnis, Wachstumshormon, Somatropin
SGB V §§ 13 III, 31; SGG § 54

Wird das strittige Arzneimittel einer Versicherten ärztlicherseits zur Verfügung gestellt, entstehen daher keine Kosten für die Wachstumshormontherapie, so fehlt es an der erforderlichen Klagebefugnis.

SG Lübeck, Urt. v. 25.07.2005 - S 5 KR 269/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück; *Nichtzulassungsbeschwerde* anhängig unter B 1 KR 52/07 B.

4. LEIHWEISE ÜBERLASSENE KNIEBEWEGUNGSSCHIENE

SG Aurich, Urt. v. 28.02.2007 – S 1 KR 82/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-127

Hilfsmittellieferant, Kostenerstattungsverfahren, Kniebewegungsschiene
SGB V §§ 2 II 1, 13 III

Das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 III 1 SGB V bietet keine Handhabe dafür, die Leistungspflicht der Krankenkassen losgelöst von der **tatsächlichen Kostenbelastung** eines Versicherten abstrakt klären zu lassen. Daher lösen auch Zahlungen eines Versicherten, die an einen Arzt oder anderen Leistungserbringer ohne Rechtsgrund erbracht werden, keinen (Erstattungs-)Anspruch aus, da sonst die krankenversicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung durch einen Kostenerstattungsanspruch ohne weiteres durchbrochen werden kann (s. BSG, Urt. v. 24.09.1996 – 1 RK 33/95 -).

Eine solch eigene **finanzielle Betroffenheit des Versicherten** fehlt, wenn der Hilfsmittellieferant durch die Versorgung des Versicherten mit einer Kniebewegungsschiene eine Sachleistung nach dem SGB V erbringt, die den Versicherten zu keiner Gegenleistung verpflichtet.

Ein Streit über die Leistungspflicht der Krankenkassen ist im Rahmen des sog Leistungserbringungsrechts (§§ 69 ff SGB V) zwischen **Leistungserbringer und Krankenkasse** auszutragen

Das *SG* wies die Klage ab.

5. KOSTENERSTATTUNG AUFGRUND SOZIALRECHTLICHEN HERSTELLUNGSANSPRUCHS

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 21.02.2007– L 4 KR 78/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-128

Kostenerstattung, sozialrechtlicher Herstellungsanspruch
SGB V §§ 13 III, 27

Eine Versicherte hat einen Anspruch auf Erstattung der von ihr aufgewendeten Kosten für eine Bestrahlungsbehandlung nach den Grundsätzen über den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch, wenn eine Beratungspflicht verletzt wird; auf **Nichtzulassungsbeschwerde** im Verfahren B 1 KR 30/07 B hat das BSG am 24.05.2007 die **Revision zugelassen**.

SG Braunschweig, Urt. v. 01.03.2005 - S 6 KR 93/02 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. 2.044,63 EUR zu zahlen;

Nach *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 22.02.2006– L 11 KR 11/05 – RID 06-03-113 ergibt sich eine Kostenerstattung für die Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus nicht aus einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch, weil der Gesetzgeber in § 13 III 1 SGB V abschließend die Folgen einer Pflichtverletzung der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben geregelt hat; daneben besteht wegen eines behaupteten Beratungsfehlers ein Herstellungsanspruch nicht; s. ferner *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 20.01.2005 – L 5 KR 227/03 – RID 05-02-76).

III. Stationäre Krankenhausbehandlung: Krankheitsbegriff

Zur BSG-Rspr. vgl. zuletzt RID 06-04-B III 1 (S. 55).

Zur Instanzenrspr. vgl. zuletzt RID 07-01-B III 1 (S. 50 f.); 06-04-B III 1 (S. 55).

1. OPERATIVE MAGENVERKLEINERUNG UND EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 19.04.2007 – L 16 B 14/07 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-129

Operative Magenverkleinerung
SGB V §§ 2, 12, 27; SGG § 86b II

Der erforderliche hohe Grad an Wahrscheinlichkeit für ein Obsiegen im Hauptsacheverfahren ist nicht zu erkennen, wenn sich der Ausgang des Hauptsacheverfahrens bei der in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes gebotenen summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage, insbesondere nach §§ 2, 12, 27 SGB V, als offen darstellt. Dies ist der Fall, wenn nicht erkennbar ist, aus welchen Gründen ein Versicherter nicht zunächst auf eine längerfristige konservative Behandlung verweisbar sein sollte.

SG Dortmund, Beschl. v. 28.02.2007 - S 8 KR 326/06 ER - wies den Antrag auf einstweiliger Rechtsschutz ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

2. MAMMAREDUKTION

Zum Komplex vgl. bereits BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 9/04 R - USK 2004-111.

Mammareduktion, Mamma-Reduktionsplastik, Brustverkleinerung
SGB V §§ 13 III, 39 I

SG Düsseldorf, Urt. v. 12.12.2006 – S 4 KR 269/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-130

Ist eine operative Mammareduktionsoperation zur Besserung der bei einer Versicherten bestehenden orthopädischen Beschwerden - Schmerzen im Schulter-, Nacken- und Armbereich und der Wirbelsäule – erforderlich, so besteht hierauf ein Leistungsanspruch, soweit ein unmittelbarer ursächlicher Zusammenhang zwischen der Brustgröße und dem der Beschwerden jedenfalls durch Verschlimmerung besteht.

Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, die Kosten für die am 15.08.2006 durchgeführte operative Mammareduktion in Höhe von 4.418,23 EUR zu erstatten.

SG Leipzig, Urt. v. 15.02.2007 – S 8 KR 369/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-131

Die Größe der Brust allein bedingt noch keine Behandlungsbedürftigkeit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne (so bereits: SG Leipzig, Gerichtsbb. v. 09.05.2005 – S 8 KR 49/03 – RID 05-02-100; SG Leipzig, Urt. v. 04.05.2006 – S 8 KR 227/03 – RID 06-04-130). Etwas anderes gilt in wenigen extremen Ausnahmefällen, so wenn bspw. der körperliche Zustand entstellend bis verunstaltend wäre (vgl. dazu ausführlich: SG Leipzig, Breithaupt 2002, 865 ff.) oder in Fällen, in denen nach intensiver physikalischer Therapie Beschwerden im Hals- und Brustwirbelsäulenbereich nicht mehr behoben werden konnten (LSG Sachsen, Urt. v. 24.09.2003 - L 1 KR 84/01 -). Hat die Größe der Brust zu einer Einschränkung körperlicher Funktionen geführt, so besteht ein Leistungsanspruch auf Brustverkleinerung.

Das **SG** gab der Klage statt.

3. HAUTSTRAFFUNGSOPERATION, NACH EXTREMER GEWICHTSABNAHME

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 16.11.2006 – L 4 KR 60/04 – juris

RID 07-02-132

Krankheit, Kostenübernahme, Hautstraffungsoperation, Gewichtsabnahme
SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 5, 39 I

Die Krankenkassen haben die Kosten einer Hautstraffungsoperation nach extremer Gewichtsabnahme grundsätzlich nicht zu übernehmen. Einer Hauterschaffung kommt ein Krankheitswert allenfalls dann zu, wenn dauerhaft therapieresistente Hautreizungserscheinungen wie Pilzbefall, Sekretionen oder entzündliche Veränderungen vorliegen.

SG Dessau, Urt. v. 21.06.2004 - S 4 KR 76/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. Ausland: IVF-Behandlung mit Implantationsdiagnostik in Belgien

Nach BSG, Urt. v. 24.05.2007 - **B 1 KR 18/06 R** – ist nach dem deutsch-tunesischen Sozialversicherungsabkommen für einen Krankenbehandlung in **Tunesien** das tunesische Recht maßgebend; das schließt sachleistungsersetzende Kostenerstattungsansprüche mit ein, soweit das tunesische Recht solche vorsehen sollte; fehlt es hieran, so kommt ein sachleistungsersetzender Kostenerstattungsanspruch nach deutschem Recht nur dann in Betracht, wenn ein Versicherter nicht die abkommenskonforme Krankenbehandlung erhält und diese Störung seiner deutschen Krankenkasse als "Systemversagen" zuzurechnen ist. Die deutsche Krankenkasse muss dagegen nicht für eine generelle Anhebung des Leistungsniveaus auf den deutschen Standard eintreten. § 13 Abs 3 SGB V gewährt einen Anspruch auf Erstattung der Kosten im Übrigen "in der entstandenen Höhe". Die ergänzend zum Abkommen bestehende Verbindungsstellen-Vereinbarung kann als "Verwaltungs-Binnenrecht" Ansprüche der Versicherten daher nicht einschränken.

Wunder, Zur Vereinbarkeit von Wartelisten mit den Grundfreiheiten. Anmerkungen zur EuGH-Entscheidung Watts, MedR 2007, S. 21-28 plädiert für mehr Zurückhaltung bei der Anwendung der Grundfreiheiten in Feldern der Primärzuständigkeiten der Mitgliedstaaten, wozu der Bereich der sozialen Sicherung zähle.

S.a. **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 14.09.2004 - L 11 KR 2090/04 - RID 05-01-136.

In-Vitro-Fertilisations-Behandlung, IVF-Behandlung, Präimplantationsdiagnostik, PID, Belgien
SGB V §§ 13, 16, 18, 27a I, 92 I 2 Nr. 10, 135 I 1; EschG §§ 1, 6

LSG Hessen, Beschl. v. 30.01.2007 – L 8/14 KR 314/04 – (rkr.) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-133

Die Vorschrift des § 27a SGB V und die dazu ergangene Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen räumt den Versicherten jedoch keinen Anspruch auf Maßnahmen der Befruchtungsmedizin ein, die über die notwendigen Maßnahmen zur Herbeiführung einer

Schwangerschaft hinausgehen. Das ESchG stellt die Präimplantationsdiagnostik sowohl an totipotenten (lebensfähigen) als auch an nicht mehr totipotenten Zellen – unabhängig von der Motivation für diese Maßnahme – ausnahmslos unter Strafe.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 21.06.2004 – S 25 KR 4219 - RID 04-04-104 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

SG Berlin, Urt. v. 23.03.2007 – S 86 KR 660/04 – juris

RID 07-02-134

Die Kosten für eine Maßnahme zur Herbeiführung einer Schwangerschaft i.V.m. einer Präimplantationsdiagnostik (PID) in einem EU-Mitgliedstaat sind nicht zu übernehmen bzw. zu erstatten, da es sich um keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland handelt.

Das *SG* wies die Klage ab.

V. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 27.03.2007 - *B I KR 30/06 R* – besteht kein Anspruch darauf, **cannabinoidhaltige Arzneimittel** zur Schmerztherapie als Sachleistung oder im Wege der Kostenübernahme zu erhalten; weder in Deutschland noch EU-weit gibt es für diese als **Fertigarzneimittel** eine arzneimittelrechtliche Zulassung; Arzneimittelzulassungen in einzelnen ausländischen Staaten, z.B. den USA, entfalten nicht zugleich auch entsprechende Rechtswirkungen für Deutschland; für cannabinoidhaltige **Rezepturarzneimittel** für die neuartige Schmerztherapie fehlt es an der nach § 135 I 1 SGB V erforderlichen Empfehlung des GBA, ein Ausnahmefall liegt nicht vor; nach *BSG*, Urt. v. 14.12.2006 – *B I KR 12/06 R* – hat eine an Kardiomyopathie bei Friedreich'scher Ataxie leidende Versicherte keinen Sachleistungsanspruch auf das **Fertigarzneimittel Mnesis**, weil ihm die dafür erforderliche innerstaatlich wirksame - deutsche oder europäische - **Arzneimittelzulassung fehlt**. BVerfG v. 06.12.2005 (1 BvR 347/98 - SozR 4-2500 § 27 Nr 5) muss auf enge Ausnahmefälle notstandsähnlicher Situationen begrenzt bleiben; zur Rechtsprechung des *BSG* s. ferner zuletzt RID 05-04-B IV (S. 41).

1. OFF-LABEL-USE

Nach BSG, Urt. v. 27.03.2007 - *B I KR 17/06 R* – besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für das zur Behandlung einer Multiplen Sklerose beschaffte **Immunglobulin-Fertigarzneimittel "Polyglobin 10%"**; die Grundsätze nach BVerfG vom 06.12.2005 (BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5) und des Senats (z.B. Urt. v. 04.04.2006 - SozR 4-2500 § 31 Nr 4 - Tomudex) führen zu keinem anderen Ergebnis, da eine notstandsähnliche Situation, ein Zeitdruck bzw. ein zur Lebenserhaltung notwendiger akuter Behandlungsbedarf bei einer **chronisch progredienten Krankheit** trotz der dadurch bedingten gravierenden Beeinträchtigungen nicht generell besteht; zur Rechtsprechung des *BSG* s. ferner zuletzt RID 06-04-B V 1 (S. 57).

A) BEHANDLUNGALTERNATIVE/PALLIATIVER BEHANDLUNGSERFOLG (TRENANTONE ALS ANTIANDROGENTHERAPIE)

LSG Bayern, *Beschl. v. 06.03.2007 – L 4 B 45/07 KR ER* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-135

Prostatakarzinom, Behandlungsalternative, Behandlungserfolg, Trenantone, Antiandrogentherapie

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

Soweit ein Off-Label-Use das Fehlen einer Behandlungsalternative voraussetzt, geht es nicht um anderweitige theoretische Behandlungsmöglichkeiten (Operation/Bestrahlungen/Chemotherapie), sondern es ist vielmehr auf die konkrete Behandlungssituation im gegenwärtigen Zeitpunkt abzustellen.

Besteht weiterhin die begründete Aussicht eines zumindest palliativen Behandlungserfolgs, so besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Trenantone als Antiandrogentherapie zur Therapie eines Prostatakarzinoms.

SG Bayreuth, *Beschl. v. 14.11.2006 - S 8 KR 287/06 ER* – lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* verpflichtete die Krankenkasse, vorläufig die Kosten der Behandlung mit dem Arzneimittel Trenantone nach Maßgabe ärztlicher Verordnungen bis zur Entscheidung in der Hauptsache, spätestens bis 31.12.2007 zu übernehmen.

B) HERCEPTIN (ANTIKÖRPER TRASTUZUMAB)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.03.2007 – L 16 B 10/07 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-136

Harnblasenkarzinom, Herceptin, Antikörper Trastuzumab

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

Leidet ein Versicherter an einer Metastasierung des Harnblasenkarzinoms und damit lebensbedrohlichen Erkrankung (hier: betroffen sind bereits mehrere Organe - Lunge, Leber - und auch die Knochen) und sind die schulmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten vollkommen ausgeschöpft und besteht eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine zumindest

spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf, so besteht ein Anspruch im einstweiligen Anordnungsverfahren auf Versorgung mit Herceptin im Rahmen eines Off-Label-Use (vgl. BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005, SozR- 4-2500 § 27 Nr. 5).

SG Köln, Beschl. v. 11.01.2007 - S 5 KR 294/06 ER – verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. vorläufig bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens nach vertragsärztlicher Verordnung eine Behandlung mit dem Arzneimittel Herceptin als Sachleistung zur Verfügung zu stellen; das **LSG** wies die Beschwerde der Ag. mit der Maßgabe zurück, dass die Anordnung zeitlich befristet wird, längstens bis zum 30.09.2008.

C) "FIBLAFERON" (INTERFERON-BETA) BEI DARMERKRANKUNG (COLITIS ULCEROSA)

SG Duisburg, Besch. v. 20.04.2007 – S 7 KR 1/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-137

Fiblaferon, Interferon-Beta, Darmerkrankung, Colitis ulcerosa, Eilverfahren

SGB V §§ 27 I Nr. 3, 31 I; SGG § 86b II; GG Art. 2 I, 20 I

Ist der Ausgang des Hauptsacheverfahrens einer Versorgung mit dem Medikament "Fiblaferon" (Wirkstoff: Interferon-Beta) bei einer entzündlichen Darmerkrankung (Colitis ulcerosa) in einer schweren Verlaufsform (derzeit in Remission) im Rahmen eines **Off-Label-Use** offen, hat die Entscheidung in einem **Eilverfahren** im Rahmen einer **Interessenabwägung** zu erfolgen, die sich an dem Grundrecht der Versicherten aus **Art. 2 I GG** i.V.m. dem **Sozialstaatsprinzip** zu orientieren hat. Einer Versicherten kann nicht zugemutet werden, unmittelbar auf die inzwischen seit Dezember 2003 auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte **Therapie zu verzichten**, da sie die Kosten aus wirtschaftlichen Gründen nicht für einen längeren Zeitraum selber tragen kann und bei einem unkontrollierten Therapieabbruch die Möglichkeit nicht fernliegt, dass die Erkrankung unumkehrbar wieder auflebt und kein adäquates Gegenmittel zur Verfügung steht. Es ist aber zeitnah abzuklären, ob der alternativen Behandlung mit Infliximab konkrete stichhaltige medizinische Bedenken entgegenstehen, die die Wahrnehmung dieser Möglichkeit ausschließen.

Das **SG** verpflichtete die Krankenkasse im Wege einer einstweiligen Anordnung, die Kosten für die Versorgung der Ast. mit dem Medikament "Fiblaferon" in dem Zeitraum vom 23.04.2007 bis 03.06.2007 in einem Umfang von 3 x 1 Mio E.s.c. pro Woche vorläufig zu übernehmen und wies im Übrigen den Antrag auf Kostenübernahme, soweit in dem Hauptsacheverfahren vor dem SG Duisburg - S 7 KR 13/05 - keine andere Entscheidung getroffen wird, ab.

D) VOR VERÖFFENTLICHUNG DER PHASE-III-STUDIEN (PRAMIPEXOL/SIFROL BEI RESTLESS-LEGS-SYNDROM)

SG Neubrandenburg, Urt. v. 07.06.2006 – S 4 KR 38/03 – juris

RID 07-02-138

Pramipexol, Sifrol, Restless-Legs-Syndrom,

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 31 I; AMG 1976 §§ 21 ff.

Leitsatz: Bis zur Erweiterung der Zulassung im Frühjahr 2006 konnte das Medikament Pramipexol (Handelsname: Sifrol) mangels Veröffentlichung der Phase-III-Studien nicht zur Behandlung des Restless-Legs-Syndrom im Wege des Off-Label-Use zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung begehrt werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

Vgl. a. bereits **BSG**, Urt. v. 26.09.2006 - B 1 KR 27/05 R, 14/06 R u. 15/06 R -.

E) INTRAVENÖS VERABREICHTE IMMUNGLOBULINE BEI MULTIPLER SKLEROSE

LSG Schleswig Holstein, Urt. v. 31.01.2007 – L 5 KR 28/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-139

Copaxone, Venimmun, Interferon, Immunglobulin, Multiple Sklerose

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I 1

Leitsätze: 1. Bei der Multiplen Sklerose handelt es sich um eine die Lebensqualität derart nachhaltig beeinträchtigende Krankheit, dass sie den lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen i.S. der Entscheidungen des BVerfG v. 06.12.2005 (1 BvR 347/98 = BVerfGE 115, 25) gleichzustellen ist.

2. Für die Therapie der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose stellt die Behandlung mit Immunglobulinen eine erfolgversprechende Alternative zur zugelassenen immunmodulatorischen Behandlung dar. Ihre Kosten sind von der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer stillenden Mutter aufgrund der sofortigen Wirksamkeit und der geringeren Nebenwirkungen zu übernehmen.

SG Itzehoe, Urt. v. 01.02.2006 - S 1 KR 217/03 – gab der Klage statt, es hat ein neuropsychiatrisches Fachgutachten eingeholt und die Bekl. verurteilt, der Kl. die für die Beschaffung der Immunglobuline entstandenen Kosten in Höhe von 11.302,00 Euro zu erstatten; das **LSG** wies die Berufung zurück; im Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren hat BSG, Beschl. v. 24.05.2007 die Revision zugelassen.

Vgl. zuletzt **LSG Nordrhein-Westfalen**, B. v. 28.11.2006 – L 16 B 78/06 KR ER – RID 07-01-146; zum Komplex s. auch das vom **BSG** mit Urteil vom 27.3.2007 entschiedene **Revisionsverfahren** B 1 KR 17/06 R (Vorinstanz: LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15. 12. 2005 - L 1 KR 56/03: Polyglobin bei Betaferon-Unverträglichkeit).

F) FERTIGARZNEIMITTEL MIT WIRKSTOFF THALIDOMID

SG Darmstadt, Urt. v. 18.12.2006 – S 13 KR 99/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-140

Berufung eingelegt: LSG Hessen - L 8 KR 46/07 -

Thalidomid, Arzneimittelzulassung, Contergan, Lupus erythematodes, Hautkrankheit,
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27

Eine Versicherte hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einem thalidomidhaltigem Medikament. Mangels Zulassung von Fertigarzneimitteln mit dem Wirkstoff Thalidomid kommt eine zulassungsüberschreitende Anwendung nicht in Betracht (vgl. dazu BSGE 89, 184 ff = SozR 3-2500 § 31 Nr. 8 - Sandoglobulin).

Die 1966 geb. Kl. leidet unter einem kutanen chronisch-diskoiden Lupus erythematodes, eine chronisch-entzündliche Autoimmunerkrankung der Haut. Die Klägerin wurde zunächst mit den Arzneimitteln Resochin® (Wirkstoff: Chloroquin), Quensyl® (Hydroxychloroquin) sowie stark-kortisonhaltiger Salben behandelt; hierunter zeigte sich eine weitere Verschlechterung des Hautbildes. Seit April 2003 erfolgte in der Hautklinik des Klinikums B-Stadt eine Thalidomid-Therapie; bereits im Juni 2003 zeigte sich eine deutliche Besserung der Hautveränderungen. Der Wirkstoff Thalidomid war vom 01.10.1957 bis 27.11.1961 als das rezeptfreie Ein- und Durchschlafmittel Contergan® im Handel. Aufgrund der Folgen der teratogenen Eigenschaften des Wirkstoffes Thalidomid (6000 bis 10.000 Kinder mit Fehlbildungen weltweit) nahm der Hersteller – die Fa. Chemie G. – das Medikament im November 1961 vom Markt; die Zulassung wurde widerrufen. Der Hautklinik des Klinikum B-Stadt wurden Medikamente mit dem Wirkstoff Thalidomid bis Juni 2003 kostenfrei durch die Fa. G. zur Verfügung gestellt. Seit Juli 2003 wird das Medikament durch das amerikanische Pharmaunternehmen P. vertrieben. Für Medikamente mit dem Wirkstoff Thalidomid besteht derzeit weder in Deutschland noch in Europa eine Zulassung. Anträge auf Zulassung von Thalidomid zur Behandlung des multiplen Myeloms (Tumor des Knochenmarks) und zur Behandlung von Erythema nodosum leprosum, einer Komplikation der Lepra, des Pharmaunternehmens P. bei der EMEA, der europäischen Zulassungsbehörde, wurden 2005 zurückgenommen. Die Fa. P. kündigte an, die europäische Zulassung von Thalidomid für die Therapie von Patienten mit multiplen Myelom im Jahr 2007 erneut zu beantragen. In den USA ist Thalidomid seit 1998 zur Behandlung von Erythema nodosum leprosum und in Australien zur Behandlung des multiplen Myeloms zugelassen. Die Übernahme der Kosten für ein Medikament mit dem Wirkstoff Thalidomid lehnte die Bekl. ab. Das **SG** wies die Klage ab.

G) CONCERTA 18 (METHYLPHENIDAT) BEI ADHS IM ERWACHSENENALTER

LSG Schleswig Holstein, Urt. v. 31.01.2007 – L 5 KR 45/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-141

Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, Ritalin, Concerta 18, Methylphenidat, Erwachsener
SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31

Das Medikament Concerta 18 mg bzw. der darin enthaltene Wirkstoff Methylphenidat ist zwar nach dem AMG zugelassen, jedoch nur für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose ADHS, nicht aber für Erwachsene. Die Voraussetzungen für einen Off-Label-Use liegen bei der Anwendung von Concerta 18 mg für Erwachsene nicht vor.

SG Lübeck, Urt. v. 20.03.2006 - S 5 KR 1059/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Bayern**, Urt. v. 13.06.2006 – L 5 KR 93/06 – RID 06-04-138; **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 21.07.2005 – L 5 KR 56/05 – RID 06-03-123 m.w.N.

2. NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGES MEDIKAMENT: OMEGA-3-FETTSÄUREN ("EICOSAN 750")

LSG Bayern, Urt. v. 17.11.2006 – L 5 KR 193/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-142

Arzneimittel, Verschreibungspflicht
SGB V §§ 31 I 1, 34

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach die Ausnahmerichtlinie des GBA vom 16.03.2004 das Medikament Eicosan 750 nicht enthalte und der Ausschluss dieses Medikaments von der Versorgung nicht gegen höherrangiges, insbesondere Verfassungsrecht verstoße, weil die Leistungseinschränkung sachlich gerechtfertigt und weder gleichheitswidrig noch unverhältnismäßig sei, ist zutreffend.

SG München, Urt. v. 19.04.2005 - S 28 KR 1841/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. MEDIZINPRODUKT NUR AUF KASSENREZEPT (PRÄPARAT CYSTISTAT)

SG Köln, Urt. v. 09.03.2007 – S 26 (19) KR 383/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-143

Arzneimittel, Medizinprodukt, Cystistat

SGB V §§ 15 I, 27 I Nr. 3, 31 I, 73 II 1 Nr. 7, 106; MedizinprodukteG § 3 Nr. 1 u. 2; AMG § 2 I

Der Anspruch auf die Sachleistung Arzneimittel oder Medizinprodukt ist grundsätzlich nur begründet, wenn ein Vertragsarzt das Arzneimittel auf Kassenrezept verordnet.

Das Präparat Cystistat ist weder verschreibungs- noch apothekenpflichtig. Nach dem 2004 geltenden eindeutigen Wortlaut des § 31 I 3 SGB V sind nur solche Medizinprodukte in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen, die - neben anderen Voraussetzungen - apothekenpflichtig sind.

Die im Jahre 1939 geb. Kl. leidet nach Auskunft ihres behandelnden Urologen seit April 1999 u.a. unter einem chronischen Pelvic Pain-Syndrom/urethralen Schmerzsyndrom. Dieser teilte der Bekl. mit, bei der Kl. werde eine intermittierende Schmerztherapie und Antibiose durchgeführt. Als Ultima ratio werde eine Blasenaugmentation diskutiert. Eine mögliche konservative Therapie zur Verbesserung der Symptomatik könne die Instillation mit dem Präparat Cystistat seien. Studien hätten hier Erfolge bei Patientinnen mit Verdacht auf interstitieller Cystitis/Pelvic Pain-Syndrom ergeben. Aufgrund der hohen Therapiekosten sei eine Rezeptierung außerhalb des Arzneimittel-Budgets erforderlich (Kosten monatlich etwa 850,- EUR). Gemäß dem Prospekt des Herstellers Cyto Chemia handelt es sich bei dem Produkt Cystistat zur Instillation in die Blase um ein Medizinprodukt, bestehend aus Hyaluronsäure, welches u.a. zur Behandlung der interstitiellen Cystitis eingesetzt wird. Der MDK gab die Auskunft, das Präparat Cystistat habe keine Arzneimittelzulassung, so dass es sich nicht um ein verkehrsfähiges Arzneimittel handele. Das **SG** wies die Klage ab.

4. LORENZO'S ÖL

Vgl. zuletzt **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 08.08.2006 – L 11 KR 1438/06 – RID 06-04-144; 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 (zu LSG Thüringen, Urt. v. 27.09.2004 – L 6 KR 883/02 – RID 05-04-90); anders **SG Detmold**, Urt. v. 29.03.2006 – S 14 KR 45/05 – RID 06-03-131.

Öl, Arzneimittel, Lebensmittel, Lorenzo's Öl, Nahrungsergänzungsmittel

SGB V §§ 27 I, 31

LSG Hessen, Urt. v. 25.01.2007 – L 8 KR 18/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-144

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 24/07 B

Das Spezialöl Lorenzo's Öl erfüllt den Ausnahmetatbestand von Ziff. 15.2.5 der ab 01.10.2005 geltenden AMR. Es handelt sich um ein diätetisches Lebensmittel nach § 1 I LMBG i.V.m. § 1 I u. II der Verordnung über diätetische Lebensmittel (anders **LSG Thüringen**, Urt. v. 27.09.2004 – L 6 KR 883/02 – RID 05-04-90).

SG Darmstadt, Urt. v. 17.11.2004 - S 10 KR 621/02 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., den Kläger ab dem 01.10.2005 von den Kosten der Behandlung mit den ärztlich verordneten Spezialölen Glycerol-Trioleat und Glycerol-Trioleat freizustellen und wies im Übrigen die Berufung zurück; im **Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren** hat BSG, Beschl. v. 24.05.2007 - B 1 KR 24/07 B - die **Revision** zugelassen.

SG Dresden, Urt. v. 08.03.2007 – S 18 KR 637/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-145

Berufung eingelegt: LSG Sachsen -L 1 KR 75/07 -

Bei Lorenzo's Öl handelt es sich um ein **Fertigarzneimittel**, das mangels arzneimittelrechtlicher Zulassung nicht in die Versorgung gesetzlich Versicherter nach § 27 I 1 und Satz 2 Nr. 3 und § 31 I 1 SGB V einbezogen ist; es ist kein (diätetisches) Lebensmittel (gegen **LSG Hessen**, Urt. v. 25.01.2007 – L 8 KR 18/05 – s. vorstehend). Auch als diätetisches Lebensmittel könnte Lorenzo's Öl nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

5. MITICOR (COENZYM Q 10)

SG Düsseldorf, Urt. v. 12.12.2006 – S 4 KR 367/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-146

Öl, Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel, Arzneimittel

SGB V §§ 27 I, 31

Bei dem Mittel Miticor (Coenzym Q 10) handelt es sich nicht um ein **apothekenpflichtiges Arzneimittel**. Unabhängig von der Frage, ob es sich bei diesem Mittel überhaupt um ein **Arzneimittel** im Sinne des SGB V handelt, scheidet der Anspruch auf Versorgung auch schon an der fehlenden

arzneimittelrechtlichen **Zulassung** nach dem Arzneimittelgesetz. Mangels Zulassung kommt somit auch eine die Zulassung überschreitende Verordnung nach Maßgabe der Kriterien zum sog. "Off-Label-Use" nicht in Betracht. Bewertet man Miticor bzw. Coenzym Q 10 als **Nahrungsergänzungsmittel**, so bestünde wegen des Ernährungszwecks ebenfalls kein Versorgungsanspruch (vgl. BSG SozR 3- 2500 § 27 Nr. 10).

Das **SG** wies die Klage ab.

6. POTENZMITTEL CAVERJECT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urte. v. 09.03.2007 – L 11 KR 93/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-147**

Caverject, erektile Dysfunktion

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 8

Zu den nach § 34 I 7 u. 8 SGB V von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimitteln zählt auch das Arzneimittel Caverject (vgl. BSG, Urte. v. 18.07.2006 - B 1 KR 10/05 R -). In der zitierten Entscheidung hat das BSG erneut bestätigt, dass nach der genannten Regelung ausnahmslos alle Arzneimittel von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen sind, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen. Dieser Leistungsausschluss ist mit höherrangigem Recht vereinbar.

SG Gelsenkirchen, Urte. v. 31.03.2005 - S 17 KR 8/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. bereits **LSG Hamburg**, Urte. v. 22.02.2006 – L 1 KR 48/05 – RID 06-03-129; **LSG Hessen**, Beschl. v. 01.09.2005 – L 8 KR 80/05 ER – RID 05-04-93 m.w.N.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urte. v. 14.02.2007 – L 11 KR 21/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-148**

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach die Versorgung mit Arzneimitteln zur Behebung einer erektilen Dysfunktion bereits seit dem 01.01.2004 nicht mehr in die Leistungspflicht einer gesetzlichen Krankenkasse fällt, ist nicht zu beanstanden.

SG Duisburg, Urte. v. 21.02.2006 - S 9 KR 107/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Hilfsmittel

Nach BSG, Urte. v. 19.04.2007 - **B 3 KR 9/06 R** – besteht kein Anspruch Kostenerstattung für den **Umbau eines PKW**, wenn ein Versicherter mit den bereits zur Verfügung gestellten Hilfsmitteln in der Lage, sich den Nahbereich zu erschließen und damit das Grundbedürfnis nach Bewegungsfreiheit zu erfüllen; im Nahbereich liegen üblicherweise auch Arztpraxen und Praxen von Krankengymnasten, sodass auch diese mit einem **Elektrollstuhl** erreicht werden können; zur **Rechtsprechung des BSG** s. ferner zuletzt RID 05-04-B VI (S. 44).

1. INDIVIDUELL ANGEPASSTER MULTIFUNKTIONSROLLSTUHL FÜR WACHKOMPATIENT

LSG Sachsen, Beschl. v. 10.07.2006 – L 1 B 267/05 KR-ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-149**

Multifunktionsrollstuhl, Rollstuhl, Wachkomapatient, Pflegeheim

SGB V §§ 31 I, 33 I 1

Ein Versicherter als **Wachkomapatient** in der Phase F, der nicht in der Lage ist, einfachere oder preiswertere Gehhilfen zu benützen, bedarf eines Rollstuhles, um den Erfolg einer Krankenbehandlung in einer Phase der Rekonvaleszenz zur Anwendung von Ergotherapie zu sichern. Die Krankenkassen sind für die Versorgung eines Versicherten mit Hilfsmitteln grundsätzlich unabhängig davon verpflichtet, ob er in einer eigenen Wohnung oder einem **Pflegeheim** lebt (BSG, Urte. v. 10.02.2000, – B 3 KR 26/99 R u. B 3 KR 17/99 R -; v. 28.05.2003 – B 3 KR 30/02 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 4; v. 22.07.2004 – B 3 KR 5/03 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 5). Nicht der "Sphäre" des Pflegeheimes zuzurechnen sind individuell angepasste Hilfsmittel, die ihrer Natur nach nur für den einzelnen Versicherten bestimmt und grundsätzlich nur für ihn verwendbar sind.

SG Dresden, Urte. v. 11.10.2005 - S 18 KR 592/05 - wies den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Krankenkasse, den Ast. bis zum Abschluss des Klageverfahrens S 18 KR 592/05 vor dem SG Dresden mit einem individuell angepassten Multifunktionsrollstuhl zu versorgen.

2. MULTIFUNKTIONSROLLSTUHL

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2007 – L 16 KR 204/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-150**
Revision zugelassen.

Multifunktionsrollstuhl, Rollstuhl, Pflegeheim
SGB V §§ 31 I, 33 I 1

Ist einem Versicherten zum Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs auf Kostenerstattung eine verantwortungsbewusste Bestimmung über das eigene Schicksal noch möglich, ist er also nicht wegen des Fehlens eigengesteuerter Bestimmungsmöglichkeiten quasi zum "Objekt der Pflege" geworden und damit eine Rehabilitation noch möglich, so besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem Multifunktionsrollstuhl

Der 1918 geb. Versicherte lebte seit 2001 zusammen mit seiner 1911 geb. Ehefrau in einem Doppelzimmer in der vollstationären Pflegeeinrichtung CBT "Wohnhaus Q M". Er war u.a. mit einem Standardschieberrollstuhl versorgt; die Bewilligung war noch zu der Zeit erfolgt, als der Versicherte in seiner eigenen Wohnung außerhalb eines Heimes lebte und geistige Einschränkungen nennenswerter Art nicht vorlagen. In einem Pflegegutachten von 2004 wurden die Voraussetzungen für eine Erhöhung der Pflegestufe von II nach III festgestellt. Die Versorgung mit einem Multifunktionsrollstuhl lehnte die Krankenkasse wegen der Unterbringung in der stationären Pflegeeinrichtung ab. *SG Köln*, Gerichtsbb. v. 05.09.2006 - S 5 KR 46/06 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die Kl. 599,- EUR zu zahlen, Zug um Zug gegen Übereignung des streitigen Rollstuhls an die Bekl. Nach dem Tod des Versicherten im Jahr 2006 hatten die Erben das Verfahren fortgeführt.

3. KRAFTKNOTEN FÜR ROLLSTUHL

LSG Bayern, Urt. v. 09.01.2007 – L 5 KR 41/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-151**
Revision zugelassen

Kraftknoten, Rollstuhl, Befestigungssystem, Rückhaltesystem, Behindertentransportkraftwagen
SGB V §§ 31 I, 33 I 1

Die Kosten für die Ausstattung eines Rollstuhls mit einem Kraftknotensystem unterfallen nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Kraftknotensystem erfüllt nicht selbst die Hilfsmittleigenschaft. Weil dieses Rückhaltesystem keines der in § 33 I 1 SGB V genannten Hilfsmittelziele verfolgt und mit einem Rollstuhl fest verbunden ist, handelt es sich lediglich um ein **Zubehörteil zum Rollstuhl** (ebenso LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 29.03.2006 – L 5 KR 16/05 – RID 06-03-136).

Das Kraftknotensystem ermöglicht es, den Rollstuhl in Bezug auf die Fortbewegung mit einem bestimmten **Krafffahrzeug**, zu nutzen. Diese **Fortbewegungsart** gehört jedoch grundsätzlich nicht zu den essentiellen **Grundbedürfnissen**. Das beantragte Kraftknotensystem ist daher auch nicht notwendiges Zubehör des Rollstuhls zur Kompensation des Grundbedürfnisses der Mobilität (ebenso LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.08.2005 – L 1 KR 42/04 – RID 05-04-106; LSG Baden-Württemberg, B. v. 20.04.2006 – L 5 KR 512/06 ER-B – RID 06-03-137).

Die 1989 geb. Kl. leidet unter einem schweren hirnorganischen Psychosyndrom und psychomotorischer Entwicklungsverzögerung bei cerebralem Anfallsleiden und spastischer Tetraparese. Sie erhält Pflegegeld der Stufe III und besucht die St.-N.-Schule, eine Förderschule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Die bekl. Krankenkasse lehnte die Kostenübernahme für ein ärztlich verordnetes Kraftknotensystem für das vorhandene Reha-Gestell ab (Kosten: 367,44 EUR), da es sich hierbei um eine Unfallverhütungsmaßnahme handele, die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung falle. *SG Landshut*, Urt. v. 20.10.2005 - S 4 KR 89/05 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2006 – L 4 KR 249/05 – RID 07-01-160 m.w.N.

SG Landshut, Urt. v. 02.03.2007 – S 1 KR 117/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-152**

Benötigt ein Versicherter das Kraftknotensystem, um möglichst sicher die Wege zwischen Wohnheim und Behindertenwerkstätte zurücklegen zu können, so handelt es sich nicht um ein **Grundbedürfnis** und gehört die Versorgung mit dem Kraftknotensystem zur **beruflichen Eingliederung**, für die die gesetzliche Krankenkasse nicht zuständig ist.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. BEHINDERTENGERECHTES DREIRAD

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.12.2006 – L 9 KR 66/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-153**

Erwachsener, Grundbedürfnis, behindertengerechtes Dreirad
SGB V § 33 I

Ein kurz vor der Vollendung des 18. Lebensjahres stehender Versicherter hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einem behindertengerechten Dreirad.

SG Berlin, Urt. v. 13.02.2004 - S 88 KR 1941/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. BADEBEIN

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.12.2005 – L 9 KR 128/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-154**

Rehabilitation, Behinderungsausgleich, Unterschenkelprothese, Badebein
SGB V § 33 I

Ein mit einer Unterschenkelprothese versorgter Versicherter hat einen Anspruch auf Versorgung mit einem sog. Badebein, d. h. eine rutschsichere und wasserfeste Unterschenkelprothese, die etwa bei Besuchen des Schwimmbades, aber auch sonst etwa in Baderäumen getragen werden kann. Sie ist erforderlich, um die Behinderung auszugleichen. Annähernd gleich geeignete Hilfsmittel stehen weder mit Unterarmgehstützen noch mit Duschhocker und rutschfester Duschmatte zur Verfügung.

SG Berlin, Urt. v. 26.08.2003 - S 81 KR 1793/02 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, den Kläger mit einem Badebein entsprechend der ärztlichen Verordnung zu versorgen.

6. ZEHENORTHESE NACH MAß

SG Düsseldorf, Urt. v. 09.01.2007 – S 4 KR 323/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-155**

Orthese, Zehenorthese, Zehenpolster, Ballenpolster Zehenspreizer
SGB V §§ 33, 34; HilfsmittelVO § 2 Nr. 20

Eine Zehenorthese ist nach auf der Grundlage des § 34 IV SGB V ergangenen Rechtsverordnung von der Leistungspflicht ausgeschlossen. Die Verordnung umfasst alle Orthesen, die druckentlastende oder korrigierende Funktion haben, soweit es sich nicht um Orthesen handelt, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Behandlung akuter Unfallfolgen oder -verletzungen stehen.

Auch ein Betrag von 93,00 EUR muss noch als gering bewertet werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

7. ABSAUGKATHETER

SG Leipzig, Urt. v. 30.11.2006 – S 8 KR 253/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-156**

Absaugeinheit, Absaugkatheter, Wachkomaeinrichtung, Zubehör
SGB V § 33; SGB IX § 71 II

Die **Absaugeinheit** und die dazugehörigen Absaugkatheter sind **Hilfsmittel**, da sie die durch das **Wachkoma** bedingte fehlende natürliche Fähigkeit zur freien Atmung, zum Schlucken und Abhusten des Schleimes ausgleichen. Die Absaugkatheter erweisen sich jedoch als in der Sphäre einer **Wachkomaeinrichtung** liegendes Zubehör, da sie, ohne selbst Bestandteil des Hilfsmittels zu sein, diesem zu dienen bestimmt sind. Das Zubehör teilt als unselbstständige Nebenleistung insoweit das rechtliche Schicksal der Hauptleistung (vgl. a. BSG, Urt. v. 21.07.1976 - 5 RKnu 5/76 -).

8. LYMPHDRAINAGE-GERÄT

SG Düsseldorf, Urt. v. 12.02.2007 – S 8 KR 360/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-157**

Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 45/07 -

Lymphdrainage-Gerät, Leitlinien, Gesellschaft für Phlebologie, manuelle Lymphdrainage
SGB V §§ 12 I 1, 33 I 1

Ist die Versorgung mit einem verordneten Lymphdrainage-Gerät erforderlich, so kann hiergegen nicht eingewandt werden, die Leitlinien der Gesellschaft für Phlebologie hielten andere Therapiemaßnahmen wie die manuelle Lymphdrainage (nach Földi) für geeigneter, da die Leitlinien für die bei einem Lymphödem anwendbaren Therapien keine zwangsläufige Rangfolge vorgeben oder empfehlen.

Das **SG** gab der Klage statt.

9. BILDTELEFON

LSG Hessen, Urt. v. 12.04.2007 – L 1 KR 219/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-158

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 3 KR 11/07 B

Bildtelefon, Basisausgleich, Kommunikation, Gehörlosigkeit, Gebärdensprache
SGB V §§ 12 I, 33

Ein Bildtelefon kann nur dann ein notwendiges Hilfsmittel im Sinne des Krankenversicherungsrechts darstellen, wenn der Versicherte wegen seiner Behinderung aufgrund besonderer Umstände auf das Telefonieren mit anderen Benutzern unumgänglich angewiesen ist (BSG, Urt. v. 03.11.1993 - 1 RK 42/92 -). Auch wenn man das Telefonieren inzwischen zu den kommunikativen **Grundbedürfnissen** zählt, können existierende **Alternativen** nicht außer Betracht bleiben. Verfügt ein Versicherter über ein Fax-Gerät, ein Handy sowie einen PC, so ist es ihm möglich, mit anderen zu kommunizieren.

SG Gießen, Urt. v. 28.09.2005 - S 9 KR 497/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. ebs. *SG Bayreuth*, Urt. v. 13.04.2005 – S 9 KR 427/04 – RID 05-03-110; *andere SG München*, Urt. v. 04.10.2001 – S 44 KR 624/99 - RID 04-03-130; zu einem **Schwerhörigentelefon** s. *SG Dresden*, Urt. v. 28.07.2005 – S 18 KR 398/02 – RID 05-04-114.

10 FARBERKENNUNGSGERÄT COLOR TEST 2000 ANSTELLE EINES COLORINO

SG Düsseldorf, Urt. v. 18.01.2007 – S 4 KR 171/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-159

Farberkennungsgerät, Sehbehinderung, Blindheit, Colorino, Color Test 2000
SGB V §§ 12, 33

Ein **Farberkennungsgerät** ist ein geeignetes Hilfsmittel zum Ausgleich einer hochgradigen Sehbehinderung bzw. Blindheit und somit einer Behinderung i. S. d. zweiten Alternative des § 33 I 1 SGB V (BSG Urteil vom 17.01.1996 - 3 RK 38/94 -).

Das Gerät **Colorino** reicht zur Deckung der Grundbedürfnisse nicht aus. Das Gerät **Color Test 2000** übersteigt nicht das Maß des Notwendigen und Ausreichenden. Die Auswahl der täglichen Kleidung, der richtigen Schuhe und das Erkennen des Reifegrades von Erdbeeren und anderen Früchten gehören zu den elementaren **Grundbedürfnissen** eines Menschen im Ablauf des täglichen Lebens.

Das *SG* verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. 884 EUR zu zahlen.

11. KEINE PERÜCKE FÜR MÄNNER

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.04.2007 – L 5 KR 151/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-160

Revision zugelassen.

Perücke, Frau, Mann, Kahlköpfigkeit, Gleichbehandlungsgebot
SGB V §§ 27 I, 33 I; GG Art. 3 III 1

Anders als bei Frauen (BSG v. 23.07.2002 - B 3 KR 66/01 R - juris Rn. 15) hat der Verlust des Kopfhaares bei Männern keine entstellende Wirkung (BSG v. 18.02.1981 - 3 RK 49/79 - juris Rn. 25 ff.). Eine Entstellung liegt nur dann vor, wenn der regelwidrige körperliche Zustand so auffällig ist, dass er schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen quasi im "Vorbeigehen" bemerkbar ist (BSG v. 19.10.2004 B 1 KR 9/04 R, juris Rn. 14) und dazu führt, dass der Versicherte Blicke von Passanten auf sich zieht, zum Objekt der Neugier wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückzieht (vgl. BSG v. 23.7.2002, aaO. Rn. 15). Anders als bei Frauen wird bei Männern in der Gesellschaft Kahlköpfigkeit nicht als besonders auffälliger Zustand angesehen. BVerwG, Urt. v. 31.01.2002 - 2 C 1/01 - juris Rn. 17 ff., wonach die Differenzierung der Leistungspflicht zwischen männlichen und weiblichen Personen gegen das strenge Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 III 1 GG verstoße, ist nicht zuzulassen.

Der 1963 geb. Kl. leidet seit seiner Kindheit an einem völligen Haarverlust. In der Vergangenheit erhielt er regelmäßig (nach eigenen Angaben zuletzt im Jahr 2003) Haarersatz auf Kosten der Bekl. Die 2005 beantragte Übernahme der Kosten für eine hautärztlich verordnete Perücke (Kosten: 1.025 EUR) lehnte die Bekl. ab, weil eine Haarersatz-Langzeitversorgung grundsätzlich nur für Frauen, Kinder und Jugendliche in Betracht komme. Männliche Erwachsene könnten eine solche Versorgung nur unter bestimmten Voraussetzungen, u.a. bei drohender psychischer Beeinträchtigung, erhalten. *SG Mainz*, Urt. v. 10.04.2006 - S 11 KR 882/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VII. Häusliche Krankenpflege

Zur Rspr. des BSG s. zuletzt RID 06-04-B VII (S. 64).

1. BEHANDLUNGSPFLEGE RUND UM DIE UHR

LSG Nordrhein-Westfalen, Urtr. v. 14.11.2006 – L 2 KN 108/06 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-161**

Behandlungssicherungspflege, Atmung, Sekretabsonderung

SGB V §§ 2 II 1, 13 III, 37; SGB XI §§ 13 II, 34 II, 36 ff.

Ein Versicherter hat einen Anspruch auf Behandlungspflege rund um die Uhr, wenn er zur Sicherstellung seiner Atmung 24 Stunden lang ununterbrochen beobachtet werden muss und in regelmäßigen Abständen, auch nachts, Sekretabsonderungen abgesaugt werden müssen, um die Atemwege freizuhalten. Insoweit verstoßen die HKP-RL gegen § 37 II SGB V und sind deshalb für die Gerichte nicht bindend (zu alledem: BSG SozR 4-2500 § 37 Nr 6 m.w.N.; BSGE 94, 205ff = SozR 4-2500 § 37 Nr 4).

Der Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil er zugleich Leistungen bei häuslicher Pflege aus der sozialen Pflegeversicherung erhält.

Der 1941 geb. Kl. erlitt infolge eines Verkehrsunfalls (Dezember 2000) eine komplette (hohe) Querschnittslähmung. Er kann nur noch den Kopf bewegen. Wegen respiratorischer Insuffizienz besteht 24 Stunden täglich maschinelle Beatmungspflicht, Urin und Stuhl werden bei Blasen- und Mastdarmlähmung künstlich abgeleitet. Insbesondere aufgrund der dauerhaften Beatmung und der Notwendigkeit wiederholten trachealen Absaugens ist als Maßnahme der Behandlungspflege eine "Rund-um-die-Uhr-Betreuung" durch eine Pflegefachkraft erforderlich. Die Bekl. gewährt als Pflegekasse Leistungen wegen Schwerstpflegebedürftigkeit und außerdem wegen des außergewöhnlich hohen Pflegeaufwands Leistungen nach der Härtefallregelung (§ 36 IV 1 SGB XI, sog. "Pflegestufe IV"). Der Kl. wird seit dem 28.08.2004 im häuslichen Bereich durch den Pflegedienst C gepflegt. Die Pflegekräfte arbeiten in einem 12 Stunden-Rhythmus rund um die Uhr. Die hauswirtschaftliche Versorgung wird durch die Ehefrau sichergestellt. Die Bekl. gewährte Leistungen der Behandlungspflege für 16 Stunden – ärztl. verordnet waren 24 St. - täglich. Für die übrigen 8 Stunden täglich fielen Maßnahmen der Grundpflege (7 Stunden) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (1 Stunde) an, für die die Pflegeversicherung Leistungen erbringe. **SG Gelsenkirchen**, Urtr. v. 12.05.2006 - S 7 KN 233/05 KR - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, den Kl. von Kosten für in der Zeit vom 01.01. bis 31.03.2005 selbst beschafften Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Höhe von 1.764 Euro frei zu stellen.

2. GRUNDPFLEGE NUR BEI ERFORDERLICHER STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG

LSG Bayern, Urtr. v. 05.02.2007 – L 4 KR 26/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-162

Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Krankenhausbehandlung

SGB V §§ 13 III, 37 II

Ist eine Versicherte zwar nicht in der Lage, die hauswirtschaftliche Versorgung selbst zu übernehmen, macht die Erkrankung jedoch nicht stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich, so besteht kein Anspruch auf Grundpflege (hier: für die Zeit vom 01.01.1999 bis 31.03.1999).

SG München, Urtr. v. 09.09.2004 - S 18 KR 128/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha

Zur Rspr. des BSG s. zuletzt RID 06-04-B VIII (S. 67).

1. ZUZAHLUNG

A) PRAXISGEBÜHR UND ZUZAHLUNG RECHTMÄßIG

LSG Hamburg, Urtr. v. 24.01.2007 – L 1 KR 36/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-163

Praxisgebühr, Erstattungsanspruch, Zuzahlungspflicht, Arzneimittel

SGB V §§ 28 IV, 31 III, 61, 63

Eine Krankenkasse erlangt die Praxisgebühr – über den Umweg der Einziehung durch den Leistungserbringer nach § 43b II SGB V – mit rechtl. Grund (so auch LSG Brandenburg, Urtr. 25.01.2005 – L 24 KR 47/04 - GesR 2005, 232).

Eine Rechtswidrigkeit als Voraussetzung für einen Erstattungsanspruch folgt auch nicht aus einer Verfassungswidrigkeit der Zuzahlungspflicht für Arzneimittel.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 19.07.2006 - S 34 KR 1306/04 - wies die auf Kostenerstattung gerichtete Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) ZUZAHUNG JE VERORDNUNG, NICHT JE PACKUNG

SG Lübeck, Urt. v. 18.08.2005 – S 3 KR 1461/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-164

Berufung zugelassen

Zuzahlung, Verordnung, Packung,

SGB V i.d.F.d.G.v. 14.11.2003 §§ 31 III 1, 43b I 1, 61 I

§ 61 Satz 1 SGB V i.d.F.d.G.v. 14.11.2003 bietet keine Grundlage dafür, bei der Abgabe von mehreren Packungen desselben (Fertig-)Arzneimittels eine Zuzahlung für jede Packung einzeln zu erheben. § 31 III 1 SGB V stellt nach seinem Wortlaut auf das Arzneimittel, nicht aber auf die jeweilige Packung ab. Entsprechendes gilt für § 61 Satz 1 SGB V. Dort wird im zweiten Halbsatz ebenfalls auf das "Mittel" abgestellt. Nach dem Wortlaut des Gesetzes ist demgemäß lediglich eine Zuzahlung pro Arzneimittel zulässig.

Dem 1936 geb. Kl. wird regelmäßig das Arzneimittel Kalymin 60 N verordnet. Die maximale Packungsgröße dieses Arzneimittels (N 3) beträgt 100 Tabletten pro Packung. In der Zeit von Februar bis Oktober 2004 hatte der behandelnde Arzt des Kl. in seinen Verordnungen jeweils 200 Tabletten Kalymin 60 N aufgeführt. Aufgrund dieser Verordnungen erhielt der jeweils zwei Packungen Kalymin 60 N zu je 100 Stück. Der Abgabepreis pro Packung betrug 35,59 EUR. Der Kläger leistete Zuzahlungen in Höhe von jeweils 5,00 EUR pro Packung. Das *SG* verurteilte d. Bekl., dem Kl. die Zuzahlung für das Arzneimittel Kalymin für die Zeit von März 2004 bis zum Oktober 2004 in Höhe von insgesamt 20,16 EUR zu erstatten..

C) BELASTUNGSGRENZE BEI LEISTUNGSEMPFÄNGERN NACH DEM ASYLB LG

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.02.2007 – L 5 KR 4134/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-165

Revision eingelegt: B 1 KR 5/07 R

Eigenanteil, Zuzahlung, Belastungsgrenze, Asylbewerber, Sozialhilfesatz, Regelsatz

SGB V §§ 61, 62 II 5; AsylbLG § 3

Leistungsempfänger nach dem AsylbLG haben grundsätzlich ohne Berücksichtigung der insoweit konkreten finanziellen Verhältnisse einen Eigenanteil bei Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze in Höhe von 2 v. H. des Regel(Sozialhilfe-)satzes von 297,00 EUR (im Jahr 2004, gültig seit 1. Juli 2003) als Mindestansatz zu leisten. Der Gesetzgeber will seit 2004 keine Gruppe von der Zuzahlungspflicht herausnehmen.

SG Stuttgart, Urt. v. 25.08.2005 - S 4 KR 3735/04 – gab der Klage statt, das LSG wies die Klage ab..

2. FAHRKOSTEN

A) FEHLFAHRT EINES RETTUNGSDIENSTES

SG Aachen, Urt. v. 16.01.2007 – S 13 KR 68/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-166

Sprungrevision eingelegt: B 1 KR 4/07 R

Krankentransport-Richtlinien, Fehlfahrt, Rettungsdienst

SGB V §§ 13 III, 60, 92 I 2 Nr. 12

Ein Krankentransport im Sinne des § 60 SGB V kann auch dann bejaht werden, wenn der Versicherte aus medizinischen oder sonstigen Gründen nicht transportiert werden muss, also ein so genannte **Fehlfahrt** vorliegt.

Ob eine **Rettungsfahrt notwendig** im Sinne des § 60 I 1 SGB V war, ist nicht nach objektiven, sondern **nach subjektiven Kriterien** zu beurteilen (vgl. LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.02.2005 – L 5 KR 122/04 - RID 05-02-137).

Der 1929 geb. Kl. ist stark gehbehindert und schwerst-pflegebedürftig (Pflegestufe III). Er ist von der gesetzlichen Zuzahlungspflicht befreit. Am 16.03.2006 stürzte er kurz nach Mitternacht auf dem Weg zur Toilette. Dabei verletzte er sich am Arm und blieb auf dem Boden liegen. Es gelang ihm nicht, selbst aufzustehen. Seine ebenfalls stark gehbehinderte und schwer-pflegebedürftige Ehefrau konnte ihren Mann auch nicht aufrichten. In Sorge um ihn forderte sie daraufhin über den Feuerwehr-Notruf 112 Hilfe an. Ausweislich des Einsatzberichts und des Rettungsdienstprotokolls erfolgte der Notruf um 00:26 Uhr. Es wurde ein RTW entsandt, der um 00:31 Uhr am Einsatzort eintraf; um 00:54 Uhr forderte die RTW-Besatzung den sog. "MQN" (Medizinisch Qualifizierter Notdienst) an. Der darauf von der Leitstelle entsandte Notarzt untersuchte den Kl., stellte einen erhöhten Blutdruck, ödematöse Füße und eine "leichte Verletzung obere Extremitäten" fest. Der Einsatz wurde im Protokoll als Notfall eingestuft. Als der Kläger ins Krankenhaus gefahren werden sollte, verweigerte er eine Mitfahrt. Daraufhin verließ der RTW 01:39 Uhr den Einsatzort ohne den Kl. Gegen 12:00 Uhr am 16.03.2006 fiel der Kläger beim Aufstehen von einem Stuhl erneut auf den Boden. Wieder gelang weder ihm selbst noch seiner Ehefrau ein Aufrichten. Da die Ehefrau anderweitige Hilfe nicht herbeirufen konnte,

forderte sie diese erneut über den Notruf 112 an. Der darauf entsandte RTW traf um 12.17 Uhr am Einsatzort ein. Der Kläger wurde am Boden liegend gefunden, aufgehoben und in einen Stuhl gesetzt; es wurde der Blutdruck gemessen; Verletzungen wurden nicht festgestellt. Eine Mitfahrt ins Krankenhaus lehnte der Kläger ab. Um 12:34 Uhr fuhr der RTW ohne den Kläger ab. Mit 2 Rechnungen vom 21.03.2006 forderte die Stadt F. den Kläger zur Zahlung der Mindestgebühr in Höhe 141,42 EUR für jede Fahrt des RTW, zusammen 282,84 EUR auf. Die Bekl. **lehnte eine Kostenübernahme ab, weil Ziel der Fahrt nicht ein Krankenhaus gewesen sei.** Im Klageverfahren war sie der Auffassung, die Kostenlast könne nicht die Krankenkasse, sondern nur die Feuerwehr mit RTW treffen. Die Feuerwehr führe neben der Brandbekämpfung und sonstigen Feuerwehraufgaben auch Rettungsfahrten durch. Grundsätzlich sei das Vorhalten einer Feuerwehr dem Bereich der allgemeinen Gefahrenvorsorge einer Stadt/Gemeinde zuzuordnen. Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte d. Bekl., dem Kl. die Kosten der beiden am 16.03.2006 durchgeführten so genannten Rettungstransportwagen-Fehlfahrten in Höhe von 282,84 EUR zu erstatten.

B) NÄCHST ERREICHBARE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEIT

LSG Bayern, Urt. v. 18.01.2007 – L 4 KR 23/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-167

Arztwahl, Behandlungsort, Vertrauensverhältnis, Behandlungswunsch

SGB V §§ 60 II 2, III Nr. 4, 61 I Nr. 2, 76 I, II

Gibt es vom Wohnort eines Versicherten entsprechende **Busverbindungen**, so besteht kein Bedürfnis, die entsprechenden Fachärzte in dem wesentlich **weiter entfernten Ort** zu konsultieren. Der nicht belegte Einwand, die nächstgelegenen **Ärzte** seien medizinisch **ungeeignet**, ist unerheblich. Soweit nicht ausgeschlossen ist, dass die Krankenkasse Mehrkosten übernehmen muss, wenn das **Vertrauensverhältnis** zwischen dem Versicherten und dem nächst erreichbaren Arzt so schwer gestört ist, dass dem Versicherten die Behandlung durch diesen Arzt nicht mehr zugemutet werden kann, so fehlt es hieran, wenn ein Vertragsarzt **spezielle Behandlungswünsche** nicht erfüllt. Denn die Entscheidung für die eine oder andere Therapie obliegt dem Vertragsarzt (§§ 15 I, 27 I, 28 I, II SGB V), aber nicht dem Versicherten.

SG Regensburg, Urt. v. 26.11.2003 - S 2 KR 192/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. REHABILITATIONSMAßNAHMEN

A) MEDIZINISCHE REHABILITATION IN FORM VON REHA-SPORT

SG Aachen, Urt. v. 16.01.2007 – S 13 KR 40/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-168

Rehabilitationssport, Funktionstraining, Rehafunktionstraining, Reha-Sport

SGB V §§ 11 II, 12 I; SGB IX § 44 I Nr. 3

Die "**Rahmenvereinbarung** über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining" vom 01.10.2003 zur Konkretisierung des Anspruchs aus § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX ist weiterhin maßgebend (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.08.2005 - L 4 KR 5250/03 -).

Eine **über zwei Jahre hinausgehende Förderung** des Reha-Sports zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Fall nicht notwendig, wenn eine Versicherte in der Lage ist, die in der Vergangenheit erlernten Übungen eigenständig durchzuführen.

Das **SG** wies die Klage ab.

B) ADAPTIONSMABNAHME ALS REHABILITATIONSMAßNAHME

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.10.2006 – L 5 KR 50/06 – juris

RID 07-02-169

Revision eingelegt: B 1 KR 36/06 R

Erstattungsanspruch, Sozialhilfeträger, medizinischen Rehabilitation, Adaptionmaßnahme

SGB V §§ 40 I; SGB IX §§ 4, 5 Nr. 1, 14 IV 1

Leitsätze: 1. Der Erstattungsanspruch nach § 14 Abs 4 S 1 SGB IX ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil der Sozialhilfeträger bereits vor Bewilligung der Leistung von der Zuständigkeit der Krankenkasse ausgegangen ist.

2. Bei einer Adaptionmaßnahme im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung handelt es sich um eine aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsmaßnahme i.S. der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen.

SG Mainz, Urt. v. 14.10.2005 - S 11 KR 350/04 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, an den klagenden Sozialhilfeträger 8.624,88 € zu zahlen.

C) SELBSTBEHAUPTUNGSTRAINING BEI NICHT ANERKANNTEM MAßNAHMETRÄGER

SG Konstanz, Urt. v. 29.06.2006 – S 8 KR 1641/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-170

Rehabilitationssport, Stärkung des Selbstbewusstseins, Maßnahmeträger
SGB V §§ 2 II 1, 13 I, 11 II 1, 43; SGB IX §§ 15, 44 I Nr. 3; Rahmenvereinbarung der Rehabilitationsträger
Bieten die im Landkreis einer Versicherten anerkannten Rehabilitationssportgruppen keine Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins an, so ist es der Versicherten nicht verwehrt, bei einem **nicht anerkannten Träger** die Maßnahme durchzuführen. Bei derartigen Versorgungslücken bzgl. einer gesetzlichen Leistung kann der Versicherte auf nichtzugelassene Leistungserbringer zurückgreifen. Es ist weder aus dem Gesetz noch aus der Rahmenvereinbarung ersichtlich, dass Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins nur im **Rahmen von anderen Sportübungen** stattfinden können. Es ist auch keineswegs zwingend, dass die Teilnehmer an Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins jeweils auch Bedarf an körperlicher Rehabilitation zeigen. Dies gilt insbesondere für geistige Behinderungen. Dem folgend spricht die Rahmenvereinbarung ausdrücklich von speziellen oder eigenständigen Übungsveranstaltungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins (vgl. 2.5, 5.1 und 13.3 der Rahmenvereinbarung).

Das **SG** gab der Klage statt.

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 07.12.2006 – **B 3 KR 29/05 R** – räumt die **Zuzahlungsregelung** (§ 33 II 3 1. Hs. SGB V a. F.) einen privatrechtlichen Anspruch des **Hilfsmittelerbringers** gegen den Versicherten ein, der einen Teil der Vergütung ausmacht, weshalb sich nur der restliche Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse richtet; nach BSG, Urt. v. 07.12.2006 – **B 3 KR 4/06 R** u. **5/06 R** – ist die vertragliche Verpflichtung der Betreiber von **ambulanten Krankenpflegediensten**, nur solche Personen als **leitende Pflegefachkraft** einzustellen und zu beschäftigen, die eine Anerkennung als staatlich geprüfte Krankenschwester/Krankenpfleger oder Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger besitzen, zulässig; zur **Rechtsprechung des BSG** s. ferner zuletzt RID 05-04-B X (S. 57 f.).

1. BEZIEHUNGEN ZU KRANKENHÄUSERN: KRANKENHAUSKOSTEN

Nach BSG, Urt. v. 28.02.2007 - **B 3 KR 17/06 R** – handelt es sich auch bei einer zehnstündigen Aufenthaltsdauer um eine vollstationäre Krankenhausbehandlung und keine **"Verbringung"** (ergänzende Inanspruchnahme Dritter durch das vorbehandelnde Krankenhaus), wenn die Versicherte vollständig in die Infrastruktur des Krankenhauses einbezogen und dort unter Einsatz von Ärzten, Krankenpflegepersonal, Apparaten und Medikamenten behandelt worden ist; nach BSG, Urt. v. 28.02.2007 - **B 3 KR 15/06 R** – reicht es nicht aus, dass ein Versicherter noch Medikamente erhalten hat, um eine **stationäre Krankenhausbehandlung** zu bejahen; diese umfasst nämlich unabdingbar den zielgerichteten Einsatz von Ärzten und Krankenpflegepersonal zur Bekämpfung einer Krankheit; die Gewährung von Unterkunft und Verpflegung mit Fortsetzung einer Dauermedikation erfüllt diese Voraussetzungen nicht. Einen **Unterbringungsnotstand** zu beheben, wäre Aufgabe des Sozialhilfeträgers, soweit der Versicherte selbst für die Kosten nicht aufkommen kann. Nach BSG, Urt. v. 28.02.2007 - **B 3 KR 12/06 R** – hat eine Krankenkasse aus eigenem Recht einen Anspruch gegenüber einem Krankenhaus auf **Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den MDK**, um durch diesen die gebührenrechtliche Richtigkeit der Abrechnung überprüfen zu lassen.

Die Vorlage des **I. Senats** des BSG an den **Großen Senat des BSG** (Beschl. v. 07.11.2006 - B 1 KR 32/04 R-) ist dort nunmehr unter dem Aktenzeichen GS 1/06 anhängig (**Rechtsfragen**: 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?). Zur Rspr. des BSG s. ferner zuletzt RID 06-04-B IX 1 (S. 69); RID 05-04-B X 1 (S. 58).

A) ÜBERPRÜFUNGSVERFAHREN: ZEITNAHE ÜBERPRÜFUNG

SG Aachen, Urt. v. 28.11.2006 – S 13 KR 51/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-171

Krankenhausbehandlung, Überprüfung, Behandlungsdokumentation, ex-ante-Sicht
SGB V §§ 12 I, 39 I 2, 112 II

Wenn eine Krankenkasse die in einem Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vorgesehene möglichst zeitnahe Überprüfung einer Krankenhausbehandlung unterlässt und eine Überprüfung durch den MDK erst nach Abschluss der Krankenhausbehandlung einholt, kann sie sich nur noch in eingeschränktem Maße auf eine - vom MDK dann festgestellte - fehlende Notwendigkeit eines Behandlungszeitraums stützen. Dies gilt auch und insbesondere im Hinblick auf eine im Nachhinein festgestellte (angeblich) mangelhafte Behandlungsdokumentation durch die Krankenhausärzte.

Das **SG** gab der Klage statt.

B) EINTRITT DES TODES NACH WENIGEN MINUTEN STATIONÄRER AUFNAHME

SG Leipzig, Urt. v. 21.12.2006 – S 8 KR 310/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-172

Notfall, Krankenhaus, Tod, Aufenthaltsdauer

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 5, 39 I

Ist ein Patient während der Aufnahme planmäßig in das Versorgungssystem des Krankenhauses integriert und stirbt er bereits nach wenigen Minuten Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, so spricht dies nicht gegen eine stationäre Aufnahme; denn es ist grundsätzlich von der geplanten Aufenthaltsdauer auszugehen.

Das *SG* gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. 987,52 EUR zu zahlen.

C) AMBULANTE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEIT WÄHREND STATIONÄREN KRANKENHAUSAUFENTHALTS

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.04.2007 – L 5 KR 201/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-173

Ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Krankenhausleistung, Krankenhaus, Harnwegsinfekt

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 5, 39 I, 108

Ein Harnwegsinfekts, der ambulant behandelt werden kann, rechtfertigt einen stationären Krankenhausaufenthalt auch dann nicht, wenn er erst im Krankenhaus entdeckt wird, und es für die körperbehinderte Patientin nicht zumutbar ist, zunächst aus dem Krankenhaus entlassen und nach Abklingen des Harnwegsinfekts wieder aufgenommen zu werden.

SG Koblenz, Urt. v. 08.06.2006 - S 7 KR 127/04 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage im Wesentlichen ab.

D) PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG: GEFAHR DES RÜCKFALLS EINES SUCHTKRANKEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2007 – L 16 KR 88/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-174

Krankenhausbehandlung, Psychiatrie, Suchtkranker

SGB V §§ 28 I, 39, 108, 109 IV 3,

Eine **stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung** ist nicht notwendig, wenn sie vor allem der Überbrückung des Zeitraums dienen soll, in dem die Möglichkeit der Unterbringung des Beigel. in einer Wohnung gefunden und verwirklicht war, in der er nicht sich selbst überlassen und deshalb erhöhter Gefahr ausgesetzt war, in seinem Suchtverhalten rückfällig zu werden und wenn die Maßnahmen des Krankenhauses nicht auf die Beeinflussung von Gesundheitsstörungen mit den Mitteln eines fachpsychiatrischen Krankenhauses zielten.

Das Risiko, einen alkoholkranken Patienten bei Nichtaufnahme oder Entlassung alsbald im intoxiierten Zustand als **Akutfall** wieder aufnehmen zu müssen rechtfertigt es nicht, einen Suchtkranken zu Lasten der Kassen in stationärer Krankenhausbehandlung zu belassen.

SG Münster, Urt. v. 06.04.2005 - S 9 KR 136/01 – verurteilte d. Bekl., dem Kläger die Kosten der stationären Behandlung des Beigel. in der Zeit vom 29.02.1999 bis einschließlich 08.04.1999 zu erstatten, das *LSG* wies die Berufung d. Kl. zurück.

E) BELASTUNGSERPROBUNG AM WOCHENENDE IN PSYCHIATRIE

SG Leipzig, Urt. v. 30.11.2006 – S 8 KR 286/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-175

Belastungserprobung, stationäre Behandlung, Krankenhausleistung, Krankenhaus

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 5, 39 I, 108

Während einer Belastungserprobung am Wochenende wird keine als stationäre Behandlung abzurechnende Krankenhausleistung erbracht, die nach der BPflV zu vergüten wäre. Die betroffenen Patienten sind dann nicht (mehr) in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses integriert. Die bloße Verordnung von Belastungserprobungen am Wochenende (als Bestandteil der stationären Therapie) vermag allein noch keinen Vergütungsanspruch zu begründen. Die Therapiemaßnahmen selbst, bzw. der diesen zu Grunde liegende Behandlungsplan des Krankenhausarztes, sind nicht als stationäre Behandlungs-/Unterbringungskosten von der Beklagten zu übernehmen.

Das *SG* wies die Klage ab.

F) KRANKENHAUSBEHANDLUNGSKOSTEN FÜR GESUNDES NEUGEBORENES BEI ERKRANKUNG DER MUTTER

SG Koblenz, Urt. v. 22.02.2007 – S 11 KR 539/05 – juris

RID 07-02-176

Sprungrevision zugelassen

Krankenhausbehandlung, Kosten, Neugeborenes, Mutter, Grenzverweildauer, DRG-Fallpauschale, Fallpauschalenvereinbarung 2005, Tagessatz

SGB V § 39; RVO § 197; KHG § 17b; GG Art. 6 IV

Leitsatz: Verbleibt ein gesundes Neugeborenes über die in § 197 RVO genannte Frist hinaus auf Grund der Behandlungsbedürftigkeit der Mutter im Krankenhaus, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer ein tagesbezogenes Entgelt zu zahlen.

Am 21.03.2005 entband die 1976 geb. VS nach einem Kaiserschnitt Zwillinge PS und IS, die nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftig waren. Dagegen war VS über den 6. Tag nach der Aufnahme zur Entbindung behandlungsbedürftig, sie wurde zusammen mit den Zwillingen am 11. Lebenstag der Kinder entlassen. Das klagende Krankenhaus machte für die stationäre Behandlung der Versicherten VS die DRG-Fallpauschale O01A (Sectio caesarea mit mehreren komplizierten Diagnosen) geltend, für PS wurde die DRG-Fallpauschale P66D (Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 Gramm bis 2499 Gramm ohne signifikante Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden ohne Problem, untere Grenzverweildauer 1 Tag, obere Grenzverweildauer 12 Tage) abgerechnet. Für IS berechnete die Klägerin die DRG-Fallpauschale P67D (Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > als 2499 Gramm ohne signifikante Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ohne schweres Problem, ein Belegungstag, untere Grenzverweildauer 1 Tag, obere Grenzverweildauer 8 Tage) mit einem Betrag in Höhe von 922,95 €, mehrere Systemzuschläge in Höhe von insgesamt 2,78 € sowie ein tagesbezogenes Entgelt nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in Höhe von 654,40 €, insgesamt also 1.580,13 € geltend. Die Beklagte zahlte zunächst die Rechnungen in vollem Umfang und forderte dann den Zuschlag in Höhe von 654,40 € hinsichtlich des Neugeborenen IS zurück, da keine medizinisch notwendige Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen habe. Es werde vorgeschlagen, in Anlehnung an die Mitaufnahme von Begleitpersonen eine Tagespauschale in Höhe von 45,00 € abzurechnen. Die Kl. klagte den verrechneten Betrag ein.

Das *SG* gab der Klage statt.

G) PROZEDURENSCHLÜSSELS 5-399.A NEBEN 1-275.A

SG Koblenz, Urt. v. 28.02.2007 – S 6 KR 42/06 – juris

RID 07-02-177

Krankenhausbehandlung, Vergütung, Koronarangiographie, Operation, Blutgefäß

KHG § 17b

Leitsatz: Für Behandlungsfälle in 2005 erfolgt keine gesonderte Abrechnung des Prozedurenschlüssels 5-399.a neben 1-275.a.

Das *SG* wies die Klage ab.

H) TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG: BADE-PUVA-THERAPIE

LSG Hamburg, Urt. v. 24.01.2007 – L 1 KR 15/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-178

Krankenhausbehandlung, teilstationär, ambulant, Bade-PUVA, Tagesklinik, Bundesausschuss, Dermato-
se

SGB V §§ 28 I, 39, 108, 109 IV 3

Allein der Umstand, dass nach den Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen vom 10.12.1999 (Bundesanzeiger 2000 Nr. 56, S. 4602, Anlage B Nr. 27) die bei einer Versicherten durchgeführte Bade-PUVA nicht zu den Methoden gehört, die als ambulante vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen, berechtigt nicht, die Bade-PUVA als "Krankenhausbehandlung" zu erbringen, weil es zur Durchführung einer Bade-PUVA der spezifischen Einrichtungen des Krankenhauses nicht bedarf (vgl. *LSG Hamburg*, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KR 22/05 – RID 06-02-167)

Wird eine teilstationäre Krankenhausbehandlung berechnet, ist aber eine solche gar nicht durchgeführt worden, so besteht kein Vergütungsanspruch. Sucht eine Versicherte für eine Bade-PUVA das Krankenhaus an einzelnen Tagen jeweils nur für wenige Stunden, d. h. für konkrete Anwendungen und durchzuführende Untersuchungen, auf, so handelt es sich um eine ambulante Behandlung.

SG Hamburg, Urt. v. 24.03.2006 - S 32 KR 474/03 - verurteilte nach Einholung eines schriftlichen Sachverständigenutachtens eines Hautarztes/Allergologie die Bekl., an die Kl. 4.156,65 EUR zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

I) LAUF DER FRIST FÜR DIE GELTENDMACHUNG EINES ERSTATTUNGSANSPRUCHS (§ 111 SGB X)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.03.2007 – L 5 KR 143/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-179

Revision zugelassen

Frist, Erstattungsanspruch, Leistungspflicht, Kenntnisnahme

SGB V §§ 28 I, 39, 108, 109 IV 3; SGB X § 111 S. 1

Der Lauf der Frist für die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs (§ 111 SGB X) beginnt frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat. Eine Kenntnisnahme von "der Entscheidung des erstattungsverpflichteten Leistungsträgers über seine Leistungspflicht" i.S. des § 111 Satz 2 SGB X scheidet für einen späteren Lauf der Frist aus, wenn der Erstattungsverpflichtete eine Entscheidung über Leistungen, wie sie der Erstattungsberechtigte bereits erbracht hat, überhaupt nicht treffen kann und darf. In Fallgestaltungen, in denen der erstattungspflichtige Leistungsträger eine Entscheidung über seine Leistungspflicht nicht trifft, kann der erstattungsberechtigte Leistungsträger auch keine Kenntnis von dieser Entscheidung erlangen und die Frist des § 111 Satz 2 SGB X nicht zu laufen beginnen.

Der Kl. verlangt von der Beklagten im Wege eines Erstattungsanspruchs nach den §§ 102 ff. SGB X die Übernahme von Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung der Frau P N in Höhe von 22.110,59 EUR. Die im Jahre 1980 geb. P N wurde wegen einer paranoiden Psychose und akuter Suizidalität in den Zeiten vom 30.03.2001 bis 06.04.2001 und 03.05.2001 bis 08.08.2001 in den S Kliniken F stationär behandelt. Das **Sozialamt** der Stadt F erstattete als örtlicher Träger der Sozialhilfe der **Klinik** die entstandenen Kosten in Höhe von 22.110,59 EUR und teilte dem Kl. mit, dass Frau P N rückwirkend zum 01.10.2000 bei der Bekl. durch ihre Mutter, U N, familienversichert worden sei. Der Kl. solle die vorgeleisteten Behandlungskosten in der angegebenen Höhe von der Bekl. zurückfordern. Die Bekl. bejahte zwar die medizinische Notwendigkeit für die Übernahme der Krankenhauskosten. Dem Anspruch des Kl. stehe jedoch die Ausschlussfrist des § 111 SGB X entgegen, wonach eine Erstattung ausgeschlossen sei, wenn sie der Erstattungsberechtigte nicht spätestens 12 Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend mache. Der Kl. machte geltend, frühester Beginn der Ausschlussfrist sei nicht der Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs, sondern derjenige der Kenntniserlangung von der Entscheidung des erstattungsberechtigten Leistungsträgers. Er habe erst mit dem Schreiben des Sozialamtes der Stadt F vom 15.08.2002 erfahren, dass Frau P N rückwirkend zum 01.10.2000 über ihre Mutter versichert worden sei und sodann innerhalb von einer Woche seinen Erstattungsanspruch. *SG Köln*, Urt. v. 20.06.2006 - S 9 KR 986/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. APOTHEKER

A) WERBEAKTION EINER KRANKENKASSE FÜR VERSANDHANDELSAPOTHEKEN

LSG Hessen, Beschl. v. 30.04.2007 – L 8 KR 199/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-180

Arzneilieferungsvertrag, Versandapotheke, Apothekerverband, Unterlassungsanspruch, Apotheke, Krankenkasse, Beeinflussungsverbot, Wirtschaftlichkeitsgebot,
SGB V §§ 31, 69, 129; SGG § 86b II

Für Körperschaften des öffentlichen Rechts können die allgemeinen Wertmaßstäbe des Gesetzes gegen den UWG nicht unbeachtet bleiben.

Eine unzumutbare Belästigung ist insbesondere anzunehmen bei einer Werbung mit Telefonanrufen gegenüber Verbrauchern ohne deren Einwilligung oder gegenüber sonstigen Marktteilnehmern ohne deren zumindest mutmaßliche Einwilligung (§ 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG).

Der Auffassung der Vorinstanz zur vertraglichen Gestaltung des Systems der Leistungserbringer, speziell der Apotheken, ist zu folgen.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.08.2006 – S 21 KR 429/06 – RID 06-03-170 untersagt der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, ihre Versicherten dahingehend zu beeinflussen, Medikamente, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bereitzustellen sind, über namentlich benannte Versandapotheken (z.B. DocMorris, mycare, Sanicare, Luitpold-Versandapotheke) zu beziehen und dafür in schriftlicher und elektronischer Form, sowie in Telefonaktionen oder in sonstiger Weise zu werben; das *LSG* wies die Beschwerde der Ag. zurück.

B) APOTHEKER: VERGÜTUNGSKÜRZUNG WEGEN FEHLENDER ANGABE DES ABGABEDATUMS AUF VERORDNUNG

SG Landshut, Urt. v. 25.01.2007 – S 4 KR 16/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-181

Apotheker, Abgabedatum, Sprechstundenbedarf, Sprechstundenbedarfsverordnung, Apothekenvertrag
SGB V § 129 II

Für die von einer Krankenkasse vorgenommenen Kürzungen der Rechnungen einer Apothekerin wegen fehlender Angabe des Abgabedatums auf der Vorderseite der Verordnung des Sprechstundenbedarfs findet sich im Bayerischen Apothekenvertrag und im Rahmenvertrag keine Rechtsgrundlage. Nach dem **Rahmenvertrag** können im Falle einer Vertragsverletzung nur die Verwarnung, eine Vertragsstrafe oder der Ausschluss des Apothekers als Vertragsmaßnahmen ergriffen werden.

Die klagende Apothekerin machte gegen die Bekl. einen Zahlungsanspruch geltend, nachdem diese ihre Arzneimittelabrechnung (Sprechstundenbedarf) wegen eines ihr angeblich zustehenden Rückforderungsanspruches im Wege der Retaxation gekürzt hat. Die Kl. habe es nämlich unterlassen, das Datum der Abgabe auf der Vorderseite des Rezeptblattes aufzudrucken. Damit sei ein Verstoß gegen § 7 II des Bay. Apothekenvertrages vom 24.05.2000 gegeben, denn diese Bestimmung verpflichte den Apotheker zur Nennung des Abgabedatums auf der Vorderseite jedes Rezepts. Ursächlich dafür ist nach dem Vortrag der Kl. ein Fehler in ihrer Warenwirtschafts-Software. Von Rezept zu Rezept unterschiedlich zahlte die Bekl. der Kl. entweder 80 % der Nettoabrechnungssumme oder denjenigen Betrag, der Euro 100,00 der Nettoabrechnungssumme eines Rezepts überstieg, wieder zurück. Zur Begründung wies die Bekl. in ihren Schreiben, mit denen die Einsprüche der Kl. teilweise anerkannt wurden, durchweg darauf hin, dass es sich "um keine schwerwiegende Verfehlung gehandelt" habe; es sei deshalb gerechtfertigt, den Retaxationsbetrag zu reduzieren. Das *SG* verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. 2.949,27 Euro nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 07.08.2003 zu zahlen.

Parallelverfahren: *SG Landshut, Urt. v. 25.01.2007 – S 4 KR 169/05* – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-02-182

3. SPRECHSTUNDENBEDARFLIEFERANT: VERORDNUNG VON SPRECHSTUNDENBEDARF

SG Dresden, Beschl. v. 02.04.2007 – S 18 KR 142/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-183

Sprechstundenbedarf, Direktlieferbeziehung, Verordnung von Sprechstundenbedarf, Vertragsarzt
SGB V §§ 302 II 1; GG Art. 12 I

Ein Sprechstundenbedarfslieferant hat einen Anspruch gegen eine Krankenkasse auf gleichberechtigte **Teilhabe** an einem von Verzerrungen **freien Wettbewerb** bei der Versorgung der Versicherten mit nicht apothekenpflichtigem Sprechstundenbedarf im Rahmen einer Direktlieferbeziehung als nichtärztlicher Leistungserbringer, der seinerseits seine Grundlage in dem Recht auf freie Berufsausübung nach Art. 12 I GG und auf Gleichbehandlung nach Art. 3 I GG findet (vgl. BSG, Urt. v. 25.09.2001 - B 3 KR 3/01 R -; BGH, Urt. v. 23.02.2006 - I ZR 164/03 -).

Eine **Direktlieferantin von Sprechstundenbedarf** ist ein "weiterer Leistungserbringer" im Sinne von § 302 I 1 SGB V, dem gesetzlich die Möglichkeit zur Teilnahme am unmittelbaren Kassenabrechnungsverfahren eingeräumt ist.

Mit der **Verordnung von Sprechstundenbedarf** verpflichtet der **Vertragsarzt** die nach der Sprechstundenvereinbarung für die Abrechnung zuständige Krankenkasse, die vom jeweiligen Anbieter gelieferten nicht apothekenpflichtigen Produkte zu bezahlen. Diese Wirkung der Verordnung beruht auf der spezifischen vertragsärztlichen Schlüsselstellung des Arztes. Die Verordnung von Sprechstundenbedarf hat - ähnlich wie die Abrechnungssammelerklärung des Arztes hinsichtlich seiner im Quartal erbrachten Leistungen - im Rahmen des Sachleistungssystems der Krankenversicherung eine **Garantiefunktion**. Mit der Verordnung erklärt der sie ausstellende Arzt schlüssig, dass er die verordneten Produkte korrekt ausgewählt hat und diese für die Untersuchung oder Behandlung seiner Patienten geeignet und - auch dem Umfang nach - notwendig sind.

Der Arzt ist nicht selbst Leistungsempfänger, sondern konkretisiert lediglich den Leistungsinhalt im Beschaffungsverhältnis zwischen Lieferant und Krankenkassen. Die **Direktabrechnung** stellt sich deshalb als Vertragserfüllung im originären Leistungsverhältnis zwischen **Krankenkasse und Lieferant** dar. Die Krankenkasse darf die Direktlieferantin deshalb nicht auf eine Abrechnung bei den außerhalb dieses Leistungsverhältnisses stehenden Ärzten verweisen.

Der Anteil am **Konzernumsatz** (hier: 22 %) ist für die Beurteilung des **Anordnungsgrundes** ohne Belang.

Die Antragstellerin produziert und vertreibt, eingebunden in einen international tätigen Konzern, ein breites Sortiment an Medizinprodukten, u. a. nicht apothekenpflichtigen Praxis- und Sprechstundenbedarf für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte. Seit Mitte 2005 ermittelt die **Staatsanwaltschaft** gegen

Mitarbeiter der Ast. sowie bundesweit gegen 527 Ärzte. Den Mitarbeitern der Ast. wird vorgeworfen, Ärzten die als Sprechstundenbedarf geordneten Artikel in OP-Sets, sog. K-packs® geliefert zu haben, die sowohl Praxisbedarf als auch Sprechstundenbedarf enthielten, wobei jedoch Verbandsmaterial aus nichtsterilen Großpackungen beige packt und anschließend die K-packs® im Ganzen sterilisiert worden seien. Nach Einlassung eines Beschuldigten soll die Ast. den Sprechstundenbedarf nach der Lauer-Taxe abgerechnet haben. Die Ag. beanstandet, dass nach Öffnen eines solchen K-packs® für einen Patienten der Inhalt nicht mehr steril sei, damit nicht mehr für andere Patienten verwendet werden könne, deshalb nicht als Sprechstundenbedarf gelte und nicht als solcher abgerechnet werden dürfe. Daraufhin beendete die Ag. das Direktabrechnungsverfahren. Das **SG** verpflichtete d. Ag., die Ast. weiterhin zur Direktabrechnung des von der Ast. an Vertragsärzte im Bezirk der KV Sachsen gelieferten nicht apothekenpflichtigen Sprechstundenbedarfs für Mitglieder und Familienversicherte der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen zuzulassen; die Anordnung erging unter der Auflage, dass es die Ast. bis zur einer anderslautenden rechtsverbindlichen Feststellung durch eine die Beteiligten bindende vertragliche Vereinbarung oder eine vollziehbare sozialgerichtliche Hauptsacheentscheidung unterlässt, im Bezirk der KV Sachsen sterilisierungspflichtige Sprechstundenbedarfsartikel, die nicht einzeln sterilisiert sind, in nicht oder nur insgesamt sterilisierten OP-Sets (insbesondere im OP-Komponentensystem K-pack®) zu liefern und gegenüber der Ag. als Sprechstundenbedarf abzurechnen.

4. KOSTENÜBERNAHME FÜR EIN VERLOREN GEGANGENES HÖRGERÄT

SG Düsseldorf, Urt. v. 18.01.2007 – S 4 KR 72/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-184

Hörgerät, Festbetrag, Hörgeräteversorgung, Hörhilfe Schadensersatzanspruch, ärztliche Verordnung
SGB V §§ 33, 36 127

Die **Vertragsklausel** (§ 6 III) des Vertrages gemäß § 127 SGB V für Nordrhein-Westfalen zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker Mainz einerseits und dem AOK-Landesverband Rheinland und dem AOK Landesverband Westfalen-Lippe 26.10.1990 "*Werden dem Versicherten auf Veranlassung der Krankenkasse die Hörgeräte z. B. zur Vorstellung beim verordnenden Kassenarzt oder einer Gutachterstelle überlassen, so haftet die Krankenkasse für den Verlust oder Beschädigung der Hörgeräte gegenüber dem Hörgeräteakustiker bis maximal zur Höhe von 90 v. H. der Festbeträge.*" regelt einen **Schadensersatzanspruch** und nicht den Fall der Vergütung nach ordnungsgemäßen Abschluss der Versorgung.

Geht das Hörgerät vor Abschluss der Versorgung nach Aushändigung an den Versicherten **verloren**, so bedarf es keiner neuen ärztlichen Verordnung, sondern die vorliegende ärztliche Verordnung ist ebenfalls Grundlage für das nun erforderliche Ersatzgerät.

Die Schadensersatzregelung in § 6 Abs. 3 des Vertrages vom 26.10.1990 bezieht sich auf die Probephase, also auf die Phase nach Aushändigung des Gerätes an den Versicherten vor abschließender Prüfung durch den Vertragsarzt.

Das **SG** gab der Klage statt.

5. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

A) KEIN LEISTUNGSANSPRUCH NACH VERTRAGSKÜNDIGUNG

LSG Hamburg, Urt. v. 24.01.2007 – L 1 KR 19/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-185

Vertrag, Krankenkassenlandesverband, Bereicherungsrecht
SGB V §§ 37, 132 I, 132° II; BGB §§ 812 ff.

Ein gekündigter Vertrag über häusliche Krankenpflege wirkt nicht fort (s. bereits LSG Hamburg, Urt. v. 22.09.2004 – L 1 KR 1/03 - RID 04-04-157; Urt. v. 10.11.2004 – L 1 KR 43/04 - RID 05-01-175). Ein allgemeiner **Fortgeltungsgrundsatz** lässt sich auch nicht aus der Pflicht zur Versorgung der Versicherten nach § 70 SGB V ableiten, weil diese Vorschrift nichts über die Vergütung aussagt (BSG, Urt. v. 13.05.2004 – B 3 KR 2/03 R - SozR 4-2500 § 132a Nr. 1, S. 4 Rn. 8). Eine einseitige Erklärung eines Krankenkassenlandesverbandes, die gekündigten Regelungen zunächst weiter gegen sich gelten zu lassen, steht dem nicht entgegen. Eine solche einseitige Erklärung bindet allenfalls bis zu ihrem Widerruf.

Bei Fehlen eines vertraglichen Vergütungsanspruchs ist das zivilrechtliche **Bereicherungsrecht** der §§ 812 ff. BGB, das auf die öffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehungen der Beteiligten entsprechend anwendbar ist (s. BSG, Urt. 13.05.2004 – B 3 KR 2/03 R - SozR 4-2500 § 132a Nr. 1, S. 3 Rn. 6), keine Anspruchsgrundlage.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 31.05.2006 - S 23 KR 1276/02 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 16.722,11 EUR nebst Zinsen an die Kl., das **LSG** wies die Klage ab.

B) VERGÜTUNGSPPOSITION "KOMPRESSIONSSTRÜMPFE/-HOSE, AN UND AUS ... 14,95 DM"

LSG Hamburg, Urt. v. 07.02.2007 – L 1 KR 33/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-186

Vergütungsvereinbarung, Kompressionsstrümpfe
SGB V §§ 37, 132a

Die Vergütungsposition in einem Vertrag mit der Formulierung "Kompressionsstrümpfe/-hose, An und Aus ... 14,95 DM" umfasst mit der **einmaligen Vergütung** sowohl das An- als auch das Ausziehen der Kompressionsstrümpfe. Anderenfalls hätte die Formulierung lauten müssen "An oder Aus" bzw. "jeweils 14,95 DM".

SG Hamburg, Urt. v. 29.03.2006 - S 21 KR 212/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren zu *LSG Hamburg, Urt. v. 15.11.2006 – L 1 KR 31/06 – RID 07-01-197 - BSG, Beschl. v. 28.12.2006 – B 3 KR 38/06 R* – hat die hiergegen erhobene Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen -; *LSG Hamburg, Urt. v. 24.01.2007 – L 1 KR 35/06 – RID 07-01-198*

6. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMEN: BEHERRSCHENDE MARKTSTELLUNG DER KRANKENKASSEN/§ 69 SGB V N.F.

LSG Baden-Württemberg, B. v. 04.04.2007 – L 5 KR 518/07 ER-B – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-187**

Rahmenvertrag, Existenzgefährdung, Anordnungsgrund, Wettbewerb, Sammelfahrt, Krankenfahrt, Internetausschreibung, Krankenkasse, Vergaberecht, Kartellrecht, Missbrauch, beherrschende Marktstellung
SGB V §§ 60, 69, 133 GWB §§ 19 - 21; PbefG §§ 39, 51

Mit der bloßen Behauptung einer **Existenzgefährdung** ist vorläufiger Rechtsschutz (**Anordnungsgrund**) in einem Rechtsstreit über Beförderungsentgelte nicht zu erlangen, zumal Konkurrenzunternehmen mit der Krankenkasse offenbar (weiterhin) zusammenarbeiten können, ohne in wirtschaftliche Schwierigkeiten zu geraten.

Wenn weder Fachbehörden noch Fachverbände - gestützt auf ihre besondere Sachkenntnis und ihre Kenntnis der tatsächlichen Verhältnisse - Bedenken äußern, kann im vorläufigen Rechtsschutzverfahren davon ausgegangen werden, dass die umstrittene Preisvereinbarung **auskömmliche Preise** vorsieht, zumal andere Taxiunternehmen mit ihnen offenbar auch auskommen können.

Art. 12 I GG begründet lediglich ein Recht auf **Teilhabe am Wettbewerb**, was zwar nicht vor Zulassung von Konkurrenten, wohl aber vor ungerechtfertigter Begünstigung von Konkurrenten (BVerfGE 82, 209, 223) schützt.

Eine **Internetausschreibung** von **Sammelfahrten** verletzt nicht das Recht auf faire Teilnahme am Wettbewerb (dazu BSG Urt. v. 24.11.2004 - B 3 KR 23/04 R). Krankenkassen sind nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet, soweit wie möglich gemeinsame Taxi- und Mietwagenfahrten von Versicherten zu organisieren (BSG, Urt. v. 30.1.2001, - B 3 KR 2/00 R -).

Das **Vergaberecht** der §§ 97 ff. GWB einschließlich der zugehörigen untergesetzlichen Regelwerke, wie Vergabeverordnung und Verdingungsordnungen, sind für die Ausschreibung von Krankenfahrten nicht maßgeblich. Das Vergaberecht ist nach den §§ 97 ff. GWB nicht anwendbar.

Durch die zum 01.04.2007 in Kraft getretene **Änderung des § 69 SGB V** ändert sich am grundsätzlichen **Ausschluss des Kartellrechts** nichts. Zwar hat der Gesetzgeber nunmehr in Art 1 Nr. 40a **GKV-WSG** mit einem in § 69 SGB V mit Wirkung zum 01.04.2007 neu eingefügten Satz 3 angeordnet, dass die §§ 19 bis 21 des GWB entsprechend gelten, aus dieser Beschränkung ist aber vor dem Hintergrund der dem Gesetzgeber bekannten Rechtsauffassung von BSG und BGH die Schlussfolgerung zu ziehen, dass nur die §§ 19 bis 21 GWB entsprechend gelten sollen und die anderen Vorschriften des GWB, darunter die des Vergaberechts nach §§ 97 ff. GWB, nicht.

Bei der Auslegung des Begriffs des **Missbrauchs** (§ 19 GWB) ist zunächst zu beachten, dass der Gesetzgeber den **Krankenkassen** selbst die **beherrschende Marktstellung** eingeräumt hat. Wie diese Marktstellung in Bezug auf Krankenfahrten ausgeübt werden soll, ist in den § 60 und 133 SGB V näher geregelt. Für das Verhältnis von § 19 - 21 GWB zu den speziellen gesetzlichen Anordnungen des SGB V gilt allgemein, dass ein nach dem SGB V vom Gesetzgeber vorgeschriebenes Verhalten nicht missbräuchlich im Sinne von § 19 I GWB sein kann.

Die Ast. betreibt ein Taxiunternehmen, das u.a. Fahrten gesetzlich Krankenversicherter zu Ärzten, Krankenhäusern oder anderen Behandlungseinrichtungen (Krankenfahrten) durchführt. Wegen der von der AOK praktizierten Abwicklung von Krankenfahrten suchte **die Ast.** um vorläufigen Rechtsschutz nach. Sie **trug vor**, ihr drohe nicht wieder gut zu machender Schaden. Ohne Gewinn aus den Krankenfahrten sei die Existenz ihres Unternehmens gefährdet; sie müsste kurzfristig Insolvenz anmelden. Die Ag. missbrauche ihre marktbeherrschende Stellung und betreibe unlauteren Wettbewerb. Sie habe sie, die Ast., sowie andere

Taxiunternehmen telefonisch aufgefordert, Krankenfahrten zu den Bedingungen des Rahmenvertrages abzurechnen. Nach gezielter Ausschreibung im Internet wolle sie die Preise und Konditionen weiter "drücken"; angeblich würden Dritte unter Einsatz von Zivildienstleistenden Krankenfahrten bereits zu einem Streckentarif von 0,40 EUR je Kilometer ausführen. Der in der Preisvereinbarung (Anlage zum Rahmenvertrag) festgelegte Streckentarif von 0,60 EUR bzw. 0,70 EUR je Kilometer sei kein Marktpreis mehr. Er liege durchschnittlich über 30 vH unter dem ansonsten abrechenbareren Beförderungsentgelt für den Taxiverkehr, der 0,90 EUR je Kilometer betrage. Unterhalb einer Marke von 0,85 EUR je Kilometer sei der Fahrbetrieb ein Verlustgeschäft. Die Ag. fordere Kunden für Krankenfahrten auf, sie sollten das ausgewählte Taxiunternehmen vor Fahrtantritt fragen, ob es direkt mit AOK abrechne, da andernfalls Mehrkosten entstehen könnten. Damit werde der Anschein erweckt, Fahrgäste sollten mit ihren (der Ast.) Taxen nicht fahren. Zudem schreibe die Antragsgegnerin Krankenfahrten mit einem Wert von mehr als 200.000 EUR im Internet und in der Lokalpresse aus, ohne dabei die vergaberechtlichen Vorschriften zu beachten, insbesondere ohne eine Vergabebekanntmachung. Nach Maßgabe des § 8 Nr. 3 der Internet-Vereinbarung werde ihr auch zu Unrecht verboten, die Fahrgäste über ihre Leistungsansprüche gegen die AOK aufzuklären. Das Verhalten der Ag. sei rechtswidrig, weil es den Wettbewerb unzulässig einschränke. Die Ag. beherrsche außerdem den Nachfragemarkt für Krankenfahrten. **SG Stuttgart**, Urt. v. 20.12.2006 - S 10 KR 9156/06 ER – lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

7. ARZT GEGEN KRANKENKASSE: ABGABE EINER UNTERLASSUNGSERKLÄRUNG (HYPERTHERMIETHERAPIE)

LSG Bayern, Beschl. v. 11.01.2007 – L 4 B 989/06 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-188

Hyperthermietherapie, individuelle Gesundheitsleistung, Unterlassungserklärung, Rechtsschutzbedürfnis, Klagebefugnis, Kostenübernahme

SGB I § 14 I; SGB V §§ 13 III, 69; BGB § 1004; GG Art. 3 I, 12 I

Ein **Arzt**, der für eine Versicherte eine bereits geplante ambulante Hyperthermietherapie in seiner Praxis zulasten der Krankenkasse ermöglichen will, wird durch die **Ablehnung** des beantragten Verwaltungsakts nicht beschwert. Der Einwand, dass der die Leistungsfeststellung beantragende Arzt durch die Verweigerung der Kostenübernahme betroffen ist, weil unter Umständen der Versicherte von einer anderen Behandlungsmöglichkeit Gebrauch macht, ist nach dem BSG (Beschl. v. 17.03.1999, SozR 3-2500 § 13 Nr. 19 m.w.N.) unbegründet. Es besteht auch kein Rechtsschutzbedürfnis in Bezug auf die wettbewerbsrechtliche Frage, ob die Krankenkasse berechtigt ist, ihre Versicherte auf die stationäre Behandlungsmöglichkeit mit der Hyperthermie in einem zugelassenen Krankenhaus hinzuweisen.

Der Ast. betreibt als **Internist** eine vertragsärztliche Praxis mit den Schwerpunkten Hämatologie und Onkologie. Er bietet auch den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der onkologischen Behandlung eine **Hyperthermietherapie** als **individuelle Gesundheitsleistung (IGEL)** mit Geräten an, die er sich mit einem finanziellen Aufwand von ungefähr 100.000,00 Euro beschafft hat, nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 18.01.2005 beschlossen hatte, die Hyperthermie in die BUB-RL in die Anlage B "nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" aufzunehmen. Der Ast. beantragte am 15.02.2006 bei der Ag. für eine bei ihr Versicherte, die an einem inoperablen Pankreas-Corpuskarzinom leidet, die Kostenübernahme für die bereits angewandte Hyperthermie. Die Ag. lehnte mit dem bindend gewordenen Bescheid vom 16.02.2006 die **Kostenübernahme** im ambulanten Bereich wegen der bei der Anwendung der Hyperthermie bestehenden Risiken beziehungsweise lebensbedrohlichen Komplikationen ab und teilte der Versicherten eine entsprechende Behandlungsmöglichkeit als stationäre Leistung in einer zugelassenen Klinik in Bad B. mit. Der Ast. forderte mit Schreiben vom 10.05.2006 von der Ag. die **Abgabe einer fristgebundenen strafbewehrten Unterlassungserklärung**; die Aussagen der Ag. seien tatsächlich und rechtlich unzutreffend. **SG Regensburg**, Beschl. v. 06.11.2006 - S 10 KR 327/06 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Zur **Abgrenzung Vertragsarztrecht/Krankenversicherung** s. zuletzt **LSG Nordrhein-Westfalen**, B. v. 27.06.2006 – L 11 B 31/06 KA ER – RID 06-03-68; zu einem öffentlich-rechtlichen Unterlassungsanspruch eines Vertragsarztes gegen eine Krankenkasse s. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 05.01.2005 – L 3 KA 237/04 ER - RID 05-01-85; zur die Teilnahme des Ast. an dem Modellvorhaben "Akupunktur" s. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 19.05.2004 – L 16 B 31/04 KR ER - RID 04-03-149; nach **LSG Berlin**, Beschl. v. 10.04.2002 – L 7 KA 10/02 KA ER – RID 02-03-42 kann eine Krankenkasse unter Berufung auf Verletzungen vertragsärztlicher Pflichten nicht unmittelbar Rechtsschutz gegen einen Vertragsarzt beim Sozialgericht suchen, sondern muss sich an die zur Einhaltung dieser Verpflichtung berufenen Verwaltungsstellen zur Durchführung disziplinarischer oder zulassungsrechtlicher Maßnahmen wenden; zur Feststellungsklage gegen einen Vertragsarzt wegen der Diffamierung als „Billigkasse“ vgl. **SG Dortmund**, Urt. v. 04.12.2001 - S 26 KA 50/01 – RID 01-04-47, das ebf. eine direkte Klageerhebung als unzulässig ansieht. Nach **BSG**, Urt. v. 18.06.1997 - 6 Rka 8/97 - USK 97127 gehören zu den **Angelegenheiten des Kassenarztrechts** (§ 12 III 1 iVm § 10 II SGG) die Streitigkeiten nach § 51 II 1 SGG a. F., auf den § 10 II SGG a.F. Bezug nimmt, u.a. Streitigkeiten nach dem SGB V aufgrund der Beziehungen zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände (Nr. 1 aaO); nach **BSG**, Beschl. v. 27.05.2004 - B 7 SF 6/04 S – juris ist der **Begriff des Vertragsarztrechts** nach der **Legaldefinition des § 10 II SGG**

beschränkt auf die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten und Vertragszahnärzten (hierin einzuschließen wohl auch die Vereinigungen und Verbände der genannten Gruppen: § 10 II a.E. SGG).

X. Krankenkassen: "Fusionsbeihilfe" als Sonderbeitrag der Mitgliedskassen

Nach BSG, Urt. v. 14.02.2007 – **B I A 3/06 R** – ist die in § 35a VI 2 SGB IV angeordnete Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsgehälter rechtmäßig.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.01.2007 – L 16 KR 214/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-189**
Revision eingelegt: B 12 KR 11/07 R

Krankenkasse, Landesverband, Unterstützungsfonds, Haftungsfonds, Fusionshilfe, Anfechtungsklage
SGB V §§ 144, 150, 152, 1553, 155, 210 I 3 Nr. 6, 265

Gegen eine Umlage des Landesverbandes als eines Sonderbeitrags, mit der eine anlässlich der freiwilligen Vereinigung von drei Betriebskrankenkassen gewährte Fusionshilfe finanziert wird, kann **Anfechtungsklage** erhoben werden.

§ 265 SGB ermächtigt die Landesverbände per Satzung, eine **Umlage der Verbandsmitglieder** vorzusehen, um die Kosten für sog. aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen ganz oder teilweise zu decken. Bei den finanziellen Hilfen zur Vermeidung des Eintritts eines **Haftungsfalles** nach § 155 IV SGB V handelt es sich um solche anderen aufwendigen Belastungen.

1996 vereinigten sich die BKK RWK Kalk AG und die BKK FANAL Elektrik zur neuen BKK RWK + FANAL, die allen Versicherungspflichtigen und -berechtigten offen stand. Die wirtschaftliche Entwicklung der BKK nahm in den Folgejahren einen negativen Verlauf. Im Jahre 2000 war ihre Existenz gefährdet, ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr gesichert. Bis 31.12.2001 bestand ein Versicherungsvertrag zwischen der ALLIANZ Versicherungs-AG und dem Bekl., der für den Fall einer Inanspruchnahme des Bekl. Versicherungsschutz bis zu 100 Mio. DM pro Versicherungsfall gewährte, bei mehreren Versicherungsfällen in einem Versicherungsjahr begrenzt auf 100 Mio. DM. Versicherungsfall war die Schließung einer dem Beklagten angehörenden BKK durch die Aufsichtsbehörde gemäß § 153 SGB V; das Schließungsdatum musste in die versicherte Periode fallen. Zur Vermeidung einer Schließung der BKK RWK + FANAL und der sich daraus ergebenden Haftung des Bekl. fusionierte die Kasse, nachdem Einsparungen nicht zum gewünschten Ziel geführt hatten, mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI. Diese war jedoch nicht bereit, das zu erwartende Passivvermögen der BKK RWK + FANAL im Fusionszeitpunkt zu übernehmen, weshalb der **bekl. Landesverband** an diese und die weitere Kasse verschiedene **Zahlungen gewährte**, die er auf seine **Mitgliedskassen umlegte**. Ihrer **Klage** auf Erstattung des auf sie entfallenden und von ihr gezahlten Umlageanteils von 25.445,70 EUR gab **SG Aachen**, Urt. v. 13.07.2004 – S 13 KR 20/03 - RID 04-04-181 statt. Das **LSG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren: SG Köln, Urt. v. 03.07.2006 – S 19 KR 67/03 -

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.01.2007 – L 16 KR 162/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-02-190**
Revision eingelegt: B 12 KR 10/07 R

XI. Entscheidungen des BSG

1. LASERINDUZIERTE THERMOTHERAPIE (LITT) BEI LEBENSBEDROHLICHER KRANKHEIT

BSG, Urt. v. 07.11.2006 – B 1 KR 24/06 R –

RID 07-02-191

Leitsätze: 1. Eine verfassungskonforme Auslegung leistungsrechtlicher Vorschriften nach Maßgabe des Beschlusses des BVerfG vom 6.12.2005 (1 BvR 347/98 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5) erfordert zur Gewährleistung der verfassungsrechtlichen Schutzpflichten auch bei neuen Behandlungsmethoden die Einhaltung des Arztvorbehalts und der Beachtung der Regeln der ärztlichen Kunst.

2. Das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Krankheit, das Fehlen einer anwendbaren Standardtherapie und das Bestehen von mehr als bloß ganz entfernt liegenden Aussichten auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die streitige Therapie sind nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu beurteilen.

3. Der Nachweis hinreichender Erfolgsaussichten der streitigen Therapie ist regelmäßig nicht mehr möglich, wenn der Bundesausschuss zu dem Ergebnis gelangt ist, dass nach dem maßgeblichen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse medizinische Notwendigkeit, diagnostischer oder therapeutischer Nutzen sowie Wirtschaftlichkeit nicht hinreichend gesichert sind und er eine negative Bewertung abgegeben hat.

2. KOSTENERSTATTUNG FÜR STATIONÄRE PRIVATBEHANDLUNG

BSG, Urt. v. 14.12.2006 – B 1 KR 114/06 B –

RID 07-02-192

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Beschl. v. 27.07.2006 - L 11 KR 1804/06 – wird als unbegründet zurückgewiesen.

Ist die Behandlung dagegen aus medizinischen Gründen so dringlich, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Leistungserbringers und dessen Behandlung - sei es durch dessen Aufsuchen oder Herbeirufen - fehlt, liegt ein **Notfall** vor, in dem auch andere, nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden dürfen (§ 76 I 2 SGB V). Auch in einem solchen Fall ist ein Kostenerstattungs- (oder Freistellungs-)anspruch des Versicherten ausgeschlossen, da der Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der KV oder - bei stationärer Notfallbehandlung - allein von der Krankenkasse verlangen kann (vgl. zuletzt zusammenfassend Senat, Urt. v. 18.07.2006 - B 1 KR 9/05 R – Rn. 18 ff m.w.N.). Ein Versicherter, der nicht im Rahmen einer Notfall-, sondern ausdrücklich im Rahmen einer **Privatbehandlung stationär aufgenommen** wird, bleibt danach darauf verwiesen, wenn er im Nachhinein geltend macht, es habe sich um eine Notfallbehandlung gehandelt, seine in diesem Falle rechtsgrundlos geleistete Zahlung von dem Leistungserbringer nach bürgerlichem Recht zurückzufordern.

3. ARZNEIMITTEL: FEHLENDE ZULASSUNG (MNESIS) UND VERFASSUNGSKONFORME LEISTUNGSERWEITERUNG

BSG, Urt. v. 14.12.2006 – B 1 KR 12/06 R –

RID 07-02-193

Leitsätze: 1. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf eine verfassungskonforme Leistungserweiterung nur wegen solcher Krankheiten, die in absehbarer Zeit zum Verlust des Lebens oder eines wichtigen Organs führen.

2. Die an eine solche Krankheit zu stellenden Anforderungen gehen über das Ausmaß hinaus, welches für die zulassungsüberschreitende Anwendung eines zugelassenen Fertigarzneimittels erforderlich ist.

4. KRANKENHAUSBEHANDLUNGSKOSTEN

A) VORAUSSETZUNG EINES ANSPRUCHS AUF VOLLSTATIONÄRE BEHANDLUNG IN ZUGELASSENEM KRANKENHAUS

BSG, Beschl. v. 07.11.2006 – B 1 KR 32/04 R –

RID 07-02-194

Vorlagebeschluss an den Großen Senat:

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?

B) NICHTEINHALTUNG DES VEREINBARTEN VERFAHRENS DURCH KRANKENKASSE

BSG, Urt. v. 28.09.2006 – B 3 KR 23/05 R –

RID 07-02-195

Leitsätze: 1. Zur Auslegung von Vorschriften in Landesverträgen, die das Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung regeln.

2. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit eigenem Pflichtenkreis weder Organ noch Vertreter oder Erfüllungsgehilfe der Krankenkassen, die deshalb für dessen Fehler nicht haftbar sind.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 28.09.2006 – B 3 KR 22/05 R –*

RID 07-02-196

C) VERJÄHRUNGSHEMMUNG DURCH KLAGEERHEBUNG/KONKRETISIERUNG DES KLAGEANSPRUCHS

BSG, Urt. v. 28.09.2006 – B 3 KR 20/05 R –

RID 07-02-197

Leitsatz: Zur Unterbrechung der Verjährung einer Forderung durch Klageerhebung beim Sozialgericht ist es nicht erforderlich, den Klageanspruch bereits zu diesem Zeitpunkt zu spezifizieren oder zu individualisieren (Abgrenzung zu BGH, Urteil vom 17.10.2000 - XI ZR 312/99 = NJW 2001, 305).

5. HILFSMITTELERBRINGER: INKASSORISIKO BEI AUSBLEIBENDER ZUZAHUNG (SANITÄTSHAUS)

BSG, Urt. v. 07.12.2006 – B 3 KR 29/05 R –

RID 07-02-198

Der erkennende 3. Senat des BSG stimmt mit dem für Vertragsarztangelegenheiten zuständigen 6. Senat überein, dass Vertragsparteien auf der Basis der jeweiligen Ermächtigungsgrundlage - hier: § 127 I 1 SGB V - Modalitäten zur Abrechnung von Vertragsleistungen treffen und in diesem Zusammenhang auch Abrechnungsfristen vorgeben und diese als Ausschlussfristen ausgestalten können. Die Ausgestaltung solcher Abrechnungsfristen als materielle Ausschlussfristen in einem Landesvertrag bedarf auch keiner ausdrücklichen - zusätzlichen - gesetzlichen Ermächtigung.

Die Zuzahlungsregelung der Versicherten nach § 33 II 3 1. Hs. SGB V a. F. begründet einen privatrechtlichen Anspruch des Hilfsmittelerbringers gegen den Versicherten, der einen Teil der Vergütung ausmacht, weshalb sich nur der restliche Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse richtet.

6. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE:

A) ANERKENNUNG ALS PFLEGEDIENSTLEITUNG

BSG, Urt. v. 07.12.2006 – B 3 KR 5/06 R –

RID 07-02-199

Leitsätze: 1. Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen den Abschluss eines Versorgungsvertrages über häusliche Krankenpflege mit einem Leistungserbringer verweigern, wenn die leitende Pflegefachkraft nicht eine abgeschlossene Ausbildung in der Krankenpflege, sondern nur eine abgeschlossene Ausbildung nach Landesrecht in der Altenpflege sowie als Arzthelferin aufzuweisen hat.

2. Zur Zulässigkeit einer Klage auf Feststellung der Eignung zur Leitung eines ambulanten Krankenpflegedienstes.

3. Zur Streitwertbemessung bei Häufung einer derartigen Feststellungsklage mit einem Schadensersatzanspruch.

Parallelverfahren: BSG, Urt. v. 07.12.2006 – B 3 KR 4/06 R –

RID 07-02-200

B) VERGÜTUNGSPPOSITION "KOMPRESSIONSSTRÜMPFE/-HOSE, AN UND AUS ... 14,95 DM"

BSG, Beschl. v. 28.12.2006 – B 3 KR 38/06 R – juris

RID 07-02-201

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen LSG Hamburg, Urt. v. 15.11.2006 – L 1 KR 31/06 – RID 07-01-197 wird zurückgewiesen.

Ob der Wortlaut einer Vergütungsregelung eindeutig ist, ist eine konkrete Rechtsfrage des Falles, aber keine allgemein zu beantwortende Frage.

C. Entscheidungen anderer Gerichte

I. Ärztliches Berufsrecht

1. APPROBATION

A) VORRANG DES EU-RECHTS: PRÜFUNG IM EU-AUSLAND NACH NICHTBESTEHEN IM BUNDESGBIET

VG Augsburg, Urt. v. 30.11.2005 – Au 4 K 05.663 – MedR 2007,

RID 07-02-202

Approbation, Zahnarzt, Vorprüfung, Prüfung, Vertrauensschutz

ZHG §§ 2 I 7; GG Art. 12 I; EGV Art. 39, 43; Richtlinie 78/686 EWG des Rats v. 25.7.1978

Leitsätze (MedR): 1. Nach § 2 Abs. 1 S. 7 ZHG wird die Approbation nicht erteilt, wenn die naturwissenschaftliche Vorprüfung, die zahnärztliche Vorprüfung oder die zahnärztliche Prüfung nach der ZAppO endgültig nicht bestanden wurde.

2. Diese Regelung ist in Hinblick auf Art. 12 GG nicht zu beanstanden; allerdings bestehen gegen die Gültigkeit des § 2 Abs. 1 S. 7 ZHG verfassungsrechtliche Bedenken in Hinblick auf eine fehlende Übergangs- bzw. Vertrauensschutzregelung.

3. Die Rechtmäßigkeitsprüfung des § 2 Abs. 1 S. 7 ZHG am Recht der Europäischen Gemeinschaft ergibt einen Verstoß gegen die Richtlinie 78/686 EWG des Rats v. 25.7.1978 und damit gegen die Grundfreiheiten der Artt. 43 und 39 EGV.

4. Die den Zugang zum Beruf des Zahnarztes beschränkende Regelung des § 2 Abs. 1 S. 7 ZHG findet keine Grundlage im Gemeinschaftsrecht, und zwar weder in der Richtlinie 78/686 noch in Art. 45, Art. 39 Abs. 4 EGV noch im ordre-public-Vorbehalt (Art. 46, Art. 39 Abs. 3 EGV).

B) MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURG: APPROBATION ALS ZAHNARZT ERFORDERLICH

VG Minden, Urt. v. 14.05.2007 – 7 K 3250/06 – www.justiz.nrw.de

RID 07-02-203

Schönheitschirurg, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg, Approbation, Zahnarzt, Zahnheilkunde

ZHG § 1

Ein auch als sog. Schönheitschirurg tätiger Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg braucht grundsätzlich die doppelte Approbation als Arzt und Zahnarzt, wenn er zahnmedizinisch tätig sein will.

2. ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG EINER VOLLZEITBESCHÄFTIGTEN CHEFÄRZTIN

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 14.03.2007 – 8 LA 177/06 – www.dbovg.niedersachsen.de

RID 07-02-204

Arzt, Ärztekammer, Berufsausübungsfreiheit, Berufsausübungsregelung, Chefarzt, Ganztätigkeit, Hauptberuf, Nebentätigkeit, Physikalische Therapie, Richtlinie, Satzungsermessen, Übergangsregelung, ärztliche Weiterbildung, Weiterbildungsordnung, Zusatzbezeichnung

HKG §§ 35, 38, 40; GG Art. 12 I; Richtlinie 2005/36 EG; Richtlinie 93/16 EWG; WBO §§ 1, 4, 4a, 8, 20

Leitsatz: Eine vollzeitbeschäftigte Chefärztin - hier einer neurologischen Abteilung - kann sich nicht gleichzeitig "ganztätig und hauptberuflich" i. S. v. § 38 Abs. 3 HKG weiterbilden.

3. BERUFSPFLICHTVERLETZUNG

A) GELDBUSSE WEGEN ABLEHNUNG EINER UNTERSUCHUNG IM ZAHNÄRZTLICHEN NOTFALLDIENST

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.01.2007 – 13 A 2534/05.T – www.justiz.nrw.de

RID 07-02-205

Notfalldienst, Untersuchung, Zahnarzt, Beratung

HeilberufsG NRW § 29 I

Die Sorgfaltspflicht eines Zahnarztes macht regelmäßig eine Untersuchung eines Patienten, der sich nachts oder am Wochenende hilfeschend an ihn wendet, erforderlich. Nur in Ausnahmefällen kann an die Stelle der Untersuchung und Behandlung eine persönliche telefonische Beratung mit entsprechenden therapeutischen Anweisungen treten können. Die Verhängung eines Verweises und einer Geldbusse von 3.000 Euro wegen Verletzung der berufsrechtlichen Pflichten ist nicht zu beanstanden.

B) PRIVATE MITTEILUNG AN FÜHRERSCHEINSTELLE ÜBER NACHBARIN

LG München I – Berufsg. für Heilberufe -, Urt. v. 18.09.2006 – BG-Z 2/06 – MedR 2007, 260 RID 07-02-206

Berufspflicht, Berufspflichtverletzung, Zahnarzt
BOZ § 1 I

Leitsatz (MedR): Es stellt eine Berufspflichtverletzung dar, wenn ein Zahnarzt der Führerscheinstelle unter Angabe seiner Berufsbezeichnung privat erlangte Wahrnehmungen mitteilt, um die Fahrtauglichkeit einer dritten Person überprüfen zu lassen, wenn sich die mitgeteilten Wahrnehmungen und Vermutungen im Nachhinein als haltlos herausstellen.

C) FÜHREN DES NAMENS EINER VERSTORBENEN PRAXISINHABERIN

OVG Nordrhein-Westfalen, B. v. 29.08.2006 – 13 A 3968/04 u.a. – MedR 2007, 188 m. Anm. Rieger RID 07-02-207

Namen, Praxisinhaber, Praxisschild, Gemeinschaftspraxis
HeilBerG NW § 29 I; GG Art. 12 I

Die Weiterführung des Namens einer verstorbenen Inhaberin einer hausärztlichen Einzelpraxis durch eine Gemeinschaftspraxis zwischen Hausärzten auf dem Praxisschild und auf Briefbögen ist unzulässig.

4. ZAHNWEIßUNG ("BLEACHING") IST KEINE ZAHNHEILBEHANDLUNG.

LG Frankfurt a. M., Urt. v. 29.09.2006 – 3-12 O 205/06 – www.lg-frankfurt.justiz.hessen.de RID 07-02-208

Zahnärztekammer, Zahnreinigen, Zahnweißen, Bleaching, Zahnheilkunde
ZHG § 1 III; UWG §§ 3, 4 Nr. 11

Eine Zahnärztekammer kann die Unterlassung des Verleitens Angehöriger zahnärztlicher Assistenzberufe zum selbständigen Zahnreinigen und Zahnweißen nicht verlangen, da beide Tätigkeiten nicht als Ausübung der Zahnheilkunde i.S.d. § 1 III ZHG anzusehen sind, weil sie nicht die Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- oder Kieferkrankheiten betreffen. Es fehlt daher an einem Verstoß gegen eine gesetzliche Vorschrift i.S.d. §§ 3, 4 Nr. 11 UWG.

5. VERTRAGSRECHT

A) BGH: BEFRISTUNG UND "HINAUSKÜNDIGUNGSVERBOT"

BGH, Urt. v. 07.05.2007 – II ZR 281/05 – RID 07-02-209

Hinauskündigungsverbot, Gemeinschaftspraxis, Vertragsarzt
BGB §§ 139, 242

Den aufnehmenden Berufsträgern kann die Möglichkeit zugebilligt werden, zu prüfen, ob der Partner in eine ärztliche Gemeinschaftspraxis "passt"; die Frist darf einen Kündigungszeitraum von drei Jahren nicht überschreiten.

Vgl. Pressemitteilung Nr. 55/2007 www.bundesgerichtshof.de

B) BETEILIGUNG AN LABORMEDIZIN-GMBH: VERSTOß GEGEN ZUWEISUNGSVERBOT GEGEN ENTGELT

OLG Stuttgart, Urt. v. 10.5.2007 – 2 U 176/06 – juris RID 07-02-210

Labormedizin-GmbH, Labor, Laborarzt, Vorteilsannahme, Berufsordnung, Zuweisungsverbot
UWG § 4 Nr. 11; BO BW § 31

Leitsätze: 1. Die Beteiligung eines Arztes an einer GbR, die ihrerseits einen Geschäftsanteil an einer hält, stellt einen Verstoß gegen das Verbot der Vorteilsannahme i. S. d. § 31 Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg nicht nur in dem Fall dar, dass die Gewinnzuteilung an die GbR-Gesellschafter sich an deren Volumen an Laborbeauftragungen ausrichtet, sondern auch dann, wenn sie sich nach der Höhe/Menge der GbR-Anteile des Arztes bestimmt.

2. § 31 Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat marktverhaltensregulierenden Charakter i. S. d. § 4 Nr. 11 UWG.

§ 31 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg „Unerlaubte Zuweisungen von Patientinnen und Patienten gegen Entgelt“: Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.“

6. STRAFRECHT

A) BGH: STRAFBARKEIT DES AUSSTELLENS UNRICHTIGER GESUNDHEITSSZEUGNISSE

BGH, Urt. v. 08.11.2006 – 2 StR 384/06 – MedR 2007, 248

RID 07-02-211

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, ärztliche Untersuchung
StGB § 278

Leitsatz (MedR): Zur Anwendung des § 278 StGB bei Unterzeichnung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ohne ärztliche Untersuchung.

Zur **Zulassungsentziehung** s. *SG Marburg*, Urt. v. 31.05.2006 – S 12 KA 42/06 – RID 06-03-60 (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 48/06 -), zu weiteren Folgeprozessen

B) BGH: FREISPRUCH EINES RADIOLOG. KLINIKLEITERS VOM VORWURF DER FAHRLÄSSIGEN TÖTUNG

BGH, Urt. v. 13.12.2006 – 5 StR 211/06 – www.bundesgerichtshof.de

RID 07-02-212

Radiologe, fahrlässige Tötung, Strahlenbehandlung, Enddarmkrebs
StGB § 222

Die Revisionen gegen LG Hamburg, Urt. v. 07.12.2005 – 606 KLS 21/03 -, das den früheren Chef-Radiologen des Uniklinikums Hamburg- Eppendorf vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung durch Etablierung eines nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Konzeptes zur Strahlenbehandlung von Patienten mit Enddarmkrebs einer früheren Patientin seiner Klinik freigesprochen hatte, werden zurückgewiesen.

7. KAMMERRECHT

A) PFLICHTMITGLIEDSCHAFT IN PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER: FORENSISCHE GLAUBWÜRDIGKEITSGUTACHTERIN

OVG Saarland, Urt. v. 23.08.2006 – 1 R 19/06 – MedR 2007, 121

RID 07-02-213

Glaubwürdigkeitsgutachten, Psychotherapeut, Pflichtmitgliedschaft, Psychotherapeutenkammer
PsychThG §§ 1, 2, 12; HeilBKG SL §§ 2, 4

Leitsatz: Bei der Erstellung von forensischen Glaubwürdigkeitsgutachten werden regelmäßig die durch die Approbation als Psychologische Psychotherapeutin erlangten Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten mitverwendet mit der Folge, dass dadurch die Pflichtmitgliedschaft zur Psychotherapeutenkammer ausgelöst wird.

B) ÄRZTEKAMMERAUFGABEN UND KAMMERBEITRAG: AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG

VG Wiesbaden, Urt. v. 29.09.2006 – E 437/06 (I) – MedR 2007, 198

RID 07-02-214

Ärztekammer, Aufgabenbereich, Mitglied, Unterlassungsklage, Beitragsbescheid, Schule, Kammerbeitrag
VwGO §§ 83, 91 I; GVG § 17b I 2; BBiG §§ 1 I, 71 VI; Hess. HeilbG §§ 5 I, 10 I 1, 14, 17.

Leitsätze (MedR): 1. Überschreitet eine Ärztekammer durch bestimmte Maßnahmen den ihr zustehenden Aufgabenbereich, so müssen die Mitglieder dagegen Unterlassungsklage erheben.

2. Zu den Aufgaben einer Ärztekammer gehören auch die Einrichtung und der Betrieb einer Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und einer Schule zur Aus- und Fortbildung von Arzthelferinnen/medizinischen Fachangestellten. Die Ärztekammer darf die hieraus resultierenden Kosten bei der Bemessung des Kammerbeitrags berücksichtigen.

C) KEIN ANSPRUCH EINES DRITTEN AUF EINSCHREITEN EINER HEILBERUFSKAMMER

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.04.2007 – 13 A 3784/05 – juris

RID 07-02-215

Heilberufskammer, Dritter, drittschützende Wirkung
HeilBerG NW § 6 I Nr. 6

Leitsatz: § 6 Abs. 1 Nr. 6 HeilBerG NRW hat keine drittschützende Wirkung und begründet keinen Anspruch eines Dritten auf Einschreiten einer Heilberufskammer gegen eines ihrer Mitglieder.

8. VERSORGUNGSWERK

A) ZUSCHLAG FÜR LEDIGE, NICHT FÜR GESCHIEDENE

VG Hamburg, Urt. v. 05.12.2006 – 10 K 2075/05 – juris RID 07-02-216

Versorgungszuschlag, Lediger, Satzung, Satzungsänderung, Unterlassen, Feststellungsklage

GG Art. 3 I; 14 I, 19 IV; ÄrzteG Hamburg § 19 II Nr. 1 u. 2

Ein Satzungsänderungsanspruch wegen normativen Unterlassens kann nur im Wege der Feststellungsklage geltend gemacht werden.

Die Gewährung eines Versorgungszuschlags für Ledige ist mit dem Grundgesetz vereinbar.

B) BERUFSUNFÄHIGKEITSRENTE: VERWEISUNGSBERUFE

OVG Niedersachsen, Urt. v. 26.04.2007 – 8 LB 212/05 – RID 07-02-217

Ein Arzt, der theoretisch noch in Teilbereichen seines Berufes arbeiten könnte, dem aber wegen seiner erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen **tatsächlich eine solche Möglichkeit verschlossen ist**, ist **berufsunfähig**. Ihm ist deshalb von der zuständigen Ärzteversorgung eine Berufsunfähigkeitsrente zu gewähren.

Kann der Arzt Patienten nicht mehr behandeln oder untersuchen, wird er auch als Gutachter im Öffentlichen Dienst, z. B. beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder in einem kommunalen Gesundheitsamt, nicht mehr eingestellt. Auf andere Tätigkeiten, z.B. in der Pharmaindustrie oder als Medizinjournalistin, muss sich ein Arzt nicht verweisen lassen. Denn dafür benötigt er keine Approbation.

Vgl. Pressemitteilung des Gerichts v. 26.04.2007 - www.oberverwaltungsgericht.niedersachsen.de

C) ERMESSENSNICHTGEBRAUCH BEI ABLEHNUNG EINER WEITERBEWILLIGUNG

VG Gelsenkirchen, Urt. v. 16.02.2007 – 19 K 169/05 – juris RID 07-02-218

Versorgungsbescheid, Ermessensfehler, Ermessensausübung, Ermessensnichtgebrauch

VwVfG §§ 48, 49

Ein Versorgungsbescheid ist ermessensfehlerhaft, wenn die Behörde gar nicht erkannt hat, dass es sich bei der „**Einstellung**“ der **Versorgungsleistungen** um eine **Ermessensentscheidung** handelte. Dafür spricht der Umstand, dass in einem Bescheid überhaupt keine Rechtsgrundlage für die getroffene Regelung genannt wird. Eindeutiges Indiz für die unterbliebenen Ermessenserwägungen ist sodann die Formulierung: „Der Geschäftsführende Ausschuss der Zahnärztekammer X. -M. hat sich dieser Auffassung angeschlossen, so dass die Versorgungsleistungen einzustellen waren.“

II. Arzthaftung

1. HAFTUNG EINES IM NOTDIENST TÄTIGEN HAUSARZTES: DIAGNOSEIRRTUM ALS BEHANDLUNGSFEHLER

OLG München, Urt. v. 19.10.2006 – 1 U 2149/06 – juris RID 07-02-219

Diagnoseirrtum, Behandlungsfehler, Notdienst, Herzinfarkt

BGB §§ 280, 823 I

Ein Arzt im hausärztliche Notdienst muss, wenn er den Verdacht eines Herzinfarkts aufgrund der klinischen Untersuchung bei einem Patienten nicht hatte, aus Sicherheitsgründen auf die Durchführung weiterer Untersuchungen nicht dringen.

2. UNKLARE POSTOPERATIVE RÖNTGENAUFNAHME/VERZÖGERUNG DES REVISIONSEINGRIFFS

OLG Koblenz, Urt. v. 13.07.2006 – 5 U 17/06 – MedR 2007, 251 RID 07-02-220

Behandlungsfehler, Orthopäde, Wirbelkörperverblockung, Röntgenaufnahme, Schmerzensgeld

BGB §§ 276, 611, 823; ZPO §§ 286, 287

Leitsatz: 1. Ein grober Behandlungsfehler liegt nicht vor, wenn ein Orthopäde die Fehlplatzierung eines bei der Wirbelkörperverblockung eingebrachten Spans nicht sofort entdeckt, weil er zunächst übersieht, dass die postoperativ gefertigte Röntgenaufnahme interpretierbar ist und daher weitere Befunderhebungen mit Bild gebenden Verfahren erfordert.

2. Zur Schmerzensgeldbemessung bei kurzzeitiger Verzögerung eines gebotenen Revisionseingriffs.

3. BEWEISLAST BEI LAGERUNGSSCHÄDEN

OLG Jena, Urt. v. 28.03.2007 – 4 U 1030/04 – www.thueringen.de

RID 07-02-221

Behandlungsfehler, Patient, Arzt, Gesundheitsschaden, Beweislast, Beweiserleichterung Beweislastumkehr
BGB a.F. § 282; BGB n.F. § 280 I 2

Leitsätze: 1. Grundsätzlich ist es **Sache des Patienten**, einen Behandlungsfehler des Arztes sowie dessen Ursächlichkeit für den aufgetretenen Gesundheitsschaden darzulegen und **zu beweisen**.

2. Ausnahmsweise kann ein Patient dann **Beweiserleichterungen** – bis hin zur Beweislastumkehr – für sich in Anspruch nehmen, wenn der erlittene Gesundheitsschaden sich in einem Bereich ereignet hat, dessen **Gefahren vom Arzt** (bzw. Klinikpersonal) **voll beherrscht werden können** und müssen. Als solcher – voll beherrschbare – Gefahrenbereich gilt grds. auch die (ordnungsgemäße) **Lagerung** eines Patienten und deren Überwachung während der Operation in Vollnarkose zur Vermeidung von Lagerungsschäden. Das bedeutet, dass grds. der – wegen eines Lagerungsschadens – in Anspruch genommene Klinikträger den Beweis dafür führen muss, dass ein Lagerungsschaden nicht durch eine falsche Lagerung während der Operation verursacht worden ist.

3. Für die Anwendung dieses (Ausnahme)Grundsatzes ist aber dann kein Raum, wenn der **Patient eine körperliche Anomalie** mitbringt, die ihn für den eingetretenen Schaden anfällig macht. Besteht ein solcher Risikofaktor bei einem Patienten, der von den behandelnden Ärzten vor der Operation nicht erkannt werden konnte, ist der Gefahrenbereich der (ordnungsgemäßen) Lagerung des Patienten vom Arzt nicht mehr voll beherrschbar, so dass der Patient nachweisen muss, ob die Lagerung Ursache des später eingetretenen Schadens war.

4. Wird der Patient während der Operation dann in der (Rücken)Lage gelagert, die für die vorgesehene Operation Standard ist, reicht auch eine allgemeine **Behandlungsaufklärung**, die im Rahmen der Aufklärung über die Narkose deren Risiken enthält, u.a. dahingehend, „dass in Zusammenarbeit mit dem Operateur laufend die Lagerung auf dem Operationstisch überprüft wird, um Nervenschäden (Gefühlstörungen und Lähmungen) durch Druck oder Zerrung möglichst zu vermeiden“, aus. Eine weitergehende Aufklärung über spezielle Lagerungsschäden – hier wegen einer bei dem Kläger nicht bekannten Anomalie des Querfortsatzes des 7. Halswirbels – wird angesichts der fehlenden Erkennbarkeit vom Arzt dann nicht geschuldet.

4. BEWEISVERFAHREN NACH BEHANDLUNGSFEHLER IN BUNDESWEHRKRANKENHAUS

OLG Koblenz, Beschl. v. 11.08.2006 – 5 W 480/06 – MedR 2007, 252

RID 07-02-222

Heileingriff, Behandlungsfehler, Wehrdienstverhältnis, Wehrdienstbeschädigung, Beweisverfahren
GG Art. 34; SVG §§ 81, 85, 91a; BGB §§ 823, 839, 847; ZPO § 485

Leitsätze: 1. Ein misslungener ärztlicher Heileingriff oder ein sonstiger ärztlicher Behandlungsfehler im Rahmen des Wehrdienstverhältnisses stellt eine Wehrdienstbeschädigung nach § 81 Abs. 1 SVG mit der Folge entsprechender Ansprüche des Geschädigten nach § 85 SVG dar.

2. Die Zulässigkeit eines selbständigen Beweisverfahrens gegen die Bundesrepublik Deutschland lässt sich in einem derartigen Fall nicht unter Hinweis auf die Beschränkung des § 91a SVG verneinen, wenn offen ist, ob ein positiver und bindender Anerkennungsbescheid ergeht.

3. Gleiches gilt, wenn Ansprüche nach dem SVG entfallen und die allgemeinen Ansprüche wieder aufleben können.

5. FEHLERHAFTHE THERAPEUTISCHE AUFKLÄRUNG UND DADURCH VERURSACHTE VERZÖGERUNG DER WEITERBEHANDLUNG

OLG Karlsruhe, Urt. v. 25.10.2006 – 7 U 183/05 – juris

RID 07-02-223

Aufklärungsrüge, Tatsachenvortrag, Weiterbehandlung
BGB §§ 823, 847; ZPO § 531 II

Leitsätze: 1. Bei einer erstmals im Berufungsrechtszug erhobenen Aufklärungsrüge handelt es sich um neuen Tatsachenvortrag im Sinne des § 531 Abs. 2 ZPO, der nur nach Maßgabe des § 531 Abs. 2 Nr. 3 ZPO zugelassen werden kann.

2. Eine Verletzung der der Sicherstellung des erzielten Behandlungserfolges oder der erforderlichen Nach-/Weiterbehandlung dienende Pflicht zur therapeutischen Aufklärung (hier: Hinweis auf die Notwendigkeit weiterer Befunderhebung) führt nur zur Haftung des Arztes für Folgen, die auf einer dadurch verursachten Verzögerung der Weiterbehandlung beruhen.

6. SCHADENSERSATZ NACH BEHANDLUNGSFEHLER UND MEHRKOSTEN FÜR PRIVATÄRZTLICHE BEHANDLUNG

OLG Hamm, Urt. v. 15.03.2006 – 3 U 131/05 – MedR 2007, 114

RID 07-02-224

Schaden, Schadensersatz, Feststellungsinteresse, Behandlungsfehler, Krankenversicherung
BGB § 249; ZPO § 256

Leitsätze: 1. Besteht zwischen Schädiger und Geschädigtem Streit über eine genau beschriebene, auch in der Zukunft möglicherweise wiederkehrende einzelne Schadensposition, so besteht für die Feststellung der Einstandspflicht des Schädigers hinsichtlich dieser konkret bezeichneten Position auch dann ein Feststellungsinteresse, wenn seine Einstandspflicht für zukünftige (materielle) Schäden bereits zuvor allgemein rechtskräftig festgestellt wurde.

2. Wird wegen der Folgen eines Behandlungsfehlers ein Patient nicht in eine private Krankenversicherung aufgenommen, so umfasst der vom Schädiger zu leistende Schadensersatz auch die Verpflichtung, dem geschädigten Patienten die Mehrkosten einer privatärztlichen Behandlung zu ersetzen. Dabei sind die ersparten Versicherungsbeiträge abzuziehen.

7. SCHADENSERSATZ UND SCHMERZENGELD WG. FEHLERHAFTER WURZELKANALBEHANDLUNG

OLG Köln, Urt. v. 01.03.2007 – 5 U 148/04 – www.justiz.nrw.de

RID 07-02-225

Wurzelkanalbehandlung, Schmerzen, Schmerzensgeld, Diagnosemaßnahme, Beweislast
BGB §§ 823, 847

Wenn die **Schmerzen** nach einer Wurzelkanalbehandlung **länger als vier Tage** anhalten, kann nicht mehr von einem Anpassungsschmerz ausgegangen werden; dann muss die Ursache durch eine neue **Röntgenkontrolle** abgeklärt werden. Reagiert ein Zahnarzt nicht hinreichend auf die späteren Schmerzzustände der Patientin und unterlässt er die erforderliche Diagnosemaßnahme fehlerhaft, so ist die **Beweislast umzukehren**. Der behandelnde Zahnarzt hat nicht nur die **Kosten** für die nach zwei Zahnverlusten erforderlichen Implantate in Höhe von 5.500,- Euro zu tragen, sondern hat auch **Schmerzensgeld** in Höhe von 1.500,- Euro – unter Berücksichtigung dass die Patientin zwei eigene Zähne verloren hat, über einen längeren Zeitraum Schmerzen erleiden musste und auch die Nachbehandlung mit Beschwerden verbunden war - zu zahlen

III. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb

1. UNZULÄSSIGE BEZEICHNUNG "INTERNATIONALE APOTHEKE"

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.12.2006 – 13 A 2771/03 – juris

RID 07-02-226

Irreführende Werbung, Apotheke, Arzneimittel

ApoBerufsO NR § 9 I, II; GG Art. 12 I; HeilBerG NW §§ 6 I, 29 I

Leitsatz: Die Bezeichnung "Internationale Apotheke" ist irreführend, wenn die Apotheke nicht auch gängige ausländische Arzneimittel in einem nennenswerten Umfang vorrätig hält.

2. ARZNEIMITTELPREISVERORDNUNG: UNTERSCHREITEN DES EIGENEN HERSTELLERPREISES

OLG Köln, Urt. v. 08.12.2006 – 6 U 115/06 – juris

RID 07-02-227

Arzneimittelpreisverordnung, Herstellerpreis, Arzneimittel, Rabatt, Lauer-Liste

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; HWG § 7; AMG § 78

Es stellt einen Verstoß gegen die Arzneimittelpreisverordnung dar, wenn der Hersteller eines Arzneimittels seinen Herstellerpreis nachhaltig durch Rabatte unterschreitet, aber dennoch in der Lauer-Liste den nicht rabattierten Preis angibt.

IV. Private Krankenversicherung/Beihilfe/Privatbehandlung

1. ANSPRUCH AUF PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSUNTERLAGEN

LG Frankfurt a. M., Urt. v. 08.01.2007 – 2-24 S 127/06 – MDR 2007, 511

RID 07-02-228

Patient, psychotherapeutischen Behandlung, Psychotherapeut
BGB §§ 611 ff.

Ein Patient hat grundsätzlich Anspruch auf Einsichtnahme und Herausgabe der Protokolle seiner psychotherapeutischen Behandlung. Von dieser Pflicht sind nur die Notizen ausgenommen, die rein subjektive Eindrücke des Therapeuten wiedergeben. Es ist mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und seiner Würde nicht vereinbar, wenn ihm Dokumente vorenthalten werden, die ihn persönlich betreffen. Insoweit gilt im Wesentlichen der gleiche rechtliche Maßstab wie bei anderen Krankenunterlagen.

2. BGH: RÜCKERSTATTUNG VON WAHLEISTUNGSHONORAREN/UNZULÄSSIGE RECHTSAUSÜBUNG

BGH, Urt. v. 01.02.2007 – III ZR 126/06 – www.bundesgerichtshof.de

RID 07-02-229

Wahlleistung, Wahlleistungsvereinbarung, unzulässige Rechtsausübung, Bereicherungsanspruch
BGB §§ 134, 242, 812; BPflV § 22 II 1

Leitsatz: Zur Frage, ob einem Bereicherungsanspruch auf Rückerstattung von ärztlichen Honoraren für Wahlleistungen der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegengesetzt werden kann, wenn die zugrunde liegenden Wahlleistungsvereinbarungen zwar wegen Verstoßes gegen die Unterrichtungspflicht nach § 22 Abs. 2 Satz 1 BPflV unwirksam gewesen waren, diese Leistungen jedoch über einen langen Zeitraum abgerufen, beanstandungsfrei erbracht und honoriert worden sind.

3. VERTRAG MIT LABORARZT BEI BEAUFTRAGUNG DURCH BEHANDELNDEN ARZT

LG Dortmund, Urt. v. 19.10.2006 – 4 S 62/06 – juris

RID 07-02-230

Laboruntersuchung, Laborarzt, Vertrag, Vertragsverhältnis, Patient
BGB §§ 167, 631, 677, 683

Leitsatz: Vergibt ein behandelnder Arzt eine Laboruntersuchung an einen externen Laborarzt, kommt entweder direkt ein Vertragsverhältnis zwischen dem Laborarzt und dem Patienten zustande oder der Patient haftet dem Laborarzt aus den Grundsätzen der Geschäftsführung ohne Auftrag.

4. AUSFALLHONORAR BEI KURZFRISTIGER ABSAGE

A) NACHWEIS DES SCHADENS

OLG Stuttgart, Urt. v. 17.04.2007 – 1 U 154/06 – <http://lrbw.juris.de>

RID 07-02-231

Arzt, Zahnarzt, Bestellpraxis, Ausfallhonorar, Vertrag, Schaden, Schadensnachweis
BGB §§ 252, 615

Ob und unter welchen Voraussetzungen einem Arzt oder Zahnarzt für den Fall der Absage eines fest vereinbarten Behandlungstermins seitens den Patienten (hier: vier Stunden vorher, da angeblich ein Gerichtstermin bevorstand) Ansprüche auf das Behandlungshonorar nach § 615 BGB i.V. mit den Bestimmungen der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ bzw. GOZ) zustehen können, ohne dass der Arzt die Behandlung nachzuholen hat, ist in Rechtsprechung und Literatur umstritten. Ein **Vergütungsanspruch nach § 615 BGB** steht dann nicht zur Debatte, wenn ein **neuer Termin** vereinbart wird. Einen **Schadenersatzanspruchs** nach § 252 BGB besteht nicht, wenn der Arzt nicht darlegen kann, dass er sich darum bemüht hat, einen anderen Patienten einzubestellen oder wenn er behauptet und konkret belegt hat, dass dies dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge entspricht.

B) BESTELLPRAXIS UND VERHANDLUNGSVEREINBARUNG

AG Nettetal, Urt. v. 12.09.2006 – 17 C 71/03 – juris

RID 07-02-232

Arzt, Zahnarzt, Bestellpraxis, Ausfallhonorar, Vertrag, Vereinbarung
BGB §§ 294, 295, 296, 611, 615

Es mag grundsätzlich sein, dass Terminabsprachen bei Ärzten regelmäßig nur einen zeitgemäßen organisatorischen Behandlungsablauf sicherstellen sollen, indes nicht dafür getroffen werden, um im

Falle einer Verspätung zum Termin Honoraransprüche auszulösen. Etwas anderes gilt aber dann, wenn zwischen den Parteien eine **Verhandlungsvereinbarung** besteht, in der sich die Patientin damit einverstanden erklärt, dass sie im Falle ihres unentschuldigtem Nichterscheins zu einem Termin das entgangene Honorar des Klägers zu tragen hat, und sie explizit darauf hingewiesen wird, dass es sich bei der Praxis um eine solche handelt, die organisatorisch nach dem sog. Bestellsystem geführt wird.

Bei einer Exklusivität der Arzttermine bei Terminvereinbarungen wird eine kalendermäßige Bestimmung der Leistungszeit im Sinne von § 296 BGB getroffen (vgl. LG Konstanz, NJW 1994, 3015 f.; AG Bad Homburg, MDR 1994, 888; AG Bremen, NJW RR 1996, 818 f.; AG Rastatt, NJW RR 1996, 817 f.).

5. BEIHILFE

A) ABZUG FÜR "PRAXISGEBÜHR" AUCH BEI MITGLIEDSCHAFT IN GESETZLICHER KRANKENKASSE

VG Lüneburg, Urt. v. 01.11.2006 – 1 A 338/04 – juris

RID 07-02-233

Beihilfe, Praxisgebühr, gesetzliche Krankenkasse
SGB V § 28 IV; BG ND §§ 87 I, 87c; BhV § 12 I 2

Die Minderung der Beihilfe durch einen entsprechenden Betrag für die "Praxisgebühr" ist auch nach Zahlung einer entsprechenden Gebühr wegen Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenkasse zulässig.

B) ZAHNÄRZTLICHE IMPLANTATE

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.05.2006 – 1 A 3706/04 – MedR 2007, 119

RID 07-02-234

Zahnarzt, Implantatversorgung, Implantat, Frendlücke
BBG § 79; BhV § 6 I Nr. 1 S. 1 u. 2

Leitsatz: Zur Gewährung von Beihilfeleistungen für implantologische Leistungen eines Zahnarztes trotz fehlenden Vorliegens der Indikationen nach Nr 4 der Anlage 2 zu § 6 Abs 1 Nr 1 BhV unter unmittelbarer Anknüpfung an die Fürsorgepflicht des Dienstherrn (Einzelfall).

C) NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL

VG Hannover, Urt. v. 30.01.2007 – 2 A 8773/05 – juris

RID 07-02-235

Calzium-EAP, Vitagutt, Sanomit Q 10, Beihilfe, Arzneimittel, Verschreibungspflicht
SGB V § § 1 I 3 u. 4; BhV ND § 6 I Nr. 2; BG ND § 87c I 1; AMRL Nr. 16.1, 16.2, 16.3, 16.4

Leitsätze: 1. Die Beihilfavorschriften sind weiterhin in der Fassung anzuwenden, die im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen galten.

2. Der Katalog der Nr. 16.4 AMRL ist nicht abschließend. Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet eine entsprechende Anwendung des § 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

3. Auch in medizinisch begründeten Einzelfällen sind Aufwendungen für Nahrungsergänzungsmittel weder beihilfefähig noch aus Fürsorgegründen (anteilig) zu erstatten.

VG Gelsenkirchen, Urt. v. 19.01.2007 – 3 K 3324/05 – juris

RID 07-02-236

Beihilfefähigkeit, Beihilfe, Arzneimittel, Verschreibungspflicht, Bundesausschuss, Krankenfürsorgeprinzip
SGB V §§ BhV § 6 I Nr. 2b; SGB V § 92 I Nr. 6

Mit den Regelungen über den Ausschluss der Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel greift der Bundesminister des Innern in wesentliche Strukturprinzipien der Beihilfe ein, indem er losgelöst von Angemessenheit und Notwendigkeit eines verordneten Arzneimittels auf beihilferechtlich fremde Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung verweist (Anschluss an VG Göttingen, Urt. v. 04.10.2006 - 3 A 608/05 - u.a.).

Die **Erwägungen des BSG**, Urt. v. 20.03.1996 - 6 RKA 62/94- BSGE 78,70 und v. 16.09.1997 - 1 RK 28/95- BSGE 81, 54, wonach die **Richtlinien des Bundesausschusses** als verbindliche untergesetzliche Rechtsnormen für die Vertragsunterworfenen gewertet werden, treffen auf das beamtenrechtliche Krankenfürsorgeprinzip, das den Beamten gem. § 6 I Nr. 2 SGB V gerade im Hinblick auf den besonderen beamtenrechtlichen Beihilfeschutz von der Vertragspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse ausnimmt, nicht zu und es ist dem Dienstherrn deshalb verwehrt, die systemfremde gesetzliche Krankenversicherung zum Anknüpfungspunkt für eine nicht versicherungsfähige Beihilfekürzung an Beamte zu machen.

Das **SG** gab der Klage statt.

D) VIAGRA WEGEN EREKTIONSSTÖRUNG ALS FOLGE EINER KREBSOPERATION

OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.04.2007 – 10 A 11598/06.OVG – juris

RID 07-02-237

Revision zugelassen

Ein Bundesbeamter erhält zu den Aufwendungen für Viagra eine Beihilfe, wenn dieses Medikament wegen einer **krankheitsbedingten Erektionsstörung** verschrieben wurde. Der Ausschluss der Behandlung einer Krankheit – hier der Erektionsstörungen als Folge einer Krebsoperation der Prostata – von der Beihilfefähigkeit ist nicht deshalb gerechtfertigt, weil Viagra in Fällen, in denen keine Krankheit vorliegt, zur Verbesserung der sexuellen Potenz benutzt werde („Lifestyle-Mittel“). Einem etwaigen Missbrauch oder unzumutbaren finanziellen Belastungen der Beihilfekasse kann beispielsweise durch einen Eigenbehalt des Beamten, die Festsetzung eines Höchstbetrages oder eine mengenmäßige Begrenzung des anzuerkennenden Medikaments entgegengewirkt werden.

Pressemitteilung des Gerichts v. 09.05.2007 (Nr. 19/2007) - <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>

V. BGH: Rechtsweg bei wettbewerbsrechtlichen Ansprüchen gegen gesetzl. Krankenkasse

BGH, Beschl. v. 09.11.2006 – I ZB 28/06 – (Gesamtzufriedenheit) www.bundesgerichtshof.de

RID 07-02-238

Rechtswegzuständigkeit, Rechtsweg, Wettbewerbsrecht, Krankenversicherung, gesetzliche Krankenkasse, Privatversicherung

GVG §§ 13, 17a IV 4; SGG § 51 I Nr. 2, II 1; UWG § 8 III Nr. 2, 3 u. 4

Leitsatz: Wird ein wettbewerbsrechtlicher Anspruch einer privaten Krankenkasse oder einer nach § 8 Abs. 3 Nr. 2 bis 4 UWG klagebefugten Einrichtung gegen eine gesetzliche Krankenkasse nicht auf einen Verstoß gegen Vorschriften des SGB V, sondern ausschließlich auf wettbewerbsrechtliche Normen gestützt, deren Beachtung auch jedem privaten Mitbewerber obliegt, handelt es sich nicht um eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung i.S. von § 51 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 Satz 1 SGG, sondern um eine Streitigkeit, für die der Rechtsweg zu den ordentlichen Gerichten nach § 13 GVG eröffnet ist.

Aus den Gründen:

„(...)Im Streitfall leitet die Antragstellerin das beantragte Verbot nicht aus einem Verstoß gegen Vorschriften des SGB V ab. Auch die Rechtsbeziehungen der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken und sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden i.S. von § 69 SGB V, die einer Beurteilung nach dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb entzogen sind (BGH, Urt. v. 23.2.2006 - I ZR 164/03, GRUR 2006, 517 Tz 22 = WRP 2006, 747 - Blutdruckmessungen; Keßler, WRP 2006, 1283, 1284 ff.), stehen nicht in Rede. Vielmehr stützt die Antragstellerin ihr Begehren ausschließlich auf wettbewerbsrechtliche Normen, die für jeden Wettbewerber gelten. Für eine derartige Streitigkeit ist auch dann der Rechtsweg zu den ordentlichen Gerichten nach § 13 GVG gegeben, wenn - wie hier - auf der Passivseite eine gesetzliche Krankenversicherung steht. Dass dadurch im Einzelfall zur gerichtlichen Überprüfung einer Werbemaßnahme je nachdem, ob Klägerin eine gesetzliche oder eine private Krankenkasse bzw. eine Einrichtung i.S. von § 8 Abs. 3 Nr. 2 bis 4 UWG ist, der Rechtsweg zu den Sozialgerichten oder den ordentlichen Gerichten eröffnet sein kann, hat seinen Grund in den besonders geregelten Rechtsbeziehungen der gesetzlichen Krankenkassen untereinander, die durch Normen des Sozialrechts geprägt sind. Daraus folgt aber nicht, dass auch bei wettbewerbsrechtlichen Streitigkeiten, bei denen diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind und die sich nicht nach Vorschriften des Sozialrechts richten, der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet ist.“

VI. Verschiedenes

1. EUGH: BEHANDLUNG IN PRIVATKLINIK IN ANDEREM MITGLIEDSTAAT

EuGH, Urt. v. 19.04.2007 – C-444/05 – curia.europa.eu.

RID 07-02-239

Aikaterini Stamatelaki gegen NPDD Organismos Asfaliseos Eleftheron Epangelmaton (OAEE)

Dienstleistungsverkehrs, Kostenerstattung, stationäre Behandlung, Privatklinik, Verhältnismäßigkeit

EG Art. 49

Leitsatz: Art. 49 EG steht einer Regelung eines Mitgliedstaats der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Art entgegen, die jede Erstattung der Kosten der Behandlung der bei einem nationalen Sozialversicherungsträger Versicherten in Privatkliniken in einem anderen Mitgliedstaat, außer für die Behandlung von Kindern im Alter von bis zu 14 Jahren, ausschließt.

2. GENERALANWALT EUGH: STANDARD FÜR DIE VERBOTE DER ÖFFENTLICHKEITSWERBUNG FÜR ARZNEIMITTEL

Generalanwalt EuGH, Antrag. v. 11.01.2007 – C-374/05 – curia.europa.eu.

RID 07-02-240

Gintec International Import-Export GmbH gegen Verband Sozialer Wettbewerb e.V.

(Vorabentscheidungsersuchen des Bundesgerichtshofs [Deutschland])

Richtlinie 2001/83, Humanarzneimittel, Werbung, Vollständige Harmonisierung, Öffentlichkeitswerbung, Verbote und Beschränkungen, Werbung mit Auslosungen und Genesungsbescheinigungen, Auslegung der Art. 87 Abs. 3 und 90 Buchst. j“

1. Die Vorschriften über die Werbung (Titel VIII) der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel setzen einen Höchststandard für die Harmonisierung, so dass die Mitgliedstaaten keine weiter gehenden Verbote oder Beschränkungen erlassen können, als es die Richtlinie selbst erlaubt.

2. Die Richtlinie steht einer nationalen Regelung entgegen, die allgemein oder abstrakt Publikumswerbung für Medikamente in folgender Weise untersagt:

a) Äußerungen Dritter, es sei denn, dass das Verbot nur dann wirksam ist, wenn sie sich im Sinne von Art. 90 Buchst. j der Richtlinie 2001/83 in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise auf Genesungsbescheinigungen beziehen, eine Charakterisierung, die grundsätzlich nicht auf eine Werbung mit einer Umfrage bei fachkundigen Dritten ohne Bezugnahme auf bestimmte therapeutische Anwendungsgebiete zutrifft.

b) Wettbewerbe, Auslosungen und andere Verfahren mit zufallsbedingtem Ausgang, es sei denn, dass der Ausschluss davon abhängig gemacht wird, dass diese Instrumente entgegen Art. 87 Abs. 3 der Richtlinie 2001/83 zu einem unvernünftigen Gebrauch des Arzneimittels verleiten. Diese Bestimmung sowie Art. 88 Abs. 6 der Richtlinie lassen es nicht zu, dass ein Medikament im Internet mit einer monatlichen Auslosung eines Preises von geringem Wert, der aus einer Packung dieses Medikaments besteht, beworben wird.

3. Die vorstehenden Antworten gelten mutatis mutandis auch für die Richtlinie 92/28/EWG vom 31. März 1992 über die Werbung für Humanarzneimittel.

3. BGH: VERABREICHUNG VON MEDIZIN ALS THERAPEUTISCHES VERFAHREN

BGH, Urt. v. 19.12.2006 – X ZR 236/01 – (Carvedilol II) www.bundesgerichtshof.de

RID 07-02-241

Krankheit, Medizin, therapeutisches Verfahren, Patent

EuPatÜbk Art. 52 IV; PatG § 5 II

Leitsätze: 1. Die Verabreichung einer für die Behandlung einer bestimmten Krankheit vorgesehenen Medizin als solche ist ein therapeutisches Verfahren zur Behandlung des menschlichen Körpers. Sie ist nicht Element der Herrichtung eines Stoffes zur Verwendung bei der Behandlung einer Krankheit (Abgrenzung zu BGH, 20. September 1983, X ZB 4/83, BGHZ 88, 209, 217 - Hydropyridin).

2. Ist eine dem Patentschutz nicht zugängliche Dosierungsempfehlung eines von mehreren Merkmalen eines Patentanspruches, so ist sie jedenfalls nicht zur Beurteilung von Neuheit und erfinderischer Tätigkeit heranzuziehen. Es bleibt offen, ob die Aufnahme der Dosierungsempfehlung dazu führt, dass der Patentanspruch insgesamt vom Schutz ausgeschlossen ist.

4. TIERARZTPRAXIS IN DER RECHTSFORM DER GMBH

OLG Düsseldorf, Urt. v. 06.10.2006 – 3 Wx 107/06 – MedR 2007, 249 m. Anm. Rieger

RID 07-02-242

Tierarztpraxis, Rechtsform, GmbH, Tierärztekammer, Berufsordnung

HeilBerG NW § 29 II 3; GmbHG §§ 1, 3 I Nr. 2, 9c; GG Art. 12 I GG

Leitsatz: § 29 Abs. 2 Satz 3 HeilBerG ermöglicht die Führung einer Tierarztpraxis in der Rechtsform der GmbH nur, wenn – wie bei der Tierärztekammer Nordrhein bislang nicht der Fall – die Berufsordnung insoweit die Anforderungen im Einzelnen festlegt.

5. UNZULÄSSIGE WERBUNG FÜR „HEILSTOLLEN“ OHNE WISSENSCHAFTLICHE ABSICHERUNG

LG Arnsberg, Urt. v. 25.01.2007 – 8 O 93/06 – www.justiz.nrw.de

RID 07-02-243

Speläotherapie, Werbung, Stollen, Heilstollen, Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5 I, II Nr. 2, 8 I, III Nr. 2; HWG §§ 1 I Nr. 2, 3 Nr. 1

Eine **gesundheitsbezogene Werbeaussage** ist nicht erst irreführend, wenn sie unrichtig ist, sondern schon dann, wenn sie wissenschaftlich nicht gesichert ist oder wenn der Werbende diese Absicherung nicht dartun kann (Baumbach/Hefermehl, WettbewerbsR, 23 Aufl., § 5, 4.176 f.).

Die Werbung der Beklagten betrifft ihren Stollen. Das gilt auch, soweit sie dabei in den weiteren Angaben lt. 3.1 – 3.8 des Klageantrags die Speläotherapie, den Verband und dessen Standards anspricht.

Wird der Aufenthalt in einem Stollen damit beworben, dass dieser heilende Wirkung bei Atemwegs- und Hauterkrankungen und Allergien habe, dann muss dargetan werden, dass diese Wirkweise des Stollen wissenschaftlich gesichert ist.

6. VERGABERECHT: KRANKENKASSE UND EIGENSCHAFT ALS ÖFFENTLICHE AUFTRAGGEBERIN

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 05.10.2006 – VII-Verg 50/06 – juris

RID 07-02-244

Krankenkasse, öffentlicher Auftraggeber

GWB §§ 98 Nr. 2, 118 II

Ob eine **Krankenkasse** als **öffentliche Auftraggeberin** i.S.v. § 98 Nr. 2 GWB anzusehen ist, wofür manches spricht, wird der Senat wegen einer dann auftretenden Divergenz zu BayObLG, Beschl. v. 24.05.2004 - Verg 6/04 - RID 04-03-223 (MedR 2004, 687 = NZS 2005, 26) nicht ohne Weiteres entscheiden können. Insofern kommt sowohl eine Vorlage an den BGH (§ 124 Abs. 2 GWB) als auch ein Vorabentscheidungsersuchen an den EuGH in Betracht (Art. 234 EG). Indes zeigt sich schon an diesen Vorüberlegungen, dass zur Sicherstellung des Primärrechtsschutzes für die Ast. derzeit eine Verlängerung der aufschiebenden Wirkung des Rechtsmittels unerlässlich ist.

Die mit der A... H. zur Ag. fusionierte A... R. forderte durch Bekanntgabe in der Zeitschrift "Orthopädie-Schuhtechnik" im Juni 2006 Orthopädie-Schuhtechniker zur Abgabe von Angeboten über die Anfertigung und Lieferung von Schuhwerk zur integrierten Versorgung bei diabetischem Fußsyndrom auf. Die Ast. reichte ein Angebot ein und rügte zwei Tage danach Vergaberechtsverstöße bei der Bekanntmachung sowie in den Verdingungsunterlagen, insbesondere Unbestimmtheit der Leistungsbeschreibung. Ihren Nachprüfungsantrag lehnte die Vergabekammer teils als unzulässig (wegen Nichtbeachtung der Rügeobliegenheit), teils als unbegründet ab. In der Sache war die Vergabekammer der Auffassung, Beanstandungen an der Leistungsbeschreibung wirkten sich auf die Zuschlagschancen des Angebots der Ast. nicht ursächlich aus. Nach Aktenlage ist eine Vergabeentscheidung von der Ag. bislang weder getroffen noch bekannt gegeben worden. Das **OLG** gab der sofortigen Beschwerde der Ast. mit dem Antrag, die aufschiebende Wirkung des Rechtsmittels zu verlängern, statt.

7. ÄRZTEKRITIK DER GESUNDHEITSMINISTERIN IST KEINE BELEIDIGUNG

OLG Karlsruhe, Urt. v. 13.04.2007 – 14 U 11/07 – juris

RID 07-02-245

Allgemeines Persönlichkeitsrecht,

BGB §§ 823, 1004; StGB § 185; GG Art. 2 I, 5 I 1

Leitsatz: 1. Handelt es sich bei einem Kollektiv um eine unüberschaubar große Personengruppe, wird durch lediglich das Kollektiv bezeichnende herabsetzende Äußerungen grundsätzlich nicht auch das Persönlichkeitsrecht der dieser Gruppe angehörigen einzelnen Personen verletzt.

2. Eine zur Betroffenheit des Einzelnen führende Überschaubarkeit einer großen Zahl von Gruppenmitgliedern kann dann vorliegen, wenn diese - etwa durch zwingende Verhaltensregeln - in das angefochtene Kollektiv eingebunden sind.

3. Durch die Äußerung, die (mehr als 40.000) niedergelassenen Ärzte, die ihre Praxen aus Protest gegen eine geplante Reform des Gesundheitswesens aufgrund freier Entscheidung an einem bestimmten Tag geschlossen gehalten haben, hätten die Patienten und Kranken in „Geiselhaf“ genommen, wird der einzelne an dem Protest teilnehmende Arzt schon mangels individueller Betroffenheit nicht in seinem Persönlichkeitsrecht verletzt.

4. Es bleibt offen, in welcher Form eine Klarstellung mehrdeutiger Äußerungen zu erfolgen hat, damit nach dem Beschluss des BVerfG vom 24.05.2006 - „Babycaust“ - ein Unterlassungsanspruch des Betroffenen ausgeschlossen ist.

8. BEKANNTGABE DER IDENTITÄT EINES KRANKENHAUSPATIENTEN AN MITPATIENT

OLG Karlsruhe, Urt. v. 11.08.2006 – 14 U 45/04 – MedR 2007, 253

RID 07-02-246

Schweigepflicht, Patient, Einwilligung
StGB § 203 I Nr. 1, III 2

- 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.

9. ABTEILUNGSPFLEGESATZ UNTERSCHIEDL. FACHARZTBEZEICHNUNG (PSYCH. U. PSYCHOTH./GERONTOPSYCH.)

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 19.09.2006 – 9 S 612/04 – MedR 2007, 116

RID 07-02-247

Gerontopsychiatrie, Facharztbezeichnung, Psychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie
BPflV 1995 §§ 4 Nr. 1, 13 II 1, 17 IV; KHG § 18 IV; Psych-PV § 2 I

- Leitsätze:** 1. Nach § 13 Abs. 2 Satz 1 BPflV 1995 ist als Entgelt für ärztliche und pflegerische Tätigkeit und die dadurch veranlassten Leistungen für jede organisatorisch selbständige bettenführende Abteilung, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet wird, ein Abteilungspflegesatz zu vereinbaren und bei Nichtvereinbarung durch die Schiedsstelle festzusetzen (§ 18 Abs. 4 KHG).
2. Der Bildung eines Abteilungspflegesatzes steht nicht entgegen, dass keine dem Leistungsspektrum der Abteilung deckungsgleiche Facharztbezeichnung existiert, sofern der Leiter der Abteilung über eine Facharztbezeichnung bzw. Fachgebietsbezeichnung verfügt (hier: Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie), die die in der Abteilung zu bewältigenden Aufgaben (hier: Gerontopsychiatrie) umfasst.

10. KARTELLRECHTLICHEN KONTROLLE DER ZUSAMMENSCHLÜSSE VON KRANKENHÄUSERN (RHÖN-KLINIKUM AG)

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 11.04.2007 – VI-Kart 6/05 (V) – juris

RID 07-02-248

Zusammenschluss, Krankenhaus, Zusammenschlusskontrolle, Sanierungsfusion, Sicherstellungsauftrag
SGB V §§ 69, 108

- Leitsätze:** 1. Die Kontrolle eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern, die gemäß § 108 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind, wird weder durch § 69 SGB V noch durch das öffentlich-rechtliche Krankenhausrecht ausgeschlossen.
2. Auf dem für die Zusammenschlusskontrolle sachlich relevanten Markt stehen sich der Patient bzw. der einweisende Arzt als sein Disponent als Nachfrager und die Krankenhäuser als Anbieter der erforderlichen stationären Krankenhausbehandlung gegenüber, wobei eine Unterteilung des Marktes für Krankenhausdienstleistungen nach medizinischen Fachbereichen in Betracht zu ziehen ist.
3. Bei der Marktabgrenzung ist auf das Verhalten des potentiellen Nachfragers abzustellen. Dieses kann - sofern keine entgegenstehenden Anhaltspunkte vorhanden sind - aus dem Nachfrageverhalten in der Vergangenheit abgeleitet werden.
4. Die Grundsätze der sog. Sanierungsfusion sind auf kommunale Krankenhausträger nicht anzuwenden, soweit sie im Rahmen ihres landesgesetzlich geregelten Sicherstellungsauftrages verpflichtet sind, in der Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit die erforderlichen Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten.

11. PATENT FÜR NEURALE VORLÄUFERZELLEN, HERSTELLUNGSVERFAHREN UND THERAPIEVERWENDUNG

BPatG, Urt. v. 14.12.2006 – 3 NI 42/04 – (neurale Vorläuferzellen) www.bundespatentgericht.de **RID 07-02-249**
Patentierbarkeit, Nichtigkeit, öffentliche Ordnung, guten Sitten, neurale Vorläuferzelle, Patentierungsverbot
PatG § 2 I u. II 2 Nr. 3; EmbryonenschutzG §§ 2, 8 I; GG Art. 1 I, 5 III, 14 I

Leitsätze: 1. Der Nichtigkeitsgrund der mangelnden Patentierbarkeit nach § 2 PatG i. d. F. vom 21. Januar 2005 liegt vor, wenn die Verwertung der Erfindung des Streitpatents jedenfalls nach den rechtlichen und tatsächlichen Verhältnissen in dem Zeitpunkt der Entscheidung über die Nichtigkeitsklage gegen die öffentliche Ordnung oder die guten Sitten verstoßen würde.

2. Eine Erfindung fällt insoweit unter das Patentierungsverbot des § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 PatG, als ihr Gegenstand auch eine solche Ausführungsform - hier: neuronale Nervenzellen aus embryonalen Stammzellen menschlicher Herkunft - betrifft, bei deren gewerblicher Verwertung die Verwendung die Vernichtung menschlicher Embryonen zur Gewinnung von embryonalen Stammzellen unabdingbare Voraussetzung ist.

3. Das Patentierungsverbot des § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 PatG wird nicht dadurch ausgeräumt, dass nach dem Stammzellgesetz die Einfuhr und Verwendung solcher menschlicher embryonaler Stammzellen, die im Herkunftsland vor dem 1. Januar 2002 gewonnen wurden, unter sehr strengen Voraussetzungen für hochrangige Forschungszwecke erlaubt ist.

12. ÖFFENTLICH BESTELLTER SACHVERSTÄNDIGER NUR BIS ZUM 68. LEBENSJAHR

S. a. **OVG Niedersachsen**, Urt. v. 13.09.2006 – 12 ME 275/06 – RID 06-04-232.
Altersgrenze, Berufsfreiheit, Flugmedizinische Sachverständige
LuftVZO § 24 e VI; GG Art. 12

VG Mainz, Urt. v. 21.03.2007 – 6 L 149/07 –

RID 07-02-250

Auch nach Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) ist es nicht zu beanstanden, dass die öffentliche Bestellung eines Sachverständigen grundsätzlich mit der Vollendung des 68. Lebensjahres erlischt.

S. Pressemitteilung des Gerichts Nr. 12/2007 v. 17.04.2007

VG Arnsberg, Beschl. v. 14.02.2007 – 6 L 149/07 –

RID 07-02-251

Die Altersgrenze von 68 Jahren für Ärzte als flugmedizinische Sachverständige ist rechtmäßig. Die Altersgrenze schränkt auch das Grundrecht der Berufsfreiheit nicht unverhältnismäßig ein, weil die Tätigkeit als flugmedizinischer Sachverständiger keinen eigenständigen Beruf darstellt. Sie wird typischerweise von niedergelassenen Ärzten wahrgenommen.

13. VERSICHERUNGSPFLICHT EINES AIP IM WERKSÄRZTLICHEN DIENST

LSG Hessen, Urt. v. 25.01.2007 – L 8 KR 148 u. 165/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-02-252

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 12 KR 21/07 B

Sozialversicherungspflicht, ärztlicher Bereitschaftsdienst, Werksärztlicher Dienst, Arzt im Praktikum, abhängige Beschäftigung

SGB III § 25 I 1; SGB IV § 7 I; SGB V § 5 I Nr. 1; SGB VI § 1 S. 1 Nr. 1; SGB XI § 20 I S. 2 Nr. 1

Die Tätigkeit eines Arztes im Praktikum als Bereitschaftsarzt im Rahmen des Werksärztlichen Dienstes unterliegt der Versicherungspflicht in der Sozialversicherung.

SG Darmstadt, Urt. v. 13.07.2005 - S 10 KR 518/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

14. STEUERRECHT

A) BFH: AUSKUNFT BERUFSTÄNDISCHER KAMMER AN FINANZBEHÖRDE

BFH, Urt. v. 19.12.2006 – VII R 46/05 – www.bundesfinanzhof.de

RID 07-02-253

Finanzbehörde, Kammer, Rechtsanwaltskammer, Berufsordnung, Auskunftersuchen, Zwangsvollstreckung
AO 1977 § 93 I, § 105 I; BRAO § 76 I

Leitsätze: 1. Die Finanzbehörden sind grundsätzlich berechtigt, von einer Rechtsanwaltskammer Auskünfte über für die Besteuerung erhebliche Sachverhalte eines Kammermitglieds einzuholen; die

Vorschriften der Berufsordnung über die Verschwiegenheitspflicht des Kammervorstandes stehen dem nicht entgegen.

2. Ein solches Auskunftersuchen ist auch im Vollstreckungsverfahren zulässig.

3. Es ist nicht unverhältnismäßig oder unzumutbar, wenn das FA für Zwecke der Zwangsvollstreckung eine Rechtsanwaltskammer zur Auskunft über die Bankverbindung eines Kammermitglieds auffordert, sofern diesbezügliche Aufklärungsbemühungen beim Vollstreckungsschuldner erfolglos waren.

B) AUFWENDUNGEN FÜR DIE TEILNAHME AN EINEM FACHKONGRESS ALS WERBUNGSKOSTEN

BFH, Urt. v. 11.01.2007 – VI R 8/05 – www.bundesfinanzhof.de

RID 07-02-254

Aufwendung, Fachkongress, Werbungskosten, Einkünfte, nichtselbständige Arbeit, Berufstätigkeit
EStG § 9 I 1

Leitsatz: Aufwendungen für Fachkongresse können als Werbungskosten bei den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit abziehbar sein, wenn ein konkreter Zusammenhang mit der Berufstätigkeit besteht. Dies ist im Rahmen einer Gesamtwürdigung aller Umstände des Einzelfalls zu bestimmen.

C) PFLEGEUTACHTEN EINER KRANKENSCHWESTER NICHT STEUERFREI

FG Schleswig-Holstein, Urt. v. 01.03.2007 – 4 K 244/05 – juris

RID 07-02-255

Revision eingelegt: BFH - V R 32/07 -

Krankenschwester, MDG, Pflegegutachten, Gutachten, Steuerbefreiung
UStG § 4 Nr. 14 u. 15a; EWGRL 388/77 Art 13 Teil A Abs 1 Buchst c

Erstellt eine Krankenschwester im Auftrag des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ein Pflegegutachten für Zwecke der Pflegebedürftigkeit der Versicherten, ist die Tätigkeit weder nach § 4 Nr. 14 UStG noch nach § 4 Nr. 15 a UStG steuerbefreit.

Ist Hauptzweck des Gutachtens, dem Medizinischen Dienst eine Entscheidung darüber zu ermöglichen, in welche Pflegestufe die begutachtete Person einzustufen ist, liegt keine Tätigkeit im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung vor.

15. HEILPRAKTIKERGESETZ: BESCHRÄNKUNG DER HEILPRAKTIKERERLAUBNIS FÜR PHYSIOTHERAPEUTEN

OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.11.2006 – 6 A 10271/06 – juris = [/www.justiz.rlp.de](http://www.justiz.rlp.de)

RID 07-02-256

Heilpraktiker, Erlaubnis, Fachgebiet, Eignungsprüfung, berufseröffnende Prüfung, Masseur, Physiotherapeut
GG Art. 12 I; HeilprG § 1; HeilprGDV § 2 I 1; MPhG §§ 3, 8; PhysTh-AprV § 1 I

Leitsätze: 1. Die nach § 1 Abs. 1 HeilprG erforderliche Erlaubnis zur selbständigen Ausübung der Heilkunde darf auch gegenständlich beschränkt für bestimmte Fachgebiete erteilt werden, wenn und soweit dort mit gesetzlicher Billigung eine Ausdifferenzierung der Berufsbilder zu verzeichnen ist.

2. Die Eignungsüberprüfung nach § 2 Abs. 1 Buchst. i HeilprGDV I entfällt, wenn die Heilpraktikererlaubnis sich auf ein Gebiet beschränkt, auf dem die heilkundliche Betätigung vom Bestehen einer speziellen berufseröffnenden Prüfung abhängig ist.

16. KEINE RUNDFUNKGEBÜHREN FÜR PKW-FAHRTEN ZUR FACHARZTPRAXIS

VG Göttingen, Urt. v. 26.04.2007 – 2 A 394/06 – www.dbovg.niedersachsen.de

RID 07-02-257

Zweitgeräte (Radio oder Fernseher) in Fahrzeugen sind nur dann Rundfunkgebührenpflichtig, wenn die Fahrzeuge zu anderen als privaten Zwecken genutzt werden. Fahrten einer Ärztin zwischen ihrer Wohnung und ihrer Praxis sind dem privaten Bereich zuzuordnen. Sie sind der eigentlichen Erwerbstätigkeit vorgelagert, dienen aber nicht unmittelbar beruflichen Zwecken. Anders sind Fahrten zu Patienten oder solche Fahrten zu beurteilen, die zur Beschaffung von Praxismaterial dienen. Auch das Grundrecht auf Gleichbehandlung erfordert das Absehen von der Erhebung von Rundfunkgebühren. Denn Fahrten von Arbeitnehmern zwischen deren Wohnung und Arbeitsstätte werden als privaten und nicht als beruflichen Zwecken dienend betrachtet, so dass Rundfunkgebühren hierfür nicht erhoben werden. Selbständige dürfen insoweit nicht anders behandelt werden als Arbeitnehmer.

17. DROGENBERATUNGSSTELLE UND GEBOT DER RÜCKSICHTNAHME

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 21.03.2007 – 1 ME 61/07 – www.dbovg.niedersachsen.de

RID 07-02-258

Abwehrensanspruch, Allgemeininteresse, Anspruch auf Einschreiten, Drogenberatungsstelle, Gebot der Rücksichtnahme

BauGB § 34; NBauO § 89 I 1

Leitsätze: In einem auch durch Wohnnutzung geprägten Gebiet kann eine Drogenberatungsstelle trotz des daran bestehenden Allgemeininteresses mit dem Gebot der Rücksichtnahme unvereinbar sein.

Bei massiven Beeinträchtigungen kann sich das der Bauaufsichtsbehörde grundsätzlich zustehende Ermessen hinsichtlich des Einschreitens - ausnahmsweise - auf null reduzieren.

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 oder 06421/1708-24 (SG Marburg);

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@dgtkassenarztrecht.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 07-01) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

Verzeichnis der Entscheidungen

AG Nettetal, Urt. v. 12.09.2006 – 17 C 71/03 –	RID 07-02-232
BFH, Urt. v. 19.12.2006 – VII R 46/05 –	RID 07-02-253
BFH, Urt. v. 11.01.2007 – VI R 8/05 –	RID 07-02-254
BGH, Urt. v. 08.11.2006 – 2 StR 384/06 –	RID 07-02-211
BGH, Beschl. v. 09.11.2006 – I ZB 28/06 –	RID 07-02-238
BGH, Urt. v. 13.12.2006 – 5 StR 211/06 –	RID 07-02-212
BGH, Urt. v. 19.12.2006 – X ZR 236/01 –	RID 07-02-241
BGH, Urt. v. 01.02.2007 – III ZR 126/06 –	RID 07-02-229
BGH, Urt. v. 07.05.2007 – II ZR 281/05 –	RID 07-02-209
BPatG, Urt. v. 14.12.2006 – 3 NI 42/04 –	RID 07-02-249
BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 8/05 R –	RID 07-02-93
BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 9/05 R –	RID 07-02-94
BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 14/05 R –	RID 07-02-110
BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 15/06 R –	RID 07-02-92
BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 44/05 R –	RID 07-02-113
BSG, Urt. v. 06.09.2006 – B 6 KA 29/05 R –	RID 07-02-85
BSG, Urt. v. 06.09.2006 – B 6 KA 30/05 R –	RID 07-02-86
BSG, Urt. v. 06.09.2006 – B 6 KA 31/05 R –	RID 07-02-91
BSG, Urt. v. 06.09.2006 – B 6 KA 40/05 R –	RID 07-02-105
BSG, Urt. v. 06.09.2006 – B 6 KA 43/05 R –	RID 07-02-101
BSG, Urt. v. 28.09.2006 – B 3 KR 20/05 R –	RID 07-02-197
BSG, Urt. v. 28.09.2006 – B 3 KR 22/05 R –	RID 07-02-196
BSG, Urt. v. 28.09.2006 – B 3 KR 23/05 R –	RID 07-02-195
BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 1/05 R –	RID 07-02-99
BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 35/05 R –	RID 07-02-102
BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 46/05 R –	RID 07-02-87
BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 47/05 R –	RID 07-02-88
BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 48/05 R –	RID 07-02-89
BSG, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 49/05 R –	RID 07-02-90
BSG, Urt. v. 07.11.2006 – B 1 KR 24/06 R –	RID 07-02-191
BSG, Beschl. v. 07.11.2006 – B 1 KR 32/04 R –	RID 07-02-194
BSG, Beschl. v. 27.11.2006 – B 6 KA 38/06 B –	RID 07-02-114
BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 4/06 R –	RID 07-02-112
BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 7/06 R –	RID 07-02-111

BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 21/06 R –	RID 07-02-107
BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 23/06 B –	RID 07-02-108
BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 23/06 R –	RID 07-02-97
BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 39/05 R –	RID 07-02-106
BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 42/05 R –	RID 07-02-95
BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 43/06 B –	RID 07-02-96
BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 47/06 B –	RID 07-02-98
BSG, Urt. v. 07.12.2006 – B 3 KR 4/06 R –	RID 07-02-200
BSG, Urt. v. 07.12.2006 – B 3 KR 5/06 R –	RID 07-02-199
BSG, Urt. v. 07.12.2006 – B 3 KR 29/05 R –	RID 07-02-198
BSG, Urt. v. 14.12.2006 – B 1 KR 12/06 R –	RID 07-02-193
BSG, Urt. v. 14.12.2006 – B 1 KR 114/06 B –	RID 07-02-192
BSG, Beschl. v. 28.12.2006 – B 3 KR 38/06 R –	RID 07-02-201
BSG, Urt. v. 07.02.2007 – B 6 KA 3/06 R –	RID 07-02-109
BSG, Urt. v. 07.02.2007 – B 6 KA 11/06 R –	RID 07-02-100
BSG, Urt. v. 07.02.2007 – B 6 KA 32/05 R –	RID 07-02-103
BSG, Urt. v. 07.02.2007 – B 6 KA 33/05 R –	RID 07-02-104
BVerfG , Urt. v. 28.02.2007 – 1 BvL 5/03 –	RID 07-02-118
EuGH , Urt. v. 19.04.2007 – C-444/05 –	RID 07-02-239
Generalanwalt EuGH , Antrag. v. 11.01.2007 – C-374/05 –	RID 07-02-240
FG Schleswig-Holstein , Urt. v. 01.03.2007 – 4 K 244/05 –	RID 07-02-255
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 734/06 –	RID 07-02-78
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 894/06 –	RID 07-02-77
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 5567/05 –	RID 07-02-84
LSG Baden-Württemberg, B. v. 31.01.2007 – L 5 KA 6444/06 W-B –	RID 07-02-83
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.02.2007 – L 5 KR 973/06 –	RID 07-02-119
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.02.2007 – L 5 KR 4134/05 –	RID 07-02-165
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.03.2007 – L 5 KA 1861/06 –	RID 07-02-36
LSG Baden-Württemberg, B. v. 04.04.2007 – L 5 KR 518/07 ER-B –	RID 07-02-187
LSG Bayern , Urt. v. 25.10.2006 – L 12 KA 187/05 –	RID 07-02-62
LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2006 – L 4 KR 17/04 –	RID 07-02-124
LSG Bayern, Urt. v. 17.11.2006 – L 5 KR 193/05 –	RID 07-02-142
LSG Bayern, Urt. v. 17.11.2006 – L 5 KR 224/05 –	RID 07-02-123
LSG Bayern, Urt. v. 06.12.2006 – L 12 KA 251/05 –	RID 07-02-69
LSG Bayern, Urt. v. 09.01.2007 – L 5 KR 41/06 –	RID 07-02-151
LSG Bayern, Beschl. v. 11.01.2007 – L 4 B 989/06 KR ER –	RID 07-02-188
LSG Bayern, Urt. v. 18.01.2007 – L 4 KR 23/04 –	RID 07-02-167
LSG Bayern, Urt. v. 31.01.2007 – L 12 KA 217/05 –	RID 07-02-31
LSG Bayern, Urt. v. 05.02.2007 – L 4 KR 26/05 –	RID 07-02-162
LSG Bayern, Beschl. v. 06.03.2007 – L 4 B 45/07 KR ER –	RID 07-02-135
LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 17/05 –	RID 07-02-60
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 21/06 –	RID 07-02-70
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.12.2006 – L 9 KR 66/04 –	RID 07-02-153
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.12.2005 – L 9 KR 128/03 –	RID 07-02-154
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 15.01.2007 – L 7 B 101/06 KA –	RID 07-02-82
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 31.01.2007 – L 9 KR 407/01 –	RID 07-02-116
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 31.01.2007 – L 9 KR 1168/05 –	RID 07-02-117
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.02.2007 – L 24 KR 247/06 –	RID 07-02-122
LSG Hamburg , Urt. v. 24.01.2007 – L 1 KR 15/06 –	RID 07-02-178
LSG Hamburg, Urt. v. 24.01.2007 – L 1 KR 19/06 –	RID 07-02-185
LSG Hamburg, Urt. v. 24.01.2007 – L 1 KR 36/06 –	RID 07-02-163
LSG Hamburg, Urt. v. 07.02.2007 – L 1 KR 33/06 –	RID 07-02-186
LSG Hamburg, Urt. v. 28.02.2007 – L 2 KA 3/05 –	RID 07-02-16
LSG Hamburg, Urt. v. 28.02.2007 – L 2 KA 4/05 –	RID 07-02-28
LSG Hessen , Urt. v. 11.04.2006 – L 6/7 KA 818/02 –	RID 07-02-51
LSG Hessen, Urt. v. 05.07.2006 – L 6/7 KA 814/01 u.a. –	RID 07-02-53
LSG Hessen, Urt. v. 05.07.2006 – L 6/7 KA 815/01 u.a. –	RID 07-02-54
LSG Hessen, Urt. v. 17.05.2006 – L 6/7 KA 12/05 –	RID 07-02-13
LSG Hessen, Urt. v. 17.05.2006 – L 6/7 KA 526/02 –	RID 07-02-14
LSG Hessen, Urt. v. 17.05.2006 – L 6/7 KA 552/03 –	RID 07-02-15
LSG Hessen, Urt. v. 17.05.2006 – L 6/7 KA 795/02 –	RID 07-02-12
LSG Hessen, Urt. v. 23.08.2006 – L 6/7 KA 127/02 –	RID 07-02-09
LSG Hessen, Urt. v. 23.08.2006 – L 6/7 KA 267/02 –	RID 07-02-10
LSG Hessen, Urt. v. 01.11.2006 – L 6/7 KA 63/04 –	RID 07-02-11
LSG Hessen, Urt. v. 01.11.2006 – L 6/7 KA 66/04 –	RID 07-02-72
LSG Hessen, Urt. v. 01.11.2006 – L 6/7 KA 68/04 –	RID 07-02-73
LSG Hessen, Urt. v. 25.01.2007 – L 8 KR 18/05 –	RID 07-02-144
LSG Hessen, Urt. v. 25.01.2007 – L 8 KR 148 u. 165/05 –	RID 07-02-252
LSG Hessen, Beschl. v. 30.01.2007 – L 8/14 KR 314/04 –	RID 07-02-133
LSG Hessen, Urt. v. 12.04.2007 – L 1 KR 219/05 –	RID 07-02-158
LSG Hessen, Urt. v. 25.04.2007 – L 4 KA 34/06 –	RID 07-02-52
LSG Hessen, Beschl. v. 30.04.2007 – L 8 KR 199/06 ER –	RID 07-02-180
LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 21.02.2007 – L 4 KR 78/05 –	RID 07-02-128
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.11.2006 – L 2 KN 108/06 KR –	RID 07-02-161
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.01.2007 – L 16 KR 162/04 –	RID 07-02-190
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.01.2007 – L 16 KR 214/04 –	RID 07-02-189
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 12.02.2007 – L 10 B 35/06 KA ER –	RID 07-02-75
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.02.2007 – L 11 KR 21/06 –	RID 07-02-148
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22.02.2007 – L 5 B 8/07 KR ER –	RID 07-02-115

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.02.2007 – L 11 KA 32/06 –	RID 07-02-68
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.02.2007 – L 11 KA 82/06 –	RID 07-02-63
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.03.2007 – L 16 B 10/07 KR ER –	RID 07-02-136
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.03.2007 – L 11 KA 25/05 –	RID 07-02-56
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.03.2007 – L 11 KA 33/05 –	RID 07-02-58
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.03.2007 – L 11 KA 43/05 –	RID 07-02-57
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2007 – L 11 KR 58/06 –	RID 07-02-125
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2007 – L 16 KR 88/05 –	RID 07-02-174
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2007 – L 16 KR 204/06 –	RID 07-02-150
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.03.2007 – L 11 KR 93/06 –	RID 07-02-147
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.03.2007 – L 5 KR 143/06 –	RID 07-02-179
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.03.2007 – L 11 KA 9/06 –	RID 07-02-32
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 19.04.2007 – L 16 B 14/07 KR ER –	RID 07-02-129
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.04.2007 – L 11 KA 115/05 –	RID 07-02-59
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.05.2007 – L 10 B 27/06 KA –	RID 07-02-81
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 19.10.2006 – L 5 KR 50/06 –	RID 07-02-169
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 14.02.2007 – L 5 ER 36/07 KA–	RID 07-02-25
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 15.02.2007 – L 5 KA 1/07 –	RID 07-02-50
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 15.02.2007 – L 5 KA 9/06 –	RID 07-02-30
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.04.2007 – L 5 KR 151/06 –	RID 07-02-160
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.04.2007 – L 5 KR 201/06 –	RID 07-02-173
LSG Sachsen , Beschl. v. 10.07.2006 – L 1 B 267/05 KR-ER –	RID 07-02-149
LSG Sachsen, Urt. v. 26.07.2006 – L 1 KA 3/06 –	RID 07-02-79
LSG Sachsen, Beschl. v. 04.04.2007 – L 1 B 84/06 KA-ER –	RID 07-02-35
LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 16.11.2006 – L 4 KR 60/04 –	RID 07-02-132
LSG Schleswig Holstein , Urt. v. 31.01.2007 – L 5 KR 28/06 –	RID 07-02-139
LSG Schleswig Holstein, Urt. v. 31.01.2007 – L 5 KR 45/06 –	RID 07-02-141
LSG Schleswig Holstein, Urt. v. 12.02.2007 – L 4 KA 35/05 –	RID 07-02-29
LSG Schleswig Holstein, Urt. v. 28.02.2007 – L 5 KR 97/05 –	RID 07-02-126
LG Arnsberg , Urt. v. 25.01.2007 – 8 O 93/06 –	RID 07-02-243
LG Dortmund , Urt. v. 19.10.2006 – 4 S 62/06 –	RID 07-02-230
LG Frankfurt a. M. , Urt. v. 29.09.2006 – 3-12 O 205/06 –	RID 07-02-208
LG Frankfurt a. M., Urt. v. 08.01.2007 – 2-24 S 127/06 –	RID 07-02-228
LG München I , Urt. v. 18.09.2006 – BG-Z 2/06–	RID 07-02-206
OLG Düsseldorf , Beschl. v. 05.10.2006 – VII-Verg 50/06 –	RID 07-02-244
OLG Düsseldorf, Urt. v. 06.10.2006 – 3 Wx 107/06 –	RID 07-02-242
OLG Düsseldorf, Beschl. v. 11.04.2007 – VI-Kart 6/05 (V) –	RID 07-02-248
, Urt. v. 15.03.2006 – 3 U 131/05 –	RID 07-02-224
, Urt. v. 28.03.2007 – 4 U 1030/04 –	RID 07-02-221
OLG Karlsruhe , Urt. v. 11.08.2006 – 14 U 45/04 –	RID 07-02-246
OLG Karlsruhe, Urt. v. 25.10.2006 – 7 U 183/05 –	RID 07-02-223
OLG Karlsruhe, Urt. v. 13.04.2007 – 14 U 11/07 –	RID 07-02-245
OLG Koblenz , Beschl. v. 11.08.2006 – 5 W 480/06 –	RID 07-02-222
OLG Koblenz, Urt. v. 13.07.2006 – 5 U 17/06 –	RID 07-02-220
OLG Köln , Urt. v. 08.12.2006 – 6 U 115/06 –	RID 07-02-227
OLG Köln, Urt. v. 01.03.2007 – 5 U 148/04 –	RID 07-02-225
OLG München , Urt. v. 19.10.2006 – 1 U 2149/06 –	RID 07-02-219
OLG Stuttgart , Urt. v. 17.04.2007 – 1 U 154/06 –	RID 07-02-231
OLG Stuttgart, Urt. v. 10.5.2007 – 2 U 176/06 –	RID 07-02-210
OVG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 24.05.2006 – 1 A 3706/04 –	RID 07-02-234
OVG Nordrhein-Westfalen, B. v. 29.08.2006 – 13 A 3968/04 u.a. –	RID 07-02-207
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.12.2006 – 13 A 2771/03 –	RID 07-02-226
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.01.2007 – 13 A 2534/05.T –	RID 07-02-205
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.04.2007 – 13 A 3784/05 –	RID 07-02-215
OVG Niedersachsen , Urt. v. 20.07.2006 – 8 LC 185/04 –	RID 07-02-257
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 14.03.2007 – 8 LA 177/06 –	RID 07-02-204
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 21.03.2007 – 1 ME 61/07 –	RID 07-02-258
OVG Niedersachsen, Urt. v. 26.04.2007 – 8 LB 212/05 –	RID 07-02-217
OVG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 21.11.2006 – 6 A 10271/06 –	RID 07-02-256
OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.04.2007 – 10 A 11598/06.OVG –	RID 07-02-237
OVG Saarland , Urt. v. 23.08.2006 – 1 R 19/06 –	RID 07-02-213
SG Aachen , Urt. v. 28.11.2006 – S 13 KR 51/05 –	RID 07-02-171
SG Aachen, Urt. v. 05.12.2006 – S 13 KR 71/06 –	RID 07-02-120
SG Aachen, Urt. v. 16.01.2007 – S 13 KR 40/06 –	RID 07-02-168
SG Aachen, Urt. v. 16.01.2007 – S 13 KR 68/06 –	RID 07-02-166
SG Aachen, Gerichtsb. v. 22.01.2007 – S 13 KR 75/06 –	RID 07-02-121
SG Aurich , Urt. v. 28.02.2007 – S 1 KR 82/03 –	RID 07-02-127
SG Berlin , Urt. v. 17.01.2007 – S 83 KA 253/04 –	RID 07-02-06
SG Berlin, Urt. v. 23.03.2007 – S 86 KR 660/04 –	RID 07-02-134
SG Darmstadt , Urt. v. 18.12.2006 – S 13 KR 99/05 –	RID 07-02-140
SG Dresden , Urt. v. 13.12.2006 – S 11 KA 316/03 –RID 07-02-01	
SG Dresden, Urt. v.13.12.2006 – S 11 KA 791/01 –	RID 07-02-04
SG Dresden, Urt. v.13.12.2006 – S 11 KA 848/02 –	RID 07-02-02
SG Dresden, Urt. v.13.12.2006 – S 11 KA 950/02 –	RID 07-02-03
SG Dresden, Urt. v. 08.03.2007 – S 18 KR 637/04 –	RID 07-02-145
SG Dresden, Beschl. v. 02.04.2007 – S 18 KR 142/07 ER –	RID 07-02-183
SG Dortmund , Urt. v. 22.08.2006 – S 9 KA 51/06 –	RID 07-02-64
SG Duisburg, Besch. v. 20.04.2007 – S 7 KR 1/07 ER –	RID 07-02-137
SG Düsseldorf , Urt. v. 12.12.2006 – S 4 KR 269/04 –	RID 07-02-130

SG Düsseldorf, Urt. v. 12.12.2006 – S 4 KR 367/04 –	RID 07-02-146
SG Düsseldorf, Urt. v. 09.01.2007 – S 4 KR 323/04 –	RID 07-02-155
SG Düsseldorf, Urt. v. 18.01.2007 – S 4 KR 72/04 –	RID 07-02-184
SG Düsseldorf, Urt. v. 18.01.2007 – S 4 KR 171/05 –	RID 07-02-159
SG Düsseldorf, Urt. v. 12.02.2007 – S 8 KR 360/04 –	RID 07-02-157
SG Düsseldorf, Beschl. v. 27.04.2007 – S 2 KA 32/07 ER –	RID 07-02-76
SG Düsseldorf, Urt. v. 16.05.2007 – S 2 (17) KA 287/04 –	RID 07-02-55
SG Hannover , Urt. v. 13.09.2006 – S 35 KA 535/05 –	RID 07-02-23
SG Hannover, Urt. v. 13.09.2006 – S 35 KA 878/06 –	RID 07-02-22
SG Karlsruhe , Urt. v. 27.10.2006 – S 1 KA 3241/05 –	RID 07-02-71
SG Karlsruhe, Urt. v. 26.01.2007 – S 1 KA 3088/04 –	RID 07-02-27
SG Koblenz , Urt. v. 22.02.2007 – S 11 KR 539/05 –	RID 07-02-176
SG Koblenz, Urt. v. 28.02.2007 – S 6 KR 42/06 –	RID 07-02-177
SG Köln , Urt. v. 09.03.2007 – S 26 (19) KR 383/04 –	RID 07-02-143
SG Konstanz , Urt. v. 29.06.2006 – S 8 KR 1641/05 –	RID 07-02-170
SG Landshut , Urt. v. 25.01.2007 – S 4 KR 16/05 –	RID 07-02-181
SG Landshut, Urt. v. 25.01.2007 – S 4 KR 169/05 –	RID 07-02-182
SG Landshut, Urt. v. 02.03.2007 – S 1 KR 117/05 –	RID 07-02-152
SG Leipzig , Urt. v. 30.11.2006 – S 8 KR 253/05 –	RID 07-02-156
SG Leipzig, Urt. v. 30.11.2006 – S 8 KR 286/05 –	RID 07-02-175
SG Leipzig, Urt. v. 21.12.2006 – S 8 KR 310/05 –	RID 07-02-172
SG Leipzig, Urt. v. 15.02.2007 – S 8 KR 369/05 –	RID 07-02-131
SG Lübeck , Urt. v. 18.08.2005 – S 3 KR 1461/04 –	RID 07-02-164
SG Mainz , Beschl. v. 29.12.2006 – S 6 ER 276/06 KA –	RID 07-02-24
SG Marburg , Urt. v. 18.12.2006 – S 12 KA 1041/06 –	RID 07-02-67
SG Marburg, Beschl. v. 21.02.2007 – S 12 KA 37/07 ER –	RID 07-02-49
SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 10/05 –	RID 07-02-05
SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 43/06 –	RID 07-02-43
SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 59/07 –	RID 07-02-21
SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 565/06 –	RID 07-02-07
SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 701/06 –	RID 07-02-37
SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 718/05 –	RID 07-02-26
SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 795/06 –	RID 07-02-41
SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 807/06 –	RID 07-02-42
SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 861/06 –	RID 07-02-40
SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 893/06 –	RID 07-02-19
SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 927/06 –	RID 07-02-48
SG Marburg, Beschl. v. 21.03.2007 – S 12 KA 75/07 ER –	RID 07-02-65
SG Marburg, Urt. v. 21.03.2007 – S 12 KA 813/06 –	RID 07-02-30a
SG Marburg, Urt. v. 21.03.2007 – S 12 KA 840/06 –	RID 07-02-59b
SG Marburg, Urt. v. 21.03.2007 – S 12 KA 1026/06 –	RID 07-02-59a
SG Marburg, Urt. v. 21.03.2007 – S 12 KA 1202/05 –	RID 07-02-50a
SG Marburg, Beschl. v. 22.03.2007 – S 12 KA 80/07 ER –	RID 07-02-66
SG Marburg, Urt. v. 25.04.2007 – S 12 KA 786/06 –	RID 07-02-33
SG Marburg, Urt. v. 25.04.2007 – S 12 KA 995/06 –	RID 07-02-34
SG Marburg, Urt. v. 25.04.2007 – S 12 KA 1057/06 –	RID 07-02-39
SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 27/07 –	RID 07-02-80
SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 33/06 –	RID 07-02-38
SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 876/06 –	RID 07-02-20
SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 880/06 –	RID 07-02-74
SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 908/06 –	RID 07-02-44
SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 909/06 –	RID 07-02-08
SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 910/06 –	RID 07-02-17
SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 993/06 –	RID 07-02-46
SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 998/06 –	RID 07-02-47
SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 1003/06 –	RID 07-02-45
SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 1027/06 –	RID 07-02-18
SG Stuttgart , Beschl. v. 26.04.2007 – S 10 KA 2895/07 ER –	RID 07-02-61
SG Neubrandenburg , Urt. v. 07.06.2006 – S 4 KR 38/03 –	RID 07-02-138
VG Arnsberg , Beschl. v. 14.02.2007 – 6 L 149/07 –	RID 07-02-251
VG Augsburg , Urt. v. 30.11.2005 – Au 4 K 05.663 –	RID 07-02-202
VG Gelsenkirchen , Urt. v. 19.01.2007 – 3 K 3324/05 –	RID 07-02-236
VG Gelsenkirchen, Urt. v. 16.02.2007 – 19 K 169/05 –	RID 07-02-218
VG Göttingen , Urt. v. 26.04.2007 – 2 A 394/06 –	RID 07-02-257
VG Hamburg , Urt. v. 05.12.2006 – 10 K 2075/05 –	RID 07-02-216
VG Hannover , Urt. v. 30.01.2007 – 2 A 8773/05 –	RID 07-02-235
VG Lüneburg , Urt. v. 01.11.2006 – 1 A 338/04 –	RID 07-02-233
VG Mainz , Urt. v. 21.03.2007 – 6 L 149/07 –	RID 07-02-250
VG Minden , Urt. v. 14.05.2007 – 7 K 3250/06 –	RID 07-02-203
VG Wiesbaden , Urt. v. 29.09.2006 – E 437/06 (1) –	RID 07-02-214
VGH Baden-Württemberg , Urt. v. 19.09.2006 – 9 S 612/04 –	RID 07-02-247

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 09.05.2007: 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: Beschluss des Bewertungsausschusses	8, 9, 10 u. 11/07	Ist der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 gemäß § 85 Abs 4 S 4 iVm Abs 4a SGB 5 zur Festlegung der angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen hinsichtlich der Festsetzung der Betriebsausgaben der Psychotherapeuten sowie hinsichtlich der Berechnung der Erträge der Vergleichsgruppen rechtswidrig? Kann ein psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt für die probatorischen Leistungen nach Nr 870 EBM-Ä den selben Punktwert wie für die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen beanspruchen? Nur 11/07: Darf die Stützung des Punktwerts für sonstige (zB probatorische) Leistungen umso geringer ausfallen, je höher der Punktwert für die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen liegt?	SG Dresden, Urt. v. 13.12.2006 - S 11 KA 316/03 – - S 11 KA 848/02 – - S 11 KA 950/02 – - S 11 KA 795/01 –	07-02-01 (S. 7)
	12/07	Ist durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 bezüglich der Berechnung des Mindestpunktwertes für die antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen des Kap G Abschn IV EBM-Ä eine angemessene Vergütung je Zeiteinheit iS der gesetzlichen Vorgabe des § 85 Abs 4 S 4 SGB 5 und der Rechtsprechung des BSG gewährleistet?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 13.10.2006 - L 4 KA 4/05 -	07-01-01
Psychotherapeuten – Honorar bis Ende 1998: Vergleichsgruppe/ Mengenzuwachsbegrenzungsregelungen	17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25/07	Ist für die Beurteilung, ob zeitabhängige und genehmigungsbedürftige psychotherapeutische Leistungen bis Ende 1998 angemessen vergütet wurden, stets auf die Honorarsituation der Allgemeinärzte abzustellen oder sind die Arztgruppen mit den im Bereich der jeweiligen KÄV niedrigsten Durchschnittseinkommen (hier: Kinderärzte, Hautärzte, Nervenärzte) vergleichend heranzuziehen? Ist für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bis Ende 1998 im Bereich der neuen Bundesländer bei Anwendung des vom BSG entwickelten Berechnungsmodells hinsichtlich der Praxiskosten der Psychotherapeuten auf den festen Betrag von 66.000 DM oder auf den linearen Kostensatz von 40,2 % abzustellen? Außer 23 u. 25/07: Darf ein Honorarverteilungsmaßstab Mengenzuwachsbegrenzungsregelungen auch für zeitabhängige und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen vorsehen?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.06.2006 - L 7 KA 18/02 *25 - - L 7 KA 72/06 - - L 7 KA 19/02 *25 - - L 7 KA 20/02 *25 - - L 7 KA 76/06 - - L 7 KA 22/02 *25 - - L 7 KA 17/02 *25 - - L 7 KA 15/02 *25 -	06-03-03 06-04-02
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?	SG Reutlingen, Urt. v. 10.05.2006 - S 1 KA 201/04 -	06-04-01
Bewertungsausschuss: Veränderungen der Zahl der Hausärzte	36/06	Steht die Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrages durch den Bewertungsausschuss dahingehend, dass bei der Ermittlung des hausärztlichen bzw fachärztlichen Vergütungsanteils nur Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen berücksichtigt werden, nicht hingegen auf sonstigen Ursachen beruhende Veränderungen der Anzahl	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 11.07.2006 - L 4 KA 14/05 -	06-04-06

		der an der hausärztlichen oder der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, im Einklang mit der Ermächtigungsgrundlage in § 85 Abs 4a S 3 SGB 5? Verstößt die Regelung des § 85 Abs 4a S 3 SGB 5 gegen Verfassungsrecht?		
Vergütung für Laborärzte (KV Nordrhein IV/97 bis IV/98)	20/06 Termin: 23.05.2007	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 Termin: 23.05.2007	Hat die Begrenzung des Zuschlags von 24 % nach der Präambel zu Kap O Abschn III EBM-Ä auf eine Gesamtsumme von 6,2 Mio DM 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
Fehlerhafte Abrechnungsvolumina im Referenzquartal (HNO-Ärzte, KV Sachsen I/02-II/03)	2 u. 3/07	Verstößt eine Honorarverteilungsregelung gegen höherrangiges Recht, wenn sie zur Bestimmung der Honorarkontingente für die einzelnen Arztgruppen an die tatsächlich in einem Referenzzeitraum ausbezahlten Vergütungen anknüpft und diese auf einer rechtswidrigen Regelung (hier: automatische Berücksichtigung von Arztzahlveränderungen) beruhen?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 18.10.2006 – L 1 KA 14/06 – - L 1 KA 23/06 –	07-01-16 07-01-15
Notfallbehandlungen durch Krankenhäuser - Fallzahlabstaffelung	5/06 Termin: 23.05.2007	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
Individualbudget: FachgruppPENDURCHSCHNITT	9 u. 10/06 Termin: 28.03.2007	Ist die für die Bemessung von Individualbudgets vorgesehene Berechnung des FachgruppPENDURCHSCHNITT anhand des Medians (und nicht nach Maßgabe des arithmetischen Mittelwerts) von dem Gestaltungsspielraum gedeckt, der einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung des Honorarverteilungsmaßstabes zusteht?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 02.11.2005 - L 11 KA 6/02 u. 14/01 -	06-04-10
Honorarkontingent für Anästhesisten und andere Mehreinnahmen (KV Niedersachsen I/96 bis I/97)	43/06	Kann eine Kassenärztliche Vereinigung bei der Prüfung, ob angesichts des Punktwertverfalls innerhalb eines Honorarkontingents eine Änderung oder Weiterentwicklung des zu Grunde liegenden Honorarverteilungsmaßstabes zu erfolgen hat, auch berücksichtigen, dass die zum Punktwertverfall führende Leistungsausweitung gleichzeitig zu überproportionalen Mehreinnahmen in einer anderen Sparte (hier: Zuschläge für ambulante Operationsleistungen bei Anästhesisten) geführt hat?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 08.11.2006 - L 3 KA 449/03 -	07-01-06
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?	<i>SG Stuttgart</i> , Urt. v. 28.06.2006 - S 10 KA 5811/05 -	06-03-16
Aufrechnung alten Schuldsaldos einer Einzelpraxis mit Gemeinschaftspraxis	6/06 Termin: 07.02.2007	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, Honoraranprüche einer neu gegründeten Gemeinschaftspraxis mit Forderungen zu verrechnen, die gegenüber einem der Vertragsärzte während dessen Einzelpraxis und noch vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens entstanden sind?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 07.12.2005 - L 11 KA 7/04 –	06-01-11
Verwaltungsgebühren für Erstattung von Intraokularlinsen	1/07	Unterliegen Honoraranteile, die auf einer Erstattung von Sachkosten für Intraokularlinsen beruhen, die Augenärzte in ihrer Eigenschaft als Operateure beschafft und vorgehalten haben, der Verwaltungskostenumlage einer Kassenärztlichen Vereinigung?	LSG Bayern, Urt. v. 09.08.2006 - L 12 KA 320/04 –	07-01-22
Zahnärzte: Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs nach § 95b SGB V	38/06	Können Zahnärzte, die in einem mit anderen Zahnärzten abgestimmten Verhalten auf ihre vertragszahnärztliche Zulassung verzichtet haben (kollektiver Zulassungsverzicht), von den Krankenkassen die Vergütung ihrer Leistungen für GKV-Patienten beanspruchen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 06.04.22 - L 3 KA 90/06 -	06-04-22

		chen?		
	37/06	Können Zahnärzte, die in einem mit anderen Zahnärzten abgestimmten Verhalten auf ihre vertragszahnärztliche Zulassung verzichtet haben (kollektiver Zulassungsverzicht) nur dann eine Vergütung von den Krankenkassen für die Behandlung von GKV-Patienten beanspruchen, wenn ein Notfall iS des § 76 Abs 1 S 2 SGB 5 vorgelegen hat?	SG Hannover , Urt. v. 27.09.2006 - S 35 KA 535/05 -	07-02-23 (S. 12)
	39/06	Können Zahnärzte, die in einem mit anderen Zahnärzten abgestimmten Verhalten auf ihre vertragszahnärztliche Zulassung verzichtet haben (kollektiver Zulassungsverzicht) nur dann eine Vergütung von den Krankenkassen für die Behandlung von GKV-Patienten beanspruchen, wenn ein Notfall iS des § 76 Abs 1 S 2 SGB 5 vorgelegen hat?	SG Hannover , Urt. v. 13.09.2006 - S 35 KA 878/06 -	07-02-22 (S. 12)
Praxisbudgets/Teilbudgets				
Regionalisierten Praxisbudgets in den neuen Bundesländern	14/06, 16 bis 19/06 Termin: 23.05.2007	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				
Beginn der vierjährigen Ausschlussfrist	22, 25 u. 26/06 Termin: 28.03.2007	Ist bei sachlich-rechnerischen Richtigstellungen hinsichtlich des Fristbeginns im Vertrags(zahn)ärztlbereich 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
Beginn der vierjährigen Ausschlussfrist	28/06 Termin: 28.03.2007	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				
Anfechtung einer Dialysegenehmigung durch Konkurrenten	8/06 Termin: 07.02.2007	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: 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 Termin: 28.03.2007	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 -	07-01-44
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Eingeschränkte Einzelfallprüfung bei Überschreitung des zulässigen Verordnungsumfanges	44/06	Dürfen die Prüfungsgremien im Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren eine durch die Prüfvereinbarung zugelassene Einzelfallprüfung anwenden, um der Frage nachzugehen, ob der Vertragsarzt bei einem bestimmten Patienten den nach den sachgerechten Arzneimittelverordnungsumfang überschritten hat?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 05.10.2006 - L 5 KA 11/05 -	07-01-57
	15 u. 16/07	Welche Anforderungen müssen die Einwendungen eines Vertragsarztes gegen die Richtigkeit der ihm auf elektronischem Wege zugeordneten Arzneikosten erfüllen, damit	LSG Hessen , Urt. v. 05.07.2006	07-02-53 (S. 25)

		im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnungsweise der Anscheinsbeweis von deren Richtigkeit erschüttert wird? Ist insbesondere eine Bezugnahme auf Darlegungen des Arztes zu vorangegangenen Quartalen ausreichend? Nur 15/07: Ist die Festsetzung eines Arzneiregresses auf der Grundlage einer ergänzenden repräsentativen Einzelfallprüfung mit anschließender Hochrechnung zulässig, wenn Zweifel an der Korrektheit der dem Vertragsarzt auf elektronischem Wege zugeordneten Verordnungskosten bestehen?	- L 6/7 KA 814/01 ua - - L 6/7 KA 815/01 ua -	07-02-54
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				
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	13/07	Kann ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in einem für Nervenärzte gesperrten Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, wenn er sich verpflichtet, ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu sein und der Versorgungsanteil an ärztlichen Psychotherapeuten im betreffenden Planungsbereich noch nicht ausgeschöpft ist?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.03.2006 - L 5 KA 2537/05 -	06-03-54
Ermächtigung zur Psychotherapie griechischsprechender Versicherter	40/06	Hat eine Diplom-Psychologin einen Anspruch auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung fremdsprachlicher Versicherter in ihrer Heimatsprache, sofern diese Personen der deutschen Sprache nicht in einem solchen Maße mächtig sind, dass die Therapie in dieser Sprache möglich wäre?	LSG Bayern , Urt. v. 21.06.2006 - L 12 KA 426/04 -	07-01-89
Sonderbedarfszulassung Psychotherapeuten: Regelungslücke/Bedarfsermittlung bei geringer Tätigkeit	14/07	Welche Voraussetzungen müssen für die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung an einen Psychotherapeuten erfüllt sein, der im Richtlinienverfahren der Verhaltenstherapie tätig ist? Steht dem schon die Erklärung anderer Therapeuten entgegen, sie hätten noch freie Behandlungsplätze? Muss bei diesen nachgefragt werden, ob sie gerade auch Verhaltenstherapie anbieten? Muss je nach dem, ob die Versorgungslücke bei Kindern oder Erwachsenen besteht, danach differenziert werden, ob die freien Behandlungsplätze für Kinder oder für Erwachsene gedacht sind? Reicht es für einen Sonderbedarf aus, wenn der Mangel an Behandlungskapazitäten darauf beruht, dass diverse Therapeuten nicht vollzeitlich tätig sind? Muss insoweit, als diesen auch eine Vollzeittätigkeit zumutbar wäre, vergeblich hierauf hingewirkt worden sein, ehe eine Versorgungslücke angenommen werden kann? Kann eine Versorgungslücke unter Hinweis darauf verneint werden, dass die Tätigkeitsaufnahme bzw. -erweiterung anderer Therapeuten unmittelbar bevorstehe?	LSG Bayern , Urt. v. 25.10.2006 - L 12 KA 187/05 -	07-02-62 (S. 29)
68 Jahres-Altersgrenze: EU-Recht	41/06	Verstößt die Altersgrenzenregelung des § 95 Abs 7 S 3 SGB 5 i d F des GMG vom 14.11.2003 gegen die Berufsfreiheit und wegen Altersdiskriminierung gegen Gemeinschaftsrecht?	LSG Bayern , Urt. v. 19.07.2006 - L 12 KA 9/06	06-04-69
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 erteilen dürfen bzw. müssen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.11.2005 - L 5 KA 5774/04 -	06-04-71
Ausschreibung für einen Vertragsarztsitz	26/07	Kann (nach einem erst im Gerichtsverfahren erstrittenen Zulassungsverzicht) noch eine Ausschreibung für einen Vertragsarztsitz erfolgen, dessen früherer Inhaber schon seit	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 15.02.2007	

		geraumer Zeit aus der Gemeinschaftspraxis ausgeschieden war und zwischenzeitlich auch bereits in anderen Praxen im selben Planungsbereich tätig gewesen ist?	- L 5 KA 1/07 -	
Rückwirkende Anordnung einer Zulassungsbeschränkung	45/06	Ist der Gemeinsame Bundesausschuss bei Änderungen der Bedarfsplanung-Richtlinien-Ärzte (hier: räumliche Abgrenzung der Planungsbereiche im Land Berlin) befugt, Übergangsbestimmungen für die Zulassung von Vertragsärzten abweichend von der Regelung in § 19 Abs 1 S 2 Ärzte-ZV zu treffen?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 14.12.2005 - L 7 KA 9/05 -	06-02-43
Klagebefugnis niedergelassener Ärzte gegen Ermächtigung	42/06	Ist die Widerspruchs- bzw eines Krankenhausarztes unter Berücksichtigung des BVerfG-Beschlusses vom 17.8.2004 (1 BvR 378/00 = SozR 4-1500 § 54 Nr 4) auf diejenigen Vertragsärzte beschränkt, die in demselben Planungsbereich wie der ermächtigte Arzt tätig sind oder tätig werden wollen?	SG Karlsruhe , Urt. v. 27.10.2006 - S 1 KA 3241/05 -	07-02- (S. 33)

Gesamtvergütung

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 -	07-02-71 (S. 36)
Gesamtvergütung: Kürzung der Abschlagszahlungen wegen Integrierter Versorgung	5 - 7/07	Darf eine Krankenkasse, von der zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung 1% für die Anschubfinanzierung von IV-Verträgen einbehalten, wenn diese Verträge die Zusammenarbeit zwischen dem operierenden Krankenhaus und der die Anschlussheilbehandlung durchführenden stationären Rehabilitationseinrichtung und die Ermächtigung eines Krankenhauses, alternativ je nach der konkreten Situation eine Behandlung ambulant oder stationär auszuführen, beinhalten?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 13.12.2006 - L 5 KA 758/06 - - L 5 KA 894/06 - - L 5 KA 734/06 -	07-01-103 07-02-77 07-02-78 (S. 36)

Gebühren

Vertragsarztrecht als schwierige Rechtsmaterie/Hauptsacheentscheidung und Sofortvollzug	4/07	Ist bei der Einstufung einer Rechtsmaterie als schwierig auf die Schwierigkeiten abzustellen, die typischerweise mit der Rechtsmaterie verbunden sind (hier: Probleme des Kassenarztrechts sowie der Sonderbedarfszulassung) und nicht auf die konkreten Vorkenntnisse des Rechtsanwalts? Ist eine Entscheidung über den Sofortvollzug eine verschiedene Angelegenheit iS des §17 RVG, die eine weitere Geschäftsgebühr nach Nr 2400 VV RVG entstehen lässt?	LSG Stuttgart , Urt. v. 13.12.2006 - L 5 KA 5567/05 -	07-02-84 (S. 39)
-----------------------------------------------------------------------------------------	------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	---------------------

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 09.05.2007: 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				
Künstliche Befruchtung und Altersgrenze bei Männern	B 1 KR 10/06 R Termin: 24.05.2007	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,	SG Osnabrück , Urt. v. 31.01.2006	06-04-115

		2190; hier: Vollendung des 50. Lebensjahres bei Männern) gegen den Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG?	- S 14 KR 116/05 -	
Kostenerstattung				
Ablehnung einer Kostenübernahme ohne Differenzierung ambulant/stationärer	B 1 KR 25/06 R Termin: 27.03.2007	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
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 Sachleistungsausilfe 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: Multiplen Sklerose mit "Polyglobin 10%"	B 1 KR 17/06 R Termin: 27.03.2007	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
Schmerzmitteln auf Cannabinoidgrundlage (Dronabinol und Cannabinol)	B 1 KR 30/06 R Termin:	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 Rezepturazneimittel vom G-BA befürwortet worden ist?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 30.08.2006 - L 5 KR 281/06 -	07-01-148
Hilfsmittel/Heilmittel				
Behindertengerechter Umbau eines PKW	B 3 KR 9/06 R Termin: 19.04.2007	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
Altes Recht für erst 2004 ausgelieferte Brillen	B 3 KR 20/06 R Termin: 19.04.2007	Haben die Krankenkassen die Kosten für Sehhilfen von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, vor dem Hintergrund der Rechtsänderung des § 33 SGB 5 durch das GMG in Höhe der Festbeträge zu übernehmen, wenn die Verordnungen durch die Ärzte und die Bestellungen durch die Versicherten in 2003, die Abgabe durch die Optiker jedoch erst in 2004 erfolgten?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.09.2006 - L 16 KR 194/05 -	06-04-179
Fahrkosten/Zuzahlung				
Kosten von Rettungsfahrten	B 1 KR 4/07 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten von Rettungsfahrten auch dann zu übernehmen, wenn sich ergibt, dass der Versicherte nicht transportiert werden muss?	SG Aachen, Urt. v. 16.01.2007 - S 13 KR 68/06 -	07-02-166 (S. 59)
Zuzahlung	B 10 KR 1/06 R	Sind bei der Feststellung des Freibetrages nach § 62 Abs 2 S 3 SGB 5 nicht nur der	SG Lübeck ,	06-03-155

		Freibetrag für das sächliche Existenzminimum des Kindes (Kinderfreibetrag), sondern auch der Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes zu berücksichtigen?	Urt. v. 19.01.2006 - S 3 KR 1501/04 -	
Zuzahlungsfreibetrag für Kinder: Gemeinsamer Haushalt beider Elternteile	B 1 KR 41/06 R	Ist der Wortlaut von § 62 Abs 2 SGB 5 dahingehend auszulegen, dass nur Angehörige des Versicherten zu berücksichtigen sind, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 24.11.2006 - L 4 KR 3780/05 -	07-01-173
Zuzahlungen und AsylbLG	B 1 KR 5/07 R	Ist ein Versicherter, der lediglich unter Anrechnung seines Arbeitseinkommens Grundleistungen nach § 3 AsylbLG erhält, die niedriger als Sozialhilfeleistungen sind, von der Zuzahlungspflicht ab 1.1.2004 vollständig zu befreien, oder gilt für ihn die Mindestbelastungsgrenze nach § 62 Abs 2 S 5 SGB 5?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 14.02.2007 - L 5 KR 4134/05 -	
Einnahmen zum Lebensunterhalt und Beitragserstattung	B 1 KR 1/07 R	Ist eine Beitragserstattung bei den Einnahmen zum Lebensunterhalt nach § 62 Abs 2 S 4 SGB 5 zu berücksichtigen, verneinendenfalls, ob der Eckregelsatz nach dem SGB 12 als fiktives Mindesteinkommen heranzuziehen ist?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 14.03.2006, - L 11 KR 4861/05 -	

Krankenhauskosten

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit: Fehlende Behandlungsalternative	B 3 KR 19/05 R	Besteht ein Anspruch auf fortdauernde Krankenhausbehandlung bei einer Alkoholkrankung 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 worden ist.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.03.2006 - L 5 KR 142/04 -	06-03-166
Weiterbehandlung im Krankenhaus bei fehlendem Heimplatz	B 3 KR 15/06 R Termin: 28.02.2007	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) Vorlagebeschluss an den GS am 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
Überprüfungsverfahren	B 3 KR 12/06 R Termin: 28.02.2007	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 -	06-04-167
Verbringung in anderes	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	LSG Schleswig-Holstein ,	06-04-169

Krankenhaus und Rückverlegung am selben Tag	Termin: 28.02.2007	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?	Urt. v. 23.08.2006 - L 5 KR 78/05 -	
Anspruch auf Erstattung von Rechtsanwaltskosten als Verzugschaden	B 3 KR 1/07 R	Hat ein Krankenhausträger gegenüber einer Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der Rechtsanwaltskosten als Verzugschaden, wenn die Krankenkasse die Krankenhausbehandlungskosten erst verspätet beglichen hat?	LSG Hessen , Urt. v. 30.11.2006 - L 8 KR 175/05 -	07-01-188
Weitere Leistungserbringer				
Häusliche Krankenpflege: Verzugszinsen	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
Krankenkassen				
Offenlegungspflicht der jährlichen Vergütungen	B 1 A 3/06 R Termin: 14.02.2007	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 - SG Detmold , Urt. v. 06.09.2006 - S 3 KR 54/04 -	06-04-188
	B 12 KR 1/07 R	Ist die Satzungsregelung eines Landesverbandes der Krankenkassen rechtmäßig, wonach eine Umlagepflicht zur Sanierung einer überschuldeten Krankenkasse im Rahmen des § 265 SGB 5 als andere aufwändige Belastung eingeführt wird?	SG Hamburg , Urt. v. 29.08.2006 - S 48 KR 251/04 -	
	B 12 KR 10 u. 11/07 R	Ist die Satzungsregelung eines Landesverbandes der Betriebskrankenkassen rechtmäßig, wonach eine Umlagepflicht besteht, um die Kosten einer Fusionsbeihilfe zur Vermeidung des Eintritts eines Haftungsfalls nach § 155 Abs 4 SGB 5 als andere aufwändige Belastung zu decken?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. , 25.01.2007 - L 16 KR 162/06 - - L 16 KR 214/04 -	07-02-189 (S. 69)
Sonstiges				
Erstattungsanspruch/Adaptionsmaßnahme im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung	B 1 KR 36/06 R	Ist der Erstattungsanspruch nach § 14 Abs 4 S 1 SGB 9 ausgeschlossen, wenn der Sozialhilfeträger bereits vor Bewilligung der Leistung von der Zuständigkeit der Krankenkasse ausgegangen ist? Handelt es sich bei einer Adaptionsmaßnahme im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung um eine aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsmaßnahme im Sinne der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 19.10.2006 - L 5 KR 50/06 -	07-02-169 (S. 60)
Öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche und Prozesszinsen	B 1 KR 39/06 R	Können für öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche in analoger Anwendung des § 291 BGB Prozesszinsen verlangt werden?	LSG Hamburg , Urt. v. 16.08.2006 - L 1 KR 23/05 -	