

Rechtsprechungsinformationsdienst 07-03

Redaktion	6
Editorische Hinweise	6
A. Vertragsarztrecht	7
I. Honorarverteilung	7
1. BVerfG: Jahresvergütungsobergrenze mit geringer Restquote (KZV Niedersachsen 1999)	7
2. Psychotherapeuten: Beschluss des Bewertungsausschusses (2005) erneut rechtswidrig	8
3. Absinken der Fachgruppenquote	8
4. Ausschluss der Herzchirurgen durch Bewertungsausschuss	9
5. Abstaffelungsregelung	10
6. Punktwertverfall und Nachbesserungspflicht	10
7. Laborreform 1999	11
8. Fallzuwachsbegrenzungsregelung KV Brandenburg	11
9. Individualbudget	12
10. Zusatzbudgets "Psychosomatik, Übende Verfahren" und klassische Homöopathie	12
11. HVM-Budgetierung von nicht Praxisbudgets unterworfenen Leistungen	12
12. Degressionsregelung 1993	13
13. Nachträgliche Abrechnung einzelner Gebührensätze	13
14. Abrechnung mit Hilfe einer Abrechnungsstelle	13
15. Aufrechnung mit während Insolvenzverfahren ergangener Regressforderung	14
16. Hinterlegung/Genehmigungspflicht nach Wechsel der Gesellschaftsform	14
17. Aufhebung nicht rechtswidriger bestandskräftiger Honorarbescheide	14
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	14
1. Plausibilitätsprüfung wegen Doppelabrechnung	14
2. Assistentenbeschäftigung ohne Genehmigung	15
3. Vergütungsausschluss belegärztlicher Leistungen	16
4. Gesteigerte Hyposensibilisierungsbehandlung („Rush-Immun-Therapie“)	17
5. Umwandlung in andere Leistung statt Streichung	17
6. Anästhesiologie: Nr. 5, 26, 490, 721 EBM 1996	17
7. HNO: Nrn. 64, 83, 1414, 1418, 1426, 1452, 1453, 1549, 1572, 1575, 1576, 1577, 7125 EBM 1996	17
8. Psychotherapie: Keine Umwandlung der Nr. 35140 in Nr. 14220 bzw. 21220 EBM 2005	18
9. Urologie: Nr. 1860 EBM 1996 (Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie)	18
10. Sprechstundenbedarfsregress: Spüllösung zur Arthroskopie	18
III. Fachkunde/Zweigpraxis/Genehmigungen/Notdienst	19
1. Genehmigung für Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis	19
2. Zweigpraxis nach VÄndG	19
a) Keine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung bei Fahrzeit von 45 Minuten	19
b) Versorgungsverbesserung/Kinderzahnheilkunde	19
3. Ungeeignetheit eines anzustellenden Arztes	20
4. Vertretergenehmigung für Praxis eines verstorbenen Vertragsarztes	21
5. Entziehung der Genehmigung zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	21
a) Anhörung/Ermessensausübung	21
b) Verfestigung des Gebrauchs von Suchtstoffen	22
6. Befreiung von der Begründungspflicht für psychotherapeutische Kurzzeittherapie	22
7. Ärztlicher Notdienst	23
a) Suspendierung vom Notdienst wegen Ungeeignetheit	23
b) Kein Anspruch auf Einrichtung eines anästhesiologischen Notfalldienstes	23
c) Bezirksstellenspezifische Umlage zur Finanzierung der Bereitschaftsdienstpauschale	24
d) Umlage für Notdienst/Rückwirkung	24
8. Festsetzung einer Umlage zur Förderung der Allgemeinmedizin	25
IV. Disziplinarrecht	25
Peinlich genaue Leistungsabrechnung: Kurative Leistungen bei Kurpatienten	25

V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	26
1. Prüfvereinbarung für Prüfung nach Durchschnittswerten nach dem GMG	26
2. Nr. 17 EBM 1996	26
3. Arzneikostenregress für Off-Label-Use (inhalative Verordnung von Proleukin)	26
4. Widerspruchsbefugnis der KV/Hochpreisige Analogpräparate (Nebilet)	27
5. Ausschluss von Organhydrolysaten (Zeel P)	27
6. Richtgrößenprüfung 1999: Erweiterte Arzneimitteldatei	28
7. Zahnärzte	28
a) PAR-Behandlungen als Praxisbesonderheit	28
b) Nr. 105 BEMA-Z/PAR-Behandlungen und Praxisbesonderheit	29
c) Paritätische Besetzung/Primär- und Ersatzkassen getrennt	29
d) Abberufung des Leiters der Geschäftsstelle durch Prüfungsgremien	29
e) Aufschiebende Wirkung gegen Feststellung eines sonstigen Schadens	29
VI. Zulassungsrecht	30
1. Zahnmedizinisches MVZ: Allgemein Zahnarzt und Kieferorthopäde	30
2. Psychotherapeutin und Tätigkeit in Suchtberatungsstelle (§ 20 II Ärzte-ZV)	31
3. Praxisnachfolge (§ 103 IV SGB V): Psychologischer Psychotherapeut in ärztliche Praxis	31
4. Wechsel der Facharztbezeichnung durch Praxistausch	31
5. Sonderbedarfzulassung: Anforderungen an Bedarfsermittlung	32
6. Drei-Monats-Frist zur Praxisaufnahme als absolute Ausschlussfrist	32
7. Auflage zur Einhaltung der Residenzpflicht	33
8. Zulassungsentziehung	33
a) Abgrenzung selbstständige Berufsausübung/abhängige Beschäftigung	33
b) Sexueller Missbrauch Auszubildender/Strafbefehl/Wohlverhalten	34
9. 68 Jahres-Altersgrenze	34
a) Geltung nach VÄndG, GKV-WSG und AGG	34
aa) BVerfG	34
bb) Instanzgerichte	34
b) Aufschiebende Wirkung einer Klage gegen feststellenden Verwaltungsakt	35
10. Gesamtpunktzahlvolumina bei Job-Sharing: Krankheit im Vorjahresquartal	36
11. Ermächtigung	36
a) Institutsermächtigung für Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	36
b) Facharztfilter bei qualitativer Versorgungslücke	37
c) Überweisung zur Konsiliaruntersuchung und Beratungsleistungen (Nr. 08220 EBM 2005)	37
d) Berechtigung zur Leistungserbringung nach EBM 2005 (Pneumologie)	37
12. Widerspruch (Zulassungsentziehung): Begründungspflicht § 44 Ärzte-ZV a. F.	38
VII. Me-Too-Liste/Vesikur: Kein Anordnungsanspruch	38
VIII. Klagebefugnis eines Vertragszahnarztes gegen Aufsichtsordnung	38
IX. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/GBA	39
1. Bindung ortsfremder Betriebskrankenkasse an Gesamtvertrag: Überhöhte Abschlagszahlungen	39
2. Veränderungsrate der Gesamtvergütung bei verschuldeter Krankenkasse	39
3. Versorgungsvertrag: Behandlungssteuerung durch Aufzeigen der Arzneikosten	39
4. Integrierte Versorgung	40
a) Vergütungseinbehalt und Integrierte/Hausarztzentrierte Versorgung	40
b) Vergütungseinbehalt und Umfang der bisherigen vertragsärztlichen Leistungen	41
5. Ausschluss des Medikaments ACOMPLIA® (Rimonabant)/Life-Style-Arzneimittel	42
X. Streitwert/Anwaltsvergütung	42
1. Verweigerung der Entgegennahme der Abrechnung	43
2. Entziehung der Genehmigung zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	43
3. Anerkennung der Gesprächstherapie durch KV	43
4. Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren und Bescheidungsantrag	44
5. Abberufung des Leiters der Geschäftsstelle durch Prüfungsgremien	44
6. Offensive Konkurrentenklage gegen Praxisnachfolge	45
XI. Entscheidungen des BSG	45
1. Honorarverteilung	45
a) Berechnung des Durchschnittsumsatzes der Fachgruppe	45
b) Arztgruppenbezogene Honorarfonds: Befüllung durch früheres Quartal	45
c) Unzureichende Vergütung/Verwaltungskostenbeiträge/Berufung ehrenamtlicher Richter	46
d) Laborärzte: Pauschalerstattungen nach Nr. 7103 BMÄ/E-GO	46

e) Gemeinschaftspraxis: Keine Aufrechnung mit Schuld aus vorheriger Einzelpraxis	47
2. Genehmigung eines Vorbereitungsassistenten nicht mit Wirkung für Vergangenheit	47
3. Berichtigung fehlerhafter Degressionsbescheide/Beginn der vierjährigen Ausschlussfrist	47
4. Verfahrensrecht: Defensive Konkurrentenklage gegen Dialysegenehmigung	47

B. Krankenversicherungsrecht **48**

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung **48**

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	48
a) Photodynamischer Therapie (PDT) mit Visudyne (Wirkstoff: Verteporfin)	48
b) Operation beider Augen mittels Excimer-Laser (Lasik-Behandlung)	48
c) Wangenauffüll-Behandlung mit "New-Fill/Sculptra®"	48
2. Künstliche Befruchtung	49
a) Begrenzte Kostenübernahme	49
b) Keine ex-post-Betrachtung der Erfolgsaussicht nach spontaner Schwangerschaft	49
3. Zahnärztliche Behandlung	49
a) Kieferorthopädische Behandlung nach kollektivem Verzicht (§ 96b SGB V)	49
b) Implantatversorgung: Kausalität/Ausnahmeindikation und Beweislastumkehr	50

II. Kostenerstattungsanspruch **50**

1. Notfall und photodynamische Therapie	50
2. Unbeachtliche Honorarvereinbarung mit zugelassenem Leistungserbringer (Kniebewegungsschiene)	51
3. Benennung von drei zugelassenen Psychotherapeuten durch Krankenkasse	51
4. Kostenerstattung für Privatarzt bei Ersatzkassenmitglied	51
5. Kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung in Nichtvertragskrankenhaus/Notfall	52

III. Stationäre Krankenhausbehandlung **52**

Krankheitsbegriff: Mammareduktion	52
-----------------------------------	----

IV. Krankenbehandlung im Ausland **52**

1. Kostenerstattung nach Krankenhausbehandlung in Österreich	53
2. Keine unaufschiebbare Behandlung bei Rückreisemöglichkeit	53
3. Zahnärztliche Behandlung in Spanien bei Residentschaft	53
4. Krankenhausbehandlung in Kroatien	54

V. Arzneimittel **54**

1. Off-Label-Use	54
a) Glivec (Wirkstoff Imatinib) und Litalir (Wirkstoff Hydroxyurea)	54
b) Herceptin (Antikörper Trastuzumab)	55
2. Fehlende arzneimittelrechtliche Zulassung	55
a) Heparinisierung des Portsystems mit Canusal®	55
b) Captagon zur Behandlung einer Tagesmüdigkeit ("Narkolepsie")	56
c) Wachstumshormon Somatropin	56
d) "Fiblaferon" (Interferon-Beta) bei Darmerkrankung (Colitis ulcerosa)	56
e) Octreotid-Therapie (Sandostatin)	57
3. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente	57
a) Mistelpräparate der anthroposophischen Therapierichtung	57
b) Zulässigkeit des Ausschlusses nicht verschreibungspflichtiger Medikamente	57
c) Falkamin mit Wirkstoffen L-Leucin, L-Valin und L-Isoleucin	57
4. Lorenzo's Öl	58
5. Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion	58

VI. Hilfsmittel **59**

1. Dreirad für Erwachsene	59
2. Therapie-Dreirad-Tandem	59
3. Laufband als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	59
4. Orthopädische Turnschuhe	60
5. Blindenführhund: Grundbedürfnis Gehen	60
6. Kontaktlinsen	60
7. Zusicherung zu Kosten für Hörgerät und Festbetrag	61
8. Pflegebett: Verordnung zu Lasten der Pflegekasse	61
9. Teilhandprothese (Epithese)	61

VII. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe	61
1. Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch: Beratungspflicht bei Verlegung	61
2. Kein eigener Haushalt in Wohnanlage für psychisch Kranke	62
3. Ständige Beobachtung in Schule wegen Verschlechterungen der Atmungsfunktion	62
4. Kostenübernahme für Haushaltshilfe nach Entbindung	62
VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha	63
1. Zuzahlung: Beitragsrückerstattung als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt	63
2. Fahrkosten zum Rehabilitationssport	63
3. Rehabilitationsmaßnahmen	63
a) Stationäre Reha und Mobilität des Versicherten	63
b) Dringlichkeit einer Wiederholungskur	63
c) Stationäre Behandlung in Krankenhaus umfasst Frührehabilitation	64
d) Rehabilitationssport/Funktionstraining	64
IX. Beziehungen zu Leistungserbringern	64
1. Beziehungen zu Krankenhäusern: Krankenhauskosten	64
a) Stationäre Krankenhausbehandlung bei möglicher ambulanter Operation	65
b) Fallpauschale 11.02: Stammzellentransplantation u. dosisreduz. Konditionierung	65
c) Tagesklinische Behandlung: Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	65
d) Verzinsungsanspruch für Krankenhauskosten	66
2. Apotheker	66
a) Vergütungsanspruch eines Apothekers bei gefälschter Verordnung eines Arzneimittels	66
b) Hinweise einer Krankenkasse an Versicherte auf Versandhandelsapotheke	66
c) Herstellerabschluss (Berinert® P)	67
3. Sprechstundenbedarfslieferant: Verordnung von Sprechstundenbedarf	67
4. Hilfsmittelerbringer	68
a) Schulterbewegungsschiene (CPM)	68
b) Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis	68
aa) Geräte der nicht-invasiven Magnetfeldtherapie und Kompetenz des Bundesausschusses	68
bb) Hüftprotectoren ("Safehip®"): Keine Prüfung der Wirtschaftlichkeit	69
c) Unzulässiger Ausschluss von Hilfsmittellieferanten	70
5. Heilmittelerbringer	71
a) Krankengymnastik nach Bobath, Vojta und PNF	71
b) Wiederzulassung einer Logopädin nach Strafurteil	71
6. Häusliche Krankenpflege	72
a) Schiedsspruch zu Vertrag über häusliche Krankenpflege kein Verwaltungsakt	72
b) Qualifikation als fachliche Leitung eines ambulanten Krankenpflegedienstes	72
c) Unterlassungsanspruch: Pflegedienst gegen Krankenkasse	72
7. Abschluss einer Vergütungsvereinbarung mit Leistungserbringerin für Haushaltshilfe	73
8. Entgeltanspruch eines Rettungsdienstes: Verjährung nach vier Jahren	74
X. Krankenkassen	74
1. Wettbewerbswidrigkeit des Aufnahmeverfahrens für Neukunden	74
2. Umlagepflicht zur Sanierung einer überschuldeten Krankenkasse	75
3. Amtsenthebung und Amtsentbindung eines Mitglieds des Vorstands	75
4. Kostenerstattung für betreute Sozialhilfeempfänger	76
XI. Verfahrensrecht	76
1. Einstweilige Anordnung und fehlende Mitwirkung im Verwaltungsverfahren	76
2. Einstweiliges Rechtsschutzverfahren ohne vorherigen Antrag bei Krankenkasse	76
XII. Entscheidungen des BSG	77
1. Künstliche Befruchtung: Altersgrenze für Männer	77
2. Arzneimittel	77
a) Off-Label-Use: Immunglobulin bei Multipler Sklerose	77
b) Kein Anspruch auf cannabinoidhaltige Arzneimittel zur Schmerztherapie	77
3. Kein behindertengerechter Umbau eines Pkw	78
4. Zuzahlungen: Bruttoeinnahmen des laufenden Kalenderjahres	78
5. Krankenhausbehandlung	78
a) Vollstationärer Krankenhausbehandlung auf Intensivstation	78
b) Stationäre Behandlung beim Fehlen einer geeigneten Unterkunft	78
c) Herausgabe von Behandlungsunterlagen eines Krankenhauses an den MDK	78
6. Krankenpflege-Unternehmen	79

a) Zahlung von Verzugszinsen im Verzugsfalle	79
b) Vergütungsposition "Kompressionsstrümpfe/-hose, An und Aus ... 14,95 DM"	79
7. Veröffentlichung von Vorstandsvergütungen	79
C. Entscheidungen anderer Gerichte	80
I. Ärztliches Berufsrecht	80
1. Approbationswiderruf nach Abrechnungsbetrug als Vertragsarzt/Strafbefehl	80
2. Erlaubnis nach § 13 ZHG nicht auf Dauer	81
3. Vertragsrecht	82
a) Verbindlichkeit der Kaufpreiszusage des Praxismachfolgers vor Zulassungsausschuss	82
b) Einrede mangelnder Klagbarkeit trotz Fehlens wirksamer Schiedsabrede	82
4. BGH/Strafrecht: Einwilligung nur für lege artis durchgeführte Heilbehandlung	83
5. UWG: "Fachklinik für Kieferorthopädie" ohne Kieferorthopäden	83
6. Unzulässiges Führen der Bezeichnung "Master of Science Kieferorthopädie"	83
7. Kammerbeitrag für Psychotherapeuten bei Beschäftigung in einer Beratungsstelle	83
8. Versorgungswerk	84
a) BVerwG: Keine Hinterbliebenenrente der Versorgungseinrichtung für Lebenspartner	84
b) Aufnahmestopp für Ärzte ab 45 Jahre	84
II. Arzthaftung	84
1. BGH: Aufklärungspflicht bei Anwendung einer Außenseitermethode (Racz-Methode)	84
2. BGH: Heilversuch mit erst im Laufe der Behandlung zugelassenem Arzneimittel	84
3. BGH: Risikoauflklärung über geänderte Medikation	85
4. BGH: Darlegungs- und Beweislast bei Risiken aus Arztpraxis	85
5. Haftung für Behandlungsfehler des Durchgangsarztes	85
6. Arztpflichten bei der Erstellung von OP-Berichten	86
7. Eingriffsaufklärung vor offenen Biopsie eines Brustwirbelkörpers	86
8. Zeckenschutzimpfungen	86
9. Grober Behandlungsfehler durch zu späte Entscheidung für Schnittentbindung	86
10. Verdacht auf hohen Blasensprung bei Schwangeren und Testung	87
11. Aufklärung über Risiko einer Unfruchtbarkeit bei Ausschabung	87
12. Ansprüche bei fehlerhafter Zahnprothetik	87
III. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte	88
1. BVerwG: Streichung eines Arzneimittels aus der Traditionsliste (Gelée Royale)	88
2. BVerwG: Abgrenzung Nahrungsergänzungsmittel von Arzneimitteln	88
3. Zimtkapseln	89
4. UWG: Internet-Versandhandel aus den Niederlanden nach Deutschland	89
5. Prämienpunkte für Bezug von Dentalprodukten	89
IV. Private Krankenversicherung/Beihilfe/Privatbehandlung	89
1. BGH: Komplexgebühr Nr. 437 GOÄ	89
2. Beihilfe	89
a) Festlegung der Beihilfefähigkeit von Medikamenten über Verweisung auf Bundesausschuss	89
b) Analytische Psychotherapie/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	90
V. Vergaberecht bei Verträgen zur integrierten Versorgung	90
VI. Verschiedenes	91
1. Generalanwalt EuGH: Zwangsversetzung in Ruhestand	91
2. BVerfG: Eingeschränktes Werbeverbot im Internet - Geistheiler	91
3. BGH: Haftung für das deliktische Handeln eines Scheinsozius	91
4. BVerwG: Faltenunterspritzung durch Kosmetikerin als Ausübung der Heilkunde	91
5. Genehmigungserteilung für vier Krankentransportwagen	92
6. Konkurrentenklage eines Krankenhausträgers	92
7. Steuerrecht	92
a) BFH: Umsatzsteuerliche Behandlung medizinischer Laboruntersuchungen	92
b) BFH: Beschäftigung freier Mitarbeiter durch Freiberufler (Krankengymnast)	93
Verzeichnis der Entscheidungen	93
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht	97
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)	102

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 07-02) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

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; bei Anfügung eines Zusatzes, z. B. MedR, von der jeweiligen Zeitschrift. 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 03.09.2007 eingestellten Entscheidungen.

A. Vertragsarztrecht

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 29.08.2007 – **B 6 KA 29/06 R** - dürfen **HVM-Regelungen über** einen vollständigen und endgültigen **Vergütungsausschluss bei verspäteter Abrechnung** keinen unverhältnismäßigen Eingriff bewirken; so muss die Abrechnung auch noch später eingereicht werden können, wenn die zunächst eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend war; nach BSG, Urt. v. 29.08.2007 – **B 6 KA 36/06 R** – sind die Beschlüsse des **Bewertungsausschusses** vom 16.02. u. 20.06.2000 zur Aufteilung der Gesamtvergütungen in einen **hausärztlichen und einen fachärztlichen Vergütungsanteil** rechtmäßig; insb. ist es nicht zu beanstanden, dass nur Arztwechsel zwischen den Versorgungsbereichen berücksichtigt wurden, nicht aber auf anderen Gründen beruhende Änderungen im Zahlenverhältnis zwischen Hausärzten und Fachärzten; nach BSG, Urt. v. 29.08.2007 – **B 6 KA 35/06 R** – kann eine Verpflichtung zur Einbeziehung **probatorischer Sitzungen** auch nicht aus dem engen Zusammenhang mit den - genehmigungsbedürftigen - psychotherapeutischen Behandlungen abgeleitet werden; nach BSG, Urt. v. 29.08.2007 – **B 6 KA 43/06 R** - kann bei Bewertung der Höhe eines **Punktwertes** (hier: Anästhesisten) keine isolierte Betrachtung nur der Punktwerte eines Teilbereichs vorgenommen werden; nach BSG, Urt. v. 29.08.2007 – **B 6 KA 2/07 R** - ist die unmittelbare Anknüpfung an eine im Basiszeitraum materiell unzutreffende **Aufteilung der Gesamtvergütungen** vom Gestaltungsspielraum der KÄV nicht gedeckt; nach BSG, Urt. v. 27.06.2007 – **B 6 KA 37/06 R** – (Parallelverfahren: B 6 KA 38/06 R u. B 6 KA 39/06 R) sind (**Zahn-)Ärzte**, die in einem mit anderen Angehörigen ihrer Berufsgruppe **abgestimmten Verhalten auf ihre Zulassung oder Ermächtigung verzichten**, nicht mehr berechtigt, Versicherte der Krankenkassen im Rahmen des Sachleistungsprinzips zu versorgen; sie dürfen von ihnen gemäß § 13 II 8 SGB V auch im Wege der Kostenerstattung generell nicht mehr in Anspruch genommen werden; § 95b III SGB V regelt nicht, unter welchen Voraussetzungen (**Zahn-)Ärzte**, die kollektiv abgesprochen auf ihre Zulassung verzichtet haben, weiterhin Versicherte der Krankenkassen behandeln dürfen; nur wenn die Krankenkassen die Versorgung mit unaufschiebbaren (zahn-)ärztlichen Leistungen anderweitig nicht rechtzeitig sicherstellen können (sog. "Systemversagen"), müssen sie die Kosten auch für außerhalb des Systems erbrachte Leistungen nach der Regelung in § 13 III SGB V übernehmen. Beschränkt auf solche Konstellationen enthält § 95b III 1 und 2 SGB V für (**Zahn-)Ärzte** nach Kollektivverzicht eine spezielle Regelung über den Zahlungsweg und die Vergütungshöhe; 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 2/06 R** – war die Begrenzung des 24%igen **Aufschlags** für O III-Leistungen 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. BVERFG: JAHRESVERGÜTUNGSOBERGRENZE MIT GERINGER RESTQUOTE (KZV NIEDERSACHSEN 1999)

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka. v. 27.10.2006 – 1 BvR 1645/06, 1657/06, 1689/06 – MedR 2007, 298 **RID 07-03-01**
Leitsatz (MedR): Eine Honorarverteilung, wonach der größte Teil des Gesamtvergütungsvolumens für eine Honorierung zu vollen Punktwerten verwendet wird und für die restlichen Leistungen lediglich geringe Punktwerte verbleiben, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

Das **BVerfG** wies die Verfassungsbeschwerden gegen **BSG**, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 25/05 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 23 = BSGE 96, 53 = MedR 2006, 603 = NZS 2006, 667 u. BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 24 bzw. 26/05 R – zurück.

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

Vgl. zuletzt *SG Dresden*, Urt. v. 13.12.2006 – S 11 KA 316/03 – RID 07-02-01 (Revision anhängig: B 6 KA 8/07 R);
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 13.10.2006 – L 4 KA 4/05 – RID 07-01-01 (Revision anhängig: B 6 KA 12/07 R).

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

SG Marburg, Urt. v. 04.07.2007 – S 11 KA 101/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-02

Sprungrevision zugelassen

Der **Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004** i.d.F. der in der 96. Sitzung im Februar 2005 beschlossenen Änderung ist **rechtswidrig**.

Die vom **Bundessozialgericht** (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.2004 - B 6 KA 52/03 R -) entwickelten Maßstäbe sind auch bzgl. der **Quartale III/04, IV/04 und I/05** zugrunde zu legen, weil sie zutreffend sind.

Strukturell fehlerhaft sind die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zunächst, soweit sie bei der Höhe der **Betriebsausgaben** einen Betrag von EUR 40.634 zugrunde legen.

Ebenfalls fehlerhaft ist die Berechnung der **Vergleichserträge der anderen Facharztgruppen**.

Nicht zu beanstanden ist die **Begrenzung** der Regelung auf eine Höhe von 561.150 Punkten **je Quartal** und Arzt bzw. Therapeut.

Es ist rechtmäßig, dass mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses nur für die genehmigungspflichtigen zeit- und antragsgebundenen Leistungen nach Abschnitt G. IV. des EBM ein regionaler **Mindestpunktwert** vorgegeben wird.

Ein Anspruch auf **Prozesszinsen** besteht nicht. Voraussetzung für die – entsprechende – Anwendung des § 291 BGB ist, dass der Prozess mit dem Zuspruch einer eindeutig bestimmten Geldforderung endet, sei es durch Verurteilung zur Zahlung, sei es durch die Verpflichtung der Behörde zum Erlass eines Leistungsbescheides, der eine konkrete Leistung gewährt. Diese Bedingung ist bei einer Bescheidungsklage nicht erfüllt (s. nur BVerwG, Urt. v. 28.06.1995 - 11 C 22/94 – juris Rn. 11 ff. u. a.)

Das **SG** gab der Klage (bzgl. der Quartale III/04, IV/04 und I/05) weitgehend statt.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Urt. v. 04.07.2007 – S 11 KA 270/05 –

RID 07-03-03

SG Marburg, Urt. v. 04.07.2007 – S 11 KA 609/05 –

RID 07-03-04

SG für das Saarland, Gerichtsb. v. 22.06.2007 – S 2 KA 47/07 –

RID 07-03-05

Der **Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004** i.d.F. der in der 96. Sitzung im Februar 2005 beschlossenen Änderung ist **rechtswidrig**.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses wird bzgl. der **Betriebsausgaben** der Psychotherapeuten nicht den Vorgaben des BSG gerecht (Anschluss an *SG Dresden*, Urt. v. 13.12.2006 – S 11 KA 950/02 – RID 07-02-03).

Die vom BSG ausdrücklich genannten Vorgaben zur Berücksichtigung von **Personalkosten** sind nicht ausreichend berücksichtigt.

Das **SG** gab der Klage (bzgl. des Quartals II/06) statt.

Parallelverfahren: *SG für das Saarland, Gerichtsb.* v. 22.06.2007 – S 2 KA 84/07 –

RID 07-03-05a

3. ABSINKEN DER FACHGRUPPENQUOTE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.06.2007 – L 11 KA 19/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-06

Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Fachgruppenquote, Laborkostenanteil, Punktwertverfall
SGB V § 85 IV

Beruhet das Absinken der Fachgruppenquote (hier: der internistischen Rheumatologen) darauf, dass im Jahre 1999 im Vergleich zu den Vorjahren der bis dahin im Honorar enthaltene **Laborkostenanteil** sprunghaft angestiegen (von 33.468,86 Euro auf 829.711,61 Euro und sodann im Jahre 2000 sogar auf 2.152.386,57 Euro) und gleichzeitig die Vergütung von 4.550.091,64 Euro im Jahr 1998 über 3.728.860,11 Euro im Jahr 1999 auf 2.752.741,69 Euro im Jahre 2000 gesunken ist, so ist damit eine wesentliche Voraussetzung der vom BSG in der Entscheidung vom 20.10.2004 (B 6 KA 30/03 R) diskutierten Reaktionspflicht der Beklagten entfallen, denn der Anstieg der Laborkosten liegt dann im Abrechnungsverhalten der Fachgruppe begründet, während das BSG in seiner Entscheidung verlangt, dass die zum Punktwertverfall führende Mengenausweitung nicht von der betroffenen Arztgruppe mit zu verantworten sein darf.

SG Düsseldorf, Urt. v. 07.12.2005 - S 33 KA 53/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. AUSSCHLUSS DER HERZCHIRURGEN DURCH BEWERTUNGSAUSSCHUSS

SG Düsseldorf, Urt. v. 29.01.2007 – S 2 KA 251/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-07

Herzchirurg, Gemeinsamer Bundesausschuss, Bewertungsausschuss

SGB V §§ 72 II, 95 III; § 86b II SGG; GG Art. 12 I; EBM 2005 Nr. 31211 bis 31218

Die **Streichung der Herzchirurgen** aus der Facharztliste des Kapitels 7 EBM 2005 ab dem 01.10.2006 erscheint bei vorläufiger summarischer Betrachtung nicht als sachgerecht. Nach der bisher vorliegenden einzigen amtlichen Verlautbarung für diese Streichung (Mitteilung der KBV im Dt. Ärzteblatt vom 30.06.2006, Heft 26, A-1848) entspricht die Streichung der Änderung der BedarfspURL-Ä durch den G-BA. Diese vermag die Streichung der Fachgruppe der Herzchirurgen aus den Gebührenordnungspositionen des EBM 2005 indes nicht ohne weiteres zu rechtfertigen.

In seiner Sitzung am 18.10.2005 beschloss der **Gemeinsame Bundesausschuss** eine Änderung der BedarfspURL-Ä dahin, dass zur Arztgruppe der Chirurgen u. a. nicht die Fachärzte für Herzchirurgie gehören (Nr. 7 Satz 2 sechster Spiegelstrich). Mit Wirkung zum 01.10.2006 beschloss der Bewertungsausschuss in seiner 114. Sitzung eine Änderung des Kapitels 7 des EBM 2005 dergestalt, dass aus der Überschrift die herzchirurgischen Leistungen gestrichen wurden und die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen nicht mehr von Herzchirurgen berechnet werden können (Nr. 1 der Präambel). Dieser Beschluss des Bewertungsausschusses wurde im Dt. Ärzteblatt vom 30.06.2006, A-1848 ff., 1851 veröffentlicht. Die **Ast. sind Fachärzte für Herzchirurgie**. Sie wurden als Gemeinschaftspraxis zugelassen. Den Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung des **Beschl. des Berufungsausschusses** gab **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 09.12.2005 - S 14 KA 245/05 ER - statt. **LSG Nordrhein-Westfalen**, B. v. 04.09.2006 – L 10 B 2/06 KA ER – RID 07-01-80 wies die Beschwerde der beigel. KV mit der Maßgabe zurück, dass den Ast. auferlegt wird, die vertragsärztliche Tätigkeit ausschließlich in den von ihnen angemieteten Praxisräumen unter der Adresse X auszuüben. Mit Schreiben vom 16.11.2006 wandte sich die Ag. an die Ast. und wies auf die Änderung von Kapitel 7 EBM 2005 hin. Diese Änderung führe dazu, dass die Fachgruppe der Herzchirurgen im EBM 2005 nicht mehr vorkomme und Leistungen nicht (mehr) erbringbar und abrechnungsfähig seien. Dies gelte für ambulante und belegärztliche Operationen. Das **SG** stellte im Wege einer **Zwischenentscheidung** fest, dass die Ag. verpflichtet ist, den Ast. die von diesen ab dem 01.10.2006 abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen nach denjenigen Gebührensätzen des EBM 2005 zu vergüten, die für die Fachärzte für Herzchirurgie bis zum 30.09.2006 abrechenbar gewesen sind, soweit die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt sind. Diese Feststellung gilt nur vorläufig bis zum Ablauf eines Monats nach Eingang einer Stellungnahme der Beigel. zu 9) zu den vom Gericht gestellten Abrechnungsfragen. Danach wird eine endgültige Entscheidung ergehen.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 08.06.2007 – S 2 KA 251/06 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-08

Der **Beschluss des Bewertungsausschusses** zum Ausschluss der Herzchirurgen von den Leistungen des Kapitels 7 EBM 2005 ab 01.10.2006 ist **rechtswidrig**, da ihm Gesichtspunkte zugrunde lagen, die nicht dessen gesetzlicher Kompetenz unterfallen. Mit diesen Erwägungen verkennt der Bewertungsausschuss seine gesetzliche Zuständigkeit. Ihm steht nicht die Befugnis zu, über die Zulassungsfähigkeit einzelner Facharztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung eigenmächtig zu befinden und durch Streichung von Gebührenordnungspositionen im EBM einer ablehnenden Entscheidung Ausdruck zu verleihen. Welche Facharztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, ergibt sich aus berufsrechtlichem Weiterbildungs- und vertragsärztlichem Zulassungsrecht. Hieran ist der Bewertungsausschuss gebunden.

Nach der von der Beigel. zu 9) erteilten Auskunft geht diese davon aus, dass wesentliche Leistungen auf dem Gebiet der Herzchirurgie nicht ambulant erbringbar seien und der Herzchirurg deshalb für sein Fachgebiet als Vertragsarzt nicht zulassungsfähig sei. Die wenigen für die vertragsärztliche Versorgung in Betracht kommenden Leistungen, insbesondere die sehr hoch bewerteten EBM-Leistungen 31211 bis 31218, würden typischerweise durch Ärzte anderer Fachgebiete - überwiegend Kardiologen und Allgemeinchirurgen - erbracht, so dass sich zudem ergebe, dass die ambulante Tätigkeit des Herzchirurgen nicht den Umfang einer wirtschaftlich tragfähigen Vertragsarztpraxis erreichen könne. Das **SG** verpflichtete die Ag., den Ast. die von diesen ab dem 01.10.2006 abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen nach denjenigen Gebührensätzen des EBM 2005 zu vergüten, die für Fachärzte für Herzchirurgie bis zum 30.09.2006 abrechenbar gewesen sind, soweit die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt sind. Diese Verpflichtung gilt bis zum Erlass einer erstinstanzlichen Entscheidung in der Hauptsache, wenn bis zum 30.09.2007 Feststellungsklage erhoben worden ist oder bei Gericht eine Mitteilung eingegangen ist, dass Widerspruch gegen den Abrechnungsbescheid I/07 eingelegt worden ist. Anderenfalls endet die Verpflichtung der Ag. aus diesem Beschluss mit diesem Datum. Im Übrigen wird der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurückgewiesen.

5. ABSTAFFELUNGSREGELUNG

LSG Thüringen, Urt. v. 03.05.2006 – L 4 KA 606/04– (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-09**

Abstaffelung, Honorarverteilung, Laborarzt
SGB V § 85 IV

Die Regelungen des HVM der KV Thüringen für die Quartale I und II/99, wonach eine Abstaffelung bei Überschreitung des Grenzwertes durch Kürzung des Gesamthonorarvolumens erfolgt, ist auch für Laborärzte rechtmäßig.

SG Gotha, Urt. v. 10.03.2004 - S 7 KA 2113/00 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

SG Mainz, Urt. v. 22.11.2006 – S 2 KA 883/03 – juris **RID 07-03-10**

Kassenärztliche Vereinigung, Honorarverteilungsmaßstab, Fallzahlbegrenzungsregelung
SGB V § 85 IV

Leitsatz: Eine Abstaffelungsregelung, die bei der Festlegung des praxisindividuellen Fallpunktzahl-Korrekturfaktors im Bereich zwischen 80 bis 120 vH zur Förderung unterdurchschnittlich abrechnender Praxen einerseits und zur Punktwertstabilisierung andererseits einen einheitlichen Korrekturfaktor von 1,0 vH zuordnet, bewegt sich im Rahmen der **Gestaltungsfreiheit**, die den KVen bei der Ausgestaltung der Honorarverteilungsbestimmungen zugestanden wird.

Das **SG** wies die Klage ab.

SG Mainz, Urt. v. 31.05.2006 – S 2 KA 18/04 – juris **RID 07-03-11**

Kassenärztliche Vereinigung, Honorarverteilungsmaßstab, Fallzahlbegrenzungsregelung
SGB V § 85 IV

Leitsatz: Eine Abstaffelungsregelung, die bei der Festlegung des praxisindividuellen Fallpunktzahl-Korrekturfaktors den Grundsätzen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts über Fallzahlbegrenzungsregelungen für Arztpraxen in der Aufbau- und Gründungsphase nicht in ausreichendem Maße entspricht, zieht auch unter dem Blickwinkel von **Anfangs- und Erprobungsregelungen** deren Rechtswidrigkeit nach sich. Wird im konkreten Einzelfall auf Grund der tatsächlich erreichten individuellen Fallzahlen der für das Basisvolumen festgesetzte Fallzahl-Korrekturfaktor nicht erreicht, so bleibt die Klage mangels einer tatsächlichen Rechtsverletzung im Sinne einer Beschwerde dennoch ohne Erfolg.

Das **SG** wies die Klage ab.

SG Mainz, Urt. v. 31.05.2006 – S 2 KA 415/04 – juris **RID 07-03-12**

Kassenärztliche Vereinigung, Honorarverteilungsmaßstab, Fallzahlbegrenzungsregelung
SGB V § 85 IV

Leitsatz: Eine Abstaffelungsregelung, die bei der Festlegung des praxisindividuellen Fallpunktzahl-Korrekturfaktors den Grundsätzen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts über Fallzahlbegrenzungsregelungen für Arztpraxen in der Aufbau- und Gründungsphase nicht in ausreichendem Maße entspricht, zieht auch unter dem Blickwinkel von **Anfangs- und Erprobungsregelungen** deren Rechtswidrigkeit nach sich.

Das **SG** gab der Klage statt.

6. PUNKTWERTVERFALL UND NACHBESSERUNGSPFLICHT

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.06.2007 – L 7 KA 249/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-13**

Humangenetik, Pathologie, Fachgruppentopf, Punktwertverfall
SGB V § 85 IV

Nach der Rechtsprechung des BSG besteht eine **Pflicht der KV zur Nachbesserung bzw. Korrektur der Honorarverteilungsregelungen**, wenn es sich um eine dauerhafte, also nicht nur vorübergehende Entwicklung handelt. Außerdem muss ein vom Umsatz her **wesentlicher Leistungsbereich** einer Arztgruppe betroffen sein und die zum **Punktwertverfall** führende Mengenausweitung darf nicht von der betroffenen Arztgruppe mit zu verantworten sein. Der Punktwertverfall muss erheblich sein; nicht jede Punktwertdifferenz zwischen verschiedenen Honorartöpfen gibt Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung. Außerdem muss der Punktwertverfall zu einer wesentlichen Honorarminderung führen. Bei Honorartöpfen für Leistungen, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen und bei denen

ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit für ein Punktverfall nicht zugerechnet werden kann, ist im Regelfall ein Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung erst gegeben, wenn der Punktwert der aus dem Honoraropf vergüteten Leistungen um 15% oder mehr unter dem für den größten Teil der sonstigen Leistungen liegt (BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 26). Je geringer die Zahl der Ärzte bzw. der Leistungen in einem Honoraropf ist, desto ausgeprägter sind die Anforderungen an die Beobachtungs- und Reaktionspflicht (SozR 4-2500 § 85 Nr. 12).

Ein **Punktverfall von 6,000 DPf auf 3,238 DPf im Primärkassenbereich** verpflichtet eine KV dann nicht zur Korrektur, wenn dieser weder bei der Fachgruppe (hier: Humangenetiker) noch bei der Vertragsärztin selbst zu einer Honorarminderung geführt hat. Ein Anspruch auf höhere Vergütung für nur einen kurzen Zeitraum oder für ein beliebig herausgegriffenes Quartal ist ausgeschlossen. Zur Erfassung der generellen Lage ist die Gesamtsituation der betroffenen Arztgruppe über einen längeren Zeitraum, nämlich über mindestens vier zusammenhängende Quartale, zu betrachten (SozR 4-2500 § 72 Nr. 2, BSG, Beschl. v. 06.09.2006 - B 6 KA 22/06 B - juris).

SG Berlin, Urt. v. 25.06.2003 - S 71 KA 155/00 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. LABORREFORM 1999

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.06.2007 – L 5 KA 23/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-14

Revision anhängig - B 6 KA 33/07 R -

Laborreform, Laborleistung, Laborarzt, Punktwert, EBM, O III-Leistung,
SGB V § 85 IV

Die zum 01.07.1999 in Kraft getretene, tief greifende **Umgestaltung des Kapitels O (Laborleistungen)** des EBM ist weder hinsichtlich der grundsätzlichen Zielrichtung noch hinsichtlich ihrer konkreten Umsetzung zu beanstanden, wie das BSG in mehreren Urteilen v. 11.10.2006 (B 6 KA 46/05 R, 47/05 R, 48/05 R und 49/05 R, juris bzw SozR 4-2500 § 87 Nr 13) mit eingehender Begründung entschieden hat.

Die Honorierung der Leistungen von Laborärzten nach dem **HVM der KV Koblenz** im Quartal IV/99 ist rechtswidrig. Die in einem HVM vorgesehene Erhöhung des Punktwerts für die nach Nr. 3452 EBM abrechenbaren Leistungen um 20 % gegenüber dem Punktwert der für O III-Leistungserbringer maßgeblichen Gebühren-Ziffern 3450, 3454 und 3456 EBM führt zur Auszahlung unterschiedlicher Punktwerte für Leistungen, die in einem Teilbudget zusammengefasst sind, womit eine unzulässige eigenständige Bewertung der Leistungen in Abweichung vom EBM vorgenommen wird. Eine noch weitergehende Schlechterstellung der Laborärzte gegenüber dem vor der Laborreform bestehenden Rechtszustand über die Vorgaben des EBM hinaus durch Änderung des Verhältnisses der Punktwerte untereinander steht mit dem bei der Laborreform erkennbaren Willen des EBM-Normgebers im Widerspruch.

SG Mainz, Urt. v. 01.12.2004 - S 2 KA 299/01 - wies die Klage ab, das *LSG* verpflichtete die Bekl., über den Honoraranspruch der Kl. für das Quartal IV/1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Parallelverfahren: LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.06.2007 - L 5 KA 22/05 -

RID 07-03-14a

Revision anhängig - B 6 KA 32/07 R -

8. FALLZUWACHSBEGRENZUNGSREGELUNG KV BRANDENBURG

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.06.2007 – L 7 KA 9/03*25 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-15

Mengenbegrenzungsregelung, Fallzuwachsbegrenzungsregelung
SGB V § 85 IV

Die Mengenbegrenzungsregelungen im HVM der KV Brandenburg für die Quartale IV/99, IV/00 und I/01 sind rechtmäßig. Die Berechnung des maximal zu vergütenden Punktzahlvolumens erfolgte nach diesen Bestimmungen nicht in Relation zu den durchschnittlichen Fallzahlen und Fallpunktzahlen der Arztgruppe. Vielmehr zielte diese Regelung auf eine Begrenzung des Mengenzuwachses je Arzt ab. Sie sind nicht zu beanstanden, weil sie hinsichtlich der arztindividuellen Fallzahlen auf das Vorjahresquartal abstellen und diese Zahl um 5 % erhöhen.

SG Potsdam, Urt. v. 12.03.2003 - S 1 KA 156/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

9. INDIVIDUALBUDGET

SG Marburg, Urt. v. 29.08.2007 – S 12 KA 761/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-16**
Kassenärztliche Vereinigung, Honorarverteilung, Wachstum, junge Praxis, Umsatzbegrenzung
SGB V § 85 IV

Honorarverteilungsregelungen, die auf eine Umsatzbegrenzung ausgerichtet sind und überdurchschnittlich abrechnenden Praxen insoweit die Möglichkeit weiterer Umsatzsteigerungen verwehren können, sind zulässig (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003 - B 6 KA 76/03 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 6 = MedR 2004, 456). Die gilt auch für eine Praxis, der zunächst als „junge Praxis“ ein Wachstum ermöglicht worden ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

SG Marburg, Urt. v. 29.08.2007 – S 12 KA 1194/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-17**
Kassenärztliche Vereinigung, ambulantes Operationen, Regelleistungsvolumen
SGB V § 85 IV

Eine KV kann mit den Landesverbänden der Krankenkassen einen **Vertrag über die Vergütung** ambulanter Operationen treffen, der zugleich maßgeblich für den Honoraranspruch des Vertragsarztes ist. Liegen Abrechnungswerte im maßgeblichen Referenzquartal für die Bildung eines Regelleistungsvolumens nicht vor und trifft der Strukturvertrag keine Bestimmung darüber, wie das Regelleistungsvolumen in diesem Fall zu bestimmen ist, so handelt es sich um eine Lücke im Vertragswerk, die im Wege der **ergänzenden Vertragsauslegung** zu schließen ist.

Die Bestimmung des **Regelleistungsvolumens nach Durchschnittswerten** hat anhand der Zahl der tatsächlich operierenden Ärzte, nicht anhand der Zahl der Ärzte in den Praxen und Gemeinschaftspraxen, die ambulante Operationen erbringen, zu erfolgen.

Das **SG** gab der Klage statt.

10. ZUSATZBUDGETS "PSYCHOSOMATIK, ÜBENDE VERFAHREN" UND KLASSISCHE HOMÖOPATHIE

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.06.2007 – L 7 KA 35/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-18**
Homöopathie, Patientenschaft, Behandlungsmethode, Zusatzbudget, Psychosomatik
§ 85 IV, 87 II u. IIa 8 SGB V; EBM 1996 Nr. 4.3 Allg. Best. Teil B

Die Anwendung der **klassischen Homöopathie** lässt sich nicht auf **strukturelle Besonderheiten der Patientenschaft** zurückführen, weil derartige Besonderheiten nicht bereits dann vorliegen, wenn Arzt und Patientenschaft die Anwendung bestimmter **Behandlungsmethoden** bevorzugen. Erforderlich ist vielmehr, dass die bei der Patientenschaft des Arztes bestehenden Krankheitsbilder die Anwendung der von ihm angebotenen bestimmten Behandlungsmethode notwendig machen, weil z. B. andere Behandlungsmethoden bei dieser Patientenschaft aus medizinischer Sicht nicht oder nicht mehr angewandt werden können. Für eine Erweiterung des Zusatzbudgets "Psychosomatik, Übende Verfahren" ist damit mangels besonderen Versorgungsbedarfs kein Raum.

SG Berlin, Urt. v. 14.03.2001 - S 79 KA 178/99 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

11. HVM-BUDGETIERUNG VON NICHT PRAXISBUDGETS UNTERWORFENEN LEISTUNGEN

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.06.2007 – L 7 KA 260/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-19**
Fachgruppe, Teilbudget, Mengenbegrenzung, Punktwertstabilisierung
SGB V § 85 IV

Auch wenn der EBM – Stand 1. Juli 1997 – eine Fachgruppe von den hier vorgesehenen Praxis- und Zusatzbudgets (A I Teil B 1.5) ausnahm, war eine KV berechtigt, in ihrem HVM für die Leistungen eine Budgetierung unter Übernahme der Teilbudgets des EBM 1996 vorzusehen. Bei der hier maßgeblichen Regelung des § 10a Abs. 1 HVM KV Berlin (Quartale I u. II/98, I u. IV/99) handelt es sich um ein zulässiges Instrumentarium zur Mengenbegrenzung und zur Stabilisierung der Punktwerte für die Fachgruppe der Internisten.

SG Berlin, Urt. v. 20.08.2003 - S 71 KA 13/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

12. DEGRESSIONSREGELUNG 1993

LSG Bayern, Urtr. v. 13.12.2006 – L 3 KA 5003/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-20

Degressionsregelungen
SGB V § 85 IVb bis IVf

Die Degressionsregelungen im Jahr 1993 in § 85 IVb bis IVf SGB V sind verfassungskonform. Sie beeinträchtigen weder als Berufsausübungsregelungen die Berufsfreiheit eines Vertragszahnarztes (Art. 12 I GG) noch das Eigentumsrecht (Art. 14 GG) (BSG v. 14.05.1997 - 6 RKA 25/96 - BSGE 80, 223; BVerfG, Nichtannahmebeschl. v. 12.07.2000 - 1 BvR 2260/97 -; s. a. BVerfG v. 21.06.2001 - 1 BVR 1762/00 -).

SG München, Gerichtsbb. v. 04.01.2005 - S 38 KA 5104/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

13. NACHTRÄGLICHE ABRECHNUNG EINZELNER GEBÜHREZZIFFERN

LSG Bayern, Urtr. v. 06.12.2006 – L 12 KA 272/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-21

Abrechnung, Frist, Fristverlängerung, Ausschlussfrist, Ausnahmebestimmung
SGB V § 85 IV

Ist die nach dem HVM vorgesehene **Frist zur Einreichung der Abrechnung** verstrichen, und ist nur in begründeten Ausnahmefällen eine Fristverlängerung auf Antrag möglich, dann besteht - wenn es sich nicht um einen begründeten Ausnahmefall handelt - ein Vergütungsanspruch für die nach Fristablauf vorgelegten Abrechnungen grundsätzlich nicht. Es handelt sich bei der Frist zur Vorlage um eine **materielle Ausschlussfrist** (vgl. BSG, Urtr. v. 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 19; LSG Baden-Württemberg v. 16.07.03 - L 5 KA 2935/01 -).

Eine solche **Ausnahmebestimmung** ist auf den Fall der Nachreichung einzelner Gebührezziffern in bereits abgerechneten Fällen nicht anwendbar, auch wenn dies nicht ausdrücklich erwähnt ist.

Die Kl. sind als Orthopäden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und sind auch belegärztlich tätig. Im Mai und Juni 1998 legten sie sog. "Nachreichungen zu den Quartalen III u. IV/97 stationär" vor, mit denen sie um die nachträgliche manuelle Erfassung und Abrechnung der EBM-Nr. 5 in einer Vielzahl von stationären Behandlungsfällen baten (Wert: 8.800,00 EUR). Diesen Antrag lehnte die Bekl. ab. Die Kl. hätten mit den von ihnen zusammen mit den jeweiligen Abrechnungsunterlagen abgegebenen Sammelerklärungen gemäß Anlage E zum Gesamtvertrag-Regionalkassen bzw. Anlage 5 zum Gesamtvertrag-Ersatzkassen die sachliche Richtigkeit ihrer Abrechnungen bestätigt. Dazu gehöre auch die Vollständigkeit der Abrechnung. Deshalb könnten im Nachhinein geltend gemachte Leistungen nicht anerkannt werden. *SG München*, Urtr. v. 30.04.2003 - S 43 KA 2376/01 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

14. ABRECHNUNG MIT HILFE EINER ABRECHNUNGSSTELLE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urtr. v. 13.06.2007 – L 11 KA 110/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-22

Revision anhängig - B 6 KA 37/07 R -

Abrechnung, Abrechnungsstelle, Notfallbehandlung
SGB V §§ 76 I 2, 85 IV, 120 I 3, 284, 285, 295

Ein **Krankenhausträger** darf gegenüber der KV die Abrechnung von ambulanten Notfallbehandlungen gesetzlich Versicherter in seinem Krankenhaus mit Hilfe einer **GmbH als Abrechnungsstelle** vornehmen. Für einen Ausschluss in einem HVV fehlt es an einer Gesetzesgrundlage.

Die Kl. ist Trägerin des Klinikums X. Zur Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen bedient sie sich der PriA Dienstleistungen im Gesundheitswesen GmbH. Sie nimmt die Abrechnung über die PriA nur dann vor, wenn der Patient seine Einwilligung zur Weiterleitung der Daten an diese erteilt hat. Die bekl. KV lehnte eine Abrechnung über die PriA ab, da § 295 I Nr. 2 SGB V dahingehend auszulegen sei, dass die Abrechnungslegung unmittelbar zwischen Arzt und KV zu erfolgen habe. SG Düsseldorf, Beschl. v. 22.04.2005; Senatsbeschl. v. 13.09.2005 - L 11 B 16/05 KA ER – gab einem einstweiligen Anordnungsantrag statt. Mit Wirkung vom 01.01.2006 ist § 4 HVV der Bekl., der die Abrechnungslegung regelt, in Nr. 1 um einen Abs. 2 ergänzt worden. Dieser lautet: "*Die Rechnungslegung ist persönlich - ohne die Einschaltung von Dritten, insbesondere sogenannten Verrechnungsstellen - vorzunehmen. Die Einschaltung Dritter ist soweit und so lange unzulässig, wie eine gesetzliche Grundlage fehlt, von den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung die erforderliche Einwilligung zur Datenweitergabe verlangen zu dürfen und die in § 73 Abs. 1 b) SGB V zum Ausdruck gelangte informationelle Selbstbestimmung zu beachten ist. Letzteres schließt es aus, eine entsprechende Erklärung bei der Behandlung zu erlangen oder - wegen der Gefahr einer Beeinflussung - auf freiwilliger Basis anzuregen und entgegenzunehmen. Die auf Grund unzulässiger Datenverarbeitung erstellte Abrechnung darf nicht verwendet werden und wird zurückgewiesen.*" *SG Düsseldorf*, Urtr. v. 30.08.2006 - S 14 KA 78/05 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

15. AUFRECHNUNG MIT WÄHREND INSOLVENZVERFAHREN ERGANGENER REGRESSFORDERUNG

SG Marburg, Urt. v. 11.07.2007 – S 12 KA 711/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-23**

Regressbescheid, Vertragsarzt, Gemeinschuldner, Verwaltungsakt, Insolvenzverfahren, Nichtigkeit
SGB V § 106; InsO §§ 87, 174

Regressbescheide, die an einen Vertragsarzt, der zugleich Gemeinschuldner ist, während eines laufenden Insolvenzverfahren wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise in vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens liegenden Quartalen ergehen, sind nichtig (Anschluss an BFH, Urt. v. 18.12.2002 - I R 33/01 - BFHE 201, 392 = BStBl II 2003, 630 = NJW 2003, 2335, juris Rn. 6 u. 9; BFH, Urt. v. 04.05.2004 - VII R 45/03 - BFHE 205, 409 = BStBl II 2004, 815 = BB 2004, 1546, juris Rn. 14; BFH, Urt. v. 02.07.1997 - I R 11/97 - BFHE 183, 365 = BStBl II 1998, 428 = NJW 1998, 630, juris Rn. 10).

Das **SG** gab der Klage eines Vertragsarztes gegen die KV, die die Regressforderung mit laufenden Honoraransprüchen verrechnet hatte, auf Auszahlung des einbehaltenen Honorars statt.

16. HINTERLEGUNG/GENEHMIGUNGSPFLICHT NACH WECHSEL DER GESELLSCHAFTSFORM

SG Marburg, Beschl. v. 23.08.2007 – S 12 KA 313/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-24**

Gemeinschaftspraxis, Zulassungsstatus, Gesellschaftsform, Gesellschaft des bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaft, Hinterlegung
SGB V § 85 IV; SGG § 86b II; Ärzte-ZV a.F. § 33; BGB § 378

Eine KV ist grundsätzlich berechtigt, mit befreiender Wirkung nach § 378 BGB eine Honorarzahlung zu **hinterlegen**.

Im Rechtsverkehr mit der KV kommt es für eine **Gemeinschaftspraxis** ausschließlich auf den Zulassungsstatus an. Insofern findet eine öffentlich-rechtliche Überlagerung statt.

Nach § 33 Ärzte-ZV in der bis 31.12.2006 geltenden Fassung war auch jeder Wechsel der Gesellschaftsform (hier: Gesellschaft des bürgerlichen Rechts in eine Partnerschaftsgesellschaft) genehmigungspflichtig.

Das **SG** wies den Antrag, die KV zu verurteilen, an sie 652.085,20 EUR nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit 21.01.2007 zu zahlen, ab.

17. AUFHEBUNG NICHT RECHTSWIDRIGER BESTANDSKRÄFTIGER HONORARBESCHEIDE

SG Marburg, Urt. v. 22.08.2007 – S 12 KA 1012/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-25**

Honorarbescheid, Bestandskraft, Aufhebung, Rücknahme, Widerruf
SGB V § 85 IV; SGB X § 44 ff.

Auf die Aufhebung nicht rechtswidriger bestandskräftiger Honorarbescheide besteht kein Rechtsanspruch.

Das **SG** wies die Klage ab.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – **B 6 KA 32/05** u. **33/05** – GesR 2007, 326 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. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG WEGEN DOPPELABRECHUNG

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 08.06.2007 – L 3 KA 9/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-26**

Sachlich-rechnerische Richtigstellung, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Fallzahl, Vertreterfall
SGG § 86b I 1 Nr. 2; BMV-Ä §§ 17 III 3, 45 II; EKV-Ä §§ 20 III 2, 34 IV 1 u. 2; Ärzte-ZV § 32 I

Sachlich-rechnerische Richtigstellungen können darauf gestützt werden, dass sich Vertragsärzte durch pflichtwidriges Verhalten bei der **Ausgestaltung ihrer beruflichen Zusammenarbeit vertragsärztliches Honorar verschafft** haben, das sie nicht hätten erzielen können, wenn die Zusammenarbeit korrekt durchgeführt worden wäre (BSG SozR 4-5520 § 33 Nr. 6).

Nach der überzeugenden Rechtsprechung des BSG liegt ein derartiger Fall vor, wenn Vertragsärzte eine ursprüngliche **Gemeinschaftspraxis in eine Praxisgemeinschaft umwandeln**, ohne die – auf

gemeinsame Behandlung des Patientenstammes – gerichtete bisherige Praxisführung zu ändern und hierdurch eine deutliche **Vermehrung der Fallzahlen** der beteiligten Ärzte sowie der abzurechnenden Leistungen erreichen. Die überhöhte Honorarabrechnung kann sachlich-rechnerisch berichtigt werden, indem die Honorare auf die Höhe zurückgeführt werden, die die beteiligten Vertragsärzte im Fall der Führung einer Gemeinschaftspraxis zu beanspruchen hätten. Voraussetzung hierfür ist nach der o. a. BSG-Rechtsprechung, dass die Partner einer aus einer Gemeinschaftspraxis hervorgegangenen Praxisgemeinschaft ihre Patienten zu einem hohen Anteil gemeinschaftlich behandeln, nachdem sie es unterlassen haben, auf die Änderung der Rechtsform ihrer Zusammenarbeit unmissverständlich hinzuweisen (BSG a.a.O.).

Werden in vier Quartalen 64,25 %, 45,73 %, 52,97 % bzw. 46,93 % und damit **im Durchschnitt 52,47 % der Patienten** eines Arztes auch von den zwei anderen Ärzten einer Praxisgemeinschaft behandelt, so ist die Annahme gerechtfertigt, die drei Vertragsärzte hätten strukturell eine Gemeinschaftspraxis betrieben.

In Anlehnung an § 17 III BMV-Ä spricht aber viel dafür, dass ein **Vertreterfall** nur dann angenommen werden kann, wenn der Vertragsarzt aus einem besonderen Grund "an der Ausübung seiner Praxis verhindert" ist, d.h. nicht nur stundenweise, sondern zumindest einen Tag abwesend ist, so dass die Praxis insgesamt geschlossen bleibt.

Ein als "Vertreter" in Anspruch genommener Vertragsarzt ist gehalten, Patienten, die sich wegen der **stundenweisen Abwesenheit ihres Arztes** an sie wenden, auf dessen Rückkehr – ggf. am nächsten Tag - zu verweisen. Dies gilt schon deshalb, als nach der zwischenzeitlich ergangenen BSG-Entscheidung vom 22.03.2006 – neben der Verpflichtung, sich an der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu beteiligen – auch eine Pflicht des jeweiligen Hausarztes besteht, **einer unkoordinierten Mehrfachanspruchnahme anderer Ärzte entgegen zu wirken** (SozR 4-5520 § 33 Nr. 6 Rn. 25).

Der **Ast.** ist als Facharzt für Allgemeinmedizin niedergelassen und nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Zum 01.04.2000 trat er einer **Praxisgemeinschaft** bei, deren andere Mitglieder (bereits ab 01.04.1998) die Fachärzte für Allgemeinmedizin **Dr. D. und E.** waren. Letztere waren bis zum 31.03.1998 in Gemeinschaftspraxis tätig gewesen. Nach 2004 wurde die Praxisgemeinschaft aufgelöst und – unter zusätzlicher Beteiligung der Ärztin Dr. F. – eine Gemeinschaftspraxis gegründet, die seit 2007 ohne den Arzt E. weiter geführt wird. Die Ag. führte für das Quartal I/02 eine sog. erweiterte **Plausibilitätsprüfung** durch. Diese ergab, dass von insgesamt 884 Patienten des Ast. 84 auch von den Ärzten E. und Dr. D. behandelt worden waren, 271 auch von Dr. D. und 213 auch vom Partner E. Dabei hatte ein Arzt seine Leistungen jeweils in der Kategorie "eigene Fälle" abgerechnet, der zweite und ggf. auch der dritte hatten Vertreterscheine abgerechnet. Der Plausibilitätsausschuss teilte dem Ast. daraufhin – unter Darlegung von 30 ausgewählten Beispielfällen – mit, es könne aus diesem Grund die Anfangsvermutung einer künstlichen Fallzahlvermehrung vorliegen. Der Ast. legte dar, dass jeweils sachliche Gründe für die Abrechnung von Vertretungsscheinen vorgelegen hätten. Die Ag. berichtigte die Honorarabrechnung des Ast. für das Quartal I/02, weil dieser sich mit seinen Kollegen zu einer Praxisgemeinschaft verbunden, dann aber mit diesen in einer Art und Weise zusammengewirkt habe, wie es für eine Gemeinschaftspraxis kennzeichnend sei, und weil er Vertreterscheine abgerechnet hätte, ohne dass die Voraussetzungen eines Vertretungsfalls nach § 32 I Ärzte-ZV gegeben gewesen seien. Berechnete man den Honoraranspruch der drei Ärzte so, als ob diese eine Gemeinschaftspraxis geführt hätten, ergäbe sich eine Honorardifferenz von insgesamt 17.979,58 EUR gegenüber dem tatsächlich abgerechneten Gesamthonorar. Der auf den Ast. entfallende Anteil - 5.426,06 EUR - wurde von diesem zurückgefordert. Vor dem SG Hannover ist eine Klage - S 24 KA 120/05 – anhängig. Für die Quartale II bis IV/2002 forderte die Ag. vom Ast. Honorare in Höhe von insgesamt 10.678,05 EUR zurück. Hiergegen legte dieser Widerspruch ein, über den bisher nicht entschieden worden ist. **SG Hannover**, Beschl. v. 31.01.2007- S 24 KA 462/06 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

2. ASSISTENTENBESCHÄFTIGUNG OHNE GENEHMIGUNG

SG Stuttgart, Urt. v. 24.04.2006 – S 11 KA 6901/04 – juris = MedR 2007, 377

RID 07-03-27

Vertragsarzt, persönliche Leistungserbringung, Abrechnungs-Sammelerklärung, Honorarbescheid

SGB V §§ 82 I, 85 IV; Ärzte-ZV § 32; EKV-Ä §§ 34 I, 35 III; BMV-Ä §§ 35 II 3, 42 III

Bei § 32 II Ärzte-ZV handelt es sich nicht um eine bloße Ordnungsvorschrift. Der Vertragsarzt kann ohne die vorgeschriebene **Genehmigung** der KV Leistungen durch einen Vertreter oder Assistenten zu Lasten der Krankenkassen nicht erbringen (BSG SozR 3-5525 § 32 Nr. 1 und SozR 3-5545 § 19 Nr. 2 für den zahnärztlichen Bereich). Einem Vertragsarzt steht für die unter Verstoß gegen das **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** erbrachten Leistungen keine **Vergütung** zu (BSG, Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 25/04 B - für den laborärztlichen Bereich).

Die **Unrichtigkeit der Abrechnungs-Sammelerklärung** folgt hier zwingend daraus, dass Leistungen entgegen dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung durch die Beschäftigung einer ungenehmigten Weiterbildungsassistentin abgerechnet wurden.

Rechtsfolge des Wegfalls der Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung ist die **Rechtswidrigkeit des Honorarbescheids** für das Quartal im Ganzen. Bei der Neufestsetzung des Honorars hat die KV ein weites Schätzungsermessen (BSG, Urt. v. 17.09.1997 – 6 RKa 86/95 – SozR 3-5550 § 35 Nr. 1).

Die Annahme, dass der Umfang der Tätigkeit eines genehmigten Assistenten hinsichtlich der Erbringung abrechnungsfähiger vertragsärztlicher Leistungen auf etwa **30-40 % der Gesamtleistungen** der Praxis geschätzt werden kann, ist nicht zu beanstanden, ebenso wenig ein Honorarabzug von 20 % des auf einen Gemeinschaftspraxispartner bezogenen durchschnittlichen Umsatzes.

Das **SG** wies die Klage ab.

3. VERGÜTUNGAUSSCHLUSS BELEGÄRZTLICHER LEISTUNGEN

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 23.05.2007 – L 3 KA 268/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-28**

Laborkosten, Belegarzt, Laborleistung, EBM, HVM, Pflegesatz

SGB V §§ 85 IV 1 u. 2, 121 III 2; BPflV § 2 II 1, 7 I

Ein **HVM** kann auf der Grundlage von § 85 IV 1 u. 2 SGB V vorsehen, dass **Leistungen** der Anhänge zu Abschnitt O I/II und O III BMÄ bzw. E-GO bei stationärer Behandlung durch hierzu berechnete Ärzte **nicht abgerechnet werden**. Die darin liegende Sonderregelung der Vergütung **belegärztlicher Leistungen** wird durch § 121 III SGB V nicht nur gerechtfertigt, sondern zwingend vorgeschrieben.

Der **völlige Ausschluss der Abrechenbarkeit einzelner EBM-Ziffern** durch die Regelungen des HVM einer einzelnen KV verletzt auch nicht § 87 II 1 SGB V, wonach der den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bestimmt, und zwar – gemäß § 87 I SGB V – auf der Grundlage einer von der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit bundesweiter Geltung getroffenen Vereinbarung. Denn die KVen können im Rahmen ihrer Satzungsautonomie neben den Gebührenansätzen des EBM auch andere Gesichtspunkte zur Erreichung einer sachgerechten Honorarverteilung berücksichtigen, selbst wenn hierdurch im Ergebnis von den Bewertungen des EBM abgewichen wird; hierzu zählt insbesondere die Beschränkung der belegärztlichen Vergütung auf Grund der Vorgabe des § 121 III 2 SGB V (BSG SozR 3-2500 § 121 Nr. 1).

Die Anwendung des **§ 121 III 2 SGB V** fällt nicht allein in die Kompetenz der Gesamtvertragsparteien, sondern richtet sich grundsätzlich an alle mit der Vergütung belegärztlicher Leistungen befasste Körperschaften.

Ein **Belegarzt, der Leistungen selbst erbringt**, die Bestandteil des von den Krankenkassen an das Krankenhaus gezahlten Pflegesatzes sind, kann allenfalls auf Erstattungsansprüche gegen den Krankenhausträger verwiesen werden (BSG, Urt. v. 20.06.1989 – 6 RKa 15/88 - juris).

Der Kl., ein Urologe, ist seit 1999 als Belegarzt in der Abteilung für Urologie des "H." tätig, dessen Trägerin die Beigel. ist und das mit fünf Betten im Gebiet Urologie in den nieders. Krankenhausplan aufgenommen ist. Das Krankenhaus hat mit dem Laborzentrum, dessen Inhaber ein niedergelassener Arzt ist, einen Vertrag abgeschlossen für die Erbringung fachärztlicher labormedizinischer Untersuchungsleistungen gegen ein pauschales Jahreshonorar. Anforderungen von Belegärzten werden im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit gesondert angefordert "und nach der gültigen Abrechenmethodik vom Auftragnehmer abgerechnet". Die Laborleistungen, die im Rahmen der belegärztlichen Behandlung durch den Kl. erforderlich werden und die den Bereich Mikrobiologie betreffen oder damit im Zusammenhang stehen, erbringt dieser jedoch in seiner eigenen Praxis; die dabei entstehenden Sachkosten trägt er selbst. Für II/01 stellte die Bekl. ein dem Kl. auszahlendes Gesamthonorar von 124.471,02 DM fest, wovon 30.683,43 DM auf stationäre vertragsärztliche Leistungen entfielen. U.a. die Ziffern 3500, 3501, 3602, 3615, 3884, 4480, 4507, 4690, 4722, 4724 und 4734 EBM im Zusammenhang mit stationären Behandlungen berücksichtigte sie in der Honorarabrechnung nicht. Mit der Klage machte der Kl. geltend, dass er die Leistungen nach den Anhängen zu Abschnitt O I/II und O III tatsächlich erbringe; diese könnten deshalb nicht als allgemeine Krankenhausleistungen mit dem Pflegesatz abgegolten sein. Wenn Anl. 2 des HVM der Beklagten entsprechende Leistungen aus der Berechnungsfähigkeit ausnehme, verletze dies § 121 III 1 SGB V. Allein sachgerecht und rechtmäßig sei es, demjenigen Leistungserbringer die Sachkosten zu erstatten, der sie verauslagt habe. Im Übrigen hat er sich auf Bestandsschutz berufen, weil die Bekl. die umstrittenen Leistungen bis zum Quartal II/99 abgerechnet habe. **SG Hannover**, Urt. v. 08.09.2004 - S 16 KA 146/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. GESTEIGERTE HYPOSENSIBILISIERUNGSBEHANDLUNG („RUSH-IMMUN-THERAPIE“)

SG Marburg, Urt. v. 04.07.2007 – S 12 KA 250/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-29

Infusion, Hyposensibilisierungsbehandlung, Allergeninjektion, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, Rush-Immun-Therapie, Belegarzt

SGB V §§ 106, 121, 135; BMV-Ä § 45; EKV-Ä § 34; EBM 1996 Nr. 273, 359

Eine gesteigerte Hyposensibilisierungsbehandlung mit im Regelfall einer Injektion pro Tag (z. T. auch als sog. Rush-Immun-Therapie bezeichnet) ist keine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode und kann nach Nr. 359 EBM 1996 im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit abgerechnet werden.

Das **SG** gab der Klage statt.

5. UMWANDLUNG IN ANDERE LEISTUNG STATT STREICHUNG

SG Düsseldorf, Urt. v. 13.06.2007 – S 2 KA 124/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-30

Abrechnung, Honorarbescheid, Berichtigung, Berichtigungsbescheid, Umwandlung

BMV-Ä § 45 II; EKV-Ä § 34 IV; EBM 2005 Nr. 05350, 31503

Eine HVM-Bestimmung, wonach der Arzt eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen nicht mehr geltend machen kann (zur Rechtmäßigkeit vgl. LSG NRW, Urt. v. 15.01.1997 - L 11 Ka 74/96 - NZS 1997, 384 und - L 11 Ka 70/96 -; v. 15.01.2003 - L 11 KA 192/00 -; v. 07.06.2006 - - L 11 KA 26/05 – RID 06-03-27) steht einer Umwandlung nicht entgegen; es entspricht gängiger Praxis der KVen, in den Fällen, in denen Leistungsinhalte einer EBM-Ziffer nicht oder nicht vollständig erbracht worden sind, die Leistungen aber den Leistungsinhalt einer anderen EBM-Ziffer erfüllen, entsprechende Umwandlungen vorzunehmen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Berichtigung bereits in dem Abrechnungsbescheid und nicht durch einen eigenständigen, nachgehenden Bescheid vorgenommen wurde.

Das **SG** verurteilte die KV, Leistungen nach der EBM-Nr. 05350 in Leistungen nach der EBM-Nr. 31503 umzuwandeln.

6. ANÄSTHESIOLOGIE: NR. 5, 26, 490, 721 EBM 1996

SG Karlsruhe, Urt. v. 26.01.2007 – S 1 KA 5333/04 – juris

RID 07-03-31

Anästhesist, Blutgasanalyse, Teilleistung, Überweisungsauftrag

SGB V § 87; EBM 1996 Nr. 5, 26, 490, 721

Leitsatz: 1. Die Durchführung einer Blutgasanalyse durch den Anästhesisten am Tag vor der Operation/Anästhesie zur Abschätzung intra- oder postoperativer Risiken für die Lungenfunktion des Patienten steht in einem unmittelbaren engen Zusammenhang mit der Anästhesieleistung und ist deshalb als unselbständige Teilleistung mit dieser selbst abgegolten.

2. Der Überweisungsauftrag eines Anästhesisten endet mit der Durchführung der Leistung der postnarkotischen Überwachungsphase einschließlich der Abschlussuntersuchung. Die Weiterbehandlung des Patienten fällt dann allein in den Zuständigkeitsbereich des Operateurs. Für die Abrechnung weiterer postoperativer Leistungen durch den Anästhesisten ist damit kein Raum mehr.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die im Quartal II/03 abgerechneten Ansätze der Nr. 5 EBM unter Anrechnung bereits erfolgter Vergütungen für die Umwandlung dieser Nr. in die Nr. 6 EBM nach zu vergüten.

7. HNO: NR. 64, 83, 1414, 1418, 1426, 1452, 1453, 1549, 1572, 1575, 1576, 1577, 7125 EBM 1996

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.06.2007 – L 7 KA 284/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-32

HNO-Arzt, Zuschlag, Anästhesie, Narkose

EBM 1996 Nrn. 64, 83, 1414, 1418, 1426, 1452, 1453, 1549, 1572, 1575, 1576, 1577, 7125

Die **Nr. 64 EBM** kann nicht abgerechnet werden, wenn der Zuschlag für eine zuschlagsberechtigte ambulante Anästhesie/Narkose nach der Nr. 90 EBM nicht in Ansatz gebracht wurde.

Die **Nr. 1452 EBM** ist fakultativer Leistungsbestandteil bereits in der Nr. 1453 EBM enthalten.

Die **Nr. 1418 EBM** kann nicht abgerechnet werden, wenn die Eingriffe nach Nr. 1414 EBM bereits in der umfassenden Leistungsbeschreibung nach der Nr. 1426 EBM enthalten sind.

Nach den allgemeinen Regeln des EBM unter B VI sind Zuschläge nach den **Nrn. 80 bis 87 EBM** insgesamt nur einmal berechnungsfähig, wenn in zeitlichem Zusammenhang mehrere operative Leistungen an demselben Patienten erbracht werden. Diese Voraussetzungen sind erfüllt, wenn bei denselben operativen Leistungen bereits einmal einen Zuschlag nach der Nr. 85 EBM in Ansatz gebracht worden ist, wodurch ein weiterer Zuschlag nach der Nr. 83 EBM ausgeschlossen ist.

Die **Nr. 1549 EBM** ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 1572 bzw. 1575 EBM abrechenbar. Bei den Leistungen nach den **Nrn. 1576 und 1577 EBM** handelt es sich um einen fakultativen Leistungsbestandteil der Nrn. 1572 bzw. 1575 EBM.

Die **Nr. 7125 EBM** kann am selben Behandlungstag nicht zweimal in Ansatz gebracht werden.

SG Berlin, Urt. v. 29.05.2002 - S 71 KA 411/00 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren: SG Berlin, Urt. v. 20.11.2002 - S 79 KA 419/00 -

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.06.2007 – L 7 KA 19/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-33

8. PSYCHOTHERAPIE: KEINE UMWANDLUNG DER NR. 35140 IN NR. 14220 BZW. 21220 EBM 2005

SG Marburg, Urt. v. 29.08.2007 – S 12 KA 940/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-34

Sachlich-rechnerische Berichtigung, Behandlung, Psychotherapie, biographische Anamnese
EBM 2005 Nr. 14220, 21220, 35140

Bei einer Honorarberichtigung können Leistungen nach Nr. 35140 EBM 2005 nicht in Leistungen nach Nr. 21220 EBM 2005 bzw. Nr. 14220 EBM 2005 umgewandelt werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

9. UROLOGIE: NR. 1860 EBM 1996 (EXTRAKORPORALE STOßWELLENLITHOTRYPSIE)

SG Hamburg, Urt. v. 17.01.2007 – S 3 KA 266/03 –

RID 07-03-35

Extrakorporale Stoßwellenlithotrypsie, Urologie

EBM 1996 Nr. 1860; BMV-Ä i.d.F. ab 01.01.2004 § 21 I; EKV-Ä § 25 I

Die Nr. 1860 EBM – Extrakorporale Stoßwellenlithotrypsie – ist als Komplexziffer auf den Krankheitsfall bezogen, der sich anders als der Behandlungsfall über mehrere Quartale erstrecken kann. Ein neuer Krankheitsfall liegt nur vor, wenn auf der behandelten Seite eine Desintegration auf abgangsfähige Fragmente eingetreten und eine nochmalige Steinbildung zu verzeichnen bzw. eine gänzlich andere Seite behandelt worden ist. Der Arzt ist hierfür darlegungspflichtig.

Das *SG* wies die Klage (Quartale I/00 bis I/01) ab.

10. SPRECHSTUNDENBEDARFSREGRESS: SPÜLLÖSUNG ZUR ARTHROSKOPIE

SG Marburg, Urt. v. 11.07.2007 – S 12 KA 45/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-36

Regressbescheid, Sprechstundenbedarf, unwirtschaftliche Verordnung, Strukturvertrag, Arthroskopie, Spüllösung, Infusion

EBM 1996 Nr. 2445, 2447, 2449

Der Begriff "einschl. Kosten" in den Gebührennrn. 2445 (diagnostische arthroskopische Operation), 2447 (resezierende arthroskopische Operation) und 2449 EBM (rekonstruktive arthroskopische Operation) erfasst sämtliche Kosten, die üblicherweise in Zusammenhang mit der arthroskopischen Untersuchung bzw. dem Eingriff anfallen; dazu gehören auch Spüllösungen (vgl. BSG, Urt. v. 16.05.2001 - B 6 KA 87/00 R - SozR 3-5533 Nr. 2449 Nr. 2 = USK 2001-157, juris Rdnr. 16 ff.; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2003 – L 10 KA 32/02 – juris Rdnr. 27 ff.; LSG Niedersachsen, Urt. v. 04.06.1997 - L 5 Ka 39/96 - juris Rdnr. 29). Dies gilt auch für einen Strukturvertrag, der an diese Leistungslegenden anknüpft.

Das *SG* wies die Klage ab.

III. Fachkunde/Zweigpraxis/Genehmigungen/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – **B 6 KA 8/06 R** – GesR 2007, 369 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).

Steinhilper, Die „defensive Konkurrentenklage“ im Vertragsarztrecht – Folgerungen aus der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG -, MedR 2007, S. 469-474; *Gleining*, Zur Anerkennung von Psychotherapieverfahren als Richtlinienverfahren, MedR 2007, S. 152-166.

1. GENEHMIGUNG FÜR IMMUNAPHERESE BEI AKTIVER RHEUMATOIDER ARTHRITIS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.05.2007 – L 10 KA 22/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-37**

Genehmigung, Immunapherese, Arthritis, Nephrologe, Internist

SGB V §§ 135; Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

Eine 1998 erteilte **Genehmigung** zur Durchführung und Abrechnung der ambulanten LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren (**LDL-Apherese**) nach Nr. 1.1 der NUB-RL beinhaltet insbesondere nicht zum damaligen Zeitpunkt nicht in das Leistungssystem der GKV aufgenommene, erst in Zukunft anzuerkennende Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden wie das erst 2003 aufgenommene Verfahren der **Immunapherese**.

Der klagende **Facharzt für Innere Medizin** nimmt an der Dialyse-Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren teil und besitzt die Genehmigung für die ambulante LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese) nach Nr. 1.1 BUB-RL sowie zur Durchführung und Abrechnung eines Versorgungsauftrags nach § 3 Abs. 3 Buchst. a) Anlage 9.1 BMV-Ä. Nach Aufnahme der Immunapherese in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung regte die Bekl. einen entsprechenden Antrag des Kl. an und führte weiter aus, dass gegen eine Genehmigung zur Durchführung von Immunapheresen keine Bedenken bestünden, da die dafür erforderliche fachliche Qualifikation derjenigen zur Durchführung und Abrechnung von LDL-Apheresen entspreche. Nach vorausgehenden Hinweisen lehnte die Bekl. eine Genehmigung ab, weil diese nur Ärzten erteilt werden könne, die über die fachliche Befähigung nach § 4 Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren verfügten. Danach könne ausschließlich **Nephrologen** eine Genehmigung erteilt werden. Ausnahmen lasse die Vorschrift nicht zu. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 26.04.2006 - S 14 KA 62/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. ZWEIGPRAXIS NACH VÄNDG

A) KEINE BEEINTRÄCHTIGUNG DER ORDNUNGSGEMÄßEN VERSORGUNG BEI FAHRZEIT VON 45 MINUTEN

SG Marburg, Beschl. v. 27.08.2007– S 12 KA 346/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-38**

Vertragsarztsitz, Zweigpraxis, MKG-Chirurg, Versorgung

Zahnärzte-ZV i.d.F. d. VÄndG § 24

Bei einer Fahrzeit von 45 Minuten zwischen Vertragsarztsitz und Zweigpraxis eines MKG-Chirurgen liegt noch keine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes i. S. d. § 24 Abs. 3 Satz 1 Zahnärzte-ZV i.d.F. d. VÄndG vor.

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

B) VERSORGUNGSVERBESSERUNG/KINDERZAHNHEILKUNDE

SG Marburg, Beschl. v. 27.08.2007– S 12 KA 374/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-39**

Vertragsarztsitz, Zweigpraxis, Zahnarzt, Versorgung; Versorgungsverbesserung, Kinderzahnheilkunde

Zahnärzte-ZV i.d.F. d. VÄndG § 24

Ein Vertragszahnarzt, der nicht im Einzelnen darlegt, worin sich seine Tätigkeit von der anderer Vertragszahnärzte am Ort der Zweigpraxis konkret unterscheiden soll, hat keinen Anspruch auf Genehmigung einer Zweigpraxis.

Kinderzahnheilkunde gehört zur Ausbildung aller Zahnärzte.

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

3. UNGEEIGNETHEIT EINES ANZUSTELLENDEN ARZTES

SG Düsseldorf, Beschl. v. 10.08.2007 – S 2 KA 94/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-40

Genehmigung, Anstellung, Praxisinhaber, Ungeeignetheit

SGB V § 95 IX; Zahnärzte-ZV § 32b; SGG § 86b II

Die Möglichkeit zur Beschäftigung angestellter Zahnärzte nach § 32b Zahnärzte-ZV ist als **originäres Recht des Praxisinhabers** ausgestaltet. Nur dieser und nicht der anzustellende Zahnarzt kann die Genehmigung für die Anstellung beantragen, und allein dem Praxisinhaber gegenüber treffen die Zulassungsgremien eine Entscheidung. Dies gilt auch dann, wenn die Versagung der Genehmigung auf die Ungeeignetheit des anzustellenden Zahnarztes gestützt wird. Demgemäß ist allein der Praxisinhaber zur gerichtlichen Anfechtung berechtigt, weil nur er im Außenverhältnis darüber disponieren darf, ob er seinen Rechtsanspruch auf Erteilung der Genehmigung nach § 32b Zahnärzte-ZV gerichtlich durchsetzen will oder nicht. Zwar schließt dies nicht aus, dass die gerichtliche Entscheidung die berechtigten Interessen des anzustellenden Zahnarztes berührt. Hierzu kann der anzustellende Zahnarzt nach § 75 I 1 SGG (einfach) **beigeladen** werden, was sich für den Regelfall als sachgerecht erweisen wird, damit ihm Gelegenheit gegeben wird, die ihn betreffenden Belange hinsichtlich seiner Eignung und fachlichen Qualifikation in das Verfahren einzubringen (BSG, Urt. v. 20.09.1995 - 6 RKa 37/94 -; v. 02.10.1996 - 6 RKa 82/95 -).

Der Begriff der **Ungeeignetheit** ist ein unbestimmter, gerichtlich voll nachprüfbarer Rechtsbegriff (LSG Bayern, Urt. v. 02.12.1981 - L 12/Ka 27/81 -). Außerhalb der exemplarisch genannten Rauschgift- und Trunksucht und der damit vergleichbaren Medikamentenabhängigkeit (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 27.01.2004 – L 5 KA 4663/03 ER-B - RID 04-03-44), können sich schwerwiegende Mängel vor allem aus charakterlichen Defiziten ergeben, die ihren Ausdruck in einem entsprechenden Fehlverhalten finden, oder in gröblichen Pflichtverletzungen begründet sein. Vor dem verfassungsrechtlichen Hintergrund der Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 I GG) ist bei der Auslegung des Tatbestandsmerkmals "Ungeeignetheit" jedoch ein restriktiver Maßstab anzulegen. Die Versagung der Anstellungsgenehmigung ist nur dann zulässig, wenn die Mängel so beschaffen sind, dass sie die Funktionsfähigkeit des Systems der vertragszahnärztlichen Versorgung gefährden. Dies ist dann anzunehmen, wenn durch die Art und Schwere des Verstoßes das Vertrauensverhältnis zwischen dem Zahnarzt, der KZV und den Krankenkassen derart gestört ist, dass eine Zusammenarbeit nicht möglich erscheint.

Der Ast zu 1) ist als Zahnarzt in L1 niedergelassen und zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist Mitglied des Vorstandes der Mc Zahn AG, X. Seit dem 25.05.2007 beschäftigt er mit Genehmigung Herrn L2 als einzigen angestellten Zahnarzt. Die Ast. zu 2) ist approbierte Zahnärztin und war vom 03.05.2007 bis 31.07.2007 als Vertreterin in der Praxis des Ast. zu 1) tätig. Über einen Verlängerungsantrag ist gegenwärtig noch nicht entschieden. Nach **Antrag vom 01.03.2007** auf Genehmigung der Beschäftigung der Ast. zu 2) als angestellte Zahnärztin in seiner Praxis wies die Ag. den Ast. zu 1) auf fehlende Unterlagen und darauf hin, dass die Ast. zu 2) erst kassenzahnärztlich tätig werden könne, wenn die entsprechende Genehmigung des Zulassungsausschusses vorliege. Zudem wies sie ausdrücklich darauf hin, dass ab dem 01.01.2007 die Eintragung in das Zahnarztregister auch für die Genehmigung von angestellten Zahnärzten zwingende Voraussetzung sei. Die Ast. zu 2) sei nicht im Register der KZV Nordrhein eingetragen. Daraufhin **beantragte der Ast. zu 1) am 20.03.2007** erneut die Genehmigung, wobei er den Arbeitsbeginn mit dem 20.02.2007 angab. Seinem Antrag fügte er einen Arbeitsvertrag bei, nach dessen § 1 die Ast. zu 2) mit Wirkung vom 20.02.2007 als angestellte Zahnärztin (Arbeitnehmer) in die Praxis eintrete. Nach § 11 werde dieser Vertrag nur wirksam, wenn die für die Anstellung des Arbeitnehmers erforderliche Genehmigung von der zuständigen KZV (nach § 32 II Zahnärzte-ZV) erteilt worden sei. In der Sitzung des Ag. zu 1) vom 25.04.2007 **gab die Ast. zu 2) auf Befragen an**, dass sie seit 20.02.2007 in der Praxis des Ast. zu 1) tätig sei und gesetzlich krankenversicherte Patienten behandle. Sie habe seit diesem Zeitpunkt voll behandelt, also das gesamte Spektrum der Zahnmedizin angeboten. Ihr sei zwar bekannt, dass eine Tätigkeit als angestellte Zahnärztin erst zu dem Zeitpunkt aufgenommen werden könne, zu welchem die dazu erforderliche Genehmigung erteilt worden sei. Man hätte ihr jedoch in der Praxis des Antragstellers zu 1) gesagt, dass es in Ordnung sei, wenn sie vor Genehmigung anfinde. Es sei mit der KZV so abgesprochen. Der Antrag wäre eingereicht worden und von daher könne sie vorab schon die Tätigkeit aufnehmen. Der **Ag. zu 1) lehnte den Antrag ab**; die Ast. zu 2) sei als anzustellende Zahnärztin zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung ungeeignet, **weil sie ohne Genehmigung der Anstellung wissentlich entgegen ausdrücklichem Hinweis gesetzlich versicherte Patienten bereits seit 20.02.2007 behandelt habe**. Die Widersprüche blieben erfolglos. Das **SG** gab dem Antrag des Ast. zu 1) statt und wies den Antrag der Ast. zu 2) zurück.

4. VERTRETERGENEHMIGUNG FÜR PRAXIS EINES VERSTORBENEN VERTRAGSARZTES

SG Düsseldorf, Beschl. v. 15.06.2007 – S 2 KA 65/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-41

Vertragsarzt, Vertreter, Praxis, Weiterführung, Nachbesetzungsverfahren, Praxisnachfolge
SGB V § 103 IV; BMV-Ä § 4 III; EKV-Ä § 8 V

Nach §§ 4 III BMV-Ä, 8 V EKV-Ä kann die KV die Weiterführung der Praxis eines verstorbenen Vertragsarztes durch einen anderen Arzt bis zur Dauer von zwei Quartalen genehmigen. Rechtsgrundlage für diese öffentlich-rechtlichen Verträge ist § 82 I SGB V. Es handelt sich hierbei um Rechtsetzung, die für die Vertragsärzte gemäß § 95 III 3 SGB V verbindlich ist. Verfassungsrecht aus Art. 14 I GG gebietet keinen Anspruch auf vertretungsweise Weiterführung der Praxis bis zum bestandskräftigen Abschluss des Nachbesetzungsverfahrens.

Die Ast. sind die Erben des am 11.06.2006 verstorbenen Radiologen Q1. Der Erblasser war bis zu seinem Tode in einer **radiologischen Praxisgemeinschaft** mit den Q2, S und C in E vertragsärztlich tätig gewesen. Die Ast. zu 1) ist die Mutter des Erblassers, der Ast. zu 2) sein Bruder. Nach dem **Tode des Erblassers** beantragten die Ast. unter dem 04.07.2006 die **Ausschreibung dessen Vertragsarztsitzes**, weil die Praxis an einen Nachfolger verkauft werden soll. Bis zum 31.12.2006 hatte die Ag. die Weiterführung der Praxis durch einen **Vertreter** genehmigt. Eine **Verlängerung der Weiterführung der Praxis** bis zum 31.03.2007 lehnte sie ab: Gemäß § 4 III BMV-Ä bzw. § 8 V EKV-Ä sei die Fortführung einer Praxis durch einen anderen Arzt längstens bis zu 2 Quartalen möglich. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

5. ENTZIEHUNG DER GENEHMIGUNG ZUR SUBSTITUTIONSGESTÜTZTEN BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

A) ANHÖRUNG/ERMESSENSAUSÜBUNG

SG Dresden, Beschl. v. 21.11.2006 – S 18 KA 613/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-42

Methadonsubstitution, Entziehung, Anhörung, Ermessensausübung
SGB V §§ 92, 135

Vor Entziehung der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger ist ein Vertragsarzt gemäß § 24 I SGB X **anzuhören**.

Ein Entziehungsbescheid, der lediglich die Feststellung enthält, dass auf Grund der **unzureichenden Dokumentation** die Anforderungen an die Qualität der vertragsärztlichen Substitution wiederholt nicht erfüllt seien, angeforderte Dokumentationen gar nicht eingereicht worden seien und der Vertragsarzt die Termine zum Beratungsgespräch zweimal abgesagt habe, ist rechtswidrig, da sich nicht nachvollziehbar entnehmen lässt, welche konkrete Dokumentation unzureichend war, welche Mängel zu bestanden waren und in welchen Fällen welche angeforderten Unterlagen nicht eingereicht wurden. Zur hinreichenden Konkretisierung der für den Erlass des Bescheides maßgeblichen Umstände, auf die sich die Anhörung erstrecken muss, genügt weder die Anberaumung eines Beratungsgesprächs über das Ergebnis der Qualitätsprüfungen noch der abstrakte Hinweis auf die Möglichkeit eines Widerrufs der Substitutionsgenehmigung. Denn die gemäß § 24 I SGB X vorgeschriebene Anhörung muss rechtsfolgenbezogen die konkrete Absicht der Behörde zum Erlass des geplanten Verwaltungsaktes ebenso erkennen lassen wie die konkreten Umstände, welche sie der beabsichtigten Entscheidung als tragend zu Grunde legen will.

Bei § 9 VII 3 Substitutionsrichtlinie handelt es sich um eine spezielle **Rechtsgrundlage** über den **Widerruf von Verwaltungsakten** (hier: der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Substitutionsbehandlung nach § 2 der Substitutionsrichtlinie), die gesetzlich basierend auf § 135 I 1 Nr. 2, § 92 I 1 u. 2 Nr. 5 in Verbindung mit § 85 IIa SGB V dem besonderen Stellenwert einer sicheren und qualitätsgerechten Versorgung Drogenabhängiger mit Substitutionspräparaten in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Gestaltung des Verfahrens Rechnung trägt.

Wie sich aus dem Wortlaut "kann" in § 9 VII 3 der Substitutionsrichtlinie ergibt, steht es im **Ermessen** der KV, ob sie unter Abwägung der Gesamtumstände das Nichterreichen einer richtlinienkonformen Qualität der Substitution zum Anlass nimmt, dem Arzt die Genehmigung zu entziehen oder ob sie - namentlich mit Rücksicht auf die Versorgungssituation, die Schwere der Beanstandungen und die daraus abzuleitende Prognose der künftigen Behandlungsqualität - für eine gewisse Zeit weniger gewichtige Qualitätsmängel im Interesse einer kontinuierlichen Patientenversorgung in Kauf nimmt.

Bei § 9 VII 3 Substitutionsrichtlinie kommt es tatbestandlich auf ein **Verschulden** nicht an. Entscheidend ist, ob der Antragsteller die Qualitätsanforderungen objektiv erreicht oder nicht. Die

Aufrechterhaltung eines richtlinienkonformen Praxisbetriebs liegt in der Verantwortung des Arztes. Ebenso wenig wie den Antragsteller das (auch unverschuldete) Fehlen behandlungsrelevanter Unterlagen von seinen Sorgfaltspflichten gegenüber den Patienten entbindet, kann er bei nachhaltigen Qualitätsmängeln gegenüber dem Entzug der Genehmigung einwenden, sein objektives Unvermögen, die Behandlungsqualität nachprüfbar zu dokumentieren und jederzeit nachzuweisen, nicht vorwerfbar verursacht zu haben.

Wenn eine KV formuliert, der Entzug der Zulassung zur Substitutionsbehandlung sei auf Grund der festgestellten erheblichen, bereits längere Zeit andauernden Qualitätsmängel zum Schutz der Patientengesundheit "geboten", so lässt sich dem nicht entnehmen, ob sie damit nur das Ergebnis einer - entgegen § 35 I 3 SGB X nicht aus der Begründung ersichtlichen - **Ermessensausübung** wiedergibt, wenn ja, welche anderen Ermessensgesichtspunkte sie in die Abwägung hat einfließen lassen, oder ob sie unzutreffend davon ausgegangen ist, dass unter den Voraussetzungen des § 9 VII 3 der Substitutionsrichtlinie stets der Widerruf der Genehmigung als gebundene Entscheidung auszusprechen ist.

Aus der Feststellung, dass der betreffende Arzt eine richtliniengerechte Substitutionsbehandlung trotz wiederholter Anhörung und Beratung nicht erreicht hat, resultiert nicht automatisch die Pflicht zum Entzug der Substitutionsgenehmigung. Die Ermessensentscheidung über die weitere Teilnahme an der Drogensubstitution beinhaltet eine **Prognose** über die künftige Einhaltung der Qualitätsstandards. Hierfür stellt die Beurteilung der bisherigen Behandlungsqualität nur den tatbestandlichen Ausgangspunkt dar. Weder präjudiziert sie die Folgen der Ermessensausübung, noch enthebt sie die KV von der Würdigung von Art und Schwere der beanstandeten Mängel und deren potentieller Auswirkungen auf die Patientenversorgung und die Sicherheit beim Umgang mit Betäubungsmitteln.

Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen die Entziehung der Genehmigung, deren sofortige Vollziehung angeordnet worden war, an.

B) VERFESTIGUNG DES GEBRAUCHS VON SUCHTSTOFFEN

SG Marburg, Urt. v. 22.08.2007 – S 12 KA 96/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-43

Substitution, Methadonsubstitution, Opiatabhängiger, Suchtstoff
SGB V § 92 I 2 Nr. 5, 135

Eine Verfestigung des Gebrauchs von Suchtstoffen neben der Substitution liegt i. S. d. § 8 der Anlage A 2. „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“ der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) jedenfalls dann vor, wenn ein regelmäßiger Konsum auch nach über fünfjähriger Behandlung vorliegt.

Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren: SG Marburg, Urt. v. 22.08.2007 – S 12 KA 97/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-44**

6. BEFREIUNG VON DER BEGRÜNDUNGSPFLICHT FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE KURZEITTHERAPIE

LSG Bayern, Urt. v. 28.03.2007 – L 12 KA 570/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-45

Feststellungsklage, Psychotherapie-Richtlinien, Teilnahmestatus, Qualitätssicherung, Therapieverfahren
SGB V § 92 I 2 Nr. 1, VIa; GG Art. 3 I, 12 I; PsychthRL

Die Überprüfung der Rechtmäßigkeit von untergesetzlichen Rechtssätzen ist mit Hilfe der **Feststellungsklage** statthaft (BVerwGE 111, 276, 278; BSG, Urt. v. 13.01.1993 - 14a/6 RKA 67/91 - SozR 3-2500 § 88 Nr. 2), soweit die Anknüpfung an ein zugrunde liegendes Rechtsverhältnis zwischen den Parteien erhalten bleibt.

Abschnitt F.III. Nr. 1. der **Psychotherapie-Richtlinien** in der ab 01.01.1999 geltenden Fassung verstößt nicht gegen **höherrangiges Recht**. Abschnitt F.III. PsychthRL greift nicht in den **Teilnahmestatus**, mithin in das Erbringendürfen von Leistungen im Sinne eines Abrechnungsausschlusses ein, sondern verpflichtet im Rahmen des anderweitig geregelten Genehmigungsvorbehaltes zu einer Begründung des Genehmigungsantrages. Sie bezweckt eine Überprüfung des Antrages auf Richtlinienkonformität im Rahmen eines vereinbarten Gutachterverfahrens. Damit werden nicht die Erlaubnis zum Erbringen psychotherapeutischer Leistungen beschnitten, sondern nur zusätzliche Formalerfordernisse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens aufgestellt.

Dem Begründungserfordernis einschließlich der Voraussetzungen für eine Befreiung liegen genügende ausreichende **Gründe des Gemeinwohls** zugrunde. Die Regelungen zum Gutachterverfahren bzw. zur Begründungspflicht in Verbindung mit der Befreiungsmöglichkeit dienen der **Qualitätssicherung** bei der Durchführung psychotherapeutischer Richtlinienverfahren. Der Bundesausschuss geht erkennbar davon aus, dass diejenigen Therapeuten, die sich bereits mit einer entsprechenden Zahl von Gutachterberichten im jeweiligen Verfahren auseinandergesetzt haben, solche Therapieverfahren besser planen können als diejenigen, die über entsprechende Erfahrungen noch nicht verfügen.

Der Kläger beantragte erfolglos die Befreiung von der Begründungspflicht bei Anträgen im Gutachterverfahren für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie jeweils als Einzelbehandlung bei Erwachsenen (Kurzzeittherapie). Er teilte mit, dass er die Voraussetzungen der neuen Psychotherapierichtlinien für die Befreiung nicht erfüllen könne, weil er in der Vergangenheit zwar regelmäßig Kurzzeittherapien, jedoch aus Wirtschaftlichkeitsgründen keine einzige Langzeittherapie erbracht habe, so dass er die geforderte Zahl an 35 Langzeittherapiegenehmigungen nicht nachweisen könne. **SG München**, Urt. v. 18.05.2004 - S 38 KA 176/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung und **BSG**, Beschl. v. 29.08.2007 - B 6 KA 41/07 B - die Nichtzulassungsbeschwerde zurück -.

7. ÄRZTLICHER NOTDIENST

Nach **BSG**, Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 43/05 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 5 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 **SG Marburg**, Urt. v. 07.03.2007 - S 12 KA 927/06 - RID 07-02-48 (Kein Anspruch auf Befreiung vom Notdienst für **Nephrologen** mit Dialysepraxis); **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 -); zum fehlenden Anspruch auf Teilnahme am Notdienst in anderem Notdienstbezirk **SG Marburg**, Beschl. v. 21.02.2007 - S 12 KA 37/07 ER - RID 07-02-49; zur **Umlage zum Notdienstgemeinschaft** nach Ausscheiden als Vertragsarzt s. **SG Marburg**, Urt. v. 30.08.2006 - S 12 KA 261/05 - RID 06-04-45

A) SUSPENDIERUNG VOM NOTDIENST WEGEN UNGEEIGNETHEIT

LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 18.07.2007 - L 4 B 445/07 KA ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-46**

Vertragsarzt, Notdienst, Notdienststörung, Suspendierung, Ausschluss, Ungeeignetheit

SGB V §§ 75 I, 95 III; SGG § 86b I; Notdienststörung KV Schleswig-Holstein

Eine Vertragsärztin ist zur Teilnahme am Notdienst ungeeignet, wenn eine Vermüllung der Praxis bei einer Hausdurchsuchung wiederholt festgestellt wurde und die Praxis nach den dokumentierten hygienischen Verhältnissen offenkundig nicht zur Behandlung von Patienten geeignet war. Hieraus kann der Schluss auf die fehlende persönliche Eignung für die verantwortliche Ausübung der ärztlichen Tätigkeit gezogen werden.

SG Kiel, Beschl. v. 27.04.2007 - S 16 KA 28/07 ER - wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs gegen die Suspendierung vom Notdienst ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

B) KEIN ANSPRUCH AUF EINRICHTUNG EINES ANÄSTHESIOLOGISCHEN NOTFALLDIENSTES

SG Marburg, Urt. v. 11.07.2007 - S 12 KA 881/06 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-47

Anästhesi*st, anästhesiologischer Notfalldienst, Belegkrankenhaus, Belegarzt, Notfalldienst, Notdienststörung
SGB V § 75 I 1 und 2; Notdienststörung KV Hessen § 2 III

Zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Fachärzte für Anästhesie haben keinen Anspruch auf Einrichtung eines anästhesiologischen Notfalldienstes, auch wenn sie zu zweit an einem Belegkrankenhaus und im Rahmen des chirurgischen Notfalldienstes alle anästhesiologischen Leistungen in den sprechstundenfreien Zeiten erbringen.

Das **SG** wies die Klage ab.

C) BEZIRKSSTELLENSPEZIFISCHE UMLAGE ZUR FINANZIERUNG DER BEREITSCHAFTSDIENST-PAUSCHALE

LSG Bayern, Urt. v. 28.03.2007 – L 12 KA 361/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-48

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 40/07 B

Satzungsrecht, Gesamtvertrag, Bereitschaftsdienst, Vergütung, Umlage

SGB V §§ 72 II, 75 I 2, 78 III 3, 81 I 3 Nr. 5; GG Art. 3 I

Eine **KV** ist **nicht ermächtigt**, ohne Zusammenwirken mit den Partnern der Gesamtverträge eine **ärztliche Leistung** und deren **Vergütung** in alleiniger Zuständigkeit durch Satzungsrecht zu **normieren**. Damit erweist sich eine zweckgebundene Umlagefestsetzung hierfür als rechtswidrig. Zwar ist die Durchführung des Bereitschaftsdienstes für gesetzlich Versicherte der KV als in eigener Zuständigkeit wahrzunehmende Aufgaben ausdrücklich übertragen (§ 75 I 2 SGB V). Jedoch umfasst diese Aufgaben- und Befugnisbeschreibung nicht annexhaft die Kompetenz zur Regelung zusätzlicher Vergütungen für die Durchführung des Bereitschaftsdienstes.

Eine **bezirksstellenspezifisch differenzierte Ausgestaltung einer Umlageerhebung** verstößt gegen Art. 3 GG, da die sachliche Rechtfertigung der Differenzierung des Umlagensatzes dem durch die Bereitschaftsdienstsatzung verfolgten Zweck der Zahlung einer Dienstübernahmepauschale zuwider läuft. Die Bereitschaftsdienstsatzung selbst soll durch das Anreizinstrument der Bereitschaftsdienstpauschale gerade die Erhöhung der Wahrnehmungsquote des Bereitschaftsdienstes in eigener Person unter den Vertragsärzten fördern, jedoch werden regional die Vertragsärzte einer Bezirksstelle durch einen höheren Umlagesatz im Vergleich zu Ärzten einer anderen Bezirksstelle im Ergebnis deshalb höher belastet, weil sie ihre Verpflichtung zu einer Nichtdelegation ohne Vertretungsgrund im erhöhten Maße beachten.

Gegen die Festsetzung und den Abzug der **Umlage zur Finanzierung der Bereitschaftsdienstpauschale** im Honorarbescheid zu Quartal IV/00 erhob der klagende Augenarzt erfolglos Widerspruch. Zur Begründung wird im **Widerspruchsbescheid** ausgeführt, dass in den Quartalen IV/00 bis II/01 gemäß der Bereitschaftsdienstordnung zur Finanzierung der Bereitschaftsdienstpauschale eine Umlage erhoben werde. Diese sei denjenigen Ärzten gezahlt worden, die nach Diensterteilung den Bereitschaftsdienst in eigener Person durchgeführt haben oder die ohne Diensterteilung den Dienst eines eingeteilten Vertragsarztes der gleichen Bereitschaftsdienstgruppe durchgeführt haben. Die Bereitschaftsdienstpauschale bezwecke einen Leistungsanreiz für die höchstpersönliche Wahrnehmung des Bereitschaftsdienstes nach Diensterteilung zu schaffen. § 32 I Ärzte ZV normiere die persönliche Wahrnehmung der vertragsärztlichen Tätigkeit einschließlich der Wahrnehmung des Bereitschaftsdienstes. Gleichwohl gebe es nach dieser Vorschrift und nach der Bereitschaftsdienstordnung die Möglichkeit der Delegation des Dienstes auf einen anderen, nicht zugelassenen Arzt, der für den eingeteilten Vertragsarzt den Dienst durchführe. Gleichzeitig solle die Qualität der bereitchaftsdienstlichen Versorgung dadurch verbessert werden, dass keine Vertreter mit geringerer Qualifikation als die der Vertragsärzte zum Einsatz kämen. Dass in der Inanspruchnahme der Vertretungsregelung liegende Missbrauchspotential könne durch Überwachung oder andere Maßnahmen der KVB nicht vollständig ausgeschlossen werden. Mit den Kostenträgern habe vertraglich keine anderweitige Finanzierungsform vereinbart werden können. Die Bereitschaftsdienstumlage sei von allen ordentlichen Mitgliedern erhoben worden. Die Bereitschaftsdienstumlage sei in diesem Quartal bezirksstellenspezifisch in einem Vomhundertsatz der Vergütung aus der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit festgelegt worden. Für die Bezirksstelle Oberbayern habe der Umlagesatz 0,846 % betragen. Der Finanzbedarf sei von Bezirksstelle zu Bezirksstelle unterschiedlich, was auf regional unterschiedliche Bereitschaftsdienststrukturen (Zahl der hausärztlichen bzw. fachärztlichen Dienstgruppen) zurückzuführen sei. Die Anzahl der Bereitschaftsdienstgruppen sei auf unterschiedliche städtische und ländliche Strukturen zurückzuführen. *SG München*, Urt. v. 20.01.2004 - S 33 KA 895/03 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

D) UMLAGE FÜR NOTDIENST/RÜCKWIRKUNG

SG Marburg, Urt. v. 29.08.2007 – S 12 KA 575/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-49

Kassenärztliche Vereinigung, Umlage, Notdienstgemeinschaft, Satzung

SGB V § 81 I 3 Nr. 5

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

Ermächtigt eine Satzungsgrundlage den Vorstand einer KV, anstelle der Notdienstgemeinschaft den Beschluss über die Höhe der Umlage zu fassen, so kann ein solcher Beschluss erst für Quartale ab Inkrafttreten der Satzungsbestimmung und nicht **rückwirkend** für bereits mit Honorarbescheid abgeschlossene Quartale erfolgen.

Das **SG** gab der Klage statt.

8. FESTSETZUNG EINER UMLAGE ZUR FÖRDERUNG DER ALLGEMEINMEDIZIN

LSG Bayern, Urt. v. 28.02.2007 – L 12 KA 620/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-50

Umlage, Allgemeinmedizin, Beitrag, Verwaltungskosten
SGB V § 81 I Nr. 5

In einer Satzungsvorschrift knüpft die Verwendung des Wortes **Verwaltungskostenanteile (Beiträge)** in nicht an den Beitragsbegriff im Sinne der Erhebung der allgemeinen Verwaltungskosten an, sondern umfasst als Oberbegriff die Verwaltungskostenerhebung und die Erhebung von Umlagen.

Wenngleich § 81 I Ziff. 5 SGB V keine Vorschriften über die Wahl der Beitragsart macht und es deshalb weitgehend im normativen **Ermessen** der KV steht, ob und inwieweit sie umlagefähige Kosten außer durch Grundbeiträge durch Zusatzbeiträge bzw. durch Umlagen decken will, darf dieses normative Ermessen nicht dem **Vorstand** überlassen bleiben, sondern muss durch die **Vertreterversammlung** durch einen Umlageerhebungsbeschluss dem Grunde nach ausgeübt werden, sofern eine andere, besondere Finanzierungsart als durch Verwaltungskostenbeiträge erfolgen soll und diese als zweckgebundene Finanzierung ausgestaltet ist. Ein solcher Umlageerhebungsbeschluss dem Grunde nach in Abgrenzung zu allgemeinen Verwaltungsbeiträgen ist damit ausnahmsweise nur dann entbehrlich, wenn kumulativ drei Voraussetzungen erfüllt sind: 1. der Finanzierungszweck der Umlage muss genau umrissen sein und es muss sich um eine der KV übertragene Aufgabe handeln, wobei der Umfang der Aufgabenerfüllung in seinen wesentlichen Einzelheiten bereits gesetzlich oder untergesetzlich konkretisiert ist; wenn weder in Ansehung (2.) des Umlagemaßstabs (prozentualer Anteil an Honorar), etwa zugunsten eines absoluten Betrags, noch bezüglich (3.) des Personenkreises der Verpflichteten (alle (ordentlichen) Mitglieder), etwa durch Belastung nur von Sondergruppen, abgewichen wird.

SG München, Urt. v. 05.05.2004 - S 43 KA 655/03 - gab der Klage statt, das LSG wies die Klage ab.

IV. Disziplinarrecht

PEINLICH GENAUE LEISTUNGSABRECHNUNG: KURATIVE LEISTUNGEN BEI KURPATIENTEN

LSG Bayern, Urt. v. 28.02.2007 – L 12 KA 3/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-51

Disziplinarbescheid, Geldbuße, Kurarztvertrag, Arzthelferin
§ 2 II Nr. 3, IV BMV-Ä; § 2 II Nr. 3, IV EKV-Ä;

Die **Nr. 3 EBM 1996** beinhaltet die Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungsscheinen ohne unmittelbaren Patientenkontakt oder die Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal. **Auskünfte der Arzthelferinnen** zu den Einzelheiten des organisatorischen Kurablaufs und dem möglichen Umfang von Verordnungen erfüllen den Leistungsinhalt eindeutig nicht.

Ein Vertragsarzt verstößt gegen die **Pflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung** dadurch, dass er kurative Leistungen bei interkurrenter Erkrankung eines Kurpatienten auf Chipkarte bzw. auf einem eigenen kurativen Behandlungsausweis abrechnet.

Der klagende Allgemeinarzt nimmt an der sog. kurärztlichen Versorgung. Ihm wird vorgeworfen, entgegen der bundesmantelvertraglichen Regelung kurative Behandlungsleistungen bei zuvor kurärztlich betreuten Patienten nicht auf dem Kurarztschein, sondern auf einem kurativen Behandlungsausweis abgerechnet zu haben und dadurch im Rahmen der Anwendung der Regelungen der Praxis- und Zusatzbudgets ein zusätzliches fallzahlbezogenes Budgetvolumen geschaffen zu haben, was zur Erhöhung der Quote des im Rahmen der Budgetierung anzuerkennenden Gesamtpunktzahlvolumens für die Behandlung kurativer Patienten (Nichtkurpatienten) geführt habe. Daneben wird dem Kl. vorgeworfen, im streitgegenständlichen Zeitraum in einer Vielzahl von Fällen die Nr. 3 EBM bei Kurpatienten abgerechnet zu haben, ohne weder die Voraussetzungen des sog. Kurarztvertrages noch die Leistungslegende des EBM zu erfüllen. *SG München, Urt. v. 18.10.2005 - S 45 KA 10/04 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.*

V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 27.06.2007 – **B 6 KA 44/06 R** – kann der Verordnungsaufwand in einem Behandlungsfall in der Form einer **sog. eingeschränkten Einzelfallprüfung** überprüft werden; nach BSG, Urt. v. 27.06.2007 – **B 6 KA 27/06 R** – binden **rechtskräftige Bescheidungsurteile** nicht nur die Beteiligten, sondern auch die Gerichte in Folgeprozessen über denselben Streitgegenstand; von dieser **Bindungswirkung** werden alle Rechtsauffassungen umfasst, die zu beachten das Bescheidungsurteil der Behörde aufgegeben hat; hierdurch kann auch ein mit seinem Bescheidungsantrag erfolgreicher Kläger beschwert sein; will ein Beteiligter die Maßgeblichkeit einer im Bescheidungsurteil niedergelegten Rechtsauffassung des Gerichts für die Neubescheidung verhindern, muss er Rechtsmittel einlegen und kann sich nicht auf einen Vortrag seiner abweichenden Rechtsauffassung im erneuten Verwaltungsverfahren beschränken.

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

Kingreen, Gerichtliche Kontrolle von Kriterien und Verfahren im Gesundheitsrecht, MedR 2007, S. 457-464; *Kresse*, Ärztliche Behandlungsfehler durch wirtschaftlich motiviertes Unterlassen, MedR 2007, S. 393-400.

1. PRÜFVEREINBARUNG FÜR PRÜFUNG NACH DURCHSCHNITTSWERTEN NACH DEM GMG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.05.2007 – **L 4 KA 4/06** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-52

Revision anhängig - B 6 KA 34/07 R -

Prüfvereinbarung, Durchschnittswert, Veröffentlichung
SGB V § 106

Eine **Vereinbarung zur Prüfung nach Durchschnittswerten** gilt auch nach dem GKV-Modernisierungsgesetz fort. Dieses enthält keine Regelung, die darauf schließen ließe, dass die vor 2004 geschlossenen Prüfvereinbarungen außer Kraft getreten sind oder dass Vereinbarungen, die bereits die Prüfung nach Durchschnittswerten vorgesehen haben, nach 2004 erneut abgeschlossen oder bestätigt werden müssten.

Es bestehen Bedenken, ob eine Prüfvereinbarung nicht i.S. eines Abdrucks **veröffentlicht** werden muss, sondern i.S. eines Hinweises, dass die Prüfvereinbarung im Internet eingesehen werden oder auf Anforderung auch in Papierform übersandt wird, veröffentlicht werden kann, wenn die Publikation im Internet verändert werden kann und alte Fassungen durch neue ersetzt werden, ohne dass die alte weiter im Internet auffindbar ist.

§ 106 SGB V ist **keine generelle Beschränkung** auf die gesetzlich vorgesehenen oder vertraglich vereinbarten **Prüfungsarten** zu entnehmen.

SG Kiel, Urt. v. 18.01.2006 - S 15 KA 104/05 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

2. NR. 17 EBM 1996

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.08.2007 – **L 11 KA 17/07** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-53

Beratung, lebensbedrohende Erkrankung, nachhaltig lebensverändernde Erkrankung

SGB V § 106; EBM 1996 Nr. 17

Dass bei allen bzw. bei 4/5 der Patienten einer internistischen Praxis lebensbedrohende bzw. nachhaltig lebensverändernde Erkrankungen i.S. der Nr. 17 EBM 1996 vorgelegen haben, ist lebensfremd.

SG Düsseldorf, Urt. v. 10.01.2007 - S 33 KA 80/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ARZNEIKOSTENREGRESS FÜR OFF-LABEL-USE (INHALATIVE VERORDNUNG VON PROLEUKIN)

LSG Bayern, Urt. v. 31.01.2007 – **L 12 KA 319/04** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-54

Arzneikostenregress, Prüfvereinbarung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Proleukin,

SGB V § 106

Die Zuweisung der Sanktionierung unzulässiger bzw. rechtswidriger Verordnungen an die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung in einer **Prüfvereinbarung** steht im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben in § 106 SGB V, mit den Bestimmungen der §§ 48 ff. BMV-Ä in der ab 01.05.1995 geltenden Fassung sowie mit der langjährigen Rechtsprechung des BSG (vgl. Urt. v. 14.03.2001 - B 6 KA 19/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 52 m.w.N.).

Die **inhalative Verordnung von Proleukin** mit dem Wirkstoff Il-2 im Fall des an einem Nierenzellkarzinom mit Lungenmetastasen erkrankten nephrektomierten Patienten war 1998 unzulässig, weil das Medikament in dieser Darreichungsform arzneimittelrechtlich (bis heute) nicht zugelassen ist.

Die **Kriterien für einen Off-Label-Use** sind nicht erfüllt, da eine alternative Therapie zur Verfügung gestanden hätte. Auch bestand nicht die begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat in der speziellen Darreichungsform ein Behandlungserfolg kurativ oder palliativ erzielt werden kann.

Die Kl. betreibt eine für die onkologische Behandlung ermächtigte Ambulanz. Dort wurde der 1936 geb. S., der an einem metastasierenden Nierenzellkarzinom (NZK) erkrankt war, in der Zeit vom März 1998 bis November 1998 wegen nicht operabler deutlich progredienter Lungenmetastasen mit dem Medikament "Proleukin" behandelt. Dabei folgte die Kl. einem von einer Arbeitsgruppe der Universität H. entwickelten Behandlungsschema, das eine zu 90 % inhalative und zu 10 % subkutane Verabreichung empfahl. Bei dem unter dem Handelsnamen "Proleukin" im Verkehr gebrachten Arzneimittel handelte sich um ein Interleukin-2 (IL-2)-Präparat, das für die Behandlung metastasierender NZK arzneimittelrechtlich zugelassen ist. Die Zulassung umfasste damals nur die intravenöse Verabreichung. Später (2001) wurde das Medikament auch für die subkutane Applikation (bei gleicher Indikation) zugelassen. Anschließend wurde der Versicherte im Universitätskrankenhaus weiter behandelt und ist zwischenzeitlich (1999) verstorben. Der Prüfungsausschuss setzte einen **Regress in Höhe von 108.031,41 DM** fest, den der bekl. Beschwerdeausschuss bestätigte.

SG München, Urt. v. 20.01.2004 - S 42 KA 303/00 - wies nach Einholung eines Gutachtens die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. WIDERSPRUCHSBEFUGNIS DER KV/HOCHPREISIGE ANALOGPRÄPARATE (NEBILET)

SG Berlin, Urt. v. 22.08.2007 – S 71 KA 91/05 – juris

RID 07-03-55

KV, Widerspruchsbefugnis, Analogpräparat, sonstiger Schaden, Prüfantrag, Generikum, Vertragsarzt
SGB V § 106

§ 106 V 3 SGB V gesteht den **KVen** das Recht zu, gegen Entscheidungen der Prüfungsausschüsse die Beschwerdeausschüsse anzurufen. Dies gilt auch bei der Feststellung eines „sonstigen Schadens“ (vgl. BSG, Urt. v. 24.11.1993 – 6 RKA 23/92 – und v. 28.08.1996 - 6 RKA 88/95 -). Eine Änderung ist durch das GMG nicht eingetreten.

Eine **Begrenzung der Prüfanträge** auf eine bestimmte Anzahl im Quartal besteht nicht.

Die Verordnung von **hochpreisigen Analogpräparaten** ohne zuvor kostengünstigere Generika eingesetzt zu haben, ist letztlich nur eine weitere Fallgruppe der „sonstigen Schäden“. Der Vertragsarzt ist stets verpflichtet, das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1, § 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V) einzuhalten. Der Vertragsarzt muss sich bei therapeutischen Alternativen die unterschiedlichen Kosten vergegenwärtigen und einzelfallbezogen abwägen, ob der Einsatz des preiswerteren Arzneimittels vertretbar ist (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 41/03 R – juris Rn. 44 f.).

Nebilet ist ein Arzneimittel einer in Berlin ansässigen Firma mit dem Wirkstoff Nebivolol. Es ist zur Behandlung der arteriellen Hypertonie zugelassen. Der Preis für 50 Tabletten (N 2) à 5 mg beträgt brutto 43,18 Euro und für 100 Tabletten (N 3) 79,74 Euro. Auf Antrag der Beigel. zu 1) - sie nahm auf eine Auswertung Bezug, wonach in der Praxis des Beigel. zu 1) mehr als 15 % der Verordnungen auf das kostspielige Präparat Nebilet entfielen und damit der Vorordnungsanteil mehr als 100 % über dem Durchschnitt der Berliner Ärzte lag - setzte der Prüfungsausschuss gegen den Beigel. zu 2) nach dessen Anhörung wegen der Verordnung von Nebilet auf Kassenrezept bei drei Patienten eine Schadensersatzverpflichtung in Höhe von 103,30 Euro fest, weil er das teure Analogpräparat eingesetzt habe, ohne zuvor einen Therapieversuch mit preiswerteren Mitteln unternommen zu haben. Es stünden vergleichbare kostengünstigere Betarezeptorenblocker zur Verfügung. Hiergegen legten die klagende KV u. der Beigel. zu 2) Widerspruch ein. **Die KV** trug vor, die Krankenkassen hätten 1538 Prüfanträge bei 526 Ärzten ohne eine auf den Einzelfall bezogene medizinische Begründung, nur wegen der Verordnung eines bestimmten Medikaments gestellt. Der vage Verdacht der Unwirtschaftlichkeit reiche für die Stellung eines Prüfantrages nicht aus. Der **Bekl.** reduzierte die Ersatzverpflichtung auf 62,73 Euro, weil die Schadensersatzverpflichtung nur bei zwei Patienten zu bestätigen sei. Den Widerspruch der KV wies er als unzulässig zurück, da sie nicht Beteiligte des Verfahrens sei. Das **SG** wies die Klage ab.

5. AUSSCHLUSS VON ORGANHYDROLYSATEN (ZEEL P)

LSG Bayern, Urt. v. 25.04.2007 – L 12 KA 547/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-56

Arzneimittelregress, Organextrakt, Homöopathika, Phytotherapeutika, Arzneimittelrichtlinie, Zeel P
SGB V §§ 31 I, 34 III, 92 I

§ 92 I SGB V in der bis zum 01.01.2004 geltenden Fassung kann als **Rechtsgrundlage** nicht die Regelung eines Verordnungsausschlusses wegen fehlendem therapeutischen Nutzen in Arzneimittelrichtlinien stützen (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.2005 - B 1 KR 25/03 R - SozR 4-2500 § 34 Nr. 2 <"Viagra">). Der Ausschluss von Organhydrolysaten kann nicht auf Ziff.17.1 m AMR in der damaligen Fassung gestützt werden (so LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 90/04 – RID 06-01-30; LSG Schleswig-Holstein v. 03.11.2004 - L 4 KA 27/02 - MZS 2005, 596 ff.).

Ein **Verordnungsausschluss** ergibt sich jedoch aus §§ 31 I, 34 III SGB V i.V.m. der auf dieser Grundlage erlassenen, zum Verordnungszeitpunkt geltenden Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung - AMUWV- (sog. **Negativliste**).

Das **Medikament Zeel P** enthält nicht ausschließlich **homöopathische Bestandteile**.

SG München, Urt. v. 15.06.2004 - S 38 KA 825/02 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete den Bekl., den beantragten Regress hinsichtlich des Medikaments Zeel festzusetzen.

6. RICHTGRÖßENPRÜFUNG 1999: ERWEITERTE ARZNEIMITTELDATEI

SG Berlin, Urt. v. 18.04.2007 – S 83 KA 147/02 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-57**

Verordnungsblätter, Printimages, Verordnungskosten, Richtgrößenprüfung, rechtliches Gehör

SGB V §§ 84 III u. IV, 106 II Nr. 1, Va 1, 296 III; SGB X § 24

Werden Kosten mittels vorliegender Verordnungsblättern bzw. Printimages in Höhe von 668.904,13 DM nachgewiesen, so können nicht die von den Krankenkassen gemeldeten Verordnungskosten in Höhe von 1.873.084,26 DM einer Richtgrößenprüfung 1999 zu Grunde gelegt werden, wenn ausreichendes **rechtliches Gehör** nicht gewährleistet wurde.

Sowohl den Prüfungsgremien als auch dem geprüften Arzt müssen sämtliche von den Krankenkassen zu meldenden **Verordnungsdaten** zur Verfügung stehen, und zwar in Form der **erweiterten Arzneimitteldatei gemäß Abschnitt 5 § 3 des Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern** – Anlage 6 BMV-Ä bzw. EKV-Ä (BSG, Urt. v. 02.11.2005 - B 6 KA 63/04 R- BSGE 95, 199, Rn. 32). Die **lediglich nach Kassenart zusammengefassten Arznei- und Heilmittelausgaben** genügen nicht zur Gewährung ausreichenden rechtlichen Gehörs (BSG aaO.). Auch dass die meisten Krankenkassen(-verbände) die Verordnungsdaten des Jahres 1999 gemäß § 304 SGB V zwischenzeitlich vernichtet haben und diese daher im Gerichtsverfahren nicht mehr zur Verfügung stellen können, ändert an der rechtlichen Bewertung nichts.

Gegen den klagenden Facharzt für Orthopädie setzte der Prüfungsausschuss wegen Überschreitung der Richtgrößen um 253,92 % für das Jahr 1999 einen Regress in Höhe von 1.095.165,56 DM fest. Praxisbesonderheiten wurden nicht anerkannt, da sie mangels Mitwirkung des Klägers nicht berücksichtigt hätten werden können. Der Beklagte reduzierte die Regresssumme auf 980.716,49 DM (= 501.432,38 EUR). Das **SG** hob den Bescheid des Bekl. auf und wies im Übrigen die Klage ab.

7. ZAHNÄRZTE

Nach BSG, Urt. v. 29.11.2006 - **B 6 KA 21/06 R** – SozR 4-5555 § 15 Nr. 1 darf eine Versicherte einen anderen Vertragszahnarzt in Anspruch nehmen, wenn der Zahnersatz unbrauchbar und dadurch eine Nachbesserung nicht möglich war.

A) PAR-BEHANDLUNGEN ALS PRAXISBESONDERHEIT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.04.2007 – **L 11 KA 5/05** – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-58**

Mundbehandlung, offensichtliches Missverhältnis, PAR-Behandlung, Praxisbesonderheit

SGB V § 106; BEMA-Z Nr. 105, 107

Die Anerkennung von PAR-Behandlungen als Praxisbesonderheit ergibt sich daraus, dass mit ihnen konservierend chirurgische Begleitleistungen einhergehen, die sich auf die Fallwerte auswirken.

Aus dem Umstand, dass die exemplarisch aufgeführten Gebührensätze 105 und 107 BEMA-Z in allen Quartalen erheblich über den Durchschnitt angefallen sind und zwar auch in den Quartalen, in denen die PAR-Behandlungen nur geringfügig über dem Durchschnitt lagen, belegt, dass die Begleitleistungen nicht notwendig durch die PAR-Behandlungen entstanden sind. Es ist Aufgabe des Vertragsarztes, der sich auf Praxisbesonderheiten beruft, darzulegen, welche der konservierend-chirurgischen Maßnahmen als Begleitleistungen zu den Parodontoseleistungen anzusehen sind und welche im Rahmen anderer Behandlungen angefallen sind.

SG Münster, Urt. v. 06.12.2004 - S 2 KA 17/03 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Zu **Infiltrationsanästhesien und PAR-Behandlungen** s. *SG Dresden*, Urt. v. 12.07.2006 – S 11 KA 5019/03 Z – RID 07-01-75; nach *SG Marburg*, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 34/05 – RID 06-01-36 bedeuteten **Parodontose-Fälle keine Praxisbesonderheit** für die Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Behandlungsbereichs, der nicht Teil des parodontologischen Behandlungskomplexes ist, sondern nur im Rahmen einer Vorbehandlung zur Anwendung kommt.

B) NR. 105 BEMA-Z/PAR-BEHANDLUNGEN UND PRAXISBESONDERHEIT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.04.2007 – L 11 KA 6/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-59**
Mundbehandlung, offensichtliches Missverhältnis, PAR-Behandlung, Praxisbesonderheit
SGB V § 106; BEMA-Z Nr. 105

Die Grenze zum **offensichtlichen Missverhältnis** kann bei Prüfung der Leistungen nach Nr. 105 BEMA-Z auf 80 % festgesetzt werden.

Kann man bei 132 systematischen PAR-Behandlungen bei unterstellten zwei erforderlichen Leistungen nach Nr. 105 BEMA-Z insgesamt 264 Leistungen ausmachen, werden aber insgesamt 5224 Leistungen abgerechnet, so sind Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen nicht festzustellen.

SG Münster, Urt. v. 06.12.2004 - S 2 KA 18/03 - gab der Klage statt, auf Berufung d. Bekl. wies das **LSG** die Klage ab.

C) PARITÄTISCHE BESETZUNG/PRIMÄR- UND ERSATZKASSEN GETRENNT

LSG Thüringen, Urt. v. 05.07.2006 – L 4 KA 1034/03 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-60**
Wirtschaftlichkeitsprüfung, paritätische Besetzung, Beschlussfassung, Beratung
SGB V § 106 Beratung

Eine **paritätische Besetzung** ist gegeben, wenn wegen **Fehlens eines Vertreters der Zahnärzte** ein Vertreter der Krankenkassen bei Beratung und Beschlussfassung nicht anwesend ist. Maßgebend sind nicht die Sitzungsniederschrift, sondern die tatsächlichen Verhältnisse.

Die **getrennte Prüfung** der Leistungen der **Primär- und Ersatzkassen** begegnet keinen Bedenken (hier: Quartale I bis IV/1994).

SG Gotha, Urt. v. 22.10.2003 - S 7 KA 856/99 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

D) ABBERUFUNG DES LEITERS DER GESCHÄFTSSTELLE DURCH PRÜFGREMIEN

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.05.2007 – L 7 B 4/07 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-61**
Prüfungsausschuss, Beschwerdeausschuss, Leiter der Geschäftsstelle, Abberufung, Statuts Arbeitsverhältnis
SGB V §§ 106 Iva; SGG § 86a II Nr. 5; WiPrüfVO § 4 III 1

Nach § 4 III 1 WiPrüfVO bestellen der Prüfungsausschuss und der Beschwerdeausschuss gemeinsam einen **Leiter der Geschäftsstelle**. Hierin ist auch die Befugnis der Prüfungsgremien enthalten, gemeinsam den Leiter der Geschäftsstelle durch Erlass eines Verwaltungsaktes **abzuberufen**.

Bei der **Abberufungsentscheidung** handelt es sich allein um einen öffentlich-rechtlichen Akt im Sinne einer **statutsbeendenden Maßnahme**. Durch die wird nicht das Arbeits- oder Dienstverhältnis des jeweiligen Leiters der Geschäftsstelle berührt. Vielmehr begründet diese Vorschrift die Befugnis des Prüfungs- und des Beschwerdeausschusses, gemeinsam Statutsentscheidungen für den Leiter ihrer Geschäftsstelle zutreffen. Unmittelbare Auswirkung auf das Beschäftigungsverhältnis des Leiters der Geschäftsstelle hat die Abberufung nicht..

Die WiPrüfVO stellt keine besonderen Voraussetzungen für die Abberufungsentscheidung auf. Vielmehr entspricht es gerade dem vorgenannten Sinn und Zweck der Vorschrift, den beiden Ausschüssen einen umfassenden, allein durch die Willkürgrenze beschränkten **Handlungsspielraum** zu eröffnen, soweit der Status des Leiters der gemeinsamen Geschäftsstelle berührt ist.

SG Potsdam, Beschl. v. 15.12.2006 - S 1 KA 231/06 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das **LSG** wies den Antrag zurück.

E) AUFSCHIEBENDE WIRKUNG GEGEN FESTSTELLUNG EINES SONSTIGEN SCHADENS

SG Marburg, Beschl. v. 23.08.2007 – S 12 KA 316/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-62**
Feststellung, aufschiebende Wirkung, sonstiger Schaden, Regress
SGB V § 106 V 7; SGG § 86b I

Das Gericht kann die aufschiebende Wirkung eines Rechtsbehelfs auch **feststellen**, wenn die Behörde sie missachtet (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 06.01.2004 - L 11 B 17/03 KA ER – Breithaupt 2004, 263, zitiert nach juris Rn. 17).

Die Klage gegen einen Bescheid über die Feststellung eines sog. sonstigen Schadens hat nach § 86a I SGG **aufschiebende Wirkung**. Die aufschiebende Wirkung entfällt nicht nach § 106 V 7 SGB V.

Das **SG** gab dem Antrag statt.

VI. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 27.06.2007 – **B 6 KA 24/06 R** – kann § 73 Ia 3 SGB V, der es ermöglicht, Kinderärzten und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung bei entsprechendem Versorgungsbedarf auch die Erbringung **fachärztlicher Leistungen** zu genehmigen, nicht analog auf **Allgemeinärzte** angewendet werden; nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – **B 6 KA 3/06 R** – SozR 4-5520 § 31 Nr. 1 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); nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – **B 6 KA 8/06 R** – GesR 2007, 369 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.

Steinhilper, Die „defensive Konkurrentenklage“ im Vertragsarztrecht – Folgerungen aus der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG -, *Gummert/Meier*, Zulässigkeit von Vereinbarungen der Gesellschafter einer Gemeinschaftspraxis zur Nachbesetzung und zur Hinauskündigung, MedR 2007, S. 400-417; *Möller*, Auswirkungen des VÄndG auf Medizinische Versorgungszentren, MedR 2007, 263-270 sieht ein Ende der Bevorzugung der MVZ und prognostiziert aufgrund der Pflicht zur Beibringung einer unbeschränkten Bürgschaftserklärung einen Rückgang der MVZ-Gründungen; *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. ZAHNMEDIZINISCHES MVZ: ALLGEMEINZAHNARZT UND KIEFERORTHOPÄDE

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 26.04.2007 – L 5 KA 2542/07 ER-B –

RID 07-03-63

Zulassung, Allgemein Zahnarzt, Kieferorthopäde, Versorgungszentrum, MVZ
SGB V § 95 I

Auch wenn einiges für die von **SG Stuttgart**, Beschl. v. 26.04.2007 – S 10 KA 2895/07 ER – RID 07-02-61 ausführlich vorgenommene Interpretation der gesetzlichen Regelung mit entsprechender Auslegung der Gebietsbezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung der Zahnärzte als **Schwerpunktbezeichnung** i. S. der gesetzlichen Regelung in S 95 I 3 SGB V spricht, so wird auch der Umstand zu berücksichtigen sein, aus welchen Gründen sich letztlich eine im ursprünglichen Referentenentwurf ausdrückliche Erwähnung medizinischer Versorgungszentren von Zahnärzten in der gesetzlichen Begründung nicht findet, im Gesetzestext selbst auch nicht von den Gebietsbezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung der Zahnärzte die Rede ist, sondern nur von den Fachärzten bzw. Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte nach der Weiterbildungsordnung der Ärzte. Dieser Umstand lässt jedenfalls die Frage aufkommen, ob gegebenenfalls der Gesetzgeber sich im weiteren Verlauf nicht doch gegen **zahnärztliche Versorgungszentren** entschieden hat.

Auch zu klären wird ggf. sein, inwieweit BSG, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 4105 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 12, wonach für die vertragszahnärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung die Führung der **Gebietsbezeichnung "Oralchirurgie"** im Bereich der dortigen beigeladenen KZV (Nordrhein-Westfalen) hinsichtlich ihrer normativen Wirkungen derjenigen einer Zusatzbezeichnungen im ärztlichen Bereich entspreche, einer Gleichstellung von Schwerpunktbezeichnung und Gebietsbezeichnung entgegensteht.

Zu berücksichtigen sein dürfte möglicherweise der Umstand, dass auch ein **Fach Zahnarzt** für Kieferorthopädie oder ein Fach Zahnarzt für Oralchirurgie im großen Umfang oder sogar ausschließlich **allgemein zahnärztlich** tätig werden kann.

SG Stuttgart, Beschl. v. 26.04.2007 – S 10 KA 2895/07 ER – RID 07-02-61 ordnete im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die sofortige Vollziehung der Entscheidung des Ag. an. Das **LSG** hob den Beschl. des SG auf und wies den Antrag ab.

2. PSYCHOTHERAPEUTIN UND TÄTIGKEIT IN SUCHTBERATUNGSSTELLE (§ 20 II ÄRZTE-ZV)

SG Marburg, Urt. v. 06.06.2007 – S 12 KA 941/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-64

Berufung eingelegt

SGB V § 95; Ärzte-ZV § 20 II

Bedingung, Psychotherapeut, Suchtberatungsstelle, qualitative Beschränkung, Interessen- u. Pflichtenkollision
Eine **Bedingung**, wonach eine psychologische Psychotherapeutin ihre Tätigkeit in einer **Suchtberatungsstelle** spätestens drei Monate nach Bestandskraft des Zulassungsbeschlusses beenden und die Beendigung nachweisen muss, ist rechtmäßig. Die bisherige sozialgerichtliche Rechtsprechung zu qualitativen Beschränkungen nach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV gilt auch nach Änderung durch das VÄndG für außerhalb eines Krankenhauses beschäftigte Ärzte oder Psychotherapeuten.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. PRAXISNACHFOLGE (§ 103 IV SGB V): PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT IN ÄRZTLICHE PRAXIS

LSG Hessen, Beschl. v. 23.05.2007 – L 4 KA 72/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-65

Psychologischer Psychotherapeut, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Vertragsarztsitz, Nachfolgezulassung

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

Ein **Psychologischer Psychotherapeut** kann die Praxis einer **Fachärztin** für Psychotherapeutische Medizin nach § 103 IV SGB V übernehmen.

Nach Art. 14 GG wäre eine ausdrückliche gesetzliche Regelung erforderlich, wenn der Gesetzgeber in einem **Planungsbereich mit Zulassungsbeschränkungen** die Veräußerung einer Vertragsarztpraxis von weiteren Voraussetzungen abhängig machen wollte, als sie bereits in § 103 IV 3 bis 6 SGB V genannt sind.

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

Es stellt keinen **Ermessensfehlgebrauch** dar, wenn von zwei gleichwertigen Mitbewerbern derjenige ausgewählt wird, der sich bereits privatrechtlich mit dem Praxisinhaber geeinigt hat.

SG Marburg, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 732/06 – RID 06-04-63 wies die Klage der KV ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. WECHSEL DER FACHARZTBEZEICHNUNG DURCH PRAXISTAUSCH

SG Marburg, Beschl. v. 19.07.2007 – S 12 KA 287/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-66

Beschwerde eingelegt

Praxistausch, einstweilige Anordnung, sofortige Vollziehung, Widerspruchsbefugnis, Anfechtungsbefugnis, Klagebefugnis, Konkurrentenklage, Vertragsarzt, Ausschreibung

SGB V § 103 IV; SGG §§ 86b I; GG Art. 12 I; Ärzte-ZV § 24 VI

Ein **Zulassungsausschuss** ist befugt, die **sofortige Vollziehung** seines Beschlusses (hier: Praxisnachfolge nach § 103 Abs. 4 SGB V) nach § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG anzuordnen (entgegen LSG Niedersachsen, Beschl. v. 07.09.2006 – L 3 KA 117/06 ER -).

Der nach § 24 VI Ärzte-ZV zulässige **Wechsel der Facharztbezeichnung** ist auch auf den Wechsel von der hausärztlichen zur fachärztlichen Versorgungsebene und umgekehrt anzuwenden.

Ein sog. **Praxistausch**, durch den zwei zugelassene Vertragsärzte zeitgleich den Wechsel der Versorgungsebene bzw. Facharztbezeichnung in einem jeweils wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich vollziehen (hier: fachärztlich tätiger Internist in die hausärztliche Versorgungsebene und hausärztlich tätige Internistin in die fachärztliche Versorgungsebene mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie), ist nach § 24 VI Ärzte-ZV zulässig. Es kommt nicht darauf an, ob der Zulassungsausschuss zur Begründung seiner Entscheidung auf das Nachfolgeverfahren nach § 103 IV SGB V abgestellt hat. Eine nach einem Ausschreibungsverfahren unterlegene Mitbewerberin wird durch die Entscheidung nicht in ihren Rechten verletzt.

Das *SG* wies den Antrag ab.

5. SONDERBEDARFSZULASSUNG: ANFORDERUNGEN AN BEDARFSERMITTLUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.04.2007 – L 10 KA 48/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-67

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt - B 6 KA 49/07 B -

Sonderbedarfszulassung, Schwerpunkt, Pneumologie, Beurteilungsspielraum, Sachverhalt, Bedarfsermittlung
SGB V §§ 101 I 1 Nr. 3; BedarfspRL-Ä Nr. 24 Satz 1 Buchst. b

Die **Sachverhaltsfeststellungen** des Berufungsausschusses unterliegen nicht seinem, vom Gericht nicht mehr zu überprüfenden, **Beurteilungsspielraum**.

Die **Bedarfsermittlung** hat sich an den auf der Rechtsprechung des BSG (z.B. Urt. v. 19.03.1997 - 6 Rka 43/96 - und 28.06.2000 - B 6 KA 35/99 R -) beruhenden Prüfkriterien zu orientieren: es sind die bereits niedergelassenen Ärzte nach ihrem Leistungsangebot und der Aufnahmekapazität (z.B. auch hinsichtlich etwaiger Wartezeiten) ihrer Praxen - und nicht nur nach ihrer persönlichen Meinung - zu befragen; die Ermittlungen dürfen sich auch auf die gesamte jeweilige Gruppe der Gebietsärzte beziehen, die nach dem einschlägigen Weiterbildungsrecht befugt sind, die Leistungen eines streitigen Teilgebiets zu erbringen; dabei kommt es nach dem Wortlaut der Nr. 24 Satz 1 Buchst b) BedarfspRL-Ä in erster Linie auf die tatsächliche Versorgungssituation in dem betreffenden Planungsbereich an; die Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts darf sich nicht in diesen Befragungen erschöpfen und es sind die Anzahlstatistiken der in Frage kommenden Vertragsärzte beizuziehen, um festzustellen, inwieweit im Bereich des streitigen Sonderbedarfs von diesen Ärzten Leistungen erbracht werden; Abwanderungen von Patienten in andere Planungsbereiche können, soweit diese und deren Ursache festgestellt sind, in die Erwägungen einbezogen werden; qualitative Unterschiede bei der Leistungserbringung können keinen Anspruch auf Zulassung begründen.

Für die Beurteilung, ob ein Sonderbedarf besteht, ist die Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur sowie der Umfang und die räumliche Verteilung der Nachfrage zu ermitteln und zu prüfen. Die **Versorgungsdichte in anderen Planungsbereichen** ist unerheblich.

Die **Einwohnerzahl** eines planungsrechtlich übertversorgten Kreises ist für die Bedarfsprüfung zunächst irrelevant. Ihr kann allenfalls dann Bedeutung beigemessen werden, wenn sich herausstellen sollte, dass die niedergelassenen Vertragsärzte den Bedarf nicht abdecken. Anknüpfungspunkt ist dann aber vorrangig die Bedarfsfeststellung und erst sekundär die Einwohnerzahl des Planbereichs.

Die Feststellungen, im Planungsbereich stünden für die spezifischen Krankheitsbilder der Pneumologie lediglich zwei **Fachärzte mit dem Schwerpunkt Pneumologie** zur Verfügung, in der im Zentrum des Kreises liegenden Stadt sei **kein Pneumologe niedergelassen** und es handele sich um einen **weiträumigen Planungsbereich**, lassen überhaupt keine Schlussfolgerungen für eine Sonderbedarfszulassung zu.

SG Aachen, Urt. v. 09.11.2006 - S 7 KA 5/06 - wies die Klage der KV gegen die vom bekl. Berufungsausschuss ausgesprochene Sonderbedarfszulassung für den Schwerpunkt Pneumologie ab, das **LSG** verurteilte zur Neubescheidung.

6. DREI-MONATS-FRIST ZUR PRAXISAUFNAHME ALS ABSOLUTE AUSSCHLUSSFRIST

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.06.2007 – L 7 KA 7/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-68

Feststellender Verwaltungsakt, Zulassungsstatus, Bedingung, Ausschlussfrist

SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV §§ 19 III, 28 I 3; SGB X §§ 26, 32 II Nr. 2

Die in § 28 I 3 Ärzte-ZV aufgezählten Fälle, in denen der Erlass eines **feststellenden Verwaltungsakts** ausdrücklich erlaubt ist, sind nicht als abschließend zu betrachten. Vielmehr besteht aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit ein Bedürfnis dafür, die Beendigung des Zulassungsstatus durch Verwaltungsakt festzustellen (so bereits BSG SozR 3-2200 § 368 c Nr. 1).

Wird in einer Zulassungsentscheidung mit regelnder Wirkung verfügt, dass die Zulassung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit **nicht innerhalb von 3 Monaten** nach Zustellung des Beschlusses aufgenommen wird; so handelt es sich um eine **auflösende Bedingung** im Sinne des § 32 II Nr. 2 SGB X. Für die Berechnung dieser Frist ist § 26 I u. III SGB X in Verbindung mit §§ 187 ff. BGB maßgeblich.

Einer irgendwie gearteten **Verlängerung** ist die **3-Monats-Frist** nicht zugänglich. Denn bei dieser Frist handelt es sich entgegen dem ersten Anschein nicht um eine behördliche, sondern um eine **gesetzliche Frist**, weil sie durch § 19 III Ärzte-ZV zwingend vorgegeben ist (vgl. hierzu BSG SozR 3-5364 § 6 Nr. 1). Sie ist wegen des mit ihr verfolgten Zwecks, in von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereichen den Weg für weitere Zulassungsbewerber schnellstmöglich wieder freizumachen, als **absolute Ausschlussfrist** zu qualifizieren, so dass sämtliche der Verlängerung von

Fristen dienenden Rechtsinstitute, wie insbesondere das bei gesetzlichen Fristen grundsätzlich heranzuziehende Rechtsinstitut der Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand im Sinne des § 27 SGB X, keine Anwendung finden.

SG Berlin, Urt. v. 29.10.2003 - S 79 KA 447/00 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. AUFLAGE ZUR EINHALTUNG DER RESIDENZPFLICHT

SG Münster, Urt. v. 27.03.2006 - S 2 KA 40/05 – juris = GesR 2007, 219

RID 07-03-69

Residenzpflicht, Auflage

Ärzte-ZV § 24 II 2

Einer Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zur Durchsetzung der in § 24 II 2 Zahnärzte-ZV geregelten sog. Residenzpflicht darf eine **Auflage** beigefügt werden, weil insoweit die gesetzlichen Voraussetzungen des Verwaltungsaktes (hier: Zulassung) erfüllt werden sollen (vgl. BSG v. 05.11.2003 - B 6 KA 2/03 R - SozR 4-5520 § 24 Nr. 1).

Die Zulassungsgremien sind nicht berechtigt, in einer Auflage zur Durchsetzung der Residenzpflicht, die **Höchstdauer der Fahrzeit auf 40 Minuten** festzusetzen.

Das *SG* gab der Klage statt.

8. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

A) ABGRENZUNG SELBSTSTÄNDIGE BERUFS AUSÜBUNG/ABHÄNGIGE BESCHÄFTIGUNG

LSG Hessen, Urt. v. 25.04.2007 – L 4 KA 28/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-70

Berufungsausschuss, öffentliches Interesse, gröbliche Pflichtverletzung, freie Praxis, Gemeinschaftsvertrag, Gemeinschaftspraxis; Vermögensbeteiligung, Stimmrecht, wirtschaftliches Risiko, Wohlverhalten

SGB V §§ 95, 97, 98 II Nr. 12; Ärzte-ZV § 25; GG Art. 12

Wird einem Vertragsarzt die **Zulassung** wegen gröblicher Verletzung vertragsärztlicher Pflichten **entzogen**, so wird damit gleichzeitig ein Hinderungsgrund für eine erneute Zulassung wegen schwerwiegender Mängel in der Person des Arztes geschaffen.

Nach einem Zeitraum von über neun Jahren seit Beendigung der Tätigkeit kommt es bei **Wohlverhalten** nicht mehr darauf an, ob die damaligen Vorwürfe zugefallen haben oder nicht.

Für die Frage, ob eine **selbstständige Berufsausübung** vorliegt oder in Wirklichkeit nur eine abhängige Beschäftigung, ist maßgeblich, dass der Vertragsarzt als Mitglied der Gemeinschaftspraxis in der Gestaltung seiner ärztlichen Tätigkeit, also bei der Bestimmung des Inhalts und Umfangs seiner Behandlungstätigkeit gegenüber den Patienten, völlig frei und unmittelbar selbst verantwortlich ist. Er darf nicht direkt oder indirekt durch gesellschaftsrechtliche Verpflichtungen gezwungen sein, seine Behandlung unter Berücksichtigung von Vorgaben und Bindungen auszuüben, die sich aus dem Gemeinschaftsvertrag ergeben.

Weder einer fehlenden **vermögensrechtlichen Beteiligung** noch der Tatsache, dass lediglich ein fester **Gewinnanteil** von 30.000,00 € pro Jahr zustehen sollte, ist vorrangige Bedeutung einzuräumen, wenn dem Vertragsarzt im Hinblick auf die Ausübung eines "freien Berufes" sowohl in den rein ärztlich-medizinischen Fragen, wie auch in Bezug auf die typischen arbeitgeberischen Direktionsentscheidungen eine völlige Gleichstellung mit den anderen Ärzten der Gemeinschaftspraxis eingeräumt worden ist.

Der 64-jährige Laborarzt und Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie wurde erstmals 1974 in Hessen zugelassen, 1993 in Bayern. 1998 entzog ihm die Zulassungsgremien die Zulassung, weil er bis zur Verlegung seiner Praxis in eine Gemeinschaftspraxis im Oktober 1997 nicht in freier Praxis tätig gewesen sei. Auf Antrag der KVB ordnete das *SG Nürnberg* (S 6 KA 22/00 ER) den Sofortvollzug an, den *LSG Bayern*, Beschl. v. 09.09.2002 – L 12 B 87/02 KA ER – wieder aufhob. Seinem Antrag auf Ruhen der Zulassung wurde bis Juni 2003 stattgegeben. Dem Antrag auf Zulassung in Hessen in einer Gemeinschaftspraxis vom März 2003 gab der Zulassungsausschuss statt, die Widersprüche der KVH und AOK Hessen wies der Berufungsausschuss zurück; den Antrag des Ast. auf Anordnung des Sofortvollzugs lehnte er ab. Dem Antrag des Ast. auf Sofortvollzug der Zulassung gab *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 16.01.2004 – S 29 KA 4111/03 ER - RID 04-02-85 statt. Die dagegen von der Kl. eingelegte Beschwerde wies *LSG Hessen*, Beschl. v. 18.11.2004 - L 7 KA 32/04 ER - zurück. Die Anhörungsrüge/Gegenvorstellung verwarf *LSG Hessen*, Beschl. v. 12.04.2005 als unzulässig. Die von der **KV erhobene Klage** wies *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 23.03.2005 - S 5/29 KA 3649/03 - ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) SEXUELLER MISSBRAUCH AUSZUBILDENDER/STRAFBEFEHL/WOHLVERHALTEN

LSG Bayern, Urt. v. 12.12.2006 – L 3 KA 513/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-71

Nichtzulassungsbeschwerde im Hinblick auf den selbstständig tragenden Gesichtspunkt des Wohlverhaltens zurückgewiesen: Beschl. v. 27.06.2007 - B 6 KA 20/07 B -

Berufsfreiheit, Strafbefehl, Zulassung, Entziehung, Vertragszahnarzt, Wohlverhalten
SGB V § 95 VI; Zahnärzte-ZV § 21; Ärzte-ZV § 21; StPO § 410 III

Da die **Entziehung der Zulassung** schwerwiegend in das Grundrecht der **Berufsfreiheit** des betroffenen Arztes gemäß Art. 12 I GG eingreift, darf sie nur unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes ausgesprochen werden, wenn sie das einzige Mittel zur Sicherung und zum Schutz der vertragsärztlichen Versorgung ist.

An die Sachverhaltsschilderung, die einem **Strafbefehl** zugrunde liegt, ist das Gericht nicht gebunden. Der sexuelle **Missbrauch Auszubildender** in der Form, dass ein Vertragszahnarzt Sprechstundenhilferinnen an Po und Brust betastet, ist nicht als gröbliche Pflichtverletzung einzustufen, sondern als eine ungehörige Umgangsform, die zu maßregeln ist.

Werden über das Verhalten eines Vertragszahnarztes weitere Beanstandungen über einen Zeitraum von 11 1/2 Jahren nicht bekannt, ist sein "**Wohlverhalten**" zu beachten.

Der 1957 geb. Kl. ist seit 26.11.1986 zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit zugelassen und übt seine Tätigkeit in Praxisgemeinschaft mit seiner Ehefrau aus. Am 18.05.1995 erfolgte eine Anzeige durch den Stiefvater der H. S., geb. 1983, wonach ihr der Kl. am 04.05.1995, nachdem sich die Sprechstundenhilfe kurz aus dem Behandlungsraum entfernt gehabt habe, in das Unterhöschen gegriffen habe. Am 10.10.1995 meldete der Stiefvater der Polizei einen ähnlichen Vorfall bei seiner Stieftochter R., geb. 1985, in der Zeit zwischen Oktober 1994 und April 1995. Nach Befragung der Kinder sowie der Sprechstundenhilfen N. K. und J. S., die der Kl. wiederholt belästigt hatte durch Betatschen von Po und Brust, durch Kriminalbeamtinnen, verurteilte das **Amtsgericht** am 08.12.1995 den Kl. wegen sexuellen Missbrauchs an Kindern in zwei Fällen in Tatmehrheit mit sexuellem Missbrauch von Schutzbefohlenen mit Strafbefehl zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von neun Monaten. Die Vollstreckung wurde zur Bewährung (drei Jahre) mit der Auflage einer Geldbuße in Höhe von 40.000,00 DM ausgesetzt. Der Strafbefehl wurde am 28.12.1995 rechtskräftig. Mit Bescheid vom 25.04.1997 verhängte das **Berufungsgericht für die Heilberufe** beim OLG M. eine Geldbuße in Höhe von 5.000,00 DM. Die **Regierung von Oberbayern** lehnte mit Beschluss vom 29.09.1997 den Widerruf der Approbation des Klägers ab. Dem Kläger wurde jedoch mit Beschluss des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Soziales untersagt, weibliche Auszubildende einzustellen und auszubilden. Einen Antrag der Beigel. auf Entziehung der Zulassung lehnte der **Zulassungsausschuss** ab. Auf den Widerspruch der beigel. VdAK und BKK entzog der **Berufungsausschuss** für Zahnärzte - Bayern - dem Kläger im März 1999 die Zulassung. **SG München**, Urt. v. 09.01.2003 - S 33 KA 5137/99 - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt und hob den Entziehungsbescheid auf.

9. 68 JAHRES-ALTERSGRENZE

A) GELTUNG NACH VÄNDG, GKV-WSG UND AGG

Vgl. zuletzt **LSG Baden-Württemberg**, B. v. 23.10.2006 – L 5 KA 4343/06 ER-B – RID 07-01-87; **LSG Bayern**, Urt. v. 19.07.2006 – L 12 KA 9/06 – RID 06-04-69 (Revision anhängig: B 6 KA 41/06 R).

Zulassung, Altersgrenze, Europarecht, AntidiskriminierungsRL

SGB V § 95 VII; Richtlinie 2000/78/EG v. 27.11.2000; GG Art. 3, 12 I; EMRK Art. 14; SGG § 86b II

AA) BVERFG

BVerfG - 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 07.08.2007 - 1 BvR 1941/07 -

RID 07-03-71a

Die 68-Jahres-Altersgrenze verstößt weder gegen Art. 3 Abs. 1 noch gegen Art. 12 Abs. 1 GG. Daran haben das VÄndG und das GKV-WSG nichts geändert. Die Auslegung des LSG Nordrhein-Westfalen (Beschl. vom 20.06.2007 - L 11 B 12/07 KA-ER -), dass das AGG die Wirksamkeit der 68-Jahres-Altersgrenze nicht berühre und jene Regelung mit der Richtlinie 2000/78/EG vereinbar sei, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

BB) INSTANZGERICHTE

LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 25.05.2007 – L 4 B 406/07 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-72**

Die in § 95 VII 3 SGB V enthaltene Regelung über die Altersgrenze für die vertragärztliche Tätigkeit verstößt nicht gegen das **Grundgesetz** und/oder das **Europäische Gemeinschaftsrecht** (Festhalten an **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 31.01.2006 – L 4 KA 3/04 – RID 06-02-52)

Die Schaffung einer weiteren **Ausnahmeregelung** zu der grundsätzlichen Altersbegrenzung der vertragärztlichen Tätigkeit durch das **VÄndG** v. 22.12.2006 in § 95 VII 8 SGB V beruht darauf, dass der Gesetzgeber die Dauer der Unterversorgung als die größere Gefahr für die Patienten angesehen hat gegenüber der Behandlung durch einen Arzt, der das 68. Lebensjahr vollendet hat. Diese Einschätzung liegt im Rahmen des gesetzgeberischen Ermessensspielraums.

Die weitere Legitimation der Altergrenze für die vertragärztliche Tätigkeit wird durch die Änderung des § 95 SGB V durch die Anfügung des Abs. 7 Satz 8 nicht berührt. Die **Aufhebung des § 102 SGB V** durch das **VÄndG** bedeutet ebenfalls nicht, dass die mit dem Gesamtkonzept verbundenen Ziele bereits so weit verwirklicht sind, dass es nach Auffassung des Gesetzgebers zulassungssteuernder Maßnahmen insgesamt nicht mehr bedürfte. Es kann daraus lediglich gefolgert werden, dass es keiner zusätzlichen Beschränkungen mehr bedarf, da die vorhandenen Instrumentarien zu einer ausreichenden Begrenzung der Überversorgung geführt haben.

Aus der **Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Vertragszahnärzte** sind keine Folgerungen für die ärztlichen Zulassungsbeschränkungen abzuleiten.

Hinsichtlich der Vereinbarkeit mit dem **Grundgesetz** haben sich insgesamt keine neuen Gesichtspunkte ergeben, die ein Abweichen von der Rechtsprechung des BVerfG, des BSG und auch der eigenen Rechtsprechung des Senats begründen könnten.

Durch das Inkrafttreten des **AGG** in Umsetzung der Richtlinie 2000/78/EG folgt keine Unzulässigkeit der Altersbeschränkung für Vertragsärzte.

Ein **Facharzt für Psychotherapeutische Medizin** kann sich hinsichtlich der Nichtgeltung der Altersgrenze von 68 Jahren nicht darauf berufen, dass begonnene Therapien noch zu Ende geführt werden dürfen. Er kann sich in seinem Behandlungsverhalten rechtzeitig auf die Beendigung seiner vertragärztlichen Tätigkeit einstellen.

Die **Öffnung eines Planungsbereiches** für die Zulassung bzw. Anstellung eines ärztlichen Psychotherapeuten bedeutet nicht, dass im Planungsbereich eine Unterversorgung droht oder bereits eingetreten ist.

SG Kiel, Beschl. v. 23.03.2007 - S 14 KA 14/07 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

LSG Hamburg, Urt. v. 28.02.2007 – L 2 KA 2/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-73

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt - B 6 KA 58/07 B -

Die durch das **VÄndG** v. 22.12.2006 erfolgte Änderung des § 95 SGB V und durch die Streichung des § 102 SGB V ist die **Legitimation der Altersgrenze** für die vertragärztliche Tätigkeit nicht entfallen. Auch unter Zugrundelegung des Art. 1 des Gesetzes zur Umsetzung europäischer Richtlinien zur Verwirklichung des Grundsatzes der **Gleichbehandlung** vom 14.08.2006 (BGBl. I S. 1897), der das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz enthält, stellt die Beendigung der vertragärztlichen Zulassung sich nicht als eine unmittelbare oder mittelbare Benachteiligung aus Gründen des Alters dar.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 09.01.2006 - S 27 KA 294/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

SG Marburg, Beschl. v. 23.08.2007 – S 12 KA 343/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-74

Die Altersregelung nach § 95 Abs. 7 SGB V ist für Vertragszahnärzte auch nach Verabschiedung des **VÄndG** und **GKV-WSG** **rechtmäßig**.

Die **aufschiebende Wirkung** gegen einen feststellenden – deklaratorischen - Verwaltungsakt berechtigt den Arzt nicht, seine vertragärztliche Tätigkeit fortzusetzen (Anschluss an **LSG Nordrhein-Westfalen** v. 17.05.2005 - L 10 B 10/04 KA ER – juris Rn. 6 - *GesR* 2005, 378; **LSG Hessen** v. 10.06.2005 - L 6/7 KA 58/04 ER – juris Rn. 29 f. - *MedR* 2006, 237; gegen **LSG Bayern** v. 20.07.2006 – L 12 B 835/06 KA ER – juris Rn. 21 u. 24 - *Breith* 2007, 531).

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

B) AUFSCHIEBENDE WIRKUNG EINER KLAGE GEGEN FESTSTELLENDE VERWALTUNGSAKT

LSG Bayern, Beschl. v. 20.07.2006 – L 12 B 835/06 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de = *Breith* 2007, 531 **RID 07-03-75**

Zulassung, Altersgrenze, aufschiebende Wirkung, Verwaltungsakt

SGB V § 95 VII; SGG §§ 86a I, 86b I

Dem Eintritt der Wirkung einer getroffenen Feststellung, der Status als Vertragsarzt habe am 30.06.2006 geendet, steht die ausdrückliche Bestimmung des § 86a I 1 und insbesondere Satz 2 SGG entgegen. Die vom Beschwerdeführer mit seinem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung

erstrebte Befugnis, seine Zulassung vorläufig weiter ausüben zu dürfen, ergibt sich daher infolge seiner Widerspruchseinlegung bzw. Klageerhebung bereits unmittelbar aus dem Gesetz mit der Konsequenz, dass während des dadurch herbeigeführten Schwebezustandes keine Folgerungen aus dem umstrittenen Verwaltungsakt gezogen werden dürfen (entgegen *LSG Hessen*, Beschl. v. 15.12.2004 – L 7 KA 412/03 ER – RID 05-03-41)

SG München, Beschl. v. 28.03.2007 - S 38 KA 1287/06 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* stellte fest, dass dem Vollzug des Bescheides des Berufungsausschusses vom 20.07.2006, soweit darin der Ablauf der Zulassung des Beschwerdeführers mit dem 30.06.2006 festgestellt worden ist, die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage des Beschwerdeführers entgeht.

10. GESAMTPUNKTZAHLVOLUMINA BEI JOB-SHARING: KRANKHEIT IM VORJAHRESQUARTAL

SG Marburg, *Urt. v. 06.06.2007 – S 12 KA 1020/06* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-76

Job-Sharing, Gesamtpunktzahlvolumen, Versorgungsauftrag, Vertragsarzt

SGB V § 101 I Nr. 4; BedarfspIRL-Ä § 23c

§ 23c Satz 7 BedarfspIRL-Ä bestimmt ausdrücklich, dass **außergewöhnliche Entwicklungen** im Vorjahr, wie z. B. **Krankheit** eines Arztes, außer Betracht bleiben. Dies ist dahingehend zu verstehen, dass abweichend von Satz 2, wonach die Gesamtpunktzahlvolumina auf der Grundlage des entsprechenden Vorjahresquartals festzusetzen sind, außergewöhnliche Entwicklungen wie Krankheiten in diesen entsprechenden Vorjahresquartalen nicht zu berücksichtigen sind. Sinn der Regelungen über die Gesamtpunktzahlvolumina ist es, den Versorgungsauftrag, den ein Vertragsarzt wahrnimmt, durch diesen auch mit seinem Job-Sharing-Partner weiterhin wahrnehmen zu lassen.

Das *SG* wies die Klage der KV ab.

11. ERMÄCHTIGUNG

A) INSTITUTSERMÄCHTIGUNG FÜR BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE UNFALLKLINIK

LSG Rheinland-Pfalz, *Urt. v. 14.06.2007 – L 5 KA 31/06* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-77

Revision anhängig: B 6 KA 35/07 R

Ermächtigung, Hochschulklinik, BG-Klinik, Unfallklinik

SGB V § 117 I; Ärzte-ZV § 31 I Buchst. a Ermächtigung

Im Rahmen eines Anspruchs auf eine Ermächtigung nach § 31 I Buchst. a Ärzte-ZV können Wertmaßstäbe des § 117 I SGB V nicht berücksichtigt werden. Die Ermächtigung nach § 117 I SGB V und die Ermächtigung nach § 31 I Buchst. a Ärzte-ZV sind **unterschiedliche Ermächtigungstatbestände**, deren Voraussetzungen jeweils getrennt voneinander zu prüfen sind (vgl. BSG v. 01.07.1998 - B 6 KA 43/97 R - SozR 3 5520 § 31 Nr. 9, juris Rn. 24; LSG Baden-Württemberg v. 11.9.2002 - L 5 KA 4153/01 -, juris).

Voraussetzung für das Vorliegen einer Ambulanz, eines Instituts oder einer Abteilung einer Hochschulklinik i.S.d. § 117 I SGB V ist schon nach dem Wortlaut dieser Begriffe, dass die Aufgabenstellung der betreffenden Institution ausschließlich auf die jeweilige Hochschulklinik bezogen ist. Dies ist bei einer Institution wie einer **Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik**, die eine völlig eigenständige, von den im Zusammenwirken mit der Universität erledigten Aufgaben unabhängige Aufgabenstellung hat und bei der nicht einmal hauptsächlich Aufgaben der Universitätsklinik erfüllt werden sollen, nicht der Fall. Wegen dieses allein auf Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken beschränkten Normzwecks des § 117 I SGB V ist auch eine entsprechende Anwendung der Vorschrift ausgeschlossen.

Der Kl. (in Rechtsform eines Vereins) betreibt die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik L. Zwischen ihm und der R-Universität H besteht ein **Kooperationsvertrag** vom 19.12./23.12.1997. Nach diesem nimmt die L Aufgaben im Bereich der Unfallchirurgie und der Hand-, Plastischen und Verbrennungschirurgie für die Universität H wahr. Die L ist berechtigt, die Bezeichnung "Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik – Unfallchirurgische Klinik an der Universität H" zu führen. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf die Krankenversorgung, die Forschung, die studentische Lehre sowie die Aus-, Weiter- und Fortbildung. Um die Aufgaben als universitäre Einrichtung erfüllen zu können, **beantragte** der Kl. im August 2002 ohne Erfolg gemäß § 31 Ärzte ZV unter Berücksichtigung des Rechtsgedankens des § 117 SGB V, die L zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten zu ermächtigen. Der **Berufungsausschuss** legte u.a. dar, der Erteilung einer Ermächtigung stehe der Grundsatz der Nachrangigkeit der Institutsermächtigung entgegen. Es sei daher

richtig gewesen, nicht die L selbst zur ambulanten Versorgung zu **ermächtigen**, sondern die bei dieser **beschäftigten Prof Dr W**, Prof Dr G, Prof Dr K und Dr B mit einer Ermächtigung zu versehen. Eine bedarfsunabhängige Ermächtigung nach § 117 I SGB V scheidet aus, da diese Vorschrift zwingend voraussetzt, dass die zu ermächtigende Einrichtung eine Hochschulambulanz sei, was bei der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L nicht der Fall sei. Eine entsprechende Anwendung des § 117 I SGB V scheidet aus, da es an einer Regelungslücke im Gesetz fehle. **SG Mainz**, Urt. v. 28.6.2006 - S 2 KA 827/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) FACHARZTFILTER BEI QUALITATIVER VERSORGUNGSLÜCKE

SG Hamburg, Urt. v. 18.04.2007 – S 3 KA 281/06 –

RID 07-03-78

Versorgungslücke, Ermächtigung, Facharztfilter, Berufsverband, Anzahlstatistik
SGB V § 116; Ärzte-ZV §§ 31, 31a

Besteht eine **qualitative Versorgungslücke**, so ist die Ermächtigung (hier: kardiologische Leistungen) auf Überweisung durch Ärzte bestimmter Fachgruppen (hier: Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner, Internisten) zu beschränken.

Es ist zulässig, die **Berufsverbände** anzuschreiben und nach freien Kapazitäten zu befragen. Die **Anzahlstatistiken** haben nur flankierende Funktion, um zu erkennen, ob die streitigen Leistungen tatsächlich angeboten werden.

Hamburg ist nach den BedarfsplRI-Ä als Ganzes zu betrachten.

Das **SG** wies die Klage eines Internisten ab.

Parallelverfahren: SG Hamburg, Urt. v. 18.04.2007 – S 3 KA 282/06 –

RID 07-03-79

C) ÜBERWEISUNG ZUR KONSILIARUNTERSUCHUNG UND BERATUNGSLEISTUNGEN (NR. 08220 EBM 2005)

SG Marburg, Urt. v. 06.06.2007 – S 12 KA 1023/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-80

Überweisung, Konsiliaruntersuchung, Beratung, Beratungsleistung, Krankenhausarzt, Ermächtigung
SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a; EBM 2005 Nr. 08220; BMV-Ä § 25 VII 2 Nr. 2 S. 1; EKV-Ä § 27 VII 2 Nr. 2 S. 1

Nach § 24 VII 2 Nr. 2 Satz 1 BMV-Ä/§ 27 VII 2 Nr. 2 Satz 1 EKV-Ä erfolgt die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung ausschließlich zur Erbringung **diagnostischer Leistungen**. Darüber hinausgehende **Beratungsleistungen** sind damit ausgeschlossen. Ein Krankenhausarzt kann deshalb nicht zur Erbringung der Leistung nach Nr. 08220 EBM 2005 (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung mit einer Dauer von mindestens 10 Minuten) ermächtigt werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

D) BERECHTIGUNG ZUR LEISTUNGSERBRINGUNG NACH EBM 2005 (PNEUMOLOGIE)

SG Marburg, Urt. v. 27.06.2007 – S 12 KA 64/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-81

Sprungrevision zugelassen

Zulassungssache, Berufungsausschuss, Ermächtigung, Internist, Schwerpunkt, Pneumologie, Pulmologie
§ 116 SGB V; § 31a Ärzte-ZV; EBM 2005 Nr. 2.3 Abschn. 2 Allg. Best.; Kapitel 13.3.7

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

Das **SG** wies die Klage ab.

Zum einstw. Anordnungsverfahren s. **LSG Hessen**, Beschl. v. 18.12.2006 – L 4 KA 70/06 ER – RID 07-01-88.

12. WIDERSPRUCH (ZULASSUNGSENTZIEHUNG): BEGRÜNDUNGSPFLICHT § 44 ÄRZTE-ZV A. F.

LSG Thüringen, Urt. v. 05.07.2006 – L 4 KA 521/03 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-82

Zulassungsentziehung, Widerspruch, Widerspruchsfrist, Begründung
SGB V § 95; Ärzte-ZV a. F. § 44

Ein Widerspruch ist bei der Versäumung der einmonatigen **Frist zur Angabe von Gründen** nach § 44 Ärzte-ZV in der bis 31.12.2006 geltenden Fassung unzulässig. Es reicht nicht aus, sich in einer Widerspruchsschrift lediglich auf Einlassungen, die vor Erlass des Ausgangsbescheides gemacht wurden, ohne konkret auszuführen, mit welchen Vorwürfen im Rahmen des Widerspruchsverfahrens im Einzelnen eine Auseinandersetzung beabsichtigt ist, zu berufen.

Der Zulassungsausschuss entzog dem Zahnarzt die Zulassung wegen erheblicher Mängel der Behandlungsweise, Abrechnungsfehler und schwerwiegender Verstöße bei der Planung und der nachfolgenden Behandlung von Patienten. Im Widerspruch bezog sich d. Kl. auf die Ausführungen im Schriftsatz vom 11.07.2000, mit dem zum Antrag auf den Zulassungsentzug Stellung genommen worden sei, sowie auf seine Ausführungen in der mündlichen Verhandlung vom 20.09.2000. Darüber hinaus behielt er sich eine weitere Begründung des Widerspruchs vor. Der bekl. **Berufungsausschuss** wies den Widerspruch als unzulässig zurück und ordnete die sofortige Vollziehung an, weil der Widerspruch nach § 44 Ärzte-ZV mit Angabe von Gründen einzulegen sei. Zwar sei der angefochtene Bescheid nicht ordnungsgemäß zugestellt worden, weil der Zulassungsausschuss ein falsches Zulassungsverfahren gewählt habe, der Zustellungsmangel sei jedoch durch die Einlegung des Widerspruchs am 11.12.2000 geheilt worden. *SG Gotha, Urt. v. 26.03.2003 - S 7 KA 1511/01* - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VII. Me-Too-Liste/Vesikur: Kein Anordnungsanspruch

LSG Bayern, Beschl. v. 28.02.2007 – L 12 B 450/06 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-83

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

Es bestehen bereits Bedenken, ob sich der **Anordnungsanspruch** aus der Analogie zu § 1004 BGB herleiten ließe, weil die hier zu beurteilenden Rechtsbeziehungen und diejenigen Rechtsbeziehungen, die typischerweise einen Unterlassungsanspruch nach § 1004 BGB auslösen, grundlegend verschieden sind. Die Vertragsärzte sind zwar frei in der Wahl der von ihnen zu erbringenden Leistungen und durchzuführenden Maßnahmen, sie dürfen deshalb aber nicht zugleich auch schon auf die Rolle als Geschäftspartner der Anbieter auf dem Arzneimittelmarkt reduziert werden.

Der Tatbestand einer Verletzung des **"Rechts am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb"** im Sinne der §§ 823 Abs. 1, 1004 BGB ist nicht erfüllt. Denn das inkriminierte Schreiben der KV beruht auf der Durchführung gesetzlicher Aufgaben, es ist auch nicht ersichtlich, dass sein Inhalt wahrheitswidrige Tatsacheninformationen enthält, die ihm zugrunde liegende Motivation ist nicht zu beanstanden und schließlich dient es auch nicht zur Durchsetzung dominanter Marktmacht.

SG München, Beschl. v. 19.05.2006 - S 29 KR 586/06 ER – untersagte der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, bis zum Abschluss eines Hauptsacheverfahrens, das Präparat Vesikur als "me-too"-Präparat mit keinem oder marginalem Unterschied zu bereits eingeführten Wirkstoffen zu bezeichnen, entsprechende Informationen an die Vertragsärzte zu versenden und im Internet, etwa als sog. "me-too"-Liste, zu veröffentlichen; das *LSG* wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

VIII. Klagebefugnis eines Vertragszahnarztes gegen Aufsichtsordnung

LSG Bayern, Urt. v. 13.12.2006 – L 3 KA 5005/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-84

Vertragszahnarzt, Vertreterversammlung, Aufsichtsordnung, Staatsbeauftragter, Klagebefugnis
SGB V § 79a I; GG Art. 19 IV

Rechte eines Vertragszahnarztes und Mitglieds der Vertreterversammlung werden durch eine Aufsichtsordnung, durch die einem Staatsbeauftragten die Aufgaben der Vertreterversammlung und des Vorstandes der KZV übertragen werden, unter keinem denkbaren Gesichtspunkt beeinträchtigt.

Der Kl. ist Vertragszahnarzt und war bis Ende 2004 Mitglied der Vertreterversammlung der KZV. Der Bekl. hat als zuständige Aufsichtsbehörde einem Ministerialdirigenten die Wahrnehmung der Aufgaben der Vertreterversammlung und des Vorstandes der KZVB ab 25.02.2004 als Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums übertragen. Die hiergegen erhobene Anfechtungs- bzw. Feststellungsklage wies *SG München, Urt. v. 22.03.2005 - S 43 KA 5059/04* – als unzulässig ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IX. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/GBA

S. BSG, Urt. v. 29.11.2006 - *B 6 KA 4/06 R* – SozR 4-2500 § 83 Nr. 3 zur Gesamtvergütung 1992 Ost nach Rahmengesamtvertrag.

1. BINDUNG ORTSFREMDER BETRIEBSKRANKENKASSE AN GESAMTVERTRAG: ÜBERHÖHTE ABSCHLAGSZAHLUNGEN

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 03.04.2007 – L 5 KA 560/07 – juris

RID 07-03-85

Krankenkasse, Gesamtvertrag, Abschlagszahlung
SGB V §§ 83 I, 85 III

Leitsatz: Eine ortsfremde Betriebskrankenkasse ist an die von dem zuständigen BKK-Landesverband mit Wirkung für sie abgeschlossenen Gesamtvertrag auch dann gebunden, wenn dies zunächst zu überhöhten Abschlagszahlungen führt. Sie muss die strukturellen Diskrepanzen solange hinnehmen, bis neue vertragliche Regelungen vereinbart sind und darf nicht nach Gutdünken die Abschlagszahlungen kürzen.

Das *SG Stuttgart*, Beschl. v. 18.12.2006 - S 10 KA 8285/06 ER – stellte im Wege vorläufigen Rechtsschutzes fest, a) dass die Ag. (Krankenkasse) verpflichtet ist, Abschlagszahlungen in den Leistungsbereichen Zahnerhaltung und Kieferorthopädie für den jeweils abgelaufenen Monat in nachfolgender Höhe an die Ast. (KZV) zu bezahlen: 30 v. H. der durch die Ast. der Ag. in Rechnung gestellten Leistungen des Kalendervierteljahres des Vorjahres, b) dass die Ag. verpflichtet ist, für jedes Quartal eine Restzahlung in den Leistungsbereichen Zahnerhaltung und Kieferorthopädie in nachfolgender Höhe zu bezahlen: Gesamtrechnungsbetrag des betreffenden Quartals abzüglich der für dieses Quartal geleisteten Abschlagszahlungen nach Buchstabe a), c) dass die Ag. verpflichtet ist, Rechnungen aller Leistungsarten innerhalb von 7 Kalendertagen nach Eingang bei ihr zu bezahlen; das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. VERÄNDERUNGSRATE DER GESAMTVERGÜTUNG BEI VERSCHULDETER KRANKENKASSE

SG Schwerin, Urt. v. 18.04.2007 – S 3 KA 43/05 – juris

RID 07-03-86

Landesschiedsamt, Schiedsspruch, Gesamtvergütung, Wohnortprinzip, Beitragssatzstabilität
SGB IV § 89 I; SGB V §§ 71 III, 85 III 2, 220 I, 222; WOrtPrG Art. 3 S. 1 u. 2; GG Art. 3 I

Leitsatz: 1. Zu den Voraussetzungen für eine Überschreitung der Veränderungsrate nach § 71 III SGB V nach Art. 3 S. 1 WOrtPrG, insbesondere einer Nichtgefährdung der Beitragssatzstabilität ("und insoweit").

2. Auch wenn die Tatbestandsvoraussetzungen für eine Überschreitung der Veränderungsrate nach Art. 3 WOrtPrG an sich vorliegen, kann das Landesschiedsamt beurteilungsfehlerfrei in Ausübung seiner Vertragsgestaltungsfreiheit wegen der Verschuldenssituation der betroffenen Krankenkasse und deren gesetzlicher Verpflichtung zum Schuldenabbau eine niedrigere Veränderungsrate festsetzen.

Das *SG* wies die Klage gegen den Schiedsspruch ab.

3. VERSORGUNGSVERTRAG: BEHANDLUNGSSTEUERUNG DURCH AUFZEIGEN DER ARZNEIKOSTEN

SG Düsseldorf, Beschl. v. 23.08.2007 – S 2 KA 104/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-87

Arzneimittel, Off-Label-Use, Kosten
SGB V § 84; SGG § 86b II

Ein Arzneimittelhersteller kann sich nicht darauf berufen, bei Verwendung eines bestimmten Arzneimittels werde die **Gesundheit** hunderter von Patienten Tag für Tag einem unvermeidbaren Risiko ausgesetzt und es steige das Haftungsrisiko der Ärzte. **Wirtschaftliche Nachteile** sind ggf. unter Vorlage entsprechender Umsatzstatistiken nachzuweisen.

Durch einen **Vertrag zwischen Ärzten und Krankenkassen** kann die Einführung einer bisher in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zugelassenen Behandlungsmethode bezweckt werden, wenn die Therapiefreiheit der Ärzte und damit ihre Entscheidungsfreiheit zur Behandlung ohne wettbewerbsrechtlich zu beanstandenden Druck oder ähnliche Einflüsse gewährt wird. Dass dabei die **Willensbildung von Arzt und Patient** durch die Bezifferung der Kosten für die Medikamente gesteuert werden soll, ist ein legitimes Anliegen der Vertragspartner.

Die Ast. ist ein deutsches Tochterunternehmen eines Arzneimittel-Herstellers mit Hauptsitz in C/Schweiz. Zu den von ihr in der Augenheilkunde vertriebenen Präparaten gehört u.a. **Lucentis** mit dem Wirkstoff Ranibizumab, einem sog. VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)-Inhibitor (auch: VEGF-Hemmer, VEGF-Blocker). Arzneimittelrechtlich zugelassenes Anwendungsgebiet ist die Behandlung der neovaskulären (feuchten) altersabhängigen Makuladegeneration (AMD). Demselben arzneimittelrechtlich zugelassenen

Anwendungsgebiet dient auch das **Arzneimittel Macugen** des Herstellers Pfizer mit dem Wirkstoff Pegaptanib. Der in Lucentis verwendete Wirkstoff Ranibizumab wird von dem Biotechnologie-Unternehmen Genentech Inc., South San Francisco/USA, produziert. Er ist entwickelt worden aus dem ebenfalls von diesem Unternehmen hergestellten Wirkstoff Bevacizumab, der in dem Arzneimittel Avastin der Fa. S verwendet wird. **Avastin** ist arzneimittelrechtlich für die Anwendungsgebiete der First-Line-Behandlung von Patienten mit metastasierendem Kolon- oder Rektumkarzinom und mit metastasierendem Mammakarzinom zugelassen. Eine Zulassung für die Behandlung der AMD ist seitens der Fa. S weder beantragt noch beabsichtigt. Die Fa. S ist mit über 50 % Geschäftsanteilen an der H Inc. beteiligt; das Mutterunternehmen der Ast. hält eine Beteiligung an der S Holding AG von knapp einem Drittel des stimmberechtigten Kapitals von S. Bei den **Ag.** handelt es sich um **Partner eines "Vertrages zur Behandlung der feuchten Maculadegeneration mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern"**, geschlossen am 03.05.2007. Die Ag. zu 1) und 2) sind **Verbände operierender Augenärzte** auf der Seite der ärztlichen Leistungserbringer, die Ag. zu 3) bis 5) **gesetzliche Krankenkassen** auf der Kostenträgerseite. Gegenstand des vertraglichen Versorgungsauftrages ist die Diagnostik und Behandlung einer feuchten Maculopathie mit intravitrealer Medikamenteneingabe nach näher bestimmten Qualitätsstandards. Die an dieser Versorgung teilnehmenden Ärzte enthalten nach Anlage 3 zum Vertrag eine Leistungskomplexpauschale incl. Anästhesie und VEGF-Hemmer in Höhe von 450,- EUR.

Anlage 1 zum Vertrag enthält ein vom Arzt zu verwendendes Textmuster zur **Aufklärung und Erklärung von Patienten**. In der von der Antragstellerin zu den Akten gereichten Entwurfsfassung werden die Medikamente Avastin (Bevacizumab), Macugen (Pegaptanib) und Lucentis (Ranibizumab) kurz vorgestellt und bewertet. Das Formblatt endet mit einer von dem **Patienten zu unterschreibenden Erklärung**, nach welcher dieser mit der **Therapie mit Avastin** und der damit verbundenen Operation einverstanden sei. Diese Entwurfsfassung ist nicht verbindlicher Vertragsinhalt geworden. Nach Überarbeitung durch die Qualitätssicherungskommission ist sie durch eine **Anlage 1a (Aufklärung und Einverständniserklärung)** ersetzt worden. Diese stellt die drei Wirkstoffe mit ihren Medikamentennamen wiederum dar und **bewertet sie auch unter Kostenaspekten**. Hierzu listet sie die zu erwartenden durchschnittlichen jährlichen Medikamentenmindestkosten auf, die sich für **Macugen** auf 9.350,- EUR, für **Lucentis** auf 14.100,- EUR und für **Bevacizumab** auf 650,- EUR belaufen sollen. Das Formblatt schließt mit einer vom Patienten zu unterzeichnenden Erklärung, nach der er schriftlich und mündlich über die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten aufgeklärt worden sei. Für den Fall, dass sich der Patient für die **Behandlung mit Bevacizumab entscheide**, sei er darüber aufgeklärt worden, dass es sich bei diesem Medikament um ein für diese Behandlung nicht zugelassenes Medikament handele. Die Einverständniserklärung des Patienten zur Therapie und den damit verbundenen Operationen enthält keine vorgedruckte Therapie mit einem bestimmten Präparat oder Wirkstoff, sondern einen individuell auszufüllenden Leerraum.

Das **SG** wies den **Antrag** eines deutschen Tochterunternehmens eines Arzneimittel-Herstellers mit Hauptsitz in C/Schweiz, den Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung bei Meidung der üblichen Ordnungsmittel vorläufig zu untersagen, den zwischen ihnen geschlossenen "Vertrag zur Behandlung der feuchten Maculadegeneration mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern" vom 3. Mai 2007 durchzuführen und/oder zu vollziehen, insbesondere den als Anlage zu diesem Beschluss (gemeint: Vertrag) beigefügten Patienten-Einwilligungsbogen zu verwenden, verwenden zu lassen und/oder zu empfehlen, zurück.

4. INTEGRIERTE VERSORGUNG

A) VERGÜTUNGSEINBEHALT UND INTEGRIERTE/HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG

LSG Thüringen, Urt. v. 24.01.2007 – L 4 KA 362/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-88

Revision anhängig: B 6 KA 27/07 R

Vergütungseinbehalt, Einbehaltungsrecht, Integrationsvertrag, integrierte Versorgung, Hausarzt, Apotheker
SGB V §§ 73b, 129 Vb, 140a ff.

Die Voraussetzungen für die **Einbehaltung der Vergütung** nach § 140d I 1 SGB V liegen bei einem sog. **Integrationsvertrag** nicht vor, wenn Inhalt der vertraglichen Regelungen weder eine Leistungssektoren übergreifende noch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung ist.

In Anbetracht der komplexen Regelung der §§ 140a bis d SGB V ist unter Berücksichtigung der Gesetzesmotive ein konkreter **Vertragsabschluss** zu fordern, um Einbehalte rechtfertigen zu können. Wer dies anders bewertet, sieht die Kostentragungsregelung zur integrierten Versorgung als bloßes Honorarkürzungsinstrument an, was der Gesetzgeber jedoch nicht wollte.

In der **Kooperation zwischen Hausärzten und Apothekern** ist weder eine interdisziplinär-fachübergreifende noch eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung des Patienten i. S. d. § 140a SGB V zu sehen.

Als **fachübergreifend** ist vor allem eine Kooperation von Ärzten verschiedener Fachgebiete anzusehen. Der Begriff "**interdisziplinär**" beschreibt demgegenüber eine Kooperation von Leistungserbringern aus verschiedenen Bereichen, wie z. B. die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und sonsti-

gen zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern "interdisziplinär-fachübergreifend" erfordert eine Beteiligung von Haus- und Fachärzten sowie weiterer (nichtärztlicher) Leistungserbringer. Diese Voraussetzungen erfüllt ein Vertrag ohne fachärztliche Versorgung nicht. Eine **verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung** liegt nicht schon deshalb vor, wenn ein Vertrag die Apotheker in das Vertragswerk einbezieht. Diese sind nicht dem ambulanten, stationären oder rehabilitativen Sektor zuzuordnen, sondern stehen als eigenständiger Leistungssektor neben diesen, ohne Verzahnungsbereiche aufzuweisen, die eine integrierte Versorgung voraussetzt.

Die Bekl. als gesetzlicher Krankenversicherungsträger schloss mit der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e. G. (HÄVG) und der Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker mbH (MGDA) im Dezember 2004 für die Zeit ab Januar 2005 einen "Vertrag zur integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken" nach den §§ 140a ff SGB V. Laut Vertragstext ist eine Unterstützung durch den Deutschen Hausärzteverband e. V. und den Deutschen Apothekerverband e. V. ausgewiesen. Nach § 1 des **Integrationsvertrages** steht im Mittelpunkt des Regelwerkes die Koordinierung, Steuerung und Begleitung der Versorgung des Patienten durch den Hausarzt nach § 73 Ia 1 SGB V im Zusammenwirken mit dem Hausapotheker und anderen Leistungserbringern. Der Versorgungsauftrag beinhaltet dabei im Wesentlichen die individuelle Betreuung des Patienten durch den Hausarzt hinsichtlich eines optimalen Behandlungsablaufs, falls der Patient unterschiedliche Leistungserbringer und Versorgungsebenen (z. B. Fachärzte, andere Therapeuten, stationäre Behandlung) in Anspruch nehmen müsse. Der Hausarzt betreue seinen Patienten, indem er Behandlungsschritte koordiniere sowie Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse zusammenführe. Dabei gelte der Arzneimittelversorgung besondere Aufmerksamkeit. Weiterhin beinhalte der Versorgungsauftrag die aktive Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker bei der Arzneimittelversorgung. Das bedeute, dass der Apotheker für eingeschriebene Patienten eine Medikationsliste anlege, der Hausarzt im konkreten Behandlungsfall Daten aus der Medikationsliste vom Apotheker anfordern könne und sich Arzt und Apotheker gemeinsam über die Medikation verständigten. Zudem gehöre dazu die patientenindividuelle Beratung durch den Hausarzt hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die Beratung des Patienten über die integrierte Versorgung durch Hausärzte oder Hausapotheken, eine aktive Einbindung des Patienten in den Behandlungsablauf durch die beteiligten Leistungserbringer und die Einschreibung der Patienten. Ziel des Integrationsvertrages sei die bundesweite Etablierung und Umsetzung einer integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken auf der Grundlage der §§ 140 ff SGB V (§ 2 Integrationsvertrag). Die Vereinbarung gilt im gesamten Gebiet der Bundesrepublik Deutschland (§ 3 des Integrationsvertrages). Die Vergütung der Hausärzte und Hausapotheken (Einschreibepauschale, Integrationspauschalen I und II, Präventionsscheck und Apothekenintegrationspauschale) regelt sich nach § 12 des Integrationsvertrages. Nach § 13 des Integrationsvertrages sind sich die Parteien darüber einig, dass die Etablierung einer hausarzt- und hausapothekenbasierten Versorgung zu Einsparungen bei veranlassten Leistungen führe. An den realisierten Einsparungen werden alle Vertragspartner beteiligt (§ 13 Nr. 1 des Integrationsvertrages). Den teilnehmenden Versicherten wird die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V ermäßigt (§ 15 Nr. 1 des Integrationsvertrages). Danach müssen die Versicherten die Praxisgebühr nur einmal pro Jahr zahlen. Die Bekl. teilte der Kl. mit, dass sie als Krankenversicherungsträger nach § 140d I 1 SGB V verpflichtet sei, für Verträge zur integrierten Versorgung in den Jahren 2004 bis 2006 bis zu 1 v. H. von den nach § 85 II 2 SGB V an die kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichteten **Gesamtvergütungen** sowie von den Rechnungen der in den relevanten Versorgungsregionen liegenden Krankenhäusern für voll- und teilstationäre Behandlung einzubehalten. Derzeit sei in der Versorgungsregion Thüringen ein Vertrag nach § 140b SGB V geschlossen worden. Es solle nicht versäumt werden mitzuteilen, dass ab dem Quartal I/05 die aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote in Höhe von 0,58 v. H. in Ansatz zu bringen sei, was dann auch geschah. *SG Gotha*, Urt. v. 08.03.2006 - S 7 KA 2784/05 – RID 06-02-63 verpflichtete die Bekl., an die K. einen Betrag in Höhe von 407.886,46 EUR an rückständiger Gesamtvergütung für das Jahr 2005 sowie das erste Quartal 2006 zu zahlen; das *LSG* wies die Berufung zurück.

B) VERGÜTUNGSEINBEHALT UND UMFANG DER BISHERIGEN VERTRAGSÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

LSG Sachsen, Beschl. v. 11.09.2006 – L 1 B 291/05 KA-ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-89

Vergütungseinbehalt, Integrationsvertrag, integrierte Versorgung,
SGB V §§ 73b, 129 Vb, 140a ff.

Die Auffassung, dass die an die KV zu entrichtende **Gesamtvergütung** nur dann und nur in dem Umfang zur Förderung von integrierten Versorgungsverträgen **gekürzt** werden darf, in dem ambulante ärztliche Leistungen, die bisher Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung waren, nach Verlagerung in die integrierte Versorgung dort von Vertragsärzten erbracht werden, findet im Gesetz keine Stütze. Vielmehr lässt § 140d I 1 SGB V zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung den Einbehalt von Mitteln der Gesamtvergütung unabhängig davon zu, in welchem Umfang bisher vertragsärztliche Leistungen nunmehr im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden.

Die Ag. schloss mit Wirkung vom 01.02.2004 mit der Asklepios Orthopädische Klinik H. sowie beigetretenen Rehabilitationskliniken und beigetretenen niedergelassenen Fachärzten für Orthopädie und

Chirurgie sowie Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Rheumatologie einen **Vertrag** zur integrierten Versorgung bei Operationen an Bewegungsorganen mit Gelenkersatz (BARIOS). Sie meldete diesen Vertrag bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) an und gab das geschätzte Vergütungsvolumen zur Finanzierung der Leistungen für 2004 bei 35 teilnehmenden Versicherten mit 312.600,20 EUR und für 2005 bei 80 teilnehmenden Versicherten mit 560.002,35 EUR an. Im Hinblick auf diesen Vertrag zog die Ag. unter Berufung auf § 140d I SGB V zur **Anschubfinanzierung** der integrierten Versorgung von den an die Ast. zu entrichtenden Gesamtvergütungen verschiedene Beträge (zwischen 0,05 % und 0,15 %) in den Quartalen I/04 bis I/05 ab. **SG Dresden**, Beschl. v. 20.10.2005 - S 15 KA 496/05 ER - wies den Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. AUSSCHLUSS DES MEDIKAMENTS ACOMPLIA® (RIMONABANT)/LIFE-STYLE-ARZNEIMITTEL

SG Berlin, Beschl. v. 08.06.2007 – S 83 KA 53/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-90

Gemeinsame Bundesausschuss, Anhörungsverfahren, Life-Style-Arzneimittel, Gewichtsregulierung

SGB V §§ 27 I, 34 I, 92 I 2 Nr. 6, IIIa; SGG § 86b II

Das in § 92 IIIa SGB V beschriebene Verfahren setzt denknottwendig voraus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach einer Vorprüfung einen entsprechenden Beschluss zu treffen gewillt ist. Mit anderen Worten kann ein **Anhörungsverfahren** gerade erst dann eingeleitet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss nach den ihm zur Verfügung stehenden Wissen und Informationen der Überzeugung ist, den Beschluss fassen zu können und zu wollen. In diesem Sinne ist eine **Vorabfestlegung für die Einleitung des Anhörungsverfahrens** sogar erforderlich.

Der Gesetzgeber hat **Life-Style-Arzneimittel** nicht von der Art und Weise ihrer pharmakologisch-chemischen Einwirkung auf den Körper her, sondern ausgehend vom Ziel ihres Einsatzes (**Therapieziel**) definiert. Auch gibt es keinen Zweifel, dass die Gewichtsregulierung/Abmagerung bei der Anwendung von ACOMPLIA® überwiegt (vgl. § 34 I 8 SGB V).

Nach einem Stellungnahmeverfahren schloss der Gemeinsame Bundesausschuss am 17.10.2006 den Wirkstoff "Rimonabant" sowie das Fertigarzneimittel "ACOMPLIA" von der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Änderung der AMR aus. Die Ast., die hiergegen auch Klage erhoben hat, ist der Meinung, dass die Kostenerstattung für das Präparat nach § 27 I SGB V zur Behandlung von krankhaftem Übergewicht aufgrund der Vorschrift des § 34 I 7-9 SGB V offensichtlich nicht versagt werden könne. Dies ergebe sich aus Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Normzweck der Vorschriften sowie ihrer verfassungskonformen Auslegung, nach der ein Ausschluss der Erstattung als unverhältnismäßig angesehen werden müsste. Auch liege in dem Ausschluss eine rechtswidrige Gleichbehandlung mit anderen, gänzlich anders wirkenden Präparaten. Das Beschlussverfahren sei ferner wegen gravierender Verfahrensfehler wie Vorabfestlegung in Bezug auf den Verfahrensausgang und Einschränkung des Stellungnahme- und Überprüfungsverfahrens als rechtsfehlerhaft anzusehen. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

X. Streitwert/Anwaltsvergütung

Vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2006, S. 1; NZS 2003, S. 568; NZS 2001, S. 57; s auch Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit/Streitwertkatalog 2007 - www.sozialgerichtsbarkeit.de – (rechts unten auf der Startseite ist link vorhanden); 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. VERWEIGERUNG DER ENTGEGENNAHME DER ABRECHNUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.05.2007 – L 10 B 27/06 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-91**
Streitwert, Abrechnung, wirtschaftliche Interesse, Honoraranspruch, Abschlagszahlung
GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 4

Verweigert die KV die **Entgegennahme einer unter Inanspruchnahme eines Dritten erstellten Abrechnung** insgesamt, so ist das wirtschaftliche Interesse des Arztes am Verfahren durch dessen Honoraranspruch als solchen bestimmt. Für die Streitwertberechnung ist von den durchschnittlichen Quartalsumsätzen für einen Zeitraum von einem Jahr (vgl. BSG SozR 4-1930 § 6 Nr. 1) auszugehen, für das Verfahren des **vorläufigen Rechtsschutzes** wird ein Anteil von 50 v. H. des so errechneten Betrages als Streitwert festgesetzt. Der Pauschalabzug für verspätete Abrechnungen als Anknüpfungspunkt ist für die wirtschaftliche Bewertung des Begehrens ungeeignet, weil der Arzt ohne laufende Abrechnungen keine Abschlagszahlungen mehr erhalten würde.

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 zurück.

2. ENTZIEHUNG DER GENEHMIGUNG ZUR SUBSTITUTIONSGESTÜTZTEN BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

SG Dresden, Beschl. v. 21.11.2006 – S 18 KA 613/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-42**

Die Höhe des festgesetzten Streitwerts einer **Entziehung der Genehmigung zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger** ist am wirtschaftlichen Wert der Leistungen nach **Pos. 01950, 01951 und 01952 EBM 2005** zu schätzen. Von den Honorareinnahmen ist ein Praxiskostenanteil in Abzug zu bringen. In Streitigkeiten über die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnungen bestimmter ärztlicher Leistungen ist in Ermangelung einzelleistungsbezogener Kostenanalysen auf einen pauschal gegriffenen **Kostensatz** von z.B. 50 % abzustellen. In zeitlicher Hinsicht kann das wirtschaftliche Interesse an der Ausnutzung der Genehmigung längstens für 3 Jahre berücksichtigt werden (vgl. § 42 III 1 GKG; BSG, Beschl. v. 01.09.2005 - B 6 KA 41/04 R -). Hinsichtlich des zu bestimmenden Zeitrahmens ist in Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes jedoch maximal auf die voraussichtliche **Dauer des Klageverfahrens** in der Hauptsache abzustellen. Diese ist im vorliegenden Fall mit Rücksicht auf den Verfahrensgegenstand mit einer unterdurchschnittlichen Verfahrensdauer von einem Jahr, also von vier Quartalen, anzusetzen. Die in Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes sonst vorzunehmende Verminderung des Streitwerts ist nicht anzuwenden, denn der Beschluss des Gerichts über Sofortvollzug bzw. aufschiebende Wirkung nimmt für den Zeitraum bis zur Hauptsacheentscheidung die Hauptsache faktisch vorweg.

Das **SG** setzte den Streitwert auf 25.440,00 EUR fest.

3. ANERKENNUNG DER GESPRÄCHSTHERAPIE DURCH KV

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.05.2007 – L 7 B 35/07 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-92**
Gesprächstherapie, Richtlinienverfahren, Psychotherapie, Psychotherapeut
SGB V §§ 92 I 2 Nr. 1, VIa, 135; GKG § 52 I

Der Streitwert ist für ein Verfahren mit dem Hauptantrag, die KV zu verurteilen, die **Gesprächstherapie** gemäß § 135 SGB V i.V.m. § 92 I 2 Nr. 1, VIa SGB V neben der Verhaltenstherapie sowie der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie als Richtlinienverfahren **anzuerkennen**, auf den **6-fachen Wert des Regelstreitwertes** festzusetzen. Denn für den Kläger ist die erstrebte Entscheidung von erheblicher Bedeutung, weil seine Ausbildung auf dem Gebiet der Gesprächstherapie im Falle der fortdauernden Beschränkung auf die bisherigen Richtlinienverfahren weitgehend entwertet würde, da ihm eine Behandlung der Versicherten der GKV auf diesem Gebiet verschlossen bliebe.

Nach **LSG Hessen**, Beschl. v. 04.01.2006 – L 6/7 B 26/04 KA – RID 06-01-66 ist für die Anerkennung der Fachkunde für Gesprächspsychotherapie, die ein zugelassener Vertragspsychotherapeut begehrt, der Regelstreitwert festzusetzen; nach **SG Karlsruhe**, Beschl. v. 20.08.2003 – S 1 KA 2943/03 W-A –, vgl. RID 04-01-60, ist für einen Streit um die Arztregistereintragung auf der Grundlage der Gesprächspsychotherapie, mit der der Kl. die Anerkennung als Richtlinienverfahren anstrebe, der Regelstreitwert festzusetzen; **SG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 17.11.2004 – S 27 KA 421/04 – RID 05-01-93 setzte den Streitwert in einem Verfahren über die Eintragung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in das Psychotherapeutenregister auf den dreifachen Regelstreitwert fest.

4. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFVERFAHREN UND BESCHIEDUNGSANTRAG

LSG Hessen, Beschl. v. 27.06.2007 – L 4 B 152/07 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-93

Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren, Bescheidungsantrag, Neubescheidung

SGG § 197a I 1; GKG §§ 52 I, 63 II 1

In **Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren** ist der Streitwert für das Klageverfahren mit der Hälfte der streitgegenständlichen Regressforderung festzusetzen, soweit der Kläger den Beschluss des Beschwerdeausschusses nicht in vollem Umfang angefochten, sondern die **Neubescheidung** seines Widerspruchs beantragt und damit zu erkennen gegeben hat, dass er teilweise mit einer Rechtmäßigkeit der Festsetzung von Regressen rechnet oder jedenfalls eine reine Anfechtungsklage nicht für aussichtsreich hält (ständige Rspr. des Senats, s. Beschl. v. 05.10.2005 – L 4 B 79/05 KA – RID 06-01-68 u. v. 15.11.2005 - L 4 B 177/05 KA - sowie Urt. vom 25.04.2007 - L 4 KA 28/06 – u. v. 23.05.2007 - L 4 KA 22/06, L 4 KA 25/06 u. L 4 KA 31/06 -).

Es entspricht auch dem **Regelfall**, dass das wirtschaftliche Interesse von Klägern in Fällen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, sei es durch Honorarkürzung oder - wie hier - durch Festsetzung eines Regresses, gerade nicht auf die vollständige Aufhebung der Honorarkürzung oder des Regresses gerichtet ist, weil häufig nur Einzelfragen wie Praxisbesonderheiten oder kompensatorische Einsparungen, bei denen den Prüfungsgremien ein Ermessensspielraum zusteht, die Abrechnung einzelner Gebührensätze, die gewählte Prüfmethode oder Verfahrensfragen streitig sind, die - selbst bei einer Neubescheidung - auch aus der Sicht des Klägers nur in einem geringen Umfang zur Reduzierung einer Honorarkürzung oder eines Regresses führen können.

Neue Gesichtspunkte oder Argumente sind weder **BSG**, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 72/03 R - RID 05-04-63, die nur Einzelfallcharakter hat, noch dem "**Streitwertkatalog** für die Sozialgerichtsbarkeit 2006" (NZS 2006, S. 350 ff., 356), bei dem es sich nur um Empfehlungen handelt, zu entnehmen.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 27.03.2007 - S 5 KA 2676/03 – setzte den Streitwert auf 120.406,27 EUR, das **LSG** auf 60.203,14 EUR fest

Parallelverfahren:

LSG Hessen, Beschl. v. 16.07.2007 – L 4 B 207/07 KA –

RID 07-03-94

LSG Hessen, Beschl. v. 24.07.2007 – L 4 B 195/07 KA –

RID 07-03-95

LSG Hessen, Beschl. v. 24.07.2007 – L 4 B 197/07 KA –

RID 07-03-96

LSG Hessen, Beschl. v. 24.07.2007 – L 4 B 200/07 KA –

RID 07-03-97

LSG Hessen, Beschl. v. 24.07.2007 – L 4 B 203/07 KA –

RID 07-03-98

LSG Hessen, Beschl. v. 24.07.2007 – L 4 B 208/07 KA –

RID 07-03-99

5. ABERUFUNG DES LEITERS DER GESCHÄFTSSTELLE DURCH PRÜFGREMIEN

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.05.2007 – L 7 B 4/07 KA ER – RID 07-03-61

Prüfungsausschuss, Beschwerdeausschuss, Leiter der Geschäftsstelle, Abberufung, Statuts Arbeitsverhältnis

SGB V §§ 106 Iva; SGG § 86a II Nr. 5; WiPrüfVO § 4 III 1

Der Streitwert in einem Verfahren über die **Abberufung des Leiters der Geschäftsstelle** durch die Prüfungsgremien ist nicht nach § 52 I GKG zu bestimmen, weil Gegenstand des Rechtsstreits allein der **Status** des Leiters der Geschäftsstelle als Antragsteller und nicht die arbeitsrechtlichen Auswirkungen einschließlich eines etwaigen Einkommensverlustes sind. Die Anknüpfung an einen Einkommensverlust ist nicht maßgeblich, so dass auf den **Auffangstreitwert** des § 52 Abs. 2 GKG zurückzugreifen war. Im Hinblick auf die gesteigerte Bedeutung des Verfahrens ist der Auffangstreitwert nach § 52 Abs. 2 GKG - wie sonst in Verfahren des **einstweiligen Rechtsschutzes** üblich – jedoch **nicht zu halbieren**.

6. OFFENSIVE KONKURRENTENKLAGE GEGEN PRAXISNACHFOLGE

LSG Schleswig-Holstein, B. v. 28.06.2007 – L 4 B 269/06 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-100**

Praxisnachfolge, Regelstreitwert, einstweiligen Rechtsschutz

SGB V § 103 IV; SGG § 197a I 1; GKG §§ 1 S. 1 Nr. 4, 47 I, 52 I, 53 III Nr. 4, 63 III

In einem Antragsverfahren auf Gewährung **einstweiligen Rechtsschutzes** gegen die Anordnung des **Sofortvollzuges der Zulassung einer Beigeladenen** zur vertragsärztlichen Tätigkeit als Fachärztin für HNO-Heilkunde im Rahmen einer Praxisnachfolge (§ 103 Abs. 4 SGB V) ist der Streitwert nicht in Höhe eines dreifachen Regelstreitwerts (Streitwertkatalog 2007) oder des Durchschnittsumsatzes der Arztgruppe ohne Abzug von Praxiskosten, was hier mit 187.200,00 EUR zu hoch und nicht ermessensgerecht im Sinne des § 52 I GKG wäre, festzusetzen. Da auch das vertragsärztliche Konkurrentenverfahren um eine Praxisnachfolge von einem Zulassungsinteresse des klagenden, im Auswahlverfahren unterlegenen Arztes bestimmt wird, ist es näher liegend, die Grundsätze zur Streitwertbemessung im vertragsärztlichen **Zulassungsverfahren** anzuwenden und den Streitwert aus der Höhe der bundesdurchschnittlichen Umsätze der Arztgruppe abzüglich des durchschnittlichen Praxiskostenanteils in einem Zeitraum **von drei Jahren** zu bestimmen (vgl. BSG, Beschl. v. 01.09.2005 – B 6 KA 41/04 R, SozR 4 1920 § 52 Nr. 1; Beschl. v. 12.10.2005 – B 6 KA 47/04 B, MedR 2006, 236; siehe auch BSG, Beschl. v. 10.11.2005 – B 3 KR 36/05 B, SozR 4 1920 § 52 Nr. 2). Der sich ergebende Betrag in Höhe von 235.272,00 EUR ist nach der Bewertung des Senates zu hoch, da das **volle Zulassungsinteresse nicht unmittelbar auf das Konkurrentenverfahren** mit dem Ziel einer neuen Auswahlentscheidung übertragen werden kann. **Angemessen ist ein Drittel dieses Wertes** (hier: 78.424,00 EUR). In einem Verfahren auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ist dieser Wert nach der Senatsrechtsprechung zu halbieren (s. z. B. Beschl. v. 04.12.2003 – L 4 KA 2/03 ER, NZS 2005, 225) (hier: 39.212,00 EUR).

SG Kiel, Beschl. v. 05.05.2006 - S 16 KA 18/06 ER -.

XI. Entscheidungen des BSG

1. HONORARVERTEILUNG

A) BERECHNUNG DES DURCHSCHNITTSUMSATZES DER FACHGRUPPE

BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 9/06 R –

RID 07-03-101

Leitsatz: Das Gebot, unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen zu ermöglichen, ihren Umsatz bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe zu steigern, kann im HVM so ausgestaltet werden, dass der Durchschnittsumsatz nicht nach dem arithmetischen Mittel, sondern nach dem Median bestimmt wird.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 10/06 R –*

RID 07-03-102

B) ARZTGRUPPENBEZOGENE HONORARFONDS: BEFÜLLUNG DURCH FRÜHERES QUARTAL

BSG, Beschl. v. 23.05.2007 – B 6 KA 85/06 B – juris

RID 07-03-103

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 31.05.2006 – L 12 KA 166/03 – RID 06-04-12 wird zurückgewiesen.

Eine KV muss auf die Erhöhung der Zahl der ärztlichen Leistungserbringer, deren Leistungen aus einem bestimmten Honorartopf vergütet werden, grundsätzlich nicht mit einer **Erhöhung dieses Topfes** reagieren; eine **Ausnahme** von diesem Grundsatz ist bisher für einen Honorartopf für strahlentherapeutische Leistungen, also einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern zugeordnet und der zudem in besonderem Maße von Leistungsausweitungen infolge des medizinisch-technischen Fortschritts betroffen war, anerkannt worden; hier hat die KV zu prüfen, ob eine mit der Erhöhung der Arztzahl einhergehende Steigerung der Leistungsmenge einem gestiegenen Bedarf infolge medizinisch-technischen Fortschritts und damit verbundener weiter entwickelter Strahlentherapie mit schonenderen und zugleich effektiveren Methoden zuzurechnen ist, sodass die Verantwortung für die Steigerung der Leistungsmenge möglicherweise nicht den Strahlentherapeuten selbst, sondern dem Gesamtsystem der GKV zuzuordnen ist. Ist eine Erhöhung der Zahl der **fachärztlichen Internisten** einschließlich der ermächtigten Ärzte nicht auf einen

gestiegenen Bedarf zurückzuführen, so liegt ein solcher Sonderfall nicht vor. Der Einwand, wegen einer Überversorgung mit fachärztlichen Internisten von 117 % könne jede Erweiterung des Kreises der berechtigten Leistungserbringer nur auf bedarfsabhängigen **Sonderbedarfszulassungen** oder **Ermächtigungen** beruhen, belegt keinen tatsächlichen Mehrbedarf an internistischen Leistungen. Es liegt nicht auf der Hand, dass der Anstieg der Leistungsmenge bei den fachärztlichen Internisten vor allem auf dem Abrechnungsverhalten der wegen Sonderbedarfs zugelassenen und/oder ermächtigten Ärzte beruht.

Einnahmen aus Strukturverträgen können jedenfalls dann, wenn diese Bestandteil der Gesamtvergütung sind und von der KV gezahlt werden, bei der Prüfung, ob die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in einem bestimmten Quartal insgesamt dem Gebot der **Angemessenheit** (§ 72 II SGB V) entsprochen hat, nicht nur einbezogen werden, sondern müssen einbezogen werden.

C) UNZUREICHENDE VERGÜTUNG/VERWALTUNGSKOSTENBEITRÄGE/BERUFUNG EHRENAMTLICHER RICHTER

BSG, Beschl. v. 23.05.2007 – B 6 KA 27/06 B – juris

RID 07-03-104

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 22.03.2006 - L 5 KA 796/03 - wird zurückgewiesen.

Bei der Beurteilung, ob eine flächendeckend **unzureichende Vergütung** vertragsärztlicher Leistungen einer bestimmten Arztgruppe vorliegt, sind neben den Einnahmen aus vertragsärztlicher und privatärztlicher Tätigkeit auch die nennenswerten **Einnahmen** z. B. der Chirurgen im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens (D-Arzt, H-Arzt) zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 22/05 B -).

Die Erhebung von **Verwaltungskostenbeiträgen** in Höhe eines Prozentsatzes der vom jeweiligen Vertragsarzt abgerechneten Vergütungen liegt im Rahmen des der KV zukommenden Gestaltungsspielraums und lässt einen Verstoß gegen Bundesrecht nicht erkennen (BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2). Eine parallel zum Einkommensteuerrecht ausschließliche Bemessung der Beiträge nach Maßgabe der **individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit** der Vertragsärzte lässt außer Acht, dass sich die Beitragserhebung vorrangig an einem grundlegend andersartigen Kriterium orientiert, nämlich am jeweiligen Maß der mit der Mitgliedschaft in der KV verbundenen Vorteile oder Vorteilsmöglichkeiten. Diese Vorteile spiegeln sich in der mit entsprechendem Aufwand verbundenen Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen in nicht zu beanstandender Weise wider. Hierdurch unterscheidet sich die Beitragserhebung einer KV wesentlich von Beiträgen, die z. B. Ärztekammern fordern, da diese mit der aufwendigen Abrechnung ärztlicher Leistungen nicht befasst sind. Dem Satzungsgeber ist eine ergänzende Berücksichtigung des **Solidargedankens** bzw. des Leistungsfähigkeitsprinzips im Rahmen der Beitragserhebung zwar gestattet, rechtlich geboten ist dies allerdings nicht.

Eine nicht weiter untermauerte pauschale Behauptung, die Vorstandslisten einer KV für die **Berufung ehrenamtlicher Richter** in Angelegenheiten des Vertragsarztrechts seien eins zu eins gebilligt worden, genügt zur substantiierten Darlegung eines Verfahrensmangels nicht. Ehrenamtliche Richter sind nicht deshalb objektiv **befangen**, weil sie vom Vorstand der KV vorgeschlagen wurden. Die gesetzlichen Regelungen zur Beteiligung und zur Auswahl ehrenamtlicher Richter in Angelegenheiten des Vertragsarztrechts sind vom BVerfG gerade auch unter Berücksichtigung des Aspekts der gebotenen richterlichen Neutralität als verfassungskonform beurteilt worden (BVerfGE 27, 312, 319 ff, insb. 321 und 323 = SozR Nr. 4 zu Art 101 GG; BVerfG <Kammer> SozR 1500 § 13 Nr. 1 S. 3 f; vgl. auch BSGE 82, 150, 154 f = SozR 3-1500 § 60 Nr. 4 S. 16 f.).

D) LABORÄRZTE: PAUSCHALERSTATTUNGEN NACH NR. 7103 BMÄ/E-GO

BSG, Beschl. v. 23.05.2007 – B 6 KA 91/06 B – juris

RID 07-03-105

Die Nichtzulassungsbeschwerde der KV gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 08.11.2006 – L 3 KA 186/03 – juris wird zurückgewiesen.

Die Pauschalerstattungen nach Nr. 7103 BMÄ/E-GO stehen den Ärzten - vermindert um die auf die gesamte vertragsärztliche Vergütung entfallenden Verwaltungskosten der KV - in der im BMÄ/E-GO ausgewiesenen Höhe zu und sind einer Quotierung durch Regelungen der Honorarverteilung nicht zugänglich.

E) GEMEINSCHAFTSPRAXIS: KEINE AUFRECHNUNG MIT SCHULD AUS VORHERIGER EINZELPRAXIS

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

RID 07-03-106

Spezielle Normen des Vertragsarztrechts enthalten keine Bestimmung, die es einer KV gestatten würde, die bestehende Honorarforderung einer Gemeinschaftspraxis im Wege der Verrechnung bzw. Aufrechnung mit einer sich ausschließlich gegen einen der Praxispartner gerichteten Gegenforderung teilweise zum Erlöschen zu bringen.

2. GENEHMIGUNG EINES VORBEREITUNGSASSISTENTEN NICHT MIT WIRKUNG FÜR VERGANGENHEIT

BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 30/06 R –

RID 07-03-107

Die in § 32 II 1 Zahnärzte-ZV vorgesehene Genehmigung zur Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten kann nicht mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.

3. BERICHTIGUNG FEHLERHAFTER DEGRESSIONSBESCHEIDE/BEGINN DER VIERJÄHRIGEN AUSSCHLUSSFRIST

BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 22/06 R –

RID 07-03-108

Für sachlich-rechnerische Richtigstellungen gilt ebenso wie für den Erlass von Prüfbescheiden in Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren und für Bescheide zur Umsetzung der degressionsbedingten Honorarminderung eine vierjährige Ausschlussfrist, innerhalb derer Richtigstellungsbescheide der K(Z)ÄV dem Betroffenen bekannt gegeben werden müssen (vgl. zuletzt Senatsurt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 40/05 R -).

Die Ausschlussfrist beginnt in allen Fällen der Berichtigung von Honorarbescheiden mit dem Tag nach der Bekanntgabe des ersten für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarbescheides zu laufen beginnt (§ 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 187 Abs. 1 BGB). Eine Differenzierung zwischen quartalsbezogenen und nicht quartalsbezogenen Korrekturbescheiden ist abzulehnen.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 26/06 R –*

RID 07-03-109

BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 28/06 R –

RID 07-03-110

4. VERFAHRENSRECHT: DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE GEGEN DIALYSEGENEHMIGUNG

BSG, Urt. v. 07.02.2007 – B 6 KA 8/06 R –

RID 07-03-111

Leitsatz: 1. Die Anfechtungsberechtigung eines Vertragsarztes, der im Wege der defensiven Konkurrentenklage gegen den einem anderen (Vertrags-)Arzt erteilten Verwaltungsakt vorgeht, erfordert, dass dieser dem Konkurrenten die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet und dass der hierdurch vermittelte Status gegenüber dem des Klägers nachrangig im Sinne noch nicht gedeckten Versorgungsbedarfs ist, ferner, dass Kläger und Konkurrent im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen erbringen dürfen (Anschluss an BVerfG vom 17.8.2004 - 1 BvR 378/00 = SozR 4-1500 § 54 Nr 4 = MedR 2004, 680).

2. Eine Anfechtungsberechtigung ist gegenüber Regelungen zur Qualitätssicherung aufgrund des § 135 Abs 2 SGB 5 (hier: Dialysegenehmigung) nicht gegeben.

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).

Kingreen, Gerichtliche Kontrolle von Kriterien und Verfahren im Gesundheitsrecht, MedR 2007, S. 457-464; *Kresse*, Ärztliche Behandlungsfehler durch wirtschaftlich motiviertes Unterlassen, MedR 2007, S. 393-400.

1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

A) PHOTODYNAMISCHER THERAPIE (PDT) MIT VISUDYNE (WIRKSTOFF: VERTEPORFIN)

BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 1 = BSGE 93, 236 wies die Klage an die Vorinstanz zurück, weil das LSG im Ergebnis für die abschließende Beurteilung der Leistungspflicht für die durchgeführte **PDT mit Verteporfin** vor allem dem Seltenheitsgrad der Erkrankung nachgehen müsse.

Blindheit, Kostenerstattung, Myopie, Photodynamische Therapie, Sehbehinderung, Verteporfin, Visudyne
SGB V §§ 13 III, 92, 135

LSG Sachsen, Urt. v. 21.03.2007 – **L 1 KR 27/03** – juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-112

Leitsatz: Eine Versicherte, die auf einem Auge nahezu blind (Visus 0,025) und auf dem anderen Auge bereits sehbehindert ist (Visus 0,25), hat auch dann Anspruch auf Übernahme der Kosten der Photodynamischen Therapie, wenn das Medikament Verteporfin im Behandlungszeitraum europarechtlich (EMEA) für die bei der Versicherten bestehende Indikation zugelassen ist, aber der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) insoweit noch keine entsprechende Empfehlung nach § 135 SGB V abgegeben hat. Dies gilt jedenfalls dann, wenn im Zeitpunkt der Behandlung eine nur nach Tagen oder wenigen Wochen bemessene Handlungsfrist verbleibt, um eine akut drohende hochgradige Sehbehinderung oder Blindheit auf dem verbliebenen Auge abzuwenden und keine anderen aussichtsreichen Behandlungsalternativen (mehr) bestehen.

Das **SG Leipzig**, Urt. v. 15.11.2002 - S 13 KR 45/02 – gab der Klage auf Kostenerstattung statt, das **LSG** wies die Berufung ab.

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 27.06.2007 – **L 5 KR 24/06** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-113

Revision zugelassen

Auch bei der juxtafovealen Form besteht nach den Grundsätzen des BSG zum sog. "Off-Label-Use" ein Anspruch Übernahme der Kosten der Photodynamischen Therapie.

SG Lübeck, Urt. v. 10.11.2005 - S 3 KR 1/03 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage z.T. ab (soweit die Kausalität nach § 13 III SGB V nicht vorlag).

B) OPERATION BEIDER AUGEN MITTELS EXCIMER-LASER (LASIK-BEHANDLUNG)

LSG Bayern, Urt. v. 22.03.2007 – **L 4 KR 1/07 ZVW** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-114

Excimer-Laser-Behandlung, Behandlungsmethode, Bundesausschuss, Lasik, refraktive augenchirurgische Leistung

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 135 I

Die ambulante Augenoperation in Form der sog. refraktiven Augen Chirurgie nach der Lasik-Methode ist eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** i.S. von § 135 I 1 SGB V. Sie gehört nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen.

SG München, Urt. v. 26.04.2006 - S 29 KR 124/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Thüringen**, Urt. v. 27.03.2006 – L 6 KR 195/04 – RID 06-03-98 m.w.N.

C) WANGENAUFFÜLL-BEHANDLUNG MIT "NEW-FILL/SCULPTRA®"

SG Aachen, Urt. v. 29.05.2007 – **S 13 KR 56/06** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-115

New Fill, Sculptra, Behandlungsmethode, HIV-Infektion, AIDS, Lipodystrophie

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 135 I

Die Behandlung mit New Fill/Sculptra® ist **keine Behandlungsmethode**, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann.

New Fill/Sculptra® ist eine biologisch abbaubare Polymilchsäure. Das Präparat ist zwar in den USA, nicht aber in Deutschland oder EU-weit zugelassen. Es handelt es sich bei dieser Füllsubstanz - einem

so genannten Dermal Filler - nicht um ein Arzneimittel, sondern um ein **Medizinprodukt**, das **nicht apothekenpflichtig** ist. Bereits deshalb ist es als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

A) BEGRENZTE KOSTENÜBERNAHME

SG Würzburg, Urt. v. 15.05.2007 – S 4 KR 437/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-116

Kostenanteil, künstliche Befruchtung, intracyto-plasmatischen Spermieninjektion, ICSI,
SGB V § 27a III

Es ist nicht zu beanstanden, dass der Gesetzgeber nicht nur eine Beschränkung der Maßnahmezyklen, wofür es eine medizin-statistische Grundlage gibt, sondern auch eine **Beschränkung des Kostenanteils** vorgenommen hat. Nachdem der Gesetzgeber in seiner Entscheidung frei war, konnte er den Kostenerstattungsanteil auch auf 50 % der Kosten festlegen.

Das **SG** wies die Klage ab.

Vgl. auch Revisionsverfahren B I KR 6/07 R.

B) KEINE EX-POST-BETRACHTUNG DER ERFOLGSAUSSICHT NACH SPONTANER SCHWANGERSCHAFT

LSG Bayern, Urt. v. 13.03.2007 – L 5 KR 312/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-117

Künstliche Befruchtung, spontane Schwangerschaft,
SGBV § 27a i.d.F. bis zum 31.12.2003

Nach § 27a I Nr. 2 SGB V in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung und den hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses konnten Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bei Frauen zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr nur ausnahmsweise, sofern die Krankenkasse nach gutachterlicher Beurteilung der Erfolgsaussichten eine Genehmigung erteilt hatte, durchgeführt werden. Maßgeblich waren die Erfolgsaussichten für die künstliche Befruchtung. Eine nachträgliche spontane Schwangerschaft nach der Behandlung ist für die vorangegangene Beurteilung unerheblich. Eine **ex-post-Betrachtung** würde zu einer ungerechtfertigten Privilegierung finanzstarker Paare führen, die sich die Vorfinanzierung der Insemination leisten könnten. Auch ist der gesetzlichen Krankenversicherung die Leistungsverpflichtung nach dem Erfolgsprinzip grundsätzlich fremd (BSG, Urt. v. 07.11.2006 - B I KR 24/06 R -).

SG München, Urt. v. 14.09.2006 - S 32 KR 761/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

A) KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG NACH KOLLEKTIVEM VERZICHT (§ 96B SGB V)

SG Stade, Urt. v. 01.02.2007 – S 1 KR 43/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-118

Kieferorthopädische Behandlung, Kieferorthopädie
SGB V §§ 29, 95b

Eine Versicherte hat Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung, auch wenn ein Kostenplan nach § 29 III 1 SGB V von einer Zahnärztin eingereicht wird, die kollektiv auf ihre Zulassung als Vertragszahnärztin verzichtet hat.

Das **SG** gab der Klage statt.

Parallelverfahren: SG Stade, Urt. v. 01.02.2007 – S 1 KR 212/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-119

S. jetzt aber **BSG**, Urt. v. 27.06.2007 – **B 6 KA 37/06 R** – (Parallelverfahren: B 6 KA 38/06 R u. B 6 KA 39/06 R), wonach (**Zahn-Ärzte**, die in einem mit anderen Angehörigen ihrer Berufsgruppe **abgestimmten Verhalten auf ihre Zulassung oder Ermächtigung verzichten**, nicht mehr berechtigt sind, Versicherte der Krankenkassen im Rahmen des Sachleistungsprinzips zu versorgen; sie dürfen von ihnen gemäß § 13 II 8 SGB V auch im Wege der Kostenerstattung generell nicht mehr in Anspruch genommen werden; § 95b III regelt nicht, unter welchen Voraussetzungen (Zahn-)Ärzte, die kollektiv abgesprochen auf ihre Zulassung verzichtet haben, weiterhin Versicherte der Krankenkassen behandeln dürfen; nur wenn die Krankenkassen die Versorgung mit unaufschiebbaren (zahn-)ärztlichen Leistungen anderweitig nicht rechtzeitig sicherstellen können (sog "Systemversagen"), müssen sie die Kosten auch für außerhalb des Systems erbrachte Leistungen nach der Regelung in § 13 III SGB V übernehmen. Beschränkt auf solche Konstellationen enthält § 95b III 1 und 2 SGB V für (Zahn-)Ärzte nach Kollektivverzicht eine spezielle Regelung über den Zahlungsweg und die Vergütungshöhe.

B) IMPLANTATVERSORGUNG: KAUSALITÄT/AUSNAHMEINDIKATION UND BEWEISLASTUMKEHR

LSG Bayern, Urt. v. 27.03.2007 – L 5 KR 202/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-120

Implantatversorgung, Suprakonstruktion, Beweislastumkehr, Ausnahmeindikation

SGB V in der vom 01.01.2000 bis 31.12.2003 gültigen Fassung §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 2°, 28 II 8 u. 9, 92 I

Die **Unaufklärbarkeit** der Notwendigkeit einer Implantatversorgung geht zu Lasten der Krankenkasse.

Auch im öffentlichen Recht gilt der Grundsatz von **Treu und Glauben**, der insbesondere **widersprüchliches Verhalten** missbilligt, wenn für den anderen Teil ein Vertrauenstatbestand geschaffen worden ist. Wird eine Krankenkasse wiederholt einige Wochen vor der Implantatinserktion auf den Operationstermin hingewiesen und wird ihr zugesichert, rechtzeitig vor dem Operationstermin Bescheid zu erhalten, so bringt die Krankenkasse mit der widerspruchslosen Kenntnisnahme des Operationstermins zum Ausdruck, dass die Planung bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht zu beanstanden sei. Wenn sie dann in der Berufungsinstanz geltend macht, der Versicherte habe den Bescheid nicht abgewartet, handelt sie widersprüchlich.

Ein Anspruch auf eine Implantatversorgung nach § 28 II 9 SGB V in der vom 01.01.2000 bis 31.12.2003 gültigen Fassung besteht, wenn der Befund einen besonders schweren Fall darstellt, der ausnahmsweise eine Versorgung mit implantologischen Leistungen rechtfertigt. Die **nachträgliche Beurteilung der Ausnahmeindikation** ist bei bereits eingegliederten Implantaten nicht möglich. Grundsätzlich trifft den Versicherten die Beweislast dafür, dass er eine Ausnahmeindikation für Implantatleistungen erfüllt. Eine **Beweislastumkehr** ist gerechtfertigt, wenn die Krankenkasse die erforderliche Sachaufklärung vereitelt. Die Zahnbehandlungs-Richtlinie in der ab 24.07.1998 geltenden Fassung sieht in Teil B Abschnitt VII Ziffer 31 vor, dass die Krankenkasse die in dieser Richtlinie genannten Behandlungsfälle mit dem Ziel begutachten lassen muss, ob die Ausnahmeindikation vorliegt.

SG Nürnberg, Urt. v. 21.04.2005 - S 7 KR 203/02 - gab der Klage statt, das LSG wies 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. NOTFALL UND PHOTODYNAMISCHE THERAPIE

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 27.06.2007 – L 5 KR 5/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-121

Revision zugelassen

Kostenerstattung, Notfall, Krankenkasse

SGB V §§ 2 II 1, 13 III, 76 I 2

Ein **Notfall** i. S. d. § 13 III SGB V setzt voraus, dass es einer Versicherten nicht möglich ist, den regulären Beschaffungsweg einzuhalten. Wird am 01.12.2003 Diagnose und Operationserfordernis (photodynamische Therapie) festgestellt und weist der Arzt darauf hin, dass die beabsichtigte Behandlungsmethode keine Kassenleistung ist und dass die Behandlung nach der Klärung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgen soll, und findet die Operation am darauf folgenden Donnerstag (04.12.2003) statt, ohne zuvor die Krankenkasse einzuschalten, so liegt ein Notfall nicht vor.

Zwischen der Leistungsablehnung und den entstandenen Kosten muss ein **Ursachenzusammenhang** bestehen. Nach ständiger Rechtsprechung setzt ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch im Sinne des § 13 III, 2. Altern. SGB V voraus, dass die Versicherte die Krankenkasse einschaltet und deren Entscheidung abwartet, bevor sie sich die Leistung besorgt.

SG Itzehoe, Urt. v. 15. 11.2006 - S 1 KR 28/05- wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

2. UNBEACHTLICHE HONORARVEREINBARUNG MIT ZUGELASSENEM LEISTUNGSERBRINGER (Kniebewegungsschiene)

SG Stade, Gerichtsbb. v. 28.02.2007 – S 1 KR 82/03 – juris= www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-122

Finanzielle Betroffenheit, Hilfsmittelerbringer, Honorarvereinbarung, Kostenerstattung, Kostenfreiheit, medizinische Maßnahme, Nichtigkeit, Sachleistungsprinzip, Versicherter, Kniebewegungsschiene

SGB V §§ 2 II 1, 13 III 1; SGB I § 32

Leitsatz: 1. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechen gesonderte **Honorarvereinbarungen** zwischen zugelassenen Leistungserbringern und Versicherten dem Sachleistungsprinzip, wonach die erforderlichen medizinischen Maßnahmen kostenfrei zur Verfügung zu stellen sind. Derartige Vereinbarungen sind regelmäßig gemäß § 32 SGB I nichtig.

2. Ein gesetzlich Krankensversicherter kann aus einer solchen Honorarvereinbarung in der Regel auch keine eigene finanzielle Betroffenheit i.S. von § 13 Abs. 3 SGB V herleiten.

Das *SG* wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt *SG Aurich*, Urt. v. 28.02.2007 – S 1 KR 82/03 – RID 07-02-127.

3. BENENNUNG VON DREI ZUGELASSENEN PSYCHOTHERAPEUTEN DURCH KRANKENKASSE

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 02.03.2007 – L 1 B 156/07 KR ER – juris

RID 07-03-123

Psychotherapeutische Behandlung, Psychotherapeut, notfallähnliche Situation, Naturalleistung

SGB V §§ 13 III, 76 I

Gegen eine Krankenkasse, die drei im – durch den öffentlichen Personennahverkehr erschlossenen – Berliner Stadtgebiet praktizierende zugelassene Psychotherapeuten, die die Behandlung übernehmen können, als verfügbar benannt hat, besteht kein Kostenerstattungsanspruch wegen einer unaufschiebbaren Leistung. Wenn die Versicherte diese Leistung aus in ihrer Person bzw. ihrem Risikobereich liegenden besonderen Gründen nicht in Anspruch zu nehmen vermag, ändert dies nichts daran, dass die Krankenkasse ihrerseits die **Leistung rechtzeitig erbringen** konnte. Denn die Krankenkasse erbringt den Versicherten ambulante psychotherapeutische Leistungen grundsätzlich dadurch, dass sie ihnen - in der Regel vermittelt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen – eine Vielzahl oder zumindest Mehrzahl von zugelassenen Leistungserbringern verfügbar hält, unter denen die Versicherten frei wählen können (vgl. § 76 I 1 SGB V; BSG, Urt. v. 18.07.2006 – B 1 KR 9/05 R -, Rn. 17).

Das *SG Berlin*, Beschl. v. 13.12.2006 - S 72 KR 3320/06 ER - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. KOSTENERSTATTUNG FÜR PRIVATARZT BEI ERSATZKASSENMITGLIED

LSG Bayern, Urt. v. 13.04.2007 – L 5 KR 153/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-124

Privatarzt, Kostenerstattung, Ersatzkasse, Ersatzkassenmitglied, Versicherter

SGB V § 13

Jedenfalls mit In-Kraft-treten der Neuregelungen durch das GSG zum 01.01. 1993 sowie im Zuge der Novellierung des § 13 II SGB V durch das Zweite GKV-NOG vom 23.06.1997 hat der Gesetzgeber ausdrücklich klargestellt, dass der gesetzlichen Krankenversicherung **Kostenerstattung** für nicht **zugelassene Leistungserbringer** verwehrt ist (vgl. BSG, Urt. v. 11.07.2000 - B 1 KR 14/99 R -). Durch diese eingetretenen Rechtsänderungen ist die Zulässigkeit der privatärztlichen Behandlung bei Ersatzkassenmitgliedern gänzlich beseitigt worden.

Allein eine bis Ende 2003 geübte **rechtswidrige Praxis** kann für eine Versicherte keinen Kostenerstattungsanspruch für alle Zukunft unabhängig von geltendem Recht einräumen. Jedenfalls durch das Aufklärungsschreiben wird eine Versicherte unmissverständlich bekannt gegeben, dass sie keine privatärztlichen Leistungen zu Lasten der Krankenkasse mehr in Anspruch nehmen darf.

SG Landshut, Urt. v. 09.03.2006 - S 10 KR 273/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. KEIN ANSPRUCH AUF KRANKENHAUSBEHANDLUNG IN NICHTVERTRAGSKRANKENHAUS/NOTFALL

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 31.07.2007 – L 11 KR 90/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-125**
Krankenhausbehandlung, Notfall, ärztliche Behandlung
SGB V §§ 13 III, 27 I Nr. 5

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach ein Anspruch auf vollstationäre **Krankenhausbehandlung** nur bei Inanspruchnahme eines nach § 108 SGB V **zugelassenen Krankenhauses** besteht, ist zutreffend.

Der Begriff eines **Notfalls** ist nicht anhand der gestellten Diagnose und Operationsindikation vor dem Hintergrund ihres Schmerzbildes zu definieren, vielmehr liegt ein Notfall nur dann vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann. Damit wird deutlich, dass eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich ist, so dass bei einem Zeitraum von sieben Tagen, der zwischen ärztlicher Konsultation und Durchführung der Operation verstrichen ist, nicht mehr von einem Notfall ausgegangen werden kann.

SG Köln, Urt. v. 26.09.2006 - S 9 KR 293/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Stationäre Krankenhausbehandlung

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).

KRANKHEITSBEGRIFF: MAMMAREDUKTION

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2007 – L 5 KR 118/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-126**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 87/07 B
Mammareduktion, Mamma-Reduktionsplastik, Brustverkleinerung
SGB V §§ 13 III, 39 I

Eine **Operation zur Brustverkleinerung**, die nur mittelbar der Bekämpfung der auf orthopädischem Gebiet vorliegenden Krankheiten dienen soll, bedarf einer besonderen Rechtfertigung, indem eine Abwägung zwischen dem voraussichtlich medizinischen Nutzen und möglichen gesundheitlichen Schäden erfolgen muss. Wird dabei in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen, sind besonders schwere Anforderungen zu stellen, wobei Art und Schwere der Erkrankung, das Risiko und der eventuelle Nutzen der Therapie gegeneinander abzuwägen sind (BSG, Urt. v. 19.02.2003 - B 1 KR 1/02 R -). Alle konservativen orthopädischen Behandlungsmaßnahmen unter Zuhilfenahme von Heilmitteln müssen erschöpft sein.

SG Dortmund, Urt. v. 11.05.2004 - S 44 (8) KR 347/02 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

IV. Krankenbehandlung im Ausland

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

1. KOSTENERSTATTUNG NACH KRANKENHAUSBEHANDLUNG IN ÖSTERREICH

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.08.2007 – L 11 KR 96/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-127

Sachleistung, Kostenerstattung, Krankenhausbehandlung, Österreich

SGB V §§ 13 III, 16 I Nr. 1; EG-Verordnung 1408 Art. 31 Ia

Erhält ein Versicherter in Österreich stationäre Krankenhausbehandlung als **Sachleistung**, so hat er keinen darüber hinausgehenden Kostenerstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse.

Der 1937 geb. Kl. bedurfte während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Österreich wegen Hautbrenns ärztlicher Behandlung. Auf ärztliche Überweisung begab er sich vom 04. bis 08.09.2001 in stationäre Behandlung, wobei er sich für eine Behandlung in der F-Privatklinik entschied. Diese forderte 4.243,24 Euro, darunter "Pfleugebühren" in Höhe von 2.163,11 Euro. Von dem Gesamtrechnungsbetrag wurde ein "Pflichtkassenanteil" in Höhe von 559,90 Euro abgezogen, so dass dem Kläger ein Endbetrag von 3.683,34 Euro in Rechnung gestellt wurde. Zwischen der Salzburger Gebietskrankenkasse und der F-Klinik besteht ein Vertrag, der vorsieht, dass mit dem vom österreichischen Träger zu leistenden Pflichtkassenanteil alle gesetzlichen Leistungen abgegolten sind. Die private Zusatzversicherung des Klägers erstattete ihm einen Betrag von 2.450,76 Euro, wobei sie von den "Pflichtgebühren" einen Anteil in Höhe von 370,68 Euro übernahm, den sie in analoger Anwendung des Zwei-Bett-Zimmer-Zuschlags der Universitätsklinik E berechnete. Die vom Kl. geforderte Erstattung der Restkosten in Höhe von 1.792,48 Euro lehnte die **Bekl.** ab, weil mit dem täglichen Gebührensatz alle Behandlungen pauschal abgegolten seien. Der **Kl.** machte u. a. geltend, die **Bekl.** sei verpflichtet, Kosten in Höhe einer Inlandsbehandlung zu übernehmen. Diese lägen deutlich über den Abzugsbetrag von 559,90 Euro. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 27.09.2006 - S 4 KR 27/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. KEINE UNAUFSCHIEBBARE BEHANDLUNG BEI RÜCKREISEMÖGLICHKEIT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2007 – L 11 KR 14/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-128

Kostenerstattung, Spanien

SGB V § 13 IV; EWG-Verordnung 1408/71

Hätte ein Versicherter noch in die Bundesrepublik zurückkehren können, so handelt es sich bei einer Katarakt-Operation in Spanien nicht um eine aus medizinischen Gründen unaufschiebbare Behandlung.

SG Düsseldorf, Urt. v. 09.12.2006 - S 9 KR 61/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG IN SPANIEN BEI RESIDENTSCHAFT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.06.2007 – L 5 KR 183/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-129

Kostenerstattung, Spanien

SGB V § 13 IV; EWG-Verordnung 1408/71

Ein Anspruch einer bei einem **spanischen Krankenversicherungsträger eingeschriebenen Versicherten** auf Kostenerstattung ist dadurch ausgeschlossen, dass sie koordinationsrechtlich auf Ansprüche gegen den spanischen Krankenversicherungsträger auf **Sachleistungen** beschränkt ist.

Neben diesem Anspruch gegen den ausländischen Träger nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften begründet das **europäische Recht** keinen zusätzlichen Anspruch des Leistungsberechtigten gegen den Träger seines Heimatstaates, der für die Rentenzahlung aufkommt. Der Versicherte hat angesichts des gleichzeitigen Gewinns an Freizügigkeit hinzunehmen, dass ihm im Ausland weder der Form noch dem Inhalt nach die gleichen Ansprüche wie im Inland zustehen (BSG, Urt. v. 13.07.2004 - B 1 KR 33/02 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 3 Rn. 36).

Die im Jahre 1943 geb. Kl. bezieht seit 1980 eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Sie ist bei dem spanischen Krankenversicherungsträger eingeschrieben mit der Folge, dass sie bei diesem Träger zu Lasten der Beklagten sachleistungsberechtigt ist. Die Kl. reichte bei der **Bekl.** im **April 2004** einen **Kostenvoranschlag** für eine zahnärztliche Behandlung und Versorgung mit Zahnersatz durch Dr. I, K/Spainien ein. Auf Rückfrage teilte sie mit, ihr Hauptwohnsitz liege weiterhin in Spanien, ihre Nebenwohnung in Deutschland. Die Liquidation des Dr. I für Honorar- und Laborkosten v. 02.07.2004 (über 3.459,25 Euro) übersandte die Kl. mit Schreiben v. 16.07.2004. Die **Bekl.** lehnte die Übernahme der Kosten mit **Bescheid** vom 21.07.2004 ab. Aufgrund des deutschen Rentenbezugs sei die Kl. in Deutschland versichert und erhalte die Leistungen in ihrem Wohnland von der Instituto Nacional de la Seguridad Social (I.N.S.S.) Alicante. Diese Krankenkasse habe die Leistungen ausschließlich nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes der Kl. zu erbringen. Eine weitere Kostenübernahme bzw. Bezuschussung durch die Beklagte könne nicht erfolgen. Die Erbringung von

Leistungen, die nach dem Recht des Wohnlandes nicht vorgesehen seien, sei nicht möglich. Mit ihrer **Klage** machte sie geltend, einem Residenten müsse der gleiche Rechtsanspruch wie einem in der Bundesrepublik lebenden Rentner zustehen. Dies ergebe sich aus den Urteilen des BSG aus den Jahren 1999 und 2005 (B 1 KR 2/04 R, B 1 KR 4/04 R) sowie des EuGH aus den Jahren 2000 und 2004. Es sei zu berücksichtigen, dass spanische Rentner keine Beiträge für ihre Krankenversicherung aufbringen müssten, während sie nunmehr mit einem Anteil von 0,9 % zu den Kosten des Zahnersatzes beitragen müsse. Die Klägerin hat eine weitere Stellungnahme des Dr. I beigelegt, der u. a. darauf hingewiesen hat, dass die Behandlung der Kl. unaufschiebbar gewesen sei. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 09.11.2006 - S 8 KR 354/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. KRANKENHAUSBEHANDLUNG IN KROATIEN

LSG Bayern, Urt. v. 08.02.2007 – L 4 KR 78/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-130

Kroatien, Aufenthalt, Hoheitsgebiet

SGB V §§ 13 III, 16 I Nr. 1

Nach Art. 16 Abs. 1 Buchst. a des **Abkommens** zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik **Kroatien** über soziale Sicherheit vom 24.11.1997 gilt die Bestimmung über die **Gleichstellung** der Hoheitsgebiete für eine Person, die, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, ihren gewöhnlichen oder vorübergehenden Aufenthalt in das Hoheitsgebiet des anderen Vertragsstaates verlegt hat, nur, wenn der zuständige Träger der Verlegung des Aufenthalts vorher zugestimmt hat. Fehlt es an einer solchen **Zustimmung**, so besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für einen stationären Aufenthalt.

SG München, Urt. v. 06.11.2003 - S 2 KR 222/02 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

V. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 27.03.2007 - **B 1 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 1 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 1 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) GLIVEC (WIRKSTOFF IMATINIB) UND LITALIR (WIRKSTOFF HYDROXYUREA)

SG Düsseldorf, **Beschl. v. 12.03.2007 – S 34 KR 44/07 ER –**

RID 07-03-131

Glivec (Wirkstoff Imatinib) und Litalir (Wirkstoff Hydroxyurea)

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

Es kann aber dahingestellt bleiben, ob ein Versicherter die Arzneimittel Glivec und Litalir nach den Grundsätzen des sog. Off-Label-Use beanspruchen kann, insbesondere ob in diesem Zusammenhang aufgrund der Datenlage eine hinreichend begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht, wenn sich ein **Anspruch** unter **Berücksichtigung des Verfassungsrechtes** ergibt. Dies ist der Fall, wenn eine „auf Indizien gestützte“, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (hier: malignes, metastasiertes Ependymom mit einer inkompletten Paraparese) bestehen (BVerfG SozR 4 – 2500 § 27 Nr. 5).

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. eine ärztliche Behandlung mit Glivec und Litalir bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache zu gewähren.

B) HERCEPTIN (ANTIKÖRPER TRASTUZUMAB)

SG Augsburg, Urt. v. 05.04.2007 – S 12 KR 336/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-132

Herceptin, Herceptin, Trastuzumab, Antikörper, Brustkrebs
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I Nr. 3, 31 I

Die Einnahme von Herceptin (Wirkstoff Trastuzumab) bei Brustkrebs stellt einen Off-Label-Use dar. Bei einem **Brustkrebs** im Stadium T1a, N0, M0 nach Operation und Strahlentherapie, d. h. einem Frühstadium ohne Befall von Lymphknoten und ohne Metastasenbildung ist schon fraglich, ob noch eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt. Jedenfalls fehlt es aber an Studien zu Wirksamkeit und Risiken einer Behandlung mit Herceptin ohne vorherige/gleichzeitige Chemotherapie.

Das *SG* wies die Klage ab.

Wie hier für die adjuvante (unterstützende) Therapie *LSG Brandenburg*, Urt. v. 12.11.2003 – L 4 KR 53/01 - RID 04-01-134; zu durchweg stattgebenden einstweiligen Anordnungsverfahren vgl. zuletzt *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 05.03.2007 – L 16 B 10/07 KR ER – RID 07-02-136; RID 06-02-115 bis 118; RID 06-01-104 u. 105.

2. FEHLENDE ARZNEIMITTELRECHTLICHE ZULASSUNG

A) HEPARINISIERUNG DES PORTSYSTEMS MIT CANUSAL®

SG Aachen, Urt. v. 24.04.2007 – S 13 (6) KR 66/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-133

Canusal®, Fertigarzneimittel, Inverkehrbringen, Off-Label-Use, Heparinspülungen
SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III

Canusal® ist ein **Fertigarzneimittel** im Sinne von § 4 I AMG. Derartige Fertigarzneimittel dürfen gemäß § 21 I 1 AMG nur in den Verkehr gebracht werden, wenn sie durch die zuständige Bundesoberbehörde **zugelassen** worden sind oder wenn für sie die Kommission der Europäischen Gemeinschaft oder der Rat der Europäischen Union eine Genehmigung für das Inverkehrbringen erteilt hat. Daran fehlt es.

Canusal® kann auch nicht nach den Grundsätzen des sog. **Off-Label-Use** beansprucht werden. Entscheidend ist, dass für das Spülen von zentralen Venenkathetern **Alternativen** zur Verfügung stehen und Heparinspülungen wissenschaftlich nicht unumstritten sind.

Die Kl. leidet an einem hereditären angioneurotischen Ödem (HANE). Diese Krankheit ist durch einen C1-Estrase-Inhibitor-Mangel gekennzeichnet. Um diesen Mangel auszugleichen, erhält die Kl. etwa alle 6 Wochen, gegebenenfalls auch bei akutem Bedarf ein Konzentrat (Berinert®), das intravenös verabreicht wird. Zu diesem Zweck wurde der Kl. 1998 ein sog. **Titan-Portkathetersystem** (auch **Port, Portkatheter oder Portsystem** genannt) in den rechten Brustkorb implantiert. Zur Pflege des Portsystems sind regelmäßige **Spülungen mit einer Kochsalzlösung** erforderlich. Nach Angabe des Herstellers des Portsystems muss dieses bei Nichtbenutzen des Katheters zusätzlich heparinisiert werden; mit der **Heparinlösung** werde der Katheter verschlossen und eine Verstopfung verhindert. Dementsprechend wurde und wird auch bei der Kl. verfahren. Die Heparinisierung des Portsystems der Kl. geschieht mit dem Arzneimittel Canusal®; dieses enthält den Wirkstoff Heparin sodium. Canusal® ist derzeit in **Großbritannien** zum Spülen von intravenösen Kathetern und Portsystemen **zugelassen**; eine Zulassung in Deutschland oder europaweit durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) besteht nicht. Canusal® ist ein **verschreibungspflichtiges**, gemäß § 73 III AMG **importfähiges** Arzneimittel; es steht in Deutschland auf der Liste der häufigsten Medikamentenimporte an 4. Stelle. Die Kosten für 10 Ampullen Canusal® betragen ca. 27,- EUR (2,70 EUR je Ampulle); die Kosten für eine in der Apotheke zubereitete Heparin-Spritze belaufen sich auf ca. 60,- EUR. Bis August 2005 übernahm die Bekl. die Kosten für das aus dem Ausland importierte Canusal®. Auf Hinweis der bis dahin importierenden und abgebenden Apotheke, dass die Kosten nicht mehr von der Krankenkasse übernommen würden, verordneten die behandelnden Ärzte des Universitätsklinikum G. am 18.08.2005 30 Ampullen Heparin sodium. Am 30.08.2005 beantragte die Kl. die Genehmigung der Verordnung als Einzelimport gemäß § 73 III AMG. Der **MDK** stellte fest, das Spülen von venösen Verweilkathetern und Port-Systemen werde zwar in der Praxis häufig angewandt, sei allerdings nicht zwingend erforderlich; es könnten dazu auch **isotonische Kochsalzlösungen** verwendet werden. Das *SG* wies die Klage ab.

B) CAPTAGON ZUR BEHANDLUNG EINER TAGESMÜDIGKEIT ("NARKOLEPSIE")

SG Düsseldorf, Urt. v. 15.06.2007 – S 4 KR 103/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-134

Captagon, Tagesmüdigkeit, Narkolepsie,
SGB V §§ 2 I 1; 12 I, 27, 31, 92 I 2 Nr. 6

Nach der Rechtsprechung des BSG fehlt es an der **Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit** speziell einer **Arzneimitteltherapie**, wenn das verwendete Mittel nach den Regelungen des Arzneimittelrechts einer **Zulassung** bedarf und diese Zulassung nicht erteilt worden ist (st. Rspr., vgl. BSGE 72, 252, 256 f.; Urt. v. 18.05.2004 - B 1 KR 21/02 R –m.w.N.; Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R -).

Die für **Captagon** erforderliche Zulassung nach Arzneimittelrecht war ab dem 01.07.2003 in Deutschland entfallen. Es handelt sich um ein Fertigarzneimittel i. S. v. § 4 I AMG, für das die Voraussetzungen des § 21 I 1 AMG gelten, die jedoch ab dem 01.07.2003 nicht mehr vorliegen.

Die noch in **Belgien bestehende Zulassung** für Captagon hat jedoch keine fiktive Zulassung in Deutschland zur Folge.

Ein **"Off-Label-Use"** kommt wegen fehlender Zulassung nicht in Betracht.

Ein außergesetzlicher Leistungsanspruch kommt auch nicht nach der vom BSG entwickelten Rechtsprechung über **"Seltenheitsfälle"** in Betracht. Zum einen handelt es sich bei der Narkolepsie nicht um seine seltene Erkrankung und zum anderen bestehen alternative zugelassene Behandlungsmöglichkeiten.

Das **SG** wies die Klage ab.

C) WACHSTUMSHORMON SOMATROPIN

LSG Hamburg, Urt. v. 18.07.2007 – L 1 KR 45/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-135

Wachstumshormon, Somatropin, Kleinwuchs
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I

Eine Versicherte hat keinen Anspruch auf die Versorgung mit dem Wirkstoff **Somatropin** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Kleinwuchs mit einer prognostizierten Körpergröße zwischen 140 und 150 cm erreicht nicht das Ausmaß, welches ihr künftiges Leben so erschwert, dass ihre Situation derjenigen eines lebensbedrohlich Erkrankten auch nur annähernd gleichzusetzen wäre.

Die Kl. beantragte erfolglos einen Therapieversuch mit dem Wachstumshormon Somatropin "in supraphysiologischer Dosierung". Der Wirkstoff Somatropin wird in Deutschland in fünf zugelassenen rekombinanten Wachstumshormonpräparaten (Genotropin, Humatrope, Norditropin, Saizen und Zomacton) angeboten. Die Zulassung erstreckt sich auf die Anwendungsbereiche "Kleinwuchs aufgrund unzureichender Ausschüttung von Wachstumshormon" und "Kleinwuchs vor Abschluss der Wachstumsphase bei Mädchen mit Ullrich-Turner-Syndrom, gesichert durch Chromosomenanalyse" (außer Zomacton). Keines dieser Mittel besitzt eine **Zulassung** für **Skelettdysplasien** (Achondroplasie, Hypochondroplasie), an denen die Kl. erkrankt ist. **SG Hamburg**, Urt. v. 08.09.2006 - S 32 KR 925/03 – verurteilte d. Bekl., der Kl. die Kosten für die bisher durchgeführte Wachstumshormontherapie in Höhe von 106.691,80 EUR zu erstatten und sie zukünftig mit dem Arzneimittel zu versorgen, das **LSG** wies die Klage ab.

Vgl. a. SG Lübeck - S 5 KR 269/03 -, LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.02.2007 - L 5 KR 97/05 - RID 07-02-126, Nichtzulassungsbeschwerde anhängig unter B 1 KR 52/07 B

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

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 04.06.2007 – L 16 B 22/07 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-136

Fiblaferon, Interferon-Beta, Darmerkrankung, Colitis ulcerosa, Eilverfahren
SGB V §§ 27 I Nr. 3, 31 I; SGG § 86b II; GG Art. 2 I, 20 I

Ob keine andere - anerkannte - Therapiemöglichkeit für eine Versicherte besteht (**Alternativbehandlung** mit dem neu zugelassenen "Infliximab"), ist auch und gerade unter Anwendung von BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005, SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 und der BSG-Rechtsprechung noch zu klären.

SG Duisburg, Besch. v. 20.04.2007 – S 7 KR 1/07 ER – RID 07-02-137 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; das **LSG** verlängerte den Zeitraum um drei Monate und wies im Übrigen die Beschwerde der Ast. zurück.

E) OCTREOTID-THERAPIE (SANDOSTATIN)

SG Detmold, Beschl. v. 06.06.2007 – S 3 KR 19/07 ER – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-137**
Carcinoid, Octreotid-Therapie, Folgenabwägung, Sandostatin
SGB V §§ 27 I Nr. 3, 31 I; SGG § 86b II

Eine 1931 geb. Versicherte, die unter einem atypischen **Carcinoid** in der Lunge leidet und bei der eine Chemotherapie und medikamentöse Behandlungen erfolglos blieben, hat, da die erhöhte Gefahr besteht, dass sie ohne die Gewährung der umstrittenen Leistung schwere oder irreversible gesundheitliche Beeinträchtigungen erleidet, im Rahmen einer **Folgenabwägung** einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Therapie mit Octreotid (Sandostatin).

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. bis zu einer bestandskräftigen Entscheidung im Verwaltungsverfahren die Kosten für eine Therapie mit Octreotid (Sandostatin) zu gewähren. Soweit die Ast. einen zulässigen Widerspruch gegen den Bescheid der Antragsgegnerin vom 05.06.2007 einlegt, wird die Ag. verpflichtet, die Kosten dieser Therapie bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens zu gewähren.

3. NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE MEDIKAMENTE

A) MISTELPRÄPARATE DER ANTHROPOSOPHISCHEN THERAPIERICHTUNG

SG Speyer, Urt. v. 11.06.2007 – S 7 KR 283/06 – www.justiz.rlp.de **RID 07-03-138**
Berufung zugelassen

Helixor, Mistelpräparat, anthroposophische Therapierichtung, Tumor, adjuvante Therapie
SGB V §§ 13 III, 31, 34, 92 I 2 Nr. 6; AMR Ziff. 16.4.27, 16.5

Mistelpräparate der anthroposophischen Therapierichtung sind auch in der adjuvanten Behandlung von malignen Tumoren zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung **verordnungsfähig**. Die Verordnungsfähigkeit des Arzneimittels Helixor auch in der adjuvanten Therapie von malignen Tumoren ergibt sich aber aus Ziffer 16.5 AMR (so auch SG Düsseldorf, Urt. v. 01.03.2005 – S 8 KR 321/04 – RID 05-02-114; SG Dresden, Urt. v. 29.06.2006 – S 18 KR 534/05 – RID 06-04-143).

Das **SG** gab der Klage statt.

B) ZULÄSSIGKEIT DES AUSSCHLUSSES NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER MEDIKAMENTE

LSG Hamburg, Urt. v. 30.05.2007 – L 1 KR 9/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-139**
Arzneimittel, Verordnung, OTC-Präparate, Polyneuropathie, Thiocitacid 600 HR, Milgamma mono 150
SGB V §§ 31 I 1, 34 I 1, 92 I 2 Nr. 6

Der Leistungsausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente folgt aus § 31 I 1, § 34 I 1 SGB V und ist zulässig.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 26.02.2007 (Zustelldatum) - S 32 KR 739/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) FALKAMIN MIT WIRKSTOFFEN L-LEUCIN, L-VALIN UND L-ISOLEUCIN

SG Wiesbaden, Urt. v. 12.06.2007 – S 2 KR 194/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-140**
Berufung eingelegt : LSG Hessen - L 8 KR 200/07 -

Falkamin, Leucin, L-Valin, L-Isoleucin
SGB V §§ 31 I 1, 34 I 1, 92 I 2 Nr. 6

Weder das Präparat "Falkamin" noch seine Wirkstoffe "Leucin", "Valin" und "Isoleucin" sind in der Ausnahmeliste der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für nichtverschreibungspflichtige Medikamente nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V aufgenommen. Es ist daher nicht erstattungsfähig. Dies ist auch bei einer **lebensbedrohlichen Krankheit** nicht zu beanstanden, wenn eine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung steht.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. LORENZO'S ÖL

SG Düsseldorf, Urt. v. 12.07.2007 – S 8 KR 280/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-141

Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 87/07 -

Öl, Arzneimittel, Lebensmittel, Lorenzo's Öl, Nahrungsergänzungsmittel
SGB V §§ 27 I, 31

Ein Versicherter hat einen **Anspruch auf Versorgung** mit Lorenzo's Öl, unabhängig von der Frage, ob Lorenzo's Öl als Arzneimittel oder als diätetisches Lebensmittel zu qualifizieren ist.

Sofern Lorenzo's Öl als **diätetisches Lebensmittel** einzuordnen ist, bestünde ein Anspruch, da dieses Spezialöl den Ausnahmetatbestand der Ziffer 15.2.5 der Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der seit dem 01.10.2005 geltenden Fassung erfüllt (Anschluss an LSG Hessen, Urt. v. 25.01.2007 – L 8 KR 18/05 – RID 07-02-144 <anhängige Revision: B 1 KR 16/07 R>).

Bei einer Qualifizierung als **Arzneimittel** stünde der Versorgungsanspruch trotz fehlender arzneimittelrechtlicher Zulassung unter Berücksichtigung der Maßgaben des BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 – zu. Nach Auffassung der Kammer gehört zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit auch der entsprechende Behandlungsanspruch einer die **Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung** und nicht nur einer lebensbedrohlichen Erkrankung (ebenso: SG Hamburg, Urt. v. 07.02.2006 – S 48 KR1620/03 -; a. A.: BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 3/06 R -; 27.03.2007 - B 1 KR 17/06 R u. B 1 KR 30/06 R -).

Der 1975 geb. Kl. leidet an einer **Adrenoleukodystrophie (ALD) bzw. Adrenomyeloneuropathie (AMN)**. Bei dieser Erkrankung handelt es sich um eine **Stoffwechselstörung**, bei der langkettige Fettsäuren nicht abgebaut werden können, mit der Folge schwerwiegender, meist neurologischer und endokrinologischer Funktionsstörungen. Insoweit bestehen beim Kläger u.a. eine spastische Paraparese der Beine, eine affäre Ataxie und ein hirnganisches Psychosyndrom sowie rezidivierende Depressionen. Im August 2003 **beantragte** er bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für das sog. **Lorenzo's Öl** (monatliche Kosten in Höhe von ca. 800,00 Euro bis 1.000,00 Euro). Bei diesem Präparat handelt es sich um eine 4:1-Mischung aus Ölsäure und Erucasäure. Das Öl soll der Vorbeugung gegen ALD/AMN dienen, da diese Mischung aus bestimmten Fettsäuren die körpereigenen Enzyme hemmt, welche langkettige Fettsäuren herstellen, und damit das Aufkommen (sehr) langkettiger Fettsäuren - neben einer langkettige Fettsäuren vermeidenden Diät - reduzieren. Der Kläger fügte seinem Antrag verschiedene Arztbriefe und medizinische Unterlagen bei. Die Krankenkasse lehnte dies ab. Lorenzo's Öl falle als diätetisches Lebensmittel nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Es sei keine Ausnahme gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gegeben und es liege darüber hinaus kein ausreichender Wirksamkeitsnachweis für dieses Produkt vor. Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, für die Zeit bis zum 31.03.2010 die Versorgung mit dem Präparat Lorenzo's Öl sicherzustellen und wies im Übrigen die Klage ab.

Vgl. zuletzt RID 07-02-B.V.4; vgl. a. Revisionsverfahren B 1 KR 16/07 R (LSG Hessen - L 8 KR 18/05 -).

Parallelverfahren: SG Düsseldorf, Urt. v. 12.07.2007 – S 8 KR 144/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-142**

Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 111/07 -

5. ARZNEIMITTEL ZUR BEHANDLUNG DER EREKTILEN DYSFUNKTION

LSG Hamburg, Urt. v. 13.06.2007 – L 1 KR 46/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-143

Arzneimittel, erektile Dysfunktion

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 8

§ 34 ISGB V schließt mit Wirkung ab 01.01.2004 die Verordnung von Arzneimitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung aus, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen. Der Leistungsausschluss ist auch mit dem Verfassungsrecht vereinbar (so schon BSG v. 10.5.2005 – B 1 KR 25/03 R - SozR 4-2500 § 34 Nr. 2; BSG v. 18.7.2006 – B 1 KR 10/05 R -).

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 27.09.2006 - S 22 KR 33/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. 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 **Elektorollstuhl** erreicht werden können; zur **Rechtsprechung des BSG** s. ferner zuletzt RID 05-04-B VI (S. 44).

1. DREIRAD FÜR ERWACHSENEN

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 01.08.2007 – L 31 KR 71/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-144**
Kann ein Versicherter, geb. 1988, nur noch etwa 800 bis 1.000 Meter zu Fuß, dies aber aufgrund von Gleichgewichtsstörungen nur in Begleitung einer Person zurücklegen, und kann er wegen fehlender feinmotorischer Fähigkeiten einen Elektorollstuhl nicht bedienen, so besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem Dreirad.

SG Berlin, Gerichtsbes. v. 27.04.2006 - S 72 KR 3630/04 - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

2. THERAPIE-DREIRAD-TANDEM

Therapie-Dreirad-Tandem, Integration, Physiotherapeut
SGB V §§ 12, 33 I

SG Düsseldorf, Urt. v. 23.03.2007 – S 4 KR 17/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-145**
Ein 1999 geb. Versicherter, der an einer therapieresistenten Epilepsie mit täglichen, auch nachts auftretenden Muskelzuckungen - Grand-mal-Anfällen und Sturzanfällen - und außerdem an einer geistigen Behinderung (Lennox-Gastaut-Syndrom) erkrankt ist, hat einen Anspruch auf Kostenübernahme für ein **Therapie-Dreirad-Tandem**.

Das Ziel der **Integration eines behinderten Kindes und Jugendlichen** in den Kreis gleichaltriger nicht behinderter Kinder und Jugendlicher (vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 46) hat nicht den Selbstzweck der Integration zum Ziel, sondern dient letztlich dem Ausbau der körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten des behinderten Kindes bzw. des Jugendlichen. Dieses Ziel darf gerade bei schwerstbehinderten Kindern und Jugendlichen nicht verloren gehen. Deswegen besteht auch ein Anspruch zur Versorgung von **Mobilitätshilfen für gemeinsame familiäre Aktivitäten**.

Es ist im jeweiligen Einzelfall zu prüfen, ob über die durchgeführte Krankengymnastik hinaus durch den Einsatz eines Therapie-Tandems ein **weitergehender Therapie-Erfolg** zu erwarten ist. Zur Beurteilung dieser Frage ist am ehesten der behandelnde Physiotherapeut in der Lage.

Das **SG** gab der Klage statt.

SG Düsseldorf, Urt. v. 08.05.2007 – S 4 KR 64/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-146**
Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 63/07 -

Ein Therapie-Tandem ist geeignet, Kraft und Bewegungsdrang bei einem Kind zu kontrollieren und gefahrlos zu fördern. Das Therapie-Tandem ist somit geeignet, den **Erfolg der motorischen Therapie**, die bisher im Wesentlichen aus Krankengymnastik bestand, zu sichern.

Steht einem versicherten Kind ein Trampolin, Schaukelbrett und eine Sprossenwand zur Verfügung, um den überschüssigen Bewegungsdrang abzureagieren, so besteht dennoch ein Anspruch auf ein Therapie-Tandem, wenn dieses notwendig ist, um eine **bestehende Behinderung auszugleichen**.

Ein Therapietandem ist bei **Jugendlichen** erforderlich wegen der dadurch geförderten **Integration** des behinderten Jugendlichen in seiner jugendlichen Entwicklungsphase. An die Stelle der Integration in Kreise gleichaltriger Jugendlicher kann die **Integration in den Familienkreis** treten (vgl. BSG SozR 3 - 2500 § 33 Nr. 25 und 28).

Das **SG** gab der Klage statt.

3. LAUFBAND ALS GEBRAUCHSGEGENSTAND DES TÄGLICHEN LEBENS

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.06.2007 – L 9 KR 35/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-147**
Laufband, Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens
SGB V § 33 I

Ein Laufband ist ein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Hierauf besteht kein Anspruch auf Versorgung als Hilfsmittel.

SG Berlin, Urt. v. 24.11.2003 - S 73 KR 1306/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. ORTHOPÄDISCHE TURNSCHUHE

SG Düsseldorf, Urt. v. 14.06.2007 – S 8 KR 158/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-148

Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 58/07 -

Sport, orthopädische Turnschuh

SGB V § 33 I

Die Versorgung mit einem **orthopädischen Turnschuh** zur Ausübung **sportlicher Aktivitäten** fällt nicht in den Eigenverantwortungsbereich der Versicherten (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.02.2004 – L 16 KR 102/03 - RID 04-02-193; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2005 – L 16 KR 77/05 –RID 05-04-98 <Versorgung mit einer wasserfesten Prothese>).

Die 1947 geb. Kl. leidet unter anderem an einer hereditären Neuropathie, insbesondere mit einer fortschreitenden Muskelatrophie im Unterschenkelbereich und der kleinen Fußmuskeln. Die Kostenübernahme für ein Paar orthopädische Maßsportschuhe unter Vorlage einer Verordnung des Orthopäden X sowie eines entsprechenden Kostenvoranschlags in Höhe von 1.190,74 Euro lehnte die Bekl. ab, weil eine Versorgung mit orthopädischen Straßenschuhen und Hausschuhen erfolgt sei. Sportliche Aktivitäten würden in den Bereich der Eigenverantwortung der Versicherten fallen. Das *SG* gab der Klage statt.

5. BLINDENFÜHRHUND: GRUNDBEDÜRFNIS GEHEN

SG Aachen, Urt. v. 29.05.2007 – S 13 KR 99/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-149

Blindenführhund, Grundbedürfnis, Gehen, Blinder, Straßenverkehr, Blindenstock

SGB V § 33 I 1

Durch einen Blindenführhund wird die zur Umweltkontrolle erforderliche Sehfähigkeit nicht ersetzt, aber - in Grenzen - ausgeglichen. In diesem Sinne ermöglicht der Führhund **allgemeine Verrichtungen des täglichen Lebens** - so insbesondere die Teilnahme des Blinden am Straßenverkehr - und dient damit elementaren Grundbedürfnissen (BSG, Urt. v. 25.02.1981 - 5a/5 Rkn 35/78 - BSGE 51, 206 = SozR 2200 § 182b Nr. 19; SG Aachen Urt. v. 22.10.2002 - S 13 KR 30/02 -). Blindheit hat zur Folge, dass sich der Behinderte in einer nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden kann. Wer sich infolge körperlicher Mängel nicht sicher im (Straßen-)Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet (§ 2 Abs. 1 Satz 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung - FeV). Das Gesetz stellt also ausdrücklich darauf ab, dass sich jeder Verkehrsteilnehmer sicher bewegen kann. Kann sich ein blinder Mensch im (Straßen-)Verkehr nicht sicher fortbewegen, so darf er - dies folgt aus § 2 Abs. 1 FeV - am **öffentlichen Verkehr** nicht teilnehmen.

Ein Blindenführhund ist als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich, um eine Behinderung eines Versicherten auszugleichen, wenn ein Versicherter durch den totalen Verlust der Sehfähigkeit gehindert ist, sicher zu gehen und dies durch das Hilfsmittel "Blindenlangstock" nur unvollständig ausgeglichen wird. Damit wird es ermöglicht, das **Grundbedürfnis der Mobilität** im Sinne der Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums zu befriedigen, auch im Sinne eines Basisausgleichs.

Das *SG* gab der Klage statt.

6. KONTAKTLINSEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.05.2007 – L 16 KR 237/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-150

Kontaktlinse, Sehbeeinträchtigung, Heilmittel-RL, Sehhilfe

SGB V §§ 13 III, 33 I 5, III, 91 I 2 Nr. 6; Heilmittel-RL Nr. 58.1g

Die Voraussetzungen einer **schweren Sehbeeinträchtigung** im Sinne von § 33 I 5 - 1. Halbsatz SGB V i. V. m. Ziffer 53.1 der Heilmittel-RL liegen nicht vor, wenn auf dem rechten Auge eine Myopie von -0,75 Dpt., auf dem linken Auge eine Aphakie bei Zustand nach Linsenabsaugung nach Contusio bulbi mit Cataracta complicata sowie eine dezente epiretinale Gliose bei hoher Hyperopie von +18 Dpt. vorliegt und mit entsprechender Korrektur durch Kontaktlinse und Brille ein Visus von 1,2 auf dem rechten Auge und von 1,0 auf dem linken Auge erreichbar ist.

Eine sog. **therapeutische Sehhilfe** setzt die Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen voraus. Die Regelungen des § 33 I 5 2. Halbsatz SGB V und der Ziffer 53.2 der Heilmittel-RL sind auch nicht erweiternd auszulegen.

SG Duisburg, Urt. v. 12.09.2006 - S 11 KR 207/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. ZUSICHERUNG ZU KOSTEN FÜR HÖRGERÄT UND FESTBETRAG

LSG Bayern, Urt. v. 12.04.2007 – L 4 KR 209/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-151

Zusicherung, Hörgerät, Hörgeräteversorgung, Festbetrag
SGB V § 33 I

Macht eine Krankenkasse mit einer Zusicherung deutlich, dass sie sich nur mit dem zugesicherten Betrag (hier: 5.100 DM) an einer beidohrigen Hörgeräteversorgung beteiligen will, so besteht neben dem **zugesicherten Betrag** kein Anspruch auf weitere Übernahme der Festbeträge.

SG Würzburg, Urt. v. 01.07.2004 - S 9 KR 323/02 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

8. PFLEGE BETT: VERORDNUNG ZU LASTEN DER PFLEGEKASSE

LSG Bayern, Urt. v. 22.03.2007 – L 4 KR 11/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-152

Pflegebett, Verordnung, Pflegekasse, Krankenversicherung, Pflegeversicherung
SGB V § 33 I

Stellt ein Vertragsarzt zwar eine **Verordnung über ein Pflegebett** aus, fügt er aber hinzu, dass es über die Pflegekasse abzurechnen ist, so fehlt es an einer vertragsärztlichen Verordnung zu Lasten der Krankenkasse, auch wenn in diesem Verordnungsblatt als Krankenkasse die AOK Bayern angegeben wird, denn es ist somit nicht eindeutig, ob es sich nach Auffassung des Arztes um ein Hilfsmittel der Krankenversicherung oder der Pflegeversicherung handelt.

SG Augsburg, Urt. v. 02.12.2003 - S 10 KR 40/03 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

9. TEILHANDPROTHESE (EPITHESE)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.06.2007 – L 11 KR 39/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-153

Revision zugelassen

Teilhandprothese, Epithese, Tragefunktion, Greiffunktion
SGB V §§ 12, 33 I

Eine Teilhandepithese für die Finger 2 - 4 der linken Hand gleicht in nennenswertem Umfang die Trage- und Greiffunktion der linken Hand und damit Grundbedürfnisse des täglichen Lebens teilweise aus oder erleichtert diese zumindest.

Infolge einer Kriegsverletzung verlor der 1966 geb. Kläger, der iranischer Herkunft ist, die Finger 2 - 4 der linken Hand. Unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung beantragte er die Bewilligung einer Teilhandprothese, deren Kosten sich auf 8.712,39 Euro beliefen. Die Bekl. lehnte den Antrag ab, weil die Prothese nicht dem Ausgleich einer Behinderung diene, sie verschaffe keinen funktionellen, vielmehr nur einen optischen Ausgleich. *SG Aachen, Urt. v. 15.08.2005 - S 6 KR 44/03 - gab der Klage statt, das LSG wies die Berufung zurück.*

VII. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

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

1. SOZIALRECHTLICHER HERSTELLUNGSANSPRUCH: BERATUNGSPFLICHT BEI VERLEGUNG

LSG Bayern, Urt. v. 14.12.2006 – L 4 KR 202/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-154

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 3 KR 12/07 B

Pflegeheim, Behandlungspflege, Kostenerstattung, sozialrechtlicher Herstellungsanspruch, Krankenkasse
SGB V §§ 13 III, 37

Eine Versicherte hat, solange sie vollstationär in einem **Pflegeheim** untergebracht ist, keinen Anspruch gemäß § 37 SGB V auf die Gewährung von Behandlungspflege.

Die Kostenerstattung nach den Grundsätzen des **sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs** ist nicht durch die gesetzliche Kostenerstattungsregelung des § 13 III SGB V ausgeschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 30.10.2001 - B 3 KR 27/01 R -).

Eine **Krankenkasse** hat die Pflicht, den Ehemann einer an einem apallischen Syndrom leidenden Versicherten im Zusammenhang mit einer geplanten Verlegung vom Rehabilitationszentrum in eine wohnortnähere vollstationäre Einrichtung gemäß § 14 SGB I darüber zu **beraten**, dass ihre Leistungspflicht nur dann eintritt, wenn die Versicherte in ihrem eigenen Haushalt (und dem ihres Ehemannes) gepflegt wird oder aber unter Einschaltung der Pflegeversicherung Hinweise darauf zu geben, welche Heime im Umkreis die Leistung Beatmungspflege einschließlich

Trachealkanülenwechsel erbringen können. Die Überreichung einer Liste von Heimen ist nicht als ausreichende Beratung anzusehen.

SG München, Urt. v. 25.06.2004 - S 44 KR 205/03 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. die nachgewiesenen Kosten für den Trachealkanülenwechsel in der Zeit vom 01.08.2001 bis 28.02.2003 zu erstatten; im Übrigen wies es die Berufung zurück.

2. KEIN EIGENER HAUSHALT IN WOHNANLAGE FÜR PSYCHISCH KRANKE

LSG Hamburg, Urt. v. 18.07.2007 – L 1 KR 89/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-155

Bewohner, betreutes Wohnen, Haushalt, Medikamentengabe, Blutzuckerkontrolle, Blutdruckmessung
SGB V §§ 13 III, 37

Ein Versicherter führt als Bewohner einer Einrichtung des betreuten Wohnens keinen eigenen Haushalt im Sinne des § 37 II 1 SGB V, wenn ihm keine **eigenverantwortliche Wirtschaftsführung** möglich ist (vgl. BSG v. 01.9.2005 - B 3 KR 19/04 R - SozR 4-2500 § 37 Nr. 5).

SG Hamburg, Urt. v. 30.09.2005 - S 32 KR 561/02 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

3. STÄNDIGE BEOBACHTUNG IN SCHULE WEGEN VERSCHLECHTERUNGEN DER ATMUNGSFUNKTION

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 30.08.2007 – L 16 B 43/07 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-156

Wolf-Hirschhorn-Syndrom, Schule, Beobachtung, Behandlungspflege, Gemeinsamer Bundesausschuss
SGB V §§ 2, 12, 27, 37 II, 92 I 2 Nr. 6, VII

Zum häuslichen Bereich gehört auch die **Schule** (vgl. BSG SozR 3-2500 § 37 Nr. 5 m. w. N.).

Die **ständige Beobachtung** eines Patienten, um jederzeit medizinisch-pflegerisch eingreifen zu können, wenn es zu Verschlechterungen der **Atmungsfunktion** und zu Krampfanfällen kommt, ist eine behandlungspflegerische Maßnahme (BSG SozR 4-2500 § 37 Nr. 6). Die häusliche Krankenpflege lässt sich nicht in die jeweils gebotenen **Pflegemaßnahmen** und in die **Beobachtungszeit** aufteilen.

Ein Ausschluss der im Einzelfall gebotenen Krankenbeobachtung aus dem Katalog der verordnungsfähigen Leistungen in den **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses** über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" **verstößt gegen höherrangiges Recht**. Ebenso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt ist, den Begriff der Krankheit in § 27 Abs. 1 SGB V hinsichtlich seines Inhalts und seiner Grenzen zu bestimmen (BSG SozR 3-2500 § 27 Nr. 11), ist er befugt, medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszunehmen.

SG Köln, Beschl. v. 10.08.2007 - S 19 KR 145/07 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. nach Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Verordnung fünf Mal wöchentlich vier Stunden täglich Kinder- und Jugendkrankenpflege für den Besuch der Schule für Geistigbehinderte bis zur Zustellung der Entscheidung im Hauptsacheverfahren SG Köln - S 19 KR 135/07 - , längstens bis zum 25.06.2008 (Ende des Schuljahres 2007/2008), vorläufig zu gewähren, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

4. KOSTENÜBERNAHME FÜR HAUSHALTSHILFE NACH ENTBINDUNG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.05.2007 – L 5 KR 59/05 – juris

RID 07-03-157

Haushaltsführung, Haushaltshilfe, Mutterschaft, Satzung, Schwangerschaft, Entbindung
SGB V § 38 II; RVO §§ 197 S. 1, 199 S. 1

Leitsatz: 1. Eine **Schwangerschaft** ist mit Geburt des Kindes beendet. Ab diesem Zeitpunkt kann eine Haushaltshilfe daher nicht mehr auf § 199 S. 1 Alt. 1 RVO gestützt werden.

2. Für die Frage, wie lange wegen einer **Entbindung** i. S. des § 199 S. 1 Alt. 2 RVO ein Haushalt nicht geführt werden kann, ist im Regelfall - sofern keine besonderen Umstände erkennbar sind - auf die Regelung des § 197 RVO zurückzugreifen. Haushaltshilfe kann danach regelmäßig nur für 6 Tage gewährt werden.

3. Hat die Krankenkasse auf der Grundlage des § 38 Abs. 2 SGB V in der Satzung geregelt, dass eine Haushaltshilfe zur Vermeidung einer Krankenhausbehandlung gewährt werden kann, so setzt dies dem Grunde nach eine **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** sowie einen Ursachenzusammenhang zwischen der Haushaltshilfe und der vermiedenen Krankenhausbehandlung voraus.

SG Schleswig, Urt. v. 11.04.2005 - S 8 KR 82/04 - 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. ZUZAHUNG: BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG ALS BRUTTOEINNAHME ZUM LEBENSUNTERHALT

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.03.2006 – L 11 KR 4861/05 – juris RID 07-03-158
Revision anhängig: B 1 KR 1/07 R – (Termin 19.09.2007)

Belastungsgrenze, Lebensunterhalt, Beitragserstattung, Einnahme
SGB V § 62 II 4

Entscheidend für die Belastungsgrenze sind die jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Hierzu gehören alle dem tatsächlichen Lebensunterhalt dienenden persönlichen Einnahmen des Versicherten einschließlich der gesetzlichen Abzüge. Nicht dazu gehören zweckgebundene Zuwendungen, die einen besonderen schädigungs- oder behinderungsbedingten Mehrbedarf abdecken sollen, wie z. B. Pflegegeld, Blindenzulage oder die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der Heranziehung einer Beitragsrückerstattung zu den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt steht § 62 II 4 SGB V nicht entgegen.

SG Mannheim, Urt. v. 20.09.2006 - S 9 KR 766/04 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

2. FAHRKOSTEN ZUM REHABILITATIONSSPORT

SG Gießen, Urt. v. 05.04.2007 – S 21 KR 81/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-159

Rehabilitationssport, Behindertensport, Fahrkosten, Reisekosten
SGB V §§ 13 III, 60; SGB IX §§ 26 I 2, 44 I Nr. 3 bis 5, 53

Bei ärztlich verordnetem **Reha-Sport** und **Funktionstraining** handelt es sich nach § 44 I Nr. 3 SGB IX ebenso wie bei Lohnersatzleistungen oder Beiträgen und Beitragszuschüssen sowie Haushaltshilfen- und Kinderbetreuungskosten und Reisekosten (vgl. § 44 I Nr. 1 bis 2 und 5 bis 6 SGB IX) um eine ergänzende Leistung zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Ergänzende Leistungen nach § 44 SGB IX können sich nicht gegenseitig ergänzen, also für die ergänzende Leistung "ärztlich verordneter Reha-Sport" kann die ebf. ergänzende Leistung "Reisekosten" nicht gewährt werden.

Die Teilnahme am ärztlich verordneten **Reha-Sport in Gruppen** wird nicht von § 60 II Nr. 1 bis 4 SGB V erfasst.

Das *SG* wies die Klage ab.

Vgl. auch Revisionsverfahren B 1 KR 22/07 R (LSG Niedersachsen-Bremen - L 1 KR 161/06 -).

3. REHABILITATIONSMAßNAHMEN

A) STATIONÄRE REHA UND MOBILITÄT DES VERSICHERTEN

LSG Bayern, Urt. v. 22.03.2007 – L 4 KR 149/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-160

Stationäre Reha, Rehabilitationsmaßnahme, Kompaktkur, Mobilität
SGB V §§ 11, 27, 40 II

Die Auffassung, dass eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vorrangig nur noch für nicht mehr ausreichend **mobile Versicherte** in Betracht komme, ist eine unzulässige Einschränkung des gesetzlich vorgesehenen Behandlungskataloges. Aus diesem ist lediglich zu schließen, dass die "Kompaktkur" auf eine gesetzliche Grundlage gestellt wird, ohne dass zugleich stationäre Maßnahmen über die zuvor schon in § 11 I SGB V gezogenen Grenzen hinaus eingeschränkt werden sollen.

SG Landshut, Urt. v. 27.01.2006 - S 4 KR 109/04 - gab der Klage statt, das LSG wies die Berufung zurück.

B) DRINGLICHKEIT EINER WIEDERHOLUNGSKUR

LSG Bayern, Urt. v. 24.04.2007 – L 5 KR 291/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-161

Wiederholungskur, Rehabilitation, Rehabilitationserfolg
SGB V §§ 13 I, 40 III 4; SGB IX §§ 7, 15 I 4

Bei der Beurteilung der Dringlichkeit einer Wiederholungskur kommt entscheidendes Gewicht dem Rehabilitationserfolg der zuletzt durchgeführten Rehabilitationsleistung zu.

SG Augsburg, Urt. v. 24.04.2006 - S 12 KR 332/04 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

C) STATIONÄRE BEHANDLUNG IN KRANKENHAUS UMFASST FRÜHREHABILITATION

LSG Bayern, Urt. v. 13.04.2007 – L 5 KR 382/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-162

Vorsorgemaßnahme, Krankenhaus, Frührehabilitation, Verordnung
SGB V §§ 23, 39

Notwendig können **Vorsorgemaßnahmen** nur sein, wenn sie zur Unterbindung einer Krankheitsverschlimmerung nach Art und Umfang unentbehrlich, unvermeidlich oder unverzichtbar sind (BSG SozR 2200 § 182b Nr. 26).

Die akut **stationäre Behandlung in einem Krankenhaus** umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur **Frührehabilitation**. Nach dem Zweck der Regelung in § 39 I 3 HS 2 SGB V soll die Rehabilitation ein integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung im Krankenhaus sein. Es ist daher davon auszugehen, dass die notwendigen rehabilitativen Maßnahmen im Rahmen eines mehrwöchigen Aufenthaltes durchgeführt worden sind. Eine lange Zeit davor ausgestellte Verordnung ist wegen der zwischenzeitlich durchgeführten stationären Behandlung überholt.

SG Landshut, Gerichtsbb. v. 15.11.2006 - S 10 KR 121/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. Nichtzulassungsbeschwerde abgewiesen durch *BSG*, Beschl. v. 09.08.2007 - B 1 KR 53/07 B -.

D) REHABILITATIONSSPORT/FUNKTIONSTRAINING

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2007 – L 5 KR 189/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-163

Rehabilitationssport, Funktionstraining, Krankengymnastik, Rahmenvereinbarung
SGB V §§ 1 S. 2, 11 II 1, 12 I, 43 I Nr. 1; SGB IX §§ 7, 44 I Nr. 3 u. 4

Nach § 43 I SGB V besteht ein **Rechtsanspruch** auf die ergänzenden Leistungen zum Rehabilitationssport und Funktionstraining. Erfordern der individuelle Gesundheitszustand eines Versicherten eine besondere Trainingsumgebung (Warmwasserbecken) und die Besonderheiten seines Krankheitsbildes eine gezielte fortlaufende Anpassung der Übungen, so fehlt die Fähigkeit zur (ausschließlich) selbständigen Durchführung der notwendigen Bewegungsformen.

Den gesetzlichen Vorschriften kann **kein Vorrang der ambulanten Krankengymnastik** vor dem Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining als ergänzender Leistung zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 1 Nrn. 3 und 4 SGB IX entnommen werden.

Eine **Rahmenvereinbarung** kann eine medizinisch notwendige Kostenübernahme im Einzelfall nicht ausschließen, da sich der Anspruch eines Versicherten unmittelbar aus den gesetzlichen Vorschriften ergibt.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 02.11.2006 - S 17 KR 90/06 - wies die Klage ab, das *LSG* 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 **1. 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) STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG BEI MÖGLICHER AMBULANTER OPERATION

LSG Hamburg, Urt. v. 18.07.2007 – L 1 KR 37/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-164

Notwendigkeit, Krankenhausbehandlung, ambulante Operation

SGB V §§ 27 I 1, 39, 108 Nr. 3, 109 IV 3

Die Voraussetzungen für die **Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung** müssen objektiv gegeben sein. Dies ist jedoch nicht im Wege einer nachträglichen Betrachtung (ex post) zu beantworten, sondern aus einer **Vorausschau (ex ante)**, wobei auf die Prognose des behandelnden Arztes abzustellen ist, dem hierbei ein Einschätzungsspielraum zukommt (vgl. BSG v. 13.05.2004 - B 3 KR 18/03 R, SozR 4-2500 § 39 Nr. 2; 07.07.2005 - B 3 KR 40/04 R - juris). Die Einschätzung des Krankenhausarztes ist aber dann nicht maßgeblich, wenn sie ersichtlich verfehlt oder als Verstoß gegen medizinische Standards, mithin nicht vertretbar erscheint (BSG a.a.O. sowie v. 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R - SozR 3-2500 § 112 Nr. 2; v. 03.08.2006 – B 3 KR 1/06 R - juris Rn. 10). Es bedarf keiner Entscheidung, ob auch nach dem **Vorlagebeschluss des 1. Senats** (v. 07.11.2006 – B 1 KR 32/04 R -) noch der Rechtsprechung des 3. Senats zu folgen ist, wenn nach beiden Auffassungen kein Anspruch auf Vergütung der gewährten vollstationären Versorgung besteht.

Kann eine Erkrankung durch **ambulantes Operieren** im Krankenhaus behandelt werden, bedarf es keiner vollstationären Aufnahme.

SG Hamburg, Gerichts. v. 19.07.2006 - S 34 KR 838/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) FALLPAUSCHALE 11.02: STAMMZELLENTTRANSPLANTATION U. DOSISREDUZ. KONDITIONIERUNG

LSG Hessen, Urt. v. 24.05.2007 – L 8/14 KR 26/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-165

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 21/07 B

Fallpauschale 11.02, dosisreduzierter Konditionierung, Stammzellentransplantation, Behandlungsmethode

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

Leitsatz: Eine myeloablative Therapie im Sinne der Fallpauschale 11.02 setzt eine maximal dosierte Konditionierungsbehandlung (Vorbehandlung vor Stammzellentransplantation) voraus, durch die eine so weitgehende Zerstörung der Knochenmarksfunktion verursacht wird, dass die anschließende Gabe eines Stammzelltransplantats zwingend notwendig ist, um das Überleben des Patienten zu sichern (Anschluss an LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 01.06.2006 - L 1 KR 142/04 -).

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 14.01.2004 - S 20 KR 1741/02 - RID 04-01-175 gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

C) TAGESKLINISCHE BEHANDLUNG: STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS UND DER EMOTIONEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.05.2007 – L 11 KR 12/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-166

Krankheit, Störung, Sozialverhalten, Emotion, tagesklinische Behandlung, Tagesklinik

SGB V § 39 I 1

Die Diagnose einer kombinierten **Störung des Sozialverhaltens** und der Emotionen ist eine Störung mit **Krankheitswert**. Für diese Störung ist eine **tagesklinische Behandlung** besonders geeignet, weil zum einen bei Störungen, die sich besonders im häuslichen Bereich auswirken, eine Zusammenarbeit zwischen Familie und Tagesklinik von besonderer Bedeutung ist und weil insoweit der milieutherapeutische Einfluss der Tagesklinik auf Dauer in den häuslichen Bereich "ausstrahlt". Zum anderen ist nachvollziehbar, dass in einem solchen Setting die Motivation des Versicherten eher geweckt werden kann, wenn eine größere Anzahl von erfahrenen Therapeuten als Bezugsperson zur Verfügung stehen.

Der im August 1988 geb. Versicherte wurde aufgrund einer kinderärztlichen Verordnung wegen der Diagnose Verhaltensstörung am 06.05.2002 in die Tagesklinik der Rheinischen Kliniken W, deren Träger der Kl. ist, aufgenommen. Die Tagesklinik stellte die **Aufnahmediagnose:** Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen; beabsichtigt war eine 2-monatige teilstationäre Behandlung zur ausführlichen Diagnostik und Beobachtung und gezielten Einleitung therapeutischer Maßnahmen. Die **Bekl.** lehnte eine Kostenzusage ab,

da die Therapie der in der Aufnahmediagnose beschriebenen kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen nicht in den Zuständigkeitsbereich der GKV gehörten und dem sozialpädagogischen Bereich zuzuordnen seien. Die vorgesehene Behandlung diene daher der sozialen Eingliederung, nicht einer Krankheitsbekämpfung. Erst nachdem die Mutter durch anwaltliches Schreiben die Bekl. zur Kostenübernahme aufforderte, holte diese eine Stellungnahme des medizinischen MDK ein, der keine Notwendigkeit einer teilstationären Krankenhausbehandlung sah. Die Bekl. lehnte daraufhin erneut gegenüber der Klinik die Kostenübernahme ab. Die Behandlung war am 13.06.2002 wegen der ungeklärten Kostenträgerschaft abgebrochen worden. **SG Köln**, Urt. v. 02.03.2005 - S 5 KR 47/03 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

D) VERZINSUNGSANSPRUCH FÜR KRANKENHAUSKOSTEN

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 31.07.2007 – L 24 KR 8/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-167**
Krankenhausbehandlung, Krankenhausträger, Krankenhauskosten, Verzinsung, Aufrechnung
SGB V § 109 IV 3

Sieht ein **Vertrag** über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vor, dass der Krankenhausträger für Krankenhauskosten bei nicht fristgemäßer Zahlung **Zinsen** berechnen kann, so besteht ein entsprechender Verzinsungsanspruch.

Besteht kein Rückzahlungsanspruch, kann die mit der **Aufrechnung** zu bewirkende Rechtsfolge bezüglich des Vergütungsanspruches nicht eintreten. Der Vergütungsanspruch wird daher in seinem Bestand nicht berührt. Dies hat zur Folge, dass Nebenforderungen, die wegen der Fälligkeit des Vergütungsanspruches bestehen, wie der Zinsanspruch, gleichfalls unberührt bleiben.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 29.11.2005 - S 86 KR 2597/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. APOTHEKER

A) VERGÜTUNGSANSPRUCH EINES APOTHEKERS BEI GEFÄLSCHTER VERORDNUNG EINES ARZNEIMITTELS

SG Koblenz, Urt. v. 31.05.2007 – S 11 KR 47/06 – juris **RID 07-03-168**
Apotheker, Arzneimittelverordnung, Fälschung, Arzneimittel, Dopingmittel
SGB V § 129

Leitsatz: 1. Ein Apotheker hat keinen Anspruch auf Vergütung für eine gefälschte Arzneimittelverordnung, wenn er die Fälschung fahrlässig nicht erkannt hat.

2. Eine Verordnung für ein Arzneimittel, das in Bodybuilder- und Sportlerkreisen missbräuchlich als Dopingmittel verwendet wird, ist vom Apotheker sorgfältig auf seine Echtheit zu überprüfen.

Das **SG** wies die Klage ab.

B) HINWEISE EINER KRANKENKASSE AN VERSICHERTE AUF VERSANDHANDELSAPOTHEKE

LSG Hamburg, Urt. v. 01.08.2007 – L 1 KR 16/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-169**
Arzneimittellieferungsvertrag, Unterlassungsanspruch, Apotheke, Krankenkasse, Versandhandelsapotheke
SGB V §§ 127 III, 140e; 305 III; GG Art. 3 I, 12 I

Bestimmt ein **Arzneimittellieferungsvertrag**, dass die Versicherten und Vertragsärzte weder von den Apotheken hinsichtlich der Verordnung bestimmter Mittel noch von den Krankenkassen zugunsten bestimmter Apotheken oder anderer Lieferanten mittelbar oder unmittelbar beeinflusst werden dürfen, dann darf eine Krankenkasse ihre Versicherten nicht auf den Bezug von Arzneimitteln bei einer Versandhandelsapotheke hinweisen, wenn sie mit der werbenden Nähelegung aktiver Mithilfe bei der Kostenreduzierung durch den Bezug von Medikamenten durch Apotheken im Ausland und dem konkreten Hinweis auf eine bestimmte Versandhandelsapotheke eine unmittelbare Beeinflussung der Versicherten ausübt.

Diese vertraglich vereinbarte Verpflichtung verstößt nicht gegen § 140e SGB V.

Die Krankenkasse schrieb an ihre Versicherten am 21.09.2001 unter der Überschrift "**BKK Hamburg reagiert auf Kostenexplosion im Arzneimittelbereich**": "(Anrede), mit meinem Schreiben vom 11. Juli dieses Jahres berichtete ich Ihnen über den erfolgreichen Sanierungskurs der BKK Hamburg. Nach wie vor bereiten uns allerdings weiterhin die Ausgaben für Arzneimittel, die inzwischen gegenüber dem Vorjahr zweistellige Zuwachsraten erreicht haben, Sorgen. Auch Sie können, wie es bereits schon heute viele Mitglieder tun, aktiv mithelfen, Ihre und unsere Kosten für

Arzneimittel zu reduzieren. Wie das möglich ist? Durch den Bezug von Medikamenten durch Apotheken im benachbarten Ausland! Möglicherweise haben Sie schon einmal von "D." gehört. Es handelt sich hierbei um eine niederländische Apotheke. Diese gibt bei exakt der gleichen Qualität viele Arzneimittel preiswerter ab. Auch der Service ist sehr interessant. Dazu geben wir Ihnen gerne einige Informationen: Die Medikamente bei D. sind im Durchschnitt 20%, in Einzelfällen sogar bis zu 60% günstiger als in deutschen Apotheken. Hierbei handelt es sich um ganz normale, niederländische Preise. Sicherheit ist garantiert: Medikamente, Verpackungen und Beipackzettel sind in deutscher Sprache abgefasst. Vor der Auslieferung versieht die Apotheke jedes Medikament mit einem Aufkleber mit dem Patientennamen und der Dosierung. Übrigens: Die Zuzahlungen bei Arzneimitteln sind in den Niederlanden nicht üblich, weshalb Sie für Ihre rezeptpflichtigen Medikamente auch keine Zuzahlung zu leisten brauchen. Sie sparen also kräftig mit! Wie bei jeder anderen Apotheke muß das Originalrezept vorgelegt werden. Im Fall der Apotheke D. wird es eingeschickt. Dafür stellt D. Briefumschläge zur Verfügung und übernimmt das Porto. Das Medikament kann, je nach Ihrer Wahl, durch einen Kurierdienst für Sie kostenfrei zu Ihnen nach Hause oder auch an Ihren Arbeitsplatz gebracht werden. Der Kurierdienst ist nach unserer Erfahrung absolut zuverlässig. D. bietet als Apotheke Beratung sowohl unter einer kostenlosen Telefonnummer von montags bis freitags in der Zeit von 8.00 bis 20.00 Uhr als auch rund um die Uhr im Internet an. Wir wollen Ihnen in Ihrem eigenen Interesse die Leistungen so kostengünstig wie möglich anbieten. Deshalb weisen wir auf diese Alternative für den Bezug Ihrer Medikamente hin. Selbstverständlich sind Sie in Ihrem Recht auf freie Wahl Ihrer Apotheke weiterhin völlig ungebunden. Wenn Sie dieses Angebot nutzen wollen oder weitere Fragen haben, wenden Sie sich gern an unsere Kundenberater oder direkt: D., Telefon (kostenfrei): ... Fax: ... Internet: ..." Das Klagverfahren führte den bereits im **Eilverfahren** ausgetragenen Streit zwischen einem Apothekerverband und der Krankenkasse im Hauptsacheverfahren fort. SG Hamburg, Beschl. v. 15.09.2001 - S 22 KR 1048/01 ER - hatte der Bekl. bis zu einer vollstreckbaren Entscheidung in der Hauptsache vorläufig untersagt, ihre Versicherten entsprechend dem Schreiben zum Bezug von Medikamenten im Wege des Versandhandels durch die Apotheke D. aufzufordern. LSG Hamburg, Beschl. v. 04.12.2003 - L 1 B 13/02 ER – wies die Beschwerde zurück. **SG Hamburg**, Urt. v. 10.04.2006 - S 28 KR 167/03 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

C) HERSTELLERABSCHLAG (BERINERT® P)

SG Frankfurt a. M., Gerichtsbs. v. 05.06.2007 – S 18 KR 614/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-170**
Berufung eingelegt: LSG Hessen - L 8 KR 164/07 -

Herstellerabgabepreis, Fertigarzneimittel, Herstellerabschlag,
SGB V §§ 130a, AMG §§ 43 I, 47 I; AMPPreisV §§ 1, 3 II

Für die Auslegung des Begriffs des "**Herstellerabgabepreises**" i. S. d. § 130a SGB V ist der "Herstellerabgabepreis" bzw. dessen Definition durch den BGH (GRUR 1984, 748) aus der AMPPreisV heranzuziehen.

Der Anwendungsbereich der AMPPreisV ist nach weiterer Maßgabe des § 1 I AMPPreisV für apothekenpflichtige Fertigarzneimittel wie Berinert® P eröffnet. Für das Arzneimittel Berinert® P ist ein **Herstellerabschlag** abzuführen.

Der Kl. ist Inhaber der X-Apotheke. Er gab im Januar bis August 2004 das Arzneimittel Berinert® P von der ZLB B. GmbH auf vertragsärztliche Verordnungen an die bei der Bekl. Krankenversicherten ab. Bei Berinert® P handelt es sich um das aus menschlichem Plasma gewonnene Plasmaglycoprotein C1-Esterase-Inhibitor, das intravenös injiziert oder infundiert zur Behandlung des erblichen Angioödems eingesetzt wird. Hierbei führte der Kl. keinen Herstellerabschlag nach § 130a I SGB V ab. Daraufhin stellte die Bekl. die entsprechenden Differenzbeträge im Rahmen der Retaxierung in Rechnung, wogegen der Kl. erfolglos Einspruch einlegte. Das **SG** wies die Klage ab.

3. SPRECHSTUNDENBEDARFSLIEFERANT: VERORDNUNG VON SPRECHSTUNDENBEDARF

SG Hamburg, Beschl. v. 30.03.2007 – S 8 KR 207/07 ER – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-171**
Sprechstundenbedarf, Direktlieferbeziehung, Verordnung von Sprechstundenbedarf, Vertragsarzt

SGB V § 302 II 1; GG Art. 12 I

Ist ein Sprechstundenbedarfslieferant kein Leistungserbringer i.S.d. SGB V, sondern nach § 302 II SGB V als "**Sonstiger Leistungserbringer**" anzusehen, so ist er wie ein Leistungserbringer zu behandeln. Dieser grundsätzlich denkbare Anspruch kann aber wiederum entfallen, wenn das Vertrauensverhältnis zwischen den Beteiligten durch falsche Abrechnungen zerstört ist.

Bleibt ein Sprechstundenbedarfslieferant nach Aufkündigung der Direktabrechnung mit den Krankenkassen in dem Bereich der Herstellung und Entwicklung von Medizin- und Hygieneprodukten, dem Vertrieb von Produkten, die nicht unter den Sprechstundenbedarf fallen, und dem Vertrieb an Apotheken, Sanitäts- und medizinischen Handel und Großhandel sowie für Industriekunden unangetastet und macht der unmittelbar tangierte Bereich der Direktbelieferung von niedergelassenen Arztpraxen einen Jahresumsatz von über 21.000.000 EUR aus, wobei im Bereich der

momentan betroffenen Gebiete (Nordrhein, Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg) ca. 2.700.000 EUR Umsatz erzielt werden, so liegt in Anbetracht des gesamt erzielten Umsatzes im Inland von vorgetragenen 170.000.000 EUR eine **Existenzgefährdung** nicht vor und fehlt es an einem **Anordnungsgrund**.

Zum **Sachverhalt** s. bereits SG Dresden, Beschl. v. 02.04.2007 – S 18 KR 142/07 ER - RID 07-02-183. Ebenso zum 31.03.2007 haben die Landesverbände Brandenburg (SG Potsdam - S 1 KA 30/07 ER), Sachsen (SG Dresden - S 18 KR 142/07 ER) und Sachsen-Anhalt (SG Magdeburg - S 13 KR 103/07 ER) der Ag. die Direktabrechnung beendet. Das **SG** wies den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab.

4. HILFSMITTELERBRINGER

A) SCHULTERBEWEGUNGSSCHIENE (CPM)

LSG Bayern, Urt. v. 08.03.2007 – L 4 KR 20/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-172

Revision anhängig: B 3 KR 8/07

Schulterbewegungsschiene

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

§ 127 I 1 SGB V regelt eine **Bindungswirkung** nur für die **Mitgliedskassen der Landesverbände**. Etwas anderes hat auch das BSG, Urt. v. 23.01.2003 - B 3 KR 7/02 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 1 nicht ausgeführt.

Ein **Hilfsmittelerbringer** kann auch keine **Forderung aus abgetretenem Recht** geltend machen. Wird einer Versicherten eine Bewegungsschiene als Sachleistung, die vertragsärztlich verordnet war, zur Verfügung gestellt, so entstehen ihr keine Kosten und kann sie Kostenerstattung nicht verlangen, also auch keinen Anspruch abtreten. Im Ergebnis sind damit die umfangreichen Ausführungen des Sozialgerichts zur Notwendigkeit der Bewegungsschiene und zur Angemessenheit des Mietzinses nicht entscheidungserheblich.

Der Beigel. wurde nach einer Schulterarthroskopie links eine motorbetriebene Schulterbewegungsschiene (CPM) für die Dauer von 3 Wochen verschrieben, um eine passive Bewegungstherapie 3 bis 4 mal täglich sicherzustellen. Diese lieferte die Kl., eine gem. § 126 SGB V zugelassene Hilfsmittellieferantin und Mitglied im Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. Zwischen der AOK Bayern und diesem Verband existiert eine **Vereinbarung** im Sinne von § 127 SGB V v. 23.10.2003, wonach Mietzins für das in Rede stehende Hilfsmittel zu bezahlen ist. Die Kl. begehrt von der Bekl. an Mietzins 415,28 EUR. Die Bekl. verneinte eine Indikation für den häuslichen Einsatz einer CPM-Schiene. Das Gericht erhob Beweis durch ein medizinisches **Sachverständigengutachten**. *SG Augsburg*, Urt. v. 14.11.2005 – S 10 KR 359/04 – RID 06-01-141 verurteilte die Bekl., an die Klägerin 159,89 EUR zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab, das **LSG** wies die Klage vollumfänglich ab.

Das SG weist darauf hin, in der mündlichen Verhandlung vom 14.11.2005 seien 5 Streitsachen von insgesamt mittlerweile **175 vergleichbaren**, am SG Augsburg anhängigen **Verfahren** entschieden worden.

Vgl. zuletzt *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 12.10.2005 – L 4 KR 257/03 – RID 06-01-115; *LSG Hessen*, Urt. v. 01.09.2005 – L 1 KR 699/03 – RID 05-04-111 und RID 04-03-B VII 7a; *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 30.04.2003 - S 20 KR 1296/02 - RID 03-03-116 m.w.N.; zum Versorgungsanspruch s. a. *SG Aurich*, Urt. v. 28.02.2007 – S 1 KR 82/03 – RID 07-02-127; *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 20.01.2004 - S 30/25 KR 1628/02 - RID 04-02-204.

B) AUFNAHME IN HILFSMITTELVERZEICHNIS

AA) GERÄTE DER NICHT-INVASIVEN MAGNETFELD THERAPIE UND KOMPETENZ DES BUNDESAUSSCHUSSES

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.05.2007 – L 5 KR 245/00 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-173

Revision anhängig: B 3 KR 10/07 R

Elektrostimulation, Magnetfeldtherapie, Hilfsmittelverzeichnis, Systemversagen

SGB V §§ 33, 92, 128, 139

Die Spitzenverbände der Krankenversicherung sind nicht verpflichtet, die Geräte der nicht-invasiven Magnetfeldtherapie in das **Hilfsmittelverzeichnis** aufzunehmen.

Die **Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses** für Richtlinien nach § 92 SGB V darf auch bei einer mit einem Hilfsmittel verknüpften neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht unterlaufen werden.

Es kann dahingestellt bleiben, ob der Gedanke des **Systemversagens** auf das Verhältnis zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und die Hilfsmittelhersteller übertragen werden kann, wenn es an der Grundvoraussetzung eines pflichtwidrigen Verhaltens fehlt.

Die Kl. produziert und vertreibt seit den siebziger Jahren die von ihrem Geschäftsführer zusammen mit einem Arzt entwickelten **Geräte zur Elektrostimulation des Knochen- und Bindegewebes mittels pulsierender Magnetfelder**, mit dem Patienten im Wege der Heimbehandlung **Magnetfeldtherapie** bei sich selbst anwenden können. In dem vorliegenden Verfahren geht es nur noch um die Indikationsbereiche "Beschwerden durch Lockerung der Gelenk-Endoprothese, Heilung von Spongiosa und Tumormetastasen im Knochen, Osteotomien des Tibiakopfes und Frakturheilungsstörungen (insbesondere verzögerte Frakturheilung und Pseudarthrose) bei kleinem Frakturspalt". Die **Magnetfeldtherapie mittels implantierter Spulen (invasive Magnetfeldtherapie)** ist als Leistung der **GKV seit 1992 anerkannt**. Geräte für diese Behandlung sind im **Hilfsmittelverzeichnis** in der **Produktgruppe 09** - Elektrostimulationsgeräte - eingetragen. In der Zeit vor 1992 war auch die **nicht-invasive Magnetfeldtherapie** mit dem N-Verfahren als kassenärztlich abrechenbare Behandlungsmethode zugelassen. Mit Beschl. v. 14.01.1992 hatte der Bundesausschuss den Katalog der nicht abrechnungsfähigen Behandlungsmethoden erweitert und ausgeführt, die nicht-invasive Magnetfeldtherapie könne **nicht als Hilfsmittel** (z.B. beim Physiotherapeuten) bzw. die benötigten Geräte könnten nicht als Hilfsmittel (zur Eigenbehandlung durch den Patienten) zu Lasten der GKV verordnet werden. Nach einem abweisenden Beschl. des SG Köln v. 18.03.1992 (S 19 Ka 5/92 - SG Köln) verpflichtete sich der Bundesausschuss in einem Vergleich vor dem LSG Nordrhein-Westfalen, das N-Verfahren erneut zu überprüfen. Gegen den dann ergangenen ablehnenden Beschluss 1992 ging die Kl. nicht vor. 1996 beantragte die Kl. die Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis. **SG Köln**, Urt. v. 21.01.1999 verpflichtete, die von der Kl. für die konservative Magnetfeld-Therapie hergestellten Geräte vom Typ M60 und M65 in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 08.07.1999 wies die Klage als unzulässig ab. **BSG**, Urt. v. 31.08.2000 - B 3 KR 21/99 R - SozR 3-2500 § 139 Nr. 1 wies den Rechtsstreit an das LSG zurück. **Der Bundesausschuss** stellte am 25.07.2002 fest, es lägen keine Umstände vor, die eine Neubewertung der Magnetfeldtherapie nach dem N-Verfahren rechtfertigten. Das **LSG** wies die Klage ab.

BB) HÜFTPROTECTOREN ("SAFEHIP®"): KEINE PRÜFUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.05.2007 – L 16 (5,2) KR 70/00 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-174**
Revision zugelassen

Hüftprotector, Safehip®, Hilfsmittelverzeichnis, Sturzkrankheit, CE-Kennzeichnung, Wirtschaftlichkeit
SGB V §§ 2, 33, 139

Es spricht Einiges dafür, das **Sturzsyndrom** bzw. die Sturzkrankheit als ein eigenständiges **Krankheitsbild** mit hieraus entstehender Teilhabestörung, Angst und daraus wiederum folgender Depression als typischer Problematik der Sturzkrankheit anzusehen.

Die Entscheidung der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Ablehnung eines Antrages auf **Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis** ist in vollem Umfang **überprüfbar**. Das Gericht ist bei der Prüfung weder auf den medizinisch-technischen Erkenntnisstand zum Zeitpunkt der Verwaltungsentscheidung noch auf die Beurteilung allein der im Verwaltungsverfahren vorgelegten Unterlagen beschränkt. Die Tatsacheninstanzen haben den Sachverhalt umfassend, ggf. unter Einholung von Sachverständigengutachten, aufzuklären (§ 103 Satz 1, § 106 III Nr. 5 SGG), wobei für die Entscheidung der Sach- und Streitstand sowie der medizinisch-technische Erkenntnisstand zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgebend ist. Erst wenn sich nach Ausschöpfung aller gerichtlichen Erkenntnismöglichkeiten die Funktionstauglichkeit, die Qualität und/oder der therapeutische Nutzen eines neuen HM s nicht mit hinreichender Sicherheit feststellen lässt (vgl. BSG SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO), ist die Klage nach der Beweislastregel des § 139 II 1 SGB V abzuweisen (BSG, Urt. v. 28.09.2006 - B 3 KR 28/05 R - juris).

Mit der **CE-Kennzeichnung** ist ein Hilfsmittel im Sinne der Produktsicherheit und Zwecktauglichkeit auch im krankenversicherungsrechtlichen Sinne funktionstauglich, ohne dass dies von den Krankenkassen oder Gerichten noch eigenständig zu prüfen wäre. Eine **Prüfung der Wirtschaftlichkeit** des Hilfsmittels ist nicht vorzunehmen.

"Safehip®" ist ein mit einer CE-Kennzeichnung versehener **Hüftprotector** eines dänischen Herstellers. Er besteht aus zwei anatomisch geformten Schalen, die in eine sie fixierende Hose so eingenäht sind, dass die Schalen rechts und links unterhalb des Hüftknochens liegen und den Oberschenkelknochen überdecken. Bestanden die Protectoren, zum Beispiel bei den streitgegenständlichen Unterprodukten "Safehip Kompakt" und "Safehip Top", zunächst aus Hartschaum, so sind im Laufe der Zeit hufeisenförmige Weichschaumprotectoren, bspw. getragen in gesondert auswechselbaren Hosen oder in Gürtelform, entwickelt worden. Bei einem Sturz soll die Aufprallenergie vom Trochanter (Rollhügel am Oberschenkelknochen) auf das umliegende Weichteilgewebe abgelenkt und so ein Bruch des Oberschenkelknochens vermieden werden. Zielgruppe sind

Patienten, die an manifester Osteoporose leiden, bei denen ein erhöhtes Sturzrisiko besteht oder die bereits eine Oberschenkelhalsfraktur erlitten haben. Die Bekl. **lehnten** eine **Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis ab**. Zur **Begründung** führten sie aus, es falle in die Eigenverantwortung der betroffenen Versicherten, sich vor weiteren Brüchen zu schützen; eine Leistungsverpflichtung der GKV sei nicht gegeben. Im Übrigen könne der Schutz vor schwerwiegenden Folgen eines Sturzes bei dem oben genannten Personenkreis auch durch wirtschaftlichere Maßnahmen, z. B. durch Einlegen eines handelsüblichen Schaumgummipolsters, erreicht werden. Der Einsatz von Hüftprotectoren stelle keine gezielte Krankenbehandlung dar; denn die Produkte nähmen nicht aktiv auf Funktionsdefizite Einfluss. Auch werde bei Verwendung von Hüftprotectoren keine Behinderung ausgeglichen. Ein therapeutischer Nutzen sei nicht erkennbar. **SG Köln**, Urt. v. 08.11.1999 - S 19 KR 197/98 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., das Produkt "Safehip®", bezogen auf die von der Bekl. bislang geprüften Unterprodukte "Safehip Kompakt" und "Safehip Top" in das Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen aufzunehmen.

C) UNZULÄSSIGER AUSSCHLUSS VON HILFSMITTELLIEFERANTEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.01.2007 – L 2 KN 16/05 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-175
Revision anhängig: B 5b KN 2/07 KR R

Selektivvertrag, Ausschreibungsverfahren

SGB V §§ 2, 33, 126, 127; GG Art. 20 III; SGB I § 31

Der (zeitweise) **Ausschluss** eines (Groß-)Teils der **Leistungserbringer** von der Versorgung der Versicherten einer Krankenkasse mit (von der Ausschreibung erfassten) wiederverwendbaren Hilfsmitteln ist rechtswidrig, weil er nicht dem in §§ 2, 33, 126, 127 SGB V abschließend geregelten System der Hilfsmittelversorgung vereinbar ist. Für diese Verwaltungspraxis gibt es keine gesetzliche Grundlage, so dass der Grundsatz des Vorbehalt des Gesetzes (Art. 20 III GG; § 31 SGB I) verletzt wird.

Vergaberechtliche Vorschriften ermächtigen eine Krankenkasse nicht dazu, einzelne Leistungserbringer bei der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln nicht zu berücksichtigen.

Selbst wenn man die Auffassung vertreten wollte, durch § 69 SGB V werde das Vergaberecht nicht ausgeschlossen (so Koenig/Steiner ZESAR 2003, 98 ff; Koenig/Klahn VSSR 2005, 183, 187), so wäre eine **Krankenkasse** jedenfalls keine **öffentliche Auftraggeberin** im Sinn des § 98 Nr. 2 GWB.

Die **Kl.** sind die Innungen für Orthopädie in Nordrhein-Westfalen, denen Handwerksbetriebe, die über Zulassungen als Leistungserbringer von Hilfsmitteln nach § 126 I SGB V verfügen, als Mitglieder angehören. Die **Bekl.** führt die knappschaftliche Krankenversicherung durch. Sie kündigte den Rahmenvertrag wirksam zum 31.12.2001. Für wiederverwendbare Hilfsmittel, die den Versicherten lediglich leihweise zur Verfügung gestellt werden, führte die Bekl. in den vergangenen Jahren mehrmals **Ausschreibungen** durch. Die Ausschreibungen erfolgten im Wege eines sog. Offenen Verfahrens nach der Verdingungsordnung für Leistungen - Teil A (VOL/A). Im Einzelnen wurden bestimmte wiederverwendbare Hilfsmittel des Hilfsmittelverzeichnisses (§ 128 SGB V) in drei (im Jahr 2006) bzw. 4 Fachlose (im Jahr 2004) eingeteilt. (Fachlos 1a: Krankenfahrzeuge - ohne Elektroantrieb und entsprechendes Zubehör; Fachlos 1b: Krankenfahrzeuge - mit Elektroantrieb und entsprechendes Zubehör; Fachlos 1c: Inhalations- und Atemtherapiegeräte und entsprechendes Zubehör; Fachlos 1d - im Jahr 2006 nicht mehr von der Ausschreibung umfasst: sonstige Hilfsmittel und Zubehör, z.B. Lifter, Wechseldruck-Matratzen, Duschstühle). Im Weiteren wurden - bundesweit - Städte, Kreise und Gemeinden, unter Berücksichtigung von Versichertenzahlen und der regionalen Auftragszahlen, zu sog. Gebietslosen (die Ausschreibung im Jahr 2004 erfolgte mit 31, die Ausschreibung 2006 mit 32 Gebietslosen) zusammengefasst. Allen interessierten Unternehmen wurde die Möglichkeit eingeräumt, ein Angebot abzugeben. Für jedes Gebietslos ermittelte die Beklagte sodann, differenziert nach dem jeweiligem Fachlos, zwei Leistungserbringer (Ausschreibungsgewinner), denen für 2 Jahre alle in diesem Vertragsbereich anfallenden Versorgungsaufträge übertragen wurden. Weitere im jeweiligen Vertragsbereich (zugelassene) Hilfsmittellieferanten nahmen an der Versorgung der Versicherten der Beklagten (mit Hilfsmitteln, die Gegenstand der Ausschreibung waren) nicht mehr teil. Soweit diese Hilfsmittellieferanten der Bekl. Verordnungen und Kostenvoranschläge vorlegten, wurde ihnen mitgeteilt, dass durch sie eine Lieferung zu Lasten der Bekl. nicht erfolgen könne. Weiter hieß es, die Lieferung des Hilfsmittels erfolge aus dem Lagerbestand der Bekl. durch eine Firma, die mit der Bekl. einen Sondervertrag abgeschlossen habe. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 11.01.2005 - S 24 KN 108/01 KR - wies die Klage ab, das **LSG** stellte fest, dass die Mitglieder der Kl. von der Bekl. bei der Versorgung mit den von der Ausschreibung erfassten wiederverwendbaren Hilfsmitteln als Leistungserbringer zu berücksichtigen sind.

5. HEILMITTELERBRINGER

A) KRANKENGYMNASTIK NACH BOBATH, VOJTA UND PNF

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.03.2007 – L 5 KR 111/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-176**
Krankengymnastik, Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Faszilitation, PNF, Kabath, Heilmittelrichtlinien
SGB V §§ 124 I, 125 II 1

Die Abrechnung von Leistungen nach Nr. 20710, 20711 und 20712 (Krankengymnastik nach Bobath, Vojta oder PNF zur Behandlung von nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung) gemäß der Vergütungsvereinbarung zum Vertrag über die Erbringung und Vergütung physikalisch-therapeutischer Leistungen für die Versicherten der Mitgliedskassen der Landesverbände durch Krankengymnasten sowie Physiotherapeuten in Nordrhein vom 25.06.1991 stellt keine Erweiterung der **Zulassung** gemäß § 124 SGB V dar (BSG, Urt. v. 24.07.2003 - B 3 KR 31/02 R - SozR 4-2500 § 124 Nr. 1).

Schreibt ein **Rahmenvertrag** vor, dass nur solche Leistungen erbracht werden, für die die fachliche Qualifikation des Leistungserbringers gegeben ist und ist hierfür eine Weiterbildung nach Abschluss der Erstausbildung notwendig, so kann ein Krankengymnast, der nicht an einer Weiterbildung teilgenommen hat, die Abrechnungsbefugnis nicht erhalten, unabhängig davon, welche Qualifikationsinhalte in der Erstausbildung vermittelt wurden.

Eine andere Beurteilung ergibt sich weder aus dem **Verfassungsrecht** noch aus dem **Europarecht**.

SG Aachen, Urt. v. 16.05.2006 - S 4 (6) KR 265/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) WIEDERZULASSUNG EINER LOGOPÄDIN NACH STRAFURTEIL

LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2006 – L 4 KR 286/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-177**
Logopädin, Strafurteil, Zulassung, Versicherter, Unversehrtheit, Nebenbestimmung
SGB V § 124 II; SGB X § 32

Einer Logopädin, die 1994 ihre Position als Leistungsbringerin dazu ausgenützt hat, ihrem, wie im **Strafurteil** ausgeführt, sexuell abartig veranlagten Mann die Gelegenheit zu verschaffen, ein 12-jähriges Mädchen nicht nur massiv sexuell zu belästigen, sondern darüber hinaus körperlich zu verletzen, die Videoaufnahmen von bei ihr behandelten Kindern erstellte, wobei sie mit den nackten Kindern Gymnastikübungen veranstaltete, und die deshalb zu einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten mit Strafaussetzung zur Bewährung verurteilt wurde und der 2002 die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Logopädin wieder erteilt worden ist, kann eine Zulassung zur Behandlung gesetzlich Versicherter nicht erteilt werden, wenn es an einem signifikanten Bruch mit dem damals gezeigten Verhalten fehlt. Unter diesem Aspekt ist das Grundrecht der Logopädin gemäß Art. 12 GG geringer zu bewerten als das Grundrecht der Versicherten auf körperliche Unversehrtheit.

Eine Wiederzulassung mit der **Nebenbestimmung**, nur Versicherte zu behandeln, die zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung bereits das 27. Lebensjahr vollendet haben, kann nicht erteilt werden. Fehlen wesentliche Voraussetzungen wie das Vertrauen in die Zuverlässigkeit, muss die Behörde einen ablehnenden Bescheid erteilen und der Betroffene später ggf. einen neuen Antrag stellen. Es ist schließlich der Umgang mit behinderten Menschen, der es erfordert, auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit eines Behandlers auszuschließen. Das gebietet die Fürsorge der Versicherer gegenüber ihren Versicherten.

SG München, Urt. v. 23.11.2004 - S 47 KR 442/03 – verurteilte die Bkl., der Kl. die Zulassung zur Abgabe von logopädischen Behandlungen von Versicherten unter der Auflage zu erteilen, dass sie nur Versicherte behandelt, die zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung bereits das 27. Lebensjahr vollendet haben, das **LSG** wies die Klage in vollem Umfang ab.

6. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

A) SCHIEDSSPRUCH ZU VERTRAG ÜBER HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE KEIN VERWALTUNGSAKT

LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 26.07.2007 – L 24 KR 408/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-178

Schiedsperson, Schiedsspruch, Verwaltungsakt, Vollziehbarkeit, Vertrag

SGB V §§ 69, 89, 132a; SGB X § 31; BGB § 317; SGG §§ 70 Nr. 4, 86b I 1 Nr. 1, II

Der **Schiedsperson** nach § 132a II 6 SGB V wird keine **hoheitliche Aufgabe** übertragen. Ihr Schiedsspruch ist kein Verwaltungsakt, dessen sofortige Vollziehbarkeit festgestellt oder angeordnet werden könnte. Die Vorschrift bestimmt nur, was Vertragsinhalt zwischen den Beteiligten werden soll.

Die **Ast.** betreibt ein Unternehmen der häuslichen Krankenpflege und erbringt Leistungen nach § 37 SGB V. Sie versorgt Versicherte der Antragsgegnerin sowie anderer Leistungsträger in Berlin mit häuslicher Krankenpflege sowie Leistungen der Pflegeversicherung. Nachdem zwischen den Beteiligten – sowie zahlreichen anderen Leistungserbringern und der Ag. – eine Einigung zum Vertragsinhalt entsprechend § 132a II SGB V nicht zustande gekommen war, bestellte das Bundesversicherungsamt (BVA) als zuständige Aufsichtsbehörde entsprechend § 132a II 7 SGB V als **Schiedsperson** Herrn R Z. Letzterer legte im **Schiedsspruch** vom 27. **Mai 2005** die Vertragsinhalte fest. Zwischen den am Schiedsspruch Beteiligten ist ein Rechtsstreit anhängig, in dem die Ag. die Aufhebung des Schiedsspruches begehrt (SG Berlin, S 89 KR 1554/05 – LSG Berlin-Brandenburg, L 9 KR 403/07, früher L 24 KR 288/07). Das BVA hatte die Ag. verpflichtet, den Schiedsspruch auszuführen und hierzu die sofortige Vollziehung angeordnet. Für Leistungsfälle, in denen ein erstmaliger Leistungsantrag für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem 31.12.2006 gestellt wurde, hat das BVA die sofortige Vollziehung ausgesetzt. Im **März 2007 beantragte** die Ast. beim SG Berlin: 1. Es wird festgestellt, dass der Schiedsspruch der Schiedsperson R Z sofort vollziehbar ist und die Klage gegen den Schiedsspruch keine aufschiebende Wirkung hat. Hilfsweise wird beantragt, gemäß § 86b I Nr. 1 SGG die sofortige Vollziehung des Schiedsspruches durch die Schiedsperson R Z anzuordnen. Die Antragschrift enthielt zu Ziff. 2 und 3 weitere Anträge (Unterlassungsanträge gegen die Ag.). Das SG trennte den Antrag zu 1 ab und führte das Verfahren fort. SG Berlin, Beschl. v. 25.04.2007 - S 72 KR 1534/07 ER - erklärte sich für unzuständig und wies den Rechtsstreit an das LSG, das den Antrag zurückwies.

Parallelverfahren: *SG Berlin*, Beschl. v. 25.04.2007 - S 72 KR 1531/07 ER -

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 26.07.2007 – L 24 KR 407/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-179

B) QUALIFIKATION ALS FACHLICHE LEITUNG EINES AMBULANTEN KRANKENPFLEGEDIENSTES

LSG Hamburg, Urt. v. 13.06.2007 – L 1 KR 30/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-180

Krankenpflegedienst, Qualifikation, Leitung, Altenpfleger

SGB V §§ 132, 132a

Eine dreijährige Ausbildung zur Altenpflegerin erfüllt nicht die in Versorgungsverträgen für die **fachliche Leitung eines ambulanten Krankenpflegedienstes** geforderte Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Krankenschwester" oder "Krankenpfleger", "Kinderkrankenschwester" oder "Kinderkrankenpfleger". Diese vertragliche Regelung, die den Beruf des Altenpflegers als Qualifikation für die fachliche Leitung nicht genügen lässt, hält einer gerichtlichen Überprüfung Stand. Sie ist mit den Vorgaben des SGB V und des GG vereinbar (BSG v. 07.12.2006 – B 3 KR 5/06 R -; BSG v. 07.12.2006 – B 3 KR 4/06 -).

Diese Regelung verstößt nicht gegen die **Zuständigkeitsbestimmungen** des SGB V und ist materiell rechtmäßig.

SG Hamburg, Urt. v. 05.05.2006 - S 34 KR 935/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) UNTERLASSUNGSANSPRUCH: PFLEGEDIENST GEGEN KRANKENKASSE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.05.2007 – L 16 KR 102/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-03-181

Unterlassungsanspruch, Pflegedienst, Krankenkasse, Wettbewerbsrecht, Berufsausübung, Berufsfreiheit

SGB V §§ 69, 70 I, 132a; GG Art. 3, 12

Ein ambulanter Pflegedienstes hat für einen geltend gemachten **Unterlassungsanspruch** gegen eine **Krankenkasse** wegen Aufforderung der Versicherten zur Umversorgung eine **Klagebefugnis** aus **Art 12 und 3 GG**.

§ 69 SGB V i.d.F. des GKV-WSG, der die entsprechende Anwendbarkeit von §§ 19 bis 21 GWB ausdrücklich normiert, begründet keine **Klagebefugnis** trotz des unzweifelhaft darin enthaltenen subjektiv-öffentlichen Rechts des einzelnen Leistungserbringers, da die Verweisung auf das GWB nicht für Verträge von Krankenkassen und deren Verbänden mit Leistungserbringern gilt, zu deren

Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamsregelung gilt.

Auch seit der Neuregelung des § 69 SGB V zum 01.04.2007 kann ein **Unterlassungsanspruch** weiterhin auf eine Verletzung der Art. 12 und 3 GG i. V. m. einer entsprechenden Anwendung des § 1004 BGB gestützt werden, wenn Krankenkassen durch ihr hoheitliches Verhalten das Recht der freien Berufsausübung oder der Gleichbehandlung im Wettbewerb beeinträchtigen. Gegenstand der Aufklärung der Versicherten ist u. a. die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung durch das Pflegeunternehmen. Der Gesetzgeber hat kein einseitiges Leistungsbestimmungsrecht für die Krankenkassen bzw. die Leistungserbringer vorgesehen, sondern, vgl. § 132a SGB V, ein einvernehmliches Handeln im Sinne des **Abschlusses von Verträgen** vorgesehen. Einen derartigen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit, die sich im Spannungsfeld des § 12 SGB V bewegt, muss ein Leistungserbringer hinnehmen.

Dass sich eine Krankenkasse bei der zukünftigen Mitteilung an die Versicherten an den bislang mit Leistungserbringern vereinbarten **Vergütungsstrukturen** orientieren will, ist rechtlich unbedenklich, zumal wenn sie besondere Fallkonstellationen, die eine höhere Vergütung rechtfertigen könnten, für den Einzelfall nicht ausschließt.

Die KL. ist Inhaberin eines ambulanten Pflegedienstes. Die **Krankenkasse** (Bekl.) wandte sich mit **Schreiben** vom 03.09.2003 **an eine Versicherte** mit dem Hinweis, dass der Pflegedienst der Ast kein Vertragspartner und eine Leistungsgewährung daher prinzipiell nicht möglich sei. Die Versorgung könne aber durch einen Vertragspartner, nämlich die Familien- und Krankenpflege C, zu einem Stundensatz von 28,50 Euro sichergestellt werden. Dauerhaft könne nur dieser Betrag statt des von der Kl. angesetzten Stundensatzes von 38,25 Euro erstattet werden. Mit Beitrittserklärung vom 12.09.2003 trat die Kl. dem Rahmenvertrag zwischen dem Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW (LFK) und dem VdAK/AEV vom 30.04.1999 bei. Mit Schreiben vom 20.02.2004 teilte die Bekl. der Kl. mit, sie habe nach Beitritt der Kl. zu den abgeschlossenen Rahmenverträgen keine Veranlassung zu behaupten, die Kl. sei keine Vertragspartnerin. Zum Zeitpunkt des Schreibens vom 03.09.2003 habe die gegenteilige Aussage aber den Tatsachen entsprochen. **SG Dortmund**, Beschl. v. 07.04.2004 - S 8 KR 32/04 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung u.a. auf Untersagung, bei den durch die Ast. als Leistungserbringerin versorgten Versicherten in das Wahlrecht der Versicherten einzugreifen und diese aufzufordern, die Leistungserbringung von einem von der Antragsgegnerin vorgegebenen Leistungserbringer durchführen zu lassen, ab; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 12.07.2004 – L 16 B 34/04 KR ER - RID 04-03-139 wies die Beschwerde zurück. **SG Dortmund**, Urt. v. 22.03.2006 - S 8 KR 34/04 - wies die Klage ab. Im Termin zur mündlichen Verhandlung haben die Vertreter der **Bekl.** ergänzend folgende **Erklärung** abgegeben: *"Bei Hinweisen an die Versicherten, die die Pflegedienste der Klägerin in Anspruch nehmen oder in Anspruch nehmen wollen, wird sich die Beklagte auch in Zukunft vorbehalten, die Versicherten weiterhin darauf hinzuweisen, dass die Pflege auch durch preiswertere arbeitende Pflegedienste sichergestellt werden kann. Dabei wird die Beklagte aber nur darauf hinweisen, dass sie (die Beklagte) zu einer angemessenen Leistung an die Leistungserbringer verpflichtet ist. Leistungen für Dauer- und Schwerstpflegefälle werden derzeit von der Barmer Ersatzkasse in einem Bereich zwischen 26,31 EUR und 29,67 EUR pro Stunde generell vergütet bzw. zu Monatspauschalen zwischen ca. 11.000,- EUR und ca. 16.500,- EUR je nach Pflegeaufwand. In besonders gelagerten Einzelfällen wird jedoch vor Inanspruchnahme der Pflegedienste wie bisher geprüft werden, ob im Hinblick auf besonders schwere Fälle höhere Leistungen angemessen erscheinen. Diese Informationen an die Versicherten hält die Beklagte für rechtmäßig und wirtschaftlich geboten."* Das **LSG** wies die Berufung zurück.

7. ABSCHLUSS EINER VERGÜTUNGSVEREINBARUNG MIT LEISTUNGSERBRINGERIN FÜR HAUSHALTSHILFE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 10.07.2007 – L 11 KR 6157/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-03-182**
Vergütung, Haushaltshilfe, Vergütungsvereinbarung, Diskriminierungsverbot, Kontrahierungszwang
SGB V § 132

Eine **Haushaltshilfe**, die die qualitativ-fachlichen, personellen und räumlichen Voraussetzungen erfüllt, hat vom Grundsatz her nur einen Rechtsanspruch auf Abschluss eines **Versorgungsvertrages**, nicht indessen auf Abschluss einer **Vergütungsvereinbarung** mit der Höhe nach genau festgelegten Entgelten für bestimmte Leistungen.

Vertragspartner der Vergütungsvereinbarung nach § 132 SGB V ist die einzelne Krankenkasse und nicht der Landesverband.

Das **Diskriminierungsverbot** für marktbeherrschende oder marktstarke Unternehmen nach § 20 I u. II GWB ist in der Rechtsfolge in erster Linie auf Schadensersatz gerichtet. Ein unmittelbarer Kontrahierungszwang folgt daraus auch unter Berücksichtigung des EG-kartellrechtlichen Diskriminierungsverbots nicht (BGH 12.05.1998, KZR 23/96, BB 1998, 2332).

SG Karlsruhe, Urt. v. 06.11.2006 - S 5 KR 2409/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

8. ENTGELTANSPRUCH EINES RETTUNGSDIENSTES: VERJÄHRUNG NACH VIER JAHREN

LSG Hessen, Urt. v. 12.06.2007 – L 1 KR 58/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-183

Revision anhängig: B 3 KR 7/07 R

Rettungsdienst, Benutzungsentgelt, Verjährung, Verjährungsfrist
SGB V §§ 69, 133 I; SGB I § 45; BGB § 196; HessRDG §§ 11, 24

Der Entgeltanspruch eines Rettungsdienstes verjährt nicht gemäß § 196 I Nr. 1 bzw. Nr. 7 BGB a. F. mit einer zweijährigen Verjährungsfrist. Es gilt die vierjährige Verjährungsfrist entsprechend § 45 SGB I.

Die Kl. leistet qualifizierte Krankentransporte und betreibt eine zentrale Abrechnungsstelle für den Krankentransport und Rettungsdienst. Auf der Grundlage von § 11 II Hess. Rettungsdienstgesetz (HRDG) schlossen u. a. die Kl. und der Verband der Angestellten-Krankenkassen/A-Stadt am 1997 eine Vereinbarung über Benutzungsentgelte im Rettungsdienst für das Jahr 1997 und die anschließende Zeit. Im März 1998 transportierte die Kl. die K. B., geborene L., nunmehr verheiratete K., im Rettungswagen, wofür sie eine Stadtfahrtpauschale für Rettungswagen in Höhe von 952 DM sowie die Leitstellen-Vermittlungsgebühr von 27,90 DM (insgesamt 979,90 DM) in Rechnung stellte, wobei sie den Namen der Versicherten mit "K. B." angab, die Versicherungsnummer der Versicherten bei der Bekl. indes nicht mitteilte. Die auf den Namen B. lautende Rechnung wurde von der Bekl. im Mai 1998 zurückgewiesen mit dem Hinweis, Frau B. sei bei ihr nicht versichert. Auch eine weitere Rechnung vom März 2001 blieb erfolglos. *SG Kassel, Urt. v. 17.12.2004 - S 8/12 KR 1176/02* - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Krankenkasse zur Zahlung der strittigen 501,01 EUR.

X. Krankenkassen

1. WETTBEWERBSWIDRIGKEIT DES AUFNAHMEVERFAHRENS FÜR NEUKUNDEN

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 21.06.2007 – L 5 ER 158/07 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-184

Rechtsschutzbedürfnis, Kündigungsbestätigung, Wettbewerbsrecht, Wettbewerbsgrundsätze
SGB V §§ 4 III, 175 II 2; SGB I §§ 13 – 15; SGB X § 86; SGG § 86b II; ZPO §§ 928, 890

Das **Rechtsschutzbedürfnis** ist im Hinblick auf andere Möglichkeiten des Rechtsschutzes nur dann zu verneinen, wenn es einfachere oder effektivere Möglichkeiten des Rechtsschutzes gibt; gleich einfache oder effektive Möglichkeiten reichen nicht aus. Die Möglichkeit an die Aufsichtsbehörde heranzutreten, besteht daher grundsätzlich neben der Möglichkeit der Klage. Etwas anderes mag gelten, wenn die Behörde bereits verbindlich erklärt hat, sie werde gegen das beanstandete Verfahren alsbald aufsichtsrechtlich einschreiten.

Die **Voraussetzungen** für den Erlass einer einstweiligen Anordnung nach § 86b II 2 SGG bei **wettbewerbsrechtlichen Streitigkeiten** der gesetzlichen Krankenkassen sind in der den Beteiligten bekannten Rechtsprechung des LSG Rheinland-Pfalz geklärt (vgl. nur Beschl. v. 03.05.2005 - L 1 ER 11/05 KR – RID 05-02-159; v. 14.06.2006 - L 5 ER 57/06 KR – RID 06-03-188). Danach erfahren die Kassen bei der Mitgliederwerbung Beschränkungen, die sich aus der Pflicht der Kassen zur Aufklärung, Beratung und Information der Versicherten (§§ 13 bis 15 SGB I) sowie aus dem Gebot, bei der Erfüllung dieser und anderer gesetzlicher Aufgaben mit den übrigen Sozialversicherungsträgern zusammen zu arbeiten (§ 15 III SGB I; § 86 SGB X), ergeben und unter Berücksichtigung auch von § 4 III SGB V ein Gebot zur Rücksichtnahme auf die Belange der anderen Krankenversicherungsträger umfassen. Ferner sind die **"Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden"** zu beachten. Diese definieren Werbemaßnahmen als solche, die auf Gewinn und Halten von Mitgliedern gerichtet sind. Letzteres beinhaltet i.V.m. dem Gebot zur Rücksichtnahme auf die Belange der anderen Krankenversicherungsträger zugleich die Verpflichtung der (potentiell) aufnehmenden Kasse Maßnahmen zu unterlassen, die zulässige, auf das Halten der umworbenen Versicherten gerichtete Anstrengungen der (potentiell) abgebenden Kasse rechtswidrig beeinträchtigen. Nach der "Gemeinsamen Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht" vom 22.11.2001, Nr. 5.2 (Seite 20) kann die Wahl bzw. der Aufnahmeantrag in den Fällen des § 175 IV 1 und 2 SGB V noch bis zum Ende der Kündigungsfrist "korrigiert" werden, sodass Bemühungen der Antragstellerin als (potentiell) abgebende Krankenkasse eine Rücknahme der Kündigungserklärung zu erreichen, grundsätzlich nicht zu beanstanden sind.

Der **Verletzung des § 175 II 2 SGB V** ist auch Marktrelevanz im Hinblick auf den Wettbewerb der Kassen um das Anwerben bzw. Halten von Mitgliedern zuzumessen.

Durch das Bezeichnen der **potentiellen Neukunden** als neue Mitglieder, das Übersenden von Krankenversicherungskarten und die Übersendung von Mitgliedsbescheinigungen an diese oder deren Arbeitgeber schon vor Vorlage der Kündigungsbestätigung erweckt eine Krankenkasse vorzeitig den Eindruck, dass der Krankenkassenwechsel bereits abgeschlossen ist. Hierdurch werden zulässige Anstrengungen der Krankenkasse, die abgeworbenen Versicherten doch noch zu halten, rechtswidrig erschwert.

SG Speyer, Beschl. v. 27.04.2007 - S 7 ER 151/07 KR – wies den Antrag als unzulässig zurück, das *LSG* untersagte es d. Ag. unter Androhung eines Ordnungsgeldes von bis zu 250.000,00 EUR für jeden Fall des Zuwiderhandelns, ersatzweise Ordnungshaft, oder Ordnungshaft bis zu sechs Monaten, zu vollziehen an einem vertretungsberechtigten Vorstandsmitglied der Ag., im geschäftlichen Verkehr a) potentielle Neukunden, die innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung Mitglied der Antragstellerin waren, als neue Mitglieder zu bezeichnen und/oder an diese Krankenversicherungskarten zu übersenden, ohne das Vorliegen einer Kündigungsbestätigung abzuwarten, b) an potentielle Neukunden, die innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung Mitglied der Antragstellerin waren, oder an deren Arbeitgeber Mitgliedsbescheinigungen zu übersenden, ohne das Vorliegen einer Kündigungsbestätigung abzuwarten.

2. UMLAGEPFLICHT ZUR SANIERUNG EINER ÜBERSCHULDETEN KRANKENKASSE

SG Hamburg, Urt. v. 29.08.2006 – S 48 KR 251/04 – juris

RID 07-03-185

Revision anhängig: B 12 KR 1/07 R

Krankenversicherung, Belastung, Satzung, Umlagepflicht, Mitgliedskasse
SGB V §§ 210 I, 265 S. 1 Alt. 2

Die Satzungsregelung eines Landesverbandes der Krankenkassen, wonach eine Umlagepflicht zur Sanierung einer überschuldeten Krankenkasse im Rahmen des § 265 SGB V als andere aufwändige Belastung eingeführt wird, ist rechtmäßig.

Der Begriff "andere aufwändige Belastungen" in § 265 S. 1 Alt. 2 SGB V ist nach seinem weit gefassten Wortlaut und unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck des § 265 S. 1 SGB V weit auszulegen und umfasst Belastungen aus den verschiedensten Gründen, um so den Krankenkassen auf Landesverbandsebene die Möglichkeit zu geben, möglichst zeitnah und flexibel auf außerordentliche Belastungen einer Mitgliedskasse zu reagieren.

SG wies die Klage ab.

3. AMTSENTHEBUNG UND AMTSENTBINDUNG EINES MITGLIEDS DES VORSTANDS

LSG Bayern, Urt. v. 18.01.2007 – L 4 KR 328/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-186

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 46/07 B

Amtsenthebung, Amtsentbindung, Entlassung, Vorstandsmitglied, Vertrauen, Amtspflicht
SGB IV §§ 35a VII, 59

Rechtsgrundlage für die Amtsenthebung und Amtsentbindung eines Mitglieds des Vorstands ist § 35a VII SGB IV i. V. m. § 59 II u. III SGB IV.

Aus rechtsstaatlichen und rechtspolitischen Gründen muss auf eine möglichst weitgehende Objektivierung der in § 35a VII 2 SGB IV enthaltenen **Entlassungsgründe** Wert gelegt werden. Die Vorschrift darf keine Handhabe zur Entlassung unbequemer Vorstandsmitglieder sein. Es muss sich mangelndes Vertrauen manifestieren, allein der Verweis auf Pflichtverstöße genügt dafür nicht. Auf das Vertrauen des Landesverbandes kommt es nicht an und auch das Misstrauen des Vorsitzenden des Verwaltungsrates reicht nicht aus.

Eine Amtsenthebung wegen **Verletzung von Amtspflichten** ist gemäß § 59 III 1 SGB IV nur dann gerechtfertigt, wenn das Vorstandsmitglied in grober Weise gegen seine Amtspflichten verstoßen hätte. Hierzu hat das BSG bereits mit Urteil vom 29.06.1979 (SozR 5310 § 6 Nr.2) entschieden, dass Voraussetzung der Amtsenthebung des Mitglieds eines Selbstverwaltungsorgans ein schuldhafter grober Verstoß gegen die Amtspflichten ist. Eine absichtliche Verletzung der Amtspflichten ist jedoch nicht erforderlich. Dazu kann einfache Fahrlässigkeit nicht ausreichen, insbesondere nicht eine Überforderung mit einem Aufgabenspielraum, dem der Betreffende nicht (mehr) gewachsen ist.

Eine Amtsenthebung ist nicht begründet, wenn die Unfähigkeit zur Geschäftsführung **gesundheitlich** bedingt ist.

SG Nürnberg, Urt. v. - S 7 KR 342/03 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

4. KOSTENERSTATTUNG FÜR BETREUTE SOZIALHILFEEMPFÄNGER

SG Düsseldorf, Urt. v. 08.05.2007 – S 4 KR 38/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-187

Aufwendungsersatz, Verwaltungskosten, Sprechstundenbedarf, Krankenversicherungskarte
SGB V § 264 VII

Der **Aufwendungsersatz** nach § 264 SGB V ergibt sich unmittelbar aus dieser gesetzlichen Vorschrift und nicht aus der zwischen den Beteiligten geschlossenen Vereinbarung.

Innerhalb des gesetzlichen Rahmens nach § 264 SGB V sind die Kosten auf den angemessenen Betrag begrenzt. Der Begriff der angemessenen **Verwaltungskosten** unterliegt als unbestimmter Rechtsbegriff der gerichtlichen Kontrolle.

Es ist nicht zu beanstanden, dass eine Krankenkasse den von ihr geltend gemachten Prozentsatz für die zu erstattenden Verwaltungskosten von dem in der amtlichen Statistik veröffentlichten Prozentsatz der Verwaltungskosten an den Leistungsausgaben für die Mitglieder abhängig macht.

Eine Krankenkasse hat Anspruch auf Erstattung des Aufwandes für **Sprechstundenbedarf** und für die erstmalige Ausstellung der **Krankenversicherungskarte**.

Das *SG* gab der Klage statt.

XI. Verfahrensrecht

1. EINSTWEILIGE ANORDNUNG UND FEHLENDE MITWIRKUNG IM VERWALTUNGSVERFAHREN

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 07.05.2007 – L 5 ER 119/07 KR – juris

RID 07-03-188

Summarische Prüfung im vorläufigen Rechtsschutz

SGB V § 275, GG Art. 19 IV; SGG § 86b

Leitsatz: Die Gerichte müssen in Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes, wenn sie sich an den Erfolgsaussichten des Hauptsacheverfahrens orientieren wollen, die Rechtslage voll und nicht nur summarisch prüfen, sofern ohne die Gewährung des vorläufigen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Beeinträchtigungen entstünden, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr beseitigt werden könnten, insbesondere die Verschlimmerung einer lebensbedrohlichen Krankheit (BVerfG NJW 2003, 1236; NJW 2004, 3100). Dies gilt aber nicht, wenn der Antragsteller gegenüber dem Sozialleistungsträger nicht alles getan hat, um diesem die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen zu ermöglichen.

SG Speyer, Beschl. v. 04.04.2007 - S 11 ER 115/07 KR - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, mit dem der Ast. die Leistung einer ambulanten immunologischen Krankenbehandlung begehrte, ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. EINSTWEILIGES RECHTSSCHUTZVERFAHREN OHNE VORHERIGEN ANTRAG BEI KRANKENKASSE

SG Landshut, Urt. v. 14.08.2007 – S 1 KR 172/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-189

Rechtsschutzbedürfnis, Lipid-Apherese-Therapie, einstweiligen Rechtsschutz

SGG § 86b II

Auch im Verfahren auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ist zu prüfen, ob ein **Rechtsschutzbedürfnis** besteht. Dieses verlangt, dass sich der Antragsteller in der Regel zunächst an die Verwaltung wendet und dort die Leistung beantragt. Ausnahmsweise kann, ohne dass ein förmlicher **Antrag** auf die Leistung gestellt ist, ein Rechtsschutzbedürfnis bestehen, wenn die Sache sehr eilig ist und der Antragsteller aus besonderen Gründen mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgehen kann, bei der Behörde kein Gehör zu finden, etwa weil diese bereits mit der Angelegenheit befasst war.

Wird die Ablehnung der Fortführung einer Lipid-Apherese-Therapie im Oktober 2004 bestandskräftig, so kann nicht im August 2007 ohne vorherige Antragstellung bei der Krankenkasse einstweiligen Rechtsschutz begehrt werden.

Das *SG* wies den Antrag auf Gewährung von einstweiligem Rechtsschutz zurück.

XII. Entscheidungen des BSG

1. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG: ALTERSGRENZE FÜR MÄNNER

BSG, Urt. v. 24.05.2007 – B 1 KR 10/06 R –

RID 07-03-190

Leitsatz: Dass Eheleute seit dem 1.1.2004 nur bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres des Mannes Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gegen ihre Krankenkasse haben, widerspricht nicht dem Grundgesetz.

2. ARZNEIMITTEL

A) OFF-LABEL-USE: IMMUNGLOBULIN BEI MULTIPLER SKLEROSE

BSG, Urt. v. 27.03.2007 – B 1 KR 17/06 R –

RID 07-03-191

Auch wenn es sich bei einer Multiplen Sklerose um eine die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Krankheit handelt und es zumutbare Behandlungsalternativen nicht gibt, fehlt es jedenfalls für die Behandlung mit Immunglobulinen an der für einen Off-Label-Use auf Kosten der GKV erforderlichen **Erfolgsaussicht**.

Die qualifizierten Erfordernisse einer **lebensbedrohlichen Krankheit** i.S. von BVerfG v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 liegen bei einer bestehenden Multiplen Sklerose in sekundär-progredienter Verlaufsform trotz der unbestreitbaren Schwere dieser Krankheit nicht vor. Gerechtfertigt ist eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen nur, wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Das bedeutet, dass nach den konkreten Umständen des Falles bereits drohen muss, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird. Ähnliches kann für den ggf. gleichzustellenden, akut drohenden und nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten. Solches ist bei einer bestehenden MS in sekundär-progredienter Verlaufsform trotz der unbestreitbaren Schwere dieser Krankheit nicht anzunehmen.

B) KEIN ANSPRUCH AUF CANNABINOIDHALTIGE ARZNEIMITTEL ZUR SCHMERZTHERAPIE

BSG, Urt. v. 27.03.2007 – B 1 KR 30/06 R –

RID 07-03-192

Fertigarzneimittel sind mangels Zweckmäßigkeit und nicht von der Leistungspflicht der GKV umfasst, wenn ihnen die erforderliche arzneimittelrechtliche **Zulassung** fehlt. Eine bestehende Arzneimittelzulassung im Ausland entfaltet nicht zugleich auch entsprechende Rechtswirkungen für Deutschland. Damit kommt mangels Zulassung eine zulassungsüberschreitende Anwendung von vornherein nicht in Betracht.

Auf **cannabinoidhaltige Rezepturarzneimittel** besteht kein Anspruch.

Krankenkassen dürfen ihren Versicherten eine **neuartige Therapie** mit einem **Rezepturarzneimittel**, die vom GBA bisher nicht empfohlen ist, grundsätzlich nicht gewähren, weil sie an das Verbot des § 135 I 1 SGB V und die das Verbot konkretisierenden Richtlinien des GBA gebunden sind.

Ein Prüfantrag für cannabinoidhaltige Rezepturarzneimittel ist an den **GBA** nicht gestellt worden. Anhaltspunkte dafür, dass sich die antragsberechtigten Stellen oder der GBA aus sachfremden oder willkürlichen Erwägungen mit der Materie nicht oder zögerlich befasst haben, sind nicht ersichtlich.

Auch im Rahmen einer grundrechtsorientierten Auslegung des Krankenversicherungsrechts kann die Gewährung cannabinoidhaltiger Arzneimittel zur Schmerztherapie nicht beansprucht werden (vgl. BVerfG v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5).

3. KEIN BEHINDERTENGERECHTER UMBAU EINES PKW

BSG, Urt. v. 19.04.2007 – B 3 KR 9/06 R –

RID 07-03-193

Leitsatz: 1. Die durch ein Hilfsmittel der GKV gewährleistete Erschließung eines gewissen körperlichen Freiraums im Nahbereich der Wohnung ermöglicht es regelmäßig auch, bei Krankheit oder Behinderung Ärzte und Therapeuten aufzusuchen (Abgrenzung zu BSG vom 16.09.2004 - B 3 KR 19/03 R = BSGE 93, 176 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 7).

2. Soweit größere Entfernungen wegen der Besonderheiten des Wohnorts eines Versicherten oder aufgrund der Auswahlfreiheit bei der Arzt- bzw. Therapeutenwahl zurückzulegen sind, begründet dies keinen Anspruch auf einen behinderungsgerechten Umbau eines PKW als Hilfsmittel.

4. ZUZAHLUNGEN: BRUTTOEINNAHMEN DES LAUFENDEN KALENDERJAHRES

BSG, Urt. v. 10.05.2007 – B 10 KR 1/06 R –

RID 07-03-194

Leitsatz: Bei Berechnung der Belastungsgrenze für sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des laufenden Kalenderjahres zugrunde zu legen. Das gilt auch für Landwirte.

5. KRANKENHAUSBEHANDLUNG

A) VOLLSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG AUF INTENSIVSTATION

BSG, Urt. v. 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R –

RID 07-03-195

Leitsatz: Zur Abgrenzung ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Krankenhausbehandlung bei Behandlung auf einer Intensivstation von weniger als 24 Stunden (Fortführung von BSG vom 4.3.2004 - B 3 KR 4/03 R = BSGE 92, 223 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1).

B) STATIONÄRE BEHANDLUNG BEIM FEHLEN EINER GEEIGNETEN UNTERKUNFT

BSG, Urt. v. 28.02.2007 – B 3 KR 15/06 R –

RID 07-03-196

Leitsatz: 1. Zum Umfang der Vorleistung eines Krankenhauses für den Anspruch auf Vergütung einer stationären Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Der Umstand, dass bei einem nicht mehr behandlungsbedürftigen Patienten der Entlassung aus dem Krankenhaus das Fehlen einer geeigneten Unterkunft entgegensteht, begründet keinen Anspruch auf weitere Vergütung für stationäre Behandlung.

3. Zur Befugnis von Krankenhäusern zur Arzneimittelabgabe.

C) HERAUSGABE VON BEHANDLUNGSUNTERLAGEN EINES KRANKENHAUSES AN DEN MDK

BSG, Urt. v. 28.02.2007 – B 3 KR 12/06 R –

RID 07-03-197

Leitsatz: 1. Der Anspruch auf Herausgabe von Behandlungsunterlagen eines Krankenhauses an den MDK zur Prüfung der Richtigkeit der Abrechnung eines Behandlungsfalles steht nicht dem MDK, sondern der Krankenkasse zu. Der Anspruch unterliegt einer vierjährigen Verjährungsfrist.

2. Der Anspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung unterliegt auch nach dem 31.12.1999 einer vierjährigen Verjährung (Ergänzung zu BSG vom 12.05.2005 - B 3 KR 32/04 R = SozR 4-2500 § 69 Nr. 1 sowie BSG vom 28.9.2006 - B 3 KR 20/05 R).

3. Zum Streitwert der Klage einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger auf Herausgabe von Behandlungsunterlagen an den MDK im Rahmen der Prüfung der sachlichen Richtigkeit der Kostenrechnung.

6. KRANKENPFLEGE-UNTERNEHMEN

A) ZAHLUNG VON VERZUGSZINSEN IM VERZUGSFALLE

BSG, Urt. v. 19.04.2007 – B 3 KR 10/06 R –

RID 07-03-198

Im Verhältnis von Krankenpflege-Unternehmen zu Krankenkassen sind **Verzugszinsen** zu zahlen. Vergütungsansprüche von Leistungserbringern gegen die Krankenkassen aus zivilrechtlichen Verträgen unterlagen vielmehr schon immer dem Anspruch auf Verzugs- und Prozesszinsen (BSGE 77, 219 = SozR 3-2500 § 124 Nr 3).

Mit der Bestätigung seines Urt. v. 03.08.2006 - B 3 KR 7/06 R - über die Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen weicht der Senat nicht von der **Rechtsprechung des 6. Senats** ab, der im Verhältnis von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen nur einen Anspruch auf Prozesszinsen für verspätet gezahlte Gesamtvergütungen bejaht hat (BSGE 95, 141 = SozR 4-2500 § 83 Nr 2), weil es dort um die spezifischen Verhältnisse der gemeinsamen Selbstverwaltung ging.

Gemäß § 288 II BGB beträgt der **Zinssatz** für Entgeltforderungen bei gewerblichen Unternehmern 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.

B) VERGÜTUNGSPPOSITION "KOMPRESSIONSSTRÜMPFE/-HOSE, AN UND AUS ... 14,95 DM"

BSG, Beschl. v. 28.02.2007 – B 3 KR 38/06 B –

RID 07-03-199

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, aber keine allgemein zu beantwortende Frage. Die Auslegung eines Berufungsgerichts, wonach eine Preisvereinbarung vom Wortlaut her eindeutig und das Ergebnis durch den Kontext der Vergütungssätze für die anderen Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie durch die ab 2003 geltende Nachfolgeregelung gestützt wird, kann nur mit einer Verletzung von Bundesrecht angegriffen werden.

7. VERÖFFENTLICHUNG VON VORSTANDSVERGÜTUNGEN

BSG, Urt. v. 14.02.2007 – B 1 A 3/06 R –

RID 07-03-200

Leitsatz:

Die gesetzliche Pflicht der Krankenkassen, die Höhe der Vergütung ihrer Vorstandsmitglieder im Bundesanzeiger und in ihrer Mitgliederzeitschrift zu veröffentlichen, steht mit Verfassungsrecht und Europarecht in Einklang.

C. Entscheidungen anderer Gerichte

I. Ärztliches Berufsrecht

1. APPROBATIONSWIDERRUF NACH ABRECHNUNGSBETRUG ALS VERTRAGSARZT/STRAFBEFEHL

VGH Bayern, Ur. v. 28.03.2007 – 21 B 04.3153 – juris

RID 07-03-201

Approbation, Strafbefehl, Betrug, Abrechnungsbetrug, Arzt, Vertragsarzt
BAO §§ 3 I Nr. 2, 5 II 1

Leitsatz: Im Approbationswiderrufsverfahren besteht für die Verwaltungsgerichte grundsätzlich keine Veranlassung, die tatsächlichen Feststellungen in einem rechtskräftigen Strafbefehl wegen mehrfachen (Abrechnungs-)Betrugs erneut zu überprüfen, wenn ein Arzt den Strafbefehl in Kenntnis aller möglichen berufsrechtlichen Konsequenzen durch Zurücknahme des dagegen eingelegten Einspruchs akzeptiert hat. Dies gilt erst recht, wenn dem Arzt – wie hier – der Strafbefehl vorab als Erstentwurf zur Kenntnis gebracht worden ist.

Der seit 1994 als Nervenarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kl untersuchte über Jahre hinweg im Auftrag der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) Patienten zur Erstellung von psychiatrischen **Rentengutachten**. Im Dezember 2000 entzog der **Zulassungsausschuss** die Kassenzulassung. Dem Kl. wurde **die unerlaubte Abrechnung von Leistungen zu Lasten der vertragsärztlichen Versorgung** im Zusammenhang mit der Erstattung von Gutachten für die BfA sowie die unplausible, unerlaubte und falsche Abrechnung von Leistungen bei Zugrundelegung der Leistungslegenden der Gebührenordnung vorgeworfen. Der Kläger habe gegen das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise verstoßen, **indem er bei allen gutachterlich betreuten Patienten zusätzlich vertragsärztliche Leistungen über Krankenscheine abgerechnet habe**. Diese Abrechnungsweise habe die Fallzahl und in den budgetierten Quartalen ab III/97 das Praxisbudget gesteigert. Nach erfolglosem Widerspruch hob **SG München**, Ur. v. 11.05.2004 - S 28 KA 1144/02 - diesen Beschluss wegen Unverhältnismäßigkeit auf. Das Berufungsverfahren ist noch nicht entschieden. Der Kläger wurde mit seit 30.12.2002 rechtskräftigem **Strafbefehl des AG Regensburg** wegen 16 tatmehrheitlichen Fällen des Betrugs zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 12 Monaten auf Bewährung (3 Jahre) und einer Geldbuße von 15.000,- € verurteilt. Er habe im Zeitraum von 1996 bis 1999 in 197 Fällen vertragsärztliche Leistungen über Krankenschein abgerechnet, obwohl er gewusst habe, dass diese gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen nicht abrechnungsfähig gewesen seien. Außerdem habe er im Zeitraum von I/96 bis II/97 in einer Vielzahl von Fällen die Nr. 19 EBM (Erhebung der Fremdanamnese bei kommunikationsgestörten Patienten) und Nr. 3 (Verwaltungsgebühr) zu Unrecht abgerechnet. Im Strafbefehl wurde von einem Schaden zu Lasten der KV in Höhe von 45.067,07 DM (= 23.042,43 €) ausgegangen. Die **Regierung der Oberpfalz widerrief** im September 2003 die **Approbation** als Arzt. Der Kl. sei zur Ausübung des ärztlichen Berufs sowohl unzuverlässig als auch unwürdig. Das beruhe im Wesentlichen auf den in dem rechtskräftigen Strafbefehl des Amtsgerichts enthaltenen tatsächlichen Feststellungen, die der Kläger bisher nicht entkräftet habe, so dass die Sorg- und Bedenkenlosigkeit des Klägers im Umgang mit Berufspflichten sich in allen Zusammenhängen auszuwirken drohe, die mit den Berufsbildern von Ärzten verbunden seien. Die betrügerischen Manipulationen des Klägers bei den Abrechnungen würden sich negativ auf die Höhe der Kassenbeiträge der Patienten auswirken. Dieses Verhalten beeinträchtige daher das Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit zu einem Arzt. **VG Regensburg**, Ur. v. 04.10.2004 - RO 5 K 03.2148 - **gab der Klage statt**. Offensichtlich sei, dass dem Strafbefehl eine Abmachung zwischen der Staatsanwaltschaft und den Verteidigern des Klägers zugrunde gelegen habe, so dass das Ausmaß der strafwürdigen Verfehlungen des Klägers nicht in dem für den Entzug der ärztlichen Approbation notwendigen Umfang feststehe. Der Entzug der Approbation vernichte die berufliche Existenz des Klägers auf Jahre hinaus. Auch die Unwürdigkeit des Klägers zur Ausübung des ärztlichen Berufes sei nicht gegeben. Der **VGH wies die Klage ab**.

Aus den Gründen: „... 27 Zwar ist ein **Strafbefehl** kein im ordentlichen Strafverfahren ergehendes Urteil, sondern eine in einem besonders geregelten summarischen Verfahren getroffene richterliche Entscheidung. Weil das Strafbefehlsverfahren vornehmlich der Vereinfachung und Beschleunigung dient, kann ein Strafbefehl regelmäßig nicht das Maß an Ergebnissicherheit bieten wie ein Urteil. Die in einem Strafbefehl enthaltenen tatsächlichen Feststellungen vermögen deswegen keine Bindungswirkung etwa für ein Disziplinarverfahren zu erzeugen. Weil der Strafbefehl jedoch aufgrund einer tatsächlichen und rechtlichen Prüfung durch das Gericht (§§ 407, 408 StPO) ergeht, einen strafrechtlichen Schuldspruch enthält sowie eine strafrechtliche Rechtsfolge gegen den Beschuldigten festsetzt, und – wie hier nach Rücknahme des Einspruchs hiergegen – gemäß § 410 Abs. 3 StPO die Wirkung eines rechtskräftigen Strafurteils erlangt, können im Ordnungsrecht die in einem rechtskräftigen Strafbefehl enthaltenen tatsächlichen und rechtlichen Feststellungen regelmäßig zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung der betroffenen Persönlichkeit gemacht werden, soweit sich nicht gewichtige Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit solcher Feststellungen ergeben. Das gilt auch im Zusammenhang mit dem Widerruf der ärztlichen Approbation (vgl. BVerwG vom 26.9.2002 NJW 2003, 913 f m.w.N.; vom 6.3.2003 Az. 3 B 10/03).

28 10 Somit können die Behörden und Gerichte Feststellungen auch in einem rechtskräftigen Strafbefehl der Beurteilung der Zuverlässigkeit im berufsrechtlichen Sinn zugrunde legen, ohne diese auf ihre vom Betroffenen bestrittene Richtigkeit selbst überprüfen zu müssen. Etwas anderes gilt ausnahmsweise nur dann, wenn gewichtige Anhaltspunkte für die

Unrichtigkeit der strafgerichtlichen Tatsachenfeststellungen sprechen, insbesondere wenn ersichtlich Wiederaufnahmegründe vorliegen oder wenn die Behörden und Verwaltungsgerichte den bestrittenen Sachverhalt nunmehr besser als das Strafgericht aufklären können (vgl. die hier übertragbare st. Rspr. des BVerwG im Straßenverkehrsrecht – z.B. BVerwG vom 12.1.1977 und vom 28.9.1981 Buchholz 442.10 § 4 StVG Nr. 51 und Nr. 60 – im Ausländerrecht z.B. BVerwG vom 16.9.1986 und vom 8.5.1989 Buchholz 402.24 § 10 AuslG a.F. Nr. 112 und Nr. 118 – im Waffenrecht z.B. BVerwG vom 24.6.1992 Buchholz 402.5 WaffG Nr. 65).

(...)

51 31 Unbeachtlich ist hier, dass die **Abrechnungsfehler** des Klägers **nicht zu einer Gesundheitsgefährdung** der Patienten geführt haben. Durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist geklärt, dass nicht allein Behandlungsfehler zum Widerruf der Approbation führen können, sondern dass zu den **berufsspezifischen Pflichten eines Arztes** auch die **korrekte Abrechnung mit den Krankenkassen** gehört (BVerwG vom 28.8.1995 Buchholz 418.00 Ärzte Nr. 91).

52 32 Das Vorbringen des Klägers, dass er seit der letzten Falschabrechnung Ende 1999 bis zum Erlass des angefochtenen Bescheids der Regierung der Oberpfalz am 9. September 2003 korrekt abgerechnet habe und insoweit die **Rechtsprechung des Bundessozialgerichts** zum Entzug der Zulassung als Kassenarzt / Vertragsarzt und zur Wiederzulassung zur vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt werden müsse, führt hier zu keiner anderen rechtlichen Beurteilung.

53 33 Im Beschluss vom 16. Juli 1996 (Buchholz 418.00 Ärzte Nr. 95) hat das Bundesverwaltungsgericht ausgeführt, dass auch das Bundessozialgericht keine Rechtsprechung dergestalt entwickelt habe, wonach ein Arzt fünf Jahre nach den Vorkommnissen, die zur Annahme der Unzuverlässigkeit geführt haben, regelmäßig als zuverlässig zu gelten habe. Allerdings habe der 6. Senat des Bundessozialgerichts (Urteil vom 24.11.1993 BSGE 73, 234, 243) in einem Fall, in dem der Arzt sein Abrechnungsverhalten geändert hat, die Sache an das Landessozialgericht mit der Begründung zurückverwiesen, der Zeitablauf könne ein Anhaltspunkt dafür sein, dass der Arzt seine Eignung während des Verlaufs des Verfahrens wieder erlangt habe. Das Bundessozialgericht spricht somit lediglich von einem Anhaltspunkt. Hier hat der Beklagte das Verhalten des Klägers zwar berücksichtigt, ist aber zu Recht von der Unzuverlässigkeit des Klägers im maßgeblichen Zeitpunkt (Abschluss des Verwaltungsverfahrens) ausgegangen, was bereits dargestellt wurde.

56 36 Anderes ergibt sich auch nicht aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 20. Oktober 2004 (BSGE 93, 269 ff). In dieser Entscheidung hat das Bundessozialgericht dargelegt, dass, wenn sich bei einer nicht vollzogenen Zulassungsentziehung die Sach- und Rechtslage während des gerichtlichen Verfahrens zu Gunsten des Arztes in einer Weise geändert habe, die eine Entziehung nicht mehr als angemessen erscheinen lasse, im Hinblick auf die Bedeutung des Grundrechts aus Art. 12 Abs. 1 GG eine solche Änderung bis zur letzten mündlichen Verhandlung vor dem Tatsachengericht berücksichtigt werden müsse.

57 37 Dieser Rechtsauffassung hat sich aber das Bundesverwaltungsgericht in ständiger Rechtsprechung für den Approbationswideruf nicht angeschlossen, sondern auch nach Ergehen dieser Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 20. Oktober 2004 seine bisherige Rechtsprechung im Beschluss vom 9. November 2006 (Az. 3 B 7/06) bestätigt. Abgesehen davon hat das Bundessozialgericht zwischen einem Widerruf der Approbation und einer Zulassungsentziehung hinreichend differenziert: Danach seien Umstände, die nach der Verwaltungsentscheidung eingetreten sind, grundsätzlich unbeachtlich, soweit sie nicht ausnahmsweise den Entlastungssachverhalt in einer anderen Sicht erscheinen ließen. Diese Grundsätze hätten zur Folge, dass später liegende Veränderungen der Sachlage unbeachtlich seien. Dies könne in den Fällen hingenommen werden, wenn ein Beamter, der wegen Dienstunfähigkeit in Ruhestand versetzt werde, im Falle geänderter Verhältnisse die erneute Berufung in das Beamtenverhältnis (§ 45 BGB) beanspruchen könne, oder aber – bei einem Arzt – die Möglichkeit zur Wiedererlangung der Approbation nach § 8 Abs. 1 BÄO bestehe (BVerwG vom 14.4.1998 NJW 1999 3425, 3426). Nachdem Entsprechendes im Vertragsarztrecht nicht gelte, müsse gegebenenfalls auf den Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung abgestellt werden.

58 38 Damit hat auch das Bundessozialgericht in dieser Entscheidung klar zu erkennen gegeben, dass für diese Rechtsauffassung im Approbationswiderufverfahren kein Raum ist, weil dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz durch die Möglichkeit der Wiedererlangung der Approbation nach § 8 Abs. 1 BÄO genüge getan ist. (...)

2. ERLAUBNIS NACH § 13 ZHG NICHT AUF DAUER

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.03.2007 – 13 A 4204/06 – juris

RID 07-03-202

Approbation, Zahnarzt, Berufserlaubnis

GG Art. 12 I; ZHG §§ 2 II, 13; VwGO § 60

Leitsatz: 1. Verschulden i. S. d. § 60 VwGO ist anzunehmen, wenn ein Rechtsanwalt einen bei ihm tätigen Referendar mit der Absendung des Schriftsatzes zur Begründung der Berufung beauftragt und eine spätere Kontrolle, ob die Absendung ordnungsgemäß erfolgt ist, unterbleibt.

2. Die Erlaubnis nach § 13 ZHG kann nicht auf Dauer erteilt werden. Dies gilt auch im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1. GG.

3. VERTRAGSRECHT

A) VERBINDLICHKEIT DER KAUFPREISZUSAGE DES PRAXISNACHFOLGERS VOR ZULASSUNGSAUSSCHUSS

LG Hagen, Urt. v. 19.04.2007 – 4 O 308/06 – juris

RID 07-03-203

Zulassungsausschuss, Kaufvertrag, Kaufpreis, Zahlung, Praxisnachfolger, Nachfolgezulassung
SGB V § 103 IV 5; BGB §§ 313 II, 433

Eine Erklärung vor dem Zulassungsausschuss über die Bereitschaft zur Zahlung eines Kaufpreises hat rechtliche **Verbindlichkeit**. Der Zulassungsausschuss hat gem. § 103 IV 5 SGB V bei der Vergabe der Zulassung auch die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Arztes bzw. seiner Erben zu berücksichtigen. Die Entscheidung über die Nachfolgezulassung eines Vertragsarztes kann daher nicht isoliert von der zivilrechtlichen Frage der Übernahme der Arztpraxis getroffen werden (SG Detmold, Urt. v. 14.10.1996 - S 11 Ka 6/94 -).

Dieser **Kaufvertrag** steht jedoch unter der **Bedingung der Zulassung** zum Vertragsarztsitz, wobei es allein auf die Bestandskraft des Zulassungsbeschlusses ankommt.

Die Kl. ist die Alleinerbin ihres am 30.09.2005 verstorbenen Ehemannes P. Dieser war als Facharzt für Innere Medizin in einer Gemeinschaftspraxis mit entsprechendem Vertragsarztsitz mit dem Allgemeinmediziner B. tätig. Nach dem die Gemeinschaftspraxis betreffenden Gesellschaftsvertrag war P Eigentümer von 97 % der immateriellen sowie sämtlicher materieller Werte der Praxis. Ein **MVZ** schloss mit der Kl. am 29.11.2005 einen **Praxisübernahmevertrag** zu einem Übernahmepreis vom 250.000,- € an. Anschließend erfolgte die **Ausschreibung des Vertragsarztsitzes** anonym. Hierauf bewarben sich das MVZ und der Bekl. In Vorbereitung der Sitzung des Zulassungsausschusses wurde der **Verkehrswert** der Praxis nach der Ärztekammermethode mit 289.000,- € und nach betriebswirtschaftlichen Kriterien mit 390.300,- € ermittelt. Am 22.02.2006 fand dann die Sitzung des Zulassungsausschusses statt. In dieser gab der Bekl. zu Protokoll, dass er im Falle der Zulassung ebenfalls bereit sei, an die Kl. den Verkaufspreis von 250.000,- € zu zahlen. Die Kl. erklärte ihr Einverständnis, die Praxis zum angegebenen Preis auch an den Bekl. zu veräußern. Der Bekl. wurde zum 01.04.2006 zur **Vertragsarztpraxis zugelassen**. In der Folgezeit wurden zwischen den Parteien mehrfach schriftliche Ausarbeitungen des Praxisübernahmevertrages hin und her versandt. Man konnte sich bisher jedoch nicht auf eine Fassung einigen, da einzelne Passagen streitig blieben. Als keine Reaktion des Bekl. auf die Aufforderung zur Übernahme der Praxis erfolgte, setzte sie einen Übergabetermin für die Praxis fest, zu dem der Bekl. nicht erschien. Der Bekl. legte dann Widerspruch gegen den Zulassungsbescheid ein und begründete diesen damit, dass die Verkehrwertberechnung durch die KV falsch sei und nicht dem wirklichen Verkehrswert der Praxisanteile entspreche. Die Kl. legte ebf. Widerspruch mit der Begründung ein, dass der Bekl. entgegen seiner Zusage die Praxisübernahme unter den gleichen Konditionen, wie mit dem MVZ vereinbart, ablehne. Der Widerspruch des Bekl. wurde als unzulässig verworfen und der Widerspruch der Kl. als unbegründet zurückgewiesen. Der Bekl. nahm ab dem 02.11.2006 seine Tätigkeit in der neuen Gemeinschaftspraxis Dr. M./B. auf. Der Bekl. stellte in der mündlichen Verhandlung unstreitig, dass durch die Erklärungen in der Sitzung des Zulassungsausschusses ein Kaufpreisanspruch begründet worden sei. Das **LG** verurteilte den Bekl. zur Zahlung des Kaufpreises von 250.000,- €.

B) EINREDE MANGELNDER KLAGBARKEIT TROTZ FEHLENS WIRKSAMER SCHIEDSABREDE

LG Tübingen, Urt. v. 08.11.2006 – 3 O 127/06 – MedR 2007, 308

RID 07-03-204

Gesellschaftsvertrag, Schlichtungsverfahren, Schiedsgericht
BGB §§ 242, 705; ZPO §§ 253, 1032

Leitsatz MedR: 1. Ist nach dem Gesellschaftsvertrag vor einer schiedsgerichtlichen Auseinandersetzung die Durchführung eines kollegialen Schlichtungsverfahrens erforderlich, so ist bei Unwirksamkeit der Schiedsabrede vor einer Anrufung staatlicher Gerichte trotzdem ein kollegiales Schlichtungsverfahren durchzuführen.

2. Ein gesellschaftsvertraglich vorgesehene kollegiales Schlichtungsverfahren ist auch bei scheinbarer Aussichtslosigkeit der Schlichtungsbemühungen durchzuführen.

3. Zur Treuwidrigkeit einer Klageerhebung vor staatlichen Gerichten bei Zusammentreffen von formunwirksamer Schiedsklausel und salvatorischer Klausel in einem Gesellschaftsvertrag.

entfällt RID 07-03-205

4. BGH/STRAFRECHT: EINWILLIGUNG NUR FÜR LEGE ARTIS DURCHGEFÜHRTE HEILBEHANDLUNG

BGH, Urt. v. 05.07.2007 – 4 StR 549/06 – www.bundesgerichtshof.de

RID 07-03-206

Tötung, Freiheitsstrafe, Chirurg, kosmetische Operationen, Liposuktion, Fettabsaugung, Einwilligung
StGB § 227

Eine **Einwilligung** in einen ärztlichen Heileingriff, jedenfalls bei Fehlen einer weitergehenden Aufklärung, ist nur auf eine lege artis, d.h. nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft durchgeführte Heilbehandlung zu beziehen (vgl. BGHSt 43, 306, 309). Dies ist nicht der Fall, wenn weder die vom Arzt vorgesehene Narkosemethode (Lokalanästhesie statt Vollnarkose) unter den gegebenen Umständen regelgerecht gewählt, noch, was in Anbetracht der unzureichenden Notfallvorbereitung eine besondere Risikoerhöhung darstellt, ein kontinuierliches Patientenmonitoring während des Eingriffs sichergestellt war, da er sich eines medizinischen Laien statt einer ausgebildeten Krankenschwester als Hilfspersonal bediente.

Im Falle des Fehlens einer (hypothetischen) Einwilligung stellt sich der operative Eingriff des Arztes jedoch als tatbestandsmäßige und rechtswidrige **Körperverletzung** dar. Eine vorsätzliche Tat könnte dem Angeklagten nur dann nicht vorgeworfen werden, wenn er irrig vom Vorliegen eines rechtfertigenden Sachverhalts ausgegangen wäre.

5. UWG: "FACHKLINIK FÜR KIEFERORTHOPÄDIE" OHNE KIEFERORTHOPÄDEN

LG Kleve, Urt. v. 10.08.2007 – 8 O 2/07 – juris

RID 07-03-207

Zahnklinik, Fachklinik, Kieferorthopädie, Kieferorthopäde, Qualifikation, Tätigkeitsschwerpunkt
UWG §§ 3, 5

Die Bezeichnung einer Zahnklinik als "**Fachklinik für Kieferorthopädie**" ist irreführend im Sinne des § 5 Abs. II Nr. 3 UWG und daher gemäß § 3 UWG unzulässig, wenn sie eine irreführende Angabe über fachliche Qualifizierung der von ihr angebotenen kieferorthopädischen Behandlung enthält. Wirbt eine Gesellschaft mit medizinischer Qualifizierung, die eine formale Qualifikation erfordert, über die keiner ihrer ärztlichen Mitarbeiter verfügt, so täuscht sie potentielle Patienten sowohl über deren Qualifikation, als auch über die Qualifizierung ihrer Leistungen, unabhängig von deren Qualität. Die Tätigkeit einer Zahnärztin mit dem "**Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie**" gehört nicht zu den Voraussetzungen, unter denen der Eindruck erwecken darf, es werden Leistungen durch Fachzahnärzte für Kieferorthopädie angeboten.

6. UNZULÄSSIGES FÜHREN DER BEZEICHNUNG "MASTER OF SCIENCE KIEFERORTHOPÄDIE"

LG Kleve, Urt. v. 10.08.2007 – 8 O 3/07 – juris

RID 07-03-208

Kieferorthopädie, Kieferorthopäde, Qualifikation, Master of Science Kieferorthopädie, Unterlassungsanspruch
UWG §§ 3, 4; HeilberufeG NW §§ 33 ff.

Führt eine Zahnärztin im geschäftlichen Verkehr unter Verstoß gegen §§ 33 ff. HeilberufeG NW die Bezeichnung "Master of Science Kieferorthopädie", so ist dieser Rechtsverstoß (§ 4 Nr. 11 UWG) geeignet, den **Wettbewerb** zum Nachteil anderer Zahnärzte sowie potentieller Patienten mehr als nur unerheblich zu beeinträchtigen (§ 3 UWG). Gemäß § 8 Abs. I UWG steht den anderen Zahnärzten als Mitbewerbern daher ein Unterlassungsanspruch zu.

7. KAMMERBEITRAG FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN BEI BESCHÄFTIGUNG IN EINER BERATUNGSSTELLE

OVG Niedersachsen, Urt. v. 26.04.2007 – 8 LC 13/05 – juris

RID 07-03-209

Psychologischer Psychotherapeut, Heilkunde, Beratungsstelle, Kammerbeitrag
GG Art. 3 I; HKG ND §§ 8, 25; PsychThG § 1 III; SGB VIII § 28

Leitsatz: Ein approbierter Psychologischer Psychotherapeut, der in einer Beratungsstelle nach § 28 SGB VIII beschäftigt ist, kann zu einem gleich hohen Kammerbeitrag wie seine schwerpunktmäßig heilkundlich i. S. v. § 1 Abs. 3 PsychThG tätigen Kollegen herangezogen werden.

8. VERSORGUNGSWERK

A) BVERWG: KEINE HINTERBLIEBENENRENTE DER VERSORGUNGSEINRICHTUNG FÜR LEBENSPARTNER

BVerwG, Urt. v. 25.07.2007 – 6 C 27.06 –

RID 07-03-210

Der **Ausschluss** eines überlebenden **Lebenspartners** von der Hinterbliebenenrente durch Satzungsrecht verstößt nicht gegen Bundes- oder Europarecht. Die Satzungsbestimmung, nach der die Witwe oder der Witwer eines Arztes oder einer Ärztin Hinterbliebenenrente erhält, der überlebende Lebenspartner oder die überlebende Lebenspartnerin aber nicht, verstößt insbesondere nicht gegen das verfassungsrechtliche **Diskriminierungsverbot**. Eine Bevorzugung der Ehe gegenüber der Lebenspartnerschaft ist wegen des der Ehe zukommenden besonderen verfassungsrechtlichen Schutzes zulässig, wenn sie auch nicht zwingend geboten ist. Der Satzungsgeber darf sich bei typisierender Betrachtung an der unterschiedlichen Versorgungssituation von Ehen und Lebenspartnerschaften orientieren. Er bleibt aber gehalten, nach angemessener Zeit zu prüfen, ob sich die Versorgungssituation überlebender Ehepartner und diejenige überlebender Lebenspartner in der Lebenswirklichkeit annähert und ob sich daher eine Anpassungsnotwendigkeit ergibt.

Pressemitteilung Nr.50/2007 v. 25.07.2007 - www.bverwg.de

B) AUFNAHMESTOPP FÜR ÄRZTE AB 45 JAHRE

VG Karlsruhe, Urt. v. 26.06.2007 – 5 K 2394/05 – juris

RID 07-03-211

Arzt, Versorgungsanstalt, Versorgungswerk, Gleichbehandlung, Alter

GG Art. 3 I; EWGV 1408/71; EGV 647/2005; ÄVersorgAnstG BW; ÄVersorgAnstSa BW 2005

Leitsatz: 1. Es verstößt nicht gegen Art. 3 Abs. 1 GG, dass ein Arzt, der am 31.12.2004 das 45. Lebensjahr vollendet hatte, grundsätzlich nicht als Neumitglied in der baden-württembergischen Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte aufgenommen wird.

2. Die diesbezügliche Ungleichbehandlung von EU-Angehörigen, die erstmals im Alter von 45 Jahren oder älter eine berufliche Tätigkeit als Arzt in Deutschland oder Baden-Württemberg aufnehmen, ist durch sachliche Gründe gerechtfertigt und verstößt nicht gegen Art. 3 Abs. 1 GG

II. Arzthaftung

Hart, Patientensicherheit, Risikomanagement, Arzneimittelbehandlung und Arzthaftungsrecht. Zugleich ein Beitrag zur Krankenhausorganisationshaftung, MedR 2007, S. 383-393; *Kresse*, Ärztliche Behandlungsfehler durch wirtschaftlich motiviertes Unterlassen, MedR 2007, S. 393-400.

1. BGH: AUFKLÄRUNGSPFLICHT BEI ANWENDUNG EINER AUßENSEITERMETHODE (RACZ- METHODE)

BGH, Urt. v. 22.05.2007 – VI ZR 35/06 – www.bundesgerichtshof.de

RID 07-03-212

Arzthaftung, Aufklärung, Aufklärungspflicht, Sorgfaltsmaßstab, Außenseitermethode

BGB § 823 I

Leitsatz: Bei Anwendung einer Außenseitermethode ist grundsätzlich der Sorgfaltsmaßstab eines vorsichtigen Arztes entscheidend.

2. BGH: HEILVERSUCH MIT ERST IM LAUFE DER BEHANDLUNG ZUGELASSENEM ARZNEIMITTEL

BGH, Urt. v. 27.03.2007 – VI ZR 55/05 – www.bundesgerichtshof.de

RID 07-03-213

Arzthaftung, Behandlungsfehler, Aufklärungsfehler, Heilversuch, Arzneimittel, Medikament, Aufklärung

BGB § 823

Leitsatz: Zur Arzthaftung wegen Behandlungs- und Aufklärungsfehlern im Zusammenhang mit einem Heilversuch mit einem neuen, erst im Laufe der Behandlung zugelassenen Arzneimittel.

Aus den Gründen: „(...) 11 a) Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats (vgl. Urteil vom 13. Juni 2006 - VI ZR 323/04 - VersR 2006, 1073) darf die **Anwendung einer neuen Behandlungsmethode** erfolgen, wenn die verantwortliche medizinische Abwägung und ein Vergleich der zu erwartenden Vorteile dieser Methode und ihrer abzusehenden und zu vermutenden Nachteile mit der standardgemäßen Behandlung unter Berücksichtigung des Wohles des Patienten die Anwendung der neuen Methode rechtfertigt. Anhaltspunkte für eine in diesem Sinne fehlerhafte oder ungenügende Abwägung durch die Behandlungsseite zum Zeitpunkt des Beginns der Medikation macht die Revision selbst

nicht geltend und sind auch nicht ersichtlich. Nach den Feststellungen des Berufungsgerichts reduzierte sich die Zahl der epileptischen Anfälle des Klägers nach der Einnahme des Medikaments deutlich; gefährliche Nebenwirkungen, insbesondere eine Beeinträchtigung des Sehvermögens, waren damals noch nicht bekannt.

12 b) Die Tatsache, dass **das Medikament nicht nur neu, sondern auch in Deutschland noch nicht zugelassen war**, vermag unter den Umständen des Streitfalles keine abweichende Beurteilung zu rechtfertigen. Die Zulassung eines Medikaments gibt lediglich ein Verkehrsfähigkeitsattest und löst eine Vermutung für die Verordnungsfähigkeit in der konkreten Therapie aus (vgl. Hart MedR 1991, 300, 304 f.). Der individuelle Heilversuch mit einem zulassungspflichtigen, aber noch nicht zugelassenen Medikament wird durch das Arzneimittelgesetz nicht verboten. Seine Zulässigkeit ist deshalb arzthaftungsrechtlich nach allgemeinen Grundsätzen zu beurteilen. Danach begegnet es keinen rechtlichen Bedenken, dass das Berufungsgericht auf Grundlage der von ihm getroffenen Feststellungen, dass sich die klinische Prüfung in Phase III befand und das Medikament kurz vor seiner Zulassung in Deutschland stand, in der Verabreichung des noch nicht zugelassenen Medikaments als solcher im September 1991 noch keinen Behandlungsfehler gesehen hat.

(...) 18 a) Die Anwendung neuer Behandlungsmethoden bzw. - wie hier - die Vornahme von Heilversuchen an Patienten mit neuen Medikamenten unterscheidet sich von herkömmlichen, bereits zum medizinischen Standard gehörenden Therapien vor allem dadurch, dass in besonderem Maße mit bisher unbekanntem Risiken und Nebenwirkungen zu rechnen ist. Deshalb erfordert die verantwortungsvolle medizinische Abwägung einen - im Verhältnis zur standardgemäßen Behandlung - besonders sorgfältigen Vergleich zwischen den zu erwartenden Vorteilen und ihren abzusehenden oder zu vermutenden Nachteilen unter besonderer Berücksichtigung des Wohles des Patienten (vgl. Senatsurteil vom 13. Juni 2006 - VI ZR 323/04 - aaO). Diese Abwägung ist kein einmaliger Vorgang bei Beginn der Behandlung, sondern muss jeweils erneut vorgenommen werden, sobald neue Erkenntnisse über mögliche Risiken und Nebenwirkungen vorliegen, über die sich der behandelnde Arzt ständig zu informieren hat. Dabei muss er unverzüglich Kontrolluntersuchungen vornehmen, wenn sich Risiken für den Patienten abzeichnen, die zwar nach Ursache, Art und Umfang noch nicht genau bekannt sind, jedoch bei ihrem Eintreten zu schweren Gesundheitsschäden führen können...“

3. BGH: RISIKOAUFKLÄRUNG ÜBER GEÄNDERTE MEDIKATION

BGH, Urt. v. 17.04.2007 – VI ZR 108/06 – www.bundesgerichtshof.de

RID 07-03-214

Arzthaftung, Medikament, Aufklärung, Arzneimittel, Patient, Anhörung
BGB § 823 I

Leitsatz: 1. Der Arzt hat den Patienten vor dem ersten Einsatz eines Medikaments, dessen Wirksamkeit in der konkreten Behandlungssituation zunächst erprobt werden soll, über dessen Risiken vollständig aufzuklären, damit der Patient entscheiden kann, ob er in die Erprobung überhaupt einwilligen oder ob er wegen der möglichen Nebenwirkungen darauf verzichten will.

2. Kann ein Patient zu der Frage, ob er bei zutreffender ärztlicher Aufklärung in einen Entscheidungskonflikt geraten wäre, nicht persönlich angehört werden (hier: wegen schwerer Hirnschäden), so hat das Gericht aufgrund einer umfassenden Würdigung der Umstände des Einzelfalles festzustellen, ob der Patient aus nachvollziehbaren Gründen in einen ernsthaften Entscheidungskonflikt geraten sein könnte.

4. BGH: DARLEGUNGS- UND BEWEISLAST BEI RISIKEN AUS ARZTPRAXIS

BGH, Urt. v. 20.03.2007 – VI ZR 158/06 – www.bundesgerichtshof.de=NJW 2007, 1682=GesR 2007, 254

RID 07-03-215

Arzthaftung, Darlegungslast, Beweislast, Spritzenabszess, Infektion, Arzthelferin
BGB § 823 I

Leitsatz: Zur Darlegungs- und Beweislast des Arztes nach den Grundsätzen voll beherrschbarer Risiken bei einem Spritzenabszess des Patienten infolge einer Infektion durch eine als Keimträger feststehende Arzthelferin (Fortführung von Senat, Urt. v. 08.01.1991 - VI ZR 102/90 - VersR 1991, 467).

5. HAFTUNG FÜR BEHANDLUNGSFEHLER DES DURCHGANGSARZTES

OLG Schleswig, Urt. v. 02.03.2007 – 4 U 22/06 – juris = GesR 2007, 207

RID 07-03-216

Durchgangsarzt, öffentliches Amt, Amtshaftung, Unfallversicherungsträger, Heilbehandlung, Behandlungsfehler
BGB §§ 280, 823, 831; SGB VII § 34

Leitsatz: 1. Der Durchgangsarzt handelt in Ausübung eines öffentlichen Amtes und haftet bei Fehlern dem Patienten gegenüber nicht persönlich. Ausgelöste Amtshaftungsansprüche sind allein gegen den Unfallversicherungsträger zu richten.

2. Entschließt sich der Durchgangsarzt nach der Entscheidung über das "Ob" und "Wie" der zu gewährenden Heilbehandlung aber diese selbst in die Hände zu nehmen, haftet er privatrechtlich.

3. Besteht der Behandlungsfehler des Durchgangsarztes in der falschen Diagnose bei der Entscheidung zum "Ob" und "Wie" und setzt sich dieser Fehler in der weiteren Behandlung fort, dann bleibt er dem öffentlich-rechtlichen Bereich zuzuordnen.
4. Übernimmt der Durchgangsarzt nicht die allgemeine Heilbehandlung, zählt auch die Überwachung des Heilerfolgs (sog. Nachschau) zum öffentlich-rechtlichen Bereich.

6. ARZTFLICHTEN BEI DER ERSTELLUNG VON OP-BERICHTEN

OLG Koblenz, Urt. v. 27.07.2006 – 5 U 212/05 – juris = MedR 2007, 305

RID 07-03-217

Arztpflicht, OP-Bericht, Dokumentation

BGB §§ 276, 278, 611, 823, 847; ZPO §286

Leitsatz: 1. Die Pflicht des Arztes, die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Verlaufsdaten zu dokumentieren, erstreckt sich auf die Fertigung eines Operationsberichts. Der Arzt ist auch verpflichtet, den Operationsbericht zeitnah zu erstellen.

2. Die Dokumentation eines Ersteingriffs und der alsbald erforderlichen Revision in einem einzigen Operationsbericht ist unbedenklich, wenn dadurch die Verlässlichkeit der tatsächlichen Angaben nicht in Frage gestellt ist.

3. Operationsberichte zielen nicht auf die Abwehr oder Erleichterung von Arzthaftungsprozessen. Die Dokumentation ist daher ausreichend, wenn sich einem Mediziner der jeweiligen Fachrichtung hinreichend erschließt, wie der Operateur vorgegangen ist und welche Besonderheiten dabei aufgetreten sind.

7. EINGRIFFSAUFKLÄRUNG VOR OFFENEN BIOPSIE EINES BRUSTWIRBELKÖRPERS

OLG Naumburg, Urt. v. 21.05.2007 – 1 U 33/06 – juris

RID 07-03-218

Eingriffsaufklärung, Aufklärung, Biopsie

BGB §§ 280, 823 I

Leitsatz: 1. Im Rahmen der Eingriffsaufklärung vor einer offenen eines Brustwirbelkörpers muss über das Risiko einer vorübergehenden Lähmung aufgeklärt werden.

2. Ein beiläufiger Hinweis auf mögliche "Muskelfunktionsstörungen" oder "Gefühlsstörungen" unmittelbar nach der Operation genügt den inhaltlichen Anforderungen an eine Eingriffsaufklärung nicht.

8. ZECKENSCHUTZIMPFUNGEN

OLG Brandenburg, Urt. v. 08.03.2007 – 12 U 186/06 – juris

RID 07-03-219

Zeckenschutzimpfung, Aufklärung

BGB § 823 I

Vor Durchführung der Zeckenschutzimpfungen ist über das Risiko des Auftretens einer entzündlichen Reaktion des Gehirns bzw. von Nervenentzündungen aufzuklären.

9. GROBER BEHANDLUNGSFEHLER DURCH ZU SPÄTE ENTSCHEIDUNG FÜR SCHNITTENTBINDUNG

OLG Celle, Urt. v. 27.02.2006 – 1 U 68/05 – juris = VersR 2007, 543

RID 07-03-220

Behandlungsfehler, Schnittentbindung, Kaiserschnitt, Schmerzensgeld

BGB §§ 823, 847

Leitsatz: 1. Bei einem durch Mikroblutanalyse ermittelten pH-Wert des Kindes von unter 7,20 stellt es einen groben Behandlungsfehler dar, wenn die Geburt nicht unverzüglich durch Kaiserschnitt beendet, sondern weiterhin eine vaginale Entwicklung angestrebt wird.

2. Das dadurch infolge Sauerstoffunterversorgung bedingte schwere Residualsyndrom mit spastischer Tetraparese und schwerer psychomotorischer sowie mentaler Retardierung des Kindes rechtfertigt neben dem Anspruch auf Ersatz aller materiellen Schäden ein Schmerzensgeld in Höhe von 300 000 Euro.

10. VERDACHT AUF HOHEN BLASENSPRUNG BEI SCHWANGEREN UND TESTUNG

LG Münster, Urt. v. 05.07.2007 – 11 O 1046/06 – juris

RID 07-03-221

Behandlungsfehler, Blasensprung, Schwangere, Lackmus-Test, Rurni-Check, Bromthymol-Test
BGB §§ 241 II, 280, 823 I

Leitsatz: Es stellt einen groben Behandlungsfehler dar, wenn bei einem Verdacht auf einen hohen Blasensprung bei einer Schwangeren kein Lackmus-Test, kein Rurni-Check und kein Bromthymol-Test stattfindet.

11. AUFKLÄRUNG ÜBER RISIKO EINER UNFRUCHTBARKEIT BEI AUSSCHABUNG

OLG Köln, Urt. v. 25.04.2007 – 5 U 180/05 – juris

RID 07-03-222

Aufklärung, Asherman-Syndrom, Ausschabung, Unfruchtbarkeit
BGB § 823

Die **Aufklärung** über das Risiko einer Unfruchtbarkeit durch das Asherman-Syndrom ist bei einer Ausschabung erforderlich. Grundsätzlich reicht eine Aufklärung des Patienten "im großen und ganzen" aus, dem Patienten muss aber eine allgemeine Vorstellung von dem Ausmaß der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren vermittelt werden (BGH, VersR 1992, 960, 961). Entscheidend für die ärztliche Hinweispflicht ist nicht ein bestimmter Grad der Risikodichte oder Statistik. Maßgebend ist, ob das betreffende Risiko dem Eingriff speziell anhaftet und es bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet (BGH, VersR 2000, 725, 726). Das Risiko einer kompletten, nicht therapierbaren Unfruchtbarkeit aufgrund des Asherman-Syndroms bei einer Ausschabung der Gebärmutterhöhle beträgt 1:1.000. Eine durch einen operativen - hier nicht einmal zwingend erforderlichen - Eingriff hervorgerufene Unfruchtbarkeit stellt für eine junge Frau mit Kinderwunsch eine erhebliche Belastung der Lebensführung dar. Darauf muss deshalb hingewiesen werden. Eine gesonderte Aufklärung über dieses Risiko war auch nicht deshalb entbehrlich, weil über das Risiko einer Verletzung der Gebärmutter - mit der möglichen Folge der Entfernung und der daraus folgenden Fortpflanzungsunfähigkeit - aufgeklärt wurde, da dieses Risiko weitaus geringer als das Risiko des Entstehens eines Asherman-Syndroms ist, denn es verwirklicht sich nur in einem von 10.000 Fällen.

12. ANSPRÜCHE BEI FEHLERHAFTER ZAHNPROTHETIK

OLG Karlsruhe, Urt. v. 28.02.2007 – 7 U 224/06 –

RID 07-03-223

Zahnersatz, Nachbesserung, Zumutbarkeit, Prothetik, Schadensersatzanspruch, Honoraranspruch
BGB §§ 281, 634, 847

Für die Zumutbarkeit der Nachbesserung von Zahnersatz gelten die allgemeinen Regelungen zum **Dienst- oder Werkvertrag**, je nachdem, welcher Bereich der zahnärztlichen Tätigkeit durch den Mangel betroffen ist.

Die Gestaltung der **Interdentalzwischenräume** ist dem **werkvertraglichen** Element der Prothetik zuzuordnen, so dass die Beurteilung des Mangels und der Nachbesserung § 634 BGB unterfällt und Schadensersatz unter den Voraussetzungen des § 281 BGB zu leisten ist. Bereits zu § 634 BGB a.F. hat die Rechtsprechung die Auffassung vertreten, dass der Patient grundsätzlich die Nachbesserung des Werks zu dulden und an ihr mitzuwirken hat, soweit ihm dies nicht ausnahmsweise unzumutbar ist (vgl. nur Senatsurteil vom 25.02.1994 - 7 U 104/91, S. 26; OLG Oldenburg OLGR 1997, 153, 154; OLG München VersR 1995, 1103, 1104; OLG Frankfurt OLGR 2005, 566 Tz. 27). Insoweit erforderte die Beurteilung eine Einzelfallabwägung, wie sie auch bei anderen Werkverträgen erfolgte. Daran hat das Schuldrechtsmodernisierungsgesetz nichts geändert. Gem. § 281 Abs. 2, 2. Alt BGB ist eine sofortige Geltendmachung des Schadensersatzanspruchs nur möglich, wenn ausnahmsweise besondere Umstände vorliegen, die das rechtfertigen. Auch nach dieser Regelung hat daher der Besteller/die Patientin, grundsätzlich die Nachbesserung zu dulden und an ihr mitzuwirken.

Geringe Schleifarbeiten mittels eines Diamantschleifers und sodann eine Nachpolitur in den Zahnzwischenräumen im Bereich von drei Zähnen sind einer Patientin als Nachbesserung zuzumuten.

Ein **Fortfall des Honoraranspruchs** ist nur anzunehmen, wenn und soweit wegen eines schuldhaften Behandlungsfehlers die zahnärztliche Leistung für den Patienten kein Interesse mehr hat. Dies wird dogmatisch unterschiedlich begründet (vgl. nur OLG Hamm, Urteil vom 02.11.2005 - 3 U 290/04 -

Textziff. 13 mit zahlreichen Nachweisen). Eine Verwirkung des Honoraranspruchs ist nur bei groben, regelmäßig vorsätzlichen und strafbaren Pflichtverletzungen anzunehmen.

Die Bemessung des Schmerzensgeldes mit 1.500,00 EUR für erlittene Schmerzen durch eine Paradontitis im schwer zu reinigenden Bereich dreier Zähne ist nicht zu beanstanden.

III. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte

Eichenhofer, Auswirkungen europäischen Rechts auf das deutsche Gesundheitswesen. Chancen und Risiken der Diskussion um „Doc Morris“, MedR 2007, 329-335

1. BVERWG: STREICHUNG EINES ARZNEIMITTELS AUS DER TRADITIONSLISTE (GELÉE ROYALE)

BVerwG, Urt. v. 26.04.2007 – 3 C 36/06 – www.bverwg.de

RID 07-03-224

Arzneimittel, Traditionsliste, Nebenwirkung, Risiko, Unbedenklichkeit

AMG §§ 25 II 1 Nr. 5, 30 I 1, 109a III u. I

Leitsatz: Die Streichung traditionell angewendeter Arzneimittel aus der sog. Traditionsliste nach § 109a Abs. 3 AMG wegen möglicher Risiken und Nebenwirkungen setzt nach § 30 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 AMG den begründeten Verdacht voraus, dass das Arzneimittel bei bestimmungsgemäßem Gebrauch schädliche Wirkungen hat, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen. Die bloße Erschütterung des Anscheins der Unbedenklichkeit reicht dazu nicht aus.

2. BVERWG: ABGRENZUNG NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL VON ARZNEIMITTELN

BVerwG, Urt. v. 25.07.2007 – 3 C 21.06 –

RID 07-03-225

BVerwG, Urt. v. 25.07.2007 – 3 C 22.06 –

RID 07-03-226

BVerwG, Urt. v. 25.07.2007 – 3 C 23.06 –

RID 07-03-227

Produkte, die von ihrem Hersteller als Nahrungsergänzungsmittel auf den Markt gebracht werden, dürfen nur dann von den Behörden als Arzneimittel eingeordnet und wegen fehlender Zulassung als nicht verkehrsfähig bezeichnet werden, wenn belastbare wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass sie die Funktionsbedingungen des menschlichen Körpers erheblich beeinflussen.

Die drei Verfahren betrafen in den Niederlanden als **Nahrungsergänzungsmittel** vertriebene, von den deutschen Behörden aber als Arzneimittel eingestufte Mittel. Gegenstand des Streits war zum ersten ein Produkt in Tablettenform, das 50 mg aus Traubenkernen gewonnene **Bioflavanole** (sog. OPC) enthält. Unstreitig kommt dieser Stoff in vielen Nahrungsmitteln wie Äpfeln und Rotwein vor. Zuverlässige wissenschaftliche Erkenntnisse über therapeutische Wirkungen oder über gesundheitliche Risiken bei Überschreiten einer bestimmten Dosis liegen nicht vor. Das zweite Produkt ist ein Pulver, das insbesondere gefriergetrocknete lebende bzw. lebensfähige Bakterien enthält und das in Wasser eingerührt oder nach entsprechender Verarbeitung als **probiotischer Joghurt** genossen werden soll. Schließlich ging es um ein **hochdosiertes Vitamin-E-Produkt** mit 400 I.E. (= 268 mg) Vitamin-E pro Kapsel. Das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit sah alle drei Produkte als Arzneimittel an und verneinte daher ihre Verkehrsfähigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Die dagegen gerichteten Klagen hat das Verwaltungsgericht abgewiesen; das Oberverwaltungsgericht hat ihnen stattgegeben. Das BVerwG hat in den beiden ersten Fällen die Revision der beklagten Bundesrepublik zurückgewiesen. Dazu hat es ausgeführt, es gehe nicht an, zum Verzehr bestimmte Produkte „auf Verdacht“ den Arzneimitteln zuzurechnen. Anderenfalls würde vielen Produkten endgültig die Verkehrsfähigkeit genommen, weil wegen fehlender Nachweisbarkeit der therapeutischen Wirksamkeit eine Zulassung als Arzneimittel nicht in Betracht komme. Erwägungen des Gesundheitsschutzes könnten eine solche Praxis nicht rechtfertigen. Eine Einordnung als Arzneimittel komme auch dann nicht in Betracht, wenn gleichartige Produkte in großem Umfang unbeanstandet als Lebensmittel auf dem Markt seien. Dagegen hat das BVerwG hinsichtlich des Vitamin-E-Präparats das klageabweisende erstinstanzliche Urteil wiederhergestellt. Der Grund hierfür liegt in einer sog. Aufbereitungsmonographie, in der das Bundesgesundheitsamt im November 1993 Vitamin-E in der hier vorliegenden Dosierung bei bestimmten Vitamin-Mangel-Erkrankungen therapeutische Wirkungen zuspricht. Dies ist eine tragfähige wissenschaftliche Aussage, auf deren Grundlage sämtliche auf dem deutschen Markt vertriebenen gleichartigen Produkte als Arzneimittel zugelassen worden sind.

Vgl. Pressemitteilung Nr. 49/2007 v. 25.07.2007 - www.bverwg.de

3. ZIMTKAPSELN

OLG Hamm, Urt. v. 07.08.2007 – 4 U 194/06 – www.justiz.nrw.de

RID 07-03-228

Zimtkapsel, diätetisches Lebensmittel, Zuckerkrankheit, Arzneimittel
UWG § 8; HWG § 3a; AMG § 21

Zimtkapseln in hoher Dosis als spezielles Konzentrat dürfen nicht als sog. **diätetische Lebensmittel** beworben und vertrieben werden, wenn sie wegen ihrer pharmakologischen Wirkung und Zweckbestimmung gerade auch zur Linderung der Zuckerkrankheit als Arzneimittel zu qualifizieren sind und ihnen die arzneimittelrechtliche Zulassung fehlt.

4. UWG: INTERNET-VERSANDHANDEL AUS DEN NIEDERLANDEN NACH DEUTSCHLAND

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 28.06.2007 – 6 U 126/06 – juris

RID 07-03-229

Internet-Versandhandel, Versandhandel, Arzneimittel,
AMG § 73; ApoG § 11a; UWG §§ 3, 4 Nr. 11

Leitsatz: Ein Internet-Versandhandel mit in Deutschland zugelassenen Arzneimitteln aus den Niederlanden nach Deutschland verstößt nicht gegen §§ 3, 4 Nr. 11 UWG i.V.m. mit den deutschen Vorschriften, die den innereuropäischen Versandhandel mit Arzneimitteln regeln.

5. PRÄMIENPUNKTE FÜR BEZUG VON DENTALPRODUKTEN

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 31.05.2007 – 6 U 157/06 – juris

RID 07-03-230

Prämie, Prämiensystem, Zahnlabor, Dentalprodukt, Medizinprodukt, Werbemaßnahme, Geldrabatt
HeilMWERBG § 7 I 1; UWG Art. 4 Nr. 11

Leitsatz: Ein Prämiensystem, mit dem ein Hersteller Zahnlaboren für den Bezug seiner Dentalprodukte, darunter Medizinprodukte, umsatzabhängig Prämienpunkte verspricht, die gegen bestimmte Sachprämien eingelöst werden können, stellt eine nach § 7 HWG unzulässige produktbezogene Werbemaßnahme dar, die weder als zulässiger Geldrabatt noch als handelsübliche Nebenleistung eingestuft werden kann.

IV. Private Krankenversicherung/Beihilfe/Privatbehandlung

Damm, Privatversicherungsrecht der Fortpflanzungsmedizin. Zur Erstattungsfähigkeit der Kosten reproduktionsmedizinischer Maßnahmen, MedR 2007, 335-340.

1. BGH: KOMPLEXGEBÜHR NR. 437 GOÄ

BGH, Urt. v. 10.05.2007 – III ZR 291/06 – www.bundesgerichtshof.de

RID 07-03-231

Komplexgebühr, Laboratoriumsuntersuchung, Intensivbehandlung, Einzelabrechnung, Laborarzt
GOÄ § 4 II; GOÄ Anl. 1 Nr. 435, 437

Leitsatz: Die Komplexgebühr der Nr. 437 für Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nr. 435 rechtfertigt auch für externe Ärzte keine Einzelabrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen, soweit es sich nicht um Leistungen nach den Abschnitten M III 13 und M IV des Gebührenverzeichnisses handelt.

2. BEIHILFE

A) FESTLEGUNG DER BEIHILFEFÄHIGKEIT VON MEDIKAMENTEN ÜBER VERWEISUNG AUF BUNDESAUSSCHUSS

VG München, Urt. v. 13.02.2007 – M 5 K 05.4004 – juris

RID 07-03-232

Berufung zugelassen

Arzneimittel, verschreibungspflichtig, Bundesausschuss, Arzneimittelrichtlinien, Gesetzesvorbehalt
GG Art 20 III, BhV § 6 I Nr. 2 Buchst. b, SGB V §§ 34 I 2, 92 I 2 Nr. 6, 94 II

Gemäß § 6 I Nr. 2 Buchst. b Sätze 2 und 3 BhV sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht beihilfefähig. Ausgenommen sind solche Arzneimittel, die nach den Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 6 SGB V auf Grund von § 34 I 1 SGB V ausnahmsweise verordnet werden dürfen. Die Frage, ob die Verweisung in § 6 I Nr. 2 BhV isoliert betrachtet noch die Anforderungen an den Gesetzesvorbehalt erfüllt, ist zu bejahen.

B) ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE/TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE

VG Aachen, Beschl. v. 11.07.2007 – 7 L 211/07 – juris

RID 07-03-233

Diplompsychologe, psychologischer Psychotherapeut, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie

BeihilfeVO NRW § 4 I Nr. 1 Satz 5; VwGO § 123 I

Sind Störungen als chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklungsstörung zu deuten, so ist vordringlich eine analytische Psychotherapie anzusprechen. Eine Notwendigkeit für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist damit nicht nachgewiesen, die Kosten hierfür sind nicht beihilfefähig.

V. Vergaberecht bei Verträgen zur integrierten Versorgung

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 23.05.2007 – VII-Verg 50/06 – juris

RID 07-03-234

Vergaberecht, Krankenkasse, Vergabekammern, Sozialgericht, Rechtsweg

Richtlinie 2004/18/EG; GWB §§ 98 Nr. 2, 104, 116; SGB V §§ 69, 127, 140a ff.; SGG § 51

Das Verfahren wird ausgesetzt.

Dem **Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften** werden zur Auslegung der Richtlinie 2004/18/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 über die Koordinierung der Verfahren öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge (ABl. EG L 134 S. 114 vom 30.04.2004 - zukünftig nur Richtlinie genannt) gemäß Art. 234 Abs. 1 EG **folgende Fragen vorgelegt**:

1. a) Ist das Tatbestandsmerkmal der „Finanzierung durch den Staat“ des Art. 1 Absatz 9, 2. Unterabsatz, lit. c), 1. Alternative der Richtlinie dahin auszulegen, dass der Staat die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung sowie die Pflicht zur Zahlung von Beiträgen - deren Höhe vom Einkommen abhängig ist - an die jeweilige Krankenkasse anordnet, wobei die Krankenkasse den Beitragssatz festlegt, die Krankenkassen aber durch ein in den Gründen näher geschildertes System der solidarischen Finanzierung miteinander verbunden sind und die Erfüllung der Verbindlichkeiten jeder einzelnen Krankenkasse gesichert ist ?

b) Ist das Tatbestandsmerkmal in Art. 1 Absatz 9, 2. Unterabsatz, lit. c) 2. Alternative, demzufolge die Einrichtung „hinsichtlich ihrer Leitung der Aufsicht durch Letztere unterliegt“, dahin auszulegen, dass eine staatliche Rechtsaufsicht, die auch noch laufende oder zukünftige Geschäfte betrifft, - gegebenenfalls zuzüglich weiterer in den Gründen geschilderter Eingriffsmöglichkeiten des Staates - für die Erfüllung des Merkmals ausreicht ?

2. Falls die erste Vorlagefrage - in a) oder b) - mit „ja“ zu beantworten ist, sind die lit. c) und lit. d) von Art. 1 Absatz 2 der Richtlinie dahin auszulegen, dass die Zurverfügungstellung von Waren, die in ihrer Form individuell nach den Erfordernissen des jeweiligen Kunden hergestellt und angepasst sowie über deren Nutzung die jeweiligen Kunden individuell zu beraten sind, als „Lieferaufträge“ oder als „Dienstleistungsaufträge“ einzustufen sind ? Ist dabei nur der Wert der jeweiligen Leistungen zu berücksichtigen?

3. Falls die in Frage 2 genannte Zurverfügungstellung als „Dienstleistung“ einzustufen ist oder sein könnte, ist Art. 1 Absatz 4 der Richtlinie - in Abgrenzung zu einer Rahmenvereinbarung im Sinne des Art. 1 Absatz 5 der Richtlinie - dahin auszulegen, dass unter einer „Dienstleistungskonzession“ auch eine Auftragserteilung in der Form zu verstehen ist, bei der

- die Entscheidung darüber, ob und in welchen Fällen der Auftragnehmer mit Einzelaufträgen beauftragt wird, nicht vom Auftraggeber, sondern von Dritten getroffen wird,
- die Bezahlung des Auftragnehmers durch den Auftraggeber erfolgt, weil allein Letzterer kraft Gesetzes alleiniger Vergütungsschuldner und den Dritten gegenüber zur Erbringung der Dienstleistung verpflichtet ist, und
- der Auftragnehmer vor Inanspruchnahme durch den Dritten keine Leistungen irgendwelcher Art erbringen oder vorhalten muss?

VI. Verschiedenes

1. GENERALANWALT EUGH: ZWANGSVERSETZUNG IN RUHESTAND

Generalanwalt EuGH, Antrag v. 15.02.2007 - C-411/05 - curia.europa.eu

RID 07-03-235

Diskriminierung, Alter, Gesetz, Tarifvertrag
Richtlinie 2000/78/EG Art. 2 I

Das in Art. 2 Abs. 1 der Richtlinie 2000/78/EG niedergelegte Verbot einer Diskriminierung aufgrund des Alters steht einem nationalen Gesetz (konkret dem ersten Absatz der Einigen Übergangsbestimmung des Gesetzes 14/2005 über Klauseln in Tarifverträgen über das Erreichen der gewöhnlichen Altersgrenze für den Eintritt in den Ruhestand) nicht entgegen, das in Tarifverträgen enthaltene Klauseln über die Zwangsversetzung in den Ruhestand für gültig erklärt, die lediglich verlangen, dass der Arbeitnehmer die gewöhnliche Altersgrenze für den Eintritt in den Ruhestand erreicht hat und die in den Vorschriften des Mitgliedstaats im Bereich der Sozialen Sicherheit festgelegten Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nach dem relevanten Beitragssystem erfüllt.

2. BVERFG: EINGESCHRÄNKTES WERBEVERBOT IM INTERNET - GEISTHEILER

BVerfG, Beschl. v. 20.03.2007 – 1 BvR 1226/06 – juris

RID 07-03-236

Werbeverbot, Heilmittelwerbegesetz, Geistheiler
GG Art. 12 I; HeilMWerbG § 13; UWG § 8

Leitsatz GRUR 2007, 720: 1. Zur **Freiheit der Berufsausübung** gehört nicht nur die berufliche Praxis selbst, sondern auch jede Tätigkeit, die mit der Berufsausübung zusammenhängt und dieser dient. Sie schließt die Außendarstellung von selbstständigen Berufstätigen ein, soweit sie auf die Förderung des beruflichen Erfolges gerichtet ist. Staatliche Maßnahmen, die geschäftliche oder berufliche Werbung beschränken, sind Eingriffe in die Freiheit der Berufsausübung.

2. Es ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, den Anwendungsbereich des **Heilmittelwerbegesetzes** gem. § 13 I Nr. 2 HWG auch auf die Werbung so genannter **Geistheiler** im frei zugänglichen Internet zu erstrecken, sofern die Werbung für Verfahren und Behandlungen erfolgt und sich die Werbeaussage auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden bei Mensch oder Tier bezieht.

3. BGH: HAFTUNG FÜR DAS DELIKTISCHE HANDELN EINES SCHEINSOZIUS

BGH, Urt. v. 03.05.2007 – IX ZR 218/05 – www.bundesgerichtshof.de

RID 07-03-237

BGB-Gesellschaft, Haftung, Scheinsozius, Privatvermögen
BGB §§ 31, 393, 675; HGB § 128

Leitsatz:

- a) Für das deliktische Handeln eines Scheinsozius haftet die Rechtsanwaltssozietät entsprechend § 31 BGB.
- b) Haftet eine Rechtsanwaltssozietät für das deliktische Handeln eines Scheinsozius, müssen auch die einzelnen Sozien mit ihrem Privatvermögen dafür einstehen.

4. BVERWG: FALTENUNTERSPRITZUNG DURCH KOSMETIKERIN ALS AUSÜBUNG DER HEILKUNDE

BVerwG, Beschl. v. 25.06.2007 – 3 B 82/06 – www.bverwg.de

RID 07-03-238

Faltenunterspritzung, Heilkunde, Kosmetikerin
HeilprG § 1 I

Leitsatz: Zur Einordnung der Faltenunterspritzung als Ausübung der Heilkunde i.S.d. § 1 HeilprG.

5. GENEHMIGUNGSErTEILUNG FÜR VIER KRANKENTRANSPORTWAGEN

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.03.2007 – 13 A 3700/04 – juris

RID 07-03-239

Rettungsdienst, Prognose, Beurteilungsspielraum

GG Art. 12 I; RettDG NW §§ 18, 19, 22

Leitsatz: 1. Im Rahmen der Funktionsschutzklausel des § 19 Abs. 4 Satz 1 RettG NRW (RettDG NW) ist nicht vorab zu prüfen, ob überhaupt ein **funktionsfähiger Rettungsdienst** vorliegt, der beeinträchtigt werden kann (Änderung der Senatsrechtsprechung).

2. Eine nach § 19 Abs. 4 Satz 1 RettG NRW (RettDG NW) relevante Beeinträchtigung des **öffentlichen Interesses an einem funktionsfähigen Rettungsdienst** liegt nur vor, wenn bei Gebrauch der beantragten Genehmigung ernstliche und schwerwiegende Nachteile für den öffentlichen Rettungsdienst im Sinne des § 6 RettG NRW (RettDG NW) zu befürchten sind.

3. Der zuständigen Behörde steht bei der **Prognose**, ob eine relevante Beeinträchtigung des öffentlichen Interesses an einem funktionsfähigen Rettungsdienst im Sinne des § 19 Abs. 4 RettG NRW (RettDG NW) zu erwarten ist, ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Spielraum zu.

6. KONKURRENTENKLAGE EINES KRANKENHAUSTRÄGERS

VG Minden, Urt. v. 22.05.2007 – 6 K 2506/06 – juris

RID 07-03-240

Krankenhausträger, Konkurrentenklage

VwGO § 42 Abs. 2; KHG NRW § 13 IV 2 Halbs. 1,

Ein Krankenhausträger kann geltend machen, durch die zu Gunsten eines anderen Krankenhausträgers ergangene Feststellungsentscheidung bezüglich 50 Betten für Frührehabilitation in seinem durch Art. 12 I GG geschützten Recht auf Freiheit der Berufsausübung verletzt zu werden (vgl. z.B. BVerfG, Beschl. v. 12.6.1990 - 1 BvR 355/86 - BVerfGE 82, 209 = DVBl. 1990, 989 = NJW 1990, 2306).

7. STEUERRECHT

A) BFH: UMSATZSTEUERLICHE BEHANDLUNG MEDIZINISCHER LABORUNTERSUCHUNGEN

BFH, Urt. v. 15.03.2007 – V R 55/03 – www.bundesfinanzhof.de

RID 07-03-241

Leitsatz: 1. Ein Arzt für Laboratoriumsmedizin erbringt mit seinen medizinischen Analysen und Laboruntersuchungen, die er im Auftrag der behandelnden Ärzte oder deren Labore/Laborgemeinschaften ausführt, "ärztliche Heilbehandlungen" i.S. von Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. b der Richtlinie 77/388/EWG bzw. "Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin" i.S. von Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. c der Richtlinie 77/388/EWG; es ist nicht erforderlich, dass diese Leistungen unmittelbar gegenüber den Patienten erbracht werden (EuGH-Rechtsprechung)(Rn.35).

2. Umsätze eines Arztes für Laboratoriumsmedizin aus medizinischen Analysen und Laboruntersuchungen im Auftrag der behandelnden Ärzte oder deren Labore/Laborgemeinschaften sind auch dann nach § 4 Nr. 14 Satz 1 UStG 1980/1991/1993 steuerfrei, wenn er sie in der Rechtsform einer GmbH erbringt und er der alleinige Gesellschafter dieser GmbH ist(Rn.35).

3. Soweit solche Umsätze eines Arztes für Laboratoriumsmedizin sowohl unter die Befreiungsvorschrift des § 4 Nr. 14 Satz 1 UStG 1980/1991/1993 aufgrund dessen Anknüpfung an den Beruf (hier als Arzt) und dessen spezifische Umsätze als auch entsprechend Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. b der Richtlinie 77/388/EWG unter die des § 4 Nr. 16 Buchst. c UStG 1980/1991/1993 fallen, kann sich der Steuerpflichtige auf die für ihn günstigere Regelung des nationalen Rechts (§ 4 Nr. 14 UStG 1980/1991/1993) berufen. § 4 Nr. 14 UStG 1980/1991/1993 folgt insoweit einer anderen Systematik als Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. b und c der Richtlinie 77/388/EWG, die in erster Linie dem Ort der Leistungserbringung folgt. Der Anwendungsbereich des § 4 Nr. 14 UStG 1980/1991/1993 kann nicht im Wege der Auslegung auf den Anwendungsbereich des § 4 Nr. 16 Buchst. c UStG 1980/1991/1993 "begrenzt" werden(Rn.42).

4. § 4 Nr. 16 UStG 1980/1991/1993 verstößt gegen den gemeinschaftsrechtlichen Grundsatz der steuerlichen Neutralität, weil nicht für alle Kategorien privatrechtlicher Einrichtungen, die in Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. b der Richtlinie 77/388/EWG genannt sind, in Bezug auf die Erbringung vergleichbarer Leistungen die gleichen Bedingungen für ihre Anerkennung gelten(Rn.50).

5. Die 40 %-Grenze in § 4 Nr. 16 Buchst. c UStG 1980/1991/1993 bezieht sich nur auf die in § 4 Nr. 16 UStG 1980/1991/1993 genannten Umsätze selbst und nicht etwa auf den Gesamtumsatz des Unternehmers(Rn.51).

B) BFH: BESCHÄFTIGUNG FREIER MITARBEITER DURCH FREIBERUFLER (KRANKENGYMNAST)

BFH, Urt. v. 14.03.2007 – XI R 59/05 – juris

RID 07-03-242

Freiberufler, Krankengymnast, Beschäftigung, Mitarbeiter

BGB § 133, 157; EStG 1997 §§ 18 I 1 Nr. 3 S. 3, 15

Leitsatz: 1. Die tatrichterliche Auslegung eines Vertrages ist im Revisionsverfahren u.a. dann nicht bindend, wenn sie unter Missachtung der gesetzlichen Auslegungsregeln und der zu ihnen entwickelten, allgemein anerkannten Auslegungsgrundsätze vorgenommen worden ist.

2. Der Tatrichter ist gehalten, alle für die Auslegung erheblichen Umstände umfassend zu würdigen und zumindest die wichtigsten für und gegen eine bestimmte Auslegung sprechenden Umstände in ihrer Bedeutung für das Auslegungsergebnis zu erörtern und gegeneinander abzuwägen.

3. Ein Steuerpflichtiger kann auch dann **freiberuflich tätig** sein, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient; Arbeitskräfte in diesem Sinne sind nicht nur die im Betrieb abhängig Beschäftigten, sondern auch Subunternehmer oder freie Mitarbeiter, die zur Mithilfe in die Abwicklung der von dem Freiberufler übernommenen Aufträge eingebunden werden.

4. Ein **selbstständig tätiger Krankengymnast** ist nur dann leitend und eigenverantwortlich tätig, wenn er aufgrund seiner Fachkenntnisse durch regelmäßige und eingehende Kontrolle **maßgeblich auf die Pflęgetätigkeit der Mitarbeiter bei jedem einzelnen Patienten Einfluss nimmt**, so dass die Leistung den "Stempel der Persönlichkeit" des Steuerpflichtigen trägt (Rechtsprechung).

Verzeichnis der Entscheidungen

BFH , Urt. v. 14.03.2007 – XI R 59/05 –	RID 07-03-242
BFH, Urt. v. 15.03.2007 – V R 55/03 –	RID 07-03-241
BGH , Urt. v. 20.03.2007 – VI ZR 158/06 –	RID 07-03-215
BGH, Urt. v. 27.03.2007 – VI ZR 55/05 –	RID 07-03-213
BGH, Urt. v. 17.04.2007 – VI ZR 108/06 –	RID 07-03-214
BGH, Urt. v. 03.05.2007 – IX ZR 218/05 –	RID 07-03-237
BGH, Urt. v. 10.05.2007 – III ZR 291/06 –	RID 07-03-231
BGH, Urt. v. 22.05.2007 – VI ZR 35/06 –	RID 07-03-212
BGH, Urt. v. 05.07.2007 – 4 StR 549/06 –	RID 07-03-206
BSG , Urt. v. 07.02.2007 – B 6 KA 6/06 R –	RID 07-03-106
BSG, Urt. v. 07.02.2007 – B 6 KA 8/06 R –	RID 07-03-111
BSG, Urt. v. 14.02.2007 – B 1 A 3/06 R –	RID 07-03-200
BSG, Urt. v. 28.02.2007 – B 3 KR 12/06 R –	RID 07-03-197
BSG, Urt. v. 28.02.2007 – B 3 KR 15/06 R –	RID 07-03-196
BSG, Urt. v. 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R –	RID 07-03-195
BSG, Beschl. v. 28.02.2007 – B 3 KR 38/06 B –	RID 07-03-199
BSG, Urt. v. 27.03.2007 – B 1 KR 17/06 R –	RID 07-03-191
BSG, Urt. v. 27.03.2007 – B 1 KR 30/06 R –	RID 07-03-192
BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 9/06 R –	RID 07-03-101
BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 10/06 R –	RID 07-03-102
BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 22/06 R –	RID 07-03-108
BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 26/06 R –	RID 07-03-109
BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 28/06 R –	RID 07-03-110
BSG, Urt. v. 28.03.2007 – B 6 KA 30/06 R –	RID 07-03-107
BSG, Urt. v. 19.04.2007 – B 3 KR 9/06 R –	RID 07-03-193
BSG, Urt. v. 19.04.2007 – B 3 KR 10/06 R –	RID 07-03-198
BSG, Urt. v. 10.05.2007 – B 10 KR 1/06 R –	RID 07-03-194
BSG, Beschl. v. 23.05.2007 – B 6 KA 27/06 B –	RID 07-03-104
BSG, Beschl. v. 23.05.2007 – B 6 KA 85/06 B –	RID 07-03-103
BSG, Beschl. v. 23.05.2007 – B 6 KA 91/06 B –	RID 07-03-105
BSG, Urt. v. 24.05.2007 – B 1 KR 10/06 R –	RID 07-03-190
BVerfG , 1. Sen. 3. Ka. v. 27.10.2006 – 1 BvR 1645/06, 1657/06, 1689/06 –	RID 07-03-01
BVerfG, Beschl. v. 20.03.2007 – 1 BvR 1226/06 –	RID 07-03-236
BVerfG - 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 07.08.2007 - 1 BvR 1941/07 -	RID 07-03-71a

BVerwG, Urt. v. 26.04.2007 – 3 C 36/06 –	RID 07-03-224
BVerwG, Beschl. v. 25.06.2007 – 3 B 82/06 –	RID 07-03-238
BVerwG, Urt. v. 25.07.2007 – 3 C 21.06 –	RID 07-03-225
BVerwG, Urt. v. 25.07.2007 – 3 C 22.06 –	RID 07-03-226
BVerwG, Urt. v. 25.07.2007 – 3 C 23.06 –	RID 07-03-227
BVerwG, Urt. v. 25.07.2007 – 6 C 27.06 –	RID 07-03-210
Generalanwalt EuGH , Antrag v. 15.02.2007 - C-411/05 -	RID 07-03-235
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 14.03.2006 – L 11 KR 4861/05 –	RID 07-03-158
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 03.04.2007 – L 5 KA 560/07 –	RID 07-03-85
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 26.04.2007 – L 5 KA 2542/07 ER-B –	RID 07-03-63
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 10.07.2007 – L 11 KR 6157/06 –	RID 07-03-182
LSG Bayern , Beschl. v. 20.07.2006 – L 12 B 835/06 KA ER –	RID 07-03-75
LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2006 – L 4 KR 286/04 –	RID 07-03-177
LSG Bayern, Urt. v. 06.12.2006 – L 12 KA 272/05 –	RID 07-03-21
LSG Bayern, Urt. v. 12.12.2006 – L 3 KA 513/03 –	RID 07-03-71
LSG Bayern, Urt. v. 13.12.2006 – L 3 KA 5003/05 –	RID 07-03-20
LSG Bayern, Urt. v. 13.12.2006 – L 3 KA 5005/05 –	RID 07-03-84
LSG Bayern, Urt. v. 14.12.2006 – L 4 KR 202/04 –	RID 07-03-154
LSG Bayern, Urt. v. 18.01.2007 – L 4 KR 328/05 –	RID 07-03-186
LSG Bayern, Urt. v. 31.01.2007 – L 12 KA 319/04 –	RID 07-03-54
LSG Bayern, Urt. v. 08.02.2007 – L 4 KR 78/04 –	RID 07-03-130
LSG Bayern, Beschl. v. 28.02.2007 – L 12 B 450/06 KA ER –	RID 07-03-83
LSG Bayern, Urt. v. 28.02.2007 – L 12 KA 3/06 –	RID 07-03-51
LSG Bayern, Urt. v. 28.02.2007 – L 12 KA 620/04 –	RID 07-03-50
LSG Bayern, Urt. v. 08.03.2007 – L 4 KR 20/06 –	RID 07-03-172
LSG Bayern, Urt. v. 13.03.2007 – L 5 KR 312/06 –	RID 07-03-117
LSG Bayern, Urt. v. 22.03.2007 – L 4 KR 1/07 ZVW –	RID 07-03-114
LSG Bayern, Urt. v. 22.03.2007 – L 4 KR 11/04 –	RID 07-03-152
LSG Bayern, Urt. v. 22.03.2007 – L 4 KR 149/06 –	RID 07-03-160
LSG Bayern, Urt. v. 27.03.2007 – L 5 KR 202/05 –	RID 07-03-120
LSG Bayern, Urt. v. 28.03.2007 – L 12 KA 570/04 –	RID 07-03-45
LSG Bayern, Urt. v. 28.03.2007 – L 12 KA 361/04 –	RID 07-03-48
LSG Bayern, Urt. v. 12.04.2007 – L 4 KR 209/04 –	RID 07-03-151
LSG Bayern, Urt. v. 13.04.2007 – L 5 KR 153/06 –	RID 07-03-124
LSG Bayern, Urt. v. 13.04.2007 – L 5 KR 382/06 –	RID 07-03-162
LSG Bayern, Urt. v. 24.04.2007 – L 5 KR 291/06 –	RID 07-03-161
LSG Bayern, Urt. v. 25.04.2007 – L 12 KA 547/04 –	RID 07-03-56
LSG Berlin-Brandenburg , Beschl. v. 02.03.2007 – L 1 B 156/07 KR ER –	RID 07-03-123
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.05.2007 – L 7 B 4/07 KA ER –	RID 07-03-61
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.05.2007 – L 7 B 35/07 KA –	RID 07-03-92
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.06.2007 – L 7 KA 19/03 –	RID 07-03-33
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.06.2007 – L 7 KA 284/02 –	RID 07-03-32
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.06.2007 – L 9 KR 35/04 –	RID 07-03-147
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.06.2007 – L 7 KA 7/04 –	RID 07-03-68
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.06.2007 – L 7 KA 9/03*25 –	RID 07-03-15
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.06.2007 – L 7 KA 35/01 –	RID 07-03-18
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.06.2007 – L 7 KA 249/03 –	RID 07-03-13
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.06.2007 – L 7 KA 260/03 –	RID 07-03-19
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 26.07.2007 – L 24 KR 407/07 ER –	RID 07-03-179
LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 26.07.2007 – L 24 KR 408/07 ER –	RID 07-03-178
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 31.07.2007 – L 24 KR 8/06 –	RID 07-03-167
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 01.08.2007 – L 31 KR 71/07 –	RID 07-03-144
LSG Hamburg , Urt. v. 28.02.2007 – L 2 KA 2/06 –	RID 07-03-73
LSG Hamburg, Urt. v. 30.05.2007 – L 1 KR 9/07 –	RID 07-03-139
LSG Hamburg, Urt. v. 13.06.2007 – L 1 KR 46/06 –	RID 07-03-143
LSG Hamburg, Urt. v. 13.06.2007 – L 1 KR 30/06 –	RID 07-03-180
LSG Hamburg, Urt. v. 18.07.2007 – L 1 KR 37/06 –	RID 07-03-164
LSG Hamburg, Urt. v. 18.07.2007 – L 1 KR 45/06 –	RID 07-03-135
LSG Hamburg, Urt. v. 18.07.2007 – L 1 KR 89/05 –	RID 07-03-155
LSG Hamburg, Urt. v. 01.08.2007 – L 1 KR 16/06 –	RID 07-03-169
LSG Hessen , Urt. v. 25.04.2007 – L 4 KA 28/05 –	RID 07-03-70
LSG Hessen, Beschl. v. 23.05.2007 – S 12 KA 72/06 –	RID 07-03-65
LSG Hessen, Urt. v. 24.05.2007 – L 8/14 KR 26/04 –	RID 07-03-165
LSG Hessen, Urt. v. 12.06.2007 – L 1 KR 58/05 –	RID 07-03-183
LSG Hessen, Beschl. v. 27.06.2007 – L 4 B 152/07 KA –	RID 07-03-93
LSG Hessen, Beschl. v. 16.07.2007 – L 4 B 207/07 KA –	RID 07-03-94
LSG Hessen, Beschl. v. 24.07.2007 – L 4 B 195/07 KA –	RID 07-03-95
LSG Hessen, Beschl. v. 24.07.2007 – L 4 B 197/07 KA –	RID 07-03-96
LSG Hessen, Beschl. v. 24.07.2007 – L 4 B 200/07 KA –	RID 07-03-97
LSG Hessen, Beschl. v. 24.07.2007 – L 4 B 203/07 KA –	RID 07-03-98
LSG Hessen, Beschl. v. 24.07.2007 – L 4 B 208/07 KA –	RID 07-03-99
LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 23.05.2007 – L 3 KA 268/04 –	RID 07-03-28
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 08.06.2007 – L 3 KA 9/07 ER –	RID 07-03-26
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 18.01.2007 – L 2 KN 16/05 KR –	RID 07-03-175
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.03.2007 – L 5 KR 111/06 –	RID 07-03-176
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.04.2007 – L 11 KA 5/05 –	RID 07-03-58
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.04.2007 – L 11 KA 6/05 –	RID 07-03-59
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.04.2007 – L 10 KA 48/06 –	RID 07-03-67
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.05.2007 – L 16 KR 102/06 –	RID 07-03-181

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.05.2007 – L 10 KA 22/06 –	RID 07-03-37
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.05.2007 – L 11 KR 12/05 –	RID 07-03-166
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2007 – L 5 KR 118/04 –	RID 07-03-126
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.05.2007 – L 5 KR 189/06 –	RID 07-03-163
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.05.2007 – L 16 KR 237/06 –	RID 07-03-150
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.05.2007 – L 5 KR 245/00 –	RID 07-03-173
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.05.2007 – L 10 B 27/06 KA –	RID 07-03-91
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.05.2007 – L 16 (5,2) KR 70/00 –	RID 07-03-174
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 04.06.2007 – L 16 B 22/07 KR ER –	RID 07-03-136
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.06.2007 – L 11 KA 19/06 –	RID 07-03-06
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.06.2007 – L 11 KA 110/06 –	RID 07-03-22
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.06.2007 – L 5 KR 183/06 –	RID 07-03-129
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.06.2007 – L 11 KR 39/05 –	RID 07-03-153
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 31.07.2007 – L 11 KR 90/06 –	RID 07-03-125
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.08.2007 – L 11 KR 96/06 –	RID 07-03-127
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.08.2007 – L 11 KA 17/07 –	RID 07-03-53
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2007 – L 11 KR 14/07 –	RID 07-03-128
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 30.08.2007 – L 16 B 43/07 KR ER –	RID 07-03-156
LSG Rheinland-Pfalz , Beschl. v. 07.05.2007 – L 5 ER 119/07 KR –	RID 07-03-188
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.06.2007 - L 5 KA 22/05 -	RID 07-03-14a
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.06.2007 – L 5 KA 23/05 –	RID 07-03-14
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.06.2007 – L 5 KA 31/06 –	RID 07-03-77
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 21.06.2007 – L 5 ER 158/07 KR –	RID 07-03-184
LSG Sachsen , Beschl. v. 11.09.2006 – L 1 B 291/05 KA-ER –	RID 07-03-89
LSG Sachsen, Urt. v. 21.03.2007 – L 1 KR 27/03 –	RID 07-03-112
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 09.05.2007 – L 5 KR 59/05 –	RID 07-03-157
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.05.2007 – L 4 KA 4/06 –	RID 07-03-52
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 25.05.2007 – L 4 B 406/07 KA ER –	RID 07-03-72
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 27.06.2007 – L 5 KR 5/07 –	RID 07-03-121
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 27.06.2007 – L 5 KR 24/06 –	RID 07-03-113
LSG Schleswig-Holstein, B. v. 28.06.2007 – L 4 B 269/06 KA ER –	RID 07-03-100
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 18.07.2007 – L 4 B 445/07 KA ER –	RID 07-03-46
LSG Thüringen , Urt. v. 24.01.2007 – L 4 KA 362/06 –	RID 07-03-88
LSG Thüringen, Urt. v. 03.05.2006 – L 4 KA 606/04 –	RID 07-03-09
LSG Thüringen, Urt. v. 05.07.2006 – L 4 KA 521/03 –	RID 07-03-82
LSG Thüringen, Urt. v. 05.07.2006 – L 4 KA 1034/03 –	RID 07-03-60
LG Hagen , Urt. v. 19.04.2007 – 4 O 308/06 –	RID 07-03-203
LG Kleve , Urt. v. 10.08.2007 – 8 O 2/07 –	RID 07-03-207
LG Kleve, Urt. v. 10.08.2007 – 8 O 3/07 –	RID 07-03-208
LG Münster , Urt. v. 05.07.2007 – 11 O 1046/06 –	RID 07-03-221
LG Tübingen , Urt. v. 08.11.2006 – 3 O 127/06 –	RID 07-03-204
OLG Brandenburg , Urt. v. 08.03.2007 – 12 U 186/06 –	RID 07-03-219
OLG Celle , Urt. v. 27.02.2006 – 1 U 68/05 –	RID 07-03-220
OLG Düsseldorf , Beschl. v. 23.05.2007 – VII-Verg 50/06 –	RID 07-03-234
OLG Frankfurt a. M. , Urt. v. 31.05.2007 – 6 U 157/06 –	RID 07-03-230
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 28.06.2007 – 6 U 126/06 –	RID 07-03-229
OLG Hamm , Urt. v. 07.08.2007 – 4 U 194/06 –	RID 07-03-228
OLG Karlsruhe , Urt. v. 28.02.2007 – 7 U 224/06 –	RID 07-03-223
OLG Koblenz , Urt. v. 27.07.2006 – 5 U 212/05 –	RID 07-03-217
OLG Köln , Urt. v. 25.04.2007 – 5 U 180/05 –	RID 07-03-222
OLG Naumburg , Urt. v. 21.05.2007 – 1 U 33/06 –	RID 07-03-218
OLG Schleswig , Urt. v. 02.03.2007 – 4 U 22/06 –	RID 07-03-216
OVG Niedersachsen , Urt. v. 26.04.2007 – 8 LC 13/05 –	RID 07-03-209
OVG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.03.2007 – 13 A 3700/04 –	RID 07-03-239
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.03.2007 – 13 A 4204/06 –	RID 07-03-202
SG Aachen , Urt. v. 24.04.2007 – S 13 (6) KR 66/06 –	RID 07-03-133
SG Aachen, Urt. v. 29.05.2007 – S 13 KR 56/06 –	RID 07-03-115
SG Aachen, Urt. v. 29.05.2007 – S 13 KR 99/06 –	RID 07-03-149
SG Augsburg , Urt. v. 05.04.2007 – S 12 KR 336/06 –	RID 07-03-132
SG Berlin , Urt. v. 18.04.2007 – S 83 KA 147/02 –	RID 07-03-57
SG Berlin, Beschl. v. 08.06.2007 – S 83 KA 53/07 ER –	RID 07-03-90
SG Berlin, Urt. v. 22.08.2007 – S 71 KA 91/05 –	RID 07-03-55
SG Detmold , Beschl. v. 06.06.2007 – S 3 KR 19/07 ER –	RID 07-03-137
SG Dresden , Beschl. v. 21.11.2006 – S 18 KA 613/06 –	RID 07-03-42
SG Düsseldorf , Urt. v. 29.01.2007 – S 2 KA 251/06 ER –	RID 07-03-07
SG Düsseldorf, Beschl. v. 12.03.2007 – S 34 KR 44/07 ER –	RID 07-03-131
SG Düsseldorf, Urt. v. 23.03.2007 – S 4 KR 17/06 –	RID 07-03-145
SG Düsseldorf, Urt. v. 08.05.2007 – S 4 KR 38/06 –	RID 07-03-187
SG Düsseldorf, Urt. v. 08.05.2007 – S 4 KR 64/05 –	RID 07-03-146
SG Düsseldorf, Beschl. v. 08.06.2007 – S 2 KA 251/06 ER –	RID 07-03-08
SG Düsseldorf, Urt. v. 14.06.2007 – S 8 KR 158/06 –	RID 07-03-148
SG Düsseldorf, Urt. v. 13.06.2007 – S 2 KA 124/06 –	RID 07-03-30
SG Düsseldorf, Beschl. v. 15.06.2007 – S 2 KA 65/07 ER –	RID 07-03-41
SG Düsseldorf, Urt. v. 15.06.2007 – S 4 KR 103/05 –	RID 07-03-134
SG Düsseldorf, Urt. v. 12.07.2007 – S 8 KR 144/05 –	RID 07-03-142
SG Düsseldorf, Urt. v. 12.07.2007 – S 8 KR 280/05 –	RID 07-03-141
SG Düsseldorf, Beschl. v. 10.08.2007 – S 2 KA 94/07 ER –	RID 07-03-40
SG Düsseldorf, Beschl. v. 23.08.2007 – S 2 KA 104/07 ER –	RID 07-03-87
SG Frankfurt a. M. , Gerichtsbb. v. 05.06.2007 – S 18 KR 614/05 –	RID 07-03-170

SG Gießen , Urt. v. 05.04.2007 – S 21 KR 81/06 –	RID 07-03-159
SG Hamburg , Urt. v. 29.08.2006 – S 48 KR 251/04 –	RID 07-03-185
SG Hamburg, Urt. v. 17.01.2007 – S 3 KA 266/03 –	RID 07-03-35
SG Hamburg, Beschl. v. 30.03.2007 – S 8 KR 207/07 ER –	RID 07-03-171
SG Hamburg, Urt. v. 18.04.2007 – S 3 KA 281/06 –	RID 07-03-78
SG Hamburg, Urt. v. 18.04.2007 – S 3 KA 282/06 –	RID 07-03-79
SG Karlsruhe , Urt. v. 26.01.2007 – S 1 KA 5333/04 –	RID 07-03-31
SG Koblenz , Urt. v. 31.05.2007 – S 11 KR 47/06 –	RID 07-03-168
SG Landshut , Urt. v. 14.08.2007 – S 1 KR 172/07 ER –	RID 07-03-189
SG Mainz , Urt. v. 31.05.2006 – S 2 KA 18/04 –	RID 07-03-11
SG Mainz, Urt. v. 31.05.2006 – S 2 KA 415/04 –	RID 07-03-12
SG Mainz, Urt. v. 22.11.2006 – S 2 KA 883/03 –	RID 07-03-10
SG Marburg , Urt. v. 06.06.2007 – S 12 KA 941/06 –	RID 07-03-64
SG Marburg, Urt. v. 06.06.2007 – S 12 KA 1020/06 –	RID 07-03-76
SG Marburg, Urt. v. 06.06.2007 – S 12 KA 1023/06 –	RID 07-03-80
SG Marburg, Urt. v. 27.06.2007 – S 12 KA 64/07 –	RID 07-03-81
SG Marburg, Urt. v. 04.07.2007 – S 11 KA 101/05 –	RID 07-03-02
SG Marburg, Urt. v. 04.07.2007 – S 12 KA 250/06 –	RID 07-03-29
SG Marburg, Urt. v. 04.07.2007 – S 11 KA 270/05 –	RID 07-03-03
SG Marburg, Urt. v. 04.07.2007 – S 11 KA 609/05 –	RID 07-03-04
SG Marburg, Urt. v. 11.07.2007 – S 12 KA 45/06 –	RID 07-03-36
SG Marburg, Urt. v. 11.07.2007 – S 12 KA 711/06 –	RID 07-03-23
SG Marburg, Urt. v. 11.07.2007 – S 12 KA 881/06 –	RID 07-03-47
SG Marburg, Beschl. v. 19.07.2007 – S 12 KA 287/07 ER –	RID 07-03-66
SG Marburg, Urt. v. 22.08.2007 – S 12 KA 96/07 –	RID 07-03-43
SG Marburg, Urt. v. 22.08.2007 – S 12 KA 97/07 –	RID 07-03-44
SG Marburg, Urt. v. 22.08.2007 – S 12 KA 1012/06 –	RID 07-03-25
SG Marburg, Beschl. v. 23.08.2007 – S 12 KA 313/07 ER –	RID 07-03-24
SG Marburg, Beschl. v. 23.08.2007 – S 12 KA 316/07 ER –	RID 07-03-62
SG Marburg, Beschl. v. 23.08.2007 – S 12 KA 343/07 ER –	RID 07-03-74
SG Marburg, Beschl. v. 27.08.2007 – S 12 KA 346/07 ER –	RID 07-03-38
SG Marburg, Beschl. v. 27.08.2007 – S 12 KA 374/07 ER –	RID 07-03-39
SG Marburg, Urt. v. 29.08.2007 – S 12 KA 575/06 –	RID 07-03-49
SG Marburg, Urt. v. 29.08.2007 – S 12 KA 761/06 –	RID 07-03-16
SG Marburg, Urt. v. 29.08.2007 – S 12 KA 940/06 –	RID 07-03-34
SG Marburg, Urt. v. 29.08.2007 – S 12 KA 1194/05 –	RID 07-03-17
SG Münster, Urt. v. 27.03.2006 – S 2 KA 40/05 –	RID 07-03-69
SG für das Saarland , Gerichtsbb. v. 22.06.2007 – S 2 KA 47/07 –	RID 07-03-05
SG für das Saarland, Gerichtsbb. v. 22.06.2007 – S 2 KA 84/07 –	RID 07-03-05a
SG Schwerin , Urt. v. 18.04.2007 – S 3 KA 43/05 –	RID 07-03-86
SG Speyer , Urt. v. 11.06.2007 – S 7 KR 283/06 –	RID 07-03-138
SG Stade , Urt. v. 01.02.2007 – S 1 KR 43/05 –	RID 07-03-118
SG Stade, Urt. v. 01.02.2007 – S 1 KR 212/05 –	RID 07-03-119
SG Stade, Gerichtsbb. v. 28.02.2007 – S 1 KR 82/03 –	RID 07-03-122
SG Stuttgart , Urt. v. 24.04.2006 – S 11 KA 6901/04 –	RID 07-03-27
SG Wiesbaden , Urt. v. 12.06.2007 – S 2 KR 194/06 –	RID 07-03-140
SG Würzburg , Urt. v. 15.05.2007 – S 4 KR 437/06 –	RID 07-03-116
VG Aachen , Beschl. v. 11.07.2007 – 7 L 211/07 –	RID 07-03-233
VG Karlsruhe , Urt. v. 26.06.2007 – 5 K 2394/05 –	RID 07-03-211
VG Minden , Urt. v. 22.05.2007 – 6 K 2506/06 –	RID 07-03-240
VG München , Urt. v. 13.02.2007 – M 5 K 05.4004 –	RID 07-03-232
VGH Bayern , Urt. v. 28.03.2007 – 21 B 04.3153 –	RID 07-03-201

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 10.09.2007: 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
	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 Termin: 29.08.2007	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 Termin: 29.08.2007	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?		
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?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.11.2005 - L 4 KA 21/05	06-01-03
Punktwert für Wirtschaftlichkeitsbonus	32, 33/07	Verstößt die Regelung eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht, die eine Erhöhung des Punktwertes für den Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Nr 3452 EBM-Ä gegenüber den Punktwerten für die Ausführung von Laborleistungen (Nrn 3450, 3454 und 3456 EBM-Ä) um 20% vorsieht? Dürfen die Leistungen der Laborärzte und die Laborleistungen aller anderen Vertragsärzte demselben Honorartopf zugeordnet werden?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.06.2007 - L 5 KA 22/05 - - L 5 KA 23/05 -	07-03-14 07-03-14a (S. 11)
Fehlerhafte Abrechnungsvolumina im Referenzquartal (HNO-Ärzte, KV Sachsen I/02-II/03)	2 u. 3/07 Termin: 29.08.2007	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?	LSG Sachsen, Urt. v. 18.10.2006 – L 1 KA 14/06 – – L 1 KA 23/06 –	07-01-16 07-01-15
Notfallbehandlungen im Krankenhaus/Kein gestützter Punktwert	31/06 Termin: 29.08.2007	Hat ein Krankenhaus einen Vergütungsanspruch für ambulante Notfallbehandlungen nur in Höhe von 90% des Punktwertes, der sich aus dem HVM für den sogenannten roten Bereich errechnet, oder in Höhe von 90% des Punktwertes von 9,0 Pf, der speziell für Leistungen im organisierten Notfalldienst gilt?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.06.2006 – L 10 KA 8/05 -	06-03-11
Honorarkontingent für Anästhesisten und andere Mehreinnahmen (KV Niedersachsen I/96 bis I/97)	43/06 Termin: 29.08.2007	Kann eine Kassenärztliche Vereinigung bei der Prüfung, ob angesichts des Punktwertverfalls innerhalb eines Honorarkontingents eine Änderung oder Weiterentwicklung des zu Grunde liegenden Honorarverteilungsmaßstab 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?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2006 - L 3 KA 449/03 -	07-01-06
Vergütungsausschluss bei unaufklärbarem Software-Fehler	29/06 Termin: 29.08.2007	Ist eine Regelung im Honorarverteilungsmaßstab, die nachträgliche Ergänzungen unvollständiger Leistungsansätze (hier: infolge eines EDV-Fehlers) bei bereits zur Abrechnung eingereichten Behandlungsfällen generell ausschließt, mit höherrangigem Recht vereinbar?	SG Stuttgart, Urt. v. 28.06.2006 - S 10 KA 5811/05 -	06-03-16
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 Termin: 27.06.2007	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?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 06.04.22 - L 3 KA 90/06 -	06-04-22
	37/06 Termin: 27.06.2007	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

	39/06 Termin: 27.06.2007	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
Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen bei Bestandskraft (1993-1998)	28/07	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) es im Rahmen der Ermessensausübung gemäß § 44 Abs 2 S 2 SGB 10 ablehnen, einen bestandskräftigen Honorarbescheid zurückzunehmen und Honorar nachzuzahlen, wenn der Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut einen Widerspruch für aussichtslos gehalten hatte, nachdem die KÄV Widersprüche anderer (zu Unrecht) als unzulässig verworfen hatte? Gilt die 4-Jahre-Begrenzung für Nachzahlungen von Sozialleistungen (§ 44 Abs 4 SGB 10) auch für andere - gemäß § 44 Abs 2 S 2 SGB 10 nachzugewährende - Leistungen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 08.11.2006 - L 3 KA 199/03 -	07-01-02
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				
Vergütungsausschluss belegärztlicher Leistungen	30/07	Kann ein Belegarzt selbst erbrachte Laborleistungen gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung geltend machen oder hat er sich gegebenenfalls an den Krankenhausträger zu halten; wenn diese Leistungen Gegenstand des Pflegesatzes sind?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 23.05.2007 - L 3 KA 268/04 -	07-03- (S. 16)
Arztregister/Fachkunde/Notfalldienst/Genehmigung				
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
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Eingeschränkte Einzelfallprüfung bei Überschreitung des zulässigen Verordnungsumfangs	44/06 Termin: 27.06.2007	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
Arzneikostenstatistik	15 u. 16/07	Welche Anforderungen müssen die Einwendungen eines Vertragsarztes gegen die Richtigkeit der ihm auf elektronischem Wege zugeordneten Arzneikosten erfüllen, damit im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ordnungsweise 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?	LSG Hessen , Urt. v. 05.07.2006 - L 6/7 KA 814/01 ua - - L 6/7 KA 815/01 ua -	07-02-53 07-02-54
Umfang der Rechtskraft in Bescheidungsurteilen	27/06 Termin: 27.06.2007	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	LSG Niedersachsen-Bremen , L Urt. v. 14.06.2006 - 3 KA 47/05 -	06-03-48

		Bescheid begrenzt?		
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 25.10.2006 - L 12 KA 187/05 -	07-02-62
68 Jahres-Altersgrenze: EU-Recht	41/06	Verstößt die Altersgrenzenregelung des § 95 Abs 7 S 3 SGB 5 idF des GMG vom 14.11.2003 gegen die Berufsfreiheit und wegen Altersdiskriminierung gegen Gemeinschaftsrecht?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 19.07.2006 - L 12 KA 9/06	06-04-69
Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung (Allgemeinmediziner)	24/06 Termin: 27.06.2007	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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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 geraumer Zeit aus der Gemeinschaftspraxis ausgeschieden war und zwischenzeitlich auch bereits in anderen Praxen im selben Planungsbereich tätig gewesen ist?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 15.02.2007 - L 5 KA 1/07 -	07-02-50
Rückwirkende Anordnung einer Zulassungsbeschränkung	45/06 Termin: 17.10.2007	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 14.12.2005 - L 7 KA 9/05 -	06-02-43
	31/07 Termin: 17.10.2007	Hat ein Psychologischer Psychotherapeut einen Anspruch auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung, wenn zum Zeitpunkt seiner Antragstellung Zulassungsbeschränkungen wegen einer durch einen Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen notwendig gewordenen Neuordnung des entsprechenden	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.11.2006 - L 7 KA 17/05 -	07-02-60

		Planungsbereichs noch nicht vom betreffenden Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen angeordnet waren?		
Klagebefugnis niedergelassener Ärzte gegen Ermächtigung	42/06 Termin: 17.10.2007	Ist die Widerspruchs- bzw Klagebefugnis 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 -	07-02-71

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung

Festlegung zweier Kopfpauschalen, Rechtskreis Ost/West)	34/06 Termin: 17.10.2007	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
Erhöhte Gesamtvergütung in neuen Bundesländern/Zahnärzte	29/07	Kann die Regelung des § 85 Abs 3d SGB 5 idF des GMG vom 14.11.2003 auch im vertragszahnärztlichen Bereich angewendet werden?	SG Schwerin , Urt. v. - S 3 KA 21/06 -	
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
Vergütungseinbehalt und Integrierte/Hausarztzentrierte Versorgung	27/07	Erfüllt der zwischen einer Ersatzkasse und einer hausärztlichen Vertragsgemeinschaft bzw einer Marketinggesellschaft im Apothekerbereich geschlossene Integrationsvertrag die Voraussetzungen der integrierten Versorgung iS des § 140a Abs 1 SGB 5?	LSG Thüringen , Urt. v. 24.01.2007 - L 4 KA 362/06 -	07-03- (S. 40)

Gebühren

Vertragsarztrecht als schwierige Rechtsmaterie/Hauptsacheentscheidung und Sofortvollzug	4/07 Termin: 17.10.2007	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, Baden-Württemberg , Urt. v. 13.12.2006 - L 5 KA 5567/05 -	07-02-84
---	-----------------------------------	---	---	----------

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 10.09.2007: 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				
	B 1 KR 23/07 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer neuen Behandlungsmethode zu übernehmen (hier: laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT)) zur Zerstörung von Lebermetastasen bei Mammakarzinom im Jahr 2002?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 21.06.2007 - L 8 KR 119/05 -	
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, 2190; hier: Vollendung des 50. Lebensjahres bei Männern) gegen den Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG?	<i>SG Osnabrück</i> , Urt. v. 31.01.2006 - S 14 KR 116/05 -	06-04-115
Künstliche Befruchtung: 50-prozentige Kostenübernahme	B 1 KR 6/07 R Termin: 19.09.2007	Verstößt es gegen Verfassungsrecht, dass § 27a SGB 5 für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nur eine 50-prozentige Kostenübernahme der Krankenkassen vorsieht?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 14.02.2007 - L 5 KR 973/06 -	07-02-119
Brustvergrößerung	B 1 KR 19/07 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer einseitigen Brustvergrößerung zur Beseitigung einer bestehenden Asymmetrie der Brüste zu übernehmen? Haben Versicherte, die für ärztliche Leistungen ein der Gebührenordnung für Ärzte entsprechendes Pauschalhonorar gezahlt haben, Anspruch auf dessen Erstattung nach § 13 Abs 3 SGB 5?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 21.06.2007 - L 5 KR 220/06 -	
Zahnersatz bei Tumorerkrankung	B 1 KR 21/07 R	Hat eine Krankenkasse in Anlehnung an § 28 Abs 2 S 9 SGB 5 die Kosten eines Zahnersatzes voll zu übernehmen, wenn der Versicherte durch eine Tumorerkrankung einen größeren Kieferdefekt erlitten hat?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 24.05.2007 - L 8 KR 82/06 -	
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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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 Termin: 24.05.2007	Folgt aus den Gebietsgleichstellungsregelungen eines bilateralen Sozialversicherungsabkommens bei einer außerhalb der Sachleistungsaushilfe erforderlich gewordenen Notfallbehandlung im Vertragsausland die uneingeschränkte Anwendbarkeit des § 13 Abs 3 S 1 Alt 1 SGB 5 oder hat der Versicherte nur in dem Umfang Anspruch auf Kostenerstattung, wie es getroffene Verbindungsstellen-Vereinbarungen vorsehen (hier: Beschränkung auf den Betrag der fiktiven Sachleistungskosten nach dem deutsch-tunesischen Abkommensrecht)?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 15.12.2005 - L 1 KR 64/02 -	06-02-110
Kostenerstattung aufgrund sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs	B 1 KR 14/07 R	Kann eine Versicherte allein deshalb die Kosten einer Bestrahlung durch einen Nichtvertragsarzt von ihrer Krankenkasse beanspruchen, weil diese anlässlich eines früheren Erstattungsantrags nicht von sich aus spontan für künftige Fälle darauf hingewiesen hat, solche Leistungen könnten zwar nicht vertragsärztlich, wohl aber in einem Krankenhaus zu ihren Lasten erbracht werden?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 21.02.2007 - L 4 KR 78/05 -	07-02-128

Arzneimittel				
Intravenös verabreichte Immunglobuline bei Multipler Sklerose	B 1 KR 15/07 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer Behandlung mit Immunglobulinen bei Vorliegen von Multiple Sklerose unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 = BVerfGE 115, 25 zu übernehmen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 31.01.2007 - L 5 KR 28/06 -	07-02-139
Lorenzo's Öl	B 1 KR 16/07 R	Hat ein GKV-Versicherter wegen seiner Fettstoffwechselerkrankung Ansprüche auf Versorgung mit einem Spezialöl (Lorenzos Öl), einer Mischung von Glycerol-Triooleat (GTO) und Glycerol-Trierucat (GTE)?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 25.01.2007 - L 8 KR 18/05 -	07-02-144
Hilfsmittel/Heilmittel				
Altes Recht für erst 2004 ausgelieferte Brillen	B 3 KR 20/06 R Termin: 06.09.2007	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.09.2006 - L 16 KR 194/05 -	06-04-179
	B 3 KR 12/07 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer Teilhandprothese zu übernehmen, wenn diese Prothese die Trage- und Greiffunktion teilweise ausgleicht oder zumindest erleichtert?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 20.06.2007 - L 11 KR 39/05 -	07-03-153
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?	<i>SG Aachen</i> , Urt. v. 16.01.2007 - S 13 KR 68/06 -	07-02-166
Fahrten zum Rehabilitationssport	B 1 KR 22/07 R	Hat ein Versicherter einen Kostenübernahmeanspruch für?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 26.07.2007 - L 1 KR 161/06 -	
Zuzahlung	B 10 KR 1/06 R	Sind bei der Feststellung des Freibetrages nach § 62 Abs 2 S 3 SGB 5 nicht nur der Freibetrag für das sächliche Existenzminimum des Kindes (Kinderfreibetrag), sondern auch der Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes zu berücksichtigen?	<i>SG Lübeck</i> , Urt. v. 19.01.2006 - S 3 KR 1501/04 -	06-03-155
Zuzahlungsfreibetrag für Kinder: Gemeinsamer Haushalt beider Elternteile	B 1 KR 41/06 R Termin: 26.06.2007	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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 24.11.2006 - L 4 KR 3780/05 -	07-01-173
Zuzahlungen	B 1 KR 18/07 R	Verstoßen die durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 - BGBl I 2190 zum 1.1.2004 eingeführten Neuregelungen im Bereich der Zuzahlungen gegen das aus Art 20 Abs 1 GG folgende Sozialstaatsprinzip und gegen das rechtsstaatliche Vertrauensschutzgebot?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 30.05.2007 - L 4 KR 91/05 -	
Fiktives Mindesteinkommen	B 1 KR 20/07 R	Ist bei Berechnung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB 5 der Eckregelsatz nach dem SGB 12 als fiktives Mindesteinkommen heranzuziehen, wenn die Berücksichtigung der Ehefrau und Kinder des Versicherten zu keinem positiven Einkommen führt?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 26.04.2007 - L 4 KR 276/05 -	
Zuzahlungen und Arbeitslosenhilfe	B 1 KR 10/07 R	Verstoßen die Neuregelungen der Zuzahlungspflichten nach den §§ 61, 62 SGB 5 idF des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 - BGBl I, 2003, 2190 - insoweit gegen Verfassungsrecht, als sie Beziehern von Arbeitslosenhilfe/Leistungen der Grundsicherung Zahlungslasten bis zur Belastungsgrenze	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 22.06.2006 - L 5 KR 7/06 -	

		auflegen?		
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 14.02.2007 - L 5 KR 4134/05 -	07-02-165
Einnahmen zum Lebensunterhalt und Beitragerstattung	B 1 KR 1/07 R Termin: 19.09.2007	Ist eine Beitragerstattung 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 14.03.2006, - L 11 KR 4861/05 -	07-03-158 (S. 63)
AfA und Werbungskosten bei Vermierung und Verpachtung	B 1 KR 7/07 R Termin: 19.09.2007	Wie ist der Begriff "Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt in § 62 Abs 1 S 2 SGB 5 im Hinblick auf Einnahmen durch Vermietung und Verspachtung zu verstehen und sind in diesem Zusammenhang neben typischen abzugsfähigen Werbungskosten wie Grundabgaben und Hausversichererung auch die AfA für Umsatzsteuervorauszahlungen einkommensmindernd zu berücksichtigen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> Urt. v. 22.11.2006, - L 4 KR 127/04 -	
Krankenhauskosten				
Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit: Fehlende Behandlungsalternative	B 3 KR 19/05 R	Besteht ein Anspruch auf fortdauernde Krankenhausbehandlung bei einer Alkoholikerkrankung 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).	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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).	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 30.03.2006 - L 5 KR 142/04 -	06-03-166
Weiterbehandlung im Krankenhaus bei fehlendem Pflegeplatz	B 5b/8 KN 1/07 KR R	Hat ein Krankenhausträger gegenüber einer Krankenkasse einen Vergütungsanspruch für den Krankenhausaufenthalt einer Versicherten, wenn diese aufgrund ihres psychischen Zustands nicht in die Häuslichkeit entlassen werden konnte und eine unmittelbare Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung wegen Fehlen eines erforderlichen Pflegeplatzes noch nicht möglich war?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 19.12.2006 - L 4 KR 74/05 -	
Versorgungsauftrag und Behandlung	B 3 KR 6/07 R	Zum Vergütungsanspruch eines Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse, wenn sich nachträglich herausstellt, dass ein Versicherter angesichts des begrenzten Versorgungsauftrages des Krankenhauses nicht hätte behandelt werden dürfen.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.05.2007 L 5 KR 186/06	
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).	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 21.09.2004 - L 1 KR 58/03 -	05-01-165
Einsichtnahme in die	B 3 KR 13/07 R	Steht einer Krankenkasse im gerichtlichen Verfahren über die Vergütungsrückzahlungsklage gegen ein Krankenhaus ein eigenes Recht auf	<i>SG Duisburg</i> , Urt. v. 22.06.2007	

beigezogenen Behandlungsakten		Einsichtnahme in die beigezogenen Behandlungsakten des Krankenhauses zu?	- S 9 KR 192/06 -	
Lauf der Frist für die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs (§ 111 SGB X)	B 1 KR 13/07 R	Werden krankenversicherungsrechtliche Sachleistungsansprüche (hier: Krankenhausbehandlung) von der Regelung des § 111 S 2 SGB 10 idF des 4. Euro-Einführungsgesetzes vom 21.12.2000 erfasst oder ist diese Regelung nur auf Sachverhalte von parallel bestehenden Zuständigkeiten zweier Sozialleistungsträger bei der Erbringung von sich gegenseitig ausschließenden Sozialleistungen anzuwenden, in denen eine Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträger noch ergehen kann?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 15.03.2007 - L 5 KR 143/06 -	07-02-179
Anspruch auf Erstattung von Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden	B 3 KR 1/07 R	Hat ein Krankenhausträger gegenüber einer Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden, 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				
Hüftprotectoren in Hilfsmittelverzeichnis	B 3 KR 11/07 R	Sind Hüftprotectoren in das Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufzunehmen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 31.05.2007 - L 16 (5,2) KR 70/00 -	07-03-174
Unzulässiger Ausschluss von Hilfsmittellieferanten	B 5b KN 2/07 KR R	Sind die Krankenkassen verpflichtet, Rahmenverträge gemäß § 127 Abs 1 SGB 5 mit den Leistungserbringern (hier: Innungen für Orthopädietechnik) abzuschließen, um diesen die Teilnahme an der Hilfsmittelversorgung zu ermöglichen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 18.01.2007 - L 2 KN 16/05 KR -	07-03-175 (S. 70)
Grenzüberschreitende Hilfsmittelversorgung (Schulterbewegungsschiene - CPM)	B 3 KR 8/07 R	Wirkt ein nach § 127 Abs 1 S 1 SGB 5 (Fassung bis 31.3.2007) geschlossener Versorgungsvertrag über den Bereich der Mitgliedskassen der entsprechenden Landesverbände hinaus auch für Mitgliedskassen in anderen Landesverbänden (grenzüberschreitende Hilfsmittelversorgung)?	LSG Bayern , Urt. v. 08.03.2007 - L 4 KR 20/06 -	07-03-172 (S. 68)
Heilmittelerbringer: Pflicht zur Überprüfung der ärztlichen Verordnung	B 3 KR 4/07 R	Hat ein Physiotherapeut einen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse für krankengymnastische Leistungen, wenn die Verordnung des Vertragsarztes nach den Abgabebedingungen genehmigungspflichtig war, die Krankenkasse aber dem Versicherten mitgeteilt hat, eine Genehmigung der Maßnahme sei nicht erforderlich?	LSG Hessen , Urt. v. 19.10.2006 - L 8 KR 23/06 -	07-01-192
Häusliche Krankenpflege - Versorgungsvertrag	B 3 KR 2/07 R	Zur Frage des rückwirkenden Abschlusses eines Versorgungsvertrages nach den §§ 132, 132a SGB 5 sowie eines Vergütungsanspruches aus vorvertraglichem Verschulden.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 26.10.2006 - L 16 KR 21/06 -	07-01-196
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
Kosten für Hubschraubertransport bei Verlegung aus religiösen Gründen	B 1 KR 11/07 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten eines Hubschraubertransports in ein anderes Krankenhaus wegen eines aus religiösen Gründen (Angehöriger der Zeugen Jehovas) vom Versicherten geäußerten Wunsches nach Durchführung einer ganz bestimmten Behandlung, abweichend von der medizinischen Notwendigkeit, zu erstatten?	LSG Bayern , Urt. v. 09.11.2006 - L 4 KR 75/04 -	07-01-177
Vergütung von Krankentransportleistungen ohne Vertrag	B 3 KR 5/07 R	Kommt für die Vergütung von Krankentransportleistungen bei Fehlen einer vertraglichen Vereinbarung zwischen Transportunternehmen und Krankenkasse ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung oder aus Geschäftsführung ohne Auftrag in Betracht?	SG Düsseldorf , Urt. v. 04.05.2007 - S 34 (4) KR 321/04 -	
Verjährungsfrist für Benutzungsentgelte im Rettungsdienst	B 3 KR 7/07 R	Welcher Verjährungsfrist unterliegt der Anspruch auf Benutzungsentgelt nach der zwischen Leistungserbringern im Rettungsdienstbereich und Krankenkassen geschlossenen Vereinbarung über Benutzungsentgelte im Rettungsdienst in Hessen (hier: Rettungsfahrt 1997)?	LSG Hessen , Urt. v. 12.06.2007 - L 1 KR 58/05 -	

Krankenkassen				
Umlagepflicht zur Sanierung einer überschuldeten Krankenkasse	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 -	07-03-185 (S. 75)
	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
Sonstiges				
Erstattungsanspruch/Adaptionsmaßnahme im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung	B 1 KR 36/06 R Termin: 26.06.2007	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
Öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche und Prozesszinsen	B 1 KR 39/06 R Termin: 19.09.2007	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 -	