

Rechtsprechungsinformationsdienst 07-04

Redaktion	5
Editorische Hinweise	5
A. Vertragsarztrecht	6
I. Honorarverteilung	6
1. Hausärztlicher/fachärztlicher Gesamtvergütungsanteil: Vorwegabzug der hausärztlichen Vergütung	7
2. Individualbudget	7
a) Steigerung des Leistungsvolumens	7
b) Herausnahme der Vergütung für ambulante Operationen aus Individualbudget	7
c) KV Berlin: Individualbudget für Leistungen nach Kap. G Abschn. IV EBM (III/04)	8
d) Ausnahme von Individualbudget: Ermessensentscheidung/Internistischer Rheumatologe	8
e) Erweiterung aus Sicherstellungsgründen	8
f) 3 %ige Schwankungsbreite für Job-Sharing-Partner	9
3. Regelleistungsvolumen	9
a) Bindende Vorgabe des Bewertungsausschusses für Nephrologen	9
b) Bestimmung des Durchschnittswerts und Wachstum	9
c) Ambulante Operationen für Anästhesisten	10
d) Onkologisch verantwortlicher Arzt	10
4. Fallzahlzuwachsbegrenzung: Keine Herausnahme von Zielaufträgen	10
5. Laborreform 1999	10
6. Antrag auf Änderung des HVM/Härtefallregelung	11
7. Vergütung zu Lasten sog. besonderer Kostenträger (Durchschnittspunktwert aller Ärzte)	11
8. Notfallbehandlungen und Wirtschaftlichkeitsbonus (Nr. 3452 EBM)	12
9. Verwaltungskostenanteil aus Notfallbehandlungen für Umlage zur Förderung der Allgemeinmedizin	13
10. Einzug der Praxisgebühr/Fehlerhafte Angabe	13
11. Zahnärzte: Jahresausgleichsverfahren	14
12. Aufhebung bestandskräftiger Honorarbescheide	14
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	14
1. Plausibilitätsprüfung: Nicht genehmigte Gemeinschaftspraxis bei Doppeleinlesung	14
2. EBM 2005: Beschränkung eines Facharztes bei Zulassung als praktischer Arzt	16
3. Keine Neufälle nach Zulassungsende als Psychotherapeutin	16
4. Testverfahren während laufender Psychotherapien (Nr. 35300 EBM 2005)	16
5. Nr. 4111 EBM 1996 (Nr. 32300 EBM 2005)	17
III. Arztregister/Fachkunde/Zweigpraxis/Genehmigungen/Notdienst	17
1. Eintragung in Arztregister: Allgemeinmedizin und fünfjährige Weiterbildungszeit	17
2. Zweigpraxis eines MVZ	18
3. Ungeeignetheit eines anzustellenden Arztes	18
4. EBM 2005: Ärztin ohne Gebietsbezeichnung u. psychiatrische Leistungen	18
5. Verordnung von Rehabilitationsleistungen: Badearzt	19
6. Notdienst	19
a) Befreiung vom Notdienst: Finanzielle Einbuße durch Vertretung	19
b) Rückforderung einer Überzahlung an nicht zugelassene Ärztin im Bereitschaftsdienst	19
c) Keine Notdienstumlage von Privatärzten	19
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	20
1. Richtgrößenprüfung	20
a) KV Bayern 2002/Einstweiliger Rechtsschutz	20
b) Ausschlussfrist von vier Jahren für Richtgrößenprüfung	20
2. Arzneikostenregress: Beiziehung der Arzneimitteldateien von Anfang an	20
3. Sprechstundenbedarf: Verordnung von Zytostatika, Metastasenhemmern und Disphosphonaten	21
4. Organhydrolysat/AMR a. F./AMUWV	22
V. Zulassungsrecht	22
1. Psychotherapeuten: Zeitfenster	23
2. Sonderbedarfszulassung im Schwerpunkt: Einwohner/Arzt-Relation	23
3. Medizinisches Versorgungszentrum als Teil eines kommunalen Eigenbetriebes	24

4. 68 Jahres-Altersgrenze	24
a) Keine aufschiebende Wirkung/Geltung nach VÄndG, GKV-WSG und AGG	24
b) Kein zweites einstweiliges Anordnungsverfahren	24
c) 20-Jahre-Regelung/Anordnungsgrund	25
d) Rechtmäßigkeit der Altersregelung nach § 95 VII SGB V	25
5. Feststellungsklage für gleichberechtigte Gemeinschaftspraxis	25
6. Konsiliararzt und „unechter“ („schwarzer“) Belegarzt	27
7. Anordnungsgrund bei Konkurrentenwiderspruch bei Praxisnachfolge	27
8. Kostenerstattung nach Verfahrenserledigung	27
VI. EHV KV Hessen	28
1. Aufhebung eines Bescheides über Bewilligung der EHV	28
2. Einstweilige Anordnung gegen Quotierung über den sog. Nachhaltigkeitsfaktor	28
VII. Integrierte Versorgung: Postoperative Betreuungspauschalen	28
VIII. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/Hochschulambulanzen	29
1. Vertragszahnarztbereich und Vergütungsangleichung Ost-West (§ 85 III d SGB V)	29
2. Information der K(Z)V-Mitglieder über laufende Vergütungsverhandlungen	29
3. Vergütung der zahnmedizinischen Hochschulambulanzen für das Jahr 2003	29
IX. Verfahrensrecht	30
1. Rechtsmittel gegen erstinstanzliche Kostengrundentscheidung	30
2. Unzulässiger Widerspruch gegen Honorarbescheid und Neufeststellungsantrag	30
X. Streitwert/Anwaltsvergütung	31
1. Gemeinnützige Einrichtung ohne Gewinnerzielungsabsicht: Regelstreitwert	31
2. Höhere Abschlagszahlungen im einstweiliges Anordnungsverfahren	31
3. Antrag des Rechtsmittelführers/Einstweiliger Rechtsschutz	32
XI. Entscheidungen des BSG	32
1. Honorarverteilung	32
a) Praxiskostensätze für die Berechnung der Praxisbudgets in neuen Bundesländern	32
b) Ausschlussfrist für die Einreichung von Behandlungsfällen/Rüge überlanger Verfahrensdauer	32
2. Gutachterverfahren zur Durchführung von Kurzzeitpsychotherapien	33
B. Krankenversicherungsrecht	34
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	34
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	34
a) Implantation von Karbonfaserstiften	34
b) Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation	34
c) Laserinduzierte interstitielle Thermotherapie	34
d) Hirn-Positronen-Emissions-Tomographie (Hirn-PET)	35
e) Chemoperfusion	35
f) Umweltmedizinisches Behandlungskonzept: Keine neue Behandlungsmethode	35
g) Einstweiliger Rechtsschutz und Folgenabwägung (hier: dendritische Zelltherapie)	35
2. Künstliche Befruchtung	36
a) Altersgrenze von 25 Jahren	36
b) Kosten bei privatversicherter Ehefrau	36
c) Kein Kostenerstattungsanspruch bei Erfüllung durch Privatversicherung	36
d) Eigenanteil rechtmäßig/Kryokonservierung nicht ersatzfähig	37
e) Kryokonservierung außerhalb der Leistungen i.S.d. § 27a SGB V	37
f) Altersgrenzen verfassungskonform	37
3. Akupunkturbehandlungen: Fehlende Substantiierung	37
4. Zahnärztliche Behandlung	38
a) Zahnersatz: Beschränkter Zuschuss	38
aa) Gesichts- oder kieferchirurgische Maßnahme	38
bb) Keine vollständige Kostenübernahme/Anordnungsgrund	38
cc) Kein weitergehender Aufopferungsanspruch bei vorausgehender Strahlentherapie	38
b) Inlaybehandlung/Kostenerstattungsanspruch (Fehlende Kausalität)	38
c) Implantatversorgung	39
aa) Besonders schwerer Fall	39
bb) Beckenkammtransplantation/Unterkieferatrophie	39
cc) Ausnahmeindikation im Sinne einer generalisierten Nichtanlage von Zähnen	39

II. Kostenerstattungsanspruch	40
1. Fehlende Einschaltung der Krankenkasse	40
2. Leistungsanspruch nur bei Behandlung durch zugelassenen Arzt (Vertragsarzt)	40
3. Anspruch des Angehörigen aus der Familienversicherung auf Rückzahlung des Eigenanteils	40
III. Stationäre Krankenhausbehandlung	41
1. Krankheitsbegriff	41
a) Keine Kostenübernahme einer Brustvergrößerung wegen Asymmetrie	41
b) Mammareduktionsplastik	41
2. Magenband-Operation zur Gewichtsreduktion	42
3. Behandlung in Nichtvertragskrankenhaus/Kausalzusammenhang nach § 13 III SGB V	42
IV. Krankenbehandlung im Ausland	42
1. Deutscher EU-Resident in Österreich: Kosten für Zahnersatz	42
2. Zahnersatz in der Türkei	43
3. Knochenaufbaubehandlung und Implantatversorgung in Polen/Kausalitätserfordernis	43
4. Klimatherapeutischen Behandlung in Israel	43
5. Kozijavkin-Methode	44
V. Arzneimittel	44
1. Off-Label-Use	44
a) Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom im Erwachsenenalter Methylphenidat (Ritalin/Concerta)	44
b) Cabergolin zur Behandlung eines Restless Legs-Syndroms bei Erwachsenen	44
c) Immunglobuline bei Multipler Sklerose	45
d) Immunglobulintherapie (Flebogamma) zur AIDS-Behandlung	45
e) Fiblaferon (Interferon-Beta) bei entzündlicher Darmerkrankung (Colitis ulcerosa)	45
2. Vertragsärztliche Verordnung als Leistungsvoraussetzung	46
3. Fehlende arzneimittelrechtliche Zulassung: Maliasin	46
VI. Hilfsmittel	46
1. Rollfiets ohne Elektroantrieb für Kind	46
2. Dreirad mit Elektromotor kein Hilfsmittel/Wahlrecht	47
3. An der Wand befestigtes Hebeliftsystem	47
4. Kraftknotensystem: Zuständigkeit des Rehaträgers	47
5. Unterschenkelprothese zur Wechselversorgung	48
6. Unzureichende Hörgeräteversorgung bei Festbetrag	48
7. Ausstattung mit zweiter Sitzschale	48
8. Keine Versorgung mit einer "mobilen Hebebühne"	49
VII. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe	49
1. Erweiterung des Haushaltsbegriffs durch GKV-WSG	49
2. Fiktiver Grundpflegeanteil/Missbrauchsgebühr für Krankenkasse	50
3. Haushaltshilfe: Vorheriger Antrag bei Kostenerstattung/chronische Erkrankung	50
VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha	50
1. Zuzahlungsregelungen nach GMG verfassungsgemäß	51
2. Fahrkosten zum Rehabilitationssport	51
3. Rücktransport vom Wintersportort in Österreich	51
4. Ambulante Rehabilitationsleistungen in Nichtvertragseinrichtung	52
IX. Beziehungen zu Leistungserbringern	52
1. Beziehungen zu Krankenhäusern: Krankenhauskosten	52
a) Vergütungsanspruch bei Verstoß gegen begrenzten Versorgungsauftrag	53
b) Prognoseentscheidung eines Krankenhausarztes	53
c) Verweildauer nach Analoperationen	53
d) Stationärer Aufenthalt nach Entgiftung	54
e) Keine Feststellung auf Unzulässigkeit einer Aufrechnung/Erstattung von Anwaltskosten	54
2. Haftung des Apothekers für gefälschte Rezepte	55
3. Hilfsmittelerbringer: Keine Klagebefugnis für Berufsverband gegen Festbetragsfestsetzungen	56
4. Die „jeweils gültige Mehrwertsteuer“ für Sondernahrung/Ermäßigter Steuersatz	56
5. Lieferanten von Arzneimitteln: Erhöhung des Verkaufspreises	57
6. Häusliche Krankenpflege	57
a) Intravenöse Ernährungsinfusion mit mehr als 6 Stunden Dauer	57
b) Entscheidung einer unabhängigen Schiedsperson kein Verwaltungsakt	58

7. Krankentransportunternehmer	59
a) Anordnungsgrund bei fehlendem Vertragsschluss	59
b) Höhe der Vergütung von Krankentransportleistungen: Gerichtliche Kontrolldichte	59
X. Kassenstreit: Außergerichtliche Streitbeilegung	60
XI. Verschiedenes	61
1. Kostenerstattungsanspruch für Gutachten über suchtkranke Gefangene einer JVA	61
2. Keine Verpflichtung der Patientenbeauftragten zur Intervention bei Ärzten	61
XII. Entscheidungen des BSG	62
1. Kostenerstattung (Brachytherapie) (§ 116b II SGB V/GOÄ-Abrechnung)	62
2. Zahnersatzversorgung: Richtlinien rechtmäßig	62
3. Notfallbehandlung im Ausland <hier Tunesien>	62
4. Zuzahlung: Freibetrag für im Haushalt lebendes nicht familienversichertes Kind	62
5. Rechtsweg für Klage Krankenkasse./Apotheker wegen Abrechnungsbetrug/Streitwert	62
C. Entscheidungen anderer Gerichte	63
I. Ärztliches Berufsrecht	63
1. Approbation: Entziehung/Ruhen	63
a) Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs bei einer Vielzahl begangener Straftaten	63
b) Ruhen der Approbation als Arzt ohne rechtskräftiges Strafurteil/Patientengefährdung	63
2. Erlaubnis für die Tätigkeit als Arzt im Praktikum nach Auslandsstudium	63
3. Keine Zulassung zum Praktischen Jahr vor Mindeststudienzeit	63
4. Voraussetzungen zum Führen der Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin"	64
5. Untersagung der Bezeichnung "Spezialist für Kieferorthopädie"	64
6. Kammerbeitrag für Tätigkeit in städtischem Amt für Familien- und Jugendhilfe	64
7. Versorgungswerk: Pflichtbeitrag eines niedergelassenen Arztes bei Insolvenz	64
8. Vertragsrecht	65
a) Verpflichtung zur Ausschreibung des Vertragsarztsitzes nach Erreichen der Altersgrenze	65
b) Nachvertragliches Wettbewerbsverbot in Gemeinschaftspraxisvertrag	65
II. Arzthaftung	65
1. Benachrichtigungspflicht des Arztes bei Pflegebedürftigkeit eines Patienten	65
2. Zurückweisung im Arzthaftungsprozess	66
3. Gynäkologische Untersuchung nach abdomineller Hysterektomie	66
4. Aufklärung über Behandlungsalternativen bei Behebung eines Scheidenprolaps	66
5. Aufklärungspflicht des Arztes bei nur relativer OP-Indikation	66
6. Überwachungspflicht bei deliranten Syndromen	67
7. Zahnärzte	67
a) Schadensersatz und Honorarerstattung bei Verletzung der zahnärztlichen Aufklärungspflicht	67
b) Allergietests vor dem Einbringen von Zahnersatz	67
c) Brücke mit Palladium bei Palladium-Allergie	67
III. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte	68
1. EuGH	68
a) Keine Ausnahmen von Zulassung für Anthroposophie	68
b) Kapseln mit Knoblauchextrakt-Pulver: Kein Arzneimittel	68
2. Zulassungsverfahren für Arzneimittel	69
a) BVerwG: Nachzulassungsverfahren für homöopathisches Kombinationspräparat/Auflagen	69
b) Arzneimittelrechtliche Zulassung traditioneller Arzneimittel	69
c) Auflage zur Beibringung von Studien (Einfluss von Ginseng auf Blutzuckerspiegel)	69
3. Vitaminsubstituierendes Arzneimittel	69
4. Erektionscreme als Arzneimittel	70
5. Barrabattverbot: Gutschein durch eine Apotheke	70
6. Arzneimittelwerbung	70
a) Zusatz „forte“	70
b) Hinweis "Roo schützt Ihre MS-Patienten von Anfang an"	71
c) Hinweis "Zu Risiken und Nebenwirkungen..." bei Erinnerungswerbung	71
d) Hinweis "Zur Behandlung von Bluthochdruck"	71

IV. Private Krankenversicherung/Beihilfe/Privatbehandlung	72
1. Kein Honoraranpruch bei fachfremden Leistungen (Orthopäde und MRT)	72
2. Zahnärzte: Kinderprophylaxeprogramm: zusätzliche kostenlose Vorbeugemaßnahme	72
3. Beihilfe	72
a) BVerwG: Kürzung der Beihilfe um Praxisgebühr	72
b) Beschränkung der Beihilfefähigkeit einer künstlichen Befruchtung	72
c) Kein genereller Beihilfeausschluss von potenzsteigernden Medikamenten ("Levitra")	73
d) Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente unzulässig	73
e) Beihilfefähigkeit von notwendigen Aufwendungen in Privatklinik	73
4. Keine Begründungspflicht für 2,3-fachen Gebührensatz bei dentin-adhäsiven Kompositfüllungen	74
V. Wettbewerbsrecht/Werberecht	74
1. BVerwG: Protestaktion über gesundheitspolitische Angelegenheit	74
2. BGH: Krankenhauswerbung	74
3. Gegendarstellung („Krebsarzt“): Angemessener Umfang; Zulässigkeit erklärender Zusätze	75
4. Verbot der Werbung eines Heilpraktikers mit fremd- oder fachsprachlichen Begriffen	75
5. Seife mit "Heilung hartnäckiger Hauterkrankungen"	75
VI. Verschiedenes	76
1. EuGH: Tarifvertragliche Altersgrenze für Eintritt in Ruhestand	76
2. Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan: Vertragskrankenhaus	76
3. Entziehung der Apothekenbetriebserlaubnis nach Medikamentenverkauf ohne Rezept	76
4. Steuerrecht: Medizinischer Eingriff zur Empfängnisverhütung ist umsatzsteuerpflichtig	76
Verzeichnis der Entscheidungen	77
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht	80
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)	85

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 Instanzpraxis direkt an die Redaktion (oder an die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Fax:030/4005-1795) gebeten.

Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@dgfkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 30 €. Der RID erscheint viermal im Jahr.

Ältere Ausgaben (RID 00-01 bis 07-03) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

Editorische Hinweise

Siehe nach A.XI. (S. 34).

A. Vertragsarztrecht

Rolfs/de Groot, Die Unwirksamkeit des Verbots der Datenübermittlung gemäß §305a SGB V, MedR 2007, 573-578; *Thünken*, Die wettbewerbs- und berufsrechtliche Zulässigkeit der Einbindung von Ärzten in den Vertrieb von Gesundheitsprodukten, MedR 2007, 578-584.

I. Honorarverteilung

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka. v. 27.10.2006 – 1 BvR 1645/06, 1657/06, 1689/06 – MedR 2007, 298 - RID 07-03-01 (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.) wies die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 25/05 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 23 = BSGE 96, 53 zurück.

Nach BSG, Urt. v. 28.11.2007 – **B 6 KA 23/07 R** – ist für die **Vergütung von Psychotherapeuten bis 1999** im Rahmen der Modellberechnung ein Vergleich mit der Arztgruppe der Allgemeinmediziner anzustellen; die Auffassung, es sei auf die Arztgruppe mit den jeweils niedrigsten Überschüssen aus vertragsärztlicher Tätigkeit abzustellen, wird dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht gerecht; in die Modellberechnung auf Seiten der Psychotherapeuten kann anstatt eines prozentualen Praxiskostensatzes von 40,2 % auch der Kostensatz der bis 2003 geltenden Praxisbudgets eingestellt werden, hier 66.000 DM; die Differenzierung zwischen neuen und alten Bundesländern bei den ansatzfähigen Praxiskosten ist verfassungskonform; allerdings muss dann auf Seiten der Allgemeinärzte an Stelle des prozentualen Kostensatzes von der Betriebsausgabensatz von 153.000 DM in die Modellberechnung eingestellt werden; nach BSG, Urt. v. 28.11.2007 – **B 6 KA 1/07 R** – kann eine KV als **Bemessungsgrundlage** für die Erhebung von **Mitgliedsbeiträgen** alle über sie vereinnahmten Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit unter Einbeziehung von Erstattungen für verauslagte **Sachkosten** zu Grunde legen; die KVen sind berechtigt, aber nicht verpflichtet, bei der Beitragserhebung ergänzend auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder abzustellen; die Festschreibung einer Obergrenze für die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen ist gleichfalls nicht erforderlich; 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; zur Rechtmäßigkeit des Ausschlusses der Abrechnung weiterer Behandlungsfälle nach Ablauf eines Jahres s. a. BSG, Beschl. v. 29.08.2007 - B 6 KA 48/06 B - juris, dort Rn. 13; 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 Frage, ob eine KÄV im Rahmen ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht zu einer **Punktwertstützung** (hier: Anästhesisten) verpflichtet war, 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. HAUSÄRZTLICHER/FACHÄRZTLICHER GESAMTVERGÜTUNGSANTEIL: VORWEGABZUG DER HAUSÄRZTLICHEN VERGÜTUNG

LSG Thüringen, Urt. v. 24.01.2007 – L 4 KA 283/05 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-01**
Bewertungsausschuss, Honorarverteilungsmaßstab, KV
SGB V §§ GG Art. 3 I, 12 I

Die **Beschlüsse des Bewertungsausschusses** sind für die KV verbindlich, weil sie Rechtsnormcharakter haben.

Bei der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 i. V. m. § 85 IVa SGB V handelt es sich nicht um Vorgaben zur Bewertung der einzelnen Leistungen, wie bei der Höhe der hausärztlichen Grundvergütung, sondern um die **Verteilung der Gesamtvergütung** in einen **hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil**. Insofern stand es der Vertreterversammlung frei, im Rahmen der eigentlichen Honorarverteilung weitere Regelungen zur Höhe des Punktwertes zu treffen bzw. bereits bestehende Regelungen beizubehalten. Mit einem Vorwegabzug der hausärztlichen Vergütung unter Berücksichtigung eines festen Punktwertes von 10 Pfg. sind die Hausärzte gegenüber der Gruppe der Fachärzte nicht überprivilegiert worden.

SG Gotha, Urt. v. 26.01.2005 - S 7 KA 563/02 – verurteilte zur Neubescheidung (Quartale III/00 und I bis III/01), das *LSG* wies die Klage ab.

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.

2. INDIVIDUALBUDGET

A) STEIGERUNG DES LEISTUNGSVOLUMENS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.08.2007 – L 11 KA 63/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-02**
Individualbudget, Leistungsvolumen, Steigerung, junge Praxis, kleine Praxis
SGB V § 85 IV

Das BSG hat in der Entscheidung v. 10.12.2003 (B 6 KA 40/02 R und B 6 KA 54/02 R) im Zusammenhang mit der Frage, inwieweit unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit haben müssten, durch Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen, ausgeführt, dass nicht nur auf eine Erhöhung der **Fallzahl**, sondern auch auf eine damit verbundene **Umsatzsteigerung** abzustellen sei. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass eine Erhöhung eines Individualbudgets für Altpraxen nur bei einer **Steigerung des Leistungsvolumens** in Betracht kommt.

SG Düsseldorf, Urt. v. 26.04.2006 - S 14 (17) KA 60/04 - wies die Klage eines Chirurgen über die Höhe des dem Kl. zustehenden Honorars in den Quartalen III/99 bis III/02 mit Ausnahme der Quartale III/00, II/01, IV/01 u. II/02 ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) HERAUSNAHME DER VERGÜTUNG FÜR AMBULANTE OPERATIONEN AUS INDIVIDUALBUDGET

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.08.2007 – L 11 KA 62/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-03**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig unter B 6 KA 69/07 B
Individualbudget, Leistungsvolumen, Steigerung, ambulante Operationen
SGB V § 85 IV

Die Leistungen im Krankenhaus werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet und insoweit ist ein Vergleich der Vergütungen nicht möglich. Die Herausnahme der Vergütung für ambulante Operationen aus einem Individualbudget, weil § 115b I 1 Nr. 2 SGB V eine einheitliche Vergütung der Operationen für Krankenhäuser und Vertragsärzte vorschreibe, die nicht gewährleistet sei, wenn die ambulanten Operationen im Individualbudget berücksichtigt würden, kann nicht verlangt werden.

SG Düsseldorf, Urt. v. 05.04.2006 - S 14 (17) KA 329/05 - wies die Klage eines Gynäkologen ab, das *LSG* die Berufung zurück.

C) KV BERLIN: INDIVIDUALBUDGET FÜR LEISTUNGEN NACH KAP. G ABSCHN. IV EBM (III/04)

SG Berlin, Urt. v. 30.05.2007 – S 83 KA 298/05 – juris

RID 07-04-04

Individualbudget, Gestaltungsspielraum, Verteilungsgerechtigkeit, angemessene Vergütung

SGB V §§ 72 II, 85 IV 3 u. 6; GG Art. 3 I, 12 I, 20 III

Die Regelungen des **HVM** der **KV Berlin** zum 01.07.2004 bezüglich der Neuberechnung der Individualbudgets im Bereich der Leistungen nach Kap. G Abschn. IV EBM halten sich im Rahmen des zugestandenen Gestaltungsspielraums. Verstöße gegen die Gebote der leistungsproportionalen Vergütung oder Verteilungsgerechtigkeit sind ebenso wenig zu erkennen wie eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung oder ein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot.

Die Zuerkennung eines höheren Honorars auf Grund des Art. 12 I GG i.V.m. dem Gesichtspunkt **angemessener Vergütung** (§ 72 II SGB V) kommt erst dann in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen gefährdet wird (vgl. BSG v. 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2)

Das *SG* wies die Klage ab.

D) AUSNAHME VON INDIVIDUALBUDGET: ERMESSENSENTSCHEIDUNG/INTERNISTISCHER RHEUMATOLOGE

LSG Hessen, Urt. v. 23.05.2007 – L 6/7 KA 70/03 –

RID 07-04-05

Richtlinien, Vorstand, Einzelfall, Individualbudget, Ermessen, Rheumatologe, Internist

SGB V § 85 IV

Allgemeine Richtlinien entbinden den Vorstand einer KV nicht davon, jeweils im **Einzelfall** bei der Frage der **Ausnahme von einem Individualbudget** erneut **Ermessen** zu prüfen und auszuüben und gegebenenfalls auch eine von der festgelegten Richtlinie abweichende Entscheidung zu treffen (BSGE 84, 108; 73, 211, 214).

Hat die Praxis eines **internistischen Rheumatologen** einen klaren Schwerpunkt bei der Versorgung von Rheumakranken, so ist dies bei einer Entscheidung über die Ausnahme von einem Individualbudget ebenso wie eine Unterversorgung zu berücksichtigen. Es kann nicht ohne weiteres von einer „Substitutionsmöglichkeit“ zwischen Internisten und Orthopäden ausgegangen werden.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 25.09.2002 – S 5 KA 4525/98 - gab der Klage bzgl. des Quartals III/96 statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

E) ERWEITERUNG AUS SICHERSTELLUNGSGRÜNDEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.08.2007 – L 11 KA 25/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-06

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig unter B 6 KA 70/07 B

Individualbudget, Leistungsvolumen, Praxisgemeinschaft

SGB V § 85 IV

Kommt nach einem HVM eine **Anpassung der Individualbewertung aus Sicherstellungsgründen** in Betracht, wenn besondere Umstände des Einzelfalls vorliegen, wozu insbesondere Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung in **unmittelbarem Umfeld der Arztpraxis** (z. B. durch Praxisaufgaben, Erlöschen von Ermächtigungen von Krankenhausärzten) und in der Verteilung der Leistungserbringung innerhalb einer Arzt-/Untergruppe (Konzentration von Leistungen auf eine gegenüber dem Bemessungszeitraum geringere Erbringerzahl) gezählt werden, die dazu führen, dass der Punktzahlengrenzwert aus dem Bemessungszeitraum der nachweislich veränderten Leistungsmenge nicht mehr angemessen ist, so wird deutlich, dass es sich um **Umstände** handeln muss, auf die der betreffende **Arzt keinen Einfluss haben darf**, weil sie sich entweder aus seinem Umfeld ergeben müssen oder auf eine Verteilung der Leistungserbringung innerhalb der Arzt-/Untergruppe. Diese Voraussetzung liegt nicht vor, wenn ein **Ehepaar eine Praxisgemeinschaft** betreibt und sich die Erhöhung des Leistungsbedarfs in den Quartalen, in denen die Zulassung des Ehemannes geruht hat, sich aus der Tatsache ergibt, dass die Ehefrau dessen Patienten mitbehandelt hat.

Die seit dem 01.10.1993 als Gynäkologin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kl. war bis zum 31.12.1996 in Gemeinschaftspraxis mit ihrem ebenfalls als Vertragsarzt zugelassenen Ehemann tätig. Seitdem verrichtet sie ihre Tätigkeit mit diesem in Praxisgemeinschaft. Im Zuge der Umstellung von der

Gemeinschaftspraxis in die Praxisgemeinschaft kam es zu Abrechnungsfehlern, die Honorarberichtigung für die Quartale I/97 bis II/98 und Disziplinarverfahren nach sich zogen. Danach ruhte zunächst bestandskräftig die Zulassung der Kl. in den Quartalen II/00 und III/00, diejenige ihres Ehemannes in den darauf folgenden beiden hier streitigen Quartalen. Da sich der dem Individualbudget unterliegende anerkannte Leistungsbedarf der Kl., der in den Quartalen III/99 - I/00 bei ca. 1,1 Mio. Punkten gelegen hatte während des Ruhens der Zulassung ihres Ehemannes auf über 1,4 Mio. Punkte erhöht hatte und dann ab dem Quartal II/01 wieder auf ca. 1 Mio. Punkte absank, beantragte sie erfolglos die **Erhöhung ihres Individualbudgets für die Quartale IV/00 und I/01**. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 28.03.2007 - S 2 KA 35/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

F) 3 %IGE SCHWANKUNGSBREITE FÜR JOB-SHARING-PARTNER

SG Marburg, Urt. v. 21.11.2007 – S 12 KA 1058/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-07

Vertragsarzt, Job-Sharing, Job-Sharing-Partner, Bedarfssteigerung, Individualbudget
SGB V §§ 85 IV, 101 I 1 Nr. 5

Aus der 3 %igen Schwankungsbreite für einen Job-Sharing-Partner kann keine bestimmte Form der Höhervergütung, insbesondere keine entsprechende Ausweitung eines Individualbudgets verlangt werden. Auch folgt aus der Zulassung eines weiteren Behandlers nicht eine Bedarfssteigerung.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. REGELLEISTUNGSVOLUMEN

A) BINDENDE VORGABE DES BEWERTUNGS-AUSSCHUSSES FÜR NEPHROLOGEN

SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 822/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-08

Berufung anhängig

Nephrologe, Dialyse, Dialyseleistung, Regelleistungsvolumen, Bewertungsausschuss, Honorarverteilungsvertrag

SGB V § 85 IV, IVa; EBM 2005 Nr. 13600 bis 13621; Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die KVen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2005 (DÄ 101, Ausgabe 46 v. 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525)

In einem Vertrag zur Honorarverteilung kann nicht abweichend vom Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen ein Regelleistungsvolumen für Nephrologen unter Einbeziehung der Dialyseleistungen nach Nr. 13600 bis 13621 EBM 2005 vorgesehen werden.

Das *SG* gab der Klage statt.

B) BESTIMMUNG DES DURCHSCHNITTSWERTS UND WACHSTUM

SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 899/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-09

Kassenärztliche Vereinigung, ambulantes Operationen, Regelleistungsvolumen
SGB V § 85 IV

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 für **kleine Teilbereiche ambulanten Operierens nach Durchschnittswerten** hat anhand der Zahl der tatsächlich operierenden Ärzte, nicht anhand der Zahl der Ärzte in den Praxen und Gemeinschaftspraxen, die die ambulanten Operationen erbringen, zu erfolgen (vgl. bereits *SG Marburg*, Urt. v. 29.08.2007 – S 12 KA 1194/05 -).

Für segmentierte Regelleistungsvolumina im Bereich des ambulanten Operierens mit festen Punktwerten besteht kein Anspruch darauf, jeweils bis zum Durchschnitt der Fachgruppe wachsen zu können.

Das *SG* gab der Klage statt.

C) AMBULANTE OPERATIONEN FÜR ANÄSTHESISTEN

SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007– S 12 KA 780/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-10

Kassenärztliche Vereinigung, ambulantes Operationen, Regelleistungsvolumen, Anästhesist
SGB V § 85 IV

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.

Für segmentierte Regelleistungsvolumina im Bereich des ambulanten Operierens mit festen Punktwerten besteht kein Anspruch darauf, jeweils bis zum Durchschnitt der Fachgruppe wachsen zu können. Dies gilt auch für Anästhesisten.

Das **SG** wies die Klage ab.

D) ONKOLOGISCH VERANTWORTLICHER ARZT

SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007– S 12 KA 860/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-11

Kassenärztliche Vereinigung, Hämatologie, Onkologie, Internist, onkologisch verantwortlicher Arzt, Regelleistungsvolumen
SGB V § 85 IV

Eine haus- und fachärztlich tätige Gemeinschaftspraxis zweier Internisten, in der ein Arzt die Genehmigung als „onkologisch verantwortlicher Arzt“ besitzt und die bei über 1.000 Behandlungsfällen im Quartal etwa 28 bis 40 Krebspatienten auch mit Infusionen behandelt, hat keinen Anspruch darauf, dass einem Arzt das Regelleistungsvolumen für Fachärzte für innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie zugebilligt wird.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. FALLZAHLZUWACHSBEGRENZUNG: KEINE HERAUSNAHME VON ZIELAUFRÄGEN

SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007– S 12 KA 768/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-12

Kassenärztliche Vereinigung, Internist, Pneumologe,
SGB V § 85 IV

Zielaufträge sind nicht zwingend aus einer Fallzahlzuwachsbeschränkung herauszunehmen.

Das **SG** wies die Klage ab.

5. LABORREFORM 1999

LSG Thüringen, Urt. v. 24.01.2007 – L 4 KA 935/05 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-13

Laborreform, Laborleistung, Laborarzt, EBM, O III-Leistung, Gleichheitssatz
SGB V §§ 72 II, 85 IV; GG Art. 3 I, 12 I

Die vom Bewertungsausschuss vorgenommene Ausgestaltung des EBM im Zuge der Laborreform 1999 - Nr. 3554 EBM und Festvergütung in DM für technische Laborkosten - ist durch § 87 II 1 und 2 SGB V gerechtfertigt. Soweit Laborärzte in der Vergangenheit im Einzelfall durch eine gute Organisation ihres Labors bei hoher Fallzahl gut verdient haben und diese Verdienstquelle durch die jetzt knapp kalkulierten konkreten Geldbeträge entfallen ist, werden sie nicht in ihren Rechten verletzt.

SG Gotha, Urt. v. 27.07.2005 - S 7 KA 2046/01 - wies die Klage (Quartale III/99 bis I/00) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. ANTRAG AUF ÄNDERUNG DES HVM/HÄRTEFALLREGELUNG

LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2007 – L 12 KA 21/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-14

Vertreterversammlung, Vorstand, Verbescheidung, Organunzuständigkeit, Normenkontrolle, Feststellungsklage, Härtefallregelung
SGB V § 85 IV

Der Vorstand einer KV ist als nicht normerlassendes Organ befugt, einen **Antrag auf Änderung des HVM** als unzulässig zurückzuweisen. Im Grundsatz besteht **keine Kompetenz des Vorstandes** und seiner Verwaltung, über entsprechende Anträge in der Sache zu entscheiden, da nach der Satzung der Erlass und die Abänderung von Satzungen der Vertreterversammlung zugeordnet sind. Vielmehr besteht im Grundsatz eine Weiterleitungs- und Abgabeverpflichtung an das zuständige Organ. Wünscht ein Vertragsarzt jedoch eine **Verbescheidung** durch die Verwaltung, so ist die Verwaltung verpflichtet und berechtigt, den Antrag bereits auf Grund der Organunzuständigkeit als unzulässig abzulehnen. Ebenso wie im sozialgerichtlichen Verfahren besteht auch im Sozialverwaltungsverfahren kein Recht auf **primäre Normenkontrolle**. Es ergibt sich lediglich ein Anspruch auf sekundäre (inzidente) Normenkontrolle. Daneben kann unter bestimmten Voraussetzungen die Nichtigkeit untergesetzlicher Normen durch **Feststellungsklage** überprüft werden. Ein Vertragsarzt hat aber die Möglichkeit, die durch die KV erlassenen Honorarbescheide mit dem Ziel höherer Vergütung anzufechten bzw. eine Erhöhung des Budgetvolumens im Rahmen einer Härtefallentscheidung zu beantragen. Im Rahmen der Prüfung des Anspruches auf eine höhere Honorarfestsetzung ist die Rechtmäßigkeit der zugrunde liegenden Satzungsnormen zu prüfen.

Nach der gefestigten Rechtsprechung des BSG (jüngst: Beschl. v. 29.11.2006 - B 6 KA 43/06 B -; i. Ü. BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr.2, jeweils Rn.53; Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 84/03 R - juris) sind die KVen zur Gewährleistung der Honorarverteilungsgerechtigkeit verpflichtet, eine individuelle **Härtefallregelung** in ihrer Honorarverteilungssatzung aufzunehmen. Im Falle des Fehlens einer generalklauselartigen Global-Härteregelung in einem HVM muss diese nötigenfalls im Wege ergänzender Auslegung in den HVM hineininterpretiert werden (s. a. BSG SozR 4-2500 § 87 Nr. 10 Rn. 30).

Der Kl. ist als MKG-Chirurg zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Daneben ist er approbierter Zahnarzt. Er beantragte erfolglos bei der KV eine Abänderung des HVM. **SG München**, Urt. v. 19.12.2005 - S 39 KA 970/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. VERGÜTUNG ZU LASTEN SOG. BESONDERER KOSTENTRÄGER (DURCHSCHNITTPUNKTWERT ALLER ÄRZTE)

LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 – L 12 KA 255/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-15

Revision anhängig: B 6 KA 48/07 R

Durchschnittspunktwert aller Ärzte, besonderer Kostenträger, Punktwert
SGB V §§ 75 III; BVG § 18c IV 1; BSHG § 37 III BSHG

Rechtsgrundlage für die Vergütung der Leistungen zu Lasten sog. **besonderer Kostenträger** ist § 75 III 2 SGB V, § 18c IV 1 BVG, § 6 I des Vertrages über die ärztliche Versorgung von Zivildienstleistungen i. V. m. § 75 III 2 SGB V und § 37 III BSHG. Rechtsgrundlage der Vergütung im Rahmen der Sachleistungsaushilfeleistungen sind die jeweiligen Sozialversicherungsabkommen der BRD mit anderen Staaten, denen der Berechtigte unterfällt. Bereits aus diesem Grunde kann eine unmittelbare Anwendung der Verteilungsregelungen der in den Quartalen gültigen Honorarverteilungsmaßstäbe unmittelbar nicht in Betracht kommen.

Bei der **Vergütung** ist nicht auf eine Arztgruppen-/Versorgungsbereichszugehörigkeit abzustellen. Die Leistungen sind mit den Punktwerten zu bewerten, die dem EBM entsprechen. Die danach anzuerkennenden Punktwerte sind im Anschluss daran, ohne die durch die Honorarverteilungsmaßstäbe/Honorarverträge vorgenommenen Differenzierungen auf Grund Zugehörigkeit zum hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich und ohne Bezugnahme auf die Arztgruppe, für sämtliche zugelassene Ärzte in gleicher Höhe zu vergüten. Dem entspricht ein **Durchschnittspunktwert aller Ärzte**, der sich aus den pauschaliert für die im jeweiligen Kassenbereich zu vergütenden Leistungen zur Verfügung gestellten Gesamtvergütungsmengen, geteilt durch die Zahl der anerkannten Bewertungspunkte für diesen Kassenbereich errechnet. Umgekehrt bleiben Einflüsse auf den Punktwert, die sich allein auf Grund der individuellen Punktwertanforderung für eine Leistung oder sämtliche Leistungen ergeben, ebenso außer Betracht, wie Einflüsse, die an die Arztgruppe anknüpfen.

Für die Quartale I, II u. IV/00 sowie I u. II/01 setzte die bekl. KV das Honorar der kl. Gemeinschaftspraxis für Leistungen, die von "besonderen Kostenträgern" (BKT) zu vergüten sind, mit einem Punktwert fest, der dem "Durchschnittspunkt看wert aller Ärzte" entspricht, abhängig davon, ob die spezialgesetzliche Grundlage das Regelsystem der Ersatzkassenversicherten (EK) oder der Regionalkassenversicherten (RK) für anwendbar erklärt. Die "Durchschnittspunktwerte aller Ärzte" ergeben sich - getrennt nach RK-/EK-Bereich - aus der pauschaliert gezahlten Gesamtvergütungssumme geteilt durch die Gesamtzahl der anerkannten RK- bzw. EK-Leistungen, bevor eine Aufteilung in versorgungsbereichsspezifische bzw. arztgruppenspezifische Honorarkontingente. Unter "besonderen Kostenträgern" wird insbesondere die Vergütung von heilbehandlungsanspruchsberechtigten Zivildienstleistenden, von Heilbehandlungsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz und von Anspruchsberechtigten nach dem damals geltenden BSHG festgesetzt. Daneben finden sich Honorarfestsetzungen von ausländischen Patienten, die auf Grund von Sozialversicherungsabkommen sachleistungsaushilfeberechtigt waren. Die Kl. begehrt eine Vergütung nach demselben Punktwert, der bei Anwendung der hausärztlichen Punktwerte des Honorarverteilungsmaßstabes anzusetzen gewesen wäre. *SG München*, Urt. v. 25.01.2005 - S 43 KA 1914/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Nach *SG Marburg*, Urt. v. 29.03.2006 - S 12 KA 638/05 - RID 06-02-65 hat der Sozialhilfeträger einen Gestaltungsspielraum und ist nur im Rahmen einer wirtschaftlichen Haushaltsführung gezwungen, sich an der Vergütung für einen einzelnen Arzt nach § 37 BSHG und § 4 AsylbLG zu orientieren.

8. NOTFALLBEHANDLUNGEN UND WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS (NR. 3452 EBM)

LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2007 - L 12 KA 129/05 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-16

Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit, Krankenhaus, Notfallambulanz, Notfallleistung, Wirtschaftlichkeitsbonus

SGB V § 75 I 2; EBM Nr. 3452; GG Art. 3 I, 12 I

Ist in einem **Vertrag für Notfallbehandlungen** in einem Krankenhaus geregelt, dass Grundlage der Leistungsbewertung der EBM und die darauf beruhenden Gebührenordnungen BMÄ und EGO sind, so gilt auch Nr. 3452 des Kapitels O EBM. Der Wirtschaftlichkeitsbonus kann dann um 100 % gekürzt (= Bonus 0) werden, wenn die Überschreitungsvolumina der Laborbudgets das Bonusvolumen der Nr. 3452 übersteigen.

Mit der Aufnahme der "**Notfallärzte**" als **Arztgruppe in Nr. 3452 EBM** ist ein Auffangtatbestand geschaffen worden, der alle diejenigen Leistungserbringer erfassen soll, die ohne Teilnahmestatus der Zulassung oder Ermächtigung nur zur Notfallbehandlung berechtigt sind oder die ausschließlich für Notfallversorgungsleistungen ermächtigt sind (vgl. § 75 I 2 SGB V).

Die Nr. 3452 EBM ist **rechtmäßig** (zur grundsätzlichen Rechtmäßigkeit s. BSG v. 23.02.2005 B 6 KA 55/03 R SozR 4-2500 § 87 Nr. 9). Dies gilt auch in der besonderen Konstellation eines Krankenhauses, das ambulante Notfallversorgungsleistungen erbringt.

Ein **Notfall** liegt vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein teilnahmeberechtigter Behandler mangels Erreichbarkeit, Umfang des Teilnahmerechts, Qualifikation oder eigener Bereitschaft zur Behandlungsübernahme nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dringende Behandlungsbedürftigkeit ist anzunehmen, wenn, aus einer Ex-Ante-Betrachtung heraus, ohne sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben bestehen oder Schmerzen unzumutbar lange dauern (BSG v. 24.05.1972 - 3 RK 25/69 - BSGE 34, 172). Der Auftrag der Vertragsärzte im Rahmen des Bereitschaftsdienstes ist deckungsgleich. Reicht der **Behandlungsumfang** des Krankenhauses im Rahmen der Notfallbehandlung darüber hinaus, nimmt es insoweit an der ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter nicht teil mit der Folge der Nichtenstehung eines Vergütungsanspruchs.

Die Kl. ist Träger des Krankenhauses St. J., welches eine Notfallambulanz betreibt und ambulante Notfallleistungen abrechnet. Rechtsgrundlage der Vergütung ambulanter Notfallleistungen ist ein **Einzelvertrag** auf der Grundlage des § 7 des damals gültigen Gesamtvertrages zwischen der KVB und dem AOK-Landesverband bzw. des § 15 EKV. Dieser sieht vor, dass die vom Krankenhaus im Rahmen von ambulanten Notfallbehandlungen erbrachten Leistungen nach den Gebührenordnungen BMÄ und EGO in Höhe von 90 % des für bayerische Vertragsärzte geltenden Auszahlungspunktwertes für kurative Leistungen vergütet werden. Der Vertrag enthält die Bestimmung, dass für die Vergütung und Prüfung der Leistungen von Krankenhäusern im Rahmen von ambulanten Notfallbehandlungen die für Vertragsärzte maßgeblichen gesetzlichen, satzungsmäßigen und vertraglichen Bestimmungen gelten. Der Honorarbescheid vom 07.01.2003 enthält für das Quartal III/02 u. a. die Buchungsposition "Berichtigung Wirtschaftlichkeitsbonus RK" sowie eine weitere Position "Berichtigung Wirtschaftlichkeitsbonus EK" (169,25 EUR bzw. 79,36 EUR). Die Einzelleistungsaufstellung enthält unter der Nr. 3452 eine Gutschrift von 5 P. für jeden Behandlungsfall (Einstufung in Gruppe der "Notfallärzte"). Mit der Klage wendet sich d. Kl. gegen den Abzug des Wirtschaftlichkeitsbonus wegen fehlender Rechtsgrundlage. *SG München*, Urt. v. 14.09.2007 - S 43 KA 819/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

9. VERWALTUNGSKOSTENANTEIL AUS NOTFALLBEHANDLUNGEN FÜR UMLAGE ZUR FÖRDERUNG DER ALLGEMEINMEDIZIN

LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 – L 12 KA 236/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-17

Umlage, Allgemeinmedizin, Beitrag, Verwaltungskosten, Krankenhaus, Förderung der Allgemeinmedizin
SGB V §§ 73, 81 I 3 Nr. 5; GKV-SolG Art. 8

In einer Satzung der KV kann eine Umlage zur Förderung der Allgemeinmedizin erhoben werden (vgl. *LSG Bayern, Urt. v. 28.02.2007 – L 12 KA 620/04 – RID 07-03-50*).

Ist in einem **Vertrag für Notfallbehandlungen** in einem Krankenhaus geregelt, dass die für Vertragsärzte maßgebenden gesetzlichen, satzungsmäßigen und vertraglichen Bestimmungen gelten, so gilt dies auch für die Verpflichtung zur Zahlung von Verwaltungskostenanteilen und auch einer Umlage zur Förderung der Allgemeinmedizin.

Die bekl. KV setzt das Honorar für ambulante Notfallbehandlungen des Krankenhauses für das Quartal I/02 auf 37.684,43 EUR fest und zog davon 81,80 EUR als Umlage für die Förderung der Allgemeinmedizin, 119,45 EUR als Umlage für sonstige Sicherstellungsmaßnahmen und 947,01 EUR Verwaltungskosten ab. Das Krankenhaus trug vor, es sei nicht Mitglied der Bekl. und habe sich daher auch nicht an deren Kosten zu beteiligen. Die Beklagte hat das Widerspruchsverfahren aufgeteilt und je nach Art der Umlagen gesonderte Widerspruchsbescheide erteilt. Bezüglich der Umlage zur Förderung der Allgemeinmedizin wurde der Widerspruch zurückgewiesen. *SG München, Urt. v. 14.01.2004 - S 38 KA 822/03 -* gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

10. EINZUG DER PRAXISGEBÜHR/FEHLERHAFTE ANGABE

Zur nachträglichen Abrechnung einzelner Gebührenziffern s. *LSG Bayern, Urt. v. 06.12.2006 – L 12 KA 272/05 – RID 07-03-21*; zum Vergütungsausschluss bei Eingabefehler s. *RID 07-02-A.I.8 (S. 11)*; zur nachträglichen Abrechnung/Abrechnungskorrektur s. *RID 07-01-A.I.11 (S. 13 f.)*; zu unzumutbarem Vergütungsausschluss bei unaufklärbarem Software-Fehler s. *SG Stuttgart, Urt. v. 28.06.2006 – S 10 KA 5811/05 – (Sprungrevision zurückgewiesen am 29.08.2007 - B 6 KA 29/06 R)*.

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. 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 19 = SGB 2006, 370* darf die KV in ihrem HVM auch ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung Fristen für die Vorlage der vertragsärztlichen Abrechnung eines Quartals setzen und als **materielle Ausschlussfristen** ausgestalten; Ausgestaltung und Anwendung müssen wegen der gravierenden Auswirkungen auf das Recht der Vertragsärzte auf Honorierung ihrer Leistungen dem **Verhältnismäßigkeitsgebot** hinreichend Rechnung tragen.

SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 100/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-18

Vertragsarzt, Honorarverteilungsmaßstab, Korrektur, Berichtigung, Kassenärztliche Vereinigung
SGB V § 85 IV 1 u. 2

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

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

Das *SG* wies die Klage ab.

Parallelverfahren: *SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 196/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-04-19

SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 939/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-20

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

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

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

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

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

Das *SG* wies die Klage ab.

11. ZAHNÄRZTE: JAHRESAUSGLEICHsverFAHREN

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.09.2007 – L 11 KA 105/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-21**

Jahresausgleichsverfahren, Grenzwert, Vertreterversammlung
SGB V §§ 72 II, 85 III u. IV

Dass sich eine **Vertreterversammlung** bemüht gefühlt hat, bei der Verabschiedung eines HVM ihren Protest gegen gesetzliche Neuregelungen auszudrücken, ist für die Geltung eines HVM rechtlich irrelevant. Beachtenswert ist der Protest allenfalls wegen der Wortwahl, man beuge sich nur unter **Protest der "Arroganz der gesetzgeberischen Macht"**, der ein fragwürdiges Verständnis gegenüber demokratisch zustande gekommenen Gesetzen erkennen lässt.

Zwar umfasst grundsätzlich der Schutz der vertragsärztlichen Tätigkeit aus Art. 12 I GG den Anspruch des Arztes auf **Honorierung** seiner vertragsärztlichen Leistungen (vgl. BVerfGE 101, 331, 346 f.; 110, 226, 251). Jedoch kann dieser Schutz auf Grund Gesetzes eingeschränkt werden, wie dies durch §§ 72 II, 85 III SGB V erfolgt ist.

Ein HVM kann im Bereich KCH vorsehen, dass die Leistungen ohne Individualprophylaxe bis zu einem **Grenzwert** nach den gesamtvertraglich vereinbarten Punktwerten vergütet werden und der Grenzwert sich aus der Punktzahl pro Behandlungsfall ergibt und nach den Abrechnungswerten der Abrechnungsvolumina des letzten auswertbaren Vorquartals ermittelt wird, wobei Praxen mit einer unter dem durchschnittlichen Bereich von 501 bis 500 Fällen liegenden Fallzahl einen Zuschlag zum Grenzwert, Praxen mit einer überdurchschnittlichen Fallzahl Abschläge für die über den durchschnittlichen Fallbereich hinaus abgerechneten Fälle erhalten, in einem Quartal nicht verbrauchte Punktmengen auf die Folgequartale übertragen werden und außerdem ein Jahresausgleich zwischen den Leistungsbereichen erfolgt.

Erhält ein Vertragszahnarzt für das Jahr 2003 einschließlich der Nachvergütung Honorar in Höhe von 193.000,00 Euro, so dass eine Honorarkürzung bzw. –rückforderung aufgrund eines Jahresausgleichsverfahren von rund 4.500,00 Euro weniger als 2,5 % der Honorarsumme beträgt, erscheint es ausgeschlossen, dass der HVM systematisch bestimmte **Behandlungskonzepte** benachteiligt.

SG Münster, Urt. v. 23.10.2006 - S 2 KA 39/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

12. AUFHEBUNG BESTANDSKRÄFTIGER HONORARbescheIDE

SG Marburg, Urt. v. 21.11.2007 – S 12 KA 1067/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-22

Vertragsarzt, Ermessen, Honorarbescheid, Aufhebung
SGB V § 85 IV; SGB X § 44

Eine KV übt in nicht zu beanstandender Weise ihr Ermessen bzgl. der Aufhebung bestandskräftiger Honorarbescheide auf, wenn sie auf vergleichbare Fälle und die damit einhergehenden finanziellen Belastungen hinweist, auch wenn dies in allgemeiner Weise geschieht; nach dem Grund für die Rechtswidrigkeit ist nicht zu unterscheiden (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 21/04 R – juris Rdnr. 17, 19 und 21 ff. = SozR 4-1300 § 44 Nr. 6 = GesR 2005, 541 = MedR 2006, 223).

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: NICHT GENEHMIGTE GEMEINSCHAFTSPRAXIS BEI DOPPELEINLESUNG

Sachlich-rechnerische Richtigstellung, Plausibilitätsprüfung, Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis, Doppeleinlesung

SGB V § 85 IV; BMV-Ä §§ 17 III 3, 45 II; EKV-Ä §§ 20 III 2, 34 IV 1 u. 2; Ärzte-ZV § 32 I

LSG Bayern, Urt. v. 28.03.2007 – L 12 KA 216/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-23

Zwei Vertragsärzte, die offiziell in der Rechtsform der **Praxisgemeinschaft** zusammenarbeiten, ihre Tätigkeit aber **tatsächlich** in Form einer (nicht genehmigten) **Gemeinschaftspraxis** ausüben, was aus

der sehr großen Anzahl von **gemeinsamen Behandlungsfällen** geschlossen werden kann, wobei der Anteil der gemeinsamen Patienten nur an der kleineren Praxis gemessen werden kann, verstoßen gegen § 33 II Ärzte-ZV, wonach für den Betrieb einer Gemeinschaftspraxis eine gesonderte Zulassung erforderlich ist, gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung, soweit die Patienten nicht durch den jeweiligen Arzt, sondern durch den/die Praxisgemeinschaftspartner/in behandelt wurden, etwa wenn der jeweils zuständige Arzt nicht da war oder anderweitig beschäftigt war, gegen die in § 32 I Ärzte-ZV festgelegten Vertretungsregeln und gegen die Regelungen der hausärztlichen Versorgung (§ 73 I 2 SGB V i.V.m. dem Hausarztvertrag) (s. BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R -). Die **Abrechnungssammelerklärung** verliert ihre Garantiewirkung. Die KV ist berechtigt, die Honorarbescheide aufzuheben und die Honorare im Wege der Schätzung neu festzusetzen (vgl. BSG v. 17.09.1997 - 6 RKA 86/95 - SozR 3-5500 § 35 Nr. 1).

Der klagende Allgemeinarzt übte in den Quartalen II/98 bis I/01 seine Tätigkeit in **Praxisgemeinschaft** mit seiner Ehefrau, einer Internistin, aus. Diese hatte ihre vertragsärztliche Tätigkeit zum 01.04.1998 aufgenommen und war von Quartal II/98 bis I/99 als hausärztliche Internistin, in den Quartalen II/99 bis II/00 als fachärztliche Internistin, im Quartal III/00 als hausärztliche Internistin und seit dem Quartal IV/00 wieder als fachärztliche Internistin zugelassen. Die **Bekl.** führte bei der Praxisgemeinschaft wegen der auffällig hohen Anzahl gemeinsamer Behandlungsfälle eine **Plausibilitätsprüfung** durch. Sie hob die Honorarbescheide des Kl. für die Quartale II/98 bis I/01 auf und setzte die Honorare neu fest. Die daraus resultierende Überzahlung in Höhe von 147.987,64 DM (75.664,87 Euro) forderte sie zurück. An die Ehefrau des Klägers erging ein entsprechender Bescheid, mit dem Honorar in Höhe von 29.572,04 Euro zurückgefordert wurde. In der **Begründung** führte sie u. a. aus, de facto hätten der Kl. und seine Ehefrau die beteiligten Praxen wie eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis geführt. Im Durchschnitt habe der Kl. 1.046,08 Patienten, seine Ehefrau 530,67 Patienten gehabt, 426 davon seien gemeinsame Patienten gewesen. Bei den gemeinsamen Patienten seien ganz überwiegend nur die Ordinationsgebühr (EBM-Nr. 1) sowie die Konsultationsgebühr (EBM-Nr. 2) abgerechnet worden. Es wird eine Reihe von Patienten mit mehrmaligem Behandlerwechsel innerhalb eines Quartals exemplarisch aufgeführt, bei denen ganz überwiegend nur die Nrn. 1, 2, 15, 25 EBM von beiden Ärzten abgerechnet worden seien. Auffällig sei, dass häufig am selben Tag die Krankenversicherungskarte von beiden Praxen eingelesen worden sei, ohne dass eine Behandlung durch beide Ärzte an diesem Tag erfolgt sei. Es folgt eine Aufstellung, aus der sich ergibt, dass die Anzahl der Patienten mit identischem Einlesedatum von 38 im Quartal II/98 auf 553 im Quartal IV/00 bzw. 509 im Quartal I/01 angestiegen ist. **SG München**, Urt. v. 20.10.2003 - S 39 KA 1448/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 08.06.2007 – L 3 KA 9/07 ER – RID 07-03-26.

LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 – L 12 KA 563/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-24

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig unter B 6 KA 65/07 B

Eine unter Verstoß gegen den Zulassungsstatus erfolgte **Doppelbehandlung** ist aber zwangsläufig nicht nur in der kleineren, sondern auch in der **größeren Praxis** ein rechtswidriges Verhalten, so dass auch in dieser sachlich-rechnerische Berichtigungen erfolgen können.

Für eine bewusste Steuerung, zumindest aber Inkaufnahme des Verhaltens der Patienten, sich wechselweise in beiden Praxen behandeln zu lassen, spricht eine **ungewöhnlich große Zahl** der gemeinsamen Fälle. Es widerspricht jeglicher ärztlicher Erfahrung, dass es dem jeweiligen Behandler in so vielen Fällen nicht aufgefallen sein sollte, dass die von ihm/ihr behandelten Patienten auch beim Kollegen/der Kollegin in Behandlung waren.

Speziell für den Fall der **hausärztlichen Versorgung** ergibt sich die Pflicht zur Festlegung auf einen **bestimmten Hausarzt** zwingend aus § 76 III 2 SGB V.

Die Kl., eine Allgemeinärztin, übte in den Jahren 1993 bis 1995 ihre Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis mit dem praktischen Arzt M aus. 1996 wandelten die Ärzte die Gemeinschaftspraxis in eine Praxisgemeinschaft um. Bei einer Überprüfung der Abrechnungsunterlagen der Quartale I u. II/96 fiel ein hoher Anteil an gemeinsamen Patienten in der Praxisgemeinschaft auf, die überwiegend auf Originalscheinen behandelt worden waren. Eine von der KV unterbreitete Rückzahlungsvereinbarung über 244.018,84 DM nahm die Kl. nicht an. Die Bekl. setzte die Honorare für die Quartale I/96 bis IV/98 neu fest, was zu einer Überzahlung in der oben genannten Höhe führte, die zurückgefordert wurde. Im Durchschnitt habe die Klägerin im vorgenannten Zeitraum 778,17 Fälle pro Quartal, Herr M. 624,75 Fälle pro Quartal abgerechnet. Die Anzahl der gemeinsamen Fälle liege im Durchschnitt bei 470,67. Von den 450 gemeinsamen Originalfällen im Quartal I/96 waren 346 am selben Tag eingelesen worden und in 174 Fällen Behandlungen am selben Tag in beiden Praxen erfolgt. Des Weiteren enthält der Bescheid eine umfangreiche Aufbereitung von Einzelfällen, aus der nach der Auffassung der Beklagten hervorgeht, dass bei einer Vielzahl von Patienten in beiden Praxen identische Leistungen oftmals auch unter Verwendung gleich lautender Diagnoseangaben abgerechnet worden seien. **SG München**, Urt. v. 26.04.2004 - S 42 KA 893/02 – hob den Bescheid bzgl. der Quartale III u. IV/96 auf, weil insoweit die vierjährige Ausschlussfrist nach Bekanntgabe der Honorarbescheide abgelaufen gewesen sei und wies im Übrigen die Klage ab; das **LSG** wies die Berufung d. Kl. zurück.

2. EBM 2005: BESCHRÄNKUNG EINES FACHARZTES BEI ZULASSUNG ALS PRAKTISCHER ARZT

SG Düsseldorf, Urt. v. 29.08.2007 – S 2 KA 85/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-25

Berufung zugelassen

EBM 2005, Gynäkologe, praktische Arzt, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, Ultraschall, Tokogramm, CTG, Amnioskopie, Wöchnerinnen-Untersuchungen
EBM 2005 Nrn. 01785, 01786, 01815, 01825, 01827, 01850, 01912

Leistungen der Abschnitte 1.7.4, 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 EBM 2005 sind nicht Gegenstand des Kataloges der berechnungsfähigen Leistungen nach Nr. 3.1.3 der Präambel (hausärztlicher Versorgungsbereich) im Kapitel III EBM 2005 (arztgruppenspezifische Leistungen). Sie können von einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der jedoch **als praktischer Arzt** zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, nicht abgerechnet werden. Die Bestätigung einer Abrechnungsgenehmigung mit dem Zusatz: " ... soweit abrechnungsgestaltende Regelungen dem nicht entgegenstehen" begründet keinen **Vertrauensschutz**. Vertrauensschutz folgt auch nicht aus der zulässigen Abrechnung bis zum Quartal I/05.

Werden Ärzte durch **neue Regelungen** von der Erbringung und Abrechnung bestimmter, in der Vergangenheit in erlaubter Weise erbrachter Leistungen ausgeschlossen, so liegt eine statusrelevante Berufsausübungsregelung nur dann vor, wenn diese Leistungen für ihr Fachgebiet wesentlich sind (BSG, Urt. v. 06.09.2000 - B 6 KA 36/99 R -). Handelt es sich um eine Leistung, die nicht den Grundbestand bzw. Kernbereich des allgemeinmedizinischen Fachgebietes betrifft, so brauchen Übergangsregelungen grundsätzlich nicht eingeführt zu werden (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 12/99 R -). Im Übrigen liegt dem EBM 2005 eine längere Entwicklungsgeschichte zugrunde und wurden die Vertragsärzte frühzeitig und fortlaufend informiert. Eine fünfjährige faktische Zeitspanne, um sich auf die neue Rechtslage einzurichten, stellt jedenfalls eine hinreichende Übergangszeit dar.

Das **SG** wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt RID 07-02-A.III.5 (S. 20 ff.) m.w.N.

3. KEINE NEUFÄLLE NACH ZULASSUNGSENDE ALS PSYCHOTHERAPEUTIN

SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 979/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-26

Kassenärztliche Vereinigung, Psychotherapeut, Zulassungsende
BMV-Ä § 45; EKV-Ä § 34

Nach **Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung** ist eine Vertragspsychotherapeutin grundsätzlich nicht mehr berechtigt, psychotherapeutische Leistungen an gesetzlich versicherten Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Wird ihr als Ausnahme hiervon vom Berufungsausschuss die Genehmigung erteilt, anbehandelte Fälle bei Kindern und Jugendlichen bis zu ihrem Abschluss weiter zu behandeln, so muss ihr von Anfang an klar sein, dass sie neue Patienten nicht behandeln darf.

Die fehlende Berechtigung zur Behandlung neuer Fälle schließt aber ein, dass sie auch nicht berechtigt ist, die Durchführung neuer Therapien bei den **Krankenkassen zu beantragen**. Bereits von daher kommt es auf Genehmigungen der Krankenkassen nicht an.

Ein **Vertrauensschutztatbestand** wird auch nicht durch die Abrechnung von Behandlungsfällen in Vorquartalen begründet. Wer sich selbst bewusst rechtswidrig verhält, kann nicht darauf vertrauen, dies werde von der Rechtsgemeinschaft hingenommen werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. TESTVERFAHREN WÄHREND LAUFENDER PSYCHOTHERAPIEN (NR. 35300 EBM 2005)

SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 974/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-27

Psychotherapeut, Psychotherapieverfahren, Testverfahren, Begründung
EBM 2005 Nr. 35300; BMV-Ä Anl. 1 (PsychotherapieVb) § 14 III

Im **Primärkassenbereich** können **während laufender Psychotherapien** bis zu **drei Testverfahren** im Quartal abgerechnet werden, nicht lediglich bis zu dreimal die **Nr. 35300 EBM 2005**. Allerdings verlangt § 14 Abs. 3 Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum BMV-Ä) hierfür eine besondere **Begründung**. Diese ist auf dem Leistungsausweis bereits bei Einreichung der Abrechenbarkeit zu geben. Fehlt die Begründung, so ist der Leistungsinhalt in diesen Fällen nicht vollständig erbracht und hat die sachlich-rechnerische Berichtigung zu erfolgen.

Das **SG** wies die Klage ab.

5. NR. 4111 EBM 1996 (NR. 32300 EBM 2005)

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 23.08.2007 – L 5 KA 21/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-28

Revision zugelassen

Katecholamine, Metabolite

EBM 1996 Nr. 4111; EBM 2005 Nr. 32300

Nach dem Wortlaut der Nr. 4111 EBM in der im Jahre 2000 in Kraft befindlichen Fassung (entspricht Nr. 32300 EBM 2005) in Verbindung mit der Katalogüberschrift zu den Nrn. 4111 ff. kann diese Nummer bei der Bestimmung der Katecholaminen und/oder Metabolite **mehrfach abgerechnet** werden, sofern mehrere Untersuchungsgänge anfallen. Die Zulässigkeit der mehrfachen Abrechnung der Nr. 4111 in einem solchen Fall scheidet nicht an der in der Nr. 4111 enthaltenen "und/oder-Verbindung" (anders LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.08.2004 - L 5 KA 97/04 -).

Der klagende Facharzt für Laboratoriumsmedizin wurde im Quartal II/2000 von einem anderen Arzt bei einer Patientin im Wege eines Überweisungsscheins zu einer Untersuchung der Katecholamine und der Vanillinmandelsäure (VMS) beauftragt, die er durchführte. Zur Probenvorbereitung extrahierte er die Katecholamine auf einer Kationen-Austauschersäule und eluierte diese wieder; die chromatographische Bestimmung erfolgte mittels Hochleistungs-Flüssigkeitschromatographie (HPLC). Die Probe zur Bestimmung der VMS wurde auf einer Anionen-Austauschersäule extrahiert, wieder eluiert und mittels HPLC untersucht. Der Kläger rechnete sowohl für die Untersuchung der Katecholamine als auch für die Untersuchung der VMS jeweils die Nr. 4111 EBM ab. Die KV verlangte einen Betrag von 49,60 DM (= 25,36 EUR) vom Kl. zurück, weil dieser die Nr. 4111 zweimal für das gleiche Material (Urin) abgerechnet habe, obwohl sie nur einmal hätte angesetzt werden dürfen. **SG Mainz**, Urt. v. 05.04.2006 - S 2 KA 346/02 - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

III. Arztregister/Fachkunde/Zweigpraxis/Genehmigungen/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 28.11.2007 – **B 6 KA 26/07 R** – richtet sich die Beurteilung der Frage, ob in einem gesperrten Planungsbereich eine Ausschreibung und **Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes** beansprucht werden kann, nach vertragsarztrechtlichen Vorgaben und wird nicht durch privatrechtliche Vereinbarungen zwischen den bisherigen Mitgliedern einer **Gemeinschaftspraxis** präjudiziert; nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – **B 6 KA 8/06 R** – SozR 4-1500 § 54 Nr. 10 = GesR 2007, 369 = MedR 2007, 499 = ZMGR 2007, 86 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 (Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen: **BVerfG** <Kammer>, Beschl. v. 04.09.2007 - 1 BvR 1514/07); nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – **B 6 KA 11/06 R** – SozR 4-2500 § 95c Nr. 2 = GesR 2007, 260 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).

Arnold/Greve, Der Operationssaal als Zweigpraxis des Anästhesisten?, MedR 2007, 634-638; *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. EINTRAGUNG IN ARZTREGISTER: ALLGEMEINMEDIZIN UND FÜNFJÄHRIGE WEITERBILDUNGSZEIT

SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 135/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-29

Facharzt für Allgemeinmedizin, Arzt ohne Gebietsbezeichnung, Weiterbildungszeit

SGB V § 95°; Ärzte-ZV §§ 2, 3

§ 95a SGB V i. d. F. des Art. 1 Nr. 40 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ist rechtmäßig.

Eintragungen in das Arztregister als Facharzt für Allgemeinmedizin setzen ab 01.01.2006 eine fünfjährige Weiterbildungszeit voraus. Wurde die Anerkennung als Facharzt für Allgemeinmedizin aufgrund Übergangsrechts ohne oder mit kürzerer Weiterbildungszeit erteilt, so kann eine Eintragung nicht mehr erfolgen. Die gilt auch dann, wenn bereits zuvor eine Eintragung als Arzt oder Praktischer Arzt erfolgt ist, insofern also auch für eine Änderung der Eintragung.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. ZWEIGPRAXIS EINES MVZ

SG Marburg, Beschl. v. 23.11.2007 – S 12 KA 465/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-30

Vertragsarzt, Medizinisches Versorgungszentrum, MVZ, fachübergreifend, Zweigpraxis, Präsenzpflcht, Vertragsarztsitz, Praxisnachfolge

SGB V § 95; SGG § 86b II; Ärzte-ZV § 24

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) muss am Vertragsarztsitz alle ärztlichen Leistungen erbringen, um **fachübergreifend** tätig zu sein. Leistungen eines Fachgebiets können nicht ausschließlich in einer Zweigpraxis erbracht werden.

Für die **Präsenzpflcht am Vertragsarztsitz** im Verhältnis zur Zweigpraxis gilt für ein MVZ die Maßgabe, dass die angegebenen Mindestzeiten für den Versorgungsauftrag des MVZ insgesamt unabhängig von der Zahl der beschäftigten Ärzte anzuwenden sind (§ 17 Ia 4 BMV-Ä/EKV-Ä). Es reicht aus, dass die Summe der Tätigkeitszeiten aller am Vertragsarztsitz tätigen Ärzte alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen.

Übernimmt ein MVZ eine bestehende Praxis als **Praxisnachfolgerin**, dann steht fest, dass ein Versorgungsauftrag im Rahmen der Praxisnachfolge besteht. Insoweit besteht auch grundsätzlich ein Anspruch auf Genehmigung einer Zweigpraxis.

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

3. UNGEEIGNETHEIT EINES ANZUSTELLENDEN ARZTES

SG Düsseldorf, Urt. v. 12.09.2007 – S 2 KA 95/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-31

Genehmigung, Anstellung, Praxisinhaber, Ungeeignetheit

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

Der Begriff der **Ungeeignetheit** nach § 21 Zahnärzte-ZV 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, so dass eine Zusammenarbeit nicht möglich erscheint.

Für die Annahme eines schwerwiegenden Mangels reicht es nicht aus, dass eine anzustellende Zahnärztin bereits kurze Zeit **vor Erteilung der Anstellungsgenehmigung** tätig geworden ist, wenn der Vertragszahnarzt ihr unwidersprochen zu verstehen gegeben hat, es sei in Ordnung, wenn sie vor Genehmigung anfrage, da es mit der KZV so abgesprochen sei.

Das *SG* gab der Klage statt.

S. bereits, auch zum Sachverhalt, *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 10.08.2007 – S 2 KA 94/07 ER – RID 07-03-40.

4. EBM 2005: ÄRZTIN OHNE GEBIETSBEZEICHNUNG U. PSYCHIATRISCHE LEISTUNGEN

SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 975/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-32

Genehmigung, EBM 2005, Facharzt für Allgemeinmedizin, Arzt ohne Gebietsbezeichnung, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Kap. 21

Einer Fachärztin für Psychiatrie und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die als Ärztin ohne Gebietsbezeichnung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und überwiegend psychotherapeutisch tätig ist, kann eine Genehmigung zur Abrechnung psychiatrischer Leistungen nach Kapitel 21 EBM 2005 nicht erteilt werden. Maßgeblich ist der Zulassungsstatus. Die in den einzelnen Kapiteln des EBM 2005 aufgeführten Leistungen sind abschließend.

Das *SG* wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt *SG Marburg*, Urt. v. 27.06.2007 – S 12 KA 64/07 – RID 07-03-81 u. RID 07-02-A.III.5 (S. 20 f.).

5. VERORDNUNG VON REHABILITATIONSLEISTUNGEN: BADEARZT

SG Marburg, Urt. v. 21.11.2007 – S 12 KA 90/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-33

Vertragsarzt, Verordnung, Rehabilitationsleistung, Badearzt, Rehabilitationseinrichtung

SGB V §§ 40, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8, 107 II, 111; RehabilitationsRL § 11; EBM 2005 Nr. 01611

Die Tätigkeit bei einem Badearzt erfüllt nicht die Voraussetzungen zur Abrechnung der Nr. 01611 EBM 2005 (Verordnung von Rehabilitationsleistungen).

Das *SG* wies die Klage ab.

6. NOTDIENST

A) BEFREIUNG VOM NOTDIENST: FINANZIELLE EINBUßE DURCH VERTRETUNG

LSG Hessen, Urt. v. 27.06.2007 – L 6/7 KA 17/04 –

RID 07-04-34

Vertragsarzt, Notdienst, Notdienststörung, Notfalldienst, Vertretung

SGB V §§ 72 II, 73, 75 I u. II, 85 I 1 Nr. 10; Notdienstordnung KV Hessen

Allein der Umstand, dass eine Vertretung für den ärztlichen Bereitschaftsdienst mit evtl. finanziellen Einbußen bei einer Vertragsärztin verbunden ist, vermag die **Befreiung** nicht zu rechtfertigen. Gerade weil der Notfalldienst zwingend Bestandteil des Versorgungsauftrages ist, welche die KVH zu erfüllen hat, muss die Freistellung die seltene Ausnahme bleiben. Insbesondere aber muss der niedergelassene Arzt selber durch die Organisierung und Finanzierung einer Vertretung dazu beitragen, dass der Notfalldienst auch tatsächlich funktioniert.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 10.12.2003 – S 27 KA 682/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zur **Heranziehung zum Notfalldienst** s. die Nachweise in RID 07-03-A.III.7 (S. 23).

B) RÜCKFORDERUNG EINER ÜBERZAHLUNG AN NICHT ZUGELASSENE ÄRZTIN IM BEREITSCHAFTSDIENST

SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 688/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-35

Notdienstgemeinschaft, Satzung, nicht zugelassener Arzt, Bereitschaftsdienst, Verwaltungsakt, Überzahlung

SGB V §§ 75 II 1, 76 I 2, 81; SGB X § 31

Eine Vorauszahlung an eine nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztin für die Tätigkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst, die auf der Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung beruht und im Vorgriff auf zu erwartende Honoraransprüche geleistet wird, kann im Falle einer Überzahlung nicht durch **Verwaltungsakt** zurückgefordert werden.

Das *SG* gab der Klage und der hilfsweise beantragten Widerklage der KV auf Zahlung statt.

C) KEINE NOTDIENSTUMLAGE VON PRIVATÄRZTEN

SG Düsseldorf, Urt. v. 24.10.2007 – S 2 KA 128/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-36

Berufung eingelegt: L 10 KA 62/07

Privatarzt, Umlage, Notdienstumlage, Satzung, Notfallpraxis

SGB V § 77 III

Erhebt eine KV nach ihrer Satzung zur Deckung der Kosten für eine Notfallpraxis, in der nach der Notfalldienstordnung der von der Ärztekammer und der KV organisierte Notfalldienst ausgeführt wird, und zur Deckung weiterer Kosten einen zusätzlichen Beitrag und kann dieser auch in einer festen **Umlage** auf alle im Notfalldienstbezirk niedergelassenen und über die KV Nordrhein abrechnenden Mitglieder bestehen oder in einer Umlage auf die Mitglieder, die aus der Notfallpraxis einen unmittelbaren Nutzen ziehen, so gilt dies nur für Mitglieder der KV. Hierzu gehören **Privatärzte** nicht. Der zusätzliche Beitrag ist ausschließlich von den Vertragsärzten des betroffenen Notfalldienstbezirkes zu entrichten (so BSG, Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 31/05 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 4 Rdnr. 18).

Die Kl. ist als Ärztin für Psychotherapie und Psychoanalyse niedergelassen und privatärztlich tätig. Sie nimmt an dem von der Bekl. und der Ärztekammer Nordrhein gemeinsam organisierten ärztlichen Notfalldienst teil. Bis einschließlich des Quartals I/04 wurde die Klägerin zu den "Kosten Notfallpraxis" mit 0,7 % ihres über die Bekl. abgerechneten Honorars herangezogen. Ab dem Quartal II/04 und damit auch für die streitbefangenen Quartale II bis IV/05 verfügte die Bekl. eine pauschale Kostenbeteiligung an den "Kosten Notfallpraxis" in Höhe von 450,- EUR je Quartal. Das *SG* gab der Klage statt.

IV. 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 **so g. 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.

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.

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. RICHTGRÖßENPRÜFUNG

A) KV BAYERN 2002/EINSTWEILIGER RECHTSCHUTZ

LSG Bayern, Beschl. v. 17.07.2007 – L 12 B 795/06 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-37

Regressanspruch, aufschiebende Wirkung, Richtgröße, KV Bayern, Rückwirkung
SGB V § 106; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Soweit zwar erhebliche **Bedenken** gegen die Zulässigkeit der Einführung der neuen Richtgrößen Ende Mai 2002 in Bayern wegen **Rückwirkung** sprechen, so ist aber deren Anwendung unabhängig davon jedenfalls im Rahmen des vorläufigen Rechtsschutzes für die zweite Hälfte des Jahres 2002 zu akzeptieren. Daraus folgt die Entscheidung, dass ein Vertragsarzt im Verfahren vorläufigen Rechtsschutzes für den auf die letzten rund sieben Monate des Jahres 2002 entfallenden Betrag den **Sofortvollzug** im Grundsatz hinzunehmen hat, wobei jedoch eine ihm eingeräumte Ratenzahlung vor einer wirtschaftlichen Gefährdung bewahren und auch der Gegenseite einen nicht ganz unerheblichen Geldzufluss gewähren soll.

Gegen den Ast., einen praktischen Arzt, ordnete der Beschwerdeausschuss wegen Überschreitens des Richtgrößenvolumens für das Jahr 2002 einen Regress in Höhe von 40.734,70 EUR an. **SG München**, Beschl. v. 14.08.2006 - S 38 KA 1252/06 ER - gab dem Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung statt, das **LSG** wies den Antrag z. T. zurück; dem Ast. wird insoweit jedoch nachgelassen, diesen Betrag in monatlichen Raten zu je 2.000,00 EUR, beginnend mit dem Monat August 2007, jeweils zur Monatsmitte, zurückzuführen.

B) AUSSCHLUSSFRIST VON VIER JAHREN FÜR RICHTGRÖßENPRÜFUNG

SG Berlin, Beschl. v. 29.05.2007 – S 83 KA 74/07 ER –

RID 07-04-38

Ausschlussfrist, Richtgrößenprüfung, Verjährung, Verjährungsrecht
SGB V § 106; BGB § 199; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die Ausschlussfrist von vier Jahren gilt auch für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen (BSG, Urt. v. 02.11.2005 – B 6 KA 63/04 R – juris Rn. 62). Sie beginnt mit dem Ablauf des geprüften Zeitraums und endet vier Jahre später. Regelungen des Verjährungsrechts sind nicht anwendbar

Das **SG** gab dem Antrag nach § 86b I 1 Nr. 2 SGG statt.

2. ARZNEIKOSTENREGRESS: BEZIEHUNG DER ARZNEIMITTELDATEIEN VON ANFANG AN

LSG Hessen, Urt. v. 23.05.2007 – L 4 KA 25/06 –

RID 07-04-39

Revision anhängig unter B 6 KA 60/07 R

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

Eine konkrete Überprüfung der zugrunde liegenden elektronischen Verordnungsdaten anhand der eigenen Verordnungsunterlagen des geprüften Arztes ist nur möglich, wenn dem Arzt wie auch den Prüfungsgremien selbst sämtliche von den Krankenkassen nach den hier noch maßgeblichen Regelungen in § 296 III u. IV i.V.m. § 295 III Nr. 5 SGB V (in der Fassung des GSG) an die kassenärztliche Vereinigung zu meldenden Verordnungsdaten zur Verfügung stehen. Diese eingeschränkte

Überprüfungsmöglichkeit muss einem Vertragsarzt auch dann zur Verfügung stehen, wenn er bis zum Schluss des Verwaltungsverfahrens nur pauschale Einwendungen gegen die Richtigkeit der zugrunde liegenden Daten erhoben hat (*Parallelverfahren zu LSG Hessen*, Urt. v. 25.04.2007 – L 4 KA 34/06 – RID 07-02-52).

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 09.11.2005 – S 5/28 KA 2035/04 – verpflichtete zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung d. Bekl. zurück.

Parallelverfahren: *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 16.11.2005 – S 5 KA 4418/01 –

LSG Hessen, Urt. v. 23.05.2007 – L 4 KA 31/06 –, *Revision anhängig unter B 6 KA 58/07 R* RID 07-04-40

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 16.11.2005 – S 5/27 KA 3465/02 –

LSG Hessen, Urt. v. 23.05.2007 – L 4 KA 22/06 –, *Revision anhängig unter B 6 KA 57/07 R* RID 07-04-41

Gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 25.04.2007 – L 4 KA 34/06– RID 07-02-52 ist - nach Revisionszulassung - Revision anhängig unter B 6 KA 59/07 R.

3. SPRECHSTUNDENBEDARF: VERORDNUNG VON ZYTOSTATIKA, METASTASENHEMMERN UND DISPHOSPHONATEN

SG München, Urt. v. 06.12.2006 – S 38 KA 645/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-42

Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Auslegung, Onkologikum, Zytostatikum, monoklonale Antikörper, Disphosphonat
SGB V § 106

Eine **Sprechstundenbedarfsvereinbarung** ist dem Wortlaut entsprechend **eng auszulegen** und nur in einem sehr begrenzten Maße einer (erweiternden) Auslegung zugänglich, da damit von dem Grundsatz abgewichen wird, dass Medikamentenverordnungen patientenbezogen zu erfolgen haben (vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 26.02.2003 - L 11 KA 35/00 -).

Zu den allgemeinen Grundsätzen gehört auch, dass es **keine beliebige Austauschbarkeit** von Einzelverordnungen und Verordnungen über den Sprechstundenbedarf gibt. Dies hat insbesondere damit zu tun, dass Kosten des Sprechstundenbedarfs, den alle Vertragsärzte im Bezirk jeder KV zu Lasten einer einzigen, gesamtvertraglich bestimmten Krankenkasse ohne Bezug zu den einzelnen Patienten verordnen, nach einem bestimmten Schlüssel von allen Krankenkassen getragen werden. Dagegen fallen die Kosten für Einzelverordnungen nur bei denjenigen Krankenkassen an, bei denen der jeweilige Patient versichert ist. Entscheidend ist, dass durch Sprechstundenbedarfsvereinbarungen eine Transparenz in der Form angestrebt wird, dass Klarheit geschaffen werden soll, was "allgemeiner Bedarf" und was "individueller Bedarf" ist (vgl. *BSG*, Beschl. v. 31.05.2006 – B 6 KA 10/06 B – RID 06-04-96; *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 44/05 – RID 06-01-32).

Sind nach einer Sprechstundenbedarfsvereinbarung Zytostatika, Metastasenhemmer und Disphosphonate grundsätzlich vom Bezug als Sprechstundenbedarf ausgeschlossen und auf Einzelrezept auf den Namen des Patienten zu verordnen, wird aber abweichend davon **onkologischen Schwerpunktpraxen** gestattet, Arzneimittel dieser Präparatgruppen als Sprechstundenbedarf zu verordnen, um einen wirtschaftlichen Bezug sowie einen wirtschaftlichen Verbrauch im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung zu ermöglichen, so ist letzteres nicht im Sinne einer Verpflichtung onkologischer Praxen auszulegen.

Das **allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot** nach § 70 I 2 SGB V hat dann keine Bedeutung für den Behandler und ist von diesem nicht zu beachten, wenn der therapeutische Nutzen bei der **Verordnung auf Einzelrezept** ein höherer ist.

Gegen die Verordnung von **Zytostatika auf Einzelrezept** bestehen keine rechtlichen Bedenken. Bei Zytostatika handelt es sich um toxische Substanzen. Bei ihrer Herstellung ist der Patientensicherheit Rechnung zu tragen, weshalb besondere Anforderungen gelten. Es ist auch einer onkologischen Schwerpunktpraxis nicht zuzumuten, personell und ausstattungsmäßig so aufzurüsten, dass die Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Auch aus Nr. 8655 EBM 1996 bzw. den arztgruppenspezifischen Leistungen 13.3.4 EBM 2005 folgt keine solche Verpflichtung.

Im Ergebnis, nichts anderes auch für sog. **monoklonale Antikörper**.

Die Verordnung von **Diphosphonaten** hat als Sprechstundenbedarf zu erfolgen.

Das **SG** gab der Klage statt.

4. ORGANHYDROLYSAT/AMR A. F./AMUWV

LSG Bayern, Urt. v. 25.04.2007 – L 12 KA 45/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-43

Arzneikostenregress, Ney Tumorin, Arzneimittelrichtlinien, Organhydrolysat
SGB V §§ 106, 135 I; AMG §§ 25 I, 106

§ 92 I SGB V in der 1998 geltenden Fassung kann als Rechtsgrundlage nicht einen Verordnungsausschluss wegen fehlendem therapeutischen Nutzen durch die **Arzneimittelrichtlinien** stützen (vgl. BSG v. 10.05.2005 - B 1 KR 25/03 R, SozR 4-2500 § 34 Nr. 2). Für Verordnungen **bis 31.12.2003** kann ein Ausschlussatbestand, der auf eine Unwirtschaftlichkeit infolge nicht erforderlicher Bestandteile, fehlendem therapeutischen Nutzen oder fehlender Beurteilungsmöglichkeit aufgrund Vielzahl der enthaltenden Stoffe gestützt wird, nur auf die AMUWV, die aufgrund § 34 III SGB V ergeht, gestützt werden:

Für **1998** kann der Ausschluss von "Organhydrolysaten" nicht auf Ziff.17.1 m AMR in der damaligen Fassung (Organhydrolysate) gestützt werden (so ausdrücklich LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 90/04 – RID 06-01-30; vgl. LSG Schleswig-Holstein v. 03.11.2004 - L 4 KA 27/02 - NZS 2005, 596 ff.). Jedoch ergibt sich ein Verordnungsausschluss 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).

Die Kl. sind als Allgemeinarzt und praktischer Arzt vertragsärztlich tätig. Sie verordneten im Quartal IV/98 dem bei der beigel. AOK Bayern versicherten Patienten S. das Medikament Ney Tumorin. In der "Roten Liste" (1998) ist Ney Tumorin unter der Nr. 86129 in Abschnitt 1 C.2.2 gelistet (Cytostatika und Metastasenhemmer/Organpräparate/Kombinationen). Die Prüfungsgremien regressierten gestützt auf Ziffer 17.1 m AMR (Organhydrolysat) die der Beigel. entstandenen Kosten des Arzneimittels (Regressbetrag 5.425,21 DM = 2.770,87 EUR). *SG München*, Urt. v. 15.01.2003 - S 32 KA 2542/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 17.10.2007 – **B 6 KA 42/06 R** – schließt der Umstand, dass die Praxis in einem anderen Planungsbereich als das Krankenhaus der ermächtigten Ärztin liegt, die **Anfechtungsberechtigung** nicht von vornherein aus; hierfür ist vielmehr entscheidend, ob unter Berücksichtigung der konkreten örtlichen Verhältnisse zwischen dem niedergelassenen Vertragsarzt und dem ermächtigten Krankenhausarzt eine reale Konkurrenzsituation um die Versorgung derselben Patienten mit gleichen Leistungen besteht; ggf. kann die Ermächtigung nur für die Behandlung von Versicherten erteilt werden, die nicht aus dem Einzugsbereich der Praxis des niedergelassenen Arztes kommen; nach BSG, Urt. v. 17.10.2007 – **B 6 KA 45/06 R** – ist der Bundesausschuss durch §§ 101 I u. II, 104 II SGB V hinreichend ermächtigt, in den BedarfsPIRL Übergangsregelungen auch für solche Zulassungsanträge, die erst nach Inkrafttreten der Änderung (**Neuordnung der Planungsbereiche im Land Berlin**) gestellt wurden, zur Sicherung einer konsistenten Bedarfsplanung zu treffen; sie widersprechen insbesondere nicht § 19 I 2 Ärzte-ZV, der spezielle Übergangsprobleme anlässlich der Änderung von Grundlagen der Bedarfsplanung nicht erfasst; nach BSG, Urt. v. 17.10.2007 – **B 6 KA 31/07 R** – kann eine Sonderbedarfszulassung oder Ermächtigung speziell für die **psychotherapeutische Behandlung von Patienten in türkischer oder arabischer Sprache** nicht erteilt werden; der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst auch im Falle von Psychotherapien nicht die Gewährleistung einer Verständigung des Therapeuten mit dem Versicherten in dessen Muttersprache; 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; nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – **B 6 KA 8/06 R** – SozR 4-1500 § 54 Nr. 10 = GesR 2007, 369 = MedR 2007, 499 = ZMGR 2007, 86 kann ein Vertragsarzt nicht die **Dialysegenehmigung eines Konkurrenten anfechten**, da es an einer drittbeschützenden Wirkung als Voraussetzung für die Anfechtungsbefugnis im Fall defensiver Konkurrentenklagen fehlt.

Vgl. ferner zuletzt RID 06-04-A VI (S. 28); RID 05-04-A V (S. 20).

Makoski/Möller, Bürgerschaftsprobleme bei der Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren, MedR 2007, 524-532; *Steinhilper*, Die „defensive Konkurrentenklage“ im Vertragsarztrecht – Folgerungen aus der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG -, MedR 2007, 470-474; *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-

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

1. PSYCHOTHERAPEUTEN: ZEITFENSTER

LSG Bayern, Urt. v. 25.04.2007 – L 12 KA 674/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de (rechtskräftig)
(*NZB wurde zurückgenommen*)

RID 07-04-44

Psychotherapeut, Zeitfenster, Privatpraxis
SGB V § 95 X

Die Abrechnung von **223 Behandlungsstunden** zu Lasten der GKV im sog. Zeitfenster bzw. **109 Stunden im günstigsten Halbjahreszeitraum** reicht für eine bedarfsunabhängige Zulassung nach § 95 X SGB V nicht aus. Eine **Krankheit** (Gelenkrheumatismus) kann nicht berücksichtigt werden, da es sich um eine eng auszulegende Ausnahmegesetzgebung handelt, die allein dem Bestandsschutz dient und dementsprechend nur Anwendung findet, wenn bereits eine schützenswerte Praxissubstanz vorliegt. Fünf Stunden pro Woche der physikalischen Behandlung standen auch einem Behandlungsumfang von etwa 11,6 Stunden pro Woche nicht im Wege.

Die 1941 geb. Kl. studierte für das Lehramt und war bis 1979 als Gymnasiallehrerin tätig. Sie nahm seit 1996 am Delegationsverfahren teil. In der Zeit vom 25.06.1994 bis 24.06.1997, dem sog. Zeitfenster, hat die Klägerin 223 Therapiestunden bei Versicherten der GKV durchgeführt, davon 197 Stunden in der Zeit vom 3. Quartal 1996 bis 2. Quartal 1997. Abgerechnet wurde die Nr.872 EBM a. F. (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <Langzeittherapie> als Einzelbehandlung). **SG München**, Urt. v. 30.09.2004 - S 22 KA 946/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.08.2007 – L 10 KA 2/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-45

121 Behandlungsstunden, verteilt über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren (18.07.1994 bis 26.08.1996) reichen für eine versorgungsrelevante Teilnahme i.S. des § 95 X u. XI 1 Nr. 3 SGB V nicht aus. Darüber hinaus können als "Teilnahme" an der Versorgung der Versicherten der GKV nur die in eigenen Praxisräumen erbrachten Behandlungsstunden Berücksichtigung finden.

Nach § 95 XII SGB V kann der Zulassungsausschuss über Zulassungsanträge von Psychotherapeuten, die nach dem 31.12.1998 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 I 1 SGB V, also die Feststellung getroffen hat, ob eine Überversorgung vorliegt. Nach Satz 2 des § 95 XII SGB V sind Anträge nach Satz 1 wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren. Hinsichtlich dieser Regelungen bestehen keine rechtlichen Bedenken.

SG Münster, Urt. v. 18.12.2006 - S 2 KA 17/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. SONDERBEDARFSZULASSUNG IM SCHWERPUNKT: EINWOHNER/ARZT-RELATION

SG Marburg, Urt. v. 10.10.2007 – S 12 KA 300/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-46

Facharzt für innere Krankheiten, Internist, Hämatologe, Onkologe, Sonderbedarfszulassung, Planungsbereich, Einwohner/Arzt-Relation, Schwerpunkt

SGB V § 95 I; BedarfspRL-Ä § 24 Satz 1 lit. a

Die **Versorgungssituation** in einem Planungsbereich kann anhand einer **Einwohner/Arzt-Relation** in den übrigen Planungsbereichen eines KV-Bezirks bewertet werden. Bei einer landesdurchschnittlichen Relation von 1:168.000 Einwohnern zu einem niedergelassenen Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie kann bei einer Relation von 1:64.581 auf eine ausreichende Versorgung im Planungsbereich geschlossen werden und besteht kein Anspruch auf eine Sonderbedarfszulassung nach § 24 Satz 1 lit. a BedarfspRL-Ä.

Das **SG** wies die Klage ab.

3. MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM ALS TEIL EINES KOMMUNALEN EIGENBETRIEBES

SG Marburg, Beschl. v. 25.10.2007 – S 12 KA 404/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-47

Medizinisches Versorgungszentrum, Eigenbetrieb, Krankenhaus, Rechtsform
SGB V § 95

Ein medizinisches Versorgungszentrum, das als Teil eines kommunalen Eigenbetriebes, der bereits zwei Krankenhäuser betreibt, geführt werden soll, ist nicht genehmigungsfähig. Für das Betreiben eines medizinischen Versorgungszentrums ist aufgrund der gesetzlichen **Trennung** zwischen **ambulanter und stationärer Versorgung** eine **eigenständige Rechtsform** notwendig.

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

4. 68 JAHRES-ALTERSGRENZE

A) KEINE AUFSCHIEBENDE WIRKUNG/GELTUNG NACH VÄNDG, GKV-WSG UND AGG

Vgl. zuletzt RID 07-03-A.VI.9 (S. 34 ff.).

Zur tarifvertraglichen Altersgrenze für Eintritt in Ruhestand s. *EuGH*, Urt. v. 16.10.2007 - C-411/05 – (diese Ausgabe).

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 20.06.2007 – L 11 B 12/07 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-04-48

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 §§ 86a I, 86b II

Ein Vertragsarzt kann die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht schon deshalb beanspruchen, weil gemäß § 86a I SGG ein **Widerspruch** bzw. **Klage** gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses über die Feststellung der Beendigung der vertragsärztlichen Zulassung **aufschiebende Wirkung** hat. Nach § 95 VII 3 SGB V endet die Zulassung des Vertrags(zahn)arztes kraft Gesetzes, also ohne dass es einer Entscheidung der Zulassungsgremien bedarf. Deren Feststellung, dass die Zulassung wegen Vollendung des 68. Lebensjahres geendet habe, hat nur **deklaratorische Bedeutung**. Von daher hat die aufschiebende Wirkung nur zur Folge, dass zwar die Zulassungsgremien (und Dritte) von der Wirkung des Verwaltungsakts keinen Gebrauch machen dürfen, berührt aber nicht den materiell-rechtlichen Eintritt der Beendigung der Zulassung kraft Gesetzes (vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.05.2005 – L 10 B 10/04 KA ER – RID 05-04-35 <Breithaupt 2005, 972>*; im Ergebnis auch *LSG Hessen, Beschl. v. 15.12.2004 – L 7 KA 412/03 ER – RID 05-03-41 <juris>*: keine aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Klage).

Die Festlegung einer Altersgrenze verletzt nicht Verfassungs- oder europäisches Recht.

SG Dortmund, Beschl. v. 27.04.2007 - S 9 KA 38/07 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück. *BVerfG* - 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 07.08.2007 - 1 BvR 1941/07 - RID 07-03-71a nahm die Verfassungsbeschwerde nicht an.

Parallelverfahren: *SG Dortmund*, Beschl. v. 06.06.2007 - S 16 KA 77/07 ER -

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 18.09.2007 – L 11 B 17/07 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-04-49

B) KEIN ZWEITES EINSTWEILIGES ANORDNUNGSVERFAHREN

LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 22.10.2007 – L 4 B 583/07 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-04-50

Zulassung, Altersgrenze, einstweiliges Anordnungsverfahren, Feststellungsantrag

SGG §§ 86b I, II; SGB V § 95 VII

Durch den ablehnenden Beschluss eines SG über den Antrag, die vorläufige Tätigkeit als Vertragsarzt über das 68. Lebensjahr hinaus zuzulassen, und die Zurückweisung der hiergegen gerichteten Beschwerde durch das LSG steht fest, dass ein Vertragsarzt **nicht** für die Dauer des Hauptsacheverfahrens **vorläufig weiter vertragsärztlich tätig sein** und abrechnen darf. Diese Entscheidung bindet die Beteiligten und steht der erneuten gerichtlichen Entscheidung entgegen, da auch Beschlüsse im einstweiligen Rechtsschutz in Rechtskraft erwachsen.

Die Rechtskraft solcher Beschlüsse umfasst auch die Feststellung, dass einstweiliger Rechtsschutz – hier nur - über § 86b II SGG gewährt wird, d. h. es sich nicht um einen Fall des § 86a I SGG handelt.

SG Kiel, Beschl. v. 20.08.2007 - S 14 KA 50/07 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

C) 20-JAHRE-REGELUNG/ANORDNUNGSGRUND

LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 19.09.2007 – L 4 B 489/07 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-51**

Zulassung, Altersgrenze, einstweiliges Anordnungsverfahren, Anordnungsgrund

SGB V § 95 VII; SGG § 86b II; GG Art. 12 I

Ein Dritter ist auch dann nicht **rechtsmittelbefugt**, wenn er notwendig beizuladen gewesen wäre.

Wird im Hauptsacheverfahren mit hoher Wahrscheinlichkeit zu bestätigen sein, dass ein Arzt zum Zeitpunkt der Vollendung des 68. Lebensjahres weniger als 20 Jahre als Vertragsarzt tätig war, so hat im einstweiligen Anordnungsverfahren eine **Folgenabwägung** zu erfolgen.

Droht prinzipiell endgültiger **Rechtsverlust**, sofern der Arzt während des Hauptsacheverfahrens nicht als Vertragsarzt tätig sein darf, so wiegt dies schwer, weil er das Grundrecht aus Art. 12 I GG betrifft.

Der 1939 geb. Ast. war zunächst als angestellter Arzt im Krankenhaus beschäftigt. Seit Oktober 1979 war er ermächtigt. Durch Beschl. des Zulassungsausschusses v. 09.12.1992 wurde er als Arzt für Radiologie und Arzt für Nuklearmedizin zugelassen. Der Widerspruch der Beigel. zu 5) wurde zurückgewiesen, die hiergegen erhobene Klage mit Urt. des SG Kiel v. 06.10.1994 (S 8a Ka 104/93) abgewiesen. Nach Rücknahme der Berufung durch die Beigel. zu 5) am 06.04.1995 wurde die Zulassung rechtskräftig. 2001 verzichtete der Antragsteller auf die Zulassung als Radiologe. Seit 2006 übt der Ast. seine vertragsärztliche Tätigkeit im Rahmen eines MVZ aus. Der Zulassungsausschuss verlängerte die Zulassung des Ast. als Facharzt für Nuklearmedizin über das 68. Lebensjahr hinaus bis Ende 2012. Zur Begründung führte er aus, aufgrund fehlender, da bereits vernichteter Unterlagen seien der genaue **Umfang der Tätigkeit** des Antragstellers im Rahmen seiner **Ermächtigung** nicht mehr ermittelbar und eine volle vertragsärztliche Tätigkeit hierbei **nicht nachweisbar**. Damit sei die Frist **von 20 Jahren auf das Datum der Niederlassung am 15.12.1992** hin zu berechnen. Gegen diesen Beschluss erhob die Beigel. zu 5) Widerspruch. Mit Schreiben v. 16.04.2007 teilte der Ag. dem Ast. mit, dass er in der Sitzung v. 12.04.2007 den Beschluss des Zulassungsausschusses aufgehoben habe. Der Antrag auf Verlängerung der Zulassung sei abgelehnt worden, als Zulassungsende sei der 30.06.2007 festgestellt worden. Ein rechtsmittelfähiger Bescheid hierüber werde erst später übersandt werden können. **SG Kiel**, Beschl. v. 25.06.2007 - S 16 KA 31/07 ER - verpflichtete den Ag., dem Ast. vorläufig bis zur endgültigen Entscheidung in der Hauptsache eine vertragsärztliche Zulassung über den 30.06.2007 hinaus zu erteilen, das **LSG** wies die Beschwerde des Ag. mit der Maßgabe, dass die vorläufige Verlängerung der Zulassung des Antragstellers spätestens mit dem 31.12.2012 endet, zurück und verwarf die Beschwerde der Beigel. zu 5).

D) RECHTMÄßIGKEIT DER ALTERSREGELUNG NACH § 95 VII SGB V

SG Marburg, Urt. v. 10.10.2007 – S 12 KA 268/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-52

Zulassung, Altersgrenze, Europarecht, AntidiskriminierungsRL

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

Die Altersregelung nach § 95 VII SGB V ist für Vertragszahnärzte auch nach Verabschiedung des VÄndG und GKV-WSG rechtmäßig (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.06.2007 – L 11 B 12/07 KA ER – RID 07-04; BVerfG - 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 07.08.2007 - 1 BvR 1941/07 - RID 07-03-71a).

Das **SG** wies die Klage ab.

5. FESTSTELLUNGSKLAGE FÜR GLEICHBERECHTIGTE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.01.2007 – L 7 KA 1006/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-53

Zulassungsausschuss, Zuständigkeit, Gleichberechtigung, Gemeinschaftspraxis, Feststellungsklage

SGB V §§ 85 IVb; SGG § 55 I Nr. 1

Aus § 85 IVb 3 bis 5 SGB V a. F. ergab sich die **Zuständigkeit der Zulassungsausschüsse**, im Zusammenhang mit den Degressionskürzungen über die Gleichberechtigung der Partner einer Gemeinschaftspraxis durch feststellenden Verwaltungsakt zu entscheiden.

Der Gesetzgeber hat darauf verzichtet, die Frage der **Gleichberechtigung** zum Gegenstand der **Zulassungsentscheidung** der Gemeinschaftspraxis selbst zu machen, wie sich aus § 33 II Zahnärzte-ZV ergibt. Denn danach kann eine Gemeinschaftspraxis sowohl zwischen gleichberechtigten als auch nicht gleichberechtigten Vertragszahnärzten begründet werden.

Für eine auf die Feststellung der Gleichberechtigung der gemeinschaftlichen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit gerichtete **Feststellungsklage** gegen den Berufungsausschuss fehlt das erforderliche **Feststellungsinteresse**, wenn eine Degressionskürzung nicht durchgeführt wurde.

Für eine **gleichberechtigte Berufsausübung und Praxisführung** reichte es jedoch nicht aus, dass die Vertragspartner die Gleichberechtigung als solche vereinbaren; vielmehr muss sie sich aus der Vereinbarung der einzelnen Rechte und Pflichten der Partner ergeben. Hierfür ist eine Gesamtwürdigung aller Umstände des zu beurteilenden Falles anzustellen. Dazu gehören alle Regelungen des Gesellschaftsvertrages, insbesondere auch die über die Verteilung der wirtschaftlichen Lasten und den Gewinn aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit sowie die Regelungen über die Rechte an der Praxisausstattung und ihrem Patientenstamm, die den wesentlichen Wert der Praxis ausmachen.

Soweit einer der Vertragspartner die für die Praxisführung wesentlichen Entscheidungen auch gegen den Willen des anderen Partners durchsetzen könnte, wird es in der Regel schon an einer **selbständigen Tätigkeit** beider Zahnärzte fehlen, weil der den Entscheidungen seines Partners in der Praxistätigkeit und Berufsausübung unterworfenen Zahnarzt in einen für ihn "fremden" Betrieb eingegliedert und den wesentlichen unternehmerischen Entscheidungen des überlegenen Partners ausgeliefert und damit abhängig beschäftigt wäre. Hierfür reicht es schon aus, dass die Praxistätigkeit vertraglich so organisiert ist, dass einer der Partner auf Grund von "Sachzwängen" seine Entscheidungen für die zu beurteilende Zeit durchsetzen kann. Zur Feststellung der Gleichberechtigung von Partnern einer Gemeinschaftspraxis reicht es auch nicht aus, dass sie Entscheidungen über das beschäftigte Personal, die Praxisräume und die Praxiseinrichtung gemeinschaftlich und gleichberechtigt treffen, weil dies auch die Partner einer Praxisgemeinschaft regelmäßig tun, die aber schon zulassungsrechtlich nach § 33 I Zahnärzte-ZV einen anderen Status hat als eine Gemeinschaftspraxis.

Der Kl., seit 1991 zugelassen, übte vom 01.07.2002 bis 30.06.2003 seine vertragszahnärztliche Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis mit dem Zahnarzt I G aus; dieser vertragszahnärztlichen Tätigkeit lag ein 26 Seiten langer, die gemeinschaftliche Tätigkeit in 35 Paragraphen umfassend regelnder notariell beglaubigter "**Vertrag über die Gründung einer zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis**" zu Grunde. Der Vertrag enthielt u. a. Regelungen über das Eigentum am Betriebs- und Anlagevermögen (§ 19), die Gewinnbeteiligung (§ 21), die Auflösung der Gesellschaft und die sich daraus ergebenden Folgen für den Praxisbetrieb sowie die Verteilung des Betriebsvermögens (§§ 23 bis 32). Nach § 19 war **dem Kl.**, der der Gesellschaft die gesamte zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses bestehende Praxisstruktur der bisher von ihm allein betriebenen Praxis inklusive sämtlicher Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens zur Verfügung gestellt hatte, dieses **Anlagevermögen**, das den materiellen und immateriellen Wert der gemeinschaftlichen Praxis ausmachte, als **Sonderbetriebsvermögen** zugewiesen; dem **Vertragspartner** des Kl. wurden "**Optionen**" zum Kauf von Anteilen am Sonderbetriebsvermögen bis zu 50 % des Wertes der Praxis innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 4 bis maximal 10 Jahren eingeräumt. Von dem erzielten **Gewinn** der Gemeinschaftspraxis erhielt der Kl. nach § 21 zunächst 80 %, sein Vertragspartner 20 %. Bei einer **Kündigung** der Gesellschaft durch einen der Vertragspartner sollte grundsätzlich der Vertragspartner des Kl. aus der Gesellschaft ausscheiden; der Kl. blieb berechtigt, seine vertragszahnärztliche Tätigkeit allein oder mit einem neuen Partner am bisherigen Praxisstandort fortzusetzen bzw. die Praxis zu verwerten und seinen Vertragspartner abzufinden. Der **Abfindung** sollte der Wert der gemeinschaftlich angeschafften Gegenstände des Gesellschaftsvermögens, seines Anteils am übrigen Gesellschaftsvermögen sowie eine pauschale Abfindung für den vom Vertragspartner des Kl. geschaffenen ideellen Wert der Praxis zu Grunde gelegt werden (§§ 24 bis 27). Der **Zulassungsausschuss** erteilte dem Kl. und seinem Vertragspartner die **Genehmigung** zur gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit und teilte ihnen ergänzend mit, dass die Partnerschaft nach Prüfung des vorgelegten Gemeinschaftsvertrages als **nicht gleichberechtigt** eingestuft werde. Das bedeute, dass der Kläger den Faktor 1,0 und sein Partner den Faktor 0,7 erhalte. Auf den Widerspruch des Kl. und seines Partners hob der **Bekl.** den Bescheid des Zulassungsausschusses auf und **lehnte** den weitergehenden **Antrag auf Feststellung einer Gemeinschaftspraxis mit gleichberechtigten Mitgliedern ab**. Zur Begründung führte der Bekl. aus: Der Zulassungsausschuss sei nur zur Entscheidung über die Genehmigung der Gemeinschaftspraxis **zuständig**. Die Frage, ob die zahnärztliche Tätigkeit von gleichberechtigten Partnern ausgeübt werde, sei eine Frage, der nur im Rahmen der Honorarverteilung Bedeutung zukomme und über die deshalb von der Beigel. zu 1) zu entscheiden sei. Auf die Klage der Beigel. zu 2) hob das **SG Berlin** mit rechtskräftigem Ur. v. 03.03.2004 - S 79 KA 191/02 KZA - diesen Beschluss des Bekl. auf und verpflichtete ihn zur Neubescheidung. Der **Bekl.** wies daraufhin den Widerspruch des Kl. und seines Partners mit der Begründung zurück, dass der Partner des Kl. diesem gegenüber keine gleichwertige Stellung gehabt habe. Aus der unterschiedlich starken Kapitalbeteiligung und Gewinnverteilung sowie den Regelungen bei Auflösung der Gesellschaft ließe sich kein gleich starkes unternehmerisches Interesse ableiten, so dass eine gleichberechtigte Teilhaberschaft an der Gemeinschaftspraxis ausgeschlossen sei. **SG Berlin**, Ur. v. 04.05.2007 - S 71 KA 31/04 KZA - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. KONSILIARARZT UND „UNECHTER“ („SCHWARZER“) BELEGARZT

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 29.09.2005 – S 16 KA 15/04 – (rechtskräftig) MedR 2007, 570

RID 07-04-54

Interessen- und Pflichtenkollision, Krankenhausarzt, Konsiliararzt, Belegarzt
SGB V § 95; Ärzte-ZV § 20 I; GG Art. 12; KHG-NRW § 36 I; SGG § 54 II

Leitsatz (MedR): 1. Eine mit der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit unvereinbare Interessen- und Pflichtenkollision liegt vor bei einer faktischen Wahrnehmung der Tätigkeit eines Krankenhausarztes durch einen zugelassenen Arzt.

2. Ein Konsiliararzt ist ein Arzt mit einer anderen Fachgebietsbezeichnung, der in einem konkreten Behandlungsfall während eines stationären Aufenthalts auf seinem Fachgebiet untersucht und Behandlungsvorschläge macht, weil die entsprechende Fachkompetenz in dem Krankenhaus nicht vorhanden ist.

Das *SG* wies die Klage ab.

7. ANORDNUNGSGRUND BEI KONKURRENTENWIDERSPRUCH BEI PRAXISNACHFOLGE

LSG Hessen, Beschl. v. 31.08.2007 – L 4 KA 30/07 ER –

RID 07-04-55

Einstweilige Anordnung, Zulassungssache, Berufungsausschuss, Anordnungsgrund, sofortige Vollziehung
SGB V § 103 IV; § 86b I 1 Nr. 1

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach bei einer Zulassung als Vertragsarzt keine allzu hohen Anforderungen an den **Anordnungsgrund** gestellt werden müssten, und dass die Versagung der Anordnung der sofortigen Vollziehung für den bereits tätigen Vertragsarzt bedeute, dass er eine bereits laufende Praxis aufgeben müsse, was zwangsläufig zu Folgeschwierigkeiten bei der Aufgabe der Tätigkeit führe, demgegenüber bleibe es für den Konkurrenten weiterhin bei der Lage, dass er eine vertragsärztliche Tätigkeit nicht ausüben könne und, soweit der Konkurrent im Endergebnis im Verfahren obsiege, habe der zunächst zugelassene Vertragsarzt seine Tätigkeit zu beenden und der Konkurrent könne die Tätigkeit aufnehmen, Nachteile würden dem Konkurrenten dadurch nicht entstehen, ist zutreffend.

SG Marburg, Beschl. v. 21.03.2007 – S 12 KA 75/07 ER – RID 07-02-65 gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung eines Praxisnachfolgers statt u. legte dem Ag. und dem in der Hauptsache klagenden Konkurrenten jeweils die Hälfte der Kosten auf; die hierauf begrenzte Beschwerde des Ag. wies das *LSG* zurück.

8. KOSTENERSTATTUNG NACH VERFAHRENERLEDIGUNG

LSG Hessen, Urt. v. 26.09.2007 – L 4 KA 15/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-56

Kostenerstattung, Berufungsausschuss, Widerspruch, Ermächtigung, Krankenhausarzt, Kostenentscheidung
SGB V § 116; SGB X § 63 I; Ärzte-ZV § 31a

Leitsatz: Tritt im Widerspruchsverfahren eine Erledigung der Hauptsache ein, so hat die Widerspruchsbehörde noch über die Kosten des Widerspruchsverfahrens zu entscheiden, auch wenn kein Abhilfe- oder Widerspruchsbescheid zu erteilen ist. Dies gilt auch im Verfahren vor dem Berufungsausschuss.

Wäre der Widerspruch voraussichtlich erfolgreich gewesen, steht dem Widerspruchsführer jedenfalls dann ein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 63 Abs. 1 Satz 1 SGB X zu, wenn sein Widerspruch für die Erledigung des Widerspruchsverfahrens ursächlich war.

Aus rechtsstaatlichen Gründen (Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG) kann die Kostenlast nicht bei dem durch rechtswidriges Handeln der öffentlichen Verwaltung Betroffenen verbleiben, wenn dieser sich durch ordentliche Rechtsbehelfe verteidigt, die nur aus Gründen, die letztlich nicht auf seinem Verhalten beruhen, nicht zu einem formellen Abschluss kommen. Insoweit bedarf es keiner Analogiebildung zu § 63 Abs. 1 Satz 1 SGB X, sondern nur einer verfassungskonformen Auslegung dieser Vorschrift.

Die klagende Gemeinschaftspraxis hatte Widerspruch gegen die Ermächtigung eines Krankenhausarztes erhoben. Nach Durchführung eines einstweiligen Anordnungsverfahrens (*SG Marburg*, Beschl. v. 27.01.2005 – S 12 KA 1130/04 ER – RID 05-01-79; *LSG Hessen*, Beschl. v. 26.04.2005 – L 4 KA 13/05 ER – RID 05-02-53) erklärte der Krankenhausarzt den Verzicht auf seine Ermächtigung, die Kl. das Verfahren für erledigt. *SG Marburg*, Urt. v. 24.01.2007 – S 12 KA 712/06 – RID 07-01-94 wies die Klage mit dem Antrag, dass sich das Verfahren erledigt hat aufgrund des Verzichts des Herrn X auf seine persönliche Ermächtigung sowie aufgrund der Erklärungen der Verfahrensbeteiligten, und den Beklagten zu verpflichten, die notwendigen Aufwendungen für das Verfahren zu tragen, ab. Das *LSG* verurteilte – die Klage wurde auf die Frage der Kostentragung beschränkt – den Berufungsausschuss, der Kl. unter Feststellung der Notwendigkeit der Zuziehung eines Rechtsanwalts die notwendigen Aufwendungen im Widerspruchsverfahren zu erstatten.

VI. EHV KV Hessen

1. AUFHEBUNG EINES BESCHIDES ÜBER BEWILLIGUNG DER EHV

LSG Hessen, Urt. v. 25.04.2007 – L 4 KA 45/06 –

RID 07-04-57

Erweiterte Honorarverteilung, Ermächtigung, Zulassung

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

Bei der Aufhebung eines Bescheides über die Teilnahme an der EHV sind die Rücknahmevoraussetzungen des § 45 SGB X zu beachten. Bei einem fehlenden Ermessensgebrauch sind Aufhebungsbescheide allein schon aus diesem Grund aufzuheben.

SG Marburg, Urt. v. 17.05.2006 – S 12 KA 953/05 – RID 06-03-73 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

2. EINSTWEILIGE ANORDNUNG GEGEN QUOTIERUNG ÜBER DEN SOG. NACHHALTIGKEITSAKTOR

SG Marburg, Beschl. v. 06.11.2007 – S 12 KA 431/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-58

Beschwerde eingelegt: LSG Hessen

Vertragsarzt, Erweiterte Honorarverteilung, einstweilige Anordnung, Anordnungsgrund

SGG § 86b I 1 Nr. 2, II; Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

Ein Antrag nach **§ 86b I Nr. 2 SGG** gegen die Quotierung über den sog. Nachhaltigkeitsfaktor ist **unstatthaft**.

Für eine einstweilige Anordnung nach § 86b II SGG gegen die Bescheide der KV Hessen für die Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung in den Quartalen III und IV/06 besteht kein **Anordnungsgrund**, wenn bei einem monatlichem Einkommen aus EHV und ärztlichem Versorgungswerk von über 2.800 Euro die als rechtswidrig angesehene Kürzung unter 9 % beträgt.

Das *SG* wies den Antrag ab.

Parallelverfahren: *SG Marburg, Beschl. v. 06.11.2007 – S 12 KA 432/07 ER –*

RID 07-04-59

SG Marburg, Beschl. v. 06.11.2007 – S 12 KA 433/07 ER –

RID 07-04-60

VII. Integrierte Versorgung: Postoperative Betreuungspauschalen

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.06.2005 – L 4 B 20/05 KA ER – MedR 2007, 566

RID 07-04-61

Einstweilige Anordnung, Unterlassungsanspruch, integriertes Versorgungsmodell

SGB V §§ 69, 140a I, 140c I; SGG § 86b II; MBO-Ärzte § 31

Leitsatz (MedR): 1. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung setzt auch im Vertragsarztrecht nicht voraus, dass die Praxis des antragstellenden Vertragsarztes von der Schließung oder Insolvenz bedroht ist.

2. Unterlassungsansprüche hinsichtlich integrierter Versorgungsmodelle nach dem SGB V können nicht auf das UWG oder GWB gestützt werden.

3. Die Frage, ob postoperative Betreuungspauschalen innerhalb integrierter Versorgungsformen gegen das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 MBO-Ärzte) verstoßen, bedarf grundsätzlich einer gründlichen Prüfung im Hauptsacheverfahren.

SG Kiel wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

VIII. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/Hochschulambulanzen

S. BSG, Urt. v. 17.10.2007 - **B 6 KA 34/06 R** – zur Festsetzung unterschiedlich hoher Ausgangsbeträge in unterschiedlich hohen **Kopfpauschalen** je nach **Rechtskreis** durch das Schiedsamt; 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. VERTRAGSZAHNARZTBEREICH UND VERGÜTUNGSANGLEICHUNG OST-WEST (§ 85 III D SGB V)

SG Schwerin, Urt. v. 30.05.2007 – S 3 KA 21/06 – juris

RID 07-04-62

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 29/07 R

Gesamtvergütung, Vertragszahnarzt, Vergütung, Regelleistungsvolumen

SGB V §§ 72 I 2, 85 III d; GMG Art. 1 Nr. 64 lit. b; VÄndG Art. 8 I

Die Regelung des § 85 III d SGB V i. d. F. des GMG ist unter Berücksichtigung der Neufassung durch das VÄndG nicht auf den Vertragszahnarztbereich anzuwenden.

2. INFORMATION DER K(Z)V-MITGLIEDER ÜBER LAUFENDE VERGÜTUNGSVERHANDLUNGEN

SG Düsseldorf, Beschl. v. 08.11.2007 – S 2 KA 138/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-63

KV, Mitglied, Gesamtvergütung, Krankenkasse

SGB V §§ 72 II, 75 II 1, 77 III, 85 IV; SGG § 86 b II 2

Eine KV ist nicht darauf beschränkt, ihre **Mitglieder** lediglich über die Höhe solcher Honorarkontingente für die einzelnen Leistungsbereiche und für die verschiedenen Kassenarten (Primär- und Ersatzkassen) im Rahmen von Verhandlungen über die Gesamtvergütung zu **unterrichten**. Sie ist zugleich dazu berechtigt, ihre Mitglieder auch über die Ursachen für die Honorarentwicklung im Einzelnen zu informieren.

Die Ast., eine nordrheinische Betriebskrankenkasse und Mitglied des Landesverbandes der BKK NRW, wendet sich gegen **Verlautbarungen** der Ag., einer **KZV**. Nachdem Verhandlungsbemühungen zwischen den Bet. über die Anpassung der Budgets erfolglos geblieben waren, unterrichtete die Ag. in ihrem **Informationsdienst** die ihr mitgliederschäftlich angehörenden Vertragszahnärzte über den "Stand der Vergütungsverträge/Honorarvereinbarungen mit den Primär- und Ersatzkassen". *Dabei führte sie u.a. aus, zwar seien die Primär- und Ersatzkassen bereit gewesen, der Vergütungserhöhung um 0,47 % (für das Jahr 2007 höchstzulässige Veränderungsrate) für die Zeit ab 01.01.2007 für den Bereich der budgetierten Leistungen zuzustimmen. Die Steigerungsrate reiche indes für eine angemessene Fortentwicklung der Vergütungsverträge/Honorarvereinbarungen für das Jahr 2007 nicht aus. Der Problematik der Budgetüberschreitung bei etlichen Krankenkassen lägen nämlich nach ihrer Auffassung für sie nicht hinnehmbare Budgetverwerfungen zugrunde, die ihre Ursachen im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander sowie in nicht akzeptablen mathematischen bzw. statistischen Verschieben hätten. Zur Eliminierung dieser Probleme seien die Krankenkassen im Wege vertragspartnerschaftlich orientierter Verhandlungen nicht bereit gewesen. Die Antragsgegnerin habe deshalb das Landesschiedsamt anrufen und fünf (!) von einander unabhängige Schiedsverfahren initiieren müssen.* Im Einzelnen stelle sich die Situation wie folgt dar, was sie weiter ausführte. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

3. VERGÜTUNG DER ZAHNMEDIZINISCHEN HOCHSCHULAMBULANZEN FÜR DAS JAHR 2003

SG Düsseldorf, Urt. v. 26.09.2007 – S 2 KA 75/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-64

Schiedsstelle, Vergütungsfestsetzung, Hochschulambulanz, Investitionskostenabschlag, Abschlag, Forschung, Lehre

SGB V §§ 71 II, 120; KHG § 18a; BSSichG Art. 5

Vergütungsfestsetzungen der Schiedsstellen gemäß § 120 IV SGB V i. V. m. § 18a I KHG unterliegen nur in eingeschränktem Umfang **gerichtlicher Kontrolle**. Die Beschränkung der Kontrolldichte berücksichtigt, dass Schiedsstellen, deren Entscheidungen nicht zustande gekommene Vereinbarungen der zum Vertragsabschluss berufenen Vertragspartner ersetzen, eine weite Gestaltungsfreiheit haben. Die Ausführungen eines Schiedsamts, der Gesetzgeber habe durch die Neufassung des § 120 SGB V die Hochschulkliniken auch in die Lage versetzen wollen, durch unmittelbare Verhandlungen mit den Krankenkassen zu erreichen, das bisher bestehende, allgemein bekannte "gravierende Missverhältnis zwischen den Vergütungen durch die Krankenkassen und den Kosten für die erbrachten spezifischen medizinischen Leistungen" wenigstens teilweise zu beseitigen, hält sich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Wenn es zur Gewährleistung einer die besonderen Umstände der Leistungserbringung berücksichtigenden Vergütung erforderlich ist, dass die Hochschulen oder Hochschulkliniken das Recht erhalten, selbst die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen

mit den Krankenkassen zu vereinbaren, ist es ein legitimer Verhandlungsgegenstand, die bisherige **Kostenunterdeckung** der wenigstens teilweise zu beseitigen.

Es ist nicht zu beanstanden, wenn ein Schiedsamt bei der Festsetzung der Höhe der Vergütung von einem - abgesehen vom Investitionskostenabschlag von 10 % (§ 120 II 5 SGB V) - weiteren Abschlag von 20 % für Forschung und Lehre absieht. In die Neufassung des § 120 III SGB V zum 01.01.2003 hat dieser weitere Abschlag keinen Einzug gefunden. Er kann auch nicht als ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal in die Gesetzesnovelle hineingelesen werden, weil in den als Maßstab heranzuziehenden vergleichbaren Leistungsentgelten kein Aufwand für Forschung und Lehre berücksichtigt ist.

Im Hinblick auf die Änderung des § 120 SGB V zum 01.01.2003 ergab sich das Erfordernis, die Vergütung der zahnmedizinischen Leistungen des beigeladenen Hochschulklinikums gemeinsam und einheitlich mit den klagenden Krankenkassen(verbänden) zu vereinbaren. Da kein Einvernehmen erzielt werden konnte, setzte die beklagte Schiedsstelle die Punktwerte für die zahnmedizinischen Hochschulambulanzen des Universitätsklinikums B für die Zeit vom 01.01. bis 31.12.2003 wie folgt fest: für Teil 1, 2 und 4 BEMA auf 0,7671 EUR und für die Teile 3 und 5 BEMA auf 0,6525 EUR, zuzüglich der Laborkosten, die, soweit sie im eigenen Labor des Hochschulklinikums anfallen, um den Investitionskostenanteil von 10 % gemindert werden. Hiergegen richtet sich die zunächst unter dem Aktenzeichen S 8 KR 143/05 geführte Klage. Ein Ersuchen des Sozialgerichts Düsseldorf, ein örtlich zuständiges Sozialgericht zu bestimmen, hat das LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.06.2006 - L 18 AR 13/05 - zurückgewiesen. Dabei hat es ausgeführt, bei Vergütungsvereinbarungen der vorliegenden Art handele es sich um vertragsarztrechtliche Entscheidungen oder Verträge. Die Streitsache ist daraufhin unter dem Aktenzeichen S 2 KA 75/06 fortgeführt worden. Das **SG** wies die Klage ab.

IX. Verfahrensrecht

1. RECHTSMITTEL GEGEN ERSTINSTANZLICHE KOSTENGRUNDENTSCHEIDUNG

LSG Hessen, Beschl. v. 31.08.2007 – L 4 B 230/07 KA –

RID 07-04-69=RID 07-04-65

Kostengrundsentscheidung, Rechtsmittel
SGG §§ 172 I, 197a I 1; VwGO § 158 II

Die Beschwerde gegen eine Kostengrundsentscheidung ist zulässig, denn gemäß § 197a I 1 SGG sind die §§ 154 bis 162 VwGO nur „entsprechend“ anzuwenden. In gerichtskostenpflichtigen Verfahren ist ebenso wie in gerichtskostenfreien Verfahren die Beschwerde gegen einen Kostenbeschluss des Sozialgerichts gegeben (s. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Auflage, § 197a, Rdnr. 21 m.w.N.).

Ebs. **LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 22.05.2007 - L 8 AL 3833/06 – juris; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 25.08.2003 - L 5 SB 25/02 KR - Breith 2003, 877; **LSG Berlin**, Beschl. v. 28.04.2004 - L 6 B 44/03 AL/ER - SGB 2005, 55-57 = juris; LSG **Sachsen-Anhalt**, Beschl. v. 28.07.2005 - L 4 B 7/05 SF – juris; **anders: LSG Baden-Württemberg**, B. v. 17.10.2006 – L 5 KA 236/06 AK-B – www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris (RID 07-01-106); **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 06.10.2004 – L 3 B 79/03 KA - www.sozialgerichtsbarkeit.de (RID 05-01-99); **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 17.01.2005 - L 2 B 162/04 KR – juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de; **LSG Hessen**, Beschl. v. 29.03.2004 - L 14 B 55/03 P – juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de; **LSG Berlin**, Beschl. v. 20.12.2004 - L 9 B 290/04 KR - juris; **LSG Schleswig-Holstein**, Beschl. v. 04.05.2007 - L 1 B 436/07 KR – juris.

Parallelverfahren: LSG Hessen, Beschl. v. 04.09.2007 – L 4 B 231/07 KA –

RID 07-04-70=RID 07-04-66

2. UNZULÄSSIGER WIDERSPRUCH GEGEN HONORARBESCHIED UND NEUFESTSTELLUNGSANTRAG

SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007– S 12 KA 333/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-67

Widerspruch, Neufeststellungsantrag, Honorarbescheid, Widerspruchsfrist, Streitgegenstand
SGB V § 95 IV; SGB X § 44 II

Ein unzulässiger Widerspruch ist auch darauf zu überprüfen, ob in ihm ein Neufeststellungsantrag liegt. Wird ausdrücklich auch ein Antrag gestellt, alle Abrechnungen ab einem bestimmten Quartal neu zu berechnen, entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung aber nicht über diesen Antrag nach § 44 Abs. 2 SGB X, sondern nur über die Verfristung des Widerspruchs, so wird Gegenstand eines anschließenden Klageverfahrens nur die Frage der Zulässigkeit des Widerspruchs.

Das **SG** wies die Klage 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, NZS 2007, 472 = MedR 2007, 684 - 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).

Nach *BSG*, Urt. v. 17.10.2007 – **B 6 KA 4/07 R** – stellt die Entscheidung des Berufungsausschusses über die **Anordnung der Vollziehung** seiner Entscheidung auf der Grundlage des § 97 IV SGB V keine von der Hauptsache **verschiedene Angelegenheit gemäß § 17 Nr. 1 RVG** dar.

1. GEMEINNÜTZIGE EINRICHTUNG OHNE GEWINNERZIELUNGSABSICHT: REGELSTREITWERT

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 23.08.2007 – **L 7 B 9/07 KA** – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-68**

Gemeinnützige Einrichtung, Gewinnerzielungsabsicht, Regelstreitwert
SGG § 197a; BRAGO § 8 I 2; GKG a. F. § 13 I 2

In Streitigkeiten über die **Zulassung von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und nichtärztlichen Leistungserbringern** zur Versorgung der Versicherten der Krankenkassen richten sich der Streitwert und der Gegenstandswert der anwaltlichen Tätigkeit im Regelfall nach dem **Gewinn**, den der Kläger in **drei Jahren** aus der Behandlung der Versicherten erzielen könnte (*BSG*, SozR 4-1920 § 52 Nr. 2). Die wirtschaftlichen Interessen bemessen sich somit nach dem angestrebten wirtschaftlichen Erfolg, der sich aus dem Überschuss aus Gesamteinnahmen und Betriebsausgaben der betroffenen Einrichtung ergibt (vgl. *BSG*, SozR 4-1930 § 8 Nrn. 1 und 5). Handelt es sich jedoch um eine **gemeinnützige Einrichtung**, die eine Gewinnerzielungsabsicht nicht verfolgt, und sind die Betriebsausgaben nicht bezifferbar, vielmehr sind die Zuwendungen so hoch wie die Ausgaben und umgekehrt, so ist das wirtschaftliche Interesse nicht näher bestimmbar. Der Gegenstandswert der anwaltlichen Tätigkeit ist aufgrund fehlender ausreichender Anhaltspunkte nach § 13 I 2 GKG a. F. auf den **Regelstreitwert pro Quartal** festzusetzen.

SG Berlin, Beschl. v. 22.12.2006 - S 71 KA 370/02 ER - wies die Klage ab, das *LSG* setzte den Gegenstandswert für das Verfahren vor dem SG für die Ast. zu 1) bis 4) auf je 32.000,00 EUR fest.

2. HÖHERE ABSCHLAGSZAHLUNGEN IM EINSTWEILIGES ANORDNUNGSVERFAHREN

LSG Hessen, Beschl. v. 31.08.2007 – **L 4 B 230/07 KA** –

RID 07-04-65=RID 07-04-69

Abschlagszahlung, Zinsvorteil, einstweiliges Anordnungsverfahren
GKG § 42 III

Entsprechend § 42 III 1 GKG ist bei wiederkehrenden Leistungen der dreifache Jahresbetrag zu Grunde zu legen. Ausgehend von einem streitigen monatlichen Differenzbetrag der streitigen Abschlagszahlung in Höhe von 4.200 € ergibt sich für das Hauptsacheverfahren ein Streitwert in Höhe von 151.200 €. Da der im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes angestrebte wirtschaftliche

Vorteil letztlich nur in der vorübergehenden oder früheren Verfügbarkeit dieses Betrages besteht, die im Wesentlichen nur einen Zinsvorteil bietet, ist das wirtschaftliche Interesse nur mit **einem Viertel des Streitwerts des Hauptsacheverfahrens** zu veranschlagen, da im Einzelnen nicht zu bestimmen ist und daher entsprechend § 287 ZPO nur grob geschätzt werden kann, welcher wirtschaftliche Gewinn letzten Endes daraus hätte gezogen werden können.

Die KV kürzte im April 2007 die monatliche Abschlagszahlung um 3.500 Euro von 24.000 Euro auf 20.500 Euro; im Mai erhöhte sie aufgrund neuer Abrechnungsunterlagen die Zahlung auf 24.700 Euro. **SG Marburg**, Beschl. v. 19.06.2007 - S 12 KA 173/07 ER – setzte den Streitwert auf 4.200 Euro fest; es ging von der Differenz von 3500 € aus; bei einer angenommenen Dauer des Hauptsacheverfahrens von einem Jahr sei das wirtschaftliche Interesse der Antragstellerin auf den geschätzten Zinsvorteil von 10% der jährlichen Differenz, also 4.200 €, begrenzt. Das **LSG** setzte 37.800 Euro fest.

3. ANTRAG DES RECHTSMITTELFÜHRERS/EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ

LSG Hessen, Beschl. v. 04.09.2007 – L 4 B 231/07 KA –

RID 07-04-70

Abschlagszahlung, Zinsvorteil, einstweiliges Anordnungsverfahren
GKG § 42 III

Maßgeblich für die Bestimmung des Streitwertes sind nicht außergerichtliche Zahlungen oder ein außergerichtliches Anerkenntnis, sondern ausschließlich der **Antrag des Rechtsmittelführers**.

Der im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes angestrebte wirtschaftliche Vorteil einer Honorarauszahlung besteht letztlich nur in der vorübergehenden oder früheren Verfügbarkeit dieses Betrages, die ihr im Wesentlichen nur einen Zinsvorteil bietet. Das wirtschaftliche Interesse ist nur mit **einem Viertel des Streitwerts des Hauptsacheverfahrens** zu bemessen.

SG Marburg, Beschl. v. 19.06.2007 - S 12 KA 103/07 ER – setzte den Streitwert auf 2.100 Euro fest; es ging von den beantragte 21.000 Euro aus; bei einer angenommenen Dauer des Hauptsacheverfahrens von einem Jahr sei das wirtschaftliche Interesse der Antragstellerin auf den geschätzten Zinsvorteil von 10% begrenzt. Das **LSG** setzte 5.250 Euro fest.

XI. Entscheidungen des BSG

1. HONORARVERTEILUNG

A) PRAXISKOSTENSÄTZE FÜR DIE BERECHNUNG DER PRAXISBUDGETS IN NEUEN BUNDESLÄNDERN

BSG, Urt. v. 23.05.2007 – B 6 KA 16/06 R –

RID 07-04-71

Leitsatz: Die Festlegung der Praxiskostensätze für die Berechnung der Praxisbudgets im EBM-Ä ist auch insoweit rechtmäßig, als die KÄVen im Beitrittsgebiet bei der Anpassung der Fallpunktzahlen an die regionalen Verhältnisse feste Kostenbeträge in DM an Stelle von umsatzbezogenen Kostenquoten zu Grunde legen mussten (Fortführung von BSG vom 15.5.2002 - B 6 KA 33/01 R - BSGE 89, 259 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 34).

Parallelverfahren: BSG, Urt. v. 23.05.2007 – B 6 KA 17/06 R –

RID 07-04-72

B) AUSSCHLUSSFRIST FÜR DIE EINREICHUNG VON BEHANDLUNGSFÄLLEN/RÜGE ÜBERLANGER VERFAHRENSDAUER

BSG, Beschl. v. 29.08.2007 – B 6 KA 48/06 B – juris

RID 07-04-73

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 29.03.2006 - L 7 KA 67/01 - wird zurückgewiesen.

Es ist mit dem Sinn und Zweck einer **Ausschlussfrist** für die Einreichung von Behandlungsfällen zur Abrechnung durch eine KV nicht vereinbar, wenn diese Frist nach **Erhebung eines Widerspruchs** gegen den Honorarbescheid bis zum Eintritt von dessen Bestandskraft suspendiert wird (vgl. BSG v. 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 19).

Differenzierte Regelungen eines Honorarverteilungsmaßstabes wie etwa eine "endgültige Ausschlussfrist für die Vorlage von Abrechnungen erst acht Quartale nach Abschluss des Leistungsquartals" sind möglich (vgl. BSG v. 22.6.2005 - B 6 KA 19/04 R - aaO).

In der Senatsentscheidung vom 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R – aaO. ist ein **endgültiger Honorarausschluss** nicht stets unter den Vorbehalt lediglich geringer wirtschaftlicher Auswirkungen gestellt, sondern bei ausreichend langen Fristen trotz im Einzelfall möglicherweise gravierender Folgen als noch verhältnismäßige Ausgestaltung bewertet worden.

Bei der **Rüge** bzgl. einer **überlangen Verfahrensdauer** ist in der Beschwerdebegründung der konkrete Ablauf des Verfahrens zu schildern und aufzuzeigen, woraus gefolgert wird, dass das Verfahren vom Gericht nicht in zügiger Weise gefördert worden ist (vgl. BSG v. 13.12.2005 - B 4 RA 220/04 B - SozR 4-1500 § 160a Nr. 11).

2. GUTACHTERVERFAHREN ZUR DURCHFÜHRUNG VON KURZZEITPSYCHOTHERAPIEN

BSG, Beschl. v. 29.08.2007 – B 6 KA 41/07 B – juris

RID 07-04-74

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 28.03.2007 – L 12 KA 570/04 – RID 07-03-45 wird zurückgewiesen.

Das Gutachterverfahren hat seine **Rechtsgrundlage** in § 92 I 2 Nr. 1 und VIa SGB V i.V.m. den PsychThRL (Abschnitt F III 1). Es betrifft lediglich die **Berufsausübung** im nicht statusrelevanten Bereich. Dem Erfordernis liegt das Ziel zugrunde, der Durchführung von Therapien, die nicht angezeigt sind, entgegenzuwirken. Es dient also der **Qualitätssicherung** sowie der Absicherung wirtschaftlicher Leistungserbringung und damit Zielen von hohem Stellenwert, die zur Rechtfertigung von Berufsausübungsregelungen im nicht statusrelevanten Bereich ohne weiteres ausreichen. Der Annahme des Normgebers, das Gutachterverfahren sei zur Sicherung von Qualität und wirtschaftlicher Leistungserbringung geeignet, kann nicht dadurch in Frage gestellt werden, dass die Eignung in Kreisen der Therapeuten in Zweifel gezogen worden sein soll. Die Eignung könnte nur verneint werden, wenn die Annahme des Normgebers von vornherein erkennbar objektiv fehlsam war, das Verfahren also offensichtlich zweckuntauglich ist. Dies ist weder festgestellt worden noch ersichtlich. Der Eingriff durch das Gutachterverfahren ist für die betroffenen Psychotherapeuten **nicht unverhältnismäßig** bzw. unzumutbar. Die Verhältnismäßigkeit liegt bei Langzeittherapien mit ihren erheblichen Implikationen für die psychische Verfassung des Versicherten und angesichts der mit ihnen verbundenen hohen Kosten ohne weiteres auf der Hand. Eine Verhältnismäßigkeit des Gutachterverfahrens mit Antrags- und Begründungspflicht besteht aber auch bei Kurzzeittherapien (von bis zu 25 Therapiestunden) im Hinblick auf die damit ebenfalls verbundenen therapeutischen Risiken und die anfallenden Kosten.

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 23.11.2007 eingestellten Entscheidungen.

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) IMPLANTATION VON KARBONFASERSTIFTEN

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 26.03.2007 – **S 25 KR 2249/03** –

RID 07-04-75

Implantation, Karbonfaserstift, neue Behandlungsmethode

SGB V §§ 2, 11, 12, 27, 92 II Nr. 5, 135 I Nr. 1

Die neue Behandlungsmethode „**Implantation von Karbonfaserstiften**“ ist vom Leistungskatalog des SGB V in der ambulanten Versorgung nicht umfasst. Versicherte haben daher im Regelfall keinen Anspruch auf Kostenerstattung gegen ihre Krankenkasse, wenn sie sich diese Leistung zunächst auf eigene Kosten selbst beschaffen. Von einer **Versorgungslücke** hinsichtlich der arthroskopischen Karbonfaserstiftimplantation kann nicht ausgegangen werden. Die fehlende Aussage hierzu in den BUB-Richtlinien ist nicht Folge eines Systemmangels. Die antragsberechtigten Körperschaften waren jedoch nicht verpflichtet, bis zum Behandlungszeitpunkt am 24.02.2003 einen entsprechenden Überprüfungsantrag beim Bundesausschuss zu stellen, da die für eine Überprüfung der arthroskopischen Karbonfaserstiftimplantation erforderlichen medizinischen Studien noch nicht vorlagen.

B) BRACHYTHERAPIE MIT PERMANENTER SEED-IMPLANTATION

LSG Thüringen, Urt. v. 26.03.2007 – **L 6 KR 456/06** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-76

Brachytherapie, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

SGB V §§ 27, 135

Die ambulant durchgeführte Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation gehörte im Jahr 2001 nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen (vgl. BSG, Urt. v. 04.04.2006 - B1 KR 12/05 R -).

SG Gotha, Urt. v. 26.04.2006 - S 20 KR 416/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) LASERINDUZIERTER INTERSTITIELLE THERMOTHERAPIE

LSG Hessen, Urt. v. 21.06.2007 – **L 8 KR 119/05** – juris

RID 07-04-77

Revision anhängig: B 1 KR 23/07 R

Laserinduzierte interstitielle Thermotherapie, LITT, Behandlungsmethode

SGB V §§ 2 I 3, 92 I 2 Nr. 5, II, 135 I 1; GG Art. 2 I

Bei der laserinduzierten interstitiellen Thermotherapie (LITT) handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode** i. S. von § 92 II i.V.m. § 135 SGB V, die ambulant nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen ist, wenn bereits zum Zeitpunkt der Behandlung eine positive Empfehlung des Bundesausschusses vorliegt. Das ist nicht der Fall.

Aus BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 ergibt sich kein anderes Ergebnis.

Die für die Leistungspflicht der Krankenkassen in Bezug auf neue Behandlungsmethoden formulierte Voraussetzung, dass "eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht", ist nicht bereits dann erfüllt, wenn auch in Bezug auf eine in Betracht kommende Standardtherapie kein vollständiger Wirksamkeitsnachweis vorliegt, sondern erst dann, wenn die neue Behandlungsmethode das letzte seriös in Betracht kommende Mittel ist.

Vorinstanz: **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 21.03.2005 – S 30 KR 1175/03 -.

D) HIRN-POSITRONEN-EMISSIONS-TOMOGRAPHIE (HIRN-PET)

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.09.2007 – L 11 KR 23/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-78**

Hirn-Positronen-Emissions-Tomographie, Hirn-PET

SGB V §§ 13 III, 92 I 2 Nr. 5, II, 135 I 1

Die sog. Hirn-Positronen-Emissions-Tomographie (Hirn-PET) ist nicht Bestandteil des Untersuchungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Eine unterbliebene bzw. verzögerte Antragstellung vermag nur dann ein Systemmangel zu begründen, wenn sie auf willkürlichen oder sachfremden Gründen beruht. Für die Hirn-PET wegen toxischer Schäden und Charcot-Marie-Tooth sind solche Gründe nicht ersichtlich.

SG Duisburg, Urt. v. 12.01.2006 - S 11 KR 8/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

E) CHEMOPERFUSION

LSG Bayern, Urt. v. 20.07.2007 – L 4 KR 18/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-79**

Chemoperfusion, Plattenepithelzellcarcinom, Radio-Chemotherapie, Chemoembolisation

SGB V §§ 13 III, 135 I

Die Chemoperfusion ist eine neue Behandlungsmethode, die grundsätzlich nicht im Sinne des § 135 I 1 SGB V ist von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldet wird, weil eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht vorliegt. Stehen Behandlungsalternativen zur Verfügung, so besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die durchgeführten Chemoperfusionen.

SG Bayreuth, Urt. v. 14.12.2005 - S 6 KR 411/04- wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

F) UMWELTMEDIZINISCHES BEHANDLUNGSKONZEPT: KEINE NEUE BEHANDLUNGSMETHODE

LSG Bayern, Beschl. v. 16.04.2007 – L 4 KR 228/05 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-80**

Behandlungskonzept, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, Nichtvertragsarzt

SGB V §§ 11 I 1 Nr. 4, 27 I

Auf Leistungen von **nicht zugelassenen Leistungserbringern** (hier Vertragsärzten gemäß § 76 SGB V) besteht kein Anspruch.

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach es sich bei einem **umweltmedizinischen Behandlungskonzept nicht um eine sog. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** nach § 135 Abs. 1 SGB V handelt, wenn ein Versicherter sowohl im Hinblick auf die angewendeten Verfahren (z.B. Ozontherapie, Ohrakupunktur) als auch im Hinblick auf die verwendeten Präparate eine auf ihn individuell abgestimmte Therapie, die zur Heilung bzw. Linderung seiner vielfältigen Beschwerden beitragen soll, erhält, ist zutreffend. Die einzelnen Therapieinhalte sind auf ihre Vereinbarkeit mit dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung zu überprüfen.

SG München, Urt. v. 08.04.2005 - S 44 KR 826/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück, *BSG*, Beschl. v. 23.08.2007 – B 1 KR 63/07 B – die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

G) EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ UND FOLGENABWÄGUNG (HIER: DENDRITISCHE ZELLTHERAPIE)

LSG Schleswig-Holstein, B. v. 24.09.2007 – L 5 B 504/07 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-81**

Folgenabwägung, dendritische Zelltherapie, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

SGB V §§ 27, 135

Ist in einem Eilverfahren eine vollständige Aufklärung der Sachlage nicht möglich, bedarf es nach der Rechtsprechung des BVerfG (zuletzt im Beschl. v. 12.05.2005 - 1 BvR 569/05 -) einer **Folgenabwägung**.

Kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine **Krebserkrankung** ohne die streitige Behandlung (hier: dendritische Zelltherapie) weiter fortschreiten würde, so kann im Einzelfall eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Kostenübernahme bestehen.

Bei dem 1949 geb. Ast. wurde im März 2006 ein fortgeschrittenes, metastasierendes Adenokarzinom der Prostata diagnostiziert. Unter der standardmäßig durchgeführten Androgenentzugstherapie kam es zunächst zu einem Rückgang des PSA-Wertes (prostata-spezifisches Antigen). In den ersten Monaten des Jahres 2007 stieg der PSA-Wert wieder an. Im April 2007 beantragte der Ast. bei der Ag. die Kostenübernahme für eine **Dendritische Zelltherapie**. Diese Therapieform kam in den 90er Jahren aus den USA nach Deutschland. Sie verfolgt das Ziel, die Immunabwehr gegen den Krebs zu stimulieren und so einer Metastasierung

entgegenzuwirken. Von dem Versicherten entnommene gesunde Zellen werden mit abgetöteten Tumorzellen in einer Zellkultur zusammengebracht, und später werden die Zellen in die Haut zurück injiziert. Über die Blut- und Lymphbahnen gelangen die dendritischen Zellen zum einen in die Lymphknoten. Dort sollen sie eine Immunabwehr in Gang setzen. Zum anderen sollen sie Tumorzellen zerstören. **SG Itzehoe**, Beschl. v. 21.06.2007 - S 1 KR 33/07 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Krankenkasse, vorläufig die Kosten der beim Ag. von Dr. durchgeführten Dendritischen Zelltherapie für max. elf Impfungen zu tragen.

2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

Nach BSG, Urt. v. 19.09.2007 – **B 1 KR 6/07** – ist der Anspruch nach § 27a II 3 SGB V verfassungsgemäß auf 50 v. H. der Kosten beschränkt.

A) ALTERSGRENZE VON 25 JAHREN

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.09.2007 – **L 5 KR 240/06** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-82

Ehefrau, Ehemann, Eheleute, Altersgrenze
SGB V § 27a

Eheleute haben keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, wenn die Ehefrau bei Durchführung der Maßnahmen **das 25. Lebensjahr** noch nicht vollendet hatte. Die durch § 27a III 1 HS 1 SGB V bestimmte untere Altersgrenze muss von beiden Ehepartnern überschritten sein. Unterschreitet nur ein Ehepartner die untere Altersgrenze, so schließt dies auch einen Anspruch des anderen Ehepartners aus, weil nur so der Zweck der Altersgrenze erreicht werden kann.

Die in § 27a III 1 HS 1 SGB V bestimmte untere Altersgrenze von 25 Jahren ist **nicht verfassungswidrig**. Sie verstößt insbesondere nicht gegen Art. 3 I GG (vgl. BVerfG 28.2.2007 - 1 BvL 5/03, juris Rn. 34 f.). Es liegt im Rahmen der grundsätzlichen Freiheit des Gesetzgebers, die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung näher zu bestimmen (BVerfG v. 28.2.2007 - 1 BvL 5/03 -).

SG Koblenz, Urt. v. 25.09.2006 - S 8 KR 495/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) KOSTEN BEI PRIVATVERSICHERTER EHEFRAU

SG Düsseldorf, Urt. v. 26.07.2007 – **S 8 KR 270/05** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-83

Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 132/07 -

Ehefrau, Versicherter, Privatversicherung
SGB V § 27a

Auf die Übernahme der Kosten für die IVF/ICSI-Behandlungseinheiten, die am Körper der privatversicherten Ehefrau eines Versicherten durchgeführt werden, besteht kein Anspruch.

Das **SG** wies die Klage ab.

C) KEIN KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCH BEI ERFÜLLUNG DURCH PRIVATVERSICHERUNG

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 23.05.2007 – **L 4 KR 53/03** – juris

RID 07-04-84

Revision eingelegt: B 1 KR 24/07 R

Krankenversicherung, Kostenerstattungsanspruch, künstliche Befruchtung, Ehegatte
BGB §§ 134, 812 I, 814; SGB I § 32; SGB V §§ 2 II, 13 III, 27a I

Ein **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 III SGB V für zu Unrecht abgelehnte Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach § 27a I SGB V scheidet mangels eigener finanzieller Betroffenheit der Versicherten aus, wenn durch eine Kostenerstattung durch ein **privates Krankenversicherungsunternehmen** des Ehegatten an den Leistungserbringer von einer **vollständigen Erfüllung der Forderung** auszugehen ist.

Auch der **versicherungsrechtliche Selbstbehalt** des Ehegatten im Verhältnis zum privaten Krankenversicherungsunternehmen kann nicht als Kostenbelastung i.S. des § 13 III SGB V angesehen werden.

Ein mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen **vereinbarter Vorbehalt auf Rückzahlung** erbrachter Leistungen beim Vorliegen eines sozialversicherungsrechtlichen Anspruchs auf Kostenerstattung ist nichtig und unwirksam.

Vorinstanz: **SG Magdeburg**, Urt. v. 06.11.2003 - S 16 KR 255/03 -.

D) EIGENANTEIL RECHTMÄßIG/KRYOKONSERVIERUNG NICHT ERSATZFÄHIG

LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2007 – L 4 KR 58/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-85

Kryokonservierung, künstliche Befruchtung, Eigenanteil
SGB V §27a; GG Art. 3 I, 6 I

Bei der **Kryokonservierung** handelt es sich um keine Leistung nach § 27a SGB V, da sie außerhalb des ersetzten Zeugungsaktes liegt.

Der **Eigenanteil** von 50 % nach § 27a III 3 SGB V in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung ist rechtmäßig.

SG Nürnberg, Urt. v. 25.10.2005 - S 7 KR 224/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

E) KRYOKONSERVIERUNG AUßERHAL DER LEISTUNGEN I.S.D. § 27A SGB V

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 45/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-86

Eizelle, Kryokonservierung
SGB V §§ 27, 27a

Die Kosten des Einfrierens von befruchteten Eizellen (Kryokonservierung) gehört nicht zu den Leistungen i.S.d. § 27a SGB V, da mit dem Begriff der künstlichen Befruchtung nur Maßnahmen gemeint sind, die dem einzelnen Zeugungsakt entsprechen und unmittelbar der Befruchtung dienen (BSG, Urt. v. 25.05.2000 - B 8 KN 3/99 KR R -; BSG, Beschl. v. 09.12.2004 - B 1 KR 95/03 B -; BSG, Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 11/03 R -).

SG Münster, Urt. v. 26.10.2006 - S 11 KR 72/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

F) ALTERSGRENZEN VERFASSUNGSKONFORM

LSG Bayern, Urt. v. 24.04.2007 – L 5 KR 294/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-87

Altersgrenze, Ehefrau, Ehemann, künstliche Befruchtung
SGB V §§ 13 III, 27a

§ 27a III SGB V i. d. F. d. GMG setzt Altersgrenzen für die Ehefrau mit Vollendung des 40. Lebensjahres und für den Ehemann mit Vollendung des 50. Lebensjahres. Diese Regeln sind verfassungskonform.

SG München, Urt. v. 15.09.2005 - S 32 KR 565/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. AKUPUNKTURBEHANDLUNGEN: FEHLENDE SUBSTANTIIERUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 17.10.2007 – L 16 B 32/07 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-88

Akupunktur, Akupunkturbehandlung, Anordnungsanspruch
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1; SGG § 86b II

Für **Akupunkturbehandlungen** besteht ein **genereller Leistungsausschluss** (vgl. Anlage II Nr. 31 RL Methoden Vertragsärztliche Versorgung). Lediglich bezüglich **zweier Indikationen** (chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens sechs Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht-segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen <pseudoradikulärer Schmerz> sowie chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens sechs Monaten bestehen) hat der GBA eine Ausnahme normiert. Wird nicht einmal deutlich gemacht, für welche Indikationen und in welchen Intervallen Akupunkturbehandlungen erstrebt werden, besteht kein Anordnungsanspruch.

SG Detmold, Beschl. v. 23.05.2007 - S 5 KR 126/07 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

4. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

A) ZAHNERSATZ: BESCHRÄNKTER ZUSCHUSS

AA) GESICHTS- ODER KIEFERCHIRURGISCHE MAßNAHME

LSG Hessen, Urt. v. 24.05.2007 – L 8 KR 82/06 – juris

RID 07-04-89

Revision anhängig: B 1 KR 21/07 R

Zahnersatz, Tumorerkrankung, Oberkiefer
SGB V §§ 28 II 9, 30 II; GG Art. 3 I

Der Anspruch der gesetzlich Krankenversicherten auf Zahnersatz ist in jedem Fall auf einen **Zuschuss beschränkt**, selbst wenn die Versorgung mit Zahnersatz ein in medizinisch-technischer Hinsicht **untrennbarer Teil** einer anderen, im Vordergrund stehenden **Behandlung** ist, wie z. B. bei einer gesichts- oder kieferchirurgischen Maßnahme. Eine analoge Anwendung des § 28 II 9 SGB V scheidet aus. Darin liegt keine verfassungsrechtlich zu beanstandende Ungleichbehandlung.

SG Darmstadt, Urt. v. 15.02.2006 - S 10 KR 620/04 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

BB) KEINE VOLLSTÄNDIGE KOSTENÜBERNAHME/ANORDNUNGSGRUND

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 25.10.2007 – L 5 B 36/07 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-90

Zahnersatz, allergiefreie Materialien
SGB V §§ 55, 56; SGG § 86b II

Angesichts der dezidierten Regelungen der §§ 55, 56 SGB V ist erkennbar durch den Gesetzgeber eine Ausweitung (Erhöhung) der dort geregelten **Festzuschüsse** bis zur vollständigen Kostenübernahme durch die Gerichte nicht gewollt.

Es fehlt an einem **Anordnungsgrund**, wenn eine Antragstellerin, deren Begehren auf die sofortige Eingliederung des neuen, aus allergiefreien Materialien gefertigten Zahnersatzes gerichtet ist, lediglich auf ihre durch die Allergien verursachten gesundheitlichen Probleme hinweist, aber nicht näher darlegt, warum nicht zunächst nur eine Entfernung des bisher bei ihr eingegliederten Zahnersatzes in Betracht kommt.

SG Köln, B. v. 11.07.2007 - S 9 KR 142/07 ER - wies den Antrag ab, das LSG die Beschwerde zurück.

CC) KEIN WEITERGEHENDER AUFOPFERUNGSANSPRUCH BEI VORAUSGEHENDER STRAHLENTHERAPIE

SG Würzburg, Urt. v. 30.10.2007 – S 2 KR 85/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-91

Zahnersatz, Strahlenbehandlung, Zahnbehandlung, Zuschuss, Eigenanteil, Aufopferung
SGB V §§ 28 II 9, 30 II

Auch wenn ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einer Strahlenbehandlung und der Notwendigkeit einer Zahnbehandlung besteht, bleibt bei der Versorgung mit Zahnersatz die Leistung der Krankenkasse auf einen Zuschuss beschränkt. Eine Befreiung vom Eigenanteil könnte lediglich mit Rücksicht auf den verfassungsrechtlichen Schutz der körperlichen Unversehrtheit unter dem Gesichtspunkt der **Aufopferung** geboten sein, wenn die **Strahlenbehandlung** sich als hoheitlicher Eingriff darstellen würde (vgl. BSG, Urt. v. 06.10.1999 - B 1 KR 9/99 R -). Dies ist nicht der Fall, wenn eine Krankenkasse im Rahmen ihrer Leistungspflicht dem Versicherten eine Behandlung seiner schwerwiegenden Erkrankung gewährt.

Das *SG* wies die Klage ab.

B) INLAYBEHANDLUNG/KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCH (FEHLENDE KAUSALITÄT)

LSG Bayern, Urt. v. 05.07.2007 – L 4 KR 239/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-92

Unaufschiebbarkeit, Inlaybehandlung, Inlay, Kostenerstattungsanspruch, Privatbehandlung
SGB V §§ 27, 28

Fehlen sowohl objektive Gründe für die Unaufschiebbarkeit der Behandlung und ist es ferner nicht ersichtlich, dass bezüglich der durchgeführten Inlaybehandlung ein Notfall bzw. eine Systemstörung oder Versorgungslücke bestanden hat, dann besteht kein **Kostenerstattungsanspruch**. Denn eine **Inlaybehandlung** ist nicht Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Wählt eine Versicherte trotz eines Sachleistungsanspruchs eine **Privatbehandlung** ohne zuvor die Genehmigung der Krankenkasse abzuwarten, so besteht kein Kostenerstattungsanspruch

SG Würzburg, Urt. v. 08.09.2004 - S 9 KR 33/98 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

C) IMPLANTATVERSORGUNG

AA) BESONDERS SCHWERER FALL

SG Düsseldorf, Urt. v. 05.09.2007 – S 8 KR 22/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-93

Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 140/07 -

Implantatversorgung, Traumatisierung

SGB V §§ 27, 28 II 9

Ein **besonders schwerer Fall** im Sinne der Behandlungs-Richtlinien des G-BA liegt vor, wenn erhebliche Entzündungen im Bereich des Oberkieferknochens vorliegen bzw. vorlagen, die zu einem größeren Kieferdefekt geführt haben und eine konservative prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist, wenn einer Versicherten das Tragen einer konventionellen Zahnprothese mit Gaumenplatte aus posttraumatischen Gründen nicht möglich ist.

Das *SG* gab der Klage statt.

BB) BECKENKAMMTRANSPLANTATION/UNTERKIEFERATROPHIE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.10.2007 – L 11 KR 87/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-94

Implantatversorgung, Beckenkammtransplantation, Unterkieferatrophie

SGB V §§ 27, 28 II 9

Liegt eine in den Richtlinien festgelegte **Ausnahmeindikation nicht vor**, so ist ein Anspruch auf Versorgung mit implantologischen Leistungen und einer Beckenkammtransplantation nicht gegeben. Die **Beckenkammtransplantation** ist zwar von der **implantologischen Leistung** zu unterscheiden; ist sie jedoch erforderlich, um die implantologische Leistung sicherzustellen und auf Dauer zu stabilisieren, so ist sie mit der implantologischen Leistung als Einheit anzusehen. Eine ausgeprägte Unterkieferatrophie rechtfertigt keine Ausnahmeindikation für eine Implantatversorgung. (vgl. BSG v. 19.06.2001 - B 1 KR 4/00 R -).

SG Düsseldorf, Urt. v. 25.08.2006 - S 4 KR 375/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

CC) AUSNAHMEINDIKATION IM SINNE EINER GENERALISIERTEN NICHTANLAGE VON ZÄHNEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.10.2007 – L 16 KR 53/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-95

Implantatversorgung, Oligodontie

SGB V §§ 27, 28 II 9, 30 I 5

Das **Fehlen von fünf Zähnen** führt nicht zur Bejahung einer **Ausnahmeindikation** im Sinne einer generalisierten Nichtanlage von Zähnen. Das anlagebedingte Fehlen bleibender Zähne stellt im Hinblick auf die üblicherweise insgesamt zweiunddreißig Zähne eines Menschen (vgl. BSG USK 2004, 103 ff.) kein ausgeprägtes Fehlen von Zähnen vor, das der vollständigen Zahnlosigkeit eher nahe kommt als das Fehlen nur einzelner Zähne bei ansonsten noch als regelrecht anzusehenden Gebissverhältnissen. Generalisiert ist die Nichtanlage von Zähnen nach ständiger Rechtsprechung des BSG dann, wenn die zur Behandlung Anlass gebende körperliche Regelwidrigkeit zumindest in einem der Kiefer in besonderer Weise ausgeprägt ist. Mindestens die überwiegende Zahl der typischerweise bei einem Menschen angelegten Zähne müsste fehlen.

Ein Anspruch auf eine Implantatversorgung setzt auch voraus, dass eine **konventionelle prothetische Versorgung** ohne Implantate nicht möglich ist (vgl. Abschnitt B VII 2. S. 2 der Behandl-RL-ZÄ).

Die Nichteinbeziehung der sog. **Oligodontie** (Nichtanlage mehrerer Zähne) in die Ausnahmeregelungen der §§ 28 II 9 und § 30 I 5 SGB V verletzt kein **Verfassungsrecht** (BSG USK 2004, 103 ff.).

SG Münster, Urt. v. 16.02.2007 - S 48 (44) KR 21/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. Kostenerstattungsanspruch

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

1. FEHLENDE EINSCHALTUNG DER KRANKENKASSE

LSG Bayern, Urt. v. 26.06.2007 – L 5 KR 4/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Krankenkasse, Kausalität, Cardio-Computertomographie
SGB V § 13 III

RID 07-04-96

Besorgt sich ein Versicherter die Leistung, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten, können die Kosten der Leistung nicht auf eine unrechtmäßige Entscheidung der Krankenkasse zurückgeführt werden (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 14.12.2006 - B 1 KR 8/06 R -).

SG Regensburg, Gerichtsbb. v. 21.11.2006 - S 2 KR 303/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Bayern, Urt. v. 20.07.2007 – L 4 KR 271/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Neuralthherapie, Sachleistungssystem, Krankenkasse
SGB V § 13 III

RID 07-04-97

Im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung sind einem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung nur zu erstatten sind, wenn er die Leistung vor der Beschaffung bei der Krankenkasse beantragt und diese die Gewährung zu Unrecht abgelehnt hatte. Von einer **vorherigen Entscheidung der Krankenkassen** kann auch dann nicht abgesehen werden, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa aufgrund von Erfahrungen aus anderen Fällen - **von vornherein feststeht**. Es ist weder zumutbar noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art des zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über die Berechtigung der außervertraglichen Behandlung zu befinden (BSG v. 20.05.2003 SozR 4-2500 § 13 Nr. 1 m.w.N.; BSG v. 25.09.2000 SozR 3-2500 § 13 Nr. 22; BSG v. 19.06.2001, Die Sozialgerichtsbarkeit 2001, 549; BSG v. 24.09.1996, BSGE 79, 125; BSG v. 16.12.1993 SozR 3-2500 § 12 Nr. 4; BSG v. 10.02.1993 SozR 3-2200 § 182 Nr. 15).

SG Würzburg, Urt. v. 23.06.2004 - S 3 KR 35/96 LW - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. LEISTUNGSANSPRUCH NUR BEI BEHANDLUNG DURCH ZUGELASSENEN ARZT (VERTRAGSARZT)

LSG Bayern, Urt. v. 05.06.2007 – L 5 KR 154/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Kostenerstattungsanspruch, Leistungsanspruch, Vertragsarzt, Privatarzt
SGB V §§ 2, 11, 12 I, 13 III, 72 II, 73

RID 07-04-98

Ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 III 2. Alternative (unrechtmäßige Leistungsablehnung der Krankenkasse) kann nicht weiter gehen, als der primäre Leistungsanspruch eines gesetzlichen Versicherten. Dieser ist im Rahmen des Versorgungssystems nach §§ 2, 11, 12 I, 72 II, 73 SGB V auf die Ärzte beschränkt, die zur Leistungserbringung für und gegen die gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sind.

SG Würzburg, Gerichtsbb. v. 05.04.2007 - S 15 KR 244/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ANSPRUCH DES ANGEHÖRIGEN AUS DER FAMILIENVERSICHERUNG AUF RÜCKZAHLUNG DES EIGENANTEILS

SG Aachen, Urt. v. 15.05.2007 – S 13 KR 13/07 – (rechtskräftig) juris
Eigenanteil, kieferorthopädische Behandlung, Stammversicherte, Familienversicherung
SGB V § 29 II 1, III 2

RID 07-04-99

Auch wenn ein **Elternteil selbst** seinerzeit den gemäß § 29 II 1 SGB V zu leistenden Eigenanteil an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung an den Vertragszahnarzt **gezahlt hat**, steht nicht ihm, sondern dem **versicherten Kind** der **Anspruch auf Rückzahlung** dieses Eigenanteils nach § 29 III 2 SGB V zu. Sowohl hinsichtlich des Sachleistungsanspruchs auf die kieferorthopädische

Versorgung als auch bei der Leistung des Eigenanteils und der Rückzahlung desselben stellt das Gesetz auf den Versicherten ab. Ebenso wie der Stammversicherte nicht berechtigt ist, Leistungsansprüche eines Angehörigen aus der Familienversicherung im eigenen Namen geltend zu machen (BSG, Urteil vom 16.06.1999 - B 1 R 6/99 R = SozR 3-2500 § 10 Nr. 16 = USK 99127), ist er auch nicht berechtigt, den Eigenanteilsrückzahlungsanspruch des Angehörigen aus der Familienversicherung im eigenen Namen als (ehemaliger) Stammversicherter geltend zu machen.

Das **SG** wies die Klage ab.

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).

1. KRANKHEITSBEGRIFF

A) KEINE KOSTENÜBERNAHME EINER BRUSTVERGRÖßERUNG WEGEN ASYMMETRIE

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.06.2007 – L 5 KR 220/06 – juris

RID 07-04-100

Revision anhängig: B 1 KR 19/07

Kostenerstattungsanspruch, Kostenentstehung, Pauschalhonorar, Vergütungsanspruch, Arzt

SGB V §§ 13 III, 27 I 1; GOÄ § 1 I, 2 I, 6 II

Die Erstattung von Kosten setzt sowohl nach dem Wortlaut als auch nach Sinn und Zweck des § 13 III SGB V voraus, dass dem Versicherten auf Grund der Ablehnung der Sachleistung durch die Krankenkasse **Kosten überhaupt entstanden** sind. Das ist nur der Fall, wenn der Versicherte einem rechtlich durchsetzbaren Vergütungsanspruch des Leistungserbringers ausgesetzt ist. Wird für eine ärztliche Leistung ein Pauschalhonorar in Rechnung gestellt, entspricht dies nicht den gesetzlichen Bestimmungen und begründet keinen rechtlich durchsetzbaren Vergütungsanspruch der Ärzte.

Nicht jeder **körperlichen Unregelmäßigkeit** (hier: Brustvergrößerung wegen Asymmetrie) kommt Krankheitswert im Rechtssinne zu; eine Krankheit liegt nur vor, wenn der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt (vgl. BSG v. 19.10.2004 - B 1 KR 3/03 R - BSGE 93, 252 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 3).

Vorinstanz: **SG Koblenz**, Urt. v. 28.09.2006 - S 5 KR 662/04 -.

SG Düsseldorf, Urt. v. 26.07.2007 – S 8 KR 98/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-101

Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 104/07 -

Brustkorrektur, Brustform, Asymmetrie, Funktionsbeeinträchtigung

SGB V § 39 I

Ein Anspruch auf Durchführung einer formkorrigierenden Operationsmaßnahme besteht wegen der Brustform (Asymmetrie) nicht, da es sich nicht um pathologische Befunde im Sinne einer körperlichen Funktionsbeeinträchtigung handelt.

Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, gegen Vorlage einer entsprechenden Verordnung die Kosten für die operative Narbenlösung und Neuromentfernung der linken Brust zu übernehmen und wies die Klage im Übrigen zurück.

B) MAMMAREDUKTIONSPLASTIK

LSG Bayern, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 191/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-102

Mammareduktionsplastik, Krankheit

SGB V §§ 13 III 1, 27 I 1

Ist eine Mammareduktionsplastik nicht zur Behebung einer Krankheit notwendig, so besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten.

SG Würzburg, Urt. v. 18.04.2006 - S 15 KR 231/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. MAGENBAND-OPERATION ZUR GEWICHTSREDUKTION

SG Düsseldorf, Urt. v. 26.07.2007 – S 8 (4) KR 4/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-103

Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 128/07 -

Magen-Bypass-Operation, Magenband-Operation, Gewichtsreduktion, Ernährungstherapie, Bewegungstherapie, Verhaltenstherapie
SGB V § 39

Sind die konservativen Therapien (hier Ernährungstherapie, kombiniert mit einer angepassten Bewegungstherapie unter krankengymnastischer Begleitung und insbesondere in Verbindung mit einer modifizierten Verhaltenstherapie bzw. einem Verhaltensmodifikationstraining) noch nicht ausgeschöpft, so besteht kein Anspruch auf eine Magenband-Operation.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. BEHANDLUNG IN NICHTVERTRAGSKRANKENHAUS/KAUSALZUSAMMENHANG NACH § 13 III SGB V

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.09.2007 – L 9 KR 201/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-104

Umstellungsosteotomie, Kausalzusammenhang, Krankenkasse, Kostenerstattung, Krankenhaus
SGB V §§ 2 II, 12 I, 13 III, 108

Es fehlt es an dem nach § 13 III SGB V erforderlichen **Kausalzusammenhang**, wenn die maßgeblichen Leistungen zwar erst nach Erhalt eines Ablehnungsbescheides durchgeführt werden, eine Versicherte jedoch bereits im Zeitpunkt der Antragstellung dazu **entschlossen** gewesen ist, sich unabhängig von der Entscheidung der in Rede stehenden Maßnahme zu unterziehen.

Ein Anspruch auf für die in einem nicht nach § 108 SGB V zur Versorgung von Patienten der GKV zugelassenen Krankenhaus bzw. von dort privatärztlich tätig gewordenen Ärzten erbrachten Leistungen besteht nicht.

SG Berlin, Gerichts. v. 22.07.2004 - S 87 KR 1717/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. Krankenbehandlung im Ausland

Nach BSG, Urt. v. 24.05.2007 - *B 1 KR 18/06 R* – ist nach dem deutsch-tunesischen Sozialversicherungsabkommen für eine 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 einstehen. § 13 III 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.

1. DEUTSCHER EU-RESIDENT IN ÖSTERREICH: KOSTEN FÜR ZAHNERSATZ

LSG Bayern, Urt. v. 17.07.2007 – L 5 KR 32/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-105

Österreich, EU-Bürger, Kostenerstattung

SGB V §§ 13 III, 16 I Nr. 1, 18 I, 87 Ia 3; SGB I § 30; SGB IV § 6; EWG-VO Nr. 1408/71, Nr. 574/72

Der Anspruch aus § 13 III SGB V ist durch § 16 I Nr.1 SGB V ausgeschlossen, wenn die Leistungen in Österreich erbracht worden sind und die Voraussetzungen des § 18 I SGB V nicht vorliegen. Das in diesen Vorschriften konkretisierte Territorialitätsprinzip wird gemäß § 30 II SGB I, § 6 SGB IV durch die Vorschriften des überstaatlichen Europarechts überlagert.

Aus § 13 IV SGB V folgen keine Ansprüche eines deutschen Staatsangehörigen, der seinen Wohnsitz nach Österreich verlegt hat und den eine österreichische Krankenkasse betreut, auf Kostenerstattung der Zahnersatzbehandlung in Österreich, weil die Behandlung in Österreich auf der Grundlage eines Pauschetrags zu erstatten ist. Darüber hinaus scheidet ein Kostenerstattungsanspruch am Fehlen eines vor Behandlungsbeginn einzureichenden Heil- und Kostenplans (§ 87 Ia 3 SGB V).

SG Augsburg, Urt. v. 11.01.2006 - S 12 KR 189/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. ZAHNERSATZ IN DER TÜRKEI

LSG Bayern, Urt. v. 12.04.2007 – L 4 KR 310/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-106

Türkei, Zahnbehandlung
SGB V §§ 13 III, 18

Nach **Art.12 des Abkommens** zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei über Soziale Sicherheit vom 13.09.1965 gilt die Gebietsgleichstellung des Art.4a des Abkommens für eine Person, a) die, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, ihren Aufenthalt in das Gebiet der anderen Vertragspartei verlegt hat, nur, wenn der zuständige Träger der Verlegung des Aufenthalts vorher zugestimmt hat, b) bei der der Versicherungsfall während des vorübergehenden Aufenthalts im Gebiet der anderen Vertragspartei eingetreten ist, nur, wenn sie wegen ihres Zustandes sofort Leistungen benötigt, c) bei der der Versicherungsfall nach dem Ausscheiden aus der Versicherung eingetreten ist, nur, wenn sie sich in das Gebiet der anderen Vertragspartei begeben hat, um eine ihr angebotene Beschäftigung aufzunehmen. Hat eine Krankenkasse der Verlegung des Aufenthalts des Versicherten in die Türkei nicht vorher zugestimmt (Art. 12 I Buchst. a des Abkommens), weil dieser sich nicht an sie gewandt hat, so besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für in der Türkei angefertigten Zahnersatz.

SG Augsburg, Urt. v. 07.10.2005 - S 10 KR 448/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.07.2007 – L 9 KR 145/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-107

Türkei, Zahnbehandlung
SGB V §§ 13 III, 16, 18, 30; dt.-türk. Sozversabkommen Art. 4a, 12, 15

Ein Anspruch eines Versicherten auf Erstattung der Kosten für eine in der **Türkei** durchgeführte **Zahnimplantatversorgung** besteht nicht, wenn die Krankenkasse nach Eintritt des Versicherungsfalles der Verlegung des Aufenthalts des Versicherten in die Türkei nicht zugestimmt hat und der Versicherte die dort erbrachten Leistungen wegen seines Zustandes auch nicht sofort benötigte. Selbst wenn der Versicherte Schmerzen gehabt hat und nicht hätte essen können, kann eine vollständige Gebissanierung ohne Gesundheitsgefährdung auch nach seiner Rückkehr nach Deutschland erfolgen.

SG Berlin, Gerichtsbs. v. 21.05.2004 - S 72 KR 900/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. KNOCHENAUFBAUBEHANDLUNG UND IMPLANTATVERSORGUNG IN POLEN/KAUSALITÄTSERFORDERNIS

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.09.2007 – L 9 KR 197/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-108

Knochenaufbaubehandlung, Implantatversorgung, Polen, Ausland, Kausalitätserfordernis
SGB V §§ 16 I 1, 18

Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten einer in der Bundesrepublik wohnenden Versicherten für eine Behandlung in Polen im Jahr 2003 **vor dem EU-Beitritt Polens** besteht nach dem **deutsch-polnischen Sozialversicherungsabkommen** nicht.

Auf die Erstattung von Kosten für eine in **Polen durchgeführte Knochenaufbaubehandlung und Implantatversorgung** besteht nach § 18 SGB V a. F. kein Anspruch, da diese zahnärztlichen Leistungen im Jahr 2003 auch in Deutschland verfügbar gewesen sind.

Anders als § 13 III 1 SGB V enthält § 18 I 1 SGB V zwar keine ausdrückliche Regelung darüber, dass ein Kostenerstattungsanspruch nur dann bestehen kann, wenn die Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse ursächlich für die Entstehung der Kosten gewesen ist. Insoweit ist jedoch auf die zu § 13 III 1 SGG entwickelten Rechtsgrundsätze zurückzugreifen.

SG Berlin, Urt. v. 20.07.2004 - S 81 KR 1081/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. KLIMATHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG IN ISRAEL

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.09.2007 – L 9 KR 105/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-109

Klimakur, Israel, Totes Meer
SGB V §§ 18, 27 I, 73 II 1 Nr. 5 u. 7, 107 II Nr. 2

Eine Klimakur in Israel, bei der der Versicherte nicht ärztlich behandelt wird, sondern sich in einem Hotel aufhält und nach eigenem Ermessen Bäder im Toten Meer bzw. in der Sonne nimmt, stellt keine Maßnahme der Krankheitsbehandlung nach § 27 I SGB V dar.

SG Berlin, Gerichtsbs. v. 07.03.2005 - S 86 KR 269/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. KOZIJAVKIN-METHODE

LSG Sachsen, Urt. v. 16.05.2007 – L 1 KR 1/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-110

Krankenversicherung, Auslandsbehandlung, Dr. Kozijavkin

SGB V § 18; SGB IX §§ 7 S. 1, 15 I, 18 I 1

Die Voraussetzungen des § 18 I 1 SGB V für die Erstattung der 2001 und 2002 erfolgten Auslandsbehandlungen nach der Kozijavkin-Methode liegen deshalb nicht vor, weil die dabei in der Ukraine angewandte Methode von ihrem Konzept her nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprach.

SG Dresden, Gerichtsbb. v. 20.02. u. 02.12.2002 - S 16 KR 457/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt *BSG*, Urt. 13.12.2005 - B 1 KR 21/04 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 5 = GesR 2006, 370.

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) AUFMERKSAMKEITS-DEFIZIT-SYNDROM IM ERWACHSENENALTER METHYLPHENIDAT (RITALIN/CONCERTA)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.07.2007 – L 9 KR 52/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-111

Methylphenidat, Ritalin, Concerta, Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, ADS

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

Es besteht kein Anspruch auf Versorgung mit Fertigarzneimittel mit dem Wirkstoff Methylphenidat außerhalb des zugelassenen Anwendungsbereichs zur Behandlung eines Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms (ADS) im Erwachsenenalter.

SG Berlin, Urt. v. 08.12.2004 - S 36 KR 924/03-89 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) CABERGOLIN ZUR BEHANDLUNG EINES RESTLESS LEGS-SYNDROMS BEI ERWACHSENEN

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.08.2007 – L 31 KR 1/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-112

Off-Label-Use, Cabergolin, Restless-Legs-Syndrom, Wirksamkeitsnachweis

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; GG Art. 2 II

Es besteht kein Anspruch auf Versorgung mit dem **Fertigarzneimittel Cabergolin** mit dem Wirkstoff Cabergolin zur Behandlung eines Restless Legs Syndrom bei Erwachsenen im Wege des sog. Off-Label-Use, da keine hinreichende begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht.

Die vom **BVerfG** entwickelten Grundsätze zum Anspruch von Versicherten auf ärztliche Behandlung mit nicht allgemein anerkannten Methoden sind auf die Behandlung eines Restless Legs Syndroms nicht anzuwenden, da es sich auch in seiner schweren Ausprägung um keine lebensbedrohliche Krankheit handelt.

SG Berlin, Urt. v. 16.06.2004 - S 89 KR 124/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Anders *SG Hamburg*, Urt. v. 23.08.2004 – S 23 KR 659/03 - RID 04-04-110.

C) IMMUNGLOBULINE BEI MULTIPLER SKLEROSE

LSG Bayern, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 322/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-113

Immunglobulin, Sandoglobulin, Multiple Sklerose
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; GG Art. 2 II

Nach wie vor ist Immunglobulin für die Indikation **Multiple Sklerose** nicht zugelassen. Es besteht aufgrund der Datenlage nicht die begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann. Weder ist ein Zulassungsverfahren anhängig noch können Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit von Immunglobulinen bei Multipler Sklerose ausreichend beurteilt werden.

Die Regelungen des Leistungsrechts sind nur dann **anspruchserweiternd verfassungskonform auszulegen**, wenn - hinausgehend über das Krankheitsschwereerfordernis für einen Off-Label-Use - eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende bzw. eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vorliegt (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 14.12.2006 - B 1 KR 12/06 R -). Die dafür nötige notstandsähnliche Situation, ein Zeitdruck bzw. ein zur Lebenserhaltung notwendiger akuter Behandlungsbedarf bestehen bei der hier zu behandelnden chronisch-progredienten Krankheit trotz der dadurch bedingten gravierenden Beeinträchtigungen nicht. Wie das BSG in seiner Entscheidung vom 27.03.2007 in einem vergleichbaren Fall ausgeführt hat (B 1 KR 17/06 R), soll mit den intravenös zu verabreichenden Immunglobulinen nur versucht werden, auf die Krankheitsschübe bei Multipler Sklerose Einfluss zu nehmen bzw. das Fortschreiten der Behinderung zu hemmen.

SG München, Urt. v. 29.09.2006 - S 44 KR 1325/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

D) IMMUNGLOBULINTHERAPIE (FLEBOGAMMA) ZUR AIDS-BEHANDLUNG

LSG Bayern, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 352/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-114

Immunglobulin-Therapie, Immunglobulin, Flebogamma
SGB V § 31 I; GG Art. 2 II

Die Behandlung der fortgeschrittenen HIV-Infektion im Vollbild **AIDS** mit dem für dieses Anwendungsgebiet nicht zugelassenen **Fertigarzneimittel Flebogamma (Immunglobuline)** ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Zwar gehört die HIV-Infektion zu den schweren Krankheiten, bei denen die Behandlung mit einem für die Indikation nicht zugelassenen Arzneimittel ausnahmsweise in Betracht kommt. Es fehlen aber hinreichend gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit einer Behandlung mit Immunglobulinen.

Der 1950 geb. Kl. leidet an einer fortgeschrittenen HIV-Erkrankung im Stadium AIDS. Eine Kostenübernahme für eine Immunglobulin-Therapie mit dem Medikament "Flebogamma" lehnte die Bekl. ab. *SG München, Urt. v. 26.10.2005 - S 29 KR 286/04* - wies die Klage ab. Auf den im Berufungsverfahren gestellten einstweiligen Anordnungsantrag verpflichtete *LSG Bayern, Beschl. v. 13.11.2006 – L 5 KR 324/06 ER – RID 07-01-147* die Krankenkasse, dem Kl. nach ärztlicher Verordnung intravenöse Immunglobulin-Therapie mit sofortiger Wirkung bis zur Entscheidung in der Hauptsache, längstens bis 28.02.2007, als Sachleistung zu gewähren. Das *LSG* wies die Berufung dann zurück.

E) FIBLAFERON (INTERFERON-BETA) BEI ENTZÜNDLICHER DARMERKRANKUNG (COLITIS ULCEROSA)

SG Duisburg, Urt. v. 08.10.2007 – S 7 KR 13/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-115

Fiblaferon, Interferon-Beta, Darmerkrankung, Colitis ulcerosa
SGB V § 31 I

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf die Versorgung mit dem **Medikament Fiblaferon (Wirkstoff Interferon-Beta)** zur Behandlung einer **entzündlichen Darmerkrankung** (Colitis ulcerosa) im Rahmen eines Off-Label-Uses, weil aufgrund der Datenlage nicht die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. VERTRAGSÄRZTLICHE VERORDNUNG ALS LEISTUNGSVORAUSSETZUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.08.2007 – L 31 KR 139/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-116**

Arztvorbehalt, Verordnung, Vertragsarzt, Arzneimittelversorgung

SGB V §§ 15 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 73 II 1 Nr. 7

Es besteht kein Anspruch auf die Versorgung mit dem Arzneimittel Strattera als Sachleistung zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter, wenn bereits eine **vertragsärztliche Verordnung nicht vorliegt**.

Dass es sich bei dem die Verordnung ausstellenden Arzt, der insoweit als Schlüsselfigur der Arzneimittelversorgung bezeichnet werden kann, um eine **Vertragsarzt** handeln muss, ist in § 73 II 1 Nr. 7 SGB V klargestellt, indem alle ärztlichen Verordnungen zum Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung erklärt werden. Nur in deren Rahmen sind die gesetzlichen Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten mit entsprechenden Mitteln verpflichtet (vgl. BSG SozR-2500 § 13 Nr. 13 m.w.N.).

SG Berlin, Gerichtsbs. v. 05.12.2006 - S 86 KR 360/05 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

3. FEHLENDE ARZNEIMITTELRECHTLICHE ZULASSUNG: MALIASIN

SG Düsseldorf, Urt. v. 20.07.2007 – S 4 KR 59/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-117**

Maliasin, Arzneimitteltherapie, Arzneimittel, Zulassung

SGB V §§ 13 III, 31 I

Es fehlt 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 oder entfallen ist (st. Rspr. vgl. BSGE 72, 252, 256 f. und Urt. v. 18.05.2004 - B 1 KR 21/02 R – m.w.N. sowie Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R -).

Die 1959 geb. Versicherte leidet seit Jahren unter Epilepsie, Angstzuständen und Depressionen. Neben langjähriger Psychotherapie wurde sie nervenärztlicherseits unter anderem mit dem Arzneimittel Maliasin behandelt. Der deutsche Hersteller, die Firma CD-C teilte mit offenem Brief vom 03.06.2004 an die Ärzteschaft mit, dass der Vertrieb von Maliasin eingestellt werde und die Firma in einigen Monaten nicht mehr lieferfähig wäre. Die Ärzte würden gebeten, alle auf Maliasin eingestellten Patienten auf die ab sofort vorzunehmende Umstellung hinzuweisen. Die fiktive Zulassung für Maliasin endete zum 31.12.2004. Eine europaweite Zulassung besteht nicht. Die Fortsetzung der Medikation mit Maliasin lehnte die Krankenkasse ab. Das *SG* wies die Klage ab.

VI. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 06.09.2007 - *B 3 KR 20/06 R* – hat eine Krankenkasse die noch bis zum Jahresende 2003 vorgesehenen **Festbeträge für Sehhilfen** zu leisten, soweit diese zwar noch im Jahr 2003 bestellt, aber erst zu Beginn des Jahres 2004 ausgeliefert werden konnten; 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 **Elektrorollstuhl** erreicht werden können; zur **Rechtsprechung des BSG** s. ferner zuletzt RID 05-04-B VI (S. 44).

1. ROLLFIETS OHNE ELEKTROANTRIEB FÜR KIND

SG Würzburg, Urt. v. 23.10.2007 – S 4 KR 517/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-118**

Rollfiets, Kind, Grundbedürfnis, Bewegungsradius, Integration, Familie

SGB V §§ 27 I, 33 I

Im Rahmen des Behinderungsausgleiches ist eine möglichst weitgehende Eingliederung des behinderten **Kindes** bzw. Jugendlichen in den Kreis Gleichaltriger anzustreben. Wird es einem Kind durch ein **Rollfiets (Rollstuhl-Fahrradkombination)** zwar nicht ermöglicht, unmittelbar eigenständig den Kontakt mit Gleichaltrigen herzustellen und ist es auch weiterhin auf die Unterstützung von **Hilfspersonen angewiesen**, wird jedoch die Kontaktaufnahme durch die Ermöglichung einer größeren Mobilität leichter gemacht, so besteht hierauf ein Versorgungsanspruch. Da im Wesentlichen auf **soziale Kontaktmöglichkeiten** abzustellen ist und nicht etwa auf die Teilnahme an längeren Fahrradausflügen, ist eine Rollstuhl-Fahrradkombination ohne Zusatzantrieb als ausreichendes Hilfsmittel anzusehen.

Das *SG* gab der Klage statt.

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.03.2006 – L 1 KR 72/05 – RID 06-02-124 bejaht einen Versorgungsanspruch eines Erwachsenen mit einem Rollfiets; *LSG Nordrhein-Westfalen* Urt. v. 31.08.1999 - L 5 KR 58/99 – www.sozialgerichtsbarkeit.de bejaht die Versorgung eines Erwachsenen mit einem Rollstuhleinhängesfahrrad.

2. DREIRAD MIT ELEKTROMOTOR KEIN HILFSMITTEL/WAHLRECHT

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.09.2007 – L 9 KR 295/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-119**

Dreirad, Elektromotor, Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, Behinderung, Wahlrecht, Rollstuhl
SGB V §§ 12 I, 33 I; SGB I §§ 2 II, 4 II Nr. 1, 33

Bei einem **Dreirad mit Elektromotor** handelt es sich um einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**, der von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 33 I 1 SGB V nicht umfasst wird, jedenfalls dann, wenn eine von der Grundausstattung abweichende, auf die Behinderung der Versicherten zugeschnittene Ausstattung nicht erforderlich ist.

Eine Versicherte hat kein **Wahlrecht** zwischen einem Rollstuhl, der 237,50 EUR kostet, und einem Dreirad mit Elektromotor, das 3.718,96 EUR kostet.

SG Berlin, Urt. v. 22.10.2004 - S 88 KR 2031/03 – gab der Klage teilweise statt und verurteilte die Bekl., der Kl. ein behindertengerechtes Dreirad mit Hilfsmotor gemäß Kostenvoranschlag der Firma W unter Anrechnung eines Eigenanteils in Höhe der Kosten für ein handelsübliches Fahrrad zu gewähren; das *LSG* wies die Klage ab.

3. AN DER WAND BEFESTIGTES HEBELIFTSYSTEM

LSG Bayern, Urt. v. 24.05.2007 – L 4 KR 207/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-120

Hilfsmittel, Hilfsmittelbegriff, Liftsystem
SGB V § 33 I

Unter den Begriff Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V fallen nicht Vorrichtungen, die mit einem Gebäudeteil (Decke, Wand) fest verbunden sind, wie das bei Liftsystemen der Fall ist (vgl. BSG, Urt. v. 06.08.1998, SozR3-2500 § 33 Nr. 30).

SG Landshut, Urt. v. 21.07.2004 - S 10 KR 101/02 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

4. KRAFTKNOTENSYSTEM: ZUSTÄNDIGKEIT DES REHATRÄGERS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.06.2007 – L 2 KN 209/05 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-121**

Revision zugelassen

Kraftknoten, Rollstuhl, Befestigungssystem, Rückhaltesystem, Behindertentransportkraftwagen

SGB V §§ 31 I, 33 I 1; SGB XII §§ 53 I 1, 53 IV, 54 I 1; SGB IX §§ 26 II Nr. 6, 31; EinglHV §§ 9 II Nr. 2, 17

Die Kosten für die Ausstattung eines Rollstuhls mit einem Kraftknotensystem unterfallen nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen **Krankenversicherung**. Fahrten zum Arbeitsplatz mildern die Auswirkungen der Behinderung nicht allgemein, sondern nur in einem bestimmten Lebensbereich (hier: Berufsleben); soweit das allgemeine Grundbedürfnis nach Kommunikation und Fahrten zur Ärzten oder Therapeuten betroffen sind, dienen die Fahrten dazu, einen größeren Radius als ein Fußgänger zu erreichen.

Bei einem "Kraftknotensystem" handelt es sich um ein Hilfsmittel i. S. von § 31 I SGB IX, für das der (überörtlicher Sozialhilfe-) **Träger der beruflichen Rehabilitation** für die Versorgung zuständig ist.

Kommen mehrere Transportsicherungen in Betracht, von denen eines mehr Sicherheit bietet als die anderen, ist die Beförderung mit diesem **sichersten System** notwendig, um unnötige Beförderungsrisiken auszuschließen.

Der 1982 geb. Kl. ist schwerbehindert mit einem GdB von 100 und den Nachteilsausgleichen G, B, aG, H und RF. Er leidet seit Geburt unter einer schweren spastischen athetoiden Tetraparese. Diese Erkrankung führt dazu, dass er seine Gliedmaßen nicht kontrolliert bewegen und (bis auf wenige, nur für Eingeweihte verstehbare Laute) nicht sprechen kann. Er ist zur Fortbewegung auf einen Elektrorollstuhl angewiesen. Die Beklagte hat ihn mit einem speziell angefertigten Elektrorollstuhl mit PC-Kommunikationsgerät versorgt; damit kann er den Rollstuhl auch ohne Einsatz der Hände selbständig steuern. Beim Transport in einem **Behindertentransportwagen** (BTW) kann der Kläger nicht auf einen normalen Sitz umgesetzt, sondern nur im Rollstuhl sitzend befördert werden. Der Beigel. erkannte einen Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 40 I Nr. 7 BSHG an und übernahm die durch eine Beschäftigung entstehenden Kosten einschließlich der Kosten für Fahrten zwischen Wohnung und Werkstätte. Diese Fahrten werden durch den Behindertenfahrdienst des Deutschen DRK durchgeführt. Nachdem der Kl. vom DRK-Behindertenfahrdienst darauf aufmerksam gemacht worden war, dass sein Rollstuhl mit einem sog. Kraftknoten" nachzurüsten sei, beantragte er unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung die Versorgung mit einem **Kraftknotensystem** für den vorhandenen Rollstuhl. Dabei handelt es sich um ein Rückhaltesystem zur Sicherung des Rollstuhls bei der Beförderung mit einem Kraftfahrzeug (Kfz). Ein Kraftknoten besteht aus 4 am widerstandsfähigen Rollstuhlrahmen verschraubten Schlosszungen (2 vorne, 2 hinten), an denen sich die Gurtschlösser der Gurte des (im BTW eingebauten)

Rollstuhlrückhaltesystems einfach, schnell und vor allem verwechslungsfrei befestigen lassen. Das Kraftknotensystem kontrolliert automatisch den richtigen Gurtverlauf des Personenrückhaltesystems. Beim Kraftknotensystem werden (erstmalig) Anforderungen auch an den Rollstuhl gestellt, der mit einem solchen System ausgestattet sein bzw. nachgerüstet werden muss. Die **Bekl.** entschied, dass die Ausstattung des Rollstuhls mit einem Kraftknoten **einen Mehraufwand darstelle, der in den Eigenverantwortungsbereich des Versicherten bzw. des Transportunternehmers falle**, und lehnte den Antrag bestandskräftig ab. Der **Beigel.** lehnte ab, da es sich bei dem fest mit dem Rollstuhl verbundenen Halterungssystem um **Zubehör zum Rollstuhl** handle, sei für dessen Zurüstung die Krankenkasse zuständig. Deren Leistungspflicht setze allerdings voraus, dass das Hilfsmittel nicht nur für den Beruf, sondern auch für andere Lebensbereiche erforderlich sei. Es bestehe keine Verpflichtung zum Vorhalten eines Kraftknotens. Mit vorhandenen anderen Sicherungssystemen sei ein ausreichender Schutz im Straßenverkehr gegeben. Einen weiteren Antrag lehnte die **Bekl.** erneut ab. **SG Gelsenkirchen**, Urt. v. 21.10.2005 - S 7 KN 62/05 KR - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte den **Beigel.**, den Kl. mit dem Rollstuhlrückhaltesystem "Kraftknoten" zu versorgen.

Vgl. zuletzt RID 07-01-B.Vi.3 (S. 55); **LSG Bayern**, Urt. v. 09.11.2006 – L 4 KR 249/05 – RID 07-01-160 m.w.N.

5. UNTERSCHENKELPROTHESE ZUR WECHSELVERSORGUNG

SG Würzburg, Urt. v. 09.10.2007 – S 4 KR 545/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-122

Unterschlenkelprothese, Prothese, Wechselversorgung
SGB V § 33 I

Auf die Ausstattung mit einer **zweiten Unterschlenkelprothese**, um für den Ausfall der in Gebrauch befindlichen Unterschlenkelprothese über einen Ersatz zu verfügen, besteht kein Anspruch. Auch längere Reparaturen wie eine zweitägige Reparatur sind im Hinblick auf ihren Ausnahmecharakter nicht geeignet, dass deswegen eine Versorgung mit einem weiteren Hilfsmittel in Gestalt einer Prothese erforderlich wäre. In derartigen seltenen Ausnahmefällen ist es für einen Versicherten hinnehmbar, dass er in seiner Mobilität eingeschränkt ist und auf Unterarmgehstützen ausweichen muss.

Das **SG** wies die Klage ab.

6. UNZUREICHENDE HÖRGERÄTEVERSORGUNG BEI FESTBETRAG

SG Dresden, Urt. v. 08.09.2005 – S 18 KR 499/03 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-123

Festbetrag, Hörgerät, Hörgeräteversorgung, Grundbedürfnis
SGB V §§ 35, 36

Ein **Festbetrag** beschränkt die Leistungspflicht der Krankenkasse dann nicht, wenn der Ausgleich der konkreten Behinderung mit den zu diesem Betrag auf dem Markt für Hörhilfen verfügbaren Hörgeräten nicht in dem Maße möglich ist, das vom Anspruch des Versicherten auf Hilfsmittelversorgung bestimmt wird.

Der Anspruch eines Versicherten auf Hörgeräteversorgung beschränkt sich nicht nur auf die Deckung eines **Grundbedürfnisses** in ausgewählten Lebensbereichen; seine Befriedigung bemisst sich auch nicht allein am prozentualen Wortverstehen unter Laborbedingungen (vgl. Nr. 63.2 in Verbindung mit Nr. 66 der Heilmittel-Richtlinien). Der Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Hörgeräten richtet sich vielmehr darauf, ihn, soweit es seine Behinderung zulässt und technisch machbar ist, in die Lage zu versetzen, im Alltag mit normal Hörenden gleichzuziehen.

Kann ein optimaler Ausgleich der konkreten Hörschädigung nicht mit den zum Festbetrag angebotenen Hörgeräten erzielt werden, sondern nur mit teureren Geräten, ist die Krankenkasse deshalb zur Versorgung ohne Beschränkung auf den Festbetrag verpflichtet. Das **Risiko**, Mittel zur Hilfsmittelversorgung weit über den an Hand der Festbeträge prognostizierten Finanzbedarf hinaus bereitstellen zu müssen, geht in diesem Falle zu Lasten der Versicherungsträger, deren Spitzenverbände die unzureichend differenzierten Festbeträge festgesetzt haben.

Das **SG** gab der Klage statt.

7. AUSSTATTUNG MIT ZWEITER SITZSCHALE

LSG Hessen, **Beschl.** v. 08.11.2007 – L 1 KR 230/07 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-124

Sitzschale, Tetraspastik, Fahrgestell, , Untergestell
SGB V §§ 12 S. 1, 33 I; SGG § 86b II

Eine mehrfache Ausstattung mit einem Hilfsmittel kann in Einzelfällen notwendig sein, wenn die Erstausrüstung ungenügend ist.

Eine Versicherte hat einen Anspruch auf eine weitere individuell angepasste Sitzschale, wenn sie aufgrund ihrer Behinderung in ihren motorischen Fähigkeiten äußerst eingeschränkt ist, weder stehen, krabbeln, kriechen noch robben und sich sprachlich nicht mitteilen kann. Nur dann ist sichergestellt, dass ein Wechsel der gewährten Untergestelle direkt möglich ist, ohne dass die Versicherte zwischenzeitlich von einer weiteren Person getragen oder aber abgelegt werden muss, was bei einer Ausstattung mit nur einer Sitzschale zwingend erforderlich ist.

SG Kassel, Beschl. v. 06.07.2007 - S 12 KR 190/07 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* verpflichtete die Krankenkasse, der Ast. die beantragte individuell angepasste zweite Sitzschale (Kosten: 4.470,89 EUR) als Sachleistung zu gewähren.

8. KEINE VERSORGUNG MIT EINER "MOBILEN HEBEBÜHNE"

SG Augsburg, *Urt. v. 13.11.2007 – S 12 KR 131/07* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-125

Querschnittslähmung, Rollstuhl, Hebehilfe, Hilfsmittel, Hebeplattform, Außenbereich

SGB V § 33 I, SGB XI § 40

Hilfsmittel im Sinne der Kranken- und Pflegeversicherung müssen vom Leistungsempfänger getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können (vgl. BSG, *Urt. v. 06.08.1998 - B 3 KR 14/97 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 30*). Eine Hebebühne (Kosten hier: 5.955,15 EUR) stellt kein Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V, sondern eine technische Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nach § 40 IV SGB XI dar.

Das *SG* wies die Klage ab.

S. a. *LSG Saarland*, *Urt. v. 07.10.2004 – L 4 KN 42/03 KR – RID 05-02-129*.

VII. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

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

1. ERWEITERUNG DES HAUSHALTSBEGRIFFS DURCH GKV-WSG

SG Lübeck, *Beschl. v. 08.08.2007 – S 1 KR 422/07 ER* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-126

Haushalt, Krankenpflege, betreutes Wohnen, Betreuungsvertrag

SGB V §§ 13 III, 37, 92; SGG § 86b II

Die **Neuregelung des § 37 II 1 SGB V** i.d.F.d. GKV-WSG bewirkt durch eine vorsichtige **Erweiterung des Haushaltsbegriffs**, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Wohnformen, Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen hinsichtlich der Erbringung von häuslicher Krankenpflege gegenüber konventionellen Haushalten nicht benachteiligt werden (Begründung zum GKV-WSG). Die frühere Rechtsprechung zur alten Formulierung, nach der auch bei betreuter Wohnform der "eigene" Haushalt der Maßstab war, d. h. der Betreffende die Kosten der Lebens- und Wirtschaftsführung im Wesentlichen selbst tragen muss (BSG, *Urt. v. 01.09.2005 - B 3 KR 19/04 R -*) und der Leistungsanspruch nur dann besteht, wenn die Versorgung des Versicherten nicht (vertraglich) umfassend von der Einrichtung geschuldet wird, gilt ab 01.04.2007 nicht mehr, weil der weitere Ort der Leistungserbringung, die "betreute Wohnform", ausdrücklich genannt ist und eine weitere Anspruchgrundlage neben dem "eigenen Haushalt" darstellt.

In einer **Einrichtung des betreuten Wohnens** besteht ein Anspruch auf Krankenpflege nunmehr auch, wenn ein Versicherter neben einem Mietvertrag auch einen Betreuungsvertrag mit dem Träger abgeschlossen hat, in dem Letzterer sich verpflichtete, die notwendigen Maßnahmen (im konkreten Fall die Medikamentengabe) auch ohne zusätzliche Vergütung zu gewähren.

Auf eine Konkretisierung durch den **Gemeinsamen Bundesausschuss** muss nicht abgewartet werden.

Das *SG* verpflichtete die Krankenkasse, vorläufig und bis zur Entscheidung der Hauptsache die Kosten für die häusliche Krankenpflege in Form von einmal täglicher Medikamentengabe (Injektion von Insulin) entsprechend der vorliegenden bzw. noch eingehenden Rechnungen zu übernehmen bzw. den Ast von diesen Kosten freizustellen; ferner, dem Ast. ab Zugang dieses Beschlusses vorläufig und bis zur Entscheidung in der Hauptsache häusliche Krankenpflege in Form von einmal täglicher Medikamentengabe (Injektion von Insulin) entsprechend der vorliegenden und weiteren ärztlichen Verordnungen als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

2. FIKTIVER GRUNDPFLEGEANTEIL/MISSBRAUCHSGEBÜHR FÜR KRANKENKASSE

SG Landshut, Urt. v. 17.11.2006 – S 10 KR 13/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-127

Behandlungspflege, Grundpflegeanteil, Missbrauchsgebühr
SGB V §§ 37 II; SGG § 192 I 1 Nr. 2

Sind bei einer Versicherten "lediglich" acht Stunden Behandlungspflege notwendig, so ist es unzulässig, in jeder Stunde Behandlungspflege jeweils auch einen (**fiktiven**) **Grundpflegeanteil** von 27,57 % anzusetzen. Der Pflegedienst leistet entweder Behandlungspflege oder Grundpflege, nicht aber beides gleichzeitig. Dass beide Leistungen im Regelfall durch dieselbe Pflegekraft erbracht werden, ändert nichts an der rechtlichen und tatsächlichen Abgrenzbarkeit der beiden Leistungsarten.

Führt eine Krankenkasse den Rechtsstreit fort, obwohl der Vorsitzende ihrem Vertreter in der mündlichen Verhandlung die **Missbräuchlichkeit der Rechtsverfolgung** dargelegt und auf die Möglichkeit der Auferlegung von Kosten bei Fortführung des Rechtsstreits hingewiesen hat, so kann in Anbetracht des Aufwands für das Absetzen des Urteils sowie die anteilige Arbeit der Schreibkanzlei und der Geschäftsstelle eine Kostenbeteiligung in Höhe eines Betrages von 300 Euro gerechtfertigt sein.

Das *SG* gab der Klage statt.

3. HAUSHALTSHILFE: VORHERIGER ANTRAG BEI KOSTENERSTATTUNG/CHRONISCHE ERKRANKUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.10.2007 – L 11 KR 19/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-128

Haushaltshilfe, Kostenerstattungsanspruch, chronische Erkrankung, Akuterkrankung
SGB V §§ 13 III, 38

Haushaltshilfe wird nach den gesetzlichen Vorschriften abschnittsweise bewilligt nach Prüfung der dafür erforderlichen Voraussetzungen. Wird bereits vor der Beantragung und damit zwingend auch vor der Entscheidung der Krankenkasse eine Haushaltshilfe in Anspruch genommen, so kann die Ablehnung der Krankenkasse nicht **kausal** für die entstandenen Kosten sein und besteht kein Kostenerstattungsanspruch.

Setzt die Gewährung von nach der Satzung einer Krankenkasse eine akute Erkrankung voraus, so kann Haushaltshilfe bei einer **chronischen Erkrankung** nicht bewilligt werden.

Die Kl. und ihr Ehemann leben mit ihren gemeinsamen in den Jahren 1991, 1993 und 1996 geb. Kindern in einem Haushalt. Am 21.11.2003 wurde bei der Klägerin eine Verkürzung- und Korrekturosteotomie des rechten Oberschenkels mit gleichzeitiger Remobilisierung des Kniegelenks durchgeführt. In der Zeit vom 15. bis 23.04.2004 fand ein erneuter stationärer Krankenhausaufenthalt statt, da die Restlängendifferenz durch eine Verlängerungsosteotomie des linken Oberschenkels mit externem Fixateur korrigiert wurde. Für die Zeit vom 15.04. bis 04.06.2004 bewilligte die Bekl. im unterschiedlichen Umfang und teilweise unter Aussparung der Wochenenden der Kl. eine Haushaltshilfe, die der behandelnde Orthopäde Dr. H für notwendig gehalten hatte. Am 01.09.2004 legte die Klägerin eine weitere ärztliche Bescheinigung des Dr. H über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe in der Zeit vom 05.06. bis 31.07.2004 vor. Dr. H führte darin aus, die Haushaltshilfe sei wegen einer chronischen Erkrankung erforderlich. Diesen Antrag lehnte die Bekl. ab. Eine Haushaltshilfe werde nur befürwortet, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushaltes wegen akuter Erkrankungen nicht möglich sei. *SG Köln*, Urt. v. 13.11.2006 - S 19 KR 30/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha

Nach BSG, Urt. v. 19.09.2007 - *B 1 KR 7/07 R* - sind bei der Ermittlung der **Belastungsgrenze** des § 62 SGB V die zur Erzielung der Mieteinnahmen erforderlichen Werbungskosten als Abzugsposten zu berücksichtigen; dies gilt auch für die steuerlich berücksichtigungsfähige Absetzung für Abnutzung.

Nach BSG, Urt. v. 02.11.2007 - *B 1 KR 11/07 R* - führt die durch das Grundgesetz gewährleistete Freiheit des Glaubens nicht dazu, dass die von **Zeugen Jehovas religiös motivierte Ablehnung** von Bluttransfusionen einer medizinisch notwendigen Verlegung des Versicherten von einem Krankenhaus ins andere gleichzustellen ist; nach BSG, Urt. v. 02.11.2007 - *B 1 KR 4/07 R* - setzt § 60 SGB V voraus, dass der Versicherte transportiert wird und der Transport der Ermöglichung einer bestimmten, von seiner Krankenkasse zu tragenden Hauptleistung dient; wer ein Fahrzeug dafür nicht benutzt, mithin von ihm gar nicht gefahren wird, kann keine Erstattung von **Fahrkosten** verlangen.

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

1. ZUZAHLUNGSREGELUNGEN NACH GMG VERFASSUNGSGEMÄß

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 30.05.2007 – L 4 KR 91/05 – juris
Revision anhängig: B 1 KR 18/07 R

RID 07-04-129

Vertrauensschutzgebot, Sozialstaatsprinzip, Zuzahlung, Belastungsgrenze
SGB V §§ 62; GG Art. 20 I, III

Die durch das GKV-Modernisierungsgesetz zum 01.01.2004 eingeführten Neuregelungen im Bereich der Zuzahlungen verstoßen nicht gegen das aus Art 20 Abs. 1 GG folgende Sozialstaatsprinzip und gegen das rechtsstaatliche Vertrauensschutzgebot.

SG Lüneburg, Urt. v. 17.03.2005 - S 16 KR 173/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. FAHRKOSTEN ZUM REHABILITATIONSSPORT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2007 – L 5 KR 15/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Revision eingelegt: B 1 KR 29/07 R

RID 07-04-130

Rehabilitationssport, Behindertensport, Fahrkosten, Reisekosten
SGB V §§ 11 II 1, 28 I, 43 I, 60, 92 I 2 Nr. 12; SGB IX §§ 44, 53

Fahrten zum Rehabilitationssport sind keine Fahrten zu einer ambulanten ärztlichen Behandlung im Sinne des § 60 I 3 SGB V i.V.m. den Krankentransport-Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 12 SGB V.

Zur **Krankenbehandlung** zählt der Rehabilitationssport als ergänzende Leistung zur Rehabilitation nach § 43 I SGB V i.V.m. § 44 I Nr. 3 SGB IX nicht. Zwar findet dieser Rehabilitationssport unter ärztlicher Betreuung und Überwachung statt, er ist jedoch als sportliche Aktivität einzustufen.

§ 53 I SGB IX erfasst lediglich Kosten, die im Zusammenhang mit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden, nicht jedoch **ergänzende Leistungen zur Rehabilitation**, die sowohl nach den Vorschriften des SGB V als auch nach denjenigen des SGB IX von den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und denjenigen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu unterscheiden sind.

Die Bekl. bewilligte dem im Jahre 1963 geb. und querschnittsgelähmten Kl. Rehabilitationssport. Zur Teilnahme an dem Rehabilitationssport der Behindertensportgemeinschaft legte er im Jahre 2004 im eigenen Pkw 36 mal eine Wegstrecke von 40 km, insgesamt 1.440 km, zurück. Den Antrag auf Übernahme der Fahrkosten im Zusammenhang mit diesem Rehabilitationssport lehnte die Bekl. ab. *SG Detmold*, Urt. v. 13.12.2006 - S 5 KR 213/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. RÜCKTRANSPORT VOM WINTERSPORTORT IN ÖSTERREICH

LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2007 – L 4 KR 229/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Rücktransport, Wintersportort, Österreich, unaufschiebbare Leistung, Kostenerstattung

RID 07-04-131

SGB V §§ 13 III, 60 IV

Ein **Rücktransport** vom Wintersportort in Österreich nach Deutschland ist **keine unaufschiebbare Leistung**. Zu den unaufschiebbaren Leistungen zählen krankenversicherungsrechtliche Notfälle, Versorgungslücken und Systemstörungen. Es ist allgemein bekannt, dass an Wintersportorten die typischerweise auftretenden Knochenbrüche durch dort ansässige Ärzte und Krankenhäuser versorgt werden können. Im Übrigen besteht auch die Möglichkeit, entweder direkt oder über Dritte (Eltern, behandelnder Arzt) noch vor Inanspruchnahme des Rücktransports nach Deutschland (z. B. telefonischen) Kontakt mit der Krankenkasse aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten.

Gemäß § 60 IV SGB V ist die **Kostenübernahme** des Rücktransports in das Inland von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen.

SG Nürnberg, Urt. v. 23.06.2005 - S 7 KR 670/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. AMBULANTE REHABILITATIONSLEISTUNGEN IN NICHTVERTRAGSEINRICHTUNG

SG Düsseldorf, Urt. v. 21.09.2007 – S 8 KR 11/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-132

Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 92/07 -

Rehabilitationsleistung, Vertragseinrichtung, Nichtvertragseinrichtung, Dauerverwaltungsakt, Beratungspflicht, sozialrechtlicher Herstellungsanspruch

SGB V §§ 13 II 4, 40 I

Ambulante Rehabilitationsleistungen oder ambulante Behandlungsmaßnahmen können Krankenkassen grundsätzlich nur **in Vertrags- bzw. zugelassenen Einrichtungen** erbringen, §§ 40 I, 13 II 4 SGB V. Durch vorangegangene wiederholte **Bewilligungen** besteht eine Bindung der Krankenkasse nur, wenn die Behandlungen in einer Nichtvertragseinrichtung im Vorhinein als Dauerverwaltungsakt bewilligt wurden.

Bewilligt eine Krankenkasse eine Leistung mit dem Hinweis, dass es sich bei der Bewilligung um eine Einzelfallentscheidung ohne Rechtspflicht für die Zukunft handele, so besteht keine **Beratungspflicht** vor Ablehnung eines Folgeantrags. Ein Versicherter kann sich dann auch nicht auf einen **sozialrechtlichen Herstellungsanspruch** berufen.

Das *SG* wies die Klage ab.

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern

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

1. BEZIEHUNGEN ZU KRANKENHÄUSERN: KRANKENHAUSKOSTEN

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

Die Vorlage des *I. Senats* des BSG, Beschl. v. 07.11.2006 - B 1 KR 32/04 R- (**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?) hat der **Große Senat des BSG**, Beschl. v. 25.09.2007 - GS 1/06 – beantwortet:

1. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach medizinischen Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthalts auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss.

2. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine "Einschätzungsprärogative" kommt dem Krankenhausarzt nicht zu.

Zur Rspr. des BSG s. ferner zuletzt RID 06-04-B IX 1 (S. 69); RID 05-04-B X 1 (S. 58).

Wagener/Weddehage, Ausgewählte Rechtsfragen zur Zulassung von Krankenhäusern gemäß § 116b Abs. 2 SGB V, MedR 2007, 643-648.

A) VERGÜTUNGSANSPRUCH BEI VERSTOß GEGEN BEGRENZTEN VERSORGUNGS-AUFTRAG

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.05.2007 – L 5 KR 186/06 – juris

RID 07-04-133

Revision anhängig: B 3 KR 6/07 R

Behandlungskosten, Versorgungsauftrag, Krankenhaus, Beweislast, ungerechtfertigte Bereicherung
SGB V §§ 39 I 3, 109 IV 3, 112 II; BGB § 812 I 1 Alt. 1

Ein **Vergütungsanspruch** besteht nur, wenn eine i. S. des § 39 SGB V erforderliche und im Rahmen des Versorgungsauftrags (§ 39 I 2 SGB V) zugelassene stationäre Behandlung erfolgt ist (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen v. 27.11.2001 - L 5 KR 42/01 - KRS 01.103).

Macht die **Krankenkasse** auf Grund nachträglich bei ihr eingegangener Informationen trotz Vorliegens einer Kostenübernahmeerklärung geltend, dass **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** nicht bestanden habe, so trägt sie hierfür - vorbehaltlich einer sachgemäßen Dokumentation der Behandlung durch das Krankenhaus - die **Beweislast**. Soweit die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse im Interesse der zügigen Durchführung der Krankenhausbehandlung das Vertrauen des Krankenhauses schützt, dass die bei Abgabe der Kostenzusage feststellbaren Voraussetzungen der Eintrittspflicht der Krankenkasse, nachträglich nicht mehr in Frage gestellt werden, bezieht sich diese Wirkung jedoch nicht auf einen Umstand, der die besonderen Bedingungen des Versorgungsvertrages für die Aufnahme eines Großteiles der Patienten betrifft und den Krankenkassen bekannt war.

Ein Leistungserbringer, der eine Leistung unter **Verstoß gegen formale oder inhaltliche Vorschriften** des Leistungserbringungsrechts erbracht hat, hat nach der ständigen Rechtsprechung des BSG keinen Vergütungsanspruch. Dies gilt auch dann, wenn die Leistung im Übrigen ordnungsgemäß erbracht wurde und für den Versicherten geeignet und nützlich war (vgl. BSG v. 17.03.2005 - B 3 KR 2/05 R - BSGE 94, 213 = SozR 4-5570 § 30 Nr. 1).

Vorinstanz: **SG Koblenz**, Urt. v. 18.08.2006 - S 11 KR 190/05 -.

B) PROGNOSEENTSCHEIDUNG EINES KRANKENHAUSARZTES

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.07.2007 – L 5 KR 143/05 – juris

RID 07-04-134

Revision anhängig: B 3 KR 14/07 R

Behandlungskosten, Krankenhausbehandlung, Krankenhaus, Einschätzungsprärogative, Prognoseentscheidung
SGB V §§ 12 I, 39 I 2

Eine **Krankenhausbehandlung** ist **notwendig**, wenn sie aus der vorausschauenden Sicht des **Krankenhausarztes** unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände vertretbar ist, d. h. nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung steht oder medizinische Standards verletzt. Im Zweifel kommt es auf die Prognose des behandelnden Arztes an (vgl. zuletzt BSG v. 07.07.2005 - B 3 KR 40/04 R - GesR 2005, 558).

Die **Prognoseentscheidung eines Krankenhausarztes** ist im Hinblick darauf gerichtlich zu überprüfen, ob sie mit der allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung, mit medizinischen Standards sowie mit sonstigen, den Leistungsanspruch des Versicherten konkretisierenden Vorschriften des Krankenversicherungsrechts in Einklang steht. Hierzu gehört auch das Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl. BSG v. 16.02.2005 - B 1 KR 18/03 R - BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 4).

Vorinstanz: **SG Koblenz**, Urt. v. 27.07.2005 - S 12 KR 359/02 -.

C) VERWEILDAUER NACH ANALOPERATIONEN

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 05.09.2007 – L 5 KR 77/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-135

Analoperation, Krankenhausaufenthalt, Verweildauer
SGB V §§ 12 I, 39, 109 IV 3

Sind allgemeine **Qualitätsstandards** für eine notwendige Behandlungsdauer nach Analoperationen (hier: Hämorrhoidektomie, die Marisquen, die Fistel und die Fissur wurden exzidiert) nicht aufgestellt worden, so ist daraus der Schluss zu ziehen, dass unter medizinischen Gesichtspunkten keine allgemeine Notwendigkeit besteht, den Patienten acht Tage stationär zu behandeln. Die notwendige **Dauer des Krankenhausaufenthalts** richtet sich nach den jeweiligen individuellen Umständen. Eine Begründung nur mit der abstrakten Gefahr von Nachblutungen reicht nicht aus.

Wenn keine Anhaltspunkte für die Verweildauer angegeben werden und andererseits die Durchschnittswerte für einen wesentlich kürzeren Krankenhausaufenthalt sprechen – hier 4,2 Tage -, ist es für die Krankenkasse möglich, die **Gründe von den Krankenhausärzten** zu erfragen; werden entsprechende Gründe angegeben, obliegt es der Krankenkasse, diese zu widerlegen. Der

Anscheinsbeweis des behandelnden Arztes reicht aber nicht so weit, dass die Krankenkasse auch ohne Angabe von Gründen in jedem Fall nachweisen muss, dass die stationäre Behandlung auch kürzer hätte ausfallen können. Dies gebietet der Sphärengedanke, denn das behandelnde Krankenhaus verfügt über die notwendigen Daten der Behandlung und ist eher in der Lage, die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung zu beurteilen und zu begründen. Die Krankenkasse ist demgegenüber stets auf die Reaktion dieser abgegebenen Begründung beschränkt.

SG Lübeck, Urt. v. 23.05.2005 - S 9 KR 350/02 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

D) STATIONÄRER AUFENTHALT NACH ENTGIFTUNG

LSG Sachsen, Urt. v. 21.03.2007 – L 1 KR 50/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-136

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, Suchtkranker, Entgiftung, Entwöhnungsbehandlung
SGB V §§ 39, 108

Die bundesrechtliche Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (**PsychPV**) bringt zum Ausdruck, dass eine entsprechende komplexe Behandlung von Psychatriepatienten auch im **stationären Bereich** erforderlich sein kann und dass der Patient in einem solchen Fall nicht darauf verwiesen werden darf, der multiprofessionale Einsatz nicht typisch medizinischer Heilhilfsberufe müsse in ambulanten Versorgungsformen erfolgen. Die PsychPV hat nicht nur eine spezifisch krankenhausesfinanzierungsrechtliche, sondern eine unmittelbar auch krankenversicherungsrechtliche Funktion; denn sie macht durch die Beschreibung von Tätigkeitsprofilen im Krankenhaus zugleich inhaltliche Vorgaben zur Behandlung psychisch Kranker, indem sie dabei die Bedingungen einer modernen psychiatrischen Behandlung berücksichtigt (so dezidiert BSG, Urt. v. 16.02.2005 – B 1 KR 18/03 R – BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 4 Rn. 23).

§ 5 I PsychPV geht davon aus, dass auch bei der stationären Versorgung von psychiatrisch behandlungsbedürftigen, **suchtkranken Versicherten** Krankenhauspflegebedürftigkeit nicht etwa nur deshalb verneint werden darf, weil schwerpunktmäßig Personal aus nichtmedizinischen Berufen, die ihre Leistungen auch außerhalb von stationären Einrichtungen anbieten und erbringen, zum Einsatz kommen.

Liegt **objektiv** eine **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** nach § 39 I 2 SGB V vor, so bedarf es keiner Entscheidung zu der Frage, ob deren Prüfung von der Krankenkasse voll inhaltlich überprüft werden kann oder ob insoweit eine Einschätzungsprärogative des den Versicherten im Krankenhaus behandelnden Arztes besteht.

Eine **sofortige mehrwöchige stationäre Intervention** kann jeweils notwendig sein, um überhaupt die Grundlagen für eine erneute, mit Aussicht auf Erfolg durchzuführende Entwöhnungsbehandlung zu schaffen. Dass dieses Ziel der Regelbehandlung von Abhängigkeitskranken auch normativ der Krankenhausbehandlung, wenn nicht zugeordnet muss, so doch in geeigneten Fällen zugeordnet werden kann, folgt schon aus § 5 I PsychPV.

SG Dresden, Urt. v. 13.03.2003 - S 16 KR 21/00 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

E) KEINE FESTSTELLUNG AUF UNZULÄSSIGKEIT EINER AUFRECHNUNG/ERSTATTUNG VON ANWALTSKOSTEN

SG Duisburg, Urt. v. 30.05.2007 – S 9 (7) KR 15/06 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-137

Verrechnung, Feststellungsinteresse, Sicherstellungsvertrag, Aufrechnung
SGB V § 112 II 1 Nr. 2; SGG § 55 I Nr. 1

Einem **Klagebegehren** eines Krankenhausträgers, das auf Untersagung der Geltendmachung bzw. Durchsetzung einer Rückforderung im Wege einer Verrechnung gerichtet ist, fehlt das berechtigte Interesse an der alsbaldigen Feststellung, wenn weder ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch im Wege der Erhebung einer Leistungsklage geltend gemacht noch eine Verrechnung der streitigen Forderung vorgenommen wurde.

Wird in einem **Sicherstellungsvertrag** nach § 112 II 1 Nr. 2 SGB V geregelt, dass dem Anspruch des Krankenhauses auf zeitnahen Ausgleich der Rechnung innerhalb von 15 Kalendertagen das Recht der Krankenkasse auf Prüfung und Beanstandung der Rechnung in rechnerischer oder sachlicher Hinsicht gegenübersteht, dann steht jede Zahlung zunächst unter dem **Vorbehalt einer Rückforderung** oder Verrechnung, wenn die nachfolgende Prüfung zu diesem Ergebnis gelangt, dass die zunächst gezahlte Forderung unberechtigt ist.

Enthält der Sicherstellungsvertrag hinsichtlich des Zeitraumes, in dem ein solches Prüfverfahren abgeschlossen zu sein hat, keine speziellen Regelungen, so ist eine **lange Verfahrensdauer** rechtlich nicht zu beanstanden, solange der Tatbestand eines Verstoßes gegen Treu und Glauben i. S. einer Verwirkung nicht vorliegt und keine Verjährungstatbestände eingreifen.

In Ansehung der im Sicherstellungsvertrag angelegten Möglichkeit der nachträglichen Überprüfung und Kontrolle ist nicht jede im Nachhinein als unzutreffend zu bewertende Beurteilung mit dem Risiko einer darüber hinausgehenden **Ersatzverpflichtung** verbunden. Kosten, die im Rahmen der außergerichtlichen Klärung von Abrechnungsfragen entstehen, stellen für beide Vertragspartner Vorhaltekosten dar, die unabhängig vom Ausgang dieses Verfahrens nicht auf den anderen Vertragspartner abgewälzt werden können (vgl. SG Dresden, Gerichtsbb. v. 08.02.2007 - S 18 KR 212/05 -).

Das **SG** wies die Klage ab.

2. HAFTUNG DES APOTHEKERS FÜR GEFÄLSCHTE REZEPTE

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 12.09.2007 – L 4 KR 242/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-138**

Kaufvertrag, Arznei-Liefervertrag, Positive Vertragsverletzung
BMV-Ä § 26; Nds. Arznei-Liefervertrag

Mit der Vorlage der von einem Arzt ausgestellten Rezepte durch den Versicherten und der Aushändigung der Medikamente durch die Apotheke kommen jeweils **Kaufverträge** zwischen der Krankenkasse und der Apotheke auf der Basis des Arznei-Liefervertrages über das Medikament zustande.

Bei der Abwicklung dieser Kaufverträge verletzt ein Apotheker nach den Grundsätzen des Rechtsinstituts der positiven Vertragsverletzung leistungsbezogene Nebenpflichten, wenn er den **Arznei-Liefervertrag nicht einhält**. Dies ist der Fall, wenn ein Apotheker Rezepte einlöst, die nach dem Arznei-Liefervertrag wegen der Mengen nur abrechnungsfähig sind, wenn der Arzt die Änderung durch seine Unterschrift und Datum auf der Vorderseite bestätigt hat.

Der bei der Kl. versicherte E ist HIV-positiv. In der streitbefangenen Zeit wurde er von dem Arzt Dr. F. ohne Verwendung des Medikaments INTRON A mit einer dreifachen Kombinationstherapie behandelt. E benötigte INTRON A also nicht. E suchte den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. G. und gab an, dass er im Charité Universitätsklinikum in Berlin behandelt werde und legte ein gefälschtes Schreiben einer Ärztin der Charité Universitätsklinikum vor, wonach er seit 1990 HIV-positiv sei und mit dem Medikament INTRON A behandelt werde. Dr. G. verließ sich auf diese Angaben, untersuchte den Versicherten nicht selbst und stellte ihm im Oktober 1999 ein Kassenrezept auf INTRON A aus. E übergab das Rezept seinem Bekannten J. Dieser **fälschte das Rezept**, indem er mit **Kugelschreiber vor "INTRON A" den Zusatz "4x" einfügte**, und löste es in der K.-Apotheke in Hannover ein. Die **Kosten** hierfür betragen **24.514,92 DM**. J. gelang es, das Medikament an die **Großhandelsfirma L. Pharma Handel AG & Co. zu verkaufen**, weil er es zu einem niedrigeren Preis als handelsüblich anbot. Die Firma L. Pharma Handel AG & Co. nahm das Medikament in ihren Bestand ohne Rücksicht darauf, dass es kühlkettenpflichtig ist und ohne die Einhaltung der Kühlkette geprüft zu haben. Dieser **Vorgang wiederholte sich weitere 13mal**. Ferner löste er ein ungefälschtes Rezept ein. Die K.-Apotheke rechnete insgesamt einen Betrag von 349.337,61 DM gegenüber der Kl. ab, die diesen Betrag auch bezahlte. Ab Mai 2000 löste J. die von ihm **gefälschten 14 weiteren Rezepte** von Dr. G. bei der **M.-Apotheke des Bekl.** ein (Gesamtpreis: 343.208,88 DM). Über eine Rückfrage der KV bei Dr. G. wegen der Überschreitung des praxisbezogenen Medikamentenbudgets kam es zur Aufklärung. E und J wurden vom LG Hannover im Juni 2003 zu mehrjährigen Freiheitsstrafen wegen Betruges und Urkundenfälschung verurteilt. Die Kl. meint, dass dem Bekl. die handschriftlichen Änderungen der Rezepte ebenso hätten auffallen müssen wie die ungewöhnlich hohe Menge des verordneten Medikamentes INTRON A. In einer Packung INTRON A seien 8 PENS mit je 30 Mio. Einheiten. Bei einer bereits als hoch einzuschätzenden Dosierung von 15 Mio. Einheiten täglich hätte 1 PEN etwa 2 Tage gereicht. Die ursprünglich verordnete Menge von 8 PENS hätte demnach etwa 2 Wochen vorgehalten. In diesem Rhythmus habe Dr. G. die Rezepte ausgestellt. Die Verordnung der vierfachen Menge hätte dem Beklagten bzw. seinen Mitarbeitern auffallen und Veranlassung zur Rücksprache mit Dr. G. geben müssen. **SG Hannover**, Urt. v. 29.06.2005 - S 11 KR 1313/01 – gab der Klage überwiegend statt, das **LSG** wies die Berufung des Bekl. zurück u. verurteilte auf Berufung der Kl. den Bekl., an die Kl. insgesamt 175.479,92 EUR nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz zu zahlen.

3. HILFSMITTELERBRINGER: KEINE KLAGEBEFUGNIS FÜR BERUFSVERBAND GEGEN FESTBETRAGSFESTSETZUNGEN

SG Berlin, Urt. v. 01.08.2007 – S 112 KR 244/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-139

Festbetragsfestsetzung, Allgemeinverfügung, Klagebefugnis, Prozessstandschaft
SGB V § 36; SGB X § 31 S. 2; SGG §§ 54, 96, 131 I 3

Neue Festbetragsfestsetzungen ersetzen nicht frühere Festbetragsfestsetzungen i. S. d. § 96 SGG.

Ein **Berufsverband** des Orthopädie-Mechaniker-Handwerks und **Innungen** für Orthopädie-Technik sind durch Festbetragsfestsetzungen nicht in eigenen Rechten betroffen und haben keine **Klagebefugnis**. Mithin sind auch Fortsetzungsfeststellungsklagen unzulässig (vgl. BSG v. 24.11.2004 – B 3 KR 16/03 R = SozR 4-2500 § 36 Nr. 1).

Der Kl. zu 1) nimmt als juristische Person des privaten Rechts die Interessen des Orthopädie-Mechaniker-Handwerks und des Bandagisten-Handwerks auf Bundesebene wahr. Zu seinen satzungsmäßigen Aufgaben gehört es u. a., die angeschlossenen Landesinnungsverbände und Handwerksinnungen zu unterstützen. Die Kl. zu 2) bis 6) sind die im Lande Nordrhein-Westfalen bestehenden fünf Innungen für Orthopädie-Technik. Am 01.12.2004 beschlossen die bekl. Spitzenverbände der Krankenkassen mit Wirkung ab 2005 die Festsetzung von bundesweiten **Festbeträgen u. a. für Einlagen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und für Stomaartikel**. Die Kl. tragen vor, sie seien klagebefugt. Die Festbetragsfestsetzungen verletzen die zugelassenen **Sanitätshäuser**, deren Rechte sie in Prozessstandschaft wahrnehmen, in ihrem Grundrecht aus Art. 12 I GG. Die angegriffenen Verfügungen seien materiell rechtswidrig. Denn es würden nicht nur Erstattungsobergrenzen im Verhältnis zu den Versicherten festgesetzt, sondern gesetzeswidrig Abgabepreise geregelt und Vertragsbedingungen festgeschrieben. Die Bekl. haben durch Beschl. v. 11.05.2006 (höhere) Festbeträge für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und für Einlagen festgesetzt. Die von den Klägern hiergegen beim SG Berlin erhobene Klage ist anhängig. Mit Wirkung v. Januar 2007 haben die Bekl. die Festbeträge für Einlagen, Hörhilfen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Sehhilfen und für Stomaartikel neu festgesetzt. Diesbezüglich ist beim SG Berlin ein Klageverfahren anhängig. Das **SG** wies die Klage ab.

4. DIE „JEWELTS GÜLTIGE MEHRWERTSTEUER“ FÜR SONDENNAHRUNG/ERMÄßIGTER STEUERSATZ

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 02.08.2007 – L 5 KNK 1/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-140

Revision eingelegt: B 3 KR 18/07 R

Sondennahrung, Mehrwertsteuer, Umsatzsteuersatz

SGB V § 127; UStG § 12 II Nr. 1; Verordnung (EG) Nr. 1777/2001 v. 07.09.2001

Die einem Vertrag mit einem Lieferanten enthaltene **Klausel "Die jeweils gültige Mehrwertsteuer kann zusätzlich berechnet werden."** konstituiert eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass der für eine Leistung vereinbarte Preis auch die Aufwendung für die von dem Leistenden zu entrichtende Mehrwertsteuer abgilt (vgl. BGH v. 28.2.2002 - I ZR 318/99 - juris Rn. 11). Der Begriff "jeweils gültige Mehrwertsteuer" kann nicht so ausgelegt werden, einschränkungslos sei die vom Finanzamt festgesetzte Mehrwertsteuer maßgebend. Nach Treu und Glauben (§ 242 BGB) kann die Vorschrift nicht so interpretiert werden, dass die Krankenkasse als Endverbraucherin den normalen Umsatzsteuersatz zu zahlen hätte, auch wenn der Lieferant mögliche gerichtliche Schritte gegen die Umsatzsteuerfestsetzung unterlässt.

Nach der maßgebenden umsatzsteuerrechtlichen Rechtslage gilt für **Sondennahrung** der **ermäßigte Steuersatz**, d. h. der Steuersatz von 7 %.

Die Kl. versorgt auf entsprechende ärztliche Verordnung Versicherte der Bekl. mit Sondennahrung und stellt diese der Bekl. in Rechnung. Nach dem **Vertrag** richtet sich die Vergütung nach den vereinbarten Preisen, höchstens jedoch nach den Festbeträgen (§ 33 II SGB V). Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Grundlage der Vergütung ist der Apothekeneinkaufspreis zuzüglich einem Aufschlag von 4 %. Die Preise enthalten sämtliche Nebenkosten, wie z. B. Beratung, Einweisung und Lieferung in die Wohnung. Die jeweils gültige Mehrwertsteuer kann zusätzlich berechnet werden. Bis zum 30.06.2003 berechnete die Klägerin den ermäßigten Mehrwertsteuersatz. Im Laufe des Jahres 2003 vertraten das **Bundesministerium der Finanzen** und die unteren Finanzbehörden die Auffassung, für flüssige Lebensmittelzubereitungen, wozu auch Sondennahrung zähle, gelte der ermäßigte Umsatzsteuersatz nicht, außer wenn die Sondennahrung wegen ihrer sensorischen Eigenschaften nicht unmittelbar trinkbar sei; die bisherige Praxis, für Sondennahrung nur den ermäßigten Steuersatz zu berechnen, könne nur im Rahmen einer Nichtbeanstandungsregelung für Medizinhändler bis zum 31.12.2002 geduldet werden; die nach diesem Zeitpunkt erzielten Umsätze aus der Lieferung von Sondennahrung seien mit dem Regelsatz von damals 16 v.H. zu versteuern. Unter Berufung hierauf stellte die Klägerin der Beklagten ab

dem 01.07.2003 für Sondennahrung den um den höheren Mehrwertsteuersatz erhöhten Preis in Rechnung. Die Beklagte zahlte jeweils nur den um den Differenzbetrag zwischen dem ermäßigten Mehrwertsteuersatz und dem Regelmehrwertsteuersatz gekürzten Rechnungsbetrag. Das Finanzamt hat den Einspruch der Kl. gegen die Festsetzung der Umsatzsteuer auf 16 % zurückgewiesen. Diese Entscheidung ist bindend. **SG Koblenz**, Urt. v. 07.12.2005 - S 6 KNK 67/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

5. LIEFERANTEN VON ARZNEIMITTEL: ERHÖHUNG DES VERKAUFSPREISES

SG Düsseldorf, Urt. v. 20.07.2007 – S 4 KR 214/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-141

Arzneimittellieferanten, Arzneimittelpreis, Verkaufspreis, Bereicherungsrecht, Apotheke, Direktlieferant, Skontoabzug, Verzugszinsen

SGB V §§ 129, 130, 130a; BGB §§ 812 I 1 Alt. 1, 818 II

Die Verordnung des Arzneimittels durch den Vertragsarzt kann nicht als Einverständnis mit der Höhe des von einem Arzneimittellieferanten festgesetzten **Arzneimittelpreises** verstanden werden. Der grundsätzliche Vergütungsanspruch ergibt sich jedoch aus **Bereicherungsrecht**, § 812 I 1, 1. Alt. i.V.m. § 818 II BGB (vgl. BSG SozR 3-2500 § 132a Nr. 1; BSG, Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 2/03 R - SozR 4-2005 § 132a Nr. 1).

Im Rahmen des § 818 II BGB bestimmt sich der objektive Wert grundsätzlich zunächst nach dem vom Hersteller bzw. Verkäufer bekannt gegebenen **Verkaufspreis**.

Die Rabattvorschrift des § 130a SGB V bezieht sich schon nach ihrem Wortlaut nur auf Apotheken und nicht auf **Direktlieferanten**.

Nach allgemeiner Verkehrsauffassung darf von einem grundsätzlich eingeräumten **Skontoabzug** nur dann Gebrauch gemacht werden, wenn der gesamte Rechnungsbetrag innerhalb kurzer Zeit gezahlt wird. Die Zahlung eines Teilbetrages berechtigt grundsätzlich nicht zum Skontoabzug.

Der Anspruch auf **Verzugszinsen** ergibt sich aus § 69 SGB V i.V.m. § 286 Abs. 3, 288 Abs. 2 BGB (vgl. BSG, Urt. v. 19.04.2007 - B 3 KR 10/06 R - Die Leistungen Beilage 2007, 252).

Die Kl. produziert das zugelassene Fertigarzneimittel Prolastin HS und bringt es als Trockensubstanz in Flaschen abgefüllt zur Herstellung von Infusionslösungen in Verkehr. Die Abgabe erfolgt nicht über Apotheken, sondern direkt an die applizierenden Ärzte und Krankenhäuser. Der Rechnung der Entgelte legte die Kl. gegenüber der Bekl. bis 31.01.2003 den Preis von 295,80 EUR einschließlich Mehrwertsteuer pro Flasche und ab 01.02.2003 324,80 EUR zugrunde. Die Klägerin gestattete der Beklagten bei Zahlung innerhalb einer kurzen Frist ein Skonto von 1,5 %. Die Bekl. ging jedoch nur vom alten Preis aus; davon zog sie gemäß § 130 I u. II SGB V 6 % als Herstellerrabatt ab, dann 1,5 % Skonto. Für die streitgegenständlichen 47 Rechnungen ergab sich auf dieser Berechnungsgrundlage ein Kürzungsbetrag von 43.127,04 EUR. Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Bekl., an die Kl. 43.127,04 EUR zuzüglich 8 % Zinsen über dem Basissatz p.a. zu zahlen.

6. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

A) INTRAVENÖSE ERNÄHRUNGSINFUSION MIT MEHR ALS 6 STUNDEN DAUER

SG Düsseldorf, Urt. v. 21.09.2007 – S 8 (4) KR 87/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-03-142

Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 91/07 -

Häusliche Krankenpflege, Ernährungsinfusion, Pflegedienst

SGB V §§ 132, 132a

Für die Erbringung von häuslichen Krankenpflegeleistungen in Form einer intravenösen Ernährungsinfusion mit einer mehr als 6-stündigen Dauer und zwei Einsätzen steht einem ambulanten Pflegedienst eine **zweimalige Vergütung** gemäß der Leistungsgruppe 3 der Vergütungsvereinbarung zum Vertrag gemäß §§ 132 und 132 a SGB V zu.

Das **SG** stellte fest, dass das Zubereiten und Anhängen einer intravenösen Ernährungsinfusion einschließlich des Spülens des Zugangs einerseits und das Abhängen der intravenösen Ernährungsinfusion einschließlich des Spülens des Zugangs und der Portfunktion andererseits zwei Vorgänge sind, die durch die Beklagte jeweils gemäß Ziffer 2. c), DALE-Abrechnungspositionsnr. 032326 nach der Leistungsgruppe 3, derzeit mit je 14,52 Euro, zu vergüten sind, wenn zwischen dem Anhängen und Abhängen mehr als 6 Stunden vergehen.

B) ENTSCHEIDUNG EINER UNABHÄNGIGEN SCHIEDSPERSON KEIN VERWALTUNGSAKT

SG Wiesbaden, Urt. v.18.09.2007 – S 2 KR 170/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-143

Verwaltungsakt, häusliche Krankenpflege, Schiedsperson, Leistungsbestimmung,
SGB V § 132a II; SGB X § 31; ZPO § 1029; BGB §§ 317, 319

Leitsätze: 1. Die Entscheidung einer unabhängigen Schiedsperson nach § 132a Abs. 2 Satz 6 SGB V stellt keinen Verwaltungsakt i.S.v. § 31 SGB X, sondern eine Leistungsbestimmung durch einen Dritten nach § 317 BGB dar.

2. Wird der Maßstab für die Entscheidung einer unabhängigen Schiedsperson nach § 132a Abs. 2 Satz 6 SGB V durch die Vertragsparteien nicht näher bestimmt, hat die Schiedsperson nach § 317 Abs. 1 BGB nach billigem Ermessen zu entscheiden. In diesem Fall hat ein staatliches Gericht nur zu überprüfen, ob die Entscheidung der Schiedsperson offensichtlich unbillig ist.

Zwischen den kl. Krankenkassenverbänden und den beigeladenen Verbänden der freien Wohlfahrtspflege wurde der **Rahmenvertrag 2005** geschlossen. Der Vertrag enthielt wegen fehlender Einigung keine Beschreibung der einzelnen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V und den dafür von den gesetzlichen Krankenkassen zu zahlenden Vergütungen. Aufgrund eines vor dem SG Wiesbaden geschlossenen Vergleichs vom 23.05.2006 bestimmte das Hessische Sozialministerium den **Beklagten als Schiedsperson**. Die Vertragspartner legten ein Protokoll über die Nichteinigung vor, in dem die Liga bzgl. der „Versendung von Unterlagen“ ihre Forderung mit 11,11 Euro aufrecht erhält, demgegenüber die Kassen das Versenden von Unterlagen als keine Leistung der häuslichen Krankenpflege und damit nicht als zu vergütende Leistung ansehen. Dissens bestand hinsichtlich der Vergütungsfähigkeit der Leistung und der Vergütungshöhe. Der **Beklagte** legte mit einer **Entscheidung** v. 02.05.2007 eine Beschreibung der Leistungen für die häusliche Krankenpflege zum Rahmenvertrag 2005 fest und regelte die Vergütungen dafür. Dabei bestimmte er u. a., dass die derzeit gezahlten **Vergütungen** für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege ab dem 1. Juli 2007 um **5,98%** erhöht werden. Die Kl. hätten eine Erhöhung um 3,2% und die Beigel. um 15,77% beantragt. Die Vergütungen seien zuletzt im Jahr 1998 für das Jahr 1999 erhöht worden. Seiner Entscheidung habe er deshalb die Aufsummierung der Veränderungsraten der Grundlohnsummen für die Jahre 2001 bis 2007 zugrunde gelegt. Der Gesamtanstieg der Grundlohnsummen habe 5,98% betragen. Die derzeit gezahlte Vergütung für die Hausbesuchspauschale erhöhte der Bekl. ebf. zum 01.07.2007 um 5,98%. Die Kläger hätten keine Erhöhung der Hausbesuchspauschale, die Beigel. um 15,77% beantragt. Die Hausbesuchspauschale mache 40-50% der Gesamtvergütung der Leistungserbringer aus. Daher sei auch die Hausbesuchspauschale wie die allgemeine Vergütungserhöhung zu erhöhen. Außerdem setzte der Bekl. die Vergütung für die Versendung von Dokumentationsnachweisen auf 6,00 Euro fest. Das **SG** wies die Klage ab.

SG Wiesbaden verweist auf **LSG Berlin-Brandenburg**, B. v. 26.07.2007 – L 24 KR 408/07 ER – RID 07-03-178, wonach ein Schiedsspruch kein Verwaltungsakt ist; z.T. wohl anders **LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 30.06.2006 – L 9 B 281/06 KR – RID 06-04-185; **LSG Berlin**, Beschl. v. 27.04.2005 – L 9 B 65/05 KR ER – RID 06-01-149.

LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 29.08.2007 – L 1 B 311/07 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-144

Verwaltungsakt, häusliche Krankenpflege, Schiedsperson, Leistungsbestimmung
SGB V §§ 69 ff., 89, 132a II; SGB X § 31

Der **Schiedsperson** nach § 132 a II 6 SGB V wird **keine hoheitliche Aufgabe** übertragen. Die Vorschrift bestimmt nur, was Vertragsinhalt zwischen den Beteiligten werden soll. Die Schiedsperson hat nach § 132 a Abs. 2 SGB V lediglich das zu bestimmen, was eigentlich den Beteiligten am Versorgungsvertrag als Einigung auf vertraglicher Ebene im Rahmen eines Gleichordnungsverhältnisses obliegt. Die Übertragung dieser Aufgabe auf eine grundsätzlich von den Vertragsparteien selbst zu bestimmende Schiedsperson macht diese, auch wenn ihre Einsetzung als Vertragsinhalt durch Gesetz angeordnet ist, nicht zu einem Hoheitsträger. Der Schiedsspruch ist deshalb **kein Verwaltungsakt**.

Die Ast. betreibt ein Unternehmen der häuslichen Krankenpflege und erbringt Leistungen nach § 37 SGB V. Nach Scheitern eines Vertrages entsprechend § 132a II SGB V 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. u. a. die Ag. (City BKK Hamburg), die mit Klage die Aufhebung des Schiedsspruches begehrt (SG Berlin - S 89 KR 1554/05 – bzw. LSG Berlin-Brandenburg - L 9 KR 403/07 -). 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 mit weiterem Bescheid vom 20.12.2006 ausgesetzt. **SG Berlin**, Beschl. v. 28.03.2007 - S 89 KR 887/07 ER – beschloss, die Klage auf Aufhebung des Schiedsspruches habe keine aufschiebende Wirkung; das **LSG** lehnte den Antrag auf Feststellung, dass die Klage gegen den Schiedsspruch vom 28.06.2005 keine aufschiebende Wirkung hat, ab; der Antrag, gemäß § 86b I Nr. 1 SGG die sofortige Vollziehung des Schiedsspruches vom 27.05.2005 durch die Schiedsperson RZ anzuordnen, lehnte es ebf. ab.

7. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMER

A) ANORDNUNGSGRUND BEI FEHLENDEM VERTRAGSSCHLUSS

SG Lübeck, Beschl. v. 23.05.2007 – S 1 KR 250/07 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-145

Krankentransport, Krankentransportunternehmer, Anordnungsgrund
SGG § 86b II

Wirtschaftliche Nachteile, die durch ein selbst eingegangenes Risiko im Hinblick auf eine noch nicht gesicherte Rechtsposition entstehen, reichen für einen **Anordnungsgrund** nicht aus. Dies ist der Fall, wenn ein Beförderungsunternehmen den ihm angebotenen Vertrag mit einer Krankenkasse nicht abgeschlossen und damit selbst das Risiko gesetzt hat, dass die für die Krankenkasse durchgeführten Patientenfahrten nicht vergütet werden.

Das **SG** wies den Antrag, die Ag. bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache zu verpflichten, von der Ast. in Rechnung gestellte Krankentransportrechnungen für bei der Ag. Versicherte auf der Basis der im Kreis Ostholstein festgelegten Beförderungsentgelte gemäß § 51 BPeFG zu vergüten, zurück.

B) HÖHE DER VERGÜTUNG VON KRANKENTRANSPORTLEISTUNGEN: GERICHTLICHE KONTROLLDICHTE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2007 – L 5 KR 152/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-146

Revision zugelassen

Krankentransportleistungen, Vergütung, Vergütungshöhe, GWB, Diskriminierungsverbot
SGB V §§ 69, 71, 133; BGB §§ 315, 316; GWB § 20; EGV Art. 81 ff; GG Art. 3 I, 12 I

Ein Anspruch eines Krankentransportunternehmens auf eine **Vereinbarung höherer Vergütungssätze** ergibt sich nicht aus § 133 I SGB V.

Die Auffassung, es sei nicht Aufgabe der Gerichte, eine entsprechende **angemessene Vergütung** festzusetzen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.08.2004 - L 16 KR 81/03 - RID 04-04-159), ist nicht frei von Bedenken. Sie nimmt dem privaten Unternehmer jegliche Rechtsschutzmöglichkeit, soweit nicht von Seiten der Krankenkassen die Grenze des Missbrauchs der Marktmacht überschritten wird. Es ist deshalb einer Lösung den Vorzug zu geben, die eine **eingeschränkte Überprüfung** der den Leistungserbringern gewährten Vergütungen ermöglicht. Auszugehen ist dabei zunächst davon, dass Ziel der gerichtlichen Überprüfung nur sein kann, ob sich die gezahlten Vergütungen in einem Bereich befinden, der nach einer umfassenden Würdigung des Sachverhalts **als vertretbar** angesehen werden kann, oder ob die Vergütungshöhe sich außerhalb dieses Rahmes bewegt, so dass eine Anhebung zu erfolgen hat.

Die **zuletzt vereinbarte Vergütung** lässt vermuten, dass es sich dabei um jedenfalls "eine" angemessene Vergütung handelt. Im Anschluss hieran ist die Frage zu beurteilen, aufgrund welcher Umstände möglicherweise eine höhere Vergütung gerechtfertigt sein könnte.

Ein Krankentransportunternehmen ist nicht berechtigt, nach den §§ 315, 316 BGB die Vergütung **einseitig selbst festzusetzen**.

Vom 01.01.2000 bis zum 31.03.2007 findet das **GWB** keine Anwendung mehr (vgl. BSG SozR 3-2500 § 69 Nr. 1 S. 9 m.w.N.; LSG NRW, Urt. v. 12.08.2004, aaO.). Ab 01.04.2007 finden nunmehr die §§ 19 bis 21 GWB entsprechende Anwendung. Ein Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot des § 20 GWB liegt aber dann nicht vor, wenn die Krankenkasse sämtliche Unternehmen, die Krankentransportleistungen in Köln anbieten, hinsichtlich der Vergütungshöhe gleich behandelt.

Die **Krankenkassen** und ihre Verbände sind nicht als **Unternehmen** i.S. der Art. 81 ff. EGV zu beurteilen (EuGH v. 16.03.2004 - C 264/01 -, DVBl 2004, 555).

Die Kl. ist ein privates Krankentransportunternehmen, das aufgrund einer Genehmigung nach dem Rettungsgesetz NRW, Krankentransporte im Gebiet der Stadt Köln durchzuführen. Bis zum 31.12.2002 übernahm auch die Stadt Köln, für die als Beliehene die Hilfsorganisationen (Arbeiter-Samariter-Bund Köln e. V., Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Köln e. V., Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. Köln sowie Malteser Hilfsdienst e. V. Köln) tätig wurden, Krankentransporte; hierfür erhob sie Gebühren nach Maßgabe der Satzung über den Rettungsdienst vom 27.03.1992 bzw. 04.12.2001. Als private Krankentransportunternehmen waren bzw. sind tätig die Firma B Köln T GmbH, die Firma Krankentransporte T KG, Köln, (frühere Klägerin zu 1), die Firma B Köln (frühere Klägerin zu 2) sowie die Klägerin (frühere Klägerin zu 3). Ende 1995 kündigten die privaten Unternehmer die mit den Beklagten bzw. ihren Mitgliedskassen bestehenden Rahmenverträge zum 31.03.1996 mit dem Ziel, eine Anhebung der Vergütungssätze für die Krankentransporte (und Rettungsfahrten) zu erreichen. Nach den bis zu diesem Zeitpunkt gültigen Verträgen wurde ein Krankentransport im Stadtgebiet Köln (bei Beförderung einer Person) mit 152,80 DM vergütet. Nachdem Vertragsverhandlungen mit den

Krankenkassen erfolglos geblieben waren, erhoben die privaten Unternehmer Klage vor dem LG Köln. Dieses entschied durch Urteil vom 02.07.1998 (Az.: 81 O (Kart.) 104/97 u.a., dass die Rechtsvorgängerin der Beklagten zu 1) verpflichtet sei, mit den Kl. einen Vertrag über die Vergütung von Krankentransportfahrten in Höhe von 185,00 DM pro KTW-Transport und einen Kilometerpreis in Höhe von 3,50 DM pro KTW-Transport abzuschließen. Am 07.12.1998 einigten sich die Parteien jenes Rechtsstreits - während des vor dem OLG Köln anhängigen Berufungsverfahrens - außergerichtlich auf eine Pauschale in Höhe von 197,70 DM, mit der KTW-Fahrten bis 100 km abgegolten werden sollten; die Kl. nahmen daraufhin die Klage zurück. Im Laufe des Jahres 1999 erneut aufgenommene Vertragsverhandlungen (die privaten Unternehmer waren zu der Ansicht gelangt, die Vergütung sei nicht auskömmlich) verliefen erfolglos; es kam lediglich zu der Preisvereinbarung vom 30.08.2000 - unter dem Vorbehalt der gerichtlichen Überprüfung -, die eine Anhebung der Preise um die Grundlohnsteigerungsrate von 1,43 % und eine Vergütung für KTW-Transporte in Höhe von damit 200,53 DM mit Wirkung ab 01.01.2000 vorsah. Mit Wirkung zum 01.01.2003 hat die Stadt Köln den qualifizierten Krankentransport aus der verwaltungsmäßigen Erbringung und der damit verbundenen Vergütung nach der Gebührensatzung herausgenommen. Seither treten die oben bezeichneten Hilfsorganisationen ebenfalls als private Krankentransporteure auf dem Markt für Krankentransportdienstleistungen in Köln auf; diese erhalten seit 01.01.2005 - wie auch die Klägerin und die anderen privaten Unternehmer - eine Pauschale von 103,79 EUR je KTW-Transport. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 25.07.2003 - S 34 KR 11/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

X. Kassenstreit: Außergerichtliche Streitbeilegung vorrangig

LSG Schleswig-Holstein, B. v. 26.09.2007 – L 5 B 522/07 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-04-147**
Rechtsschutzbedürfnis, Anordnungsgrund, Glaubhaftmachung, Untersagungsverfügung, Wettbewerbsstreitigkeit, Krankenkasse, Aufsichtsbehörde

SGB V § 4 III; SGB IV § 87 ff.; SGB X § 86; SGG § 86b II; UWG §§ 2 II, 12 II

Tritt eine Krankenkasse der **Behauptung** einer anderen Krankenkasse, bei ihr handele es sich um eine "eher unbedeutende Krankenkasse", nicht durch entsprechenden Tatsachenvortrag entgegen, hat sie nicht glaubhaft gemacht, durch die Werbemaßnahme bestehe die akute Gefahr eines erheblichen Mitgliederverlustes und ist von ihr nicht nachvollziehbar vorgetragen worden, der von ihr beanstandete Beitragssatzvergleich verhindere den Beitritt eines nennenswerten Teils neuer Mitglieder, so fehlt es an einem **Anordnungsgrund** für eine Untersagungsverfügung.

Das **UWG** ist in **Wettbewerbsstreitigkeiten** zwischen gesetzlichen Krankenkassen nicht anwendbar (ebs. *LSG Saarland*, Beschl. v. 21.06.2006 - L 2 B 5/06 KR – RID 07-01-201; *LSG Hessen*, Beschl. v. 08.09.1999 - L 1 KR 981/99 ER -; anders *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 28.05.2002 - L 5 B 29/02 KR ER -; *LSG Rheinland-Pfalz*, Beschl. v. 03.05.2005 – L 1 ER 11/05 KR – RID 05-02-159; *LSG Rheinland-Pfalz*, Beschl. v. 25.11.2005 – L 5 ER 99/05 KR – RID 06-01-152).

Ein Bedürfnis für einen gerichtlichen Eilrechtsschutz, also ein schützenswertes Interesse, ist nicht erkennbar, wenn eine Krankenkasse die Möglichkeit hat, das geltend gemachte Recht auf einfachere Weise **außerprozessual** zu erreichen.

§ 4 III SGB V und § 86 SGB X normieren nicht nur einen Programmsatz mit relativ unverbindlichem Charakter, sondern einen allgemeinen Grundsatz mit uneingeschränkter Rechtsverbindlichkeit, dessen konkrete Ausformung sich nach den möglichen Handlungsfeldern der Zusammenarbeit bestimmt. Aus dieser rechtlichen Verpflichtung zur Zusammenarbeit folgt u. a. eine **Pflicht** zumindest zum Versuch einer **einvernehmlichen Regelung von Streitigkeiten** zwischen verschiedenen Krankenkassen. Diese Handlungspflicht muss einer Beschreitung des Rechtsweges - in welcher Form auch immer - vorgeschaltet sein.

Die Einschaltung der **Aufsichtsbehörde** ist vorrangig gegenüber dem Antrag auf Eilrechtsschutz (anders: *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 28.05.2002, aaO.; *LSG Rheinland-Pfalz*, Beschl. v. 21.06.2007 – L 5 ER 158/07 KR – RID 07-03-184).

Ast. u. Ag. sind Innungskrankenkassen. Sie wickeln ihren Geschäftsbetrieb jeweils online ab. Die Ast. ist bundesweit geöffnet, die Ag. ist geöffnet für die Länder Hessen und Rheinland-Pfalz und für das Saarland. Anfang des Jahres 2007 erstellte die Ag. ein Werbeblatt. In diesem stellte sie unter der Überschrift "Beitragsätze der in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland wählbaren Krankenkassen" ihrem Beitragssatz von 12,3 % die Beitragsätze von 90 anderen Krankenkassen gegenüber, die alle über ihrem allgemeinen Beitragssatz lagen. Von diesem Werbeblatt erhielt die Ast. nach ihrem Vortrag Anfang Februar 2007 Kenntnis. Sie wies die Ag. darauf hin, dass ihr allgemeiner Beitragssatz bei 12,0 % liege. Sie sei bei der von der Ag. verbreiteten Aufstellung nicht berücksichtigt worden. Das stelle einen Verstoß gegen § 3 UWG dar. Die Ast. forderte die Ag. auf, eine strafbewehrte Unterlassungserklärung zu unterzeichnen, was die Ag. ablehnte, weil

bisher solche Angelegenheiten auf Vorstandsebene einvernehmlich hätten geklärt werden können; sie sei auch in diesem Fall im Sinne eines partnerschaftlichen und konstruktiven Miteinanders im IKK-System davon überzeugt, dass sich auch das Anliegen der Ag. ohne juristischen Aufwand klären lasse. Für ein solches persönliches Gespräch stehe der Unterzeichner - der Vorstand der Ag. - jederzeit gern zur Verfügung. **SG** Kiel, Beschl. v. 28.06.2007 - S 19 KR 16/07 ER - wies den **Antrag**, der Ag. im Wege des Erlasses einer einstweiligen Anordnung zu untersagen, es bei Meidung eines vom Gericht für jeden einzelnen Fall der Zuwiderhandlung festzusetzenden Ordnungsgeldes bis zu 50.000,00 EUR, ersatzweise Ordnungshaft bis zu sechs Monaten, im geschäftlichen Verkehr zu Wettbewerbszwecken durch Verbreitung unvollständiger Übersichten über die allgemeinen Beitragssätze der in den Ländern Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland frei wählbaren gesetzlichen Krankenkassen den Eindruck zu erwecken, die Antragsgegnerin sei in diesen Ländern die Krankenversicherung mit dem günstigsten allgemeinen Beitragssatz unter den frei wählbaren gesetzlichen Krankenversicherungen, ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

XI. Verschiedenes

1. KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCH FÜR GUTACHTEN ÜBER SUCHTKRANKE GEFANGENE EINER JVA

SG Düsseldorf, *Urt. v. 21.09.2007 – S 8 KR 19/05* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-148

Kostenerstattungsanspruch, Begutachtung, Gutachten, Justizvollzugsanstalt, Krankenkasse, Rehabilitationsantrag

SGB V §§ 2 I 1, 16 I Ziff. 4; SGB X §§ 4, 20, 21 I 1 Nr. 2, 64; StVollzG § 58; BGB § 677

Geschäfte und Verhandlungen, die aus Anlass der Beantragung einer Sozialleistung nötig werden, sind kostenfrei, § 64 II 1 SGB X. **Kostenfreiheit** gilt danach nicht nur für die Sozialversicherten, sondern auch für die Verwaltungstätigkeit anderer Behörden, d.h. für Verfahren von Behörden, die nicht unter die Vorschriften des Sozialgesetzbuches fallen (BVerwG, *Urt. v. 26.06.1987 - 8 C 70/85 - BVerwGE 77, 364 ff.*, u. v. 18.12.1987 - 7 C 95/86, 7 C 96/86, 7 C 97/86 - BVerwGE 78, 363 ff.). Einem Land steht deshalb kein Kostenerstattungsanspruch für die Erstellung von Gutachten über suchtkranke Gefangene einer Justizvollzugsanstalt zu, die krankenversicherte Mitglieder einer Krankenkasse sind und über die im Rahmen der von der Krankenkasse durchzuführenden Bewilligungsverfahren zu (Entzugs-) Rehabilitations-Maßnahmen zu fertigen waren (hier: insgesamt ca. 4.500,00 Euro).

Auch wenn die Begutachtung während der Haftzeit durchgeführt wird, kann sich eine Krankenkasse nicht auf ein **Ruhen der Krankenversicherungsansprüche** gemäß § 16 I Ziff. 4 SGB V berufen. Die Untersuchung und Begutachtung stellt eine Ermittlungstätigkeit im Sinne der §§ 20, 21 SGB X dar.

In der Forderung nach Erstellung von Gutachten in jedem zu beurteilenden Fall und der damit verbundenen (rechtswidrigen) Weigerung der Bearbeitung von Rehabilitationsanträgen ohne Vorlage von Gutachten ist keine Beauftragung der Justizvollzugsanstalten zur Erstellung der gewünschten Gutachten zu sehen.

Das **SG** wies die Klage des klagenden Landes ab.

2. KEINE VERPFLICHTUNG DER PATIENTENBEAUFTRAGTEN ZUR INTERVENTION BEI ÄRZTEN

LSG Bayern, *Urt. v. 05.07.2007 – L 4 KR 348/06* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-04-149

Patientenbeauftragte, freie Arztwahl, Mutwillenskosten

SGB V §§ 76, 140h I 1; SGG § 192 I 3

Die Bundesrepublik Deutschland, insbesondere die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, hat keine rechtliche und tatsächliche Möglichkeit, Einfluss zu nehmen auf behandelnde Ärzte eines Versicherten bezüglich der Behandlungsweise und ist nicht dazu verpflichtet, einem Versicherten Ärzte zu benennen.

SG München, *Urt. v. 27.09.2005 - S 29 KR 358/05* - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

XII. Entscheidungen des BSG

1. KOSTENERSTATTUNG (BRACHYTHERAPIE) (§ 116B II SGB V/GOÄ-ABRECHNUNG)

BSG, Urt. v. 27.03.2007 – B 1 KR 25/06 R –

RID 07-04-150

Leitsatz: 1. Um Versicherte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung im gesetzlichen Rahmen ambulant im Krankenhaus zu behandeln, bedarf es keiner Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

2. Ein Versicherter kann von seiner Krankenkasse nur dann Kostenerstattung für eine selbst beschaffte ärztliche Behandlung beanspruchen, wenn er eine Abrechnung nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte erhalten hat (Fortführung von BSG vom 15.4.1997 - 1 RK 4/96 = BSGE 80, 181 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 14).

2. ZAHNERSATZVERSORGUNG: RICHTLINIEN RECHTMÄßIG

BSG, Beschl. v. 23.05.2007 – B 1 KR 27/07 B –

RID 07-04-151

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Schleswig-Holstein*, Urt. v. 14.02.2007 - L 5 KR 40/06 - wird zurückgewiesen.

§ 28 II 9 SGB V und die darauf beruhenden Richtlinien entsprechen verfassungsrechtlichen Anforderungen auch in Fällen, in denen die gesetzlich ausgeschlossene Art der Zahnersatzversorgung als einzig medizinisch sinnvolle Leistung in Betracht kommt (vgl. z. B. BSG v. 13.07.2004 - B 1 KR 37/02 R - ArztuR 2005).

3. NOTFALLBEHANDLUNG IM AUSLAND <HIER TUNESIEN>

BSG, Urt. v. 24.05.2007 – B 1 KR 18/06 R –

RID 07-04-152

Leitsatz: 1. Zum Bestehen von Kostenerstattungsansprüchen gegen eine deutsche Krankenkasse bei unaufschiebbarer Behandlung im Ausland bei abkommensmäßig geregelter Sachleistungsaushilfe durch Leistungsträger des Aufenthaltsstaats (hier: Abk Tunesien SozSich).

2. § 13 Abs. 3 SGB V gewährt einem Versicherten Anspruch auf Kostenerstattung ohne Begrenzung auf "Kassensätze"; eine auf der Grundlage eines Sozialversicherungsabkommens geschlossene Verbindungsstellen-Vereinbarung kann davon nicht zu Lasten des Versicherten abweichen.

4. ZUZAHLUNG: FREIBETRAG FÜR IM HAUSHALT LEBENDES NICHT FAMILIENVERSICHERTES KIND

BSG, Urt. v. 26.06.2007 – B 1 KR 41/06 R –

RID 07-04-153

Leitsatz: Leben Kinder mit dem Versicherten in einem Haushalt, sind Freibeträge bei der Ermittlung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nicht familienversichert sind.

5. RECHTSWEG FÜR KLAGE KRANKENKASSE./APOTHEKER WEGEN ABRECHNUNGSBETRUG/STREITWERT

BSG, Urt. v. 06.09.2007 – B 3 SF 1/07 R – juris

RID 07-04-154

Leitsatz: 1. Für die Klage einer Krankenkasse gegen einen Apotheker auf Rückzahlung der Vergütung wegen Abrechnung gefälschter Arzneimittelverordnungen ist der Sozialrechtsweg eröffnet.

2. Der Streitwert für das Verfahren über eine Rechtswegbeschwerde ist in der Regel auf ein Fünftel des Wertes der Hauptsache festzusetzen.

C. Entscheidungen anderer Gerichte

I. Ärztliches Berufsrecht

1. APPROBATION: ENTZIEHUNG/RUHEN

A) UNWÜRDIGKEIT ZUR AUSÜBUNG DES ÄRZTLICHEN BERUFS BEI EINER VIELZAHL BEGANGENER STRAFTATEN

VG Braunschweig, Urt. v. 12.09.2007 – 1 A 364/06 – juris = <http://www.dbovg.niedersachsen.de> **RID 07-04-155**

Entziehung, Approbation, Unwürdigkeit, Arzt, Straftat

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II; GG Art. 12

Leitsatz: Die **Unwürdigkeit** zur Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 3 I 1 Nr. 2 BÄO kann sich ergeben, wenn der Arzt eine **Vielzahl von Straftaten** begangen hat, sich deshalb eine ausgeprägte Neigung des Arztes zur Begehung von Straftaten feststellen lässt und wegen der Art der begangenen Delikte sowie den näheren Umständen ihrer Verwirklichung auf charakterliche Fehlhaltungen des Arztes zu schließen ist, die den für eine ärztliche Tätigkeit erforderlichen charakterlichen Eigenschaften entgegenstehen und sich deshalb auch im Rahmen eines Behandlungsverhältnisses auswirken können. In diesem Fall ist es nicht zwingend erforderlich, dass die begangenen Straftaten mit der Verletzung spezifisch ärztlicher Berufspflichten einhergegangen sind.

B) RUHEN DER APPROBATION ALS ARZT OHNE RECHTSKRÄFTIGES STRAFURTEIL/PATIENTEN-GEFÄHRDUNG

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.06.2007 – 13 A 4748/06 – juris **RID 07-04-156**

Ruhen, Approbation, Strafurteil

BÄO § 6 I Nr. 1, II; GG Art. 12 I

Leitsatz: 1. Die Anordnung des Ruhens der Approbation nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BÄO setzt ein rechtskräftiges Strafurteil nicht voraus.

2. Die Anordnung des Ruhens der Approbation nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BÄO ist auch im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 GG gerechtfertigt, wenn Straftaten gegen die Ehre und Würde von Personen in Frage stehen und sich im Strafverfahren Anhaltspunkte für eine Wiederholungsgefahr ergeben haben.

2. ERLAUBNIS FÜR DIE TÄTIGKEIT ALS ARZT IM PRAKTIKUM NACH AUSLANDSSTUDIUM

VGH Hessen, Beschl. v. 14.05.2007 – 1 TP 238/07 – juris = <http://web2.justiz.hessen.de> **RID 07-04-157**

Arzt im Praktikum, ärztliche Erlaubnis, Ausland, Prüfung, Studium

BÄO § 10 IV, V

Leitsatz: Eine ärztliche Erlaubnis für die Tätigkeit als Arzt im Praktikum kann nur erteilt werden, wenn das im Ausland mit einer Prüfung abgeschlossene Studium wissenschaftlichen Kriterien genügt. Eine Gleichwertigkeitsprüfung wie bei der ärztlichen Approbation nach abgeschlossener Ausbildung im Ausland findet nicht statt (abweichend zu VGH Hessen, B. v. 19.01.1996 - 11 TG 2340/95 -).

3. KEINE ZULASSUNG ZUM PRAKTISCHEN JAHR VOR MINDESTSTUDIENZEIT

OVG Saarland, Beschl. v. 17.09.2007 – 3 B 394/07 – juris **RID 07-04-158**

Studium, Medizin, Praktisches Jahr, Mindeststudienzeit

ÄAppO § 3 I 1 u. 2; EGRL 16/93 Art. 23 II; EGRL 19/2001 Art. 23 II; EGRL 36/2005 Art. 24; GG Art. 12

Leitsatz: a) § 3 Abs. 1 S. 1 ÄAppO in der seit 27.07.2004 geltenden Fassung (ÄAppO 2004) steht einer Zulassung von Studierenden der Medizin zum Praktischen Jahr vor Absolvieren der Mindeststudienzeit von 2 Jahren und 10 Monaten nach Ablegen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung entgegen.

b) Es bestehen keine grundlegenden Bedenken gegen die Verfassungskonformität (Art. 12 GG) des § 3 Abs. 1 ÄAppO 2004 im Hinblick darauf, dass die Vorschrift für die Zulassung zum Praktischen Jahr neben dem Nachweis bestimmter Studienleistungen (§ 3 Abs. 1 S. 2 ÄAppO 2004) auch das Absolvieren einer Mindeststudienzeit (§ 3 Abs. 1 S. 1 ÄAppO 2004) verlangt.

c) Es bestehen unter dem genannten Aspekt (Absolvieren einer Mindeststudienzeit) auch keine grundlegenden Bedenken gegen die Gemeinschaftsrechtskonformität (Art. 23 Abs. 2 der Richtlinie 16/93 des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 5.4.1993 – Amtsblatt L 165, S.1 - in der Fassung der Richtlinie 19/2001 des Europäischen Parlaments und des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 14.5.2001 – Amtsblatt L 206, S.1 - und Art. 24 der Richtlinie 36/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 7.9.2005 – Amtsblatt L255, S. 22 -) der Regelung in § 3 Abs. 1 ÄAppO 2004.

4. VORAUSSETZUNGEN ZUM FÜHREN DER ZUSATZBEZEICHNUNG "BETRIEBSMEDIZIN"

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.08.2007 – 13 A 2840/04 – juris

RID 07-04-159

Zusatzbezeichnung, Betriebsmedizin, Weiterbildungsordnung
GG Art. 12

Leitsatz: Eine über viele Jahre andauernde betriebsärztliche Tätigkeit eines niedergelassenen Arztes erfüllt nicht die Voraussetzungen zur Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin".

5. UNTERSAGUNG DER BEZEICHNUNG "SPEZIALIST FÜR KIEFERORTHOPÄDIE"

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.08.2007 – 13 B 503/07 – juris

RID 07-04-160

Ordnungsverfügung, Untersagung, Spezialist für Kieferorthopädie
GG Art. 12

Leitsatz: Zu den Anforderungen für die Bezeichnung "Spezialist für Kieferorthopädie".

6. KAMMERBEITRAG FÜR TÄTIGKEIT IN STÄDTISCHEM AMT FÜR FAMILIEN- UND JUGENDHILFE

VG Düsseldorf, Urt. v. 26.09.2007 – 20 K 4690/05 –

RID 07-04-161

Beitragsordnung, Kammerbeitrag, Psychotherapeutenkammer, Psychotherapeut

Beitragsordnung Psychotherapeutenkammer NRW; HeilberufG NRW § 23 I; GG Art. 3 I

Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin übt diesen Beruf i. S. der Heilberufsgesetze auch dann aus, wenn sie nicht unmittelbar eine therapeutische Tätigkeit ausübt, sondern eine Tätigkeit ausübt, bei der die Kenntnisse, die Voraussetzung der Approbation waren, vorausgesetzt, eingesetzt oder mitverwendet werden. Die **Tätigkeit in einem städtischen Amt für Familien- und Jugendhilfe**, bei der über die Notwendigkeit therapeutischer oder anderer Hilfen entschieden wird, gehört hierzu und verpflichtet zur Leistung eines Kammerbeitrags.

Ein pauschaler **Kammerbeitrag** von jährlich **250 Euro** einer Psychotherapeutenkammer ist zulässig.

RID 07-04-162 entfällt

7. VERSORGUNGSWERK: PFLICHTBEITRAG EINES NIEDERGELASSENEN ARZTES BEI INSOLVENZ

VG Koblenz, Urt. v. 26.02.2007 – 3 K 933/06 – juris

RID 07-04-163

Versorgungseinrichtung, Insolvenz, Insolvenzschuldner

Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz §§ 17, 18

Leitsatz (MedR): 1. Wird dem Insolvenzschuldner von den Gläubigern die Fortführung seiner Arztpraxis gestattet (sog. Betriebsfortführung), stellen die Pflichtbeiträge zur Altersversorgung sonstige Massenverbindlichkeiten dar, die gem. § 53 InsO vorweg durch den Insolvenzverwalter zu berichtigen sind.

2. Der Umstand, dass die Gläubigerversammlung im Rahmen der Betriebsfortführung für den fortführenden Arzt einen bestimmten monatlichen Unterhalt festgesetzt hat, bedingt keine Umqualifizierung der Tätigkeit als niedergelassener Arzt in eine Angestelltentätigkeit. Die Pflichtbeiträge zur Altersversorgung sind daher nach den für Niedergelassene geltenden Satzungsbestimmungen zu berechnen, so dass nach wie vor allein der in der Praxis erzielte Gesamtumsatz und nicht der dem Arzt gewährte Unterhaltsbetrag als Berechnungsgrundlage für den Beitragssatz heranzuziehen ist.

3. Die Insolvenz eines Arztes kann sich danach allenfalls bei der Frage der Ermäßigung der zu entrichtenden Pflichtabgabe nach Maßgabe der hierfür vorgesehenen Satzungsbestimmung auswirken.

8. VERTRAGSRECHT

A) VERPFLICHTUNG ZUR AUSSCHREIBUNG DES VERTRAGSARZTSITZES NACH ERREICHEN DER ALTERSGRENZE

LG Düsseldorf, Urt. v. 27.03.2007 – 6 O 389/06 – MedR 2007, 605

RID 07-04-164

Ausschreibung, Vertragsarztsitz, Altersgrenze

GG Art. 12; SGB V §§ 95 I 2 u. 6, 97 VII, 103 Iva 1, Ivb 1 u. VI; BGB § 138; ZPO 294, 296a, 935, 940

Leitsatz (MedR): 1. Die Verpflichtung zur Ausschreibung des Vertragsarztsitzes mit Erreichen der Altersgrenze ist grundsätzlich nicht gem. § 138 BGB i. V. mit Art. 12 GG nichtig.

2. Gegenüber der Ausschreibungsverpflichtung besteht kein Zurückbehaltungsrecht wegen eines Abfindungsanspruchs.

B) NACHVERTRAGLICHES WETTBEWERBSVERBOT IN GEMEINSCHAFTSPRAXISVERTRAG

OLG Düsseldorf, Urt. v. 19.03.2007 – 9 U 46/07 – MedR 2007, 478

RID 07-04-165

Wettbewerbsverbot, Gemeinschaftspraxis, Gemeinschaftspraxisvertrag

BGB § 138; GG Art. 12 I

Leitsatz (MedR): 1. Ein Wettbewerbsverbot in Gemeinschaftspraxisverträgen, welches sich auf den gesamten vertragsärztlichen Planungsbereich erstreckt, ist gem. § 138 BGB i. V. mit Art. 12 Abs. 1 GG sittenwidrig und damit nichtig.

2. Ein Wettbewerbsverbot überschreitet in gegenständlicher Hinsicht das Maß des Zulässigen, wenn es dem ausscheidenden Gesellschafter einer fachärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft die Tätigkeit als Arzt in freier Praxis zur Ausübung der privat- und /oder vertragsärztlichen Tätigkeit untersagt.

3. Die geltungserhaltende Reduktion eines Wettbewerbsverbotes scheidet aus, wenn das Verbot das zulässige Maß örtlicher und gegenständlicher Ausdehnung überschreitet.

II. Arzthaftung

Hart, Arzthaftung wegen Behandlungs- und Aufklärungsfehlern in Zusammenhang mit einem Heilversuch mit einem neuen, erst im Laufe der Behandlung zugelassenen Arzneimittel. Zugleich Besprechung des Urteils des BGH v. 27.3.2007 – VI ZR 55/05 -, MedR 2007, 631-633; *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. BENACHRICHTIGUNGSPFLICHT DES ARZTES BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT EINES PATIENTEN

OLG Hamburg, Urt. v. 20.03.2007 – 1 W 6/07 – MedR 2007, 551 = juris

RID 07-04-166

Pflegebedürftigkeit, Pflegekasse, Behandlungsvertrag, Arzt, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung

BGB V § 823 I; SGB IX §§ 7 II 2, 14

Leitsatz (MedR): 1. Bei einer sich abzeichnenden oder einer festgestellten Pflegebedürftigkeit des Versicherten einer Pflegeversicherung haben unter anderem der behandelnde Arzt, das Krankenhaus und die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtung sowie die Sozialleistungsträger die Pflicht, mit Einwilligung des Versicherten unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu unterrichten (§ 7 Abs. 2 S. 2 SGB XI).

2. Normadressat von § 7 Abs. 2 SGB XI sind die Pflegekassen. Die Möglichkeit einer direkten Inanspruchnahme der in § 7 Abs. 2 S. 2 SGB XI genannten Ärzte und Einrichtungen nach den §§ 823 Abs. 2 BGB i. V. mit § 7 Abs. 2 S. 2 SGB XI wegen einer unterbliebenen Benachrichtigung der Pflegekasse dürfte daher nicht in Betracht kommen.

3. Falls bei einem zu behandelnden Patienten Pflegebedürftigkeit sich abzeichnet oder festgestellt wird, kann sich eine Haftung aus dem Behandlungsvertrag oder aus einem Beratungsvertrag ergeben. Maßgeblich hierfür sind die Umstände des Einzelfalls. Die Mitwirkungspflichten des Patienten nach § 6 Abs. 2 SGB XI sind hierbei zu beachten.

2. ZURÜCKVERWEISUNG IM ARZTHAFTUNGSPROZESS

KG Berlin, Urt. v. 14.06.2007 – 20 U 5/06 – juris

RID 07-04-167

Anhörungsantrag, Zurückverweisung, Arzthaftungsprozess
ZPO §§ 296 I, 411 IV 2, 538 II Nr. 1

Leitsatz: 1. **Ergänzender Vortrag oder Beweisantritt** in Bezug auf ein Gutachten kann nach §§ 296 Abs. 1, 411 Abs. 4 Satz 2 ZPO nur dann wirksam zurückgewiesen werden, wenn mit der (zuzustellenden) Fristsetzung unmissverständlich auf den möglichen Ausschluss hingewiesen und die Frist (in Kammersachen) von der Kammer und nicht nur von dem Vorsitzenden gesetzt worden ist.

2. Einem **Anhörungsantrag** ist - abgesehen von den Fällen der Präklusion oder des Rechtsmissbrauchs - regelmäßig auch dann nachzugehen, wenn das Gericht keinen Aufklärungsbedarf sieht.

3. Eine Aufhebung und **Zurückverweisung** nach § 538 Abs. 2 Nr. 1 ZPO ist nicht nur auf krasse Ausnahmefälle beschränkt. Im Arzthaftungsprozess wird in der Regel das Erfordernis einer umfangreichen oder aufwändigen Beweisaufnahme im Sinne von § 538 Abs. 2 Nr. 1 ZPO anzunehmen sein.

3. GYNÄKOLOGISCHE UNTERSUCHUNG NACH ABDOMINELLER HYSTEREKTOMIE

LG Köln, Urt. v. 15.08.2007 – 25 O 177/04 – juris

RID 07-04-168

Hysterektomie, gynäkologische Untersuchung, SpekulumEinstellung, Sonographie
BGB §§ 249, 823

Bei einer Entlassung nach Durchführung einer abdominalen Hysterektomie gehört eine **gynäkologische Untersuchung** mit obligater SpekulumEinstellung und einer abschließenden vaginalen und abdominalen Sonographie selbst bei einem klinisch und labormäßig völlig unauffälligen Verlauf zum Standard und die Entlassungen in den meisten gynäkologischen Abteilungen werden daher streng organisatorisch dem Oberarzt oder Chefarzt zur Untersuchung und abschließenden Beurteilung vorgestellt. Insbesondere bedarf es der Kontrolle, ob die durch den Verschluss der Scheide entstandene Wunde richtig verheilt und ob kein Abgang von Blut und Urin zu sehen ist. Erfolgt dies nicht, liegt ein grober Behandlungsfehler vor. Ein Schmerzensgeld in Höhe von 6.000 € kann angemessen sein.

4. AUFKLÄRUNG ÜBER BEHANDLUNGALTERNATIVEN BEI BEHEBUNG EINES SCHEIDENPROLAPS

OLG Zweibrücken, Urt. v. 23.01.2007 – 5 U 35/05 – juris=MedR

RID 07-04-169

Scheidenprolaps, Cystocele, Rectocele, Behandlungsmethode, Behandlungsalternative, Aufklärung
BGB § 823

Leitsatz: Zur Behebung eines Scheidenprolaps, einer Cystocele (Senkung der vorderen Scheidenwand und des Blasenbodens) sowie einer Rectocele (Vorwölbung der Scheidenhinterwand) stehen unterschiedliche operative Behandlungsmethoden mit unterschiedlichen Risiken und Heilungschancen zur Wahl (vaginales - abdominales Vorgehen; vordere - hintere Scheidenplastik; Sakropexie bzw. sakrale Kolpopexie; paravaginaler repair). Über diese Behandlungsalternativen ist die Patientin umfassend aufzuklären. Ihr ist die Wahl der Methode zu überlassen.

5. AUFKLÄRUNGSPFLICHT DES ARZTES BEI NUR RELATIVER OP-INDIKATION

OLG Köln, Urt. v. 29.01.2007 – 5 U 85/06 – juris = MedR 2007, 599

RID 07-04-170

Schadensersatz, Schmerzensgeld, Operationsvideo
BGB §§ 253 II, 280 I, 823 I

Leitsatz (MedR): 1. Ist ein Eingriff überhaupt oder seinem Umfang nach nur relativ indiziert, weil seine Erforderlichkeit (auch) vom Sicherheitsbedürfnis des Patienten abhängt, muss der Arzt dies mit dem Patienten besprechen, weil es jenem überlassen bleiben muss, ob er unter dem Gesichtspunkt größtmöglicher Sicherheit auch Risiken in Kauf nehmen will, die einzugehen nicht zwingend nötig erscheint.

2. Die Vernichtung eines Operationsvideos durch den beklagten Arzt rechtfertigt jedenfalls dann keine Beweislastumkehr zugunsten der Klägerseite, wenn sich der medizinische Sachverständige zur Beantwortung der Beweisfragen anhand der vorliegenden Videoprints der Operationsstelle und des Operationsberichts uneingeschränkt in der Lage gesehen hat.

3. Zur Schmerzensgeldbemessung bei einer durch einen eigenmächtigen ärztlichen Eingriff verursachten Ureterverletzung, die einen 16-tägigen stationären Aufenthalt mit operativer Neueinpflanzung des Harnleiters unter Vollnarkose erforderlich gemacht hat.

6. ÜBERWACHUNGSPFLICHT BEI DELIRANTEN SYNDROMEN

LG Köln, Urt. v. 15.08.2007 – 25 O 141/04 – juris

RID 07-04-171

Delirante Syndrome, Überwachungspflicht
BGB §§ 249, 823

Delirante Syndrome sind potentiell lebensbedrohliche Zustände, bei denen eine kontinuierliche **Überwachung** dringend geboten ist. Ein ausreichend sedierter und überwachter Patient in einem ausreichend gesicherten Krankenzimmer hat keine Möglichkeit, ein Fenstersims zu besteigen - sei es um zu rauchen oder in suizidaler Absicht - und abzustürzen. Ein ererbtes Schmerzensgeld von 2.000 € kann angemessen sein.

7. ZAHNÄRZTE

A) SCHADENSERSATZ UND HONORARERSTATTUNG BEI VERLETZUNG DER ZAHNÄRZTLICHEN AUFKLÄRUNGSPFLICHT

OLG Koblenz, Urt. v. 20.07.2006 – 5 U 180/06 – MedR 2007,553 = juris

RID 07-04-172

Zahnarzt, Alternative, prothetische Versorgung, Zahnersatz
BGB §§ 249, 276, 280, 611, 812

Leitsatz: 1. Der Zahnarzt ist verpflichtet, über medizinisch gleichermaßen indizierte Alternativen einer prothetischen Versorgung aufzuklären. Das gilt auch dann, wenn einzelne der in Betracht kommenden Alternativen zu einer höheren Kostenbeteiligung des Patienten führen.

2. War die prothetische Versorgung wegen eines Aufklärungsmangels nicht von einer wirksamen Einwilligung gedeckt, jedoch handwerklich fehlerfrei, kommt eine Honorarerstattung nur in Betracht, wenn der Patient beweist, dass eine abweichende Vertragsgestaltung zu einer geringeren finanziellen Belastung geführt hätte.

B) ALLERGIE TESTS VOR DEM EINBRINGEN VON ZAHNERSATZ

OLG Oldenburg, Urt. v. 28.02.2007 – 5 U 147/05 – juris

RID 07-04-173

Allergietest, Zahnersatz, Implantat
BGB § 847

Leitsatz: 1. Liegen keine konkreten Anhaltspunkte für etwaige Unverträglichkeiten vor, so besteht für den Zahnarzt keine Verpflichtung zur Durchführung von **Allergietests** vor dem Einbringen von Zahnersatz.

2. Dass es bei einer **implantatgetragenen Zahnersatzkonstruktion** zu galvanischen Strömungen geringster Stärke im Mund kommt, stellt keinen Behandlungsfehler dar, sondern ist regelmäßige Folge der notwendigen Verwendung unterschiedlicher Metalle, ohne dass hiermit medizinisch relevante Auswirkungen verbunden wären.

C) BRÜCKE MIT PALLADIUM BEI PALLADIUM-ALLERGIE

OLG Oldenburg, Urt. v. 04.07.2007 – 5 U 31/05 – juris

RID 07-04-174

Palladium-Allergie, Zahnersatz, Zahnarzt
BGB §§ 823, 847

Leitsatz: Ist einem Zahnarzt bekannt, dass eine Patientin unter einer Palladium-Allergie leidet und setzt er gleichwohl Brücken mit einer Edelmetalllegierung ein, die 36,4 % Palladium enthält, so liegt ein grober Behandlungsfehler vor.

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. EUGH

A) KEINE AUSNAHMEN VON ZULASSUNG FÜR ANTHROPOSOPHIE

EuGH, Urt. v. 20.09.2007 - C-84/06 - curia.europa.eu

RID 07-04-175

Staat der Niederlanden . / . Antroposana, Patiëntenvereniging voor Antroposofische Gezondheidszorg u. a.

Arzneimittel, Anthroposophie

EG Art. 28, 30

Anthroposophische Arzneimittel dürfen nur dann in den Verkehr gebracht werden, wenn sie nach einem der in Art. 6 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel genannten Verfahren zugelassen worden sind.

B) KAPSELN MIT KNOBLAUCHEXTRAKT-PULVER: KEIN ARZNEIMITTEL

EuGH, Urt. v. 15.11.2007 - C-319/05 - curia.europa.eu

RID 07-04-176

Kommission der Europäischen Gemeinschaften / Bundesrepublik Deutschland

Arzneimittel, Knoblauch, Knoblauchextraktpulver-Kapseln, Lebensmittel

EG Art. 28, 30; Richtlinie 2001/83/EG

Das Erfordernis, für in Kapseln abgefüllten **Knoblauch** eine **Verkehrsgenehmigung als Arzneimittel** einzuholen, ist ein Hindernis für den freien Warenverkehr, das nicht aus Gründen des Gesundheitsschutzes gerechtfertigt ist

Der **Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel** bildet nur einen ersten Schritt der Harmonisierung und es ist daher kaum vermeidbar, dass zwischen den Mitgliedstaaten bei der Einstufung von Produkten noch Unterschiede bestehen. Gleichwohl ist ein Erzeugnis, das der gemeinschaftsrechtlichen Definition eines „Arzneimittels“ entspricht, auch als Arzneimittel einzustufen. Dabei kann ein Erzeugnis entweder nach seiner Bezeichnung oder nach seiner Funktion ein Arzneimittel sein.

Die Aufmachung des in Frage stehenden Erzeugnisses als **Kapseln** ist zwar ein Indiz für seine Einstufung als ein „Arzneimittel nach der Bezeichnung“; dieses Indiz kann jedoch für sich allein nicht ausschlaggebend sein. Überdies ist die Kapselform für Arzneimittel nicht spezifisch.

Das Kriterium der **physiologischen Wirkung** ist nicht für **Arzneimittel** spezifisch, sondern gehört ebenso zu den verwendeten Kriterien für die Definition eines „**Nahrungsergänzungsmittels**“. Um unter die Definition eines „Arzneimittels nach der Funktion“ zu fallen, muss ein Produkt die Funktion der Verhütung oder Heilung von Krankheiten besitzen. Allgemein förderliche Auswirkungen auf die Gesundheit, wie sie Knoblauch besitzt, genügen dafür nicht.

Das Erfordernis, für das Erzeugnis eine Verkehrsgenehmigung als Arzneimittel einzuholen, ist eine Maßnahme mit gleicher Wirkung wie eine **mengenmäßige Einfuhrbeschränkung**, welche vom Gemeinschaftsrecht untersagt wird, weil sie ein Hindernis für den innergemeinschaftlichen Handel mit Erzeugnissen bedeutet, die in anderen Mitgliedstaaten rechtmäßig als Lebensmittel vertrieben werden dürfen.

Hinsichtlich einer möglichen Rechtfertigung dieses Hindernisses ist es, soweit beim gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Forschung noch Unsicherheiten bestehen, mangels einer gemeinschaftsrechtlichen Harmonisierung **Sache der Mitgliedstaaten**, unter Berücksichtigung der Erfordernisse des freien Warenverkehrs zu bestimmen, in welchem Umfang sie den Schutz der Gesundheit gewährleisten wollen. Jedoch müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung ihres Ermessens den Grundsatz der **Verhältnismäßigkeit** wahren. Im vorliegenden Fall kann das Genehmigungserfordernis nicht mit den von der Bundesrepublik Deutschland vorgetragenen Argumenten gerechtfertigt werden, die sich im Wesentlichen auf die Risiken beziehen, welche mit dem Verzehr von Knoblauch im Allgemeinen verbunden sind und nicht speziell die fraglichen Kapseln betreffen. Überdies gäbe es ebenso wirksame, aber den freien Warenverkehr weniger beschränkende Maßnahmen als das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung.

2. ZULASSUNGSVERFAHREN FÜR ARZNEIMITTEL

A) BVERWG: NACHZULASSUNGSVERFAHREN FÜR HOMÖOPATHISCHES KOMBINATIONSPRÄPARAT/AUFLAGEN

BVerwG, Urt. v. 21.06.2007 – 3 C 39/06 – www.bverwg.de

RID 07-04-177

Nachzulassungsverfahren, Kombinationspräparat, Versagungsgrund, Prüfung, homöopathisches Arzneimittel, Auflage

AMG 1976 §§ 10, 11, 25 II 1 Nr. 2, 4 u. 5, 28 II, 105 IVa, IVf

Leitsatz: 1. Fehlt in der Zulassungsentscheidung für ein Arzneimittel eine Gegenanzeige, die eine ganze Personengruppe wie z. B. Kinder unter 12 Jahren von der Anwendung des Präparats ausschließt, so darf die Aufnahme einer solchen Gegenanzeige in die Packungsbeilage nicht im Wege der Auflage nach § 28 Abs. 2 AMG angeordnet werden.

2. Bei der Nachzulassung eines homöopathischen Kombinationspräparats, für dessen Wirkstoffe sämtlich Aufbereitungsmonografien vorliegen und das insgesamt den Kriterien der Kommission D für die Nachzulassung solcher Präparate genügt, kann eine Teilversagung betreffend die Anwendung bei Kindern nicht darauf gestützt werden, es lägen insoweit keine ausreichenden Prüfungen i.S.d. § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 AMG vor.

B) ARZNEIMITTELRECHTLICHE ZULASSUNG TRADITIONELLER ARZNEIMITTEL

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.09.2007 – 13 A 4643/06 – juris

RID 07-04-178

Traditionsliste, Dosierungsangabe, Arzneimittel, Zulassung

AMG §§ 109a III 1, 105 IV

Leitsatz: 1. Die Dosierung eines Arzneimittels ist untrennbar mit dem Arzneimittel und der Arzneimittelzulassung verknüpft.

2. Dosierungen sind grundsätzlich nicht in die Traditionsliste nach § 109a Abs. 3 Satz 1 AMG (AMG 1976) aufzunehmen; deren Festlegung bleibt dem Zulassungsverfahren nach § 105 Abs. 4 f. AMG (AMG 1976) überantwortet.

3. Grundlage für die Dosierungsentscheidung im Zulassungsverfahren für Traditionsarzneimittel nach § 109a AMG (AMG 1976) ist zunächst die "traditionelle" Dosierung des Arzneimittels.

4. Der Traditionsnachweis für Arzneimittel nach § 109a AMG (AMG 1976) bzw. deren Dosierung kann dadurch geführt werden, dass belegt wird, dass das Arzneimittel, für das die Listenposition begehrt wird, "traditionell" mit der begehrten Dosierung in Verkehr ist.

5. Die "Tradition" von Arzneimitteln bzw. deren Dosierung muss bereits vor dem 1.1.1978 begründet worden sein.

Parallelentscheidung: *OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.09.2007 – 13 A 4644/06 – juris* **RID 07-04-179**

C) AUFLAGE ZUR BEBRINGUNG VON STUDIEN (EINFLUSS VON GINSENG AUF BLUTZUCKERSPIEGEL)

VG Köln, Urt. v. 31.07.2007 – 7 K 6609/03 – juris

RID 07-04-180

Arzneimittel, Ginseng, Ginsengwurzel, Zulassung, Studie, Blutzuckerspiegel

AMG §§ 25 II 1 Nr. 2, 30 I, IIa, 105 Va 2; G. zur Neuordnung des Arzneimittelrechts Art. 3 § 7 II 1

Für die Anordnung, bestimmte Studien vor Zulassung eines Arzneimittels durchzuführen, ist eine **Ermächtigungsgrundlage** nicht vorhanden, wenn sie erst die Grundlage für eine abschließende Beurteilung der Risiken des Arzneimittels schaffen sollen.

3. VITAMINSUBSTITUIERENDES ARZNEIMITTEL

VG Köln, Urt. v. 14.08.2007 – 7 K 293/05 – www.justiz.nrw.de

RID 07-04-181

Vitaminsubstitution, parenterale Ernährung

AMG § 25 II

Ein vitaminsubstituierendes Arzneimittel muss nachweislich die Tagesdosis sämtlicher Vitamine enthalten.

4. EREKTIONSCREME ALS ARZNEIMITTEL

VG Berlin, Urt. v. 10.08.2007 – 14 A 106.05 – juris

RID 07-04-182

Erektionscreme, Arzneimittel, kosmetisches Mittel
AMG §§ 2, 4 I, 21 I, 69,

Erektionscreme darf nicht in Sexshops verkauft werden. Bei einer Erektionscreme handelt es sich nicht um ein kosmetisches Mittel. Im Vordergrund steht der durchblutungsfördernde Effekt durch die Bestandteile Benzylnicotinat und Cayennepfeffer-Extrakt. Die Wirkung der Substanzen entspricht der Arzneimitteldefinition im Europarecht.

5. BARRABATTVERBOT: GUTSCHEIN DURCH EINE APOTHEKE

OLG Hamburg, Urt. v. 26.07.2007 – 3 U 21/07 – juris

RID 07-04-183

Arzneimittelwerbung, Dringlichkeitsvermutung, Zusatz „forte“
HeilMWERB § 7 1; AMG § 78; AMPPreisV §§ 1, 2, 3

Leitsatz: 1. § 7 Abs. 1 Satz 1 HWG (hier: Barrabatt für verschreibungspflichtige Arzneimittel entgegen §§ 1 bis 3 AMPPreisV) setzt entsprechend § 1 Abs. 1 HWG die Werbung für ein Arzneimittel voraus, d. h. eine produktbezogene Absatzwerbung. Daran fehlt es, wenn allgemein die Ausgabe von Gutscheinen durch eine Apotheke gleichsam als Entschädigung für bestimmte Unannehmlichkeiten des Kunden angekündigt wird.

2. Eine Umgehung des Barrabattverbots ist jedenfalls dann nicht gegeben, wenn die Prämienverteilung wesentliche Punkte (hier: Nachlieferung eines Artikels, Warten auf Arzneimittelzubereitung länger als 20 Minuten, Selbstabholung bei Nachlieferungen) betrifft.

6. ARZNEIMITTELWERBUNG

A) ZUSATZ „FORTE“

OLG Hamburg, Urt. v. 12.07.2007 – 3 U 39/07 – juris

RID 07-04-184

Arzneimittelwerbung, Dringlichkeitsvermutung, Zusatz „forte“
GVG § 184; ZPO § 129; UWG §§ 3, 5, 8 I, 12 II; HeilMWERB § 3

Leitsatz: 1. Zur **Widerlegung** der **Dringlichkeitsvermutung** nach § 12 Abs. 2 UWG.

2. Die **Dringlichkeitsvermutung** des § 12 Abs. 2 UWG lebt nicht regelmäßig dann wieder auf, wenn im Hinblick auf das In-Verkehr-Bringen der Ware zu der bereits bestehenden Begehungsfahr die Wiederholungsfahr hinzutritt.

3. Im Bereich der Bezeichnung von Arzneimittel ist zwar davon auszugehen, dass es sich häufig so verhält, dass der **Zusatz „forte“** für ein Arzneimittel eingesetzt wird, um es von einem gleichnamigen, aber schwächer dosierten Präparat gleichen Namens abzugrenzen. Da es sich jedoch nicht ausnahmslos so verhält, kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Verkehr aus der Bezeichnung „forte“ regelmäßig auf das Vorhandensein eines schwächeren Basispräparats desselben Anbieters schließt. Zudem ist nicht ersichtlich, dass ein solcher Irrtum überhaupt wettbewerblich relevant wäre.

4. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die angesprochenen **Verkehrskreise** aufgrund der Verwendung des Zusatzes „forte“ im Arzneimittelsektor davon ausgehen, dass einem so bezeichneten Präparat im Verhältnis zu seinen Wettbewerbspräparaten eine **Spitzen- oder Alleinstellung** zukomme.

5. Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die angesprochenen Verkehrskreise im Hinblick auf die Bezeichnung eines Arzneimittels aufgrund der Verwendung des Zusatzes „forte“ davon ausgehen, dass dem Präparat eine stärkere **Wirksamkeit** zukomme. Für ein solches Verkehrsverständnis, dass der Zusatz „forte“ nicht nur als Hinweis auf die Dosierung, sondern auch auf die höhere Wirksamkeit verstanden wird, besteht kein Anhalt.

6. Zu den Anforderungen, welche hinsichtlich **fremdsprachiger wissenschaftlicher Studien** an eine ordnungsgemäße Einführung in den Prozess zu stellen sind: Fremdsprachige Studien, auf deren Ergebnisse die Parteien sich zur Stützung ihres Sachvortrages beziehen wollen, sind in ihren wesentlichen Eckpunkten zu beschreiben. Das heißt, dass der Gegenstand der Studie, die primären und sekundären Ziele der Untersuchung, das Studiendesign und die Untersuchungsmethodik sowie die Studienergebnisse kurz schriftsätzlich darzustellen sind. Soweit sich die Parteien auf bestimmte Textstellen der Veröffentlichung stützen wollen, sollten diese schriftsätzlich im fremdsprachigen Originaltext sowie mit einer „Arbeitsübersetzung“ in die deutsche Sprache wiedergegeben werden.

B) HINWEIS "ROO SCHÜTZT IHRE MS-PATIENTEN VON ANFANG AN"

OLG Hamburg, Urt. v. 19.07.2007 – 3 U 292/06 – juris

RID 07-04-185

Arzneimittelwerbung, Anwendungsgebiet,
HeilMWERB § 3a; UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8

Leitsatz: 1. Die Arzneimittelwerbung "bezogen" auf ein **Anwendungsgebiet** (§ 3a Satz 2 HWG) setzt voraus, dass der Referenzverbraucher in der Werbung einen Hinweis auf die Anwendung des Mittels und nicht nur auf dessen Wirkungen entnimmt.

2. Der **Hinweis "Roo schützt Ihre MS-Patienten von Anfang an"** wird als Hinweis verstanden, das Arzneimittel zu Beginn der Behandlung einzusetzen. Dass das Mittel - anders als die gängigen Mittel der First-Line-Therapie - hierfür nur bei einem ganz eingeschränkten Patientenkollektiv zugelassen ist, lässt die Werbung aus sich heraus nicht erkennen. Ausführliche Vorab-Produktinformationen, die an "jeden" interessierten Arzt verschickt worden sind, ändert die Beurteilung der streitgegenständlichen Werbung nicht.

3. Für § 3a HWG muss ein bestimmtes Ordnungsverhalten nicht eingetreten sein, die Werbung muss nur geeignet sein, die **Marktentschließung zu beeinflussen**. Daher ist es unerheblich, dass der Referenzarzt allgemein weiß, dass es unterschiedliche Zulassungen gibt und/oder dass er die Unrichtigkeit der Werbung durch Abgleich z.B. mit der Fachinformation, anderer Literatur oder den Pflichtangaben herausfinden kann. Pflichtangaben haben ohnehin nicht die Funktion, Werbeaussagen zu berichtigen.

C) HINWEIS "ZU RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN..." BEI ERINNERUNGSWERBUNG

OLG Hamburg, Urt. v. 16.04.2007 – 3 U 22/07 – juris

RID 07-04-186

Arzneimittelwerbung, Anwendungsgebiet, Erinnerungswerbung
HeilMWERB § 4 III, VI; UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8

Leitsatz: 1. Die Vorschrift des § 4 Abs. 3 HWG, nach der in der Arzneimittelwerbung außerhalb der Fachkreise der Hinweis "Zu Risiken und Nebenwirkungen..." erforderlich ist, gilt nicht bei der Erinnerungswerbung (§ 4 Abs. 6 Satz 1 HWG). Eine Erinnerungswerbung ist u. a. dann gegeben, wenn in der Werbung ausschließlich mit der Arzneimittelbezeichnung oder mit dem Hinweis "Wirkstoff:..." geworben wird (§ 4 Abs. 6 Satz 2 HWG).

2. Auch wenn in der Werbung die Wirkstoffangabe fehlt, kann gleichwohl eine Erinnerungswerbung vorliegen und damit der Hinweis nach § 4 Abs. 3 HWG entbehrlich sein, so z. B. wenn nur mit der Bezeichnung des Arzneimittels (hier: "Aspirin Effect 10 Beutel") geworben wird.

D) HINWEIS "ZUR BEHANDLUNG VON BLUTHOCHDRUCK"

OLG Hamburg, Urt. v. 12.07.2007 – 3 U 219/06 – juris

RID 07-04-187

Arzneimittelwerbung, Anwendungsgebiet, Erinnerungswerbung
HeilMWERB § 10 I; AMG §§ 10 I 1 Nr. 14, I 3 u. 4, 11a

Leitsatz: 1. Der **Hinweis "Zur Behandlung von Bluthochdruck"** auf der Faltschachtel des Arzneimittels ist keine Pflichtangabe (§ 10 Abs. 1 Satz 1 AMG) und es handelt trotz der sachlich gehaltenen Angabe entsprechend dem weiten HWG Werbebegriff um Werbung im Sinne auch des § 10 Abs. 1 HWG. Das steht dem Normzweck des § 10 Abs. 1 HWG nicht entgegen.

2. Im vorliegenden Einzelfall ist ein Verstoß gegen § 10 Abs. 1 HWG über die normative Korrektur des Werbebegriffs nicht gegeben, und zwar wegen § 10 Abs. 1 Satz 4 AMG: Der Hinweis "Zur Behandlung von Bluthochdruck" auf der Faltschachtel widerspricht nicht der **Fachinformation** (§ 11a AMG), wenn dort diese Indikation als erste angegeben ist und sie in der Verschreibungshäufigkeit die bei weitem wichtigste ist. Der Hinweis ist als zusätzliche Information wichtig für die gesundheitliche Aufklärung, obwohl man ihn auch der Packungsbeilage entnehmen kann; bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ist die Angabe des Verwendungszwecks auf der äußeren Umverpackung inzwischen sogar zwingend vorgeschrieben (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 AMG; anders noch die Senatsentscheidung in EV-Sache vom 16. Februar 2006, 3 U 192/05, zu § 10 Abs. 1 Satz 3 AMG a. F.).

IV. Private Krankenversicherung/Beihilfe/Privatbehandlung

Damm, Privatversicherungsrecht der Fortpflanzungsmedizin. Zur Erstattungsfähigkeit der Kosten reproduktionsmedizinischer Maßnahmen, MedR 2007, 335-340.

1. KEIN HONORARANSPRUCH BEI FACHFREMDEN LEISTUNGEN (ORTHOPÄDE UND MRT)

OLG Celle, Urt. v. 22.10.2007 – 1 U 77/07 –

RID 07-04-188

Vergütungsanspruch, Honoraranspruch, Orthopäde, MRT

BGB §§ 611, 612; GG Art. 12 I; GOÄ § 1 II 1

§ 1 II 1 GOÄ greift ein **berufsrechtliches Leitbild** für die ärztliche Tätigkeit auf und verknüpft damit den Vergütungsanspruch des Arztes. Auch im Rahmen einer Privatbehandlung ist dieser grundsätzlich, von begründeten Ausnahmefällen wie etwa Notfallbehandlungen abgesehen, an die **Grenzen seines medizinischen Fachgebietes** gebunden. Für fachfremde Leistungen entsteht kein Honoraranspruch gegenüber dem Patienten. Für einen Orthopäden waren im Jahr 2004 in Niedersachsen MRT-Leistungen fachfremd.

Für **Privatpatienten** gelten im Hinblick auf die Qualifikation des Arztes und somit die Qualität der ärztlichen Behandlung **keine geringeren Maßstäbe als bei gesetzlich versicherten Patienten**.

2. ZAHNÄRZTE: KINDERPROPHYLAXEPROGRAMM: ZUSÄTZLICHE KOSTENLOSE VORBEUGEMAßNAHME

KG Berlin, Beschl. v. 31.08.2007 – 5 W 253/07 – juris

RID 07-04-189

Vergütung, Mindestgebührensätze, Fissurenversiegelung, Kinderprophylaxeprogramm

UWG § 4 Nr. 11; GOZ § 2 I

Leitsatz: 1. § 2 Abs. 1 GOZ erlaubt - ausnahmsweise - auch die Vereinbarung einer Vergütung, die die Mindestgebührensätze unterschreitet.

2. Das Angebot einer zusätzlichen kostenlosen Vorbeugemaßnahme gegen Karies (Fissurenversiegelung der Prämolaren) im Rahmen eines „Kinderprophylaxeprogramms“ kann nach § 2 I GOZ erlaubt sein.

3. BEIHILFE

A) BVERWG: KÜRZUNG DER BEIHILFE UM PRAXISGEBÜHR

BVerwG, Beschl. v. 19.07.2007 – 2 B 56/07 – www.bverwg.de = juris

RID 07-04-190

Aufwendung, Praxisgebühr, Beihilfe, Beamter, Krankenversicherung

BhV § 12 I 2; SGB V § 28 IV; GG Art. 3 I

Leitsatz: Die Kürzung der beihilfefähigen Aufwendungen um die sog. Praxisgebühr gemäß § 12 Abs. 1 Satz 2 BhV führt nicht zu einer gegen Art. 3 Abs. 1 GG verstoßenden Benachteiligung derjenigen Beamten, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (im Anschluss an BVerwGE 125, 21 <31 ff.>).

B) BESCHRÄNKUNG DER BEIHILFEFÄHIGKEIT EINER KÜNSTLICHEN BEFRUCHTUNG

VG Augsburg, Urt. v. 29.06.2007 – Au 7 K 07.461 – juris

RID 07-04-191

Beihilfe, künstliche Befruchtung, Eigenanteil, Fürsorgepflicht, Gestaltungsermessen

BhV § 6 I Nr. 13; SGB V § 27a III 3; GG Art. 3 I, 6 ,

Die im Behandlungsplan genannten Kosten einschließlich Arzneimittel **zu 50 v.H.** sind als beihilfefähig anzuerkennen. Auf eine darüber hinaus gehende Beihilfegewährung besteht kein Anspruch.

Die **Beschränkung der Beihilfefähigkeit** von Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung entsprechend der Regelung in der gesetzlichen Krankenversicherung **gemäß § 27 a SGB V** verstößt nicht gegen hergebrachte Grundsätze des Berufsbeamtentums im Sinne des Art. 33 V GG. In diesem Zusammenhang liegt weder eine Verletzung des Alimentationsprinzips noch der Fürsorgepflicht des Dienstherrn vor.

C) KEIN GENERELLER BEIHILFEAUSSCHLUSS VON POTENZSTEIFERNDEN MEDIKAMENTEN ("LEVITRA")

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.09.2007 – 6 A 1306/06 – juris

RID 07-04-192

Levitra, erektile Dysfunktion, Beihilfefähigkeit

BG NW § 88; BhV NW §4 I Nr. 7

Leitsatz: § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 2 Buchstabe e BVO NRW (BhV NW) in der in den Jahren 2004 bis 2006 geltenden Fassung schließt Aufwendungen für Arzneimittel, die überwiegend der Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen, nicht wirksam von der Beihilfefähigkeit aus. Er ist wegen fehlender gesetzlicher Ermächtigungsgrundlage nichtig.

D) AUSSCHLUSS NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER MEDIKAMENTE UNZULÄSSIG

VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 48.05 – juris

RID 07-04-193

VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 142.05 – juris

RID 07-04-194

VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 274.05 – juris

RID 07-04-195

VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 28.06 – juris

RID 07-04-196

VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 29.06 – juris

RID 07-04-197

VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 49.06 – juris

RID 07-04-198

VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 117.06 – juris

RID 07-04-199

VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 156.06 – juris

RID 07-04-200

Drei Klagen (VG 28 A 49.06, VG 28 A 117.06 und VG 28 A 158.06) um Kosten für medizinisch notwendige, **nicht verschreibungspflichtige Medikamente** gab das VG statt, weil mit dem generellen Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente von der Erstattungsfähigkeit (Beihilfefähigkeit) der Dienstherr das Beihilfesystem für Beamte strukturell geändert habe. Eine derart weitreichende Änderung könne nicht, wie geschehen, durch Verwaltungsvorschrift, sondern nur durch förmliches Gesetz oder Rechtsverordnung erfolgen. Der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente von der Beihilfefähigkeit verstoße außerdem gegen Art. 3 Abs. 1 GG. Ein sachlich rechtfertigender Grund dafür, bei verschreibungspflichtigen Medikamenten Beihilfefähigkeit vorzusehen, bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten dagegen nicht, sei nicht ersichtlich. Schließlich verstoße der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente von der Beihilfefähigkeit auch gegen die dem Dienstherrn gegenüber seinen Beamten aus Art. 33 Abs. 5 GG obliegende Fürsorgepflicht. Danach dürfe der Dienstherr seinen Beamten im Bereich der Vorsorge gegen Krankheitskosten keine unkalkulierbar hohen Risiken aufbürden. Genau dies sei aber mit dem völligen Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel von der Beihilfefähigkeit geschehen. Im Extremfall könnten danach hohe Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente das Gehalt des Beamten vollständig aufzehren.

In fünf weiteren Verfahren (VG 28 A 48.05, VG 28 A 142.05, VG 28 A 274.05, VG 28 A 28.06 und VG 28 A 29.06) hat das Gericht den völligen Ausschluss von **Medikamenten zur Behandlung erektiler Dysfunktion** und die starke Einschränkung der Kostenerstattung für die Behandlung ungewollter Kinderlosigkeit mit ähnlicher Begründung beanstandet und den jeweiligen Klägern Ansprüche auf weitere Beihilfezahlungen zugesprochen. Die Berufung wurde in allen Fällen zugelassen.

Vgl. Pressemitteilung Nr. 23/2007 v. 11.09.2007 - www.berlin.de/sen/justiz/gerichte/vg/presse -

E) BEIHILFEFÄHIGKEIT VON NOTWENDIGEN AUFWENDUNGEN IN PRIVATKLINIK

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.05.2007 – 6 A 1959/05 – juris

RID 07-04-201

Privatklinik, Aufwendungen, Beihilfefähigkeit

BG NW § 88 II; BhV NW § 4 I Nr. 2 Buchst. a u. b

- Leitsatz:**
1. Die BVO gewährt dem Beihilfeberechtigten die freie Wahl des Krankenhauses.
 2. § 4 Abs. 1 Nr. 2 a, b BVO (BhV NW) ist auf den Einheitspflegesatz einer Privatklinik, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abgerechnet, weder direkt noch entsprechend anwendbar.
 3. Soweit eine Privatklinik den Einheitspflegesatz zivilrechtlich zu Recht fordert, handelt es sich im Grundsatz um beihilfefähige Aufwendungen.
 4. Wird der Einheitspflegesatz vom Verband der privaten Krankenversicherung anerkannt, so indiziert dies auch dessen zivilrechtliche Berechtigung.

4. KEINE BEGRÜNDUNGSPFLICHT FÜR 2,3-FACHEN GEBÜHRENSATZ BEI DENTIN-ADHÄSIVEN KOMPOSITFÜLLUNGEN

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 27.06.2007 – 4 S 2090/05 – juris

RID 07-04-202

Begründungspflicht, Gebührensatz, dentin-adhäsive Kompositfüllungen
GOZ §§ 5 I, II, 10 III; Nr. 216, 217

Leitsatz: Die Abrechnung von dentin-adhäsiven Kompositfüllungen analog den Gebührenpositionen 216 und 217 GOZ ist bis zum Schwellenwert (2,3-facher Gebührensatz) auch ohne besondere Begründung zulässig (entgegen Bayer. VGH, Urteil vom 30.05.2006 - 14 BV 02.2643 -).

V. Wettbewerbsrecht/Werberecht

1. BVERFG: PROTESTAKTION ÜBER GESUNDHEITSPOLITISCHE ANGELEGENHEIT

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 12.07.2007 – 1 BvR 2041/02 – www.bundesverfassungsgericht.de RID 07-04-203

Protestaktion, Gesundheitswesen, Meinungsfreiheit, Wettbewerbsrecht
GG Art. 5 I u. II; UWG §§ 1, 2 II Nr. 5

Bei einer **Protestaktion** als Teil einer öffentlichen Auseinandersetzung über eine gesundheitspolitische Angelegenheit liegt es keineswegs nahe, dass es sich um eine Handlung im geschäftlichen Verkehr handelt, bei der der **wettbewerbliche Zweck** ungeachtet der beabsichtigten Einwirkung auf Dritte im Rahmen einer öffentlichen Kontroverse im Vordergrund steht.

Ein Beschwerdeführer, der sich zu Fragen des Gesundheitswesens und damit zu einem im besonderen **öffentlichen Interesse liegenden Gegenstand** äußert und für eine andere als die unter Schulmedizinern übliche Ansicht wirbt, beteiligt sich an einer öffentlichen Auseinandersetzung unter Einbringung der von ihm vertretenen, gegen die Mehrheit gerichteten Minderheitenposition. Art. 5 I GG schützt kritische Meinungsäußerungen zu gesellschaftlichen oder politischen Fragen in besonderem Maße (vgl. BVerfGE 102, 347 <363>; 107, 275 <281>), darunter auch solche Meinungsäußerungen, die von herrschenden Vorstellungen abweichen (vgl. BVerfGE 33, 1 <15>; 71, 162 <180>). Dies hat das BVerfG gerade auch im Falle eines Arztes herausgestellt, der eine von der Schulmedizin nicht anerkannte Behandlungsmethode praktiziert (vgl. BVerfGE 71, 162 <180>). Dabei hat es ausgeführt, dass der Kampf um die Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode, deren Wirkung mit naturwissenschaftlichen Mitteln nicht oder noch nicht beweisbar ist, notwendig mit einem Kampf um die eigene Anerkennung verbunden sein kann (vgl. BVerfGE 71, 162 <182>).

Auf Seiten der **Arzneimittelhersteller** als Mitbewerber des Beschwerdeführers ist andererseits zu berücksichtigen, dass die Publikationen herabsetzende Wertungen enthalten, die nach Auffassung der Fachgerichte geeignet sind, das Ansehen des Wirtschaftszweiges zu beeinträchtigen. Auf Seiten der **Verbraucher** ist einerseits der Schutz vor irreführenden Informationen, aber andererseits auch ihr Interesse an Informationen über eine Auseinandersetzung zwischen verschiedenen Positionen oder Schulen im Gesundheitsbereich von Belang.

2. BGH: KRANKENHAUSWERBUNG

BGH, Urt. v. 01.03.2007 – I ZR 51/04 – www.bundesgerichtshof.de

RID 07-04-204

Arzthaftung, Aufklärung
UWG §§ 8 III Nr. 2, 11 I 1 Nr. 4

Leitsatz: Für die Annahme, dass ein **Verband** eine im Sinne des § 8 Abs. 3 Nr. 2 UWG erhebliche Zahl von Unternehmern als Mitglieder hat, kommt es nicht darauf an, ob diese Verbandsmitglieder nach ihrer Zahl und ihrem wirtschaftlichem Gewicht im Verhältnis zu allen anderen auf dem maßgeblichen Markt tätigen Unternehmern repräsentativ sind.

Der Tatbestand des § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 HWG setzt voraus, dass die Werbung geeignet ist, das Laienpublikum unsachlich zu beeinflussen und dadurch zumindest eine **mittelbare Gesundheitsgefährdung** zu bewirken (Aufgabe von BGH, Urt. v. 26.10.2000 - I ZR 180/98, GRUR 2001, 453, 455 = WRP 2001, 400 - TCM-Zentrum).

3. GEGENDARSTELLUNG („KREBSARZT“): ANGEMESSENER UMFANG; ZULÄSSIGKEIT ERKLÄRENDER ZUSÄTZE

OLG Karlsruhe, Urt. v. 10.08.2007 – 14 U 86/07 – juris
Krebsarzt, Gegendarstellung
PresseG BW § 11

RID 07-04-205

Leitsatz: 1. Der Betroffene kann der in einer Erstmitteilung enthaltenen Bezeichnung als „Krebsarzt“ mit der **Gegendarstellung** die Behauptung entgegensetzen, dass er ausschließlich als forschender und publizierender, nicht aber als praktizierender Mediziner tätig sei.
2. Eine Gegendarstellung braucht sich nicht darauf zu beschränken, die in der Erstmitteilung enthaltene Tatsachenbehauptung als falsch zu bezeichnen und ihr eine andere Tatsachenbehauptung gegenüberzustellen. Vielmehr ist ein **erklärender Zusatz** zulässig, soweit dieser zum Verständnis der Erwiderung notwendig ist.
3. Eine Gegendarstellung ist nicht von unzulässiger **Länge**, wenn die Zusammenfassung einer in zwei Sätzen erfolgenden Aussage in einem einzigen Satz zwar möglich wäre, dies aber nicht zu einer wesentlichen Verkürzung des Textes führen würde.

4. VERBOT DER WERBUNG EINES HEILPRAKTIKERS MIT FREMD- ODER FACHSPRACHLICHEN BEGRIFFEN

LG Düsseldorf, Urt. v. 24.07.06 – 12 O 66/05 – MedR 2007, 555 = juris
Heilpraktiker, Werbung, Fachbegriff
HeilMWerbG § 11 I Nr. 6; UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8 I UWG

RID 07-04-206

Leitsatz (MedR): Es verstößt gegen § 11 Abs. 1 Nr. 6 HeilMWerbG, wenn ein Heilpraktiker in öffentlicher Weise außerhalb der Fachkreise mit den Bezeichnungen "Osteopathie", "Chirotherapie", "Dunkelfelddiagnose", "T.C.M.", „vegetativ“, "B.F.D.", "bioelektrische Funktionsanalyse", "Kirlianphotographie", "Dunkelfeld-Mikroskopie", "Miasmatik", "craniosacrale", "Tuina", „Qi Gong“, "H.O.T.", "Bioresonanztherapie" oder "NLP" wirbt, ohne diese im direkten Zusammenhang allgemeinverständlich zu erklären.

5. SEIFE MIT "HEILUNG HARTNÄCKIGER HAUTERKRANKUNGEN"

LG Düsseldorf, Urt. v. 30.05.2007 – 34 O 35/07 – juris
Werbeaussage, Werbeangabe, Seife, klinische Erprobung
UWG §§ 8 III Nr. 2, 12 II; HeilMWerbG § 1 I 1 Nr. 2, II 1

RID 07-04-207

Gerade die **Werbeaussage** der "Heilung hartnäckiger Hauterkrankungen" räumt dem Produkt schon fast eine Allheilmittelwirkung in diesem Bereich ein.

Eine **Irreführung** liegt vor, wenn ein Produkt die beigelegten Wirkungen und therapeutische Wirksamkeit nicht hat.

Im Bereich der Gesundheitswerbung wird verlangt, dass die **Werbeangaben** gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnis entsprechen müssen (vgl. BGH GRUR 1971, 153, 155 – Tampax). Die Erkenntnisse müssen durch medizinisch-pharmakologische Untersuchungen gewonnen werden. Es muss eine **klinische Erprobung** mit wissenschaftlichen Kontrollmethoden stattgefunden haben, mit der die Wirkungen der Zusammensetzung gerade des beworbenen Produktes empirisch nachgewiesen werden können. Unter Umständen kann auch bei der hinreichenden Faktenabsicherung ein Rückgriff auf **praktische Erfahrungen** möglich sein (vgl. OLG München MD 1998, 829, 839). Nur nach wissenschaftlichen Methoden aufbereitetes Erfahrungsmaterial ist zur Absicherung einer Werbeaussage wissenschaftlich fundierten Wirkungs- und Wirksamkeitsnachweisen vergleichbar.

VI. Verschiedenes

1. EUGH: TARIFVERTRAGLICHE ALTERSGRENZE FÜR EINTRITT IN RUHESTAND

EuGH, Urt. v. 16.10.2007 - C-411/05 - curia.europa.eu

RID 07-04-208

Félix Palacios de la Villa ./ Cortefiel Servicios SA

Gleichbehandlung, Altersdiskriminierung, Tarifvertrag, Zwangsversetzung, Ruhestand, Altersgrenze
EGRL 78/2000 Art. 2 I, 3 I Buchst. c, 6 I; EGV 13 I

Das in der Richtlinie 2000/78/EG des Rates v. 27.11.2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf konkretisierte Verbot jeglicher Diskriminierung wegen des Alters ist dahin gehend auszulegen, dass es einer nationalen Regelung wie der des Ausgangsverfahrens nicht entgegensteht, die in Tarifverträgen enthaltene Klauseln über die Zwangsversetzung in den Ruhestand für gültig erklärt, in denen als Voraussetzung lediglich verlangt wird, dass der Arbeitnehmer die im nationalen Recht auf 65 Jahre festgesetzte Altersgrenze für den Eintritt in den Ruhestand erreicht hat und die übrigen sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug einer beitragsbezogenen Altersrente erfüllt, sofern

- diese Maßnahme, auch wenn sie auf das Alter abstellt, objektiv und angemessen ist und im Rahmen des nationalen Rechts durch ein legitimes Ziel, das in Beziehung zur Beschäftigungspolitik und zum Arbeitsmarkt steht, gerechtfertigt ist und
- die Mittel, die zur Erreichung dieses im Allgemeininteresse liegenden Ziels eingesetzt werden, nicht als dafür unangemessen und nicht erforderlich erscheinen.

2. ANSPRUCH AUF AUFNAHME IN DEN KRANKENHAUSPLAN: VERTRAGSKRANKENHAUS

VG Freiburg, Urt. v. 03.07.2007 - 3 K 737/04 - juris

RID 07-04-209

Aufnahme, Krankenhaus, Krankenhausplan, Krankenkassenverband, Medizin, Psychotherapie, Versorgungsvertrag
SGB V § 109; KHG § 8 II

Leitsatz: Ein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan ist nicht schon deshalb gegeben, weil hinsichtlich des Krankenhauses ein Versorgungsvertrag i. S. v. § 109 SGB V mit den Krankenkassenverbänden abgeschlossen wurde.

3. ENTZIEHUNG DER APOTHEKENBETRIEBSERLAUBNIS NACH MEDIKAMENTENVERKAUF OHNE REZEPT

VG Gelsenkirchen, Beschl. v. 31.08.2007 - 7 L 910/07 - juris

RID 07-04-210

Interessenabwägung, Apothekenbetriebslaubnis, Apotheker, Medikament, Rezept
VwGO § 80 V; ApothekenG §§ 2 I Nr. 4, 4 I

Die Voraussetzungen für die Rücknahme der Apothekenbetriebslaubnis gemäß § 4 I i. V. m. § 2 I Nr. 4 Apothekengesetz, die Schließungsanordnung gemäß § 5 und die Zwangsmittellandrohung sind offensichtlich dann gegeben, wenn ein Apotheker rezeptpflichtige Medikamente ohne Rezept offenbar nicht nur über einige Monate, sondern seit über 10 Jahren kontinuierlich mit erheblichen Mengen an eine Vielzahl von Personen verkauft hat. Eine durchgreifende Änderung dieses Verhaltens ist deshalb für die Zukunft nicht zu erwarten.

4. STEUERRECHT: MEDIZINISCHER EINGRIFF ZUR EMPFÄNGNISVERHÜTUNG IST UMSATZSTEUERPFLICHTIG

FG Hessen, Urt. v. 16.11.2006 - 6 K 1378/06 - juris

RID 07-04-211

Empfängnisverhütung, Gynäkologie, Frauenarzt
UStG 1999 § 4 Nr. 14; EWGRL 388/77 Art 13

Das **Einsetzen einer Spirale** zur Empfängnisverhütung ist kein medizinischer Eingriff, der zum Zwecke der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung oder Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen vorgenommen wird.

Eingriffe zur Empfängnisverhütung fallen nicht unter die Steuerbefreiung des § 4 Nr. 14 UStG.

Verzeichnis der Entscheidungen

BGH , Urt. v. 01.03.2007 – I ZR 51/04 –	RID 07-04-204
BSG , Urt. v. 27.03.2007 – B 1 KR 25/06 R –	RID 07-04-150
BSG, Beschl. v. 23.05.2007 – B 1 KR 27/07 B –	RID 07-04-151
BSG, Urt. v. 23.05.2007 – B 6 KA 16/06 R –	RID 07-04-71
BSG, Urt. v. 23.05.2007 – B 6 KA 17/06 R –	RID 07-04-72
BSG, Urt. v. 24.05.2007 – B 1 KR 18/06 R –	RID 07-04-152
BSG, Urt. v. 26.06.2007 – B 1 KR 41/06 R –	RID 07-04-153
BSG, Beschl. v. 29.08.2007 – B 6 KA 41/07 B –	RID 07-04-74
BSG, Beschl. v. 29.08.2007 – B 6 KA 48/06 B –	RID 07-04-73
BSG, Urt. v. 06.09.2007 – B 3 SF 1/07 R –	RID 07-04-154
BVerfG , I. Sen. I. Ka., Beschl. v. 12.07.2007 – 1 BvR 2041/02 –	RID 07-04-203
BVerwG , Urt. v. 21.06.2007 – 3 C 39/06 –	RID 07-04-177
BVerwG, Beschl. v. 19.07.2007 – 2 B 56/07 –	RID 07-04-190
EuGH , Urt. v. 20.09.2007 - C-84/06 -	RID 07-04-175
EuGH, Urt. v. 16.10.2007 - C-411/05 -	RID 07-04-208
EuGH, Urt. v. 15.11.2007 - C-319/05 -	RID 07-04-176
FG Hessen , Urt. v. 16.11.2006 – 6 K 1378/06 –	RID 07-04-211
KG Berlin , Urt. v. 14.06.2007 – 20 U 5/06 –	RID 07-04-167
KG Berlin, Beschl. v. 31.08.2007 – 5 W 253/07 –	RID 07-04-189
LSG Bayern , Urt. v. 28.03.2007 – L 12 KA 216/04 –	RID 07-04-23
LSG Bayern, Urt. v. 12.04.2007 – L 4 KR 310/05 –	RID 07-04-106
LSG Bayern, Beschl. v. 16.04.2007 – L 4 KR 228/05 –	RID 07-04-80
LSG Bayern, Urt. v. 24.04.2007 – L 5 KR 294/05 –	RID 07-04-87
LSG Bayern, Urt. v. 25.04.2007 – L 12 KA 45/03 –	RID 07-04-43
LSG Bayern, Urt. v. 25.04.2007 – L 12 KA 674/04 –	RID 07-04-44
LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 – L 12 KA 236/04 –	RID 07-04-17
LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 – L 12 KA 255/05 –	RID 07-04-15
LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 – L 12 KA 563/04 –	RID 07-04-24
LSG Bayern, Urt. v. 24.05.2007 – L 4 KR 207/04 –	RID 07-04-120
LSG Bayern, Urt. v. 05.06.2007 – L 5 KR 154/06 –	RID 07-04-98
LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2007 – L 12 KA 21/06 –	RID 07-04-14
LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2007 – L 4 KR 58/06 –	RID 07-04-85
LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2007 – L 12 KA 129/05 –	RID 07-04-16
LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2007 – L 4 KR 229/05 –	RID 07-04-131
LSG Bayern, Urt. v. 26.06.2007 – L 5 KR 4/07 –	RID 07-04-96
LSG Bayern, Urt. v. 05.07.2007 – L 4 KR 239/04 –	RID 07-04-92
LSG Bayern, Urt. v. 05.07.2007 – L 4 KR 348/06 –	RID 07-04-149
LSG Bayern, Urt. v. 17.07.2007 – L 5 KR 32/06 –	RID 07-04-105
LSG Bayern, Beschl. v. 17.07.2007 – L 12 B 795/06 KA ER –	RID 07-04-37
LSG Bayern, Urt. v. 20.07.2007 – L 4 KR 18/06 –	RID 07-04-79
LSG Bayern, Urt. v. 20.07.2007 – L 4 KR 271/04 –	RID 07-04-97
LSG Bayern, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 191/06 –	RID 07-04-102
LSG Bayern, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 322/06 –	RID 07-04-113
LSG Bayern, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 352/05 –	RID 07-04-114
LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 10.01.2007 – L 7 KA 1006/05 –	RID 07-04-53
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.07.2007 – L 9 KR 52/05 –	RID 07-04-111
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.07.2007 – L 9 KR 145/04 –	RID 07-04-107
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.08.2007 – L 31 KR 1/07 –	RID 07-04-112
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.08.2007 – L 31 KR 139/07 –	RID 07-04-116
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 23.08.2007 – L 7 B 9/07 KA –	RID 07-04-68
LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 29.08.2007 – L 1 B 311/07 KR ER –	RID 07-04-144
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.09.2007 – L 9 KR 105/05 –	RID 07-04-109
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.09.2007 – L 9 KR 295/04 –	RID 07-04-119
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.09.2007 – L 9 KR 201/04 –	RID 07-04-104
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.09.2007 – L 9 KR 197/04 –	RID 07-04-108
LSG Hessen , Urt. v. 25.04.2007 – L 4 KA 45/06 –	RID 07-04-57
LSG Hessen, Urt. v. 23.05.2007 – L 4 KA 22/06 –	RID 07-04-41
LSG Hessen, Urt. v. 23.05.2007 – L 4 KA 25/06 –	RID 07-04-39
LSG Hessen, Urt. v. 23.05.2007 – L 4 KA 31/06 –	RID 07-04-40
LSG Hessen, Urt. v. 23.05.2007 – L 6/7 KA 70/03 –	RID 07-04-05
LSG Hessen, Urt. v. 24.05.2007 – L 8 KR 82/06 –	RID 07-04-89
LSG Hessen, Urt. v. 21.06.2007 – L 8 KR 119/05 –	RID 07-04-77
LSG Hessen, Urt. v. 27.06.2007 – L 6/7 KA 17/04 –	RID 07-04-34
LSG Hessen, Beschl. v. 31.08.2007 – L 4 KA 30/07 ER –	RID 07-04-55
LSG Hessen, Beschl. v. 31.08.2007 – L 4 B 230/07 KA –	RID 07-04-65 u. 69
LSG Hessen, Beschl. v. 04.09.2007 – L 4 B 231/07 KA –	RID 07-04-66 u. 70
LSG Hessen, Urt. v. 26.09.2007 – L 4 KA 15/07 –	RID 07-04-56
LSG Hessen, Beschl. v. 08.11.2007 – L 1 KR 230/07 ER –	RID 07-04-124
LSG Niedersachsen-Bremen , Beschl. v. 30.05.2007 – L 4 KR 91/05 –	RID 07-04-129
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 12.09.2007 – L 4 KR 242/05 –	RID 07-04-138
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.06.2007 – L 2 KN 209/05 KR –	RID 07-04-121
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 20.06.2007 – L 11 B 12/07 KA ER –	RID 07-04-48
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.08.2007 – L 11 KA 25/07 –	RID 07-04-06
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.08.2007 – L 11 KA 62/06 –	RID 07-04-03
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.08.2007 – L 11 KA 63/06 –	RID 07-04-02

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.08.2007 – L 10 KA 2/07 –	RID 07-04-45
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2007 – L 5 KR 15/07 –	RID 07-04-130
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2007 – L 5 KR 152/03 –	RID 07-04-146
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.09.2007 – L 11 KA 105/06 –	RID 07-04-21
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 45/07 –	RID 07-04-86
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 18.09.2007 – L 11 B 17/07 KA ER –	RID 07-04-49
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.09.2007 – L 11 KR 23/06 –	RID 07-04-78
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.10.2007 – L 11 KR 87/06 –	RID 07-04-94
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.10.2007 – L 16 KR 53/07 –	RID 07-04-95
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.10.2007 – L 11 KR 19/07 –	RID 07-04-128
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 17.10.2007 – L 16 B 32/07 KR ER –	RID 07-04-88
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 25.10.2007 – L 5 B 36/07 KR ER –	RID 07-04-90
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 03.05.2007 – L 5 KR 186/06 –	RID 07-04-133
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.06.2007 – L 5 KR 220/06 –	RID 07-04-100
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.07.2007 – L 5 KR 143/05 –	RID 07-04-134
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 02.08.2007 – L 5 KNK 1/06 –	RID 07-04-140
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 23.08.2007 – L 5 KA 21/06 –	RID 07-04-28
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 240/06 –	RID 07-04-82
LSG Sachsen , Urt. v. 21.03.2007 – L 1 KR 50/03 –	RID 07-04-136
LSG Sachsen, Urt. v. 16.05.2007 – L 1 KR 1/03 –	RID 07-04-110
LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 23.05.2007 – L 4 KR 53/03 –	RID 07-04-84
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 20.06.2005 – L 4 B 20 /05 KA ER –	RID 07-04-61
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 05.09.2007 – L 5 KR 77/06 –	RID 07-04-135
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 19.09.2007 – L 4 B 489/07 KA ER –	RID 07-04-51
LSG Schleswig-Holstein, B. v. 24.09.2007 – L 5 B 504/07 KR ER –	RID 07-04-81
LSG Schleswig-Holstein, B. v. 26.09.2007 – L 5 B 522/07 KR ER –	RID 07-04-147
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 22.10.2007 – L 4 B 583/07 KA ER –	RID 07-04-50
LSG Thüringen , Urt. v. 24.01.2007 – L 4 KA 283/05 –	RID 07-04-01
LSG Thüringen, Urt. v. 24.01.2007 – L 4 KA 935/05 –	RID 07-04-13
LSG Thüringen, Urt. v. 26.03.2007 – L 6 KR 456/06 –	RID 07-04-76
LG Düsseldorf , Urt. v. 27.03.2007 – 6 O 389/06 –	RID 07-04-164
LG Düsseldorf, Urt. v. 30.05.2007 – 34 O 35/07 –	RID 07-04-207
LG Düsseldorf, Urt. v. 24.07.06 – 12 O 66/05 –	RID 07-04-206
LG Köln , Urt. v. 15.08.2007 – 25 O 141/04 –	RID 07-04-171
LG Köln, Urt. v. 15.08.2007 – 25 O 177/04 –	RID 07-04-168
OLG Celle , Urt. v. 22.10.2007 – 1 U 77/07 –	RID 07-04-188
OLG Düsseldorf , Urt. v. 19.03.2007 – 9 U 46/07 –	RID 07-04-165
OLG Hamburg , Urt. v. 20.03.2007 – 1 W 6/07 –	RID 07-04-166
OLG Hamburg, Urt. v. 16.04.2007 – 3 U 22/07 –	RID 07-04-186
OLG Hamburg, Urt. v. 12.07.2007 – 3 U 39/07 –	RID 07-04-184
OLG Hamburg, Urt. v. 12.07.2007 – 3 U 219/06 –	RID 07-04-187
OLG Hamburg, Urt. v. 19.07.2007 – 3 U 292/06 –	RID 07-04-185
OLG Hamburg, Urt. v. 26.07.2007 – 3 U 21/07 –	RID 07-04-183
OLG Karlsruhe , Urt. v. 10.08.2007 – 14 U 86/07 –	RID 07-04-205
OLG Koblenz , Urt. v. 20.07.2006 – 5 U 180/06 –	RID 07-04-172
OLG Köln , Urt. v. 29.01.2007 – 5 U 85/06 –	RID 07-04-170
OLG Oldenburg , Urt. v. 28.02.2007 – 5 U 147/05 –	RID 07-04-173
OLG Oldenburg, Urt. v. 04.07.2007 – 5 U 31/05 –	RID 07-04-174
OLG Zweibrücken , Urt. v. 23.01.2007 – 5 U 35/05 –	RID 07-04-169
OVG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 23.05.2007 – 6 A 1959/05 –	RID 07-04-201
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.06.2007 – 13 A 4748/06 –	RID 07-04-156
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.08.2007 – 13 A 2840/04 –	RID 07-04-159
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.08.2007 – 13 B 503/07 –	RID 07-04-160
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.09.2007 – 13 A 4643/06 –	RID 07-04-178
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.09.2007 – 13 A 4644/06 –	RID 07-04-179
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.09.2007 – 6 A 1306/06 –	RID 07-04-192
OVG Saarland , Beschl. v. 17.09.2007 – 3 B 394/07 –	RID 07-04-158
SG Aachen , Urt. v. 15.05.2007 – S 13 KR 13/07 –	RID 07-04-99
SG Augsburg , Urt. v. 13.11.2007 – S 12 KR 131/07 –	RID 07-04-125
SG Berlin , Beschl. v. 29.05.2007 – S 83 KA 74/07 ER –	RID 07-04-38
SG Berlin, Urt. v. 30.05.2007 – S 83 KA 298/05 –	RID 07-04-04
SG Berlin, Urt. v. 01.08.2007 – S 112 KR 244/07 –	RID 07-04-139
SG Dresden , Urt. v. 08.09.2005 – S 18 KR 499/03 –	RID 07-04-123
SG Duisburg , Urt. v. 30.05.2007 – S 9 (7) KR 15/06 –	RID 07-04-137
SG Duisburg, Urt. v. 08.10.2007 – S 7 KR 13/05 –	RID 07-04-115
SG Düsseldorf , Urt. v. 20.07.2007 – S 4 KR 59/06 –	RID 07-04-117
SG Düsseldorf, Urt. v. 20.07.2007 – S 4 KR 214/04 –	RID 07-04-141
SG Düsseldorf, Urt. v. 26.07.2007 – S 8 KR 98/05 –	RID 07-04-101
SG Düsseldorf, Urt. v. 26.07.2007 – S 8 KR 270/05 –	RID 07-04-83
SG Düsseldorf, Urt. v. 26.07.2007 – S 8 (4) KR 4/05 –	RID 07-04-103
SG Düsseldorf, Urt. v. 29.08.2007 – S 2 KA 85/06 –	RID 07-04-25
SG Düsseldorf, Urt. v. 05.09.2007 – S 8 KR 22/05 –	RID 07-04-93
SG Düsseldorf, Urt. v. 12.09.2007 – S 2 KA 95/07 –	RID 07-04-31
SG Düsseldorf, Urt. v. 21.09.2007 – S 8 KR 11/05 –	RID 07-04-132
SG Düsseldorf, Urt. v. 21.09.2007 – S 8 KR 19/05 –	RID 07-04-148
SG Düsseldorf, Urt. v. 21.09.2007 – S 8 (4) KR 87/06 –	RID 07-03-142
SG Düsseldorf, Urt. v. 26.09.2007 – S 2 KA 75/06 –	RID 07-04-64
SG Düsseldorf, Urt. v. 24.10.2007 – S 2 KA 128/06 –	RID 07-04-36
SG Düsseldorf, Beschl. v. 08.11.2007 – S 2 KA 138/07 ER –	RID 07-04-63

SG Frankfurt a. M. , Urt. v. 26.03.2007 – S 25 KR 2249/03 –	RID 07-04-75
SG Gelsenkirchen , Urt. v. 29.09.2005 – S 16 KA 15/04 –	RID 07-04-54
SG Landshut , Urt. v. 17.11.2006 – S 10 KR 13/05 –	RID 07-04-127
SG Lübeck , Beschl. v. 23.05.2007 – S 1 KR 250/07 –	RID 07-04-145
SG Lübeck, Beschl. v. 08.08.2007 – S 1 KR 422/07 ER –	RID 07-04-126
SG Marburg , Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 100/07 –	RID 07-04-18
SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 196/07 –	RID 07-04-19
SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 688/05 –	RID 07-04-35
SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 822/06 –	RID 07-04-08
SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 974/06 –	RID 07-04-27
SG Marburg, Urt. v. 10.10.2007 – S 12 KA 268/07 –	RID 07-04-52
SG Marburg, Urt. v. 10.10.2007 – S 12 KA 300/07 –	RID 07-04-46
SG Marburg, Beschl. v. 25.10.2007 – S 12 KA 404/07 ER –	RID 07-04-47
SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 135/07 –	RID 07-04-29
SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 333/07 –	RID 07-04-67
SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 768/06 –	RID 07-04-12
SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 780/06 –	RID 07-04-10
SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 860/06 –	RID 07-04-11
SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 899/06 –	RID 07-04-09
SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 939/06 –	RID 07-04-20
SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 975/06 –	RID 07-04-32
SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 979/06 –	RID 07-04-26
SG Marburg, Beschl. v. 06.11.2007 – S 12 KA 431/07 ER –	RID 07-04-58
SG Marburg, Beschl. v. 06.11.2007 – S 12 KA 432/07 ER –	RID 07-04-59
SG Marburg, Beschl. v. 06.11.2007 – S 12 KA 433/07 ER –	RID 07-04-60
SG Marburg, Urt. v. 21.11.2007 – S 12 KA 90/07 –	RID 07-04-33
SG Marburg, Urt. v. 21.11.2007 – S 12 KA 1058/06 –	RID 07-04-07
SG Marburg, Urt. v. 21.11.2007 – S 12 KA 1067/06 –	RID 07-04-22
SG Marburg, Beschl. v. 23.11.2007 – S 12 KA 465/07 ER –	RID 07-04-30
SG München , Urt. v. 06.12.2006 – S 38 KA 645/05 –	RID 07-04-42
SG Schwerin , Urt. v. 30.05.2007 – S 3 KA 21/06 –	RID 07-04-62
SG Wiesbaden , Urt. v. 18.09.2007 – S 2 KR 170/07 –	RID 07-04-143
SG Würzburg , Urt. v. 09.10.2007 – S 4 KR 545/06 –	RID 07-04-122
SG Würzburg, Urt. v. 23.10.2007 – S 4 KR 517/06 –	RID 07-04-118
SG Würzburg, Urt. v. 30.10.2007 – S 2 KR 85/03 –	RID 07-04-91
VG Augsburg , Urt. v. 29.06.2007 – Au 7 K 07.461 –	RID 07-04-191
VG Berlin , Urt. v. 10.08.2007 – 14 A 106.05 –	RID 07-04-182
VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 28.06 –	RID 07-04-196
VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 29.06 –	RID 07-04-197
VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 48.05 –	RID 07-04-193
VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 49.06 –	RID 07-04-198
VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 142.05 –	RID 07-04-194
VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 117.06 –	RID 07-04-199
VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 156.06 –	RID 07-04-200
VG Berlin, Urt. v. 11.09.2007 – VG 28 A 274.05 –	RID 07-04-195
VG Braunschweig , Urt. v. 12.09.2007 – 1 A 364/06 –	RID 07-04-155
VG Düsseldorf , Urt. v. 26.09.2007 – 20 K 4690/05 –	RID 07-04-161
VG Freiburg , Urt. v. 03.07.2007 – 3 K 737/04 –	RID 07-04-209
VG Gelsenkirchen , Beschl. v. 31.08.2007 – 7 L 910/07 –	RID 07-04-210
VG Koblenz , Urt. v. 26.02.2007 – 3 K 933/06 –	RID 07-04-163
VG Köln , Urt. v. 31.07.2007 – 7 K 6609/03 –	RID 07-04-180
VG Köln, Urt. v. 14.08.2007 – 7 K 293/05 –	RID 07-04-181
VGH Baden-Württemberg , Urt. v. 27.06.2007 – 4 S 2090/05 –	RID 07-04-202
VGH Hessen , Beschl. v. 14.05.2007 – 1 TP 238/07 –	RID 07-04-157

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 12.11.2007: 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 41, 42, 43/07	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 – SG Marburg, Urt. v. 04.07.2007 - S 11 KA 101, 270 u. 609/05	07-01-01 07-03-02, 03 u. 04
Psychotherapeuten – Honorar bis Ende 1998: Vergleichsgruppe/ Mengenzuwachsbegrenzungsregelungen	17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25/07 Termin: 28.11.2007	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
	49/07	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?	SG Düsseldorf, Urt. v. 04.07.2007 - S 33 KA 176/05 -	

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 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?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 11.07.2006 - L 4 KA 14/05 -	06-04-06
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
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
Vergütung im ambulanten Notfalldienst der Krankenhäuser	46, 47/07	Verstoßen die Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ab 1.4.2005 zur Vergütung der Leistungen im ambulanten Notfalldienst der Krankenhäuser gegen Art 3 Abs 1 GG?	SG Saarland , Urt. v. 12.09.2007 - S 2 KA 167 u. 246/07 -	
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
Kosten bei Multileaf-Kollimator	45/07	Sind Kosten (hier: Personalkosten), die bei der Herstellung von Ausblendungen für die Strahlentherapie mit Hilfe von Multileaf-Kollimator anfallen, gemäß der Anmerkung nach Nr 7025 EBM-Ä in der bis zum 31.3.2005 geltenden Fassung gesondert berechnungsfähig?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 08.11.2006 - L 5 KA 1838/05 -	
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 Termin: 28.11.2007	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?	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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?	<i>SG Hannover</i> , 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?	<i>SG Hannover</i> , Urt. v. 13.09.2006 - S 35 KA 878/06 -	07-02-22
Vergütung Leistungen zu Lasten sog. besonderer Kostenträger (Durchschnittspunktwert aller Ärzte)	48/07	Sind die Leistungen für Patienten, die von sogenannten "besonderen Kostenträgern" zu vergüten sind, nach einem Durchschnittspunktwert aller Ärzte zu vergüten oder sind die jeweiligen Auszahlungspunktwerte im Regional- und Ersatzkassenbereich zu berücksichtigen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.05.2007 - L 12 KA 255/05 -	07-04-15
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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 08.11.2006 - L 3 KA 199/03 -	07-01-02
Abrechnung mit Hilfe einer Abrechnungsstelle	37/07	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung die Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen von gesetzlich versicherten Patienten durch ein Krankenhaus, das diese Abrechnungen durch ein privates Dienstleistungsunternehmen erstellen lässt, zurückweisen?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.06.2007 - L 11 KA 110/06 -	07-03-22

Praxisbudgets/Teilbudgets

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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 23.05.2007 - L 3 KA 268/04 -	07-03-28
---	-------	---	--	----------

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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 16.02.2005 - L 11 KA 42/04 -	05-03-25
--	-------	---	---	----------

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Wirtschaftlichkeitsprüfung nach	34/07	Ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten in Schleswig-Holstein auf	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> ,	07-03-52
---------------------------------	-------	---	---------------------------------	----------

Durchschnittswerten		der Grundlage der Prüfvereinbarung vom 15.3.1995 auch nach Änderung des § 106 SGB 5 durch das GMG vom 14.11.2003 zulässig?	Urt. v. 22.05.2007 - L 4 KA 4/06 -	
Eingeschränkte Einzelfallprüfung bei Überschreitung des zulässigen Verordnungsumfanges	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
Zuständigkeit für Hochschulambulanzen	36/07	Sind die Prüfungsgremien nach § 106 Abs 4 SGB 5 auch für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Hochschulambulanzen zuständig oder obliegt diese seit dem 1.1.2003 allein den Krankenkassen?	SG Hamburg , Urt. v. 18.07.2007 - S 3 KA 532/06 -	
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 Bescheid begrenzt?	LSG Niedersachsen-Bremen, L Urt. v. 14.06.2006 - 3 KA 47/05 -	06-03-48
Zulassung und Ermächtigung				
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	13/07	Kann ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in einem für Nervenärzte gesperrten Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, wenn er sich verpflichtet, ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu sein und der Versorgungsanteil an ärztlichen Psychotherapeuten im betreffenden Planungsbereich noch nicht ausgeschöpft ist?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.03.2006 - L 5 KA 2537/05 -	06-03-54
Ermächtigung zur Psychotherapie griechischsprechender Versicherter	40/06	Hat eine Diplom-Psychologin einen Anspruch auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung fremdsprachlicher Versicherter in ihrer Heimatsprache, sofern diese Personen der deutschen Sprache nicht in einem solchen Maße mächtig sind, dass die Therapie in dieser Sprache möglich wäre?	LSG Bayern , Urt. v. 21.06.2006 - L 12 KA 426/04 -	07-01-89
Sonderbedarfszulassung Psychotherapeuten: Regelungslücke/Bedarfsermittlung bei geringer Tätigkeit	14/07	Welche Voraussetzungen müssen für die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung an einen Psychotherapeuten erfüllt sein, der im Richtlinienverfahren der Verhaltenstherapie tätig ist? Steht dem schon die Erklärung anderer Therapeuten entgegen, sie hätten noch freie Behandlungsplätze? Muss bei diesen nachgefragt werden, ob sie gerade auch Verhaltenstherapie anbieten? Muss je nach dem, ob die Versorgungslücke bei Kindern oder Erwachsenen besteht, danach differenziert werden, ob die freien Behandlungsplätze für Kinder oder für Erwachsene gedacht sind? Reicht es für einen Sonderbedarf aus, wenn der Mangel an Behandlungskapazitäten darauf beruht, dass diverse Therapeuten nicht vollzeitlich tätig sind? Muss insoweit, als diesen auch eine Vollzeittätigkeit zumutbar wäre, vergeblich hierauf hingewirkt worden sein, ehe eine Versorgungslücke angenommen werden kann? Kann eine Versorgungslücke unter Hinweis darauf verneint	LSG Bayern , Urt. v. 25.10.2006 - L 12 KA 187/05 -	07-02-62

		werden, dass die Tätigkeitsaufnahme bzw -erweiterung anderer Therapeuten unmittelbar bevorstehe?		
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?	LSG Bayern , Urt. v. 19.07.2006 - L 12 KA 9/06	06-04-69
	44/07	Sind die Vorschriften über die Beendigung der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit bei Erreichen der Altersgrenze von 68 Jahren nach dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (1.1.2007) noch mit dem Grundgesetz und/oder mit Europäischem Gemeinschaftsrecht unvereinbar?	SG Reutlingen , Urt. v. 27.06.2007 - S 1 KA 2556/05 -	
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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.11.2005 - L 5 KA 5774/04 -	06-04-71
Ausschreibung für einen Vertragsarztsitz	26/07 Termin: 28.11.2007	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?	LSG Rheinland-Pfalz , 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?	LSG Berlin-Brandenburg , 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 Planungsbereichs noch nicht vom betreffenden Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen angeordnet waren?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 29.11.2006 - L 7 KA 17/05 -	07-02-60
Berechtigung zur Leistungserbringung nach EBM 2005 (Pneumologie)	40/07	Ist ein Internist ohne entsprechende Schwerpunktbezeichnung berechtigt, pneumologische Leistungen nach Kapitel 13.3.7 EBM 2005 zu erbringen? Ist die Entscheidung der Prüfungsgremien, insoweit keine erneute Ermächtigung zu erteilen, rechtmäßig?	SG Marburg , Urt. v. 27.06.2007 - S 12 KA 64/07 -	07-03-81
Institutsermächtigung für BG-Unfallklinik	35/07	Kann eine berufsgenossenschaftliche Unfallklinik, die mit einer Universität kooperiert, die Erteilung einer Institutionsermächtigung gemäß § 117 Abs 1 SGB 5 beanspruchen?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.06.2007 - L 5 KA 31/06 -	07-03-77
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
Erweiterte Honorarverteilung KV Hessen				
Absenkung des Anspruchsniveaus für Rentenbezieher	38, 39/07	Verstoßen die unter Berufung auf § 8 KÄV/KZÄVG HE ergangenen "Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung" der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gegen höherrangiges Recht?	LSG Hessen, Urt. v. 01.11.2006 - L 6/7 KA 66 u. 68/04 -	07-02-72 u. 73
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 -	07-02-79
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. 30.05.2007 - 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 -	07-03-88
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: 12.11.2007: 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				
Laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT))	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?	LSG Hessen , Urt. v. 21.06.2007 - L 8 KR 119/05 -	07-04-77
Photodynamische Therapie	B 1 KR 25/07 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine photodynamische Therapie (PDT) unter Anwendung des Medikaments "Visudyne" zu erstatten, wenn bei dem Versicherten eine überwiegend klassische extrafoveolare subretinale Neovaskularisation vorgelegen hat?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 27.06.2007 - L 5 KR 5/07 -	07-03-121

LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren	B 1 KR 26/07 R	Liegt eine teilstationäre Behandlung vor, wenn aufgrund eines auf Dauer angelegten Behandlungsplanes eine Leistungserbringung in Form von Tagesaufenthalten (Dialyse) in regelmäßigen wöchentlichen bis 14-tägigen Abständen im Krankenhaus erfolgt, ohne dass eine auf einen längeren Zeitraum gerichtete Krankenhausbehandlung vorliegt? Ist das Fehlen einer auf die konkrete Behandlungsform gerichteten vertragsärztlichen Verordnung selbst bei Vorliegen der Voraussetzungen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches im Geltungsbereich des § 13 Abs 3 SGB 5 nicht durch einen auslegungsbedürftigen anderweitigen Antrag ersetzbar und führt in jedem Fall dazu, dass ein Kostenerstattungsanspruch nicht gegeben ist?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 31.01.2007 - L 9 KR 1168/05 -	07-02-117
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
Erfüllung der Forderung durch private Krankenversicherung des Ehegatten	B 1 KR 24/07 R	Kann eine gesetzlich krankenversicherte Ehefrau, deren privat versicherter Ehemann an einer Fertilitätsstörung leidet, die eine intracytoplasmatische Spermajektion (ICSI) als medizinische Maßnahme zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich macht, von ihrer Krankenkasse (KK) Kostenerstattung oder -freistellung für die an ihrem Körper im Rahmen der ICSI durchgeführten Behandlungsmaßnahmen verlangen, wenn der private Krankenversicherer des Ehemannes diese Kosten den behandelnden Ärzten gezahlt hat, sich aber in einem Vertrag mit den Eheleuten vorbehalten hat, von den Eheleuten den Betrag "zurückzufordern", der sich aufgrund einer Klage der Ehefrau gegen ihre KK als deren Schuld ergibt?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 23.05.2007 - L 4 KR 53/03 -	07-04-84
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 -	07-04-100
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 -	07-04-89
Kostenerstattung				
Kostenerstattung aufgrund sozialrechtlichen Herstellungsanspruches	B 1 KR 14/07 R Termin: 02.11.2007	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
Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im Ausland				
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	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 25.01.2007	07-02-144

		(GTO) und Glycerol-Trierucat (GTE)?	- L 8 KR 18/05 -	
	B 5b KN 3/07 KR R	Ist Lorenzos Öl, eine Mischung von Glycerol-Trioleat (GTO) und Glycerol-Trierucat (GTE), in der gesetzlich vorgegebenen Abgrenzung von Arzneimitteln und Lebensmitteln als Arzneimittel anzusehen? Ist es aus verfassungsrechtlicher Sicht geboten, die Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei nicht zugelassenen Arzneimitteln in Fällen einer lebensbedrohenden und regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung erweiternd auf andere notstandsähnliche Fallkonstellationen auszudehnen?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 20.06.2007, - L 4 KR 39/06 -	
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.09.2006 - L 16 KR 194/05 -	06-04-179
Teilhandprothese (Epithese)	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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.06.2007 - L 11 KR 39/05 -	07-03-153
Fahrkosten/Zuzahlung				
Kosten von Rettungsfahrten	B 1 KR 4/07 R Termin: 02.11.2007	Hat eine Krankenkasse die Kosten von Rettungsfahrten auch dann zu übernehmen, wenn sich ergibt, dass der Versicherte nicht transportiert werden muss?	SG Aachen , Urt. v. 16.01.2007 - S 13 KR 68/06 -	07-02-166
Kosten für Hubschraubertransport bei Verlegung aus religiösen Gründen	B 1 KR 11/07 R Termin: 02.11.2007	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
Fahrten zum Rehabilitationssport	B 1 KR 22/07 R	Hat ein Versicherter einen Kostübernahmeanspruch für Fahrten zum Rehabilitationssport?	LSG Niedersachsen-Bremen , 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?	SG Lübeck , 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?	LSG Baden-Württemberg , 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 30.05.2007 - L 4 KR 91/05 -	07-04-129
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?	LSG Bayern , 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 auferlegen?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 22.06.2006 - L 5 KR 7/06 -	
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
AfA und Werbungskosten bei Vermietung 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 Verpachtung zu verstehen und sind in diesem Zusammenhang neben typischen abzugsfähigen Werbungskosten wie Grundabgaben und Hausversicherung auch die AfA für Umsatzsteuervorauszahlungen einkommensmindernd zu berücksichtigen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> Urt. v. 22.11.2006, - L 4 KR 127/04 -	07-01-172

Krankenhauskosten

Prognose des behandelnden Arztes	B 3 KR 14/07 R	Ist eine Krankenhausbehandlung notwendig, wenn sie aus der vorausschauenden Sicht des Krankenhausarztes unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände vertretbar ist, dh nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung steht oder medizinische Standards verletzt und kommt es im Zweifel auf die Prognose des behandelnden Arztes an?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 05.07.2007 - L 5 KR 143/05 -	07-04-134
Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit: Fehlende Behandlungsalternative	B 3 KR 19/05 R	Besteht ein Anspruch auf fortdauernde Krankenhausbehandlung bei einer Alkoholerkrankung mit weiteren Gesundheitsstörungen, wenn keine konkrete Behandlungsalternative aufgezeigt wird und mangels Bestellung eines Betreuers keine wirksame Mitteilung über den Wegfall der Voraussetzungen für die weitere Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit an den Versicherten ergehen kann (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	<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
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	07-04-133
Nachträgliche Feststellung feh-	B 3 KR 17/07 R	Zum Vergütungsanspruch eines Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse, wenn sich nachträglich herausstellt, dass ein Versicherter angesichts des begrenzten Versorgungs-	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 05.07.2007	

lender Behandlungsbedürftigkeit		auftrages des Krankenhauses nicht hätte behandelt werden dürfen.	- L 5 KR 59/06 -	
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).	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 21.09.2004 - L 1 KR 58/03 -	05-01-165
Einsichtnahme in die beigezogenen Behandlungsakten	B 3 KR 13/07 R Termin: 15.11.2007	Steht einer Krankenkasse im gerichtlichen Verfahren über die Vergütungsrückzahlungsklage gegen ein Krankenhaus ein eigenes Recht auf Einsichtnahme in die beigezogenen Behandlungsakten des Krankenhauses zu?	SG Duisburg , Urt. v. 22.06.2007 - S 9 KR 192/06 -	
DRG F 44 B/DRG D 14 B	B 3 KR 15/07 R	Hat ein Krankenhaus für eine nach Abschluss der Herzkatheteruntersuchung nach Sones angelegte Gefäßnaht einen zusätzlichen Vergütungsanspruch (DRG F 44 B/DRG D 14 B)?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 19.07.2007 - L 5 KR 228/06 -	
Lauf der Frist für die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs (§ 111 SGB X)	B 1 KR 13/07 R	Werden krankensicherungsrechtliche 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				
	B 3 KR 18/07 R	Kann der Lieferant von Sondennahrung von der Krankenkasse die Zahlung des Regelsatzes anstelle des ermäßigten Umsatzsteuersatzes verlangen, wenn die Finanzverwaltung von ihm nach geänderter Rechtsauffassung Umsatzsteuer nach dem vollen Steuersatz erhebt?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 02.08.2007 - L 5 KR 200/05 - - L 5 KNK 1/06 -	07-04-140
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
Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis: Geräte der nicht-invasiven Magnetfeldtherapie	B 3 KR 10/07 R	Zur Verpflichtung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Aufnahme eines Hilfsmittels (hier: Gerät zur Elektrostimulation des Knochen- und Bindegewebes mittels pulsierender Magnetfelder - nicht-invasive Magnetfeldtherapie) in das Hilfsmittelverzeichnis.	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.05.2007 - L 5 KR 245/00 -	07-03-173
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
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
Heilmittelerbringer: Pflicht zur Überprüfung der ärztlichen	B 3 KR 4/07 R	Hat ein Physiotherapeut einen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse für krankengymnastische Leistungen, wenn die Verordnung des Vertragsarztes nach den Abgabe-	LSG Hessen , Urt. v. 19.10.2006	07-01-192

Verordnung		bedingungen genehmigungspflichtig war, die Krankenkasse aber dem Versicherten mitgeteilt hat, eine Genehmigung der Maßnahme sei nicht erforderlich?	- L 8 KR 23/06 -	
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
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 -	07-03-183
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
	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/Adaptions- maßnahme 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 -	