

Rechtsprechungsinformationsdienst 08-01

Redaktion	7
Editorische Hinweise	7
A. Vertragsarztrecht	8
I. Honorarverteilung	8
1. Keine getrennten Fachgruppentöpfe/Kinder- und Jugendpsychiater	8
2. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin u. hausärztlicher Versorgungsbereich	9
3. Unterschiedliche Vergütung: Rheumatologische Orthopäden/Internisten	9
4. Regelleistungsvolumen (KV Hessen)	9
a) Weiterer Vertragsarzt in Gemeinschaftspraxis	9
b) Bindende Vorgabe des Bewertungsausschusses/Unzeit und Hausbesuche	10
c) Ausnahmetatbestand: Spezialisierung auf Proktologie	10
d) Ausnahmetatbestand: Spezialisierung auf Proktologie und Koloskopie	10
e) Ausnahmetatbestand: Chirurg mit dem Schwerpunkt Gefäßchirurgie	10
f) Ermessensausübung bei Sonderregelung (Kinderkardiologie)/80 %-Grundlage	11
5. Individualbudget: Veränderung des Leistungsspektrums	11
6. Ausgleichsregelung nach EBM 2005 (KV Hessen): 5 %-Schwankungsbreite/Junge Praxis	11
7. Notfallbehandlung: Unterschiedliche Vergütung zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten	12
8. Praxis- und Zusatzbudgets	12
a) Kein Anspruch auf bestimmten Punktwert	12
b) Praxisbudget für Gemeinschaftspraxis mit nicht budgetiertem Arzt	12
9. Verspätete Abrechnung	12
a) Zulässige Jahresfrist/Kein Ausnahmefall bei bewusst unterlassener Abrechnung	12
b) Zulässige Ausschlussfrist von einem Quartal für die Quartalsabrechnung	13
10. Einstweiliges Anordnungsverfahren: Interessenabwägung/Berufsverbot	13
11. Zahnärzte:	14
a) HVM Budget/Keine Sonderregelung für Oralchirurgen	14
b) Umsetzung der Budgetierung im HVM/Härtefallregelung	14
c) Berücksichtigung von Degressionsbeträgen im HVM	15
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	15
1. Richtigstellungsbetrag bei Praxis- und Zusatzbudgets	15
2. Plausibilitätsprüfung: Zeitgebundene Leistungen und Hausbesuche/Überdurchschnittliche Fallzahl	16
3. LDL-Elimination ohne Genehmigung der Kasse gegenüber Versichertem/Vertrauensschutz	16
4. Nr. 19 EBM. Keine Fremdanamnese im organisierten ärztlichen Notdienst	16
5. Nr. 63 u. 462: Ambulanter operativer Eingriff mit Anästhesieleistung/Nachbetreuungsleistungen	17
6. Nr. 205 EBM 1996 (Entstauerender phlebologischer Funktionsverband)	17
7. Einmal-Abdecksets	17
8. Zahnärzte	17
a) Nr. 56c BEMA-Z mit Osteotomie/Wurzelspitzenresektion nur bei röntgenolog. erkennbarer Zyste	17
b) IP-Programme eines Kieferorthopäden bei bereits begonnenen IP-Programmen der Hauszahnärzte	18
III. Fachkunde/Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst/Ausschreibung	18
1. Fachkunde	18
a) Eintragung in Arztregister: Allgemeinmedizin und fünfjährige Weiterbildungszeit	18
b) Widerruf einer Ultraschallgenehmigung	18
c) Laborrichtlinie: Zeugnis von zur Weiterbildung ermächtigtem Arzt	19
d) Aussetzung des Verfahrens auf Anerkennung der Fachkunde für Gesprächspsychotherapie	19
2. Zweigpraxis nach VÄndG	20
a) Keine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung bei Fahrzeit von 45 Minuten	20
b) Versorgungsverbesserung/Kinderzahnheilkunde	20
3. MVZ: Belegarztanerkennung	21
a) Geeignetheit: Fahrstrecke zwischen Belegkrankenhaus und Wohnsitz	21
b) Teilzeittätigkeit von 10 Wochenstunden/Fahrzeit von über einer Stunde	21
4. Bereitschaftsdienst	21
a) Befreiung vom Bereitschaftsdienst: Einschränkung der Praxisausübung	21
b) Zusammenlegung von Bereitschaftsdienstbezirken	22
c) Suspendierung vom Notdienst	23
5. Ausschreibungsanspruch bei Beschränkung auf hälftigen Versorgungsauftrag	23
6. Zahnärzte: Genehmigung von kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen	23

IV. Disziplinarrecht: Missbräuchliche Gestaltungsform der Praxisgemeinschaft	23
V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	24
1. Keine Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Hochschulambulanzen	24
2. Arzneimittelregress	24
a) Nicht verordnungsfähiges Arzneimittel (Wobe Mugos E)	24
b) Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten	25
c) Dauermedikation mit Benzodiazepinen	25
d) Sprechstundenbedarfsregress wegen koaxialer Interventionssets: Vertrauensschutz	26
3. Sonstiger Schaden: Unzulässige Verordnung eines Krankentransports	26
4. Beratung statt Regress	27
5. Zahnärzte	27
a) Statistische Vergleichsprüfung auf Grundlage des Gesamtfallwertes	27
b) Kein erhöhter Behandlungsaufwand für ältere Patienten	27
c) Vertagungsgesuch/PAR-Behandlung: Dokumentation, Vorbehandlung und Therapieform	27
d) Mangelhafte kieferorthopädische Behandlung: Verjähmung/Schadenshöhe	28
VI. Zulassungsrecht	28
1. EuGH: Psychotherapeuten/Zeitfenster muss EU-Niederlassung berücksichtigen	28
2. Zulassung als Belegarzt	28
a) Ausschreibung/Mindestzahl der Belegbetten	28
b) Ausschreibung und Nachholung/Anforderungsprofil/Belegbettenzahl/Missbrauch/Residenzpflicht	28
3. Praxisnachfolge: Kaufpreisüberprüfung durch Zulassungsgremien	29
4. Keine zwei „Teilzulassungen“ in verschiedenen KZV-Bezirken (Vertragszahnarzt)	30
5. Halber Versorgungsauftrag neben Fachhochschullehrdeputat von 12 Semesterwochenstunden	30
6. Gleichzeitige Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung	31
a) Koloskopiegenehmigung: Berücksichtigung von Versorgungskapazitäten nach § 115b II SGB V	31
b) Bedarfsdeckung durch Behandlerin vor Ort	32
7. Zulassungsentziehung	32
a) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut nach Strafbefehl wegen kinderpornografischer Schriften	32
b) Nichtausübung: Fünf Jahre keine Abrechnung	33
c) Sofortige Vollziehung durch Zulassungsausschuss/Beschäftigung ohne Approbation	33
d) Sofortige Vollziehung durch Zulassungsausschuss nach Zurückweisung des Widerspruchs	33
8. 68 Jahres-Altersgrenze	33
a) Keine aufschiebende Wirkung/Geltung nach VÄndG, GKV-WSG und AGG	33
b) Keine aufschiebende Wirkung des Widerspruchs/Verlängerungstatbestand	34
c) Keine verfassungs- und europarechtlichen Bedenken	34
d) Klage gegen Anerkenntnis/Ermächtigter Arzt/Verlängerungstatbestand	34
9. Keine selbstschuldnerische Bürgschaft von Alt-MVZ	34
10. Zweigpraxis: Keine einstweilige Anordnung bei Zulassung	35
11. Ermächtigung	35
a) Ermächtigung einer bei Pro Familia angestellten Ärztin	35
b) Angiologische Leistungen zur Klärung der Operationsindikation	35
c) Facharztfilter „endoskopisch tätige Allgemeinärzte und Internisten“	36
d) Keine Ermächtigung einer Tagesklinik für Psychiatrische Institutsambulanz	36
e) Institutsermächtigung nach § 117 I SGB V: Konkurrentenklage/Festlegung des Umfangs	37
12. Zulassungsausschuss kann nicht sofortige Vollziehung anordnen/“Praxistausch“	37
13. Defensives Konkurrentenklage	37
a) Genehmigung einer Anstellung nach §103 IVb SGB V	37
b) Keine Klagebefugnis gegen Sonderbedarfszulassung (Dialyseversorgung)	38
14. Kostenfestsetzung durch Berufungsausschuss, nicht durch dessen Vorsitzenden	38
VII. Anfechtung der Wahl zur Vertreterversammlung	38
1. Anfechtung der Wahl: Geringe Psychotherapeutenquote	38
2. Nichtberücksichtigung eines ermächtigten Arztes auf Wählerliste	39
VIII. Keine Beteiligung der KV an der Krankenhausplanung	39
IX. Integrierte Versorgung: Vertragsgeltung nur für Bundesland	39
X. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/GBA	40
1. Freiwillige Punktwertstützung von Psychotherapieleistungen nach Art. 2 § 1 I WOPG zulässig	40
2. Keine Berücksichtigung der Besonderheiten "junger Wachstumskassen" nach WOPG	41
3. Aufsicht des BMGS über GBA („Enterale Ernährung“)	41
4. Bindung an Gesamtvertrag/Grundsatz der Beitragssatzstabilität	41

XI. Me-Too-Liste	42
1. Neupro: Kein Anordnungsgrund und -anspruch	42
2. Vesikur: Kein Anordnungsanspruch	42
XII. Zahnärzte/Krankenkassen u. UWG (Zahnersatz und Zahnprophylaxe zum Nulltarif)	43
XIII. Verfahrensrecht	43
1. Zuständigkeit der Kammern für Vertragsarztrecht bei Vergütungsfragen von Hochschulambulanzen	43
2. Kostentragungslast im Widerspruchsverfahren nach teilweiser Stattgabe	43
3. Kostentragungslast des Widerspruchsführers in Zulassungssache für einstweil. Rechtsschutzverfahren	44
4. Wiedereinsetzungsantrag: Aufgabenübertragung an Auszubildende des Prozessbevollmächtigten	44
5. Kein Beschwerderecht eines Klägerbevollmächtigten gegen vorläufigen Streitwertbeschluss des SG	44
6. Auslegung eines Verwaltungsakts/Abhilfebescheid	45
XIV. Streitwert/Anwaltsvergütung	45
1. Honorarstreitigkeiten	45
a) Erhöhung des Individualbudgets: Begrenztes Begehren	45
b) Honorarverfahren: Abzug der Praxiskosten/Unvollständiger Streitwertkatalog	46
c) Untätigkeitsklage in Honorarstreitverfahren	46
2. Genehmigungen	46
a) Widerruf einer Ultraschallgenehmigung	46
b) Genehmigung zur Abrechnung anästhesiologischer Leistungen	46
c) Genehmigung zur Erbringung koloskopischer Leistungen (§ 73 Ia SGB V)	47
3. Zweigpraxis	47
a) Genehmigung durch K(Z)V	47
b) Genehmigung durch Zulassungsausschuss	47
4. Bereitschaftsdienst	47
a) Befreiung vom allgemeinen ärztlichen Notdienst	47
b) Suspendierung vom allgemeinen ärztlichen Notdienst	47
5. Genehmigung einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis im einstweiligen Rechtsschutzverfahren	47
XV. Entscheidungen des BSG	48
1. Honorarverteilung	48
a) Honorarkontingent für Anästhesisten und andere Mehreinnahmen (KV Nieders. I/96 bis I/97)	48
b) Bewertungsausschuss: Begrenzung der Kostenerstattungen nach Kap. O III EBM	48
2. Unzeitgebühr (Nr. 5 EBM 1996) nicht bei faktischer Sprechstunde	48
3. Wirtschaftlichkeitsprüfung	48
a) Prüfmethode der eingeschränkten Einzelfallprüfung	48
b) Umfang der Rechtskraft in Bescheidungsurteilen	48
4. Zulassungsrecht: Allgemeinmedizin/Keine partielle fachärztliche Versorgung nach 2002	49
5. Streitwert: Defensive Konkurrentenklage gegen Ermächtigung	49
B. Krankenversicherungsrecht	50
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	50
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	50
a) Refraktive Augen Chirurgie ("Clear-Lens-Extraction"-OP mit Implantation einer Multifokallinse)	50
b) Refraktive Augen Chirurgie: Cirkuläre Keratotomie	50
c) Laserepilierung zur Entfernung von ausgeprägtem virilen Haarwuchs	50
d) Extrakorporale Stoßwellentherapie	51
e) Krebsbehandlung unter Anwendung u.a. von Ukrain	51
2. Künstliche Befruchtung	51
a) Kosten bei privatversicherter Ehefrau	51
b) Altersgrenze für Frauen verfassungskonform	51
II. Kostenerstattungsanspruch	52
1. Kein Anspruch aus Art. 10 PsychThG	52
2. Behandlung durch nicht zugelassenen Zahnarzt	52
3. Ursachenzusammenhang zwischen Ablehnung und entstandenen Kosten	52
4. Satzungsklausel "vertragsübliche" Leistungen: Keine Beschränkung auf SGB V-Leistungen	53
III. Stationäre Krankenhausbehandlung: Krankheitsbegriff	53
1. Brustverkleinerungsoperation	53
2. Beinverlängernde Operation	54

IV. Deutsch-schweizerisches Abkommen: Stationäre Reha bei Maculaödem	54
V. Arzneimittel	55
1. Off-Label-Use	55
a) Seltenheitserkrankung: Novo-Seven für Thrombozytopathie bei Gardner-Diamond-Syndrom	55
b) Immunglobulin Octagam® bei Multipler Sklerose	56
2. Lorenzo´s Öl: Weitere notstandsähnliche Fallkonstellationen	56
3. Arzneimittel auf Cannabisgrundlage (Dronabinol)	58
4. Botox-Behandlung bei palmoplantarer Hyperhidrosis/Bedenken gegen BSG-Rspr.	58
5. Rezeptfreies Arzneimittel	58
a) Pentosanpolysulfat SP 54	58
b) L-Tryptophan®	58
6. Einstweiliges Anordnungsverfahren: Fehlende ärztliche Verordnung	59
VI. Hilfsmittel	59
1. Elektromobil der 12- bzw 15 km/h-Version	59
2. Aktivrollstuhl für Rollstuhl-Sport	60
3. Blindenführhund:	60
a) Angst und Unsicherheit beim Gehen nur mit dem Blindenlangstock	60
b) Grundbedürfnis Gehen	60
4. Wasserfeste Prothese (Badeprothese)	61
5. Unterarmsilikonprothese	61
6. Ersatzprothese bei untypischen Verhältnissen	61
7. Zum Autofahren benötigte Orthese	62
8. Fehlende Mitwirkung bei Versorgung mit orthopädischen Schuhen	62
9. Gebrauchsvorteile moderner Hörgeräte und unzureichende Festbeträge	62
10. Bildtelefon	63
11. Schnurloses, per Sprache zu bedienendes Festnetztelefon ("SiPhone")	63
12. Implantation eines Peniswellkörpers/Grundbedürfnis Geschlechtsverkehr im Alter	64
13. Antiallergene Bettwäsche und Bezüge	64
14. Cholesterinmessgerät	64
VII. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe	64
1. Berücksichtigung der Grundpflege	64
2. Behandlungspflege auch zur Teilhabe am Arbeitsleben	65
3. Leistungspflicht aus Vertrauensschutzgründen	65
VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha	65
1. Zuzahlungen	65
a) Fiktives Mindesteinkommen	65
b) Zuzahlungen und Arbeitslosenhilfe	66
c) Praxisgebühr ist verfassungsgemäß	66
2. Fahrkosten	66
a) Kosten für Fahrten zum Rehabilitationssport	66
b) Anspruch auf Rettungstransportwagen auch bei sog. Leerfahrt	67
c) Fahrkosten nach Krankenhausentlassung	67
d) Fahrkosten nur in Ausnahmefall und nach vorheriger Genehmigung der Krankenkasse	68
3. Reha: Inhalt der erforderlichen vertragsärztlichen Verordnung/Kassenwechsel	68
IX. Beziehungen zu Leistungserbringern	68
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	68
a) Unbefugte Benutzung einer Krankenversicherungskarte	69
b) Vergütungsanspruch für Krankenhausaufenthalt bei Fehlen eines geeigneten Pflegeplatzes	70
c) Kein Vergütungsanspruch bei begrenztem Versorgungsauftrag	70
d) Korrektur der Schlussrechnung durch Krankenhaus	70
e) Herzkatheteruntersuchung nach Sones: Gefäßnaht	71
f) Herausgabe von Behandlungsunterlagen	71
g) Unzulässigkeit eines rückwirkenden Einbehalts nach § 140d I 1 SGB V	71
2. Apotheker	71
a) Hinweise einer Krankenkasse an Versicherte auf Versandhandelsapotheke	71
b) Unzulässige Werbung einer Krankenkasse durch Zuzahlungsgutscheine	72
c) Ausezelung aus größeren Packungen	72
3. Arzneimittelhersteller: Festbetragsfestsetzung für "Antianämika, andere"	72
4. Häusliche Krankenpflege: Kein Leistungsanspruch nach Vertragskündigung	73
5. Vergütungsanspruch psychiatrischer Ambulanz und Kontrollbefugnis der Krankenkasse	73

6. Krankentransportunternehmen	74
a) Keine Vergütung einer Krankentransportleistung bei fehlendem Versorgungsvertrag	74
b) Ausgangspunkt außerhalb des Betriebsbereichs der Krankentransportwagen	74
X. Angelegenheiten der Krankenkassen	74
1. Mitgliederwerbung; Hinweis auch auf Zusatzbeitrag neben allgemeinem Beitragssatz	74
2. Anordnungsantrag wegen Fusion einer notleidenden Krankenkasse	75
3. Veröffentlichung von Vorstandsvergütungen	75
XI. Vergabeverfahren	75
1. Rechtsweg zu Sozialgerichten bei Vergabeverfahren bzgl. Hilfsmittel	75
2. Rechtsweg zu Sozialgerichten bei Rabattverträgen	76
XII. Kein erneuter Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung	78
XIII. Entscheidungen des BSG	78
1. Künstliche Befruchtung: 50-prozentige Kostenübernahme	78
2. Zuzahlungen	78
a) Vermögensumschichtungen und fiktive Einnahmen	78
b) Berücksichtigung von Aufwendungen	78
3. Voraussetzungen vollstationärer Krankenhausbehandlung	78
4. Keine weitere Beschwerde in einstweiligem Rechtsschutzverfahren	78
C. Entscheidungen anderer Gerichte	79
I. Ärztliches Berufsrecht	79
1. Approbation: Entziehung/Ruhen	79
a) Widerruf der Approbation eines KJP wegen kinderpornographische Dateien	79
b) Ruhen der Approbation: Medizinisch nicht indizierte Dialysemaßnahmen	79
2. Ärztliche Weiterbildung:	80
a) Keine Erweiterung der Gebietsgrenzen durch Zusatzweiterbildung (Gynäkologin u. Andrologie)	80
b) Zulassung zur Schwerpunkt- bzw. Facharztprüfung Visceralchirurgie	80
3. Anerkennung Ausbildungsstätte (Gesprächspsychotherapie Kinder- und Jugendliche)	80
4. Wettbewerbsrecht/Werberecht	81
a) Mitwirkung eines Schönheitschirurgen an Fernsehsendung ("Fettabsaugen auf Mallorca")	81
b) Bezeichnung als „Westdeutsches Prostatazentrum“	81
c) Vorher-Nachher-Bilder in Werbung für Schönheitsoperationen	81
5. Ärztliches Vertragsrecht	82
a) Verpflichtung zum Zulassungsverzicht bei Ausscheiden aus Gemeinschaftspraxis	82
b) Herausgabe der Krankenunterlagen: Überlassung von Fotokopien	82
6. Strafrecht	82
a) BVerfG: Verfassungswidrige Durchsuchung einer Arztpraxis	82
b) BGH: Wiederverwendung angebrochener Flaschen mit Narkosemittel (Fall „Sina-Mareen“)	83
c) BGH: Pflicht zur Aufklärung über früheren Todesfall (hier: "Turboentzug")	83
d) Tetanusimpfung eines 14 Jahre alten Kindes gegen Willen des Sorgeberechtigten	83
e) Zahnärzte: Ausländischer Zahnersatz	84
aa) "Kickback"-Zahlungen in Höhe v. 15-20% des Umsatzes mit Zahnersatz (Globudent)	84
bb) Preisgünstiger Zahnersatz aus Asien zu Höchstsätzen der BEL	84
cc) Strafbarkeit wegen Betrug bei Umschreibung von Drittlaborrechnungen	85
7. Wahl zur Delegiertenversammlung ungültig: Frist für Briefwahl (Zahnärztekammer Berlin)	85
8. Ärzteversorgung: Kein Anspruch des gleichgeschlechtlichen Lebenspartners auf Hinterbliebenenrente	86
II. Arzthaftung	86
1. BGH	86
a) Pflicht zur Einweisung in Krankenhaus im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst	86
b) Beweislastumkehr/Diagnosefehler eines Pathologen	86
c) Fehlende mündliche Befragung des gerichtlichen Sachverständigen als Verfahrensfehler	86
d) Umfang eines Rechtsmittels bei Behandlungs- und Aufklärungsfehler	87
2. Unterlassene histologische Abklärung eines auffallend wachsenden Tumors	87
3. Seltene Komplikation: Nervenverletzung bei Leistenhernienoperation	87
4. Nachweis einer erfolgreichen Behandlung einer Kiefergelenksluxation ohne Dokumentation	87
5. Dokumentationsanforderungen in Klinik	87
6. Grober Organisationsmangel in Kinderklinik/Schmerzensgeld bei schwerer Behinderung	88
7. Anforderungen an Aufklärungspflicht bei Brust-OP	88

8. Umkehr der Beweislast bei grobem Behandlungsfehler	88
9. Schmerzensgeld	88
a) 50.000 € Nach rechtswidriger Implantation einer Morphinpumpe	88
b) 10.000 € bei verzögerter Wundheilung eines Unterschenkelschafttrümmerbruchs	89
10. Sachverständige	89
a) Anhörung des Sachverständigen	89
b) Befangenheit eines Sachverständigen bei Antworten über Beweisfragen hinaus	89
c) Intensive ärztliche Zusammenarbeit zwischen Arzt und Sachverständigem	89
d) Nebenberufliche Lehraufträge von Arzt und Sachverständigen an Uniklinik	89
11. Zahnärzte	90
a) Umfang zahnärztlicher Beratungspflichten über die Mundhygiene	90
b) Mutmaßliche Einwilligung zur Wurzelspitzenresektion bei intraoperativ entdeckter Knochenzyste	90
c) Fehlender Kündigungsgrund/Möglichkeit zur Nachbesserung/Vermögensschaden	90
d) Mangelhafte Prothetik: Rückzahlung der Vergütung/Vorprozessuale Anwaltskosten	90
III. Private Krankenversicherung/Privatbehandlung/Beihilfe	91
1. BGH: Höchstsatz der Regelspanne nach GOÄ	91
2. BGH: Zulässigkeit der Vertretung bei sog. Chefarztbehandlung	91
3. Erfolgsaussicht der IVF/ICSI-Behandlung	91
4. Zahnärzte	92
a) Schätzung der angemessenen Kosten für Zahnersatzleistungen	92
b) Professionelle Zahnreinigung mittels Airflow nur nach GOZ abrechenbar	92
5. Arzneimittelpreis nicht nach Rabattvereinbarung in GKV	92
6. Beihilfe	92
a) BVerfG: Abschläge an Beihilfe durch niedersächsische Kostendämpfungspauschale	92
b) Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nur bei Heirat	93
c) Begründung bei Schwellenwertüberschreitungen (Zahnärztl. Behandlung)	93
7. Einsichtnahme des Patienten in die Originalröntgenbilder	93
IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte	94
1. EuGH: Werbung für in Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel	94
2. BGH	94
a) Markenrechtsverletzung durch parallelimportiertes Arzneimittel - STILNOX	94
b) Nachträgliche Rüge der Umverpackung (Aspirin II)	94
3. Praxissoftware: Gutscheine einer Versandapotheke	95
4. Krankheitsbezogene Werbung für grünen Darjeeling-Tee	95
5. Rekonstitution (Verflüssigung) eines Arzneimittels im Rahmen einer klinischen Prüfung	95
6. Apotheken	95
a) Bonusversprechen für zuzahlungsfreie Generika bei Rezepteinreichung	95
b) Verkauf geringwertiger Weihnachtsartikel	95
7. Beihilfe	96
a) Kein genereller Ausschluss von potenzsteigernden Medikamenten ("Viagra")	96
b) Abgrenzung Arzneimittel von Lebensmittel/keine Beihilfe für Nahrungsergänzungsmittel	96
8. Medizinprodukte: Aufbereitung elektrophysiologischer Katheder zum Einmalgebrauch	96
V. Wettbewerbs-/Vergaberecht	96
1. Keine Zuständigkeit der Gerichte der Vergabekammern bei Rabattvereinbarungen	96
2. Vergaberecht auch für Pharma-Rabattverträge nach § 130a VIII SGB V	96
3. Irreführende Werbung durch private Krankenversicherung: Unterstützung des Gesundheitssystems	97
4. Boykottaufruf einer KV gegen MVZ (MVZ „Medikum“ in Kassel)	97
VI. Verschiedenes	97
1. EuG: Irisches Risikoausgleichssystem in Krankenversicherung rechtmäßig	97
2. BVerfG: Öffentlich geförderte kirchliche Altenpflegeeinrichtung und gesetzliche Belegungspflicht	98
3. BGH	98
a) Anhörungsrüge nach Abweisung einer Nichtzulassungsbeschwerde	98
b) Keine Beendigung der Versorgung mit PEG-Sonde durch Betreuerin	98
4. Physiotherapeut: Fälschung von Verordnungen/Abrechnungsbetrug	98
5. Kosten für Rettungstransport/Zivilrechtsweg in Hessen	99
6. Ungleichbehandlung durch Nichtausweisung unfallchirurgischer Betten	99
7. Steuerrecht	100
a) BVerfG: Umsatzsteuerbefreiung für ärztliche Leistungen eines Sanatoriums	100
b) BFH	100
aa) Erstellung ärztlicher Rentengutachten nicht umsatzsteuerfrei	100

bb) Rückwirkende Mehrwertsteuer auf Schönheitsoperationen/Kein Vertrauensschutz	100
cc) Steuerfreie krankengymnastische Leistung durch eine physikalische Praxis (GbR)	101
dd) Krankentransporte und Rettungsdienste sind gewerbesteuerpflichtig	101
ee) Steuerbefreiung von Umsätzen einer Heilpädagogin	101
ff) Strafverteidigungskosten als Erwerbsaufwendungen	101
c) Einnahmen aus dem Liquidationsrecht für wahlärztliche Leistungen als Arbeitslohn	101
d) Freiberufliche Tätigkeit eines Zahnarztes bei Anstellung eines weiteren Zahnarztes	102
e) Umsatzsteuerpflicht von Fußpflegeleistungen	102
f) Kürzung der Umsatzsteuerbemessungsgrundlage um den sog. Herstellerrabatt	102

Verzeichnis der Entscheidungen _____ **103**

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht _____ **107**

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht) _____ **113**

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

REDAKTION: Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen

e-mail: pawlita@web.de;

Telefon: 0641/201 776 oder 06421/1708-24 (SG Marburg);

Telefax: 0641/250 2801.

Die Leserschaft wird um Mithilfe bei der Erstellung des RID durch Einsendung von Urteilen aus der Instanzenpraxis direkt an die Redaktion (oder an die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Fax:030/4005-1795) gebeten.

Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@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 07-04) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

Editorische Hinweise

Soweit nicht ausdrücklich "**rechtskräftig**" vermerkt ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass Rechtskraft der Entscheidung eingetreten ist. Ggf. muss bei dem jeweiligen Gericht nachgefragt werden; die Angaben beruhen auf www.sozialgerichtsbarkeit.de.

Die Leitsätze unter der Überschrift "**Leitsatz/Leitsätze**" stammen vom jeweiligen Gericht; bei Anfügung eines Zusatzes, z. B. MedR, von der jeweiligen Zeitschrift. Hervorhebungen stammen von der Redaktion. Ansonsten handelt es sich bei den leitsatzähnlichen Einleitungssätzen oder Zusammenfassungen wie bei der gesamten Darstellung um eine Bearbeitung der Redaktion.

Wörtliche Zitate werden durch Anführungszeichen und Seitenbalken gekennzeichnet. Darin enthaltener Fett-/Kursivdruck stammt in der Regel von der Redaktion.

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

Die Datei www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungserbringungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum **13.02.2008** eingestellten Entscheidungen.

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.

Vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 07-04 A I (S. 6); 06-04 A I (S. 6); RID 05-04-A I (S. 7).

1. KEINE GETRENNTEN FACHGRUPPENTÖPFE/KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.10.2007 – L 7 KA 11/02 *25 –

RID 08-01-01

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 85 72 II, IV; GG Art. 3 I, 12 I; EG-Vertrag Art. 81

Ein **HVM** für das **Quartal I/00** kann nach § 85 IV 1 SGB V nur noch zwischen **Hausärzten und Fachärzten unterscheiden**. Auch punktwertausgleichende Stützungsmaßnahmen zwischen beiden Versorgungsbereichen kommen nicht in Betracht (vgl. BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 24).

Die Unterschiede zwischen den praxisbudgetierten und den nicht praxisbudgetierten Arztgruppen im Sinne der seinerzeit noch geltenden Regelungen des Abschnitts A I B EBM reichen für sich genommen nicht aus, dass **getrennter Fachgruppentöpfe** einzurichten wären (vgl. BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 17). Mit Blick auf die Zeitbindung zahlreicher der von der Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater erbrachten Leistungen muss kein besonderer Honorarfonds geschaffen werden.

Erzielen die Fachärzte im KV-Bezirk zwar bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 1.433 und einem durchschnittlichen Fallwert von 30,01 EUR im Quartal I/00 im Schnitt ein Honorar in Höhe von 43.004,33 EUR, beruht eine deutliche Unterschreitung (Honorar: 45.894,85 DM = 23.465,66 EUR) neben der niedrigen Fallzahl von 349 Behandlungsfällen gegenüber 1.433 Behandlungsfällen der Fachärzte im Allgemeinen bzw. 903 Behandlungsfällen der Fachgruppe der Psychiater/Neurologen erkennbar auf Problemen, die für eine Anfängerpraxis typisch sind, und werden in den Folgequartalen steigende Honorare erzielt, so besteht keine **Stützungsverpflichtung**, da eine ungerechtfertigte Benachteiligung der Fachgruppe damit nicht festzustellen ist.

Dass das vertragsärztliche Vergütungssystem in seiner Gesamtheit gegen europäisches **Wettbewerbsrecht**, d. h. Art. 81 EG-Vertrag verstoßen könnte, ist nicht ersichtlich.

Die seit Juni 1999 zugelassene **Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie** nimmt seit I/01 an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Anlage 11 des EKV-Ä teil. Ihr **Honorar für I/00** betrug **45.894,85 DM (= 23.465,66 EUR)**. Der **HVM** sah entsprechend den Vorgaben des Gesetzgebers sowie den hierzu beschlossenen Kriterien des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 **keine Unterscheidung nach Fachgruppen** sowie praxisbudgetierten und nicht praxisbudgetierten Ärzten mehr vor, sondern - in seiner Grundstruktur - nur noch zwischen Hausärzten und Fachärzten sowie praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen. Ferner bestimmte dieser HVM, dass hinsichtlich der Fachärzte zwischen den im Abschnitt G IV EBM geregelten und von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Beteiligten erbrachten genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen, Großgeräteleistungen/Leistungen der Strahlentherapie und den übrigen Leistungen zu unterscheiden sei. Auf der Grundlage dieser Regelungen vergütete die Bkl. die von der Kl. angeforderten 828.965 Punkte für insgesamt 349 Behandlungsfälle aus dem (allgemeinen) Honorarfonds der Fachärzte mit Punktwerten von 4,8 DPf für die nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und 5,9 DPf für die praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen im Primärkassenbereich bzw. von (grundsätzlich) 6,5 DPf und 7,8 DPf im Ersatzkassenbereich. Hieraus ergab sich ein durchschnittlicher Fallwert von 131,50 DM (= 67,24 EUR). Von den angeforderten Punkten entfielen 13.000 Punkte auf Leistungen der Psychotherapie nach Abschnitt G IV EBM-Ä, die jedoch nicht zu den genehmigungsbedürftigen und zeitgebundenen Leistungen gehörten. Budgetierungsmaßnahmen nach dem EBM-Ä oder dem HVM der Beklagten unterlag die Kl. nicht. *SG Potsdam*, Urt. v. 24.04.2002 - S 1 KA 68/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren: SG Potsdam, Urt. v. 10.09.2003 - S 1 KA 192/02 – (Quartale II/00, III/00 und I/01)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.10.2007 – L 7 KA 15/03 *25 –

RID 08-01-02

www.sozialgerichtsbarkeit.de

2. FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN U. HAUSÄRZTLICHER VERSORGUNGSBEREICH

SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 14/07 –

RID 08-01-03

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 85 IV, IVa

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind (hier: Quartal III/03) dem **hausärztlichen Versorgungsbereich** zugeordnet, auch wenn sie fachärztlich tätig sind. Ein HVM kann vorsehen, dass innerhalb der hausärztlichen Versorgungsebene bei der Bildung von Honoraruntergruppen weiter zwischen **hausärztlich und fachärztlich tätigen Kinderärzten** zu unterscheiden ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

3. UNTERSCHIEDLICHE VERGÜTUNG: RHEUMATOLOGISCHE ORTHOPÄDEN/INTERNISTEN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.09.2007 - L 5 KA 4288/06 -

RID 08-01-04

Revision anhängig: B 6 KA 50/07 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 85 IV; 87; GG Art. 3 I, 12 I

Die **unterschiedliche** Höhe der **Vergütung** zwischen rheumatologisch tätigen Orthopäden und rheumatologisch tätigen fachärztlichen Internisten bezüglich der **kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten** ab 1.7.2002, die aus dem Fehlen von Praxisbudgets für die Internisten resultierte, verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

Die Kl., Fachärzte für Orthopädie, der Kl. Nr. 2 mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie, nehmen in Gemeinschaftspraxis an der vertragsärztlichen Versorgung teil, wobei sie im streitigen Quartal III/02 - anders als fachärztliche Internisten - der Budgetierung durch Praxis- und Zusatzbudgets unterlagen. Für die kontinuierliche Betreuung von Rheumapatienten konnten sie auf Grund des Urt. des BSG v. 20.01.1999 - B 6 KA 9/98 R - bis zum Quartal II/02 - ohne Anrechnung auf das Praxisbudget - die mit 900 Punkten bewertete Nr. 16 EBM abrechnen. Bis dahin hatte diese Gebührennummer (soweit hier von Belang) folgenden Wortlaut: *Kontinuierliche Betreuung eines Patienten mit rheumatoider Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen oder mit Psoriasis-Arthritis oder mit Kollagenosen durch einen Internisten und/oder einen Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung "Rheumatologie" ... einmal im Behandlungsfall.* Zum 01.07.2002 änderte der Bewertungsausschuss Nr. 16 insoweit, als nur noch *die kontinuierliche Betreuung von Dialyse- und Mukoviszidosepatienten*, nicht mehr jedoch die Betreuung von Rheumapatienten erfasst war. Gleichzeitig bewertete er die Ordinationsgebühr nach Nr. 1 EBM für Internisten und Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie neu und hob sie auf einheitlich auf 585 (Mitglieder - M - bzw. Familienversicherte - F -) bzw. 740 Punkte (Rentner) an. Zuvor hatte sie für fachärztliche Internisten 235 Punkte (M/F) bzw. 300 Punkte (Rentner) und für Orthopäden 315 Punkte (M/F) bzw. 510 Punkte (Rentner) betragen. Orthopäden ohne oder nicht mit rheumatologischem Schwerpunkt konnten 315 (M/F) bzw. 510 (R) Punkte ansetzen. Die Kl. begehrt, da sie bisher den rheumatologischen Mehraufwand über die Nr. 16 EBM außerhalb des Praxisbudgets hätten abrechnen können, erfolglos eine Änderung des Praxisbudgets. Denkbar wäre auch, sie wie die (fachärztlichen) Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie aus der Budgetierung auszunehmen. **SG Freiburg, Urt. v. 28.06.2006 - S 1 KA 2623/03 -** wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. REGELLEISTUNGSVOLUMEN (KV HESSEN)

A) WEITERER VERTRAGSARZT IN GEMEINSCHAFTSPRAXIS

SG Marburg, Urt. v. 16.01.2008 – S 12 KA 1066/06 –

RID 08-01-05

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95

Eine Honorarverteilungsregelung kann vorsehen, dass bei Eintritt eines weiteren Vertragsarztes in eine Gemeinschaftspraxis als Bemessungsgrundlage für das Regelleistungsvolumen die Abrechnung der bisherigen Gemeinschaftspraxis im Referenzquartal und lediglich für den hinzukommenden Vertragsarzt die **durchschnittliche Honorarforderung je Arzt** der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe heranzuziehen ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

B) BINDENDE VORGABE DES BEWERTUNGSAUSSCHUSSES/UNZEIT UND HAUSBESUCHE

SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 49/07 –

RID 08-01-06

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV, IVa; EBM 2005 Nr. 01100 bis 01110, 01411, 01412, 33044; Bewertungsausschusses v. 29.10.2004

In einem Vertrag zur Honorarverteilung können die Leistungen einer besonderen Inanspruchnahme nach Ziffern 01100 bis 01110 EBM 2005 und dringende Hausbesuche nach Ziffern 01411 und 01412 EBM 2005 **nicht abweichend vom Beschluss des Bewertungsausschusses** v. 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen in ein Regelleistungsvolumen einbezogen werden (Fortführung von **SG Marburg**, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 822/06 – RID 07-04-08).

Allein in einer etwa **doppelt so hohen Abrechnung einer Einzelleistung** (hier: Nr. 33044 EBM 2005) kann kein atypischer Ausnahmefall gesehen werden, der eine KV zu einer Sonderregelung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für einen Gynäkologen verpflichtet.

Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung und wies im Übrigen Klage ab.

C) AUSNAHMETATBESTAND: SPEZIALISIERUNG AUF PROKTOLOGIE

SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 12/07 –

RID 08-01-07

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV, IVa

In einem Honorarverteilungsvertrag kann ein **Vorstand einer KV ermächtigt** werden, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogenen Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen (Regelleistungsvolumina) vorzunehmen.

Eine Ungleichbehandlung und damit ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit kann dann vorliegen, wenn die Praxis einen zur Fachgruppe **atypischen Versorgungsbedarf** abdeckt. In diesem Fall ist eine Ermessensentscheidung über eine Ausnahme zu den Regelleistungsvolumina zu treffen. Es ist unzulässig, einen Vertragsarzt von vornherein darauf zu verweisen, er könne auf seine Spezialisierung verzichten.

Bei einer **chirurgischen Praxis**, bei der es sich bei 83,9 % aller Behandlungsfälle um **proktologische Fälle** handelt, liegt ein atypischer Ausnahmefall vor.

Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung und wies im Übrigen Klage ab.

D) AUSNAHMETATBESTAND: SPEZIALISIERUNG AUF PROKTOLOGIE UND KOLOSKOPIE

SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 249/07 –

RID 08-01-08

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV, IVa

Bei einer im Wesentlichen **chirurgischen Praxis**, bei der von den Leistungen, die in das Regelleistungsvolumen einbezogen werden, über 30 % jeweils im Bereich der **Proktologie** und im Bereich der **Koloskopie** erbracht werden, und bei der der Leistungsanteil dieser Bereiche zusammen über 45 % an allen abgerechneten Leistungen beträgt, liegt ein atypischer Ausnahmefall vor.

Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung und wies im Übrigen Klage ab.

E) AUSNAHMETATBESTAND: CHIRURG MIT DEM SCHWERPUNKT GEFÄßCHIRURGIE

SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 237/07 –

RID 08-01-09

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV, IVa

Erbringt ein **Chirurg mit dem Schwerpunkt Gefäßchirurgie** operative Leistungen nach den Ziffern 31201 bis 31204 EBM 2005 bei etwa 30 % der Patienten, so liegt kein atypischer Ausnahmefall vor, der eine Kassenärztliche Vereinigung zu einer Sonderregelung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens verpflichtet.

Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren bzgl. Ultraschalleistungen: **SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 83/07 –** **RID 08-01-10**

F) ERMESSENSAUSÜBUNG BEI SONDERREGELUNG (KINDERKARDIOLOGE)/80 %-GRUNDLAGE

SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 1271/05 –

RID 08-01-11

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV, IVa; EBM 2005 Nr. 01601; Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004

Wird einem **Kinderkardiologen**, der ein spezialisiertes Leistungsspektrum bei nahezu allen Patienten erbringt, das **doppelte Regelleistungsvolumen der internistischen Kardiologen** zugestanden, so handelt die KV fehlerhaft, wenn sie die sich hieraus ergebenden, für die Altersgruppen und Kassenbereiche unterschiedlichen Punktzahlen nicht begründet.

Bei einer **Neubescheidung** kann die KV berücksichtigen, dass die Regelleistungsvolumina selbst nur auf einer **80 %-Grundlage** berechnet sind, d.h. dass Überschreitungswerte der Regelleistungsvolumina um 25 % dieser Berechnungsweise inne wohnen und bereits von daher nicht zu einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens führen müssen. Es kann aber auch entsprechend der Berechnung nach Anlage 2 zum Teil III des Beschlusses des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 der praxisspezifische Leistungsbedarf anhand der Quartale II/03 bis I/04 berechnet werden und der so ermittelte Fallwert für die in die Regelleistungsvolumina einbezogenen Leistungen mit dem Faktor 0,8 mal genommen werden. Sollte sich erweisen, dass bei der Fachgruppe insgesamt weniger als 80 % der Leistungen berücksichtigt werden, so kann die KV dies bei der Sonderregelung ebf. berücksichtigen.

Leistungen nach **Ziffer 01601 EBM 2005** (Ärztlicher Brief) sind bei der Berechnung von Regelleistungsvolumina nicht zu berücksichtigen, da sie nicht abweichend vom Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen in ein Regelleistungsvolumen einbezogen werden können (Fortführung von *SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 822/06 – RID 07-04-08*).

Das **SG** gab der Klage statt.

5. INDIVIDUALBUDGET: VERÄNDERUNG DES LEISTUNGSSPEKTRUMS

SG Marburg, Urt. v. 16.01.2008 – S 12 KA 918/06 –

RID 08-01-12

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV

Eine Veränderung des Leistungsspektrums begründet für sich keine Sonderregelung zu einem Individualbudget.

Das **SG** wies die Klage ab.

6. AUSGLEICHSREGELUNG NACH EBM 2005 (KV HESSEN): 5 %-SCHWANKUNGSBREITE/JUNGE PRAXIS

SG Marburg, Urt. v. 16.01.2008 – S 12 KA 188/07 –

RID 08-01-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV

Eine **Ausgleichsregelung** in einem Honorarverteilungsvertrag, wonach zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2005 ein Vergleich des für das aktuelle Abrechnungsquartal berechneten fallbezogenen Honoraranspruches der einzelnen Praxis mit der fallbezogenen Honorarzählung im entsprechenden Abrechnungsquartal des Jahres 2004 erfolgt und in dem Fall, dass der **Fallwertvergleich eine Fallwertminderung oder Fallwerterhöhung von jeweils mehr als 5%** (bezogen auf den Ausgangswert des Jahres 2004) zeigt, zu einer Begrenzung oder Stützung auf den maximalen Veränderungsrahmen von 5% führt, ist jedenfalls als **Anfangs- und Erprobungsregelung** im Quartal II/05 nicht zu beanstanden.

Der **Regelungszweck** einer solchen Ausgleichsregelung, die auf die Fallzahl des Vorjahresquartals beschränkt ist, wird jedoch für **sog. junge Praxen in der Aufbauphase** nicht erreicht. Abweichend hiervon ist der Stützungsbetrag aus der Fallzahl des aktuellen Abrechnungsquartals zu berechnen, maximal jedoch bis zum Durchschnittshonorar der Fachgruppe.

Das **SG** gab der Klage des Kardiologen statt und verpflichtete zur Neubescheidung.

7. NOTFALLBEHANDLUNG: UNTERSCHIEDLICHE VERGÜTUNG ZWISCHEN KRANKENHÄUSERN UND VERTRAGSÄRZTEN

SG für das Saarland, Urt. v. 12.09.2007 – S 2 KA 167/07 –

RID 08-01-14

Revision anhängig: B 6 KA 46/07 R juris
SGB V §§ 75 I 2, 87 I, II; EBM 2005 Nr 01210, 01218

Die Regelungen zur Vergütung der Leistungen im ambulanten Notfalldienst der Krankenhäuser im EBM 2005 stellen wegen der Ungleichbehandlung gegenüber dem organisierten Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte einen Verstoß gegen Art. 3 I GG dar.

Das *SG* gab der Klage statt.

Parallelverfahren: SG für das Saarland, Urt. v. 12.09.2007 – S 2 KA 232/07 –

RID 08-01-15

8. PRAXIS- UND ZUSATZBUDGETS

A) KEIN ANSPRUCH AUF BESTIMMTEN PUNKTWERT

LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2007 – L 12 KA 614/04 –

RID 08-01-16

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 85 IV

Die Auffassung der Vorinstanz, gegen das System der Praxis- und Zusatzbudgets des EBM bestünden keine grundsätzlichen rechtlichen Bedenken und ein Vertragsarzt habe keinen Anspruch auf Vergütung seiner Leistung mit einem bestimmten Punktwert (hier: Quartale IV/00, II u. III/01), ist nicht zu beanstanden.

SG München, Urt. v. 27.07.2004 - S 45 KA 1116/02 - wies die Klage eines Orthopäden ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) PRAXISBUDGET FÜR GEMEINSCHAFTSPRAXIS MIT NICHT BUDGETIERTEM ARZT

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.10.2007 – L 7 KA 10/02 *25 –*

RID 08-01-17

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§

Die Bestimmungen in A I B EBM tragen dem Umstand, dass mindestens ein Arzt nicht zu einer budgetierten Arztgruppe gehört, in ausreichendem Maße Rechnung, weil dieser Arzt bei der Berechnung der maßgeblichen Fallpunktzahlen grundsätzlich außer Betracht zu bleiben hat. Soweit er – abweichend von dem vorstehenden Grundsatz – Bedeutung nur für die Ermittlung des prozentualen Aufschlags erlangt, wirkt diese Regelung ausschließlich begünstigend. Soweit in die Ermittlung der **budgetrelevanten Behandlungsfälle** auch die Behandlungsfälle einzubeziehen sind, an denen **der zu den nicht budgetierten Arztgruppen gehörende Arzt ganz oder teilweise mitgewirkt hat**, führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Denn diese Einbeziehung ist rechtliche Folge des Umstands, dass sich die betroffenen Ärzte in einer Gemeinschaftspraxis miteinander verbunden haben. Dies schließt es aus, bei der Berechnung des Praxisbudgets eine Differenzierung nach den an der Gemeinschaftspraxis beteiligten Ärzten vorzunehmen.

SG Potsdam, Urt. v. 24.02.2002 – S 1 KA 236/00- wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

9. VERSPÄTETE ABRECHNUNG

A) ZULÄSSIGE JAHRESFRIST/KEIN AUSNAHMEFALL BEI BEWUSST UNTERLASSENER ABRECHNUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.12.2007 – L 11 KA 93/06 –

RID 08-01-18

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 85 IV

Eine KV ist auf der Rechtsgrundlage des § 85 IV 1, 2 SGB V befugt, in ihrem HVM **Abrechnungsfristen** vorzugeben und dies als materielle Ausschlussfristen auszugestalten (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R -; v. 29.08.2007 - B 6 KA 29/06 R -; Beschl. v. 29.08.2007 - B 6 KA 48/06 B - RID 07-04-73 <juris>). Die dreijährigen Verjährungsfrist des § 195 BGB gilt nur für zivilrechtliche Forderungen, während es hier um die Verteilung der öffentlich-rechtlichen Vergütung der Vertragsärzte geht. Eine **Ausschlussfrist von einem Jahr**, gerechnet vom Ende des Quartals der Leistungserbringung, ist nicht zu beanstanden.

Eine Ausschlussfrist darf allerdings **keinen unverhältnismäßigen Eingriff** in das durch Art. 12 I 2 GG geschützte Recht der Vertragsärzte auf eine Honorierung ihrer Leistung bewirken. Mit der

Genehmigung einer verspäteten Abrechnung kann Fällen, in denen eine zeitgerechte Abrechnung aus unvermeidbaren Gründen - etwa wegen unverschuldeter Verhinderung oder wegen nicht erkannter oder nicht zeitgerecht behebbarer EDV-Fehler - nicht möglich war, Rechnung getragen werden.

Ein **Ausnahmefall**, der zur Genehmigung einer verspäteten Abrechnung führen müsste, liegt jedoch nicht vor, wenn ein Vertragsarzt die **Abrechnungen bewusst unterlassen** hat, weil er die Vereinnahmung der Vergütung durch den Insolvenzverwalter verhindern wollte und die Begründung, er habe wegen des Fehlens einer funktionsfähigen EDV-Anlage nicht abrechnen können, vorgeschoben ist.

Über das Vermögen des kl. Internisten wurde 2002 das **Insolvenzverfahren** eröffnet. Zunächst führte der Kl. die Praxis mit Zustimmung der Gläubigerversammlung fort, seit Anfang 2003 gegen deren Willen. Das Honorar aus der vertragsärztlichen Tätigkeit für das Jahr 2003 rechnete er für die Quartale II-IV/03 jeweils in den entsprechenden Quartalen des Folgejahres ab. Die Bekl. zahlte das Honorar an den Insolvenzverwalter aus, was der Kl. gerichtlich angriff. Der Kl. stritt ferner mit dem Insolvenzverwalter über die Übernahme der Praxiskosten sowie die Belassung eines Pfändungsfreibetrages. **Ab dem Quartal I/04 (bis I/05) erfolgten keine Abrechnungen durch den Kl.** mehr. Im März 2005 wandte der Kl. sich an die Bekl. und wies darauf hin, er sei auf Grund des noch anhaltenden "Insolvenzkrieges" nicht im Stande, die Abrechnungsunterlagen für das Quartal II/04 einzureichen und beantragte erfolglos eine Fristverlängerung. Mit der **Klage** trug er vor, er sei sowohl technisch als auch administrativ nicht in der Lage, die Abrechnungsunterlagen binnen Jahresfrist einzureichen. Die Abrechnung scheitere an den fehlenden EDV-Möglichkeiten, nachdem der Insolvenzverwalter das Honorar konfisziert habe. Während des erstinstanzlichen Verfahrens einigte sich der Kl. mit dem Insolvenzverwalter über die Übernahme der Praxiskosten und installierte im Juni 2006 eine neue EDV-Anlage und reichte die Abrechnungen für die Quartale I - III/04 ein, die die Bekl. nicht bearbeitete. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 25.10.2006 - S 14 KA 217/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren: **SG Düsseldorf**, Urt. v. 25.10.2006 - S 14 KA 263/05 -

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.12.2007 - L 11 KA 94/06 -

RID 08-01-19

www.sozialgerichtsbarkeit.de

B) ZULÄSSIGE AUSSCHLUSSFRIST VON EINEM QUARTAL FÜR DIE QUARTALSABRECHNUNG

SG Gotha, Urt. v. 23.05.2007 - S 7 KA 1795/03 -

RID 08-01-20

www.zahn-forum.de

SGB V § 85 IV

Eine Ausschlussfrist von einem Quartal nach Ablauf des Abrechnungsquartals in einem HVM ist nicht zu beanstanden. Ein **Härtefall**, in dem ausnahmsweise eine spätere Abrechnung zuzulassen ist, liegt nur bei einem einmaligen, unverschuldeten oder zumindest nur leicht fahrlässig verursachten Verzug, etwa in Folge einer technischen Panne, vor. Ein Härtefall ist bei mehrfacher Verspätung aufgrund einer unzureichenden Organisation des Praxiswesens zu verneinen.

Das **SG** wies die Klage ab.

10. EINSTWEILIGES ANORDNUNGSVERFAHREN: INTERESSENABWÄGUNG/BERUFSVORBOT

LSG Bayern, Beschl. v. 02.09.2007 - L 12 B 504/07 KA ER -

RID 08-01-21

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV; StPO § 132a; SGG § 86b II

Ist der Ausgang eines **Streits über einen Honoraranspruch** im Zusammenhang mit einem **Strafverfahren** offen, so ist im **einstweiligen Anordnungsverfahren** zu berücksichtigen, ob ein Vertragsarzt bei Versagung einstweiligen Rechtsschutzes wirtschaftlich ruiniert wäre, obwohl sich die gegen ihn erhobenen Vorwürfe dann nicht haben erhärten lassen. Erweist sich jedoch seine Verurteilung als rechtmäßig und unterliegt er somit schließlich, so ist der Nachteil für die von der KV zu wahren Interessen auch dann gering, wenn sie die in der umstrittenen Entscheidung angeordneten Zahlungen tatsächlich erbringen muss. Denn auch dann ist davon auszugehen, dass die KV am Ende eher geringe - möglicherweise nicht mehr durchsetzbare - Gegenansprüche hat, was vor dem Hintergrund der Entscheidungsalternative hingenommen werden muss.

Bei einem **Berufsvorbot** ist es Sache der KV, schlüssig darzulegen, dass die abgerechneten Leistungen nicht nur unplausibel sind, sondern dass tatsächlich auch die Voraussetzungen für eine sachliche Richtigstellung des Honorars gegeben sind.

Der Ast. ist Facharzt für Radiologie innerhalb einer Praxisgemeinschaft. Seit Ende 2003 läuft gegen ihn ein **Strafverfahren**, welches darauf beruht, dass er eine Patientin in seiner Praxis tätlich beleidigt und sexuell genötigt haben soll, was er bestreitet. Der Ast. ist durch Berufungsurteil des LG M. v. 25.10.2006 zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren verurteilt worden; das Revisionsverfahren ist noch anhängig. Das LG verhängte ein **vorläufiges Berufsvorbot** gem. § 132a StPO. Dies habe - so der Ast. - zunächst uneingeschränkt bestanden, sei dann aber in ein **eingeschränktes Berufsvorbot** abgewandelt worden. Amtsgericht M., Beschl. v.

06.04.2005 untersagte dem Ast. in diesem Sinne, "bei der Behandlung von Patienten und der eventuellen Einstellung von Mitarbeitern in die Arztpraxis mit Personen weiblichen Geschlechtes unmittelbaren Kontakt aufzunehmen, vor allem, eine körperliche Untersuchung weiblicher Personen vorzunehmen." Die Ag. begann eine **Plausibilitätsprüfung**, weil der Ast. Leistungen abgerechnet habe, die er wegen des vorläufigen Berufsverbots gar nicht habe erbringen dürfen, und setzte, trotz Aussetzung des Plausibilitätsverfahrens, bis auf weiteres die Zahlungen aus. Gegen die Aussetzung der Zahlungen legte d. Ast. Widerspruch ein. **SG München**, Beschl. v. 05.04.2007 - S 39 KA 402/07 ER – gab dem Antrag, die KV zu verpflichten, an ihn monatliche Honorarleistungen in Höhe von EUR 47.000,00 ab 15.06.2007 unter Auskehrung einer Restzahlung des Quartals IV/06 und der Restzahlung von EUR 30.500,00 für April 2007 bis zum Abschluss des Revisionsverfahrens zu zahlen, statt, das **LSG** wies die Beschwerde der KV zurück.

11. ZAHNÄRZTE:

A) HVM BUDGET/KEINE SONDERREGELUNG FÜR ORALCHIRURGEN

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 21.11.2007 – L 3 KA 69/04 –

RID 08-01-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85 IV

Ein HVM kann eine **getrennte Verteilung der Honorarmengen** für (1) konservierend-chirurgische, Kieferbruch- und PAR-Leistungen, (2) kieferorthopädische Leistungen und (3) Zahnersatzleistungen vorsehen, und zwar innerhalb von festgesetzten Sockelbeträgen nach Einzelleistungspunktwerten, wobei die Vergütung der diesen Rahmen überschreitenden Leistungen in der Weise erfolgt, dass die noch zu verteilende Gesamtvergütung ins Verhältnis zu der Anzahl der den Sockelbetrag überschreitenden Zahnärzte gesetzt wird und innerhalb des sich hieraus ergebenden Quotienten erneut eine Vergütung nach Einzelleistungspunktwerten erfolgt und die Wiederholung dieses Verteilungsvorganges so lange erfolgt, bis der verbleibende Rest 3 % oder weniger der Honorarmenge beträgt; die Vergütung der diesen Rahmen überschreitenden Leistungen wird auf eine Quote beschränkt (§ 2 Abs. 7 und 8 HVM) (vgl. BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 23).

Eine noch weitergehende Erhöhung des genannten Sockelbetrages für konservierend-chirurgische u. a. Leistungen hat wegen einer **Spezialisierung auf oralchirurgische Leistungen** nicht zu erfolgen. Der HVM 1999 verletzt auch nicht höherrangiges Recht, weil er **nur für MKG-Chirurgen**, nicht aber für Oralchirurgen vorgesehen hat, dass das Budget für konservierend-chirurgische u. a. Leistungen um den Umfang des Zahnersatzbudgets erweitert wird.

SG Hannover, Urt. v. 24.03.2004 - S 35 KA 685/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) UMSETZUNG DER BUDGETIERUNG IM HVM/HÄRTEFALLREGELUNG

SG Stuttgart, Urt. v. 24.10.2007 – S 10 KA 264/05 –

RID 08-01-23

www.zahn-forum.de
SGB V § 85 IV

§ 85 IV SGB V stellt eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für Regelungen im HVM dar, die eine Aufteilung der Gesamtvergütung in verschiedene **Honorartöpfe** für Primär- und Ersatzkassen sowie die einzelnen **zahnärztlichen Leistungsbereiche** vorsehen. Ebenfalls ist die Festsetzung **individueller Budgets** in Orientierung an den früheren Abrechnungsergebnissen des jeweiligen Zahnarztes zulässig (vgl. z.B. BSG v. 11.09.2002 - B 6 KA 30/01 R -). Eine zusätzliche **Absenkung** der Basiswerte durch Vorstandsbeschluss ist zur Eröffnung des für die KZV erforderlichen finanziellen Spielraums zur ev. zusätzlichen Vergütung von Praxisneugründungen oder zur Finanzierung zu erwartenden Leistungsausweitungen infolge eines Prothetikbooms ebenfalls zulässig. Für **Härtefälle** reicht eine allgemeine Regelung im HVM aus, die den Vorstand ermächtigt, bei einer besonders schweren Härte nach pflichtgemäßem Ermessen eine Erhöhung der Bemessungsgrenze vorzunehmen.

Eine **wirtschaftliche Härte** ist aber erst bei **Honorarminderungen von 20%** des Gesamtumsatzes anzunehmen. Zu berücksichtigen sind aber auch **sonstige Härten**, wie z.B. eine plötzliche Änderung der Versorgungsstruktur. Eine solche kann sich aber nicht aus wirtschaftlichen Entscheidungen des betroffenen Zahnarztes selbst (hier: Fortführung einer bisherigen Gemeinschaftspraxis als Einzelpraxis) ergeben. Auch z.B. mutterschaftsbedingte Ausfallzeiten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn sie sich in nicht unerheblicher Form auch tatsächlich umsatzmindernd ausgewirkt haben.

C) BERÜCKSICHTIGUNG VON DEGRESSIONSBETRÄGEN IM HVM

SG Stuttgart, Urt. v. 16.05.2007 – S 19 KA 3097/03 –

RID 08-01-24

www.zahn-forum.de = http://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung
SGB V § 85 IV, 85 IVb ff.

In Umsetzung von BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 25/02 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 2 muss vor HVM-Begrenzungen eine Punktwertdegression vorgenommen werden. Ggf. sind dann bereits erfolgte Abzüge (anteilig) bei den Honorarkürzungen anzurechnen.

Die Bildung verschiedener Honorartöpfe im HVM nach Kassenarten oder zahnärztlichen Leistungsbereichen ist grundsätzlich ebenso zulässig, wie individuelle Bemessungsgrundlagen auf der Basis der bisherigen Abrechnungsergebnisse des jeweiligen Zahnarztes. Ebenso zulässig sind Maßnahmen zur Sicherstellung eines Spielraumes für ev. Budgetüberschreitungen, z.B. in Form einer Absenkung von Basiswerten für best. Leistungsbereiche oder der Möglichkeit der Veränderung von Bemessungsgrundlagen durch den Vorstand der KZV.

Das **SG** wies die Klage ab.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 07-04 A II (S. 14); RID 06-04 A II (S. 16); RID 05-04-A II (S. 9).

1. RICHTIGSTELLUNGSBETRAG BEI PRAXIS- UND ZUSATZBUDGETS

LSG Bayern, Urt. v. 04.07.2007 – L 12 KA 11/06 –

RID 08-01-25

Revision anhängig: B 6 KA 62/07 R
BMV-Ä § 45; EKV-Ä § 34

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Die Anwendung der Regeln über das **Praxis- und Zusatzbudget** bedeutet nicht, dass die Budgetgrenze übersteigende Abrechnungsvolumen nicht honoriert wird. Vielmehr nehmen sämtliche anerkannten Leistungen an der **Honorarverteilung** teil. Jede Einzelleistung wird jedoch im Verhältnis zum zustehenden Budgetvolumen entsprechend gemindert honoriert.

Im Rahmen der **Richtigstellung** ist für abgesetzte Leistungen das Honorar zu Grunde zu legen, das sich entsprechend der dem Honorarbescheid zu Grunde gelegten Anerkennungsquote nebst Quartalspunktwert ergibt. Eine **Budgetneuberechnung** ist nicht vorzunehmen. (ebs. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 26.10.2005 – S 2 KA 50/03 – RID 06-01-20). Die nachträgliche Richtigstellung bewirkt eine Streichung der betreffenden Leistungspositionen mit dem Honorarbetrag, der sich unter Anwendung des bestandskräftigen Honorarbescheids ergibt. Die Ausführungen des **BSG**, Urt. v. 05.11.2003 - B 6 KA 55/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 4 zur Wirtschaftlichkeitsprüfung gelten auch im Zusammenhang mit der nachträglichen Richtigstellung.

Die im Rahmen der Prüfung der Honoraranforderung richtig zu stellenden Leistungen sind zu streichen. Unter Anwendung der Regeln über die Praxis- und Zusatzbudgets ergibt sich bei entsprechend vermindertem anerkannten Gesamtpunktzahlvolumen eine entsprechende höhere Budgetquote mit der Folge, dass rechnerisch die Klägerin nicht weniger Honorar erhält als bei Nichtdurchführung der **anfänglichen Richtigstellung**.

Dagegen hat der Vertragsarzt im Falle der **nachträglichen Richtigstellung** bereits eine Festsetzung des Honoraranspruches durch Verwaltungsakt erhalten. Die Berichtigungswirkung der Richtigstellungsentscheidung umfasst nicht nur die "Streichung" der Leistungsposition, sondern auch des darauf entfallenden Honorarbetrages, so wie er durch den Honorarbescheid konkretisiert worden ist. Damit beschränkt sich die Änderungswirkung auf den Honorarbescheid bei nachträglicher Richtigstellung der betroffenen Leistungen in einer Verminderung der Honorarsumme.

Die kl. Orthopädin erklärte auf Anfrage der KV, die Leistung nach der Nr.439 EBM nicht vollständig erkannt und diese Leistung daher versehentlich abgerechnet zu haben. Die KV berichtete daraufhin die Abrechnungen der Quartale I/01 bis IV/02 und forderte 16.631,43 Euro zurück. Die Kl. erhob nur gegen die Höhe der Rückforderung – erfolglos - Widerspruch, weil ihr Praxisbudgetvolumen nach wie vor niedriger als das nunmehr (vor Budgetierung) anerkannte Gesamtpunktzahlvolumen sei. Eine entsprechend verminderte Punktzahl sei vor Budgetierung anzuerkennen. Aber auch die Anerkennungsquote, die das Verhältnis der Gesamtpunktzahl (vor Budgetierung) zum Budgetvolumen ausdrücke, sei im Sinne der Erhöhung zu ändern, so dass sich kein Rückforderungsbetrag ergebe (fiktives Beispiel: ursprünglich anerkanntes Gesamtpunktzahlvolumen vor Budgetierung 100.000 Pkte; Budgetvolumen 80.000 Punkte; Anerkennungsquote 80 %; nachträgliche Richtigstellung 10.000 Pkte. ergibt neue Anerkennungsquote von 83,89 %). **SG München**, Urt. v. 08.11.2005 - S 21 KA 475/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

Anders **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 06.02.2002 - S 27 KA 3634/00 - RID 02-01-30.

2. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG: ZEITGEBUNDENE LEISTUNGEN UND HAUSBESUCHE/ÜBERDURCHSCHNITTLICHE FALLZAHL

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.10.2007 – L 7 KA 56/03 –

RID 08-01-26

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X §§ 45 II 3 Nr. 2, 48 I 3 Nr. 2; BMV-Ä §§ 35 II 3, 42 III; EKV-Ä §§ 35 III, 43 I

Werden an drei Tagen (hier: Quartal II/96) zeitgebundene Leistungen nach Nr. 10 und 11 EBM 1996 in einem Umfang von 9,5, 8 bzw. 8,25 Stunden geführt und zusätzlich Hausbesuche bei 21, 80 bzw. 73 Patienten durchgeführt – hierfür ergeben sich mit den Hausbesuchen nach Nr. 25 und 32 EBM 1996, für die eine Dauer von 7 bzw. 2 Minuten angesetzt werden, Gesamtzeiten von 11,45, 14,25 bzw. 13,77 Stunden, wobei alle weiteren abgerechneten Leistungen außer Betracht geblieben und notwendige Pausenzeiten und Zeiten für die Organisation der Praxis nicht berücksichtigt worden sind -, so ist es auch bei Unterstellung eines routinierten, zügig arbeitenden Arztes ausgeschlossen, dass die Leistungen in vollem Umfang ordnungsgemäß erbracht worden sind. Eine Kürzung des Honorars um 69.767,70 DM auf den Fachgruppendurchschnitt ist nicht zu beanstanden, auch wenn die Fallzahl von 1336 weit über dem Fachgruppendurchschnitt von ca. 800 Fällen liegt.

SG Berlin, Urt. v. 19.02.2007 - S 79 KA 138/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. LDL-ELIMINATION OHNE GENEHMIGUNG DER KASSE GEGENÜBER VERSICHERTEM/VERTRAUENSSCHUTZ

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.12.2007 – L 11 KA 109/05 –

RID 08-01-27

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§

Nach den NUB-Richtlinien zur ambulanten Durchführung der LDL-Elimination ist die Durchführung und Abrechnung durch einen Vertragsarzt in jedem Einzelfall erst dann zulässig, wenn die leistungspflichtige Krankenkasse dem Versicherten einen Leistungsbescheid erteilt hat (§ 6 der Richtlinien). Die **Genehmigung** ist auf ein Jahr **befristet** und danach zu erneuern. Liegt sie nicht vor, ist die KV zur sachlich-rechnerischen Berichtigung berechtigt.

Hat die KV den Arzt darauf hingewiesen, dass die Befristung abgelaufen und aus diesem Grunde eine neue Genehmigung einzuholen ist, dann ist die Basis für schützenswertes **Vertrauen** zerstört, auch wenn sie sich letztlich nicht ihrem Hinweis entsprechend verhalten hat.

SG Düsseldorf, Urt. v. 12.10.2005 - S 14 KA 240/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. NR. 19 EBM. KEINE FREMDANAMNESE IM ORGANISIERTEN ÄRZTLICHEN NOTDIENST

LSG Hessen, Urt. v. 26.09.2007 – L 4 KA 65/06 –

RID 08-01-28

Revision anhängig: B 6 KA 51/07 R

EBM 1996 Nr. 19

Die **Nr. 19 EBM** kann im **ärztlichen Notdienst** nicht abgerechnet werden. Der ärztliche Notdienst ist mit dem Notarztwagen-Dienst bzgl. der Erhebung einer **Fremdanamnese** vergleichbar. Im ärztlichen Notdienst erfolgt keine umfassende Datenerhebung über eine kommunikationsgestörten Person, wie sie in Nr. 19 EBM angesprochen ist. Im ärztlichen Not- und Bereitschaftsdienst ist nicht die volle ärztliche Versorgung wie während der üblichen Sprechstundenzeiten zu erbringen. Vielmehr ist in dringenden Fällen die Behandlung nur zur Überbrückung bis zu den üblichen Sprechstundenzeiten des behandelnden Arztes oder auch bis zur Überweisung in ein Krankenhaus zu erbringen, die die umfassende Behandlung des Patienten übernehmen und durchführen und ohnehin entsprechend umfassende Informationen bei den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen des betroffenen Patienten beschaffen müssen, soweit die krankheits- oder unfallbedingte Kommunikationsstörung längere Zeit andauert (vgl. *BSG* v. 05.02.2003 - B 6 KA 11/02 R -).

Der kl. **Facharzt für Allgemeinmedizin** berechnete im Quartal II/03 in 95 Fällen und im Quartal III/03 in 60 Fällen im Rahmen des organisierten Notdienstes Leistungen nach Nr. 19 EBM, die ihm die bekl. KV im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung strich, weil sie im organisierten Notdienst nicht abrechenbar seien. Der Kl. trug vor, er habe die Nr. 19 nur in Fällen krankheitsbedingter Kommunikationsstörung abgerechnet, wie den Diagnosen auf den einzelnen Notfallscheinen zu entnehmen sei. Notärztlichen Maßnahmen erforderten gegebenenfalls die Erhebung einer Fremdanamnese und seien mit dem Notarztwagen-Dienst nicht vergleichbar, der auf medizinische Erstversorgung und Herstellung der Transportfähigkeit beschränkt sei. Auch werde die Fremdanamnese im ärztlichen Notdienst nur von Personen mit einem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten erhoben und nicht von zufällig anwesenden Passanten, wie beim Notarztwagen-Dienst. *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 26.09.2007 - - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. NR. 63 U. 462: AMBULANTER OPERATIVER EINGRIFF MIT ANÄSTHESIELEISTUNG/NACHBETREUUNGSLEISTUNGEN

SG Mainz, Urt. v. 07.11.2007 – S 2 KA 506/04 –

RID 08-01-29

juris

SGB V § 87 I u. II; EBM Nr. 63 ff., 80 ff., 90, 462

Leitsatz: Die im Rahmen eines ambulanten operativen Eingriffs durch einen Facharzt für Chirurgie zugleich erbrachte Anästhesieleistung etwa nach der Nr. 462 EBM berechtigt weiterhin auch zur Abrechnung von Nachbetreuungsleistungen nach der Nr. 63 EBM.

Das *SG* gab der Klage statt.

6. NR. 205 EBM 1996 (ENTSTAUENDER PHLEBOLOGISCHER FUNKTIONSVERBAND)

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.12.2006 – L 5 KA 40/06 –

RID 08-01-30

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

EBM 1996 Nr. 205

Leitsatz: 1. Die Nr. 205 EBM-Ä (Entstauer phlebologischer Funktionsverband...) darf nur abgerechnet werden, wenn der Verband zur Behandlung einer bestehenden phlebologischen Erkrankung angelegt wird.

2. Das Anlegen von Kompressionsverbänden zur postoperativen Tromboseprophylaxe im Zusammenhang mit Operationen bei anderen (nicht phlebologischen) Erkrankungen rechtfertigt die Abrechnung der Nr. 205 EBM-Ä nicht

SG Mainz, Urt. v. 30.06.2006 - S 11 KA 15/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. EINMAL-ABDECKSETS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.01.2008 – L 11 KA 44/06 –

RID 08-01-31

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§

Einmal-Abdecksets, die nicht bei arthroskopischen Operationen verwandt werden, sind nach Abschnitt A 1 Nr. 4 erster Spiegelstrich Allg. Best. EBM a.F. gesondert abrechenbar. Außerhalb des Einsatzes bei arthroskopischen Operationen ist die Abrechnungsfähigkeit dieser Kosten nicht ausgeschlossen worden. Insbesondere können die Abdecksets nicht als Sprechstundenbedarf bezogen werden, so dass die Kosten auf dem jeweiligen Behandlungsausweis angesetzt werden können.

SG Düsseldorf, Urt. v. 15.02.2006 - S 14 KA 245/03 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

8. ZAHNÄRZTE

A) NR. 56c BEMA-Z MIT OSTEOTOMIE/WURZELSPITZENRESEKTION NUR BEI RÖNTGENOLOG. ERKENNBAREN ZYSTE

SG Mainz, Urt. v. 06.09.2006 – S 2 KA 108/04 –

RID 08-01-32

BEMA-Z Nr. 56c

Nr. 56c (Zy 3) BEMA-Z ist in Verbindung mit einer **Osteotomie/Wurzelspitzenresektion** dann nicht selbständig abrechenbar, wenn eine **Zyste** röntgenologisch nicht erkennbar gewesen ist (vgl. *LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 24.02.2000 - L 5 Ka 50/97 - RID 00-02-33*). Das Aufkratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in einer Extraktions- oder Osteotomiewunde kann nicht nach Nr. 56c (Zy 3) BEMA-Z abgerechnet werden. Die histologische Diagnostizierbarkeit ist kein ausschlaggebendes Kriterium.

Das *SG* wies die Klage ab.

Nach *LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 19.04.2002 - L 6 KA 34/99 – RID 03-01-21* ist bei **kleinen Zysten** Nr. 56c BEMA-Z nicht abrechenbar; *BSG, Beschl. v. 13.12.2000 - B 6 KA 28/00 B -RID 01-02-66* bestätigt *LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 24.02.2000 - L 5 Ka 50/97 - RID 00-02-33*, wonach die Abrechnung der Nr. 56c (Zy 3) nur dann möglich ist, wenn es sich um eine **Zyste von einiger Größe** handelt und sie **röntgenologisch nachweisbar** ist; nach *SG Frankfurt a. M., Urt. v. 11.02.2004 – S 27 KA 1076/03 – RID 04-02-67* berechtigt **nicht jede im Röntgenbild diagnostizierbare apikale Aufhellung** zur Abrechnung der Nr. 56c oder d neben der Nr. 54 BEMA-Z; Voraussetzung ist ein zusätzlicher nach Art und Inhalt einer Zystenoperation entsprechender chirurgischer Aufwand; ähnl. zu Nr. 56a BEMA-Z *SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 22/05 – RID 06-01-21*; nach *LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.06.2006 – L 4 KA 20/05 – RID 06-04-49* ist das Entfernen kleiner Zysten nach Nr. 56c Bema-Z nicht abrechnungsfähig und kann u.U. eine Disziplinarbuße verhängt werden; nach *LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2004 – L 11 KA 62/02 - RID 05-01-55* liegt eine **Wirtschaftlichkeitsprüfung** und keine sachlich-rechnerische Prüfung der Nm. 56c, Ä 935d und 41a BEMA-Z vor, wenn die Voraussetzungen für die Leistungserbringung geprüft werden und es sich dabei aber um Fragen der Indikationsstellung handelt, die aufgrund einer zahnmedizinischen Beurteilung erfolgen muss.

B) IP-PROGRAMME EINES KIEFERORTHOPÄDEN BEI BEREITS BEGONNENEN IP-PROGRAMMEN DER HAUSZAHNÄRZTE

SG Dresden, Urt. v. 19.09.2007 – S 11 KA 5061/05 Z –

RID 08-01-33

SGB V § 22, 106a; Anl. 2 zum BMV-Z/EKV-Z (Individualprophylaxe-Vereinbarung)

Die doppelte Durchführung und Abrechnung von IP-Leistungen bei einem Versicherten entspricht nicht den gesetzlichen Vorgaben. Gegenüber zeitlich bereits begonnenen IP-Programmen der Hauszahnärzte haben nachgehend durch einen Kieferorthopäden begonnene IP-Programme keinen Vorrang.

Das *SG* wies die Klage ab.

III. Fachkunde/Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst/Ausschreibung

Vgl. zuletzt RID 07-04 A III (S. 17).

1. FACHKUNDE

A) EINTRAGUNG IN ARZTREGISTER: ALLGEMEINMEDIZIN UND FÜNFJÄHRIGE WEITERBILDUNGSZEIT

SG Marburg, Urt. v. 16.01.2008 – S 12 KA 200/07 –

RID 08-01-34

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95a; Ärzte-ZV §§ 2, 3; SGG § 131

Hat sich bereits vor Klageerhebung durch Eintragung in das Arztregister einer KV und die Umtragung in das Arztregister der beklagten KV erledigt, so fehlt es für eine **Fortsetzungsfeststellungsklage** am berechtigten Interesse.

§ 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.

Das *SG* wies die Klage ab.

Vgl. bereits *SG Marburg, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 135/07 – RID 07-04-29*.

Parallelverfahren: *SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 121/07 –*

RID 08-01-35

SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 201/07 –

RID 08-01-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de

B) WIDERRUF EINER ULTRASCHALLGENEHMIGUNG

LSG Hamburg, Beschl. v. 12.11.2007 – L 2 B 362/07 ER KA –

RID 08-01-37

SGB V §§ 75 VII, 135 II, 136 II; SGB X §§ 32 II Nr. 3, 47 I Nr. 1; SGG §§ 86° II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

Eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Ultraschalldiagnostik kann mit einem **Widerrufsvorbehalt** für den Fall festgestellter Qualitätsmängel erteilt werden.

Die QualitätssicherungsRL der KBV vom Januar 2000 stehen weder dem Widerruf einer Ultraschallgenehmigung nach **§ 47 I Nr. 1 SGB X** noch der Anordnung des Sofortvollzuges entgegen, wenn es um **Mängel der Dokumentation (Befund)** geht, da diese von der RL nicht erfasst werden. Bei einer Patientengefährdung kann eine Ermessensreduzierung auf Null bestehen.

SG Hamburg, Beschl. v. 27.07.2007 – S 3 KA 116/07 ER – gab dem Antrag statt, das LSG wies den Antrag ab.

S. a. *LSG Bayern, Urt. v. 27.09.2006 – L 12 KA 112/03 – RID 07-01-46* zum Widerruf einer Genehmigung zur **Ultraschall-Untersuchung** nach **KV-Richtlinie**; *SG Marburg, Beschl. v. 25.08.2005 – S 12 KA 182/05 ER – RID 05-04-14* zum Entzug einer **Ultraschallgenehmigung** nach Qualitätssicherungsmaßnahme nach **§ 48 SGB X** bei schadhaftem Gerät; nach *LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 28.06.2005 – L 5 ER 25/05 KA – RID 05-03-24* ist die auf § 135 II SGB V gestützte **Vereinbarung zur Strahlendiagnostik** und -therapie – einschließlich der hierin geregelten **Widerrufsmöglichkeit** – nicht zu beanstanden; nach *SG Dresden, Urt. v. 28.07.2004 – S 15 KA 374/03 – RID 05-01-42* ist mit Ablauf des Übergangszeitraums gemäß § 9 des **Hausarztvertrages** eine Änderung der rechtlichen Verhältnisse i.S.d. **§ 48 SGB X** eingetreten und kann eine zuvor erteilte Teil-Röntgen-Genehmigung aufgehoben werden; nach *SG Hamburg, Urt. v. 08.09.2004 – S 27 KA 365/01 – RID 05-01-43* muss der Widerruf einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren auf der Grundlage der **Nr. 6.11 Qualitätssicherungs-RL KBV** als **Ermessensentscheidung** sich mit dem Gewicht der festgestellten Mängel auseinandersetzen und darlegen, weshalb sogleich ein Widerruf gerechtfertigt ist; nach *LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 28.01.2004 – L 3 KA 427/03 ER – RID 04-04-39* ist die Anordnung der sofortigen Vollziehung des Widerrufs einer Genehmigung, Leistungen der **Mammographie** zu erbringen, auch dann möglich, wenn der Radiologe die erforderliche Prüfung nicht bestanden hat, weil er zu viele falsch-positive Befunde erkannt hat.

C) LABORRICHTLINIE: ZEUGNIS VON ZUR WEITERBILDUNG ERMÄCHTIGTEM ARZT

SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 817/06 –

RID 08-01-38

www.sozialgerichtsbarkeit.de

BMV-Ä § 11 I; EKV-Ä § 39 I

Nach der Laborrichtlinie müssen die Zeugnisse zum Nachweis der erforderlichen Qualifikation von dem zur jeweiligen Weiterbildung ermächtigten Arzt unterzeichnet sein. Dies ist nicht zu beanstanden.

Das *SG* wies die Klage ab.

D) AUSSETZUNG DES VERFAHRENS AUF ANERKENNUNG DER FACHKUNDE FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

LSG Hessen, Beschl. v. 20.12.2007 – L 6/7 KA 1133/03 –

RID 08-01-39

SGB V §§ 92, 95c, 135; GG Art. 12; SGG §§ 114 II

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 15.10.2003 - S 27 KA 3870/02 verbunden mit S-27/KA-3887/02, S-27/KA-802/03 – RID 03-04-39 wies die Klage ab, das *LSG* setzte das Verfahren zum Az.: S-27/KA-802/03 längstens bis zum 30.06.2008 aus. Bei dem Beigel. handelt es sich um den GBA.

Aus den Gründen:

„(...) Vorliegend ist in einem bei einem anderen Landessozialgericht anhängigen Gerichtsverfahren (*LSG Berlin-Brandenburg, Az.: L 24 KR 538/06*) die streitige Rechtsfrage anhängig gemacht worden und offen, ob bereits vor einer (positiven) Entscheidung des Beigeladenen eine Krankenkasse unter dem Gesichtspunkt des „Systemversagens“ zur Kostenerstattung für die Vergangenheit und zur Kostenübernahme für die Zukunft zu verpflichten ist, weil über das Verfahren „Gesprächspsychotherapie“ bislang keine abschließende Entscheidung des Beigeladenen ergangen ist. Die rechtskräftige Entscheidung in jenem Klageverfahren (ggf. durch das Bundessozialgericht) könnte auch für das vorliegende Verfahren vorgreiflich sein. Es bleibt aber dahingestellt, ob dies die Aussetzung rechtfertigen könnte, weil insoweit nicht zwingend ein Parallelverhältnis festgestellt werden würde, an dem die Klägerin des vorliegenden Verfahrens (unmittelbar) beteiligt ist. (...)“

Sollte der Beigeladene – verbindlich jedenfalls für alle zugelassenen Leistungserbringer – feststellen, dass (auch) das als „Gesprächspsychotherapie“ bezeichnete Verfahren (ggf. in einer bestimmten Variante und für bestimmte Indikationen) in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen ist bzw. zugelassen wird, dann hat die Beklagte im vorliegenden Verfahren dem Begehren der Klägerin jedenfalls für die Zukunft stattzugeben. Es ist dann – gegebenenfalls und bei Bestehen eines Rechtsschutzbedürfnisses – im Rahmen eines Fortsetzungsfeststellungsverfahrens eventuell nur noch zu klären, ob die Entscheidung der Beklagten von Anfang an rechtswidrig war.

Von daher besteht auch – im Rahmen des „Systems“ der gesetzlichen Krankenversicherung – jedenfalls für die Klägerin als Leistungserbringerin im Rahmen ihrer Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung ein **Rechtsverhältnis zum Beigeladenen**, dessen Klärung für die Entscheidung im vorliegenden Rechtsstreit – jedenfalls zum Teil – zwingend vorgreiflich ist, weshalb die Aussetzung des Verfahrens in Betracht kommt.

Die Entscheidung über die Aussetzung steht dann im Ermessen des Gerichts („kann“). Vorliegend hat der Beigeladene mitgeteilt, dass er spätestens bis Mitte April 2008 (erneut) darüber befinden werde, ob das als „Gesprächspsychotherapie“ bezeichnete Verfahren im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Behandlung die Anerkennung nach den Psychotherapierichtlinien gemäß §§ 92 Abs. 6a i.V.m. § 135 SGB V finden kann.

Nach Ablauf von zwei weiteren Monaten (Beanstandungsmöglichkeit durch das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 94 SGB V) kann demnach bis Mitte Juni 2008 feststehen, ob dem Begehren der Klägerin – möglicherweise ohne weitere rechtliche Prüfung – jedenfalls für die Zukunft stattzugeben sein wird.

Auch unter Berücksichtigung der **rechtstaatlich bedenklich langen Verfahrensdauer** (insbesondere auch im Hinblick auf das Verfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss, in Bezug auf das z. B. das Sozialgericht Berlin von einem „Systemversagen“ ausgegangen ist) und auch unter Berücksichtigung des Lebensalters der Klägerin (die voraussichtlich mindestens noch 8 Jahre tätig bleiben kann – vgl. § 95 Abs. 7 Satz 2 SGB V i.V.m. § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V) hält der Senat nach sorgfältiger Abwägung des Für und Wider eine zeitlich befristete Aussetzung des Verfahrens für geboten. Nach Ablauf der gesetzten Frist kann die nach vorläufiger rechtlicher Einschätzung des Senats zwingend vorgreifliche Frage der Abrechnungsfähigkeit des als „Gesprächspsychotherapie“ benannten Verfahrens generell und auch für die Klägerin geklärt sein.

Sollte diese Prognose nicht zutreffen oder der Senat zu einer anderen rechtlichen Bewertung kommen, kann der Senat das Verfahren jederzeit wieder aufgreifen.

Der Beschluss ist mit der Beschwerde nicht anfechtbar (§ 177 SGG).“

Zur **Anerkennung einer Ausbildungsstätte** für Gesprächspsychotherapie bei Kinder- und Jugendlichen s. *OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 15.01.2008 – 13 A 5238/04 – RID 08-01- (diese Ausgabe S. 80).

2. ZWEIGPRAXIS NACH VÄNDG

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

LSG Hessen, Beschl. v. 13.11.2007 – L 4 KA 57/07 ER –

RID 08-01-40

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Zahnärzte-ZV i.d.F. d. VÄndG § 24

Die Rechtsprechung des BSG zur Nebentätigkeit in einem Beschäftigungsverhältnis (vgl. *BSG*, Urt. v. 30.01.2002 – B 6 KA 20/01 R-) kann nicht auf die Genehmigung einer Zweigpraxis übertragen werden, da die Bundesmantelverträge-Zahnärzte nicht an einer 40-Stunden-Tätigkeit anknüpfen. § 6 VI 7 BMV-Z/§ 8a I 7 EKV-Z knüpfen an die **Dauer der Tätigkeit** des Vertragszahnarztes am **Vertragszahnarztsitz** an.

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

SG Marburg, Beschl. v. 27.08.2007– S 12 KA 346/07 ER – RID 07-03-38 gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies die Beschwerde zurück; s. a. unter Streitwert.

B) VERSORGUNGSVERBESSERUNG/KINDERZAHNHEILKUNDE

LSG Hessen, Beschl. v. 29.11.2007 – L 4 KA 56/07 ER –

RID 08-01-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Zahnärzte-ZV i.d.F. d. VÄndG § 24

Zusätzliche qualitativ bessere Tätigkeiten stellen in jedem Falle insoweit auch eine **Versorgungsverbesserung** der Versicherten dar, wenn in dem betreffenden Planungsbereich regional oder lokal solche nicht oder nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden. In diesem Sinne liegt auch nach den Mantelverträgen-Zahnärzte eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten in der Regel (auch) dann vor, wenn in der Zweigpraxis spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, die im Planungsbereich nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden (s. z.B. § 6 Abs. 6 S. 4 bis 6 BMV-Z. Dabei handelt es sich bei diesen Regelungen um nicht abschließende Norminterpretationen des § 24 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 Zahnärzte-ZV.

Auch vertragszahnärztliche Tätigkeiten mit dem Tätigkeitsschwerpunkt "**Kinderzahnheilkunde**" stellen eine qualitative Verbesserung der Versorgung der Versicherten im Sinne dieser Vorschrift dar. Bei einem Vertragszahnarzt, der diesen Tätigkeitsschwerpunkt führt, ist davon auszugehen, dass er auf diesem Gebiet über vertiefende und neueste Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, die ein Vertragszahnarzt ohne diesen Tätigkeitsschwerpunkt zumindest nicht in gleichem Umfang besitzt, auch wenn die Kinderzahnheilkunde grundsätzlich Gegenstand der Ausbildung aller Zahnärzte ist.

Es besteht eine grundsätzliche Verpflichtung des Vertragszahnarztes, an **jedem seiner Tätigkeitsorte** eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten sicherzustellen. Er hat daher am jeweiligen Tätigkeitsort während seiner angekündigten Behandlungszeiten zur Verfügung zu stehen und im Abwesenheitsfall eine entsprechende Vertretung beziehungsweise eine **Notfallversorgung** zu organisieren.

Die Rechtsprechung des BSG zur **Nebentätigkeit** eines Vertrags(zahn)arztes in einem Beschäftigungsverhältnis außerhalb seiner vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit kann nicht auf die **Genehmigung einer Zweigpraxis** übertragen werden. Das ergibt sich bereits aus dem Wortlaut der bundesmantelvertraglichen Regelungen. Denn in § 6 Abs. 6 S. 7 des BMV-Z beziehungsweise § 8a Abs. 1 S. 7 EKV-Z knüpft die Drittelregelung nicht an einer 40 Stunden-Woche an, sondern ausdrücklich an die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz.

Die **Residenzpflicht** steht einer Genehmigung der Zweigpraxis nicht entgegen, wenn der einfache Fahrweg zwischen Haupt- und Zweigpraxis 45 Minuten beträgt. In besonders dringenden Fällen steht der Rettungsdienst zur Verfügung und können durchgehende Anwesenheitszeiten am Vertragszahnarztsitz ohnehin nicht gewährleistet werden.

SG Marburg, Beschl. v. 27.08.2007– S 12 KA 374/07 ER – RID 07-03-39 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück, das *LSG* verpflichtete den Ag., dem Ast. vorläufig die Tätigkeit als Vertragszahnarzt an einem weiteren Ort in der C-Straße in C-Stadt bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren zu gestatten.

3. MVZ: BELEGARTANERKENNUNG

A) GEEIGNETHEIT: FAHRSTRECKE ZWISCHEN BELEGKRANKENHAUS UND WOHSITZ

SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 1079/06 –

RID 08-01-42

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 72 I 2, 95, 103 VII, 115 I, 121; Ärzte-ZV § 24 II, III 1 Nr. 2; BMV-Ä §§ 1 VI, 39, 40; EKV-Ä §§ 1 VIII, 31, 32

Durch ein **MVZ** können grundsätzlich auch **belegärztliche Leistungen** erbracht werden.

Eine Belegarztanerkennung kann nicht versagt werden, wenn die **Fahrstrecke** zwischen dem Belegkrankenhaus und dem Wohnsitz 30 Minuten bei einer Entfernung von 37,3 km beträgt und der Arzt in einem MVZ mit ca. 11 weiteren Kardiologen arbeitet, von denen einige auch Belegärzte und am selben Krankenhaus tätig sind.

Das **SG** gab der Klage statt.

Parallelverfahren: *SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 1082/06 –*

RID 08-01-43

B) TEILZEITTÄTIGKEIT VON 10 WOCHENSTUNDEN/FAHRZEIT VON ÜBER EINER STUNDE

SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 77/07 –

RID 08-01-44

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 72 I 2, 95, 103 VII, 115 I, 121; Ärzte-ZV § 24 II, III 1 Nr. 2; BMV-Ä §§ 1 VI, 39, 40; EKV-Ä §§ 1 VIII, 31, 32

Durch ein **MVZ** können grundsätzlich auch **belegärztliche Leistungen** erbracht werden.

Eine Belegarztanerkennung kann bei einer **Teilzeittätigkeit** in einem Umfang von 10 Wochenstunden in einem MVZ nicht erteilt werden. Sie ist auch zu versagen, wenn die **Fahrstrecke** zwischen dem Belegkrankenhaus und dem Haupttätigkeitsort und dem Wohnsitz einer Augenärztin 104 km mit einer Fahrzeit von einer Stunde und 3 Minuten beträgt.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. BEREITSCHAFTSDIENST

Nach **BSG**, Urt. v. 06.02.2008 – **B 6 KA 13/06 R** - sind alle Vertragsärzte kraft ihres Zulassungsstatus verpflichtet, die durch die Einrichtung eines Notfalldienstes entstehenden Belastungen gleichwertig mitzutragen, denn dieser **Notfalldienst** bewirkt zugleich eine Entlastung des einzelnen Vertragsarztes; dies gilt auch für **Fachärzte** (hier: Pathologe), die ohne direkten Patientenkontakt tätig sind; kann ein Arzt - gleichgültig ob aus gesundheitlichen Gründen oder etwa aufgrund unterlassener ausreichender Fortbildung - den **Notfalldienst nicht persönlich erbringen**, ist er verpflichtet, auf eigene Kosten einen geeigneten Vertreter zu stellen; eine Befreiung von dieser Verpflichtung kommt nur in Frage, wenn einem Arzt wegen seiner geringen Einkünfte aus vertragsärztlicher Tätigkeit die Finanzierung eines Vertreters nicht mehr zugemutet werden kann.

A) BEFREIUNG VOM BEREITSCHAFTSDIENST: EINSCHRÄNKUNG DER PRAXISAUSÜBUNG

LSG Sachsen, Beschl. v. 31.01.2008 – L 1 B 151/07 KA-ER –

RID 08-01-45

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 75 I; SGG § 86b II

Es ist mit den Grundsätzen des Vertragsarztrechts vereinbar, wenn die Freistellung von der gemeinsamen Aufgabe des Bereitschaftsdienstes **nicht allein von den gesundheitlichen Verhältnissen** des Vertragsarztes, sondern auch davon abhängig gemacht wird, ob die gesundheitlichen Verhältnisse sich nachteilig auf die allgemeine berufliche Tätigkeit des Arztes auswirken, z.B. dass sie zu einer **deutlichen Einschränkung der Praxisausübung** geführt haben oder dem Vertragsarzt aufgrund seiner Einkommensverhältnisse (des Honorarumsatzes) nicht mehr zugemutet werden kann, den Bereitschaftsdienst auf eigene Kosten von einem Vertreter wahrnehmen zu lassen (BSG, Urt. v. 11.06.1986 - 6 RKa 5/85 - MedR 1987, 122).

Ob eine Praxistätigkeit in "vollem" Umfang ausgeübt wird, lässt sich nur durch einen Vergleich mit der Tätigkeit anderer Vertragsärzte beurteilen. Es ist sachgerecht, die **Fallzahlen** des Arztes mit denjenigen seiner Arztgruppe zu vergleichen. Kein verlässlicher Maßstab für den Umfang der Praxisausübung ist das konkrete Leistungsprofil einer Praxis.

Die 1948 geb. Ast. wurde nach einem komplizierten Bruch des rechten Ellenbogengelenks vom 10.12.2003 zum 31.12.2006 vom Bereitschaftsdienst befreit. Die bekl. KV lehnte eine weitere Befreiung ab, weil die Fallzahlen, die seit dem Quartal I/04 nahezu konstant über dem Fachgruppendurchschnitt lägen, zeigten, dass die Praxistätigkeit offenbar in vollem Umfang ausgeübt werde. Hiergegen legte die Ast. Widerspruch ein. **SG Dresden**, Beschl. v. 04.02.2007- S 11 KA 834/06 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück. S.a. unter Streitwert.

§ 8 I **Bereitschaftsdienstordnung** (BDO) bestimmt: "Im Einzelfall können Vertragsärzte auf schriftlichen Antrag vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst ganz oder teilweise von der zuständigen KVS-Bezirksstelle befreit werden. Dies gilt insbesondere: a) wenn er wegen körperlicher Behinderung oder langdauernder schwerer Erkrankung (Vorlage eines fachärztlichen Gutachtens) nicht in der Lage ist den

Anforderungen der Ausübung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes gerecht zu werden **und die Praxistätigkeit nicht mehr in vollem Umfang ausgeübt werden kann**, b) aus Altersgründen, wenn die Praxistätigkeit nicht mehr in vollem Umfang ausgeübt werden kann, c) für Ärztinnen mindestens 3 Monate vor und mindestens 12 Monate nach der Niederkunft, d) bei Teilnahme an sonstigen, auf der Grundlage anderer Bestimmungen vorzuhaltenden Bereitschaftsdiensten (Belegarztstätigkeit, Dialysepatienten) unter Beachtung der Festlegungen des Vorstandes der KV Sachsen, e) bei der Teilnahme am Notarzdienst unter Beachtung der Festlegungen des Vorstandes der KV Sachsen."

Vgl. zuletzt *LSG Hessen*, Urt. v. 27.06.2007 – L 6/7 KA 17/04 – RID 07-04-34 (Evtl. finanzielle Einbuße rechtfertigt die Befreiung nicht); Zur **Heranziehung zum Notfalldienst** s. ferner die Nachweise in RID 07-03-A.III.7 (S. 23).

B) ZUSAMMENLEGUNG VON BEREITSCHAFTSDIENSTBEZIRKEN

SG Dresden, Beschl. v. 16.01.2008 – S 18 KA 1539/07 ER –

RID 08-01-46

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de (unter Az.: S 18 KA 1561/07)

SGB V §§ 75 I 2; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2; VwGO § 80 III, V

Festlegungen der KV über die Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen können den zur Sicherstellung der Bereitschaftsdienste in einem betroffenen Dienstbezirk verpflichteten Ärzten gegenüber nur **einheitlich** ergehen. Bei jeder an einen bestimmten Arzt gerichteten Festlegung handelt es sich deshalb im Verhältnis zu den übrigen, von der gleichen Regelung betroffenen Ärzten um einen **Verwaltungsakt mit Drittwirkung** i.S.d. § 86 I 2 SGG. Entscheidungen der KV und des Gerichts über die Anordnung oder Aussetzung der aufschiebenden Wirkung einer von einzelnen Ärzten gegen den an sie gerichteten Bescheid erhobenen Klage ergehen deshalb in einem **mehrpolgigen Rechtsverhältnis** mit Wirkung für und gegen alle von der gleichen Regelung betroffenen übrigen Ärzte, unabhängig davon, ob diese den an sie gerichteten Bescheid wirksam angefochten haben nicht.

Vertragsärzte haben einen Anspruch darauf, dass sie ihre **Bereitschaftsdienstesätze unter zumutbaren Bedingungen** erfüllen zu können.

Entschließt sich eine KV, zur Umsetzung ihrer Planungsentscheidung gleichartige Verwaltungsakte gegenüber jedem der von der Strukturentscheidung betroffenen Ärzte zu erlassen, so besteht ein **öffentliches Interesse** daran, deren Wirksamwerden nicht von dem - für die übrigen Betroffenen nicht ohne Weiteres erkennbaren - Eintritt bzw. Nichteintritt deren formeller Bindungswirkung (§ 77 SGG, § 86a Abs. 1 SGG) abhängig zu machen, sondern unabhängig von der Bestandskraft aller Bescheide die **materielle Verbindlichkeit** der Neuregelung durch die Anordnung des Sofortvollzugs **von Anfang an** transparent und einheitlich gegenüber allen Adressaten eintreten zu lassen.

Die KV kann auf Grund ihres Auftrags zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung den Bereitschaftsdienst im Rahmen ihrer **Satzungsautonomie** selbständig regeln (vgl. *BSG*, Urt. v. 12.10.1994 - 6 RKA 29/93 -). Es kommt der KV eine **weite Gestaltungsfreiheit** zu. Der Vertragsarzt kann die Entscheidung der KV **nur eingeschränkt gerichtlich nachprüfen** lassen. Angesichts der Gestaltungsfreiheit der KV als Normgeber und der ihr obliegenden Verantwortung für eine angemessene Versorgung der Versicherten auch zu den sprechstundenfreien Zeiten kann der einzelne Arzt durch die Entscheidung der KV nur in seinen Rechten verletzt sein, wenn diese nicht mehr von sachbezogenen Erwägungen getragen wird und einzelne Arztgruppen oder Ärzte **willkürlich** benachteiligt werden (vgl. *BSG*, Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 43/05 R -).

Bei der **Planung der Bereitschaftsdienstgruppen und Bereitschaftsdienstbereiche** steht der KV ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Ermessensspielraum zu.

Die Ast. zu 1, 2, 4, 5, 8 und 10 sowie die Beigel. zu 1 nahmen als Vertragsärzte mit Praxissitz in Sch. bzw. St. bis zum 31.12.2007 am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst in dem bisher die Gemeinden Sch. und St. umfassenden Bereitschaftsdienstbereich Sch. teil. Die Ast. zu 3, 6, 7, 9 und 11 haben ihren Vertragsarztsitz in E. und der Beigeladene zu 2 in S. Diese Ärzte nahmen bis zum 31.12.2007 am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst in dem bisher die Stadt E. sowie die Gemeinde S. umfassenden Bereitschaftsdienstbereich E. teil. Auf Grundlage eines Beschlusses der Vertreterversammlung der Ag., der eine Neustrukturierung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes unter Zusammenlegung von Bereitschaftsdienstbereichen sowie einer flankierenden Neuregelung der Bereitschaftsdienstvergütung vorsah, wurden mehrere Vorschläge zum Neuzuschnitt der Bereitschaftsdienstbereiche, die jeweils eine Verringerung der Zahl der Bereitschaftsdienstbereiche durch Zusammenschluss zu versorgender Flächen vorsahen, erarbeitet. Es kam zur Zusammenlegung der bisherigen Bereitschaftsdienstbereiche E. und Sch. **Die Ag. ordnete gegenüber den Ast. und den Beigel. an**, dass der Bereitschaftsdienstbereich E. mit Wirkung ab dem 02.01.2008, 14:00 Uhr, das Territorium der Stadt E. sowie der Gemeinden S., Sch. und St. umfasse. Zugleich **verpflichtete** die Ag. die Ast. und die Beigel. **zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in dem neu gebildeten Bereitschaftsdienstbereich nach Maßgabe der jeweiligen Bereitschaftsdienteinteilung**. Mit Ablehnung der Widersprüche ordnete die Ag. zugleich die **sofortige Vollziehung** ihrer Entscheidung an. Das *SG* wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage (S 18 KA 1561/07) gegen die Verpflichtung der Ast. zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in dem mit Wirkung ab dem 02.01.2008, 14:00 Uhr, das Territorium der Stadt E. sowie der Gemeinden S., Sch. und St. umfassenden Bereitschaftsdienstbezirk E. durch den Bescheid der Ag. ab.

C) SUSPENDIERUNG VOM NOTDIENST

LSG Hessen, Beschl. v. 22.05.2007 – L 4 KA 74/06 –

RID 08-01-47

SGB V § 95 III; SGG § 131; Notdienstordnung KV Hessen

Eine Satzungsbestimmung in einer Notdienstordnung einer KV kann vorsehen, einen Vertragsarzt vom **gesamten Notdienst im Bezirk auszuschließen**. Bei Verfehlungen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis betreffen und damit ihre Ursache nicht in den örtlichen Verhältnissen einer Notdienstgemeinschaft haben, ist ein Ausschluss auch im gesamten Bezirk einer KV notwendig.

Wird eine **Abmahnung** erteilt, wobei dahinstehen kann, ob dies rechtlich überhaupt möglich ist, so wird ein **Vertrauenstatbestand** dadurch gesetzt, dass wegen der der Abmahnung zugrunde liegenden Vorfällen keine Suspendierung ausgesprochen werden kann.

Für **Ermittlungen** wegen Suspendierung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst, bei denen es vor allem um medizinische Sachverhalte geht, ist eine KV besser geeignet als ein Gericht (§ 131 SGG).

SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 864/06 – RID 07-01-53 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

5. AUSSCHREIBUNGSANSPRUCH BEI BESCHRÄNKUNG AUF HÄLFTIGEN VERSORGENGAUFTRAG

SG München, Beschl. v. 15.01.2008 – S 38 17/08 ER –

RID 08-01-48

SGB V §§ 95, 103 IV; Ärzte-ZV §§ 19 I 2, 19a

Es handelt sich um ein redaktionelles Versehen, wenn in § 103 IV 1 SGB V bei einer Beschränkung auf den **halben Versorgungsauftrag** ein **Ausschreibungsanspruch** expressis verbis nicht vorgesehen ist. § 103 IV 1 SGB V ist daher nach Art. 14 GG verfassungskonform auszulegen und auch auf den Fall einer Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag zu erstrecken. Ein Vertragsarzt hat das Recht, auch einen Teil seines Vertragsarztsitzes wirtschaftlich zu verwerten.

Das *SG* verpflichtete im Wege der einstweiligen Anordnung die KV, die Hälfte des Vertragsarztsitzes des. antragst. Chirurgen mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie zur Nachbesetzung durch einen Nachfolger gem. § 103 Abs. 4 SGB V in der Februar-Ausgabe des Bayerischen Staatsanzeigers auszuschreiben.

6. ZAHNÄRZTE: GENEHMIGUNG VON KIEFERORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNGSMAßNAHMEN

SG Marburg, Beschl. v. 14.12.2007 – S 12 KA 414/07 ER –

RID 08-01-49

www.sozialgerichtsbarkeit.de

BMV-Ä § 2 III

Ein Vertragszahnarzt hat gegenüber einer KZV keinen Anspruch auf Genehmigung von kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen.

Das *SG* wies den Antrag ab.

IV. Disziplinarrecht: Missbräuchliche Gestaltungsform der Praxisgemeinschaft

SG Düsseldorf, Urt. v. 21.11.2007 – S 2 KA 31/07 –

RID 08-01-50

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 76, 81 V; BMV-Z § 5 III; EKV-Z § 7

Im Falle der **missbräuchlichen Nutzung der Gestaltungsform der Praxisgemeinschaft** liegt auch eine Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten vor, die, jedenfalls wenn der Vertragszahnarzt sich durch sein Abrechnungsverhalten wirtschaftliche Vorteile bei der Honorarverteilung verschafft hat, disziplinarisch geahndet werden kann.

Der kl. Vertragszahnarzt ist Partner einer Praxisgemeinschaft, die (bezogen auf alle Mitglieder der Praxisgemeinschaft) werktäglich Öffnungszeiten von 07:00 Uhr bis 24:00 Uhr, an Wochenenden/Feiertagen von 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr anbietet. Die der Praxisgemeinschaft angehörenden Zahnärzte sind in unterschiedlichen Schichten anwesend. Der HVM sah in den Jahren 1999 bis 2001 eine fallzahlabhängige Vergütung vor. Wegen zahlreicher Doppelbehandlungen kam es zu einer Honorarberichtigung von 15.520,22 EUR. *SG Düsseldorf*, Gerichtsbb. v. 12.01.2005 - S 2 KA 20/04 - wies die Klage ab, *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 13.12.2006 – L 11 KA 60/06 – RID 07-01-30 die Berufung zurück. Der Disziplinarausschuss setzte gegen den Kl. eine Geldbuße in Höhe von 10.000,- EUR fest. Das *SG* wies die Klage ab.

V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Vgl. zur *BSG-Rspr.* ferner zuletzt RID 07-04 A IV (S. 20); RID 06-04-A V (S. 24); RID 05-04-A IV (S. 17).

1. KEINE ZUSTÄNDIGKEIT DER PRÜFGREMIEN FÜR HOCHSCHULAMBULANZEN

SG Hamburg, Urt. v. 18.07.2007 – S 3 KA 532/06 –

RID 08-01-51

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 36/07 R

juris

SGB V §§ 106 IV, 113 IV, 117, 120

Eine Zuständigkeit der Prüfungsgremien nach § 106 IV SGB V für Hochschulambulanzen besteht nicht. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Leistungen und Verordnungen fällt seit dem 01.01.2003 in die alleinige Zuständigkeit der Krankenkassen. Die Zuständigkeit ergibt sich aus einer Änderung der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. ARZNEIMITTELREGRESS

A) NICHT VERORDNUNGSFÄHIGES ARZNEIMITTEL (WOBE MUGOS E)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 112/06 –

RID 08-01-52

Revision anhängig: B 6 KA 64/07 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27, 31, 106

Ein Vertragsarzt durfte **Wobe Mugos E** nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnen, denn die Versicherten hatten keinen Anspruch auf Versorgung mit diesem Arzneimittel nach §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I SGB V (vgl. *BSG*, Urt. v. 27.09.2005, SozR 4-2500 § 31 Nr. 3). *BVerfG* v. 06.12.2005 (SozR 4-2500 § 27 Nr. 5) führt zu keiner anderen Beurteilung. Für die Behandlung eines Mammakarzinoms fehlt es jedenfalls an der Voraussetzung, dass keine Behandlungsalternative bestand. Das Präparat Wobe Mugos E diene zum anderen nach der "Roten Liste" zur Langzeitbehandlung bei Tumoren und der Zusatzbehandlung während der Strahlentherapie und zur Metastasenprophylaxe. Ein Einsatz zur unmittelbaren Bekämpfung eines lebensbedrohlichen Krankheitszustandes erfolgte somit nicht.

Auf **Verschulden** kommt es für einen Arzneimittelregress nicht an. Selbst eine "im guten Glauben" vorgenommene Verordnung kann daher zu Ersatzansprüchen gegen den Arzt führen (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 52; SozR 4-2500 § 106 Nr. 1; zuletzt Beschl. v. 30.05.2006 - B 6 KA 14/06 B).

Vertrauensschutz setzt einen gegenüber dem betroffenen Arzt gesetzten besonderen Vertrauenstatbestand voraus. Selbst wenn in der Vergangenheit entsprechende Verordnungen von Wobe Mugos E unbeanstandet geblieben wären, wäre dies nach diesen Maßstäben unbeachtlich. Allein eine unklare Rechtslage kann nicht zu Vertrauensschutz führen. Ein Vertragsarzt muss ebenso in Erwägung ziehen, dass sich die andere Ansicht durchsetzen könnte und sich seine Verordnung als unzulässig erweisen werde.

Ein **Vertragsarzt** hat **bei unklarer Rechtslage** die Möglichkeit, das Präparat auf **Privatrezept** zu verordnen und so den Kostenträger in die Lage zu versetzen, eine Entscheidung über seine Leistungspflicht zu treffen. Bei einer vertragsärztlichen Verordnung hat die Krankenkasse in jedem Fall gegenüber dem Versicherten die Kosten zu übernehmen; sie hat in diesem Fall nur die Möglichkeit, ihre fehlende Leistungspflicht im Wege des **Regresses** gegenüber dem Arzt geltend zu machen. Der Arzt übernimmt damit mit einer vertragsärztlichen Versorgung die Verantwortung dafür, dass das Mittel zum Leistungsspektrum der GKV zählt.

Die Prüfungsgremien müssen vor einem Regress einen Vertragsarzt weder **beraten** noch **Ermessenserwägungen** hinsichtlich der Festsetzung der Regresse anstellen. Bei **Einzelfrüfungen**, die die Verordnungsfähigkeit einzelner Mittel zum Gegenstand haben, kommt bei Feststellung einer "Unwirtschaftlichkeit" im Regelfall nur die Verhängung eines Regresses in Betracht. Eine effektive Prüfung wegen unzulässiger Verordnungen wäre kaum möglich, wenn die Verordnung nicht verordnungsfähiger Mittel für den Arzt ohne finanzielle Folgen bleibt.

Der kl. Arzt für Allgemeinmedizin **verordnete** in den **Quartalen II u. III/02** das **Fertigarzneimittel Wobe Mugos E** für eine bei der Beigel. zu 2) versicherte Patientin und im Quartal II/02 für eine bei der Beigel. zu 3) versicherte Patientin. Beide Patientinnen litten an einem **Mammakarzinom**. Das verordnete Präparat befand sich auf Grund einer im Juni 1978 erstatteten Anzeige bei dem damals zuständigen Bundesgesundheitsamt auf dem Markt; die Anzeige erfolgte für eine rektale Anwendungsform. Im **Verlängerungsantrag** des neuen Herstellers im Dezember 1989 wurde eine **orale Darreichungsform angegeben**. Das nunmehr zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte lehnte den Verlängerungsantrag mit Bescheid v. 09.06.1998 ab, weil auf Grund des Wechsels der Darreichungsform zwischen dem 1978 angezeigten und dem zur Nachzu-

lassung anstehenden Arzneimittel keine Identität bestehe. Die **Klage des Herstellers** war in allen Instanzen **erfolglos** (zuletzt OVG Berlin, Urt. v. 07.05.2005 - 5 B 8.03 -). Mangels Anordnung der sofortigen Vollziehung des Bescheides vom 09.06.1978 hatte die Klage aufschiebende Wirkung. Der Hersteller hat das Mittel zum 01.09.2005 aus dem Verkehr genommen. Auf Prüfanträge der Beigel. zu 2) und 3) setzte der **Prüfungsausschuss** mit Beschl. v. 20.08.2003 und 08.11.2003 jeweils Regresse in Höhe von 263,45 Euro bzw. 263,44 Euro fest, weil die fiktive Zulassung von Wobe Mugos E nach der Ablehnung des Verlängerungsantrags nur auf Grund der aufschiebenden Wirkung der Klage fortbestehe. Ein Arzneimittel mit einem nicht ausreichend gesicherten therapeutischen Nutzen dürfe ein Arzt nach den Arzneimittelrichtlinien nicht verordnen. **Der Kl. wandte ein**, Wobe Mugos sei verkehrsfähig, dies hätten auch Sozialgerichte und verschiedene Prüfungsgremien bestätigt. Es sei jeweils im zugelassenen Anwendungsgebiet eingesetzt worden. Zahlreiche Studien belegten die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit des Medikaments beim primären Mammakarzinom. Somit seien die Verordnungen nicht unwirtschaftlich gewesen. Der Beklagte wies die Widersprüche zurück. **SG Dortmund**, Urt. v. 06.11.2006 - S 16 (9) KA 295/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren: SG Dortmund, Urt. v. 21.05.2007 - S 16 KA 55/06 -

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 - L 11 KA 36/07 -

RID 08-01-53

Revision anhängig: B 6 KA 63/07 R

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG Dortmund, Urt. v. 30.01.2007 - S 9 KA 239/05 -

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 - L 11 KA 21/07 -

RID 08-01-54

Revision zugelassen

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG Dortmund, Urt. v. 06.11.2006 - S 16 KA 63/06 -

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 - L 11 KA 100/06 -

RID 08-01-55

Revision zugelassen

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

S.a. **SG Marburg**, Urt. v. 07.02.2007 - S 12 KA 851/06 - RID 07-01-69; das LSG weist ferner auf **SG Berlin**, Urt. v. 20.06.2007 - S 83 KA 383/06 - hin.

B) BERÜCKSICHTIGUNG VON PRAXISBESONDERHEITEN

LSG Hessen, Urt. v. 26.09.2007 - L 4 KA 23/05 -

RID 08-01-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Praxisbesonderheiten müssen ggf. von dem Arzt auf der ersten Verfahrensstufe geltend gemacht werden und sind auch ausschließlich dort zu berücksichtigen. Denn es geht in diesem Zusammenhang zunächst um die Frage, ob überhaupt von einem offensichtlichen Missverhältnis im Rahmen der Wirtschaftlichkeit mit der Wirkung eines Anscheinsbeweises zulasten des betroffenen Arztes gesprochen werden kann. Wenn der Umfang dieser Praxisbesonderheiten feststeht, kann die Frage beantwortet werden, ob ein **offensichtliches Missverhältnis** im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung besteht, ob also der Fallwert des geprüften Arztes so erheblich über dem Vergleichsgruppendurchschnitt liegt, dass sich die Mehrkosten nicht mehr erklären lassen. Keinesfalls trifft es zu, dass bereits bei Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses der **Anteil**, der auf die anzuerkennenden **Praxisbesonderheiten** fällt, stets **geschätzt** werden kann. Erst bei Kürzung bzw. einem Regress unterhalb der Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses ist durch die Prüfungsgremien nachzuweisen, dass und in welchem Umfang der Mehraufwand in der so genannten Übergangszone noch wirtschaftlich ist.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 02.02.2005 - S 5 KA 2952/02 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

C) DAUERMEDIKATION MIT BENZODIAZEPINEN

LSG Hamburg, Urt. v. 19.09.2007 - L 2 KA 5/05 -

RID 08-01-57

SGB V § 106

In einer **Prüfvereinbarung** konnte für das Quartal I/92 eine **Einzelfallprüfung** für einen Arztkostenregress vorgesehen werden.

Die fehlende Indikation für die Verordnung von **Benzodiazepinen** rechtfertigt einen Arztkostenregress.

SG Hamburg, Urt. v. 06.04.2005 - S 27 KA 60/02 - RID 05-04-27 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

D) SPRECHSTUNDENBEDARFSREGRESS WEGEN KOAXIALER INTERVENTIONSSETS: VERTRAUENSCHUTZ

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 67/06 –

RID 08-01-58

Revision anhängig: B 6 KA 2/08 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Wenn der Tatbestand einer **unzulässigen SSB-Verordnung** festgestellt ist, besteht für die Prüfungsgremien zur Festsetzung eines Regresses keine Handlungsalternative.

Werden **koaxiale Interventionssets** nicht als **Sprechstundenbedarf** vereinbart, können sie nur über den Behandlungsschein verordnet werden. Insbesondere handelt es sich bei ihnen nicht um Einmalinfusionsbestecke, sondern um Einmalkanülen, die nach dem EBM bereits in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind (vgl. **BSG**, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 41/03 R -).

Ein **Vertrauenstatbestand** zugunsten der Vertrags(zahn)ärzte ist anzunehmen: (1) Ablauf der **Vierjahresfrist** seit Erlass des betroffenen Honorarbescheides; (2) Verbrauch der Befugnis der K(Z)ÄV zu sachlich rechnerischen Richtigstellungen nach dem Bundesmantelverträgen durch vorbehaltlose **Überprüfung und Bestätigung** der Honoraranforderung des Vertrags(zahn)arztes; (3) **Unterlassener Hinweis** der K(Z)ÄV bei Erteilung des Honorarbescheides auf ihr bekannte Ungewissheiten hinsichtlich der Grundlagen der Honorarverteilung; (4) **Duldung** der Erbringung bestimmter Leistungen **in Kenntnis aller Umstände** über einen längeren Zeitraum und spätere Beurteilung als fachfremd; (5) Herrühren der Fehlerhaftigkeit des Bescheides aus Umständen, die **außerhalb des eigentlichen Bereichs** einer sachlich und rechnerisch korrekten Honorarabrechnung und -verteilung liegen und deshalb die fehlende konkrete Berührung der besonderen Funktionsbedingungen des Systems vertrags(zahn)ärztlicher Honorierung belegen (vgl. **BSG**, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R – u. v. 08.02.2006 - B 6 KA 12/05 R -).

Die Beigel. zu 1) und 2) sind als **Fachärzte für diagnostische Radiologie bzw. Nuklearmedizin** Inhaber einer Gemeinschaftsarztpraxis. Sie erbrachten in den streitbefangenen Quartalen (IV/97 bis III/98) Leistungen der sog. periradikulären Schmerztherapie (PRT), bei der Schmerzmittel unter computertomographischer Kontrolle verabreicht wurden. Das Einbringen der Arzneimittel erfolgte mit Hilfe sog. koaxialer Interventionssets, die als Sprechstundenbedarf (SSB) zu Lasten der Krankenkassen verordnet wurden. Der **Prüfungsausschuss** verhängte **Regresse** von zusammen 144.301,03 Euro, da es sich bei den Interventionssets nicht um SSB handele, vielmehr eine Abrechnung über den Behandlungsschein erforderlich gewesen sei. Auf Widerspruch der Beigel. zu 1) u. 2) hob der **Bekl.** die jeweiligen **Regressforderungen auf**. Zwar seien die Interventionssets seiner Ansicht nach nicht als SSB verordnungsfähig, da sie gem. der Produktbeschreibung nicht als Infusions- oder Punktionsbesteck i. S. d. SSB-Vereinbarung eingeordnet werden könnten, aufgrund der fehlerhaften Auskünfte von Seiten der Beigel. zu 3) sei jedoch **Vertrauensschutz** entstanden, der der Geltendmachung eines Regresses entgegenstehe. Die **Kl.** ist der Auffassung, ein Vertrauensstatbestand sei nicht gesetzt worden. Die Auskunft der Kreisstelle E der Beigel. zu 3) zur rechtmäßigen Verordnungsfähigkeit der PRT-Nadeln datiere vom 04.03.1999, der Widerruf dieser Auskunft vom 12.07.1999. Streitig seien jedoch die Quartale IV/97 bis III/98, in denen die Verordnungen ausgestellt worden seien. Der **Bekl.** erwiderte, wenn die Beigel. zu 3) diese Auskunft noch im November 1998 nach Außen getragen habe, könne erst Recht davon ausgegangen werden, dass auch in der davor liegenden Zeit gleichlautende Auskünfte erteilt worden seien. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 31.05.2006 - S 14 KA 87/05 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte den **Bekl.**, die Widersprüche der Beigel. zu 1) und 2) gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses zurückzuweisen.

S.a. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 06.09.2006 – S 2 KA 97/05 – RID 06-04-52; **BSG**, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 41/03 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 6 = GesR 2005, 252 = Breith 2005, 535-544 = MedR 2005, 421 (Verordnet ein Vertragsarzt Medizinprodukte als Sprechstundenbedarf, deren Preis auf seine Veranlassung oder mit seinem Wissen in Bereicherungsabsicht überhöht angesetzt wird, entsteht eine Verpflichtung der Krankenkassen zur endgültigen Kostentragung nicht).

3. SONSTIGER SCHADEN: UNZULÄSSIGE VERORDNUNG EINES KRANKENTRANSPORTS

LSG Hessen, Urt. v. 27.12.2007 – L 6 KA 14/06 –

RID 08-01-59

SGB V §§ 60, 106

Ein Vertragsarzt, der wissentlich und in Kenntnis der mangelnden Verordnungsfähigkeit einen Krankentransport für eine Fahrt eines Versicherten von einem Altenheim in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung zu Lasten der GKV-Krankenkasse verordnet, die nach den seinerzeit maßgeblichen Krankentransport-Richtlinien (Stand 1992) ausgeschlossen war, kann in Regress wegen eines sog. sonstigen Schadens genommen werden.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.04.2003 – S 29 KA 14/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. BERATUNG STATT REGRESS

SG Hamburg, Urt. v. 27.06.2007 – S 3 KA 172/06 –
SGB V § 106

RID 08-01-60

Welche Maßnahme wegen eines festgestellten Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu treffen ist, steht im Ermessen der Prüforgane.

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse gegen eine Entscheidung des Beschwerdeausschusses, in der dieser in der Verordnung von Dronabinol als Rezepturarztneimittel wegen fehlender Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsverbots gesehen, als Maßnahme aber nur eine Beratung angeordnet hatte, ab.

Parallelverfahren: SG Hamburg, Urt. v. 27.06.2007 – S 3 KA 193/06 –

RID 08-01-61

5. ZAHNÄRZTE

A) STATISTISCHE VERGLEICHSPRÜFUNG AUF GRUNDLAGE DES GESAMTFALLWERTES

SG Mainz, Urt. v. 05.09.2007 – S 2 KA 434/06 –
www.zahn-forum.de
SGB V § 106

RID 08-01-62

In Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren (hier: Quartale I/97 u. I/98) ist gemäß § 106 II 1 Nr. 1 SGB V von der **statistischen Vergleichsprüfung** auszugehen. Dabei ist zumindest im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung in erster Linie der **Gesamtfallwert** zugrunde zu legen, da dieser das gesamte Leistungsspektrum des Zahnarztes widerspiegelt. Entscheidend ist dabei ein Ausweis der **Fallkosten** und der Fallkostendifferenz, wohingegen die **Abrechnungshäufigkeiten** nur bedingt aussagekräftig sind. Eine Toleranzgrenze von 155% des durchschnittlichen KZV-Gesamtfallwertes ist nicht zu beanstanden. Die Behandlung **schwerer Fälle** stellt keine **Praxisbesonderheit** dar, da sie im durchschnittlichen Gesamtfallwert bereits enthalten ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

B) KEIN ERHÖHTER BEHANDLUNGS-AUFWAND FÜR ÄLTERE PATIENTEN

SG Marburg, Urt. v. 05.12.2007 – S 12 KA 197/07 –
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106

RID 08-01-63

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

Ältere Patienten bedürfen im konservierend-chirurgischen Bereich nicht schon wegen ihres Alters eines erhöhten Behandlungsaufwands.

Das **SG** wies die Klage ab.

C) VERTAGUNGSGESUCH/PAR-BEHANDLUNG: DOKUMENTATION, VORBEHANDLUNG UND THERAPIEFORM

SG Marburg, Urt. v. 05.12.2007 – S 12 KA 493/07 –
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106

RID 08-01-64

Ein zur Begründung eines **Vertagungsgesuchs vor dem Beschwerdeausschuss** vorgelegtes privatärztliches **Attest** muss die Verhandlungsunfähigkeit eindeutig und nachvollziehbar auch ohne Aufforderung (Hinweis) der Verwaltungsbehörde beschreiben.

Die **Dokumentation** ist parallel zur Behandlung zu erstellen und beruht auf den eigenen Angaben des Vertragszahnarztes. Soweit keine Anzeichen für eine unwahre Dokumentation vorliegen, haben die Prüfgremien von der Richtigkeit der Dokumentation auszugehen. Im Umkehrschluss muss sich der Vertragszahnarzt aber **an seiner eigenen Dokumentation festhalten lassen** und ist ihm der Einwand, er habe die Leistungen, zu deren Dokumentation er verpflichtet ist, zwar nicht dokumentiert, aber dennoch erbracht, abgeschnitten.

Sind die für eine **systematische Parodontose-Behandlung** erforderlichen **Vorbehandlungsmaßnahmen** nicht ordnungsgemäß durchgeführt bzw. Maßnahmen erst nach Abschluss der Behandlung erbracht worden, so kann die gesamte PAR-Behandlung abgesetzt werden.

Bei einer systematischen Parodontose-Behandlung ist die **Therapieform** differenziert anzugeben. Fehlen diese Angaben, so kann die gesamte PAR-Behandlung abgesetzt werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

D) MANGELHAFTE KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG: VERJÄHRUNG/SCHADENSHÖHE

SG Marburg, Urt. v. 05.12.2007 – S 12 KA 114/07 –

RID 08-01-65

www.sozialgerichtsbarkeit.de
§ 106 SGB V; § 23 BMV-Z

Der Lauf der **Verjährung** für einen Regress wegen „sonstigen Schadens“ beginnt erst zum Zeitpunkt des Abschlusses der kieferorthopädischen Behandlung (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 21.03.2007 – S 12 KA 840/06 - RID 07-02-59b; gegen LSG Niedersachsen, Urt. v. 27.09.2000 - L 3/5 KA 64/97 – juris Rn. 38 f.).

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

Das **SG** wies die Klage ab.

Nach **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 11.12.1996 - L 5 Ka 1130/95 – juris = MedR 1997, 331 beginnt die Verjährung für den Anspruch der Krankenkasse auf Schadensersatz wegen des Abbruchs einer kieferorthopädischen Behandlung am Jahresschluss nach dem Behandlungsabbruch und beträgt vier Jahre.

VI. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 06.02.2008 – **B 6 KA 40/06 R** - besteht kein Anspruch auf **Ermächtigung** für die psychotherapeutische Versorgung von Versicherten in deren **griechischer Muttersprache**; das Versorgungsdefizit, dessen Behebung eine Ermächtigung dient, kann sich immer nur auf medizinisch-fachliche Kriterien beziehen.

Vgl. ferner zuletzt RID 07-04 A V (S. 22); RID 06-04-A VI (S. 28); RID 05-04-A V (S. 20).

1. EUGH: PSYCHOTHERAPEUTEN/ZEITFENSTER MUSS EU-NIEDERLASSUNG BERÜCKSICHTIGEN

EuGH, Urt. v. 06.12.2007 – C-456/05 -

RID 08-01-66

curia.europa.eu
EG Art. 226; SGB V § 95 X, XI

Die Bundesrepublik Deutschland hat dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus Art. 43 EG verstoßen, dass sie die Übergangs- bzw. Bestandsschutzregelungen, aufgrund deren die Psychotherapeuten eine Zulassung bzw. eine Genehmigung zur Berufsausübung unabhängig von den geltenden Zulassungsbestimmungen erhalten, lediglich auf die **Psychotherapeuten** anwendet, die ihre Tätigkeit in einer **Region Deutschlands** im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenkassen ausgeübt haben, und die vergleichbare bzw. gleichartige Berufstätigkeit von Psychotherapeuten in anderen Mitgliedstaaten nicht berücksichtigt.

2. ZULASSUNG ALS BELEGARZT

A) AUSSCHREIBUNG/MINDESTZAHL DER BELEGBETTEN

LSG Hessen, Beschl. v. 02.03.2007 – L 4 KA 5/07 ER –

RID 08-01-67

SGB V § 103 VII; SGG §§ 54 I 2, 75, 86b I;

Die **Anzahl der Belegbetten** ist in der **Ausschreibung** für eine Belegarztstätigkeit nicht anzugeben. Die Anzahl der Belegarztbetten kann grundsätzlich Gegenstand der Verhandlungen zwischen Krankenhausträger und Bewerber sein. Es ist völlig unschädlich, wenn im weiteren Verfahrensablauf das für den neuen Belegarzt bereitgestellte **Kontingent verändert** wird. Die geplante Übernahme von sechs oder zehn chirurgischen Belegbetten gibt keinen Anlass zu der Vermutung, eine belegärztliche Tätigkeit werde nur pro forma angestrebt.

SG Marburg, Beschl. v. 18.12.2006 – S 12 KA 1041/06 – RID 07-02-67 gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt; das **LSG** wies die Beschwerde der beigel. KV zurück.

B) AUSSCHREIBUNG UND NACHHOLUNG/ANFORDERUNGSPROFIL/BELEGBETTENZAHL/MISSBRAUCH/RESIDENZPFLICHT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 10 KA 5/07 –

RID 08-01-68

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 103 VII, 121, BMV-Ä §§ 39, 40; EKV-Ä §§ 31, 32

Das persönliche Anschreiben aller in Betracht kommenden Ärzte durch den Krankenhausträger genügt nicht dem Erfordernis einer ordnungsgemäßen **Ausschreibung** im Sinne des § 103 VII SGB V. Die förmlichen Anforderungen des Gesetzes bedingen, dass die Ausschreibung in geeigneter Weise öffentlich vorgenommen werden muss. Dem genügt jedenfalls die Ausschreibung im regional

zuständigen Ärzteblatt, möglicherweise auch in der Lokalpresse oder in anderen Blättern der Ärztekammer oder der KV.

Die **Nachholung der öffentlichen Ausschreibung** zu irgendeinem Zeitpunkt vor der Zulassung des Belegarztes genügt nicht den Vorgaben des § 103 VII SGB V. Bewirbt sich aber auf eine zu späte Ausschreibung kein Interessent, so ist die nicht ordnungsgemäße Durchführung des Ausschreibungsverfahrens unerheblich.

Das **Aufstellen eines Anforderungsprofils** ist bereits eine Maßnahme der Vorauswahl, um den geeignetsten Bewerber zu finden. In diesem Umfang unterliegt das Anforderungsprofil der gerichtlichen Kontrolle. Ist es auf etwas für die im Planungsbereich niedergelassenen Ärzte Unmögliches gerichtet, führt es zur Unwirksamkeit der Ausschreibung.

Eine **Mindestbettenunterzahlgrenze** für eine belegärztliche Tätigkeit ist gesetzlich nicht festgelegt. Korrektiv für die Prüfung, ob und inwieweit beabsichtigt ist, die belegärztlichen Tätigkeit ernsthaft auszuüben, kann insoweit allein sein, ob ein entsprechender **Missbrauch** der Sonderzulassung des § 103 VII SGB V zumindest glaubhaft gemacht ist.

Das **Vorhandensein eines oder mehrerer Belegärzte** schließt den Abschluss eines weiteren Belegarztvertrages nicht aus (entgegen *SG Mainz*, Urt. v. 27.01.1999 - S 1 KA 375/98 -).

Ein **HNO-ärztlicher Belegarzt** genügt der ihm auferlegten **Residenzpflicht**, wenn er von seinem Wohnsitz aus das Belegkrankenhaus in 30 Minuten sowie seine Praxis in 12 bis 16 Minuten erreicht.

Der 1958 geb. Kl., ein HNO-Arzt, beantragte erfolglos die Zulassung wegen belegärztlicher Tätigkeit am M.-Hospital, für das vier Belegbetten für das Gebiet HNO zugewiesen sind. In der HNO-Abteilung ist bereits seit 1978 der Vertragsarzt Dr. V belegärztlich tätig. Dieser hat den Umfang seiner belegärztlichen Tätigkeit, auch im Hinblick auf sein Lebensalter von jetzt 63 Jahren, seit Beginn seiner Belegarztstätigkeit immer weiter verringert. *SG Köln*, Urt. v. 13.12.2006 - S 19 KA 25/06 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. PRAXISNACHFOLGE: KAUFPREISÜBERPRÜFUNG DURCH ZULASSUNGSGREMIEN

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 22.11.2007 – L 5 KA 4107/07 ER-B –

RID 08-01-69

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IV

Die **Einigkeit der Beteiligten** über einen Kaufpreis bindet die **Zulassungsgremien** nicht. Sie können **von Amts wegen den Verkehrswert** einer Praxis ermitteln. Bei divergierenden Schätzungen kann ein Sachverständiger hinzugezogen werden.

Der **Praxisabgeber** verliert sein Recht auf Wiederholung der Ausschreibung, wenn er einen **Vertragsschluss** in Höhe des Verkehrswerts **ablehnt** und damit die Praxisübergabe aus Gründen, die vom Gesetz nicht ausdrücklich geschützt werden, hat scheitern lassen (*BSG* v. 05.11.2003 - B 6 KA 11/03 R). Es besteht auch ein öffentliches, von den Zulassungsgremien zu beachtendes Interesse daran, überhöhte, den Verkehrswert übersteigende Kaufpreisforderungen zu verhindern. Ein Vertragsarzt, der eine Praxis zu überhöhten Preisen erwirbt, geht damit eine Belastung ein, die er angesichts der budgetbedingt begrenzten Praxiseinnahmen nur schwer auszugleichen vermag.

Es stellt **keinen Ermessensfehler** dar, wenn bei gleicher Eignung zweier Bewerber derjenige den Vorzug erhält, der sich bereits mit dem **Praxisabgeber geeinigt** hat, soweit sich diese Einigung auf einen dem Verkehrswert entsprechenden Praxisverkaufspreis bezieht.

Die Ast. erklärte ihren Verzicht auf die Zulassung als Psychologische Psychotherapeutin zum 31.12.2006 unter dem Vorbehalt, dass ein Praxismachfolger ihre Zulassung erhält. Um den ausgeschriebenen Psychotherapeutenstz bewarben sich u.a. die Beigel. Ziff. 1 bis 3. Die Ast. schloss mit den Beigel. Ziff. 2 und 3 Praxisübergabeverträge für den Fall einer Zulassung ab und vereinbarte dabei (mündlich) einen Kaufpreis von 45.000,00 €. Mit der Beigel. Ziff. 1 kam ein Praxisübergabevertrag zunächst nicht zustande, weil diese den geforderten Verkaufspreis als überhöht ablehnte. Der Zulassungsausschuss wählte unter Berücksichtigung der verschiedenen fachlichen Kriterien die Beigel. Ziff. 1 aus. Auf Widerspruch der Ast., die ein Gutachten eines sachverständigen Dipl.-Kaufmanns vorlegte, wonach der Wert der Praxis mit insgesamt 56.404,00 € beziffert wurde (davon materieller Praxiswert 3.305,00 € und immaterieller Praxiswert 53.099,00 €), hörte der Ag. die Bet. mündlich an. Ast. und Beigel. zu Ziff. 3 einigten sich in einer Pause auf einen Kaufpreis von 40.000 Euro. Daraufhin teilte der Ag. den Beteiligten mit, dass er u.a. das Gutachten eines vereidigten Sachverständigen für die Bewertung von Arzt- und Psychotherapeutenpraxen zum Verkehrswert der Praxis der Ast. einholen werde und vertagte die Verhandlung. Die Ast. beantragte, im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ag. zu verpflichten, eine Auswahl- und Zulassungsentscheidung in dem Nachbesetzungsverfahren der Ast. zu treffen, ohne zuvor ein Praxiswertgutachten einzuholen. *SG Reutlingen*, Beschl. v. 20.07.2007 - S 1 KA 2676/07 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

4. KEINE ZWEI „TEILZULASSUNGEN“ IN VERSCHIEDENEN KZV-BEZIRKEN (VERTRAGSZAHNARZT)

SGB V §§ 95 III; Zahnärzte-ZV §§ 18, 19a II 1, 24; SGG § 86b II

SG Hamburg, Beschl. v. 19.09.2007 – S 3 KA 142/07 ER -

RID 08-01-70

Der Umstand, dass noch **kein ausgefertigter Beschluss des Zulassungsausschusses** vorliegt, steht der Zulässigkeit eines Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen den Berufungsausschuss nicht entgegen.

In Zulassungssachen ist der Erlass einer einstweiligen Anordnung nur in Ausnahmefällen gerechtfertigt. Allein **vor Zulassung eingegangene wirtschaftliche Risiken** rechtfertigen den Erlass einer einstweiligen Anordnung grundsätzlich nicht. Die um eine Zulassung nachsuchenden Antragsteller handeln auf eigenes Risiko, wenn sie trotz ausstehender bzw. nicht rechtskräftiger Zulassungsentscheidung Verpflichtungen eingehen, die sie nur durch die Zulassung erfüllen können.

Es ist eine offene Rechtsfrage, ob eine Beschränkung des Versorgungsauftrags nach § 95 III SGB V, § 19a II Ärzte-ZV auch die **Möglichkeit zweier Teilzulassungen** an verschiedenen Orten ermöglicht.

LSG Hamburg, Beschl. v. 05.11.2007 – L 2 B 396/07 ER KA –

RID 08-01-71

www.zahn-forum.de/zf/urteile

Das finanzielle Interesse und das **wirtschaftliche Risiko bei voreiliger Gründung einer Praxis** reichen im Vertragsarztrecht grundsätzlich nicht aus, um die Zulassung zur Vertragsarztpraxis im Wege einstweiliger Anordnung zu erlangen.

Es ergibt sich weder aus dem SGB V noch aus der Zahnärzte-ZV klar und unmissverständlich, dass ein Vertragszahnarzt **zwei Teilzulassungen** mit je einem halben Versorgungsauftrag in den Bezirken zweier KZVen erhalten kann. Der BMV-Z trifft keine Regelung, nach der zwei „Teilzulassungen“ nach § 19a Zahnärzte-ZV zulässig sind.

Regelungen des BMV-Ä (vgl. Begriffsbestimmungen), nach welchen zu einer „KB-bereichsübergreifenden Berufsausübung“ das Tätigsein eines Vertragsarztes „mit zwei Teilzulassungen nach § 19a Ärzte-ZV“ gehört, betreffen nicht Vertragszahnärzte. Sie erscheinen auch im Hinblick auf die Regelungskompetenz nach **§ 24 IV 2 Ärzte-ZV rechtlich fragwürdig**.

Der Ast., **Vertragszahnarzt in Schleswig-Holstein**, beantragte in **Hamburg** für sich und seine Ehefrau eine **Zulassung** für einen bestimmten Vertragszahnarztsitz; dort wolle er eine Filiale seiner Praxis führen, seine Ehefrau solle für Hamburg angestellt werden. Wegen angekündigter Erfolglosigkeit erklärte er die Anträge für erledigt. Im April 2007 mietete er Praxisräume und organisierte eine Praxiseinrichtung in Hamburg. Im Mai beantragte er erfolglos, unter Beschränkung seines Versorgungsauftrages auf die Hälfte, ihn zur vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg zuzulassen, sofern die Beschränkung in Schleswig-Holstein nachgewiesen werde. Seine Ehefrau wurde zum 01.09.2007 in Hamburg zugelassen. Am 19.07.2007 reduzierte der Zulassungsausschuss in Schleswig-Holstein seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte. **SG Hamburg, Beschl. v. 19.09.2007 – S 3 KA 142/07 ER -** wies den Eilantrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

LSG Hamburg, Beschl. v. 21.12.2007 – L 2 B 396/07 ER KA –

RID 08-01-72

Die **Gegenvorstellung** gegen LSG Hamburg, Beschl. v. 05.11.2007 – L 2 B 396/07 ER KA – (s. vorstehend) wird zurückgewiesen.

Aus dem Regelungssystem von SGB V, Zahnärzte-ZV und BMV-Z ergibt sich auch nach dem Inkrafttreten des VÄndG, dass die Zulassung, obwohl § 24 Abs. 3-6 Zahnärzte-ZV eine gewisse Abkehr von der bisherigen stringenten Residenzpflicht beinhaltet, grundsätzlich nur für **einen Vertragszahnarztsitz** beantragt werden kann. **Zwei Teilzulassungen** mit jeweils einem hälftigen Versorgungsauftrag sind nicht möglich.

5. HALBER VERSORGUNGSaufTRAG NEBEN FACHHOCHSCHULLEHRDEPUTAT VON 12 SEMESTERWOCHENSTUNDEN

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 24.08.2007 – L 5 KA 3245/07 ER-B –

RID 08-01-73

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 III, VI, 97 IV; SGG §§ 86° II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 1; Ärzte-ZV §§ 19°, 20; BMV-Ä § 17

Es sprechen jedenfalls gewichtige Gründe für die Zulässigkeit einer Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit **halbem Versorgungsauftrag** (§ 19a II Ärzte-ZV i.d.F. VÄndG) neben der Ausübung eines **Fachhochschullehrdeputats** von 12 Semesterwochenstunden.

Ein **Aufschubinteresse** erhält zusätzliches Gewicht dadurch, dass einen Vertragsarzt die (vollständige) **Zulassungsentziehung** nachhaltig in (mit Art. 12 I GG) grundrechtlich geschützten Interessen betrifft. Auf der anderen Seite sind Gefahren für die Versorgung der Versicherten mit

vertragsärztlichen Leistungen auf augenärztlichem Fachgebiet nach Lage der Dinge nicht zu besorgen, wenn die Zulassung des Antragstellers vorläufig im Umfang eines halben Versorgungsauftrags bestehen bleibt und deshalb sein Vertragsarztsitz (noch) nicht mit einem anderen Arzt (im Rahmen einer Vollzulassung) besetzt werden kann.

Es spricht manches dafür, dass die **Rechtsgrundsätze des BSG**, Urt. v. 30.01.2002 - B 6 KA 20/01 R – zu Nebenbeschäftigungen der Vertragsärzte nach Einführung der Teilzulassung zur vertragsärztlichen Versorgung bzw. des auf die Hälfte beschränkten Versorgungsauftrags (§ 19a II Ärzte-ZV) zu **modifizieren** sein dürften. Wenn der Arzt gem. § 95 III SGB V (n.F.) nunmehr zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit einem halben Versorgungsauftrag zugelassen werden kann, wird eine in diesem Maße beschränkte vertragsärztliche Tätigkeit nicht mehr zwingend und in jedem Fall den **Hauptberuf** ausmachen müssen. Andernfalls dürfte das Recht des Vertragsarztes, die mit dem halben Versorgungsauftrag nicht ausgeschöpfte Arbeitskraft anderweit zur beruflichen Betätigung einzusetzen, aller Voraussicht nach zu weitgehend und damit unverhältnismäßig beschränkt werden.

Auf der Grundlage einer **Nebentätigkeitsgenehmigung im Umfang von 10 Stunden** wöchentlich für eine ärztliche Tätigkeit kann ein Vertragsarzt den Anforderungen des § 17 Ia BMV-Ä nicht gerecht werden, da damit nur die **reine Sprechstundenzeit** abgedeckt ist. Hinzukommen (zumindest) Fahrzeiten. Eine Nebentätigkeitsgenehmigung im Umfang von **12 Stunden** wöchentlich kann aber ausreichend sein.

Der Ast. ist Vertragsarzt (Augenarzt) seit 1997, seit 2005 in Gemeinschaftspraxis. Mit Urkunde vom 14.6.2004 wurde er in das Amt eines Professors der Besoldungsgruppe C 3 mit dem Aufgabengebiet "Allgemeine Augenoptik, Kontaktlinsenanpassung" berufen. Die Hochschule A. hat ihm befristet auf längstens fünf Jahre die Nebentätigkeit "Augenärztliche Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis" im Umfang von bis zu 10 Stunden wöchentlich genehmigt. Der **Zulassungsausschuss** entzog dem Ast. die Zulassung, weil der Eintritt in ein Beamtenverhältnis ebenso wenig wie die Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses mit der Tätigkeit als Vertragsarzt vereinbart werden könne. Während des - erfolglosen - Widerspruchsverfahrens **beantragte** der Ast. eine **"halbe Teilzulassung"**. Der Berufungsausschuss ordnete die sofortige Vollziehung der Zulassungsentziehung an. **SG Stuttgart**, Beschl. v. 24.05.2007 - S 11 KA 3536/07 ER – ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an; das **LSG** ordnete auf Beschwerde des Ag. die aufschiebende Wirkung der Klage mit der Maßgabe an, dass der Ast. vorläufig weiterhin - bis zur Entscheidung des SG im Klageverfahren - mit einem halben Versorgungsauftrag (§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen darf und wies im Übrigen der Antrag zurückgewiesen.

6. GLEICHZEITIGE TEILNAHME AN DER FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG

A) KOLOSKOPIEGENEHMIGUNG: BERÜCKSICHTIGUNG VON VERSORGUNGSKAPAZITÄTEN NACH § 115B II SGB V

LSG Sachsen, Urt. v. 27.06.2007 – L 1 KA 25/05 –

RID 08-01-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 73 Ia; Ic, 115b; BedarfspLR Nr. 24; SGG § 131 I 3; EBM 2005 Nr. 13421, 13422

Die Zuordnung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen zum haus- oder zum fachärztlichen Versorgungsbereich beruht nicht allein auf den Regelungen des **Hausarztvertrages**. Das Gesetz hat vielmehr dem **Bewertungsausschuss** aufgegeben, den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen entsprechend der in § 73 I SGB V festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31.03.2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern (§ 87 IIa 5 ff. SGB V).

Voraussetzung für eine befristete Genehmigung zur gleichzeitigen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung ist nach § 73 Ia 3 SGB V, dass ohne die Genehmigung die **bedarfsgerechte Versorgung** nicht gewährleistet ist. Bei der Prüfung dieser Frage steht den Zulassungsgremien ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer **Beurteilungsspielraum** zu.

Versorgungskapazitäten von Kliniken nach § 115b II SGB V dürfen berücksichtigt werden. § 24 Buchst. d Satz 4 BedarfspLR, wonach bei Sonderbedarfszulassungen das Leistungsangebot von zu ambulanten Operationen bereiten Krankenhäusern gemäß § 115b SGB V außer Betracht bleibt, ist auf die Ausnahmegenehmigung nach § 73 Ia 3 SGB V nicht anwendbar.

Der Kl., seit 1991 als **Facharzt für Innere Medizin** zugelassen, nimmt seit 1996 an der hausärztlichen Versorgung teil. Nach Auslaufen der Übergangsbestimmungen zum 31.12.2002 war er aufgrund von Beschlüssen der Zulassungsgremien bis zum 31.03.2004 berechtigt, je Quartal 175 Koloskopien und 350 Gastroskopien zu erbringen und abzurechnen. Der **Zulassungsausschuss** erteilte dem Kl. dann die

Genehmigung, vom 01.04.2004 bis zum 31.12.2004 je Quartal 50 Koloskopien nach Nr. 760 und 764 EBM und 100 Gastroskopien nach Nr. 741 EBM abzurechnen. Aufgrund der ab 01.01.2004 hinzugekommenen Kapazitäten für Koloskopien in den O.-Kliniken B könne die Erbringung fachärztlicher Leistungen nicht mehr im bisherigen Umfang genehmigt werden. Der **Berufungsausschuss** erhöhte die Anzahl der Gastroskopien auf 300 je Quartal und verlängerte die Befristung bis zum 31.03.2005; im Übrigen wies er den Widerspruch d. Kl. zurück. *SG Dresden*, Urt. v. 04.05.2005 - S 11 KA 671/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) BEDARFSDECKUNG DURCH BEHANDLERIN VOR ORT

SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 1062/06 –

RID 08-01-75

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 73 I a 1 u. 3

Es ist nicht zu beanstanden, wenn der Berufungsausschuss bei der Prüfung des Bedarfs für die gleichzeitige Teilnahme eines Internisten an der fachärztlichen Versorgung davon ausgeht, dass die Bedarfsdeckung nach dem Regelfall, also der Anwesenheit einer weiteren Behandlerin am Praxisstandort, zu ermitteln ist und dass im Falle deren Abwesenheit die Vertretungsregelungen oder die Möglichkeiten zur Notfallbehandlung greifen.

Das *SG* wies die Klage ab.

7. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

A) KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT NACH STRAFBEFEHL WEGEN KINDERPORNOGRAFISCHER SCHRIFTEN

LSG Bayern, Beschl. v. 30.08.2007 – L 12 KA 494/07 ER –

RID 08-01-76

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§

Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der durch **rechtskräftigen Strafbefehl** wegen des Erwerbs kinderpornografischer Schriften in Tateinheit mit dem Besitz kinderpornografischer Schriften zu einer Geldstrafe in Höhe von 180 Tagessätzen verurteilt wurde, erscheint für die Ausübung seines speziellen Berufes nicht **geeignet**, auch wenn das beanstandete und strafrechtlich relevante Verhalten nicht im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis stattgefunden hat.

Treten ungelöste emotionale Konflikte im Laufe der Berufsausübung eines Psychotherapeuten auf, so ist es seine **Pflicht**, im Rahmen von Supervision und durch ähnliche geeignete Maßnahmen, und sei es auch durch eine Wiederaufnahme seiner eigenen Lehranalyse, **an diesen Unsicherheiten zu arbeiten**. Solange dies nicht erfolgt und erfolgreich abgeschlossen ist, muss von einem Mangel der beruflichen Eignung im Sinne des § 21 Ärzte-ZV ausgegangen werden.

Der **sofortige Vollzug der Zulassungsentziehung** bzw. die Verweigerung der aufschiebenden Wirkung eines Rechtsmittels ist gerechtfertigt, da im Falle des Fehlens der Eignung die davon betroffenen Personen - nämlich die zu behandelnden Kinder und Jugendlichen - demgegenüber auch in besonderem Maße schutzlos und daher in besonderem Maße schutzbedürftig sind.

Der antragstellende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut wurde durch rechtskräftigen **Strafbefehl** wegen des Erwerbs kinderpornografischer Schriften in Tateinheit mit dem Besitz kinderpornografischer Schriften zu einer Geldstrafe in Höhe von 180 Tagessätzen aufgrund folgenden **Sachverhalts** verurteilt: zu einem nicht mehr genau feststellbaren Zeitpunkt zwischen April 2001 und April 2006 befanden sich auf dem Computer des Ast. in seiner Wohnung insgesamt mindestens 857 kinderpornografische Bilddateien. Diese Dateien seien jeweils nach gezielter Suche über einschlägige Suchbegriffe von kinderpornografischen Internetseiten von dem Ast. zunächst betrachtet und sodann auf seinen Computer heruntergeladen worden. Des Weiteren haben sich zu einem nicht mehr genau feststellbaren Zeitpunkt zwischen April 2005 und April 2006 auf dem Computer in den Praxisräumen des Ast. insgesamt 220 kinderpornografische Bilddateien befunden. Auch diese Dateien seien jeweils das Ergebnis gezielter Suche gewesen. In allen Fällen sei dem Ast. bewusst gewesen, dass dort Kinder abgebildet seien, die noch keine vierzehn Jahre alt waren. Die Darstellungen geben laut polizeilichem Ermittlungsergebnis vielfältige Formen von Missbrauch von Kindern wieder, einschließlich von Darstellungen unter Einbeziehung von Hunden. Mit Bescheid vom 28.11.2006 **entzog** die Regierung von Oberbayern dem Ast. die **Approbation**. Gegen den Widerruf der Approbation hat der Ast. **Rechtsmittel** eingelegt; ein Sofortvollzug ist insoweit nicht angeordnet. Mit Beschl. v. 17.01.2007 **entzog** der zuständige **Zulassungsausschuss** dem Ast. die **Zulassung** als Vertragspsychotherapeut und ordnete die **sofortige Vollziehung** dieser Entscheidung an. Der Widerspruch blieb erfolglos. *SG München* wies mit Urt. v. 12.06.2007 die Klage ab. Hiergegen hat der Kl. **Berufung** eingelegt und gleichzeitig im Wege des **einstweiligen Rechtsschutzes** beantragt, die aufschiebende Wirkung seiner Berufung anzuordnen. Das *LSG* wies den Antrag ab.

S. a. zum Approbationsentzug *VG München*, Urt. v. 16.10.2007 – M 16 K 06.4847 – RID 08-01- (diese Ausgabe S. 79).

B) NICHTAUSÜBUNG: FÜNF JAHRE KEINE ABRECHNUNG

SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 218/07 –

RID 08-01-77

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95 VI 1

Eine Vertragsärztin, die seit annähernd fünf Jahren keine Abrechnung bei der KV eingereicht hat, übt ihren Beruf nicht mehr aus. Ihr kann die vertragsärztliche Zulassung entzogen werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

C) SOFORTIGE VOLLZIEHUNG DURCH ZULASSUNGS-AUSSCHUSS/BESCHÄFTIGUNG OHNE APPROBATION

SG Marburg, Beschl. v. 28.11.2007 – S 12 KA 457/07 ER –

RID 08-01-78

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95 VI; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I; GG Art. 12 I

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

Eingriffe in die Freiheit der Berufswahl sind schon vor dem rechtskräftigen Abschluss des Hauptverfahrens als **Präventivmaßnahme** nur zur Abwehr **konkreter Gefahren** für wichtige Gemeinschaftsgüter zulässig; die hohe Wahrscheinlichkeit, dass das Hauptverfahren zum gleichen Ergebnis führen wird, reicht allein nicht aus. Eine solche Gefahr liegt nicht vor, wenn eine **Vertragsärztin** zeitweise ihren **Ehemann**, der nicht im Besitz einer ärztlichen **Approbation** ist, beschäftigt hat, der Ehemann sich aber zwischenzeitlich im Ausland aufhält.

Das *SG* gab dem Antrag statt; s.a. nachstehend.

D) SOFORTIGE VOLLZIEHUNG DURCH ZULASSUNGS-AUSSCHUSS NACH ZURÜCKWEISUNG DES WIDERSPRUCHS

SG Marburg, Beschl. v. 08.02.2008 – S 12 KA 41/08 ER –

RID 08-01-79

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95 VI; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I; GG Art. 12 I

Ordnet ein Zulassungsausschuss die sofortige Vollziehung seines Beschlusses (hier: Zulassungsentziehung) nach § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG an und weist der Berufungsausschuss den gegen den Beschluss eingelegten Widerspruch als unbegründet zurück, dann wirkt die sofortige Vollziehung fort und ist ein Antrag auf einstweilige Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den Beschluss des Berufungsausschusses zulässig.

Das *SG* gab dem Antrag statt; s.a. vorstehend.

8. 68 JAHRES-ALTERSGRENZE

Nach BSG, Urt. v. 06.02.2008 – **B 6 KA 41/06 R** - ist die Regelung des § 95 VII 3 SGB V, wonach eine Zulassung mit Ablauf des Kalendervierteljahres endet, in dem der Vertragsarzt das **68. Lebensjahr** vollendet hat, sowohl mit Verfassungs- als auch mit europäischem Recht vereinbar; die Vereinbarkeit mit **europäischem Recht** ergibt sich aus den Grundsätzen, die der EuGH - in Fortführung seiner Entscheidung vom 22.11.2005 ("Mangold" - NJW 2005, 3695) - in seinem Urteil vom 16.10.2007 in der Rechtssache C-411/05 ("Palacios de la Villa") dargelegt hat; ein Anlass zu einer Vorlage gemäß Art 234 III EGV besteht nicht, weil der EuGH die Auslegung des europäischen Rechts klar vorgezeichnet hat. Zur **Instanzenpraxis** vgl. zuletzt RID 07-04-A.V.4 (S. 24 f.); 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 – RID 07-04-208.

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

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.11.2007 – L 3 KA 69/07 ER –

RID 08-01-80

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
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

Die **aufschiebende Wirkung** gegen einen feststellenden Verwaltungsakt berechtigt den Arzt nicht, seine vertragsärztliche Tätigkeit fortzusetzen (**gegen LSG Bayern**, Beschl. v. 20.07.2006 – L 12 B 835/06 KA ER – RID 07-03-75). Mit **Unterversorgung** "in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks" nach § 95 VII 8 SGB V ist der Planungsbereich zu verstehen. Die Verlängerung der Zulassung über das 68. Lebensjahr hinaus tritt nicht schon dann ein, wenn eine lokale Unterversorgung in einem Teil des maßgeblichen Planungsbereichs besteht. Die Regelung des § 95 VII 3 SGB V begegnet **keinen verfassungsrechtlichen und europarechtlichen Bedenken**.

SG Hannover, Beschl. v. 04.07.2007 - S 24 KA 249/07 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

B) KEINE AUFSCHIEBENDE WIRKUNG DES WIDERSPRUCHS/VERLÄNGERUNGSTATBESTAND

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 28.11.2007 – L 7 B 153/07 KA ER –

RID 08-01-81

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 VII; SGG §§ 86a I, 86b II

Ein Widerspruch gegen die Feststellung des Endes der Zulassung hat **keine aufschiebende Wirkung** (gegen *LSG Bayern*, Beschl. v. 20.07.2006–L 12 B 835/06 KA ER – RID 07-03-75).

War ein Vertragsarzt noch keine zwanzig Jahre als Vertragsarzt tätig, war er jedoch nicht vor dem 01.01.1993 als Vertragsarzt zugelassen, so liegen die Voraussetzung für einen **Verlängerungstatbestand** nach Nr. 2 des § 95 VII 4 SGB V nicht vor. Maßgeblich ist nicht der Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses (hier: 07.11.1992), sondern der Zulassungszeitpunkt (hier: 01.01.1993). Hierauf kommt es an, weil der Vertragsarzt erst ab diesem Zeitpunkt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen durfte (vgl. § 95 I 1 SGB V). Deshalb ist auch weder die damals noch notwendige Vorbereitungszeit für eine Zulassung noch eine Vertretertätigkeit vor dem 01.01.1993 im Rahmen des § 95 VII 4 SGB V zu berücksichtigen.

SG Berlin, Beschl. v. 27.09.2007 - S 79 KA 447/07 ER – stellte fest, dass dem Vollzug des Bescheides des Zulassungsausschusses, soweit darin der Ablauf der Zulassung des Ast. mit dem 30.09.2007 festgestellt worden sei, die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs des Ast. entgegenstehe. Das *LSG* wies den Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes ab.

C) KEINE VERFASSUNGS- UND EUROPARECHTLICHEN BEDENKEN

SG Reutlingen, Urt. v. 27.06.2007 – S 1 KA 2556/05 –

RID 08-01-82

Revision anhängig: B 6 KA 44/07 R

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

Die Regelung des § 95 VII 3 SGB V begegnet **keinen verfassungsrechtlichen und europarechtlichen Bedenken**.

Das *SG* wies die Klage ab.

D) KLAGE GEGEN ANERKENNTNIS/ERMÄCHTIGTER ARZT/VERLÄNGERUNGSTATBESTAND

SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007– S 12 KA 418/07 –

RID 08-01-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 III, VII

Ein ermächtigter Arzt kann gegen ein vom Berufungsausschuss abgegebenes und von der klagenden KV angenommenes **Anerkenntnis**, durch das eine vom Berufungsausschuss ausgesprochene Ermächtigung wieder aufgehoben wird, seinerseits **klageweise vorgehen** (vgl. BSG v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R – BSGE 92, 283 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 5, juris Rn. 33).

Die **Altersbegrenzung** von 68 Jahren nach § 95 Abs. 7 SGB V gilt auch für **ermächtigte Ärzte**.

Die Voraussetzungen für einen **Verlängerungstatbestand** liegen nur dann vor, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt hat, dass im Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Die Feststellung hat für eine Fachgruppe und bezogen auf einzelne Planungsbereiche zu ergehen, nicht für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche.

Die Altersbegrenzung von 68 Jahren ist rechtmäßig.

Das *SG* wies die Klage ab.

9. KEINE SELBSTSCHULDNERISCHE BÜRGSCHAFT VON ALT-MVZ

SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007– S 12 KA 1021/07 –

RID 08-01-84

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 II 6, VI 1

Die **Zulassungsgremien** sind gegenüber einem vor dem 01.01.2007 bestandskräftig zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum **nicht berechtigt**, eine Verpflichtung zur Vorlage von selbstschuldnerischen Bürgschaften durch ihre Gesellschafter, verbunden mit der Androhung des Widerrufs der Zulassung für den Fall der Nichtabgabe, auszusprechen.

Das *SG* gab der Klage statt.

10. ZWEIGPRAXIS: KEINE EINSTWEILIGE ANORDNUNG BEI ZULASSUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.07.2007 – L 7 B 111/07 KA ER –
Zahnärzte-ZV i.d.F. d. VÄndG § 24

RID 08-01-85

Bei der Genehmigung einer **Zweigpraxis** durch den Zulassungsausschuss handelt es sich um eine **Statusentscheidung**. Eine einstweilige Anordnung kommt nur dann in Betracht, wenn das Abwarten der Hauptsacheentscheidung schlechterdings nicht zugemutet werden kann. Ist ein Vertragszahnarzt bereits zugelassen, so kann er in seiner Praxis tätig sein und hat durch Nichtgenehmigung der Zweigpraxis keine existentiellen Nachteile zu gegenwärtigen.

SG Potsdam, Beschl. v. 15.06.2007– S 1 KA 34/07 ER – RID 07-03-38 gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies den Antrag ab; s. a. unter Streitwert.

11. ERMÄCHTIGUNG

A) ERMÄCHTIGUNG EINER BEI PRO FAMILIA ANGESTELLTEN ÄRZTIN

LSG Hessen, Beschl. v. 30.05.2007 - L 4 KA 20/07 ER – –

RID 08-01-86

SGB V §§ 24a, 24b, 75 IX; Ärzte-ZV § 31 Abs. 2; BMV-Ä § 5 I; EKV-Ä § 9 I; EBM 2005 Nr. 01820, 01821

Die Zulassungsgremien können bei einer **Ermächtigung nach § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV** Umstände, die über die rein quantitative Versorgungslage hinausgehen, berücksichtigen. Bei der Ausfüllung ihres Beurteilungsspielraums können die Zulassungsgremien **besondere Problematiken vor Ort** berücksichtigen. Es kann berücksichtigt werden, dass Versicherte bestimmter sozialer Schichten unter Umständen niedergelassene Ärzte nicht aufsuchen und deshalb eine bei pro familia angestellte Ärztin ermächtigt wird (vgl. *BSG*, Urt. v. 01.07.1998 - B 6 KA 64/97 R -).

Das *SG* gab dem Antrag im einstweiligen Anordnungsverfahren teilweise statt, das *LSG* wies die Beschwerde der KV zurück; zum Hauptsacheverfahren s. nachstehend.

SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007– S 12 KA 1021/06 –

RID 08-01-87

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 24a, 24b, 75 IX; Ärzte-ZV § 31 Abs. 2; BMV-Ä § 5 I; EKV-Ä § 9 I; EBM 2005 Nr. 01820, 01821, 01900

Eine bei **einer Einrichtung nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes angestellte Ärztin** kann für die ambulante Erbringung der in § 24b SGB V aufgeführten ärztlichen Leistungen (hier: Nr. 01900 EBM 2005) ermächtigt werden, soweit die Einrichtung, bei der sie angestellt ist, diese Leistungen nicht erbringt.

Eine **Ärztin ohne Facharztweiterbildung** kann grundsätzlich ermächtigt werden. Sie kann hinsichtlich der persönlichen Qualifikationsvoraussetzungen **wie eine praktische Ärztin**, die in den fachärztlichen Versorgungsbereich gewechselt hat, behandelt werden. Sie kann grundsätzlich Leistungen nach Kapitel 8 EBM 2005 erbringen. Sie kann daher auch die Leistung nach Nr. 01900 erbringen und hierfür ermächtigt werden.

Die Zulassungsgremien können bei einer Ermächtigung nach § 31 I Ärzte-ZV Umstände, die über die rein quantitative Versorgungslage hinausgehen, berücksichtigen. Bei der Ausfüllung ihres Beurteilungsspielraums können die Zulassungsgremien **besondere Problematiken vor Ort** berücksichtigen. Es kann berücksichtigt werden, dass Versicherte bestimmter sozialer Schichten unter Umständen niedergelassene Ärzte nicht aufsuchen und deshalb eine bei pro familia angestellte Ärztin ermächtigt wird (vgl. *BSG*, Urt. v. 01.07.1998 - B 6 KA 64/97 R -).

Das *SG* gab der Klage weitgehend statt; zum vorausgehenden einstweiligen Anordnungsverfahren s. *SG Marburg*, Beschl. v. 19.02.2007– S 12 KA 46/07 ER – RID 07-01-91 u. *LSG Hessen*, Beschl. v. 30.05.2007 - L 4 KA 20/07 ER – (s. vorstehend).

B) ANGIOLOGISCHE LEISTUNGEN ZUR KLÄRUNG DER OPERATIONSINDIKATION

SG Marburg, Urt. v. 20.12.2007– S 12 KA 523/07 ER –

RID 08-01-88

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 115a I 1 Nr. 1 u. 2, 116; Ärzte-ZV § 31a; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Ein Bedarf i.S.d. § 116 SGB V für angiologische Leistungen ist nicht erkennbar, wenn ein Krankenhausarzt vorträgt, diese nicht invasiven Untersuchungsmethoden seien insb. zur **Klärung der Operationsindikation** erforderlich. Damit handelt es sich im Wesentlichen um eine **vorstationäre Behandlung**. Die Operationsindikation wird zunächst von dem niedergelassenen Arzt gestellt. Im

Rahmen einer stationären Aufnahme hat der Krankenhausarzt die Notwendigkeit selbst zu prüfen. Soweit er weitere Untersuchungen für notwendig hält, kann er dies tun (§ 115a I 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB V). Einer gesonderten Ermächtigung hierfür bedarf es nicht.

Das **SG** wies den Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung des Beschlusses des Zulassungsausschusses ab.

C) FACHARZTFILTER „ENDOSKOPISCH TÄTIGE ALLGEMEINÄRZTE UND INTERNISTEN“

SG Marburg, Urt. v. 20.12.2007 – S 12 KA 521/07 ER –

RID 08-01-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Mit einem auf „endoskopisch tätige Allgemeinärzte und Internisten“ beschränkten Facharztfilter werden nicht alle Vertragsärzte genannt.

Das **SG** gab dem Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung des Beschlusses des Zulassungsausschusses statt.

D) KEINE ERMÄCHTIGUNG EINER TAGESKLINIK FÜR PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.10.2007 – L 10 KA 21/06 –

RID 08-01-90

Revision anhängig: B 6 KA 61/07 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 107, 108, 118

Eine **Tagesklinik** ist kein Krankenhaus im Sinne des § 118 I 1 SGB V.

§ 118 I SGB V dient der **Versorgung des besonderen Klientels** der psychiatrischen Krankenhäuser, das sich nach den in der Psychiatrie-Enquete getroffenen Feststellungen von der in nervenärztlichen Praxen ganz erheblich unterscheidet; aus diesem Grunde sowie wegen der geringen Zahl der vorhandenen psychiatrischen Krankenhäuser besteht keine Konkurrenzsituation zur ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte (vgl. **BSG** v. 21.06.1995 - 6 RKa 49/94 - SozR 3-2500 § 118 Nr. 2 = SGB 1996, 493 = USK 95104). Mittels Ermächtigung von Institutsambulanzen soll ein qualitativ-spezifischer, durch niedergelassene Ärzte nicht entsprechend abgedeckter Versorgungsbedarf für eine bestimmte Gruppe behandlungsbedürftiger Kranker kompensiert werden (vgl. **BSG** v. 05.02.2003 - B 6 KA 26/02 R -).

Die Ermächtigung nach § 118 I 1 SGB V ist **ohne jegliche Bedarfsprüfung** bei Vorliegen der Voraussetzungen zu erteilen (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.09.2004 – L 10 KA 33/03 – RID 05-01-82).

Der **Begriff "Krankenhaus"** nach § 107 I SGB V gilt auch im Anwendungsbereich des § 118 I SGB V. Entscheidungen auf der Grundlage des KHG haben keine **Tatbestandswirkung** für das SGB V haben. Die **Krankenhausbegriffe des KHG** und des **SGB V** weichen voneinander ab.

Die Kl. betreibt seit dem 01.02.2005 die G-Klinik als Ambulanz- und Tagesklinik für (so die selbst gewählte Charakterisierung) psychologische Medizin. Die G-Klinik ist werktätlich von Montags bis Freitags in der Zeit von 8.30 Uhr bis 16.00 Uhr geöffnet und erbringt die von ihr angebotenen **teilstationären Leistungen** zu diesen Öffnungszeiten durchgehend. In dieser Zeit, in der Regel aber nicht außerhalb der Öffnungszeiten, stehen zur Behandlung der Patienten 2,5 Fachärzte für Psychiatrie, 4 Psychologen, weitere 5 Pflegekräfte, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter, insgesamt 18 Kräfte medizinisches Fachpersonal zur Verfügung. Die Klinik verfügt über 4 sog. Aufenthalts-Betten und 16 Liegen. Die Patienten werden dort verpflegt. Die Klinik ist nicht räumlich und organisatorisch an ein Krankenhaus angebunden, welches eine vollstationäre Behandlung der Patienten anbietet. Es bestehen jedoch **Kooperationen** mit entsprechenden, räumlich entfernten Kliniken. Eine Ermächtigung zur Einrichtung einer psychiatrisch/psychotherapeutischen Institutsambulanz für die G-Klinik lehnten die **Zulassungsgremien** ab. Der **Bekl.** führte u.a. an, psychiatrische Tageskliniken seien weder personell noch sächlich so eingerichtet, dass sie akut auftretende psychiatrische Krankheitszustände behandeln könnten. Es müsse aber z.B. in einer Institutsambulanz darüber entschieden werden können, ob der Zustand des Patienten Maßnahmen erfordere, die nur im vollstationären Bereich erbracht werden könnten. Aus diesem Grund sollten die Institutsambulanzen nur in psychiatrischen Krankenhäusern mit einem solchen Leistungsangebot geführt werden. **SG Dortmund**, Urt. v. 12.04.2006 - S 16 (9) KA 86/05 - gab der Klage statt, weil gemäß dem Feststellungsbescheid der Bezirksregierung, mit welchem die Tagesklinik für die Disziplin Psychiatrie in den Krankenhaus-Bedarfsplan des Landes NRW aufgenommen worden sei, davon auszugehen sei, dass es sich bei der Tagesklinik um ein nach § 108 Nr. 2 SGB V zugelassenes Krankenhaus handele. § 118 SGB V stehe aber in unmittelbarem Zusammenhang mit dieser Vorschrift, der Grundnorm über die Zulassung von Krankenhäusern. Das **LSG** wies die Klage ab.

E) INSTITUTSERMÄCHTIGUNG NACH § 117 I SGB V: KONKURRENTENKLAGE/FESTLEGUNG DES UMFANGS

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 20.11.2007 – L 5 KA 3892/07 ER-B –

RID 08-01-91

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 95 I, 117

§ 117 I SGB V dient nicht nur einer effizienten medizinischen Forschung und Lehre, sondern schützt auch rechtlich die privaten (wirtschaftlichen) Belange der niedergelassenen Vertragsärzte im gleichen räumlichen Bereich (**drittschützende Wirkung**).

Die **Zulassungsgremien** müssen bei einer Institutsermächtigung nach § 117 I SGB V im Bescheid den **für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang selbst festlegen**. Eine dynamische Verweisung auf den Durchführungsvertrag ist unzulässig.

Zur antragstellenden Universität gehört ein Humangenetikinstitut, das Teil der Vorkliniken und damit rechtlich und organisatorisch Teil der Universität, aber nicht in das über einen eigenen Rechtsstatus verfügende Universitätsklinikum eingegliedert ist; letzteres ist für 2008 geplant. Der Zulassungsausschuss sprach eine Institutsermächtigung aus, gegen die der **beigel. niedergelassene Humangenetiker Widerspruch** einlegte. Die Ast stellte hierauf den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz. *SG Freiburg*, Beschl. v. 25.07.2007 – S 1 KA 3478/07 ER - gab dem Antrag statt, das *LSG* wies den Antrag zurück.

12. ZULASSUNGS-AUSSCHUSS KANN NICHT SOFORTIGE VOLLZIEHUNG ANORDNEN/“PRAXISTAUSCH“

LSG Hessen, Beschl. v. 03.12.2007 – L 4 KA 52/07 ER –

RID 08-01-92

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

Ein **Zulassungsausschuss** ist nicht befugt, die **sofortige Vollziehung** seines Beschlusses nach § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG anzuordnen (Anschluss an *LSG Niedersachsen*, Beschl. v. 07.09.2006 – L 3 KA 117/06 ER -).

Der nach § 24 VI Ärzte-ZV zulässige **Wechsel der Facharztbezeichnung** ist auch auf den Wechsel von der hausärztlichen zur fachärztlichen Versorgungsebene und umgekehrt anzuwenden. Einen Konkurrentenschutz für einen noch nicht niedergelassenen Arzt gibt es hiergegen nicht. Wird aber ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt, besteht eine Widerspruchs- bzw. Klagebefugnis.

Der Beigel. zu 10), ein fachärztl. Internist, und die Beigel. zu 11), eine hausärztl. Internistin, die den Schwerpunkt „Hämatologie und internistische Onkologie“ führen darf und onkologisch tätig sein wollte, verabredeten, gegenseitig auf die Zulassung zu Gunsten des anderen zu verzichten („Praxistausch“ mit Wechsel der Versorgungsebene). Auf die Ausschreibung des Praxissitzes des Beigel. zu 10) bewarb sich auch die Ast., eine Internistin, ebf. mit dem Schwerpunkt „Hämatologie und internistische Onkologie“. Der Zulassungsausschuss ließ die Beigel. zu 11) zu und ordnete die sofortige Vollziehung an. *SG Marburg*, Beschl. v. 19.07.2007 – S 12 KA 287/07 ER – RID 07-03-66 wies den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs ab; das *LSG* stellte – zwischenzeitlich hatte der Berufungsausschuss den auf Wechsel der Versorgungsebene umgestellten Antrag zugestimmt und den Widerspruch der Ast. zurückgewiesen, worauf die Ast. das Verfahren für erledigt erklärte - die Erledigung fest und legte die Kosten dem Berufungsausschuss und den beiden beigeladenen Ärzten auf.

13. DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE

A) GENEHMIGUNG EINER ANSTELLUNG NACH §103 IVb SGB V

SG Gotha, Beschl. v. 22.08.2007 – S 7 KA 2622/07 ER –

RID 08-01-93

MedR 2008, 54 m. Anm. Hildebrandt
SGB V §§ 96 IV 2, 103 IVb; SGG § 86b I Nr. 1

Leitsatz (MedR): 1. Ein Drittwiderspruch gegen die Genehmigung einer Anstellung nach §103 Abs. 4 b SGB V ist infolge fehlender Widerspruchsbefugnis offensichtlich unzulässig.

2. Ein offensichtlich unzulässiger Widerspruch entfaltet in Zulassungssachen keine aufschiebende Wirkung.

3. Die Rücknahme eines Antrags auf Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes nach §103 Abs. 4 SGB V und die Modifizierung des Verzichts zu Gunsten eines anderen Vertragsarztes verbunden mit einer Anstellung nach § 103 Abs. 4b SGB V ist zulässig.

Das *SG* gab dem Antrag statt.

B) KEINE KLAGEBEFUGNIS GEGEN SONDERBEDARFSZULASSUNG (DIALYSEVERSORGUNG)

SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 874/07 –

RID 08-01-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 54 I 2; BedarfspIRI-Ä § 24 Satz 1 Buchst. e Nr. 2

Gegen eine Sonderbedarfszulassung nach § 24 Satz 1 Buchst. e Nr. 2 BedarfspIRI-Ä (Dialyseversorgung) kann eine defensive Konkurrentenklage nicht erhoben werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

14. KOSTENFESTSETZUNG DURCH BERUFUNGSAUSSCHUSS, NICHT DURCH DESSEN VORSITZENDEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.12.2007 – L 11 KA 33/07 –

RID 08-01-95

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 97; SGB X § 63; RVG § 14; Ärzte-ZV §§41 II, 45 III

Nach § 63 III 1 HS 1 setzt die Behörde, die die Kostenentscheidung getroffen hat, auf Antrag den Betrag der zu erstattenden Aufwendungen fest, trifft also die Entscheidung über die Höhe der Kosten. Die **Behörde** ist aber **nicht der Vorsitzende**, sondern der Berufungsausschuss. Der Berufungsausschuss im vertragsärztlichen Zulassungsverfahren ist kein bei der KV gebildeter Ausschuss, so dass nicht die KV, sondern der Berufungsausschuss selbst zur Kostenfestsetzung zuständig ist; entsprechendes gilt auch für den Beschwerdeausschuss.

Die Kl., eine approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, stritt im Widerspruchsverfahren um eine Ermächtigung zur Durchführung der ausschließlichen Behandlung von Regulations- und Interaktionsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern bis maximal zum 3. Lebensjahr. Nach Abschluss des Widerspruchverfahrens erzielten die Bet. eine Vereinbarung dahingehend, dass die Kosten des Widerspruchverfahrens der Kl. zu erstatten waren. Daraufhin erstattete die Beigel. zu 8) die Kosten nach einer 1,3-fachen Geschäftsgebühr. Die Übernahme weiterer Kosten in der beantragten 1,5-fachen Höhe lehnte der Vorsitzende des Bekl. ab. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 14.07.2007 - S 33 KA 149/05 – verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Berufung zurück.

VII. Anfechtung der Wahl zur Vertreterversammlung

1. ANFECHTUNG DER WAHL: GERINGE PSYCHOTHERAPEUTENQUOTE

LSG Hamburg, Urt. v. 09.05.2007 – L 2 KA 34/06 –

RID 08-01-96

rechtskräftig
SGB V § 80

juris

§ 80 SGB V, der unterschiedliche Wahlgruppen zwischen ärztlichen und psychotherapeutischen (nichtärztlichen) Mitgliedern vorsieht und die Zahl der Vertreter der Psychologischen Psychotherapeuten begrenzt, ist rechtmäßig.

Für die Wahlen zu den Vertreterversammlungen der KVen gilt nicht uneingeschränkt der **Grundsatz der formalen Wahlgleichheit**. Ärzte und Psychotherapeuten sind unterschiedlich behandelbare Gruppen.

Die klagende psychologische Psychotherapeutin machte mit ihrer Wahlanfechtungsklage geltend, dass die Psychotherapeuten 16,2 % der Wahlberechtigten ausmachten, ihr Anteil mit 494 an 1.981 abgegebenen Stimmen 20 % betrage, sie aber nur 3 von 30 Sitzen erhalten hätten, während die mit 522 abgegebene Stimmen ähnlich starke Gruppe der „Hamburger Hausärzte“ acht Mitglieder stelle, die ärztliche Stimme damit 2,33 mal so stark wie eine psychotherapeutische Stimme sei. **SG Hamburg**, Gb. v. 09.08.2006 – S 27 KA 224/04 – RID 07-01-96 wies die Klage ab.

Parallelverfahren: LSG Hamburg, Urt. v. 09.05.2007 – L 2 KA 32/06 –

RID 08-01-97

SG Hamburg, Gb. v. 09.08.2006 – S 27 KA 223/04 – RID 07-01-95

LSG Hamburg, Urt. v. 09.05.2007 – L 2 KA 33/06 –

RID 08-01-98

SG Hamburg, Gb. v. 09.08.2006 – S 27 KA 225/04 – RID 07-01-97

2. NICHTBERÜCKSICHTIGUNG EINES ERMÄCHTIGTEN ARZTES AUF WÄHLERLISTE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.01.2008 – L 11 KA 35/07 –

RID 08-01-99

Revision zugelassen
SGB V §§ 77 III

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach eine Satzungsbestimmung für die Wahlberechtigung zur Vertreterversammlung voraussetzen könne, dass der **Status als ermächtigter Arzt am Stichtag bestandskräftig**, wofür nicht die Bekanntgabe des Ermächtigungsbeschlusses, sondern seine Unanfechtbarkeit maßgeblich sei, sein müsse, zulässig sei, ist nicht zu beanstanden

Der kl. Internist und Gastroenterologe, ein Krankenhausarzt, war bis zum 30.06.2004 ermächtigt. Diese Ermächtigung wurde in der **Sitzung des Zulassungsausschusses vom 16.06.2004** für die Dauer von 2 Jahren neu erteilt. Im September 2004 fanden die Wahlen zur Vertreterversammlung der Bekl. für die Amtszeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2010 statt. Auf den hierzu erstellten **Wählerlisten** war der Kl. nicht verzeichnet, weil zu dem maßgeblichen **Stichtag 01.07.2004 der Ermächtigungsbescheid noch nicht rechtskräftig war**, worauf es nach der Satzung ankommt. Nachdem er hiervon Kenntnis erhalten hatte, legte er beim Landeswahlausschuss der Bekl. erfolglos Einspruch wegen Unvollständigkeit der Wählerliste ein. *SG Dortmund*, Urt. v. 07.03.2007 - S 9 KA 167/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren: SG Dortmund, Urt. v. 07.03.2007 - S 9 KA 168/04 -

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.01.2008 – L 11 (10) KA 26/07 –

RID 08-01-100

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

VIII. Keine Beteiligung der KV an der Krankenhausplanung

SG Hamburg, Beschl. v. 08.10.2007 – S 27 KA 140/07 ER –

RID 08-01-101

juris = GesR 2007, 536

SGB V §§ 75, 116b II; KHG § 7 I 2; HmbKHG § 17 I Nr. 11; SGG § 86b II

Eine KV hat einen Anspruch auf Beteiligung an der Krankenhausplanung auch nicht aufgrund der Neuregelung des § 116b II SGB V i.d.F.d. GSG-WSG ab 01.04.2007.

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

IX. Integrierte Versorgung: Vertragsgeltung nur für Bundesland

SG Marburg, Beschl. v. 18.12.2007 – S 12 KA 457/07 ER –

RID 08-01-102

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 140a; SGG § 86b II; GG Art. 3 I, 12 I

Ein Vertrag zur integrierten Versorgung (hier: Bund Deutscher Ophtho-Chirurgen <BDOC>, Landesverband Hessen und AOK Hessen, Vertrag zur Integrierten Versorgung – „Katarakt-Chirurgie“) kann auf die Teilnahme von Vertragsärzten eines Bundeslandes beschränkt werden.

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

Nach *BSG*, Urt. v. 06.02.2008 – **B 6 KA 27/06 R** – ist der **Barmer Hausarztvertrag** kein Vertrag über eine "integrierte Versorgung" i.S. des § 140a SGB V; Verträge, die vollständig auf die traditionelle hausärztliche Versorgung aufsetzen und lediglich zusätzliche Leistungen beschreiben, genügen den Anforderungen an die integrierte Versorgung nicht; deshalb durfte die Krankenkasse zur Finanzierung dieses Vertrages keinen Einbehalt von der der Kl. zustehenden Gesamtvergütung auf der Grundlage des § 140d SGB V vornehmen; die Wirksamkeit des Barmer Hausarztvertrages selbst wird durch diese Entscheidung nicht in Frage gestellt; nach *BSG*, Urt. v. 06.02.2008 – **B 6 KA 5, 6 u. 7/06 R** – bilden die **stationäre medizinische Rehabilitation und die Akutversorgung** im Krankenhaus verschiedene Leistungssektoren im Sinne des § 140a SGB V; förderungsfähig i.S. des § 140d SGB V sind aber auch Verträge, die andere Schnittstellenprobleme lösen, auch solche zwischen der Akutversorgung im Krankenhaus und einer anschließenden stationären Rehabilitation z.B. nach endoprothetischen Operationen; Verträge dagegen, die lediglich des Fallmanagement im Akutkrankenhaus verbessern sollen, stellen der Regelversorgung kein alternatives Versorgungsangebot gegenüber.

Sieben, Krankenkassen und Kartellrecht: Sind bei der Integrierten Versorgung die Vergabevorschriften anzuwenden?, MedR 2007, 706-709.

X. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/GBA

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04 A VIII (S. 29).

1. FREIWILLIGE PUNKTWERSTÜTZUNG VON PSYCHOTHERAPIELEISTUNGEN NACH ART. 2 § 1 I WOPG ZULÄSSIG

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.09.2007 – L 5 KA 5161/06 –

RID 08-01-103

Revision anhängig: B 6 KA 55/07 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 83, 85 I; Art. 2 § 1 WOPG; BMV-Ä Anl. 14; SGB X §§ 53 I 1, 58 I; GG Art. 3 I, 19 III

Eine Krankenkasse ist grundsätzlich an die **Vergütungsvereinbarung des Landesverbandes** derselben Kassenart gebunden (vgl. BSG v. 28.09.2005 - B 6 KA 71/04 R -).

Art. 2 § 1 I WOPG enthält keine zwingende Anordnung dahingehend, nur den auf diese Weise berechneten Ausgangsbetrag als ausschließlich von den Krankenkassen geschuldete, die Befreiungswirkung des § 85 I SGB V hervorrufende Gesamtvergütung anzusehen. **Ergänzende Vereinbarungen** sind grundsätzlich möglich.

Eine Vereinbarung einer **freiwilligen Punktwertstützung von Psychotherapieleistungen** ist zulässig. Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG steht dem nicht entgegen.

Art. 2 § 1 I WOPG enthält eine **abschließende Berechnungsmethode für den Ausgangsbetrag** der zu vereinbarenden Gesamtvergütung. Indem die Vorschrift auf die tatsächliche Praxis des Jahres 2001 abstellt, verbietet sie zugleich eine Bereinigung der im Jahr 2001 maßgeblichen Zahlungen. Mit dem Abstellen auf die geltende Gesamtvergütung ohne weitere Differenzierungen in der Übergangsvorschrift des Art 2 § 1 I WOPG hat der Gesetzgeber vielmehr eine einfache und schnell umzusetzende Regelung getroffen, die Streit möglichst ausschließen soll.

Krankenkassen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 4 I SGB V) **keine Grundrechtsträger** i.S.d. Art. 19 III GG sind (**BVerfG**, Beschl. v. 09.06.2004, - 2 BvF 2/01 -).

Die **Nichtigkeit gesamtvertraglicher (normativer) Regelungen** kann sich nur aus § 58 SGB X und nicht ohne weiteres aus der Verletzung höherrangigen Rechts ergeben (vgl. **BSG**, Urt. v. 28.09.2005 - B 6 KA 71/04 R -). Nur qualifizierte Rechtsverstöße führen zur Nichtigkeit eines Vertrags. Maßgeblich ist, ob eine zwingende Rechtsnorm besteht, die nach ihrem Sinn und Zweck die Herbeiführung eines bestimmten Erfolges verbietet oder einen bestimmten Vertragsinhalt ausschließt bzw. das Verwaltungshandeln durch Vertrag überhaupt verbietet.

Das WOPG verlieh den **Landesverbänden der Krankenkassen** allerdings nicht nur die ("bundesweite") **Rechtsmacht zum Abschluss von Gesamtverträgen für alle Kassen ihrer Kassenart** (§ 83 I 1 SGB V i. d. F. WOPG) und damit auch für diejenigen, die dem jeweiligen Landesverband nicht angehören. Es legte in der hier streitigen Übergangsvorschrift des Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG außerdem fest, von welcher Grundlage die Gesamtvertragspartner bei der erstmaligen Vereinbarung von Gesamtvergütungen nach Einführung des Wohnortprinzips (für das Jahr 2002) auszugehen haben.

Die **Gerichte** sind in diesem Zusammenhang nur auf das Kontrollmandat zur **Überprüfung von Rechtsverletzungen** beschränkt; sie dürfen in das Handlungsmandat der Gesamtvertragspartner nicht eingreifen und an deren Stelle zusätzliche "Bereinigungsregelungen" erlassen.

Die bekl. Betriebskrankenkasse mit Sitz in Norddeutschland hat bis Ende 2001 ihre Gesamtvergütung an die KV Schleswig-Holstein entrichtet. Soweit ihre Mitglieder im Bezirk der Kl. behandelt wurden, erfolgte die Bezahlung für die erbrachten ärztlichen Leistungen im Wege des Fremdkassenzahlungsausgleichs. Mit dem zum 01.01.2002 in Kraft getretenen Gesetz zur Einführung des **Wohnortprinzips** bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte (BGBl. I S. 3526) (WOPG) wollte der Gesetzgeber die Probleme lösen, die sich aus dem volumenmäßig ständig ansteigenden Fremdkassenzahlungsausgleich als Folge der Öffnung der Primärkassen (Orts-, Betriebs- und Innungskassenzahlungen) für bei anderen Krankenkassen bisher gesetzlich Krankenversicherten ergaben. Im Bereich der früheren KV Nordwürttemberg wurde mit dem **BKK-Landesverband** zum Ausgleich **vermehrter Kosten** aufgrund des **PsychThG vereinbart**, dass diese von den Kassen übernommen würden. Die Bekl. kürzte die Gesamtvergütung für die Quartale I/02 bis III/03 um 252.076,10 EUR und 42.108,38 EUR. Sie ist der **Auffassung**, die Leistungen der Psychotherapie seien bereits in der budgetierten Gesamtvergütung und mithin in der Kopfpauschale enthalten. Die außerbudgetäre Stützung der Leistung sei weder konform mit den Umsetzungsregelungen zum WOPG noch mit dem Beitragssicherungsgesetz. Sie habe deshalb in der Endabrechnung diese Beträge streichen müssen. Die Abrechnung der Klägerin sei außerdem undurchsichtig. Für sie sei weiterhin nicht nachvollziehbar, aufgrund welcher Verfahren (insbesondere welcher Bereinigungsverfahren) die Kl. zu ihrer Forderung gelangt sei. **SG Stuttgart**, Urt. v. 30.08.2006 - S 11 KA 5909/03 - gab der Klage statt und verurteilte d. Bekl., an die Kl. 294.183,98 EUR zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. KEINE BERÜCKSICHTIGUNG DER BESONDERHEITEN "JUNGER WACHSTUMSKASSEN" NACH WOPG

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.09.2007 – L 5 KA 5139/06 –

RID 08-01-104

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 3/08 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 83, 85 I; Art. 2 § 1 WOPG; BMV-Ä Anl. 14; SGB X §§ 53 I 1, 58 I; GG Art. 3 I, 19 III

Leitsatz: Das WOPG enthält keine Möglichkeit, die Besonderheiten "junger Wachstumskassen" zu berücksichtigen. Die Umsetzungsvereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge sind für die angeschlossenen Krankenkassen auch dann bindend, wenn die speziellen Umstände einer während des Jahres 2001 erfolgten Kassenneugründung nicht berücksichtigt werden.

Die Bekl., eine am 01.04.2001 gegründete gesetzliche Krankenkasse mit Sitz außerhalb des Landes Baden-Württemberg, unterliegt dem mit Gesetz vom 11.12.2001 (BGBl. I, S. 3526 - WOPG) zum 01.01.2002 eingeführten Wohnortprinzip und ist eine "einstrahlende Krankenkasse". Über die vertragsärztliche Versorgung ihrer im Bezirk der jeweiligen KV wohnenden Mitglieder werden Gesamtverträge abgeschlossen. Vertragspartner sind (hier) die klagende KV und - für die Bekl. - der Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg (BKK-LV BW). Zwischen den Beteiligten kam es zum Streit über die Gesamtvergütung. In den streitigen Quartalen I/02 bis III/03 weigerte sich die Bekl., die von der Kl. errechnete Gesamtvergütung (vollständig) zu zahlen. Auch wurden z.T. Abschlagszahlungen nicht vollständig entrichtet. **Die Bek. ist der Auffassung**, bei richtiger Anwendung der Protokollnotiz zu Anlage 14 BMV-Ä ergebe sich für dieses Quartal ein Ausgangsbetrag von 93,18 EUR, während die Klägerin 103,29 EUR angesetzt habe. Im Kern wende sie sich gegen das Verfahren zur Berechnung des Ausgangsbetrages i.S. des Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG. Sie sei eine "junge" und bis heute stark wachsende Krankenkasse und wolle erreichen, dass man dem angemessenen Rechnung trage. Das Berechnungsverfahren der Klägerin bewirke aber, dass die Kopfpauschale pro Mitglied von Jahr zu Jahr prozentual deutlich stärker ansteige als die Zahl ihrer Mitglieder. Dadurch werde sie über das Maß ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit hinaus belastet und sehe mittelfristig ihre Existenz gefährdet. Der Gesetzgeber habe Effekte dieser Art bei Einführung des WOPG nicht beabsichtigt. Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG enthalte eine Regelungslücke. Der im Gesetz festgelegte Stichtag solle die durchschnittliche Mitgliederzahl einer Krankenkasse im Jahr 2001 widerspiegeln. Bei ihr als am 01.04.2001 neu gegründete Krankenkasse führe dieser Stichtag jedoch zu überproportionalen Kostensteigerungen. Das habe der Gesetzgeber nicht gewollt. **SG Stuttgart**, Urt. v. 30.08.2006 - S 11 KA 4289/04 - gab der Klage statt und verurteilte d. Bekl., an die Kl. 5.912,31 EUR zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung - im Berufungsverfahren begrenzte d. Kl. nach erneuter Berechnung die Klage auf 4.257,29 EUR - zurück.

3. AUFSICHT DES BMGS ÜBER GBA („ENTERALE ERNÄHRUNG“)

SG Köln, Urt. v. 21.3.2007 – S 19 KA 27/05 –

RID 08-01-105

GesR 2007, 519

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I 2, 90 III 2, 92 I 2 Nr. 6 II 7, X, 94; SGB IV §§ 67, 87, 88, 89; AMR Ziff. 15.1; GG Art. 80 I 2

Leitsatz (GesR): 1. Das Bundesministerium für Gesundheit (und soziale Sicherung) hat hinsichtlich der Beanstandungspflicht gem. § 94 Abs. 1 S. 2 SGB über den Gemeinsamen Bundesausschuss nur eine Rechtsaufsicht (Änderung der Rechtsprechung).

2. Das staatliche Aufsichtsrecht wird von dem Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht geprägt.

3. Zu der Frage, inwieweit Mittel zur enteralen Ernährung zu den Leistungen der GKV gehören (müssen).

Das **SG** gab der Klage des GBA statt.

4. BINDUNG AN GESAMTVERTRAG/GRUNDSATZ DER BEITRAGSSATZSTABILITÄT

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.05.2007 – S 5/27 KA 2031/04 –

RID 08-01-106

SGB V §§ 83 I 1, 85 I 1; SGB X §§ 53 I 1, 58; BGB § 134

Die einzelne Krankenkasse ist an den von ihrem Landesverband bzw. von dem wegen des Wohnsitzes ihres Mitglieds zuständigen Krankenkassen-Landesverband geschlossenen Gesamtvertrag gebunden. Diese Bindung schließt es grundsätzlich aus, dass sie im Streit mit der KV die Vereinbarkeit einer Gesamtvergütungsvereinbarung mit den diesbezüglichen gesetzlichen Vorgaben überprüfen lassen kann. Die einzelne Krankenkasse kann danach im Rechtsstreit mit der KV grundsätzlich auch keine gerichtliche Überprüfung der auf sie entfallenden Gesamtvergütung erreichen (vgl. **BSG**, Urt. v. 28.09.2005 - B 6 KA 71/04 R - BSGE 95, 141, juris Leitsätze 1 und 2 sowie Rn. 18; **BSG**, Urt. v. 28.09.2005 - B 6 KA 72/04 R - S. 7; **LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 03.04.2007 – L 5 KA 560/07 – RID 07-03-85, juris Rn. 83, jeweils m.w.N.).

Verbote, die zu einer **Nichtigkeit öffentlich-rechtlicher Verträge** führen, können als Vertragsformverbot oder bestehen (vgl. BSG, aaO., juris).

Der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** schließt es nicht aus, dass Beitragserhöhungen bei jeder einzelnen Krankenkasse ausgeschlossen werden, sondern nur, dass dies insgesamt nicht der Fall ist. Andernfalls würde die jeweils finanziell schwächste Krankenkasse das höchstzulässige Maß der Erhöhung der Gesamtvergütungen bestimmen (vgl. **SG Hamburg**, Urt. v. 21.05.2003 - S 3 KA 49/01 - RID 03-03-62).

Evtl. Verstöße gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität führen nicht zu einer Nichtigkeit, sondern nur zur **Rechtswidrigkeit** eines Gesamtvertrages. Im Klageverfahren einer einzelnen Krankenkasse wegen überhöhter Gesamtvergütung kann dies **gerichtlich nicht überprüft** werden.

Das **SG** wies die Klage der Betriebskrankenkasse gegen die KZV ab.

XI. Me-Too-Liste

1. NEUPRO: KEIN ANORDNUNGSGRUND UND -ANSPRUCH

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.11.2007 – L 10 B 11/07 KA ER –

RID 08-01-107

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Bei einem **Jahresumsatz** von ca. 1 Mrd. EUR begründet ein prognostizierter Umsatzverlust von ca. 700.000,00 EUR (Quote von 0,07 %) keinen **Anordnungsgrund**. Es kommt nicht darauf an, ob die Me-Too-Liste zwischenzeitlich auch von anderen KVen eingesetzt wird.

Es ist nicht zu beanstanden, dem Zweck der Arzneimittelvereinbarung "Sicherung der **finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung**" im Rahmen einer Interessenabwägung besonderes Gewicht beizumessen.

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

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

Die Arzneimittelvereinbarung ist auch nicht deswegen rechtswidrig, weil die **Rahmenvorgaben** nach § 84 VII SGB V nicht beachtet worden wären.

Die Listung von **Neupro®** als Me-Too-Präparat ist nicht offensichtlich rechtswidrig.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 31.05.2007 - S 14 KA 87/07 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Bayern**, Beschl. v. 28.02.2007 – L 12 B 450/06 KA ER – RID 07-03-83; RID 07-02-A.VIII (S. 35 f.) m.w.N.

2. VESIKUR: KEIN ANORDNUNGSANSPRUCH

LSG Bayern, Beschl. v. 19.11.2007 – L 12 B 475/06 KA ER –

RID 08-01-108

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Durch die **Nennung** der umstrittenen Präparate auf der **Me-Too-Liste** ist das Recht des Herstellers aus Art. 12 I GG auf die Freiheit der Berufsausübung nicht verletzt.

Es trifft nicht zu, dass die in der Me-too-Liste getroffene Bewertung dem "Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" (**IQWiG**, § 139a SGB V) vorbehalten ist.

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

SG München, Beschl. v. 18.05.2006 - S 47 KR 444/06 ER – verpflichtete die Ag. zu 1., die Präparate Ebastel und Beofenac von der Me-Too-Präparatliste zu entfernen und diese Änderung durch Veröffentlichung eines diesbezüglichen Hinweises auf der Internetseite der Ag. zu 1. sowie in einem Rundschreiben an die ihr als Mitglieder angehörenden Ärzte bekannt zu geben. Außerdem untersagte das Sozialgericht allen Ag., über die genannten Präparate zu verbreiten, dass sie Präparate "ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen, aber mit höhern Kosten" seien und bestimmte, dass die Anordnung binnen eines Monats außer Kraft trete, sofern die Ast. nicht Klage in der Hauptsache erhoben habe. Das **LSG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

Vgl. bereits **LSG Bayern**, Beschl. v. 28.02.2007 – L 12 B 450/06 KA ER – RID 07-03-83.

XII. Zahnärzte/Krankenkassen u. UWG (Zahnersatz und Zahnprophylaxe zum Nulltarif)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 17.01.2008 – L 7 B 149/07 KA ER –

RID 08-01-109

juris

SGB V § 69; UWG § 12 II; SGG § 86b II; BVerfGG § 32

Leitsatz: 1. § 12 Abs. 2 UWG ist grundsätzlich weder direkt noch in analoger Anwendung auf die Rechtsbeziehungen der Zahnärzte zu den Krankenkassen anzuwenden.

2. Der Rechtsgedanke des § 12 Abs. 2 UWG kann deshalb allenfalls im Einzelfall auch im sozialgerichtlichen Verfahren Anwendung finden, wenn sich die Hauptbeteiligten in einem wettbewerblichen Konkurrenzverhältnis gegenüberstehen.

SG Berlin, Beschl. v. 05.09.2007 - S 71 KA 451/07 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

XIII. Verfahrensrecht

1. ZUSTÄNDIGKEIT DER KAMMERN FÜR VERTRAGSARZTRECHT BEI VERGÜTUNGSFRAGEN VON HOCHSCHULAMBULANZEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.06.2006 – L 18 AR 13/05 –

RID 08-01-110

SGB V §§ 95 I, 116^o bis 119, 120 II; SGG §§ 10 II, 57, 57^o, 57b, 58 I Nr. 5

Eine **Bestimmungsnotwendigkeit nach § 58 I Nr. 5 SGG** ist nur dann gegeben, wenn eine einzige Zuständigkeit nicht nur nach § 57 SGG, sondern auch nach §§ 57a und 57b SGG nicht gegeben ist.

Für die Zuständigkeitsbestimmung der **Kammern für Vertragsarztrecht** ist von § 10 II SGG auszugehen. „**Vertragsarzt**“ i.S.d. § 10 II SGG beschreibt materiell-rechtlich § 95 I 1 SGB V. „**Vertragsarzt**“ sind neben dem Vertragsarzt als natürliche Person auch die medizinischen Versorgungseinrichtungen, ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen. Zu den ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen gehören alle Einrichtungen i.S.d. §§ 116a bis 119 SGB V. Vergütungsfragen nach § 120 II SGB V gehören auch nach dessen Änderung und der Direktabrechnung zwischen den Hochschulambulanzen und den Krankenkassen weiterhin zu den Kammern für Vertragsarztrecht.

Durch Schiedsspruch setze die bekl. Schiedsstelle die Vergütungen für ambulant erbrachte medizinische Leistungen der Zahnmedizinischen Hochschulkliniken eines Universitätsklinikums fest. Hiergegen erhoben die Verbände der Krankenkassen Klage, die unterschiedliche Sitze innerhalb Nordrhein-Westfalens haben. Das *SG Düsseldorf* - S 8 KR 143/05 - bat um Bestimmung des zuständigen Gerichts, das *LSG* wies das Ersuchen zurück.

Anders als hier *SG Kassel*, Urt. v. 14.09.2005 – S 12 KR 231/04 – RID 08-01- (diese Ausgabe S. 73).

2. KOSTENTRAGUNGSLAST IM WIDERSPRUCHSVERFAHREN NACH TEILWEISER STATTGABE

SG Düsseldorf, Urt. v. 21.11.2007 – S 2 KA 249/06 –

RID 08-01-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X § 63

Ein **Widerspruch** hat dann **Erfolg** i.S. des Gesetzes, wenn die Behörde ihm stattgibt. Da rein formal auf das erfolgreiche Ergebnis abgestellt wird, ist es ohne Belang, was der Widersprechende zur Begründung seines Rechtsbehelfs vorgebracht hat und welche Gründe zum Stattgeben des Widerspruchs geführt haben (*BSG*, Urt. v. 08.10.1987 - 9a RVs 10/87 -). Allerdings muss zwischen dem Rechtsbehelf und der begünstigenden Entscheidung der Behörde eine ursächliche Verknüpfung im Rechtssinne bestehen (*BSG*, Urt. v. 21.07.1992 - 4 RA 20/91 - SozR 3-1300 § 63 Nr. 3; Urt. v. 29.01.1998 - B 12 KR 18/97 R - SozR 3-1500 § 144 Nr. 13).

Hat eine KZV ihre Aufhebungs- und Rückforderungsbescheide wegen sog. Kickback-Zahlungen nach Konkretisierung der strafrechtlichen Vorwürfe gegenüber dem Vertragszahnarzt angepasst und die vorläufig verfügbaren Rückforderungssummen entsprechend reduziert, so entspricht dies dem typischen Risiko einer Behörde, dass von ihr getroffene Maßnahmen mit dem gesetzlich vorgesehenen Rechtsbehelf angegriffen werden und **kommt es nicht darauf an**, dass sie dies möglicherweise auch ohne Einlegung des Widerspruchs **von Amts wegen getan hätte**. Die Kostenlast kann dann nicht bei dem durch (teilweise) rechtswidriges Handeln der Beklagten betroffenen Vertragszahnarzt verbleiben.

Das *SG* gab der Klage statt u. verurteilte die bekl. KZV, die Gebühren und Auslagen des Vorverfahrens des Bevollmächtigten in Höhe von 50 % zu erstatten.

3. KOSTENTRAGUNGSLAST DES WIDERSPRUCHFÜHRERS IN ZULASSUNGSSACHE FÜR EINSTWEIL. RECHTSSCHUTZVERFAHREN

SG Hannover, Beschl. v. 04.01.2008 – S 16 KA 469/07 ER –

RID 08-01-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 197a; VwGO § 161

Einzig die **übereinstimmende Erledigungserklärung** ermöglicht gem. § 161 VwGO noch eine Entscheidung des Gerichts nach billigem Ermessen, wie sie nach der alten Rechtslage der Regelfall für alle Erledigungsarten war. Nur in diesem Fall kommt es weiterhin nicht allein auf den vermuteten Verfahrensausgang, sondern auch auf andere Umstände an, die für eine gerechte Verteilung der Kosten von Bedeutung sein können. Neben den **Erfolgsaussichten** ist auch der **Anlass**, der für den Rechtsstreit maßgebend war, von Bedeutung, ob sich die **Sachlage** während des Rechtsstreits **geändert** und ob ein Beteiligter einer solchen Änderung sofort durch ein **entsprechendes Angebot** Rechnung getragen hat. In allen anderen Fällen ist der Verfahrensausgang die einzige Grundlage für die Kostenentscheidung.

Der **Widerspruchsführer** gegen die **Genehmigung einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis** hat die **Kosten für ein einstweiliges Anordnungsverfahren**, das der Genehmigungsinhaber mit dem Ziel der Anordnung der sofortigen Vollziehung angestrengt hat, nach **Rücknahme des Widerspruchs** zu tragen, auch dann, wenn er im einstweiligen Anordnungsverfahren **keinen Antrag gestellt** hat. Nur diese im konkreten Fall gebotene teleologische Auslegung des § 154 Abs. 3 VwGO führt zu einem gerechten Ergebnis.

S.a. unter Streitwert.

4. WIEDEREINSETZUNGSANTRAG: AUFGABENÜBERTRAGUNG AN AUSZUBILDENDE DES PROZESSBEVOLLMÄCHTIGTEN

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 18.10.2007 – S 3 KA 307/06 –

RID 08-01-113

SGG §§ 67 I, 72

Ein Wiedereinsetzungsantrag ist nicht begründet, wenn die Nichteinhaltung der Klagefrist vom Kläger verschuldet ist. Er muss sich ein **Verschulden seiner Prozessbevollmächtigten** als sein eigenes zurechnen lassen (§ 72 SGG).

Ein Prozessbevollmächtigter darf Aufgaben auch an noch in der Ausbildung stehende Angestellte übertragen. Voraussetzung hierbei ist jedoch ein nachweisbares **Überwachungssystem**, das umso engmaschiger ist, je höherwertiger die Tätigkeit der Auszubildenden ist. Ohne im Streitfall nachweisbare Überwachungsmaßnahmen ist die selbständige Führung eines Fristenkalenders nicht auf Auszubildende übertragungsfähig.

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

5. KEIN BESCHWERDERECHT EINES KLÄGERBEVOLLMÄCHTIGTEN GEGEN VORLÄUFIGEN STREITWERTBESCHLUSS DES SG

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 03.12.2007 – L 5 KA 3492/07 W-B –

RID 08-01-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de
GKG §§ 63, 67 I; RVG § 32 II 1

Die **Beschwerde eines Klägerbevollmächtigten** gegen einen vorläufigen Streitwertbeschluss des SG ist unzulässig (vgl. bereits für die Beschwerde eines Kl. *LSG Baden-Württemberg*, B. v. 31.01.2007 – L 5 KA 6444/06 W-B – RID 07-02-83). Ein Beschwerderecht folgt auch nicht aus § 32 II 1 RVG. Dieses **Beschwerderecht** betrifft nur die **endgültige Festsetzung** des Streitwertes.

Nach der gesetzgeberischen Entscheidung ist es damit jedem Kläger **grundsätzlich** zunächst **zuzumuten**, den vom Gericht festgesetzten **vorläufigen Streitwert** bis zum Abschluss des Verfahrens und die dann zu erfolgende endgültige Festsetzung des Streitwertes hinzunehmen. Der Gesetzgeber räumt dann dem betroffenen Kläger das Recht ein, die Streitwertfestsetzung gegebenenfalls durch Beschwerde überprüfen zu lassen. Gründe für eine Privilegierung der Anwälte in diesem Zusammenhang sind an keiner Stelle der gesetzlichen Regelung auch nur im Ansatz zu entnehmen.

Der Senat erlaubt sich an dieser Stelle schließlich den **Hinweis**, dass ein Rechtsanwalt schon ein erstes Tätigwerden (Klageerhebung) von einem **Vorschuss** abhängig machen kann. Das bedeutet aber, für diesen Vorschuss muss er ohnehin zunächst (bis dahin liegt mangels Klageerhebung noch überhaupt keine wie auch immer geartete Entscheidung des Gerichts über die Höhe des Streitwertes vor) den

Streitwert selbst gegenüber seinem Mandanten "vorläufig" festsetzen bzw. eine entsprechende Honorarvereinbarung treffen. Außerdem ist es wohl nicht ganz unüblich und auch durchaus rechtens, dass Anwälte schon zu Beginn eines Verfahrens einen Vorschuss in einer Größenordnung der voraussichtlich insgesamt anfallenden Gebühren geltend machen, um sich gerade hinsichtlich möglicher Insolvenzrisiken bzw. nachträglicher Streitigkeiten über die Höhe des Honorars abzusichern.

Der Senat erlaubt sich allerdings an dieser Stelle noch den **weiteren Hinweis**, dass in der Zukunft Streitigkeiten dieser Art auch vermieden werden könnten, wenn das SG anstelle der wohl bislang praktizierten schematischen sofortigen Festsetzung des vorläufigen Streitwertes in Höhe des Regelstreitwertes von 5.000 EUR entweder den Beteiligten unter einer kurzen Fristsetzung Gelegenheit geben würde, sich zur Höhe des Streitwertes aus ihrer Sicht zu **äußern**, oder ggf. zumindest die Vorlage der **Verwaltungsakten abwarten** würde, denen nicht selten auch schon Anhaltspunkte zur Höhe des Streitwertes etwa in den Verfahren aus dem Vertragsarztrecht zu entnehmen sind. Eine solche Vorgehensweise dürfte nach Einschätzung des Senates auch nicht im Widerspruch zu der Regelung in § 63 I 1 GKG stehen. Denn die gesetzliche Regelung verlangt zwar die unverzügliche Festsetzung des vorläufigen Streitwertes, aber man wird wohl zwischen den Zeilen auch mitlesen dürfen, dass dieser aber auch schon möglichst dem tatsächlichen (richtigen) Streitwert nahe kommen sollte.

SG Stuttgart, Beschl. v. 15.08.2006 - S 5 KA 6083/06 W-A – setze vorläufig der Streitwert in Höhe des Regelstreitwertes von 5.000 EUR fest. Hiergegen legte der **Klägerbevollmächtigte im eigenen Namen** Beschwerde ein, weil als Streitwert entsprechend dem "Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit 2006" der finanzielle Vorteil zu bemessen sei, den die Kl. über einen Zeitraum von zwei Jahren bei Gewährung der beantragten Budgeterhöhung erreichen würden. Dies ergebe einen Betrag in Höhe von 48.222,72 EUR. Das LSG wies die Beschwerde als unzulässig zurück.

6. AUSLEGUNG EINES VERWALTUNGSAKTS/ABHILFEBESCHEID

LSG Berlin-Brandenburg, *Urt. v. 28.11.2007 – L 7 KA 251/03 –*

RID 08-01-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X § 31; SGG § 54 I 1, 95; VwGO § 79 I Nr. 2, II, 85 II

Ob ein **Verwaltungsakt** erlassen worden ist und welchen Inhalt dieser ggf. hat, ist nicht nach der Vorstellung der Behörde zu beurteilen. Entscheidend ist vielmehr der **objektive Sinngehalt** ihrer Erklärung, das heißt wie der Empfänger die Erklärung bei verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalls objektiv verstehen musste.

Ein Widerspruchsverfahren erledigt sich mit einem **Abhilfebescheid**, der auch für das aktuelle Quartal, nicht nur ein Vorläuferquartal gilt. Diese Erledigung hat zur Folge, dass die KV das Widerspruchsverfahren hätte einstellen müssen. Durch einen dennoch erlassenen Widerspruchsbescheid ist ein Vertragsarzt beschwert.

SG Berlin, *Urt. v. 25.06.2003 - S 71 KA 82/01 -* wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

XIV. 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. 07.12.2006 – B 6 KA 42/06 R – ZMGR 2007, 44 - ist bei einer **defensiven Konkurrentenklage** gegen eine **Ermächtigung** vom Regelstreitwert pro Quartal des Ermächtigungszeitraums auszugehen.

Zur BSG-Rspr. s. ferner zuletzt RID 07-04 A X (S. 31).

1. HONORARSTREITIGKEITEN

A) ERHÖHUNG DES INDIVIDUALBUDGETS: BEGRENZTES BEGEHREN

LSG Nordrhein-Westfalen, *Urt. v. 19.09.2006 – L 10 B 9/06 KA –*

RID 08-01-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV; GKG § 52 I

Geht es einem Kläger um eine **Erhöhung seines Individualbudgets** auf den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fachgruppe, ist grundsätzlich zunächst die Differenz zum individuellen Punktzahlenvolumen festzustellen. Zu Grunde zu legen ist dabei der jeweils maßgebende Auszahlungspunktwert. Sodann ist von einem Zeitraum von **acht Quartalen** auszugehen und der sich anhand

des Auszahlungspunktwertes insoweit ergebende Betrag unter Berücksichtigung - pauschalierter - Praxiskosten von 50 v.H. zu reduzieren (*LSG Nordrhein-Westfalen* v. 24.07.2002 - L 11 B 9/02 KA -). Von diesen Grundsätzen kann **abgewichen** werden, wenn es einem Kl. nicht um eine generelle Erhöhung des Individualbudgets für zukünftige Quartale geht, sondern sein Begehren allein darauf gerichtet ist, die nach seiner Auffassung aus der Behandlung von 318 weiteren Patienten folgende **zusätzliche Honoraranforderung** mittels Erhöhung der Fallzahl in das ihm zuerkannte Individualbudget einzubeziehen und letztlich vergütet zu bekommen (hier: tatsächliche Vergütung pro Patient von 21,20 EUR mal 318 Patienten für ein Quartal).

SG Düsseldorf, Beschl. v. 28.09.2005 - S 33 KA 255/04 – setzte den Streitwert auf 13.250 EUR, das *LSG* auf 6.742 EUR fest.

B) HONORARVERFAHREN: ABZUG DER PRAXISKOSTEN/UNVOLLSTÄNDIGER STREITWERTKATALOG

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 15.11.2006 – L 10 B 34/06 KA –

RID 08-01-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de

GKG § 52

Die Auffassung, bei Honorarverfahren sei kein Abzug der Praxiskosten vorzunehmen (vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2001, 57, 62, 63), gibt keinen Anlass, von der bisherigen Senatsrechtsprechung abzuweichen. Der **Streitwertkatalog** der Präsidenten/Präsidentinnen der Landessozialgerichte hat lediglich informativen Charakter. Der Katalog ist offensichtlich unvollständig und damit wenig brauchbar, wenn lediglich punktuelle Entscheidungen zu einzelnen Komplexen aufgegriffen werden.

Das *LSG* wies die Beschwerde gegen *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 19.09.2006 - S 14 KA 252/04- zurück.

C) UNTÄTIGKEITSKLAGE IN HONORARSTREITVERFAHREN

LSG Hessen, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 393/07 KA –

RID 08-01-118

LSG Hessen, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 395/07 KA –

RID 08-01-119

SGB V § 85 IV; SGG § 197a; GKG 52 I u. II, 63 II 1

In einem Honorarstreitverfahren wegen Untätigkeit, dem unmittelbar keine Anhaltspunkte für die Bestimmung des Streitwerts entnommen werden kann, ist der mittelbare wirtschaftliche Wert eines endgültigen oder vorläufigen Prozessenerfolgs nicht zu berücksichtigen, sondern ist vom Regelstreitwert auszugehen. Hiervon ist bei Untätigkeitsklagen 1/10 bis 1/4 zu nehmen. 1/10 des Regelstreitwerts (hier: 500 Euro) ist angemessen, wenn lediglich der Honorarbescheid für ein Abrechnungsquartal betroffen ist.

2. GENEHMIGUNGEN

A) WIDERRUF EINER ULTRASCHALLGENEHMIGUNG

LSG Hamburg, Beschl. v. 12.11.2007 – L 2 B 362/07 ER KA – RID 08-01-(diese Ausgabe S. 18)

Der Streitwert für den Widerruf einer Ultraschallgenehmigung ist unter entsprechender Anwendung der Rspr. in Zulassungssachen nach dem Umfang der mit der Genehmigung erzielten Abrechnung zu bestimmen, im einstweiligen Anordnungsverfahren ist der Betrag nicht für drei, sondern für ein Jahr (hier: 7.343,18 Euro) zu nehmen; hiervon sind die Kosten (hier: 40 %) abzusetzen.

B) GENEHMIGUNG ZUR ABRECHNUNG ANÄSTHESIOLOGISCHER LEISTUNGEN

LSG Hessen, Beschl. v. 28.11.2007 – L 4 B 237/07 KA –

RID 08-01-120

GKG § 52

Der Streitwert in einem Verfahren bzgl. der Genehmigung zur Abrechnung anästhesiologischer Leistungen ist wie bei Zulassungsstreitigkeiten auf den **dreifachen Jahresumsatz abzüglich Praxisunkosten** festzusetzen. Vom Gesamtumsatz kann im Wege der Schätzung der Anteil der Leistungen ermittelt werden, der in der Vergangenheit auf den von der Genehmigung betroffenen Leistungsumfang entfiel.

SG Marburg, Urt. v. 15.05.2007 – S 12 KA 285/06 – setzte den Regelstreitwert fest, das *LSG* 71.000 Euro; zur **Ausgangsentscheidung** s. *SG Marburg*, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 285/06 – RID 07-01-47.

C) GENEHMIGUNG ZUR ERBRINGUNG KOLOSKOPISCHER LEISTUNGEN (§ 73 IA SGB V)

LSG Sachsen, Urt. v. 27.06.2007 – L 1 KA 25/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 08-01- (diese Ausgabe S. 31)

Bei der Streitigkeit einer Genehmigung zur Erbringung koloskopischer Leistungen ist der Streitwert nach dem Wert der streitigen Leistungen für den **gesamten Zeitraum** zu bemessen (hier: bei 170 Koloskopien, die im rechnerischen Mittel mit 2.025 Punkten bewertet sind, in 8 Quartalen zu einem Punktwert von 0,02 EUR und einem **Praxiskostenanteil** von 29,4 % ergibt sich ein Streitwert von 38.886,48 EUR).

3. ZWEIGPRAXIS

A) GENEHMIGUNG DURCH K(Z)V

LSG Hessen, Beschl. v. 18.12.2007 – L 4 KA 57/07 ER – RID 08-01-40 (diese Ausgabe S: 20)

Der Streitwert in einem Verfahren bzgl. der Genehmigung einer Zweigpraxis durch die K(Z)V ist in einem **einstweiligen Anordnungsverfahren auf 1/3 des dreifachen Regelstreitwerts** (vgl. Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit) festzusetzen (5.000 Euro).

B) GENEHMIGUNG DURCH ZULASSUNGS-AUSSCHUSS

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.07.2007 – L 7 B 111/07 KA ER – RID 08-01-85 (diese Ausgabe S. 35)

Der Streitwert in einem Verfahren bzgl. der Genehmigung einer Zweigpraxis durch den Zulassungsausschuss ist in einem **einstweiligen Anordnungsverfahren auf die Hälfte des pro Quartal anzusetzenden Auffangwerts**, hochgerechnet auf **drei Jahre**, festzusetzen (30.000 Euro).

4. BEREITSCHAFTSDIENST

A) BEFREIUNG VOM ALLGEMEINEN ÄRZTLICHEN NOTDIENST

LSG Sachsen, Beschl. v. 31.01.2008 – L 1 B 151/07 KA-ER – RID 08-01-45 (diese Ausgabe S. 21)

www.sozialgerichtsbarkeit.de

BRAGO § 8

In Verfahren um die Befreiung vom allgemeinen ärztlichen Notdienst ist der Regelstreitwert als Gegenstandswert festzusetzen.

B) SUSPENDIERUNG VOM ALLGEMEINEN ÄRZTLICHEN NOTDIENST

LSG Hessen, Beschl. v. 16.01.2008 – L 4 B 338/07 KA –

RID 08-01-122

GKG § 42 III

In Verfahren zur Suspendierung vom allgemeinen ärztlichen Notdienst ist entsprechend § 42 III GKG vom **dreifachen Jahresbetrag** des aus dem ärztlichen Bereitschaftsdienst im Vorjahr erzielten **Honorars einschließlich der privatärztlichen Vergütungen** auszugehen, ohne dass noch ein Betriebskostenanteil abzuziehen ist. Die privatärztlichen Vergütungen sind einzubeziehen, wenn aufgrund des Statuts der KV und der Landesärztekammer die streitig gewesene Zulassung zum ärztlichen Bereitschaftsdienst auch die notfallmäßige Behandlung von Privatpatienten umfasst.

SG Marburg, Beschl. v. 29.11.2006 – S 12 KA 864/06 setzte den zweifachen Regelstreitwert (10.000 Euro) fest, das LSG 142.654,71 Euro.

5. GENEHMIGUNG EINER ÜBERÖRTLICHEN GEMEINSCHAFTSPRAXIS IM EINSTWEILIGEN RECHTSSCHUTZVERFAHREN

SG Hannover, Beschl. v. 04.01.2008 – S 16 KA 469/07 ER – RID 08-01-111 (diese Ausgabe S. 44)

In einem einstweiliges Anordnungsverfahren mit dem Ziel der Anordnung der sofortigen Vollziehung der **Genehmigung einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis** ist der Streitwert auf den **Regelstreitwert** pro Quartal für - da es sich um ein einstweiliges Rechtsschutzverfahren handelt - **ein Jahr** und somit auf 20.000,00 EUR festzusetzen.

XV. Entscheidungen des BSG

1. HONORARVERTEILUNG

A) HONORARKONTINGENT FÜR ANÄSTHESISTEN UND ANDERE MEHREINNAHMEN (KV NIEDERS. I/96 BIS I/97)

BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 43/06 R –

RID 08-01-123

Leitsatz: Wenn der Punktwert in einem einzelnen Leistungsbereich einer Arztgruppe dauerhaft um mehr als 15% hinter dem landesdurchschnittlichen Anforderungspunktwert zurückbleibt, kann nur auf der Basis einer Gesamtbetrachtung der Honorarentwicklung der betroffenen Arztgruppe und eines Vergleichs mit anderen Arztgruppen beurteilt werden, ob die Kassenärztliche Vereinigung Stützungsmaßnahmen ergreifen muss (Abgrenzung zu BSG vom 9.9.1998 - B 6 KA 55/97 R = BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 26 und Fortentwicklung von BSG vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R = BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12).

B) BEWERTUNGS-AUSSCHUSS: BEGRENZUNG DER KOSTENERSTATTUNGEN NACH KAP. O III EBM

BSG, Urt. v. 23.05.2007 – B 6 KA 2/06 R –

RID 08-01-124

Leitsatz: Der Bewertungsausschuss durfte die Gewährung des zum 1.1.2000 eingeführten 24-prozentigen Aufschlags auf die Kostenerstattungen nach Kap O Abschn. III EBM-Ä in der Weise begrenzen, dass eine (Gemeinschafts-)Praxis ihn nur bis zu einer Gesamtsumme von Kostenerstattungen in Höhe von 6,2 Mio. DM je Quartal erhält.

2. UNZEITGEBÜHR (NR. 5 EBM 1996) NICHT BEI FAKTISCHER SPRECHSTUNDE

BSG, Beschl. v. 29.11.2007 – B 6 KA 52/07 B –

RID 08-01-125

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. 14.06.2007 - L 5 KA 58/05 - wird zurückgewiesen.

Entscheidend für den rechtmäßigen Ansatz der Nr. 5 EBM ist, ob der Vertragsarzt, der einen Patienten zu den in der Leistungslegende benannten Zeiten ("zur Unzeit") behandelt, in diesem Zeitraum faktisch eine Sprechstunde angeboten, d.h. seine Praxis generell für alle - aus welchen Gründen auch immer - zu diesen Zeiten erscheinenden Patienten geöffnet hat. Ist dies der Fall, darf nicht die Nr. 5 EBM, sondern an Samstagen, Sonn- und Feiertagen lediglich Nr. 6 EBM abgerechnet werden, selbst wenn der nicht einbestellte, aber zu der faktischen Sprechstunde erschienene Patient dringend behandlungsbedürftig war (vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 40/05 R – Rn. 21; BSG, Beschl. v. 29.8.2007 - B 6 KA 31/07 B - juris, Rn. 15).

3. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

A) PRÜFMETHODE DER EINGESCHRÄNKTEN EINZELFALLPRÜFUNG

BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 44/06 R –

RID 08-01-126

Leitsatz: Die Prüfmethode der eingeschränkten Einzelfallprüfung kann gewählt werden, um die Wirtschaftlichkeit des Verordnungsumfangs in einzelnen Behandlungsfällen zu überprüfen.

B) UMFANG DER RECHTSKRAFT IN BESCHIEDUNGSRURTEILEN

BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 27/06 R –

RID 08-01-127

Leitsatz: 1. Die Rechtskraft eines Urteils, das den Beschwerdeausschuss zu erneuter Bescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts verpflichtet, beschränkt die gerichtliche Prüfungs-kompetenz im nachfolgenden Klageverfahren über den neuen Bescheid.

2. Der Kläger ist in dem nachfolgenden Verwaltungs- oder Klageverfahren mit Einwendungen, die vom Gericht in die für eine Neubescheidung als maßgeblich vorgegebene Rechtsauffassung nicht übernommen wurden, ausgeschlossen. Will er sich weiterhin darauf berufen, muss er im Rechtsmittelverfahren für ihn günstigere Bescheidungs-vorgaben erwirken.

4. ZULASSUNGSRECHT: ALLGEMEINMEDIZIN/KEINE PARTIELLE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG NACH 2002

BSG, Urt. v. 27.06.2007 - B 6 KA 24/06 R -

RID 08-01-128

Leitsatz: Einem hausärztlich tätigen Allgemeinarzt kann nicht gestattet werden, auch fachärztlich gastroenterologische Leistungen abzurechnen (Fortführung von BSG vom 31.5.2006 - B 6 KA 74/04 R = SozR 4-2500 § 73 Nr. 1).

Eine entsprechende Abrechnungsbefugnis lässt sich nicht auf die Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 = BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 stützen.

5. STREITWERT: DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE GEGEN ERMÄCHTIGUNG

BSG, Beschl. v. 07.12.2006 - B 6 KA 42/06 R -
juris = ZMGR 2007, 44

RID 08-01-129

Das wirtschaftliche Interesse einer Vertragsärztin an ihrer sog "defensiven Konkurrentenklage" gegen eine Ermächtigung ist lediglich nach dem Zeitraum zu bemessen, für den die Ermächtigung gilt (hier: zwei Jahre). In Ermangelung näherer Anhaltspunkte für die konkreten Auswirkungen der erteilten Ermächtigung auf die Umsatzsituation ist auf den Regelstreitwert je Quartal (vgl. Senatsbeschl. v. 12.09.2006 - B 6 KA 70/05 B -) abzustellen (hier: 40.000 Euro)

B. Krankenversicherungsrecht

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B I (S. 34).

Francke/Hart, Bewertungskriterien und –methoden nach dem SGB V, MedR 2008, 2-24; *Rixen*, Verhältnis von IQWiG und G-BA: Vertrauen oder Kontrolle? – Insbesondere zur Bindungswirkung der Empfehlungen des IQWiG, MedR 2008, 24-30; *Schlegel*, Gerichtliche Kontrolle von Kriterien und Verfahren, MedR 2008, 30-34; *Pitschas*, Information der Leistungserbringer und Patienten im rechtlichen Handlungsrahmen von G-BA und IQWiG: Voraussetzung und Haftung, MedR 2008, 34-41

1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

A) REFRAKTIVE AUGENCHIRURGIE ("CLEAR-LENS-EXTRACTION"-OP MIT IMPLANTATION EINER MULTIFOKALLINSE)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.10.2007 – L 5 (2) KR 120/05 –

RID 08-01-130

rechtskräftig www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III 1, 27, 92 II Nr. 5, 135 I Nr. 1

Die "**Clear-Lens-Extraction**"-Operation mit Implantation einer multifokalen Linse zählt nicht zu den von einer gesetzlichen Krankenkasse geschuldeten Leistungen, weil diese Methode nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehört und die für die Abrechnungsfähigkeit neuer Behandlungsmethoden nach § 135 I SGB V erforderliche Empfehlung des GBA in den Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 5 SGB V (BUB-Richtlinien) - bis heute - nicht vorliegt. Die Leistung wird von Nr. 1353 EBM 1996 bzw. Nr. 31350 EBM 2005 nicht erfasst. Ein **Systemversagen** liegt nicht vor.

SG Düsseldorf, Urt. v. 08.09.2005 - S 8 KR 246/02 – gab der Klage (Kostenerstattung in Höhe von 3.812,12 Euro) statt, das **LSG** wies die Klage ab.

B) REFRAKTIVE AUGENCHIRURGIE: CIRKULÄRE KERATOTOMIE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.02.2008 – L 16 B 123/07 KR ER –

RID 08-01-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III 1, 27, 92 II Nr. 5, 135 I Nr. 1

Die Behandlungsmethode "circuläre Keratotomie" ist nach der in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes gebotenen summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage weder im Regelfall noch im Ausnahmefall einer notstandsähnlichen Situation vom Leistungskatalog des SGB V in der ambulanten Versorgung umfasst. Bei der circulären Keratotomie handelt es sich um eine sog. neue Behandlungsmethode im Sinne von § 92 II i.V.m. § 135 SGB V (vgl. zu der Definition z. B. BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 10). Die refraktive Augen Chirurgie, zu der auch die streitige Behandlungsmethode zählt, ist gemäß Anlage II Nr. 13 der Method-RL ausdrücklich als "nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode" ausgeschlossen.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 01.10.2007 - S 44 KR 187/07 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

C) LASEREPILIERUNG ZUR ENTFERNUNG VON AUSGEPRÄGTEM VIRILEN HAARWUCHS

LSG Bayern, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 94/06 –

RID 08-01-132

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27, 92 II Nr. 5, 135 I Nr. 1

Eine Laserbehandlung im ambulanten Bereich zur Entfernung von ausgeprägtem virilen Haarwuchs (**Laserepilierung**) ist eine neue Behandlungsmethode, denn sie ist im EBM als Therapie des gegenständlichen Haarwuchses nicht aufgeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Methode bisher nicht anerkannt. Ein **Systemmangel** liegt nicht vor, weil die konventionelle **Nadelepilation** sowie die **Elektroepilation** als zugelassene Behandlungsmethode zur Entfernung von virilem Haarwuchs zur Verfügung stehen.

SG Nürnberg, Gerichtsbb. v. 06.02.2006 - S 11 KR 439/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

D) EXTRAKORPORALE STOßWELLENTHERAPIE

LSG Bayern, Urt. v. 20.09.2007 – L 4 KR 179/06 –

RID 08-01-133

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27, 92 II Nr. 5, 135 I Nr. 1

Für die extrakorporale Stoßwellentherapie liegt unter der Nr. 23 der Anlage B der sog. BUB-Richtlinien ein ausdrücklicher **Ausschlussstatbestand** vor, an den die Krankenkasse gebunden ist. **BSG**, Urt. v. 27.09.2005 - B 1 KR 28/03 R - stellt dies unmissverständlich klar.

SG München, Urt. v. 30.05.2006 - S 47 KR 1333/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Nach **BSG**, Urt. v. 27.09.2005 - B 1 KR 28/03 R - USK 2005-77 handelt es sich bei der extrakorporalen Stoßwellentherapie (EWST) um eine neue Behandlungsmethode i.S. von § 135 SGB V, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil wurde nicht zur Entscheidung angenommen (**BVerfG**, 1. Sen. 3. Ka. v. 02.02.2006 - 1 BvR 2678/05); **BSG**, Beschl. v. 02.11.2007 – B 1 KR 110/07 B – juris hat eine Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 12.07.2007 - L 5 KR 14/07 – juris zurückgewiesen.

E) KREBSBEHANDLUNG UNTER ANWENDUNG U.A. VON UKRAIN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 31.10.2007 – L 5 KR 2563/07 –

RID 08-01-134

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27, 92 II Nr. 5, 135 I Nr. 1

Eine **Krebsbehandlung**, die neben der Anwendung des **Arzneimittels Ukrain** aus einem **Konglomerat verschiedenster Behandlungen**, u.a. Blutautotransfusionen, Infusionen von Natriumhydrogenkarbonat, Kaliumchlorid, Magnesium, Procain, Ukrain und anderen Mitteln besteht und für die es an der erforderlichen befürwortenden Entscheidung des Bundesausschusses fehlt, kann von den gesetzlichen Krankenkassen nicht gewährt werden, wenn **Therapieoptionen** zur Verfügung stehen, die dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechen und als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung auch gewährt werden, und wenn es an einer auf Indizien gestützten, nicht ganz fern liegenden **Aussicht auf Heilung** oder wenigstens auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf fehlt und wenn der behandelnde Arzt nicht über den für die Durchführung von Krebsbehandlungen auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung notwendigen **Facharztstandard** verfügt.

SG Mannheim, Gerichtsbb. v. 18.04.2007 - S 11 KR 3290/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

S. a. **LSG Hessen**, Urt. v. 24.05.2007 – L 8 KR 82/06 – RID 07-04-89, **Revision anhängig**: B 1 KR 21/07 R (Hat eine Krankenkasse in Anlehnung an § 28 II 9 SGB V die Kosten eines Zahnersatzes voll zu übernehmen, wenn der Versicherte durch eine Tumorerkrankung einen größeren Kieferdefekt erlitten hat?).

2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B I 2 (S. 36).

A) KOSTEN BEI PRIVATVERSICHERTER EHEFRAU

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.12.2007 – L 16 KR 132/07 –

RID 08-01-135

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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.

SG Düsseldorf, Urt. v. 26.07.2007 – S 8 KR 270/05 – **RID 07-04-83** - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. a. **LSG Sachsen-Anhalt**, Urt. v. 23.05.2007 – L 4 KR 53/03 – RID 07-04-84, **Revision anhängig**: B 1 KR 24/07 R (Ein Kostenerstattungsanspruch für zu Unrecht abgelehnte Leistungen zur künstlichen Befruchtung 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).

B) ALTERSGRENZE FÜR FRAUEN VERFASSUNGSKONFORM

LSG Hamburg, Urt. v. 12.12.2007 – L 1 KR 3/07 –

RID 08-01-136

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27a

§ 27a III SGB V i. d. F. d. GMG setzt als Altersgrenze für die Ehefrau die Vollendung des 40. Lebensjahres. Diese Regel ist verfassungskonform.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 02.01.2007 - S 23 KR 1114/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt *LSG Bayern*, Urt. v. 24.04.2007 – L 5 KR 294/05 – RID 07-04-87; *LSG Hessen*, Urt. v. 29.06.2006 – L 8 KR 87/05 – RID 06-03-105; zur **Altersgrenze für Männer** s. *BSG*, Urt. v. 24.05.2007 – B 1 KR 10/06 R –.

Zur **Verfassungsmäßigkeit der unteren Altersgrenze von 25 Jahren** vgl. *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 240/06 – RID 07-04-82.

II. Kostenerstattungsanspruch

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B II (S. 40).

1. KEIN ANSPRUCH AUS ART. 10 PSYCHThG

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.02.2007 – L 1 KR 20/03 –

RID 08-01-137

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§

Art. 10 PsychThG betrifft nur die Rechtsstellung der Psychotherapeuten, gewährt aber dem **Versicherten** neben dem Kostenerstattungsanspruch aus § 13 III SGB V **keinen zusätzlichen Anspruch** auf Erstattung der durch eine Psychotherapie entstandenen Kosten (vgl. BSG, Urt. v. 18.07.2006 – B 1 KR 24/05 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 9).

Versicherte haben keinen **Kostenerstattungsanspruch** aus § 13 III SGB V, wenn sie sich trotz (durch zugelassene Leistungserbringer) sichergestellter Versorgung ab 01.01.1999 von Therapeuten behandeln lassen, die bis zum 31.12.1998 als **Erstattungstherapeuten** tätig waren, als Psychotherapeuten approbiert sind und deren rechtzeitig gestellte Anträge auf Zulassung oder Ermächtigung zur Zeit der Behandlung noch nicht bestands- oder rechtskräftig abgelehnt worden sind. BSG, aaO. in einem Fall entschieden, in dem es ebf. um die Erstattung von Kosten ging, die durch die Behandlerin des Kl. bei einer anderen Patientin entstanden sind. Die Verfassungsbeschwerde gegen diese Entscheidung wurde nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG, 1. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 13. 12. 2006 - 1 BvR 2627/06 -).

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 27.02.2003 - S 87 KR 1856/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. BEHANDLUNG DURCH NICHT ZUGELASSENEN ZAHNARZT

LSG Bayern, Urt. v. 23.08.2007 – L 4 KR 386/06 –

RID 08-01-138

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13

Hat ein Versicherter Kostenerstattung nicht gewählt, entfällt für ihn die Möglichkeit der **Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer**. Es ist nicht möglich, die Wahl der Kostenerstattung auf **bestimmte ambulante Leistungen** zu beschränken. Auch nach § 13 Abs. 2 SGB V in der ab 01.04.2007 geltenden Fassung können einzelne Leistungserbringer nur dann im Wege der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden, wenn Versicherte vorher anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung gewählt haben. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von nicht im 4. Kapitel genannten Leistungserbringern. Hier ist jedoch zusätzlich eine vorherige Zustimmung der Krankenkasse im Einzelfall erforderlich (§ 13 II 6 SGB V). Vor der Wahlerklärung ist auch nach neuem Recht keine Kostenerstattung möglich.

Es ist nicht **europarechtswidrig**, nicht zugelassene inländische Leistungserbringer und ausländische Leistungserbringer unterschiedlich zu behandeln. Befinden sich sowohl Leistungserbringer wie Versicherte im Bundesgebiet, so fehlt es bereits an einem europarechtlichen Bezug.

SG München, Urt. v. 24.08.2006 - S 18 KR 1367/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. URSACHENZUSAMMENHANG ZWISCHEN ABLEHNUNG UND ENTSTANDENEN KOSTEN

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.11.2007 – L 5 KR 14/07 –

RID 08-01-139

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 III

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

stellt in dem Sachleistungssystem des SGB V einen Ausnahmefall dar und gibt einen Anspruch der Versicherten auf Kostenerstattung nur dann, wenn sich das Leistungssystem der Krankenversicherung im Einzelfall als mangelhaft erwiesen hat (BSG u. a. Urt. v. 14.12.2006 - B 1 KR 8/06 R -).

SG Schleswig, Urt. v. 20.11.2006 - S 8 KR 61/06 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.01.2008 – L 11 KR 52/07 –

RID 08-01-140

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 III

Ein Kostenerstattungsanspruch setzt voraus, dass die Versicherte die Krankenkasse einschaltet und deren **Entscheidung** abwartet, bevor sie sich die Leistung besorgt.

Im Falle eines **echten Notfalles** i.S. des § 76 I 2 SGB V, bei dem ein unvermittelt auftretender Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss, so dass schon die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten nicht mehr möglich ist (vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2006 - B 1 KR 8/06 R -), entsteht nur ein **unmittelbarer Vergütungsanspruch der Klinik** gegen die Krankenkasse (BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 25; ebenso im Falle einer ambulanten Behandlung, s. BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 9). Einer Versicherten entstehen dann im Rechtsinne keine Kosten (§ 13 III 1 SGB V), weil für sie keine wirksame Zahlungsverpflichtung besteht.

SG Köln, Urt. v. 25.04.2007 - S 5 KR 286/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. SATZUNGSKLAUSEL "VERTRAGSÜBLICHE" LEISTUNGEN: KEINE BESCHRÄNKUNG AUF SGB V-LEISTUNGEN

SG Marburg, Urt. v. 08.01.2008 – S 6 KR 54/05 –

RID 08-01-141

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95

Sieht eine **Krankenkassensatzung** vor, dass für freiwillige Mitglieder die verordneten Mittel selbst zu beschaffen und zu bezahlen sind, nach Vorlage der Rechnungen und Verordnungen 75 % des jeweiligen Rechnungsbetrages zu erstatten ist, dann unterfallen diesem Kostenerstattungsanspruch grundsätzlich auch **sämtliche ärztlich verordnete Arzneimittel**. Etwas anderes lässt sich insbesondere nicht der Einschränkung der Kostenerstattung im Fall der Verordnung von Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillengläsern auf "**vertragsübliche**" Leistungen entnehmen. Ein Verständnis der Klausel in dem Sinne, vertragsüblich sei das, was andere Mitglieder der Krankenkasse aufgrund des SGB V beanspruchen können, scheidet von vornherein aus, da deren Leistungsansprüche gerade nicht auf einem Vertrag beruhen, sondern sich unmittelbar aus dem Gesetz ergeben. "Vertragsüblich" bezieht sich offenbar nicht auf ein bestimmtes Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern generell auf einen Krankenversicherungsvertrag.

Die im SGB V normierten allgemeinen Leistungseinschränkungen für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen vermögen die satzungsgemäßen besonderen Leistungsansprüche für Mitglieder in **geschlossenen Beitragsklassen** einer Krankenkasse nicht zu begrenzen. Dies folgt auch aus dem gesamten Wesen der besonderen Beitragsklasse, deren Ausgestaltung insgesamt nicht den Regelungen des SGB V entspricht.

Das *SG* gab der Klage statt und stellte fest, dass die Bekl. verpflichtet ist, dem Kl. – für diesen galt das Kostenerstattungsprinzip - die Aufwendungen für den Erwerb ärztlich verordneter, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in Höhe von 75 vom Hundert zu erstatten.

III. Stationäre Krankenhausbehandlung: Krankheitsbegriff

Zur *BSG-Rspr.* vgl. zuletzt RID 06-04-B III 1 (S. 55); zur *Instanzenrspr.* vgl. zuletzt RID 07-04-B III (S. 41 f.); RID 07-01-B III 1 (S. 50 f.); 06-04-B III 1 (S. 55).

1. BRUSTVERKLEINERUNGSOPERATION

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.11.2007 – L 5 KR 80/06 –

RID 08-01-142

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 27 I 1

Der **operative Eingriff in ein gesundes Organ** - hier die Brüste – ist nur dann gerechtfertigt, wenn keinerlei andere Behandlungsmethoden zum Erfolg führen können. Bei einem erhöhten Brustgewicht ist therapeutisch auf einen Ausgleich der Bindegewebsstrukturen und Rückenmuskulatur durch **krankengymnastische Übungen** vorrangig hinzuwirken. Vorrangige Behandlungsform ist ferner eine **Gewichtsreduktion**.

SG Lübeck, Urt. v. 22.06.2006 – S 3 KR 811/04 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

2. BEINVERLÄNGERENDE OPERATION

SG Düsseldorf, Urt. v. 15.11.2007 – S 8 KR 377/06 –

RID 08-01-143

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 106/07 -
SGB V § 27 I 1*

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Wird von den Ärzten keine **Fehlfunktion** aufgrund einer rein rechnerisch ermittelten **Dysproportionalität** beschrieben und liegt keine augenfällige Dysproportionalität - etwa im Sinne einer Entstellung – vor, so besteht kein Anspruch auf eine beinverlängernde Operation. **Beeinträchtigungen**, die im **Alltag** aufgrund der unterdurchschnittlichen Größe erleidet werden (kein Erreichen höherer Regale, z.B. beim Einkaufen; Unmöglichkeit, über höhere Verkaufstheken hinwegblicken zu können; Unmöglichkeit, einen Stuhl unter Ausnutzen der Rückenlehne benutzen zu können), rechtfertigen nicht den Eingriff in ein gesundes, funktionstüchtiges Körperteil.

Selbst wenn ein Leidensdruck bereits eine **psychische Störung** von Krankheitsausmaß darstellen sollte, beschränkt sich der Heilbehandlungsanspruch deshalb im Allgemeinen auf eine Behandlung mit Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie.

Das **SG** wies die Klage ab.

Vgl. **BSG**, Urt. v. 19.02.2003 - B 1 KR 1/02 R - SozR 4-2500 § 137c Nr. 1 = BSGE 90, 289 = NZS 2004, 140 (**Applikation eines Magenbandes**); zur **Instanzenpraxis** s. **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 21.06.2007 - L 5 KR 220/06 (Fall einer Brustvergrößerung bei Asymetrie), **Revision anhängig**: B 1 KR 19/07 R (zur Entscheidung am 28.02.2008 vorgesehen); **SG Düsseldorf**, Urt. v. 26.07.2007 – S 8 (4) KR 4/05 – RID 07-04-103; **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 12.07.2006 – L 5 KR 5779/04 – RID 07-01-139; **SG Dresden**, Gerichtsbb. v. 21.06.2006 – S 18 KR 1302/04 – RID 07-01-140; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 03.05.2005 – L 5 KR 173/04 -; **LSG Hamburg**, Urt. v. 20.10.2004 – L 1 KR 5/02 - RID 05-01-132; **LSG Hamburg**, Urt. v. 20.10.2004 – L 1 KR 41/00 -; **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 07.12.2004 - L 11 KR 1627/04 – RID 05-01-134; **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 07.12.2004 - L 11 KR 1905/04 – RID 05-01-135; **LSG Hamburg**, Urt. v. 06.10.2004 - L 1 KR 22/01 - RID 04-04-100; **zum einstweiligen Rechtsschutz** s. **LSG Nordrhein-Westfalen**, B. v. 19.04.2007 – L 16 B 14/07 KR ER – RID 07-02-129; **LSG Nordrhein-Westfalen**, B. v. 11.07.2006 – L 16 B 43/06 KR ER – RID 06-03-119.

IV. Deutsch-schweizerisches Abkommen: Stationäre Reha bei Maculaödem

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.10.2007 – L 5 KR 130/05 –

RID 08-01-144

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12, 13 III, 16 I Nr. 1, 18; SGB I § 30 II

Nach dem **Abkommen** zwischen der BRD und der schweizerischen Eidgenossenschaft über soziale Sicherheit hat eine Person, die sich vorübergehend im Gebiet der anderen Vertragspartei aufhält, **Anspruch** auf der Grundlage der Gebietsgleichstellung nur dann, wenn sie wegen ihres Zustandes sofort Leistungen benötigt oder unter der weiteren Voraussetzung, dass der zuständige Träger der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes vorher zugestimmt hat. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, ist Grundlage für eine **Kostenerstattung nur § 18 SGB V** als Ausnahmenvorschrift zu § 16 I Nr. 1 SGB V. Hiernach kann die Krankenkasse die Kosten für die erforderliche Behandlung ganz oder teilweise übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum möglich ist. Auch hierbei muss es sich - in gleicher Weise wie bei einem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 III SGB V um eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistung im Sinne des § 12 I SGB V handeln, die zur Behandlung der Krankheit notwendig ist (**BSG**, Urt. v. 13.12.2005 - B 1 KR 21/04 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 5).

Kann eine **Injektions-Therapie** (Fortecortin mono 4 mg subkonjunktival gespritzt 2 x wöchentlich) sowohl in dieser Form als auch mit diesem therapeutischen Ziel am Wohnort vorgenommen bzw. erreicht werden, so besteht für eine in der Schweiz durchgeführte Behandlung kein Kostenerstattungsanspruch. Es gibt keinerlei Hinweise dafür, dass sich ein Hochgebirgsaufenthalt positiv auf ein Maculaödem auswirkt, welches auf dem Boden einer chronisch degenerativen Erkrankung der Netzhaut und des Pigmentepithels entstanden ist.

SG Düsseldorf, Urt. v. 11.11.2005 - S 8 KR 25/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur BSG-Rspr. zur Krankenbehandlung im Ausland s. zuletzt RID 07-04-B IV (S. 42).

V. Arzneimittel

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B V (S. 44).

1. OFF-LABEL-USE

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B V 1 (S. 44).

A) SELTENHEITSERKRANKUNG: NOVO-SEVEN FÜR THROMBOZYTOPATHIE BEI GARDNER-DIAMOND-SYNDROM

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.11.2007 – L 24 B 588/07 KR ER –

RID 08-01-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 35b III 1; SGG § 86b II, 92 I 2 Nr. 6

Das Arzneimittel Novo-Seven ist nicht zur Durchführung einer Gerinnungstherapie für die Behandlung einer Thrombozytopathie bei Gardner-Diamond-Syndrom zugelassen, so dass es grundsätzlich nicht nach § 31 I 1 SGB V beansprucht werden kann. Es handelt sich um die Fälle des sog. **Off-Label-Use**, der **Seltenheitserkrankungen** (singuläre Krankheitsfälle) und der lebensbedrohlichen oder vorhersehbar tödlich verlaufenden Krankheit.

Hat wie hier der **Gemeinsame Bundesausschuss keine Empfehlung** für ein Arzneimittel (Anlage 9 der AMR) abgegeben, so kann dahinstehen, ob mit der Regelung des sog. Off-Label-Use in § 35b III SGB V die BSG-Rspr. noch uneingeschränkt Geltung beanspruchen kann oder ob sich damit der ursprünglich gesehene Bedarf erübrigt oder zumindest verschoben haben könnte, Regeln für einen erweiterten, aber kontrollierten Off-Label-Use zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in der Rechtsprechung aufzustellen (so BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 R -), wenn die Voraussetzungen eines Off-Label-Use nicht vorliegen.

Eine Erkrankung rechnet zu den **Seltenheitserkrankungen**, wenn von ihr nicht mehr als fünf von 10.000 Personen betroffen sind.

Kann eine abschließende Beurteilung, ob verfügbare wissenschaftliche Erkenntnisse mit Aussagefähigkeit über einen **voraussichtlichen Nutzen und die möglichen Risiken** bei gleichzeitiger Abwägung gegeben sind, nicht getroffen werden, so besteht auch bei einer Seltenheitserkrankung kein Versorgungsanspruch. Nach **BVerfG**, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 – BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 reicht es nicht aus, dass eine Erkrankung besteht, die die Möglichkeit eines lebensbedrohlichen Verlaufs bietet; vielmehr ist erforderlich, dass sich nach den konkreten Umständen des Falles der **voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf** innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklicht (**BSG**, Urt. v. 14.12.2006 - B 1 KR 12/06 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 8; **BSG**, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 17/06 R -; **BSG**, Urt. v. 07.11.2006 - B 1 KR 24/06 R - NJW 2007, 1385). Die Thrombozytopathie bei Gardner-Diamond-Syndrom ist keine regelmäßig lebensbedrohliche bzw. zu Tode führende Erkrankung ist.

Die 1987 geb. Ast. leidet im Wesentlichen an einer Thrombozytopathie (Störung der Blutplättchenfunktion) bei Gardner-Diamond-Syndrom mit flächiger Purpura bei Zustand nach transitorisch-hämischer Attacke mit vorübergehender Halbseitenstörung rechts (Juni 2004) bei verbliebenen geringen Restzuständen, einem chronischen Schmerzsyndrom, einer autonomen Funktionsstörung als Begleitsymptomatik und einer leichten reaktiv-depressiven Verstimmung bei etwas abhängiger Persönlichkeitsstrukturierung. Die **Thrombozytopathie** geht mit einem schubweisen Auftreten von stark schmerzhaften Einblutungen in Haut, Schleimhäute und innere Organe sowie mit möglichen Blutungen in das Gehirn einher. Ihre Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin beantragte für die Ast. erfolglos die Genehmigung einer zunächst zeitlich begrenzten **Gerinnungstherapie mit Novo-Seven**. Bei diesem Arzneimittel handelt es sich um den gentechnisch hergestellten (rekombinanten) aktivierten Gerinnungsfaktor VII. Es ist **zugelassen** zur **Behandlung von Blutungen bei Patienten mit kongenitaler Hämophilie**. **SG Frankfurt (Oder)**, Beschl. v. 13.12.2006 verpflichtete die Ag., der Ast. das Arzneimittel Novo-Seven bis längstens Februar 2007 zur Verfügung zu stellen. Die Ast. wies u.a. darauf hin, dass seit 1955 wohl **lediglich 200 Patienten** mit dem **Gardner-Diamond-Syndrom** registriert worden seien, in Deutschland habe es bis 1985 nur 54 bekannte Fälle gegeben. Die schubweise auftretenden Einblutungen seien kleine Mikroblutungen, welche oftmals nicht dargestellt werden könnten, aber extrem schmerzhaft seien. Der zugrunde liegende Defekt sei in einer plötzlich auftretenden lokalen Immunreaktion in Form einer entzündlichen Induration mit anschließender Einblutung ins Gewebe aufgrund einer Thrombozytenfunktionsstörung zu sehen. Die Einblutungen würden durch Erbrechen und Kopfschmerzen im Intervall von 14 Tagen mit einer Dauer von bis zu 10 Tagen, seit April 2006 nahezu im 14tägigen Rhythmus ohne beschwerdefreie Zwischenräume begleitet. Die Gesundheitsstörung sei eine ursächlich nicht behandelbare Erkrankung. Sie erhalte Morphium sowie eine intensive Psycho- und Schmerztherapie. Alle bisherigen Therapien seien jedoch nicht in der Lage gewesen, ein Fortschreiten der

Erkrankung aufzuhalten. Als einzige effektive Therapiestrategie habe sich die während eines stationären Krankenhausaufenthaltes durchgeführte Behandlung mit Novo-Seven erwiesen, die von der behandelnden Ärztin nur für ein halbes Jahr vorgesehen sei. Die Ag. hat eingeräumt, dass eine sehr **seltene Krankheit** mit weltweit ca. 120 Patienten vorliege, für die es **keine etablierten Therapien** gebe. Der gentechnisch hergestellte aktive Gerinnungsfaktor VII sei ursprünglich zur Therapie von Blutungskomplikationen bei Hämophiliepatienten entwickelt worden. Die Behandlungsdauer bei der Antragstellerin sei nicht abzusehen. Die Kosten einer Therapieeinheit beliefen sich auf 1.154,41 Euro, so dass bei dem von der behandelnden Ärztin vorgeschlagenen Umfang schätzungsweise 176.624,73 Euro jährlich anfielen. Studien über einen Behandlungserfolg lägen nicht vor und würden wegen der Seltenheit der Erkrankung nicht durchgeführt, so dass der klinische Nutzen einer entsprechenden Behandlung bei dem Gardner-Diamond-Syndrom nicht wahrscheinlich zu machen sei. Angesichts dessen handele es sich bei der Verabreichung des Medikaments Novo-Seven um eine **experimentelle Therapie**, die grundsätzlich nicht verordnungsfähig sei. **SG Frankfurt (Oder)**, Beschl. v. 04.09.2007 - S 4 KR 154/06 ER - wies den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz zurück; das **LSG verpflichtete die Krankenkasse**. der Ast., soweit sie Sicherheit in Höhe von 5.500 Euro leistet, sie bis zur Entscheidung des SG in der Hauptsache, längstens für vier Monate, auf ärztliche Verordnung mit dem Arzneimittel Novo-Seven zur Durchführung einer Gerinnungstherapie als Sachleistung zu versorgen und wies im Übrigen die Beschwerde zurück; zur zeitlichen Begrenzung der einstweiligen Anordnung weist das LSG darauf hin, dass lediglich ein Anspruch auf eine zeitlich befristete Versorgung, nämlich für insgesamt sechs Monate geltend gemacht wird; bzgl. der Sicherheitsleistung verweist es auf die Vermögensverhältnisse der Ast.

B) IMMUNGLOBULIN OCTAGAM® BEI MULTIPLER SKLEROSE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22.01.2008 – L 16 B 102/07 KR ER –

RID 08-01-146

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die Auffassung der Vorinstanz, dass ein Anordnungsanspruch auf Versorgung mit dem Immunglobulin Octagam® bei Multipler Sklerose im Rahmen eines Off-Label-Uses nicht gegeben ist, wenn davon auszugehen ist, dass eine Behandlungsalternative besteht und eine hinreichend begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg nicht nachgewiesen ist, ist nicht zu beanstanden.

Die 1966 geb. Ast. leidet seit 1991 an einer **schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose (MS)**. Da die Ast. den in dem u. a. zur Behandlung von MS zugelassenen Arzneimittel Imurek® enthaltenen Wirkstoff Azathioprin nicht vertrug, wurde sie **seit 1992 mit Octagam® behandelt**. Die Kosten hierfür trug die Ag. zunächst bis 2001, obwohl das Arzneimittel zulassungsüberschreitend eingesetzt wurde. Einen **Regress** für die Quartale I bis III/1998 gegen die die Ast. **behandelnde Neurologin** hob der **Beschwerdeausschuss** mit folgender Begründung auf: "Mit der Aufhebung der Regresse verbunden wurde die Forderung, dass ab dem Zeitpunkt der Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss neue Patienten, die sich einer Therapie mit Immunglobulin unterziehen wollen, zunächst einen speziellen Antrag bei ihrer Krankenkasse stellen müssen. Die Ärztin muss die Therapie entsprechend begründen. Dies bedeutet auch, dass Patienten, bei denen diese Therapie bereits begonnen wurde, weiter mit Immunglobulin behandelt werden dürfen." Die behandelnde Neurologin verordnete der Ast. weiter fortlaufend intravenöse Immunglobuline (IVIG) und die **Krankenkasse trug die Kosten**. Im Dezember 2006 beantragte die Ag. erneut die Prüfung der Verordnungsweise der Neurologin. Nach Überprüfung machte der **Prüfungsausschuss** der Ärzte und Krankenkassen im Juni 2007 ihr gegenüber eine **Regressforderung in Höhe von 80.000,00 Euro** geltend. Die Entscheidung ist nicht bestandskräftig. Die Ast.. beantragte daraufhin erfolglos die Kostenübernahme für weitere Behandlungen mit IVIG. **SG Dortmund**, Beschl. v. 04.08.2007 - S 12 KR 63/07 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Vgl. **BSG**, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 17/06 R – (Multiple Sklerose in sekundär-progredienter Verlaufsform und Polyglobin); aus der **Instanzenpraxis** vgl. zuletzt **LSG Bayern**, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 322/06 – RID 07-04-113; zu einer vorläufigen **Einzelfallgewährung** s. **LSG Nordrhein-Westfalen**, B. v. 28.11.2006 – L 16 B 78/06 KR ER – RID 07-01-146; Nach **LSG Schleswig Holstein**, Urt. v. 31.01.2007 – L 5 KR 28/06 – RID 07-02-139 – (Revision anhängig: B 1 KR 15/07 R) handelt es sich bei der Multiplen Sklerose um eine die Lebensqualität derart nachhaltig beeinträchtigende Krankheit, dass sie den lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen gleichzustellen ist und stellt für die Therapie der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose die Behandlung mit Immunglobulinen eine erfolgversprechende Alternative zur zugelassenen immunmodulatorischen Behandlung dar.

2. LORENZO'S ÖL: WEITERE NOTSTANDSÄHNLICHE FALLKONSTELLATIONEN

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 20.06.2007 – L 4 KR 39/06 –

RID 08-01-147

Revision anhängig: B 5b KN 3/07 KR R

juris

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I, 31; AMG §§ 2 I, III Nr. 1, 4 I, 21 I 1, 73; GG Art. 2 I, II 1, 20 I

Lorenzo's Öl ist als **Arzneimittel** i. S. des § 31 I 1 SGB V anzusehen (entgegen **LSG Hessen**, Urt. v. 25.01.2007 – L 8 KR 18/05 – RID 07-02-144). Es ist nicht als Arzneimittel zugelassen.

Die Rechtsansicht des **BSG**, Leistungsansprüche bei Fallgestaltungen der vorliegenden Art ausschließlich auf akut lebensbedrohliche Erkrankungen zu beschränken, **ist nicht ausreichend, um den Vorga-**

ben des **BVerfG**, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 – BVerfGE 115, 25 ff. **gerecht zu werden**. Das BVerfG hat dort ausdrücklich ausgeführt, dass sich das Erfordernis einer verfassungskonformen Auslegung "insbesondere" für Fälle einer Behandlung einer lebensbedrohlichen und regelmäßig tödlichen Erkrankung ergeben kann. Im Umkehrschluss eröffnet das BVerfG damit auch eine entsprechende verfassungskonforme Auslegung zu Gunsten von Pflichtversicherten für zumindest annähernd **vergleichbare Fallkonstellationen**, die einem notstandsähnlichen Fall zumindest nahe kommen.

Es erscheint aus verfassungsrechtlicher Sicht geboten, die Rechtsprechung des BVerfG erweiternd auf **andere notstandsähnliche Fallkonstellationen** auszudehnen. Ein Anspruch kann bestehen, wenn zwar nicht das Leben oder lebenswichtige Organe des Versicherten gegenwärtig bedroht sind, aber **im Einzelfall besondere Umstände hinzutreten**, die es im Wege einer verfassungskonformen Auslegung ausnahmsweise erfordern, auf das obligatorische arzneimittelrechtliche Zulassungsverfahren zu verzichten. Dies kann anzunehmen sein, wenn nur auf diese Weise eine nicht hinnehmbare **Versorgungslücke** zu Lasten des Versicherten geschlossen werden kann.

Bei der **Adrenomyeloneuropathie** handelt es sich um eine **seltene Krankheit**. Sie ist **unheilbar** und kann medizinisch nur im Sinne einer Linderung der Symptome, nicht jedoch hinsichtlich der Krankheitsursache behandelt werden. Unbehandelt führt diese Erkrankung zu schweren geistigen oder **körperlichen Beeinträchtigungen** in Gestalt von spastischen Lähmungen der Beine, peripherer Neuropathie und Nebennierenrindeninsuffizienz. Die Behandlung mit Lorenzo's Öl hat sich allgemein **durchgesetzt**. Zu dem Mittel gibt es **keine Alternative**. Es kann von einem **guten Wirkungsgrad** ohne wesentliche **Nebenwirkungen** ausgegangen werden.

Der 1957 geb. Kl. leidet an einer **Adrenomyeloneuropathie (AMN)**, einer genetisch determinierten seltenen Fettstoffwechselerkrankung, die ausschließlich bei Männern auftritt. Bei der AMN handelt es sich um die mildere Variante der Adrenoleukodystrophie (ALD). Diese Erkrankung führt zu einer Störung des Abbaus überlangkettiger Fettsäuren, was zu einer Konzentration dieser langkettigen Fettsäuren im Blutplasma und im Gehirn sowie in der Nebennierenrinde mit entsprechenden Schädigungen der Nerven führt. Sie manifestiert sich zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr und hat einen kontinuierlichen, langfristigen Verlauf. Ihre Folgen sind eine Schädigung des Rückenmarks und der peripheren Nerven, zum Teil unter Einbeziehung des Zentralnervensystems; die hauptsächlichen **Symptome** bestehen in einer spastischen Lähmung der Beine, peripheren Neuropathie und Nebennierenrindeninsuffizienz. Die Erkrankung gilt derzeit als unheilbar. Seit 1991 war für den Kl. ein GdB von 100 festgestellt worden. Nach ärztlicher Verordnung von 36 Flaschen zu je 50 ml Lorenzo's Öl lehnte die Krankenkasse eine Übernahme von Kosten ab, weil es sich um ein **diätetisches Lebensmittel** handele. Die Erkrankung des Kl. sei von der Ausnahmeregelung nicht erfasst. In einem mit der Klage eingereichtem **Gutachten** führt Chefarzt K aus, die genaue Häufigkeit der X-ALD sei unbekannt. Nach den umfragebasierten Daten einer epidemiologischen Studie aus dem Jahr 1994 sei für Deutschland eine Inzidenz (Anzahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraums) von 0,8 zu 100.000 Lebendgeburten beider Geschlechter geschätzt worden. Diese Bewertung dürfe der Minimalwert sein, so dass eher von einer Häufigkeit zwischen 1 zu 20.000 bzw. 1 zu 16.800 auszugehen sei. Es gebe zur Erkrankung an X-ALD bzw. Adrenomyeloneuropathie ca. 13 Publikationen mit Ergebnissen und 15 unkontrollierte Studien als Fallserien mit Patienten, die mit Lorenzo's Öl behandelt worden seien. Die Therapiestudien hätten bei sachgerechter Anwendung der Therapie eine Normalisierung der überlangkettigen Fettsäuren im Serum der Patienten gezeigt. Die monatlichen **Kosten** seien, abhängig von Körpergewicht und Dosierung, auf 474 € bis 948 € einzuschätzen. Lorenzo's Öl sei formal als diätetisches Lebensmittel, genauer aber als therapeutisches Spezialöl anzusehen. Neben der Einnahme von Lorenzo's Öl erfolge eine begleitende C 26:0-reduzierte Diät. Die Behandlung der X-ALD allein auf diätetischer Basis habe sich als unwirksam erwiesen und weder zu einer Reduktion des C 26:0 Plasmaspiegels noch zu klinischen Effekten geführt. Als häufigste **Nebenwirkung** der Einnahme von Lorenzo's Öl seien reversible Thrombozytopenien ohne schwerwiegende Blutungskomplikationen aufgetreten. Weitere schwerwiegende Nebenwirkungen seien bislang in der Literatur nicht beschrieben und während seiner ärztlichen Tätigkeit nicht aufgetreten. Die Annahme, Lorenzo's Öl könne als Lebensmittel quasi zum Fettersatz verwendet werden, sei in Anbetracht des hohen Nebenwirkungsrisikos vollkommen abwegig. Die Verordnung von Lorenzo's Öl erfolge nicht im Rahmen eines diätetischen Ernährungsplanes, sondern sei davon weitgehend unabhängig. In seiner Klinik würden die Patienten regelmäßig auf die medikamentenähnliche Wirkung des Ölsäuregemischs hingewiesen und darauf, dass es nicht von Dritten eingenommen werden dürfe sowie darauf, dass es Nebenwirkungen hervorrufen könne. Deshalb sei Lorenzo's Öl grundsätzlich nicht geeignet, als Lebensmittel verzehrt zu werden. Vielmehr werde es gezielt bei einer definierten Indikation mit dem Ziel eingesetzt, im Körper eine spezifische Wirkung zu entfalten. Da es kein Lebensmittel sei, könne die Definition des § 2 III AMG nicht herangezogen werden. **SG Halle**, Urt. v. 22.05.2006 - S 11 KN 137/04 KR - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

Vgl. zuletzt **SG Düsseldorf**, Urt. v. 12.07.2007 – S 8 KR 280/05 – RID 07-03-141 (Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 87/07 -); **SG Düsseldorf**, Urt. v. 12.07.2007 – S 8 KR 144/05 – RID 07-03-142 (Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 111/07 -); **RID 07-02-B.V.4** m.w.N.; weiteres **Revisionsverfahren: B I KR 16/07 R (LSG Hessen)**, Urt. v. 25.01.2007 – L 8 KR 18/05 – RID 07-02-144), zur Entscheidung am 28.02.2008 vorgesehen.

3. ARZNEIMITTEL AUF CANNABISGRUNDLAGE (DRONABINOL)

LSG Bayern, Urt. v. 11.09.2007 – L 5 KR 132/06 –

RID 08-01-148

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung dürfen die Krankenkassen ihren Versicherten eine neuartige **Therapie mit einem Rezepturarzneimittel**, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss bisher nicht empfohlen ist, grundsätzlich nicht gewähren, weil sie an das Verbot des § 135 I 1 SGB V und die das Verbot konkretisierenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden sind. Unstreitig fehlt es für die neuartige Schmerztherapie mit dem Rezepturarzneimittel Dronabinol an der erforderlichen Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ein Systemversagen (vgl. dazu zuletzt *BSG*, Urt. v. 07.11.2006 - B 1 KR 24/06 R) liegt nicht vor.

SG Augsburg, Urt. v. 07.04.2006 - S 10 KR 459/04 -, gab der Klage statt; das *LSG* wies die Klage ab.

Nach *BSG*, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R - kann die Gewährung cannabinoidhaltiger Arzneimittel zur Schmerztherapie nicht beansprucht werden.

4. BOTOX-BEHANDLUNG BEI PALMOPLANTARER HYPERHIDROSIS/BEDENKEN GEGEN BSG-RSPR.

SG Wiesbaden, Urt. v. 29.11.2007 – S 2 KR 206/07 –

RID 08-01-149

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I, 28 I, 31 I, 39 I; GG Art. 2 I

Leitsatz: 1. Ein Versicherter kann trotz Vorliegens eines Off-Label-Use einen Anspruch auf eine teilstationäre Botox-Behandlung bei palmoplantarer Hyperhidrosis haben.

2. Gegen die Rechtsprechung des *Bundessozialgerichts* zum Off-Label-Use bestehen **grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedenken**.

Das *SG* gab der Klage statt.

5. REZEPTFREIES ARZNEIMITTEL

A) PENTOSANPOLYSULFAT SP 54

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.09.2007 – L 24 KR 147/06 –

RID 08-01-150

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 11 I Nr. 4, 12 I, 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I, 34 I, 35b III, 92 I 2 Nr. 6

Das Arzneimittel Pentosanpolysulfat SP 54 PPS ist derzeit als so genanntes **Altarzneimittel** mit fiktiver Zulassung zwar noch verkehrsfähig; es ist apotheken-, aber nicht verschreibungspflichtig. Es ist jedoch nicht für die Behandlung der interstitiellen Cystitis zugelassen. Die Voraussetzungen für eine zulassungsüberschreitende Anwendung (Off-Label-Use) sind ebenso wenig erfüllt wie die im Falle einer sog. Seltenheitserkrankung.

SG Berlin, Urt. v. 28.03.2006 - S 81 KR 1772/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) L-TRYPTOPHAN®

SG Aachen, Urt. v. 03.01.2008 – S 13 KR 87/07 –

RID 08-01-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§

Das Arzneimittel L-Tryptophan® ist **nicht verschreibungspflichtig**. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen (§ 34 I 1 SGB V). Es liegt keine der in den Arzneimittel-Richtlinien abschließend aufgeführten Ausnahmeindikationen vor. L-Tryptophan® ist deshalb nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähig. Der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel von der Versorgung bindet nicht nur die Ärzte, sondern auch die Apotheker.

Das *SG* wies die Klage ab.

6. EINSTWEILIGES ANORDNUNGSVERFAHREN: FEHLENDE ÄRZTLICHE VERORDNUNG

SG Aachen, Urt. v. 14.09.2007 – S 13 KR 64/07 ER –

RID 08-01-152

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 11 I Nr. 4, 12 I, 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I, 34 I, 35b III, 92 I 2 Nr. 6

Healon® ist ein Viskoseelastikum. Es handelt sich hierbei um ein **Medizinprodukt**. Ob Healon® 1:10 verdünnt mit Liquifilm®-Augentropfen verschreibungspflichtig ist, kann hier offen bleiben. Wenn die Rezeptur **nicht verschreibungspflichtig** ist, wäre sie bereits nach § 34 I 1 SGB V grundsätzlich von der Versorgung ausgeschlossen. Aber auch wenn die Rezeptur **verschreibungspflichtig** wäre, hätte ein Versicherter keinen Anspruch auf Kostenübernahme im Wege einer einstweiligen Anordnung. Die Verordnung von Arzneimitteln liegt allein in der Verantwortung des Vertragsarztes. Die **Genehmigung von Arzneimittelverordnungen durch die Krankenkasse ist unzulässig** (§ 29 I BMV-Ä). Die Möglichkeit zur Verordnung besteht selbst dann, wenn sich eine grundsätzliche Nichtverordnungsfähigkeit aus den AMR ergäbe. Denn nach § 31 I 4 SGB V kann der Vertragsarzt Arzneimittel, die aufgrund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, "ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen".

Ob die Verordnung tatsächlich medizinisch notwendig, wirtschaftlich und zulässig ist, ist ggf. im **Verhältnis zwischen Krankenkasse und verordnendem Vertragsarzt**, nicht aber auf dem Rücken des versicherten Patienten zu klären.

Bei dem Ast. besteht Juveniles Glaukom, ein Zustand nach Hornhauttransplantation rechtes Auge bei Morbus Wagner, Netzhautablösung, periphere Netzhautdegeneration sowie eine Rosacea. Die **Ärzte** des Universitätsklinikums **verordneten** ihm seit Jahren Healon® (Spritzzampulle 0,55 ml) 1:10 verdünnt mit Liquifilm® Augentropfen. Allein im Jahre 2006 verordneten sie ca. 100 Flaschen, für das 1. Quartal 2007 weitere 55 Flaschen derart als Rezeptur hergestellte Augentropfen; der Preis pro Flasche beträgt 209,- EUR. Ein **MDK-Gutachten** kam zu dem Ergebnis, die Behandlung mit Tränenersatzmitteln im vorliegenden Fall sei zwar medizinisch erforderlich; jedoch sei die verordnete Rezeptur von Healon-Liquifilm-Augentropfen medizinisch nicht erforderlich und als unwirtschaftlich zu beurteilen. Es stünden **ausreichende Fertigarzneimittel** und Medizinprodukte zur Verfügung, die nicht verschreibungspflichtig seien. Auf **Anfragen des Gerichts hat Prof. Dr. S.** als behandelnder Arzt **mitgeteilt**, bei Healon®-Ampullen handele es sich um ein Medizinprodukt, bei Liquifilm®-Augentropfen um ein nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel. Der Ast. sei laufend auf Tränenersatzmittel angewiesen, er könne aber mit nicht verschreibungspflichtigen Tränenersatzmitteln nicht behandelt werden. Aufgrund der multiplen Unverträglichkeit auf Augentropfen gebe es keine Alternative in der Therapie. Herkömmliche benetzende Augentropfen mit Hyalonsäure auch ohne Konservierungsmittel seien seit 1999 regelmäßig probiert worden, wobei jeweils wieder eine Befundverschlechterung eingetreten sei. Da es für den Ast. keine Therapiealternative gebe und es sich **um sein funktionell letztes Auge handele**, müsse die Therapie unbedingt fortgeführt werden; anderenfalls drohe ein völliger Visusverlust mit Abhängigkeit von anderen Personen und Verlust der lebenserhaltenden Fähigkeiten sowie eine starke Verschlechterung der Schmerzsymptomatik bei Oberflächenproblemen der Hornhaut. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

Zur **Verantwortung eines Vertragsarztes bei Verordnungen** s. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 112/06 – RID 08-01- (diese Ausgabe S. 24) m.w.N.

VI. Hilfsmittel

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B VI (S. 46).

1. ELEKTROMOBIL DER 12- BZW 15 KM/H-VERSION

SG Duisburg, Urt. v. 07.09.2007 – S 9 KR 21/07 –

RID 08-01-153

rechtskräftig www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 12 Nr. 3, 33 I 1

Elektromobile mit einer **über 6 km/h hinausgehenden Geschwindigkeit** stellen keine Gegenstände der Hilfsmittelversorgung dar. Das Gebot eines möglichst weitgehenden Behinderungsausgleichs verpflichtet die Kasse nicht, einen gehbehinderten Menschen mit einem leistungsstärkeren Elektromobil auszurüsten, um auf diese Weise seine **Bewegungsfreiheit** über den Bereich hinaus zu erweitern, den er sich z. B. mit einem Aktivrollstuhl oder einem Schieberollstuhl von seiner Wohnung aus erschließen könnte, um ggf. auch weiter entfernte Ziele leichter aufsuchen zu können. Das Grundbedürfnis nach Bewegungsfreiheit i.S. des Basisausgleichs erfüllt das Elektromobil in der Standardausführung der 6 km/h-Version bereits ausreichend.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. AKTIVROLLSTUHL FÜR ROLLSTUHL-SPORT

SG Aachen, Urt. v. 11.12.2007 – S 13 KR 38/07 –

RID 08-01-154

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 174/07 -
SGB V § 33

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ein erwachsener Versicherter hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einem zur Ausübung von Rollstuhl-Sport geeigneten Aktivrollstuhl.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. BLINDENFÜHRHUND:

Vgl. zuletzt *SG Aachen*, Urt. v. 29.05.2007 – S 13 KR 99/06 – RID 07-03-149; *SG Aachen*, Urt. v. 22.10.2002 - S 13 KR 30/02 - RID 03-01-77 m.w.N.; s. a. zu einem selbstbeschafften Blindenführhund *LSG Hessen*, Urt. v. 04.05.2006 – L 8/14 KR 148/02 – RID 07-01-164; *LSG Sachsen*, Urt. v. 25.01.2006 – L 1 KR 81/03 – RID 07-01-136; zu einem Vertrag zwischen der Besitzerin einer Blindenführhundschiule und der Krankenkasse s. *LSG Bayern*, Urt. v. 14.07.2005 – L 16 KR 129/01 – RID 05-04-137; *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 22.05.2002 - L 5 KR 46/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de. SGB V § 33

A) ANGST UND UNSICHERHEIT BEIM GEHEN NUR MIT DEM BLINDENLANGSTOCK

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 26.10.2007 – L 4 KR 5486/05 –

RID 08-01-155

juris

Besteht bei einer blinden Versicherten Angst und Unsicherheit beim Gehen nur mit dem Blindenlangstock, wird dies durch den Einsatz eines **Blindenführhundes** gemildert bzw. beseitigt und wird sie deshalb unter Verwendung eines Blindenführhundes in die Lage versetzt, Verkehrswege auch im unmittelbaren häuslichen Umfeld sicher und zielstrebig zurückzulegen, so besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem Blindenführhund, da er gerade auch im Nahbereich und im unmittelbaren häuslichen Umfeld entscheidende **Vorteile** mit sich bringt.

Soweit der Blindenführhund auch im **Nahbereich** gesteigerte und erhebliche **Gebrauchsvorteile** mit sich bringt, ist ein Vergleich der entstehenden **Kosten** bei Versorgung mit einem Blindenführhund mit den Kosten eines Mobilitätstrainings nicht zulässig. Ein Wirtschaftlichkeitsvergleich wäre nur dann angezeigt, wenn mehrere Versorgungsmöglichkeiten, die aber denselben Erfolgsgrad erreichen, gegeben wären. Eine Versicherte muss sich dann auch nicht darauf verweisen lassen, sie habe jahrelang ohne einen Blindenführhund gelebt oder könne durch ihren Ehemann begleitet werden.

SG Karlsruhe, Urt. v. 29.11.2005 - S 3 KR 1403/04 - wies die Klage ab, das *LSG* gab der Klage statt.

B) GRUNDBEDÜRFNIS GEHEN

SG Aachen, Urt. v. 27.11.2007 – S 13 KR 84/06 –

RID 08-01-156

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Durch einen Blindenführhund wird die zur Umweltkontrolle erforderliche Sehfähigkeit nicht ersetzt, aber - in Grenzen - ausgeglichen. In diesem Sinne ermöglicht der Führhund **allgemeine Verrichtungen des täglichen Lebens** - so insbesondere die Teilnahme des Blinden am Straßenverkehr - und dient damit elementaren Grundbedürfnissen (*BSG*, Urt. v. 25.02.1981 - 5a/5 Rkn 35/78 - BSGE 51, 206 = SozR 2200 § 182b Nr. 19; *SG Aachen*, Urt. v. 22.10.2002 - S 13 KR 30/02 -).

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

Das *SG* gab der Klage statt.

Vgl. bereits Parallelentscheidung *SG Aachen*, Urt. v. 29.05.2007 – S 13 KR 99/06 – RID 07-03-149.

Parallelentscheidung: *SG Aachen*, Urt. v. 22.10.2007 – S 21 KR 32/07 –

RID 08-01-157

rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG Aachen, Urt. v. 25.06.2007 – S 21 (4) KR 9/07 –

RID 08-01-158

rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG Düsseldorf, Urt. v. 29.11.2007 – S 8 KR 362/06 –

RID 08-01-159

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Es besteht ein Versorgungsanspruch mit einem Blindenführhund (**gegen *SG Hamburg*** v. 26.09.2001 - S 23 KR 672/99 - www.sozialgerichtsbarkeit.de), wenn dadurch die Orientierung und Mobilität im Lebensalltag verbessert wird und sich nicht nur in einem spezifischen Lebensbereich oder

Bequemlichkeit oder Komfort auswirkt. Ein Blindenführhund zeigt deutliche **Vorteile** bei der Vermeidung von Gefahren im Straßen- und Fußgängerverkehr.

Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, bei persönlicher Eignung der Kl. als Blindenführhundhalterin die Anschaffungskosten eines Blindenführhundes - ausgenommen eines Eigenanteils in Höhe von 2.958,55 Euro - nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften zu übernehmen und wies im Übrigen die Klage ab.

4. WASSERFESTE PROTHESE (BADEPROTHESE)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.12.2007 – L 11 KR 9/06 –

RID 08-01-160

Revision zugelassen
SGB V § 33 I

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Die **Funktionen des Gehen, Stehens** und damit der Fortbewegungsmöglichkeit sind durch die Versorgung mit einer Laufprothese sichergestellt. Dies gilt auch, soweit ein Versicherter den Rand des Schwimmbeckens bzw. des Gewässers, in dem er baden will, erreichen muss (**gegen LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2005 – L 16 KR 77/05 – RID 05-04-98**). Das **Schwimmen** hingegen, das durch eine Badeprothese einzig erst ermöglicht werden soll, gehört nicht zu diesen elementaren menschlichen Grundbedürfnissen. Das einzig in Betracht kommende "**Erschließen eines gewissen körperlichen Freiraums**" hat die neuere Rechtsprechung nur im Sinne eines Basisausgleichs der Behinderung selbst und nicht im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten des Gesunden verstanden (vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 31, Urt. v. 21.11.2002 - B 3 KR 3/02 R -).

Soweit **BSG, Urt. v. 10.10.1979 (USK 79, 189)** eine Schwimmprothese als Hilfsmittel des Krankenversicherungsrechts angesehen hat, liegt dem die Annahme zugrunde, dass auch nicht gezielt der Krankenbehandlung dienende Maßnahmen, sondern der allgemeine Gesundheitserhaltung ("Fitness") zuzurechnende Aktivitäten wie das Wandern oder Schwimmen zu den im Rahmen der Krankenversicherung relevanten Grundbedürfnissen zählen. Von dieser Auffassung hat sich aber die neuere höchstrichterliche Rechtsprechung gelöst.

Soweit es um den Einsatz der Schwimmprothese als **wasserfester Gehhilfe beim Duschen** bzw. der Körperpflege geht, ist zwar ein Grundbedürfnis berührt, insoweit ist jedoch ein Versicherter auf kostengünstigere und damit **wirtschaftlichere Mittel** zu verweisen, wie z. B. ein Duschhocker, ein Badewannenlift oder der Xero-Sox Beinschutz.

Dem 1941 geb. Kläger, dessen linker Unterschenkel amputiert ist, wurde eine Unterschenkelschwimmprothese verordnet (Kosten: 2.215,82 Euro). Die bekl. **Krankenkasse** lehnte die Bewilligung ab, da Badeprothesen keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellten. Alternativ sei sie jedoch bereit, die Kosten für sog. Xero-Sox Latexüberzüge zu übernehmen, so dass die vorhandene Unterschenkelprothese auch im Nassbereich genutzt werden könne. Der **Kl. machte geltend**, mit der Laufprothese sei es ihm nicht möglich, Schwimmen zu gehen, auch nicht, wenn sie mit einem Latexüberzug versehen sei. Es bestehe Rutschgefahr. Ein Latexüberzug sei über längere Zeit im Wasser nicht dicht und würde die Laufprothese schließlich beschädigen. **SG Düsseldorf, Urt. v. 05.01.2006 - S 34 KR 151/03 -** gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

Neben **LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2005 – L 16 KR 77/05 – RID 05-04-98** vgl. zuletzt RID 04-02-193 und RID 03-04-B I 2.

5. UNTERARMSILIKONPROTHESE

LSG Saarland, Urt. v. 28.11.2007 – L 2 KR 22/06 –

RID 08-01-161

juris
SGB V § 33

Leitsatz: Zur Frage der Gebrauchsvorteile einer Unterarmsilikonprothese im Verhältnis zu einer Schmuckarmprothese aus Kunstharz.

SG Saarbrücken, Urt. v. 19.05.2006 - S 1 KR 943/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

6. ERSATZPROTHESE BEI UNTYPISCHEN VERHÄLTNISSEN

SG Düsseldorf, Urt. v. 20.11.2007 – S 4 (26) KR 36/03 –

RID 08-01-162

juris
SGB V §§ 11 I Nr. 4, 27 I 2 Nr. 3, 33 I; Hilfsmittel-RL Abschn. III Nr. 21

Die Versorgung mit einer Ersatzprothese ist ausnahmsweise gerechtfertigt, wenn eine Prothese zur Versorgung eines verkürzten Beines an 18 bis 25 Kalendertagen pro Jahr zur Reparatur ist, die Prothesenfütterung alle drei Monate erforderlich ist, da der Versicherte stark transpiriert, und das Leder durch die Schweißbildung stark belastet wird und daher öfter erneuert werden muss.

Das **SG** gab der Klage statt.

7. ZUM AUTOFAHREN BENÖTIGTE ORTHESE

SG Düsseldorf, Gerichtsbs. v. 05.12.2007 – S 8 KR 171/07 –
Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 148/07 -
SGB V § 33 I

RID 08-01-163

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Eine ausschließlich zum Autofahren und damit zur Bewältigung von Strecken außerhalb des fußläufigen Bereichs eines Gesunden benötigte Orthese bzw. orthopädischer Schuh gehören nicht zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das *SG* wies die Klage ab.

8. FEHLENDE MITWIRKUNG BEI VERSORGUNG MIT ORTHOPÄDISCHEN SCHUHEN

SG Leipzig, Gerichtsbs. v. 29.08.2007 – S 8 KR 285/06 –
juris

RID 08-01-164

SGB V §§ 11 I Nr. 4, 12 I 2, 27 I 1, 12 Nr. 3, 33 I 1, 34 IV, 275 III Nr. 1; SGB I §§ 39, 60 I 1, 66, 67

Leitsatz: Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, wenn der Leistungsberechtigte zuvor auf diese Folge **schriftlich hingewiesen** worden und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist. Ferner bedarf es dann einer **Ermessensausübung**.

Der Kl. beantragte eine Versorgung mit orthopädischen Schuhen. Die Bekl. wies darauf hin, dass ihre Hilfsmittelberaterin ihn zu einem Beratungsbesuch aufsuchen wolle. Sofern er keinen Hausbesuch wünsche, bitte sie um umgehende Information, was der Kl. tat. Dann erklärte die Bekl., dass Instandsetzungsarbeiten an vorhandenen orthopädischen Maßschuhen übernommen würden, wenn diese technisch möglich und wirtschaftlicher seien als eine Neuversorgung. Dies gelte allerdings nicht für Reparaturen aufgrund normaler Abnutzung an Absatz und Laufsohle. Sie bat um **Rücksendung des vorbereiteten Antwortbogens**. Als Versicherter habe er die Pflicht, aktiv mitzuwirken und alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungsentscheidung erforderlich seien. Entsprechend informierte die Bekl. den Kl. **zwei weitere Male**, bevor sie den Widerspruch gegen die ablehnende Entscheidung zurückwies. Das *SG* wies die Klage ab.

9. GEBRAUCHSVORTEILE MODERNER HÖRGERÄTE UND UNZUREICHENDE FESTBETRÄGE

SG Dresden, Urtr. v. 08.09.2007 – S 18 KR 499/03 –

RID 08-01-165

(rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 IV, 12 II, 13 III 1, 33, 36; GG Art. 3 I, 20 I

Hat ein Leistungserbringer dem Versicherten ein Hilfsmittel nur faktisch - kulanzhalber bzw. in Erwartung der baldigen Gewährung als Sachleistung - zur Verfügung gestellt, ohne dass dem eine gegenseitige vertragliche Vereinbarung zu Grunde liegt, die dem Versicherten ein eigenes Recht zur Nutzung einräumt, dann liegt **keine Selbstbeschaffung** vor. Denn der Leistungserbringer hat in diesem Fall seine Verfügungsbefugnis nicht aufgegeben.

Eine zwischenzeitliche **Änderung der Festbetragsregelung** muss nach den Grundsätzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs **unberücksichtigt** bleiben, wenn eine Versorgung mit neuen Hörgeräten noch unter Geltung der früheren Festbetragsregelung möglich gewesen wäre und nur deshalb unterblieben ist, weil die Krankenkasse die Bereitstellung der Sachleistung zu Unrecht verzögert hat.

Eine Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht nicht, wenn sie sich darauf beschränkt, die Kosten des Hörgeräts bis zur Höhe des **Festbetrags** nach § 36 SGB V zu übernehmen, wenn der Ausgleich der konkreten Behinderung mit den zu diesem Betrag auf dem Markt für Hörhilfen verfügbaren Hörgeräten nicht ausreichend möglich ist. Dies ist der Fall, wenn die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgesetzten Festbeträge den in § 2 IV, § 12 I SGB V, § 33 II 1 und § 36 SGB V gesetzlich verankerten Auftrag verfehlen, die **ausreichende**, zweckmäßige und wirtschaftliche **Versorgung** mit Hilfsmitteln durch die Bezuschussung bis zum jeweiligen Festbetrag sicherzustellen.

Der Anspruch eines Versicherten auf Hörgeräteversorgung beschränkt sich nicht etwa 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**.

Diese gesetzgeberische Intention läuft dann leer, wenn die festgesetzten **Festbeträge keinerlei Abstufung** mehr nach den für die Erforderlichkeit der Versorgung relevanten Ausstattungsmerkmalen erkennen lassen. Denn eine solche Festsetzung ist nicht geeignet, die als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung geschuldete Versorgung von den Leistungen abzugrenzen, die über den

Sachleistungsanspruch hinausgehen und der finanziellen Eigenverantwortung der Versicherten unterliegen. Das Gleiche gilt, wenn die Festbeträge eine **Versorgung mit moderneren Geräten**, die gegenüber herkömmlichen Geräten wesentliche **Gebrauchsvorteile** aufweisen, generell nicht mehr ohne Zahlung eines Eigenanteils zulassen.

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.

Die **Gebrauchsvorteile der Hörgeräte** wirken sich **in allen Lebensbereichen** aus. Die Versorgung mit Hörgeräten ist keinem der speziellen Sicherungssysteme für die Eingliederung Behinderter ausschließlich oder vorrangig zugewiesen. Deren Ziele treten hinter dem angestrebten allgemeinen Behinderungsausgleich zurück. Nach den Grundsätzen, die das BSG in seinen Urteilen vom 06.06.2002, Az. B 3 KR 68/01 R, und vom 23.07.2002, Az. B 3 KR 66/01 R, herausgearbeitet hat, ist die Versorgung mit Hörgeräten unabhängig von deren technischer Ausstattung deshalb stets eine originäre Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Hörgeräte bieten durch die Ausstattung mit **Richtmikrofonen** und **digitaler Sprachverarbeitung** wesentliche Gebrauchsvorteile im Alltag. Sie sind deshalb nach den Maßstäben für die Versorgung mit Hilfsmitteln, welche eine Einschränkung der körperlichen Grundfunktion direkt ausgleichen, für die konkrete Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung ausschlaggebend. Der Nutzen dieser Ausstattung beschränkt sich nicht auf eine bloße Verbesserung der Bequemlichkeit oder des Komforts. Die Festbetragsregelungen berücksichtigen jedoch die Gebrauchsvorteile dieser Ausstattungsmerkmale nicht. Sie differenzierten bis zum 31.12.2004 lediglich zwischen Einkanalgeräten mit und ohne automatische Verstärkungsregelung sowie Merkanalgeräten.

Auf keinen Fall lässt sich ein **möglicherweise gestörtes Preis-Leistungs-Gefüge** dadurch ausgleichen, dass Versicherte, die den erforderlichen Eigenanteil zur notwendigen Hilfsmittelversorgung nicht aufbringen können, von der Versorgung mit technisch hochwertigen Hörgeräten effektiv ausgeschlossen werden.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, dem Kl. den für die Versorgung mit den Hörgeräten vom Typ "S" über den Festbetrag hinaus aufgewandten Betrag von 1.721,74 EUR zu erstatten.

10. BILDTELEFON

LSG Sachsen, Urt. v. 17.10.2007 – L 1 KR 18/06 –

RID 08-01-166

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGB IX §§ 26 II Nr. 6, 31 I Nr. 3

Ein Versicherter, der an beidseitiger Taubheit leidet, hat keinen Anspruch darauf, mit einem Bildtelefon versorgt zu werden. Die Aufnahme von **Information und die Kommunikation mit anderen** zählt nicht schlechthin zu den Grundbedürfnissen, sondern nur dann, wenn besondere Umstände hinzutreten.

Eine wirtschaftlichere **Alternative** zu einem Bildtelefon stellt jedenfalls ein PC mit einer Webcam dar.

SG Chemnitz, Urt. v. 10-01.2006 - S 10 KR 534/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt **LSG Hessen**, Urt. v. 12.04.2007 – L 1 KR 219/05 – RID 07-02-158.

11. SCHNURLOSES, PER SPRACHE ZU BEDIENENDES FESTNETZTELEFON ("SiPHONE")

SG Stade, Urt. v. 19.06.2007 – S 15 KR 129/06 –

RID 08-01-167

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Das **Basisbedürfnis**, zu **kommunizieren**, kann auf Grund besonderer Umstände über die Möglichkeit der Verständigung mit einer Person hinausgehen. Dies kann bei einem Versicherten der Fall sein, der nur mit Hilfe Dritter, und auch dann nur erschwert, das Haus verlassen kann, so dass ihm als aktives Mittel der Kommunikation nur die mittels Telefon bleibt.

Bei einem "SiPhone" mit den besonderen Ausstattungsmerkmalen, durch die es komplett per Sprache steuerbar ist und an jedem Rollstuhl angebracht werden kann, handelt es sich nicht um einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**.

Das **SG** gab der Klage statt.

12. IMPLANTATION EINES PENISSCHWELLKÖRPERS/GRUNDBEDÜRFNIS GESCHLECHTSVERKEHR IM ALTER

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.11.2007 – L 5 KR 56/06 –

RID 08-01-168

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 33 I, 34 V, VII

Auf die Übernahme der Kosten für die **Implantation eines Penisschwelkkörpers** hat ein an erheblichem **Übergewicht** und arterieller Hypertonie leidender Versicherter keinen Anspruch, da vorrangig eine Verpflichtung des Versicherten besteht, vor einer Operation das Gewicht erheblich zu reduzieren. Ein **Penisschwelkörper** stellt ein **Hilfsmittel** im Sinne des § 33 SGB V dar. Die Hilfsmiteleigenschaft wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass ein Zusammenhang mit einer **ärztlichen Leistung** (Implantation) besteht. Der **Vorrang des Hilfsmittels** wird bereits deutlich an der Gegenüberstellung der Sachkosten für das Implantat (6.192,09 EUR) einschließlich Verwaltungsallgemeinkosten (15 % von 6.192,09 EUR = 928,81 EUR) und den Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von unter 2.000,00 EUR.

Zu den **Grundbedürfnissen des täglichen Lebens** gehört der **Geschlechtsverkehr** jedenfalls dann nicht, wenn es sich um einen Versicherten über 72 Jahre handelt, da bei deutlich mehr als der Hälfte der 60- bis 70-jährigen Männer, nämlich bis 60 %, leichte bis mittelschwere Erektionsstörungen auftreten und ab 70 Jahren die Erektion dem Großteil der Männer versagt bleibt. Liegt damit ein völliger Erektionsverlust bei dem weitaus größeren Anteil der Männer ab einem gewissen Alter vor, kann bei der Herstellung der Erektionsfähigkeit nicht von einem Grundbedürfnis ausgegangen werden.

SG Kiel, Urt. v. 18.04.2006 - S 19 KR 145/05 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

13. ANTIALLERGENE BETTWÄSCHE UND BEZÜGE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.11.2007 – L 11 KR 21/07 –

RID 08-01-169

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33

Antiallergene Bettwäsche und Bezüge gehören als **Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens** nicht zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse. Dies trifft sowohl auf Matratzen, Bettdecken und Kissen selbst als auch auf Matratzenbezüge, Bettbezüge und Kissenbezüge zu und erfasst auch weitere Bezüge, die dazwischen gezogen werden.

SG Dortmund, Urt. v. 23.01.2007 - S 44 (13) KR 357/05 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

14. CHOLESTERINMESSGERÄT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.01.2008 – L 11 KR 49/07 –

RID 08-01-170

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§

Lässt sich nicht feststellen, dass die Versorgung eines Versicherten mit einem Cholesterinmessgerät notwendig ist, so besteht kein Anspruch hierauf.

SG Dortmund, Urt. v. 20.04.2007 - S 48 (44) KR 166/06 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

VII. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

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

1. BERÜCKSICHTIGUNG DER GRUNDPFLEGE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 04.12.2007 – L 11 KR 3761/07 –

RID 08-01-171

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I, 13 III 1, 37 II 1; SGB XI §§ 4 II 1, 13 II, 34 II 1, 36 I 1

Ist zeitweise bereits für die Durchführung der Leistungen der Pflegeversicherung - im Wesentlichen also der **Grundpflege** - eine **Pflegeperson anwesend**, manchmal sogar mehrere, die die notwendige Überwachung der Atmungsfunktionen und die Intervention im Notfall übernehmen kann bzw. können, so kann dieser Zeitaufwand nicht erneut im Rahmen der **häuslichen Krankenpflege** nach § 37 SGB V Berücksichtigung finden. Insoweit ist die häusliche Krankenpflege nicht notwendig.

Der 1951 geb. Kl. ist als Folge eines Reitunfalls unterhalb des zweiten Halswirbels gelähmt und muss **künstlich beatmet** werden. Seit seiner Entlassung aus dem Krankenhaus wird er zu Hause gepflegt. Wegen möglicher Komplikationen der Beatmung **muss immer eine ausgebildete Pflegeperson anwesend** sein und zur Durchführung einiger Maßnahmen der Grundpflege bedarf es der Anwesenheit mindestens einer weiteren Pflegeperson. Die Einbindung der im Haushalt des Klägers lebenden, berufstätigen Ehefrau in den Pflegedienst ist nicht möglich. Die Pflegekasse gewährt Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe III bei Vorliegen eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwands (sog. Härtefallregelung). Die Bekl. gewährte **häusliche Krankenpflege**. Von den notwendigen 24 Stunden (= 1.440 Minuten) könne jedoch nur der auf die Behandlungspflege entfallende Anteil von 1.120 Minuten (77,78 %; entspricht bei einer Einheit von 60 Minuten zu 31 EUR einem Betrag von monatlich 17.360,10 EUR) und **nicht der Anteil der von der Pflegeversicherung zu gewährenden Grundpflege von voraussichtlich 320 Minuten übernommen werden**. Nach Vorlage eines neuen Behandlungsplanes gewährte die Beklagte dann einen auf 1.050 Minuten (72,92 %; Betrag von 16.275,00 EUR) begrenzten Anteil. Der Kläger ist der Ansicht, dass die Bekl. die Kosten der häuslichen Krankenpflege vollständig übernehmen müsse. Hier lasse sich zwischen Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung unterscheiden und die Gewährung - jedenfalls durch entsprechende Vereinbarungen - zwischen der Beklagten und der Pflegekasse regeln. **SG Mannheim**, Gerichtsb. v. 10.07.2007 - S 8 KR 4433/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. BEHANDLUNGSPFLEGE AUCH ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN

LSG Hessen, Urt. v. 17.12.2007 – L 1 KR 110/06 –

RID 08-01-172

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III 1, 37 II 1, III; SGB IX 33 VI, 41

§ 37 II SGB V umfasst auch die Behandlungspflege, die in einer **Werkstatt für behinderte Menschen** erbracht wird. Dient eine Behandlungspflege in Form von mittäglichen Insulininjektionen nicht nur der Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung, sondern auch der Ermöglichung und der weiteren Durchführung der Maßnahme zur **Teilhabe am Arbeitsleben**, so schließt dies die Bejahung von Behandlungspflege nicht aus.

Ein Erstattungsanspruch ist auch nicht deshalb ausgeschlossen, weil ein Versicherter nach § 41 SGB IX erhält, die gemäß § 33 Abs. 6 SGB IX auch medizinische Hilfen umfasst.

SG Gießen, Urt. v. 30.03.2006 - S 21 KR 43/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. LEISTUNGSPFLICHT AUS VERTRAUENSCHUTZGRÜNDEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.11.2007 – L 2 KN 60/05 KR –

RID 08-01-173

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§

Nach Abschnitt V Nr. 23 (24) HKP-RL muss die Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen die verordneten Leistungen bis **zur Bekanntgabe ihrer ablehnenden Entscheidung** auch dann gewähren, wenn sie die Leistungsgewährung zu Recht ablehnt (aus "Vertrauensschutzgründen", vgl. dazu das "obiter dictum" in BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 10 Rdnr. 19).

SG Düsseldorf, Urt. v. 10.05.2005 - S 24 KN 4/04 KR - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B VIII (S. 50); RID 06-04-B VIII (S. 67).

1. ZUZAHLUNGEN

A) FIKTIVES MINDESTEINKOMMEN

LSG Bayern, Urt. v. 26.04.2007 – L 4 KR 276/05 –

RID 08-01-174

Revision anhängig: B 1 KR 20/07 R

juris

SGB V § 62 II 2, 3 u. 5; SGB XII § 28

Aus einem, nach § 62 II SGB V berechneten **negativen Einkommen** lassen sich keine positiven **Zuzahlungen** errechnen. Soweit keine der in § 62 II 5 Nr.1 SGB V genannten Leistungen bezogen werden und der Versicherte auch nicht zum in § 264 I SGB V (geltende Fassung 2004) genannten Personenkreis gehört, fehlt auch eine gesetzliche Regelung dafür, mindestens den **Eckregelsatz** für den Haushaltsvorstand nach dem Bundessozialhilfegesetz als Bruttoeinnahme anzusetzen. Bei

Versicherten, die durch die Berücksichtigung der Familienangehörigen nach § 62 II 2 u. 3 SGB V über keine positiven Einkünfte verfügen, ist eine analoge Anwendung des § 62 II 5 SGB V nicht möglich.

Der 1957 geb. Kl. bezieht eine Rente von 655,52 Euro brutto. Die Familie des verheirateten Kl. hat keine weiteren Einkünfte. Die Kinder des Kl. sind 2000 und 2002 geboren. Der Kl. hat am 22.03.2004 die Befreiung von Zuzahlungen über der Belastungsgrenze beantragt. Die Bekl. hat ein anrechenbares Einkommen von 3.444,00 Euro angenommen und die maßgebliche Belastungsgrenze mit 34,44 Euro festgesetzt. Nachdem der Kl. bereits Quittungen für das laufende Kalenderjahr von insgesamt 40,00 Euro vorgelegt hatte, hat die Bekl. unter Berücksichtigung der Belastungsgrenze von 34,44 Euro einen erstattungsfähigen Betrag von 5,56 Euro errechnet. Der Kl. trug vor, **nach Abzug der Freibeträge für die Familienangehörigen sei kein anrechenbares Einkommen festzustellen** und seien Zuzahlungen nicht zu leisten. **Der Vergleich mit einem Sozialhilfeempfänger könne nicht nachvollzogen werden**, er beziehe keinerlei Leistungen nach dem BSHG und habe auch auf keine dieser Leistungen verzichtet. Die Bekl. bezog sich dagegen auf die Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 19.01.2004, wonach es gerechtfertigt erscheine, generell die Einnahmen des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung anzusetzen. **SG Bayreuth**, Urt. v. 26.08.2005 - S 9 KR 10/05 – verurteilte die Krankenkasse, dem Kl. für das Jahr 2004 weitere 34,44 Euro zu erstatten, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Vgl. auch **BSG**, Urt. v. 19.09.2007 - B 1 KR 1/07 R - u. - B 1 KR 7/07 R -.

B) ZUZAHLUNGEN UND ARBEITSLOSENHILFE

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 22.06.2006 – L 5 KR 7/06 –

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 10/07 R

SGB V §§ 61, 62; GG Art. 1 I, 2 I, 3 I

juris

RID 08-01-175

Die Neuregelungen der Zuzahlungspflichten nach den §§ 61, 62 SGB V i.d.F. des GMG v. 14.11.2003 sind **nicht verfassungswidrig**. Insbesondere ist ein Verstoß gegen die in den Art 1 bis 3 GG statuierten Grundrechte sowie gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit durch die Neuregelungen nicht festzustellen.

Die Bekl. hob für 2004 den Befreiungsbescheid des arbeitslosen Kl. auf (§ 48 I SGB X). Zur Begründung führte sie u.a. aus, dass durch das GMG die gesetzlichen Voraussetzungen für die Befreiung und für die Übernahme von Fahrkosten entfallen seien. Mit der Klage trug der Kl. vor, dass er zwischenzeitlich Empfänger von Leistungen nach dem SGB II und durch die Zuzahlungen unzumutbar belastet sei. Die Regelleistung nach § 20 II SGB II decke diesen Bedarf nicht ab. Diese Regelung sei verfassungswidrig; sie verstoße gegen die Vorschriften der Art. 1 bis 3 GG. Die Möglichkeit eines menschwürdigen Daseins sei nicht mehr gegeben. **SG Mainz**, Urt. v. 24.1.2005 - S 8 KR 101/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Weitere anhängige **Revision** zur Zuzahlungsproblematik infolge der Gesetzesänderungen durch das GMG: B 1 KR 18/07 R.

C) PRAXISGEBÜHR IST VERFASSUNGSGEMÄß

LSG Hamburg, Urt. v. 21.11.2007 – L 1 KR 7/07 –

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 21 IV, 28 I 4, 61 S. 2

RID 08-01-176

Die sog. **Praxisgebühr** ist nicht aufgrund einer verfassungswidrigen Norm eingezogen worden. Eine Aussetzung des Verfahrens zur Einholung einer Entscheidung des BVerfG nach Art. 100 I GG kommt nicht in Betracht. Die Einführung der Praxisgebühr zum 01.01.2004 verstößt weder gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 I GG noch gegen das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 I GG.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 01.02.2007 - S 23 KR 106/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. FAHRKOSTEN

A) KOSTEN FÜR FAHRTEN ZUM REHABILITATIONSSPORT

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.07.2007 – L 1 KR 161/06 –

Revision anhängig: B 1 KR 22/07 R

juris

SGB V §§ 27 I, 28 I 1, 40, 60; SGB IX §§ 44 I Nr. 3 u. 5, 53 I

RID 08-01-177

Die Krankenkassen haben die **Kosten für Fahrten zum Rehabilitationssport** ab 01.01.2004 nicht zu übernehmen.

Die **Fahrten zum Rehabilitationssport** sind keine Fahrten zu einer ambulanten **ärztlichen Behandlung** i.S.d. § 60 I 3 SGB V i. V. m. § 8 III 1 der Krankentransport-Richtlinien. Zwar wird der Rehabilitationssport gemäß § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX unter ärztlicher Betreuung und Überwachung durchgeführt, es handelt sich dabei jedoch nicht um eine ärztliche Behandlung. Zur Krankenbehandlung i. S. d. §§ 27 I, 28 I 1 SGB V gehören Maßnahmen mit Behandlungs- und Therapiecharakter mit eindeuti-

gem Krankheitsbezug (BSGE 85, 132 = SozR 3-2500 § 27 Nr. 12 S. 65). Allgemeine Mittel der Gesunderhaltung genügen diesen Anforderungen nicht. Anders als spezielle Krankengymnastik oder physikalische Therapie fällt Sport, der generell den körperlichen und psychischen Zustand beeinflussen soll, nicht unter den Behandlungsbegriff (BSG SozR 2500 § 138 Nr. 2 S. 23; BSGE 42, 16).

§ 53 I SGB IX betrifft die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V in speziellen Rehabilitationseinrichtungen. Der Rehabilitationssport ist keine Leistung der **medizinischen Rehabilitation** in diesem Sinne. § 44 I Nr. 5 SGB IX, wonach die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ergänzt werden durch Reisekosten, bezieht sich auf die Reisekosten nach § 53 SGB IX.

Die 1972 geb. Kl. ist bei der Beklagten krankenversichert. Bei ihr ist ein GdB von 100 und die Merkzeichen "B", "aG" und "H" zuerkannt. Die Klägerin nimmt zweimal wöchentlich am Rehabilitationssport in der Gruppe teil und wird von ihrer Tochter in einem speziell umgerüsteten privaten Fahrzeug zum Rehabilitationssport gefahren. Die Kosten für den Rehabilitationssport werden von der Bekl. gemäß § 44 I Nr. 3 SGB IX bezuschusst. Die Übernahme der Kosten für die Fahrten zum Rehabilitationssport lehnte die Bekl. ab. **SG Oldenburg**, Urt. v. 11.04.2006 - S 61 KR 155/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Weitere **Revision** anhängig zu **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 23.08.2007 - L 5 KR 15/07 - RID 07-04-130 unter B 1 KR 29/07 R; s. a. **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 06.09.2007 - L 5 KR 43/07 -, Revision anhängig unter B 1 KR 27/07R, zur Anspruchsvoraussetzung "hohe Behandlungsfrequenz" für Fahrkostenerstattung

B) ANSPRUCH AUF RETTUNGSTRANSPORTWAGEN AUCH BEI SOG. LEERFAHRT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.10.2007 - L 11 KR 23/07 -

RID 08-01-178

Revision anhängig: B 1 KR 38/07 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 60 II 1 Nr. 2

Nach § 60 II 1 Nr. 2 SGB V liegt eine Rettungsfahrt nicht nur dann vor, wenn es **tatsächlich** zu einem **Transport** des Versicherten in das Krankenhaus gekommen ist (so wohl BSG v. 02.11.2007 - B 1 KR 4/07 R- nach dem Terminbericht Nr. 53/07), sondern auch schon dann, wenn der Rettungstransportwagen in einem (**vermeintlichen**) **Notfall** ausrückt, um den Versicherten in ein Krankenhaus zu verbringen, es aber zu einer solchen Fahrt nicht kommt. Es reicht also aus, wenn im Zeitpunkt des Beginns der Fahrt eine Lebensbedrohung anzunehmen ist, wenn die Fahrt wegen eines nach ex ante Einschätzung lebensbedrohlich erscheinenden Zustandes mit dem Ziel eines Transportes zum Krankenhaus veranlasst worden ist, auch wenn es aus tatsächlichen (etwa Tod des Versicherten) oder medizinischen (objektiv kein lebensbedrohlicher Zustand) Gründen nicht zu einem Transport in das Krankenhaus kommt.

Die 1964 geb. Kl., bei der seit etwa zwei Wochen ein grippaler Infekt bestand, klagte am Morgen des 12.05.2006 über Luftnot und thorakale Schmerzen beim Husten. Ihre Mutter wandte sich daraufhin an den Rettungsdienst. Bei dem Telefonat wurde der Verdacht auf einen Herzinfarkt geäußert. Der Leitstellendisponent alarmierte sowohl einen Rettungstransportwagen (RTW) als auch den Notarzt. Dieser fand bei der körperlichen Untersuchung unauffällige Vitalparameter und ein abgeschwächtes Atemgeräusch über dem rechten Lungenflügel. Eine Pneumonie konnte nicht ausgeschlossen werden, ein bei thorakalen Schmerzen und Luftnot differenzialdiagnostisch in Erwägung zu ziehendes akutes Coronarsyndrom oder eine Lungenembolie erschienen auf Grund der Anamnese eher unwahrscheinlich. Der Notarzt verordnete wegen der Pneumonie eine Beförderung ins Krankenhaus, die von der Kl. abgelehnt wurde, da sie wegen der Versorgung ihrer Kinder sich zu Hause behandeln lassen wollte. Die Krankenkasse verweigerte die Kostenübernahme für die sog. Leerfahrt. Die Kl. zahlte die Rettungsgebühren (141,42 Euro). **SG Aachen**, Urt. v. 17.10.2006 - S 4 KR 44/06 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

C) FAHRKOSTEN NACH KRANKENHAUSENTLASSUNG

SG Würzburg, Urt. v. 30.10.2007 - S 2 KR 259/03 -

RID 08-01-179

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 60 I, 133

BSG v. 25.06.1975 - 5 RKN 50/74 - hat festgestellt, dass die nach beendeter Krankenhausbehandlung entstehenden notwendigen Kosten der Fahrt vom **Krankenhaus zur Wohnung** des Versicherten zu tragen sind. Ausnahmsweise hat der Träger der Krankenversicherung die Kosten einer Fahrt vom Krankenhaus zu einem **weiter entfernten Ort** zu tragen, wenn ein **wichtiger Grund** dies verlangt und die entstehenden Mehrkosten nicht unangemessen hoch und in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Hauptleistung stehen.

Eine Krankenkasse hat **nicht sämtliche Transportkosten** nach der Entlassung aus stationärer Behandlung, die durch den privaten Umzug entstanden sind, in vollem Umfang zu übernehmen.

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

D) FAHRKOSTEN NUR IN AUSNAHMEFALL UND NACH VORHERIGER GENEHMIGUNG DER KRANKENKASSE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.12.2007 – L 11 KR 41/07 –

RID 08-01-180

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 60 I 3, 92 I 2 Nr. 12

Fahrkosten sind von der Krankenkasse nur zu übernehmen, wenn ein besonderer **Ausnahmefall**, den der Gemeinsame Bundesausschuss in den **Richtlinien** nach § 92 I 2 Nr. 12 SGB V festgelegt hat, vorliegt. Unabhängig davon kommt eine Verurteilung zur künftigen Übernahme der Fahrkosten auch deshalb nicht in Betracht, weil das Gesetz ausdrücklich eine Leistungspflicht der Krankenkasse nur **nach vorheriger Genehmigung** der Fahrt vorsieht. Angesichts der eindeutigen gesetzlichen Regelung kommt es auf die medizinische Notwendigkeit der Behandlung nicht an.

Der im Januar 2002 geb. Kl., der sich wegen eines Zustandes nach Hüftdysplasie und Klumpfußstellung in laufender orthopädischer Behandlung befindet, beantragte erfolglos die Kostenübernahme für die Fahrten zu den ambulanten Behandlungen. Er machte geltend, die Fahrten zu den Behandlungen seien medizinisch notwendig. Die Kosten seien aus den Regelsätzen des Arbeitslosengeldes II nicht zu bestreiten. Es sei eine Zumutung, für jede einzelne Fahrt eine aufwendige Notwendigkeitsbescheinigung zu fordern. *SG Gelsenkirchen*, Urt. v. 30.11.2006 - S 17 KR 113/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. REHA: INHALT DER ERFORDERLICHEN VERTRAGSÄRZTLICHEN VERORDNUNG/KASSENWECHSEL

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.12.2007 – L 9 KR 150/03 –

RID 08-01-181

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 15 I, 19 I, 27 I 2 Nr. 6, 40 III 1, 73 II 1 Nr. 5

Fehlt es an der für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen **vertragsärztlichen Verordnung**, so besteht kein Anspruch hierauf. Die vertragsärztliche Verordnung muss eine hinreichend **konkretisierte Maßnahme anordnen** und für die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme sowohl gegenüber dem Versicherten als auch gegenüber den Krankenkassen die Verantwortung übernehmen. Daran fehlt es, wenn der Arzt keine Behandlung anordnet, sondern lediglich "befürwortet", "empfiehlt" oder "anregt", weil sie ihm "sinnvoll" erscheint. Zumindest die nachvollziehbare Prüfung der Verordnungsvoraussetzungen des § 7 RehaRL muss zu erkennen sein.

Die **qualifizierte Verordnung** kann noch grundsätzlich bis zum Schluss der letzten mündlichen Tatsachenverhandlung vor dem LSG **nachgeholt** werden. Beschafft sich der Versicherte die Maßnahme selbst, müssen die Voraussetzungen für den Anspruch auf Rehabilitation im Zeitpunkt der Beschaffung, d.h. i.d.R. im Zeitpunkt der zivilrechtlichen Vereinbarung der medizinischen Maßnahme mit dem Leistungserbringer, spätestens im Zeitpunkt der Leistung selbst, vorliegen, was sich aus § 13 III SGB V ergibt. **Wechselt der Versicherte die Krankenkasse**, müssen alle Leistungsvoraussetzungen für den Anspruch auf die begehrte Rehabilitationsmaßnahme vor dem Wechsel vorliegen; sie können auch in einem bereits vorher begonnenen Sozialrechtsstreit danach nicht mehr nachgeholt werden, um den Anspruch gegen die bisher zur Leistungserbringung zuständige Krankenkasse zu begründen.

SG Berlin, Urt. v. 07.11.2003 - S 86 KR 99/03 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 15.11.2007 - *B 3 KR 4/07 R* – kommt ein wirksamer Behandlungsvertrag zwischen Krankenkasse und **Physiotherapeutin** auch bei einer vorschriftswidrigen Verordnung (weder ein entsprechender Genehmigungsvermerk noch eine Kostenübernahmeerklärung) zustande, wenn die Krankenkasse auf die Genehmigung im Einzelfall gegenüber den Leistungserbringern verzichtet.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B IX (S. 52); RID 05-04-B X (S. 57 f.).

1. BEZIEHUNGEN ZU KRANKENHÄUSERN

Nach BSG, Urt. v. 24.01.2008 - *B 3 KR 6/07 R* – u. - *B 3 KR 17/07 R* – bestehen Vergütungsansprüche nur im Rahmen eines **wirksamen Versorgungsvertrages**; eine zuvor erteilte Kostenübernahmeerklärung steht einer Rückforderung der Behandlungskosten nicht entgegen, denn diese schließt die Krankenkasse lediglich mit solchen Einwendungen aus, die sie kannte oder mit denen sie hätte rechnen müssen; nach BSG, Urt. v. 15.11.2007 - *B 3 KR 13/07 R* – besteht für eine **Zwischenfeststellungsklage auf Akteneinsicht** kein Raum, weil die Regelung des § 120 SGG insoweit abschließend ist.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B IX 1 (S. 52).

A) UNBEFUGTE BENUTZUNG EINER KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

SG Duisburg, Urt. v. 16.03.2007 – S 9 KR 123/05 –

RID 08-01-182

Sprungrevision anhängig: B 3 KR 19/07 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 15 II, 29 II 2, 69 S. 3, 112 II Nr. 1, 109 IV 3, 291 I 3; BGB § 812

Hat eine Krankenkasse zunächst in Unkenntnis des wahren Sachverhaltes eine **Kostenzusage** für den stationären Aufenthalt eines vermeintlichen Versicherten erteilt, so ist sie nicht gehindert, diese in der Folgezeit zu **widerrufen**, wenn die Kostenübernahmeerklärung mit der Klausel versehen ist, dass sie vorbehaltlich eines Widerrufs gelte, sofern und solange eine Mitgliedschaft bei ihrer Kasse bestehe.

Ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses lässt sich nicht aus der vom Patienten vorgelegten **Krankenversicherungskarte** ableiten. Deren Missbrauch bzw. **unbefugte Benutzung** führt nicht nach **Rechtsscheinsgrundsätzen** zur Begründung einer Einstandspflicht der Krankenkasse für die unberechtigte Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung. Während ein Vertragsarzt gegen eine Rückforderung bei Nichtbestehen eines Versicherungsverhältnisses in der Weise geschützt ist, dass er seinen Honoraranspruch behält, weil die Vertragspartner in § 19 IX BMV-Ä vereinbart haben, dass die Krankenkasse für den Vergütungsanspruch bei Benutzung einer falschen Krankenversicherungskarte nur dann nicht haftet, wenn der Vertragsarzt einen offensichtlichen Missbrauch hätte erkennen können, so gilt diese Regelung für die stationäre Krankenhausbehandlung ausdrücklich nicht.

Aus der **Verordnung von Krankenhausbehandlung** durch Vertragsärzte kann das Krankenhaus ebf. keinen **Vertrauensschutz** beanspruchen. Soweit ihm auf Grund einer möglichen Pflichtverletzung ein Schaden entstanden ist, ist es auf die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen gegen die verordnenden Ärzte zu verweisen.

Ein **Krankenhaus** hat keinen Anspruch auf **Vorlage der Krankenversicherungskarte**, die deshalb nur im Verhältnis zu einem Vertragsarzt bei ambulanter Behandlung die Funktion eines Ausweispapiers in dem Sinne zukommt, das hiermit der Versicherungsschutz nachgewiesen werden kann.

Eine **Verpflichtung**, vor jeder Erteilung einer Kostenübernahmeerklärung die Versicherteneigenschaft, die fortbestehende Mitgliedschaft sowie die Identität des aufgenommenen Patienten mit dem versicherten Mitglied zu prüfen, kann einer **Krankenkasse** im Hinblick auf die in aller Regel gegebene Eilbedürftigkeit und in Ansehung des Umstandes, dass es sich um ein Massenverwaltungsgeschäft handelt, nicht grundsätzlich abverlangt werden. Auch braucht eine Krankenkasse für ein strafbewehrtes Verhalten ihres Versicherten im Umgang mit der Krankenversicherungskarte nicht zu haften. Es obliegt den Parteien des **Sicherstellungsvertrages**, ggf. Regelungen zu schaffen, wie in Missbrauchsfällen zu verfahren ist.

Bei der Bekl. und Widerkl. ist der nigerianische Staatsangehörige N. A. auf Grund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung krankenversichert. Unter diesem Namen sowie unter Vorlage von dessen **Krankenversicherungskarte** ließ sich der aus Liberia stammende F. stationär behandeln. Er legte die ärztl. Verordnung von Krankenhausbehandlung vor und unterzeichnete Empfangsbestätigungen, Behandlungsvertrag sowie Einverständniserklärung jeweils mit der Unterschrift "A. N.". Die Bekl. erteilte unter dem 19.03.2004 eine **Kostenzusage** unter dem **Vorbehalt, sofern und solange eine Mitgliedschaft bei der Kasse bestehe**. Den ihr für die stationäre Krankenhausbehandlung in Rechnung gestellten Betrag in Höhe von 4.140,86 EUR glich die Bekl. zunächst aus. Nachdem die Ehefrau des Versicherten am 05.04.2004 anlässlich eines Anrufs bei der Bekl. mitgeteilt hatte, dass ihr Ehemann seine Krankenversicherungskarte an einen Freund verliehen habe, nunmehr aber selbst zum Arzt wolle, ermittelte die Bekl. durch Nachfrage beim Arbeitgeber, dass ihr Versicherter im Monat März 2004 durchgehend gearbeitet habe. Die Bekl. erklärte die **Rücknahme der Kostenübernahme** von Krankenhausbehandlung und **forderte die Rückzahlung** der Behandlungskosten, die sie später verrechnete, dann während des Klageverfahrens wegen des landesvertragl. Verrechnungsverbots zurücküberwies. Zur Begründung verwies sie auf BSG v. 12.03.2003 - B 3 KR 1/03 R -, derzufolge die Zahlungsverpflichtung voraussetze, dass der Patient während der stationären Behandlung versichert gewesen sei. Der **Kl. vertrat die Rechtsauffassung**, die Bekl. sei aus Gründen der Rechtsscheinhaftung auch dann zur Zahlung der Behandlungskosten verpflichtet, wenn nicht ihr Versicherter, sondern ein Dritter unter Vorlage der von ihr ausgestellten Krankenversicherungskarte Behandlung in Anspruch genommen habe. Der Rechtsverkehr könne sich auf die durch diesen Ausweis geschaffene Rechtslage dann verlassen, wenn der Träger des Rechtsscheins, hier die Versichertenkarte, von dem Veranlasser des Rechtsscheins, hier der Krankenkasse, wissentlich in den Rechtsverkehr gelangt sei und der Dritte, hier das Krankenhaus, auf die Richtigkeit des Rechtsscheins vertraut habe. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass die Bekl. eine Kostenübernahmeerklärung erteilt habe, obgleich ihr Versicherter nicht arbeitsunfähig gemeldet gewesen sei. Das **SG** verurteilte den Kläger und Widerbeklagten auf die Widerklage, an die Bekl. und Widerkl. einen Betrag in Höhe von 4.140,86 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 07.02.2006 zu zahlen.

B) VERGÜTUNGSANSPRUCH FÜR KRANKENHAUSAUFENTHALT BEI FEHLEN EINES GEEIGNETEN PFLEGEPLATZES

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 19.12.2006 – L 4 KR 74/05 –

RID 08-01-183

Revision anhängig BSG: B 5b/8 KN 1/07 KR R

juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 2 u. 3

Ein Krankenhausträger hat keinen Vergütungsanspruch gegenüber einer Krankenkasse für Zeiten eines Krankenhausaufenthaltes einer Versicherten, wenn diese aufgrund ihrer psychischen Verfassung weiter betreut wird, weil ein Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung noch nicht zur Verfügung steht und eine Entlassung in die Häuslichkeit nicht möglich ist.

SG Halle, Urt. v. 20.10.2005 - S 11 KN 189/04 KR - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

C) KEIN VERGÜTUNGSANSPRUCH BEI BEGRENZTEM VERSORGUNGS-AUFTRAG

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.07.2007 – L 5 KR 59/06 –

RID 08-01-184

Revision am 24.01.2008 zurückgewiesen: B 3 KR 17/07 R

juris

SGB V §§ 39 I 3, 109 IV 2, 112 II 1 Nr. 1

Unabhängig von der Frage der Notwendigkeit oder Vertretbarkeit einer stationären Behandlung besteht kein Vergütungsanspruch eines Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse, wenn der betreffende Versicherte angesichts des **begrenzten Versorgungsauftrages** des Krankenhauses **nicht hätte behandelt werden dürfen**.

SG Koblenz, Urt. v. 25.01.2006 - S 6 KR 96/05 - verurteilte die Bekl., an die Klägerin 3.807,77 € nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15.06.2004 zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab. *BSG*, Urt. v. 24.01.2008 - B 3 KR 17/07 R – wies die Revision zurück.

D) KORREKTUR DER SCHLUSSRECHNUNG DURCH KRANKENHAUS

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 10.10.2007 – L 5 KR 27/07 –

RID 08-01-185

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 II, 109, 112, 140d I 1; BGB § 362 I

Enthalten die **Verträge nach §§ 109, 112 SGB V** keine Bestimmungen darüber, unter welchen Voraussetzungen der Vergütungsanspruch des Krankenhauses getilgt wird oder erlischt, so sind gemäß § 69 Satz 3 SGB V die Bestimmungen des BGB entsprechend heranzuziehen.

Ist die **Höhe der Forderung** durch ein (auch vertragliches) Regelwerk vorherbestimmt, entsteht die Forderung in dieser vorbestimmten Höhe, wenn die tatbestandlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Die Höhe unterliegt **nicht der Disposition der Vertragspartner**. Dies ist die Konsequenz daraus, dass der Vergütungsanspruch des Krankenhauses unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten entsteht, ohne dass es einer weiteren Willenserklärung zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse oder dem Versicherten bedarf. Ein Anspruch entsteht hierdurch nicht nur dem Grunde, sondern auch der Höhe nach.

Eine **Bindung an eine abschließende Rechnung** setzt einen **Vertrauenstatbestand** voraus, an dem der Schuldner der Forderung sich ausgerichtet und entsprechend eingerichtet hat. Die Tatsache, dass nach einer Schlussrechnung eine Nachforderung überhaupt möglich ist, bedeutet zugleich, dass die Rechnung selbst den notwendigen Vertrauenstatbestand nicht darstellen kann; vielmehr müssen es außerhalb der Rechnung liegende Tatsachen sein, auf die sich der Schuldner in seinem vertrauensbedingten Verhalten gestützt haben könnte.

Ein **Krankenhaus** kann eine **Nachforderung erheben**, auch wenn es bereits eine Kostenrechnung übersandt hat. Eine Bestimmung in einem Vertrag nach § 112 II Nr. 1 SGB V, wonach nach Beendigung der Krankenhausbehandlung der zuständigen Krankenkasse in der Regel innerhalb von 14 Kalendertagen nach der Entlassung eine Schlussrechnung übersandt wird, steht dem nicht entgegen. Nachträgliche Korrekturen rechnerischer oder tatsächlicher Art sind grundsätzlich noch möglich, allerdings wirkt sich die Änderung der Beweislage zu Lasten dessen aus, der vertragliche Fristen nicht einhält (vgl. *BSG*, Urt. v. 28.05.2003 - B 3 KR 10/02 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 1).

Das kl. Krankenhaus, das in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen ist, erstellte für die stationäre Behandlung der Versicherten der Bekl. v. 23.02.-02.03.2006 3.393,45 EUR in Rechnung, die sie mit den entsprechenden Diagnosen kodierte. Die Beklagte überwies den geforderten Betrag. Im Juni 2006 teilte die Kl. der Bekl. – wie auch in anderen Fällen – mit, dass anlässlich einer internen Überprüfung die fehlerhafte Kodierung des Behandlungsfalles aufgefallen sei. Hauptdiagnose sei eine andere Diagnose. Es ergebe sich daraus eine andere mit einem Differenzbetrag von 58,65 EUR. Die Bekl. lehnte die Nachzahlung ab. *SG Lübeck*, Urt. v. 16.12.2006 - S 3 KR 352/06 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

E) HERZKATHETERUNTERSUCHUNG NACH SONES: GEFÄßNAHT

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.07.2007 – L 5 KR 228/06 –

RID 08-01-186

Revision anhängig: B 3 KR 15/07 R

juris

SGB V §§ 109 IV, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b

Ausgehend vom Grundprinzip des OPS-301 gibt die bei einem Versicherten nach Abschluss einer Herzkatheteruntersuchung nach Sones angelegte Gefäßnaht keine Veranlassung zur zusätzlichen Kodierung der Prozedur 5-388.12. Auch ein geltend gemachter zusätzlicher Aufwand rechtfertigt keine zusätzliche Verschlüsselung der Naht.

SG Speyer, Urt. v. 13.10.2006 - S 7 KR 661/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

F) HERAUSGABE VON BEHANDLUNGSUNTERLAGEN

SG Berlin, Urt. v. 01.06.2004 – S 82 KR 2038/02 –

RID 08-01-187

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 108, 275, 294a; SGB X 66, 116

Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen eines **drittverursachten Gesundheitsschadens** in Form eines **ärztlichen Behandlungsfehlers**, ohne dass bereits Aussagen dazu möglich sind, ob die geäußerten Verdachtsmomente begründet sind oder nicht, dann hat das **Krankenhaus nach § 294a SGB V die Behandlungsunterlagen herauszugeben** bzw. Daten zu übermitteln. Der Datenbegriff kann keinesfalls enger als der von Sozialdaten im Sinne von § 67 I 1 SGB X verstanden werden.

Verfassungsrechtliche und datenschutzrechtliche **Bedenken** gegen § 294a SGB V bestehen nicht.

Die bei der Kl. krankenversicherte Sch befand sich 1998/1999 in der von der Bekl. betriebenen Klinik in stationärer Behandlung. Sie wandte sich an die Kl. und bat um Unterstützung bei der Aufklärung der nach ihrer Ansicht medizinisch verfehlten Behandlungen. Der MDK benötigte für eine Stellungnahme weiterer Unterlagen, deren Herausgabe die Bekl. ablehnte. Das *SG* gab der Klage statt u. verurteilte das bekl. Krankenhaus, an die Kl. die Unterlagen betreffend die Patientin Sch herauszugeben.

G) UNZULÄSSIGKEIT EINES RÜCKWIRKENDEN EINBEHALTS NACH § 140d I 1 SGB V

SG Dessau, Urt. v. 28.02.2007 – S 4 KR 67/05 –

RID 08-01-188

GesR 2007, 517

SGB V § 140d I 1; BGB § 812 I 1, 814

Bei Verträgen zur integrierten Versorgung kann eine Krankenkasse den Einbehalt nach § 140d I 1 SGB V von einer Behandlungskostenabrechnung nur bis zum Zeitpunkt der Begleichung der Rechnung gegenüber dem Krankenhausträger geltend machen.

Das *SG* gab der Klage statt.

2. APOTHEKER

A) HINWEISE EINER KRANKENKASSE AN VERSICHERTE AUF VERSANDHANDELSAPOTHEKE

SG Landshut, Urt. v. 12.12.2007 – S 4 KR 198/07 ER –

RID 08-01-189

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 129 V; SGG § 86b II

Eine **Krankenkasse** ist verpflichtet, jedes Verhalten zu unterlassen, dass gegen den **Arzneilieferungsvertrag** verstößt. Sieht dieser vor, dass die Versicherten oder Vertragsärzte weder von den Apotheken zu Lasten der Ersatzkassen noch von den Ersatzkassen zugunsten bestimmter Apotheken/Lieferanten beeinflusst werden dürfen, dann darf eine **Krankenkasse** über bestimmte **Versorgungsangebote** nur sachlich und neutral informieren und diese Angebote **nicht in werblicher Form anpreisen** (vgl. *LSG Hessen*, Beschl. v. 30.04.2007 – L 8 KR 199/06 ER – RID 07-02-180; *LSG Hamburg*, Urt. v. 01.08.2007 – L 1 KR 16/06 – RID 07-03-169; *SG Hannover*, Beschl. v. 21.11.2007 - S 19 KR 401/07 ER - RID 08-01 <nachstehend>).

Unsachlich ist die Information, wenn die Versicherten gezielt dahin gehend beeinflusst werden, die **Angebote** einer mit der Krankenkasse **kooperierenden Versandhandelsapotheke** als besonders attraktiv in Anspruch zu nehmen. Eine unzulässige Beeinflussung liegt ferner in der Übersendung von **Werbematerial (Flyer)**.

Der Ast. ist Apotheker. Die Ag., eine Ersatzkasse, weist in ihren Verlautbarungen in Rundbriefen, im Internet und auch in ihrer Zeitschrift "Aktuell" auf die in den Niederlanden ansässige Versandapotheke EAV hin. Das *SG* untersagte der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung bis zu einer vollstreckbaren Entscheidung in der Hauptsache vorläufig, ihre Versicherten dahin zu beeinflussen, Arzneimittel und/oder sonstige Waren bei der "E. A. V. Versandapotheke (EAV)" zu beziehen und dafür in schriftlicher und/oder elektronischer Form oder in sonstiger Weise zu werben und wies im Übrigen (bezüglich der begehrten Zwangsmittel) den Antrag zurück.

B) UNZULÄSSIGE WERBUNG EINER KRANKENKASSE DURCH ZUZAHLUNGSGUTSCHEINE

SG Hannover, Beschl. v. 21.11.2007 – S 19 KR 401/07 ER –

RID 08-01-190

SGB V § 129 V; SGG § 86b II

Eine **Krankenkasse** ist verpflichtet, jedes Verhalten zu unterlassen, dass gegen den **Arzneilieferungsvertrag** verstößt. Es liegt eine **unzulässige Beeinflussung** vor, wenn die Krankenkasse über bestimmte Versorgungsangebote nicht sachlich und neutral informiert, sondern diese Angebote in werblicher Form anpreist (vgl. *LSG Hessen*, Beschl. v. 30.04.2007 – L 8 KR 199/06 ER – RID 07-02-180; *LSG Hamburg*, Urt. v. 01.08.2007 – L 1 KR 16/06 – RID 07-03-169).

Eine **unzulässige Werbung** liegt vor, wenn **Zuzahlungsgutscheine** vergeben werden, da die Versicherten gezielt beeinflusst werden, die Angebote der Kooperationspartner in Anspruch zu nehmen. Ein solcher Zuzahlungsverzicht ist jedoch mit den gesetzlichen Regelungen nach § 31 III SGB V nicht zu vereinbaren.

Eine unzulässige Beeinflussung kann auch in der **Übersendung von Werbematerial** und in einer **Kooperationsdarstellung im Internet** liegen.

Das *SG* untersagte auf Antrag des Landesapothekerverbandes und eines Apothekers der Krankenkasse vorläufig im Wege der einstweiligen Anordnung bis zu einer vollstreckbaren Entscheidung in der Hauptsache, ihre Versicherten dahin zu beeinflussen, Arzneimittel und/oder sonstige Waren bei bestimmten, namentlich benannten Apotheken zu beziehen und dafür in schriftlicher und/oder elektronischer Form oder in sonstiger Weise zu werben.

C) AUSEINZELUNG AUS GRÖßEREN PACKUNGEN

SG Leipzig, Urt. v. 17.10.2007 – S 8 KR 626/04 –

RID 08-01-191

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12, 129

Besteht für Apotheken eine Vereinbarung, wonach Fertigarzneimittel in denjenigen Packungsgrößen zu Grunde zu legen sind, die zur Erreichung der verordneten Gesamtmenge am wirtschaftlichsten sind, so ist dies dahingehend zu verstehen, dass bei Verwendung von Fertigarzneimitteln zur Herstellung von Rezepturen ggf. eine **"Auseinzelung aus größeren Packungen"**, wie N 2 oder N 3, zu erfolgen hat. (wie hier: *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 02.03.2006 - L 5 KR 78/05 -).

Das Recht zur **Rechnungs- und Taxberichtigung** und die damit verbundene Möglichkeit zur Aufrechnung gegen spätere Zahlungsansprüche aus Arzneimittellieferungen ist umfassend und betrifft nicht nur die Korrektur sog. Abrechnungsfehler (wie hier: *BSG*, Urt. v. 03.08.2006 - B 3 KR 7/05 R -). Dies gilt auch bei Verstößen gegen die Vorgaben des § 129 SGB V und die sie konkretisierenden Bestimmungen des Rahmenvertrages, wie bspw. bei einer Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. ARZNEIMITTELHERSTELLER: FESTBETRAGSFESTSETZUNG FÜR "ANTIANÄMIKA, ANDERE"

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 17.12.2007 – L 1 B 435/07 KR ER –

RID 08-01-192

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 35 I, 15, VII 2, 92 I 2 Nr. 6; SGG §§ 75 II, 86b I 1 Nr. 2

Der Senat hält die streitgegenständliche Festbetragsfestsetzung durch den G-BA für **möglicherweise rechtswidrig**, ohne dass dies allerdings zu einer Stattgabe im Sinne der Antragstellerin führt.

Nach summarischer Prüfung bestehen Bedenken, ob die Festbetragsfestsetzung auf einer "anderen geeigneten **Vergleichsgröße**" nach § 35 I 5, III 1 SGB V beruht (vgl. bereits zu den Glucocorticoide *LSG Berlin-Brandenburg*, B. v. 20.12.2006 – L 1 B 236/06 KR ER – RID 07-01-190).

Soweit weder sicher von einem Erfolg der Hauptsachenklage ausgegangen, noch ihr Scheitern prognostiziert werden kann, hat sich die gerichtliche Ermessensentscheidung im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes an der **Interessenlage** zu orientieren. Ist nicht ersichtlich, dass der Antragstellerin unzumutbare Nachteile entstehen, so ist nach § 35 VII SGB V vom Vorrang des Sofortvollzuges auszugehen. Dies ist der Fall, wenn trotz prognostizierter Umsatzverluste eine Existenzgefährdung nicht behauptet wird und andererseits die Krankenkassen im Falle einer Klageabweisung die von den Versicherten zwischenzeitlich ersparten Zuzahlungen faktisch nicht einfordern könnten.

SG Berlin, Beschl. v. 11.06.2007 - S 81 KR 1781/07 ER - wies den Antrag der Ast., eine Tochtergesellschaft des J Konzerns und ein pharmazeutisches Unternehmen, das u.a. "Erypo" in unterschiedlichen Dosierungen vertreibt, ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

4. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE: KEIN LEISTUNGSANSPRUCH NACH VERTRAGSKÜNDIGUNG

LSG Hamburg, Urt. v. 31.10.2007 – L 1 KR 21/07 –

RID 08-01-193

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 37, 132 I, 132 II; BGB §§ 812 ff.

Ein gekündigter Vertrag über häusliche Krankenpflege wirkt nicht fort (s. bereits *LSG Hamburg, Urt. v. 22.09.2004 – L 1 KR 1/03 - RID 04-04-157; Urt. v. 10.11.2004 – L 1 KR 43/04 - RID 05-01-175*). Ein allgemeiner **Fortgeltungsgrundsatz** lässt sich auch nicht aus der Pflicht zur Versorgung der Versicherten nach § 70 SGB V ableiten, weil diese Vorschrift nichts über die Vergütung aussagt (*BSG, Urt. v. 13.05.2004 – B 3 KR 2/03 R - SozR 4-2500 § 132a Nr. 1, S. 4 Rn. 8*). Eine einseitige Erklärung eines Krankenkassenlandesverbandes, die gekündigten Regelungen zunächst weiter gegen sich gelten zu lassen, steht dem nicht entgegen. Eine solche einseitige Erklärung bindet allenfalls bis zu ihrem Widerruf.

Bei Fehlen eines vertraglichen Vergütungsanspruchs ist das zivilrechtliche **Bereicherungsrecht** der §§ 812 ff. BGB, das auf die öffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehungen der Beteiligten entsprechend anwendbar ist (s. *BSG, Urt. 13.05.2004 – B 3 KR 2/03 R - SozR 4-2500 § 132a Nr. 1, S. 3 Rn. 6*), keine Anspruchsgrundlage.

SG Hamburg, Urt. v. 10.04.2007 - S 34 KR 856/01 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt Parallelentscheidung *LSG Hamburg, Urt. v. 24.01.2007 – L 1 KR 19/06 – RID 07-02-185*.

5. VERGÜTUNGSANSPRUCH PSYCHIATRISCHER AMBULANZ UND KONTROLLBEFUGNIS DER KRANKENKASSE

SG Kassel, Urt. v. 14.09.2005 – S 12 KR 231/04 –

RID 08-01-194

SGB V §§ 106, 106a, 118, 113 IV, 136, 275

Die **Verantwortung** für die **Einhaltung einer Vereinbarung** nach § 118 II SGB V liegt zumindest hinsichtlich der Behandlung der Versicherten einer Krankenkasse allein beim **Krankenhaus**, wobei das Krankenhaus auch die Verantwortung dafür trägt, dass allein die Patienten dort ambulant behandelt werden, die zu der von der Vereinbarung erfassten Patientengruppe gehören.

Die **Prüfung** der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Psychiatrische Institutsambulanz beinhaltet sowohl die Prüfung der **Qualität der Leistungserbringung** als auch die Prüfung der **Plausibilität der Abrechnung** (§ 113 IV SGB V). Hierauf ist die Kontrollbefugnis der Krankenkasse beschränkt.

Auch die Einleitung eines Prüfverfahrens nach § 113 IV SGB V würde einer Krankenkasse nicht ein **Zurückbehaltungsrecht** einräumen, da die Zahlungsverpflichtung für erbrachte Behandlungen hiervon unberührt bleibt.

Die bekl. **Krankenkasse** lehnte eine Zahlung für die Behandlung ihrer Versicherten durch die Psychiatrische Institutsambulanz des Klinikums des klagenden Trägers ab, weil die Kl. sich ständig weigere, geeignete Unterlagen zur Prüfung der Voraussetzungen und der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Behandlungen dem MDK vorzulegen. Es würden hauptsächlich schwerpflegebedürftige Heimbewohner, die in erster Linie auch von niedergelassenen Fachärzten behandelt werden könnten, betreut werden. Die **Kl.** verweist u.a. auf eine **Vereinbarung nach § 118 II SGB V**, auf deren Grundlage kein Herausgabeanspruch bestehe. Ein Vorrang des niedergelassenen Bereiches oder der sog. Regelversorgung greife nicht. Die Institutsambulanz habe vielmehr nur festzustellen, ob es sich um einen Patienten gemäß den vertraglichen Vereinbarungen handle. Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, der Kl. als Trägerin des Klinikums aus Anlass der Behandlung von Versicherten der Bekl. in der Psychiatrischen Institutsambulanz des Klinikums in den Quartalen 3/02, 4/02, 1/03 und 2/03, 3/03, 4/03 und 1/04 weitere 26.313,13 Euro zuzüglich Zinsen zu zahlen.

Vgl. *SG Düsseldorf, Urt. v. 26.09.2007 – S 2 KA 75/06 – RID 07-04-64* zur **Vergütungsfestsetzungen der Schiedsstellen** gemäß § 120 IV SGB V i.V.m. § 18a I KHG; zur **Zuständigkeit der Kammern für Vertragsarztrecht** s. nachfolgende Hinweise.

Zu **Angelegenheiten des Vertragsarztrechts** s. *LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.06.2006 – L 18 AR 13/05 – RID 08-01-* (diese Ausgabe S. 43); *LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.07.2004– L 10 B 6/04 KA ER - RID 04-04-40* (Teilnahme einer Ärztin am Modellvorhaben "Akupunktur"); nach *BSG, Urt. v. 18.06.1997 - 6 RKa 8/97 - USK 97127* gehören zu den **Angelegenheiten des Kassenarztrechts** (§ 12 III 1 i.V.m. § 10 II SGG) die Streitigkeiten nach § 51 II 1 SGG a.F., auf den § 10 II SGG a.F. Bezug nimmt, u.a. Streitigkeiten nach dem SGB V aufgrund der Beziehungen zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände (Nr. 1 aaO); nach *BSG, Beschl. v. 27.05.2004 - B 7 SF 6/04 S – juris* ist der **Begriff des Vertragsarztrechts** nach der **Legaldefinition des § 10 II SGG** beschränkt auf die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten und Vertragszahnärzten (hierin einzuschließen wohl auch die Vereinigungen und Verbände der genannten Gruppen: § 10 II a.E. SGG).

6. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMEN

A) KEINE VERGÜTUNG EINER KRANKENTRANSPORTLEISTUNG BEI FEHLENDEM VERSORGUNGSVERTRAG

SG Düsseldorf, Urt. v. 04.05.2007 – S 34 (4) KR 321/04 –

RID 08-01-195

Revision anhängig: B 3 KR 5/07 R

juris

SGB V § 133 I; BGB §§ 677, 812

Die **bereicherungsrechtlichen Grundsätze** nach den §§ 812 ff. BGB können auf das sozialversicherungsrechtliche Verhältnis zwischen Krankentransportunternehmen und gesetzlichen Krankenkassen nicht entsprechend angewendet werden. Insoweit kommt ein Rückgriff auf zivilrechtliche Grundsätze, die in den Fällen des Mangels einer vertraglichen Vereinbarung darauf abzielen, dem Leistenden zumindest die übliche Vergütung zu sichern, in dem Bereich der Erbringung von Krankentransportleistungen nicht in Betracht (vgl. *SG Duisburg*, Urt. v. 11.05.2006 – S 7 KR 11/05 – RID 07-01-199).

Die öffentlich-rechtliche Vorschrift des § 133 SGB V schließt auch in Fällen, in welchen ein Rettungsdienst Versicherte in **Notfallsituationen transportiert**, den Rückgriff auf die **Geschäftsführung ohne Auftrag** aus, weil sie als abschließend zu verstehen ist und insbesondere auch eine Regelung für den Fall enthält, dass keine Verträge über die Entgelte für Krankentransporte abgeschlossen worden sind (vgl. *BSG* v. 04.10.2004 - B 3 KR 16/04 B -).

Das *SG* wies die Klage ab.

B) AUSGANGSPUNKT AUßERHALB DES BETRIEBSBEREICHS DER KRANKENTRANSPORTWAGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.10.2007 – L 11 KR 51/06 –

RID 08-01-196

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 60 II, 133; BGB § 812; RettG NRW §§ 23 II Nr. 1, 32 III

Ein Krankentransportunternehmen darf **Krankentransporte zwischen Krankenhäusern** dann nicht vornehmen, wenn Ausgangspunkt ein Krankenhaus ist, das **außerhalb des genehmigten Betriebsbereichs seiner Krankentransportwagen** ist. Nach § 32 III RettG NRW dürfen beim Krankentransport Beförderungen nur durchgeführt werden, wenn ihr Ausgangsort im Betriebsbereich liegt. Die Genehmigung des Betriebsbereichs entfaltet **Tatbestandswirkung** für Dritte, somit auch für die Krankenkassen und die Sozialgerichte. Eine Verpflichtung zur "Notfallrettung" besteht in diesen Fällen nicht, weil der Ausgangspunkt der Beförderung nicht innerhalb des Betriebsbereichs der Krankenkraftwagen lag (§ 23 II Nr. 1 RettG NRW).

SG Düsseldorf, Urt. v. 08.05.2006 - S 9 (26) KR 63/02 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das *LSG* verurteilte das Krankentransportunternehmen, an die Kl. 2.797,80 Euro nebst Zinsen zu zahlen.

X. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. MITGLIEDERWERBUNG: HINWEIS AUCH AUF ZUSATZBEITRAG NEBEN ALLGEMEINEM BEITRAGSSATZ

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 13.12.2007 – L 5 ER 289/07 KR –

RID 08-01-197

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 69; SGB V i.d.F. des GKV-WSG §§ 241 242, UWG § 8

Im Streit zwischen zwei Krankenkassen fehlt es nicht deshalb an dem erforderlichen **Rechtsschutzinteresse**, weil eine Ast. gehalten wäre, vor einem gerichtlichen Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz die **Aufsichtsbehörde** anzurufen (so bereits *LSG Rheinland-Pfalz*, Beschl. v. 21.06.2007 – L 5 ER 158/07 KR – RID 07-03-184; ebs. *LSG Nordrhein-Westfalen* v. 28.05.2002 – L 5 B 29/02 KR ER -; vgl. a. *BSG* v. 20.04.1988 – 3/8 RK 4/87 - BSGE 63, 144, wo ohne nähere Problematisierung vom Rechtsschutzinteresse ausgegangen wurde) (**gegen LSG Saarland**, Beschl. v. 21.06.2006 – L 2 B 5/06 KR – RID 07-01-201; *LSG Schleswig-Holstein*, B. v. 26.09.2007 – L 5 B 522/07 KR ER – RID 07-04-147).

Die Krankenkassen unterliegen bei ihrer **Mitgliederwerbung** Beschränkungen, die sich aus ihrer Pflicht zur Aufklärung, Beratung und Information der Versicherten (§§ 13-15 SGB I) sowie aus dem Gebot, bei der Erfüllung dieser und anderer gesetzlicher Aufgaben mit den übrigen Sozialversicherungsträgern zusammenzuarbeiten (§ 15 III SGB I; § 86 SGB X), ergeben und unter Berücksichtigung auch von § 4 III SGB V ein Gebot der Rücksichtnahme auf die Belange der anderen Krankenversicherungsträger (vgl. a. die "Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden") umfassen.

Eine Krankenkasse hat eine **Werbung zu unterlassen**, mit welcher der Eindruck erweckt wird, ab dem Inkrafttreten des GKV-WSG am 01.01.2009 komme es nicht mehr zu Unterschieden in der finan-

ziellen Belastung der Versicherten zwischen den einzelnen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn in Werbeschreiben einer Krankenkasse in Bezug auf die finanzielle Belastung der Versicherten ab dem 01.01.2009 nur von dem Beitrag mit dem einheitlichen **allgemeinen Beitragsatz** die Rede ist, ohne die Möglichkeiten der **Erhebung eines Zusatzbeitrages** und der Prämienzahlung an die Mitglieder zu erwähnen, wird ein für die Wahlentscheidung des Versicherten zugunsten oder zuungunsten einer Krankenkasse wesentlicher Umstand verschwiegen.

SG Mainz, Beschl. v. 14.9.2007 - S 6 ER 206/07 KR - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** untersagte es der Ag., unter Androhung eines Ordnungsgeldes von bis zu 250.000, EUR für jeden Fall des Zuwiderhandelns, ersatzweise Ordnungshaft bis zu sechs Monaten, zu vollziehen an einem vertretungsberechtigten Vorstandsmitglied der Ag., zu behaupten, dass ab dem Jahr 2009 alle Krankenkassen denselben Beitragsatz haben, ohne auf die Möglichkeit kassenindividueller Zusatzbeiträge bzw. Prämienzahlungen nach § 242 I u. II SGB V in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung hinzuweisen.

2. ANORDNUNGSANTRAG WEGEN FUSION EINER NOTLEIDENDEN KRANKENKASSE

SG Stuttgart, Beschl. v. 20.07.2007 – S 6 A 5427/07 ER –

RID 08-01-198

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 265a; SGG § 86b II

Einer Krankenkasse fehlt es an einem **Anordnungsgrund**, um vorläufig die **Fusion einer notleidenden Krankenkasse** mit einer weiteren Krankenkasse und die Gewährung einer **Fusionsbeihilfe** zu untersagen, wenn sich bei einer weiteren Zuspitzung der Verhältnisse eine **Schließung dieser Kasse als unausweichlich zeigt** und die antragstellende Krankenkasse ihrerseits nicht wegen einer mittelbaren finanziellen Mehrbelastung dadurch selbst in die Nähe einer Schließungsgefahr gerät. Eine Abwanderung von Versicherten zu anderen Kassenarten ist in gewissem Rahmen hinzunehmen.

Die um einstweiligen Rechtsschutz nachsuchende antragstellende Bosch BKK wandte sich vor dem Hintergrund befürchteter finanzieller Mehrbelastungen gegen eine Fusion zweier anderer - aufsichtsrechtlich gleichermaßen dem Land Baden-Württemberg als Ag. Nr. 1 zugeordneten - BKKen und der damit notwendigermaßen einhergehenden fusionshilferegelnden Satzungsänderungen der Ag. Nr. 2 als dem zuständigen Landesverband der Betriebskrankenkassen. Anlass ist der Umstand, dass in der Vergangenheit die BKK Hochrhein-Wiesental, mit ca. 75 000 Mitgliedern und einem Haushaltsvolumen von insgesamt ca. 340 Mio. Euro (für 2007) finanziell notleidend wurde. Grund hierfür waren u.a. finanzielle Unregelmäßigkeiten in Zusammenhang mit der Durchführung des Risikostrukturausgleichs, zufolge deren diese Kasse auch einen im bundesweiten Vergleich überaus günstigen Beitragsatz länger anbieten konnte, abgedeckt durch eine recht kreative Buchhaltung und zum Teil auch begleitet durch persönliche Bereicherungen. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einstweiliger Anordnungen gg. den Landesverband und die Aufsichtsbehörde ab.

3. VERÖFFENTLICHUNG VON VORSTANDSVERGÜTUNGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.11.2007 – L 16 KR 31/07 –

RID 08-01-199

rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 35a VI, 89; GG Art. 1, 2, 3

BSG, Urt. v. 14.02.2007 – B 1 A 3/06 R –, wonach die gesetzliche Pflicht der Krankenkassen, die Höhe der Vergütung ihrer Vorstandsmitglieder im Bundesanzeiger und in ihrer Mitgliederzeitschrift zu veröffentlichen, mit Verfassungsrecht und Europarecht in Einklang steht, ist zu folgen.

SG Düsseldorf, Urt. v. 11.01.2007 – S 34 KR 285/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelentscheidung: SG Düsseldorf, Urt. v. 11.01.2007 – S 34 KR 307/04 -

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.11.2007 – L 16 KR 32/07 –

RID 08-01-200

XI. Vergabeverfahren

1. RECHTSWEG ZU SOZIALGERICHTEN BEI VERGABEVERFAHREN BZGL. HILFSMITTEL

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.12.2007 – L 16 B 127/07 KR ER –

RID 08-01-201

Weitere Beschwerde als unzulässig verworfen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69, 126 I, 127 I; SGG 51 I Ziff. 2, II 1; GVG § 17a IV; GWB §§ 97 ff., 104; GG Art. 12 I; Richtlinie 2004/18/EG

Eine **Nichtbieterin** kann als nur mittelbar betroffene Gewerbetreibende durch eine staatliche Vergabep Praxis in ihren Rechten verletzt werden (**BVerfG**, Beschl. v 13.06.2006 - 1 BvR 1160/03 - BVerfGE 116, 135; Beschl. v 23.05.2006 - 1 BvR 2530/04 - BB 2006, 1702), so dass ihr selbst als

Nichtbieterin ein **Anspruch auf effektiven - einstweiligen - Rechtsschutz** nach den einfachgesetzlichen Normen grundsätzlich nicht zu verwehren ist.

Streitigkeiten bzgl. eines **Vergabeverfahrens** über einen Vertrag zur Hauszustellung und Lieferung von Inkontinenzartikeln gehört zum **Zuständigkeitsbereich der Sozialgerichtsbarkeit** (§ 51 SGG).

In Angelegenheiten des einstweiligen Rechtsschutzes kann eine **weitere Beschwerde** zu einem obersten Gerichtshof zulässig sein (**gegen BVerwG**, Beschl. v 08.08.2006 - 6 B 65/06 - DVBl 2006, 1249). Das GVG beschränkt die Klärung von Rechtswegfragen nicht nur auf Urteile und bestimmte andere Beschlüsse, sondern lässt umfassend die (weitere) Rechtswegbeschwerde zu (vgl. a. **BGH**, Beschl. v 09.11.2006 - I ZB 28/06 - NJW 2007, 1819).

Die **Ast.** betreibt in E ein Sanitätshaus und ist als **Orthopädietechnikbetrieb** gemäß § 126 I SGB V Vertragspartner der Ag. Die Zulassung umfasst u.a. die Abgabe von Inkontinenzhilfen. Bei einem geschätzten Gesamtumsatz von rund 750.000,- EUR im Jahr 2006 machte dieser Bereich bei der Ast. nach unbestrittenen Angaben der Ag. einen Jahresumsatz von ca. 2.000,- EUR aus (11 – 12 % des Umsatzes aller Inkontinenzartikel im Jahr 2006). Die Ag. ist eine gesetzliche Krankenkasse mit allein rund 31.600 Versicherten in Nordrhein-Westfalen. Durch Bekanntmachung schrieb sie den **Abschluss einer Rahmenvereinbarung** nach § 127 I SGB V zur Versorgung ihrer Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln und Krankenunterlagen europaweit aus. Die Ast. forderte die Ag. auf, ihr gegenüber innerhalb einer Frist von drei Werktagen klarzustellen, dass aufgrund dieser Ausschreibung kein Zuschlag erteilt werde, denn sie sehe sich durch die Leistungsbeschreibungen und die Vertragsbestimmungen an der Abgabe eines Angebotes gehindert. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 14.11.2007 - S 9 KR 147/07 ER – erklärte den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für unzulässig und verwies den Rechtsstreit nach § 17a GVG an die Vergabekammer des Bundes; das **LSG** sah den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet; **BSG, Beschl. v. 24.01.2008 – B 3 SF 1/08 R** – verwarf die Beschwerde als unzulässig.

2. RECHTSWEG ZU SOZIALGERICHTEN BEI RABATTVERTRÄGEN

SG Stuttgart, Beschl. v. 20.12.2007 – S 10 KR 8404/07 ER –

RID 08-01-202

Beschwerde anhängig: LSG Baden-Württemberg -L 5 KR 6123/07 ER-B -

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69, 130a IX, SGG §§ 51 I Nr. 2, II; GWB §§ 97 ff., 102 ff., 116; Richtlinie 2004/18/EG

Leitsatz: Für Streitigkeiten, bei denen es um die Erteilung von Zuschlägen zu Angeboten zum Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a SGB V geht, ist der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet. Dies folgt bereits aus § 51 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGG und wird bestätigt und bestärkt durch Wortlaut und Entstehungsgeschichte des § 69 SGB V. Mit Ausnahme der §§ 19 bis 21 GWB sind die Vorschriften des GWB einschließlich der vergaberechtlichen Vorschriften der §§ 97 ff GWB nicht anwendbar. Die **gegenteilige Auffassung** der Vergabekammer bei der Bezirksregierung Düsseldorf und der Vergabekammer des Bundes sowie des **OLG Düsseldorf** (z.B. Beschlüsse vom 18./19.12.2007 - VII Verg 44/07 - 51/07 <diese Ausgabe S. 96>) ist **abzulehnen**.

Die Ast. haben gemeinsam unter Federführung der **Ast. Ziff. 1 (AOK Baden-Württemberg)** für insgesamt 83 Wirkstoffe die auf dem Markt in Deutschland für diese Wirkstoffe tätigen in- und ausländischen Pharmaunternehmen mit Schreiben vom 03.08.2007 aufgefordert, ein verbindliches Angebot für eine Rabattvereinbarung nach § 130a VIII SGB V abzugeben. Eine inhaltsgleiche Veröffentlichung dieses Anschreibens erfolgte im elektronischen Bundesanzeiger. Aus den eingegangenen Angeboten wurden je Wirkstoff drei bis vier Pharmaunternehmen ausgewählt, mit denen Rabattverträge abgeschlossen werden sollten. Mit Schreiben vom 14.09.2007 informierten die Ast. sämtliche ein Angebot abgegebenen Pharmaunternehmen "im Vorgriff" auf die zu erfolgenden Vertragsabschlüsse, die "14 Tage nach Absendung dieser Vorabinformation beabsichtigt" seien. Eine Benennung der jeweils ausgewählten Pharmaunternehmen enthielt dieses Schreiben nicht. Daraufhin beantragte die x (Beigel. Ziff. 1) bei der **Vergabekammer bei der Bezirksregierung Düsseldorf** die Einleitung eines **Nachprüfungsverfahrens** nach den §§ 102 und 107 GWB mit der Begründung, die Ast. hätten mit ihrem Vorgehen gegen mehrere vergaberechtliche Vorgaben verstoßen. Nach Beiladung von 31 Pharmaunternehmen fasste die **Vergabekammer den Beschluss (VK-31/2007-L)**, den hiesigen Ast. zu untersagen, hinsichtlich der im Einzelnen bezeichneten Wirkstoffe auf die vorliegenden Angebote Zuschläge zu erteilen. Der Nachprüfungsantrag sei zulässig, eine **vorrangige Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit bestehe nicht**. Die Ast. seien **öffentliche Auftraggeber**. Der Nachprüfungsantrag sei auch begründet, da die Ast. gegen das **Gleichbehandlungs- und Transparenzgebot aus § 97 I GWB** verstoßen hätten, indem sie das Kriterium der Produktbreite aufgestellt und gewertet hätten, das Daten beinhalte, die für die Bieter sowohl vor Erstellung ihres Angebotes wie nach Auswertung nicht zugänglich gemacht worden seien. Es könne somit dahinstehen, ob eine weitere fortwirkende Rechtsverletzung der Beigel. Ziff. 1 durch die unterbliebene europaweite Veröffentlichung vorliege. Vorsorglich sei jedoch darauf hinzuweisen, dass eine unterbliebene europaweite Veröffentlichung kaum geeignet erscheine, eine fortwirkende Rechtsverletzung zu begründen, wenn ein Unternehmen ein Angebot habe abgeben können. Auf **sofortige Beschwerde** der Ast. hielt **OLG Düsseldorf**,

Beschl. v. 18.12.2007 - VII Verg 44/07 – RID 08-01- (diese Ausgabe S. 96) **sich für zuständig** u. setzte das Beschwerdeverfahren bis zur Entscheidung des EuGH über OLG Düsseldorf, Beschl. v. 23.05.2007 – VII-Verg 50/06 – RID 07-03-234 aus. Ferner haben die Ast. bereits am 21.11.2007 beim **SG Stuttgart Klage** gegen den Beschluss der Vergabekammer bei der Bezirksregierung Düsseldorf unter dem Az.: S 10 KR 8405/07 erhoben, über die ebenfalls noch nicht entschieden wurde. Gleichzeitig beantragten die Ast. die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes. Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung der am 21.11.2007 gegen den Beschluss der Vergabekammer bei der Bezirksregierung Düsseldorf vom 31.10.2007 eingereichten Klage an u. gestattete es den Ast., das **Vergabeverfahren zum Abschluss von Rabattverträgen fortzuführen und auf die von ihnen ausgewählten wirtschaftlichsten Angebote bezüglich der im Einzelnen aufgeführten Wirkstoffe Zuschläge zu erteilen**. Nach *Ansicht des SG* steht der Entscheidung des OLG Düsseldorf die "**Rechtswegsperre**" des § 17a I 2 GVG entgegen, da die beim SG Stuttgart gestellten Anträge der Ast. bereits am 21.11.2007 eingingen und damit rechtshängig wurden, während die sofortige Beschwerde beim OLG Düsseldorf erst am 22.11.2007, somit später, eingelegt wurde; soweit das OLG Düsseldorf darauf hinweise, entscheidend sei der Zeitpunkt der Beiladungsbeschlüsse des SG Stuttgart vom 04.12.2007, übersehe es, dass entscheidend für die Rechtswegsperre der Streitgegenstand sei. Die Ausschreibung der Ast. sei wegen § 69 SGB V **allein an den Maßstäben der §§ 19 bis 21 GWB** zu messen. Ein **Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung** sei nicht zu erkennen. Sollten die Rabattverträge erst nach dem 01.01.2008 in Kraft treten, **drohe den Ast. die Gefahr**, dass aufgrund der dann nicht mehr gegebenen Bindungspflicht der Pharmaunternehmen an das von ihnen abgegebene Angebot das gesamte Ausschreibungsverfahren erneut durchgeführt werden müsse. Die danach eintretende zeitliche Verzögerung würde dazu führen, dass die Ast. entgegen der ihnen in § 130a VIII SGB V eingeräumten Möglichkeit zum Abschluss von Rabattverträgen sich hieraus ergebende Einsparungen von erheblichem Gewicht, die letztendlich auch den gesetzlich Krankenversicherten zugute kämen, nicht realisieren könnten.

Parallelverfahren bzgl. des von der 2. Vergabekammer des Bundes ausgesprochenen Verbots:

SG Stuttgart, Beschl. v. 20.12.2007 – S 10 KR 8604/07 ER –

RID 08-01-203

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 06.02.2008– L 5 KR 316/08 B –

RID 08-01-204

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69, 130a IX, SGG §§ 51 I Nr. 2, II

Für Streitigkeiten, bei denen es um die Erteilung von Zuschlägen zu Angeboten zum Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a SGB V geht, ist der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet.

In sämtlichen Verfahren vor den allgemeinen bzw. besonderen Verwaltungsgerichten (Verwaltungsgerichte, Sozialgerichte, Finanzgerichte) wird eine Klage bereits **mit Klageerhebung** bei Gericht **rechtshängig** (§§ 81 I, 90 VwGO, §§ 90, 94 SGG, § 64 I, 66 FGO). Allen Regelungen ist hierbei zu entnehmen, dass es für Rechtshängigkeit anders als im Zivilprozess auf die Zustellung der Klageschrift an den Gegner nicht ankommt.

Streitgegenstand ist der Beschluss der Vergabekammer. Enthält ein gerichtlicher Beschluss keine Entscheidung über den beschrittenen Rechtsweg, so fehlt es diesbezüglich an einer Bindungswirkung. Zum anderen kann ein unter Verletzung von § 17 I GVG ergangener Beschluss keine Bindung des zuerst angerufenen Gerichts zur Folge haben.

§ 69 SGB V schließt es aus, Handlungen der Krankenkassen und der von ihnen eingeschalteten Leistungserbringer, die der Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrags gegenüber den Versicherten dienen sollen, nach dem UWG zu beurteilen (vgl. BSGE 89, 24, 30 ff.; BSG GesR 2005, 409, 411; BGH GRUR 2004, 247, 249 - Krankenkassenzulassung).

Im Hauptsacheverfahren (S 10 KR 8405/07) wenden sich die Kl. (sämtlich AOK-Landesverbände der Bundesrepublik Deutschland) gegen das ihnen gegenüber von der Vergabekammer bei der Bezirksregierung Düsseldorf ausgesprochene Verbot, für verschiedene Wirkstoffe Zuschläge auf Angebote von Pharmaunternehmen zum Abschluss von Rabattverträgen zu erteilen. Nach Beiladung von 31 Pharmaunternehmen untersagte die Vergabekammer bei der Bezirksregierung Düsseldorf mit Beschl. v. 31.10.2007 (Az.: VK-31/2007-L) den Kl., hinsichtlich der im Einzelnen bezeichneten Wirkstoffe auf die vorliegenden Angebote Zuschläge zu erteilen. OLG Düsseldorf, Beschl. v. 18.12.2007 - VII Verg 44/07 – stellte fest, dass es zuständig sei u. setzte das Beschwerdeverfahren bis zur Entscheidung des EuGH über OLG Düsseldorf, Beschl. v. 23.05.2007 – VII-Verg 50/06 – RID 07-03-234 aus. Ferner haben die Ast. bereits am 21.11.2007 beim **SG Stuttgart Klage** gegen den Beschluss der Vergabekammer bei der Bezirksregierung Düsseldorf unter dem Az.: S 10 KR 8405/07 erhoben, über die ebf. noch nicht entschieden wurde. Gleichzeitig beantragten die Ast. die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes. **SG Stuttgart**, Beschl. v. 20.12.2007 - S 10 KR 8404/07 ER - gab dem Antrag statt (s. vorstehend), das Beschwerdeverfahren (L 5 KR 6123/07 ER-B) ist noch beim Senat anhängig. **SG Stuttgart**, Beschl. v. 20.12.2007 - S 10 KR 8407/07 ER - erklärte vorab den **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten für zulässig, das **LSG** wies die Beschwerden zurück.

XII. Kein erneuter Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.01.2008 – L 16 B 130/07 KR ER –

RID 08-01-205

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§

Der Zulässigkeit eines erneuten Antrages auf Erlass einer einstweiligen Anordnung steht ein bereits zuvor geführtes einstweiliges Rechtsschutzverfahren entgegen, wenn die beiden Verfahren einen identischen Streitgegenstand aufweisen (hier: Gewährung einer vierwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme). Wegen der Rechtskraft eines inzwischen ergangenen Beschlusses ist eine erneute Entscheidung über denselben Gegenstand zwischen denselben Beteiligten nicht möglich, ein neuer Antrag nicht zulässig.

SG Münster, Beschl. v. 15.11.2007 - S 11 KR 238/07 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

XIII. Entscheidungen des BSG

1. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG: 50-PROZENTIGE KOSTENÜBERNAHME

BSG, Urf. v. 19.09.2007 – B 1 KR 6/07 R –

RID 08-01-206

Leitsatz: Die gesetzliche Begrenzung der Übernahme der Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung auf die Hälfte der Gesamtkosten ist verfassungsgemäß.

2. ZUZAHLUNGEN

A) VERMÖGENSUMSCHICHTUNGEN UND FIKTIVE EINNAHMEN

BSG, Urf. v. 19.09.2007 – B 1 KR 1/07 R –

RID 08-01-207

Leitsatz: Bei der Berechnung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen gemäß § 62 SGB 5 sind weder Vermögensumschichtungen noch fiktive Einnahmen zu berücksichtigen, sondern lediglich die tatsächlich erzielten Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

B) BERÜCKSICHTIGUNG VON AUFWENDUNGEN

BSG, Urf. v. 19.09.2007 – B 1 KR 7/07 R –

RID 08-01-208

Leitsatz: Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen sind die zur Erzielung von Einnahmen erforderlichen Aufwendungen einschließlich steuerlich berücksichtigungsfähiger Absetzung für Abnutzung nach dem Jährlichkeitsprinzip zu berücksichtigen.

3. VORAUSSETZUNGEN VOLLSTATIONÄRER KRANKENHAUSBEHANDLUNG

BSG, Großer Senat, Beschl. v. 25.09.2007 – GS 1/06 –

RID 08-01-210

Leitsatz: 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.

4. KEINE WEITERE BESCHWERDE IN EINSTWEILIGEM RECHTSSCHUTZVERFAHREN

BSG, Beschl. v. 24.01.2008 – B 3 SF 1/08 R –

RID 08-01-211

Die Entscheidung des LSG über die Stattgabe einer Beschwerde gegen einen erstinstanzlichen Beschluss, durch den der Rechtsweg zu den Sozialgerichten in einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren für unzulässig erklärt worden war, unterliegt nicht nach § 17a IV 4 GVG der weiteren Beschwerde zum BSG.

C. Entscheidungen anderer Gerichte

I. Ärztliches Berufsrecht

1. APPROBATION: ENTZIEHUNG/RUHEN

A WIDERRUF DER APPROBATION EINES KJP WEGEN KINDERPORNOGRAPHISCHE DATEIEN

VG München, Urt. v. 16.10.2007 – M 16 K 06.4847 –

RID 08-01-212

juris

PsychThG §§ 2 I Nr. 3, 3 II 1

Im **Approbationswiderrufsverfahren** besteht für die Verwaltungsgerichte grundsätzlich keine Veranlassung, die tatsächlichen **Feststellungen in einem rechtskräftigen Strafbefehl** erneut zu überprüfen, wenn z.B. ein Arzt den Strafbefehl in Kenntnis aller möglichen berufsrechtlichen Konsequenzen durch Zurücknahme des dagegen eingelegten Einspruchs akzeptiert hat (vgl. *BVerwG* v. 26.09.2002, NJW 2003, 913 m.w.N.; v. 06.03.2003 - 3 B 10/03 -). Etwas anderes gilt ausnahmsweise nur dann, wenn gewichtige Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der strafgerichtlichen Tatsachenfeststellungen sprechen, insbesondere wenn ersichtlich Wiederaufnahmegründe vorliegen oder wenn die Behörden und Verwaltungsgerichte den bestrittenen Sachverhalt nunmehr besser als das Strafgericht aufklären können (vgl. die hier übertragbare st. Rspr. des *BVerwG* im Straßenverkehrsrecht - z.B. *BVerwG* v. 12.01.1977 u. v. 28.09.1981 Buchholz 442.10 § 4 StVG Nr. 51 u. Nr. 60 - im Ausländerrecht z.B. *BVerwG* v. 16.09.1986 u. v. 08.05.1989 Buchholz 402.24 § 10 AuslG a.F. Nr. 112 u. Nr. 118 - im Waffenrecht z.B. *BVerwG* v. 24.06.1992 Buchholz 402.5 WaffG Nr. 65).

Es steht außer Frage, dass für die Öffentlichkeit das **Vertrauen in einen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten**, der in **massivem Umfang kinderpornographische Dateien herunterlädt** und seine Linksammlung mit entsprechend unkritischen Äußerungen kommentiert, nicht mehr besteht, insb. wenn es sich bei den auf den einschlägigen Dateien festgehaltenen Geschehnissen ausweislich des Strafbefehls um massive und gewalttätige Fälle von Kindesmissbrauch handelt.

Für die Frage, ob ein **schwerwiegendes Fehlverhalten im berufsrechtlichen Sinne** vorliegt, muss eine **berufsbezogene Beurteilung** des jeweiligen Delikts erfolgen. Für die Frage der Einschätzung der Unwürdigkeit im Sinne des § 2 I Nr. 3 PsychThG kann nicht allein auf das im Strafverfahren verhängte Strafmaß abgestellt werden. Vielmehr muss der Unwertgehalt der verwirklichten Straftatbestände im Lichte der beruflichen Tätigkeit ausgelegt werden.

Auch wenn ein **Delikt keinen unmittelbaren Berufsbezug** hat, ein Psychotherapeut sich gegenüber seinen Patienten nichts zu schulden kommen ließ, heißt dies jedoch nicht, dass begangene Delikte nicht je nach Berufsstand einer unterschiedlichen Bewertung der Frage, ob eine Unwürdigkeit zur Ausübung eines Berufs vorliegt, unterworfen werden können.

Die **Strafzumessung im Strafbefehl** entfaltet für die Frage, ob berufsrechtlich ein schwerwiegendes Delikt vorliege, zwar Signalwirkung, jedoch ist zu berücksichtigen, dass im Strafverfahren bei der Strafzumessung auch eine Prognose für künftiges Verhalten des Täters getroffen wird. Eine solche Prognose spielt berufsrechtlich aber nur im Rahmen der Zuverlässigkeit, nicht jedoch im Rahmen der hier angenommenen Unwürdigkeit eine Rolle.

Ein **Konsument von kinderpornographischen Material** erscheint jedoch in höchstem Maße **unwürdig**, Opfer gerade solcher Taten, deren Nutznießer (Verbraucher) er letztendlich ist, zu therapieren.

Es kommt nur auf eine „**abstrakte**“ **Unwürdigkeit** an. Das heißt, es kommt nicht darauf an, ob die Taten tatsächlich an die **Öffentlichkeit** gelangt sind.

S. a. zur Zulassungsentziehung *LSG Bayern*, Beschl. v. 30.08.2007 – L 12 KA 494/07 ER – RID 08-01- (diese Ausgabe S. 32).

B) RUHEN DER APPROBATION: MEDIZINISCH NICHT INDIZIERTE DIALYSEMAßNAHMEN

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 31.07.2007 – 13 B 929/07 –

RID 08-01-214

juris = NJW 2007, 3300 = GesR 2007, 515

BÄO § 6

Leitsatz: Die Durchführung medizinisch nicht indizierter Dialysemaßnahmen rechtfertigt die Anordnung des Ruhens der Approbation als Arzt und deren sofortige Vollziehung.

2. ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG:

A) KEINE ERWEITERUNG DER GEBIETSGRENZEN DURCH ZUSATZWEITERBILDUNG (GYNÄKOLOGIN U. ANDROLOGIE)

VGH Bayern, Beschl. v. 01.10.2007 – 21 ZB 06.2475 –

RID 08-01-215

juris

GG Art. 3 I, 12 I; WBO Bayern § 2; HeilberufeG Bayern Art. 34 I

Leitsatz: Die Zusatzweiterbildung Andrologie und die Anerkennung einer entsprechenden Zusatzbezeichnung ist für eine Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunkt-Kompetenz Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin wegen der Begrenzung der Facharztstätigkeit auf das eigene Fach nicht möglich. Darin liegt kein Verstoß gegen Art. 12 Abs. 1 GG oder Art. 3 Abs. 1 GG.

B) ZULASSUNG ZUR SCHWERPUNKT- BZW. FACHARZTPRÜFUNG VISCERALCHIRURGIE

VG Oldenburg, Urt. v. 04.12.2007 – 7 A 602/06 –

RID 08-01-216

www.dbovg.niedersachsen.de

HKG Niedersachsen §§ 35 ff.

Leitsatz: 1. Ein Anspruch auf Zulassung zur Prüfung für eine Schwerpunkt- bzw. Facharztbezeichnung im Bereich der Visceralchirurgie setzt die Durchführung eines vollständigen Weiterbildungsverfahrens nach der Weiterbildungsordnung (WBO) der niedersächsischen Ärztekammer voraus. Hierfür ist es zwingend erforderlich, dass der den Antragsteller ausbildende Arzt bereits während der Zeit der Weiterbildung über eine **Weiterbildungsermächtigung** verfügt.

2. Einschlägige **berufspraktische Tätigkeiten** können nicht als gleichwertige Weiterbildung gemäß § 10 WBO 2005 anerkannt werden.

3. ANERKENNUNG AUSBILDUNGSSTÄTTE (GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE KINDER- UND JUGENDLICHE)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 15.01.2008 – 13 A 5238/04 –

RID 08-01-217

Revision zugelassen

juris

SGB V § 95c; §§ PsychThG § 6, 11

Leitsatz: Anerkennung einer Ausbildungsstätte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit vertiefter Ausbildung in Gesprächspsychotherapie.

VG Köln, Urt. v. 10.11.2004 – 9 K 4647/02 – RID 05-02-189 wies die Klage ab, das *OVG* verpflichtete zur Neubescheidung des Antrags auf Anerkennung als Ausbildungsstätte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit vertiefter Ausbildung in Gesprächspsychotherapie.

Aus den Gründen:

„(...) Der Senat orientiert sich bei der Auslegung und Konkretisierung des im Psychotherapeutengesetz enthaltenen **Begriffs "wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren"** vorrangig am intendierten und vom Gesetzgeber vorgegebenen Sinn und Zweck des Psychotherapeutengesetzes insgesamt bzw. an den diesen Begriff enthaltenden konkreten berufs- und ausbildungsrechtlichen Bestimmungen sowie am Maßstab tangierter grundrechtlicher Schutzbereiche, und nicht an einer entsprechenden Auslegung des Begriffs in normativen Bestimmungen in anderen Rechtsbereichen. Dies führt dazu, dass eine rein sozialrechtliche Sicht, wie dies beispielsweise bezüglich der zur Krankenbehandlung geeigneten psychotherapeutischen Verfahren im sog. "Richtlinienverfahren" der Fall ist, ebenso wenig als maßstabbildend und entscheidend zur Bestimmung des Begriffs erscheint wie andererseits eine Beurteilung ausschließlich unter Zugrundelegung beamtenrechtlicher Beihilfebestimmungen (so VG Düsseldorf, Urteil vom 7. April 2006 - 26 K 9121/03 -, juris).(...)

Diese gesetzgeberische Intention beim Erlass des Psychotherapeutengesetzes und insbesondere der Verzicht auf eine Festlegung der zulässigen psychotherapeutischen Verfahren im Gesetz, die Ausfluss eines bestehenden weiten Entscheidungsspielraums des Normgebers sind, veranlassen eine Auslegung des Begriffs "wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren", die für psychotherapeutische Behandlungsmethoden nicht zu enge Grenzen setzt. Anderenfalls wäre das gewollte breite Behandlungsspektrum mit unterschiedlichen Verfahren nicht realisierbar und würde die Gesetzesintention, Weiterentwicklungen in diesem Bereich nicht zu verhindern und kein psychotherapeutisches Verfahren auszuschließen, unterlaufen. Vor dem dargelegten Gesetzeshintergrund erscheint es dem Senat deshalb **nicht geboten, die Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens (ausschließlich) von einem durch Studien belegten und nachgewiesenen Wirksamkeitsnachweis abhängig zu machen.** Ein entsprechender Wirksamkeitsnachweis ist zwar ein nicht unerhebliches Indiz für die Anerkennung und Anerkanntheit eines Verfahrens, kann angesichts der Gesetzesintention, dass einerseits die Qualität der Ausbildung als Psychotherapeut gesichert werden soll und andererseits bei der Ausübung von Psychotherapie die Missbrauchsgrenze relevant ist, aber nicht als allein entscheidendes Kriterium angesehen werden. Dementsprechend wird die Wissenschaftlichkeitsklausel für psychotherapeutische Verfahren überwiegend im Sinne einer **einfachen Anerkennung der Verfahren in der Wissenschaft verstanden.** Der Begriff des "wissenschaftlich anerkannten Verfahrens" reicht dabei einerseits nach allgemeiner Ansicht weiter als der des "allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse" (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V), der bestimmend ist für die Festlegung

der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, und findet andererseits vor dem Hintergrund der entsprechenden Gesetzesintention seine Grenze, wenn bei der Psychotherapieausübung Missbrauch und/oder Scharlatanerie zu besorgen sind. An anderer Stelle ist die Rede davon, dass das in Frage stehende Verfahren nachvollziehbar und wissenschaftlich plausibel begründbar sein muss, d. h. nach allgemeinen Kriterien wissenschaftlich vertretbar sein soll, womit u. U. auch Außenseiterverfahren herangezogen werden können. In Anlehnung an den ärztlichen Bereich, in dem einem Arzt im Rahmen der Therapiefreiheit nicht von vornherein der Einsatz wissenschaftlich nicht anerkannter Behandlungsmethoden untersagt ist, kann demnach ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren i. S. d. § 1 Abs. 3 PsychThG dann angenommen werden, **wenn es wissenschaftlich begründete Argumente in der Profession der Psychotherapeuten für sich findet, wobei dies auch eine Mindermeinung zulässt, oder wenn das psychotherapeutische Verfahren in der Fachdiskussion eine breite Resonanz gefunden hat und in der beruflichen Praxis von einer erheblichen Zahl von Therapeuten angewandt wird.**(...)

An diese Auslegungsprämisse sind nach der Gesetzeslage sowohl die für die Anerkennung einer Ausbildungsstätte zuständige Landesbehörde als auch der Wissenschaftliche Beirat nach § 11 PsychThG gebunden. Ein einer **gerichtlichen Überprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum** kann ihnen dabei nicht zuerkannt werden. (...)

Vor dem dargelegten Hintergrund kommt deshalb auch den vorliegenden **Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirats** in Bezug auf die Gesprächspsychotherapie im Kinder- und Jugendlichenbereich **keine entscheidungserhebliche Bedeutung** zu und kann die Ablehnung des Begehrens der Klägerin nicht darauf gestützt werden. (...)

Nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut des § 11 PsychThG, wonach über die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens die zuständige Landesbehörde entscheidet und sie ihre Entscheidung in Zweifelsfällen auf der Grundlage eines Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats treffen soll, steht allein der zuständigen **Landesbehörde** (...) die **Entscheidungskompetenz** zu, während dem wissenschaftlichen Beirat mit der Aufgabe der Erstellung eines Gutachtens in Zweifelsfällen als Grundlage für die behördliche Entscheidung lediglich eine Beratungsfunktion, nicht aber eine Entscheidungsbefugnis zugewiesen wird. (...)

Den Stellungnahmen des wissenschaftlichen Beirats kommt auch im Übrigen keine Verbindlichkeit in dem Sinne zu, dass darauf die Ablehnung des klägerischen Begehrens gestützt werden kann. (...) Die **Gesprächspsychotherapie als solche wird seit langem in der Wissenschaft als geeignete Therapiemethode angesehen.** (...) Auch wenn **entwicklungsbedingte und intellektuelle Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Patienten bestehen** und diese sich auch in der Aufarbeitung psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger Probleme auswirken können, vermag dies nicht die in der Fachdiskussion zum Ausdruck gekommene Auffassung, wonach sich die Gesprächspsychotherapie auch als Behandlungsmethode bei Kindern eignet, grundsätzlich in Frage zu stellen, zumal es möglich erscheint, bei der Anwendung der Gesprächspsychotherapie dem unterschiedlichen Alter der Patienten **durch die Art der Gesprächsführung Rechnung zu tragen.** Dies ist trotz der nicht vorrangig auf diese Patientengruppe bezogenen Ausbildung auch anzunehmen bei den Psychologischen Psychotherapeuten, die ebenfalls Kinder und Jugendliche behandeln dürfen. (...)"

Zur Aussetzung des Verfahrens auf Anerkennung der Fachkunde für Gesprächspsychotherapie s. **LSG Hessen**, Beschl. v. 03.07.2007 – L 6/7 KA 1133/03 – RID 08-01- (diese Ausgabe S. 19).

4. WETTBEWERBSRECHT/WERBERECHT

A) MITWIRKUNG EINES SCHÖNHEITSCHIRURGEN AN FERNSEHSENDUNG ("FETTABSAUGEN AUF MALLORCA")

OVG NR, W Landesberufsgericht für Heilberufe, Urt. v. 25.04.2007 – 6t A 1014/05. T – RID 08-01-218

MedR 2007, 681 = juris = NJW 2007, 3144

ÄBerufsO NR vom 20.11.2004 § 27 III; ÄBerufsO NR vom 18.03.2000 § 27 II; StGB § 2 III

Leitsatz: Zur Mitwirkung eines Schönheitschirurgen an einer Fernsehsendung über einen neuen Urlaubstrend ("Fettabsaugen auf Mallorca") unter dem Aspekt vermeintlich berufswidriger Werbung.

B) BEZEICHNUNG ALS „WESTDEUTSCHES PROSTATAZENTRUM“

LG Köln, Urt. v. 20.03.2007 – 33 O 420/06 –

RID 08-01-219

GesR 2007, 543

UWG §§ 3, 5, 8 I

Leitsatz (GesR): Die Bezeichnung als „Westdeutsches Prostatazentrum“ ist für eine Arztpraxis jedenfalls dann irreführend, wenn die Praxis nicht eine besondere Größe und Bedeutung hat.

C) VORHER-NACHHER-BILDER IN WERBUNG FÜR SCHÖNHEITSOPERATIONEN

LG Lübeck, Urt. v. 15.05.2007 – 11 O 2/07 –

RID 08-01-220

MedR 2007, 737

HWG §§ 1 I Nr. 2, 11 I Nr. 5b

Leitsatz (MedR): Die Behandlungsmethode des tiefen Peelings der menschlichen Haut mittels Laser fällt nicht unter den Begriff des operativen plastisch-chirurgischen Eingriffs und des dazu bestehenden Verbots der Werbung mit Vorher-Nachher-Bildern gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2, § 11 Abs. 1 Nr. 5b HWG.

2. Dies gilt erst recht für die oberflächliche Behandlung von Cellulite und für Peelings mit geringer Eindringtiefe, insbesondere mittels Fruchtsäure oder Trichloressigsäure.

5. ÄRZTLICHES VERTRAGSRECHT

A) VERPFLICHTUNG ZUM ZULASSUNGSVERZICHT BEI AUSSCHIEDEN AUS GEMEINSCHAFTSPRAXIS

LG Dortmund, Urt. v. 27.09.2007 – 3 O 391/07 –

RID 08-01-221

^{juris}

BGB §§ 705 ff.; SGB V § 103 IV; GG Art. 12 I

Sieht der Gesellschaftsvertrag eine **Verpflichtung zum Zulassungsverzicht** für den Fall des Ausscheidens aus der Gesellschaft vor, so ist die als Nachfolgesellschafter von der KV erhaltene Zulassung von Anfang an gesellschaftsrechtlich belastet. Für die Zulässigkeit einer solchen gesellschaftsvertraglichen Beschränkung kommt es nicht auf die **Dauer** der Gesellschaftszugehörigkeit zum Zeitpunkt der Kündigung an. Ein ausscheidender Gesellschafter wird durch die vertragliche Verpflichtung zum Zulassungsverzicht in keiner Weise gehindert, sich in nicht gesperrten Zulassungsbezirken nieder zu lassen oder in gesperrten Gebieten an Ausschreibungen teilzunehmen.

B) HERAUSGABE DER KRANKENUNTERLAGEN: ÜBERLASSUNG VON FOTOKOPIEN

LG Düsseldorf, Urt. v. 28.09.2006 – 3 O 106/06 –

RID 08-01-222

MedR 2007, 663 = GesR 2007, 18

BGB § 611; ZPO § 263

Leitsatz (MedR): 1. Ein Patient hat keinen Anspruch auf Herausgabe der im Eigentum des Arztes stehenden **Original-Krankenunterlagen**. Dem Patienten steht vielmehr ein Recht auf Einsichtnahme in die Krankenunterlagen zu, das durch Überlassung von **Fotokopien** erfüllt werden kann.

2. Mangels Rechtsgrundlage steht dem Patienten weder ein Anspruch auf Bestätigung der **Richtigkeit der Krankenunterlagen** noch ein Anspruch auf Herausgabe von **beglaubigten Fotokopien** zu.

6. STRAFRECHT

A) BVERFG: VERFASSUNGSWIDRIGE DURCHSUCHUNG EINER ARZTPRAXIS

BVerfG, Beschl. v. 21.01.2008 – 2 BvR 1219/07 –

RID 08-01-223

Die Bf. ist Ärztin. Sie rechnete gegenüber einer Patientin unter anderem Kosten für Ultraschalluntersuchungen in Höhe von 74,71 Euro ab. Auf den Widerspruch der **Patientin, die geltend machte, dass die Untersuchungen bei dem fraglichen Termin nicht erbracht worden seien**, übersandte ihr die Bf. Abdrucke von Ultraschallbildern, auf denen der Name der Patientin, das Datum und die Uhrzeit der Untersuchung aufgedruckt waren. Die Patientin zweifelte die Echtheit der Bilder an, weil sie vermutete, dass es sich entweder um Bilder der Vorjahresuntersuchung handelte, bei denen nachträglich das Datum ausgetauscht worden sei, oder aber um Bilder einer anderen Patientin, bei denen der Name ausgetauscht worden sei. Auf Anzeige des Ehemannes leitete die **Staatsanwaltschaft** gegen die Ärztin ein **Ermittlungsverfahren wegen versuchten Abrechnungsbetrugs** ein und erwirkte beim **Amtsgericht** einen **Durchsuchungsbeschluss für die Wohn- und Praxisräume** der Beschwerdeführerin sowie ihrer Person und ihrer Kraftfahrzeuge. Daraufhin wurden die Praxis- und Laborräume der Beschwerdeführerin durchsucht. Hiergegen eingelegte Rechtsmittel wies das **Landgericht** zurück.

Die **Verfassungsbeschwerde** der Ärztin war erfolgreich. Die 3. Ka. des 2. Sen. des BVerfG stellte fest, dass die angegriffenen Beschlüsse die Bf. in ihrem Recht auf **Unverletzlichkeit der Wohnung** verletzen. In Anbetracht des relativ geringen Schadens und der Tatsache, dass ein kaum über bloße Vermutungen hinausreichender Tatverdacht bestanden hat, war die Durchsuchung der Arztpraxis **unverhältnismäßig**. Die Verdachtsgründe bewegten sich im Grenzbereich zu vagen Anhaltspunkten oder bloßen Vermutungen, die eine Durchsuchung unter keinen Umständen rechtfertigen konnten. Das Landgericht hat zwar erkannt, dass den Ultraschallbildern, auf denen der Name der Patientin und das Datum des Arzttermins aufgedruckt sind, grundsätzlich ein erheblicher Indizwert dafür zukommt, dass die Untersuchung tatsächlich vorgenommen wurde. Es hat aber diesen Indizwert durch die abweichende Uhrzeit zu Unrecht als gänzlich entwertet angesehen. In diese Wertung hat es die nahe liegende Überlegung, die Uhrzeit könne aufgrund eines technischen Fehlers falsch wiedergegeben worden sein, nicht eingestellt. Hierbei hat es auch nicht bedacht, dass die korrekte Wiedergabe der Uhrzeit einer Untersuchung regelmäßig keine zentrale Funktion eines Ultraschallgeräts ist. Es kann auch nicht nachvollzogen werden, warum der schriftlichen Strafanzeige des Ehemannes der Patientin gegenüber den Ultraschallbildern ein derart starker Beweiswert zukomme. In die Verhältnismäßigkeitserwägungen hätte auch eingestellt werden müssen, dass mit der Durchsuchung der Praxisräume empfindliche Daten Dritter (anderer Patientinnen) gefährdet waren.

Im Ergebnis kann damit die Frage offen bleiben, ob der Durchsuchungsbeschluss auch deswegen als verfassungswidrig anzusehen war, weil nicht nur die Durchsuchung der Praxisräume, sondern auch die Durchsuchung der privaten Wohnung und der Kraftfahrzeuge der Beschwerdeführerin angeordnet war.

Vgl. Pressemitteilung Nr. 14/2008 - www.bundesverfassungsgericht.de

B) BGH: WIEDERVERWENDUNG ANGEBROCHENER FLASCHEN MIT NARKOSEMITTEL (FALL „SINA-MAREEN“)

BGH, Beschl. v. 20.12.2007 – 1 StR 576/07 –

RID 08-01-224

www.bundesgerichtshof.de = juris
BGB § 823 I

Ein **ärztlicher Heileingriff** stellt jedenfalls dann eine **Körperverletzungshandlung** dar, wenn es an einer **wirksamen Einwilligung** des Patienten bzw. bei minderjährigen Patienten von deren Eltern fehlt. Liegt eine Einwilligung vor, ist diese nur dann wirksam erteilt, sofern der Patient vor dem Eingriff in der gebotenen Weise über den Eingriff, seinen Verlauf, seine Erfolgsaussichten, Risiken und mögliche Behandlungsalternativen aufgeklärt worden ist.

Wusste der angeklagte Anästhesist, dass die von ihm regelmäßig und auch in den vorliegenden Fällen praktizierte **Wiederverwendung angebrochener Flaschen** mit dem **Narkosemittel** Propofol den Warnhinweisen des Herstellers widersprach, nach der einschlägigen Fachliteratur sogar zum Tode des Patienten führen konnte, und daher in keiner Weise kunstgerecht, sondern vielmehr sogar mit einer Gefahr für Leib und Leben der Patienten verbunden ist, und setzt er sich darüber wissentlich hinweg, dann wusste er auch, dass seine Narkosen von den jeweils erteilten Einwilligungen nicht gedeckt und damit vorsätzliche Körperverletzungshandlungen waren.

Mit Urteil vom 18.07.2007 hat das **LG Ellwangen** den Angeklagten, einen Anästhesisten, wegen Körperverletzung mit Todesfolge sowie eines weiteren Falls der Körperverletzung zur Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren verurteilt und die Vollstreckung der Strafe zur Bewährung ausgesetzt. Nach den Urteilsfeststellungen versetzte der Angeklagte zwei Patienten mit einem mit Bakterienkeimen kontaminierten Arzneimittel in Narkose. Weil der Angeklagte entgegen den Regeln der ärztlichen Kunst sowie der ausdrücklichen Gebrauchsinformation des Herstellers die Flasche, die das Narkotikum beinhaltete, mehrfach verwendete, war es zur Verkeimung des Flascheninhalts gekommen. Während einer der beiden Patienten, ein 42-jähriger Mann, nach zweiwöchiger Erkrankung wieder völlig gesundete, verstarb die andere Patientin, das dreijährige Mädchen Sina-Mareen, infolge eines septisch-toxischen Schocks. Der **BGH** hat die auf Verfahrensrügen und die Sachbeschwerde gestützte Revision des Angeklagten verworfen.

C) BGH: PFLICHT ZUR AUFKLÄRUNG ÜBER FRÜHEREN TODESFALL (HIER: "TURBOENTZUG")

BGH, Urt. v. 23.10.2007 – 1 StR 238/07 –

RID 08-01-225

www.bundesgerichtshof.de
StGB §§ 222, 223, 227 I

Ärztliche Heileingriffe - hier das willentliche Versetzen des Patienten in Narkose und das Verabreichen den Körper erheblich belastender Medikamente durch den "Turboentzug" - erfüllen den Tatbestand der vorsätzlichen **Körperverletzung** und bedürfen daher grundsätzlich der **Einwilligung** des Patienten, um rechtmäßig zu sein. Die Einwilligung kann aber wirksam nur erteilt werden, wenn der Patient in gebotener Weise über den Eingriff, seinen Verlauf, seine Erfolgsaussichten, Risiken und mögliche Behandlungsalternativen **aufgeklärt** worden ist.

Diese Pflicht zur **Aufklärung über einen früheren Todesfall** besteht unabhängig davon, ob die "konkrete Todesursache" abschließend geklärt ist. Die Aufklärung soll nämlich den Patienten gerade in die Lage versetzen, eine autonome Entscheidung darüber zu treffen, ob er sich dem körperlichen Eingriff unterzieht, und etwaige - auch unklare - Risiken zu beurteilen.

D) TETANUSIMPFUNG EINES 14 JAHRE ALTEN KINDES GEGEN WILLEN DES SORGBERECHTIGTEN

AG Nordenham, Urt. v. 08.06.2007 – 5 Cs 135 Js 59229/04 –

RID 08-01-226

juris = VersR 2007, 1418 = GesR 2007, 546
StGB §§ 34, 223

Leitsatz: 1. Die Durchführung einer Tetanusimpfung an einem 14-jährigen Kind entgegen dessen Willen und gegen ein ausdrücklich **telefonisch erklärtes Impfverbot** der allein sorgerechtigten Mutter kann nach **§ 34 StGB gerechtfertigt** sein.

2. Dies ist dann der Fall, wenn angesichts der Art der Verletzung und deren Zustandekommens die nahe liegende **Möglichkeit** besteht, dass **Tetanuserreger** in die Wunde des Kindes gekommen sind und es dadurch zu einer Infektion kommen kann, die zum Tod des Kindes oder schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann, auch wenn nicht feststeht, ob sich solche Erreger tatsächlich in der Wunde befinden oder befunden haben.

3. Unterlassen die behandelnden Ärzte eine Beteiligung des Bereitschaftsdienstes des **Vormundschftsgerichts** vor der Durchführung der Impfung, ist dies jedenfalls dann unschädlich, wenn - wie hier - feststeht, dass das Gericht die Zustimmung der sorgerechtigten Mutter ersetzt hätte.

E) ZAHNÄRZTE: AUSLÄNDISCHER ZAHNERSATZ

Zur Absetzung des Kassenanteils für in Italien gefertigten Zahnersatz s. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 07.05.2003 – S 2 KA 22/01 - RID 04-01-45.

AA) "KICKBACK"-Zahlungen in Höhe v. 15-20% des Umsatzes mit Zahnersatz (GLOBUDENT)

AG Dresden, Urt. v. 23.05.2007 – 205 Ds 109 Js 049466/03 –

RID 08-01-227

www.zahn-forum.de

StGB § 263

Aus den Gründen:

“(…) Der Zeuge rechtskräftig vom Landgericht Duisburg verurteilt zu einer Freiheitsstrafe von 2 Jahren auf Bewährung, sagte aus, dass sein Unternehmen, für das er Geschäftsführer gewesen sei, **Zahnersatz aus China** bezogen habe, der preislich ca. 35 bis 40 % unter den in Deutschland kassenabrechnungsfähigen Beträgen gelegen habe. Sein Unternehmen habe 2 Modelle angeboten, nämlich das Standard- und das Komfortmodell; bei dem **Standardmodell** sei der günstigere Einkaufspreis der Materialkosten an den Kunden weitergegeben worden, beim **Komfortmodell** sei der erstattungsfähige Höchstbetrag ausgewiesen worden und die Ersparnis gegenüber der Fertigung in deutschen Labors zwischen ihm und den weiteren Verantwortlichen, sowie den daran beteiligten Zahnärzten aufgeteilt worden. Er führte aus, dass das **chinesische Unternehmen 2 Rechnungen** gestellt habe, nämlich eine Rechnung, die die tatsächlich entstandenen Kosten ausgewiesen habe und eine 2. Rechnung in Höhe der in Deutschland zum Höchstpreis erstattungsfähigen Materialkosten. Die Rechnung sei an das chinesische Unternehmen in voller Höhe überwiesen worden, dies habe dann die **Differenz** zwischen den tatsächlichen und den abgerechneten Materialkosten **zurück auf Konten in Österreich und der Schweiz** geleitet. In der Schweiz habe ein Treuhänder das Geld verwaltet, aus Österreich habe er das Geld selbst geholt. Ab 20.000,00 DM Leistungsumsatz hätten die Zahnärzte 20 % Kickback erhalten, bei einem Leistungsumsatz bis 20.000,00 DM 15 %. Alle Zahnärzte, die sich für das Komfortmodell entschieden hätten, seien in der Buchhaltung der Globudent GmbH mit Sternchen gekennzeichnet gewesen. Er selber habe monatlich das **Kickback** errechnet, gegebenenfalls aufgerundet, das **Bargeld in Umschläge für die Zahnärzte** gesteckt und diese Umschläge mit den Kundennummern der Zahnärzte beschriftet. führte auch aus, dass die teilnehmenden Zahnärzte von selbst auf die Vertreter von Globudent zugekommen seien, um den Reibach zu teilen. Seiner Erinnerung nach hätten **über 200 Zahnärzte in ganz Deutschland** an den Kickbackverfahren teilgenommen. Zahnärzte, die am Kickbackverfahren teilgenommen hätten, hätten niemals Skonto gewährt bekommen. (…)

Die Verurteilte hatte in 39 Fällen sog. "Kickback"-Zahlungen der Globudent-O-Dent Dentalhandelsgesellschaft GmbH bzw. ihrer Vor- und Nachfolgesellschaften bar entgegengenommen. Die Angeklagte hatte behauptet, bisher jeweils 3%-Skonto erhalten zu haben, und daher sei sie davon ausgegangen, dass es sich bei den in bar erhaltenen Beträgen ebenfalls um Skonto-Beträge in Höhe von 5% des Umsatzes gehandelt habe und sie deshalb diesen Rabatt nicht an die Patienten bzw. die Krankenkassen hätte weiterreichen müssen. Diese Behauptung wertete das erkennende Gericht jedoch als reine Schutzbehauptung. Das **AG** verurteilte die Angeklagte wegen Betrugs in 39 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr auf Bewährung.

BB) PREISGÜNSTIGER ZAHNERSATZ AUS ASIEN ZU HÖCHSTSÄTZEN DER BEL

LG Hildesheim, Urt. v. 01.11.2005 – 16 KLS 5191 Js 75518/02 –

RID 08-01-228

www.zahn-forum.de

StGB § 263

Der Bezug von günstig außereuropäisch hergestelltem Zahnersatz ohne Konformitätserklärung von einer vom Zahnarzt beherrschten GmbH oder AG und deren Abrechnung gegenüber den Krankenkassen bzw. Sozialämtern nach den Höchstsätzen der BEL erfüllt den Straftatbestand des Betruges gem. § 263 StGB.

Der **Zahnarzt beherrschte** eine GmbH sowie eine AG, die beide mit **importiertem Zahnersatz** aus nicht EU-Ländern handelte. Die beiden Gesellschaften erstellten für den importierten Zahnersatz nicht die erforderliche Konformitätserklärung gem. des Medizinproduktegesetzes. Den Lieferungen entnahm der Zahnarzt die Originalrechnungen und **versah die jeweiligen Lieferungen mit Rechnungen mit den Briefköpfen der durch ihn beherrschten Gesellschaften**. Die Rechnungen wurden mit den Höchstbeträgen der BEL und den Namen seiner Patienten versehen. Nach Abschluss der Behandlung bzw. Eingliederung des Zahnersatzes bei den Patienten reichte er die Rechnungen bei der KZV bzw. den Sozialämtern zur Abrechnung ein. Sowohl die KZV als auch die Sozialämter prüften die Rechnungen lediglich im Hinblick darauf, ob die Höchstsätze der BEL eingehalten wurden und rechneten anschließend die ausgewiesenen Beträge mit dem Zahnarzt ab. Das **LG** verurteilte den Angeklagten wegen Betruges in 28 Fällen und wegen versuchten Betruges in 20 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr und 6 Monaten, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde.

CC) STRAFBARKEIT WEGEN BETRUGES BEI UMSCHREIBUNG VON DRITTLABORRECHNUNGEN

AG Bremen-Blumenthal, Urt. v. 28.09.2007 – 33 Ds 850 Js 20511/02 –

RID 08-01-229

www.zahn-forum.de

StGB § 263

Aus den Gründen:

„(...) Indem er die Abrechnungsunterlagen bei der KZV einreichte, täuschte er diese konkludent darüber, dass die Abrechnungen dem geltenden Recht, insbesondere der BEL 11, entsprachen und er einen Anspruch auf Erstattung der gesamten enthaltenen Laborkosten habe. Dies war tatsächlich aufgrund der Zugrundelegung der auf die zulässigen Höchstpreise **umgeschriebenen dent-Rechnungen ohne Beifügungen der Originalrechnungen** der eingeschalteten Drittlabore nicht der Fall.

Der Angeklagte durfte der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und damit mittelbar den beteiligten Krankenkassen nur die notwendigen Kosten für einen Zahnersatz in Rechnung stellen, d.h. die an die Drittlabore zu erbringenden Zahlungen zuzüglich eventueller Kosten für den Versand von Abdrücken und fertigen zahntechnischen Erzeugnissen sowie etwaiger Zölle und Verbrauchssteuern. Hingegen durfte der Angeklagte weder persönlich noch durch die von ihm wirtschaftlich beherrschte dent. GmbH einen zusätzlichen Gewinn zu lasten der Krankenkassen aus der Einschaltung von günstig im Ausland produzierenden Laboren erzielen.

Zahntechnische Laborkosten waren dem Zahnarzt nach den im Tatzeitraum geltenden Regeln neben seinem Gebührenanspruch zu erstatten; insoweit handelt es sich um einen Aufwunderstättungsanspruch. Diese Laborkosten sollten für den Zahnarzt durchlaufende Kosten darstellen. Mit seiner Unterschrift auf dem Abrechnungsformular bestätigte der Vertragszahnarzt, dass ihm die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Laboratorien tatsächlich entstanden sind und dass er Rückvergütungen (mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) an die Vertragskasse weitergibt.

Diese Vorgaben darf der Vertragszahnarzt nicht dadurch umgehen, dass er formal eine rechtlich selbständige, von ihm aber wirtschaftlich beherrschte Zwischenhandelsgesellschaft einschaltet. Vielmehr muss er den ihm über letztere zufließenden Vermögensvorteil in der Abrechnung deutlich und konkret bezieht offen legen und von dem Erstattungsbegehren abziehen (Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen Beschluss vom 11.08.2004, L 3 KA 25/04 ER). (...)“

Der Angeklagte, der als Zahnarzt tätig ist, hatte eine Dentalhandelsgesellschaft gegründet, deren einziger Gesellschafter er war. Über diese Gesellschaft bezog seine Zahnarztpraxis den Zahnersatz, der wiederum von der Dentalhandelsgesellschaft unter den Höchstpreisen der BEL-II bezogen wurde. Die Dentalhandelsgesellschaft änderte die Rechnungshöhe, in dem sie die Höchstpreise der BEL-II der Zahnarztpraxis gegenüber berechnete. Die Zahnarztpraxis rechnete gegenüber der KZV und den Kassen aufgrund der Rechnungen der Dentalhandelsgesellschaft die Höchstpreise der BEL-II ab. Das *AG* verurteilte den Angeklagten wegen Betrugs zu einer Freiheitsstrafe von 8 Monaten; die Vollstreckung der Freiheitsstrafe wurde zur Bewährung ausgesetzt.

7. WAHL ZUR DELEGIERTENVERSAMMLUNG UNGÜLTIG: FRIST FÜR BRIEFWAHL (ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN)

VG Berlin, Urt. v. 19.12.2007 – VG 14 A 27.07 –

RID 08-01-230

Das VG Berlin hat entschieden, dass die Wahl zur Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin 2006 für ungültig zu erklären ist. Dieser Körperschaft des öffentlichen Rechts gehören kraft Gesetzes sämtliche in Berlin praktizierenden Zahnärzte und Zahnärztinnen (ca. 5.000) an. Fünf der 45 im vergangenen Winter gewählten Mitglieder der Delegiertenversammlung – des wichtigsten Organs der Körperschaft – hatten die Gültigkeit der Wahl angefochten. Sie hatten beanstandet, dass bei der Stimmauszählung **Wahlbriefe berücksichtigt worden waren, die erst nach Ablauf der auf einen Zeitraum bis einschließlich Sonntag, den 03.12.2006 festgesetzten Wahlzeit bei der Zahnärztekammer Berlin eingetroffen waren.** Das *VG Berlin* hat der Klage stattgegeben.

Die Zahnärztekammer konnte sich mit ihrem Argument, die Wahlfrist habe sich auch auf den nachfolgenden Montag erstreckt, weil am Sonntag keine Post zugestellt werde, nicht durchsetzen. Das Gericht wies darauf hin, dass die Regelungen des Verwaltungsverfahrenrechts und des Zivilrechts, auf die sich die beklagte Zahnärztekammer berufen hatte, für das Wahlgeschehen weder direkt noch sinngemäß heranzuziehen seien. Außerdem sei der Schutz der Sonntagsruhe, der den betreffenden Vorschriften über die Fristverlängerung auf den Montag zugrunde liege, gerade im Bereich des Wahlrechts zurückgedrängt. So fänden z.B. politische Wahlen in Deutschland grundsätzlich sonntags statt, woraus sich auch der Begriff des "Wahlsonntags" entwickelt habe.

Vgl. Pressemitteilung - juris

8. ÄRZTEVERSORGUNG: KEIN ANSPRUCH DES GLEICHGESCHLECHTLICHEN LEBENSPARTNERS AUF HINTERBLIEBENENRENTE

SG Münster, Urt. v. 13.12.2007 – 3 K 1845/05 –

RID 08-01-231

juris

GG Art. 6 I; Satzung Ärzteversorgung Westfalen-Lippe

Ist die Gewährung einer Hinterbliebenenrente in der Satzung einer Ärzteversorgung ausdrücklich an die **Ehe** geknüpft, so besteht **kein Anspruch des gleichgeschlechtlichen Lebenspartners auf Hinterbliebenenrente**. Auch eine zwischen Gleichgeschlechtlichen nach **niederländischem Recht** geschlossene Ehe kann keine Ehe im Sinne der Satzung sein. Eine entsprechende Anwendung der Satzungsvorschrift auf gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften verbietet sich, wenn die Ärzteversorgung bei den jüngsten Änderungen ihrer Satzung auch noch nach Inkrafttreten des Lebenspartnerschaftsgesetzes bewusst auf die Einbeziehung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften verzichtet hat. Dies verstößt weder gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Grundgesetzes noch gegen das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz. Das maßgebliche Differenzierungskriterium ist nicht die sexuelle Orientierung, sondern der Familienstand. Es ist anerkannt, dass der Normgeber die Ehe gegenüber anderen Lebensgemeinschaften privilegieren darf.

II. Arzthaftung

Eike Schmidt, Der ärztliche Behandlungsfehler im Spannungsfeld zwischen medizinischem Versagen und juristischer Problembearbeitung, MedR 2007, 693-702.

1. BGH

A) PFLICHT ZUR EINWEISUNG IN KRANKENHAUS IM VERTRAGSÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST

BGH, Beschl. v. 16.10.2007 – VI ZR 229/06 –

RID 08-01-232

www.bundesgerichtshof.de

BGB § 823 I

Leitsatz: Ein Arzt im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst kann bei differentialdiagnostischen Anzeichen für eine coronare Herzerkrankung (hier: einen akuten Herzinfarkt) zur Befunderhebung (Ausschlussdiagnostik) und damit zur Einweisung des Patienten in ein Krankenhaus verpflichtet sein.

B) BEWEISLASTUMKEHR/DIAGNOSEFEHLER EINES PATHOLOGEN

BGH, Urt. v. 09.01.2007 – VI ZR 59/06 –

RID 08-01-233

www.bundesgerichtshof.de = MedR 2008, 44 = GesR 2007, 223 = NJW-RR 2007, 232

BGB § 823 I

Leitsatz: Ein Diagnosefehler (hier: eines Pathologen) wird nicht bereits deshalb zum Befunderhebungsfehler, weil der Arzt es unterlassen hat, die Beurteilung des von ihm erhobenen Befundes durch Einholung einer zweiten Meinung zu überprüfen

C) FEHLENDE MÜNDLICHE BEFRAGUNG DES GERICHTLICHEN SACHVERSTÄNDIGEN ALS VERFAHRENSFEHLER

BGH, Beschluss v. 25.09.2007 – VI ZR 157/06 –

RID 08-01-234

www.bundesgerichtshof.de

BGB § 823 I; ZPO §§ 397, 402, 411 III

Für die Frage, ob die **Ladung eines Sachverständigen** zur mündlichen Erläuterung des von ihm erstatteten Gutachtens geboten ist, kommt es nicht darauf an, ob das Gericht noch Erläuterungsbedarf sieht oder ob ein solcher von einer Partei nachvollziehbar dargetan worden ist. Die **Partei** hat zur Gewährleistung des rechtlichen Gehörs nach §§ 397, 402 ZPO einen **Anspruch** darauf, dass sie dem **Sachverständigen** die Fragen, die sie zur Aufklärung der Sache für erforderlich hält, zur **mündlichen Beantwortung** vorlegen kann. Dieses Antragsrecht besteht unabhängig von § 411 III ZPO (st. Rspr., vgl. Senatsbeschl. v. 10.05.2005 - VI ZR 245/04 - VersR 2005, 1555 m.w.N.). Es kann dabei von der Partei, die einen Antrag auf Ladung des Sachverständigen stellt, nicht verlangt werden, dass sie die Fragen, die sie an den Sachverständigen zu richten beabsichtigt, im Voraus konkret formuliert. Es genügt, wenn sie allgemein angibt, in welcher Richtung sie durch entscheidungserhebliche Fragen eine weitere Aufklärung herbeizuführen wünscht (BGHZ 24, 9, 14 f.).

D) UMFANG EINES RECHTSMITTELS BEI BEHANDLUNGS- UND AUFKLÄRUNGSFEHLER

BGH, Urt. v. 05.12.2006 – VI ZR 228/05 –

RID 08-01-235

MedR 2007, 722 m. Anm. Prütting

BGB § 823 I; ZPO § 520 III 2 Nr. 2, 3 u. 4

Leitsatz: Ist im Arzthaftungsprozess die auf einen Behandlungs- sowie einen Aufklärungsfehler gestützte Klage unter beiden Gesichtspunkten abgewiesen worden, so muss die Berufungsbegründung erkennen lassen, ob das Urteil hinsichtlich beider Fehler angegriffen wird.

2. UNTERLASSENE HISTOLOGISCHE ABKLÄRUNG EINES AUFFALLEND WACHSENDEN TUMORS

OLG Jena, Urt. v. 15.08.2007 – 4 U 437/05 –

RID 08-01-236

juris = GesR 2008, 49

BGB §§ 823, 840, 847

Leitsatz: 1. Die unterlassene histologische Abklärung eines innerhalb kurzer Zeit auffallend wachsenden Tumors stellt einen groben Behandlungsfehler in der Form der Unterlassung einer notwendigen Befunderhebung dar.

2. Für diesen (Behandlungs-)Fehler haben der (weiter) behandelnde Frauenarzt als auch der konsiliarisch hinzugezogene Onkologe gleichermaßen einzustehen, wenn keine vollständige Behandlungsübernahme durch den hinzugezogenen Konsiliarius erfolgt und dieser ausreichend über die erhobenen Vorbefunde unterrichtet worden ist.

3. SELTENE KOMPLIKATION: NERVENVERLETZUNG BEI LEISTENHERNIENOPERATION

OLG Brandenburg, Urt. v. 08.11.2007 – 12 U 53/07 –

RID 08-01-237

juris

BGB § 823 I

Aus dem Umstand, dass eine derartige Komplikation einer Schädigung des Nervus femoralis bei der angewandten endoskopischen Operationsmethode (hier: Leistenhernienoperation) bislang nicht bekannt ist, kann ein Anscheinsbeweis für einen Behandlungsfehler nicht hergeleitet werden. Es gibt keinen allgemeinen medizinischen Erfahrungssatz, wonach eine seltene oder äußerst seltene Komplikation auf einen ärztlichen Fehler zurückgeht (vgl. BGH, NJW 1992, 1560).

4. NACHWEIS EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG EINER KIEFERGELENKSLUXATION OHNE DOKUMENTATION

OLG Naumburg, Urt. v. 01.11.2007 – 1 U 13/07 –

RID 08-01-238

juris

BGB §§ 280 I, 823 I

Leitsatz: 1. Zum Nachweis einer erfolgreichen Behandlung einer Kiefergelenksluxation trotz fehlender Dokumentation.

2. Es ist kein Behandlungsfehler, wenn der Arzt keinen bildgebenden Nachweis des Erfolgs seiner Behandlung schafft, soweit es für diese Befunderhebung keinen medizinischen Zweck gibt.

5. DOKUMENTATIONSANFORDERUNGEN IN KLINIK

OLG Oldenburg, Urt. v. 30.01.2008 – 5 U 92/06 –

RID 08-01-239

juris

BGB §§ 823 I, 847

Leitsatz: 1. Maßnahmen sind nur dann in den Krankenunterlagen zu dokumentieren, wenn dies erforderlich ist, um Ärzte und Pflegepersonal über den Verlauf der Krankheit und die bisherige Behandlung im Hinblick auf künftige medizinische Entscheidungen ausreichend zu informieren.

2. Ein Operationsbericht muss eine stichwortartige Beschreibung der jeweiligen Eingriffe und Angaben über die hierbei angewandte Technik enthalten. Nicht erforderlich ist hingegen die Wiedergabe von medizinischen Selbstverständlichkeiten wie z.B. einer spannungsfreien Verknotung der Anastomosennähte bei einer Prostatektomie.

6. GROBER ORGANISATIONSMANGEL IN KINDERKLINIK/SCHMERZENSGELD BEI SCHWERER BEHINDERUNG

OLG Bremen, Urt. v. 13.01.2006 – 4 U 23/05 –

RID 08-01-240

MedR 2007, 660 = juris
BGB §§ 249 ff., 253 II, 823 I

Leitsatz: 1. Auch grobe Organisationsmängel können einen groben Behandlungsfehler darstellen.
2. Ein grober Organisationsmangel ist gegeben, wenn in der Ambulanz/Aufnahme einer Kinderklinik der Maximalversorgung nicht sichergestellt ist, dass die Beurteilung des Zustandes eines neugeborenen Kindes, das ohne Einlieferungsschein in die Klinik gebracht wird, im angemessenen zeitlichen Rahmen durch einen erfahrenen Arzt vorgenommen wird

7. ANFORDERUNGEN AN AUFKLÄRUNGSPFLICHT BEI BRUST-OP

LG München, Urt. v. 12.12.2007 – 9 O 16390/05 –

RID 08-01-241

juris
BGB §§ 823 I, 847

Das LG München I hat die Schmerzensgeldklage einer jungen Frau wegen **fehlender Risikoaufklärung** bei einer Brust-OP und postoperativer Behandlungsfehler abgewiesen. Bei der Klägerin traten nach erfolgter Brust-OP an beiden Brüsten Wundheilungsstörungen auf, die Narbe platzte auf, Gewebe starb ab. Die Wundheilungsstörungen mussten nicht nur über mehrere Monate behandelt werden, sondern ließen breite und knotige Narben zurück. Nach Auffassung der Kl. habe der Schönheitschirurg sie nicht ausreichend über die Risiken des Eingriffs aufgeklärt, sondern diesen als "einfachen Routineeingriff" verharmlost. Außerdem sei sowohl der Eingriff selbst, als auch die postoperative Behandlung fehlerhaft durchgeführt worden; die Brust sei nämlich überstraft und die Wunden unzureichend versorgt worden. Das *LG München I* hat die **Schmerzensgeldklage abgewiesen**.

Der Beklagte habe die Aufklärung der Klägerin hinreichend dokumentiert und dazu insbesondere ein von der Klägerin unterschriebenes Dokument vorgelegt, mit dem diese bestätigt habe, **gerade auf das Risiko von Wundheilungsstörungen und Nekrosebildungen hingewiesen worden zu sein**. Auch für einen Behandlungsfehler ergebe sich weder aus der vorgelegten Dokumentation, noch aus der Untersuchung durch den gerichtlichen Sachverständigen und auch nicht aus den vorgelegten Fotos ein Anhalt. Nach dem überzeugenden Gutachten des Sachverständigen sei der Eingriff nach den Regeln der Kunst erfolgt. Nach der Operation habe man für die Klägerin getan, was man habe tun können.

Vgl. Pressemitteilung - juris

8. UMKEHR DER BEWEISLAST BEI GROBEM BEHANDLUNGSFEHLER

OLG Koblenz, Beschl. v. 20.09.2007 – 5 U 899/07 –

RID 08-01-242

juris = GesR 2008, 54
BGB §§ 276, 278, 611, 847

Leitsatz: Ein grober Behandlungsfehler führt auch dann zur Umkehr der Beweislast für den Ursachenzusammenhang, wenn er die eingetretene Schädigung nur zusammen mit einer bereits vorhandenen anderen, der Behandlungsseite nicht anzulastenden Ursache herbeizuführen geeignet ist (hier: wiederholte Ovarialzysten nach versäumter Antibiotikatherapie).

2. Beweiserleichterungen bis zur Umkehr der Beweislast sind nach einem groben Behandlungsfehler erst dann ausgeschlossen, wenn jeglicher haftungsbegründender Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist.

9. SCHMERZENSGELD

A) 50.000 € NACH RECHTSWIDRIGER IMPLANTATION EINER MORPHINPUMPE

OLG Naumburg, Urt. v. 15.10.2007 – 1 U 46/07 –

RID 08-01-243

juris
BGB §§ 253 II, 847; ZPO § 287

Leitsatz: Schmerzensgeld in Höhe von 50.000 € bei einer mangels wirksamer Einwilligung des Patienten (unzureichende Risikoaufklärung) rechtswidrigen Implantation einer Morphinpumpe, die wegen einer Blutung in den Hirnwasserraum der Wirbelsäule zu dauerhaften Funktionsstörungen (Harninkontinenz, Impotenz, schwere Gangstörung) geführt hat.

B) 10.000 € BEI VERZÖGERTER WUNDHEILUNG EINES UNTERSCHENKELSCHAFTTRÜMMERBRUCHS

OLG Naumburg, Urt. v. 01.11.2007 – 1 U 59/07 –

RID 08-01-244

juris
BGB § 847

Leitsatz: Schmerzensgeld in Höhe von 10.000 € bei Fehlern der unfallchirurgischen Behandlung, die mindestens eine um 21 Monate verzögerte Wundheilung eines Unterschenkelschafttrümmerbruchs sowie zusätzliche ärztliche Behandlungen und psychische Beeinträchtigung verursacht haben.

10. SACHVERSTÄNDIGE

A) ANHÖRUNG DES SACHVERSTÄNDIGEN

KG Berlin, Urt. v. 18.09.2006 – 20 U 91/05 –

RID 08-01-245

juris = GesR 2007, 544
ZPO § 538 II Nr. 1

Leitsatz: 1. Ein Antrag auf Anhörung des Sachverständigen kann nur unter den Voraussetzungen des Rechtsmissbrauchs zurückgewiesen werden; es kommt nicht darauf an, ob das Gericht noch Erläuterungsbedarf sieht oder ein solcher von der Partei nachvollziehbar dargetan wird.

2. 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.

B) BEFANGENHEIT EINES SACHVERSTÄNDIGEN BEI ANTWORTEN ÜBER BEWEISFRAGEN HINAUS

OLG Oldenburg, Beschl. v. 13.11.2007 – 5 W 133/07 –

RID 08-01-246

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de/efundus/index.php4>
ZPO §§ 42 II, 406 I

Leitsatz: Äußert sich ein Sachverständiger im Arzthaftungsprozess zu etwaigen Aufklärungspflichten, obwohl der Kläger seine Klage nicht auf die Verletzung von Aufklärungspflichten stützt und auch die dem Sachverständigen unterbreiteten Beweisfragen ausschließlich Behandlungsfehler betreffen, so kann dies seine Befangenheit begründen.

C) INTENSIVE ÄRZTLICHE ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN ARZT UND SACHVERSTÄNDIGEM

OLG Oldenburg, Beschl. v. 28.06.2007 – 5 W 77/07 –

RID 08-01-247

juris; kommentiert in MedR 2007, 716
ZPO § 406

Leitsatz: Besteht oder bestand zwischen dem im Haftungsprozess in Anspruch genommenen Arzt und dem gerichtlichen Sachverständigen eine intensive ärztliche Zusammenarbeit der Art, dass der Arzt über viele Jahre fortlaufend Patienten mit speziellen Erkrankungen zur Operation an den Sachverständigen überweisen hat, so ist dieser Umstand aus der Sicht des Patienten geeignet, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit des Sachverständigen zu rechtfertigen.

D) NEBENBERUFLICHE LEHRAUFTRÄGE VON ARZT UND SACHVERSTÄNDIGEN AN UNIKLINIK

OLG Oldenburg, Urt. v. 10.01.2008 – 5 W 134/07 –

RID 08-01-248

juris
ZPO §§ 42 I, 406 I

Leitsatz: Allein die Tatsache, dass sowohl der in Anspruch genommene Arzt als auch der Sachverständige nebenberufliche Lehraufträge an derselben großen Universitätsklinik wahrnehmen, begründet keine Besorgnis der Befangenheit.

11. ZAHNÄRZTE

A) UMFANG ZAHNÄRZTLICHER BERATUNGSPFLICHTEN ÜBER DIE MUNDHYGIENE

OLG Düsseldorf, Urt. v. 04.04.2007 – I-8 U 120/06, 8 U 120/06 –

RID 08-01-250

juris = MedR 2007, 433
BGB V § 847

Leitsatz (MedR): 1. Ein Zahnarzt ist nicht verpflichtet, den Patienten nachdrücklich und wiederholt auf die zu wahrende Mundhygiene hinzuweisen und ihn über die Ausführung einer ordnungsgemäßen Mundpflege detailliert zu beraten.

2. Es obliegt der Eigeninitiative eines erwachsenen Patienten, sich ausreichende Kenntnisse über den Umfang und die Durchführung der zu treffenden Maßnahmen zu verschaffen.

B) MUTMAßLICHE EINWILLIGUNG ZUR WURZELSPITZENRESEKTION BEI INTRAOPERATIV ENTDECKTER KNOCHENZYSTE

OLG Naumburg, Urt. v. 04.10.2007 – I U 11/07 –

RID 08-01-251

juris
BGB V §§ 280, 311, 823 I

Leitsatz: Mutmaßliche Einwilligung des Patienten in die Erweiterung eines zahnärztlichen Eingriffs (hier: Wurzelspitzenresektion) bei intraoperativer Entdeckung einer Knochenzyste im Bereich der Zahnwurzel.

C) FEHLENDER KÜNDIGUNGSGRUND/MÖGLICHKEIT ZUR NACHBESSERUNG/VERMÖGENSSCHADEN

OLG Naumburg, Urt. v. 13.12.2007 – I U 10/07 –

RID 08-01-252

juris
BGB §§ 280, 611, 628 I, 631, 823 I

Leitsatz: 1. Der auf eine **zahnprothetische Behandlung** gerichtete Vertrag zwischen einem Patienten und einem Zahnarzt ist ein **Dienstvertrag**.

2. Nach einem vorzeitigen **Abbruch** der zahnärztlichen Behandlung durch den Patienten entfällt die **Vergütungspflicht** nur unter den Voraussetzungen des § 628 Abs. 1 Satz 2 BGB; diese sind nicht gegeben, wenn der Patient die angeblich mangelhafte Brücke in unveränderter Gestalt mehr als drei Jahre nach ihrem Einsetzen noch immer nutzt.

3. Ein **haftungsbegründender Behandlungsfehler** kann bei anfänglicher geringfügiger Beweglichkeit der Zahnprothese nur angenommen werden, wenn dem Zahnarzt im Rahmen der Weiterbehandlung Gelegenheit zur Vornahme von Korrekturen gegeben worden ist und ihm dabei eine Korrektur vorwerfbar nicht gelingt.

4. Kosten einer wegen eines zahnärztlichen Behandlungsfehlers bei Einfügung einer Zahnkrone notwendigen Nachbehandlung stellen nur dann bereits einen ersatzfähigen **Vermögensschaden** dar, wenn der Patient diese Nachbehandlung schon hat durchführen lassen. Eine Klage auf Vorschusszahlung zur Selbstvornahme der Mängelbeseitigung kommt wegen des Rechtscharakters als dienstvertragliche Leistungen nicht in Betracht.

5. Kein **Schmerzensgeld** bei allenfalls geringfügigen, zeitweisen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens durch freiliegende Zahnhälse.

D) MANGELHAFTE PROTHETIK: RÜCKZAHLUNG DER VERGÜTUNG/VORPROZESSUALE ANWALTSKOSTEN

OLG Koblenz, Beschl. v. 19.06.2007 – 5 U 467/07 –

RID 08-01-253

juris
BGB V §§ 249, 323, 346, 631, 634, 823; ZPO §§ 286, 287

Leitsatz: 1. Ist eine **Prothetik mangelhaft**, muss der erstbehandelnde Zahnarzt Fehler und **Versäumnisse nachbehandelnder Kollegen** substantiiert darlegen, wenn deren Verantwortlichkeit nach der Art des Mangels fern liegt.

2. **Mängel** der Prothetik können den **Vertragsrücktritt** des Patienten rechtfertigen und verpflichten den Zahnarzt zur **Rückzahlung der Vergütung**.

3. Haftet der Zahnarzt nicht nur aus Vertrag, sondern auch aus **unerlaubter Handlung**, erstreckt sich seine Ersatzpflicht ohne weiteres auf die **vorprozessualen Anwaltskosten** des Patienten.

III. Private Krankenversicherung/Privatbehandlung/Beihilfe

1. BGH: HÖCHSTSATZ DER REGELSPANNE NACH GOÄ

BGH, Urt. v. 08.11.2007 – III ZR 54/07 –

RID 08-01-254

www.bundesgerichtshof.de
GOÄ § 5 II 4

Leitsatz: Es stellt keinen Fehlgebrauch des Ermessens dar, wenn der Arzt persönlich-ärztliche und medizinisch-technische Leistungen durchschnittlicher Schwierigkeit mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne, also dem 2,3fachen bzw. dem 1,8fachen des Gebührensatzes, abrechnet.

2. BGH: ZULÄSSIGKEIT DER VERTRETUNG BEI SOG. CHEFARZTBEHANDLUNG

BGH, Urt. v. 20.12.2007 – III ZR 144/07 –

RID 08-01-255

www.bundesgerichtshof.de
BGB § 307 II, 308 Nr. 4, 613 S. 1; KHEntgG § 17 II; GOÄ §§ 4 II 3 u. 4, 5 V

Leitsatz: 1. Klauseln in einer formularmäßigen **Wahlleistungsvereinbarung**, durch die die einem Wahlarzt obliegende Leistung im Fall seiner Verhinderung durch einen **Vertreter** erbracht werden darf, sind nur wirksam, wenn sie auf die Fälle beschränkt sind, in denen die Verhinderung im Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung nicht bereits feststeht und wenn als Vertreter der namentlich benannte **ständige ärztliche Vertreter** im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 und 4, § 5 Abs. 5 GOÄ bestimmt ist.

2. Wird eine **Stellvertretervereinbarung** im Wege der Individualabrede geschlossen, bestehen gegenüber dem Patienten besondere **Aufklärungspflichten**, bei deren Verletzung dem Honoraranspruch des Wahlarztes der Einwand der unzulässigen Rechtsausübung entgegensteht.

3. Danach ist der Patient so früh wie möglich über die **Verhinderung des Wahlarztes zu unterrichten** und ihm das Angebot zu unterbreiten, dass an dessen Stelle ein bestimmter Vertreter zu den vereinbarten Bedingungen die wahlärztlichen Leistungen erbringt. Weiter ist der Patient über die alternative Option zu unterrichten, auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen zu verzichten und sich ohne Zuzahlung von dem jeweils diensthabenden Arzt behandeln zu lassen. Ist die jeweilige Maßnahme bis zum Ende der Verhinderung des Wahlarztes verschiebbar, ist dem Patienten auch dies zur Wahl zu stellen.

4. Die Vertretervereinbarung unterliegt der **Schriftform**.

3. ERFOLGSAUSSICHT DER IVF/ICSI-BEHANDLUNG

OLG Hamm, Urt. v. 27.04.2007 – 20 U 189/05 –

RID 08-01-256

juris
MB/KK 94 § 1 Satz 1

Bei der Beurteilung der **Erfolgsaussicht der Behandlung** ist von der durch das IVF-Register seit 1982 umfassend dokumentierten **Erfolgswahrscheinlichkeit** der Behandlungen in Abhängigkeit vom **Lebensalter der Frau** auszugehen. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, inwieweit individuelle Faktoren die Einordnung der Frau in die ihrem Lebensalter entsprechende Altersgruppe rechtfertigen, ob also ihre persönlichen Erfolgsaussichten höher oder niedriger einzuschätzen sind als die im IVF-Register für ihre Altersgruppe ermittelten Durchschnittswerte es ausweisen. Von einer nicht mehr ausreichenden Erfolgsaussicht - und damit von einer nicht mehr gegebenen bedingungsgemäßen medizinischen Notwendigkeit der IVF/ICSI-Behandlung - ist dann auszugehen, wenn die Wahrscheinlichkeit, dass ein Embryotransfer zur gewünschten Schwangerschaft führt, signifikant absinkt und eine Erfolgswahrscheinlichkeit von 15 % nicht mehr erreicht wird (so BGH, Urt. v. 21.09.2005 - IV ZR 113/04 - VersR 2005, 1673). Bei einer Erfolgsaussicht von 18 % bei einer Frau im Alter von 40 Jahren ist die medizinische Notwendigkeit der IVF-ICSI-Behandlung zu bejahen.

4. ZAHNÄRZTE

A) SCHÄTZUNG DER ANGEMESSENEN KOSTEN FÜR ZAHNERSATZLEISTUNGEN

LG Mannheim, Urt. v. 07.12.2007 – 1 S 178/06 –

RID 08-01-257

^{juris}
ZPO § 287; GOZ § 9

Leitsatz: 1. Bei der Ermittlung der dem Zahnarzt entstandenen Auslagen durch angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen gemäß § 9 GOZ ist nicht nur darauf abzustellen, welcher Leistungsgegenstand erbracht wurde. Die konkrete Qualität der Arbeit und besondere Aufwände können berücksichtigt werden.

2. Kann durch ein Sachverständigengutachten die Qualität der zahntechnischen Leistung nicht überprüft werden, weil dies nur bei einer Entfernung des fest installierten Zahnersatzes möglich wäre, so kann das Gericht das angemessene Entgelt gemäß § 287 ZPO schätzen. Dabei kann es die Planzeiten der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) des Verbandes deutscher Zahntechniker Innungen (VDZI) zugrunde legen und den unstreitigen oder durch Sachverständigengutachten ermittelten durchschnittlichen Stundenverrechnungssatz selbständiger Zahntechniker am Ort oder in der Region des Zahnarztes.

B) PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG MITELS AIRFLOW NUR NACH GOZ ABRECHENBAR

AG Kassel, Urt. v. 19.12.2007 – 432 C 4403/07 –

RID 08-01-258

BGB § 134; GOZ §§ 1 I, 2 III, 10 I, II Nr. 2; Anhang GOZ Nr. 405

Eine Vereinbarung zwischen einem Vertragszahnarzt und einem gesetzlich versicherten Patienten, wonach der Patient für eine professionelle Zahnreinigung 90 Euro zu bezahlen hat, ist gem. § 134 BGB wegen Verstoßes gegen § 2 III GOZ unwirksam. Eine professionelle Zahnreinigung der Beläge fällt unter Nr. 405 Anhang GOZ. Auf die Art und Weise der Zahnreinigung kommt es nicht an, maßgeblich ist allein das Behandlungsziel, weshalb auch die Reinigung mittels Airflow von Nr. 405 Anhang GOZ erfasst wird. Aufwendige Reinigungsmethoden können durch einen erhöhten Gebührensatz in Ansatz gebracht werden. Auch die Fluoridierung der Zähne ist in der Anlage zu GOZ geregelt, weshalb eine Individualvereinbarung ausscheidet.

Fälligkeit einer zahnärztlichen Forderung tritt erst ein, wenn eine Rechnung die gem. §10 II Nr. 2 GOZ erforderlichen Angaben enthält.

5. ARZNEIMITTELPREIS NICHT NACH RABATTVEREINBARUNG IN GKV

OLG München, Beschl. v. 28.02.2007 – 25 U 5570/06 –

RID 08-01-259

GesR 2007, 532
AMPreisV §§ 4, 5 I, II, III, V

Leitsatz: Der private Krankenversicherer kann aus der gem. § 5 Abs. 5 AMPreisV getroffenen Rabattvereinbarung zwischen der Spitzenorganisation der Apotheker und den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitung aus Stoffen gemäß §§ 4 und 5 AMPreisV keine Ansprüche ableiten. Er ist verpflichtet, denjenigen (höheren) Preis zu erstatten, welche die Apotheke dem Versicherungsnehmer auf Grundlage von § 5 Abs. 1 bis 3 Arzneimittelpreisverordnung in Rechnung gestellt hat.

6. BEIHILFE

A) BVERFG: ABSCHLÄGE AN BEIHILFE DURCH NIEDERSÄCHSISCHE KOSTENDÄMPFUNGSPAUSCHALE

BVerfG, 2. Sen., 1. Ka., B. v. 02.10.2007 – 2 BvR 1715/03, 2 BvR 1716/03, 2 BvR 1717/03 – RID 08-01-260

www.bundesverfassungsgericht.de = juris = NVwZ 2008, 66 = NJW 2008, 137
GG Art. 3 I, 20 III, 33 V, 74a I, 93 I Nr. 4a

Nach der gesetzlichen Konzeption ergänzt die Beihilfe die Eigenvorsorge des Beamten. Sie deckt nur einen Teil der aus Anlass von Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen entstehenden Aufwendungen des Beamten ab. Für den von der Beihilfe nicht abgedeckten Teil der Aufwendungen hat der Beamte selbst Vorsorge zu treffen. Hierfür stellt der Besoldungsgesetzgeber dem Beamten einen Alimentationsteil zur Verfügung. Der Alimentationsgrundsatz verpflichtet von Verfassungswegen, die für die Krankheitsvorsorge erforderlichen Kosten bei der Bezügebemessung zu

berücksichtigen. Die beamtenrechtliche Alimentation wäre nicht mehr ausreichend, wenn die zur Abwendung von krankheitsbedingten Belastungen aufzubringenden Kosten einen solchen Umfang erreichten, dass der amtsangemessene Lebensunterhalt des Beamten oder Versorgungsempfängers nicht mehr gewährleistet wäre. Die mit den Abschlägen der Kostendämpfungspauschale verbundene Verteuerung der vom Beamten aufzubringenden Krankheitskosten erreicht für sich genommen jedoch nicht ein Ausmaß, das den Schluss zuließe, der Gesetzgeber unterschreite bereits hierdurch die Mindestanforderungen der verfassungsrechtlich verbürgten Alimentation.

B) MAßNAHMEN DER KÜNSTLICHEN BEFRUCHTUNG NUR BEI HEIRAT

VGH Bayern, Beschl. v. 24.09.2007 – 14 ZB 06.2677 –

RID 08-01-261

juris

VwGO § 124 II NR. 3; BHV § 6 I NR. 13; SGB V § 27A I 1 NR. 3

Die dem Rechtsstreit zugrundeliegende Frage, ob dem Kläger Beihilfe zu Maßnahmen der künstlichen Befruchtung allein deswegen versagt werden kann, weil er **nicht verheiratet** ist, wurde mit Urteil des **BVerfG** vom 28.02.2007 (BayVBl 2007, 463) im Sinne des Beklagten geklärt. Diese Entscheidung ist zwar für den Regelungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung ergangen. Die Erwägungen des BVerfG sind jedoch ohne weiteres auf die Erfüllung der Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber dem Beamten mittels Gewährung von Beihilfen zu den Aufwendungen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen anwendbar.

C) BEGRÜNDUNG BEI SCHWELLENWERTÜBERSCHREITUNGEN (ZAHNÄRZTL. BEHANDLUNG)

VG Hannover, Urt. v. 22.01.2008 – 13 A 1148/07 –

RID 08-01-262

www.dbovg.niedersachsen.de

BhV § 5 I; GOÄ § 5 II; GOÄ § 10 III

Leitsatz: Anforderungen an die Begründung bei Schwellenwertüberschreitungen; eine weitere nachgelieferte Begründung des Zahnarztes für die Schwellenwertüberschreitung kann auch noch im Laufe des Klageverfahrens berücksichtigt werden.

Aus den Gründen:

„(...) Zwar verkennt das Gericht nicht, dass in der Vergangenheit verschiedentlich von einigen Beihilfe gewährenden Stellen unzumutbar hohe Anforderungen an die Begründung der **Schwellenwertüberschreitung** gestellt wurden. Es kann nicht angehen, dass der Arzt bzw. Zahnarzt für die Begründung der Schwellenwertüberschreitung mehr Zeit aufwenden muss als für die eigentliche Behandlung, zumal es sich oft nur um relativ geringe Beträge handelt. Ausführliche ärztliche Berichte oder gar Gutachten können nicht verlangt werden. Allerdings muss sich aus der gegebenen Begründung andererseits aber auch entnehmen lassen, weshalb bei dem Patienten eine von der Masse der behandelnden Fälle abweichende Besonderheit vorlag und insbesondere, worin denn diese Besonderheit liegt. (...)

Die GOZ 007 geht bereits von der **Vitalitätsprüfung** eines oder mehrerer Zähne aus. Da der Zahnarzt die Gebühr zwischen dem einfachen und dem 2,3fachen des einfachen Gebührensatzes ansetzen darf, kann er bereits durch einen Ansatz hin zu dem 2,3fachen ggf. den Umstand Rechnung tragen, dass mehrere Zähne zu prüfen waren. Das Prüfen mehrerer Zähne ist jedenfalls keine Besonderheit, sondern vielmehr ausweislich der Leistungsbeschreibung der GOZ der Regelfall. Im Übrigen sind nur vier Zähne (Nr. 16, 17, 47 und 48) geprüft worden. Insoweit kann schon nicht von einer unverhältnismäßig hohen Anzahl geprüfter Zähne gesprochen werden, selbst wenn diese mehrfach geprüft worden sein sollten. Auch das Zähne überkront sind, stellt keine außergewöhnliche Besonderheit dar.“

7. EINSICHTNAHME DES PATIENTEN IN DIE ORIGINALRÖNTGENBILDER

LG Kiel, Urt. v. 30.03.2007 – 8 O 59/06 –

RID 08-01-263

MedR 2007, 733

BGB § 811 I 2; RöV § 28 III

Leitsatz (MedR): 1. Der Patient hat gegen den ihn behandelnden Arzt einen Anspruch auf Einsichtnahme in die von diesem gefertigten Originalröntgenbilder.

2. Der Patient kann insoweit die Überlassung der Originalröntgenbilder an den von ihm bevollmächtigten Rechtsanwalt in dessen Kanzleibetrieb zum Zwecke der Einsichtnahme verlangen. Auf eine Einsichtnahme in den Praxisräumen des Arztes muss sich der Patient nicht verweisen lassen.

IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte

1. EUGH: WERBUNG FÜR IN DEUTSCHLAND NICHT ZUGELASSENE ARZNEIMITTEL

EuGH, Urt. v. 08.11.2007 - C-143/06 -

RID 08-01-264

curia.europa.eu

EG Art. 28, 30, 234; EGRL 83/2001 Art. 86 II; EGRL 27/2004; EWRAbk Art. 11, 13; HeilMVerbG § 8; AMG § 73 III
Ein Werbeverbot wie das in § 8 des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens ist nicht anhand der Bestimmungen der Richtlinie 2001/83 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel in der zuletzt durch die Richtlinie 2004/27/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 geänderten Fassung über die Werbung, sondern anhand der Art. 28 EG und 30 EG sowie der Art. 11 und 13 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum vom 2. Mai 1992 zu beurteilen. Art. 28 EG und Art. 11 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum stehen einem solchen Verbot entgegen, soweit es für die Übersendung von Listen nicht zugelassener Arzneimittel an Apotheker gilt, deren Einfuhr aus einem anderen Mitgliedstaat oder aus einem dritten Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum nur ausnahmsweise zulässig ist und die keine anderen Informationen als die über den Handelsnamen, die Verpackungsgrößen, die Wirkstärke und den Preis dieser Arzneimittel enthalten.

2. BGH

A) MARKENRECHTSVERLETZUNG DURCH PARALLELIMPORTIERTES ARZNEIMITTEL - STILNOX

BGH, Urt. v. 14.06.2007 - I ZR 173/04 -

RID 08-01-265

STILNOX - www.bundesgerichtshof.de

BGB § 823 I

Leitsatz: 1. Das Erfordernis, dass das Umpacken eines parallelimportierten Arzneimittels notwendig ist, um die Ware in dem Einfuhrmitgliedstaat vermarkten zu können, als eine der Voraussetzungen dafür, dass sich der Markeninhaber dem Vertrieb des Arzneimittels in einer neuen Verpackung unter Wiederanbringung der Marke nicht widersetzen kann, gilt nur für das Umpacken der Ware als solches sowie für die Wahl, ob die Wiederanbringung der Marke durch Neuverpackung oder durch Aufkleben eines Etiketts auf die Verpackung der Ware erfolgt, nicht dagegen für die Art und Weise, in der das Umpacken durchgeführt wird (im Anschluss an EuGH, Urt. v. 26. April 2007, C-348/04, GRUR 2007, 586 Tz. 38 = WRP 2007, 627 - Boehringer Ingelheim/Swingward II).

2. Ist das Umpacken des parallelimportierten Arzneimittels erforderlich, weil die Originalpackung mehr Tabletten enthält, als im Inland verschreibungsüblich sind, so betrifft auch die Frage, ob für den Vertrieb eines Teils des Inhalts die Originalverpackung zu verwenden ist, die Art und Weise des Umpackens.

3. Zur Frage der Schädigung des Rufes der Marke bei Verwendung eines vom Parallelimporteure neu gestalteten Packungsdesigns.

B) NACHTRÄGLICHE RÜGE DER UMVERPACKUNG (ASPIRIN II)

BGH, Urt. v. 12.07.2007 - I ZR 147/04 -

RID 08-01-266

www.bundesgerichtshof.de

MarkenG §§ 14 II, 24; BGB § 242; EWGRL 104/89 Art. 7 II

Leitsatz (Aspirin II): 1. Unterrichtet der Parallelimporteure den Markeninhaber vorab vom Feilhalten des umgepackten Arzneimittels, so wird dadurch ein gesetzliches Schuldverhältnis begründet, das den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt.

2. Beanstandet der Markeninhaber das beabsichtigte Umverpacken in der angezeigten Form in einem angemessenen Zeitraum nach der Vorabunterrichtung nicht oder nur unter einem bestimmten Gesichtspunkt, kann er treuwidrig handeln (§ 242 BGB), wenn er später Ansprüche aus seiner Marke gegen den Parallelimporteure auf einen bislang nicht gerügten tatsächlichen oder rechtlichen Aspekt stützt.

3. PRAXISSOFTWARE: GUTSCHEINE EINER VERSANDAPOTHEKE

OLG Koblenz, Beschl. v. 11.07.2007 – 4 U 155/07 –

RID 08-01-267

Wettbewerb in Recht und Praxis (wrp) Heft 1/2008, 1

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; MBO-Ärzte § 34

Sieht eine Software für Arztpraxen im Falle der Medikamentenverordnung den automatischen Ausdruck von Gutscheinen einer Versandapotheke oder die Weiterleitung der Rezepte dorthin vor, verleitet Sie die Ärzte zu einem wettbewerbs- und berufsrechtswidrigen Verhalten.

4. KRANKHEITSBEZOGENE WERBUNG FÜR GRÜNEN DARJEELING-TEE

OLG Brandenburg, Urt. v. 09.10.2007 – 6 U 46/07 –

RID 08-01-268

juris

LMBG §§ 17 I Nr. 5a, 5c, 18 I Nr. 1

Die Werbung für grünen Darjeeling-Tee mit der Behauptung, dass dessen Inhaltsstoffe krebshemmend und cholesterinsenkend wirken, verstößt, auch wenn die Aussagen aus einem Bericht der Zeitschrift "Test" zitiert werden, gegen das in § 18 I Nr. 1 LMBG normierte Verbot krankheitsbezogener Werbung.

5. REKONSTITUTION (VERFLÜSSIGUNG) EINES ARZNEIMITTELS IM RAHMEN EINER KLINISCHEN PRÜFUNG

VG Oldenburg, Beschl. v. 19.12.2007 – 7 B 3409/07 –

RID 08-01-269

www.dbovg.niedersachsen.de

AMG §§ 13 I, 40 ff.; VwGO § 123 I

Leitsatz: 1. Wird ein bereits zugelassenes Arzneimittel im Rahmen einer klinischen Prüfung von einer niedergelassenen Apotheke vor der Anwendung am einzelnen Patienten gemäß den Herstellerangaben durch Verflüssigung rekonstituiert, bedarf die Apotheke hierfür keiner Herstellungserlaubnis nach § 13 Abs. 1 AMG. Der Prüfarzt (hier: ein niedergelassener Onkologe) darf die klinische Prüfung, sofern die übrigen Voraussetzungen nach den §§ 40 AMG ff. erfüllt sind, unter Mitwirkung einer Apotheke ohne Herstellungserlaubnis beginnen.

2. Der Anspruch zu 1. Satz 2 kann durch eine feststellende einstweilige Anordnung gesichert werden. Für den Anordnungsgrund im Rahmen eines Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung sind auch Interessen der Allgemeinheit und der in die klinische Prüfung eingebundenen Patienten an den Ergebnissen der klinischen Prüfung bedeutsam.

6. APOTHEKEN

A) BONUSVERSPRECHEN FÜR ZUZAHLUNGSFREIE GENERIKA BEI REZEPTEINREICHUNG

OLG München, Urt. v. 22.03.2007 – 29 U 5300/06 –

RID 08-01-270

juris = GesR 2007, 530

UWG §§ 4 Nr. 1 u. 11; HeilMWERB § 7 I

Leitsatz: 1. Verspricht eine Apotheke für jedes zuzahlungsfreie Generikum, das auf Kassenrezept eingereicht wird, einen Bonus von 2,50 €, so ist das geeignet, die Entscheidungsfreiheit der Verbraucher durch unangemessenen unsachlichen Einfluss zu beeinträchtigen, und deshalb gemäß § 4 Nr. 1 UWG unlauter.

2. Verspricht eine Apotheke für jede Medikamentenbestellung eine Gratiszugabe im Wert von 9,30 €, so ist das als Angebot einer unzulässigen Zuwendung gemäß § 7 Abs. 1 HWG i. V. m. § 4 Nr. 11 UWG unlauter.

B) VERKAUF GERINGWERTIGER WEIHNACHTSARTIKEL

OLG Oldenburg, Urt. v. 22.11.2007 – 1 U 49/07 –

RID 08-01-271

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de/efundus/index.php4> = juris

UWG § 4 Nr. 11; ApBetrO §§ 2 IV, 25; ApoG § 21 II Nr. 8

Leitsatz: Der Verkauf geringwertiger Weihnachtsartikel in einer Apotheke ist ein zulässiges Nebengeschäft im Sinne des § 21 Abs. 2 Nr. 8 ApoG, das als Werbemaßnahme jedenfalls im Licht der wertsetzenden Bedeutung des Art. 12 Abs. 1 GG erlaubt ist.

Überdies liegt allenfalls eine unerhebliche Beeinträchtigung des Wettbewerbs vor (§ 3 UWG).

7. BEIHILFE

A) KEIN GENERELLER AUSSCHLUSS VON POTENZSTEIFERNDEN MEDIKAMENTEN ("VIAGRA")

OLG Düsseldorf, Urt. v. 31.08.2007 – 6 A 2321/06 –

RID 08-01-272

juris

BG NW § 88; BhV NW § 4 I Nr. 7 Buchst e

Leitsatz: § 4 Abs. 1 Nr. 7 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.

Parallelverfahren: *OLG Düsseldorf, Urt. v. 31.08.2007 – 6 A 3009/05 –*

RID 08-01-273

OLG Düsseldorf, Urt. v. 31.08.2007 – 6 A 3014/06 –

RID 08-01-274

OLG Düsseldorf, Urt. v. 08.10.2007 – 6 A 3452/06 –

RID 08-01-275

B) ABGRENZUNG ARZNEIMITTEL VON LEBENSMITTEL/KEINE BEIHILFE FÜR NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

VG Stuttgart, Urt. v. 17.09.2007 – 17 K 126/07 –

RID 08-01-276

juris

BhV § 6 I Nr. 2; AMG §§ 2 I, III Nr. 1; LFGB § 2 II

Leitsatz: In Zweifelsfällen kommt es für die begriffliche Abgrenzung von Arzneimitteln und Lebensmittel bzw. Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen entscheidend auch auf die vom Hersteller angegebene Zweckbestimmung des Mittels an.(Rn.18)

Zur Beihilfefähigkeit von RelaxSan HE und Spiruptilo "Flamingo" HE.

8. MEDIZINPRODUKTE: AUFBEREITUNG ELEKTROPHYSIOLOGISCHER KATHEDER ZUM EINMALGEBRAUCH

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2007 – 13 B 1192/07 –

RID 08-01-277

juris

MPG § 28 I, II; VwGO § 80 III 1; MPBetreibV § 4

Leitsatz: 1. Eine ordnungsgemäße Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten wird vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten beachtet wird.

2. Die Vermutungsregelung greift nicht ein, wenn die aufbereitende Stelle nicht über die erforderliche Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems durch eine von der Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten akkreditierte Stelle verfügt.

V. Wettbewerbs-/Vergaberecht

1. KEINE ZUSTÄNDIGKEIT DER GERICHTE DER VERGABEKAMMERN BEI RABATTVEREINBARUNGEN

OLG Karlsruhe, Beschl. v. 19.11.2007 – 17 Verg 11/07 –

RID 08-01-278

juris

SGB V §§ 69, 130a; GWB §§ 102, 110

Eine Zuständigkeit der Gerichte der Vergabekammern bei der Überprüfung von Rabattvereinbarungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen ist nicht gegeben.

2. VERGABERECHT AUCH FÜR PHARMA-RABATTVERTRÄGE NACH § 130A VIII SGB V

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 18.12.2007 – VII – Verg 44/07 –

RID 08-01-279

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 18.12.2007 – VII – Verg 45/07 –

RID 08-01-280

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 18.12.2007 – VII – Verg 46/07 –

RID 08-01-281

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 18.12.2007 – VII – Verg 47/07 –

RID 08-01-282

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 19.12.2007 – VII – Verg 48/07 –

RID 08-01-283

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 19.12.2007 – VII – Verg 49/07 –

RID 08-01-284

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 19.12.2007 – VII – Verg 50/07 –

RID 08-01-285

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 19.12.2007 – VII – Verg 51/07 –

RID 08-01-286

SGB § 130a; GWB § 116

Für Streitigkeiten, bei denen es um die Erteilung von Zuschlägen zu Angeboten zum Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a SGB V geht, ist der **Rechtsweg** zu den **Gerichten der Vergabekammern** der **OLGe** eröffnet. Nach § 116 GWB ist gegen Entscheidungen der Vergabekammern allein die Beschwerde zum Vergabesenat beim OLG zulässig, und zwar unabhängig davon, ob die Vergabekammer zu Recht oder zu Unrecht von einem vergabepflichtigen Auftrag ausgegangen sind. Die SGe könnten insoweit nicht angerufen werden. Das allgemeine **Vergaberecht** gilt auch für **Auftragserteilungen der Krankenkassen**. Nach einer vorläufigen Bewertung handele es sich bei den **AOKen** nämlich um **öffentliche Auftraggeber**, weil sie zum einen – mittelbar über die Krankenversicherungsbeiträge – über den Bund finanziert und zum anderen von den Ländern beaufsichtigt werden. Bei den Rabattverträgen handele es sich auch um Lieferaufträge, wenn nach dem vorgesehenen Vertrag die Pharmaunternehmen nämlich ihre Lieferfähigkeit zu gewährleisten haben und der Preis für die Lieferungen, wenn auch nur mittelbar, festgelegt wird.

Vgl. Pressemitteilung v. 19.12.2007 - www.justiz.nrw.de/Presse

Zum **Verfahren s. SG Stuttgart**, Beschl. v. 20.12.2007 – S 10 KR 8404/07 ER – RID 08-01- und **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 06.02.2008– L 5 KR 316/08 B – RID 08-01- (diese Ausgabe S. 76); An einer abschließenden Entscheidung hat sich der Senat gehindert gesehen, weil zunächst die Entscheidung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften über die Frage, ob öffentliche Krankenkassen „öffentliche Auftraggeber“ im Sinne der Richtlinie 2004/18/EG seien, abgewartet werden soll.

3. IRREFÜHRENDE WERBUNG DURCH PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG: UNTERSTÜTZUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS

OLG Hamburg, Urt. v. 23.11.2006 – 3 U 95/06 –

RID 08-01-287

juris = MedR 2008, 48

UWG §§ 2 I Nr. 1, 3, 5 II Nr. 1, 8 I

Leitsatz: Irreführende Angaben zur finanziellen Unterstützung des Gesundheitssystems durch private Krankenversicherungen.

4. BOYKOTTAUFRUF EINER KV GEGEN MVZ (MVZ „MEDIKUM“ IN KASSEL)

LG Kassel, Beschl. v. 26.11.2007 – 4 O 2294/07 –

RID 08-01-288

SGB V § 73c; UWG §§ 3, 4 Nr. 10; BGB §§ 823 I, 826

Eine KV darf keinen Arzt dazu aufrufen, nicht an dem zwischen einem MVZ und dem VdAK nach § 73c SGB V zu schließenden oder geschlossenen Versorgungsvertrages teilzunehmen und/oder nicht mit dem MVZ zu kooperieren.

Die Begründung der Antragsschrift, wonach für die Entscheidung über die Frage, ob ein rechtswidriger Boykottaufruf einer KV gegen ein MVZ vorliegt, sind die Zivilgerichte zuständig. Die entsprechenden Normen im UWG und BGB sind von jedermann zu beachten.

VI. Verschiedenes

1. EUG: IRISCHES RISIKO AUSGLEICHSSYSTEM IN KRANKENVERSICHERUNG RECHTMÄßIG

EuG, 3. Ka., Beschl. v. 12.02.2008 - T-289/03-

RID 08-01-289

British United Provident Association Ltd (BUPA) u. a. / Kommission der EG

curia.europa.eu

Das Risikoausgleichssystem auf dem irischen Markt der privaten Krankenversicherung, das vorsieht, dass die privaten Krankenversicherer, die ein günstigeres als das durchschnittliche Risikoprofil des Marktes aufweisen, an die Krankenversicherungsbehörde eine Abgabe zu zahlen haben, und zum anderen, dass die Krankenversicherungsbehörde eine entsprechende Zahlung an diejenigen PK-Versicherer zu leisten hat, die ein schlechteres als das durchschnittliche Risikoprofil des Marktes aufweisen, wobei unter den derzeitigen Umständen die Anwendung des Risikoausgleichssystems im Wesentlichen dazu führen würde, Mittel von der privaten Krankenversicherung auf die Krankenversicherungsbehörde zu übertragen, ist nicht zu beanstanden. Ein derartiger Mechanismus ist zur Entschädigung der Versicherer, die verpflichtet sind, alle in Irland lebenden Person unabhängig von ihrem Gesundheitszustand, ihrem Alter oder ihrem Geschlecht zum gleichen Preis zu versichern, erforderlich und stellt ein verhältnismäßiges Mittel dar.

2. BVERFG: ÖFFENTLICH GEFÖRDERTE KIRCHLICHE ALTENPFLEGE-EINRICHTUNG UND GESETZLICHE BELEGUNGSPFLICHT

BVerfG, Beschl. v. 17.10.2007 – 2 BvR 1095/05 –

RID 08-01-290

www.bundesverfassungsgericht.de

GG Art. 1 I, 2 I, 4, 12 I, 14 I, 20 III, 103 II, 140 GG i.V.m. Art. 137 WRV

Die Verpflichtung der Heimträger im **brandenburgischen Landespflegegesetz**, die das Land Brandenburg für vollstationäre Einrichtungen bis zu 90% der Aufwendungen für notwendige Investitionsmaßnahmen förderte, im Umfang der erhaltenen öffentlichen Förderungen freie **Pflegeheimplätze mit sozial bedürftigen Einwohnern Brandenburgs zu belegen**, ist verfassungsgemäß. Die Investitionskostenförderung trägt zur Vermeidung von Sozialhilfeabhängigkeit und zur Verminderung von Sozialhilfekosten bei. Hieran knüpft das Landespflegegesetz an. Durch das Belegungsrecht des Staates wird gewährleistet, dass öffentlich geförderte Pflegeheimplätze vorrangig sozial schwachen Landesbürgern zugute kommen. Demgegenüber kommt dem **Eigentumsgrundrecht** der Beschwerdeführerin ein geringeres Gewicht zu, zumal ihre Eigentumsposition angesichts der staatlichen Investitionsförderung nur zu einem geringen Teil auf eigene Leistungen zurückgeht.

Eine Verletzung der **Berufsfreiheit** liegt nicht vor. Der Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der Beschwerdeführerin beruht auf vernünftigen Gemeinwohlerwägungen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Verdienstmöglichkeiten der Beschwerdeführerin und ihre Wettbewerbschancen nicht gemindert werden, da ihr für die bevorrechtigten Nutzer die gleichen Pflegesätze erstattet werden wie für andere Nutzer. Auch ein Eingriff in die **Wettbewerbsfreiheit** der Beschwerdeführerin ist nicht erkennbar. Die Belegungspflicht trifft die Beschwerdeführerin ebenso wie die mit ihr in Konkurrenz stehenden Träger entsprechender öffentlich geförderter freier Pflegeeinrichtungen.

Auch das **kirchliche Selbstbestimmungsrecht** ist nicht verletzt. Die staatliche Rechtsordnung gilt jedoch da uneingeschränkt, wo sich die karitative Einrichtung ungeachtet ihrer besonderen Zwecksetzung wie ein anderes Subjekt am Rechtsverkehr beteiligt. Bei der vorzunehmenden Abwägung ist davon auszugehen, dass die **Sicherung der Versorgung** mit für den Pflegebedürftigen **finanziell tragbaren Pflegeeinrichtungen** im Interesse des Gesamtwohls von allgemeiner und hoher **Bedeutung** ist und ein wichtiges Anliegen des Gesetzgebers darstellt. Zudem besteht ein legitimes sozialstaatliches Regelungsinteresse, die Stellung des Sozialleistungsempfängers rechtlich abzusichern oder zu stärken.

3. BGH

A) ANHÖRUNGSRÜGE NACH ABWEISUNG EINER NICHTZULASSUNGSBESCHWERDE

BGH, Beschl. v. 20.11.2007 – VI ZR 38/07 –

RID 08-01-291

www.bundesgerichtshof.de

ZPO § 321a; GG Art. 103 I

Leitsatz: Die Anhörungsrüge ist zur Verwirklichung des verfassungsrechtlich gebotenen Maßes an Rechtsschutz nur dann erforderlich und zulässig, wenn sie sich gegen eine "neue und eigenständige" Verletzung des Art. 103 Abs. 1 GG durch den Bundesgerichtshof selbst richtet.

B) KEINE BEENDIGUNG DER VERSORGUNG MIT PEG-SONDE DURCH BETREUERIN

AG Siegen, Beschl. v. 28.09.2007 – 33 XVII B 710 –

RID 08-01-292

juris

BGB §§ 1837 II, 1896 I, 1901; GG Art. 1, 2

Leitsatz: 1. Ermittlung des tatsächlichen oder mutmaßlichen Willens eines an Demenz erkrankten Betreuten.

2. Auslegung einer Patientenverfügung.

3. Aufsicht des Vormundschaftsgerichts über die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen.

4. PHYSIOTHERAPEUT: FÄLSCHUNG VON VERORDNUNGEN/ABRECHNUNGSBETRUG

LG Münster, Urt. v. 11.12.2007 – 2 KLS 44 Js 333/05 (15/07) –

RID 08-01-293

juris

StGB §§ 263 I, III Nr. 1, 267 I, III Nr. 1

Reicht ein Physiotherapeut in einer Vielzahl von Fällen bei einer GmbH Verordnungen zur Abrechnung mit den Krankenkassen ein, obwohl er die auf den einzelnen Verordnungen aufgeführten **Behandlungstermine tatsächlich nicht durchgeführt** hat, und bestätigt er auf der Rückseite der

Verordnung die angebliche Durchführung der einzelnen Behandlungstermine, indem er die einzelnen Termine mit dem Namen des jeweiligen Patienten ohne dessen Wissen gegenzeichnet, und verändert er ohne Zustimmung der beteiligten Ärzte Verordnungen in der Weise, dass er die Anzahl der Anwendungen und die Behandlungsfrequenz erhöht bzw. die Unterschrift des beteiligten Arztes ohne dessen Wissen hinzufügt, so macht er sich des Betrugs strafbar und handelt gewerbsmäßig.

5. KOSTEN FÜR RETTUNGSTRANSPORT/ZIVILRECHTSWEG IN HESSEN

VG Gießen, Urt. v. 04.06.2007 – 10 E 1179/07 –

RID 08-01-294

juris; kommentiert in MedR 2007, 716

GVG § 17a II; RettDG Hessen 1998 §§ 4 I u. II, 8, 9, 10, 19; VwGO § 40

Leitsatz: 1. Der **Verwaltungsrechtsweg** ist für die Geltendmachung von **Kosten** für einen **Rettungstransport** nach hessischer Rechtslage nicht eröffnet; der Leistungserbringer ist weder Beliehener noch Verwaltungshelfer, sondern wird eigenwirtschaftlich privatrechtlich tätig.

2. Streitigkeiten über Kosten eines Rettungstransports sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Betroffenen nach hessischer Rechtslage allein im Zivilrechtsweg auszutragen.

3. Die vom BGH und vom Bay. VGH zum Bayerischen Rettungsdienstgesetz entwickelten Grundsätze sind auf das Normengefüge des Hessischen Rettungsdienstgesetzes nicht übertragbar.

6. UNGLEICHBEHANDLUNG DURCH NICHTAUSWEISUNG UNFALLCHIRURGISCHER BETTEN

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.01.2008 – 13 A 1572/07 –

RID 08-01-295

juris

KHG § 8 II 2; GG Art. 3 I

Befinden sich, was die Abbildung der tatsächlichen Gegebenheiten des stationären Versorgung in der Unfallchirurgie in ihren Häusern im Krankenhausplan angeht, zwei Krankenhäuser in grundsätzlich gleicher Situation, und ist ein sachlicher Grund für eine **Ungleichbehandlung** in Form der **Nichtausweisung unfallchirurgischer Betten** für ersteres Haus von der Planungsbehörde nicht angegeben und auch von der Beklagten nicht vorgetragen; so kann er auch nicht vom Gericht an Stelle der Behörde entwickelt werden. Solange mithin von einer sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung durch Nichtausweisung unfallchirurgischer Betten für das eine Krankenhaus im Krankenhausplan auszugehen ist, kann die gebotene Gleichbehandlung nur durch Aufhebung der Planausweisung unfallchirurgischer Betten für das andere Krankenhaus wieder hergestellt werden, selbst wenn für diese Ausweisung sachliche Gründe streiten mögen.

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.01.2008 – 13 A 1571/07 –

RID 08-01-296

juris

KHG § 8 II 2; GG Art. 3 I; KHG NRW § 16 V

Die Planausweisung einer Unfallchirurgie für ein Krankenhaus durch Reduzierung seiner ausgewiesenen chirurgischen, tatsächlich aber unfallchirurgisch genutzten Planbetten ist ihrem Charakter nach keine **Bestenauswahlentscheidung** nach § 8 II 2 KHG, sondern rechtlich lediglich eine **deklaratorische Verifizierung** der tatsächlichen Gegebenheiten im Krankenhausplan. Die Erwägung des BVerfG (vgl. *BVerfG*, Beschl. v. 14.01.2004 - 1 BvR 506/03 -, NVwZ 2004, 718, u. v. 12.06.1990 - 1 BvR 355/86 -, BVerfGE 82, 209/224) zur Bejahung einer **drittschützenden Wirkung** des § 8 II 2 KHG, nämlich die - etwa in der gesicherten Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung mit entsprechenden Einnahmen sichtbare - besondere Grundrechtsbetroffenheit des Planaufnahme begehrenden Krankenhauses, kann nicht dazu führen, der deklaratorischen Abbildung eines faktischen Zustands im Krankenhausplan gleichwohl den Charakter einer Auswahl- oder Rankingentscheidung zuzusprechen. Denn unabhängig von der deklaratorischen Ausweisung einer Unfallchirurgie ist und kann ein Krankenhaus unfallchirurgische Leistungen in einer chirurgischen Abteilung erbringen und nach dem gegenwärtigen Entgeltsystem bei den Kassen abrechnen.

Stellt die im Verwaltungsverfahren und gerichtlichen Verfahren verfolgte Behördenmaßnahme **keine Entscheidung nach § 8 II 2 KHG** dar, kann durch deren sinngemäße Versagung durch Feststellungsbescheid kein Recht der Klägerin auf ermessensfehlerfreie Auswahl nach § 8 II 2 KHG unter gleich qualifizierten Krankenhäusern verletzt sein.

Haben **zwei Krankenhäuser** in der Vergangenheit in erheblichem Umfang unfallchirurgische Leistungen über ihre allgemein-chirurgischen Planbetten erbracht und begehren die Planausweisung eines entsprechenden Anteils davon als unfallchirurgische Betten, so befinden sich beide

Krankenhäuser in einer grundsätzlich **gleichen Situation**. Es ist darzulegen, welcher hinreichend gewichtige sachliche Grund dennoch eine Andersbehandlung des Krankenhauses der Klägerin hinsichtlich der Planausweisung von 40 Betten Unfallchirurgie gegenüber dem beigeladenen Klinikum rechtfertigt.

7. STEUERRECHT

A) BVERFG: UMSATZSTEUERBEFREIUNG FÜR ÄRZTLICHE LEISTUNGEN EINES SANATORIUMS

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 31.05.2007 – 1 BvR 1316/04 –

RID 08-01-297

NJW 2007 (Heft 50), 3628 = www.bundesverfassungsgericht.de

GG Art. 3 I; UStG 1980 § 4 Nr. 14, 16 lit. b; AO § 67 I, II; Richtlinie 77/388/EWG Art. 13 Teil A I lit. b

Leitsatz (NJW): 1. Die Rechtsprechung des BFH (NJW 2004, 2328 L), nach der Umsätze der Krankenhäuser, auch soweit sie die ärztliche Heilbehandlung einschließen, grundsätzlich nur nach § 4 Nr. 16 lit. b UStG 1980, nicht aber nach § 4 Nr. 14 UStG 1980 von der Umsatzsteuer befreit werden können, wird vom BVerfG wegen der bindenden europarechtlichen Vorgaben durch die Sechste Mehrwertsteuerrichtlinie nicht auf ihre Vereinbarkeit mit Art. 3 I GG überprüft.

2. Soweit § 4 Nr. 14 S. 3 UStG 1980 die Umsätze eines Arztes aus dem Betrieb eines Krankenhauses, die seine ärztlichen Leistungen betreffen, generell von der Umsatzsteuer befreit, setzt die Vorschrift keine bindenden Vorgaben aus der Sechsten Mehrwertsteuerrichtlinie um. Damit unterliegen die Vorschrift und ihre Anwendung durch die Gerichte der verfassungsgerichtlichen Überprüfung auf ihre Vereinbarkeit mit Grundrechten oder grundrechtsgleichen Rechten.

3. Die Steuerbefreiungsvorschrift des § 4 Nr. 16 lit. b UStG 1980 i.V. mit § 67 I, II AO verstößt nicht gegen Art. 3 I GG.

B) BFH

AA) ERSTELLUNG ÄRZTLICHER RENTENGUTACHTEN NICHT UMSATZSTEUERFREI

BFH, Beschl. v. 31.07.2007 – V B 98/06 –

RID 08-01-298

www.bundesfinanzhof.de

UStG 1999 § 4 Nr. 14, EWGRL 388/77 Art 13 Teil A Abs. 1 Buchst. c

Leitsatz: Die Erstellung ärztlicher Gutachten, die der Vorbereitung der Entscheidung eines Versicherungsträgers über die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit dienen sollen, ist auch dann nicht nach § 4 Nr. 14 UStG steuerfrei, wenn in den Gutachten Möglichkeiten zur Rehabilitation geprüft werden.

BB) RÜCKWIRKENDE MEHRWERTSTEUER AUF SCHÖNHEITSOPERATIONEN/KEIN VERTRAUENSCHUTZ

BFH, Beschl. v. 26.09.2007 – V B 8/06 –

RID 08-01-299

www.bundesfinanzhof.de

AO § 163; UStG 1993 § 4 Nr. 14; GG Art. 3 I; FGO § 115 II Nr. 1

Leitsatz: 1. Durch die Rechtsprechung ist geklärt, dass der Steuerpflichtige einen Anspruch auf Vertrauensschutz hat, wenn sich die Rechtsprechung des BFH verschärft oder von einer allgemein geübten Verwaltungspraxis abweicht und der Steuerpflichtige im Vertrauen auf die bisherige Rechtslage Dispositionen getroffen hat.

2. Soweit die Verwaltung den Vertrauensschutz nicht durch allgemeine Billigkeitsregelungen oder Übergangsregelungen berücksichtigt hat, muss ihm das FA durch Einzelmaßnahme (z.B. nach § 163 AO) Rechnung tragen.

3. Ein schützenswertes Vertrauen, das die Pflicht zum Erlass einer Übergangsregelung oder Billigkeitsmaßnahme im Einzelfall auslöst, ist nur gegeben, wenn als Vertrauensgrundlage eine gesicherte, für die Meinung des Steuerpflichtigen sprechende Rechtsauffassung bestand und die Rechtslage nicht als zweifelhaft erschien.

4. Eine gesicherte Rechtsauffassung kann aus einem schlichten Verwaltungsunterlassen --wie vorliegend bei jahrelanger Nichtbesteuerung von Schönheitsoperationen-- nicht hergeleitet werden.

CC) STEUERFREIE KRANKENGYMNASTISCHE LEISTUNG DURCH EINE PHYSIKALISCHE PRAXIS (GBR)

BFH, Urt. v. 26.09.2007 – V R 54/05–

RID 08-01-300

www.bundesfinanzhof.de

UStG 1993 § 4 Nr. 14; UStG 1999 § 4 Nr. 14; EWGRL 388/77 Art. 13 Teil A Buchst. c

Leitsatz: 1. Für die Anwendung von § 4 Nr. 14 UStG 1993/1999 kommt es nach dem Grundsatz der steuerlichen Neutralität nicht auf die Rechtsform des Leistenden an.

2. Heilbehandlungsleistungen einer Personengesellschaft können auch dann nach § 4 Nr. 14 UStG 1993/1999 steuerfrei sein, wenn zwar nicht die Gesellschafter, aber die Angestellten der Personengesellschaft über die für eine Heilbehandlung erforderliche Berufsqualifikation verfügen.

DD) KRANKENTRANSPORTE UND RETTUNGSDIENSTE SIND GWERBESTEUERPFLICHTIG

BFH, Beschl. v. 18.09.2007 – 2007 I R 30/06 –

RID 08-01-301

www.bundesfinanzhof.de

AO §§ 14, 53, 66 I u. II, 163, 227; GewStG §§ 2 I, II 1, 3 Nr. 1, 6 u. 20 Buchst. d; GG Art. 3 I; EStG § 15 II; KStG §§ 4, 5 I 9; UStG §§ 4 Nr. 16 Buchst. e u. Buchst. b

Leitsatz: 1. Der Rettungsdienst und der Krankentransport sind nicht von der Gewerbesteuer befreit.

2. § 5 Abs. 1 Nr. 9 Satz 2 KStG, § 3 Nr. 6 Satz 2 GewStG i.V.m. §§ 64 bis 68 AO sind (auch) drittschützende Normen. Ein Verstoß der Finanzbehörden gegen diese Vorschriften kann zu einer Verletzung von Rechten der Mitbewerber führen (Bestätigung der Senatsrechtsprechung).

3. § 66 AO steht einer Verpflichtungsklage nicht entgegen, die ein Körperschaftsteuer- und gewerbesteuerpflichtiger Anbieter von Rettungsdienst- und Krankentransportleistungen mit dem Ziel erhebt, andere Anbieter dieser Leistungen --insbesondere Wohlfahrtsverbände-- zu besteuern.

EE) STEUERBEFREIUNG VON UMSÄTZEN EINER HEILPÄDAGOGIN

BFH, Urt. v. 01.02.2007 – V R 64/05–

RID 08-01-302

www.bundesfinanzhof.de

UStG 1993 § 4 Nr. 14; EWGRL 388/77 Art. 13 Teil A Buchst. c

Leitsatz: NV: Leistungen von Heilpädagogen sind Heilbehandlungen im Sinne von § 4 Nr. 14 UStG 1993, wenn sie direkt an der Krankheit und deren Ursachen ansetzen und nicht nur darauf abzielen, die Auswirkungen der Erkrankung auf die Lebensgestaltung aufzufangen oder abzumildern

FF) STRAFVERTEIDIGUNGSKOSTEN ALS ERWERBSAUFWENDUNGEN

BFH, Urt. v. 18.10.2007 – VI R 42/04 –

RID 08-01-303

www.bundesfinanzhof.de

AO § 40; EStG §§ 9 I 1, 33; StPO §§ 467, 464a

Leitsatz: 1. Strafverteidigungskosten sind Erwerbsaufwendungen, wenn der strafrechtliche Vorwurf, gegen den sich der Steuerpflichtige zur Wehr setzt, durch sein berufliches Verhalten veranlasst war.

2. Auf einer Honorarvereinbarung beruhende Strafverteidigungskosten führen nicht zu einer außergewöhnlichen Belastung, soweit sie nach einem Freispruch des Steuerpflichtigen nicht der Staatskasse zur Last fallen.

C) EINNAHMEN AUS DEM LIQUIDATIONSRECHT FÜR WAHLÄRZTLICHE LEISTUNGEN ALS ARBEITSLOHN

FG Düsseldorf, Beschl. v. 22.10.2007 – 3 V 1703/07 A(L) –

RID 08-01-304

^{juris}

EStG 2002 §§ 18 I Nr. 1, 19 I 1 Nr. 1, 38 I 1; LStDV 1990 § 2 I 1; FGO § 69 II 2, III 1

Es bestehen ernstliche Zweifel daran, dass die Honorareinnahmen eines angestellten Chefarztes eines Krankenhauses auf Grund eines ihm in seinem Anstellungsvertrag für stationäre wahlärztliche Leistungen eingeräumten Liquidationsrechts stets **Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit** sind, wenn die Erbringung dieser wahlärztlichen Leistungen zu den dem Krankenhaus vertraglich geschuldeten Dienstaufgaben gehört.

Ob ein Chefarzt einer Klinik **wahlärztliche Leistungen selbständig oder unselbständig** erbringt, beurteilt sich nach dem Gesamtbild der Verhältnisse. Die maßgebenden Verhältnisse werden durch die Vertragsverhältnisse zwischen dem Krankenhaus, dem Chefarzt und dem Patienten und deren tatsächliche Durchführung bestimmt.

D) FREIBERUFLICHE TÄTIGKEIT EINES ZAHNARZTES BEI ANSTELLUNG EINES WEITEREN ZAHNARZTES

FG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 24.08.2006 – 1 K 30035/02 –

RID 08-01-305

^{juris}

GewStG 1991 § 2 I; EStG 1997 §§ 15 II 1, 18 I 3 Nr. 1

Eigenverantwortliche Tätigkeit i.S. des § 18 I Nr. 1 Satz 3 EStG bei **Beschäftigung** eines **einzigsten weiteren approbierten Zahnarztes** kann auch dann noch vorliegen, wenn der angestellte Zahnarzt mindestens Teile der zahnärztlichen Arbeit selbständig erledigt. Das gilt jedenfalls dann, wenn die Patienten die von ihm betriebene einzige Zahnarztpraxis in einer ländlich geprägten Gemeinde mit ca. 2000 Einwohnern lediglich als seine Praxis verstehen und in ihrem Vorstellungsbild bei zahnärztlichem Behandlungsbedarf den Praxisinhaber und nicht etwa den - vorübergehend - angestellten Zahnarzt aufsuchen, dieser ihnen vielmehr unabhängig von seiner Approbation und seiner persönlichen Qualifikation lediglich als Helfer des Praxisinhabers erscheint, weil der Inhaber bei komplizierten Angelegenheiten hinzugezogen wird und für wirkliche oder vermeintliche Schwierigkeiten stets im Hintergrund zur Verfügung steht.

E) UMSATZSTEUERPFLICHT VON FUßPFLEGELEISTUNGEN

FG Köln, Beschl. v. 20.09.2007 – 10 V 1781/07 –

RID 08-01-306

^{juris}

UStG § 4 Nr. 14; FGO § 69 III 1, II 2; EWGRL 388/77 Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. c; SGB V § 124,

Leistungen der medizinischen Fußpflege können nur von der Umsatzsteuer befreit sein, wenn und soweit es sich zumindest um **medizinisch indizierte Fußpflege-Leistungen** handelt. Dies ist in aller Regel nicht ohne ärztliche Eignungsdiagnose feststellbar. Zudem muss der Erbringer der Leistungen den erforderlichen Befähigungsnachweis besitzen.

Eine **ähnliche heilberufliche Tätigkeit** i.S. des § 4 Nr. 14 UStG kann auch vorliegen, wenn es sich nicht um eine freiberufliche Tätigkeit nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG handelt. Maßgebliches Abgrenzungsmerkmal ist die Übernahme der Leistungen ihrer Art nach vom Sozialversicherungsträger.

F) KÜRZUNG DER UMSATZSTEUERBEMESSUNGSGRUNDLAGE UM DEN SOG. HERSTELLERRABATT

FG Baden-Württemberg, Urt. v. 06.11.2007 – 1 K 450/04 –

RID 08-01-307

Revision eingelegt - V R 2/08 -

^{juris}

SGB V § 130a; UStG §§ 1 I Nr. 1, 10 I, 17 I

Der von Pharmaunternehmen zu gewährende gesetzliche Herstellerrabatt (§ 130a I SGB V) ist aus dem Nettoverkaufspreis zu errechnen. Gleichzeitig mindert sich in dieser Höhe die Bemessungsgrundlage im Wege der Berichtigung nach § 17 I 1 UStG für die Umsatzsteuer.

Die Apotheken als Abnehmer der Lieferungen müssen entsprechend dem aus dem Nettobetrag errechneten Rabatt den in Anspruch genommenen Vorsteuerabzug berichtigen .

Verzeichnis der Entscheidungen

AG Bremen-Blumenthal , Urt. v. 28.09.2007 – 33 Ds 850 Js 20511/02 –	RID 08-01-229
AG Dresden , Urt. v. 23.05.2007 – 205 Ds 109 Js 049466/03 –	RID 08-01-227
AG Kassel , Urt. v. 19.12.2007 – 432 C 4403/07 –	RID 08-01-258
AG Nordenham , Urt. v. 08.06.2007 – 5 Cs 135 Js 59229/04 –	RID 08-01-226
AG Siegen , Beschl. v. 28.09.2007 – 33 XVII B 710 –	RID 08-01-292
BFH , Urt. v. 01.02.2007 – V R 64/05 –	RID 08-01-302
BFH, Beschl. v. 31.07.2007 – V B 98/06 –	RID 08-01-298
BFH, Beschl. v. 18.09.2007 – 2007 I R 30/06 –	RID 08-01-301
BFH, Beschl. v. 26.09.2007 – V B 8/06 –	RID 08-01-299
BFH, Urt. v. 26.09.2007 – V R 54/05 –	RID 08-01-300
BFH, Urt. v. 18.10.2007 – VI R 42/04 –	RID 08-01-303
BGH , Urt. v. 09.01.2007 – VI ZR 59/06 –	RID 08-01-233
BGH, Urt. v. 14.06.2007 – I ZR 173/04 –	RID 08-01-265
BGH, Urt. v. 12.07.2007 – I ZR 147/04 –	RID 08-01-266
BGH, Beschluss v. 25.09.2007 – VI ZR 157/06 –	RID 08-01-234
BGH, Beschl. v. 16.10.2007 – VI ZR 229/06 –	RID 08-01-232
BGH, Urt. v. 23.10.2007 – I StR 238/07 –	RID 08-01-225
BGH, Urt. v. 08.11.2007 – III ZR 54/07 –	RID 08-01-254
BGH, Beschl. v. 20.11.2007 – VI ZR 38/07 –	RID 08-01-291
BGH, Urt. v. 05.12.2006 – VI ZR 228/05 –	RID 08-01-235
BGH, Beschl. v. 20.12.2007 – I StR 576/07 –	RID 08-01-224
BGH, Urt. v. 20.12.2007 – III ZR 144/07 –	RID 08-01-255
BSG , Urt. v. 23.05.2007 – B 6 KA 2/06 R –	RID 08-01-124
BSG, Urt. v. 26.06.2007 – B 1 KR 41/06 R –	RID 08-01-209
BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 24/06 R –	RID 08-01-128
BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 27/06 R –	RID 08-01-127
BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 44/06 R –	RID 08-01-126
BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 43/06 R –	RID 08-01-123
BSG, Urt. v. 19.09.2007 – B 1 KR 1/07 R –	RID 08-01-207
BSG, Urt. v. 19.09.2007 – B 1 KR 6/07 R –	RID 08-01-206
BSG, Urt. v. 19.09.2007 – B 1 KR 7/07 R –	RID 08-01-208
BSG, Großer Senat, Beschl. v. 25.09.2007 – GS 1/06 –	RID 08-01-210
BSG, Beschl. v. 29.11.2007 – B 6 KA 52/07 B –	RID 08-01-125
BSG, Beschl. v. 07.12.2006 – B 6 KA 42/06 R –	RID 08-01-129
BSG, Beschl. v. 24.01.2008 – B 3 SF 1/08 R –	RID 08-01-211
BVerfG , 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 31.05.2007 – 1 BvR 1316/04 –	RID 08-01-297
BVerfG, 2. Sen., 1. Ka., B. v. 02.10.2007 – 2 BvR 1715/03 u.a. –	RID 08-01-260
BVerfG, Beschl. v. 17.10.2007 – 2 BvR 1095/05 –	RID 08-01-290
BVerfG, Beschl. v. 21.01.2008 – 2 BvR 1219/07 –	RID 08-01-223
EuG , 3. Ka., Beschl. v. 12.02.2008 – T-289/03 –	RID 08-01-289
EuGH , Urt. v. 08.11.2007 – C-143/06 –	RID 08-01-264
EuGH, Urt. v. 06.12.2007 – C-456/05 –	RID 08-01-66
FG Düsseldorf , Beschl. v. 22.10.2007 – 3 V 1703/07 A(L) –	RID 08-01-304
FG Köln , Beschl. v. 20.09.2007 – 10 V 1781/07 –	RID 08-01-306
FG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 24.08.2006 – 1 K 30035/02 –	RID 08-01-305
FG Baden-Württemberg , Urt. v. 06.11.2007 – 1 K 450/04 –	RID 08-01-307
KG Berlin , Urt. v. 18.09.2006 – 20 U 91/05 –	RID 08-01-245
LSG Baden-Württemberg , Beschl. v. 24.08.2007 – L 5 KA 3245/07 ER-B –	RID 08-01-73
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.09.2007 – L 5 KA 4288/06 –	RID 08-01-04
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.09.2007 – L 5 KA 5139/06 –	RID 08-01-104
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.09.2007 – L 5 KA 5161/06 –	RID 08-01-103
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 26.10.2007 – L 4 KR 5486/05 –	RID 08-01-155
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 31.10.2007 – L 5 KR 2563/07 –	RID 08-01-134
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 20.11.2007 – L 5 KA 3892/07 ER-B –	RID 08-01-91
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 22.11.2007 – L 5 KA 4107/07 ER-B –	RID 08-01-69
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 03.12.2007 – L 5 KA 3492/07 W-B –	RID 08-01-114
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 04.12.2007 – L 11 KR 3761/07 –	RID 08-01-171
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 06.02.2008 – L 5 KR 316/08 B –	RID 08-01-204
LSG Bayern , Urt. v. 26.04.2007 – L 4 KR 276/05 –	RID 08-01-174
LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2007 – L 12 KA 614/04 –	RID 08-01-16
LSG Bayern, Urt. v. 04.07.2007 – L 12 KA 11/06 –	RID 08-01-25
LSG Bayern, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 94/06 –	RID 08-01-132
LSG Bayern, Urt. v. 23.08.2007 – L 4 KR 386/06 –	RID 08-01-138
LSG Bayern, Beschl. v. 30.08.2007 – L 12 KA 494/07 ER –	RID 08-01-76
LSG Bayern, Beschl. v. 02.09.2007 – L 12 B 504/07 KA ER –	RID 08-01-21
LSG Bayern, Urt. v. 11.09.2007 – L 5 KR 132/06 –	RID 08-01-148
LSG Bayern, Urt. v. 20.09.2007 – L 4 KR 179/06 –	RID 08-01-133
LSG Bayern, Beschl. v. 19.11.2007 – L 12 B 475/06 KA ER –	RID 08-01-108
LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 16.02.2007 – L 1 KR 20/03 –	RID 08-01-137
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.07.2007 – L 7 B 111/07 KA ER –	RID 08-01-85
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.09.2007 – L 24 KR 147/06 –	RID 08-01-150
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.10.2007 – L 7 KA 10/02 *25 –	RID 08-01-17
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.10.2007 – L 7 KA 11/02 *25 –	RID 08-01-01
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.10.2007 – L 7 KA 15/03 *25 –	RID 08-01-02
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.10.2007 – L 7 KA 56/03 –	RID 08-01-26

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.11.2007 – L 24 B 588/07 KR ER –	RID 08-01-145
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 28.11.2007 – L 7 B 153/07 KA ER –	RID 08-01-81
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.11.2007 – L 7 KA 251/03 –	RID 08-01-115
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 17.12.2007 – L 1 B 435/07 KR ER –	RID 08-01-192
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.12.2007 – L 9 KR 150/03 –	RID 08-01-181
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 17.01.2008 – L 7 B 149/07 KA ER –	RID 08-01-109
LSG Hamburg , Urt. v. 09.05.2007 – L 2 KA 32/06 –	RID 08-01-97
LSG Hamburg, Urt. v. 09.05.2007 – L 2 KA 33/06 –	RID 08-01-98
LSG Hamburg, Urt. v. 09.05.2007 – L 2 KA 34/06 –	RID 08-01-96
LSG Hamburg, Urt. v. 19.09.2007 – L 2 KA 5/05 –	RID 08-01-57
LSG Hamburg, Urt. v. 31.10.2007 – L 1 KR 21/07 –	RID 08-01-193
LSG Hamburg, Beschl. v. 05.11.2007 – L 2 B 396/07 ER KA –	RID 08-01-71
LSG Hamburg, Beschl. v. 12.11.2007 – L 2 B 362/07 ER KA –	RID 08-01-37
LSG Hamburg, Urt. v. 21.11.2007 – L 1 KR 7/07 –	RID 08-01-176
LSG Hamburg, Urt. v. 12.12.2007 – L 1 KR 3/07 –	RID 08-01-136
LSG Hamburg, Beschl. v. 21.12.2007 – L 2 B 396/07 ER KA –	RID 08-01-72
LSG Hessen , Beschl. v. 02.03.2007 – L 4 KA 5/07 ER –	RID 08-01-67
LSG Hessen, Beschl. v. 22.05.2007 – L 4 KA 74/06 –	RID 08-01-47
LSG Hessen, Beschl. v. 30.05.2007 – L 4 KA 20/07 ER --	RID 08-01-86
LSG Hessen, Urt. v. 26.09.2007 – L 4 KA 23/05 –	RID 08-01-56
LSG Hessen, Urt. v. 26.09.2007 – L 4 KA 65/06 –	RID 08-01-28
LSG Hessen, Beschl. v. 13.11.2007 – L 4 KA 57/07 ER –	RID 08-01-40
LSG Hessen, Beschl. v. 28.11.2007 – L 4 B 237/07 KA –	RID 08-01-120
LSG Hessen, Beschl. v. 29.11.2007 – L 4 KA 56/07 ER –	RID 08-01-41
LSG Hessen, Beschl. v. 03.12.2007 – L 4 KA 52/07 ER –	RID 08-01-92
LSG Hessen, Urt. v. 17.12.2007 – L 1 KR 110/06 –	RID 08-01-172
LSG Hessen, Beschl. v. 20.12.2007 – L 6/7 KA 1133/03 –	RID 08-01-39
LSG Hessen, Urt. v. 27.12.2007 – L 6 KA 14/06 –	RID 08-01-59
LSG Hessen, Beschl. v. 16.01.2008 – L 4 B 338/07 KA –	RID 08-01-122
LSG Hessen, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 393/07 KA –	RID 08-01-118
LSG Hessen, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 395/07 KA –	RID 08-01-119
LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.07.2007 – L 1 KR 161/06 –	RID 08-01-177
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.11.2007 – L 3 KA 69/07 ER –	RID 08-01-80
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 21.11.2007 – L 3 KA 69/04 –	RID 08-01-22
LSG Nordrhein-Westfalen , Beschl. v. 27.06.2006 – L 18 AR 13/05 –	RID 08-01-110
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.09.2006 – L 10 B 9/06 KA –	RID 08-01-116
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.10.2007 – L 5 (2) KR 120/05 –	RID 08-01-130
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.10.2007 – L 5 KR 130/05 –	RID 08-01-144
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.10.2007 – L 10 KA 21/06 –	RID 08-01-90
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.10.2007 – L 11 KR 23/07 –	RID 08-01-178
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.10.2007 – L 11 KR 51/06 –	RID 08-01-196
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.11.2007 – L 16 KR 31/07 –	RID 08-01-199
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.11.2007 – L 16 KR 32/07 –	RID 08-01-200
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 10 KA 5/07 –	RID 08-01-68
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 21/07 –	RID 08-01-54
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 36/07 –	RID 08-01-53
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 67/06 –	RID 08-01-58
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 100/06 –	RID 08-01-55
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 112/06 –	RID 08-01-52
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 15.11.2006 – L 10 B 34/06 KA –	RID 08-01-117
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.11.2007 – L 2 KN 60/05 KR –	RID 08-01-173
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.11.2007 – L 10 B 11/07 KA ER –	RID 08-01-107
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.11.2007 – L 11 KR 21/07 –	RID 08-01-169
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.12.2007 – L 11 KR 41/07 –	RID 08-01-180
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.12.2007 – L 11 KA 93/06 –	RID 08-01-18
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.12.2007 – L 11 KA 94/06 –	RID 08-01-19
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.12.2007 – L 11 KA 109/05 –	RID 08-01-27
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.12.2007 – L 16 KR 132/07 –	RID 08-01-135
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.12.2007 – L 11 KR 9/06 –	RID 08-01-160
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.12.2007 – L 11 KA 33/07 –	RID 08-01-95
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.12.2007 – L 16 B 127/07 KR ER –	RID 08-01-201
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.01.2008 – L 16 B 130/07 KR ER –	RID 08-01-205
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.01.2008 – L 11 (10) KA 26/07 –	RID 08-01-100
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.01.2008 – L 11 KA 35/07 –	RID 08-01-99
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.01.2008 – L 11 KA 44/06 –	RID 08-01-31
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22.01.2008 – L 16 B 102/07 KR ER –	RID 08-01-146
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.01.2008 – L 11 KR 49/07 –	RID 08-01-170
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.01.2008 – L 11 KR 52/07 –	RID 08-01-140
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.02.2008 – L 16 B 123/07 KR ER –	RID 08-01-131
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 22.06.2006 – L 5 KR 7/06 –	RID 08-01-175
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.07.2007 – L 5 KR 59/06 –	RID 08-01-184
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.07.2007 – L 5 KR 228/06 –	RID 08-01-186
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.12.2006 – L 5 KA 40/06 –	RID 08-01-30
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 13.12.2007 – L 5 ER 289/07 KR –	RID 08-01-197
LSG Saarbrücken , Urt. v. 28.11.2007 – L 2 KR 22/06 –	RID 08-01-161
LSG Sachsen , Urt. v. 27.06.2007 – L 1 KA 25/05 –	RID 08-01-74
LSG Sachsen, Urt. v. 17.10.2007 – L 1 KR 18/06 –	RID 08-01-166
LSG Sachsen, Beschl. v. 31.01.2008 – L 1 B 151/07 KA-ER –	RID 08-01-45
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 20.06.2007 – L 4 KR 39/06 –	RID 08-01-147

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 19.12.2006 – L 4 KR 74/05 –	RID 08-01-183
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 10.10.2007 – L 5 KR 27/07 –	RID 08-01-185
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.11.2007 – L 5 KR 56/06 –	RID 08-01-168
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.11.2007 – L 5 KR 80/06 –	RID 08-01-142
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 28.11.2007 – L 5 KR 14/07 –	RID 08-01-139
LG Dortmund , Urt. v. 27.09.2007 – 3 O 391/07 –	RID 08-01-221
LG Düsseldorf , Urt. v. 28.09.2006 – 3 O 106/06 –	RID 08-01-222
LG Hildesheim , Urt. v. 01.11.2005 – 16 KLS 5191 Js 75518/02 –	RID 08-01-228
LG Kassel , Beschl. v. 26.11.2007 – 4 O 2294/07 –	RID 08-01-288
LG Kiel , Urt. v. 30.03.2007 – 8 O 59/06 –	RID 08-01-263
LG Köln , Urt. v. 20.03.2007 – 33 O 420/06 –	RID 08-01-219
LG Lübeck , Urt. v. 15.05.2007 – 11 O 2/07 –	RID 08-01-220
LG Mannheim , Urt. v. 07.12.2007 – 1 S 178/06 –	RID 08-01-257
LG München , Urt. v. 12.12.2007 – 9 O 16390/05 –	RID 08-01-241
LG Münster , Urt. v. 11.12.2007 – 2 KLS 44 Js 333/05 (15/07) –	RID 08-01-293
OLG Brandenburg , Urt. v. 09.10.2007 – 6 U 46/07 –	RID 08-01-268
OLG Brandenburg, Urt. v. 08.11.2007 – 12 U 53/07 –	RID 08-01-237
OLG Bremen , Urt. v. 13.01.2006 – 4 U 23/05 –	RID 08-01-240
OLG Düsseldorf , Urt. v. 04.04.2007 – I-8 U 120/06, 8 U 120/06 –	RID 08-01-250
OLG Düsseldorf, Urt. v. 31.08.2007 – 6 A 2321/06 –	RID 08-01-272
OLG Düsseldorf, Urt. v. 31.08.2007 – 6 A 3009/05 –	RID 08-01-273
OLG Düsseldorf, Urt. v. 31.08.2007 – 6 A 3014/06 –	RID 08-01-274
OLG Düsseldorf, Urt. v. 08.10.2007 – 6 A 3452/06 –	RID 08-01-275
OLG Düsseldorf, Beschl. v. 18.12.2007 – VII – Verg 44/07 –	RID 08-01-279
OLG Düsseldorf, Beschl. v. 18.12.2007 – VII – Verg 45/07 –	RID 08-01-280
OLG Düsseldorf, Beschl. v. 18.12.2007 – VII – Verg 46/07 –	RID 08-01-281
OLG Düsseldorf, Beschl. v. 18.12.2007 – VII – Verg 47/07 –	RID 08-01-282
OLG Düsseldorf, Beschl. v. 19.12.2007 – VII – Verg 48/07 –	RID 08-01-283
OLG Düsseldorf, Beschl. v. 19.12.2007 – VII – Verg 49/07 –	RID 08-01-284
OLG Düsseldorf, Beschl. v. 19.12.2007 – VII – Verg 50/07 –	RID 08-01-285
OLG Düsseldorf, Beschl. v. 19.12.2007 – VII – Verg 51/07 –	RID 08-01-286
OLG Hamburg , Urt. v. 23.11.2006 – 3 U 95/06 –	RID 08-01-287
OLG Hamm , Urt. v. 27.04.2007 – 20 U 189/05 –	RID 08-01-256
OLG Jena , Urt. v. 15.08.2007 – 4 U 437/05 –	RID 08-01-236
OLG Karlsruhe , Beschl. v. 19.11.2007 – 17 Verg 11/07 –	RID 08-01-278
OLG Koblenz , Beschl. v. 19.06.2007 – 5 U 467/07 –	RID 08-01-253
OLG Koblenz, Beschl. v. 11.07.2007 – 4 U 155/07 –	RID 08-01-267
OLG Koblenz, Beschl. v. 20.09.2007 – 5 U 899/07 –	RID 08-01-242
OLG München , Beschl. v. 28.02.2007 – 25 U 5570/06 –	RID 08-01-259
OLG München, Urt. v. 22.03.2007 – 29 U 5300/06 –	RID 08-01-270
OLG Naumburg , Urt. v. 04.10.2007 – 1 U 11/07 –	RID 08-01-251
OLG Naumburg, Urt. v. 15.10.2007 – 1 U 46/07 –	RID 08-01-243
OLG Naumburg, Urt. v. 01.11.2007 – 1 U 13/07 –	RID 08-01-238
OLG Naumburg, Urt. v. 01.11.2007 – 1 U 59/07 –	RID 08-01-244
OLG Naumburg, Urt. v. 13.12.2007 – 1 U 10/07 –	RID 08-01-252
OLG Oldenburg , Beschl. v. 28.06.2007 – 5 W 77/07 –	RID 08-01-247
OLG Oldenburg, Urt. v. 04.07.2007 – 5 U 31/05 –	RID 08-01-249
OLG Oldenburg, Beschl. v. 13.11.2007 – 5 W 133/07 –	RID 08-01-246
OLG Oldenburg, Urt. v. 22.11.2007 – 1 U 49/07 –	RID 08-01-271
OLG Oldenburg, Urt. v. 10.01.2008 – 5 W 134/07 –	RID 08-01-248
OLG Oldenburg, Urt. v. 30.01.2008 – 5 U 92/06 –	RID 08-01-239
OVG NRW , Landesberufsg. f. Heilb., Urt. v. 25.04.2007 – 6t A 1014/05. T –	RID 08-01-218
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 31.07.2007 – 13 B 929/07 –	RID 08-01-214
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2007 – 13 B 1192/07 –	RID 08-01-277
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 15.01.2008 – 13 A 5238/04 –	RID 08-01-217
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.01.2008 – 13 A 1571/07 –	RID 08-01-296
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.01.2008 – 13 A 1572/07 –	RID 08-01-295
SG Aachen , Urt. v. 25.06.2007 – S 21 (4) KR 9/07 –	RID 08-01-158
SG Aachen, Urt. v. 14.09.2007 – S 13 KR 64/07 ER –	RID 08-01-152
SG Aachen, Urt. v. 22.10.2007 – S 21 KR 32/07 –	RID 08-01-157
SG Aachen, Urt. v. 27.11.2007 – S 13 KR 84/06 –	RID 08-01-156
SG Aachen, Urt. v. 11.12.2007 – S 13 KR 38/07 –	RID 08-01-154
SG Aachen, Urt. v. 03.01.2008 – S 13 KR 87/07 –	RID 08-01-151
SG Berlin , Urt. v. 01.06.2004 – S 82 KR 2038/02 –	RID 08-01-187
SG Dessau , Urt. v. 28.02.2007 – S 4 KR 67/05 –	RID 08-01-188
SG Dresden , Urt. v. 19.09.2007 – S 11 KA 5061/05 Z –	RID 08-01-33
SG Dresden, Beschl. v. 16.01.2008 – S 18 KA 1539/07 ER –	RID 08-01-46
SG Dresden, Urt. v. 08.09.2007 – S 18 KR 499/03 –	RID 08-01-165
SG Duisburg , Urt. v. 16.03.2007 – S 9 KR 123/05 –	RID 08-01-182
SG Duisburg, Urt. v. 07.09.2007 – S 9 KR 21/07 –	RID 08-01-153
SG Düsseldorf , Urt. v. 04.05.2007 – S 34 (4) KR 321/04 –	RID 08-01-195
SG Düsseldorf, Urt. v. 15.11.2007 – S 8 KR 377/06 –	RID 08-01-143
SG Düsseldorf, Urt. v. 20.11.2007 – S 4 (26) KR 36/03 –	RID 08-01-162
SG Düsseldorf, Urt. v. 21.11.2007 – S 2 KA 31/07 –	RID 08-01-50
SG Düsseldorf, Urt. v. 21.11.2007 – S 2 KA 249/06 –	RID 08-01-111
SG Düsseldorf, Urt. v. 29.11.2007 – S 8 KR 362/06 –	RID 08-01-159
SG Düsseldorf, Gerichtsbb. v. 05.12.2007 – S 8 KR 171/07 –	RID 08-01-163
SG Frankfurt a. M. , Urt. v. 30.05.2007 – S 5/27 KA 2031/04 –	RID 08-01-106
SG Gotha , Urt. v. 23.05.2007 – S 7 KA 1795/03 –	RID 08-01-20

SG Gotha, Beschl. v. 22.08.2007 – S 7 KA 2622/07 ER –	RID 08-01-93
SG Hamburg , Urt. v. 27.06.2007 – S 3 KA 172/06 –	RID 08-01-60
SG Hamburg, Urt. v. 27.06.2007 – S 3 KA 193/06 –	RID 08-01-61
SG Hamburg, Urt. v. 18.07.2007 – S 3 KA 532/06 –	RID 08-01-51
SG Hamburg, Beschl. v. 19.09.2007 – S 3 KA 142/07 ER –	RID 08-01-70
SG Hamburg, Beschl. v. 08.10.2007 – S 27 KA 140/07 ER –	RID 08-01-101
SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 18.10.2007 – S 3 KA 307/06 –	RID 08-01-113
SG Hannover , Beschl. v. 21.11.2007 – S 19 KR 401/07 ER –	RID 08-01-190
SG Hannover, Beschl. v. 04.01.2008 – S 16 KA 469/07 ER –	RID 08-01-112
SG Kassel , Urt. v. 14.09.2005 – S 12 KR 231/04 –	RID 08-01-194
SG Köln , Urt. v. 21.3.2007 – S 19 KA 27/05 –	RID 08-01-105
SG Landshut , Urt. v. 12.12.2007 – S 4 KR 198/07 ER –	RID 08-01-189
SG Leipzig , Gerichtsbb. v. 29.08.2007 – S 8 KR 285/06 –	RID 08-01-164
SG Leipzig, Urt. v. 17.10.2007 – S 8 KR 626/04 –	RID 08-01-191
SG Mainz , Urt. v. 05.09.2007 – S 2 KA 434/06 –	RID 08-01-62
SG Mainz, Urt. v. 06.09.2006 – S 2 KA 108/04 –	RID 08-01-32
SG Mainz, Urt. v. 07.11.2007 – S 2 KA 506/04 –	RID 08-01-29
SG Marburg , Beschl. v. 28.11.2007 – S 12 KA 457/07 ER –	RID 08-01-78
SG Marburg, Urt. v. 05.12.2007 – S 12 KA 114/07 –	RID 08-01-65
SG Marburg, Urt. v. 05.12.2007 – S 12 KA 197/07 –	RID 08-01-63
SG Marburg, Urt. v. 05.12.2007 – S 12 KA 493/07 –	RID 08-01-64
SG Marburg, Beschl. v. 14.12.2007 – S 12 KA 414/07 ER –	RID 08-01-49
SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 218/07 –	RID 08-01-77
SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 418/07 –	RID 08-01-83
SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 874/07 –	RID 08-01-94
SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 1021/06 –	RID 08-01-87
SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 1021/07 –	RID 08-01-84
SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 1062/06 –	RID 08-01-75
SG Marburg, Beschl. v. 18.12.2007 – S 12 KA 457/07 ER –	RID 08-01-102
SG Marburg, Urt. v. 20.12.2007 – S 12 KA 521/07 ER –	RID 08-01-89
SG Marburg, Urt. v. 20.12.2007 – S 12 KA 523/07 ER –	RID 08-01-88
SG Marburg, Urt. v. 08.01.2008 – S 6 KR 54/05 –	RID 08-01-141
SG Marburg, Urt. v. 16.01.2008 – S 12 KA 188/07 –	RID 08-01-13
SG Marburg, Urt. v. 16.01.2008 – S 12 KA 200/07 –	RID 08-01-34
SG Marburg, Urt. v. 16.01.2008 – S 12 KA 918/06 –	RID 08-01-12
SG Marburg, Urt. v. 16.01.2008 – S 12 KA 1066/06 –	RID 08-01-05
SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 12/07 –	RID 08-01-07
SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 49/07 –	RID 08-01-06
SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 77/07 –	RID 08-01-44
SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 83/07 –	RID 08-01-10
SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 237/07 –	RID 08-01-09
SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 817/06 –	RID 08-01-38
SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 1079/06 –	RID 08-01-42
SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 1082/06 –	RID 08-01-43
SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 14/07 –	RID 08-01-03
SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 121/07 –	RID 08-01-35
SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 201/07 –	RID 08-01-36
SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 249/07 –	RID 08-01-08
SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 1271/05 –	RID 08-01-11
SG Marburg, Beschl. v. 08.02.2008 – S 12 KA 41/08 ER –	RID 08-01-79
SG München , Beschl. v. 15.01.2008 – S 38 17/08 ER –	RID 08-01-48
SG Münster , Urt. v. 13.12.2007 – 3 K 1845/05 –	RID 08-01-231
SG Reutlingen , Urt. v. 27.06.2007 – S 1 KA 2556/05 –	RID 08-01-82
SG Saarland , Urt. v. 12.09.2007 – S 2 KA 167/07 –	RID 08-01-14
SG Saarland, Urt. v. 12.09.2007 – S 2 KA 232/07 –	RID 08-01-15
SG Stade , Urt. v. 19.06.2007 – S 15 KR 129/06 –	RID 08-01-167
SG Stuttgart , Urt. v. 16.05.2007 – S 19 KA 3097/03 –	RID 08-01-24
SG Stuttgart, Beschl. v. 20.07.2007 – S 6 A 5427/07 ER –	RID 08-01-198
SG Stuttgart, Urt. v. 24.10.2007 – S 10 KA 264/05 –	RID 08-01-23
SG Stuttgart, Beschl. v. 20.12.2007 – S 10 KR 8404/07 ER –	RID 08-01-202
SG Stuttgart, Beschl. v. 20.12.2007 – S 10 KR 8604/07 ER –	RID 08-01-203
SG Wiesbaden , Urt. v. 29.11.2007 – S 2 KR 206/07 –	RID 08-01-149
SG Würzburg , Urt. v. 30.10.2007 – S 2 KR 259/03 –	RID 08-01-179
VG Berlin , Urt. v. 19.12.2007 – VG 14 A 27.07 –	RID 08-01-230
VG Braunschweig , Urt. v. 12.09.2007 – 1 A 364/06 –	RID 08-01-213
VG Gießen , Urt. v. 04.06.2007 – 10 E 1179/07 –	RID 08-01-294
VG Hannover , Urt. v. 22.01.2008 – 13 A 1148/07 –	RID 08-01-262
VG München , Urt. v. 16.10.2007 – M 16 K 06.4847 –	RID 08-01-212
VG Oldenburg , Urt. v. 04.12.2007 – 7 A 602/06 –	RID 08-01-216
VG Oldenburg, Beschl. v. 19.12.2007 – 7 B 3409/07 –	RID 08-01-269
VG Stuttgart , Urt. v. 17.09.2007 – 17 K 126/07 –	RID 08-01-276
VGH Bayern , Beschl. v. 24.09.2007 – 14 ZB 06.2677 –	RID 08-01-261
VGH Bayern, Beschl. v. 01.10.2007 – 21 ZB 06.2475 –	RID 08-01-215

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 05.02.2008. 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 -	

Psychotherapeuten 1999 (KV Niedersachsen)	65/07	Wird der in Art 11 Abs 2 PsychThG/SGB 5 u. ÄndG normierte Mindestpunktwert für psychotherapeutische Leistungen in 1999 unterschritten, wenn er nur bei einer Jahresdurchschnittsbetrachtung, nicht aber in jedem einzelnen der vier Quartale eingehalten worden ist?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 26.09.2007 - L 3 KA 118/04 -	
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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 11.07.2006 - L 4 KA 14/05 -	06-04-06
Vergütung: rheumatologische Orthopäden/Internisten	50/07	Verstößt die unterschiedliche Höhe der Vergütung zwischen rheumatologisch tätigen Orthopäden und rheumatologisch tätigen fachärztlichen Internisten bezüglich der kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten ab 1.7.2002, die aus dem Fehlen von Praxisbudgets für die Internisten resultierte, gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 19.09.2007 - L 5 KA 4288/06 -	
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 Honoraropf zugeordnet werden?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 18.10.2006 - L 1 KA 14/06 - - L 1 KA 23/06 -	07-01-16 07-01-15
Notfallbehandlungen 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>SG Saarland</i> , Urt. v. 12.09.2007 - S 2 KA 167 u. 246/07 -	
Fremdanamnese im Notdienst	51/07	Ist die Erhebung der Fremdanamnese über einen kommunikationsgestörten Patienten im organisierten ärztlichen Notdienst nach Nr 19 EBM-Ä in der bis zum 31.3.2005 geltenden Fassung berechnungsfähig?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 26.09.2007 - L 4 KA 65/06 -	
Vergütungsausschluss bei unaufklärbarem Software-Fehler	29/06 Termin: 29.08.2007	Ist eine Regelung im Honorarverteilungsmaßstab, die nachträgliche Ergänzungen unvollständiger Leistungsansätze (hier: infolge eines EDV-Fehlers) bei bereits zur Abrechnung eingereichten Behandlungsfällen generell ausschließt, mit höherrangigem Recht vereinbar?	<i>SG Stuttgart</i> , 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 06.04.22 - L 3 KA 90/06 -	06-04-22
	37/06 Termin: 27.06.2007	Können Zahnärzte, die in einem mit anderen Zahnärzten abgestimmten Verhalten auf ihre vertragszahnärztliche Zulassung verzichtet haben (kollektiver Zulassungsverzicht) nur dann eine Vergütung von den Krankenkassen für die Behandlung von GKV-Patienten beanspruchen, wenn ein Notfall iS des § 76 Abs 1 S 2 SGB 5 vorgelegen hat?	SG Hannover , Urt. v. 27.09.2006 - S 35 KA 535/05 -	07-02-23
	39/06 Termin: 27.06.2007	Können Zahnärzte, die in einem mit anderen Zahnärzten abgestimmten Verhalten auf ihre vertragszahnärztliche Zulassung verzichtet haben (kollektiver Zulassungsverzicht) nur dann eine Vergütung von den Krankenkassen für die Behandlung von GKV-Patienten beanspruchen, wenn ein Notfall iS des § 76 Abs 1 S 2 SGB 5 vorgelegen hat?	SG Hannover , Urt. v. 13.09.2006 - S 35 KA 878/06 -	07-02-22
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?	LSG Bayern , 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , 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

Richtigstellungsbetrag bei Praxis- und Zusatzbudgets	62/07	Ist die Kassenärztliche Vereinigung bei nachträglicher sachlich rechnerischer Richtigstellung von in das Praxisbudget fallenden Leistungen zu einer Honorarrückforderung nach Maßgabe der ursprünglichen Anerkennungsquote berechtigt oder hat eine Rückforderung zu unterbleiben, solange die anerkannten Leistungen das Gesamtpunktzahlvolumen des Praxisbudgets übersteigen?	LSG Bayern , Urt. v. 04.07.2007 - L 12 KA 11/06 -	08-01-25 (S. 15)
Vergütungsausschluss belegärztlicher Leistungen	30/07	Kann ein Belegarzt selbst erbrachte Laborleistungen gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung geltend machen oder hat er sich gegebenenfalls an den Krankenhausträger zu halten; wenn diese Leistungen Gegenstand des Pflegesatzes sind?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 23.05.2007 - L 3 KA 268/04 -	07-03-28
Strahlentherapie mit Hilfe eines Multileaf-Kollimators	66/07 u. 45/07	Sind Kosten (hier: Personalkosten), die bei der Herstellung von Ausblendungen für die Strahlentherapie mit Hilfe eines Multileaf-Kollimators anfallen, gemäß der Anmerkung nach Nr 7025 EBM-Ä in der bis zum 31.3.2005 geltenden Fassung gesondert berechnungsfähig	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 23.05.2007, L 3 KA 276/04 -, LSG Baden-Württemberg , Urt. v.	

			08.11.2006 - L 5 KA 1838/05 -	
Arztregister/Fachkunde/Notfalldienst/Genehmigung				
Notfalldienst: Ungeeignetheit eines Pathologen	13/06 Termin: 06.02.2008	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 Durchschnittswerten	34/07	Ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten in Schleswig-Holstein auf der Grundlage der Prüfvereinbarung vom 15.3.1995 auch nach Änderung des § 106 SGB 5 durch das GMG vom 14.11.2003 zulässig?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 22.05.2007 - L 4 KA 4/06 -	07-03-52
Nicht verordnungsfähiges Arzneimittel (Wobe Mugos E)	63, 64/07	Ist für die Rechtmäßigkeit der Festsetzung eines Regresses gegen einen Vertragsarzt wegen Verschreibung nicht verordnungsfähiger Arzneimittel – hier: des Enzympräparats Wobe Mugos E - erforderlich, dass der Beschwerdeausschuss darlegt, weshalb eine Beratung als Maßnahme nicht ausreicht? Können bei unklarer Rechtslage über die Verordnungsfähigkeit eines Fertigarzneimittels in der gesetzlichen Krankenversicherung Aspekte des Vertrauensschutzes der Festsetzung eines Arzneikostenregresses entgegenstehen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.11.2007 - L 11 KA 36/07 u. 112/06 –	08-01-52 (S. 24)
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?	<i>LSG Hessen</i> , 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
	57, 59 u. 60/07 R	Verstößt es gegen den Untersuchungsgrundsatz iS von § 20 Abs 1 und 2 SGB 10, wenn die Prüfungsgremien die erweiterten Arzneimitteldateien nach Abschnitt 5 § 2 des Datenträgeraustauschvertrages nicht beigezogen haben, der geprüfte Vertragsarzt seinerseits aber keine substantiellen Einwendungen gegen die Richtigkeit der ihm elektronisch zugeordneten Verordnungskosten geltend gemacht hat?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 23.05.2007 - L 4 KA 22 u. 25/06 - Urt. v. 25.04.2007 - L 4 KA 34/06 -	07-04-41 07-04-39 07-02-52
Heilmitteldateien	58/07	Verstößt es gegen den Untersuchungsgrundsatz iS von § 20 Abs 1 und 2 SGB 10, wenn die Prüfungsgremien die erweiterten Heilmitteldateien nach Abschnitt 5 § 3 des Datenträgeraustauschvertrages nicht beigezogen haben, der geprüfte Vertragsarzt seinerseits aber keine substantiellen Einwendungen gegen die Richtigkeit der ihm elektronisch zugeordneten Verordnungskosten geltend gemacht hat?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 23.05.2007 - L 4 KA 31/06 -	07-04-40
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?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 18.07.2007 - S 3 KA 532/06 -	08-01-519024)
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	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.03.2006	06-03-54

		er sich verpflichtet, ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu sein und der Versorgungsanteil an ärztlichen Psychotherapeuten im betreffenden Planungsbereich noch nicht ausgeschöpft ist?	- L 5 KA 2537/05 -	
Ermächtigung zur Psychotherapie griechischsprechender Versicherter	40/06 Termin: 06.02.2008	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
	56/07	Begründet die Einführung einer neuen Schwerpunktbezeichnung einen flächendeckenden besonderen Versorgungsbedarf, wie er durch den Inhalt dieses Schwerpunktes nach der Weiterbildungsordnung umschrieben ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 28.02.2007 - L 11 KA 82/06 -	07-02-63
68 Jahres-Altersgrenze: EU-Recht	41/06 Termin: 06.02.2008	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 -	
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 Termin: 06.02.2008	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
Keine Ermächtigung einer Tagesklinik für Psychiatrische Institutsambulanz	61/07	Können eigenständige Tageskliniken, die ausschließlich teilstationäre Behandlungen anbieten, aber mit ca 16, 21 bzw 35 km entfernt liegenden vollstationären Krankenhäusern Kooperationsvereinbarungen geschlossen haben, als psychiatrische Krankenhäuser gemäß § 118 Abs 1 S 1 SGB 5 für ambulante Behandlungen ermächtigt werden? Hat die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Tatbestandswirkung für die	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 17.10.2007 - L 10 KA 21/06 -	08-01- (S. 36)

		Beurteilung der Frage, ob ein Krankenhaus iS von §§ 108, 118 SGB 5 vorliegt?		
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 Termin: 06.02.2008	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 Termin: 06.02.2008	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
Nachforderung für Psychotherapeuten	55/07	Sind in der Kopfpauschale der Vergütungsvereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg mit dem BKK Landesverband Baden-Württemberg vom 1.12.2003 bereits die als Folge der Psychotherapeutengesetzes und der dadurch ausgelösten Rechtsentwicklung angefallenen Zusatzkosten vollständig enthalten und damit abgegolten oder kann die Kassenärztliche Vereinigung die zur Punktwertunterstützung für Psychotherapeuten erforderlichen Beträge zusätzlich zu dem Ausgangsbetrag nach Art 2 § 1 Abs 1 ArztWohnortG beanspruchen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 19.09.2007 - L 5 KA 5161/06 -	
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	LSG, Baden-Württemberg , Urt. v. 13.12.2006 - L 5 KA 5567/05 -	07-02-84

		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?		
--	--	--	--	--

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 05.02.2008. 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?	<i>LSG Hessen</i> , 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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 Tagesaufenthalt (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
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 Termin: 28.02.2008	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	B 1 KR 21/07 R	Hat eine Krankenkasse in Anlehnung an § 28 Abs 2 S 9 SGB 5 die Kosten eines	<i>LSG Hessen</i> ,	07-04-89

Tumorerkrankung		Zahnersatzes voll zu übernehmen, wenn der Versicherte durch eine Tumorerkrankung einen größeren Kieferdefekt erlitten hat?	Urt. v. 24.05.2007 - L 8 KR 82/06 -	
Kostenerstattung				
Kostenerstattung aufgrund sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs	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?	LSG Niedersachsen-Bremen , 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 Termin: 28.02.2008	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?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 31.01.2007 - L 5 KR 28/06 -	07-02-139
Lorenzo's Öl	B 1 KR 16/07 R Termin: 28.02.2008	Hat ein GKV-Versicherter wegen seiner Fettstoffwechselerkrankung Ansprüche auf Versorgung mit einem Spezialöl (Lorenzos Öl), einer Mischung von Glycerol-Trioleat (GTO) und Glycerol-Trioleat (GTE)?	LSG Hessen , Urt. v. 25.01.2007 - L 8 KR 18/05 -	07-02-144
	B 5b KN 3/07 KR R	Ist Lorenzos Öl, eine Mischung von Glycerol-Trioleat (GTO) und Glycerol-Trioleat (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 -	08-01-147 (S. 56)
Hilfsmittel/Heilmittel				
Kraftknotensystem	B 5b KN 4/07 KR R	Hat eine Krankenkasse die Ausstattung eines Rollstuhls mit einem Rückhaltesystem (Kraftknotensystem), das im Wesentlichen der Beförderung zur und von der Werkstatt für behinderte Menschen dient, im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen oder ist der Sozialhilfeträger im Rahmen der beruflichen Rehabilitation leistungspflichtig?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.06.2007 - L 2 KN 209/05 KR -	07-04-121
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				
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	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 Versi-	LSG Bayern , Urt. v. 09.11.2006	07-01-177

religiösen Gründen		cherten geäußerten Wunsches nach Durchführung einer ganz bestimmten Behandlung, abweichend von der medizinischen Notwendigkeit, zu erstatten?	- L 4 KR 75/04 -	
Fahrten zum Rehabilitationssport	B 1 KR 22/07 R	Hat ein Versicherter einen Kostenübernahmeanspruch für Fahrten zum Rehabilitationssport?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 26.07.2007 - L 1 KR 161/06 -	08-01-177 (S. 66)
KrTRL - Hohe Behandlungsfrequenz	B 1 KR 27/07 R	Setzt eine zur Fahrkostenerstattung führende "hohe Behandlungsfrequenz ..." iS von § 8 Abs 2 KrTRL eine Therapiedichte von mindestens zwei Behandlungen pro Woche voraus?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.09.2007 - L 5 KR 43/07 -	

Zuzahlung

Zuzahlung	B 10 KR 1/06 R	Sind bei der Feststellung des Freibetrages nach § 62 Abs 2 S 3 SGB 5 nicht nur der Freibetrag für das sächliche Existenzminimum des Kindes (Kinderfreibetrag), sondern auch der Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes zu berücksichtigen?	<i>SG Lübeck</i> , Urt. v. 19.01.2006 - S 3 KR 1501/04 -	06-03-155
Zuzahlungen	B 1 KR 18/07 R	Verstoßen die durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 - BGBl I 2190 zum 1.1.2004 eingeführten Neuregelungen im Bereich der Zuzahlungen gegen das aus Art 20 Abs 1 GG folgende Sozialstaatsprinzip und gegen das rechtsstaatliche Vertrauensschutzgebot?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 30.05.2007 - L 4 KR 91/05 -	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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 26.04.2007 - L 4 KR 276/05 -	08-01-174 (S. 65)
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 Zahlungskosten bis zur Belastungsgrenze auferlegen?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 22.06.2006 - L 5 KR 7/06 -	08-01-175 (S. 66)
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
Anspruch auf Rettungstransportwagen auch bei sog. Leerfahrt	B 1 KR 38/07 R	Besteht die Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 13 Abs 3 S 1 Alt 1 iVm § 60 Abs 2 S 1 Nr 2 SGB 5 auch für Rettungsfahrten, die mit dem Ziel der Verbringung des Versicherten in ein Krankenhaus begonnen worden sind, wenn es zu einer solchen Fahrt tatsächlich nicht kommt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 31.10.2007 - L 11 KR 23/07 -RID 08-01-	08-01-178 (S. 67)

Rehabilitationsmaßnahmen

Funktionstraining	B 1 KR 31 bis 33 u. 36/07 R	Ist die Beschränkung der Kostenübernahme für ein ärztlich verordnetes Funktionstraining auf die grundsätzliche Höchstleistungsdauer von 24 Monaten rechtmäßig?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.09.2007 - L 5 KR 12/07, 116/07, 72/07, u. 60/07 -	
-------------------	-----------------------------	--	---	--

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	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 05.07.2007 - L 5 KR 143/05 -	07-04-134
----------------------------------	----------------	---	---	-----------

		im Zweifel auf die Prognose des behandelnden Arztes an?		
Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit: Fehlende Behandlungsalternative	B 3 KR 19/05 R	Besteht ein Anspruch auf fortdauernde Krankenhausbehandlung bei einer Alkoholkrankung mit weiteren Gesundheitsstörungen, wenn keine konkrete Behandlungsalternative aufgezeigt wird und mangels Bestellung eines Betreuers keine wirksame Mitteilung über den Wegfall der Voraussetzungen für die weitere Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit an den Versicherten ergehen kann (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	<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
	B 3 KR 20/07 R	Zur Beurteilung der Notwendigkeit einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung einer Versicherten, die sich seit 1973 ununterbrochen in derselben Station der psychiatrischen Klinik aufgehalten hat, dort aber stets nur zeitweise auf Kosten der Krankenkasse versorgt worden ist.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 30.03.2006 - L 5 KR 142/04 -	06-03-166
Weiterbehandlung im Krankenhaus bei fehlendem Pflegeplatz	B 5b/8 KN 1/07 KR R	Hat ein Krankenhausträger gegenüber einer Krankenkasse einen Vergütungsanspruch für den Krankenhausaufenthalt einer Versicherten, wenn diese aufgrund ihres psychischen Zustands nicht in die Häuslichkeit entlassen werden konnte und eine unmittelbare Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung wegen Fehlen eines erforderlichen Pflegeplatzes noch nicht möglich war?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 19.12.2006 - L 4 KR 74/05 -	08-01-183 (S. 70)
Versorgungsauftrag und Behandlung	B 3 KR 6 u. 17/07 R Termin: 24.01.2008	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 - v. 05.07.2007 - L 5 KR 59/06 -	07-04-133 08-01-184 (S. 70)
Vergütung stationär durchgeführter Operation als ambulante Operation	B 3 KR 21 u. 22/07 R	Hat die Krankenkasse eine stationär durchgeführte Operation wie eine ambulante Operation zu vergüten, wenn die stationäre Behandlung nicht notwendig und das Krankenhaus zur Durchführung ambulanter Operationen zugelassen war (§ 115b Abs 2 SGB 5)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 01.08.2007 - L 5 KR 99/07 -, v. 24.05.2007 - L 5 KR 205/06 -	
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?	<i>SG Duisburg</i> , Urt. v. 22.06.2007 - S 9 KR 192/06 -	juris
Abrechnungsprüfung durch MDK	B 3 KR 24/07 R	Zu den Anforderungen an die Darlegung der Voraussetzungen für eine Abrechnungsprüfung durch den MDK nach § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB 5.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 05.04.2007 - L 5 KR 166/06 -	
Herzkatheteruntersuchung nach Sones	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)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 19.07.2007 - L 5 KR 228/06 -	08-01-186 (S. 71)
Missbrauch mit Krankenversichertenkarte	B 3 KR 19/07 R	Hat die Krankenkasse die Kosten einer für einen vermeintlich Versicherten erbrachten Krankenhausbehandlung zu tragen, der Personenidentität mit einem bei ihr Versicherten vorspiegelt und die ihm vom tatsächlich Versicherten überlassene Krankenversichertenkarte missbräuchlich benutzt?	<i>SG Duisburg</i> , Urt. v. 16.03.2007 - S 9 KR 123/05 -	08-01-182 (S. 69)
Lauf der Frist für die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs (§ 111 SGB X)	B 1 KR 13/07 R	Werden krankenversicherungsrechtliche Sachleistungsansprüche (hier: Krankenhausbehandlung) von der Regelung des § 111 S 2 SGB 10 idF des 4. Euro-Einführungsgesetzes vom 21.12.2000 erfasst oder ist diese Regelung nur auf Sachverhalte von parallel bestehenden Zuständigkeiten zweier Sozialleistungsträger bei der Erbringung von sich	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 15.03.2007 - L 5 KR 143/06 -	07-02-179

		gegenseitig ausschließenden Sozialleistungen anzuwenden, in denen eine Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträger noch ergehen kann?		
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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 30.11.2006 - L 8 KR 175/05 -	07-01-188
Weitere Leistungserbringer				
Lieferant von Sondennahrung: Umsatzsteuersatz	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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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)?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 08.03.2007 - L 4 KR 20/06 -	07-03-172
Heilmittelerbringer: Pflicht zur Überprüfung der ärztlichen Verordnung	B 3 KR 4/07 R	Hat ein Physiotherapeut einen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse für krankengymnastische Leistungen, wenn die Verordnung des Vertragsarztes nach den Abgabebedingungen genehmigungspflichtig war, die Krankenkasse aber dem Versicherten mitgeteilt hat, eine Genehmigung der Maßnahme sei nicht erforderlich?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 19.10.2006 - L 8 KR 23/06 -	07-01-192
Häusliche Krankenpflege - Versorgungsvertrag	B 3 KR 2/07 R Termin: 24.01.2008	Zur Frage des rückwirkenden Abschlusses eines Versorgungsvertrages nach den §§ 132, 132a SGB 5 sowie eines Vergütungsanspruches aus vorvertraglichem Verschulden.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 26.10.2006 - L 16 KR 21/06 -	07-01-196
Haushaltshilfe: Abschluss einer Vergütungsvereinbarung	B 3 KR 23/07 R	Hat ein privater Leistungserbringer für Haushaltshilfe einen Anspruch gegen die Krankenkassen auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach den mit den Wohlfahrtsverbänden vereinbarten Sätzen?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 10.07.2007 - L 11 KR 6157/06 -	07-03-182
Vergütung für Krankentransportleistungen	B 3 KR 25/07 R	Zur Frage der gerichtlichen Überprüfung und Festsetzung der Vergütung für Krankentransportleistungen.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 23.08.2007 – L 5 KR 152/03 –	07-04-146
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?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 04.05.2007 - S 34 (4) KR 321/04 -	08-01-195 (S. 74)
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:	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 12.06.2007 - L 1 KR 58/05 -	07-03-183

		Rettungsfahrt 1997)?		
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/Adaptionsmaßnahme im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung	B 1 KR 36/06 R Termin: 26.06.2007	Ist der Erstattungsanspruch nach § 14 Abs 4 S 1 SGB 9 ausgeschlossen, wenn der Sozialhilfeträger bereits vor Bewilligung der Leistung von der Zuständigkeit der Krankenkasse ausgegangen ist? Handelt es sich bei einer Adaptionsmaßnahme im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung um eine aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsmaßnahme im Sinne der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 19.10.2006 - L 5 KR 50/06 -	07-02-169
Öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche und Prozesszinsen	B 1 KR 39/06 R Termin: 19.09.2007	Können für öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche in analoger Anwendung des § 291 BGB Prozesszinsen verlangt werden?	LSG Hamburg , Urt. v. 16.08.2006 - L 1 KR 23/05 -	
	B 1 KR 30/07 R	Gehören die Herstellungskosten für die erstmalige Ausstellung einer Krankenversichertenkarte zu den Verwaltungskosten nach § 264 Abs 7 S 2 SGB 5? Kann die Krankenkasse gemäß § 93 SGB 10 iVm § 91 Abs 3 SGB 10 einen angemessenen Vorschuss auf ihre Erstattungsforderung nach § 264 Abs 7 S 1 SGB 5 beanspruchen?	SG Düsseldorf , Urt. v. 23.08.2007 - S 4 KR 255/04 -	juris