

# Rechtsprechungsinformationsdienst 08-03

<b>Redaktion</b>	<b>7</b>
<b>Editorische Hinweise</b>	<b>7</b>
<b>A. Vertragsarztrecht</b>	<b>8</b>
<b>I. Honorarverteilung</b>	<b>8</b>
1. Psychotherapeuten	8
a) Kein Mindestpunktwert für nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	8
b) Feststellung der 90 %-Grenze anhand des Vorquartals	8
2. Individualbudget	9
a) Erhöhung eines Individualbudgets bei neuem Betätigungsfeld	9
b) Aufteilung eines Individualbudgets nach Auflösung einer Gemeinschaftspraxis	9
3. Honorartopf	9
a) Anästhesisten KV Nordrhein	9
b) Festsetzungsbescheid für persönliches Punktmengenvolumen/Wachstumsmöglichkeit	10
c) Feste Vergütung für Einzelleistung/Befüllung der Honorartöpfe	10
4. KV Hessen	10
a) Regelleistungsvolumen und Sonderregelung	10
aa) Schmerztherapeutische Praxis bei Zulassungsstatus als Arzt	10
bb) Schmerztherapeutische Praxis: Anästhesiologen und Allgemeinmediziner	11
b) Ausgleichregelung (Ziff. 7.5 HVV)	11
aa) Bindung an Bewertungsausschuss: Unzulässige Kürzung	11
bb) Honorarkürzung für sog. junge Praxen	11
c) Vergütung der Hautärzte im Quartal II/05/Privilegierung von Gemeinschaftspraxen/5,11 Cent	11
d) Individualbudget/Garantie von Durchschnittserlösen (Neurologe und Psychiater)	12
e) Topf in Topf-Regelung für kurative Koloskopie und Stützungsverpflichtung	12
5. Härtefallregelung nach Wechsel aus Gemeinschafts- in Einzelpraxis	12
6. Vergütungsausschluss bei Eingabefehler/Ermächtigung der KV in HVV	12
7. Erhöhung des Honorarbudgets nur für Vorbereitungsassistenten	13
8. Hinterlegung/Genehmigungspflicht nach Wechsel der Gesellschaftsform	13
9. Höhere Verwaltungskosten für Manuellabrechner	13
10. Zahnärzte	14
a) Anteilige Ermittlung einer individuellen Basisvergütung bei neuem Praxispartner	14
b) Dysgnathie-Operationen Teil des ärztlichen Fachgebiets	14
c) Nr. 2402 GOÄ-82 nur bei eigenem Eingriff	14
d) Berücksichtigung von Degressionsabzügen bei budgetbedingten Honorarkürzungen	14
<b>II. Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>	<b>15</b>
1. Voraussetzungen einer Substitutionsbehandlung bis Ende 2002	15
2. Fehlende Genehmigung für Strahlendiagnostik	15
3. Job-Sharing: Leistungsbegrenzung	15
a) Rückgang des Punktzahlvolumens zulässig (Dynamisierung nach Ziff. 23f BedarfspRL)	15
b) Anteilige Punktzahlobergrenze ab Eintritt des Job-Sharing-Partners	16
c) Bindung an bestandskräftige Beschränkung	16
4. Tagesprofile und Quartalsziffern	16
5. Nr. 19 EBM: Keine Fremdanamnese im organisierten ärztlichen Notdienst	16
6. Kostenpauschale Ziff. 40750 EBM 2005 und Einzelmesseraufsatz	17
7. Einsatz von Bisphosphonaten in der Krebstherapie nach Onkologievereinbarung	17
8. Zahnärzte	17
a) MKG-Chirurg: Keine Abrechnung belegärztlicher Leistungen gegenüber KZV	17
b) Behandlungsbeginn vor Antragsgenehmigung (Kieferbruch)	18
c) Multiband-Behandlung ohne Genehmigung	18
<b>III. Fachkunde/Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst/Ausschreibung</b>	<b>18</b>
1. Fachkunde	18
a) Fachkundenachweis Psychotherapie gem. § 95c SGB V ohne Ausschlussfrist	18
b) Eintragung in Arztregister: Allgemeinmedizin und fünfjährige Weiterbildungszeit	18
2. Zweigpraxis	19
a) Versorgungsverbesserung: Ambulante Operationen/Bestehende Ermächtigung	19
b) MVZ: Leistungsspektrum am Vertragsarztsitz	19
c) Fehlender Anordnungsgrund: Keine unmittelbaren wirtschaftlichen Nachteile	19

3. Genehmigungen	20
a) Ultraschall: Widerruf aufgrund Vorbehalt/Qualitätsnachweis	20
b) Kein Entzug der Dialyseversorgung nach Auflösung einer Gemeinschaftspraxis	20
c) EBM 2005	20
aa) „Versorgungsschwerpunkt“ nach Ziff. 30600 EBM 2005	20
bb) Hausärztliche Internistin und fachärztliche Leistungen im belegärztlichen Bereich	20
cc) Allgemeinmediziner und chirurgische Leistungen: Zulassungsstatus	21
4. Bereitschaftsdienst	21
a) Festlegung größerer Bereitschaftsdienstbereiche	21
b) Kein Anspruch auf Befreiung vom Notdienst für Nephrologen mit Dialysepraxis	22
5. Ausschreibung eines Praxissitzes: Fortführungsfähige nervenvertragsärztliche Praxis	22
<b>IV. Disziplinarrecht</b>	<b>23</b>
1. Doppelbehandlung in Praxisgemeinschaft	23
2. Beschäftigung einer Weiterbildungsassistentin ohne Genehmigung	23
3. Verfahrenskosten	23
<b>V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz</b>	<b>24</b>
1. Vergleichsgruppe bei Patienten türkischer Herkunft/Ganzkörperuntersuchung	24
2. Richtgrößprüfung 1999 KV Brandenburg	24
3. Blutzuckerteststreifen	25
4. Sprechstundenbedarf aus Ausland	25
<b>VI. Zulassungsrecht</b>	<b>25</b>
1. Keine Anfechtungsbefugnis gegen Zulassungsentscheidung (Defensive Konkurrentenklage)	25
2. Praxisnachfolge	26
a) Fortführungsfähigkeit einer anästhesistischen Praxis	26
b) Dauer der ärztlichen Tätigkeit	27
c) Widerspruch einer praxisabgebenden Ärztin gegen Nachfolgebesetzung	27
d) Psychologische Psychotherapeutin in ärztliche Praxis u. sog. 40/40/20-Regelung	27
3. 68 Jahres-Altersgrenze	28
a) Vorlage an den EuGH	28
b) Praxisfortführung wegen gesetzgeberischer Absicht der Abschaffung der Altersgrenze	28
c) Keine einstweilige Anordnung trotz Vorhaben zur Abschaffung der Altersgrenze	29
4. Keine Erbringung von K.O.-Leistungen durch Allgemeinarzt	29
5. Keine Sofortige Vollziehung durch Zulassungsausschuss nach Zurückweisung des Widerspruchs	29
6. Ermächtigung zur Tätigkeit in einer Zweigpraxis/Kein Anordnungsgrund	30
7. Ermächtigung	30
a) Anfechtung gegen Ermächtigung zwecks Durchführung von Ferien- und Peritonealdialysen	30
b) Ermächtigung einer bei Pro Familia angestellten Ärztin	31
c) Anordnung der sofortigen Vollziehung: Kein Vertrauen vor Bestandskraft	31
d) Keine Anfechtungsbefugnis gegen Ermächtigung nach Antrag auf Sonderbedarfszulassung	31
<b>VII. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen</b>	<b>32</b>
<b>VIII. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/GBA/Aufsicht</b>	<b>32</b>
1. Ausschluss des Medikaments ACOMPLIA® (Rimonabant)/Life-Style-Arzneimittel	32
2. Abwehrklage gegen Versorgungsvertrag mit Kostenübernahme für Off-Label-Use (Avastin)	32
3. Nichtigkeit eines Beanstandungsbescheides wegen Überschreitens des Aufsichtsrechts	33
<b>IX. Verschiedenes</b>	<b>33</b>
1. BVerfG: Keine unmittelbare Betroffenheit eines Vertragsarztes durch § 75 IIIa SGB V	33
2. Übermittlung von Leistungsdaten an Krankenkasse durch Vertrags(zahn)arzt	34
3. Keine Beteiligung der KV an der Krankenhausplanung	34
4. Unterlassungsanspruch eines Pharmaunternehmens gegen KV	34
5. Kein Klagerecht gegen Zertifizierung für Praxissoftware	34
<b>X. Verfahrensrecht</b>	<b>35</b>
1. Sorgfaltspflichten bei Widerspruchseinlegung per Telefax	35
2. Kein Rechtsinstitut der "Untätigkeitsbeschwerde"	35
3. Anordnung des persönlichen Erscheinens/Ordnungsgeld	36
4. Widerruf einer Klage als Klagerücknahme	36
<b>XI. Streitwert/Anwaltsvergütung</b>	<b>36</b>
1. Festlegung größerer Bereitschaftsdienstbereiche	36

2. Einrichtung eines anästhesiologischen Notfalldienstes	36
3. Arzneikostenregresse	37
a) Anfechtung eines Arzneikostenregresses durch Krankenkasse	37
b) Anfechtung einer Richtgrößenprüfung durch Krankenkasse/Keine weitere Beschwerde	37
4. Zulassungssachen	37
a) Kein Abschlag wegen eines Beschäftigungsverhältnisses	37
b) Ermächtigung zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern	38
5. Widerruf einer Klage als Klagerücknahme	38
<b>XII. Entscheidungen des BSG</b>	<b>38</b>
1. Psychotherapeuten: Mindestpunktwert zeitgebundener Leistungen bis Ende 1998	38
2. Bemessungsgrundlage für die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen	38
3. Ausschluss der Gastroskopie von der hausärztlichen Versorgung	38
4. Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes	39
5. Zulassungsrecht	39
a) Übergangsregelungen im Rahmen der Bedarfsplanung	39
b) Passive Konkurrentenklage gegen Ermächtigung	39
c) Zulassungsentziehungsverfahren wegen Abrechnungsbetrug: Datenübermittlung	39
6. Festlegung von zwei Kopfpauschalen getrennt nach Rechtskreis Ost und West	40
7. Verträge zur integrierten Versorgung (Barmer Hausarztvertrag)	40
8. Gegenstandswert durch Verwaltung unverbindlich/Nachfolgezulassung und Kaufpreis	40
<b>B. Krankenversicherungsrecht</b>	<b>41</b>
<b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>	<b>41</b>
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	41
a) Positronen-Emissions-Tomographie (PET) als einzige Untersuchungsmethode	41
b) Rheopherese-Therapie bei trockener altersabhängiger Makuladegeneration (AMD)	41
c) Galvanotherapie	42
d) Folgenabwägung bei lebensbedrohlicher Erkrankung	42
e) Folgenabwägung bei Lipid(a)-Apherese	42
2. Künstliche Befruchtung	43
3. Tätowierungen keine Krankheit	43
<b>II. Kostenerstattungsanspruch</b>	<b>43</b>
1. Kausalitätserfordernis	43
2. Keine isolierte Wahl der Kostenerstattung	44
3. Fehlende Kosten	44
<b>III. Stationäre Krankenhausbehandlung</b>	<b>44</b>
1. Brustverkleinerungsoperation (Mammareduktionsplastik)	44
2. Operation wegen einer Fehlbildung der Brüste	45
3. Laparoskopische biliopankreatische Diversion bei Adipositas	45
4. Stationäre Liposuktion (Fettabsaugung) bei ambulanter Behandlungsalternative	45
<b>IV. Arzneimittel</b>	<b>45</b>
1. Off-Label-Use: Vigil (Modafinil) bei Fatigue-Syndrom bei MS	46
2. Gesetzlicher Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel	46
<b>V. Heilmittel und Hilfsmittel</b>	<b>46</b>
1. Rollstuhl-Hand-Bike	46
2. Elektrozuggerät ("Speedy-Elektra 2")	47
3. Therapedreirad/Behindertengerechtes Fahrrad	47
a) Gehfähigkeit bis zu einem Kilometer ausreichend	47
b) Gehfähigkeit für Wegstrecke unter 100 m	47
4. Unterschenkelschwimmprothese	47
5. Dynamic GPS-Soft-Orthesen	48
6. Badewannenlifter: Befriedigung der elementaren Körperpflege	48
7. Telefon für Hörgeschädigte	48
8. Kontaktlinsen	49
9. Fingerteilprothese aus Silikon (Fingerepithese)	49
10. Hüftprotektoren (Hüftschutzhosen)	49
11. Blutgerinnungsmessgerät	49

12. Heilmittel: Podologische Therapie (Fußpflegerische Maßnahmen)	50
<b>VI. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe</b>	<b>50</b>
1. Geeignete Orte außerhalb einer Einrichtung für betreutes Wohnen	50
2. Kein Anspruch nach Vollendung des 12. Lebensjahres des Kindes	50
3. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen bis Ende 2003	50
4. Keine rückwirkende Feststellung eines Anspruchs im einstweiligen Anordnungsverfahren	51
<b>VII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha</b>	<b>51</b>
1. Fahrkosten	51
a) Kein Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten zum Rehabilitationssport	51
b) Fähigkeit zur Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	52
2. Rehabilitationsmaßnahmen: Ambulante vor stationären Maßnahmen	52
<b>VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern</b>	<b>52</b>
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	53
a) Gebiete eines Versorgungsauftrags nach Weiterbildungsordnung	53
b) Keine Verpflichtung zur ambulanten Operation/Persönliche Lebensumstände	54
c) Ambulante Operationen durch nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte	54
d) Vergütungsanspruch und Mindestmengenregelung	54
e) Fehlende Behandlung	54
f) Vergütungsanspruch aufgrund Vertrauensschutzes	54
g) Abstimmung mit Krankenkassen für vor- und nachstationären Einsatz von Großgeräten	55
h) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	55
i) Entgiftung bei Benzodiazepinabhängigkeit (Niedrigdosisabhängigkeit)	56
j) Einbehalt einer Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung	56
k) Anwaltsgebühren als Verzugsschaden	57
l) Herausgabe von Patientenunterlagen	57
2. BVerfG: Abschlag auf die Abgabepreise für Generika zu Gunsten der GKV	57
3. Hilfsmittelerbringer	57
a) Streichung von Untergruppen einer Produktgruppe aus Hilfsmittelverzeichnis (CPM-Schienen)	57
b) Ansprüche bis Ende 2008 nach Übergangsrecht	58
c) Örtliche Zuständigkeit bei Streit über Berechtigung nach altem Recht	58
d) Kein Anspruch auf Abschluss eines Vertrages	59
4. Höhe der Vergütung für Blutteststreifen bei vertragslosem Zustand	59
5. Häusliche Krankenpflege: Richten von ärztlich verordneten Medikamenten/Vertragsauslegung	59
6. Krankentransportunternehmen: Rettungshubschrauber mit Notarzt bei bereits eingetretenem Tod	60
7. Hebamme: Wegegeld bei besonderer Lage des Falles	60
<b>IX. Angelegenheiten der Krankenkassen/Aufsichtsbehörden</b>	<b>61</b>
1. Nur Rechtsaufsicht gegen Gemeinsamen Bundesausschuss (Protonentherapie im Krankenhaus)	61
2. Wahltarife nach § 53 SGB V und private Krankenversicherung	61
3. Kein Wahltarif für auf Zahnersatz beschränkte Kostenerstattung	61
<b>X. Verfahrensrecht</b>	<b>62</b>
1. Rechtsweg bei Streitigkeit zwischen Krankenkasse und nichtärztlichem Leistungserbringer	62
2. Einstweilige Anordnungen für vergangene Zeiträume	62
<b>XI. Entscheidungen des BSG</b>	<b>62</b>
1. Zuzahlungen	62
a) Keine Berücksichtigung fiktiven Regelsatzes nach dem BSHG/Kindergeld	62
b) Nichtberücksichtigung von Kindergeldzahlungen auch ab 2004	63
c) Auslaufen alter Befreiungsbescheide	63
2. Leistungserbringer	63
a) Krankenhaus: Verzugsschaden bei verspäteter Bezahlung/Rechtsanwaltsgebühren	63
b) Vergütung von krankengymnastischen Leistungen/Verzugszinsen	63
c) Haushaltshilfe: Vorvertragliche Haftung gegenüber nichtärztlichem Leistungserbringer	63
3. Krankenkassen	64
a) Aufsichtsordnung/Abgrenzung Kranken- und Pflegeversicherung bei Hilfsmitteln	64
b) Frist zur Geltendmachung von Erstattungsansprüchen	64
4. Sozialgerichtlicher Rechtsweg gegen Vergabeentscheidungen über Arzneimittel-Rabattverträge	64
5. Keine Postulationsfähigkeit von Rechtslehrern vor dem BSG	64

<b>C. Entscheidungen anderer Gerichte</b>	<b>65</b>
<b>I. Ärztliches Berufsrecht</b>	<b>65</b>
1. Entziehung u. Ruhen der Approbation	65
a) BVerfG: Ruhen der Approbation: Sofortvollzug, Feststellungslast	65
b) Widerruf der Approbation: Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung unter Bedingungen	66
c) Vorläufige Berufserlaubnis: Keine Beschränkung auf unselbständige Tätigkeit	66
2. Berufspflichtverletzungen	66
a) BGH: Unlauterer Wettbewerb/Gewerbliche Ernährungsberatung in den Räumen einer Arztpraxis	66
b) Verstoß gegen Abstinenzgebot durch Psychotherapeuten	66
c) Annahme von Geldzuwendungen von Patientin durch Arzt	67
d) Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten/Zuweisungsprovision	67
e) Unterbieten eines Kostenvoranschlags in ZE-Auktionsportal (2te-zahnarztmeinung.de)	67
f) Verkürzter Versorgungsweg in der Hörgeräteversorgung	67
g) Eintragung in den "Gelben Seiten"	68
h) Berufungsbeschränkung auf Rechtsfolgenausspruch möglich	68
3. BGH: Strafbarkeit bei Missachtung der rechtlichen Vorgaben durch Substitutionsarzt	68
4. Vertragsrecht	68
a) Schiedsgericht und Verpflichtung zur Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes	68
b) Beendigung einer (zahn-)ärztlichen Gemeinschaftspraxis	69
5. Berufskammern	69
a) Pflichtmitgliedschaft in der Ärztekammer (Niedersachsen)	69
b) Fehlende Klagebefugnis von Delegierten einer Kammerversammlung gegen Aufsichtsmaßnahme	69
c) Kammerbeitrag von Psychologischen Psychotherapeuten	69
<b>II. Arzthaftung</b>	<b>70</b>
1. BGH	70
a) Bedeutung von Leitlinien von ärztlichen Fachgremien	70
b) Beweislast des Arztes nach grobem Behandlungsfehler (Hygienefehler)	70
c) Ursachenzusammenhang zwischen einer Fehlbehandlung und einem Morbus Sudeck	70
d) Weiteres Sachverständigengutachten bei unergiebigem Vorgutachten	70
e) Haftung des Gynäkologen nach erfolgloser Tubensterilisation	71
f) Internationale Zuständigkeit deutscher Gerichte über Arzthaftungsklage	71
2. Erstmaliger Vortrag einer hypothetischen Einwilligung im Berufungsverfahren	71
3. Zusage eines bestimmten Operateurs und Einwilligung	71
4. Verlust des Honoraranspruchs nur bei völlig unbrauchbarer Leistung bei Aufklärungsmangel	71
5. Beweislastumkehr bei Verstoß gegen die Befunderhebungspflicht (CRP-Wert bei Morbus Crohn)	72
6. Diagnostik vor Prostata-OP/Umkehr der Beweislast	72
7. Pränatale Diagnostik: Keine Haftung bei Übersehen eines fehlenden Unterarms	72
8. Nicht indizierte Operation: Fehlerhafte Therapiewahl bei Verdacht auf Morbus Hodgkin	72
9. Schwangerschaftsabbruch nach unterlassenem Schwangerschaftstest	73
10. Kein grober Behandlungsfehler bei Verkennung einer Glutarazidurie	73
11. Keine Indikation für Fettabsaugung bei erheblicher Fettleibigkeit	73
12. Unterbliebener Suizidbogen: Keine Beweiserleichterung hinsichtlich Suizidgefahr	73
13. Schutz suizidaler Patienten in psychiatrischer Klinik	74
14. Anhörung des beklagten Arztes bei fehlender Dokumentation	74
15. Sachverständiger aus akademischem Lehrkrankenhaus bei bekl. Lehrkrankenhaus	74
16. Bemessung des Schadensersatzes: Bei der Geburt schwer geschädigtes Kind	74
17. Zahnärzte	75
a) Haftung bei Mängeln an feststehendem Zahnersatz	75
b) Aufklärung über Implantatabstoßung	75
c) Weigerung, zumutbare Nachbesserungsmaßnahmen hinzunehmen	75
<b>III. Private Krankenversicherung/Privatbehandlung/Beihilfe</b>	<b>76</b>
1. Keine Chefarztvergütung bei Operation durch angestellten Arzt	76
2. Kostenerstattung für Hörgeräte	76
3. Beihilfe	76
a) Beihilfegewährung für Arzneimittel gegen medikamentös bedingten Haarausfall	76
b) Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel	76
4. Anspruch auf Festzuschuss im Rahmen der Heilfürsorge	76

<b>IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte</b>	<b>77</b>
1. BGH	77
a) Markenschutz bei Parallelimport von Arzneimitteln in der EU	77
b) Versandhandel mit Arzneimitteln (Doc Morris)	77
c) Darlegungslast des Patienten bei Arzneimittelhaftung	77
d) Arzneimittelbegriff	77
aa) HMB-Kapseln	77
bb) L- CARNITINE	78
2. Kein Anspruch jur. Person auf Aufnahme in Apothekenkammer (DocMorris)	78
3. Rabattgewährung für Arzneimittel	78
4. Verstoß gegen Arzneimittelpreisbindung durch Zuzahlungsverzicht einer Apotheke	78
5. Arzneimittelfestpreisverordnung gilt im grenzüberschreitenden Versandhandel	78
6. Bezeichnung bei freiverkäuflichen Arzneimitteln/Zusatz "Forte"	79
7. Irreführende Werbung für Ohrkerzen	79
<b>V. Vergaberecht</b>	<b>79</b>
1. BGH: Ausschließlicher Vergaberechtsweg zu Zivilgerichten bei Rabattvereinbarungen	79
2. Zuständigkeit der Sozialgerichte für die Nachprüfung von Ausschreibungen gem. § 127 I SGB V	80
3. Vergaberechtsfehler bei Ausschreibung eines Farbdoppler-Ultraschallsystems für Klinik	80
<b>VI. Verschiedenes</b>	<b>80</b>
1. EuGH	80
a) Werbung für medizinisch-chirurgische Behandlungen im Fernsehen	80
b) Nationales Werbeverbot für Leistungen der Zahnbehandlung	80
c) Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens	81
d) Aufnahme von Arzneimitteln in Erstattungskodex für Arzneimittel	81
2. BVerfG	81
a) Verfassungsbeschwerde gegen § 116b Abs. 2 bis 5 SGB V	81
b) Verfassungsmäßige Gewerbesteuerfreiheit der freien Berufe	82
c) Krankenversicherungsbeitrag als Sonderausgabe	82
d) Sonderausgabenabzug von Beiträgen zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen (vor 2005)	82
e) Beitragspflicht zur GKV aus Kapitalzahlungen von Direktlebensversicherungen	83
3. BGH	83
a) Zugewinnausgleich: Berücksichtigung einer freiberuflichen Praxis	83
b) Änderung der Krankenversicherungsbedingungen: Überprüfung für Altverträge	83
c) Berufungsbegründung per E-Mail	83
4. Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapeuten	84
5. Krankenhäuser	84
a) Rechtsweg zu SG wegen Krankenhausschließung eines Knappschaftskrankenhauses	84
b) Pflegesatzfähigkeit von Pachtkosten	84
c) Keine Gebührenbefreiung für Klinikum GmbH	84
6. Beiträge zur Rechtsanwaltsversorgung aus zwei Einkommensquellen	85
7. Physiotherapeutische Leistungen gegen Gutscheine	85
8. Leistungen für selbständigen Arzt nach dem Unterhaltssicherungsgesetz	85
9. Erstattungsfähigkeit von Rechtsanwaltskosten für Behördenvertretung	85
10. Steuerrecht	85
a) BFH: Umsatzsteuerpflicht/Durchführung von eintägigen Fortbildungsseminaren	85
b) Wirtschaftlicher Vorteil einer Vertragsarztzulassung	86
<b>Verzeichnis der Entscheidungen</b>	<b>86</b>
<b>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht</b>	<b>90</b>
<b>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)</b>	<b>95</b>

## 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 06421/1708-34 (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 08-02) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

## Editorische Hinweise

Soweit nicht ausdrücklich "**rechtskräftig**" vermerkt ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass Rechtskraft der Entscheidung eingetreten ist. Ggf. muss bei dem jeweiligen Gericht nachgefragt werden; die Angaben beruhen auf [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://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 Datenbank [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum **24.08.2008** eingestellten Entscheidungen.

## A. Vertragsarztrecht

*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: Voraussetzungen und Haftung, MedR 2008, 34-41; *Haage*, Die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Rechtsfolgen für die Zulassung insbesondere als Ärztin/Arzt, MedR 2008, 70-76; *Wigge/Harney*, Selektivverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen nach dem GKV-WSG. Rechtliche Rahmenbedingungen für den Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen, MedR 2008, 139-149; *Bühning/Linnemanström*, § 127 SGB V n.F. – Ausschreibung, Rahmenvertrag oder Einzelvereinbarung?, MedR 2008, 149-152; *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. PSYCHOTHERAPEUTEN

Nach BSG, Urt. v. **28.05.2008 - B 6 KA 8/07 R u.a.** - ist der **Beschluss des Bewertungsausschusses** zur angemessenen Vergütung der Psychotherapeuten je Zeiteinheit auf der Grundlage des § 84 IV 4 i.V.m. IVa SGB V v. 29.10.2004 (mit Änderungen v. 18.2.2005) teilweise mit höherrangigem Recht unvereinbar; nach BSG, Urt. v. 28.11.2007 – **B 6 KA 23/07 R** – SozR 4-2500 § 85 Nr. 36 (Parallelverfahren: B 6 KA 20/07 R) sind zur Ermittlung des Mindestpunktwertes zur angemessenen Vergütung der zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen Leistungen der Psychotherapeuten für die Zeit **bis Ende 1998** die Vergleichsparameter hinsichtlich der Umsatzhöhe und der Praxiskosten der Arztgruppe der **Allgemeinmediziner** zu entnehmen (Klarstellung von BSG vom 6.11.2002 - B 6 KA 21/02 R = BSGE 90, 111 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 49). Nach BSG, Urt. v. 29.08.2007 – **B 6 KA 35/06 R** – SozR 4-2500 § 85 Nr. 38 müssen **probatorische Leistungen** von Psychotherapeuten nicht in die Punktwertstützung einbezogen werden, die für die zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ä a.F. gewährt wird; s. ferner die Hinweise bei RID 05-01-01 (S. 9) u. RID 04-01-A I 1 (S. 7). Aus der **Instanzenpraxis** vgl. zuletzt RID 08-02-A.1.1. (S. 7 ff.) m.w.N.

#### A) KEIN MINDESTPUNKTWERT FÜR NICHT AUSSCHLIEßLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE VERTRAGSÄRZTE

*SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 19.03.2008 – S 27 KA 361/06 –*

**RID 08-03-01**

SGB V §§ 85 IV, IVa

Eine Gemeinschaftspraxis mit drei Gynäkologen hat keinen Anspruch auf Vergütung (hier: Quartale I-III/05) von ihr erbrachter psychotherapeutischer Leistungen zu dem Mindestpunktwert für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte.

Das *SG* wies die Klage ab.

#### B) FESTSTELLUNG DER 90 %-GRENZE ANHAND DES VORQUARTALS

*SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 16.08.2008 – S 27 KA 164/04 u. 55-60/05 –*

**RID 08-03-02**

SGB V § 85 IV

Bei der Feststellung der 90 %-Grenze für eine ausschließlich psychotherapeutische Tätigkeit muss nicht auf das jeweils aktuelle Quartal abgestellt werden, sondern kann auch die Abrechnung des Vorquartals herangezogen werden. Für eine schematische Zugrundelegung des Durchschnitts der Werte der letzten vier Vorquartale besteht keine rechtliche Grundlage. Es ist ohne Bedeutung, wenn die maßgebenden Anteile jeweils nahe der 90 %-Grenze liegen.

Das *SG* gab der Klage der als Fachärztin für Kinderheilkunde und als Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin zugelassenen Kl. bzgl. des Quartals II/00 statt und wies die übrigen Klagen ab.

## 2. INDIVIDUALBUDGET

### A) ERHÖHUNG EINES INDIVIDUALBUDGETS BEI NEUEM BETÄTIGUNGSFELD

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 (10) KA 34/06 –*

RID 08-03-03

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 50/08 B*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ SGB X §§ 40, 42

Entscheidet nicht der Vorstand, sondern eine Widerspruchsstelle der KV, führt dies weder zur Nichtigkeit der Entscheidung, noch kann deshalb die Aufhebung des Verwaltungsakts begehrt werden, obwohl er rechtswidrig ist.

Ein Bedarf zur Erhöhung eines (unterdurchschnittlichen) Individualbudgets kann nur dadurch entstehen, dass außerhalb des Verantwortungsbereichs des Vertragsarztes liegende Veränderungen - wie z.B. Praxisaufgabe oder Erlöschen von Ermächtigungen - vorliegen, nicht aber dadurch, dass ein Vertragsarzt für sich ein neues Betätigungsfeld erschließt und lediglich das Leistungsangebot für die gesetzlich Versicherten erweitert. Einem Vorbringen, wegen der Erziehung der Kinder sei die Praxistätigkeit in der Vergangenheit eingeschränkt worden, ist diesbezüglich keine rechtliche Bedeutung zuzumessen.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 17.05.2006 - S 14 KA 252/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) AUFTEILUNG EINES INDIVIDUALBUDGETS NACH AUFLÖSUNG EINER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 06.02.2008 – L 7 B 46/07 KA ER –*

RID 08-03-04

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 85 IV 9; SGG §§ 86a II Nr. 4, 86b I

Mit Behandlungsfallzahlen und **Punktzahlenforderungen vor Beginn bzw. nach dem Ende einer Gemeinschaftspraxis** kann kein höherer Anteil eines Arztes an der Gemeinschaftspraxis nachgewiesen werden. Aus einem **größeren Gesellschaftsanteil** lässt sich ein größerer Umfang an der vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb der Gemeinschaftspraxis nicht herleiten, wenn der Vertrag allein auf den Wert der eingebrachten Vermögensgüter und nicht auf die abgerechneten Fälle und das realisierte Punktvolumen während des Bestehens der Gemeinschaftspraxis abstellt.

Die beiden Ast. führten mit einem weiteren Arzt eine **Gemeinschaftspraxis**. Nach deren **Auflösung** setzte die KV für jeden Arzt **Individualbudgets** fest, deren Höhe sie aus dem Punktzahlvolumen im maßgeblichen Bemessungszeitraum **dividiert durch die Zahl der Mitglieder** der Gemeinschaftspraxis ermittelte. Der weitere Arzt beantragte eine Erhöhung seines Individualbudgets, weil er in der Gemeinschaftspraxis den weitaus größten Teil der Leistungen erbracht habe, dessen Umfang er mit etwa 45,5 % aller abgerechneten Leistungen bezifferte. Die KV gestand ihm daraufhin ein Individualbudget von 49,9 % zu und kürzte das Individualbudget der Ast. ab dem Quartal I/06 auf jeweils 25,05 %. *SG Berlin*, Beschl. v. 04.09.2006 -S 79 KA 48/06 ER – ordnete die aufschiebende Wirkung der Klagen an, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## 3. HONORARTOPF

### A) ANÄSTHESISTEN KV NORDRHEIN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 KA 108/06 –*

RID 08-03-05

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 85 IV

Anästhesisten können keinen Anspruch auf ein höheres Honorar nach dem HVM der KV Nordrhein in den Quartalen I, II, IV/03 sowie I/04 geltend machen, insb. nicht aus dem Gesichtspunkt der **Inhomogenität der Fachgruppe** und eines deshalb zu **geringen Honorarvolumens** des Fachgruppentopfes.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 30.08.2006 - S 14 KA 279/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## B) FESTSETZUNGSBESCHIED FÜR PERSÖNLICHES PUNKTMENGENVOLUMEN/WACHSTUMS- MÖGLICHKEIT

*LSG Sachsen, Urt. v. 02.04.2008 – L 1 KA 9/06 –*

RID 08-03-06

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 51/08 B*  
SGB V § 85 IV

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

Wird durch einen **bestandskräftigen Festsetzungsbescheid** ein persönliches **Punktmengenvolumen** zugewiesen, so wird der Festsetzungsbescheid durch einen Honorarbescheid nicht hinfällig. Lässt der betroffene Vertragsarzt den Bescheid, in dem die Bemessungsgrundlage festgesetzt wurde, bestandskräftig werden, kann er die auf diesem Bescheid beruhenden Honorarbescheide nicht mehr mit der Begründung anfechten, die Bemessungsgrundlage sei fehlerhaft ermittelt worden (BSG, Urt. v. 21.10.1998 - B 6 KA 65/97 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 27 S. 192 f.; Urt. v. 21.10.1998 - B 6 KA 71/97 R - BSGE 83, 52, 52 f. = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28).

Wird eine zusätzliche Zuwachsmöglichkeit bis zum durchschnittlichen Punktmengenvolumen der Vergleichsgruppe für den Fall eingeräumt, dass der Arzt eine **Fallzahlsteigerung** vorweist, die über 2 % über der Fallzahlsteigerung der Vergleichsgruppe liegt, und wird in diesem Fall das Punktmengenvolumen des Arztes um den über 2 % der allgemeinen Fallzahlsteigerung seiner Arztgruppe liegenden Prozentsatz multipliziert mit dem durchschnittlichen Punktmengenvolumen der Fachgruppe, erhöht bis zum Erreichen des Vergleichsgruppendurchschnitts, so ist die Regelung nicht zu beanstanden.

*SG Dresden*, Urt. v. 22.02.2006 - S 11 KA 653/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## C) FESTE VERGÜTUNG FÜR EINZELLEISTUNG/BEFÜLLUNG DER HONORARTÖPFE

*LSG Bayern, Urt. v. 14.11.2007 – L 12 KA 275/05 –*

RID 08-03-07

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 21/08 B*  
SGB V §§ 73a, 85 IV

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Die Krankenkassen und KVen sind nicht gehindert, weitere Vereinbarungen zu treffen, wonach durch die Festlegung einer attraktiven Bezahlung bzw. durch vorher festgelegte Entgelte ein **Anreiz** zur **ambulant** Erbringung bestimmter **Leistungen** geschaffen werden soll, etwa im Interesse eines angestrebten Qualitätsstandards oder zur Kostenersparnis auf dem stationären Sektor (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 10.11.2004 – L 12 KA 26/03 – RID 05-02-06, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 10.11.2004 - B 6 KA 20/05 B -).

Einen Anspruch einer Arztgruppe auf einen bestimmten, einmal festgelegten **Anteil** an der pauschal gezahlten **Gesamtvergütung** gibt es nicht. Eine KV kann sich bei der Befüllung der Honorartöpfe im Jahr 2000 an dem durchschnittlichen Anteil der Arztgruppe der Lungenärzte an den gezahlten Honoraren in den Jahren 1996 und 1997 orientieren (vgl. z.B. LSG Bayern, Urt. v. 08.06.2005 – L 12 KA 120/02 – RID 05-04-01; LSG Bayern, Urt. v. 31.05.2006 – L 12 KA 166/03 – RID 06-04-12 u. – L 12 KA 581/04 – RID 06-04-13; dazu BSG, Beschl. v. 23.05.2007 - B 6 KA 86/06 B – u. v. 30.05.2007 - B 6 KA 85/06 B - juris).

*SG München*, Urt. v. 15.02.2005 - S 43 KA 92/03 - wies die Klage eines Lungenarztes (Quartale I/00, IV/00 u. II/02 bis IV/02)ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 4. KV HESSEN

### A) REGELLEISTUNGSVOLUMEN UND SONDERREGELUNG

#### AA) SCHMERZTHERAPEUTISCHE PRAXIS BEI ZULASSUNGSSTATUS ALS ARZT

*SG Marburg, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 55/07 –*

RID 08-03-08

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 51/08 -*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

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

Einer schmerztherapeutischen Praxis eines als **Arzt** zugelassenen Vertragsarztes kann, wenn **70 bis 80 % ihrer Patienten chronische Schmerzpatienten** sind, nicht das Regelleistungsvolumen der Allgemeinmediziner zuerkannt werden, weil ihre Tätigkeit zu sehr von der der Fachgruppe abweicht.

Bei einer Neubescheidung kann die Kassenärztliche Vereinigung berücksichtigen, dass die **Regelleistungsvolumina** selbst nur auf einer **80 %-Grundlage** berechnet sind.

Das *SG* gab der Klage statt.

## **BB) SCHMERZTHERAPEUTISCHE PRAXIS: ANÄSTHESIOLOGEN UND ALLGEMEINMEDIZINER**

**SG Marburg, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 18/07 –**

**RID 08-03-09**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 52/08 -*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

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

Einer **schmerztherapeutischen Praxis** kann, auch wenn sie überwiegend aus **Anästhesiologen** besteht, nicht das Regelleistungsvolumen der Anästhesisten bzw. für angestellte Ärzte das der Allgemeinmediziner bzw. hausärztlich tätigen Internisten zuerkannt werden, weil ihre Tätigkeit zu sehr von der der Fachgruppe abweicht.

Bei einer Neubescheidung kann die Kassenärztliche Vereinigung berücksichtigen, dass die Regelleistungsvolumina selbst nur auf einer **80 %-Grundlage** berechnet sind.

Das **SG** gab der Klage statt.

## **B) AUSGLEICHREGELUNG (ZIFF. 7.5 HVV)**

### **AA) BINDUNG AN BEWERTUNGS-AUSSCHUSS: UNZULÄSSIGE KÜRZUNG**

**SG Marburg, Urt. v. 16.07.2008 – S 12 KA 377/07 –**

**RID 08-03-10**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 85 IV, IVa

Die Vertragsparteien eines **Honorarverteilungsvertrages** sind an die Vorgaben des **Bewertungsausschusses** im Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525) **gebunden** (vgl. Urt. der Kammer v. 26.09.2007 - S 12 KA 822/06 – RID 07-04-08; die hiergegen eingelegte Berufung hat LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 69/07 – zurückgewiesen). Der HVV kann deshalb nicht ergänzend zu einem Regelleistungsvolumen eine „**Ausgleichsregelung**“ vorsehen, die bei Überschreiten eines Fallwerts im Vorjahresquartal von mehr als 105 % u. U. zu einer Honorarkürzung führt. Soweit die „Ausgleichsregelung“ bei Unterschreiten des Referenzfallwertes um mehr als 5 % u. U. zu einem Ausgleichsbetrag führt, ist dies jedenfalls für eine Übergangszeit von vier Quartalen als „Härtefallregelung“ hinzunehmen.

Das **SG** gab der Klage statt.

### **BB) HONORARKÜRZUNG FÜR SOG. JUNGE PRAXEN**

**SG Marburg, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 273/07 –**

**RID 08-03-11**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://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 Honorarzahlung im entsprechenden Abrechnungsquartal des Jahres 2004 erfolgt und die 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, kann für **sog. junge Praxen** in der Aufbauphase im Fall einer Honorarkürzung nur bis zum Durchschnittshonorar der Fachgruppe angewandt werden (Fortführung von SG Marburg, Urt. 16.01.2008 - S 12 KA 188/07 – RID 08-01-13 <Berufung anhängig bei dem LSG Hessen - L 4 KA 14/08 -> und v. 12.03.2008 – S 12 KA 236/07 – RID 08-02-23 <Berufung anhängig bei dem LSG Hessen - L 4 KA 40/08 ->).

Das **SG** gab der Klage statt.

## **C) VERGÜTUNG DER HAUTÄRZTE IM QUARTAL II/05/PRIVILEGIERUNG VON GEMEINSCHAFTS-PRAXEN/5,11 CENT**

**SG Marburg, Urt. v. 04.06.2008 – S 12 KA 546/07 –**

**RID 08-03-12**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 55/08 -*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 85 IV, IVa; Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004

Die **Vergütung der Hautärzte** im Quartal II/05 im Bereich der KV Hessen ist nicht zu beanstanden.

Die **Privilegierung von Gemeinschaftspraxen** im EBM 2005 und im HVV der KV Hessen für das Quartal II/05 ist rechtmäßig (Anschluss an BSG, Beschl. v. 28.01.2004 - B 6 KA 112/03 B – juris Rdnr. 11 f.).

Es bestand im Quartal II/05 keine Verpflichtung zur Auszahlung eines **festen Punktwerts**.

## D) INDIVIDUALBUDGET/GARANTIE VON DURCHSCHNITTSERLÖSEN (NEUROLOGE UND PSYCHIATER)

**SG Marburg, Urt. v. 02.07.2008 – S 12 KA 836/05 –**

**RID 08-03-13**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 70/08 -*  
SGB V § 85 IV

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Das Anknüpfen an frühere Quartale im Rahmen eines sog. Individualbudgets kann nicht indirekt **Fallzahlbegrenzungsmaßnahmen** fortführen, die auf mehr als sechs Jahre zurückliegenden Fallzahlen beruhen. Im Rahmen einer Sonderregelung ist die Fallzahlbegrenzung bei Berechnung des Individualbudgets herauszurechnen.

Die Vielzahl verschiedener zulässiger Vergütungsformen und Honorarbegrenzungsmaßnahmen führt dazu, dass allein die **Garantie von Mindestpunktwerten** eine annähernd gleichmäßige und leistungsproportionale Honorarverteilung nicht mehr gewährleisten kann. Eine KV ist verpflichtet, bei einem Auseinanderbrechen der **durchschnittlichen Nettoerlöse der Fachgruppen** von mehr als 15 % steuernd in eine auf einer Fachgruppentopfbildung beruhenden Honorarverteilung einzugreifen (Fortführung von BSG, Urt. v. 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R – SozR 3-2500 § 85 Nr. 26 = BSGE 83, 1 = NZS 1999, 366 = MedR 2000, 150, juris Rdnr. 17 und BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 43/06 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 40 = USK 2007-78, juris Rdnr. 20).

Das **SG** gab der Klage statt.

**Parallelverfahren: SG Marburg, Urt. v. 02.07.2008 – S 12 KA 445/07 –**

**RID 08-03-14**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 69/08 -*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

## E) TOPF IN TOPF-REGELUNG FÜR KURATIVE KOLOSKOPIE UND STÜTZUNGSVERPFLICHTUNG

**SG Marburg, Urt. v. 02.07.2008 – S 12 KA 1274/05 –**

**RID 08-03-15**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 71/08 -*  
SGB V § 85 IV

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Die KV Hessen war nicht berechtigt, in den Quartalen I bis IV/03 eine Topf in Topf-Regelung in Verbindung mit einer Vergütung eines „mittleren Punktwerts“ abweichend vom allgemeinen mittleren Punktwert, der Grundlage für evtl. Stützungsmaßnahmen ist, für die kurative Koloskopie nach Nr. 764 EBM für die Honoraruntergruppe der Gastroenterologen zu bilden.

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

## 5. HÄRTEFALLREGELUNG NACH WECHSEL AUS GEMEINSCHAFTS- IN EINZELPRAXIS

**LSG Thüringen, Urt. v. 05.12.2007 – L 4 KA 264/07 –**

**RID 08-03-16**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 85 IV

Ist ein festzustellender Fallwertrückgang in erster Linie auf den Rückgang des Behandlungsumfanges zurückzuführen, so ist eine Stützungsmaßnahme nicht erforderlich. Es ist nicht zu beanstanden, wenn die KV ein fiktives Honorar in den Vergleichsquartalen für die Einzelpraxis errechnet und daraus den EBM-bedingten Verlust herleitet.

**SG Gotha**, Gerichtsbb. v. 01.02.2007 - S 7 KA 2196/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 6. VERGÜTUNGS AUSSCHLUSS BEI EINGABEFEHLER/ERMÄCHTIGUNG DER KV IN HVV

**LSG Hessen, Beschl. v. 24.04.2008 – L 4 KA 46/07 –**

**RID 08-03-17**

SGB V § 85 IV 1 u. 2

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach ein Honorarverteilungsvertrag vorsehen kann, dass Einzelheiten der Verfahrensweise bei verspäteter Abrechnungsabgabe bzw. bei nicht ordnungsgemäßer Rechnungslegung die **KV in eigener Zuständigkeit** regelt und wonach eine Regelung, nach der der Vertragsarzt **Korrekturen** im Regelfall nur innerhalb von 10 Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres einreichen kann, zulässig ist, ist nicht zu beanstanden.

Die Eingabe einer **fehlerhaften Abrechnungsziffer** durch eine **Hilfskraft** stellt eine Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt dar und erfüllt damit den hier wie im gesamten öffentlichen Recht entsprechend anzuwendenden objektiven Fahrlässigkeitsbegriff i.S.d. § 276 II BGB. Hierfür hat der Vertragsarzt entsprechend § 278 BGB ohne die Möglichkeit eines Entlastungsbeweises gegenüber der KVH einzustehen, auch wenn er die Arbeit seiner Hilfskraft durch regelmäßige Stichproben sorgfältig überwacht haben sollte, denn seine Mitarbeiterin stellt sich insoweit als Erfüllungsgehilfin hinsichtlich seiner Pflichten gegenüber der KVH dar.

**SG Marburg**, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 876/06 – RID 07-02-20 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 7. ERHÖHUNG DES HONORARBUDGETS NUR FÜR VORBEREITUNGSASSISTENTEN

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.06.2008 – L 3 KA 158/06 –**

**RID 08-03-18**

Revision anhängig: B 6 KA 28/08 R juris

SGB V § 75 VIII; SGB X § 34 I; Zahnärzte-ZV §§ 3 II Buchst. b, 32 II 1

**Leitsatz:** Zur Rechtmäßigkeit einer HVM-Regelung, die eine Erhöhung des Honorarbudgets für Vertragszahnärzte nur für die Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten gewährt, nicht aber für die eines Weiterbildungsassistenten.

**SG Hannover**, Urt. v. 11.10.2006 - S 35 KA 950/02 - gab der Klage statt, da es vom Vorliegen einer entsprechenden Zusicherung ausging. Das **LSG** wies die Klage ab, da es demgegenüber nur eine unverbindliche Auskunft erkannte; es verneinte einen Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit wegen der Erhöhung des Jahresbudgets um 60.000,00 DM nur für die Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten, nicht aber für die von Weiterbildungsassistenten, weil – unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 08.02.2006 - B 6 KA 26/05 R - die Besserstellung der Beschäftigung von Vorbereitungsassistenten bei der Honorarverteilung aufgrund des Ziels der Förderung der vertragszahnärztlichen Fortbildung und des erforderlichen zusätzlichen Fortbildungsaufwandes gerechtfertigt sei. Hierdurch unterscheidet sich die Privilegierung der Vorbereitungsassistenten von der der Assistenten bei der Anwendung der Degressionsregelungen (vgl. 85 IVb 7 SGB V), mit der dem Umstand Rechnung getragen werde, dass Assistenten die in der vertragszahnärztlichen Praxis erbrachte Leistungsmenge erhöhten; demzufolge erstreckte sich die Erhöhung des degressionsfreien Honorarbetrags auf die Tätigkeit aller genehmigter Assistenten, also auch der Weiterbildungs- und Entlastungsassistenten.

## 8. HINTERLEGUNG/GENEHMIGUNGSPFLICHT NACH WECHSEL DER GESELLSCHAFTSFORM

**LSG Hessen, Beschl. v. 10.04.2008 – L 4 KA 63/07 ER -**

**RID 08-03-19**

SGB V § 85 IV; BGB § 378

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

Im Rechtsverkehr mit der KV kommt es für eine Gemeinschaftspraxis ausschließlich auf den Zulassungsstatus an.

Ein Wechsel einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts in die Gesellschaftsform einer Partnerschaftsgesellschaft war nach § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV in der bis 31.12.2006 geltenden Fassung genehmigungspflichtig.

**SG Marburg**, Beschl. v. 23.08.2007– S 12 KA 313/07 ER – RID 07-03-24 wies den Antrag, die KV zu verurteilen, an d. Ast. 652.085,20 EUR nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit 21.01.2007 zu zahlen, ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## 9. HÖHERE VERWALTUNGSKOSTEN FÜR MANUELLABRECHNER

**LSG Bayern, Urt. v. 30.01.2008 – L 12 KA 228/05 –**

**RID 08-03-20**

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 34/08 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = Breith 2008, 464

SGB V § 81 I Nr. 5

Eine für die Bearbeitung einer manuell erstellten maschinenlesbaren Abrechnung zusätzlich erhobene **Verwaltungsgebühr** ist zulässig. Neben der reinen Kostendeckung können grundsätzlich mit Gebühren und Beiträgen auch **verhaltenslenkende Ziele** verfolgt werden, etwa das besonders wichtige Ziel der Sicherstellung einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung oder eine Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen, Sicherheitsstandards und grundsätzlich auch das Ziel der Verwaltungsvereinfachung; dazu gehört insb. die Erleichterung der Verarbeitung von großen Mengen von Daten, wie sie im Zusammenhang mit der einzelleistungsbezogenen vertragsärztlichen Abrechnung anfallen.

Die **Höhe der Gebühr** ist am Gebührenzweck der Kostendeckung zu messen ist. Bei der gerichtlichen Kontrolle der Gebührenbemessung ist zu bedenken, dass dieser vielfach komplexe Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen zugrunde liegen. Eine generalisierende, typisierende und pauschalierende Betrachtung ist zulässig.

**SG München**, Urt. v. 15.02.2005 - S 42 KA 553/02 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## 10. ZAHNÄRZTE

### A) ANTEILIGE ERMITTLUNG EINER INDIVIDUELLEN BASISVERGÜTUNG BEI NEUEM PRAXISPARTNER

*SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.03.2008 – S 28 KA 2271/04 –*

RID 08-03-21

SGB V § 85 IV; Zahnärzte-ZV § 33 II

Ein HVM kann vorsehen, dass bei Auflösung einer Praxis im laufenden Kalenderjahr die individuelle Basisvergütung anteilig zu ermitteln ist. Eine Übertragung der Umsätze auf eine neue Praxis ist dann generell ausgeschlossen. Bei Eintritt eines neuen Partners wird die bisherige Praxis beendet und entsteht eine neue Praxisgemeinschaft.

Das *SG* wies die Klage ab.

### B) DYSGNATHIE-OPERATIONEN TEIL DES ÄRZTLICHEN FACHGEBIETS

*SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.03.2008 – S 28 KA 2156/04 –*

RID 08-03-22

BEMA-Z Nr. 3; GOÄ Nr. 82

Dysgnathie-Operationen sind dem ärztlichen Fachgebiet zuzuordnen und nur über die Kassenärztliche, nicht Kassenzahnärztliche Vereinigung abzurechnen. Ein Behandlungsfall ist einheitlich abzurechnen und kann nicht aufgeteilt werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

### C) NR. 2402 GOÄ-82 NUR BEI EIGENEM EINGRIFF

*SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.03.2008 – S 28 KA 2268/04 –*

RID 08-03-23

GOÄ-82 Nr. 2402

Die Nr. 2402 GOÄ-82 kann nicht in Verbindung mit knochen- und/oder weichteilchirurgischen Maßnahmen innerhalb einer Leistung abgerechnet werden. Die Entfernung des Gewebes ist mit der Hauptleistung abgegolten.

Das *SG* wies die Klage ab.

S.a. *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 04.02.2004 – S 27 KA 786/03 - RID 04-02-48 zur Vorgängerbestimmung Nr. Ä172 GOÄ 1965.

### D) BERÜCKSICHTIGUNG VON DEGRESSIONSABZÜGEN BEI BUDGETBEDINGTEN HONORARKÜRZUNGEN

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 156/04 –*

RID 08-03-24

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 43/08 B*

juris

SGB V § 85 IV 3; GG Art. 3 I, 12 I, 14 I

**Leitsatz:** 1. Ein Honorarverteilungsmaßstab, nach dem der größte Teil des Gesamtvergütungsvolumens zu vollen Punktwerten vergütet wird, so dass für die restlichen Leistungen lediglich geringe Punktwerte verbleiben, steht mit höherrangigem Recht in Einklang (Anschluss an BSG vom 08.02.2006 - B 6 KA 25/05 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 23).

2. In welcher Weise die notwendige Berücksichtigung von Degressionsabzügen bei budgetbedingten Honorarkürzungen umgesetzt wird, kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung durch generalisierende Regelungen in ihrem Honorarverteilungsmaßstab bestimmen.

*SG Hannover*, Urt. v. 30.06.2004 - S 35 KA 322/01 – verurteilte die KZV, den Honoraranspruch des Klägers unter Beachtung der Rspr. des BSG zur Berücksichtigung der Degressionsabzüge im Rahmen der Honorarverteilung (BSG, Urt. v. 21.05.2003 - B 6 KA 24/02 R -) neu zu bescheiden und wies im Übrigen die Klage ab. Während des Berufungsverfahrens hat die KZV mit den Kassen(verbänden) den „Vertrag zur Degression 1999 bis 2003“ abgeschlossen, der unter § 1 regelt, in welcher Weise die an die Kassen abzuführenden Degressionsbeträge zu berechnen sind. Unter § 2 („Zahnarztseitige Degression“) ist vorgesehen: „(1) Für jeden Vertragszahnarzt wird die nach Berücksichtigung der Degressionsstufen sich ergebende zu degressierende Punktmenge nach § 1 (3) ins Verhältnis zu der von ihm abgerechneten Gesamtpunktmenge gesetzt. (2) In jedem Leistungsbereich wird der HVM-Jahreshonorarzuteilung eine um den Faktor nach (1) verminderte Ist-Abrechnung zugrunde gelegt. Ebenso wird ein etwaiger Härtefallzuschlag gekürzt“. Auf dieser Grundlage hat die Bekl. einen neuen Jahreshonorar- und Degressionsbescheid für 1999 erlassen. Das *LSG* wies die Berufung d Kl. zurück und die Klage gegen den neuen Bescheid zurück.

## 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. VORAUSSETZUNGEN EINER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG BIS ENDE 2002

*SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 05.03.2008 – S 27 KA 107 u. 108/04 –*  
EBM 1996 Nr. 202, 204, 9520

RID 08-03-25

Eine Substitutionsbehandlung war bis Ende 2002 erst dann zulässig, wenn die auf den Einzelfall zur Substitution bezogene Bewilligung vorlag. Beginn und Beendigung der Substitution waren unverzüglich anzuzeigen. Fehlt es hieran, so waren die Leistungen nach Nr. 202, 204 EBM 1996 nicht abrechenbar.

Das *SG* wies die Klage weitgehend ab.

### 2. FEHLENDE GENEHMIGUNG FÜR STRAHLENDIAGNOSTIK

*LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 – L 4 KA 31/04 –*  
*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 41/08 B*

RID 08-03-26

BMV-Ä § 45; EKV-Ä § 34 IV; Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie § 14

Der **Mitbetreiber einer Gemeinschaftspraxis** ist ebenso wie der die fachliche Befähigung besitzende Mitgesellschafter für die Einhaltung der Leistungs- und Abrechnungsvoraussetzungen durch die Gemeinschaftspraxis **verantwortlich** und kann sich nicht "blind" darauf verlassen, dass der andere das Notwendige veranlasst hat, auch wenn dieser als Strahlenschutzbeauftragter nach § 2 des Gesellschaftsvertrages notwendigen Genehmigungen persönlich zu beschaffen hatte.

Die **wirtschaftlichen Folgen von Falschabrechnungen** betreffen notwendig die **Gemeinschaftspraxis**, ohne dass es hierbei auf die gesellschaftsrechtliche Vertretungsbefugnis ankommt, die lediglich im Innenverhältnis zu den anderen Mitgliedern der Gemeinschaftspraxis von Bedeutung ist. Solange ein Vertragsarzt seine Tätigkeit im Status einer Gemeinschaftspraxis ausübt, sind seine Behandlungen, Abrechnungen und Verordnungen im Rechtssinne solche der Gemeinschaftspraxis. Lösen diese Abrechnungen Rückzahlungs- oder Regressansprüche der Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung aus, so hat dafür die Gemeinschaftspraxis und damit jedes ihrer Mitglieder in **gesamtschuldnerischer Haftung** einzustehen. Diese Einstandspflicht kann durch vertragliche Vereinbarung zwischen den Gesellschaftern der Gemeinschaftspraxis nicht im Außenverhältnis zu den Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen oder eingeschränkt werden (so zutreffend: BSG, Urt. v. 20.10.2004, - B 6 KA 41/03 R -).

*SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 26.11.2003 – S 29 KA 2521/01 - wies die Klage ab, das *LSG* wies die Berufung zurück.

### 3. JOB-SHARING: LEISTUNGSBEGRENZUNG

#### A) RÜCKGANG DES PUNKTZAHLVOLUMENS ZULÄSSIG (DYNAMISIERUNG NACH ZIFF. 23F BEDARFSPLRL)

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2008 – L 3 KA 8/07 –*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 08-03-27

SGB V § 101 I 1 Nr. 4; BedarfsplRL-Ä Nr. 23f

**Leitsatz:** 1. Zur Rechtmäßigkeit der Honorarrückforderung wegen Überschreitens des Punktzahlvolumens einer Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis im zweiten Leistungsjahr.

2. Die Dynamisierung des Punktzahlvolumens nach Ziffer 23f BedarfsplRL kann auch zu Ungunsten der Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis erfolgen.

Die klagende gynäkologische Gemeinschaftspraxis bestand im Zeitraum 06.01.2003 bis 15.11.2005 aus zwei Job-Sharing-Partnern. Zuvor wurde die Gemeinschaftspraxis von Frau B.C. und Frau Dr. L.M. ausgeübt. Dabei handelte es sich ebenfalls um eine Job-Sharing-Praxis. Die bekl. KV stellte eine Überschreitung des Gesamtpunktzahlvolumens für das Jahr 2003 fest und forderte einen Betrag in Höhe von insgesamt 16.807,61 Euro zurück. Dieser Bescheid wurde bestandskräftig. Gleichzeitig teilte die Bekl. der Kl. die Anpassungsfaktoren ab dem zweiten Leistungsjahr mit (0,960 für das 1. Quartal 2004, 0,980 für das 2. Quartal 2004, 0,937 für das 3. Quartal 2004 und 0,928 für das 4. Quartal 2004). Für das Jahr 2004 forderte sie dann wegen Überschreitung des Gesamtpunktzahlvolumens 37.709,84 Euro zurück. Im Widerspruchsbescheid begründete sie dies damit, dass Berechnungsgrundlage für die Punktzahlobergrenze der Fachgruppendurchschnitt der Gynäkologen der Quartale III/01 bis II/02 plus 3 % für das erste Leistungsjahr sei. Verbunden mit dem Rückgang der Fallzahlen der Fachgruppe sei auch ein Rückgang der durchschnittlich vergüteten Punkte der Fachgruppe gewesen. Die sich aus den BedarfsplRL ergebende Punktzahlobergrenze für

das zweite Leistungsjahr von 4.427.550,1 Punkten (= 95,1 % des Fachgruppendurchschnitts im Jahr 2004) bedeute gegenüber der Punktzahlobergrenze des Zulassungsbescheides (= 5.324.630,5 Punkte) einen Rückgang von 16,8 % und damit einen Rückgang, wie ihn auch der Durchschnitt der Fachgruppe zu verzeichnen gehabt habe. Eine Neuberechnung gemäß Nr. 23e BedarfspRL könne nicht erfolgen, da keine Benachteiligung gegenüber der Fachgruppe vorliege, denn die Punktzahlobergrenze sei auf der Basis des Fachgruppendurchschnitts festgelegt worden. Auch die Einführung der Praxisgebühr könne nicht als Änderung der vertraglichen Vereinbarungen gedeutet werden, die zu einer Neubestimmung der Punktzahlobergrenze im Sinne der Nr., 23e Satz 2 der BedarfspRL führe. **SG Bremen**, Urt. v. 20.12.2006 - S 24 KA 7/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## B) ANTEILIGE PUNKTZAHLBEREGRENZE AB EINTRITT DES JOB-SHARING-PARTNERS

**LSG Bayern, Urt. v. 30.01.2008 – L 12 KA 274/05 –**

RID 08-03-28

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 101 I Nr. 4; Nr. 23a BedarfspRL-Ä a. F.

Die vom Zulassungsausschuss für das gesamte Quartal festgesetzte Punktzahlobergrenze ist **anteilig (pro rata temporis)** auf die Zeit ab dem **Eintritt des sog. Job-Sharing-Partners** bis zum Quartalsende herunterzurechnen. Die sich so für das Teilquartal ergebende Obergrenze ist dem in diesem Zeitraum tatsächlich abgerechneten Punktzahlvolumen gegenüberzustellen und der überschießende Teil zu berichtigen. Der Beginn der Leistungsbeschränkung fällt mit der Aufnahme der Praxistätigkeit zusammen und nicht erst mit dem Beginn des nächsten vollen Abrechnungsquartals. Ein solches Verständnis würde dem gesetzgeberischen Ziel der Begrenzung der Leistungsausweitung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Zulassungsbeschränkungen und dem Ausnahmecharakter der Job Sharing-Regelung zuwiderlaufen. Die anteilige Begrenzung muss nicht vom Zulassungsausschuss, sondern kann von der KV im Berichtungsbescheid berechnet werden.

**SG München**, Urt. v. 12.07.2005 - S 28 KA 2194/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## C) BINDUNG AN BESTANDSKRÄFTIGE BESCHRÄNKUNG

**SG Marburg, Beschl. v. 26.05.2008 – S 12 KA 120/08 ER –**

RID 08-03-29

*Beschwerde anhängig*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

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

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

Das **SG** wies den Antrag ab.

## 4. TAGESPROFILE UND QUARTALSZIFFERN

**SG Marburg, Urt. v. 04.06.2008 – S 12 KA 528/07 –**

RID 08-03-30

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

EBM 1996 Nr. 1, 15, 17, 19, 60, 419, 603

Die Anrechnung von Quartalsziffern wie der Nr. 1 (vgl. auch **SG Gotha**, Urt. v. 26.07.2006 – S 7 KA 2343/04 – RID 07-01-32; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 11.02.2004 – L 11 KA 72/03 - RID 04-02-33) und Nr. 15 EBM auf die einzelnen Tage im Rahmen von Tagesprofilen ist unzulässig. Allerdings ist es möglich, diese Leistungen beim erstmaligen Kontakt mit einer Mindestvorgabe anzusetzen, so z. B. die Nr. 1 EBM im gleichen Umfang wie die Konsultationsgebühr.

## 5. NR. 19 EBM: KEINE FREMDANAMNESE IM ORGANISIERTEN ÄRZTLICHEN NOTDIENST

**LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 – L 4 KA 60/06 –**

RID 08-03-31

*Revision anhängig: B 6 KA 19/08 R*

juris

SGB V §§ 75 I 2, 87 I, II; EBM 1996 Nr. 19

Die Nr. 19 EBM kann im ärztlichen Bereitschaftsdienst nicht abgerechnet werden (vgl. **BSG**, Urt. v. 05.02.2003 – B 6 KA 11/02 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 1). 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 (vgl. **LSG Hessen**, Urt. v. 26.09.2007 – L 4 KA 65/06 – RID 08-01-28, Revision anhängig: B 6 KA 51/07 R). **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 11.07.2006 – L 4 KA 24/05 – RID 06-04-34, das die Abrechenbarkeit der Nr. 19 EBM für Anästhesisten bejaht hat, führt nicht zu einer anderen Beurteilung.

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 28.06.2008 – S 5/28 KA 2133/04 – wies die Klage ab, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## 6. KOSTENPAUSCHALE ZIFF. 40750 EBM 2005 UND EINZELMESSERAUFSATZ

*SG Marburg, Urt. v. 04.06.2008 – S 12 KA 547/07 –*

RID 08-03-32

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

EBM 2005 Ziffer 31141, 31142, 40750

Ziffer 40750 EBM 2005, wonach eine Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) nach den Nrn. 31141 und 31142 EBM 2005 in Höhe von 122,00 € anfällt, ist abschließend. Daneben können Kosten für einen Einzelmesseraufsatz in Höhe von 169,17 € nicht abgerechnet werden.

## 7. EINSATZ VON BISPHOSPHONATEN IN DER KREBSTHERAPIE NACH ONKOLOGIEVEREINBARUNG

*LSG Bayern, Urt. v. 14.11.2007 – L 12 KA 16/06 –*

RID 08-03-33

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 26/08 B*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Nr. 8650, 8651 Onkologievereinbarung KBV-Ersatzkassen;

Die Nr. 8650 u. Nr. 8651, die auf die wortgleichen Ziffern 6.1 und 6.2 der zwischen der KBV und den Ersatzkassen mit Wirkung vom 01.01.1985 beschlossenen ersten Onkologievereinbarung zurückgehen und in einem Vertrag der bayerischen Regionalkassen mit der KV Bayern übernommen wurden, beinhalten nicht eine Behandlung mit den Bisphosphonat-Präparaten Aredia und Bondronat als parenterale Polychemotherapie. Es handelt sich nicht um eine Chemotherapie i.S.d. genannten Vertragsbestimmungen.

*SG München, Urt. v. 24.01.2006 - S 38 KA 152/05 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 8. ZAHNÄRZTE

### A) MKG-CHIRURG: KEINE ABRECHNUNG BELEGÄRZTLICHER LEISTUNGEN GEGENÜBER KZV

*LSG Bayern, Urt. v. 05.03.2008 – L 12 KA 5008/06 –*

RID 08-03-34

*Revision zugelassen*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 72 I, 121 III; BMV-Z § 2 II, IIb; BPfVO § 23 I

Ein sowohl als ärztlicher **MKG-Chirurg** als auch als Zahnarzt zugelassener Arzt hat während der **belegärztlichen Behandlung** keinen Anspruch auf Abrechnung von solchen Gebührensätzen gegenüber einer KZV, deren Inhalt als belegärztliche Leistungen auch nach dem EBM gegenüber der KV hätten abgerechnet werden können. Denn aufgrund der sich aus dem Status als Vertragsarzt mit Belegarztanerkennung ergebenden Pflichten **verbietet sich eine alternative vertragszahnärztliche Anforderung** von auch vertragsärztlich abrechnungsfähigen Leistungen. Als zugelassener Vertragsarzt mit Belegarztanerkennung ist er verpflichtet, alle im Rahmen des Fachgebiets der MKG-Chirurgie liegenden vertragsärztlichen Leistungen zu erbringen, soweit dem nicht mangelnde Kapazität, fehlende persönliche und apparative Befähigung oder fehlende zusätzliche Genehmigungen entgegenstehen. Ein Abrechnungswahlrecht kann ihm dann angesichts der Sachleistungserbringungspflicht als Belegarzt bei fehlendem unmittelbarem Teilnahmerecht im (beleg-)stationären Bereich als Vertragszahnarzt nicht mehr zukommen.

Der Kl. nimmt als MKG-Chirurg an der vertragsärztlichen Versorgung teil; dabei ist er als Belegarzt anerkannt. Gleichzeitig ist er als Vertragszahnarzt tätig. Bei mehreren gesetzlich versicherten Patienten rechnete er in den Quartalen I/99 bis I/00 im Zuge der Behandlung mund-, kiefer-, gesichtschirurgischer Erkrankungen vertragsärztliche Leistungen gegenüber der beigel. KV ab. Für diese Belegpatienten hat er darüber hinaus in der Zeit des belegstationären Aufenthalts vertragszahnärztliche Leistungen gegenüber der bekl. KZV abgerechnet, die diese nachträglich auf Anträge mehrere Regionalkrankenkassen wieder berichtigte (Gesamtberichtigungssumme 6.847,66 DM), weil es im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine belegzahnärztliche Tätigkeit gebe. *SG München, Urt. v. 15.03.2006 - S 38 KA 5147/03 -* gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## B) BEHANDLUNGSBEGINN VOR ANTRAGSGENEHMIGUNG (KIEFERBRUCH)

*SG Dresden, Urt. v. 22.11.2007 – S 11 KA 5063/05 Z –*

RID 08-03-35

www.zahn-forum.de/zf/urteile  
EKV-Z § 2 III Anl. 3

Ein **Behandlungsbeginn vor Genehmigung** einer zur Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen schließt eine Leistungsabrechnung nicht aus. Soll mit der Behandlung erst nach Rücksendung des Behandlungsplanes durch die Vertragskasse begonnen werden, sind hiervon ausgenommen Maßnahmen zur **Beseitigung der Schmerzen** sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen. Mit Einreichung des Behandlungsplanes zur Genehmigung in zeitlichem Abstand vom Behandlungsbeginn wird die in § 2 Abs. 4 Anlage 3 EKV-Z vorgesehene Möglichkeit, den eingereichten Behandlungsplan begutachten zu lassen, nicht ausgeschlossen. Ohne die erforderliche **Genehmigung** des Behandlungsplanes ist für den Vertragszahnarzt eine Abrechnung der erbrachten Leistungen ausgeschlossen. Das wirtschaftliche **Risiko** trifft also den Vertragszahnarzt.

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse gegen einen ihr gegenüber ergangenen ablehnenden Bescheid der KZV auf Durchführung einer sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung der Beigel. ab.

## C) MULTIBAND-BEHANDLUNG OHNE GENEHMIGUNG

*SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.03.2008 – S 28 KA 2099/04 –*

RID 08-03-36

SGB V § 75; EKVZ § 12 I; BMVZ § 19

Eine von einer Genehmigung nach Änderung durch den Vertragsgutachter abweichende Behandlung ist nicht vergütungsfähig. Eine genehmigte, aber nicht erbrachte Leistung kann nicht vergütet werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

## III. Fachkunde/Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst/Ausschreibung

Zur BSG-Rspr. vgl. zuletzt RID 07-04 A III (S. 17).

### 1. FACHKUNDE

#### A) FACHKUNDENACHWEIS PSYCHOTHERAPIE GEM. § 95C SGB V OHNE AUSSCHLUSSFRIST

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 (10) KA 47/06 –*

RID 08-03-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 1, 95c, 98 II Nr. 5; Ärzte-ZV § 1 I; PsychThG § 12

Zum Nachweis einer theoretischen Ausbildung für den Fachkundenachweis gem. § 95c S. 2 Nr. 3 SGB V reicht eine Bescheinigung über "Theoriearbeit auf der Grundlage der Psychoanalyse" in einem "analytisch orientierten" Kurs nicht aus, da es sich nicht um eine Ausbildung in **analytischer Therapie** handelt.

Bei der in § 12 IV PsychThG durch das Datum des 31.12.1998 bezeichneten Zeitspanne handelt es sich nicht um eine **Ausschlussfrist** (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.11.2003 - L 10 KA 82/02 - RID 04-01-47; die dazu vertretene Rechtsansicht wurde vom BSG im Rahmen der zurückgenommenen Revision im Verfahren B 6 KA 10/04 R bestätigt, vgl. Terminsbericht Nr. 44/05).

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 08.10.2006 - S 2 (17) KA 88/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück und stellte fest, dass die Kl. den nach § 95c S. 2 Ziff. 3 SGB V i.V.m. dem PsychThG erforderlichen Fachkundenachweis auch nach dem 31.12.1998 und zukünftig erbringen kann.

#### B) EINTRAGUNG IN ARZTREGISTER: ALLGEMEINMEDIZIN UND FÜNFJÄHRIGE WEITERBILDUNGSZEIT

*LSG Hessen, Beschl. v. 16.06.2008 – L 4 KA 19/08 –*

RID 08-03-38

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. Ein Rehabilitationsinteresse folgt auch nicht aus einer angenommenen Grundrechtsverletzung. Eine Schädigung des beruflichen Ansehens ist mit der ablehnenden Entscheidung nicht verbunden.

§ 95a SGB V i. d. F. des VÄndG v. 22.12.2006 ist **nicht verfassungswidrig**.

**SG Marburg**, Urt. v. 16.01.2008 – S 12 KA 200/07 –RID 08-01-34 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. ZWEIGPRAXIS

### A) VERSORGUNGSVERBESSERUNG: AMBULANTE OPERATIONEN/BESTEHENDE ERMÄCHTIGUNG

*SG Marburg, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 466/07 –*

RID 08-03-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
Ärzte-ZV § 24

Eine Versorgungsverbesserung liegt nicht darin, dass Patienten, die am Praxissitz ambulant operiert werden, die Wege zur Voruntersuchung und Nachsorge erleichtert werden durch eine Zweigpraxis.

Eine Versorgungsverbesserung liegt jedenfalls solange nicht vor, wie eine Ermächtigung auch für die Leistungen besteht, die in einer Zweigpraxis erbracht werden sollen.

Das *SG* wies die Klage ab.

### B) MVZ: LEISTUNGSSPEKTRUM AM VERTRAGSARZTSITZ

*SG Marburg, Urt. v. 16.07.2008 – S 12 KA 45/08 –*

RID 08-03-40

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 95; Ärzte-ZV § 24

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) muss am Vertragsarztsitz alle ärztlichen Leistungen erbringen, um fachübergreifend tätig zu sein. Leistungen eines Fachgebiets können nicht ausschließlich in einer Zweigpraxis erbracht werden. Für die Präsenzpflicht am Vertragsarztsitz im Verhältnis zur Zweigpraxis gilt für ein MVZ die Maßgabe, dass die angegebenen Mindestzeiten für den Versorgungsauftrag des MVZ insgesamt unabhängig von der Zahl der beschäftigten Ärzte anzuwenden sind (§ 17 Ia 4 BMV-Ä/EKV-Ä). Es reicht aus, dass die Summe der Tätigkeitszeiten aller am Vertragsarztsitz tätigen Ärzte alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen (Bestätigung von *SG Marburg*, Beschl. v. 23.11.2007 – S 12 KA 465/07 ER - RID 07-04-30; v. 22.02.2008 – S 12 KA 47/08 ER - RID 08-02-53; v. 09.04.2008 – S 12 KA 93/08 ER - RID 08-02-54).

Das *SG* gab der Klage im Hilfsantrag statt.

### C) FEHLENDER ANORDNUNGSGRUND: KEINE UNMITTELBAREN WIRTSCHAFTLICHEN NACHTEILE

*LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 13.02.2008 – L 4 B 663/07 KA ER –*

RID 08-03-41

juris = GesR 2008, 244

SGB V § 95 I 7; SGG § 86b II; Ärzte-ZV § 24; BMV-Ä/EKV-Ä § 15° II

Die Frage, ob eine radiologische Gemeinschaftspraxis die Versicherten allein am Praxissitz oder auch in einer Zweigpraxis behandeln kann, ist für Verwirklichung der Grundrechte der in der Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte aus **Art. 12 GG** jedenfalls nicht von zentraler Bedeutung. Die Genehmigung der Zweigpraxis betrifft lediglich die **Berufsausübung**, und die Beschränkung wirkt sich darüber hinaus sehr viel weniger einschneidend aus als andere Ausübungsregelungen wie z.B. Zulassungssperren. Durch die Versagung der Genehmigung für die Dauer des Hauptsacheverfahrens drohen **keine unmittelbaren wirtschaftlichen Nachteile**, wenn eine Ausweitung der ärztlichen Tätigkeit mit der Genehmigung der Zweigpraxis nicht verbunden sein soll.

Die Ast. ist eine Gemeinschaftspraxis von zehn Ärzten, die radiologische Leistungen erbringen. Die Ast. beantragte Ast. bei der Ag. die Genehmigung vertragsärztlicher Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes in einer Zweigpraxis in H. in den Räumlichkeiten der dortigen Pa.-Klinik, um auch dort Mammographien, konventionelles Röntgen, Computertomographien und Sonographien durchzuführen. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, dass in der näheren Umgebung der geplanten Zweigpraxis kein niedergelassener Radiologe tätig sei. Im Umfeld der geplanten Zweigpraxis seien zwei Vertragsarztsitze weggefallen. Am Praxissitz in P. würden bereits 800 Behandlungsfälle von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und ca. 350 Behandlungsfälle bei Privatpatienten pro Quartal behandelt, die ihren Wohnsitz im Einzugsbereich der beantragten Zweigpraxis hätten. Für diese Patienten werde die Einrichtung der Zweigpraxis zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Die neue Betriebsstätte in H. werde in der Pa.-Klinik H. eingerichtet. Bereits jetzt bestehe in der stationären Versorgung eine enge Kooperation mit der Pa.-Klinik in Form konsiliarischer Tätigkeit. Die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes werde nicht beeinträchtigt. Durch die Einrichtung der Zweigpraxis bei der Pa.-Klinik in H. komme es zu keiner Mengenausweitung. Der Versorgungsgrad im Planungsbereich beträgt für die Gruppe der Radiologen 195,9 %. Die KV lehnte den Antrag ab, weil die Leistungen in N., 10 km entfernt, Fahrzeit zehn Minuten, angeboten würden. Darüber hinaus bestehe ein entsprechendes Angebot in Bad B. sowie am bisherigen Vertragsarztsitz der Ast. Die Fahrtzeit von H. aus betrage ca. 19 Minuten. *SG Kiel*, Beschl. v. 22.11.2007 - S 16 KA 55/07 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

### 3. GENEHMIGUNGEN

#### A) ULTRASCHALL: WIDERRUF AUFGRUND VORBEHALT/QUALITÄTSNACHWEIS

*SG Hamburg, Beschl. v. 26.05.2008 – S 3 KA 83/03 ER –*

RID 08-03-42

SGB V §§ 136; SGG § 86b II

Ein Vertragsarzt hat im Rahmen einer Qualitätsprüfung die Qualität nachzuweisen, die vorliegen muss, um einen Dritten, regelmäßig einen weiterbehandelnden Kollegen, in die Lage zu versetzen, anhand der schon vorhandenen Ultraschallbilder eine Beurteilung vorzunehmen.

Eine Genehmigung kann bei festgestellten Mängeln unabhängig von den Qualitätssicherungsrichtlinien der KBV auf einen in der Genehmigung enthaltenen Widerrufsvorbehalt gestützt werden (vgl. *LSG Hamburg*, Beschl. v. 12.11.2007 – L 2 B 362/07 ER KA – RID 08-01-37).

Das *SG* wies den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs ab.

#### B) KEIN ENTZUG DER DIALYSEVERSORGUNG NACH AUFLÖSUNG EINER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

*SG Marburg, Urt. v. 02.07.2008 – S 12 KA 895/06 –*

RID 08-03-43

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 95; Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä

Der Erteilung eines Versorgungsauftrags nach Anlage 9.1 zum BMV/EKV kommt für Nephrologen eine statusbegründende Bedeutung zu. Nach Auflösung einer Gemeinschaftspraxis kann der Versorgungsauftrag nicht ohne gesetzliche Grundlage einem der beiden früheren Partner vollständig entzogen werden (Anschluss an *LSG Sachsen-Anhalt*, Beschl. v. 10.05.2004 - L 4 B 8/04 KA ER – juris).

Das *SG* gab der Klage statt.

#### c) EBM 2005

##### AA) „VERSORGUNGSSCHWERPUNKT“ NACH ZIFF. 30600 EBM 2005

*LSG Hessen, Urt. v. 18.06.2008 – L 4 KA 1/07 –*

RID 08-03-44

Nr. 30600 EBM 2005

Der Begriff „Versorgungsschwerpunkt“ in Abschn. 30.6 Ziff. 1 EBM 2005 knüpft an die Weiterentwicklungsvereinbarung (DÄ 1996, A 2815) sowie die Rspr. des BSG zu diesem Begriff an; auf die zusätzlichen Voraussetzungen, die die Rspr. zum Begriff des „besonderen Versorgungsbedarfs“ entwickelt haben, kommt es nicht an. Es ist daher auf den Anteil am Punktzahlvolumen und nicht auf die Fallzahlen abzustellen. Soweit jedenfalls bereits kein 20 %iger Anteil erreicht wird mit Abrechnung der Nrn. 360-374 u. 755 EBM 1996 kann eine Genehmigung zur Abrechnung der Nr. 30600 EBM 2005 nicht erteilt werden.

*SG Marburg*, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 492/06 – RID 07-01-49 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

##### BB) HAUSÄRZTLICHE INTERNISTIN UND FACHÄRZTLICHE LEISTUNGEN IM BELEGÄRZTLICHEN BEREICH

*SG Marburg, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 372/07 –*

RID 08-03-45

*Berufung anhängig: LSG Hessen -L 4 KA 56/08 -*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Kapitel 13.3.3, Nr. 13430, Nr. 13431

Einer als Internistin ohne Schwerpunkt zugelassenen Vertragsärztin, die im hausärztlichen Bereich tätig ist, kann eine Genehmigung zur Abrechnung fachärztlicher Leistungen nach den Ziffern 13256, 13400, 13402, 13421, 13422, 13423 und 13661 EBM 2005 im belegärztlichen Bereich nicht erteilt werden.

Vgl. zuletzt *LSG Hessen*, Beschl. v. 04.02.2008 – L 4 KA 28/07 – RID 08-02-57; *SG Marburg*, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 975/06 – RID 07-04-32; *SG Marburg*, Urt. v. 27.06.2007 – S 12 KA 64/07 – RID 07-03-81 u. RID 07-02-A.III.5 (S. 20 f.).

## CC) ALLGEMEINMEDIZINER UND CHIRURGISCHE LEISTUNGEN: ZULASSUNGSSTATUS

*LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 – L 4 KA 26/07 –*

RID 08-03-46

*Revision anhängig: B 6 KA 22/08 R*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Kap. 7 und 31.2

Einem Facharzt für Chirurgie, der als **Facharzt für Allgemeinmedizin** zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, ist aufgrund seines Zulassungsstatus auf die Erbringung der im Kapitel 3 EBM 2005 genannten Leistungen beschränkt. Eine Genehmigung zur Abrechnung chirurgischer Leistungen nach Kapitel 7 EBM 2005 und arztgruppenübergreifender spezieller Leistungen nach Kap. 31.2 EBM 2005 kann ihm nicht erteilt werden. Die Aufzählungen in den einzelnen Kapiteln, die für jedes Fachgebiet differieren und umfassend sind, sind dabei abschließend. Im Übrigen kann der EBM weder von der KV noch von den Gerichten analog angewandt werden.

Soweit die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV abgeschlossene **Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes** (EBM) zum 01.04.2005 davon ausgeht, die KV könnte aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag genehmigen, so handelt es sich lediglich um eine Rechtsansicht. Eine eigenständige Ermächtigungsgrundlage zum Abweichen vom EBM 2005, der detailliert und im Einzelnen regelt, inwiefern Leistungen anderer Kapitel abgerechnet werden können, wurde damit nicht geschaffen. § 72 SGB V, der lediglich allgemeine Vorgaben zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung enthält, ist ebf. keine Rechtsgrundlage für ein Abweichen von den Vorgaben des EBM 2005.

Für die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen kommt es aber maßgeblich auf den **Zulassungsstatus** an.

Die grundsätzliche Abgrenzung zwischen der **haus- und fachärztlichen Versorgungsebene** ist rechtmäßig

Mit § 73 Ia 6 SGB V liegt sachlich eine **Übergangsvorschrift** vor. Die Neuregelung des EBM 2005 war absehbar.

*SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 861/06 – RID 07-02-40* wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 4. BEREITSCHAFTSDIENST

### A) FESTLEGUNG GRÖßERER BEREITSCHAFTSDIENSTBEREICHE

*SG Dresden, Gerichtsbb. v. 09.06.2008 – S 18 KA 1561/07 –*

RID 08-03-47

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V § 75 I 2; SGG §§ 54 I, 86 I 2

Bei jeder an einen bestimmten Arzt gerichteten **Festlegung der Bereitschaftsdienstbereiche** handelt es sich im Verhältnis zu den übrigen, von der gleichen Regelung betroffenen Ärzten um einen **Verwaltungsakt mit Drittwirkung** i.S.d. § 86 I 2 SGG. Die Entscheidungen der KV und des Gerichts ergehen deshalb mit Wirkung für und gegen alle von der gleichen Regelung betroffenen übrigen Ärzte.

Die betroffenen Ärzte sind i.S.d. § 54 I 2 SGG **klagebefugt**, weil sie durch die angefochtenen Bescheide beschwert sind. Der Neuzuschnitt der Bereitschaftsdienstbereiche stellt eine **planerische Entscheidung** dar. Sie unterscheidet sich von zweipoligen Verfahrenskonstellationen dadurch, dass die KV einen Ausgleich nicht nur zwischen dem jeweiligen Interesse eines einzelnen Verfahrensbeteiligten und dem speziell von ihr wahrzunehmenden öffentlichen Sicherstellungsauftrag, sondern auch zwischen den unterschiedlichen Interessen der betroffenen Ärzte zu treffen hat. Die Strukturentscheidung enthält jedem Arzt gegenüber Elemente, die sich je nach individuellen Verhältnissen und subjektiver Wahrnehmung sowohl begünstigend als auch belastend auswirken.

Die betroffenen Ärzte haben einen Anspruch darauf, die ihnen obliegende Pflicht, die Bereitschaftsdienstesätze durchzuführen, auch tatsächlich unter **zumutbaren Bedingungen** erfüllen zu können.

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 -).

Bei der Ausgestaltung des Bereitschaftsdienstes kommt der Beklagten 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 -).

Entscheidet sich eine KV dafür, perspektivisch die Dienste so einzuteilen, dass um den Preis einer **geringeren Bereitschaftsdienstichte** und einer höheren Belastung je Bereitschaftsdienst die Frequenz der Dienste verringert bzw. bei sinkenden Arztzahlen stabilisiert wird, um langfristig einen Bereitschaftsdienst überhaupt aufrechtzuerhalten und attraktivere Bedingungen für die Gründung bzw. die Nachfolge von Arztpraxen im ländlichen Raum zu schaffen, so ist dies nicht zu beanstanden.

Die Beteiligten streiten über die Verpflichtung zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in einem durch die Zusammenlegung zweier Bereitschaftsdienstbereiche neu gebildeten Bereitschaftsdienstbereich. Ein Teil der Kl. nahm als Vertragsärzte bis zum 31.12.2007 am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst in S. mit den Gemeinden S. u. St., ein anderer Teil in E. mit der Stadt E und der Gemeinde So. teil. Im Rahmen einer Neustrukturierung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes ordnete die Bekl. gegenüber den Kl. an, dass der Bereitschaftsdienstbereich E. mit Wirkung ab dem 02.01.2008, 14:00 Uhr, das Territorium der Stadt E. sowie der Gemeinden So., S. und St. umfasse. Zugleich verpflichtete die Bekl. die Kl. zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in dem neu gebildeten Bereitschaftsdienstbereich nach Maßgabe der jeweiligen Bereitschaftsdiensteinteilung. Das **SG** wies die Klage ab (s. a. unter Streitwert).

## **B) KEIN ANSPRUCH AUF BEFREIUNG VOM NOTDIENST FÜR NEPHROLOGEN MIT DIALYSEPRAXIS**

**LSG Hessen, Beschl. v. 06.05.2008 – L 4 KA 58/07 –**

**RID 08-03-48**

SGB V §§ 73 II, 75 I 1 u. 2 SGB V; Notdienstordnung KV Hessen

**Nephrologen mit Dialysepraxis** sind wie jeder andere Vertragsarzt zur Teilnahme am organisierten ärztlichen Notdienst zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten verpflichtet, ohne dass hierdurch das Recht auf freie Berufsausübung gemäß Art. 12 I GG verletzt wird. Sofern und soweit sie aufgrund der Dialysebehandlung nicht persönlich den Notdienst ausüben könnten, ist ihnen zumutbar, auf die Möglichkeit der **Beauftragung eines Vertreters verwiesen** zu werden. Sie haben aufgrund freier unternehmerischer Entscheidung ihren Schwerpunkt der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Dialysebehandlung gewählt und haben damit nicht nur die Vorteile, sondern auch die Nachteile und Erschwernisse dieser Entscheidung zu tragen.

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 18.07.2007 – S 5 KA 2258/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

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

## **5. AUSSCHREIBUNG EINES PRAXISSITZES: FORTFÜHRUNGSFÄHIGE NERVENVERTRAGSÄRZTLICHE PRAXIS**

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 06.02.2008 – L 7 B 168/07 KA ER –**

**RID 08-03-49**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 103 IV

Voraussetzung für eine Ausschreibung ist, dass eine nicht nur formal bestehende Kassenzulassung, sondern eine tatsächlich existierende und betriebene Kassenpraxis durch den Antragsteller an einen Praxisnachfolger weitergegeben werden soll. Sofern dieser Tatbestand einer **Praxisfortführung** im Sinne des § 103 IV 1 SGB V nicht erfüllt ist, weil es keine fortführungsfähige Praxis gibt, ist weder ein Vertragsarztsitz auszuschreiben noch eine Zulassung im Nachbesetzungsverfahren zu erteilen (BSG, SozR 3-2500 § 103 Nr. 5).

Eine **fortführungsfähige nervenvertragsärztliche Praxis** setzt voraus, dass der Arzt zum Zeitpunkt der Beendigung der Zulassung tatsächlich unter der Praxisanschrift in nennenswertem Umfang (noch) vertragsärztlich tätig gewesen ist, Besitz bzw. Mitbesitz an Praxisräumen hat, Sprechzeiten ankündigt, eine (nerven-)ärztliche Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen entfaltet sowie über die für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit erforderliche Praxisinfrastruktur in apparativ-technischer Hinsicht verfügt.

**SG Berlin**, Beschl. v. 31.10.2007 - S 79 KA 577/07 ER - verpflichtete die KV im Wege einstweiliger Anordnung, dem Vertragsarztsitz im nächsten KV-Blatt auszuschreiben; das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## IV. Disziplinarrecht

### 1. DOPPELBEHANDLUNG IN PRAXISGEMEINSCHAFT

*LSG Bayern, Urt. v. 26.02.2008 – L 12 KA 673/04 –*

RID 08-03-50

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 25/08 B*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 72, 76, 85 IV; Ärzte-ZV § 32 I 1

**Kurzfristige Abwesenheitsgründe** im Rahmen langer Präsenzzeit einer Seite einer Praxisgemeinschaft, wie Erholungspausen oder Hausbesuche, lösen in dieser kurzen Zeit keinen **Vertretungsfall** aus, der zu einer Vertretungsbehandlung durch den anderen Praxisgemeinschaftspartner berechtigt.

Teilen die Partner einer Praxisgemeinschaft die hausärztliche Versorgung nach eigenen Präferenzen und Neigungen auf und erfüllen so ihre Sachleistungserbringungspflicht gemeinschaftlich und arbeitsteilig, so wird die Kooperationsform der **Praxisgemeinschaft rechtsmissbräuchlich** genutzt.

Der kl. Dr. W. war mit Dr. Kr., beides Allgemeinärzte, in den Quartalen I/98 bis III/01 in Gemeinschaftspraxis (GP) tätig. Die GP wiederum bildete eine Praxisgemeinschaft (PG) mit Dr. Ka. Ab dem Quartal IV/01 sind die Ärzte in Gemeinschaftspraxis (Dreiergemeinschaft) tätig. Alle drei Ärzte gehören dem hausärztlichen Versorgungsbereich an und besitzen unterschiedliche Qualifikationen zur Erbringung besonderer Leistungen. Im Quartal I/99 behandelte die GP eine Zahl von 2.083 Patienten, während Dr. Ka. 1.300 Patienten zur Abrechnung brachte. 989 der Patienten wurden von beiden Praxen behandelt. Im Quartal I/01 gab es 826, im Quartal III/01 noch 410 sog. Doppelbehandlungsfälle. Nach Aufhebung der Honorarbescheide verpflichtete sich die GP durch Vergleichsvertrag mit der KVB zur Rückzahlung von 163.977,00 Euro als Anteil der von der Bekl. errechneten Gesamtrückforderungssumme von 237.304,00. Der Vergleichsschluss erfolgte ohne Anerkennung einer Rechtspflicht. Der Disziplinarausschuss verhängte gegen den Kläger eine Disziplinarbuße in Höhe von 10.000,00 Euro. **SG München**, Urt. v. 22.06.2004 - S 43 KA 159/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zu Plausibilitätsprüfungen wegen Doppelabrechnung vgl. **BSG**, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R - SozR 4-5520 § 33 Nr. 6 = BSGE 96, 99 = ZMGR 2006, 148 = NZS 2006, 544 = GesR 2006, 450 = MedR 2006, 611 und aus der Instanzenpraxis zuletzt **SG Düsseldorf**, Urt. v. 21.11.2007 - S 2 KA 31/07 - RID 08-01-50; **LSG Bayern**, Urt. v. 28.03.2007 - L 12 KA 216/04 - RID 07-04-23; **LSG Bayern**, Urt. v. 16.05.2007 - L 12 KA 563/04 - RID 07-04-24; **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 08.06.2007 - L 3 KA 9/07 ER - RID 07-03-26; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 13.12.2006 - L 11 KA 82/05 - RID 07-01-29 m.w.N.

### 2. BESCHÄFTIGUNG EINER WEITERBILDUNGSASSISTENTIN OHNE GENEHMIGUNG

*LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 21.08.2006 – L 5 KA 2720/05 –*

RID 08-03-51

rechtskräftig [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 81 V 1, 98 II Nr. 13; Ärzte-ZV §§ 3 III, 32 I, II

In der Beschäftigung einer Weiterbildungsassistentin ohne Genehmigung liegt eine Verletzung vertragsärztlicher Pflichten. Ein Disziplinarausschuss ist aus Rechtsgründen nicht verpflichtet, lediglich eine Verwarnung oder einen Verweis auszusprechen, da die ungenehmigte Beschäftigung eines Assistenten **nicht als geringfügige Pflichtverletzung** eingestuft werden kann, zumal der zum Kernbestand des Vertragsarztrechts gehörende Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung (§ 32 Abs. 1 Ärzte-ZV) betroffen ist.

**SG Stuttgart**, Urt. v. 22.04.2005 - S 11 KA 1393/03 - wies die Klage gegen die Verhängung einer Geldbuße in Höhe von 1.000,00 Euro ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 3. VERFAHRENSKOSTEN

*SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 16.04.2008 – S 27 KA 410/06 –*

RID 08-03-52

*SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 16.04.2008 – S 27 KA 411/06 –*

RID 08-03-53

SGB V § 81 V 1; SGB X § 63

Werden in einem bestandskräftigen Disziplinarbescheid die Verfahrenskosten der Vertragsärztin auferlegt, so ist dies in einem Verfahren über die Kosten nicht mehr zu überprüfen. Für die Regelung der Verfahrenskosten besteht ein weiter Gestaltungsspielraum. Eine Regelung kann auf die Bearbeitungsgebühr des Vorsitzenden nebst Sitzungsgeldern und Schreibgebühren abstellen (hier: 979,56 Euro).

Das **SG** wies die Klage ab.

## V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 16.07.2008 – **B 6 KA 57-60/07 R** – sind die Prüfungsgremien nicht stets von Amts wegen verpflichtet, sich von den Krankenkassen die erweiterten **Arznei- bzw. Heilmitteldateien** vorlegen zu lassen und sie dem Arzt zur Einsicht zur Verfügung zu stellen; dies ist nur dann erforderlich, wenn die Prüfvereinbarung dies vorschreibt oder aber der Arzt substantiierte Zweifel gegenüber dem elektronisch ermittelten Verordnungsvolumen vorbringt und zur weiteren Aufklärung die Heranziehung der erweiterten Arznei- bzw. Heilmitteldateien verlangt; zur Substantiierung der Zweifel reicht es aus, wenn sie sich auf nur einzelne Verordnungsbeträge in dem betroffenen Quartal beziehen und zu ihrer Behebung die Heranziehung der erweiterten Arznei- bzw. Heilmitteldateien möglicherweise hilfreich sein kann; die Anforderungen daran, wann die Beiziehung dieser Dateien geboten ist, dürfen nicht überspannt werden. Die ggf. fehlerhafte Nichteinbeziehung dieser Daten stellt einen Verfahrensfehler dar, der grundsätzlich zur Aufhebung des Bescheides des Beschwerdeausschusses führt. Etwas anderes gilt gemäß § 42 Satz 1 SGB X lediglich, falls offensichtlich ist, dass der Fehler die Entscheidung des Beschwerdeausschusses in der Sache nicht beeinflusst hat - etwa weil im Gerichtsverfahren die erweiterten Arzneimitteldateien vorgelegt worden sind und sich die Notwendigkeit einer Korrektur der zugrunde gelegten Arzneiverordnungskosten nicht ergeben hat. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2008 – **B 6 KA 34/07 R** – kann auf der Grundlage einer **Prüfvereinbarung aus dem Jahr 1995** eine **statistische Vergleichsprüfung** auch nach der Neufassung des § 106 SGB V durch das GMG durchgeführt werden; für die Forderung, den als unwirtschaftlich angesehenen Teil zuerst von der Honoraranforderung abzuziehen und erst dann die Vorschriften über das "Individuelle Punktzahlvolumen" des Honorarverteilungsmaßstabs anzuwenden, bietet das Bundesrecht keine Grundlage.

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. VERGLEICHSGRUPPE BEI PATIENTEN TÜRKISCHER HERKUNFT/GANZKÖRPERUNTERSUCHUNG

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2008 – L 3 KA 99/06 –**

**RID 08-03-54**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106

Eine **Rechtsbehelfsbelehrung**, in der das anzurufende Gericht mit voller Anschrift angegeben wird, ist unrichtig erteilt, wenn die dort enthaltene Straßenbezeichnung nicht mehr zutrifft.

Der Beschwerdeausschuss kann den **Prüfgegenstand ändern** und an Stelle der vom PA allein geprüften Nr. 60 EBM die diagnostischen Leistungen insgesamt untersuchen. Hierin liegt bei gleich bleibendem Kürzungsbetrag keine verbotene **reformatio in peius**, (BSG SozR 5550 § 15 Nr. 1).

Eine Verfeinerung der **Vergleichsgruppe** der Allgemeinärzte ist auch dann nicht erforderlich, wenn 80 % der Patienten türkischer Herkunft und 40 % im Zusammenhang damit Kinder sind (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 49).

Die Erforderlichkeit einer **Ganzkörperuntersuchung** nach der Nr. 60 EBM liegt bei vielen typischen Infektionskrankheiten namentlich von Kindern nicht auf der Hand. Eine routinemäßige Durchführung von Ganzkörperuntersuchungen nach Nr. 60 EBM, die ohne Rücksicht auf eine medizinische Indikation im konkreten Erkrankungsfall erfolgt, ist unwirtschaftlich.

**SG Hannover**, Urt. v. 01.03.2006 - S 24 KA 47/01- wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 2. RICHTGRÖßENPRÜFUNG 1999 KV BRANDENBURG

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.03.2008 – L 7 KA 25/07 –**

**RID 08-03-55**

Revision zugelassen  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 84 III, 106 II Nr. 1, Va 1 HS 2

Für eine auf einer Richtgrößenprüfung basierende Regressfestsetzung durch den Prüfungsausschuss im Bereich der KV Brandenburg gab es im Jahr 1999 keine ausreichende Rechtsgrundlage, da die Richtgrößenvereinbarung für 1999 nicht rechtzeitig zu Jahresbeginn vereinbart und bekannt gemacht worden war; ein Rückgriff auf eine früher erlassene RgV, die für das Jahr 1999 gemäß § 84 Abs. 4 SGB V bis zum Inkrafttreten einer Folgevereinbarung hätte fortwirken können, ist nicht möglich, weil die RgV 1999 die erste für Brandenburg zu Stande gekommene RgV ist.

**SG Potsdam**, Gerichtsbb. v. 09.02.2007 - S 1 KA 34/05 - wies die Klage der Krankenkassen ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelverfahren** alle **Revision zugelassen** und www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SG Potsdam**, Gerichtsbb. v. 09.02.2007 - S 1 KA 22/05 -

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.03.2008 – L 7 KA 26/07 –**

**RID 08-03-56**

**SG Potsdam**, Gerichtsbb. v. 09.02.2007 - S 1 KA 39/05 -

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.03.2008 – L 7 KA 24/07 –**

**RID 08-03-57**

**SG Potsdam**, Gerichtsbb. v. 09.02.2007 - S 1 KA 45/05 -

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.03.2008 – L 7 KA 27/07 –**

**RID 08-03-58**

**SG Potsdam**, Gerichtsbb. v. 09.02.2007 - S 1 KA 42/05 -

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.03.2008 – L 7 KA 23/07 –**

**RID 08-03-59**

### 3. BLUTZUCKERTESTSTREIFEN

*SG Hamburg, Urt. v. 02.04.2008 – S 3 KA 545/06 –*  
SGB V § 106

RID 08-03-60

Es gehört zur Ordnungsverantwortung des Arztes, den Patienten in einem wirtschaftlichen Verhalten zu schulen. Unwirtschaftliches Verhalten ist ggf. zu dokumentieren. U.U. ist die Behandlung abzubrechen.

Zum Verordnungsumfang von Blutzuckerteststreifen existieren abstrakte Standards, deren Abweichung im Einzelfall eine Begründungspflicht in der Dokumentation auslöst.

Die Prüfungsgremien setzten einen Regressbetrag von 644,22 € für einen Behandlungsfall eines Kindes in den Quartalen III u. IV/02 fest, da durchschnittlich acht Teststreifen pro Tag ausreichen, die verordnete Menge aber 17 pro Tag bedeute. Das *SG* wies die Klage ab.

**Parallelverfahren:** *SG Hamburg, Urt. v. 02.04.2008 – S 3 KA 546/06 –*

RID 08-03-61

### 4. SPRECHSTUNDENBEDARF AUS AUSLAND

*SG Hamburg, Urt. v. 05.03.2008 – S 3 KA 83/06 –*  
SGB V § 106

RID 08-03-62

Schließt eine Sprechstundenbedarfsvereinbarung den Bezug in der Bundesrepublik nicht allgemein verkehrsfähiger Arzneimittel durch Einzelimport aus dem Ausland aus, so wird damit bezweckt, als Sprechstundenbedarf nur Präparate zur Anwendung kommen zu lassen, die ein in der Bundesrepublik anerkanntes Zulassungsverfahren durchlaufen haben. Dies dient der Qualitätssicherung und ist rechtlich zulässig. Die Kriterien von BVerfG v. 06.12.2005 sind hierauf nicht anwendbar, da Sprechstundenbedarf nicht auf den Einzelfall zugeschnitten ist.

Die Prüfungsgremien setzten für die Mittel Minispike Spritze und Pentagastrin-Test, der nach Ansicht des Vertragsarztes die einzige Möglichkeit darstelle, den Nachweis von Krebszellen bei Verdacht auf ein C-Zell-Karzinom an der Schilddrüse zu erbringen, einen Regress von 324,43 € fest. Das *SG* wies die Klage ab.

## VI. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 09.04.2008 – *B 6 KA 40/07 R* – hat ein **Internist ohne Schwerpunktbezeichnung** keinen Anspruch auf Ermächtigung zur Erbringung **pneumologischer Leistungen** nach Abschnitt 13.3.7 EBM 2005, da diese Leistungen nur von Fachärzten für innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und von Lungenärzten berechnet werden dürfen, und zwar unabhängig davon, ob der einzelne Arzt persönlich entsprechende Befähigungen aufweist; nach BSG, Urt. v. 06.02.2008 – *B 6 KA 40/06 R* - SozR 4-5520 § 31 Nr. 3 - 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).

*F.-J. Dahm*, Die Bürgschaftserklärung nach § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V als Gründungsvoraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums, MedR 2008, 257-267; *M. H. Stellpflug/M. Warntjen*, Die Neuregelung des § 23 i Abs. 7 der Bedarfsplanungs-Richtlinie – Keine Anstellung von Ärzten bei Psychotherapeuten?, MedR 2008, 281-285.

### 1. KEINE ANFECHTUNGSBEFUGNIS GEGEN ZULASSUNGSENTSCHEIDUNG (DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE)

*LSG Bayern, Beschl. v. 13.09.2007 – L 12 B 494/07 KA ER –*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 95, 101; SGG § 54

RID 08-03-63

Ein Vertragsarzt kann mangels **Antrags- bzw. Klagebefugnis** nicht die Zulassung eines anderen **Arztes der gleichen Fachrichtung**, auch nicht **nach Teilentsperrung** eines zuvor wegen Überversorgung gesperrten Versorgungsbereichs, anfechten. Es reicht im Regelfall für die Annahme einer Antragsbefugnis nicht aus, wenn der Vertragsarzt nur mittelbar bzw. nur durch die wirtschaftlichen Auswirkungen eines Verwaltungsakts betroffen ist. Denn die Rechtsordnung gewährt bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten grundsätzlich keinen Schutz vor Konkurrenz. Demgemäß haben Marktteilnehmer regelmäßig keinen Anspruch darauf, dass die Wettbewerbsbedingungen für sie gleich bleiben, und insbesondere haben sie keinen Anspruch darauf, dass Konkurrenten vom Markt ferngehalten werden. Während bei einer offensiven Konkurrentenklage die Antragsbefugnis allein aus der Grundrechtsbetroffenheit eines jeden abgelehnten Bewerbers resultiert, kann bei einer defensiven Konkurrentenklage eine Anfechtungsbefugnis nicht aus materiellen Grundrechten abgeleitet werden. Denn diese

begründen keine Ansprüche auf Fernhaltung anderer (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.2007 - B 6 KA 8/06 R - SozR 4-1500 § 54 Nr. 10 = BSGE 00 = GesR 2007, 369 = MedR 2007, 499 = NZS 2008, 105).

**SG München**, Beschl. v. 17.04.2007 - S 43 KA 208/07 ER - lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Klage (Az. S 43 KA 210/07) gegen den Beschluss des Berufungsausschusses wiederherzustellen, ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Gegen **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 04.06.2008 - L 5 KA 4514/07 - (Defensive Konkurrentenklage gegen Sonderbedarfszulassung) ist eine Revision - **B 6 KA 25/08 R** – anhängig.

## 2. PRAXISNACHFOLGE

### A) FORTFÜHRUNGSFÄHIGKEIT EINER ANÄSTHESISTISCHEN PRAXIS

**LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 15.05.2008 – L 4 B 369/08 KA ER –**

RID 08-03-64

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V § 103 IV; SGG § 86b I

Für eine **Praxisnachfolge** wird der Besitz bzw. Mitbesitz von Praxisräumen, die Ankündigung von Sprechzeiten, die tatsächliche Entfaltung einer ärztlichen Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen sowie das Bestehen der für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im jeweiligen Fachgebiet erforderlichen Praxisinfrastruktur in apparativ technischer Hinsicht gefordert. Fehlt es an alldem, kommt das Nachbesetzungsverfahren nach § 103 IV SGB V nicht zur Anwendung (BSG, Urt. v. 29. September 1999 – B 6 KA 1/99 R, BSGE 85, 1 = SozR 3 2500 § 103 Nr. 5). Allerdings spricht Vieles dafür, dass bei der Formulierung der Anforderungen, die an das Vorhandensein einer fortführungsfähigen Praxis zu stellen sind, auf die **Besonderheiten der anästhesistischen nicht schmerztherapeutischen Tätigkeit** Rücksicht zu nehmen ist. Dies kann jedoch nicht dazu führen, dass keinerlei Anforderungen an das Bestehen einer fortführungsfähigen Praxis zu stellen wären. Angesichts der geringeren Bedeutung von Praxisräumen, Ausstattung, Personal und Patientenstamm dürfte der vertraglichen Einbindung der Praxis in Gestalt von Kooperationsverträgen insbesondere mit operierenden Ärzten umso größere Bedeutung zukommen.

Ein Praxisübernehmer muss die **Absicht** haben, die **Praxis** des Praxisabgebers **fortzuführen**.

Unter Berücksichtigung der in der vertragsarztrechtlichen Literatur beschriebenen und von dem Vorsitzenden des Ag. bestätigten Verwaltungspraxis, nach der die Praxisnachfolge in einer **Gemeinschaftspraxis** im Wesentlichen von der Entscheidung der verbliebenen Ärzte der Gemeinschaftspraxis präjudiziert wird, spricht vieles dafür, dass eine solche Verfahrensweise nicht als eine zulässige Gestaltungsmöglichkeit anzusehen wäre, weil damit die in § 103 IV SGB V gesetzlich vorgegebenen Auswahlkriterien wie Approbationsalter und Dauer der ärztlichen Tätigkeit vollständig entwertet würden.

Das fehlende öffentliche Interesse an der Nachbesetzung schließt die Anordnung der sofortigen Vollziehung nicht aus, weil diese auch im überwiegenden **Interesse eines Beteiligten** ergehen kann (BSG, Urt. v. 05.11.2003 - B 6 KA 11/03 R - BSGE 91, 253 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 1).

Der 1948 geb. Ast. ist seit November 1980 als Arzt approbiert und seit 1985 Facharzt für Anästhesiologie. Er war im Jahr 2007 in einer Gemeinschaftspraxis gemeinsam mit Dr. B und Dr. O mit Sitz in Bad Segeberg zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zum 1. Januar 2008 ist Dr. G mit Sitz in Ka, N str. 18, als weiterer Arzt in die nun überörtliche Gemeinschaftspraxis eingetreten. Im Entwurf eines **Praxisübernahmevertrags** ist die Übernahme von Praxisräumen, Inventar oder Personal, da nicht vorhanden, nicht vorgesehen. Die Patientenkartei bleibt im Eigentum des Veräußerers. Der Veräußerer kooperiert seit fast neunzehn Jahren mit den Kieferchirurgen und Zahnärzten einer Praxis, allerdings ohne feste vertragliche Bindung. Auch im Übrigen bestehen keinerlei Verträge, in die der Erwerber einzutreten hätte. Der Zulassungsausschuss ließ den Ast. als Nachfolger des Dr. E als Facharzt für Anästhesiologie für Ka, N straße 18, zu. Die Zulassung erfolgte unter der Bedingung der Zahlung des im Entwurf eines Praxisübernahmevertrages genannten Kaufpreises in Höhe von 41.660,00 EUR sowie des Verzichts auf die bereits bestehende Zulassung für Bad Segeberg. Gleichzeitig lehnte der Zulassungsausschuss die Zulassung der übrigen zwölf Bewerber einschließlich der Beigel. zu 8., Dr. K, wegen ihres Alters von 67 Jahren, und der Beigel. zu 9., Dr. W, da der Ast. sowohl länger approbiert als auch länger ärztlich tätig sei, ab. Ihre Widersprüche – sie trugen u.a. vor, dem Ast. gehe es nicht um die Nachbesetzung des Praxissitzes des Dr. E, sondern um die Vergrößerung der bestehenden Gemeinschaftspraxis - blieben erfolglos. **SG Kiel**, Beschl. v. 05.03.2008 - S 16 KA 7/08 ER - ordnete die sofortige Vollziehung der Zulassung an; das **LSG** wies auf Beschwerde der Beigel. zu 9. den Antrag des Ast. ab.

## B) DAUER DER ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

**SG Hamburg, Beschl. v. 14.04.2008 – S 3 KA 31/08 ER –**

**RID 08-03-65**

SGB V § 104 IV

Übertrifft ein Bewerber einen Mitbewerber um die Praxisnachfolge hinsichtlich der Dauer der ärztlichen Tätigkeit, hat er aber ein geringeres Approbationsalter und eine geringere Dauer der Eintragung in die Warteliste, so ist die Entscheidung, ihn als Praxisnachfolger zuzulassen, nicht zu beanstanden.

Die Dauer einer ärztlichen Tätigkeit ist nachzuweisen. Eine Bescheinigung muss auch über Art und Umfang der ärztlichen Tätigkeit Auskunft geben.

Das **SG** lehnte den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Zulassung eines anderen Arztes als Praxisnachfolger ab.

## C) WIDERSPRUCH EINER PRAXISABGEBENDEN ÄRZTIN GEGEN NACHFOLGEBESETZUNG

**SG Düsseldorf, Urt. v. 21.05.2008 – S 33 KA 242/07 –**

**RID 08-03-66**

SGB V § 103 IV

Mit einem **Widerspruch der praxisabgebenden Ärztin** gegen eine Nachfolgebesetzung wird konkludent der Antrag auf Nachbesetzung zurückgenommen, was bis zur Bestandskraft der Entscheidung des Zulassungsausschusses möglich ist und die Erledigung des Nachbesetzungsverfahrens zur Folge hat. §103 IV SGB V gewährt dem Bewerber bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ebenso wenig einen Anspruch auf Ausschreibung des Sitzes, wie der Bewerber die Rücknahme des Ausschreibungsantrages durch den Berechtigten verhindern kann (BSG, Urt. v. 05.11.2003 – B 6 KA 11/03 R -).

Der Zulassungsausschuss stellte das Ende der Zulassung der Beigel. durch Verzicht fest, wobei der Verzicht unter dem Vorbehalt wirksam werden sollte, dass ein Nachfolger bestandskräftig zugelassen werde. Ferner ließ er die Kl. als Praxisnachfolgerin der Beigel. unter der Voraussetzung einer einvernehmlichen Vereinbarung zu. Nach Unstimmigkeiten über die Erfüllung des Praxisübernahmevertrages trat die Beigel. vom Vertrag zurück und legte Widerspruch gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses ein. Der bekl. Berufungsausschuss hob die Beschlüsse des Zulassungsausschusses auf. Das **SG** wies die Klage ab.

## D) PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN IN ÄRZTLICHE PRAXIS U. SOG. 40/40/20-REGELUNG

**SG Marburg, Beschl. v. 09.06.2008 – S 12 KA 151/08 ER –**

**RID 08-03-67**

*Beschwerde eingelegt*

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

Eine **Psychologische Psychotherapeutin** kann die Praxis eines als Psychiater mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Facharzt für psychotherapeutische Medizin ausschließlich zur psychotherapeutischen Tätigkeit zugelassenen Vertragsarztes nach § 103 IV SGB V übernehmen.

Der Ausschluss von Untergruppen der Arztgruppe der Psychotherapeuten bedarf unter Gesichtspunkten der Bedarfsplanung nach Nr. 22b BedarfspRL-Ä bei der Praxisnachfolge einer eindeutigen gesetzlichen Grundlage. Soweit der Bewerber bevorzugt wird, der sich bereits mit dem die Praxis abgebenden Arzt geeinigt hat, besteht für ergänzende Bedarfsplanungsgesichtspunkte, insb. die **sog. 40/40/20-Regelung** kein Raum.

Die ast. Psychologische Psychotherapeutin war vom Zulassungsausschuss als Praxisnachfolgerin eines ausschließlich zur psychotherapeutischen Tätigkeit zugelassenen Vertragsarztes trotz einer ärztlichen Mitbewerberin zugelassen worden. Hiergegen legte die beigel. KV Widerspruch ein, über den noch nicht entschieden ist. Einen Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung lehnte der Berufungsausschuss ab. Das **SG** ordnete die sofortige Vollziehung des Beschl. des Zulassungsausschusses bis 1 Monat nach einer Entscheidung des Berufungsausschusses über den Widerspruch der beigel. KV im Wege der einstweiligen Anordnung an.

Vgl. bereits **SG Marburg**, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 732/06 – RID 06-04-63 und **LSG Hessen**, Beschl. v. 23.05.2007 – L 4 KA 72/06 – RID 07-03-65.

Die zum Jahresende 2008 auslaufende sog. 40/40/20-Regelung (§ 101 IV 5 SGB V) soll nach Art. 1 Nr. 2 **E-GKV-OrgWG** (Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen, BT Drs. 16/9559 v. 16.06.2008) für Ärzte auf den derzeit bestehenden tatsächlichen Versorgungsanteil von 20 % mit Geltung bis Ende 2013 angepasst werden; außerdem ist eine Quote von 10 % für Leistungserbringer vorgesehen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen.

### 3. 68 JAHRES-ALTERSGRENZE

Nach BSG, Urtr. v. 06.02.2008 – **B 6 KA 41/06 R** - GesR 2008, 300 = MedR 2008, 453 - 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; eingelegte Rechtsbehelfe entfalten keine aufschiebende Wirkung, weil die Beendigung lediglich deklaratorisch festgestellt wird. Die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil wurde nicht zur Entscheidung angenommen (**BVerfG** 1. Senat 2. Kammer v. 30.06.2008 - 1 BvR 1159/08 -). Nach BSG, Urtr. v. 09.04.2008 – **B 6 KA 44/07 R** – ist die Altersregelung nach § 95 VII 3 SGB V sowohl mit Verfassungs- als auch mit europäischem Recht vereinbar; eine Ausnahme oder eine einschränkende Auslegung ist weder für die Arztgruppe der Pathologen noch individuell möglich; s. a. BSG, Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 58/07 B – RID 08-02-133, das die Nichtzulassungsbeschwerde gegen LSG Hamburg, Urtr. v. 28.02.2007 – L 2 KA 2/06 – RID 07-03-73 zurückgewiesen hat.

Zur **Instanzenpraxis** vgl. zuletzt RID 08-02-92; 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**, Urtr. v. 16.10.2007 - C-411/05 – RID 07-04-208.

#### A) VORLAGE AN DEN EUGH

**SG Dortmund, Beschl. 25.06.2008 – S 16 KA 117/07 –**

**RID 08-03-68**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 95 VII; EGRL 78/2000

Das Verfahren wird ausgesetzt. Es wird gemäß Art. 234 EGV eine Vorabentscheidung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaft zu folgenden Fragen eingeholt:

1. Kann die gesetzliche Regelung einer Höchstaltersgrenze für die Zulassung zur Berufsausübung (hier: für die Tätigkeit als Vertragszahnärztin) im Sinne des Art. 6 der Richtlinie 2000/78/EG eine objektive und angemessene Maßnahme zum Schutz eines legitimen Zieles (hier: der Gesundheit der gesetzlich krankenversicherten Patienten) und ein zur Erreichung dieses Zieles angemessenes und erforderliches Mittel sein, wenn sie ausschließlich aus einer auf "allgemeine Lebenserfahrung" gestützten Annahme eines ab einem bestimmten Lebensalter eintretenden generellen Leistungsabfalls hergeleitet wird, ohne dass dabei dem individuellen Leistungsvermögen des konkret Betroffenen in irgendeiner Weise Rechnung getragen werden kann?
2. Falls die Frage zu 1. zu bejahen ist: Kann ein im Sinne des Art. 6 der Richtlinie 2000/78/EG legitimes (Gesetzes-)Ziel (hier: der Gesundheitsschutz der gesetzlich krankenversicherten Patienten) auch dann angenommen werden, wenn dieses Ziel für den nationalen Gesetzgeber bei der Wahrnehmung seines gesetzgeberischen Gestaltungsspielraums selbst überhaupt keine Rolle gespielt hat?
3. Falls Frage Nr. 1. oder 2. zu verneinen ist: Darf ein vor Erlass der Richtlinie 2000/78/EG ergangenes Gesetz, das mit dieser Richtlinie unvereinbar ist, kraft Vorrangs des europäischen Rechts auch dann nicht angewandt werden, wenn das die Richtlinie umsetzende nationale Recht (hier: das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz) eine solche Rechtsfolge im Falle eines Verstoßes gegen das Diskriminierungsverbot nicht vorsieht?

#### B) PRAXISFORTFÜHRUNG WEGEN GESETZGEBERISCHER ABSICHT DER ABSCHAFFUNG DER ALTERSGRENZE

**LSG Bayern, Beschl. v. 11.07.2008 – L 12 B 1113/07 KA ER –**

**RID 08-03-69**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 97 VII; SGG § 86b II

Ein Antrag, die **aufschiebende Wirkung der Rechtsbehelfe** gegen die Feststellung der Beendigung der vertragszahnärztlichen Zulassung aus Altersgründen festzustellen, ist wegen fehlenden Feststellungsinteresses unzulässig, da eine solche Feststellung nicht ausreichen würde, die Wirkung der umstrittenen Zulassungsbeendigung aufzuschieben.

Verschiedene gesetzliche Maßnahmen ergeben eine **Relativierung der Annahme**, Ärzte mit einem höheren Alter als 68 seien eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit. Die Überlegungen, mit denen diese Altersgrenze aus der Notwendigkeit des Schutzes der Bevölkerung vor insuffizienter Behandlung abgeleitet werden soll, sind daher nicht widerspruchsfrei, die Möglichkeit, dass das Hauptsacheverfahren zum Fortbestand der Zulassung - ggf. für einen gewissen Zeitraum - ist daher ernsthaft in Betracht zu ziehen. Entsprechendes ist für die Gesichtspunkte "Generationengerechtigkeit" und Altersdiskriminierung festzustellen.

Angesichts BVerfG v. 07.08.2007 - 1 BvR 1941/01 - sowie BSG v. 06.02.2008 - B 6 KA 41/06 R - sähe der Senat keinen Raum, aufgrund der Widersprüche in der Rechtfertigung der Altersgrenze nach

Rechtsfolgenabwägung zu einer für den Ast. positiven Entscheidung zu gelangen. Indes sind dem Senat **gesetzgeberische Bestrebungen** bekannt geworden, die eine Abschaffung der Altersgrenze für Vertragszahnärzte umfassen (E-GKVOrgWG). Das Inkrafttreten des Gesetzes ist zum 01.01.2009 vorgesehen. Im Hinblick darauf hält der Senat es für unverhältnismäßig, wenn der Ast. unter Verlust des Patientenstammes seine Kassenpraxis schließen müsste, obgleich er im nächsten Jahr seine Tätigkeit fortsetzen könnte.

*SG München*, Beschl. v. 22.11.2007 - S 38 KA 5168/07 ER – lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* ordnete an, dass die Zulassung des Ast. bis 30.01.2009 fortwirkt und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

#### **C) KEINE EINSTWEILIGE ANORDNUNG TROTZ VORHABEN ZUR ABSCHAFFUNG DER ALTERSGRENZE**

*SG Marburg, Beschl. v. 17.07.2008 – S 12 KA 302/08 ER –*

**RID 08-03-70**

SGB V § 97 VII; SGG § 86b II

Die Altersregelung nach § 95 Abs. 7 SGB ist für Vertragsärzte auch nach Verabschiedung des VÄndG und GKV-WSG rechtmäßig. Mögliche gesetzgeberische Vorhaben zur Abschaffung der Altersgrenze führen nicht zur Rechtswidrigkeit. Die ggf. notwendige Regelung eines Übergangs obliegt dem Gesetzgeber.

#### **4. KEINE ERBRINGUNG VON K.O.-LEISTUNGEN DURCH ALLGEMEINARZT**

*LSG Bayern, Urt. v. 27.02.2008 – L 12 KA 184/05 –*

**RID 08-03-71**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 73 Ia; GG Art. 12, 14

Ein Allgemeinarzt kann sog. K.O.-Leistungen (hier: Röntgenleistungen) über den 31.12.2002 hinaus nicht erbringen. BVerfG, Beschl. v. 17.06.1999 - 1 BvR 2507/97 - SozR 3-2500, § 73 Nr. 3 hat festgestellt, dass es sich bei der gesetzlich vorgeschriebenen Trennung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung um eine verfassungsrechtlich zulässige Berufsausübungsregelung im Interesse des Gemeinwohles handelt, die auch mit dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz vereinbar ist.

*SG München*, Urt. v. 19.01.2005 - S 38 KA 1425/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### **5. KEINE SOFORTIGE VOLLZIEHUNG DURCH ZULASSUNGS-AUSSCHUSS NACH ZURÜCKWEISUNG DES WIDERSPRUCHS**

*LSG Hessen, Beschl. v. 05.05.2008 – L 4 KA 20 u. 21/08 B ER -*

**RID 08-03-72**

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

Die **Wirkung** der rein verfahrensrechtlichen und vom materiellen Verwaltungsakt zu unterscheidenden **Vollziehungsanordnung** beschränkt sich auf die Vollziehung des Beschlusses des **Zulassungsausschusses**, der nicht Gegenstand des Klageverfahrens wird, sondern durch den Beschluss des Berufungsausschusses vollständig ersetzt wird und der alleine den Gegenstand eines anschließenden Gerichtsverfahrens bilden kann. Soweit der Berufungsausschuss den Widerspruch zurückweist, wird damit zwar der Beschluss des Zulassungsausschusses zum Inhalt des Beschlusses des Berufungsausschusses, dies kann aber nur für seinen materiellen Inhalt und nicht für die verfahrensrechtlichen Nebenentscheidungen des Zulassungsausschusses wie der Anordnung der sofortigen Vollziehung gelten, denn das Widerspruchsverfahren erstreckt sich nicht auf die verfahrensrechtlichen Nebenentscheidungen der Ausgangsbehörde, die vielmehr gesondert unmittelbar gerichtlich angreifbar sind (§ 86b I S. 1 Nr. 2 SGG). Ein Feststellungsantrag aus Gründen des effektiven Rechtsschutzes bedurfte es nicht, denn die Ast. hätte sich ohne große Schwierigkeiten durch Nachfrage beim Ag. Gewissheit über die Beachtung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage verschaffen können.

Die Ast. war seit 1995 als Fachärztin für Kinderheilkunde zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Der Zulassungsausschuss entzog ihr die Zulassung und ordnete die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung gemäß § 86a II Nr. 5 SGG an, weil sie ihren Ehemann in ihrer Praxis als Arzt beschäftigt habe, obwohl dieser weder über eine Approbation noch eine andere behördliche Erlaubnis zur Ausübung des Arztberufes verfügt und sie die von ihm erbrachten Leistungen als eigene Leistungen bei der KV abgerechnet habe. Auch habe die Ast. den Vorwurf der Fälschung der Facharztanerkennungsurkunde des Ehemannes eingestanden. *SG Marburg*, Beschl. v. 28.11.2007 – S 12 KA 457/07 ER – RID 08-01-78 ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs der Ast. bis zur Zustellung einer Entscheidung des Ag. an. Nach Erlass des ablehnenden Widerspruchbescheides, der zur sofortigen Vollziehung keinerlei Ausführungen enthielt, erhob die Kl. die Klage (S 12 KA 40/08). *SG Marburg*, Beschl. v. 08.02.2008 – S 12 KA 41/08 ER – RID 08-01-79 gab dem Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Entziehung der Zulassung statt, das *LSG* verwarf den Antrag als unzulässig.

## 6. ERMÄCHTIGUNG ZUR TÄTIGKEIT IN EINER ZWEIGPRAXIS/KEIN ANORDNUNGSGRUND

*SG Kiel, Beschl. v. 18.03.2008 – S 13 KA 16/08 ER –*

RID 08-03-73

[www.zahn-forum.de/zf/urteile](http://www.zahn-forum.de/zf/urteile)

SGB V § 95; SGG §§ 57a I 1, 86b II; Ärzte-/Zahnärzte-ZV § 24 III

Für die Ermächtigung zur Tätigkeit in einer überörtlichen Zweigpraxis ist die **örtliche Zuständigkeit des Sozialgerichts** an dem Sitz des für die Ermächtigung zuständigen Gremiums auszurichten (§ 57a I 1 Alt. 2 SGG).

Die Voraussetzungen einer Ermächtigung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer KZV-bereichsübergreifenden Zweigpraxis in § 24 III Zahnärzte-ZV unterliegen einem gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren **Beurteilungsspielraum** der KZV des Zweigpraxissitzes.

Eine **große Entfernung** zwischen den Praxissitzen (Fahrzeit ca. fünf bis sechs Stunden) spricht eher für eine ev. Beeinträchtigung der Versorgung am Vertragszahnarztsitz.

Ev. **finanzielle Aufwendungen**, die vom Antragsteller bereits vorab im Vertrauen auf eine zukünftige Ermächtigung getätigt worden sind, können keine **Eilbedürftigkeit** der Entscheidung begründen.

*LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 10.07.2008 – L 4 B 405/06 KA ER –*

RID 08-03-74

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Die sog. **Residenzpflicht** verletzt der Vertragsarzt, wenn er seine Praxis regelmäßig nicht von seiner Wohnung aus innerhalb angemessener Zeit erreichen kann (vgl. BSG, Urte. v. 05.11.2003 – B 6 KA 2/03, SozR 4-5520 § 24 Nr. 1, juris Rz. 32). Es spricht im Grundsatz dafür, die hierfür geltenden Maßstäbe auch auf die Entfernung zwischen Vertragszahnarztsitz und Zweigpraxis zu übertragen. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass eine Ermächtigung bereits an der Entfernung zwischen seinem Vertragsarztsitz und dem beabsichtigten Sitz der Zweigpraxis von mehreren hundert Kilometern scheitern müsste. Es spricht einiges dafür, dass das VÄndG bezogen auf den Betrieb einer Zweigpraxis eine **Einschränkung der Residenzpflicht** beinhaltet.

Eine **Versorgungsverbesserung** kann angesichts eines beabsichtigten Tätigkeitsumfanges von nur drei Tagen pro Monat überhaupt nur angenommen werden, soweit es sich um planbare Eingriffe handelt, die Aufschub bis zum jeweils nächsten Erscheinen des Vertragszahnarztes bzw. für den Fall, dass Wartezeiten entstehen, auch darüber hinaus dulden. Eine Verbesserung der Versorgung kann nur angenommen werden, wenn auch die operative Nachsorge gewährleistet, d.h. auch die erforderliche Behandlungsqualität gesichert ist.

Die Frage, ob ein Vertragszahnarzt allein am Praxissitz oder auch in einer Zweigpraxis vertragszahnärztlich tätig sein darf, ist für die Verwirklichung des **Grundrechts** aus Art. 12 GG nicht von zentraler Bedeutung.

Der Ast. ist MKG-Chirurg in Gemeinschaftspraxis mit einer Zahnärztin, die schwerpunktmäßig Kieferorthopädie betreibt. Der Praxissitz ist in Thüringen. Der Ast. beantragte eine Ermächtigung für eine Zweigpraxis auf Sylt in Praxisgemeinschaft mit einer dort niedergelassenen Zahnärztin; er wolle dort drei Tage im Monat tätig sein. Der Zulassungsausschuss gab dem Antrag statt. Auf Widerspruch der KZV lehnte der Ag. den Antrag ab, weil die ordnungsgemäße Versorgung nicht nachgewiesen worden sei. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## 7. ERMÄCHTIGUNG

### A) ANFECHTUNG GEGEN ERMÄCHTIGUNG ZWECKS DURCHFÜHRUNG VON FERIEN- UND PERITONEALDIALYSEN

*LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 15.05.2008 – L 4 B 319/08 KA ER –*

RID 08-03-75

juris

SGB V §§ 82 I, 97 IV, 116 S. 2; Ärzte.ZV § 31a I; BMV-Ä §§ 2 VII, Anl. 9.1; EKV-Ä § 2 VII, Anl. 9.1; SGG §§ 54 I 2, 86a I, 86b I 1 Nr. 2

Ein Nephrologe ist bzgl. der Ermächtigung eines Krankenhausarztes für FeriendialySEN **klagebefugt**.

In § 96 IV 2 SGB V ist ausdrücklich und ausnahmslos geregelt, dass die Anrufung des Berufungsausschusses aufschiebende Wirkung hat. Hieraus ist abzuleiten, dass allein der ungedeckte Versorgungsbedarf ein **Interesse am Sofortvollzug** nicht zu begründen vermag.

Bzgl. eines **Bedarfs** wird nicht danach differenziert, ob medizinische Leistungen am **Wohnort** eines Versicherten oder an einem **Ferienort** in Anspruch genommen werden. Vielmehr ist Ausgangspunkt der Bedarfsbeurteilung der Planungsbereich als Versorgungsregion mit einer bestimmten Anzahl von Einwohnern/Bevölkerungsdichte.

Feriengäste, die einer Dialyse bedürfen, bilden keinen „begrenzten Personenkreis“ i.S.d. § 31 I Buchst b Ärzte-ZV.

Eine Differenzierung des Bedarfs danach, ob er am Wohnort oder an einem urlaubsbedingten vorübergehenden Aufenthaltsort eines Patienten anfällt, findet auch in der **Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä** keine Grundlage.

Die Ast. ist eine Gemeinschaftspraxis zweier Nephrologen in R. mit Genehmigung zur Durchführung der Dialyse. Sie betreibt außerdem eine Zweigpraxis im Kreiskrankenhaus E. Der Beigel. zu 8) ist Nephrologe und als angestellter Krankenhausarzt bei dem Klinikum D. beschäftigt. Der Ag. verlängerte die Ermächtigung des Beigel. zu 8) um zwei Jahre für Patienten, die eine Feriendialyse benötigen und einen ersten Wohnsitz außerhalb Schleswig-Holsteins haben sowie erweitert auf die ambulante Betreuung von Peritonealdialysepatienten auf Überweisung von Vertragsärzten; der Sofortvollzug wurde angeordnet. Hiergegen hat die Ast. Klage erhoben (S 15 KA 210/07) und die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage beantragt. **SG Kiel**, Beschl. v. 17.12.2007 - S 15 KA 63/07 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das **LSG** wies die Beschwerde des Beigel. zu 8) zurück.

## B) ERMÄCHTIGUNG EINER BEI PRO FAMILIA ANGESTELLTEN ÄRZTIN

**SG Marburg**, Urt. v. 18.06.2008 – S 12 KA 123/08 –

RID 08-03-76

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 64/08 -*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://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

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 -; LSG Hessen, Beschl. v. 30.05.2007 - L 4 KA 20/07 ER - RID 08-01-86).

Das **SG** gab der Klage statt.

S. bereits **SG Marburg**, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 1021/06 – (rechtskräftig) RID 08-01-87.

## C) ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG: KEIN VERTRAUEN VOR BESTANDSKRAFT

**LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 17.01.2006 – L 5 KA 5149/05 ER-B –

RID 08-03-77

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V § 96

Wird ein ermächtigter Arzt darauf hingewiesen, dass gegen den Ermächtigungsbescheid Klage erhoben werden kann, und wird ihm empfohlen, seine vertragsärztliche Tätigkeit vor der Bestandskräftigkeit nicht zu beginnen, so kann sich ein Vertrauenstatbestand im Hinblick auf diesen insoweit eindeutigen Hinweis nicht mehr bilden. Es kann erwartet werden, dass der Arzt sich vor der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit auch verbindlich der Bestandskraft vergewissert.

**SG Stuttgart**, Beschl. v. 07.11.2005 - S 10 KA 6810/05 ER – gab dem Antrag statt, das **LSG** wies den Antrag des Ast. auf Anordnung der sofortigen Vollziehung der Ermächtigung zurück.

## D) KEINE ANFECHTUNGSBEFUGNIS GEGEN ERMÄCHTIGUNG NACH ANTRAG AUF SONDERBEDARFSZULASSUNG

**LSG Rheinland-Pfalz**, Beschl. v. 04.06.2008 – L 5 ER 126/08 KA –

RID 08-03-78

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V § 116; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I Nr. 2; Ärzte-ZV §§ 31, 31a; BedarfspIRL-Ä Nr. 24

Ein Arzt, der eine Sonderbedarfszulassung beantragt hat, hat keine Anfechtungsbefugnis gegen eine Ermächtigung. Er ist weder Adressat des angefochtenen Verwaltungsakts noch liegt die Situation einer offensiven oder defensiven Konkurrentenklage vor.

Der Ast., ein Facharzt für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin, beantragte ohne Erfolg eine Sonderbedarfszulassung. Hierüber ist ein Klageverfahren beim SG Mainz anhängig (Az.: S 8 KA 198/07). Der **Beigel. zu 8)** ist Anästhesist und Chefarzt der Abteilung für Perioperative Medizin, Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerz- und Palliativmedizin am D-Krankenhaus S. Er wurde bis zum 30.09.2009 **für folgende Leistungen ermächtigt**: Zur Durchführung von Leistungen auf dem Gebiet der Schmerztherapie auf Überweisung durch niedergelassene Vertragsärzte, die gemäß Kap. 30.7. EBM Schmerztherapien durchführen oder die Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie führen; zur Durchführung von Behandlung von Patienten mit Tumorschmerzen auf Überweisung aller niedergelassenen Vertragsärzte; zur Durchführung anästhesiologischer Leistungen auf Überweisung der Vertragsärzte, die am D-Krankenhaus ambulant operieren; zum Ordinationskomplex, Konsultationskomplex, zur Beratung und schriftlichen Mitteilungen sowie zur Durchführung von Leistungen auf dem Gebiet der Schmerztherapie auf Überweisung durch Hausärzte. Hiergegen legte d. Ast. Widerspruch ein mit der Begründung, im Planungsbereich bestehe

eine Versorgungslücke, die aber aufgrund des Nachrangigkeitsgrundsatzes durch ihn, den Ast., im Wege der Erteilung der beantragten Sonderbedarfszulassung sicherzustellen sei. Der Ag. wies den Widerspruch zurück und ordnete die sofortige Vollziehung an. Dagegen hat der Ast. Klage beim SG Mainz erhoben (S 8 KA 46/08). **SG Mainz**, Beschl. v. 20.03.2008 - S 8 ER 50/08 KA - wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## VII. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Nach BSG, Urt. v. 16.07.2008 – **B 6 KA 38 u. 39/07 R** – sind die bundesrechtlichen wie die landesgesetzlichen Grundlagen der EHV mit höherrangigem Recht vereinbar und stehen die für die Berechnung des Honoraranspruchs der Kl. maßgeblichen Bestimmungen der "Grundsätze der EHV" in Einklang mit § 8 KVHG.

## VIII. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/GBA/Aufsicht

Nach BSG, Urt. v. 09.04.2008 – **B 6 KA 29/07 R** – verletzt ein Schiedsspruch Bundesrecht, wenn er auf der Annahme beruht, die zahnärztlichen Gesamtvergütungen für das Jahr 2004 müssten im Rahmen der "Ost-West-Angleichung" nach § 85 III d SGB V im Osten erhöht werden, weil § 85 III d SGB V auf vertragszahnärztliche Gesamtvergütungen keine Anwendung findet.

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

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

**LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 27.02.2008 – L 7 B 112/07 KA ER –

RID 08-03-79

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

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

Ein Arzneimittelhersteller kann nicht **Grundrechte Dritter**, hier möglicherweise betroffener Versicherter der GKV, gerichtlich geltend machen.

Es spricht vieles dafür, dass die **Berufsfreiheit eines Pharmaunternehmens** aus Art. 12 I GG i.V.m. Art. 19 III GG durch die Einstufung eines Arzneimittels als nicht verordnungsfähig nach § 34 I 7 u. 8 SGB V nicht berührt ist.

Eine rechtswidrige **Vorabfestlegung** ist nicht damit verbunden, dass der das Stellungnahmeverfahren einleitende Beschluss die später zu erlassende Norm in ihrem Entwurf schon selbst enthält.

Das Medikament "**ACOMPLIA/Rimonabant**", das nach der auch in Deutschland geltenden Zulassungsentscheidung der EMEA ein Arzneimittel zur Abmagerung, zur Zügelung des Appetits bzw. zur Regulierung des Körpergewichts ist, durfte nach summarischer Prüfung von der Versorgung in der GKV ausgeschlossen werden.

**SG Berlin**, Beschl. v. 08.06.2007 – S 83 KA 53/07 ER – RID 07-03-90 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

### 2. ABWEHRKLAGE GEGEN VERSORGUNGSVERTRAG MIT KOSTENÜBERNAHME FÜR OFF-LABEL-USE (AVASTIN)

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 02.07.2008 – S 2 KA 181/07 –

RID 08-03-80

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 31, BGB § 1004; UWG § 8 I 1; HWG §§ 3, 3a; GWB §§ 19, 20, 21; GG Art. 12 I, 14 I

Die **Zulassung von Lucentis** im Januar 2007 ändert an der Statthaftigkeit des **Off-Label-Use von Avastin** nichts. Zwar ist nunmehr eine spezifisch für die Behandlung der feuchten AMD zugelassene Arzneimitteltherapie verfügbar. Gleichwohl besteht vor dem Hintergrund beschränkter finanzieller Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung unverändert ein Bedürfnis nach dem Einsatz von Avastin.

Dem Willen des Gesetzgebers ist gleichwohl mit hinreichender Deutlichkeit zu entnehmen, dass das in Deutschland geltende Recht der freien Preisbildung für neue Arzneimittel nicht zwangsläufig dazu führen muss, dass die leistungspflichtigen Krankenkassen stets die Kosten nur für solche Arzneimittel zu tragen haben, die im Rahmen ihrer **arzneimittelrechtlich zugelassenen Indikation** eingesetzt werden. Vielmehr sieht es der Gesetzgeber grundsätzlich als zulässig an, zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven der gesetzlichen Krankenversicherung alternative Präparate auch außerhalb ihrer arzneimittelrechtlichen Indikationsbereiche - und damit **im Off-Label-Use** - zu verwenden. Dieser Gesichtspunkt muss gerade in Fällen einer Monopolposition besondere Bedeutung entfalten.

Zum Sachverhalt und vorausgehenden einstweiligen Anordnungsverfahren s. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 23.08.2007 - S 2 KA 104/07 ER – RID 07-03-87 und **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 11.02.2008 – L 11 (10) B 17/07 KA ER – RID 08-02-104.

### 3. NICHTIGKEIT EINES BEANSTANDUNGSBESCHIDES WEGEN ÜBERSCHREITENS DES AUF SICHTSRECHTS

*SG Kiel, Urt. v. 20.11.2007 – S 13 KA 187/06 –*

RID 08-03-81

[www.zahn-forum.de/zf/urteile](http://www.zahn-forum.de/zf/urteile)

SGB V §§ 71 II, IV; SGB X § 40 I, III Nr. 1; SGG § 54 III

Die **Klagebefugnis einer KZV** ergibt sich aus der Übersendung des Beanstandungsbescheides der Aufsichtsbehörde (hier: die Bundesrepublik Deutschland als Träger des BVA) an die KZV nicht nur zur Kenntnis, sondern inkl. Rechtsmittelbelehrung.

Der Bescheid einer **unzuständigen Aufsichtsbehörde** leidet unter einem schwerwiegenden Fehler und ist nichtig.

Das **SG** stellte die Nichtigkeit des Bescheids fest und wies im Übrigen die zunächst auf Aufhebung gerichtete Klage ab.

## IX. Verschiedenes

### 1. BVERFG: KEINE UNMITTELBARE BETROFFENHEIT EINES VERTRAGSARZTES DURCH § 75 IIIA SGB V

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.05.2008 – 1 BvR 807/08 –*

RID 08-03-82

SGB V § 75 IIIa 1; GG Art. 12 I

Die Verfassungsbeschwerde eines Arztes gegen § 75 IIIa SGB V i.d.F.d. GKV-WSG wird nicht zur Entscheidung angenommen.

**Aus den Gründen:**

„(...) Der Beschwerdeführer ist von § 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V **nicht** in diesem Sinne **unmittelbar betroffen**. Adressaten der Norm sind nicht die Vertragsärzte, sondern die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 77 Abs. 5 SGB V) von ihren Mitgliedern (vgl. § 77 Abs. 3 SGB V) unabhängige juristische Personen des öffentlichen Rechts sind. Ihnen wird durch die angegriffene Norm der Auftrag zugewiesen, die ärztliche Versorgung der Standard- und Basistarifversicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen zu gewährleisten. Die Rechtsstellung des Beschwerdeführers als Arzt wird hierdurch nicht verändert. Insbesondere führt die Übertragung eines von der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung unabhängigen weiteren Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nicht als solche zu einer Ausweitung der Pflichten des einzelnen Vertragsarztes. Von Gesetzes wegen ist der Vertragsarzt durch § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V nur zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet, wodurch er an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von § 75 Abs. 1 SGB V mitwirkt. **Da sich die Versorgung der Standard- und Basistarifversicherten außerhalb des Systems vertragsärztlicher Versorgung vollzieht, führt die angegriffene Übertragung des diesbezüglichen Sicherstellungsauftrags nicht zu einer unmittelbaren Erstreckung der gesetzlichen Behandlungsverpflichtung des Vertragsarztes auf diese Patientengruppe.**

Die angegriffene Norm ändert die Rechtsstellung des einzelnen Vertragsarztes demnach nicht ohne weiteres, sondern bedarf der **Umsetzung** durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Dabei liegt keine Fallkonstellation vor, in der trotz eines noch erforderlichen Vollzugsakts eine unmittelbare Betroffenheit durch die gesetzliche Regelung zu bejahen ist. Denn das Gesetz lässt den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bei der Umsetzung ihrer Aufgabe einen Gestaltungsspielraum, der die Annahme einer unmittelbaren Betroffenheit ausschließt (vgl. BVerfGE 43, 291 <386>). § 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V bestimmt nicht, in welcher Form der übertragene Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen ist; vielmehr bleibt es den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen überlassen, in welcher Art und Weise sie den Auftrag erfüllen. Die Übertragung des Sicherstellungsauftrags steht einer gesetzlichen Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, alle ihre Mitglieder zur Behandlung der Standard- und Basistarifversicherten zu verpflichten, daher nicht gleich. Ihnen ist vielmehr eine Gestaltungsfreiheit eingeräumt, kraft derer sie selbstverantwortlich und aufgrund eigener Sachkunde und Willensbildung zu entscheiden haben, wie sie die Aufgabe am zweckmäßigsten lösen (vgl. BVerfGE 62, 354 <365>). In Anbetracht dessen liegt eine unmittelbare Betroffenheit des Beschwerdeführers durch die angegriffene gesetzliche Bestimmung nicht vor und die Verfassungsbeschwerde ist mangels Beschwerdebefugnis unzulässig.

Diese Entscheidung ist unanfechtbar.“

**Parallelverfahren** eines Vertragszahnarztes:

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.05.2008 – 1 BvR 808/08 –*

RID 08-03-83

## 2. ÜBERMITTLUNG VON LEISTUNGSDATEN AN KRANKENKASSE DURCH VERTRAGS(ZAHN)ARZT

**SG Potsdam, Beschl. v. 27.03.2008 – S 1 KA 191/06 –**

**RID 08-03-84**

juris

SGB V § 294a; StGB § 223; GG Art. 1 I, 2 I

**Leitsatz:** 1. Macht eine **Krankenkasse** unter Berufung auf einen **Behandlungsfehler** gegenüber einem Vertrags(zahn)arzt einen **Mitteilungsanspruch** nach § 294a SGB V geltend, so hat der angegangene Vertrags(zahn)arzt bei Vorliegen entsprechender Anhaltspunkte schon deshalb Einsicht in seine Behandlungsunterlagen zu gewähren, weil ein Behandlungsfehler regelmäßig eine Körperverletzung i.S. von § 223 StGB darstellt.

2. In diesem Fall erstreckt sich das Einsichtsrecht der Krankenkasse nicht nur auf die **Behandlungsunterlagen**, die den mit dem Behandlungsfehler in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Leistungskomplex betreffen, sondern typischerweise auch auf jene, die frühere, nur wenige Jahre zurückliegende Behandlungen betreffen.

3. Weil das durch Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG gewährleistete allgemeine Persönlichkeitsrecht auch die Freiheit schützt, persönliche Informationen zu offenbaren, haben Ärzte die **Entscheidung eines Patienten**, sie gegenüber seiner Krankenkasse oder gegenüber anderen Behörden in beliebig weitem Umfang von ihrer Schweigepflicht zu entbinden, hinzunehmen, solange Anhaltspunkte fehlen, dass die Selbstbestimmung des Patienten über seine persönlichen Daten durch die jeweilige Behörde in eine Fremdbestimmung verkehrt würde.

Das **SG** verurteilte die Bekl. zur Kostentragung.

## 3. KEINE BETEILIGUNG DER KV AN DER KRANKENHAUSPLANUNG

**LSG Hamburg, Beschl. v. 11.02.2008 – L 2 B 485/07 ER KA –**

**RID 08-03-85**

juris = ZMGR 2008, 205

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.

**SG Hamburg**, Beschl. v. 08.10.2007 – S 27 KA 140/07 ER – RID 08-01-101 wies den Antrag der KV auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## 4. UNTERLASSUNGSANSPRUCH EINES PHARMAUNTERNEHMENS GEGEN KV

**LSG Thüringen, Urt. v. 29.01.2008 – L 4 KA 856/05 –**

**RID 08-03-86**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

UWG §§ 3 ff., 8; BGB §§ 823, 1004

Zwischen einem Pharmaunternehmen und einer KV besteht kein **Wettbewerbsverhältnis** i.S.d. § 8 III Nr. 1, 2 u. 4 UWG.

Eine KV kommt mit ihren **Hinweisen zu Prüfanträgen** der Krankenkassen wegen Medikamentenverordnungen der gesetzlichen Verpflichtung aus § 75 II SGB V nach.

Die Kl. ist ein pharmazeutisches Unternehmen und stellt u. a. Factor AF2, Selenase und Zinkotase her und vertreibt diese Mittel. In dem Rundschreiben X/2002 der Bekl. war unter der Rubrik "Aktuelle Verordnungstipps" folgende Passage aufgeführt: „*Prüfanträge der Krankenkassen auf Sonstigen Schaden. In letzter Zeit ist die Zahl von Prüfanträgen auf Feststellung eines Sonstigen Schadens seitens der Krankenkassen deutlich gestiegen. Daher haben wir für Sie eine Liste derjenigen Präparate zusammengestellt, die - nach Meinung der Antrag stellenden Krankenkassen - nicht zu Lasten der GKV hätten verordnet werden dürfen. Grundlage für derartige Anträge waren die derzeit gültigen Arzneimittelrichtlinien (AMR) oder andere Regelungen. Gleichzeitig erhalten Sie die entsprechenden Quellen, auf die sich die Krankenkassen bei ihren Prüfanträgen beziehen. Wir haben für Sie das jeweilige Zitat aus der Rechtsquelle in Klammern aufgeführt. Die KV Thüringen stellt die nachfolgenden Hinweise als Information an ihre Vertragsärzte zur Verfügung, mit der sie keine rechtliche Wertung vornimmt. AMR Punkt 17.1.m ("sogenannte Zellulärtherapeutika und Organhydrolysate") - Factor AF2; AMR Punkt 17.2.g ("Mineralstoffpräparate zur oralen Anwendung ...") - Selenase - Zink-Präparate.*“ **SG Gotha**, Urt. v. 29.06.2005 - S 7 KA 2192/03 - wies die Klage auf Unterlassung ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 5. KEIN KLAGERECHT GEGEN ZERTIFIZIERUNG FÜR PRAXISSOFTWARE

**SG Berlin, Beschl. v. 16.06.2008 – S 79 KA 148/08 ER –**

**RID 08-03-87**

www.berlin.de/sen/justiz/gerichte

SGG § 86b II

Software-Hersteller können sich mangels Klagebefugnis nicht gegen die Zertifizierungspflicht für die Praxissoftware wehren.

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

## X. Verfahrensrecht

### 1. SORGFALTSPFLICHTEN BEI WIDERSPRUCHSEINLEGUNG PER TELEFAX

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.06.2007 – L 5 KA 42/06 –*

RID 08-03-88

*Revision anhängig nach Nichtzulassungsbeschwerde: B 6 KA 11/08 R*

juris

SGB V § 106; SGB X § 40; SGG §§ 67, 84 I 3

**Prüfungsbescheide** sind nicht nichtig, wenn der Prüfungsausschuss mangels Neubildung gemäß der zum 01.01.2004 in Kraft getretenen Regelung des § 106 Abs. 4 SGB V n. F. nicht handlungsfähig war (vgl. BSG 28.04.2004 – B 6 KA 8/03 R, SozR 4 – 2500, § 106 Nr. 5, juris Rn. 18 ff.).

Die **Einlegung eines Rechtsbehelfs** ist auch durch **Telefax-Schreiben** zulässig. Der Absender ist dabei nicht verpflichtet ein Original brieflich nachzureichen oder telefonisch beim Adressaten anzufragen, ob das Telefax angekommen ist.

Ein Rechtsanwalt, der sich zur Übermittlung fristwahrender Schriftsätze eines Telefaxgerätes bedient, muss für eine wirksame **Ausgangskontrolle** sorgen. Dieser Verpflichtung genügt er, wenn er seinen Mitarbeitern die Weisung erteilt, dass sie einen Einzelnachweis über den Sendevorgang ausdrucken lassen müssen, der die ordnungsgemäße Übermittlung - oder eine Störung des Gerätes - anzeigt (vgl. BGH vom 16.09.1993 - V ZB 33/93 - NJW 1993, 3140).

Die Prüfungsbescheide wurden an den Prozessbevollmächtigten des Kl. per Einschreiben versandt und ihm am 13.01.2004 zugestellt. Innerhalb der am 16.02.2004 (Montag) endenden Widerspruchsfrist verzeichnete der Bekl. keinen Rechtsmitteleingang. Nach Honorarabzug meldete sich d. Kl. am 20.04.2004 telefonisch u. gab an, weder er noch sein Prozessbevollmächtigter hätten die Bescheide erhalten. Am 21.04.2004 beantragte der Prozessbevollmächtigte unter Vorlage von Widerspruchsschreiben vom 04.02.2004 und eines "Sendeberichts" seines Telefaxgerätes vom selben Tag Wiedereinsetzung in den vorigen Stand, da gegen beide Bescheide fristgerecht Widersprüche übermittelt worden seien. Der Bekl. lehnte mit Bescheid vom 16.07.2004 eine **Wiedereinsetzung ab** und führte aus, der "Sendebericht" des Telefaxgerätes mit dem Eintrag eines "OK-Vermerkes" reiche als Beweis des ordnungsgemäßen Zugangs der Widersprüche bei ihm, dem Bekl., nicht aus. Nach der einschlägigen Rechtsprechung komme dem Sendebereich nicht der Wert eines Anscheinsbeweises zu. Der Kläger habe nicht glaubhaft machen können, dass der Sendebereich das lesbare Eintreffen der Schriftstücke dokumentiere. Der behauptete Zugang sei deshalb nicht nachgewiesen. Gegen diesen Bescheid hat der Kläger entsprechend der beigelegten Rechtsbehelfsbelehrung am 09.08.2004 **Klage zum SG Mainz** erhoben, die er mit Schriftsatz vom 29.10.2004 **zurücknahm**. Mit Beschluss vom 25.08.2004 (Bescheid vom 02.09.2004) hat der Bekl. die Widersprüche des Kl. gegen die Prüfungsbescheide vom 12.01.2004 als unzulässig zurückgewiesen. Die Widersprüche seien nicht fristgerecht eingelegt worden, denn die Widerspruchsschreiben des Verfahrensbevollmächtigten seien erst am 21.04.2004 bei der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Prüfungseinrichtung eingegangen. **SG Mainz**, Urt. v. 25.10.2006 - S 2 KA 517/04 - wies die Klage gegen einen Arzneimittelregressen für die Quartale I/00 bis I/02 in Höhe von insgesamt 151.340,03 €; ab, das **LSG** gab der Klage statt.

### 2. KEIN RECHTSINSTITUT DER "UNTÄTIGKEITSBESCHWERDE"

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 30.05.2008 – L 7 B 22/08 KA –*

RID 08-03-89

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

GG Art. 19 IV; EMRK Art. 6

Eine Untätigkeitsbeschwerde ist derzeit im Gesetz nicht vorgesehen (vgl. BSG, Beschl. v. B 1 KR 4/07 S 21.05.2007 -) und daher unzulässig.

Die Kl. haben **am 25.10.2006** gegen eine **Entscheidung des Erweiterten Bundesschiedsamtes** vom 15.09.2006 bei dem **SG Berlin Klage** erhoben; ihr Ziel besteht darin, den Bekl. zur Neubescheidung über einen Vertrag nach § 115b I SGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus) zu verpflichten. Gleichzeitig haben die Kläger um Gewährung von **Eilrechtsschutz** nachgesucht. Am 11.09.2007 hat das SG offenbar über den Eilantrag (S 79 KA 977/06 ER) und über die vorliegende Klage mündlich verhandelt. Eine Sitzungsniederschrift über die Verhandlung zur Hauptsache befindet sich nicht bei der Gerichtsakte. Seitdem hat das Verfahren keinen Fortgang genommen. Mit der am 03.04.2008 erhobenen "außerordentlichen Untätigkeitsbeschwerde" beantragen die Kl., den Fortgang des Verfahrens innerhalb einer vom LSG zu bestimmenden Frist anzuordnen. Das LSG weist ferner darauf hin, dass aus Sicht der Kl. tatsächlich ein Verfahrensstillstand eingetreten sei, der besonders im Verfahren des Eilrechtsschutzes unververtretbar erscheine und der umso gravierender wirke, als die Akten des Eilverfahrens offenbar im SG abhanden gekommen seien. Die letzte Information geht insoweit dahin, dass im November 2007 ein Beschluss diktiert worden sei; ob er auch geschrieben worden sei, könne aber schon nicht mehr nachvollzogen werden.

### 3. ANORDNUNG DES PERSÖNLICHEN ERSCHEINENS/ORDNUNGSGELD

*LSG Thüringen, Beschl. v. 14.01.2008 – L 4 B 155/06 KA –*

RID 08-03-90

[www.kzvbw.de/zf/urteile](http://www.kzvbw.de/zf/urteile)

Die **Anordnung des persönlichen Erscheinens** eines Beteiligten steht im Ermessen des Gerichts. Das Gericht darf wegen Nichterscheinens eines Beteiligten trotz anwaltlicher Vertretung ein Ordnungsgeld verhängen.

Das persönliche Erscheinen ist insbesondere bei **Verfahren über Wirtschaftlichkeit und sachlich-rechnerischer Richtigstellung** prozessleitend, da nur der Vertragszahnarzt und nicht der von ihm bevollmächtigte Jurist zu den Details der zahnärztlichen Behandlung sachdienliche und fundierte Auskünfte erteilen kann.

Die **Höhe des Ordnungsgeldes** ist nicht allein wegen der wirtschaftlichen Lage angemessen, sondern auch wegen des nutzlosen Verwaltungsaufwandes, den der Kläger durch sein Verhalten verursacht hat, ohne sich dabei auf einen wichtigen Grund berufen zu können.

*SG Gotha*, Beschl. v. 08.11.2006 – S 7 KA 3404/03 – verhängte ein Ordnungsgeld von 850 €, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

### 4. WIDERRUF EINER KLAGE ALS KLAGERÜCKNAHME

*SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 07.05.2008 – S 27 KA 481/06 –*

RID 08-03-91

SGb V §§ SGG §§ 102 2 S. 2

Mit der Erklärung, die Klage zu „widerrufen“, wird die Klage zurückgenommen und ist der Rechtsstreit damit in der Hauptsache erledigt (§ 102 S. 2 SGG). Eine Anfechtung einer Prozesshandlung ist nicht möglich. Es können die Regeln über die Wiederaufnahme eines durch rechtskräftiges Endurteil abgeschlossenen Verfahrens angewandt werden.

Das *SG* stellte fest, dass die Klage zurückgenommen ist; s.a. unter Streitwert.

## XI. 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](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) – (rechts unten auf der Startseite ist link vorhanden); Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit (2006), NZS 2006, 350, sowie Straßfeld, SGB 2008, 119 u. 191.

Nach BSG, Urt. v. 28.11.2007 – *B 6 KA 26/07 R* – juris Rn. 36 ist der Streitwert in einem Verfahren um die Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes für eine wieder zu betreibende Gemeinschaftspraxis auf der Grundlage eines Drei-Jahres-Zeitraums für Zulassungssachen und des Regelstreitwerts pro Quartal festzusetzen (60.000 €); 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. FESTLEGUNG GRÖßERER BEREITSCHAFTSDIENSTBEREICHE

*SG Dresden, Gerichtsbb. v. 09.06.2008 – S 18 KA 1561/07 – RID 08-03-47* (diese Ausgabe)

Für Klagen gegen die Festlegung neuer Bereitschaftsdienstbereiche ist der Regelstreitwert von 5.000,00 EUR festzusetzen.

Ab dem Zeitpunkt der **Verbindung der Verfahren** mehrerer Kläger sind für den Streitwert des Verbundverfahrens die Streitwerte der miteinander verbundenen Verfahren gemäß § 39 Abs. 1 GKG zusammenzurechnen. Denn die durch die Verfahrensverbindung bewirkte subjektive Klagehäufung betrifft insofern verschiedene Streitgegenstände, als in jedem Verfahren nicht nur über den einheitlichen Zuschnitt der Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen gestritten wird, sondern darüber hinaus jeweils auch über die persönliche Teilhabe des jeweiligen Klägers am Bereitschaftsdienst in den neu geregelten Bereitschaftsdienststrukturen.

### 2. EINRICHTUNG EINES ANÄSTHESIOLOGISCHEN NOTFALLDIENSTES

*LSG Hessen, Beschl. v. 30.08.2008 – L 4 B 291/07 KA –*

RID 08-03-92

SGb V § 75 I 1 u. 2; SGG § 197a I 1; GKG §§ 52 I, 63 II 1

Ein Rechtsschutzinteresse besteht trotz Einverständnisses der Beteiligten mit einer Streitwertfestsetzung, soweit jedenfalls kein eindeutiger Rechtsmittelverzicht erklärt wurde.

Im Streit um die Einrichtung eines anästhesiologischen Notfalldienstes ist der Regelstreitwert festzusetzen, jedenfalls soweit es keine konkreten Anhaltspunkte für den Umfang und Vergütung einer Rufbereitschaft gibt.

### 3. ARZNEIKOSTENREGRESSE

#### A) ANFECHTUNG EINES ARZNEIKOSTENREGRESSES DURCH KRANKENKASSE

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 03.04.2008 – L 7 B 18/08 KA –*

RID 08-03-93

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
GKG § 52 I

Erhebt nur eine durch eine Entscheidung des Beschwerdeausschusses betroffene Krankenkasse die Klage gegen den Beschluss, so richtet sich der Streitwert nicht nach der Differenz zwischen dem vom Prüfungsausschuss und dem vom Beschwerdeausschuss festgesetzten, mehrere Krankenkassen betreffenden Regressbetrag (hier: 37.905,21 EUR), sondern nach dem **auf die klagende Krankenkasse entfallenden Anteil am Regressbetrag** in der Entscheidung des Prüfungsausschusses abzüglich der vom Beschwerdeausschuss zu Gunsten der Krankenkasse aufrechterhaltenen Regressbetrags, weil sich hierin die Bedeutung der Rechtsache für die Klägerin erschöpfte.

Der Prüfungsausschuss hatte einen Regress wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln auf der Grundlage einer Richtgrößenprüfung für das Jahr 1999 in Höhe von insgesamt 39.280,14 EUR festgesetzt, den der Beschwerdeausschuss auf 1.374,93 EUR reduzierte. *SG Berlin*, Beschl. - S 79 KA 138/03 - setzte den Streitwert auf 37.905,21 EUR, das *LSG* auf 13.853,91 EUR fest.

#### B) ANFECHTUNG EINER RICHTGRÖßENPRÜFUNG DURCH KRANKENKASSE/KEINE WEITERE BESCHWERDE

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 05.06.2008 – L 7 B 20/08 KA –*

RID 08-03-94

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 106; GKG § 52

Eine **Beschwerde** gegen einen Streitwertbeschluss eines LSG ist unzulässig.

Der Streitwert bestimmt sich für die von nur einem Teil einer Richtgrößenprüfung betroffene **Krankenkasse** nach dem **Anteil am Regressbetrag**, der auf sie entfällt, wobei es auf die Differenz zwischen den beiden Verwaltungsinstanzen ankommt.

Im Falle der Erhebung einer **Beseidungsklage** ist dagegen regelmäßig - wie im vorliegenden Fall - auf den Auffangwert aus § 52 II GKG i.H.v. 5.000,- EUR zurückzugreifen. Die Festsetzung eines darüber hinaus gehenden Streitwertes käme nur dann in Betracht, wenn aus der Klage- bzw. Berufungsbegründung eindeutig hervorginge, welcher Betrag mit der Klage/Berufung mindestens verlangt wird. Ohne eine solche Festlegung in Antrag oder Begründung fehlt es an einer bezifferbaren Geldleistung.

### 4. ZULASSUNGSSACHEN

#### A) KEIN ABSCHLAG WEGEN EINES BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNISES

*LSG Hessen, Beschl. v. 18.04.2008 – L 4 B 228/07 KA –*

RID 08-03-95

*LSG Hessen, Beschl. v. 18.04.2008 – L 4 B 232/07 KA –*

RID 08-03-96

SGB V § 95; SGG § 197a I 1; GKG §§ 52 I, 63 II 1

In Streitigkeiten um die **Zulassung als Vertragsärztin** ist zur Festsetzung des Streitwerts auf den Honorarumsatz der **Arztgruppe** zurückzugreifen. Eine weitergehende **Differenzierung nach niedergelassenen und ermächtigten Laborärzten** ist im Hinblick auf die gebotene pauschalierende Bestimmung von Streitwerten und die Rechtsprechung des BSG nicht geboten.

Allerdings ist von dem auf den Dreijahreszeitraum bezogenen ermittelten Betrag (hier: 691.200 €) **kein Abschlag** in Höhe eines Viertels aufgrund eines **Beschäftigungsverhältnisses** der antragstellenden Ärztin vorzunehmen. Nach der st. Rspr. des BSG wird aus dem Merkmal des „Zur-Verfügung-Stehens in erforderlichem Maße“ gemäß § 20 I 1 Ärzte-ZV in der bis zum 31.12.2006 geltenden Fassung für die Zulassung nicht das Erfordernis abgeleitet, dass der Vertragsarzt seine gesamte Arbeitskraft der vertragsärztlichen Tätigkeit widmet, sondern nur, dass er im dort üblichen Umfang für die vertragsärztliche Tätigkeit zur Verfügung steht (vgl. BSG, Urt. v. 30.01.2002 - B 6 KA 20/01 R - juris Rn. 25; BSGE 26,23,14 f.; BSGE 44,260,263 f.; BSGE 85,145,149 f).

Für das Verfahren des **einstweiligen Rechtsschutzes** kann nur die Höhe der Einnahmen während der voraussichtlichen **Verfahrensdauer** von einem Jahr berücksichtigt werden.

## **B) ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN SOZIALPÄDIATRISCHEN BEHANDLUNG VON KINDERN**

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 23.04.2008 – L 7 KA 2/07 –**

**RID 08-03-97**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 119; SGB X § 63 III 1; GKG a.F. 13 I 1

Grundlage der Wertberechnung ist der **Zeitraum**, für welchen die Ermächtigung angestrebt wurde.

Fehlt es an genügenden tatsächlichen Anhaltspunkten für eine Schätzung, nach denen sich der Wert der streitbefangenen Ermächtigungen mit hinreichender Sicherheit bestimmen lässt, so ist für jedes **Quartal vom Regelstreitwert** auszugehen.

Auf die Gewinnerzielungsabsicht kann bei einer gemeinnützigen Einrichtung nicht abgestellt werden.

**SG Berlin**, Urt. v. 16.08.2006 - S 79 KA 39/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## **5. WIDERRUF EINER KLAGE ALS KLÄGERÜCKNAHME**

**SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 07.05.2008 – S 27 KA 481/06 – RID 08-03-91** (diese Ausgabe)

SGG § 102 S. 2

Für die Feststellung, ob eine Klage zurückgenommen ist, ist der Regelstreitwert festzusetzen.

## **XII. Entscheidungen des BSG**

### **1. PSYCHOTHERAPEUTEN: MINDESTPUNKTWERT ZEITGEBUNDENER LEISTUNGEN BIS ENDE 1998**

**BSG, Urt. v. 28.11.2007 – B 6 KA 23/07 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 36**

**RID 08-03-98**

**Leitsatz:** Zur Ermittlung des Mindestpunktwertes zur angemessenen Vergütung der zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen Leistungen der Psychotherapeuten sind für die Zeit bis Ende 1998 die Vergleichsparameter hinsichtlich der Umsatzhöhe und der Praxiskosten der Arztgruppe der Allgemeinmediziner zu entnehmen (Klarstellung von BSG vom 6.11.2002 - B 6 KA 21/02 R = BSGE 90, 111 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 49).

**Parallelverfahren: BSG, Urt. v. 28.11.2007 – B 6 KA 20/07 R –**

**RID 08-03-99**

(Zusätzlich führt das BSG in Rn. 25 aus: Bei der Neubescheidung der Honoraransprüche der Klägerin darf die Beklagte in Bezug auf die zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen Leistungen der Klägerin nach Abschnitt G IV EBM-Ä aF die **Mengenbegrenzungsregelung** des § 8 HVM nicht zu deren Lasten anwenden. Das LSG hat entschieden, dass diese Vorschrift mit höherrangigem Recht unvereinbar ist. Dagegen hat sich die Beklagte mit ihren Revisionen nicht gewandt. Diese Rechtsauffassung des LSG ist damit iS des § 131 Abs 3 SGG für die Neubescheidung verbindlich.)

### **2. BEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE ERHEBUNG VON MITGLIEDSBEITRÄGEN**

**BSG, Urt. v. 28.11.2007 – B 6 KA 1/07 R – SozR 4-2500 § 81 Nr. 3**

**RID 08-03-100**

**Leitsatz:** Es ist mit dem Äquivalenzprinzip und dem Gleichheitssatz vereinbar, den gesamten Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit als Bemessungsgrundlage für die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen durch eine Kassenärztliche Vereinigung zugrunde zu legen. Das gilt auch für die Einbeziehung gesondert erstatteter Sachkosten.

### **3. AUSSCHLUSS DER GASTROSKOPIE VON DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG**

**BSG, Beschl. v. 09.04.2008 – B 6 KA 6/08 B –**

**RID 08-03-101**

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hamburg**, Urt. v. 19.09.2007 – L 2 KA 25/06 – RID 08-02-40 wird zurückgewiesen.

Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine haus- und eine fachärztliche Versorgung (§ 73c SGB V) ist mit höherrangigem Recht vereinbar (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 24/06 R – GesR 2008,22 = ZMGR 2007, 149). Die Zuweisung der Gastroskopie nach Nr. 741 EBM 1996 zur fachärztlichen Versorgung ist nicht zu beanstanden.

Die Erweiterung des Katalogs der in der hausärztlichen Versorgung ausgeschlossenen Leistungen war im Mai 2000 bereits absehbar. Die Übergangsfrist von 2 ½ Jahren war ausreichend.

#### 4. AUSSCHREIBUNG EINES VERTRAGSARZTSITZES

*BSG, Urt. v. 28.11.2007 – B 6 KA 26/07 R –*

RID 08-03-102

SozR 4-2500 § 103 Nr. 3 = MedR 2008, 305 = GesR 2008, 304

**Leitsatz:** 1. Die Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes setzt voraus, dass eine Praxis noch im Sinne des § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB 5 fortgeführt werden kann.

2. Dies ist bei einer Gemeinschaftspraxis nicht mehr möglich, wenn der einst zu dieser Praxis gehörende Sitz aus dieser heraus verlegt wurde und erst nach einem längeren Zeitraum - durch Verzicht des ausgeschiedenen Partners - frei wird. Zudem wird der Sitz nicht in der ehemaligen Gemeinschaftspraxis frei, wenn er zuletzt im Rahmen einer anderen Gemeinschaftspraxis geführt worden ist.

#### 5. ZULASSUNGSRECHT

##### A) ÜBERGANGSREGELUNGEN IM RAHMEN DER BEDARFSPLANUNG

*BSG, Urt. v. 17.10.2007 – B 6 KA 45/06 R –*

RID 08-03-103

SozR 4-2500 § 103 Nr. 4 = GesR 2008, 308

**Leitsatz:** Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ermächtigt, im Zusammenhang mit Änderungen in den Grundlagen der Bedarfsplanung Übergangsregelungen für die Behandlung solcher Zulassungsanträge zu treffen, die im Zeitraum zwischen der Bekanntmachung der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte und einer Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über das Bestehen von Zulassungsbeschränkungen gestellt werden.

##### B) PASSIVE KONKURRENTENKLAGE GEGEN ERMÄCHTIGUNG

*BSG, Urt. v. 17.10.2007 – B 6 KA 42/06 R –*

RID 08-03-104

SozR 4-2500 § 116 Nr. 4

**Leitsatz:** 1. **Vertragsärzte** sind zur **Anfechtung** der einem Krankenhausarzt erteilten **Ermächtigung** nur befugt, wenn sie darlegen, dass sie in demselben räumlichen Bereich die von der Ermächtigung umfassten Leistungen erbringen.

2. Die Anfechtungsberechtigung des Vertragsarztes ist gegeben, sofern zwischen ihm und dem Ermächtigten eine **reale Konkurrenzsituation** wesentlichen Umfangs hinsichtlich der Versorgung von Patienten aus demselben Einzugsbereich besteht. Dies ist anzunehmen, wenn die vom Krankenhausarzt behandelten Patienten aus dem Einzugsbereich der Vertragsarztpraxis **mehr als 5 Prozent der durchschnittlichen Patientenzahl dieser Praxis** ausmachen.

3. Eine Ermächtigung kann in der Weise **räumlich begrenzt** werden, dass die Versorgung von Patienten aus dem Einzugsbereich einer Vertragsarztpraxis ausgeschlossen oder auf Patienten aus einem begrenzten räumlichen Bereich beschränkt wird. Dies kann erforderlich sein, um eine zur bedarfsgerechten Versorgung bestimmter Patienten notwendige Ermächtigung so auszugestalten, dass die Betätigungsmöglichkeiten der in demselben räumlichen Bereich niedergelassenen Vertragsärzte nicht übermäßig eingeschränkt werden.

##### C) ZULASSUNGSENTZIEHUNGSVERFAHREN WEGEN ABRECHNUNGSBETRUG: DATENÜBERMITTLUNG

*BSG, Beschl. v. 09.04.2008 – B 6 KA 18/07 B –*

RID 08-03-105

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 21/06 – RID 07-02-70 wird zurückgewiesen.

Eine **Übermittlung von Daten** aus strafrechtlichen Ermittlungsverfahren kann gemäß § 14 I Nr. 4 i.V.m. § 13 II 1 EGGVG bereits vor Erhebung der öffentlichen Klage rechtmäßig und die Verwendung der übermittelten Daten in dem Zulassungsentziehungsverfahren somit zulässig sein (vgl. § 22 III 3 EGGVG). Jedenfalls dann, wenn der Verdacht auf Abrechnungsbetrügereien Anlass zu Ermittlungen gegen einen Vertragsarzt gibt, ist die Benachrichtigung der vertragsärztlichen Behörden zulässig und angezeigt, sobald sich dieser Verdacht aufgrund durchgeführter Beweiserhebungen erhärtet hat.

Die Pflicht des Vertragsarztes zu **peinlich genauer Abrechnung** der von ihm erbrachten Leistungen gehört zu den essentiellen Grundlagen von dessen Mitgliedschaft in der KV, zumal nach den

Besonderheiten des vertragsärztlichen Vergütungssystems unberechtigte Leistungsanforderungen des einen Arztes zu Honorarverlusten bei den übrigen Ärzten führen (vgl. BSGE 96, 1 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 22, jeweils Rdnr. 12; BSG SozR 4-2500 § 106a Nr. 1 Rdnr. 28). In diesem mehrpoligen Rechtsverhältnis ist es deshalb von besonderer Wichtigkeit, dass erkannten Abrechnungsbetrügereien eines Vertragsarztes auch von Seiten der KV und von den Zulassungsgremien unverzüglich nachgegangen werden kann, um fortdauernde oder fortgesetzte Schädigungen der übrigen Vertragsärzte zu vermeiden.

Die Auffassung, Daten aus einem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren dürften gemäß §§ 13 ff. EGGVG nur dann an andere Behörden übermittelt werden, wenn zugleich die Voraussetzungen der als Verwaltungsvorschrift erlassenen **MiStra** erfüllt seien, trifft nicht zu.

## 6. FESTLEGUNG VON ZWEI KOPFPAUSCHALEN GETRENNT NACH RECHTSKREIS OST UND WEST

**BSG, Urt. v. 17.10.2007 – B 6 KA 34/06 R –**

**RID 08-03-106**

SozR 4-2500 § 83 Nr. 4

**Leitsatz:** Für Betriebskrankenkassen mit Sitz in den alten Bundesländern, die sich auf das Beitrittsgebiet erstreckt hatten, durften im Jahre 2002 unterschiedlich hohe Kopfpauschalen je nach Zugehörigkeit der Mitglieder zu den Rechtskreisen "Ost" und "West" vereinbart werden.

## 7. VERTRÄGE ZUR INTEGRIERTEN VERSORGUNG (BARMER HAUSARZTVERTRAG)

**BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 27/07 R –**

**RID 08-03-107**

SozR 4-2500 § 140d Nr. 1 = GesR 2008, 260

**Leitsatz:** Verträge zur integrierten Versorgung, für deren Anschubfinanzierung die Krankenkassen Gesamtvergütungsanteile einzubehalten haben, liegen nicht vor, wenn die Verträge mit ihren integrativen Elementen innerhalb der Regelversorgung verbleiben und damit keine Leistungen der Regelversorgung ersetzen.

## 8. GEGENSTANDSWERT DURCH VERWALTUNG UNVERBINDLICH/NACHFOLGEZULASSUNG UND KAUFPREIS

**BSG, Beschl. v. 09.04.2008 – B 6 KA 3/07 B –**

**RID 08-03-108**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 86/06 – RID 07-01-112 wird zurückgewiesen.

Die im Rahmen einer Kostenfestsetzungsentscheidung der Verwaltung vorgenommene Bestimmung des **Gegenstandswerts** stellt lediglich einen **Berechnungsfaktor** für die Höhe des Kostenerstattungsanspruchs dar. Die Anfechtung eines Kostenfestsetzungsbescheids kann mithin nicht auf die Höhe der anzuwendenden Rahmengebühren wirksam beschränkt werden. Die Gerichte sind vielmehr befugt, bei der Prüfung, ob ein Anspruch auf höhere Kostenerstattung zusteht, als die Behörde bislang bewilligt hat, den zugrunde zu legenden Gegenstandswert eigenständig nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen zu bestimmen. Es gilt allerdings das prozessuale **Verböserungsverbot**.

Soll mit dem Zulassungsverzicht lediglich ein **Praxisverkauf** ermöglicht werden, so können für den Gegenstandswert, auch wenn die Zulassungsgremien gleichzeitig mit der Ablehnung einer Nachfolgezulassung über die Beendigung der Zulassung des Praxisabgebers entscheiden, nicht entgangene Gewinne aus künftiger eigener vertragsärztlicher Tätigkeit zugrunde gelegt werden. Vielmehr ist in diesem Fall der vom Praxisabgeber **erstrebte Kaufpreis** für seine Praxis der einzig sachgerechte Maßstab zur Bestimmung des Gegenstandswerts.

## B. Krankenversicherungsrecht

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

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

*Eberbach*, Die Verbesserung des Menschen – Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin –, MedR 2008, 325-336; *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) POSITRONEN-EMISSIONS-TOMOGRAPHIE (PET) ALS EINZIGE UNTERSUCHUNGSMETHODE

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.05.2008 – L 5 KR 81/06 –*

RID 08-03-109

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 13 III; SGB X §§ 31, 33 II, 92, 135 II 1; GG Art. 21, II 1

Eine Ablehnung i.S.d. § 13 III 1 SGB V muss nicht in schriftlicher Form erfolgen.

Steht für ein **onkozytäres Schilddrüsenkarzinom**, das ohne eine adäquate Behandlung einen infausten Verlauf nimmt, eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung, so besteht ein Anspruch auf eine Positronen-Emissions-Tomographie, auch wenn diese nur der Diagnostik dient, da nur auf diese Weise die Lokalisierung weiterer Rezidive und Metastasen möglich ist. Der **Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss** vom 26.02.2002, dass die PET kein Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung ist (Nr. 39 der Anlage B zu den BUB-Richtlinien), beruht auf der Annahme, dass andere, herkömmliche und kostengünstigere Methoden vorhanden seien, denen gegenüber die PET kein aussagekräftigeres Untersuchungsmittel darstelle, und gilt deshalb nur für den Regelfall. Zu berücksichtigen ist ferner, dass der Gemeinsame Bundesausschuss lediglich eine eingeschränkte Beschlussfassung getroffen hat. Die Entscheidung orientierte sich an der Untersuchungssubstanz 18-F-Fluorodeoxyglucose, die allein als Untersuchungssubstanz für die PET arzneimittelrechtlich zugelassen ist.

*SG Itzehoe*, Urt. v. 16.08.2006 - S 1 KR 278/04 - wies die Klage ab, das *LSG* gab der Klage statt.

##### B) RHEOPHERESE-THERAPIE BEI TROCKENER ALTERSABHÄNGIGER MAKULADEGENERATION (AMD)

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 28 I, 70 I, 92 II Nr. 5, 135 I 1; BUB-RL Anl. Nr. 31

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.05.2008 – L 11 KR 46/07 –*

RID 08-03-110

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Die **Rheopherese-Behandlung** gehört nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 01.03.2004 – L 5 KR 213/02 -; *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 14.01.2004 – L 5 KR 165/03 - RID 04-02-147; *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 15.12.2006 – L 1 KR 67/04 – RID 07-01-120).

Auch wenn die Rheopherese nicht ausdrücklich in die in der Anlage B der BUB-Richtlinien genannten ausgeschlossenen Methoden aufgenommen worden ist, ergibt sich aus der auf zwei Indikationen beschränkten **Entscheidung des Bundesausschusses**, dass für alle anderen Indikationen der für eine Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV geforderte Qualitätsnachweis nicht vorliegt. Für ein sog. Systemversagen besteht schon deshalb kein Raum, weil sich der Bundesausschuss mit der Behandlungsmethode Rheopherese hinreichend und zeitnah beschäftigt hat.

*SG Köln*, Urt. v. 25.04.2007 - S 5 KR 169/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

*SG Düsseldorf, Urt. v. 12.06.2008 – S 8 KR 190/07 –*

RID 08-03-111

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Ein Versicherter hat einen **Anspruch auf Versorgung mit Rheopherese-Behandlungen** als neuer Behandlungsmethode unter Berücksichtigung von *BVerfG*, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 -, denn die altersbedingte trockene Makuladegeneration bei funktioneller Einäugigkeit stellt als Erkrankung mit Erblindungsgefahr eine einer lebensbedrohlichen Erkrankung vergleichbare Gesundheitsstörung dar, für deren Behandlung im vertragsärztlichen Bereich keine alternative Therapie zur Verfügung steht und für deren Behandlung mittels der geltend gemachten Rheopherese ein ausreichender Wirksamkeitsnachweis gegeben ist.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, die bereits aufgewandten Kosten in Höhe von 11.605,52 Euro zuzüglich Zinsen nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften zu erstatten und die Kosten der künftig ärztlich verordneten Rheopherese-Behandlungen zu übernehmen.

### C) GALVANOTHERAPIE

**SG Landshut, Urt. v. 16.04.2008 – S 1 KR 166/07 FdV –**

**RID 08-03-112**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 28 I, 70 I, 92 II Nr. 5, 135 I 1

Die Galvanotherapie kann als neue Behandlungsmethode i.S.d. § 135 SGB V nicht zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden, da der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 5 SGB V keine Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. Darin liegt kein Systemmangel.

Das **SG** wies die Klage ab.

### D) FOLGENABWÄGUNG BEI LEBENSBEDROHLICHER ERKRANKUNG

**SG Augsburg, Beschl. v. 27.12.2007 – S 12 KR 413/07 ER –**

**RID 08-03-113**

*Beschwerde anhängig: LSG Bayern - L 4 B 127/08 KR ER -*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I, 135; GG Art. 2 II 1

Können die Erfolgsaussichten des Hauptsacheverfahrens nicht abschließend ermittelt werden, ist anhand einer **Folgenabwägung** zu entscheiden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung eine Vorenthaltung der begehrten Behandlung im Fall eines positiven Ausgangs des Hauptsacheverfahrens zur Folge hätte, dass die Chance auf eine Lebensverlängerung möglicherweise zu spät käme.

Die Gewährung einer vorläufigen Leistung ab einem Zeitpunkt vor der Entscheidung über die einstweilige Anordnung bzw. vor dem Eingang des Antrages auf einstweilige Anordnung bei Gericht kommt von vornherein nicht in Betracht, da der Erlass einer einstweiligen Anordnung eine vorläufige Regelung bis zur Entscheidung der Hauptsache zum Gegenstand hat, also eine **in die Zukunft gerichtete Maßnahme** ist (vgl. **LSG Bayern**, Beschl. v. 18.10.2004 - L 4 B 462/04 KR ER -).

Die 1956 geb. Ast ist seit 1997 an einem Mammakarzinom erkrankt, das zunächst nur linksseitig auftrat. Im Jahr 2001 wurde ein Rezidiv auf der rechten Brustseite operiert. Der Brustkrebs ist metastasiert. Es erfolgten mehrfach Chemotherapien, wobei zuletzt im Jahr 2006 gravierende Nebenwirkungen in Form einer Hautablösung an den Fußsohlen auftraten. Das **SG** verpflichtete die Ag., ab dem Tag nach Zustellung dieses Beschlusses die Kosten für einen weiteren Zyklus (Kosten: 16.000,00 EUR) der Immuntherapie bei Herrn T. mit **Hypertermie, autologen Immunzellen und kostimulatorischen inaktivierten onkolytischen Viren** zu übernehmen, befristet bis 15.02.2008, längstens bis zur Beendigung des Hauptsacheverfahrens.

### E) FOLGENABWÄGUNG BEI LIPID(A)-APHERESE

**LSG Bayern, Beschl. v. 24.01.2008 – L 5 B 1074/07 KR ER –**

**RID 08-03-114**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 27 I, 135; GG Art. 2 II; SGG § 86b II

Breits **vor Abschluss eines Verwaltungsverfahrens** kann ein Antrag zur vorläufigen Gewährung der begehrten medizinischen Behandlung bei Gericht nach § 86b II SGG gestellt werden. Ein Rechtsschutzbedürfnis besteht, wenn die Krankenkasse während des gesamten Verfahrens zu erkennen gegeben hat, dass sie zur Gewährung der Leistung nicht bereit ist.

Eine **Folgenabwägung** hat zu berücksichtigen, dass die Vorenthaltung der begehrten Behandlung im Falle eines positiven Ausgangs des Verwaltungsverfahrens zur Folge hätte, dass die Chance auf eine Lebensverlängerung möglicherweise zu spät käme. Die Interessen der Versichertengemeinschaft, unwirksame Behandlungsmethoden nicht erbringen zu müssen (hier: Lipid(a)-Apherese -> Behandlung, wöchentliche Kosten rund 1.200 Euro bis 1.300 Euro) haben demgegenüber zurückzutreten.

**SG Landshut**, Urt. v. 14.08.2007 – S 1 KR 172/07 ER – RID 07-03-189 wies den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Ag., dem Ast. eine regelmäßige ärztliche extrakorporale Lipid(a)-Apherese zur Behandlung seiner Lipoprotein(a)-Erhöhung als Sachleistung zu gewähren, befristet bis 31.07.2008, längstens bis zur Beendigung des Verwaltungsverfahrens.

Vgl. **BVerfG**, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 06.02.2007 – 1 BvR 3101/06 – RID 08-02-138; **LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 07.03.2006 – L 9 B 63/06 KR ER – RID 06-03-95; **andere LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 30.01.2008 – L 9 B 639/07 KR ER – RID 08-02-139.

## 2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

Nach BSG, Urt. v. 17.06.2008 - **B 1 KR 24/07 R** – kann eine Krankenkasse ihre Versicherte nicht auf die Leistungen der Privatversicherung ihres Ehemanns verweisen, um sich von ihrer eigenen Leistungspflicht zu befreien, wenn die de Privatversicherung auch nicht die Verpflichtung der Krankenkasse durch eigene Leistungen erfüllt. Zur BSG-Rspr. s. a. RID 07-04-B I 2 (S. 36), uir Instanzenpraxis zuletzt RID 08-02-B I 2 (S. 48 f.).

## 3. TÄTOWIERUNGEN KEINE KRANKHEIT

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22.04.2008 – L 16 B 5/08 KR –**

**RID 08-03-115**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§

**Tätowierungen** stellen generell keine **Krankheit** im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung dar. Krankheitswert kommt nicht schon jeder körperlichen Unregelmäßigkeit zu. Erforderlich ist vielmehr, dass der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder er an einer derartigen Abweichung leidet, dass diese entstellend wirkt (s. BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 2; zuletzt BSG, Urt. v. 28.02.2008 - B 1 KR 19/07 R –). Dies ist nicht der Fall, wenn die Tätowierungen zwar auffällig sind, sich jedoch durch Tragen leichter, insbesondere auch langärmeliger Kleidung verdecken lassen.

**SG Dortmund**, Beschl. v. 19.12.2007 - S 48 (8) KR 106/06 - wies den Antrag auf Prozesskostenhilfe ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## II. Kostenerstattungsanspruch

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

### 1. KAUSALITÄTSERFORDERNIS

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.04.2008 – L 9 KR 1021/05 –**

**RID 08-03-116**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 13 III, 33; SGB IX § 15 III

Ein Erstattungsanspruch scheidet aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne zuvor den Leistungsträger einzuschalten und seine Entscheidung abzuwarten.

**SG Neuruppin**, Urt. v. 23.05.2005 - S 9 KR 69/03 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

**LSG Bayern, Urt. v. 13.12.2007 – L 4 KR 126/06 –**

**RID 08-03-117**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 13 III

Der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 III SGB V setzt nach ständiger Rechtsprechung des BSG (z.B. SozR 3-2500 § 13 Nr. 26) voraus, dass der Versicherte durch die Ablehnung der Krankenkasse veranlasst wird, sich die Behandlung auf eigene Kosten zu beschaffen. Wurde die Behandlung ohne Einschaltung der Kasse begonnen, scheidet eine Erstattung auch für nachfolgende Leistungen aus, wenn sich die Ablehnung auf den weiteren Behandlungsverlauf nicht mehr auswirken konnte.

**SG Augsburg**, Urt. v. 03.11.2005 - S 12 KR 321/02 - wies die Klage auf Erstattung der Kosten in einer Privatklinik ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**LSG Bayern, Urt. v. 21.02.2008 – L 4 KR 329/05 –**

**RID 08-03-118**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III, 27, 40

Für die **Unaufschiebbarkeit** wird noch vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Nur wenn eine vorherige Einschaltung der Kasse vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden. Daraus folgt, dass der Kostenerstattungsanspruch mit dem Unvermögen der Kasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden kann, wenn es dem Versicherten aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten.

Die Kosten der stationären Behandlung in einem **nicht zugelassenem Krankenhaus** i.S.d. § 108 SGB V sind nicht zu übernehmen.

**SG München**, Urt. v. 21.07.2005 - S 18 KR 134/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.06.2008 – L 16 KR 46/08 –**

**RID 08-03-119**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung, wenn der Versicherte sich die Hyperthermie-Behandlung selbst beschafft hat, ohne zuvor in geeigneter Weise eine Entscheidung der Krankenkasse herbeizuführen

**SG Köln**, Urt. v. 29.01.2008 - S 9 KR 152/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. KEINE ISOLIERTE WAHL DER KOSTENERSTATTUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.03.2008 – L 16 KR 118/06 –**

**RID 08-03-120**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 13 II

Eine isolierte Wahl der Kostenerstattung, bezogen auf eine noch andauernde kieferorthopädische Behandlung, ist nicht möglich. Die Wahl ist zumindest einheitlich auf den Bereich der ärztlichen oder zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen (z.B. Arzneimittel, Hilfsmittel, Physiotherapie usw.) eingeschränkt (§ 13 II 5 SGB V).

**SG Dortmund**, Urt. v. 04.04.2006 - S 8 KR 157/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

S. a. **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 16.07.2008 – L 5 KR 38/08 KL – RID 08-03- (diese Ausgabe S. 61).

## 3. FEHLENDE KOSTEN

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.07.2008 – L 9 KR 1211/05 –**

**RID 08-03-121**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 13 III, 37

Bei einem Antrag auf Kostenfreistellung handelt es sich ebenso wie bei einem Antrag auf Kostenerstattung um eine **Leistungsklage**, die der Höhe nach beziffert werden muss (BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 35/04 R -).

Ein Anspruch auf Erstattung von Kosten setzt sowohl begrifflich wie nach Wortlaut und Zweck von § 13 III SGB V voraus, dass dem Versicherten **Kosten entstanden** sind (vgl. BSG, Urt. v. 23.07.1998 - B 1 KR 3/97 R -). Bei Kosten für Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V besteht ein Vergütungsanspruch des Pflegedienstes nur, wenn dem Leistungsempfänger darüber eine **Abrechnung** erteilt worden ist. Erst mit der Erteilung einer solchen, den geschuldeten Betrag beziffernden Rechnung wird die Vergütung fällig.

Ein **Vertragsschluss** durch schlüssiges Verhalten, wie die Entgegennahme üblicherweise nur gegen Vergütung gewährter Leistungen, scheidet aus, wenn entweder der Leistungserbringer erkennbar davon ausgeht, es solle eine Versorgung des Versicherten zu Lasten einer gesetzlichen Krankenkasse erfolgen (vgl. BSG, Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 6/01 R – sowie LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.11.2006 – L 9 KR 82/03 – RID 07-01-135) oder der Leistungsempfänger der Auffassung sein durfte, die Leistungen würden ggf. auch zu Lasten der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht.

**SG Neuruppin**, Urt. v. 07.11.2005 - S 9 KR 35/03 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## III. Stationäre Krankenhausbehandlung

Nach BSG, Urt. v. 28.02.2008 - **B 1 KR 19/07 R** - kommt einer Abweichung vom Regelfall Krankheitswert dann zu, wenn sie entstehend wirkt; eine Entstellung besteht, wenn Versicherte objektiv an einer körperlichen Auffälligkeit von so beachtlicher Erheblichkeit leiden, dass sie die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gefährdet; bei einer **Asymmetrie der Brüste** fehlt es hieran, wenn sie sich im Alltag durch Prothesen verdecken lässt; 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 (MAMMAREDUKTIONSPLASTIK)

SGB V §§ 2, 12 I, 27 I 1

**LSG Bayern, Urt. v. 07.12.2005 – L 4 KR 16/06 –**

**RID 08-03-122**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Wird die Notwendigkeit der Brustverkleinerung nur mit orthopädischen Beschwerden begründet, ist nicht von einer Entstellung auszugehen. Unabhängig davon, ob andere Behandlungsmöglichkeiten wie Krankengymnastik oder Trainingstherapien ausgeschöpft sind, rechtfertigt eine gutachterlich festgestellte geringfügige Beeinträchtigung keinesfalls den Eingriff in ein gesundes Organ.

**SG Augsburg**, Urt. v. 07.12.2007 - S 10 KR 409/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.06.2008 – L 9 KR 62/06 –**

**RID 08-03-123**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Liegt keine Krankheit, was den Zustand der Brust anbelangt, vor, so bedarf es keiner ärztlichen Behandlung durch eine Mammareduktionsplastik (Brustverkleinerungsoperation) mit Hautstraffung.

**SG Berlin**, Gerichtsbs. v. 26.01.2006 - S 85 KR 989/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelverfahren: LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.06.2008 – L 9 KR 589/07 –**

**RID 08-03-124**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SG Cottbus**, Urt. v. 26.09.2007 - S 18 KR 260/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. OPERATION WEGEN EINER FEHLBILDUNG DER BRÜSTE

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23.04.2008 – L 5 KR 2/07 –**

**RID 08-03-125**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 27 I 1

Eine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse bei einer körperlichen Anomalität setzt voraus, dass es sich um eine körperliche Auffälligkeit handelt, die sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen quasi im Vorbeigehen bemerkbar macht und die es der Betroffenen erschwert oder kaum möglich macht, sich frei und unbefangen unter den Menschen zu bewegen, da sie naturgemäß ständig alle Blicke auf sich zieht und zum Objekt der Neugier wird (BSG, Urt. v. 23.07.2003 – B 3 KR 66/01 R -; s.a. Urt. v. 28.02.2008 - B 1 KR 19/07 R –).

Bei der Prüfung der Leistungsverpflichtung der Beklagten zur Übernahme der Kosten einer Operation darf auch nicht unberücksichtigt bleiben, ob diese mit erheblichen Risiken verbunden ist.

**SG Kiel**, Urt. v. 09.11.2006 - S 3 KR 155/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 3. LAPAROSKOPISCHE BILIOPANKREATISCHE DIVERSION BEI ADIPOSITAS

**SG Dresden, Urt. v. 05.09.2007 – S 15 KR 40/07 –**

**RID 08-03-126**

*Berufung anhängig: LSG Sachsen - L 1 KR 151/07 -*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 2, 12 I, 27 I 1

Auf die Übernahme der Kosten für eine chirurgische Intervention mittels laparoskopischer biliopankreatischer Diversion mit Duodenal Switch (PBD-DS) - eine Kombination von Restriktion des Magenvolumens und Energiemalabsorption mittels Verkürzung des Verdauungstraktes im Dünndarmbereich - zur Behandlung einer Adipositas besteht kein Anspruch, wenn die konservativen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft sind.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 4. STATIONÄRE LIPOSUKTION (FETTABSUGUNG) BEI AMBULANTER BEHANDLUNGALTERNATIVE

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 17.04.2008 – L 5 KR 174/07 –**

**RID 08-03-127**

*Revision anhängig: B 1 KR 11/08 R*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 13 III, 39 I 2

Es besteht kein Anspruch auf Durchführung einer stationären Liposuktion (Fettabsaugungen), wenn diese auch ambulant durchgeführt werden kann. Eine andere Beurteilung ergibt sich nicht daraus, dass die Liposuktion als ambulante Behandlung nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung als eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode i.S.d. § 135 I 1 SGB V, die der Gemeinsame Bundesausschuss nicht empfohlen hat, geschuldet ist, wenn die stationäre Behandlung im konkreten Fall medizinisch nicht notwendig ist.

**SG Speyer**, Urt. v. 24.08.2007 - S 13 KR 219/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## IV. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 28.02.2008 - **B 1 KR 15/07 R** – bestand aufgrund der damals vorliegenden konkreten Datenlage (Juni 2003 bis Oktober 2004) keine begründete Aussicht darauf, dass gerade mit einem **Immunglobulin** wie Venimmun ein Behandlungserfolg bei **Multipler Sklerose** erzielt werden kann; nach BSG, Urt. v. 28.02.2008 - **B 1 KR 16/07 R** – ist **Lorenzos Öl** weder ein Heil- noch ein Hilfsmittel, sondern (nur) entweder ein Arznei- oder ein Lebensmittel; in beiden denkbaren Fällen ist eine Krankenkasse jedoch nicht leistungspflichtig. Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B V (S. 44).

*Christian Koenig/Eva Maria Müller*, Haftungsrechtliche Maßstäbe beim „Off-off“-label-Use trotz Verfügbarkeit eines indikationspezifisch zugelassenen Arzneimittels, MedR 2008, 190-202.

## 1. OFF-LABEL-USE: VIGIL (MODAFINIL) BEI FATIGUE-SYNDROM BEI MS

*SG Düsseldorf, Urt. v. 24.07.2008 – S 8 KR 104/07 –*

RID 08-03-128

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 31 I, 34 I, 92 I 2 Nr. 6; AMR Nr. 16.4.1; GG Art. 3 I; EWGRL 105/89

Ein Behandlungsanspruch besteht nach Maßgabe des BVerfG auch bei einer die Lebensqualität **nachhaltig beeinträchtigenden** und nicht nur einer lebensbedrohlichen **Erkrankung** (ebenso: SG Hamburg, Urt. v. 07.02.2006 – S 48 KR 1620/03 -; a. A.: BSG, u.a. Protokoll vom 27.03.2006 - Termin- Bericht 20/06-; Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 3/06 R - und - B1 KR 14/06 R -, v. 14.12.2006 - B 1 KR 12/06 R -).

Ein **Fatigue-Syndrom** kann auch eine die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigende Krankheitsfolge darstellen, wenn es die Arbeitsfähigkeit und darüber hinaus die Gestaltungsmöglichkeiten und Aktivitäten im Alltag gefährdet und einschränkt.

Die 1950 geb. Kl. ist an Multipler Sklerose (MS) erkrankt, verbunden mit in den Jahren 2006 und 2007 eingetretenen Schüben sowie einer Tagesmüdigkeit/Fatigue-Syndrom, die sich seit zehn Jahren zunehmend entwickelt hat. Die Krankenkasse lehnte eine Kostenübernahme für das **Arzneimittel Vigil** ab, da nicht ersichtlich sei, dass andere Therapiemöglichkeiten zur Behandlung eines Schubes erfolglos seien. Die Datenlage zum Wirksamkeitsnachweis von Vigil beim Fatigue-Syndrom bei MS sei nicht ausreichend. Das Arzneimittel Vigil verfügt über eine Zulassung zur Behandlung von Narkolepsie mit und oder Kataplexie und einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom mit exzessiver Tagesschläfrigkeit trotz adäquater CPAP-Therapie. Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, die Kosten für das seit dem 23.11.2006 selbst beschaffte und in Zukunft ärztlich verordnete Arzneimittel Vigil (Modafinil) zu übernehmen und wies im Übrigen wegen fehlender Kausalität nach § 13 SGB V die Klage ab.

## 2. GESETZLICHER AUSSCHLUSS NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER ARZNEIMITTEL

*LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 31.08.2007 – L 4 KR 171/05 –*

RID 08-03-129

*Revision anhängig nach Nichtzulassungsbeschwerde: B 1 KR 6/08 R*

juris

SGB V §§ 31 I, 34 I, 92 I 2 Nr. 6; AMR Nr. 16.4.1; GG Art. 3 I; EWGRL 105/89

Bei dem **Medikament Gelomyrtol forte** handelt es sich um ein nicht verschreibungspflichtiges Medikament. Derartige Medikamente dürfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem 01.01.2004 nicht mehr verordnet und abgegeben werden. Eine schwerwiegende Erkrankung als Ausnahme liegt auch bei einem GdB von 100 und Nachteilsausgleich G bei einem Einzel-GdB von 70 für eine chronische Emphysebronchitis nicht vor.

Der gesetzliche **Ausschluss der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel** von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und die mit ihm einhergehenden Ausnahmebestimmungen verstoßen nicht gegen Verfassungsrecht oder Europarecht.

Der 1934 geb. Kl. leidet an einer chronischen Atemwegserkrankung. Sein Arzt bescheinigte ihm, dass er ihm Gelomyrtol forte seit 1993 regelmäßig verordnet habe und die Behandlung auch 2004 weiterhin medizinisch sinnvoll sei. Die Bkl. lehnte die Übernahme der Kosten (monatlich 28,80 €) ab, weil es sich um ein nicht verschreibungspflichtiges Medikament handele. **SG Hannover**, Urt. v. 21.04.2005 - S 6 KR 1304/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## V. Heilmittel und Hilfsmittel

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

### 1. ROLLSTUHL-HAND-BIKE

*SG Aachen, Urt. v. 10.06.2008 – S 13 KR 52/07 –*

RID 08-03-130

*SG Aachen, Urt. v. 17.06.2008 – S 13 (2) KR 26/07 –*

RID 08-03-131

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 33, 34

Ein erwachsener Versicherter hat keinen Anspruch auf ein Rollstuhl-Hand-Bike (auch: Rollstuhl-Bike, "Rolli-Bike" oder "Handy-Bike" oder "Speedy-Bike" genannt).

Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. ELEKTROZUGGERÄT ("SPEEDY-ELEKTRA 2")

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.07.2008 – L 5 B 47/08 KR –*

RID 08-03-132

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

Fällt einem Versicherten die Fortbewegung mit einem zur Verfügung gestellten Aktivrollstuhl äußerst schwer und ist er bereits nach Wegstrecken von etwa 50 m so erschöpft sei, dass es zu Spastiken kommt, die den gesamten Körper erfassen, so ist ein Anspruch auf Versorgung mit einem Elektrozuggerät zur Gewährung eines Basisausgleich im Bereich des Gehens nicht ausgeschlossen.

*SG Köln*, Beschl. v. 28.04.2008 - S 9 KR 122/08 - wies den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. THERAPIEDREIRAD/BEHINDERTENGERECHTES FAHRRAD

### A) GEHFÄHIGKEIT BIS ZU EINEM KILOMETER AUSREICHEND

*LSG Hessen, Urt. v. 24.04.2008 – L 8 KR 40/07 –*

RID 08-03-133

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 33, 34

Ob eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für ein **behindertengerechtes Fahrrad** besteht, ist nach BSG, Urt. v. 23.07.2002 - B 3 KR 3/02 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 46 für jeden **Einzelfall** nach den gesetzlichen Vorgaben der §§ 33, 34 SGB V zu prüfen.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht verpflichtet, ihre behinderten Versicherten mit Hilfsmitteln auszustatten, um ihnen grundsätzlich den **Bewegungsradius eines gesunden Versicherten** zu ermöglichen, den diese üblicherweise zu Fuß zurücklegen. Der Bewegungsradius eines gesunden Versicherten wurde von der Rechtsprechung als Grenze der Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung gemäß § 12 I 1 SGB V entwickelt.

Der Umstand, dass die Klägerin in dieser Zeit lediglich eine **Strecke von unter einem Kilometer bzw. nur 30 Minuten** (mit Pausen) zu ebener Erde und nicht wie ein gesunder Versicherter eine Strecke von bis zu drei Kilometer zurücklegen kann, begründet nicht den geltend gemachten Anspruch auf ein Therapiedreirad. Denn die Klägerin kann von der Beklagten nicht eine völlige Gleichstellung mit einem gesunden Versicherten beanspruchen.

*SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 01.12.2006 - S 21 KR 3101/03 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

### B) GEHFÄHIGKEIT FÜR WEGSTRECKE UNTER 100 M

*LSG Hessen, Urt. 13.09.2007 – L 8 KR 247/06 –*

RID 08-03-134

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 33 I

Ein behindertengerechtes Fahrrad als Hilfsmittel ist von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung weder generell ausgeschlossen noch generell erfasst. Ein Anspruch besteht, wenn durch diese Hilfsmittelversorgung das allgemeine Grundbedürfnis auf einen Bewegungsradius, den ein Gesunder üblicherweise zu Fuß zurücklegt, befriedigt wird. Dem Anspruch steht nicht entgegen, dass der Versicherte bei der Nutzung des Behindertendreirads auf die Hilfe seiner Pflegeperson angewiesen ist.

*SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 11.09.2006 - S 25 KR 2894/02 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück. Das SG hatte festgestellt, der 1984 geb. Kl. sei bei Nutzung der Gehstöcke in der Lage, maximal **100 Meter zu Fuß** zurückzulegen.

## 4. UNTERSCHENKELSCHWIMMPROTHESE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.05.2008 – L 5 KR 84/07 –*

RID 08-03-135

*Revision anhängig: B 3 KR 17/08 R* www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 33 I

Es besteht kein Versorgungsanspruch auf eine **Unterschenkelschwimmprothese**. Zwar ersetzt die Schwimmprothese die ausgefallene Körperfunktion des Gehens und Stehens in dem Sinne unmittelbar, dass sie einem Versicherten die Fortbewegung auf feuchten und nassen oder rutschigen Untergründen ermöglicht. Hieraus ergibt sich aber zugleich, dass sich die Funktion der wasserfesten Prothese nur in

**speziellen Lebensbereichen** auswirkt, nämlich dort, wo es feucht oder nass ist (Rutschgefahr). In allen anderen Lebensbereichen ("allgemein") ermöglicht dem Kläger die herkömmliche Unterschenkelprothese die Fortbewegung. Dies verkennt LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.02.2004 – L 16 KR 102/03 - RID 04-02-193 sowie die frühere Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 10.10.1979 - 3 RK 30/79 -).

*SG Köln*, Urt. v. 08.05.2007 - S 9 KR 62/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Anders *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 11.12.2007 – L 11 KR 9/06 – RID 08-01-160 m.w.N. (Revision anhängig: B 3 KR 2/08 R).

## 5. DYNAMIC GPS-SOFT-ORTHESEN

*LSG Hessen, Urt. v. 19.06.2008 – L 8 KR 69/07 –*

**RID 08-03-136**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 13 III, 33, 135, 139 II

Dynamic **GPS-Soft-Orthesen** dienen bei einer 1995 geb. Versicherten, die infolge einer Frühgeburt mit postnateller Hirnblutung an einer rechtsbetonten spastischen Tetraparese mit einer spastischen Gangstörung leidet, der ein selbständiges Gehen nicht möglich ist, einem teilweisen **Ausgleich der Behinderungserscheinungen**. Das beanspruchte Hilfsmittel muss das von der Behinderung betroffene Körperteil nicht völlig rekonstruieren oder die von der Behinderung betroffenen Körperfunktionen nicht vollständig ersetzen, sondern es genügt, wenn ein teilweiser Ausgleich der entsprechenden Funktionsverluste erreicht wird. Für **Kinder** und Heranwachsende gilt ein großzügigerer Maßstab: Für sie kommt es darauf an, durch die Hilfsmittelversorgung sich einen gewissen körperlichen Freiraum gefahrlos zu erschließen (BSG, Urt. v. 10.11.2005 - B 3 KR 31/04 R -).

Soweit § 139 II SGB V für die Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis den Nachweis eines **therapeutischen Nutzens** verlangt, bedeutet dies nicht, dass für Hilfsmittel jeglicher Art auch die Ergebnisse klinischer Prüfungen vorgelegt werden müssen. Bei Hilfsmitteln zum bloßen Behinderungsausgleich ist der Nachweis eines therapeutischen Nutzens, der über die Funktionstauglichkeit zum Ausgleich der Behinderung hinausgeht, schon von der Zielrichtung des Hilfsmittels nicht geboten und in der Regel auch nicht möglich. Deshalb ist es zulässig, sich zum Nachweis der Vorzüge eines derartigen Hilfsmittels auf Gutachter, die ärztliches Erfahrungswissen und die von ihnen ausgewertete Fachliteratur zu stützen, während es weitergehender klinischer Prüfungen nicht bedarf (BSG, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 20/04 R - <C-Leg>).

*SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 15.01.2007 - S 25 KR 3236/03 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## 6. BADEWANNENLIFTER: BEFRIEDIGUNG DER ELEMENTAREN KÖRPERPFLEGE

*SG Chemnitz, Urt. v. 19.06.2008 – S 10 KR 106/07 –*

**RID 08-03-137**

juris

SGB V §§ 12 I, 33 I 1

**Leitsatz:** 1. Badewannenlifter sind Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Die durch sie ermöglichte weitgehend selbständige Einnahme von Wannenbädern ist der elementaren Körperpflege zuzurechnen und dient daher der Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens.

3. Die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Indikationen haben lediglich Beispielcharakter und sind nicht abschließend.

Das **SG** gab der Klage statt.

## 7. TELEFON FÜR HÖRGESCHÄDIGTE

*SG Würzburg, Urt. v. 30.04.2008 – S 4 KR 393/07 –*

**RID 08-03-138**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 33 I

Eine Versicherte hat keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten eines Telefons für Hörgeschädigte, jedenfalls wenn es sich bei dem Telefon selbst – trotz gewisser Hilfsmittelfunktionen – insgesamt um einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens** handelt.

Ein Telefon dient auch nicht dem Basisausgleich (entgegen *SG Dresden*, Gerichtsbb. v. 01.08.2006 – S 25 KR 157/05 – RID 06-03-141; *SG Chemnitz* v. 10.01.2006 - S 10 KR 534/04 -).

Das **SG** wies die Klage ab.

## 8. KONTAKTLINSEN

**SG Düsseldorf, Urt. v. 12.06.2008 – S 8 KR 252/06 –**

**RID 08-03-139**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 27, 28, 33 II 2; SGB XII §§ 53 ff.; SGB VI § 16; SGB IX § 33 VIII Nr. 4

Eine Versorgung mit Kontaktlinsen ist eine medizinisch notwendige Maßnahme, wenn eine Versicherte ohne Versorgung mit diesem Hilfsmittel nicht in der Lage ist, einfachste Alltagsaufgaben zu erledigen und sich zu orientieren.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, die für die selbst beschafften Kontaktlinsen aufgewandten Kosten und die Kosten für Pflegemittel zu erstatten.

## 9. FINGERTEILPROTHESE AUS SILIKON (FINGEREPI THESE)

**LSG Hessen, Urt. v. 19.06.2008 – L 8 KR 171/07 –**

**RID 08-03-140**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 26/08 B*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 33

Ein Hilfsmittel muss für die Lebensführung im Rahmen der allgemeinen Grundbedürfnisse bestimmt und notwendig sein. Eine Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger in Bezug auf Hilfsmittel zum **Ausgleich eines Funktionsdefizits im beruflichen Bereich** besteht nur dann, wenn das beanspruchte Hilfsmittel zur Ausübung einer sinnvollen Tätigkeit überhaupt notwendig ist. Die Leistungspflicht der Krankenkasse setzt jedenfalls voraus, dass das Hilfsmittel nicht nur für den Beruf, sondern zugleich auch immer für andere Bereiche, z. B. im privaten Bereich und dabei zur **Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse** erforderlich ist (vgl. BSG, Urt. v. 26.07.1994 - 11 RAR 115/93 - SozR 3-4100 § 56 Nr. 15 – Orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe).

Es besteht kein Anspruch auf die Versorgung mit einer **Fingerteilprothese** aus Silikon (Fingerepithese), wenn von dem Verlust des Zeigefingerendgliedes wesentlich beeinträchtigende Minderungen der Funktionsfähigkeit nicht ausgehen und die Gebrauchsvorteile primär den beruflichen Tätigkeitsbereich betreffen.

**SG Darmstadt**, Urt. v. 25.04.2007 - S 10 KR 505/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## 10. HÜFTPROTEKTOREN (HÜFTSCHUTZHOSEN)

**SG Aachen, Urt. v. 10.06.2008 – S 13 KR 12/08 –**

**RID 08-03-141**

*Berufung zugelassen*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 33 I

Bei einer Erkrankung (hier: Steele-Richardson-Olzewski-Syndrom) mit einem sog. Propulsionsphänomen (Sturzsyndrom) dienen Hüftprotektoren der Sicherung des Erfolges der Behandlung der Erkrankung; denn zur Krankenbehandlung gehören auch vorbeugende Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen. Sie beugen auch einer drohenden Behinderung vor (vgl. a. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.05.2007 – L 16 (5,2) KR 70/00 – RID 07-03-174).

Das **SG** gab der Klage statt.

## 11. BLUTGERINNINGSMESSGERÄT

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 03.06.2008 – L 11 KR 5802/07 –**

**RID 08-03-142**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 12 I, 33 I 1

**Leitsatz:** 1. Versicherte, deren Blutgerinnungswerte (Quick-Werte) im Abstand von drei Wochen im Rahmen der ärztlichen Behandlung bestimmt werden, haben grundsätzlich keinen Anspruch auf Versorgung mit einem Blutgerinnungsmessgerät (CoaguChek-Gerät).

2. Etwas anderes kann gelten, wenn der Blutgerinnungswert wegen starker Schwankungen öfter bestimmt werden muss oder die Versicherten aus gesundheitlichen Gründen gehindert sind, regelmäßig eine ärztliche Praxis aufzusuchen. Wiederholte Aufenthalte im Ausland genügen nicht.

**SG Karlsruhe**, Urt. v. 05.11.2007 - S 5 KR 3285/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 12. HEILMITTEL: PODOLOGISCHE THERAPIE (FUßPFLEGERISCHE MAßNAHMEN)

**LSG Bayern, Urt. v. 07.02.2008 – L 4 KR 45/05 –**

**RID 08-03-143**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 27 I 1, 2 Nr. 3, 28 I, 32, 73 II Nr. 7, 92 I 2 Nr. 6, 124

Eine Fußpflege (hier: Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) gehört nicht zur Leistungsverpflichtung einer Krankenkasse gemäß § 27 I 1, 2 Nr. 3 i.V.m. § 32 SGB V, wonach Versicherte gegen die Krankenkasse Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln haben, wenn sie nicht aufgrund einer spezifischen Erkrankung notwendig ist, sondern der Körperpflege dient. Eine Bewegungseinschränkung, die eine Versicherte daran hindert, ihre Fußzehen zu erreichen, reicht nicht aus.

**SG Nürnberg**, Urt. v. 04.11.2004 - S 7 KR 300/03 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.06.2008 – L 16 B 20/08 KR ER –**

**RID 08-03-144**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 27 I 1, 2 Nr. 3, 28 I, 32, 73 II Nr. 7, 92 I 2 Nr. 6, 124; SGG § 86b II

Der Behandlungs- und Versorgungsanspruch umfasst auch Heilmittel wie die podologische Therapie, allerdings nur, soweit sie nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind. Ein solcher Ausschluss ergibt sich aus den gemäß § 34 V i.V.m. Abs. 2 und § 92 I 2 Nr. 6, VI SGB V erlassenen HM-RL.

**SG Münster**, Beschl. v. 07.03.2008 - S 11 KR 268/07 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## VI. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

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

### 1. GEEIGNETE ORTE AUßERHALB EINER EINRICHTUNG FÜR BETREUTES WOHNEN

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.07.2008 – L 16 B 32/08 KR ER –**

**RID 08-03-145**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 37 II

Die **Freistellung von Kosten** der häuslichen Krankenpflege für die Vergangenheit kann ausnahmsweise auch in einem **vorläufigen Rechtsschutzverfahren** geboten sein, um die zur Abwendung von Lebensgefahr zwingend notwendige weitere Behandlungspflege in der Zukunft sicher zu stellen.

Die Frage, ob es sich bei der Einrichtung um **betreutes Wohnen** handelt, spielt für die Gewährung häuslicher Krankenpflege nach der gesetzlichen Neufassung keine Rolle. Diese Wohnform ist lediglich als Regelbeispiel - im Übrigen auch schon durch den Gesetzgeber - benannt, schließt aber die Annahme, dass es darüber hinaus "geeignete Orte" gibt, keineswegs aus.

**SG Köln**, Beschl. v. 18.03.2008 - S 26 KR 3/08 ER – gab dem Antrag statt, das **LSG** wies die Beschwerde mit der Maßgabe, dass die Freistellung von Kosten für die Vergangenheit auf den Zeitraum ab dem 01.04.2007 begrenzt wird, zurück.

### 2. KEIN ANSPRUCH NACH VOLLENDUNG DES 12. LEBENSJAHRES DES KINDES

**LSG Bayern, Urt. v. 04.03.2008 – L 5 KR 153/07 –**

**RID 08-03-146**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 38 I

Ein Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten der **stationären Mitaufnahme der Tochter** einer Versicherten im Rahmen der Haushaltshilfe besteht nicht, wenn die Tochter bei Beginn der Haushaltshilfe das **12. Lebensjahr bereits vollendet** hat. Es kommt deshalb nicht darauf an, ob der Ehemann den Haushalt weiterführen kann oder nicht. Soweit hier aus Gründen des Jugendschutzes Maßnahmen zu treffen sind, fällt dies nicht in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse.

**SG Regensburg**, Gerichtsbb. v. 06.03.2007 - S 2 KR 3/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 3. AN- UND AUSZIEHEN VON KOMPRESSIONSSTRÜMPFEN BIS ENDE 2003

**LSG Bayern, Urt. v. 17.01.2008 – L 4 KR 80/06 –**

**RID 08-03-147**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 37 II; SGB IX § 13 II

Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II war bis Ende 2003 von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen.

**SG München**, Urt. v. 20.10.2004 - S 19 KR 897/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 4. KEINE RÜCKWIRKENDE FESTSTELLUNG EINES ANSPRUCHS IM EINSTWEILIGEN ANORDNUNGSVERFAHREN

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 04.07.2008 – L 24 B 273/08 KR ER –*

RID 08-03-148

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 37; SGG § 86b II

Die **rückwirkende Feststellung** einer - einen zurückliegenden Zeitraum betreffenden - besonderen Dringlichkeit ist zwar rechtlich möglich. Sie kann jedoch in aller Regel nicht mehr zur Bejahung eines **Anordnungsgrundes** führen. Denn die prozessuale Funktion des einstweiligen Rechtsschutzes besteht vor dem Hintergrund des Art. 19 Abs. 4 GG darin, in dringenden Fällen effektiven Rechtsschutz zu gewährleisten, in denen eine Entscheidung im - grundsätzlich vorrangigen - Verfahren der Hauptsache zu spät käme, weil ohne sie schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre.

*SG Berlin*, Beschl. v. 09.06.2008 - S 89 KR 1234/08 ER - wies den Antrag, dem Ast. im einstweiligen Rechtsschutzverfahren Gewährung von Beatmungspflege als Behandlungspflege bis zu 24 Stunden täglich zu einem Stundensatz von 27,40 Euro unter Freistellung von diesen Kosten bis zum 30. Juni 2008 zu gewähren, ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

### VII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha

Nach BSG, Urt. v. 22.04.2008 – *B 1 KR 22/07 R* – besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für **Fahrten** zum **Rehabilitationssport**; nach BSG, Urt. v. 22.04.2008 – *B 1 KR 18/07 R* – bewirkt § 62 SGB V in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung, dass auch solche Versicherte **Zuzahlungen** bis hin zu einer **Belastungsgrenze** leisten müssen, die nach altem Recht u.a. als **chronisch Kranke** wegen Leistung von Zuzahlungen in der Vergangenheit befreit waren; nach BSG, Urt. v. 22.04.2008 – *B 1 KR 10/07 R* – wurden **Befreiungsbescheide** nach §§ 61, 62 SGB V a.F. ab 01.01.2004 gegenstandslos, ohne dass es ihrer Aufhebung bedurfte; das verfassungsrechtlich gesicherte Existenzminimum gebietet, jedenfalls das zur physischen Existenz Unerlässliche zu gewähren; jenseits der Bestimmung des "**physischen Existenzminimums**" steht es im weiten Gestaltungsermessens des Gesetzgebers, in welchem Umfang er soziale Hilfe unter Berücksichtigung der vorhandenen Mittel und anderer gleichrangiger Staatsaufgaben gewähren will; letzterem unterfällt die Zuzahlungspflicht für Leistungsbezieher nach dem SGB II; nach BSG, Urt. v. 22.04.2008 – *B 1 KR 20/07 R* – (u. *B 1 KR 5/07 R*) ist es bei der Berechnung der **Belastungsgrenze** (§ 62 SGB V) nicht zulässig, zu Lasten des Versicherten einen fiktiven Regelsatz nach dem BSHG zu berücksichtigen; vielmehr sind lediglich die **tatsächlichen Bruttoeinnahmen** zum Lebensunterhalt entscheidend. Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B VIII (S. 50); RID 06-04-B VIII (S. 67).

#### 1. FAHRKOSTEN

Nach BSG, Urt. v. 17.06.2008 - *B 1 KR 31/07 R* - ist die Teilnahme am **Funktionstraining** nicht generell auf grundsätzlich 24 Monate begrenzt und ist die "Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining" vom 01.10.2003 insofern in Bezug auf Versicherte der GKV nichtig wegen fehlender gesetzlicher Ermächtigungsgrundlage.

#### A) KEIN ANSPRUCH AUF ÜBERNAHME DER FAHRKOSTEN ZUM REHABILITATIONSSPORT

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 17.01.2008 – L 5 KR 22/07 –*

RID 08-03-149

*Revision anhängig: B 3 KR 5/08 R*  
juris  
SGB V §§ 12 I, 43 I, 60, 92 I 2 Nr. 12; SGB IX § 44 I Nr. 3, 53 I 1 HS 1, II, III; KrT-RL

Fahrten zum Rehabilitationssport sind **keine Fahrten zu einer ambulanten ärztlichen Behandlung** im Sinne des § 60 I 3 SGB V i.V.m. § 8 III 1 KrT-RL.

Weder aus § 60 SGB V i.V.m. den Krankentransport-Richtlinien noch aus den §§ 44 und 53 SGB IX ergibt sich ein Anspruch auf Kostenübernahme für Fahrten zum Rehabilitationssport. Gesetzlich wird sowohl im SGB V zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie anderen ergänzenden Leistungen unterschieden. Beim Rehabilitationssport handelt es sich kraft ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung in § 43 I SGB V, § 44 I Nr. 3 SGB IX um eine **ergänzende Leistung** zur medizinischen Rehabilitation. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich ergänzende Leistungen des § 44 SGB IX gegenseitig ergänzen, also für die ergänzende Leistung "ärztlich verordneter Rehabilitationssport" die ebenfalls ergänzende Leistung "Reisekosten" zu gewähren ist.

Der 1936 geb. querschnittsgelähmte Kl. mit einem GdB von 100 und Nachteilsausgleich "aG" nahm im ersten Halbjahr 2004 zweimal wöchentlich am ärztlich verordneten Rehabilitationssport der Rollstuhlsportgemeinschaft K e. V. teil und beantragte im Juli 2004 für die insgesamt 50 Termine Fahrkostenerstattung in Höhe von zusammen 1.100,00 € (50 Fahrten mit dem Privat-Pkw á 100 km x 0,22 €). Die Beklagte lehnte den Antrag ab. *SG Koblenz*, Urt. v. 11.01.2007 - S 5 KR 51/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

*BSG*, Urt. v. 22.04.2008 – *B 1 KR 22/07* – hat einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für Fahrten zum Rehabilitationssport verneint.

## B) FÄHIGKEIT ZUR BENUTZUNG ÖFFENTLICHER VERKEHRSMITTEL

*LSG Bayern, Urt. v. 04.03.2008 – L 5 KR 284/06 –*

*Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen: B 3 KR 15/08 BH*  
SGB V § 60

RID 08-03-150

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ist eine Versicherte trotz Gehbehinderung nach Polioerkrankung in der Lage, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen, besteht kein Anspruch auf Ersatz der Kosten für eine Taxifahrt.

*SG Regensburg*, Gerichtsb. v. 24.08.2006 - S 10 KR 384/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. REHABILITATIONSMAßNAHMEN: AMBULANTE VOR STATIONÄREN MAßNAHMEN

*LSG Bayern, Urt. v. 15.01.2008 – L 5 KR 83/07 –*

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 11 II, 12, 40

RID 08-03-151

Ist eine stationäre Maßnahme wegen der ausreichenden ambulanten Maßnahmen nicht erforderlich und ist die medizinische Dringlichkeit vor Ablauf der Vierjahresfrist nach Erbringung der letzten stationären Maßnahme nicht begründet, besteht kein Anspruch auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

*SG Augsburg*, Urt. v. 01.02.2007 - S 12 KR 292/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 28.07.2008 - *B 1 KR 4/08 R* – gilt der **Herstellerrabatt** nur für **Fertigarzneimittel**, deren Apothekenabgabepreise durch die deutschen Preisvorschriften bestimmt sind, somit nicht für Importarzneimittel und nicht für Arzneimittel, die im Rahmen des Versandhandels von den Niederlanden aus an GKV-Versicherte in Deutschland abgegeben werden. Der Herstellerrabatt einschließlich Beitrittsmöglichkeit zum Rahmenvertrag nach § 129 II SGB V für ausländische Apotheken verstößt insgesamt nicht gegen europäisches Recht. Nach BSG, Beschl. v. 22.04.2008 – *B 1 SF 1/08 R* – SozR 4-1500 § 51 Nr. 4 - ist der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für Klagen gegen Entscheidungen der **Vergabekammern** über **Arzneimittel-Rabattverträge** eröffnet (s auch Engelmann, Keine Geltung des Kartellvergaberechts für Selektivverträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern, SGB 2008, 133). **Anders** hat nunmehr *BGH*, Beschl. v. 15.07.08 - X ZB 17/08 – RID 08-03-249 (C.V.1) in einem obiter dictum auf Vorlage des OLG Düsseldorf hin entschieden.

Nach BSG, Urt. v. 17.07.2008 - *B 3 KR 16/07 R* – besteht kein Anspruch eines Lieferanten für **Sondennahrung** auf eine Nachforderung wegen einer höheren **Umsatzsteuer**, wenn den vertraglichen Beziehungen eine Bruttopreisvereinbarung zugrunde liegt, bei der die USt ein Teil der Gesamtpreisvereinbarung ist und der Lieferant das Risiko der Steuerfestsetzung trägt; auf die steuerrechtliche Auseinandersetzung der Bet. kam es in diesem Verfahren nicht an. Nach BSG, Urt. v. 17.07.2008 - *B 3 KR 18/07 R* – ist bei einer Nettopreisvereinbarung bzgl. der **Erstattung der USt** nicht das wirkliche materielle Steuerrecht zugrunde zu legen, wenn die zuständigen **Finanzbehörden** den Herstellern/Lieferanten von Sondennahrung gegenüber konkret und verbindlich **festgestellt** haben, dass nicht der ermäßigte, sondern ein USt-Satz von 16 % zu fakturieren ist. Nach BSG, Urt. v. 17.07.2008 - *B 3 KR 23/07 R* – sind bei **Preisvereinbarungen über eine Haushaltshilfe** die §§ 19 bis 21 GWB im Lichte der Wertentscheidungen des SGB V anzuwenden; dabei ist aufzuklären, ob die Tatbestandsvoraussetzungen der §§ 19 und 20 GWB erfüllt sind. So wird insbesondere noch aufzuklären sein, ob die beteiligten Krankenkassen eine marktbeherrschende Stellung besitzen und ob sie diese Stellung ggf. missbräuchlich ausgenutzt haben und ob im Verhältnis zu den Wohlfahrtsverbänden durch die Höhe der Preise oder die unterschiedliche Preisstaffelung benachteiligt wird und bejahendenfalls, ob es hierfür eine sachliche Rechtfertigung gibt.

Nach BSG, Urt. v. 10.04.2008 - *B 3 KR 5/07 R* – besteht **mangels vertraglicher Vereinbarungen** und wegen der Nichtanwendbarkeit der Regeln über die öffentlich-rechtliche GoA kein Vergütungsanspruch eines **Rettungstransportunternehmers**.

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.).

*Detling*, Rabattverträge gemäß §130a Abs. 8 SGB V - Kartell- oder grundrechtlicher Ansatz? -, MedR 2008, 349-355; *Thomas Roth*, Vertrauensschutz gegen Wirksamkeit von Ausschreibungen – wollte der Gesetzgeber zugelassene Leistungserbringer von Hilfsmitteln bis Ende 2008 in jedem Fall zur Versorgung der Versicherten berechtigen?, MedR 2008, 206-208; *Karsten Fehn*, Zur Rechtsnatur des Rettungsdienstes am Beispiel von Baden-Württemberg und Bayern – Zugleich kritische Besprechung des Urteils des BGH vom 25.9.2007 – KZR W –, MedR 2008, 203-206.

## 1. BEZIEHUNGEN ZU KRANKENHÄUSERN

Nach BSG, Urt. v. 28.07.2008 - **B 1 KR 5/08 R** – haben die Kassenverbände über den **Abschluss eines Krankenhausversorgungsvertrags** ohne Ermessen zu entscheiden; ein Krankenhausträger, bei dem die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgelehnt worden ist, bietet nicht die **Gewähr für eine leistungsfähige Krankenhausbehandlung**. Hieran fehlt es auch, wenn er nicht gewillt ist, sich den für die Tätigkeit eines Krankenhauses maßgeblichen Regelungen des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts der GKV zu unterwerfen, hier durch Behandlung von GKV-Patienten ohne die erforderliche Zulassung, oder wenn das Krankenhauskonzept nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots genügt, hier durch einen Schwerpunkt auf sog. Außenseitermethoden, die nicht in die Leistungspflicht der GKV fallen. Nach BSG, Urt. v. 12.06.2008 - **B 3 KR 19/07 R** – trägt das Krankenhaus das Kostenrisiko für eine Krankenhausbehandlung, die ein in Deutschland **nicht krankenversicherter Patient** in Anspruch genommen hat, indem er die ihm von einem tatsächlich Versicherten überlassene **Krankenversichertenkarte missbräuchlich benutzt** und Personenidentität mit dem Versicherten vorgespiegelt hat. Der 3. Senat des BSG hat in vier Urteilen v. 10.04.2008 (**B 3 KR 19/05 R** sowie **B 3 KR 14, 20 u. 21/05 R**) **nach der Entscheidung des Großen Senats v. 25.09.2007** - GS 1/06 - GesR 2008, 83 ein **Prüfungsschema** für die sog. **Krankenhausfälle** entwickelt. Danach ist zunächst zu klären, ob tatsächlich Krankenhausbehandlung stattgefunden hat, ob sie nach medizinischen Erfordernissen erforderlich war; hierzu hat der Senat Fallgruppen entwickelt, wobei es dabei immer auf die Verhältnisse des konkreten Einzelfalls ankommt. Die Entscheidung des verantwortlichen Krankenhausarztes ist daraufhin zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals - ex ante - verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes eine Krankenhausbehandlung erforderlich war, seine Entscheidung also den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprach und nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stand. Dies gilt sowohl für die erstmalige Entscheidung über die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit als auch für die jeweiligen Folgeentscheidungen, wenn es um die Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes geht, wobei sich der Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes im Laufe einer Krankenhausbehandlung naturgemäß verändern wird. 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) GEBIETE EINES VERSORGENGAUFTRAGS NACH WEITERBILDUNGSORDNUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.06.2008 – L 5 KR 19/07 –**

**RID 08-03-152**

*Revision zugelassen*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 39 I 3, 108, 109

Ein **Vergütungsanspruch** besteht nur für Behandlungen, die von dem **Versorgungsauftrag** des Krankenhauses gedeckt sind. Über dessen Rahmen hinaus ist das Krankenhaus nach § 109 IV 2 SGB V nicht zu einer Krankenhausbehandlung verpflichtet und können Versicherte nach § 39 I 3 SGB V Leistungen in dem Krankenhaus nicht beanspruchen.

Die konkreten Behandlungsmöglichkeiten eines Krankenhauses werden durch den ihm erteilten **Versorgungsauftrag** bestimmt. Dies richtet sich nach der Art der Beteiligung an der Krankenhausversorgung. Für **Plankrankenhäuser** (§ 108 Nr. 2 SGB V sind primär der Krankenhausplan i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie sekundär ggf. ergänzende Vereinbarungen nach § 109 I 4 SGB V beachtlich (BSG, Urt. v. 24.01.2008 - B 3 KR 17/07 R -; BSG SozR 4-5565 § 14 Nr. 3).

Nach dem **Krankenhausplan** 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen sind Gegenstand der Planung Krankenhäuser nach § 108 Nr. 1 und 2 SGB V sowie die dazugehörigen Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG; die Einrichtungen nach § 108 Nr. 3 SGB V werden berücksichtigt (Planungsgrundsatz 2). Die der Planung zugrunde liegenden Gebiete und Schwerpunkte (Teilgebiete) orientieren sich an den **Weiterbildungsordnungen** für Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Die kl. Gesellschaft betreibt das Evangelische Krankenhaus, für das u.a. die Abteilungen Geriatrie und - ohne besondere Schwerpunkte - Chirurgie ausgewiesen sind. Darin wurde die 1928 geb. Versicherte zur geplanten Bypassoperation im Bereich des rechten Beines bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit im Stadium 3 nach Fontaine bei angiographisch nachgewiesenem Abgangverschluss der rechten A. femoralis superficialis und distaler mittelgradiger Stenose der A. femoralis superficialis stationär behandelt. Am 05.08.2004 erfolgte die Anlage eines femoro-poplitealen P1-Dacron-Bypasses. Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos und die Versicherte wurde am 18.08.2004 aus der stationären Behandlung entlassen. Die Bekl. forderte die zunächst bezahlten Behandlungskosten (Fallpauschale DRG F08A <große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine mit äußerst schweren CC>) in Höhe von insgesamt 9.147,88 Euro zurück, weil die Leistung der DRG F08A nicht zum Versorgungsauftrag der Fachabteilung Allgemeinchirurgie der Kl. gehöre. **SG Münster**, Urt. v. 06.12.2006 - S 9 KR 43/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **B) KEINE VERPFLICHTUNG ZUR AMBULANTEN OPERATION/PERSÖNLICHE LEBENSUMSTÄNDE**

**SG Lübeck, Urt. v. 20.05.2008 – S 1 KR 382/07 –**

**RID 08-03-153**

*Berufung anhängig: L 5 KR 69/08*

juris = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 39 I 2, 54 V, 109 IV 2 u. 3, 115b

**Leitsatz:** Es besteht **keine Verpflichtung** des Krankenhauses, die in der Anlage 1 zu § 3 des Vertrages zu § 115b SGB V aufgeführten Eingriffe ambulant durchzuführen. Vielmehr führt die Anlage 1 Operationen auf, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können.

Bei der ärztlichen Entscheidung, ob ein nach § 115b SGB V ambulant durchführbarer Eingriff **stationär** durchgeführt wird, sind auch die persönlichen Lebensumstände als soziale Erwägungen zu berücksichtigen. Hierzu zählen auch fehlende ausreichende **Kenntnisse der deutschen Sprache**, soweit dadurch die angemessene Vorbereitung auf die Operation bzw. die anschließende Versorgung des Kranken gefährdet sein kann. Insoweit kann eine präoperative vollstationäre Behandlung notwendig werden.

Das **SG** gab der Klage statt.

## **C) AMBULANTE OPERATIONEN DURCH NICHT AM KRANKENHAUS ANGESTELLTE VERTRAGSÄRZTE**

**LSG Sachsen, Urt. v. 30.04.2008 – L 1 KR 103/07 –**

**RID 08-03-154**

*Revision anhängig: B 1 KR 13/08 R*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V §§ 107, 109, 115b; KHEntgG § 2 II 2

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs von Krankenhäusern für ambulante Operationen ist § 7 I AOP-Vertrag. Einen Vergütungsanspruch haben Krankenhäuser nur für ambulante Operationen, zu deren Erbringung sie zugelassen sind. Der Anspruch auf Vergütung setzt voraus, dass, die Leistungen durch die Krankenhausärzte erbracht worden sind. Werden sie von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht, besteht kein Vergütungsanspruch. Nicht die Beschaffung der einzelnen Leistungen einer Krankenhausbehandlung, sondern deren Erbringung in ihrer eigenen Betriebsorganisation als Komplexleistung ist die Aufgabe eines Krankenhauses.

Einem Leistungserbringer steht für Leistungen, die unter Verstoß gegen Bestimmungen des Leistungserbringerrechts erbracht wurden, ein Vergütungsanspruch auf bereicherungsrechtlicher Grundlage nicht zu, selbst wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und für den Versicherten geeignet und nützlich sind (s. nur BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 2/05 R - BSGE 94, 213, 220 = SozR 4-5570 § 30 Nr. 1).

**SG Chemnitz**, Urt. v. 16.04.2007 - S 11 KR 322/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **D) VERGÜTUNGSANSPRUCH UND MINDESTMENGENREGELUNG**

**SG Gelsenkirchen, Urt. v. 13.05.2008 – S 28 (24) KR 6/07 –**

**RID 08-03-155**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 39 II 1, 109 IV 3, 112 II, 137 I

Einem Anspruch auf Vergütung der DRG I 44b steht nicht die Mindestmengenregelung des § 137 I SGB V entgegen, wenn es sich um den Aufbau neuer Leistungsbereiche handelt, da dann ein Übergangszeitraum von 36 Monaten zur Erfüllung der Mindestmengen vorgesehen ist.

Das **SG** gab der Klage statt.

## **E) FEHLENDE BEHANDLUNG**

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.05.2008 – L 11 KR 61/07 –**

**RID 08-03-156**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3

Findet eine nennenswerte Behandlung einer Patientin nicht mehr statt, so ist eine stationäre Behandlung nicht mehr notwendig.

**SG Münster**, Urt. v. 20.06.2007 - S 9 KR 61/05 - wies die Klage wegen der stationäre Behandlung in der Zeit vom 19. bis 25.05.2004 (Aufnahme am 02.03.2004) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **F) VERGÜTUNGSANSPRUCH AUFGRUND VERTRAUENSCHUTZES**

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2007 – L 1 KR 39/06 –**

**RID 08-03-157**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 109 IV 3; BpflV §§ 14 VII, 15 I Nr. 1, 16 II; BGB § 612

§ 612 BGB ist nicht als ergänzende Anspruchsgrundlage heranzuziehen, da die Vergütung von Krankenhausleistungen in den in § 69 Satz 2 SGB V genannten Vorschriften und Vereinbarungen **abschließend geregelt** ist.

Bezahlt eine Krankenkasse zwischen 1997 und 2001 die Rechnungen des Krankenhauses auf der Grundlage eines Geriatrie-Leitfadens, bei der es sich um eine Verwaltungsvorschrift einer Freien Hansestadt handelt, widerspruchslos und unbeanstandet, so kann das Krankenhaus darauf **vertrauen**, dass Behandlungen der Versicherten der Krankenkasse auch weiterhin auf dieser Grundlage vergütet werden. Erst nachdem die Krankenkasse ausdrücklich darauf hingewiesen hat, dass sie den Leitfaden Geriatrie nicht akzeptiere, bestand kein Vertrauen mehr.

*SG Bremen*, Urt. v. 17.11.2005 - S 16 KR 177/02 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage z. T. ab.

### G) ABSTIMMUNG MIT KRANKENKASSEN FÜR VOR- UND NACHSTATIONÄREN EINSATZ VON GROßGERÄTEN

*LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 29.05.2008 – L 5 KR 41/06 –

RID 08-03-158

Revision anhängig: B 3 KR 15/08 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 115a; KHG § 18

Fehlt eine Vereinbarung gemäß § 115a III 1 SGB V, so bestimmen sich die Vergütungsansprüche der Krankenhausträger für vor- und nachstationäre Behandlungen nach der **Empfehlung gemäß § 115a III 3 SGB V**, der kraft ausdrücklicher gesetzlicher Regelung Verbindlichkeit für die Zeit bis zum Abschluss der Vereinbarungen nach § 115a III 1 SGB V zukommt.

Gemäß § 3 II der Empfehlung wird als Vergütung für die **Leistung mit abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten** nach Abs. 1 (u.a. Magnet-Resonanz-Geräte) vom Krankenhaus gegenüber der jeweiligen Krankenkasse eine Pauschale nach der Anlage 3 zu dieser Empfehlung abgerechnet. Auch nach Wegfall der Großgeräteplanung hat eine Abstimmung zu erfolgen.

Die Kl. betreibt ein Krankenhaus. Sie beabsichtigte, einen Kernspintomographen anzuschaffen. Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen regte eine Kooperation mit einer Radiologin an, die nicht zustande kam, woraufhin d. Kl. das Gerät anschaffte. Die bekl. Krankenkasse zog von verschiedenen Rechnungen für vor- oder nachstationäre Behandlungen die Kosten für den auf die durchgeführten MRT entfallenden Anteile ab, weil nach Wegfall der Großgeräteplanung durch das Land die Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte einen abstimmungspflichtigen Tatbestand nach § 17 VI BpflV darstelle, der unter den Vertragsparteien geklärt werden müsse. Eine Abstimmung für die Abrechnung des MRT-Gerätes liege jedoch nicht vor. *SG Münster*, Urt. v. 08.02.2006 - S 9 KR 119/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### H) VERLEGUNG IN EIN ANDERES KRANKENHAUS

*SG Hamburg*, Urt. v. 19.02.2008 – S 48 KR 605/05 –

RID 08-03-159

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 10/08

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I 2 u. 3, 108, 109 IV 3, 112 I, II Nr. 1; KHG § 17c I Nr. 2

**Leitsatz:** 1. Ist die stationäre Weiterbehandlung eines Versicherten nach **Verlegung** in ein anderes zugelassenes Krankenhaus medizinisch notwendig i.S. von § 39 I 2 und 3 SGB V, kann dem **Vergütungsanspruch** dieses aufnehmenden Krankenhauses nicht entgegen gehalten werden, dass medizinische Gründe für eine Verlegung nicht bestanden hätten.

2. Das aufnehmende Krankenhaus hat im Falle einer Verlegung einen **eigenständigen Vergütungsanspruch**, der sich nach den dort ab Aufnahme erbrachten Leistungen und den zu diesem Zeitpunkt geltenden Abrechnungsbestimmungen richtet (hier: FallpauschalenVO 2004 mit etwaigen Abschlägen).

Der 1951 geb. Versicherte wurde am 02.06.2004 in die Abteilung für Innere Medizin des Krankenhauses der Kl. eingeliefert. Er wurde zunächst intubiert und beatmet und anschließend zwecks weiterer Diagnostik und Therapie in die neurochirurgische Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses A. (AKA) **verlegt**. Am 23.06.2004 bestand noch ein stuporöser Zustand mit Kontaktunfähigkeit und Verdacht auf Sprachstörung, eine Halbseitenlähmung rechts und eine unkoordinierte Beweglichkeit links, doch waren Spontanatmung und Kreislaufverhältnisse wieder stabil. Der Versicherte wurde zur weiteren internistischen Behandlung in das kl. Krankenhaus **zurückverlegt**. Dort wurde wegen Schluckstörungen eine PEG-Sonde zur Ernährung und Medikation gelegt, was zu einer Infektion der Einstichstelle und der Notwendigkeit von lokaler Behandlung und der Gabe von Antibiotika führte. Hierunter kam es zu einer raschen Reduktion der Entzündung. Der Versicherte konnte mit Sonde in den Sessel mobilisiert werden; allerdings bestanden weiterhin Muskelkontraktionen. Nachdem der Versicherte seine Umwelt wieder registrierte und sich mit Hilfe von Händedruck wieder eingeschränkt äußern konnte, wurde er am 09.07.2004 in die Frührehabilitation verlegt. Der **MDK** teilte mit, dass die Rückverlegung in die erstbehandelnde Klinik allgemein üblich sei, ein medizinisch zwingender Grund hierfür aber nicht gesehen werde. Die Verweildauern seien medizinisch nicht zu beanstanden. Daraufhin teilte die Bekl. der Kl. mit, dass sie sich mit ihren Forderungen an das AKA wenden möge. Da nach der Stellungnahme des MDK für eine Rückverlegung nach Abschluss der neurochirurgischen Versorgung im AKA kein medizinisch zwingender Grund bestanden habe, sei der Behandlungsfall mit der an das AKA gezahlten Fallpauschale DRG A13Z (Langzeitbeatmung mehr als 95 und weniger als 144 Stunden) abgegolten. Das *SG* gab der Klage statt u. verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. 5.702,94 € nebst Zinsen zu zahlen.

## I) ENTGIFTUNG BEI BENZODIAZEPINABHÄNGIGKEIT (NIEDRIGDOSISABHÄNGIGKEIT)

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 07.05.2008 – L 5 KR 36/07 –*

RID 08-03-160

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 27, 39 I 2

Eine Panikstörung und Benzodiazepinabhängigkeit in Form einer sog. Niedrigdosisabhängigkeit ("Low dose dependency") können die Notwendigkeit für eine vollstationäre Behandlung zur Entgiftung begründeten.

*SG Lübeck*, Urt. v. 23.02.2007 - S 9 KR 450/05 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## J) EINBEHALT EINER ANSCHUBFINANZIERUNG FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNG

*SG Dresden, Urt. v. 31.01.2008 – S 25 KR 1413/04 –*

RID 08-03-161

*Berufung zugelassen* www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 85 II, 140a, 140b, 140d

Ein Anspruch auf **Einbehalt gem. § 140d SGB V** besteht nur, wenn und soweit Verträge nach § 140b SGB V zur integrierten Versorgung gem. § 140a SGB V tatsächlich vorliegen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 758/06 – RID 07-01-103; LSG Thüringen, Urt. v. 24.01.2007 – L 4 KA 362/06 – RID 07-03-88; LSG Sachsen, Beschl. v. 11.09.2006 – L 1 B 291/05 KA-ER – RID 07-03-89; a. A.: LSG Brandenburg, Beschl. v. 01.11.2004 - L 5 B 105/04 KA-ER -).

Ferner muss der Einbehalt zur Förderung von solchen Verträgen erforderlich gewesen sein. Die Meldung an die BQS ist als Nachweis für das Vorliegen von Verträgen zur integrierten Versorgung nicht ausreichend.

Werden die vollständigen **Verträge nicht übersandt**, so ist dies im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen.

Für die **Bestimmung des Vergütungsvolumens** für die Zwecke der Berechnung des Einbehalts nach § 140d I 1 SGB V ist eine **Prognose** des voraussichtlich benötigten Finanzbedarfs ausreichend (vgl. a. LSG Sachsen. aaO.). Bei der Prognoseentscheidung selbst kommt der Krankenkasse eine gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbare Einschätzungsprärogative zu. Die Prognose muss nachprüfbar sein. Die Prognose ist nur dann fehlerfrei, wenn sie aufgrund der vorhandenen Umstände und Zahlen nachvollziehbar ist, insbesondere nicht gegen Denkgesetze und Erfahrungssätze verstößt (BSG, Urt. 30.08.2007 - B 10 EG 6/06 R - Rn. 15 m.w.N.).

Die Bekl. schloss mit Wirkung vom 01.02.2004 mit der A. Klinik in H. sowie den beigetretenen Rehabilitationskliniken und den beigetretenen niedergelassenen Fachärzten für Orthopädie und Chirurgie sowie Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Rheumatologie den - so von den Vertragspartnern bezeichneten - **"BARIOS, Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140b V SGB"** (BARIOS) ab. Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung von Patienten mit Operationen an Bewegungsorganen und Gelenkimplantationen. Die Bekl. meldete diesen Vertrag bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) an, wobei sie das geschätzte Vergütungsvolumen zur Finanzierung der Leistungen für 2004 mit 312.600,20 EUR bei geschätzt 35 teilnehmenden Versicherten angab. Für den Zeitraum 01.09.2004 bis zunächst 31.12.2004 betrage die aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote 0,22 v. H. Ferner schloss die Bekl. mit der Praxisklinik K. in D. sowie dem S. Krankenhaus D. und "hausärztlich oder nicht invasiv internistisch tätigen ambulanten Leistungsbringern gemäß Anlage 11" den **"Vertrag über das Kooperationsprojekt gem. § 140b SGB V Integrierte Versorgung mit dem Schwerpunkt invasiv-kardiologischer Behandlung" (CARD.I.V.)** ab. Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen. Die Bekl. meldete auch diesen Vertrag bei der BQS an, wobei sie das geschätzte Vergütungsvolumen zur Finanzierung der Leistungen für 2004 mit 1.277.380,90 EUR bei geschätzt 1070 teilnehmenden Versicherten angab. Für den Zeitraum 01.09.2004 bis zunächst 31.12.2004 betrage die aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote 0,78 v. H. Die Kl., ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, stellte der Bekl. für den stationären Aufenthalt der bei der Beklagten versicherten K. S. einen Gesamtrechnungsbetrag in Höhe von 24.326,10 EUR in Rechnung, wovon die Bekl. unter Berufung auf die Vorschrift des § 140d I SGB V einen Betrag i. H. v. 244,53 EUR abzog. Dieser Betrag entspricht 1 v. H. der von der Klägerin geltend gemachten Fallpauschale DRG. Das *SG* gab der Klage statt und verurteilte die Bekl., an die Kl. 244,53 EUR nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 30.11.2004 zu zahlen; die Zwischenfeststellungsklage und die Widerklage der Bekl. wies es als unzulässig ab.

## K) ANWALTSGEBÜHREN ALS VERZUGSSCHADEN

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.04.2008 – L 9 KR 251/04 –*

RID 08-03-162

juris

BGB a.F. § 280 II, 286 II Nr. 2; SGB V §§ 69 S. 3, 70 I, 112 II 1 Nr. 1 Buchst b

**Leitsatz:** § 12 Abs. 5 Krankenhausbehandlungsvertrag sieht lediglich die Entstehung von Verzugszinsen vor; über einen weitergehenden Verzugschaden ist vertraglich nichts geregelt. Der Krankenhausbehandlungsvertrag i.S. von § 112 SGB 5 ist insoweit abschließend und lässt eine ergänzende Geltung der BGB-Regelungen über den Verzugschaden nicht zu.

*SG Berlin*, Urt. v. 31.08.2004 - S 81 KR 3480/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

S.a. BSG, Urt. v. 15.11.2007 – B 3 KR 1/07 R –.

## L) HERAUSGABE VON PATIENTENUNTERLAGEN

*LSG Sachsen, Beschl. v. 25.04.2008 – L 1 B 198/08 KR-ER –*

RID 08-03-163

juris

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 2, 275 I c 2

**Leitsatz:** Die Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1 c S 2 SGB 5 für die Prüfung der Abrechnung des Krankenhauses findet auf Behandlungsfälle vor dem 01.04.2007 keine Anwendung. Für diese Altfälle gilt allein die vierjährige Verjährungsfrist.

*SG Leipzig*, Beschl. v. 31.01.2008 - S 8 KR 312/07 ER – verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, den Antrag auf Anforderung von Unterlagen für den MDK im Behandlungsfall der Patientin zurückzunehmen; das *LSG* lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

## 2. BVERFG: ABSCHLAG AUF DIE ABGABEPREISE FÜR GENERIKA ZU GUNSTEN DER GKV

*BVerfG, 1. Sen. 3.Ka., Beschl. v. 15.05.2007 – 1 BvR 866/07 –*

RID 08-03-164

www.bundesverfassungsgericht.de = juris = NZS 2008, 34

GG Art. 3 I, 12 I, 20 III; SGB V § 120a III 5, 6

§ 130a III 5, 6 SGB V verletzt nicht die Grundrechte aus Art. 3 I GG und Art. 12 I GG i.V.m. dem Rechtsstaatsprinzip solcher Pharmaunternehmen, die einen Abschlag auf die Abgabepreise für Generika zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung dadurch umgehen wollten, dass sie die Abgabepreise zunächst erhöhten und anschließend wieder senkten.

## 3. HILFSMITTELERBRINGER

Nach BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 8/07 – muss eine von einem Rahmenvertrag zwingend vorgeschriebene vorherige Genehmigung der Hilfsmittelversorgung eingeholt und ein Kostenvoranschlag vor Durchführung der Versorgung eingereicht werden.

## A) STREICHUNG VON UNTERGRUPPEN EINER PRODUKTGRUPPE AUS HILFSMITTELVERZEICHNIS (CPM-SCHIENEN)

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.05.2008 – L 5 KR 6125/06 –*

RID 08-03-165

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 139

Das **Hilfsmittelverzeichnis** stellt auch nach Neufassung des § 139 SGB V nur eine Meinungsäußerung der Spitzenverbände dar und gibt den Rechtsanwendern nur unverbindliche Auslegungshilfen. Gegenüber einem Hilfsmittelbringer werden daher weder durch die Einführung noch durch die Streichung von Untergruppen des Hilfsmittelverzeichnisses mit der Anfechtungsklage statthaft **anfechtbare Regelungen** getroffen. Die faktischen Auswirkungen, die mit der Aufnahme und Streichung von Untergruppen auf die Erwerbssaussichten von Hilfsmittelherstellern verbunden sind, ändern daran nichts. Eine Feststellungsklage scheidet schon daran, dass Änderungen (Fortschreibungen) des Hilfsmittelverzeichnisses durch Streichungen von Untergruppen mangels objektiv berufsregelnder Tendenz in den Schutzbereich dieses Grundrechts nicht eingreifen.

Die **KI.** ist nach eigener Darstellung größter deutscher Hersteller von CPM-Schienen und hat bisher durchschnittlich etwa 20.000 ambulante Versorgungen pro Jahr bei gesetzlich Versicherten durchgeführt; im Jahr 2003 hat sie etwa 39 Prozent ihres Umsatzes mit der Vermietung und dem Verkauf von CPM-Schienen erwirtschaftet und mit Herstellung, Vermietung, Vertrieb und Wartung der CPM-Schienen etwa 127 Mitarbeiter beschäftigt. 1996 hatten die bekl. Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen eine **Produktgruppe 32** - Therapeutische Bewegungsgeräte - in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen. Festgelegt wurden (in der

zugehörigen Untergruppe) zunächst die Anwendungsorte. Unter dieser Rubrik waren verschiedene fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen aufgeführt. 2004 strichen die Spitzenverbände verschiedene Produktuntergruppen der Produktgruppe 32 ersatzlos. Ein Grundsatzgutachten des MDK hatte den therapeutischen Nutzen einer häuslich durchgeführten passiven Bewegungstherapie unter Einsatz von CPM-Schienen als nicht bewiesen erachtet. **SG Freiburg**, Urt. v. 21.09.2006 - S 5 KR 3170/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Vorausgegangen war ein erfolgloses einstweiliges Anordnungsverfahren (SG Freiburg, Beschl. v. 5.11.2004, LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 10.06.2005 – L 5 KR 5852/04 ER-B –).

## B) ANSPRÜCHE BIS ENDE 2008 NACH ÜBERGANGSRECHT

Vgl. a. **LSG Sachsen**, Beschl. v. 29.04.2008 – L 1 B 207/08 KR-ER – RID 08-02-213; **LSG Berlin-Brandenburg**, B. v. 08.02.2008 – L 1 B 41/08 KR ER – RID 08-02-214.

SGB V §§ 33, 126, 127

**LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 11.06.2008 – L 11 KR 2438/08 ER-B –**

**RID 08-03-166**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = GesR 2008, 272

Die Einzelbegründung zu § 126 II SGB V (BT-Drs. 16/3100, S. 141) weist darauf hin, dass sich die bisherigen Zulassungsinhaber während einer angemessenen Übergangsfrist auf die neuen Bedingungen einstellen müssen. Diese wäre aber gerade für den gesetzlichen Regelfall, nämlich dem einer Ausschreibung nach § 127 I SGB V, vereitelt, wenn die Krankenkassen oder ihre Verbände zeitnah diese Möglichkeiten nutzen und dann allein der Ausschreibungsgewinner, nicht aber ein lediglich nach § 126 II SGB V Berechtigter versorgungsberechtigt wäre. Ein solches lässt sich der Gesetzesbegründung nicht entnehmen. Vielmehr deutet sie darauf hin, dass die den Zulassungsinhabern zugestandene Übergangsfrist bis 31.12.2008 auch tatsächlich wirksam besteht.

**SG Konstanz**, Beschl. v. 22.11.2008 - S 2 KR 621/08 ER - gab dem Antrag statt, das **LSG** stellte im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes fest, dass die Ast. bis längstens 31.12.2008 berechtigt ist, zu Lasten der Ag. deren Versicherte mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 09.31.01 bis 09.31.03 - Schmerztherapiegeräte TENS, kombinierte Muskelstimulations-/Schmerztherapie-Geräte, Muskelstimulationsgeräte innerv. Musk. EMS - des Hilfsmittelverzeichnisses zu versorgen.

**SG Marburg, Beschl. v. 10.06.2008 – S 6 KR 57/08 ER –**

**RID 08-03-167**

<http://web1.justiz.hessen.de> = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**Leitsatz:** Die Übergangsvorschrift des § 126 II SGB V führt zu einem weit reichenden Vertrauensschutz für nach altem Recht zugelassene Leistungserbringer bis zum 31.12.2008. Sie greift auch dann ein, wenn die Krankenkasse bereits gemäß § 127 I SGB V nach erfolgter Ausschreibung Verträge über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen hat.

Das **SG** gab dem Antrag, die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, die Ast. bis zum 31.12.2008 zur Versorgung der Versicherten der Antragsgegnerin mit Hilfsmitteln der Anti-Dekubitus-Prophylaxe und der Anti-Dekubitus-Behandlung (sog. Anti-Dekubitus-Systeme) zuzulassen, statt.

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.07.2008 – L 16 B 10/08 KR ER –**

**RID 08-03-168**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Zwar ergibt sich aus dem Wortlaut des § 126 II SGB V n.F. keine Einschränkung der am Stichtag zugelassen gewesenen Leistungserbringer, bis zum Ablauf der Übergangsfrist weiterhin an der Versorgung der Versicherten beteiligt zu sein. Bei systematischer Auslegung unter Einbeziehung der Regelung des § 33 VI SGB V n.F. spricht jedoch mehr dafür, dass die Rechte der zugelassenen Leistungserbringer nach Abschluss und Maßgabe des Ausschreibungsverfahrens gemäß § 127 I SGB V n.F. zugunsten des Ausschreibungsgewinners einzuschränken sind (so a. LSG Sachsen, Beschl. v. 29.04.2008 – L 1 B 207/08 KR-ER – RID 08-02-213; offen gelassen: LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.03.2008 – L 16 B 13/08 KR ER – RID 08-02-212; a.A LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 11.06.2008 – L 11 KR 2438/08 ER-B – (s. vorstehend).

**SG Köln**, Beschl. v. 31.01.2008 - S 5 KR 310/07 ER – gab dem Antrag statt, das **LSG** wies den Antrag ab.

## C) ÖRTLICHE ZUSTÄNDIGKEIT BEI STREIT ÜBER BERECHTIGUNG NACH ALTEM RECHT

**SG Wiesbaden, Beschl. v. 09.05.2008 – S 17 KR 93/08 ER –**

**RID 08-03-169**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 126 II; SGG §§ 57 I 1, 57a III

**§ 57a III 3 SGG n. F.** begründet nach Entstehungsgeschichte und Sinn und Zweck des Gesetzes keine neue Generalzuständigkeit dergestalt, dass die Zuständigkeit des Gerichts am Sitz der Landesregierung bereits gegeben wäre, wenn die Angelegenheit Entscheidungen oder Verträge auf Landesebene nur

berührt. Insbesondere sollte keine Auffangzuständigkeit für alle sonstigen Leistungserbringerstreitigkeiten im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen werden.

Ist streitig, ob ein **nach altem Recht zugelassener Hilfsmittellieferant** noch berechtigt ist, Leistungen im Bereich der Versorgung mit Hilfsmitteln (Dekubitusprophylaxe und -behandlung) für die Krankenkasse zu erbringen, obwohl diese bereits nach neuem Recht nach einer Ausschreibung Verträge mit Dritten über die Versorgung mit Anti-Dekubitus-Systemen geschlossen hat, so ist das streitige Rechtsverhältnis nicht durch einen (Versorgungs-)Vertrag auf Landesebene geprägt.

Das **SG** erklärte sich für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das SG Marburg.

#### D) KEIN ANSPRUCH AUF ABSCHLUSS EINES VERTRAGES

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.06.2008 – L 5 KR 169/06 –**

**RID 08-03-170**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 2, 33, 69, 126, 127; GWB §§ 19, 20, 21

Ein Anspruch auf Abschluss eines Vertrages zur Hilfsmittelversorgung außerhalb des Regelungssystems nach §§ 2, 33, 69, 126, 127 SGB V besteht nicht.

**SG Köln**, Urt. v. 13.09.2006 - S 5 KR 94/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 4. HÖHE DER VERGÜTUNG FÜR BLUTTESTSTREIFEN BEI VERTRAGSLOSEM ZUSTAND

**LSG Bayern, Urt. v. 21.02.2008 – L 4 KR 389/06 –**

**RID 08-03-171**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 69, 127, 131; BGB a. F. § 453

Für eine angemessene Vergütung in einem vertragslosen Zustand ist auf den "**objektiven Verkehrswert**" abzustellen (vgl. BSG, Urt. v. 05.2004 - SozR 4-2500 § 132a). In wirtschaftlicher Hinsicht unterscheidet sich der objektive Verkehrswert nicht wesentlich vom "**üblichen Marktpreis**". Es bestehen auch keine Bedenken, für dessen Bestimmung die Preise heranzuziehen, die (einvernehmlich) anderen, den Markt mitbestimmenden Anbietern (also den Apotheken) gezahlt werden, solange kein eigener Vergütungsvertrag geschlossen ist.

**SG München**, Urt. v. 01.12.2006 - S 47 KR 1156/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 5. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE: RICHTEN VON ÄRZTLICH VERORDNETEN MEDIKAMENTEN/VERTRAGSAUSLEGUNG

**LSG Sachsen, Urt. v. 16.04.2008 – L 1 KR 47/06 –**

**RID 08-03-172**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 69 Satz 3, 70, 132, 132a; BGB §§ 133, 157

Wird vereinbart, dass **Medikamentengabe** als Richten von ärztlich verordneten Medikamenten zur Selbsteinnahme 1 x wöchentlich abrechenbar ist, so erfasst das Richten von Medikamenten alle darauf abzielenden und durchgeführten Tätigkeiten des Leistungserbringers, die innerhalb einer Woche erbracht werden. Sie sind nur einmal wöchentlich als ein Einsatz abrechenbar.

Die vertragliche Vergütungsregelung schließt eine Auslegung im Sinne erweiternder Abrechnungsmöglichkeiten aus. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck aber nur erfüllen, wenn sie streng nach ihrem Wortlaut angewandt wird; ergänzend kommt auch noch eine Auslegung nach dem systematischem Zusammenhang in Betracht (BSG, Urt. v. 13.12.2001 – B 3 KR 1/01 R – SozR 3-5565 § 14 Nr. 2 S. 15; BSG, Urt. v. 21.02.2002 – B 3 KR 30/01 R – SozR 3-5565 § 15 Nr. 1 S. 6; LSG Hessen, Urt. v. 03.03.2005 – L 1 KR 380/03 – RID 05-02-154; LSG Hessen, Urt. v. 29.06.2006 – L 1 KR 7/05 – RID 06-04-183).

Bei Zweifelsfragen zu Verordnungen über häusliche Krankenpflege hat sich der Leistungserbringer an den verordnenden Arzt und an die Krankenkasse zu wenden.

**SG Leipzig**, Urt. v. 26.01.2006 - S 8 KR 526/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 6. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMEN: RETTUNGSHUBSCHRAUBER MIT NOTARZT BEI BEREITS INGETRETENEM TOD

*LSG Hessen, Urt. v. 20.03.2008 – L 1 KR 267/07 –*

RID 08-03-173

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 133

Die **Notfallrettung für GKV-Versicherte** stellt, auch wenn sie auf landesrechtlicher Grundlage hoheitlich geregelt ist und nach § 75 I 2 SGB V grundsätzlich – wenn das Land nichts Anderes vorsieht – nicht zum Spektrum der vertragsärztlichen Versorgung gehört, eine zum Leistungsspektrum der GKV gehörende Leistung dar. Zwar regelt § 60 SGB V explizit allein Fahrten, welche zumindest auch dem Transport Versicherter dienen, und betrifft § 133 SGB V allein die Entgelte für Rettungsdienste, die zum Aufgabenspektrum der GKV gehören. Jedoch sind beide Vorschriften nach Sinn und Zweck dahingehend zu verstehen, dass sie auch **notärztliche Fahrten zum Versicherten** erfassen, die erforderlich sind, um ohne Verzug zu klären, ob und welche sofortigen Rettungsmaßnahmen geboten sind, und diese dann gegebenenfalls vorzunehmen – unabhängig davon, ob anschließend ein Transport des Versicherten geboten ist. Insoweit entsprechen die Leistungen durch den Rettungsdienst gewissermaßen den Hausbesuchen in der vertragsärztlichen Versorgung, welche Ähnlichkeit im Übrigen auch der Grund für die abgrenzend klarstellende Bestimmung des § 75 I 2 SGB V ist (siehe BT-Drs. 13/7264, S. 63; dazu auch BSG v. 05.02.2003 - B 6 KA 11/02 R -).

Der Leistungsanspruch des Versicherten auf Rettungsmaßnahmen umfasst ggf. auch den Anspruch auf eine unverzügliche **diagnostische Abklärung** dahingehend, ob noch Rettungs- und sonstige therapeutische Maßnahmen helfen können oder ob wegen bereits eingetretenen Todes keine Hilfe mehr möglich ist.

*SG Gießen*, Urt. v. 28.06.2007 - S 15 KR 292/06 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

Vgl. aber *BSG*, Urt. v. 02.11.2007 - B 1 KR 4/07 R -; dagegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 31.10.2007 – L 11 KR 23/07 – RID 08-01-178, *Revision* anhängig unter B 1 KR 38/07 R.

## 7. HEBAMME: WEGEGELD BEI BESONDERER LAGE DES FALLES

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.06.2008 – L 5 KR 81/06 –*

RID 08-03-174

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V a.F. §§ 134 I; HebGV

Hat **eine andere als die nächst wohnende Hebamme** Hilfe geleistet, so kann die Krankenkasse nach § 4 III 1 HebGV zwar die Zahlung des dadurch entstandenen Mehrbetrages an Wegegeld ablehnen, wenn der Weg von der Stelle der Leistung zur Wohnung oder Praxis der anderen Hebamme mehr als 20 km länger ist als zur Wohnung oder Praxis der nächst wohnenden Hebamme. Dies gilt nach Satz 2 nicht, wenn das Wegegeld anfällt, weil mehrere Hebammen die Dienstleistungen in einem Krankenhaus nach einem vereinbarten Einsatzplan ausführen oder wenn die Zuziehung der anderen Hebamme nach der besonderen Lage des Falles aus anderen Gründen gerechtfertigt war. Eine **Lage** ist "**besonders**", wenn sie nicht den Regelfall darstellt. Statistisch gesehen ist die **ambulante Beleggeburt** nicht der Regelfall. Mit einem Anteil von nur 4 % an der Gesamtzahl der Hebammen- und Entbindungspfleger und einem Anteil von 8,8 % an den (auch) ambulant tätigen Hebammen und Entbindungspflegern war die Zahl der Beleghebammen in NRW relativ gering. Zu berücksichtigen ist zudem, ob die Tätigkeit wiederum eine besondere Form der Arbeit einer Beleghebamme darstellte. Zu berücksichtigen ist für die Frage der Zumutbarkeit eines Hebammenwechsels, ob die Hebamme Versicherte sowohl vorgeburtlich wie auch nachgeburtlich umfassend betreut hat.

*SG Dortmund*, Urt. v. 21.03.2006 - S 44 KR 424/04 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## IX. Angelegenheiten der Krankenkassen/Aufsichtsbehörden

Nach BSG, Urt. v. 17.06.2008 - **B 1 KR 30/07 R** - zielt § 264 VII SGB V darauf ab, dass Krankenkassen vollständig die Kosten ersetzt erhalten, die ihnen durch die Krankenbehandlung nicht versicherter **Sozialhilfeempfänger** im Rahmen des gesetzlichen Auftrags entstehen.

### 1. NUR RECHTSAUFSICHT GEGEN GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS (PROTONENTHERAPIE IM KRANKENHAUS)

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 04.06.2008 – L 5 KR 9/08 –**

**RID 08-03-175**

Revision zugelassen [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 91, 92 I 2 Nr. 5, 94 I 2, 135 I, 137c I 1, II 1; SGB § 35 II Nr. 5; SGB IV § 88 II; SGG § 12 II 1

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die **Protonentherapie** für die Indikation "Mammakarzinom" zu Recht in die Anlage B der Verfahrensregeln zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus gemäß § 137c SGB V ("Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht als Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen") aufgenommen. Der **medizinische Nutzen** der Protonentherapie bei der Indikation Mammakarzinom ist nicht hinreichend belegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss trägt keine **materielle Beweislast** dafür, dass der medizinische Nutzen einer Methode nicht hinreichend wissenschaftlich belegt ist. Der Aufsicht steht lediglich eine **Rechtsaufsicht** gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu.

**SG Köln**, Urt. v. 19.10.2005 – S 19 KR 76/05 – RID 06-03-190 gab der Klage des Gemeinsamen Bundesausschusses statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

### 2. WAHLTARIFE NACH § 53 SGB V UND PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.05.2008 – L 11 B 6/08 KR ER –**

**RID 08-03-176**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 53 IV u. IX, 69, 194 Ia; SGG § 86b II; ZPO §§ 935, 940; UWG §§ 12 II, 19-21

Ein **Anordnungsgrund** ist auch dann glaubhaft zu machen, wenn nach § 12 II UWG Unterlassungsansprüche geltend gemacht werden.

Aus § 194 Ia SGB V ergibt sich nicht, dass die dort ausdrücklich genannten Verträge über Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, den Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie die Auslandskrankenversicherung ausschließlich vermittelt werden dürfen. Vermittlung und Angebot, soweit dieses nach § 53 IV SGB V zulässig ist, sind nach den gesetzlichen Vorgaben **optional** ("**kann**"), schließen also weder tatsächlich noch rechtlich einander aus.

Die GKV darf keine **Leistungen anbieten**, die ihr nach Art und Inhalt fremd sind. Dies ist jedoch nicht der Fall, wenn Wahltarife die ärztliche Behandlung und Unterkunft einschließlich Verpflegung in einem Krankenhaus (§§ 27, 39 SGB V), zahnärztliche Behandlung einschließlich Versorgung mit Zahnersatz (§§ 27, 55 SGB V) sowie Leistungen bei Erkrankung im Ausland (§§ 17 f SGB V) betreffen.

**SG Dortmund**, Beschl. v. 21.01.2008 – S 40 KR 236/07 ER – RID 08-02-220 wies den Antrag einer privaten Krankenversicherung auf Erlass einer einstweiligen Anordnung auf Unterlassung des Angebots oder der Werbung einer gesetzlichen Krankenkasse für Versicherungsleistungen in Form von Kostenerstattungstarifen für Zusatzleistungen (Wahltarife nach § 53 SGB V) ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

S. zuletzt RID 08-02-B IX 2, S. 71:

### 3. KEIN WAHLTARIF FÜR AUF ZAHNERSATZ BESCHRÄNKTE KOSTENERSTATTUNG

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 16.07.2008 – L 5 KR 38/08 KL –**

**RID 08-03-177**

Revision zugelassen [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 13 II, 27 I 2 Nr. 2a, 53 IV

Bei der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung für **Zahnersatz** handelt es sich nicht um einen Kostenerstattungsanspruch, sondern um einen **Sachleistungsanspruch**.

§ 13 II SGB V bestimmt, nach welchen Grundsätzen Versicherte Kostenerstattung wählen und Krankenkassen **Kostenerstattung** anbieten dürfen. Diese Vorschrift enthält eine allgemeine Regelung, die auch für nachfolgende Kostenerstattungen regelnde Vorschriften wie die des § 53 Abs. 4 SGB V zu beachten ist. Eine **Einschränkung der Wahl** ist nach § 13 II 5 SGB V auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf

veranlasste Leistungen möglich. Eine weitere Wahlmöglichkeit hinsichtlich von aus einem dieser Bereiche herausgenommenen Teilbereich sieht diese Regelung nicht vor und schließt sie damit aus.

Der Verwaltungsrat der kl. Krankenkasse verabschiedete folgende **Satzungsregelung** (die wiederholt modifiziert wurde): "*Versicherte können für sich einen Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V für die Erstattung von Kosten bei medizinisch notwendigem Zahnersatz wählen. Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahr kann eine wirksame Wahlerklärung durch den gesetzlichen Vertreter abgegeben werden.*" Die Bkl. lehnte eine Genehmigung ab, da hiermit eine unzulässige Beschränkung des Kostenerstattungstarifs auf einen Teil-Leistungsbereich (Zahnersatz) stattfindet. **SG Kiel**, Beschl. v. 22.04.2008 - S 5 KR 88/08 - verwies den Rechtsstreit wegen funktioneller Unzuständigkeit an das LSG, das **LSG** wies die Klage ab.

S.a. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 06.03.2008 – L 16 KR 118/06 – RID 08-03- (diese Ausgabe S. 44).

## X. Verfahrensrecht

### 1. RECHTSWEG BEI STREITIGKEIT ZWISCHEN KRANKENKASSE UND NICHTÄRZTLICHEM LEISTUNGSERBRINGER

**LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 31.05.2007 – L 4 B 14/07 KR –**

**RID 08-03-178**

juris = NZS 2008, 164

SGB V § 69 I; GVG § 17a; SGG §§ 51 I 2, II 2, 197a

**Leitsatz:** 1. Für Streitigkeiten zwischen einer gesetzlichen Krankenkasse und einem nichtärztlichen Leistungserbringer in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Gerichte der **Sozialgerichtsbarkeit** zuständig.

2. Das gilt auch für eine Streitigkeit, die sich aus einer vertraglichen Vereinbarung zwischen einer gesetzlichen Krankenkasse und einem nichtärztlichen Leistungserbringer zur Regulierung **unrechtmäßiger Leistungsabrechnungen** ergibt.

3. Bei einer **Rechtswegbeschwerde** ist in Fällen des § 197a Abs. 1 S 1 SGG auch über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu entscheiden (Bestätigung der Senatsrechtsprechung).

**SG Hannover**, Beschl. v. 02.02.2007 - S 19 KR 682/06 - verwies den Rechtsstreit – streitig war die Anrechnung geleisteter Zahlungen der beklagten Augenoptiker aufgrund einer Vereinbarung mit den klagenden Krankenkassen wegen falscher Abrechnung von augenoptischen Leistungen - an das LG, das **LSG** bejahte den Rechtsweg zu den Sozialgerichten.

### 2. EINSTWEILIGE ANORDNUNGEN FÜR VERGANGENE ZEITRÄUME

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 16.04.2008 – L 9 B 109/08 KR ER –**

**RID 08-03-179**

juris

SGB V § 13 III; SGG § 86b II

**Leitsatz:** Nach § 86b Abs. 2 SGG dürfen die Sozialgerichte im Wege einstweiliger Anordnung Leistungen nur vom Zeitpunkt ihrer Entscheidung an zusprechen. Nur wenn ein Versicherter gezwungen ist, zur Deckung seines sozialrechtlichen Anspruchs irreversible Verbindlichkeiten einzugehen oder er wegen bereits von ihm eingegangener Verbindlichkeiten von keinem zugelassenen Leistungserbringer die ihm zustehenden Leistungen erhalten kann, dürfen die Sozialgerichte Krankenkassen zur **Übernahme von Schulden** durch vorläufigen Rechtsschutz verpflichten.

**SG Berlin**, Beschl. v. 17.01.2008 - S 81 KR 3378/07 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## XI. Entscheidungen des BSG

### 1. ZUZÄHLUNGEN

#### A) KEINE BERÜCKSICHTIGUNG FIKTIVEN REGELSATZES NACH DEM BSHG/KINDERGELD

**BSG, Urt. v. 22.04.2008 – B 1 KR 20/07 R –**

**RID 08-03-180**

§ 62 SGB V lässt es nicht zu, fiktive Bruttoeinnahmen zugrunde zu legen. Vielmehr zielt die Vorschrift darauf ab, nur die tatsächlichen jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als maßgeblich anzusehen. Ein fiktiver Regelsatz nach dem BSHG kann nicht berücksichtigt werden.

Bei den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt ist das Kindergeld nicht zu berücksichtigen.

§ 62 SGB V verstößt nicht gegen Art. 3 I GG.

## **B) NICHTBERÜCKSICHTIGUNG VON KINDERGELDZAHLUNGEN AUCH AB 2004**

*BSG, Urt. v. 22.04.2008 – B 1 KR 5/07 R –*

**RID 08-03-181**

**Leitsatz:** Kindergeldzahlungen sind auch ab 1.1.2004 bei der Berechnung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen gemäß § 62 SGB 5 nicht als Einnahmen zu berücksichtigen (Fortführung von BSG vom 16.12.2003 - B 1 KR 26/01 R = BSGE 92, 46 = SozR 4-2500 § 61 Nr. 1).

## **C) AUSLAUFEN ALTER BEFREIUNGSBESCHEIDE**

*BSG, Urt. v. 22.04.2008 – B 1 KR 18/07 R –*

**RID 08-03-182**

Eine Krankenkasse war nicht verpflichtet, den nach altem Recht ergangenen Befreiungsbescheid mit Wirkung zum 01.01.2004 aufzuheben. Befreiungsbescheide nach dem bis 31.12.2003 geltenden Recht gingen mit Inkrafttreten des gänzlich neuen Regelungskonzepts des GMG am 01.01.2004 ins Leere, weil sie mit diesem Zeitpunkt ohne Weiteres gegenstandslos wurden (vgl. BSG, Urt. v. 22.04.2008 – B 1 KR 10/07 R –).

Die Neuregelung des § 62 SGB V durch das GMG ist verfassungsgemäß.

Ein Vertrauen in das Fortgelten der bis 2003 geltenden Zuzahlungsregelung konnte nicht entstehen.

## **2. LEISTUNGSERBRINGER**

### **A) KRANKENHAUS: VERZUGSSCHADEN BEI VERSPÄTETER BEZAHLUNG/RECHTSANWALTSGEBÜHREN**

*BSG, Urt. v. 15.11.2007 – B 3 KR 1/07 R –*

**RID 08-03-183**

**Leitsatz:** 1. Vorbehaltlich abweichender landesvertraglicher Regelung ist eine Krankenkasse dem Grunde nach verpflichtet, einem Krankenhaus den durch die verspätete Zahlung der Krankenhausvergütung entstandenen Verzugsschaden zu ersetzen.

2. Rechtsanwaltsgebühren für die vorgerichtliche Geltendmachung einer Vergütungsforderung bilden jedenfalls in einfach gelagerten Fällen keinen ersatzfähigen Verzugsschaden.

### **B) VERGÜTUNG VON KRANKENGYMNASTISCHEN LEISTUNGEN/VERZUGSZINSEN**

*BSG, Urt. v. 15.11.2007 – B 3 KR 4/07 R –*

**RID 08-03-184**

**Leitsatz:** Die Krankenkasse hat dem Heilmittelerbringer eine Leistung auch dann zu vergüten, wenn ein medizinisch notwendiges, aber genehmigungsbedürftiges Heilmittel verordnet worden ist und die Krankenkasse die ihr vorgelegte, vom Vertragsarzt nicht als Abweichung vom genehmigungsfreien Regelfall gekennzeichnete Verordnung auf Anfrage des Versicherten als nicht genehmigungsbedürftig bezeichnet hat.

### **C) HAUSHALTSHILFE: VORVERTRAGLICHE HAFTUNG GEGENÜBER NICHTÄRZTLICHEM LEISTUNGSERBRINGER**

*BSG, Urt. v. 24.01.2008 – B 3 KR 2/07 R –*

**RID 08-03-185**

**Leitsatz:** 1. Die zivilrechtlichen Grundsätze über die Haftung wegen schuldhafter Verletzung von Pflichten aus einem vorvertraglichen Schuldverhältnis gelten entsprechend für öffentlich-rechtliche Vertragsbeziehungen zwischen nichtärztlichen Leistungserbringern und Krankenkassen.

2. Die Krankenkasse hat bei der Prüfung der vom Leistungserbringer zu erfüllenden persönlichen und sachlichen Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag über Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege das Beschleunigungsgebot zu beachten.

3. Ein Versorgungsvertrag über Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege kann mit rückwirkender Kraft abgeschlossen werden.

### 3. KRANKENKASSEN

#### A) AUFSICHTSANORDNUNG/ABGRENZUNG KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG BEI HILFSMITTELN

*BSG, Urt. v. 15.11.2007 – B 3 A 1/07 R –*

**RID 08-03-186**

**Leitsatz:** Zu den formellen und materiellen Anforderungen an eine Verpflichtungsanordnung, mit der die Aufsichtsbehörde eine der gesetzlichen Abgrenzung der Leistungspflichten der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung entsprechende Bewilligungspraxis von Kranken- und Pflegekasse bei Hilfsmitteln sicher stellen und einen finanziellen Ausgleich für von der Pflegekasse zu Unrecht gewährte Hilfsmittel herbeiführen will.

#### B) FRIST ZUR GELTENDMACHUNG VON ERSTATTUNGSANSPRÜCHEN

*BSG, Urt. v. 28.02.2008 – B 1 KR 13/07 R –*

**RID 08-03-187**

Im Rahmen der Regelung des § 111 S. 1 SGB X kommt es nicht auf den Tag an, "an" dem die Leistung erbracht wurde (vgl. BSG v. 06.04.1989 - 2 RU 34/88 - BSGE 65, 27, 30 = SozR 1300 § 111 Nr. 4).

Bei Erstattungsansprüchen von Krankenkassen untereinander kann eine solche, den Fristenlauf hinausschiebende Kenntnisnahme von der "Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht" in aller Regel nicht vorliegen, wenn der Erstattungsverpflichtete eine materiell-rechtliche Entscheidung über Leistungen, wie sie der Erstattungsberechtigte bereits erbracht hat, überhaupt nicht mehr treffen kann und darf (vgl. BSG v. 10.05.2005 - B 1 KR 20/04 R - SozR 4-1300 § 111 Nr. 3). Der Umstand, dass am Erstattungsverhältnis ein Sozialhilfeträger beteiligt ist, rechtfertigt keine andere Beurteilung.

### 4. SOZIALGERICHTLICHER RECHTSWEG GEGEN VERGABEENTSCHEIDUNGEN ÜBER ARZNEIMITTEL-RABATTVERTRÄGE

*BSG, Beschl. v. 22.04.2008 – B 1 SF 1/08 R –*

**RID 08-03-188**

SozR 4-1500 § 51 Nr. 4

**Leitsatz:** 1. Bei Streitigkeiten gegen Entscheidungen der Vergabekammern des Bundes oder der Länder wegen Arzneimittel-Rabattverträgen nach § 130a SGB 5 ist der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet und der Primärrechtsschutz gewährleistet.

2. Weder das Grundgesetz noch das Recht der Europäischen Gemeinschaften verlangen, dass ausschließlich Gerichte der ordentlichen Gerichtsbarkeit Entscheidungen der Vergabekammern überprüfen.

3. Bei den Entscheidungen der Vergabekammern handelt es sich um Verwaltungsakte einer Behörde, nicht dagegen um Rechtsprechung durch Gerichte.

A.A. *BGH*, Beschl. v. 15.07.08 - X ZB 17/08 – RID 08-03-249 (C.V.1) in einem obiter dictum.

### 5. KEINE POSTULATIONSFÄHIGKEIT VON RECHTSLEHRERN VOR DEM BSG

*BSG, Beschl. v. 08.05.2007 – B 1 KR 160/06 B –*

**RID 08-03-189**

juris = SozR 4-1500 § 166 Nr. 2 = NZS 2008, 112

**Leitsatz:** Rechtslehrer sind als solche vor dem BSG nicht postulationsfähig.

Vgl. aber die zum 01.07.2008 eingetretenen Rechtsänderungen in § 73 SGG.

## C. Entscheidungen anderer Gerichte

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. ENTZIEHUNG U. RUHEN DER APPROBATION

##### A) BVERFG: RUHEN DER APPROBATION: SOFORTVOLLZUG, FESTSTELLUNGSLAST

*BVerfG, 1. Sen. 3.Ka., Beschl. v. 19.12.2007 – 1 BvR 2157/07 –*

RID 08-03-190

juris = NJW 2008, 1369 = GesR 2008, 369

BÄO § 6

*OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 31.07.2007 – 13 B 929/07 – RID 08-01-214 verletzt den Beschwerdeführer in seinen Grundrechten aus Art. 2 I und 19 IV GG.

Die Anordnung der sofortigen Vollziehung des Ruhens der Approbation eines Arztes sowie der Einziehung der Approbationsurkunde ist ein Eingriff in die bei Deutschen durch Art. 12 I GG geschützte **Berufsfreiheit** und nur unter strengen Voraussetzungen zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter und unter strikter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit statthaft. Ein EG-Ausländer hat jedenfalls über die Grundrechtsgewährleistung aus Art. 2 I GG Anspruch auf eine entsprechende Einhaltung des **Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes**.

Überwiegende öffentliche Belange können es ausnahmsweise rechtfertigen, den Rechtsschutzanspruch des Grundrechtsträgers gegen die Anordnung des Sofortvollzugs einstweilen zurückzustellen, um unaufschiebbare Maßnahmen im Interesse des allgemeinen Wohls rechtzeitig in die Wege zu leiten. Wegen der gesteigerten Eingriffsintensität beim Sofortvollzug des Ruhens einer Approbation sind hierfür jedoch nur solche Gründe ausreichend, die in angemessenem Verhältnis zu der Schwere des Eingriffs stehen und die ein Zuwarten bis zur Rechtskraft des Hauptverfahrens ausschließen. Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, hängt von einer Gesamtwürdigung der Umstände des Einzelfalls und insbesondere davon ab, ob eine **weitere Berufstätigkeit** (hier: Dialysebehandlungen durch einen Arzt) **konkrete Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter** befürchten lässt.

Wenn schon der **Verfahrensdruck zu einer Verhaltensänderung** jedenfalls für die Dauer des Hauptsacheverfahrens führt, ist ein Sofortvollzug gerade nicht erforderlich und muss unterbleiben.

Da die aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Klage der gesetzliche Normalfall ist (§ 80 I 1 VwGO), hat nicht der Beschwerdeführer zu belegen, dass von seiner weiteren Tätigkeit keine Gefahren drohen. Im Gegenteil ist die Anordnung der sofortigen Vollziehung nur bei **Feststellung konkreter für eine Gefahr sprechender Tatsachen** möglich.

Bei der **Folgenabwägung** sind die konkreten Nachteile für die Allgemeinheit bei einem Aufschub des Vollzugs, wenn sich die Anordnung des Ruhens der Approbation nachträglich als rechtmäßig erweist, den konkreten Folgen des Sofortvollzugs für den Beschwerdeführer, wenn sich die Ruhensanordnung nachträglich als rechtswidrig erweisen sollte, gegenüber zu stellen. Im letztgenannten Fall würde es sich aber gerade nicht um die Folgen eines Fehlverhaltens des Beschwerdeführers handeln, sondern um die Folgen einer Fehlentscheidung der Behörde.

Jedoch führen Charakter und Zweck der Maßnahme nicht dazu, dass die Anforderungen an ihre sofortige Vollziehung reduziert werden könnten. Im Gegenteil ist bereits die **Anordnung des Ruhens der Approbation eine Präventivmaßnahme** nach Art eines **vorläufigen Berufsverbots**, durch die schwerwiegend in Grundrechte des Betroffenen eingegriffen wird. Das Bundesverfassungsgericht hat daher schon wiederholt klargestellt, dass auch die **Grundverfügung** nur zur Abwehr konkreter Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter und unter strikter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zulässig ist (vgl. BVerfGE 44, 105 <119>; BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 29. Dezember 2004 - 1 BvR 2820/04 und 2851/04 -; Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 4. Oktober 2006 - 1 BvR 2403/06 -, juris). Aufgrund des Charakters der Maßnahme sind mithin nicht die verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Anordnung ihrer sofortigen Vollziehung zu relativieren, sondern bereits strenge Anforderungen an den Erlass der Grundverfügung zu stellen.

Der **Rechtsschutzgarantie** des Art. 19 Abs. 4 GG kommt daher nicht nur die Aufgabe zu, jeden Akt der Exekutive, der in Rechte des Grundrechtsträgers eingreift, vollständig der richterlichen Prüfung zu unterstellen, sondern auch **irreparable Entscheidungen**, wie sie durch die sofortige Vollziehung einer hoheitlichen Maßnahme eintreten können, soweit als möglich **auszuschließen** (vgl. BVerfGE 35, 263 <274>).

## **B) WIDERRUF DER APPROBATION: WIEDERHERSTELLUNG DER AUFSCHEBENDEN WIRKUNG UNTER BEDINGUNGEN**

*VG für das Saarland, Beschl. v. 03.06.2008 – 1 L 145/08 –*

**RID 08-03-191**

<sup>juris</sup>

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; GG Art. 12 I

Der **Sofortvollzug** der Entziehung der ärztlichen Approbation kann wegen ihrer Eingriffsintensität nur ausnahmsweise und lediglich dann angeordnet werden, wenn eine weitere Berufstätigkeit der betreffenden Arztes **konkrete Gefahren für Dritte** befürchten lässt (vgl. u.a. BVerfGE 35, 263 f.; BVerfGE 44, 105 f., Beschl. v. 16.01.1991, NJW 1991, 1530).

Ein Arzt (hier: Nephrologe), der mit anerkannten Heilmethoden nicht mehr heilbare, sog. austherapierte Krebspatienten in seine Obhut nimmt, ihnen trotz des von ihnen zu erwartenden baldigen Todes völlig **irrealistische Heilungschancen** verspricht, von jenen auch ein nicht unbeträchtliches ärztliches **Honorar** verlangt und ihnen bei Anwendung der nicht zugelassenen Behandlungsmethoden auch noch – im Hinblick auf den alsbaldigen Tod - völlig unnötige, schwerste **Schmerzen und Qualen zufügt**, besitzt unter Anlegung des zuvor beschriebenen objektiven Maßstabes nicht mehr das Ansehen und Vertrauen, das für die Ausübung des ärztlichen Berufes unabdingbar nötig ist.

Das *VG* stellte die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den für sofort vollziehbar erklärten Widerruf der Approbation als Arzt unter folgenden Bedingungen wieder her: Der Ast. unterlässt alle ärztlichen Behandlungen, die wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt sind oder den vom Bundesausschuss für Ärzte- und Krankenkassen auf der Grundlage des § 92 SGB V erlassenen Richtlinien widerspricht. Dies gilt insbesondere für Behandlungen in Form einer Tryptophanverarmung durch Hämoperfusion mittels Aktivkohlefilter oder TSO-Enzymen, einer Immunabsorption mittels Plasmapherese, sonstiger Heilversuche. Bei einem Verstoß gegen obige Bedingungen wird der angeordnete Sofortvollzug des Widerrufs der Approbation wieder wirksam. Im Übrigen wies es den Antrag zurück.

## **C) VORLÄUFIGE BERUFSERLAUBNIS: KEINE BESCHRÄNKUNG AUF UNSELBSTÄNDIGE TÄTIGKEIT**

*VG Freiburg, Urt. v. 16.04.2008 – 1 K 2521/07 –*

**RID 08-03-192**

<sup>juris</sup>

BÄO §§ 8, 10

**Leitsatz:** Die Bewährungserlaubnis nach § 8 BÄO darf nicht ausschließlich auf die Ausübung einer unselbständigen Tätigkeit beschränkt werden, wenn dies wegen Besonderheiten des Einzelfalls sonst zu einem faktischen Berufsverbot führen würde.

## **2. BERUFSPFLICHTVERLETZUNGEN**

### **A) BGH: UNLAUTERER WETTBEWERB/GEWERBLICHE ERNÄHRUNGSBERATUNG IN DEN RÄUMEN EINER ARZTPRAXIS**

*BGH, Urt. v. 29.05.2008 – 1 ZR 75/05 –*

**RID 08-03-193**

<sup>www.bundesgerichtshof.de = juris</sup>

Hess BerufsO § 3 II; UWG §§ 3, 4 Nr. 11

**Leitsatz:** Ein Arzt, der in den Räumen seiner Praxis eine gewerbliche Ernährungsberatung durchführt, handelt weder berufsrechtswidrig noch wettbewerbswidrig, wenn er diese Tätigkeit im Übrigen von seiner freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in zeitlicher, organisatorischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht getrennt hält

### **B) VERSTOß GEGEN ABSTINENZGEBOT DURCH PSYCHOTHERAPEUTEN**

*VG Mainz (Berufsgericht für Heilberufe), Urt. v. 20.05.2008 – BG-H 7/07 –*

**RID 08-03-194**

Heilberufsg Rheinland-Pfalz § 20 I; BO Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz §§ 5, 12 II

Ein Psychotherapeut verletzt seine Berufspflichten, wenn er mit einer Patientin während der Therapie und danach ein intimes Verhältnis unterhält. Zur gewissenhaften Berufsausübung gehört als „Kernpflicht“ insb. auch die Beachtung des „Abstinenzgebots“. Eine Geldbuße in Höhe von 13.000 € kann angemessen sein.

### C) ANNAHME VON GELDZUWENDUNGEN VON PATIENTIN DURCH ARZT

HeilBerufsG NW § 29 I; ÄBerufsO WLi § 32

**OVG Nordrhein-Westfalen (Landesberufsg. f. Heilb.), Urt. v. 06.11.2007 – 6t E 1292/06.T – RID 08-03-195**  
juris = MedR 2008, 397 = GesR 2008, 316

**Leitsatz:** Nimmt ein Arzt Geldgeschenke eines Patienten in Höhe von mehreren hunderttausend Euro an, ist dies für den objektiven Beobachter ein gewichtiger Anhaltspunkt dafür, dass der Arzt in seinen den Patienten betreffenden aktuellen oder künftigen ärztlichen Entscheidungen nicht mehr frei ist.

**VG Münster (Berufsg. f. Heilberufe), Urt. v. 30.04.2008 – 14 K 1893/05.T – RID 08-03-196**

Erreichen geldliche Zuwendungen eine Größenordnung von hier 362.492,82 €, ist dies für den objektiven Beobachter ein gewichtiger Anhaltspunkt dafür, dass der Zuwendungsempfänger in seinen aktuellen oder künftigen Entscheidungen nicht mehr frei ist. Die außergewöhnliche Höhe der Geldzuwendungen stellt ein gewichtiges Indiz für die Möglichkeit einer Beeinflussung der ärztlichen Unabhängigkeit im Arzt-Patienten-Verhältnis dar.

Dem Schutzgut eines auf die Ärzteschaft allgemein bezogenen Vertrauens in die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen kommt ein erhebliches berufsrechtliches Gewicht zu.

**VG Münster**, Beschl. v. 27.09.2006 lehnte zunächst die Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens aus tatsächlichen Gründen ab. **OVG Nordrhein-Westfalen** eröffnete sodann auf Antrag der Ärztekammer das berufsgerichtliche Verfahren. **VG Münster** erlegte dem beschuldigten Arzt eine Geldbuße in Höhe von 10.000 € auf.

### D) KOOPERATIONSVERTRÄGE ZWISCHEN KRANKENHÄUSERN UND VERTRAGSÄRZTEN/ZUWEISUNGSPROVISION

**LG Duisburg, Urt. v. 01.04.2008 – 4 O 300/07 –**

**RID 08-03-197**

MedR 2008, 445 = ZMGR 2008, 202

UWG § 4 Nr. 1

**Leitsatz (MedR):** 1. Eine Vereinbarung zwischen einem Krankenhausträger und niedergelassenen Ärzten als potentiellen Zuweisern, die diesen ein Entgelt für Leistungen verspricht, die sie ohnehin im Rahmen ihrer (vertragsärztlichen) Versorgung erbringen würden, ist rechts- und wettbewerbswidrig.

2. Eine in der Sache unzutreffende Bezeichnung dieser Zusammenarbeit als "sektorübergreifend" oder "prä-/post" ändert an dieser Bewertung nichts, sondern verstärkt eher den Verschleierungscharakter derartiger Verträge.

3. Derartige Verträge leisten in verantwortungsloser Weise sachwidrigen Erwägungen bei der Wahl des geeigneten Arztes oder Krankenhauses Vorschub.

### E) UNTERBIETEN EINES KOSTENVORANSCHLAGS IN ZE-AUKTIONSPORTAL (2TE-ZAHNARZTMEINUNG.DE)

**OLG München, Urt. v. 13.03.2008 – 6 U 1623/07 –**

**RID 08-03-198**

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8; ZÄBerufsO BY § 8 II

**Leitsatz:** Das Betreiben einer Internetplattform, bei der sog. Forumsärzte die Möglichkeit erhalten, ein Kostenangebot oder einen Kostenvoranschlag eines Kollegen nachträglich - durch welche Einsparungen auch immer - ohne Untersuchung des Patienten zu unterbieten, kann wettbewerbswidrig sein.

### F) VERKÜRZTER VERSORGUNGSWEG IN DER HÖRGERÄTEVERSORGUNG

**OLG Celle, Urt. v. 29.05.2008 – 13 U 202/07 –**

**RID 08-03-199**

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de>

UWG § 4 Nr. 11; MBO § 34 V

**Leitsatz:** 1. Nach § 34 Abs. 5 MBO setzt eine zulässige Verweisung an einen bestimmten Leistungserbringer durch den Arzt lediglich voraus, dass ein hinreichender Grund dafür vorliegt. Dessen Benennung gegenüber dem Patienten ist berufs- und wettbewerbsrechtlich nicht erforderlich.

2. Die Bequemlichkeit der Hörgeräteversorgung, die allein darin liegt, dass dem Patienten wegen des sogleich bei seinem Arzt vorgenommenen Ohrabdrucks ein weiterer Weg erspart bleibt, kann einen hinreichenden Grund im Sinne des § 34 Abs. 5 MBO darstellen.

Das **OLG** wies die Klage einer Hörgeräteakustikermeisterin gegen den niedergelassenen u. bekl. HNO-Arzt auf Unterlassung, Auskunft und Schadensersatz, weil er angeblich regelmäßig Patienten mit Verordnungen zur Hörgeräteversorgung an die Filiale der Firma f. h. AG verweise, ab.

### G) EINTRAGUNG IN DEN "GELBEN SEITEN"

*LG Köln, Urt. v. 29.11.2007 – 31 O 556/07 –*

RID 08-03-200

juris = www.justiz.nrw.de = MedR 2008, 300  
UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5

**Leitsatz (MedR):** 1. § 27 Abs. 6 Berufsordnung der Nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte ist eine das Marktverhalten regelnde Vorschrift i.S. des § 4 Nr. 11 UWG.

2. Die Eintragung in den "Gelben Seiten" ist Werbung i.S. des § 27 Berufsordnung für die Nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte. Lässt sich ein Facharzt für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie in der Kategorie "plastische Chirurgie" eintragen, ohne dass sich aus diesem Eintrag ergibt, dass der Eingetragene diese Leistungen (nur) nach eigenen Angaben, also ohne objektive Bestätigung, erbringt, liegt ein Verstoß gegen § 27 Abs. 6 Berufsordnung für die Nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte vor.

### H) BERUFUNGSBESCHRÄNKUNG AUF RECHTSFOLGENAUSSPRUCH MÖGLICH

*OVG Nordrhein-Westfalen (Landesberufsg. f. Heilb.), Urt. v. 07.11.2007 – 6t A 3788/05.T –*

RID 08-03-201

juris = GesR 2008, 318  
HeilBerG NW §§ 91, 112; StPO § 318 S. 1

**Leitsatz:** 1. Die Berufung gegen ein Urteil des Berufsgerichts für Heilberufe kann auf den **Rechtsfolgenerspruch** beschränkt werden, wenn zwischen Schuld- und Maßnahmefrage kein unauflösbarer innerer Zusammenhang besteht.

2. Die **Berufungsbeschränkung ist unbeachtlich**, wenn der Schuldspruch auf einem nicht oder nicht mehr gültigen Gesetz beruht, wenn die für die Maßnahmebemessung festgestellten Tatsachen zugleich zur Verneinung der Schuld führen können oder wenn ein offen zu Tage liegendes Unrecht anderenfalls perpetuiert würde. Dazu gehört auch die Verurteilung wegen eines Vorwurfs, der nicht Gegenstand der Anschuldigung und des Eröffnungsbeschlusses war.

### 3. BGH: STRAFBARKEIT BEI MISSACHTUNG DER RECHTLICHEN VORGABEN DURCH SUBSTITUTIONSARZT

*BGH, Urt. v. 04.06.2008 – 2 StR 577/07 –*

RID 08-03-202

www.bundesgerichtshof.de = juris  
BtMG §§ 3, 13 I, 29 I; BtMVV § 5

**Leitsatz:** Ein in der Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen tätiger Arzt ist von einer Erlaubnispflicht gemäß § 3 BtMG nicht befreit und daher wegen unerlaubter Abgabe von Betäubungsmitteln gemäß § 29 Abs. 1 Nr. 1 BtMG strafbar, wenn und soweit er Betäubungsmittel außerhalb des Anwendungsbereichs von § 13 Abs. 1 BtMG, § 5 BtMVV an drogenabhängige Patienten zur freien Verfügung abgibt

### 4. VERTRAGSRECHT

#### A) SCHIEDSGERICHT UND VERPFLICHTUNG ZUR AUSSCHREIBUNG EINES VERTRAGSARZTSITZES

*OLG München, Beschl. v. 07.05.2008 – 34 Sch 8/07 –*

RID 08-03-203

juris  
SGB V § 103; BGB § 138; InsO § 85; ZPO §§ 240, 1030 I, 1059 II Nr. 1, 2a u. 2b

**Leitsatz:** 1. Das höchstpersönliche Recht der kassenärztlichen Zulassung wird nicht berührt, wenn sich ein Arzt im Rahmen eines Gesellschaftsvertrages zum Betrieb einer Gemeinschaftspraxis im Fall der außerordentlichen Kündigung durch einen Gesellschafter verpflichtet, an der **Rückübertragung des von ihm nicht eingebrachten Kassenarztsitzes an die Gesellschaft** im Wege des Nachbesserungsverfahrens mitzuwirken.

2. Ein Streit hierüber kann Gegenstand eines **schiedsrichterlichen Verfahrens** sein und im Aktivprozess vom Insolvenzverwalter wirksam aufgenommen werden.

3. Zur Frage, ob ein Teilschiedsspruch, der einen Arzt verpflichtet, einen Antrag auf Ausschreibung seines Kassenarztsitzes zu stellen und auf seine kassenärztliche Zulassung zu verzichten, gegen den Grundsatz des *ordre public* verstößt.

## B) BEENDIGUNG EINER (ZAHN-)ÄRZTLICHEN GEMEINSCHAFTSPRAXIS

*OLG Oldenburg, Urt. v. 06.12.2007 – 14 U 91/07 –*

RID 08-03-204

MedR 2008, 293

BGB § 723; ZPO § 263

**Leitsatz MedR:** 1. Ein Wechsel im Mitgliederbestand einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts hat keinen Einfluss auf den Fortbestand eines **mit der Gesellschaft geschlossenen Vertrages**.

2. Ist im Gesellschaftsvertrag vereinbart, dass eine **Kündigung** aus wichtigem Grund **schriftlich** begründet werden muss, kann die Kündigung nur auf die Gründe gestützt werden, die Gegenstand des Kündigungsschreibens gewesen sind.

3. Eine **einvernehmliche Vertragsaufhebung** bei einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist darin zu sehen, dass ein Gesellschafter seiner Arbeitsverpflichtung nicht mehr nachkommt und die Gesellschaft diese nicht anfordert bzw. hierauf verzichtet, wenn der betreffende Gesellschafter eine an seinem Honorarumsatz bemessene Gewinnbeteiligung erhält.

4. Einer besonderen **Auseinandersetzungsbilanz** bedarf es nicht bei der Abwicklung einer Gemeinschaftspraxis nach einvernehmlicher Vertragsaufhebung.

## 5. BERUFSSKAMMERN

### A) PFLICHTMITGLIEDSCHAFT IN DER ÄRZTEKAMMER (NIEDERSACHSEN)

*VG Göttingen, Urt. v. 02.07.2008 – 1 A 223/06 –*

RID 08-03-205

[www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)

EMRK Art. 11 I; GG Art. 2 I, 9 I; HeilberufsG Nds § 2 I 1, 9 I

**Leitsatz:** Die Regelung zur Pflichtmitgliedschaft von Ärzten in der Ärztekammer Niedersachsen verstößt nicht gegen Art. 2 Abs. 1 GG, Art. 9 Abs. 1 GG und Art. 11 EMRK.

### B) FEHLENDE KLAGEBEFUGNIS VON DELEGIERTEN EINER KAMMERVERSAMMLUNG GEGEN AUFSICHTSMAßNAHME

*VG Hannover, Urt. v. 21.05.2008 – 5 A 3386/07 –*

RID 08-03-206

<http://www.dbovg.niedersachsen.de>

HKG § 87; VwGO § 42

**Leitsatz:** Einzelne Mitglieder der Kammerversammlung einer berufsständischen Kammer sind gegen eine an die Kammer gerichtete aufsichtsbehördliche Anordnung, einen bestimmten Satzungsentwurf zu beschließen, nicht klagebefugt.

### C) KAMMERBEITRAG VON PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN

*VG Osnabrück, Urt. v. 18.02.2008 – 6 A 164/07 –*

RID 08-03-207

juris

GG Art. 12 I; HeilbKG ND §§ 1 I, 2, 8, 25; PsychThG § 1 III; SGB VIII § 27 III

**Leitsatz:** Für die Bemessung des Kammerbeitrages eines Psychologischen Psychotherapeuten ist ausschließlich dessen heilkundlich psychotherapeutische Tätigkeit im Sinne des § 1 Abs. 3 PsychThG maßgebend (abw. OVG Niedersachsen, Urt. v. 26.04.2007 – 8 LC 13/05 – RID 07-03-209).

## II. Arzthaftung

*Eike Schmidt*, Der ärztliche Behandlungsfehler im Spannungsfeld zwischen medizinischem Versagen und juristischer Problembearbeitung, MedR 2007, 693-702; hierzu Erwiderung von *P. Gödicke*, Aufgabe der Deliktshaftung für Behandlungsfehler, MedR 2008, 405-408 und Replik von *Eike Schmidt*, MedR 2008, 408-410.

### 1. BGH

#### A) BEDEUTUNG VON LEITLINIEN VON ÄRZTLICHEN FACHGREMIEN

**BGH, Beschl. v. 28.03.2008 – VI ZR 57/07 –**

**RID 08-03-208**

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = GesR 2008, 361

**Leitlinien** von ärztlichen Fachgremien oder Verbänden können (im Gegensatz zu den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen) **nicht unbesehen** mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen **medizinischen Standard** gleichgesetzt werden. Sie können kein Sachverständigengutachten ersetzen und nicht unbesehen als Maßstab für den Standard übernommen werden. Letztendlich obliegt die Feststellung des Standards der Würdigung des sachverständig beratenen Tatrichters, dessen Ergebnis revisionsrechtlich nur auf Rechts- und Verfahrensfehler überprüft werden kann, also insbesondere darauf, ob ein Verstoß gegen Denkgesetze und allgemeine Erfahrungssätze vorliegt, das Gericht den Begriff des medizinischen Standards verkannt oder den ihm unterbreiteten Sachverhalt nicht erschöpfend gewürdigt hat.

Bis heute ist es noch nicht sicher, ob **Operationen der Schilddrüse** unter Darstellung des Nervus recurrens tatsächlich zu weniger Verletzungen dieses Nervs führen als Operationen nach der herkömmlichen "chirurgischen Schule".

#### B) BEWEISLAST DES ARZTES NACH GROBEM BEHANDLUNGSFEHLERS (HYGIENEFEHLER)

**BGH, Ur. v. 08.01.2008 – VI ZR 118/06 –**

**RID 08-03-209**

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris = GesR 2008, 208 = NJW 2008, 1304 = ZMGR 2008, 167

BGB § 823 I; ZPO § 286

**Leitsatz:** Ist ein grober Behandlungsfehler (hier: Hygienefehler bei intraartikulärer Injektion) festgestellt, muss der Arzt beweisen, dass die Schädigung des Patienten nicht auf dem Behandlungsfehler beruht, sondern durch eine hyperergisch-allergische Entzündungsreaktion verursacht ist.

#### C) URSACHENZUSAMMENHANG ZWISCHEN EINER FEHLBEHANDLUNG UND EINEM MORBUS SUDECK

**BGH, Ur. v. 12.02.2008 – VI ZR 221/06 –**

**RID 08-03-210**

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris = NJW 2008, 1381 = GesR 2008, 250

ZPO §§ 286, 287

**Leitsatz:** Wenn ein Morbus Sudeck nach dem Klagevortrag infolge einer ärztlichen Fehlbehandlung und der damit hervorgerufenen Gesundheitsbeeinträchtigung eingetreten ist, behauptet der Kläger insoweit einen Sekundärschaden. Für den Nachweis des Ursachenzusammenhangs zwischen der Fehlbehandlung und dem Morbus Sudeck gilt in diesem Fall der Maßstab des § 287 ZPO (Abgrenzung zum Senatsurteil vom 4. November 2003, VI ZR 28/03, VersR 2004, 118).

#### D) WEITERES SACHVERSTÄNDIGENGUTACHTEN BEI UNERGIEBIGEM VORGUTACHTEN

**BGH, Beschl. v. 06.05.2008 – VI ZR 250/07 –**

**RID 08-03-211**

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris

ZPO § 402

**Leitsatz:** Im Arzthaftungsprozess hat das Gericht zur Aufklärung des medizinischen Sachverhalts in der Regel einen Sachverständigen einzuschalten. Ein gerichtliches Sachverständigengutachten muss der Tatrichter jedenfalls dann einholen, wenn ein im Wege des Urkundsbeweises verwertetes Gutachten (hier: aus einem vorangegangenen Verfahren einer ärztlichen Schlichtungsstelle) nicht alle Fragen beantwortet.

## **E) HAFTUNG DES GYNÄKOLOGEN NACH ERFOLGLOSER TUBENSTERILISATION**

**BGH, Urt. v. 08.07.2008 – VI ZR 259/06–**

**RID 08-03-212**

www.bundesgerichtshof.de = juris  
BGB §§ 276, 823

**Leitsatz:** Zur Haftung des Gynäkologen für den nach einer erfolglosen Tubensterilisation mittels Tubenligatur und streitiger Elektroagulation entstehenden Schaden.

## **F) INTERNATIONALE ZUSTÄNDIGKEIT DEUTSCHER GERICHTE ÜBER ARZTHAFTUNGSKLAGE**

**BGH, Urt. v. 27.05.2008 – VI ZR 69/07 –**

**RID 08-03-213**

www.bundesgerichtshof.de = juris  
VollstrZustÜbk Art 5 Nr. 3

**Leitsatz:** Verschreibt ein Arzt in der Schweiz einem in Deutschland wohnhaften Patienten Medikamente, die am Wohnort des Patienten zu schweren Nebenwirkungen führen, über die der Arzt den Patienten nicht aufgeklärt hat, so ergibt sich die internationale Zuständigkeit der deutschen Gerichte für eine auf deliktische Ansprüche gestützte Klage aus Art. 5 Nr. 3 LugÜ, weil der Erfolgsort in Deutschland liegt. Denn eine ärztliche Heilbehandlung, die - mangels ausreichender Aufklärung - ohne wirksame Einwilligung des Patienten erfolgt, führt nur dann zur Haftung des Arztes, wenn sie einen Gesundheitsschaden des Patienten zur Folge hat.

## **2. ERSTMALIGER VORTRAG EINER HYPOTHETISCHEN EINWILLIGUNG IM BERUFUNGSVERFAHREN**

**OLG Oldenburg, Urt. v. 04.07.2007– 5 U 106/06 –**

**RID 08-03-214**

MedR 2008, 437 mit Anm. Ahrens = juris = VersR 2008, 124  
BGB §§ 249, 253, 280, 823; ZPO § 531 II

**Leitsatz:** Der Einwand, der Patient hätte sich auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung für den Eingriff entschieden, kann nicht erstmals in der Berufungsinstanz erhoben werden.

## **3. ZUSICHERUNG EINES BESTIMMTEN OPERATEURS UND EINWILLIGUNG**

**OLG Oldenburg, Urt. v. 11.05.2005 – 5 U 163/04 –**

**RID 08-03-215**

juris = MedR 2008, 295  
BGB § 823 I

**Leitsatz:** Sagt der Chefarzt einem Patienten verbindlich zu, ihn persönlich zu operieren, so erstreckt sich die Einwilligung des Patienten nicht auf andere Ärzte.

Soll entgegen einer solchen Zusage ein anderer Arzt die Operation übernehmen, so muss der Patient hiervon so rechtzeitig unterrichtet werden, dass er sich für eine Verschiebung der Operation entscheiden kann. Bei einer Operation, die außergewöhnliche Risiken birgt, reicht hierfür eine Unterrichtung am Vorabend nicht aus.

## **4. VERLUST DES HONORARANSPRUCHS NUR BEI VÖLLIG UNBRAUCHBARER LEISTUNG BEI AUFKLÄRUNGSMANGEL**

**OLG Nürnberg, Urt. v. 08.02.2008 - 5 U 1795/05 –**

**RID 08-03-216**

juris = MDR 2008, 554 = GesR 2008, 363  
BGB § 611

**Leitsatz:** 1. Ein Behandlungsfehler lässt den Honoraranspruch des Arztes grundsätzlich nicht entfallen. Ein Verlust des Honoraranspruchs kommt allerdings bei besonders groben Arztfehlern oder vorsätzlicher ärztlicher Pflichtverletzung in Betracht.

2. Verletzt der Arzt seine Aufklärungspflichten gegenüber dem Patienten und hätte dieser bei ordnungsgemäßer Aufklärung in die Behandlung nicht eingewilligt, so entfällt der Honoraranspruch, wenn die ärztliche Leistung für den Patienten völlig unbrauchbar ist.

## 5. BEWEISLASTUMKEHR BEI VERSTOß GEGEN DIE BEFUNDERHEBUNGSPFLICHT (CRP-WERT BEI MORBUS CROHN)

*OLG Zweibrücken, Urt. v. 24.04.2007 – 5 U 2/06 –*

RID 08-03-217

juris = NJW-RR 2008, 537

BGB §§ 253 I, 823 I, 831 I, 847 I; ZPO § 286 I

**Leitsatz:** 1. Zur im Einzelfall gebotenen zeitnahen Auswertung einer Blutprobe zwecks Wiedereinbestellung des Patienten (hier: CRP-Bestimmung bei Morbus Crohn).

2. Zur Umkehr der Beweislast für die Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Gesundheitsschaden bei einem Verstoß gegen diese Befunderhebungspflicht.

## 6. DIAGNOSTIK VOR PROSTATA-OP/UMKEHR DER BEWEISLAST

*OLG Zweibrücken, Urt. v. 20.11.2007 – 5 U 16/05 –*

RID 08-03-218

juris = NJW-RR 2008, 539

BGB §§ 253 I, 823 I, 847

**Leitsatz:** 1. Es ist behandlungsfehlerhaft, eine Teiladenomektomie (Teiladenomresektion) der Prostata ohne vorherige weiterführende Diagnostik (wie z.B. Biopsie der Prostata, Bestimmung des freien PSA-Wertes) durchzuführen, um das Vorliegen eines anderen Behandlungsmethoden unterfallenden Prostatakarzinoms auszuschließen.

2. Zur Umkehr der Beweislast für die Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Gesundheitsschaden bei einem Verstoß gegen diese Befunderhebungspflicht.

## 7. PRÄNATALE DIAGNOSTIK: KEINE HAFTUNG BEI ÜBERSEHEN EINES FEHLENDEN UNTERARMS

*OLG München, Urt. v. 07.02.2008 – 1 U 4410/06 –*

RID 08-03-219

juris

BGB §§ 249, 280 I, 611; StGB § 218a

**Leitsatz:** Zur Frage der Haftung eines Ultraschallspezialisten für den Unterhaltsaufwand für ein Kind, bei welchem er ei der pränatalen Diagnostik einen fehlenden rechten Unterarm übersehen hat.

## 8. NICHT INDIZIERTE OPERATION: FEHLERHAFTHE THERAPIEWahl BEI VERDACHT AUF MORBUS HODGKIN

*OLG Naumburg, Urt. v. 29.04.2008 – 1 U 19/07 –*

RID 08-03-220

juris

BGB §§ 823, 847

**Leitsatz:** 1. Fehlerhafte Therapiewahl bei Verdacht auf Morbus Hodgkin (hier: maximalinvasive Operation statt kombinierte Chemo- und Strahlentherapie).

2. Wird ein Patient von einem Krankenhaus an eine Spezialklinik zur Durchführung einer Operation überwiesen, die der überweisende Arzt nicht erbringen kann, so bestimmt der **hinzugezogene Arzt in eigener Verantwortung** nicht nur die Art und Weise der Leistungserbringung (hier der Operation), sondern er muss auch prüfen, ob die von ihm erbetene Leistung den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht und nicht etwa kontraindiziert ist, sowie, ob die von ihm erbetene Leistung ärztlich sinnvoll ist, ob also der Auftrag von dem überweisenden Arzt richtig gestellt ist und dem Krankheitsbild entspricht.

3. Feststellung eines groben Behandlungsfehlers bei der Durchführung der Operation, wenn bei Verdacht auf ein Hodgkin-Lymphom der cervikale Lymphknoten nicht entfernt wird, statt dessen aber eine maximal aggressive Tumorextirpation ohne weitere Ausbreitungsdiagnostik und Konsultation eines in der Behandlung dieser Erkrankung versierten Spezialisten durchgeführt wird.

4. **Schmerzensgeld** in Höhe von 60.000 € für eine medizinisch nicht indizierte Operation, die zur einer Verletzung des N. phrenicus, einer Durchtrennung des N. laryngeus recurrens, einem Zwerchfellhochstand, einer Stimmbandlähmung, zu Komplikationen an der Bronchius-Absatzstelle sowie zu rezidivierenden Infektionen und zahlreichen weiteren Krankenhausaufenthalten und Folgebehandlungen geführt hat.

## 9. SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH NACH UNTERLASSENEM SCHWANGERSCHAFTSTEST

*OLG Braunschweig, Urt. v. 26.06.2007 – 1 U 11/07 –*

RID 08-03-221

juris = GesR 2008, 372

BGB §§ 253 II, 280, 611, 823 I; StGB § 218a

**Leitsatz:** 1. Es stellt einen (einfachen) **Behandlungsfehler** dar, wenn ein Arzt für Gynäkologie im Rahmen der Behandlung von Menstruationsunregelmäßigkeiten bei objektiv bestehender Unsicherheit über das Vorliegen einer Schwangerschaft zu deren Ausschluss vor Beginn der Therapie mit einem Ovulationshemmer-Medikament einen **Schwangerschaftstest** durch Beta-HCG-Bestimmung des Blutes nicht vornimmt bzw. nicht veranlasst.

2. Allein deshalb, weil im Falle einer Schwangerschaft die zu erwartenden Folgen für die Kindsmutter hinter dem in § 218a Abs. 2 StGB beschriebenen Ausmaß zurückbleiben oder dieses Ausmaß nicht sicher feststellbar erreichen, kann eine **Kausalität** des Befunderhebungsfehlers für die Durchführung der nach § 218a Abs. 1 StGB gerechtfertigten Schwangerschaftsunterbrechung und ihre Folgen nicht bereits verneint werden.

3. Im Rahmen der zivilrechtlichen Schadenskausalität unterbricht der **Willensentschluss** einer Patientin - hier zum **Schwangerschaftsabbruch** - den Zurechnungszusammenhang nicht, wenn er nicht frei getroffen, sondern durch das Verhalten des Arztes - hier durch Befundnichterhebung verursachte kontraindizierte Medikamenteneinnahme - herausgefordert oder wesentlich mitbestimmt worden ist. Die Beweislast für die Herausforderung oder Mitbestimmung ihres Willensentschlusses liegt nach allgemeinen Grundsätzen bei der Patientin.

4. Unerheblich für die **Schadensursächlichkeit** im Sinne des durch den Behandlungsfehler herausgeforderten Schwangerschaftsabbruchs ist, wie hoch aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht das Risiko einer medikamenteninduzierten Missbildung gewesen ist, jedenfalls solange ein solches Risiko nicht auszuschließen ist oder die möglichen Auswirkungen nicht völlig unerheblich sind.

## 10. KEIN GROBER BEHANDLUNGSFEHLER BEI VERKENNUNG EINER GLUTARAZIDURIE

*OLG Köln, Urt. v. 12.09.2007 – 5 U 16/05 –*

RID 08-03-222

juris

BGB §§ 823, 847

Im Jahr 1994 musste aufgrund bei der Aufnahme festgestellter Leitsymptome Makrozephalus und subdurale Hämatome nicht notwendig die Verdachtsdiagnose Glutarazidurie, einer Stoffwechselerkrankung, gestellt und dieser Verdacht durch eine Urinuntersuchung weiter abgeklärt werden; es ist durchaus nachvollziehbar, dass die Behandler angesichts der sich ihnen darstellenden Situation primär an ein Trauma und nicht an eine Stoffwechselerkrankung gedacht haben. Ein grober Behandlungsfehler liegt darin nicht.

## 11. KEINE INDIKATION FÜR FETTABSaugUNG BEI ERHEBLICHER FETTLLEIBIGKEIT

*LG Dortmund, Urt. v. 23.01.2008 – 4 O 77/05 –*

RID 08-03-223

juris = GesR 2008, 324

BGB §§ 611, 823

**Leitsatz:** Eine Fettabsaugung (Liposuktion) ist bei erheblicher Fettleibigkeit nicht indiziert. Eine bekannte Depression stellt bei einer reinen Schönheitsoperation eine Kontraindikation dar und bedarf im Rahmen der Aufklärung zum Eingriff einer Abklärung.

## 12. UNTERBLIEBENER SUIZIDBOGEN: KEINE BEWEISERLEICHTERUNG HINSICHTLICH SUIZIDGEFAHR

*OLG Braunschweig, Beschl. v. 11.02.2008 – 1 U 2/08 –*

RID 08-03-224

juris

ZPO § 144 I

**Leitsatz:** 1. Der Umstand, dass ein **Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie** mit einem, ihm bis dahin unbekanntem Patienten kurzfristig hintereinander zwei Therapiegesprächssitzungen durchführt, in denen er mit dem Patienten einen so genannten **Suizidpakt** schließt, obwohl der Patient jeweils die Frage nach der Suizidalität verneint, lässt keinen Rückschluss darauf zu, dass gleichwohl bei dem Patienten eine erkennbare **akute Suizidgefahr** bestanden hat.

2. Es stellt keinen **Dokumentationsfehler** dar, wenn ein Psychotherapeut über einen Patienten, der sich wegen einer psychischen Drucksituation am Arbeitsplatz in seine Behandlung begeben und dabei nach Exploration eine Suizidalität verneint hat, keinen so genannten **Suizidbogen** erstellt.

3. Selbst wenn es aufgrund der Umstände des Einzelfalls medizinisch notwendig sein kann, einen Suizidbogen über den Patienten zu erstellen und dies unterbleibt, so führt der darin liegende Dokumentationsfehler nicht zu der **Beweiserleichterung**, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt eine akute Suizidgefahr vorgelegen hat.

4. Die besondere Fachkenntnisse nicht erfordernde Beurteilung, ob eine Schlussfolgerung nach allgemeinen Denkgesetzen zulässig oder zwingend ist, erfolgt unmittelbar durch das Gericht; ein **Sachverständigengutachten** ist - auch unter dem Gesichtspunkt des § 144 Abs. 1 ZPO und des im Haftungsprozess nach Heilbehandlung gelockerten Parteibeibringungsgrundsatzes - dafür nicht einzuholen.

### 13. SCHUTZ SUIZIDALER PATIENTEN IN PSYCHIATRISCHER KLINIK

*OLG Koblenz, Beschl. v. 03.03.2008 – 5 U 1343/07 –*

RID 08-03-225

juris = GesR 2008, 255

BGB §§ 276, 278, 280, 611, 823, 827, 831, 832

**Leitsatz:** 1. Eine psychiatrische Klinik ist verpflichtet, von einem **suizidalen Patienten** alle Gefahren abzuwenden, die dem Kranken durch sich selbst drohen. Welche Kontrollen, Beschränkungen und sonstigen Maßnahmen geboten sind, erfordert eine **wertende Gesamtschau** aller medizinischen und sonstigen behandlungs- und sicherungsrelevanten Fakten.

2. Im Spannungsverhältnis zwischen dem Sicherheitsinteresse und Lockerungen, die einer zielgerichteten Therapie dienen, ist eine **restriktive Handhabung** um so eher geboten, je mehr eine Gefährdung des therapeutischen Konzepts durch die konkrete Einschränkung fern liegt (hier: kein eigenes Feuerzeug für Raucherin).

### 14. ANHÖRUNG DES BEKLAGTEN ARZTES BEI FEHLENDER DOKUMENTATION

*OLG Brandenburg, Urt. v. 29.05.2008 – 12 U 81/06 –*

RID 08-03-226

juris

BGB §§ 823, 847

Der Verstoß gegen die Dokumentationspflicht führt nur dazu, dass vermutet wird, dass der nicht dokumentierte Befund nicht vorgelegen hat. Diese Vermutung kann im Streitfall jedoch von einem beklagten Arzt widerlegt werden, indem er durch seine Anhörung den Beweis geführt hat, dass ungeachtet der fehlenden Dokumentation der behauptete Befund tatsächlich bestand.

### 15. SACHVERSTÄNDIGER AUS AKADEMISCHEM LEHRKRANKENHAUS BEI BEKL. LEHRKRANKENHAUS

*OLG Stuttgart, Beschl. v. 19.12.2007 – 1 W 60/07 –*

RID 08-03-227

juris

ZPO §§ 42 II, 406 I 1

**Leitsatz:** 1. Die Ablehnung eines medizinischen Sachverständigen gemäß §§ 406 Abs. 1 Satz 1, 42 Abs. 2 ZPO ist nicht allein deshalb gerechtfertigt, weil sowohl das Krankenhaus, in dem der Sachverständige als Chefarzt tätig ist, als auch das beklagte Klinikum akademische Lehrkrankenhäuser derselben Universität sind.

2. Bei der für die Beurteilung maßgeblichen verobjektivierten Betrachtung besteht die Gefahr einer Rufschädigung aller akademischen Lehrkrankenhäuser im Falle des Nachweises eines Behandlungsfehlers in einem dieser Krankenhäuser nicht.

### 16. BEMESSUNG DES SCHADENSERSATZES: BEI DER GEBURT SCHWER GESCHÄDIGTES KIND

*OLG Zweibrücken, Urt. v. 22.04.2008 – 5 U 6/07 –*

RID 08-03-228

juris

BGB §§ 843 I, 847

**Leitsatz:** 1. Zur Bemessung des Schadensersatzes wegen eines vermehrten Bedürfnisses für Pflege und Betreuung eines durch einen ärztlichen Behandlungsfehler bei der Geburt schwer geschädigten

Kindes durch Eltern im Rahmen häuslicher Gemeinschaft sowie bei anderweitigem stationärem Aufenthalt, insbesondere zur Bewertung so genannter „Bereitschaftszeiten“ der Eltern.

2. Zur Bemessung der Entschädigung in Geld wegen eines Schadens, der nicht Vermögensschaden ist – sog. Schmerzensgeld – bei einem durch einen groben ärztlichen Behandlungsfehler bei der Geburt schwer geschädigten Kindes unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung und veränderter allgemeiner Wertvorstellungen.

Im konkreten Fall: Schmerzensgeldkapitalbetrag 500.000.—EUR zuzüglich Schmerzensgeldrente monatlich 500.—EUR.

## 17. ZAHNÄRZTE

### A) HAFTUNG BEI MÄNGELN AN FESTSITZENDEM ZAHNERSATZ

*OLG Oldenburg, Urt. v. 27.02.2008 – 5 U 22/07 –*

RID 08-03-229

juris = GesR 2008, 252  
BGB §§ 280 I, 628 I 2

**Leitsatz:** 1. Bei **Mängeln an feststehendem Zahnersatz** kommt bei privatversicherten Patienten die Anwendung des Gewährleistungsrechts des Werkvertrags grundsätzlich nicht in Betracht. Liegt ein Behandlungsfehler vor, so ergeben sich die Rechte des Patienten vielmehr aus schadensrechtlichen Normen.

2. Dem privatversicherten Patienten steht alternativ zum Anspruch auf Erstattung der **Nachbehandlungskosten** ein Anspruch auf **Rückerstattung des gezahlten Honorars** zu, soweit der Zahnersatz aufgrund eines Behandlungsfehlers unbrauchbar ist. Hiervon ist auszugehen, wenn eine Nacharbeitung nicht möglich ist, sondern eine Neuanfertigung erfolgen muss.

3. Nach Beendigung des Behandlungsverhältnisses hat der Zahnarzt bei privatversicherten Patienten keinen vertraglichen Anspruch darauf, dass ihm zur **Mängelbeseitigung** Gelegenheit gegeben wird. Dem Patienten kann allerdings aufgrund seiner Schadensminderungspflicht u.U. zuzumuten sein, ein Mängelbeseitigungsangebot des Zahnarztes anzunehmen.

### B) AUFKLÄRUNG ÜBER IMPLANTATABSTOßUNG

*OLG Brandenburg, Urt. v. 29.05.2008 – 12 U 241/07 –*

RID 08-03-230

juris  
BGB §§ 823, 847

Ein Patient ist über das **Risiko einer Implantatabstoßung** zu informieren, auch wenn ein entsprechendes Wissen vom Zahnarzt unterstellt wird. Fehlt es hieran, so ist die in die Behandlung unwirksam und der vorgenommene Eingriff somit rechtswidrig. Eine Aufklärung ist auch nicht deshalb entbehrlich, weil es sich bei dem Risiko einer Abstoßung um ein Risiko handelt, das mit einem Eingriff der konkret in Betracht stehenden Schwere regelmäßig verbunden ist und im Regelfall als bekannt vorausgesetzt werden darf. Es ist über diejenigen Risiken aufzuklären, die dem Eingriff typischerweise spezifisch anhaften und die für die Lebensführung des Patienten im Fall der Verwirklichung des Risikos von besonderer Bedeutung sind (vgl. BGH VersR 2000, 725).

### C) WEIGERUNG, ZUMUTBARE NACHBESSERUNGSMAßNAHMEN HINZUNEHMEN

*OLG Dresden, Beschl. v. 21.01.2008 – 4 W 28/08 –*

RID 08-03-231

juris  
BGB §§ 249, 253, 823, 847

**Leitsatz:** 1. Weigert sich ein Patient nach Eingliederung von Zahnersatz, zumutbare Nachbesserungsmaßnahmen des Arztes hinzunehmen, kommen insofern Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche nicht in Betracht. Zumutbar kann auch die Neuanfertigung der Prothese sein.

2. Schmerzen beim Tragen der Prothese, mangelhafte Kaufähigkeit sowie optische und psychische Beeinträchtigungen durch eine fehlerhaft gefertigte Zahnprothese rechtfertigen auch beim Vorliegen eines Behandlungsfehlers, dessen Behebung längere Zeit in Anspruch nimmt, kein Schmerzensgeld über 2000 Euro.

### III. Private Krankenversicherung/Privatbehandlung/Beihilfe

#### 1. KEINE CHEFARTZVERGÜTUNG BEI OPERATION DURCH ANGESTELLTEN ARZT

*OLG Koblenz, Urt. v. 21.02.2008 – 5 U 1309/07 –*

RID 08-03-232

juris = VersR 2008, 538 = NJW 2008, 1679 = GesR 2008, 326

BGB §§ 123, 133, 157, 275, 280, 326, 346, 611, 613, 812, 818; StGB § 223

**Leitsatz:** 1. Lässt ein persönlich verpflichteter Chefarzt die Operation vertragswidrig von einem angestellten Arzt durchführen, schuldet der Patient selbst dann keine Vergütung, wenn der Eingriff sachgemäß erfolgte.

2. Dem Chefarzt steht auch kein Bereicherungsanspruch gegen den Patienten zu. Dabei ist nicht die Wertschätzung der aufgedrängten Bereicherung durch den Leistungsempfänger (Patient) maßgeblich. Wurde die in dieser Form nicht geschuldete Operationsleistung irrtumsfrei oder gar gegen den erklärten Willen des Patienten erbracht, ist der Arzt nach der gesetzlichen Wertung der §§ 814, 613 BGB, 223 StGB nicht schutzwürdig.

#### 2. KOSTENERSTATTUNG FÜR HÖRGERÄTE

*LG Dortmund, Urt. v. 08.05.2008 – 2 S 59/07 –*

RID 08-03-233

juris

AVB § 1 II 1

**Leitsatz:** Der Krankenversicherer kann den an einer beidseitigen Innenohrschwerhörigkeit leidenden Versicherungsnehmer bei der Kostenerstattung für verordnete Hörgeräte nicht auf preiswertere Hörgeräte verweisen, die im Störschall ein deutlich schlechteres Wortverstehen bewirken, aber die Schwerhörigkeit nach Auffassung des Krankenversicherers ausreichend lindern.

#### 3. BEIHILFE

##### A) BEIHILFEGEWÄHRUNG FÜR ARZNEIMITTEL GEGEN MEDIKAMENTÖS BEDINGTEN HAARAUSFALL

*VG Dresden, Urt. v. 15.11.2007 – 3 K 803/06 –*

RID 08-03-234

juris

SächsBVO § 2

**Leitsatz:** 1. Die Klägerin leidet als Nebenwirkung der Einnahme eines Rheumamedikaments an Haarausfall; das ärztlich verordnete Medikament "Biotin" ist in diesem Fall nicht von der Beihilfeausschlussregelung des § 3 SächsBVO für "Lifestylepräparate" erfasst.

2. Die Vorschrift muss in verfassungskonformer Auslegung dahingehend interpretiert werden, dass ein Ausschluss nur dann vorliegt, wenn im konkreten Fall eine Medikamenteneinnahme zur "Erhöhung der Lebensqualität" erfolgt. Das ist bei einer medizinischen Verordnung zur Linderung oder Heilung einer behandlungsbedürftigen Krankheit nicht der Fall.

##### B) AUSSCHLUSS NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER ARZNEIMITTEL

*VG Ansbach, Urt. v. 23.04.2008 – AN 15 K 07.02708 –*

RID 08-03-235

juris

BhV § 6 I Nr. 2 u. 4; SGB V § 92 I; AMG § 2; LFGB § 2; BBG § 79

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel unterliegen dem Ausschluss nach § 6 I Nr. 2 Satz 2 Buchst. b BhV. Die Ablehnung einer Erstattung verstößt aber gegen die **Fürsorgepflicht** (§ 79 BBG), wenn die Arzneimittel ausschließlich und ständig zum Zweck der Linderung von gravierenden Folgen einer dauerhaften und schwerwiegenden Erkrankung benötigt werden.

**BVerwG**, Urt. v. 27.06.2008 – 2 C 2.07 - hat entschieden, dass Beamte des Bundes für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel derzeit grundsätzlich auch dann keine Beihilfe erhalten können, wenn die Medikamente ärztlich verordnet sind. Besondere Härten müssen in Einzelfällen allerdings auf Antrag gemildert werden (vgl. Pressemitteilung Nr. 39/2008).

#### 4. ANSPRUCH AUF FESTZUSCHUSS IM RAHMEN DER HEILFÜRSORGE

*VG für das Saarland, Urt. v. 15.04.2008 – 3 K 1012/07 –*

RID 08-03-236

juris

SGB V §§ 55, 56, 87 II; BBesG § 70 II; GG Art. 3 I

**Leitsatz:** Die Heilfürsorge ist ein eigenständiges Gesundheitsvorsorgesystem. Bezugnahmen auf Regelungen des SGB V oder der Beihilfevorschriften erfolgen nur aus Gründen wirkungsgleicher Übertragungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes auf die Heilfürsorge.

## IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte

### 1. BGH

#### A) MARKENSCHUTZ BEI PARALLELIMPORT VON ARZNEIMITTELN IN DER EU

**BGH, Urt. v. 13.12.2007 – I ZR 89/05 –**

**RID 08-03-237**

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris

MarkenG §§ 14 II, 24; EGV 40/94 Art. 13 I u. II

**Leitsatz** - Micardis: Der Parallelimporteure darf, wenn er für den Vertrieb des importierten Arzneimittels zulässigerweise eine neue Verpackung herstellt, sowohl die im Ausfuhrmitgliedstaat benutzte Originalbezeichnung des Arzneimittels wieder anbringen als auch die Ausstattung verwenden, mit der das Arzneimittel im Ausland in den Verkehr gebracht worden ist, ohne dass es darauf ankommt, ob die Wiederanbringung der geschützten Kennzeichen erforderlich ist, um die Verkehrsfähigkeit des importierten Arzneimittels im Inland herzustellen.

#### B) VERSANDHANDEL MIT ARZNEIMITTELN (DOC MORRIS)

**BGH, Urt. v. 20.12.2007 – I ZR 205/04 –**

**RID 08-03-238**

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris = GesR 2008, 215

AMG §§ 73 I 1 Nr. 1, 73 I 3; UWG §§ 3, 4 Nr. 11

**Leitsatz:** 1. Im Rahmen des § 73 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1a Fall 1 AMG ist nicht allein die in Deutschland und in dem anderen Mitgliedstaat jeweils gegebene Gesetzeslage, sondern die jeweilige Rechtslage im Blick auf die tatsächlich bestehenden Sicherheitsstandards miteinander zu vergleichen.

2. Der Umstand, dass das niederländische Recht den Versandhandel mit Arzneimitteln nicht von der Führung einer Präsenzapotheke abhängig macht, kann einem Versandhandelsunternehmen, das eine Präsenzapotheke in den Niederlanden nach den dort bestehenden Bestimmungen betreibt, nicht entgegengehalten werden.

3. Die Veröffentlichung einer Übersicht zum Versandhandel mit Arzneimitteln nach § 73 Abs. 1 Satz 3 AMG bindet die Gerichte insoweit, als sie Feststellungen dazu enthält, dass in bestimmten Mitgliedstaaten der Europäischen Union vergleichbare Sicherheitsstandards bestehen.

#### C) DARLEGUNGSLAST DES PATIENTEN BEI ARZNEIMITTELHAFTUNG

**BGH, Beschl. v. 01.07.2008 – VI ZR 287/07–**

**RID 08-03-239**

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris

AMG § 84; ZPO §§ 286, 402

**Leitsatz:** Zur Darlegungslast des Patienten, der einen pharmazeutischen Unternehmer gemäß § 84 AMG unter dem Gesichtspunkt der Arzneimittelhaftung auf Schadensersatz in Anspruch nimmt.

#### D) ARZNEIMITTELBEGRIFF

##### AA) HMB-KAPSELN

**BGH, Urt. v. 26.06.2008 – I ZR 112/05 –**

**RID 08-03-240**

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris

EGRL 83/2001 Art. 1 Nr. 1 lit. b; AMG § 2

**Leitsatz:** Ein Erzeugnis, das aus einem Stoff besteht, der auch bei normaler Ernährung als Abbauprodukt im menschlichen Körper entsteht, ist nicht als Arzneimittel anzusehen, wenn die unmittelbare Aufnahme dieses Stoffes zu keiner gegenüber den Wirkungen bei normaler Nahrungsaufnahme nennenswerten Einflussnahme auf den Stoffwechsel führt (im Anschluss an EuGH GRUR 2008, 271 - Knoblauchkapseln).

BGH, Urt. v. 26. Juni 2008 - -

## BB) L- CARNITINE

**BGH, Urt. v. 26.06.2008 – I ZR 61/05 –**

**RID 08-03-241**

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris

EGRL 83/2001 Art. 1 Nr. 1 lit. b; AMG § 2

**Leitsatz:** a) Der Begriff des Funktionsarzneimittels erfasst allein diejenigen Erzeugnisse, deren pharmakologische Eigenschaften wissenschaftlich festgestellt wurden und die tatsächlich dazu bestimmt sind, eine ärztliche Diagnose zu erstellen oder physiologische Funktionen wiederherzustellen, zu bessern oder zu beeinflussen (im Anschluss an EuGH GRUR 2008, 271 Tz. 60 und 61 - Knoblauchkapseln).

b) Ein Erzeugnis, das einen Stoff enthält, der auch mit der normalen Nahrung aufgenommen wird, ist nicht als Arzneimittel anzusehen, wenn durch das Erzeugnis keine gegenüber den Wirkungen bei normaler Nahrungsaufnahme nennenswerte Einflussnahme auf den Stoffwechsel erzielt wird (im Anschluss an EuGH GRUR 2008, 271 Tz. 67 und 68 - Knoblauchkapseln).

## 2. KEIN ANSPRUCH JUR. PERSON AUF AUFNAHME IN APOTHEKENKAMMER (DOCMORRIS)

**VG für das Saarland, Urt. v. 20.06.2008 – 1 K 1135/07 –**

**RID 08-03-243**

juris

EGVtr Art. 43, 81; GG Art. 2, 12; HeilBKG SL § 2

**Leitsatz:** Der gesetzliche Ausschluss juristischer Personen von der Mitgliedschaft in der Apothekenkammer verstößt nicht gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz, die Freiheit der Berufsausübung oder die europäische Niederlassungsfreiheit bzw. das Kartellverbot.

## 3. RABATTGEWÄHRUNG FÜR ARZNEIMITTEL

**LG Köln, Urt. v. 13.04.2006 – 31 O 777/05 –**

**RID 08-03-244**

MedR 2008, 448

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8; AMG § 78; HWG a. F. § 7

**Leitsatz (MedR):** 1. Der Regelungszweck der AMPPreisVO umfasst nicht die Rabattgewährung für Arzneimittel in Einzelfällen.

2. Werden monatlich bestimmte Arzneimittel zu einem speziellen Rabatt (sog. Monatsangebote) veräußert und weicht der Herstellerabgabepreis dadurch von dem zuvor in der Lauer Taxe angegebenen ab, so unterläuft diese Praxis den Regelungszweck der AMPPreisVO, da kein einheitlicher Herstellerabgabepreis mehr gewährleistet ist, und ist daher als unlauter zu qualifizieren.

## 4. VERSTOß GEGEN ARZNEIMITTELPREISBINDUNG DURCH ZUZAHLUNGSVERZICHT EINER APOTHEKE

**OVG Niedersachsen, Urt. v. 20.06.2008 – 13 ME 61/08 –**

**RID 08-03-245**

<http://www.dbovg.niedersachsen.de>

SGB V §§ 31 III 1, 69 I; AMG §§ 64 I, 69 I 1, 78; AmPreisV § 3 I; HWG § 7 I;

**Leitsatz:** 1. Die Ausgabe und spätere Einlösung von "Zahlungsgutscheinen" durch Apotheken, mit denen den gesetzlich Krankenversicherten die vorgeschriebene Eigenbeteiligung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln erspart werden soll, verstößt auch dann gegen die Arzneimittelpreisbindung, wenn die Gutscheine von kooperierenden Krankenkassen abgestempelt und an ihre Versicherten weitergegeben werden. Die Verrechnung von Zahlungsgutscheinen stellt einen unzulässigen Rabatt auf den verbindlichen Apothekenabgabepreis dar.

2. Eine dieser Abrechnungspraxis zugrunde liegende Kooperationsvereinbarung zwischen einer Apotheke und einer Krankenkasse sperrt die Anwendbarkeit der arzneimittelrechtlichen Ermächtigungsgrundlage zur Untersagung dieses Verhaltens im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Apothekenaufsicht nicht.

## 5. ARZNEIMITTELFESTPREISVERORDNUNG GILT IM GRENZÜBERSCHREITENDEN VERSANDHANDEL

**OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 29.11.2007 – 6 U 26/07 –**

**RID 08-03-246**

juris

AMG § 78; EG §§ 28, 30

**Leitsatz:** Auch für den Versand von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus einem EU-Mitgliedsstaat nach Deutschland gelten die Festpreise nach der Arzneimittelfestpreisverordnung.

## 6. BEZEICHNUNG BEI FREIVERKÄUFLICHEN ARZNEIMITTELN/ZUSATZ "FORTE"

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.12.2007 – 13 A 1178/05 –*

RID 08-03-247

juris

AMG 1976 § 8 I Nr. 2 S. 1

**Leitsatz:** 1. Die Bezeichnung stellt bei freiverkäuflichen Arzneimitteln eine für die Kaufentscheidung maßgebliche Informationsquelle dar. Dies rechtfertigt es hinsichtlich der Anforderungen der Bezeichnung an Wahrheit, Eindeutigkeit und Klarheit einen strengen Maßstab anzulegen.

2. Durch den Bezeichnungszusatz "Forte" kann ein Irrtum über die Wirksamkeit des Arzneimittels hergerufen werden. Dies gilt auch für traditionell zugelassene Arzneimittel

## 7. IRREFÜHRENDE WERBUNG FÜR OHRKERZEN

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 27.03.2008 – 6 U 52/07 –*

RID 08-03-248

juris

HeilMVerbG § 3 Nr. 1; UWG § 4 Nr. 11

**Leitsatz:** 1. Eine Werbung, die den Eindruck erweckt, die Wirksamkeit eines Mittels (hier: Ohrkerzen) zur Therapie bestimmter Krankheiten sei wissenschaftlich abgesichert, ist irreführend, wenn die therapeutische Wirksamkeit nur durch praktische Erfahrungen belegt werden kann.

2. Soweit es - im Hinblick auf den eingeschränkten Inhalt einer Wirksamkeitswerbung - abweichend von Nr. 1 ausreicht, die Wirksamkeit mit praktischen Erfahrungen zu belegen, müssen diese praktischen Erfahrungen hinreichend gesichert sein; die Darlegungs- und Beweislast hierfür trägt der Werbende.

# V. Vergaberecht

## 1. BGH: AUSSCHLIEßLICHER VERGABERECHTSWEG ZU ZIVILGERICHTEN BEI RABATTVEREINBARUNGEN

*BGH, Beschl. v. 15.07.2008 – X ZB 17/08 –*

RID 08-03-249

www.bundesgerichtshof.de = juris

GWB §§ 114 I, 116 I, III; SGB V § 130 VIII, IX; GVG § 17a

**Leitsatz:** 1. Gegen die Entscheidung einer Vergabekammer, die das Vergabeverfahren für den Abschluss von Rabattvereinbarungen nach § 130a Abs. 8 SGB V zum Gegenstand hat, ist allein das Rechtsmittel der sofortigen Beschwerde zu dem für den Sitz der Vergabekammer zuständigen Oberlandesgericht gegeben.

2. Erklärt ein um die Rechtswegbestimmung angegangener oberster Gerichtshof des Bundes in einem solchen Fall einen anderen Rechtsweg als zulässig, sind andere Gerichte an diese Entscheidung gebunden.

**Aus den Gründen:**

„(...) 1. Dem Vorlagebeschluss liegen Meinungsverschiedenheiten zwischen dem vorlegenden Oberlandesgericht und den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit über die Frage zugrunde, ob gegen eine im Nachprüfungsverfahren nach dem Vierten Teil des GWB ergangene, eine Ausschreibung von Rabattvereinbarungen i. S. von § 130a Abs. 8 SGB V betreffende Entscheidung einer Vergabekammer gemäß § 116 Abs. 1, 3 GWB das Rechtsmittel der sofortigen Beschwerde zum Oberlandesgericht gegeben oder ob dagegen Anfechtungsklage zum Sozialgericht zu erheben ist. Das Bundessozialgericht hat in seinem Beschluss vom 22. April 2008 für den konkreten Streitfall entschieden, vorbehaltlich der generellen Anwendbarkeit von Vergaberecht im Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich des § 130a SGB V entfalle zwar das Nachprüfungsverfahren vor der Vergabekammer nach den §§ 102 bis 115 GWB nicht; der durch dieses Verfahren gewährleistete Primärrechtsschutz sei nicht durch die Sozialgerichte sicherzustellen. Gegen die Entscheidungen der Vergabekammer sei aber der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. § 130a Abs. 9 SGB V gehe der Regelung des § 116 GWB als jüngere und speziellere Bestimmung vor (Beschl. v. 22.4.2008 Rdn. 52).

2. Dieser Auffassung vermag der Senat nicht beizutreten. Der durch das Beitragssatzsicherungsgesetz vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637) in das SGB V eingefügte § 130a Abs. 9 SGB V ist gegenüber dem am 26. August 1998 verabschiedeten und als Vierter Teil in das GWB eingefügten Vergaberechtsänderungsgesetz (VgRÄG, BGBl. I S. 2512) wohl ein jüngeres Gesetz. Die Rechtswegzuweisung in § 130a Abs. 9 SGB V berührt in der hier streitigen Rechtswegfrage den Geltungsbereich des Vierten Teils des GWB aber nicht. Unter dem Gesichtspunkt der Spezialität begründet die Regelung keinen Vorrang gegenüber § 116 GWB, vielmehr ist diese Bestimmung das speziellere Gesetz. (...)

aa) Die Annahme des Bundessozialgerichts, die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit seien für die Überprüfung der Entscheidung einer Vergabekammer zuständig, die eine Ausschreibung für Rabattvereinbarung betrifft, steht in unvereinbarem Widerspruch zu dem bei der Einrichtung von Vergaberechtsschutz vom Gesetzgeber stets als Schutzzut betonten Interesse der Öffentlichkeit an einem raschen Abschluss der Vergabeverfahren. (...)

Vgl. **andere BSG**, Beschl. v. 22.04.2008 – B 1 SF 1/08 R – RID 08-03-188 (diese Ausgabe).

## 2. ZUSTÄNDIGKEIT DER SOZIALGERICHTE FÜR DIE NACHPRÜFUNG VON AUSSCHREIBUNGEN GEM. § 127 I SGB V

*OLG Rostock, Beschl. v. 02.07.2008 – 17 Verg 2/08 –*

RID 08-03-250

*OLG Rostock, Beschl. v. 02.07.2008 – 17 Verg 4/08 –*

RID 08-03-251

Beide juris

GWB §§ 116, 124 II; SGB V §§ 127, 130; SGG §§ 51, 69

**Leitsatz:** 1. Für die Nachprüfung von Ausschreibungen gem. § 127 Abs. 1 SGB V ist das Vergaberecht nach dem GWB nicht anwendbar. Eine Zuständigkeit der Vergabekammern besteht nicht, es ist allein der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet.

2. Hat die Vergabekammer in Vergabeverfahren nach § 127 Abs. 1 SGB V zur Sache entschieden, begründet dies gem. § 116 GWB die alleinige Zuständigkeit des Vergabesenats bei dem Oberlandesgericht. Dieser hat auszusprechen, dass die Vergabekammer für die Entscheidung nicht zuständig war.

3. Wegen Divergenz zu dem Beschluss des Bundessozialgerichts vom 22. April 2008, B 1 SF 1/08 R, wird das Verfahren in analoger Anwendung von § 124 GWB dem Bundesgerichtshof zur Entscheidung vorgelegt.

## 3. VERGABERECHTSFEHLER BEI AUSSCHREIBUNG EINES FARBDOPPLER-ULTRASCHALLSYSTEMS FÜR KLINIK

*OLG Celle, Beschl. v. 22.05.2008 – 13 Verg 1/08 –*

RID 08-03-252

juris

GWB §§ 97 II 2, 107 II 2; VOL A § 8 Nr 3 IV

**Leitsatz:** 1. Ein (drohender) Schadenseintritt im Sinn des § 97 Abs. 2 Satz 2 GWB ist dargelegt, wenn ein Bieter, dessen Angebot wegen Änderungen an den Verdingungsunterlagen auszuschließen ist, in zulässiger Weise rügt, dass die Vergabestelle die wegen eines schweren Vergaberechtsfehlers zwingend gebotene Aufhebung der Ausschreibung unterlassen hat, sofern die Möglichkeit besteht, dass der Bieter bei einer Wiederholung des Vergabeverfahrens ein ausschreibungskonformes Angebot einreichen wird.

2. Zur Zulässigkeit einer Leistungsbeschreibung, die ein technisches Merkmal enthält, welches die Produkte bestimmter Hersteller bevorzugt.

## VI. Verschiedenes

### 1. EUGH

#### A) WERBUNG FÜR MEDIZINISCH-CHIRURGISCHE BEHANDLUNGEN IM FERNSEHEN

*EuGH, Urt. v. 17.07.2008 – C-500/06 -*

RID 08-03-253

Corporación Dermoestética SA / To Me Group Advertising Media

curia.europa.eu

Die Art. 43 EG und 49 EG in Verbindung mit den Art. 48 EG und 55 EG sind dahin auszulegen, dass sie Rechtsvorschriften wie den im Ausgangsverfahren streitigen entgegenstehen, soweit sie die Werbung für von privaten Gesundheitseinrichtungen vorgenommene medizinisch-chirurgische Behandlungen über landesweite Fernsender verbieten, während sie eine solche Werbung unter bestimmten Bedingungen über lokale Fernsender erlauben.

#### B) NATIONALES WERBEVERBOT FÜR LEISTUNGEN DER ZAHNBEHANDLUNG

*EuGH, Urt. v. 13.03.2008 - C-446/05 -*

RID 08-03-254

Doulamis curia.europa.eu

Art. 81 EG in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 Buchst. g EG und Art. 10 Abs. 2 EG steht einer nationalen Regelung wie dem Gesetz vom 15. April 1958 über Werbung im Bereich der Zahnbehandlung nicht entgegen, das jedermann und demjenigen, der im Rahmen eines freien Berufs oder einer Zahnarztpraxis Dienstleistungen der Zahnbehandlung erbringt, jede Werbung im Bereich der Zahnbehandlung, ob mittelbar oder unmittelbar, verbietet.

## C) WERBUNG AUF DEM GEBIETE DES HEILWESENS

*EuGH, Urt. v. 18. 11.2007 - C-143/06 -*

RID 08-03-255

curia.europa.eu = NZS 2008, 365

EG Art. 28, 30; AMG § 73 III; HWG § 8

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 06.11.2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel in der zuletzt durch die Richtlinie 2004/27/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31.03.2004 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 02.05.1992 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

## D) AUFNAHME VON ARZNEIMITTELN IN ERSTATTUNGSKODEX FÜR ARZNEIMITTEL

*EuGH, Urt. v. 17.07.2008 – C-311/07-*

RID 08-03-256

curia.europa.eu

Die Republik Österreich hat dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus Art. 6 Nr. 1 der Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme verstoßen, dass sie keine dieser Vorschrift entsprechende Frist für den Erlass von Entscheidungen über Anträge auf Aufnahme von Arzneimitteln in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex für Arzneimittel vorgesehen hat, der im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in der durch das Sozialversicherungs-Änderungsgesetz von 2003 geänderten Fassung vorgesehen ist.

## 2. BVERFG

### A) VERFASSUNGSBESCHWERDE GEGEN § 116B ABS. 2 BIS 5 SGB V

*BVerfG, 1. Sen. 2. KA., Beschl. v. 31.07.2008 – 1 BvR 840/08–*

RID 08-03-256a

SGB V § 116 SGB V

Die Verfassungsbeschwerde gegen § 116b Abs. 2 bis 5 SGB V i.d.F.d. GKV-WSG wird nicht zur Entscheidung angenommen.

#### Aus den Gründen:

„(...) Die Beschwerdeführer sind von der angegriffenen Norm nicht unmittelbar betroffen. § 116b Abs. 2 bis 5 SGB V kann nur dann Auswirkungen auf die Position der Beschwerdeführer entfalten, wenn die Norm durch eine stattgebende Entscheidung über einen Antrag eines Krankenhauses im Planungs- oder zumindest im Einzugsbereich der Praxis eines Beschwerdeführers vollzogen wird. Erst hierdurch entsteht dem einzelnen niedergelassenen spezialisierten Vertragsarzt durch die begünstigten Krankenhäuser Konkurrenz; ohne den Vollzugsakt ändert sich für den Vertragsarzt an den Rahmenbedingungen seiner Tätigkeit hingegen nichts.

Es liegt keine Fallkonstellation vor, in der trotz eines noch erforderlichen Vollzugsaktes eine unmittelbare Betroffenheit durch die gesetzliche Regelung zu bejahen ist. Das Vorbringen der Beschwerdeführer, sie müssten schon jetzt Dispositionen treffen, die nach Aufgabe ihrer spezialisierten Tätigkeiten nicht mehr rückgängig gemacht werden könnten, reicht für die Annahme einer unmittelbaren Betroffenheit nicht aus. Das Vorbringen ist jedenfalls nicht hinreichend substantiiert. Die Beschwerdeführer legen weder dar, welche konkreten Dispositionen sie vorzunehmen haben, noch erschließt sich, inwiefern die Dispositionen bereits vor den noch ausstehenden Entscheidungen über die Anträge der Krankenhäuser getroffen werden müssen (vgl. BVerfGE 97, 157 <164>; m.w.N.).

Ferner liegt nicht der Fall vor, dass ein Rechtsweg nicht besteht (vgl. BVerfGE 67, 157 <170>) oder mangels Kenntnis des Vollzugsaktes nicht beschritten werden kann (vgl. BVerfGE 100, 313 <354>). Zunächst handelt es sich bei Bestimmung eines Krankenhauses zur ambulanten Behandlung nach § 116b Abs. 2 SGB V um einen Vollzugsakt, von dem die Beschwerdeführer Kenntnis erlangen können. Tatsächlich haben die Beschwerdeführer vorliegend sogar von der Antragstellung der Krankenhäuser erfahren. Des Weiteren ist gegen eine Entscheidung nach § 116b Abs. 2 SGB V der Rechtsweg eröffnet. Rechtsweg im Sinne des § 90 Abs. 2 Satz 1 BVerfGG ist jede gesetzlich normierte Möglichkeit der Anrufung eines Gerichts (vgl. BVerfGE 67, 157 <170>). Nach § 51 Abs. 1 Nr. 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ist gegen Entscheidungen nach § 116b Abs. 2 SGB V der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet (vgl. auch LSG Hamburg, Beschluss vom 11. Februar 2008 – L 2 B 485/07 ER KA –, JURIS ). Das wird in der von den Beschwerdeführern

angesprochenen einschlägigen Literatur auch nicht bezweifelt. Soweit dort die Auffassung vertreten wird, Vertragsärzte könnten eine solche Entscheidung nicht mit Erfolg anfechten, weil ihnen kein Schutz gegen gleichrangige Konkurrenz zukomme (vgl. etwa Wagener/ Weddehage, MedR 2007, S. 643 <648>; Wenner, GesR 2007, S. 337 <343>; anders Steinhilper, MedR 2007, S. 469 <472>; offen gelassen von LSG Hamburg, a.a.O.), betrifft das die Frage der Klagebefugnis beziehungsweise die der Begründetheit einer Klage, nicht jedoch die der Rechtswegeröffnung.

Ohne Erfolg berufen sich die Beschwerdeführer schließlich darauf, die Beschreitung des Rechtswegs sei ihnen nicht zumutbar und jedenfalls gemäß § 90 Abs. 2 Satz 2 BVerfGG wegen allgemeiner Bedeutung der Sache entbehrlich. Selbst wenn die Sache in diesem Sinne allgemeine Bedeutung haben sollte oder die Beschreitung des Rechtswegs unzumutbar wäre (vgl. hierzu BVerfGE 70, 180 <186>), würde das Erfordernis einer unmittelbaren Betroffenheit des Beschwerdeführers nicht entfallen; entbehrlich wäre allenfalls die durch § 90 Abs. 2 Satz 1 BVerfGG geforderte Beschreitung des Rechtswegs gegen einen unmittelbar beeinträchtigenden Hoheitsakt. Im Übrigen kann eine Unzumutbarkeit der Beschreitung des Rechtswegs wegen von vornherein fehlender Erfolgsaussichten nur angenommen werden, wenn es bereits eine entgegenstehende gefestigte fachgerichtliche Rechtsprechung gibt (vgl. BVerfGE 70, 180 <186>). Das ist hier nicht der Fall. Den Fachgerichten obliegt indes vorrangig die Klärung, ob und in welchem Ausmaß ein Beschwerdeführer durch eine beanstandete Regelung oder Maßnahme in seinen Rechten betroffen ist und ob die Regelung mit der Verfassung vereinbar ist (vgl. BVerfGE 74, 69 <74>).

Diese Entscheidung ist unanfechtbar.“

## B) VERFASSUNGSMÄßIGE GWERBESTEUFREIHEIT DER FREIEN BERUFE

**BVerfG, Beschl. v. 15.01.2008 – 1 BvL 2/04 –**

RID 08-03-257

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 3 I, 28 II 3 HS 2, 106 VI 1 u. 4; EstG 1987 §§ 13, 15 II, III Nr. 1, 18 I Nr. 1 S. 2; GewStG § 2

**Leitsatz:** 1. Es ist mit dem Gleichheitssatz vereinbar, dass die Einkünfte der freien Berufe, anderen Selbständigen und der Land- und Forstwirte nicht der Gewerbesteuer unterliegen.

2. Es verstößt nicht gegen den Gleichheitssatz, dass nach § 15 Abs. 3 Nr. 1 EStG (sog. Abfärberegelung) die gesamten Einkünfte einer Personengesellschaft als Einkünfte aus Gewerbebetrieb gelten und damit der Gewerbesteuer unterliegen, wenn die Gesellschaft auch nur teilweise eine gewerbliche Tätigkeit ausübt.

## C) KRANKENVERSICHERUNGSBEITRAG ALS SONDERAUSGABE

**BVerfG, Beschl. v. 13.02.2008 – 2 BvL 1/06 –**

RID 08-03-258

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

EStG § 10 I Nr. 2, III, 22 Nr. 1 S. 3; Alterseinkünftegesetz

**Leitsatz:** Das Prinzip der Steuerfreiheit des Existenzminimums schützt nicht nur das sog. sächliche Existenzminimum. Auch Beiträge zu privaten Versicherungen für den Krankheits- und Pflegefall können Teil des einkommensteuerrechtlich zu verschonenden Existenzminimums sein. Für die Bemessung des existenznotwendigen Aufwands ist auf das sozialhilferechtlich gewährleistete Leistungsniveau als eine das Existenzminimum quantifizierende Vergleichsebene abzustellen.

## D) SONDERAUSGABENABZUG VON BEITRÄGEN ZU BERUFSSTÄNDISCHEN VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN (VOR 2005)

**BVerfG, Beschl. v. 13.02.2008 – 2 BvR 1220/04, 2 BvR 410/05 –**

RID 08-03-259

www.bundesverfassungsgericht.de = juris = NVwZ-RR 2008, 361

EStG § 10 I Nr. 2, III, 22 Nr. 1 S. 3; Alterseinkünftegesetz

Die Verfassungsbeschwerden gegen **BFH**, Beschl. v. 17.03.2004 - IV B 185/02 – und **BFH**, Beschl. v. 10.11.2004 – XI R 37/02 - werden nicht zur Entscheidung angenommen.

Eine verfassungsgerichtliche Überprüfung der **Abzugsfähigkeit von Beiträgen zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen für die Veranlagungszeiträume vor 2005** kommt nach **BVerfG**, Urt. v. 06.03.2002 - 2 BvL 17/99 - BVerfGE 105, 73 = SozR 3-1100 Art. 3 Nr. 176 = NJW 2002, 1103 = NZS 2002, 252 nicht mehr in Betracht. Das BVerfG hatte darin darauf verzichtet, den Gesetzgeber zu einer rückwirkenden Änderung der verschiedenen Vorschriften über die steuerliche Behandlung von Vorsorgeaufwendungen und Rentenzahlungen zu verpflichten. Obwohl die Beiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen nicht Gegenstand des Urteils waren, können die Rügen der Beschwerdeführer schon aus gleichheitsrechtlichen Gründen mit Wirkung für die Veranlagung für Zeiträume vor 2005 keinen Erfolg haben; denn jedenfalls im selben Umfang, wie dies den Beamtenpensionären bis zum 31.12.2004 abverlangt wurde, hätten auch die Beschwerdeführer als selbständig tätige Mitglieder von berufsständischen Versorgungseinrichtungen die ungleiche

Besteuerung ihrer Altersvorsorge im Verhältnis zu nichtselbständig tätigen Mitgliedern der gesetzlichen Rentenversicherung hinzunehmen.

Eine verfassungsgerichtliche Überprüfung der Abzugsfähigkeit von Altersvorsorgeaufwendungen für Veranlagungszeiträume vor 2005 kommt auch im Hinblick auf das **Verbot doppelter Besteuerung** nicht in Frage.

### **E) BEITRAGSPFLICHT ZUR GKV AUS KAPITALZAHLUNGEN VON DIREKTLEBENSVERSICHERUNGEN**

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 07.04.2008 – 1 BvR 1924/07 –*

RID 08-03-260

juris = [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de)

GG Art 3 I, 20 III, 74 I Nr. 12; GMG Art. 1 Nr. 143; SGB V § 229 I 1 u. 3

Die Verfassungsbeschwerden gegen **BSG**, Urt. v. 25.04.2007 - B 12 KR 25 u. 26/05 R – werden nicht zur Entscheidung angenommen.

Die seit 01.01.2004 geltende Beitragspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung aus Kapitalzahlungen von Direktlebensversicherungen ist mit Art 3 I GG vereinbar. Die Einbeziehung der nicht wiederkehrenden Versorgungsleistungen in die Beitragspflicht ist verhältnismäßig und mit dem rechtsstaatlichen Grundsatz des Vertrauensschutzes vereinbar.

## **3. BGH**

### **A) ZUGEWINNAUSGLEICH: BERÜCKSICHTIGUNG EINER FREIBERUFLICHEN PRAXIS**

*BGH, Urt. v. 06.02.2008 – XII ZR 45/06 –*

RID 08-03-261

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris = NJW 2008, 1221 = FamRZ 2008, 761

BGB 1375, 1378 I

**Leitsatz:** Im Rahmen des Zugewinnausgleichs ist grundsätzlich auch der Vermögenswert einer freiberuflichen Praxis zu berücksichtigen. Zur Vermeidung einer zweifachen Teilhabe hieran - zum einen durch den Zugewinnausgleich und zum anderen über den Ehegattenunterhalt - ist (neben dem Substanzwert) der good will dadurch zu ermitteln, dass von dem Ausgangswert nicht ein pauschal angesetzter kalkulatorischer Unternehmerlohn, sondern der nach den individuellen Verhältnissen konkret gerechtfertigte Unternehmerlohn in Abzug gebracht wird.

### **B) ÄNDERUNG DER KRANKENVERSICHERUNGSBEDINGUNGEN: ÜBERPRÜFUNG FÜR ALTVERTRÄGE**

*BGH, Urt. v. 12.12.2007 – IV ZR 130/06 –*

RID 08-03-262

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris = NJW 2008, 1160

UKlaG § 1; VVG § 178g III

**Leitsatz:** 1. Die Frage, ob der Versicherer Änderungen seiner Krankenversicherungsbedingungen auf dem Weg des § 178g Abs. 3 VVG wirksam in die bestehenden Verträge einbezogen hat, kann in analoger Anwendung von § 1 UKlaG im Verbandsklageverfahren überprüft werden (Aufgabe BGH, 16. Oktober 2002, IV ZR 307/01, VersR 2002, 1498 unter 1 b).

2. Wenn eine Klausel in Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankenversicherung von der Rechtsprechung in einer dem Verwender ungünstigen Weise ausgelegt wird, liegt allein deshalb keine Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 178g Abs. 3 VVG vor.

### **C) BERUFUNGSBEGRÜNDUNG PER E-MAIL**

*BGH, Beschl. v. 15.07.2008 – X ZB 8/08 –*

RID 08-03-262a

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris

ZPO §§ 130 Nr. 6, 130a

**Leitsatz:** Eine Berufungsbegründung ist in schriftlicher Form eingereicht, sobald dem Berufungsgericht ein Ausdruck der als Anhang einer elektronischen Nachricht übermittelten, die vollständige Berufungsbegründung enthaltenden Bilddatei (hier: PDF-Datei) vorliegt. Ist die Datei durch Einscannen eines vom Prozessbevollmächtigten unterzeichneten Schriftsatzes hergestellt, ist auch dem Unterschriftserfordernis des § 130 Nr. 6 ZPO genügt.

#### 4. HEILPRAKTIKERERLAUBNIS FÜR PHYSIOTHERAPEUTEN

*VG Stuttgart, Urt. v. 10.04.2008 – 4 K 5891/07 –*

RID 08-03-263

juris

HeilprG § 1; HeilprGDV § 2 I Buchst. i; GG Art. 12 I

**Leitsatz:** Für eine selbstständige, eigenverantwortliche Behandlung des Physiotherapeuten auf dem von ihm erlernten Gebiet ist keine Kenntnisüberprüfung nach dem Heilpraktikergesetz erforderlich; der Nachweis der abgeschlossenen Ausbildung reicht für die Erteilung der Heilpraktikererlaubnis aus. Diese kann und muss entsprechend beschränkt werden.

*VG Oldenburg, Urt. v. 04.07.2008 – 7 A 3665/07 –*

RID 08-03-264

www.dbovg.niedersachsen.de

MPhG § 1 I Nr. 2; HPG § 1 III 2

**Leitsatz:** 1. Die Erlaubnis zur selbständigen Ausübung zur Heilkunde darf auch gegenständlich beschränkt für bestimmte Fachgebiete erteilt werden (hier: Beschränkung auf Physiotherapie unter Ausschluss bestimmter Behandlungen).

2. Für die Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktiker) beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie sind die Kenntnisse und Fähigkeiten eines Inhabers einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 MPhG nicht gemäß § 2 Abs. 1 lit. i. HeilprDV (schriftlich und mündlich) zu überprüfen.

3. Der Inhaber einer Erlaubnis gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 MPhG, der beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie die Heilkunde ausübt, ist nicht gemäß § 1 Abs. 3 Halbsatz 2 HPG verpflichtet, die Berufsbezeichnung Heilpraktiker zu führen.

#### 5. KRANKENHÄUSER

##### A) RECHTSWEG ZU SG WEGEN KRANKENHAUSSCHLIEßUNG EINES KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUSES

*VG Gelsenkirchen, Beschl. v. 03.07.2008 – 7 L 764/08 –*

RID 08-03-265

juris

VwGO § 40 I 1; SGG § 51 I Nr. 2; SGB V § 140 I

Rechtsschutz gegen den Beschluss der Schließung eines als Eigenbetrieb geführten Knappschaftskrankenhauses kann nur vor den Sozialgerichten erreicht werden.

##### B) PFLEGESATZFÄHIGKEIT VON PACHTKOSTEN

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 08.07.2008 – 13 LA 4/08 –*

RID 08-03-266

www.dbovg.niedersachsen.de

KHG §§ 2, 4, 8, 17, 19; Nieders. KHG § 5 III

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen VG Hannover, Urt. v. 24.08.2006 - 5 A 1559/04 – wird abgewiesen.

**Leitsatz:** Die Refinanzierung von Kosten des Erwerbs eines bereits betriebenen und im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses kommt weder über die öffentliche Förderung noch über Pflegesätze in Betracht, wenn diese Kosten nicht mit einer "Vermehrung von Krankenhaussubstanz" im Zusammenhang stehen. Gleiches gilt für Kosten der Anmietung oder Pacht, wenn diese an die Stelle solcher Erwerbskosten treten. Zweck der Kostenübernahme im Rahmen der Krankenhausfinanzierung ist nämlich die Refinanzierung von Investitionen, nicht von bloßen Transaktionen.

##### C) KEINE GEBÜHRENBEFREIUNG FÜR KLINIKUM GMBH

*OLG Celle, Beschl. v. 05.06.2008 – 2 W 120/08 –*

RID 08-03-267

http://app.olg-ol.niedersachsen.de

GKG § 2; Nds GGebBefrG § 1 I Nr. 2

**Leitsatz:** Die Klinikum Region Hannover GmbH genießt bereits deshalb Gebührenbefreiung weder nach § 2 GKG, noch nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 GGebBefrG, weil sie eine privatrechtliche Kapitalgesellschaft ist.

## 6. BEITRÄGE ZUR RECHTSANWALTSVERSORGUNG AUS ZWEI EINKOMMENSQUELLEN

*VG Göttingen, Urt. v. 02.07.2008 – 1 A 203/06 –*

RID 08-03-268

[www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)

G. über das Nds. Versorgungswerk der Rechtsanwälte § 1 II; Satzung des Nds. Versorgungswerks der Rechtsanwälte § 24

**Leitsatz:** § 24 der Satzung des Niedersächsischen Versorgungswerks der Rechtsanwälte bietet eine Rechtsgrundlage dafür, Rechtsanwälte, die zugleich selbständig und als Angestellte tätig sind, mit ihren Einkünften aus beiden Tätigkeitsbereichen zu Beiträgen zum Versorgungswerk heranzuziehen.

## 7. PHYSIOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN GEGEN GUTSCHEIN

*OLG Celle, Urt. v. 24.07.2008 – 13 U 14/08 –*

RID 08-03-269

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de>

UWG § 4 Nr. 11; HeilprG § 1 I

**Leitsatz:** Ein Verbot, physiotherapeutische Leistungen gegen Gutscheine anzubieten, ohne darauf hinzuweisen, dass für die Abgabe eine ärztliche Verordnung erforderlich ist, lässt sich nicht mit der Begründung erreichen, die Durchführung der Leistungen ohne ärztliche Verordnung führe zu einer mittelbaren Gesundheitsgefahr, weil ohne Einschaltung eines Arztes keine hinreichenden Diagnosen gestellt würden.

## 8. LEISTUNGEN FÜR SELBSTÄNDIGEN ARZT NACH DEM UNTERHALTSSICHERUNGSGESETZ

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 27.06.2008 – 5 LA 266/07 –*

RID 08-03-270

[www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)

USG § 13a I u. III

Die Berufung gegen *VG Oldenburg*, Urt. v. 21.05.2007 - 7 A 1371/05 – wird zugelassen.

**Leitsatz:** Zur Frage, ob die Praxis eines selbständigen Arztes während einer von ihm absolvierten Wehrübung im Sinne des § 13 Abs. 3 USG fortgeführt worden ist oder die selbständige Tätigkeit geruht hat.

## 9. ERSTATTUNGSFÄHIGKEIT VON RECHTSANWALTSKOSTEN FÜR BEHÖRDENVERTRETUNG

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 25.07.2008 – 10 OA 165/08 –*

RID 08-03-271

[www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)

BGB § 242; VwGO § 162

**Leitsatz:** Kosten eines Rechtsanwaltes, der die Landwirtschaftskammer vertreten hat, sind nur dann ausnahmsweise nicht erstattungsfähig, wenn seine Beauftragung offensichtlich nutzlos und bei objektiver Betrachtung allein dazu angetan gewesen ist, dem Kläger Kosten zu verursachen.

Maßgeblich für die Beurteilung der Rechtsmissbräuchlichkeit ist dabei nicht, ob der Prozessgegner oder das Gericht die Tätigkeit des bevollmächtigten Rechtsanwalts für nutzlos halten, sondern, ob sie für die von ihm vertretene Partei von Nutzen ist. Es liegt deshalb im eigenen Ermessen der Behörde, ob sie sich im gerichtlichen Verfahren durch einen Rechtsanwalt vertreten lässt oder ob sie sich für die Prozessführung eines entsprechend qualifizierten Beamten oder Angestellten bedient.

Diese Grundsätze gelten auch dann, wenn die Behörde in einer Vielzahl von Verfahren, die in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht im Wesentlichen gleich zu beurteilen sind, beteiligt gewesen ist.

## 10. STEUERRECHT

### A) BFH: UMSATZSTEUERPFLICHT/DURCHFÜHRUNG VON EINTÄGIGEN FORTBILDUNGSSEMINAREN

*BFH, Urt. v. 17.04.2008 – V R 58/05 –*

RID 08-03-272

[www.bundesfinanzhof.de](http://www.bundesfinanzhof.de)

UStG 1993 § 4 Nr. 21 Buchst. b; Richtlinie 77/388/EWG Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. i und j

**Leitsatz:** 1. Die Durchführung von eintägigen Fortbildungsseminaren der Bundessteuerberaterkammer für Steuerberater durch einen selbständigen Referenten gegen Entgelt ist umsatzsteuerpflichtig.

2. § 4 Nr. 21 Buchst. b UStG 1993 begünstigt nur die Träger privater Schulen und anderer allgemeinbildender oder berufsbildender Einrichtungen, nicht aber selbständige Referenten, die an diesen Schulen oder ähnlichen Bildungseinrichtungen Unterricht erteilen (Anschluss an BFH-Urteil vom 27. August 1998 V R 73/97, BFHE 187, 60, BStBl II 1999, 376).

3. Die Bescheinigung der zuständigen Landesbehörde nach § 4 Nr. 21 Buchst. b UStG 1993 ist materiell-rechtliche Voraussetzung für die Steuerbefreiung der in dieser Vorschrift bezeichneten Umsätze. Sie ist für denjenigen beizubringen, der sich auf die Steuerbefreiung beruft.

4. Ein Steuerpflichtiger kann sich nicht auf Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. i der Richtlinie 77/388/EWG berufen, wenn er nicht als "andere Einrichtung mit von dem betreffenden Mitgliedstaat anerkannter vergleichbarer Zielsetzung" anerkannt ist.

## B) WIRTSCHAFTLICHER VORTEIL EINER VERTRAGSARZTZULASSUNG

*FG Neustadt, Urt. v. 09.04.2008 – 2 K 2649/07–*

RID 08-03-273

*Revision eingelegt: BFH - VIII R 13/08 -*

juris = ZMGR 2008, 216

SGB V § 103 IV; EStG §§ 4 III, 7 I, 18 I Nr. 1

Auch wenn es dem Praxisveräußerer in aller Regel möglich sein wird, den Erwerber – soweit fachlich kompetent – „durchzudrücken“, bezweckt § 103 IV SGB V nicht, dass Zulassungen zu einem „Handelsgut“ verkommen, sondern ausschließlich die Fortführung der Praxis. Steht daher für den Erwerber die Praxis bzw. deren Fortführung klar im Vordergrund und orientiert sich der zu zahlende Kaufpreis ausschließlich an der Ertragskraft dieser Praxis auf Grund deren Patientenstruktur, so stellt die (fortgeführte) Praxis zusammen mit dem bisherigen Patientenstamm eine – auch steuerlich – untrennbare Einheit mit der Kassenzulassung dar; letztere bildet den Praxiswert. Dieser ist in besonderem Maße gekennzeichnet durch das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient; der Übernehmer muss sich in dieses einfinden.

## Verzeichnis der Entscheidungen

BFH, Urt. v. 17.04.2008 – V R 58/05 –	RID 08-03-272
BGH, Urt. v. 12.12.2007 – IV ZR 130/06 –	RID 08-03-262
BGH, Urt. v. 13.12.2007 – I ZR 89/05 –	RID 08-03-237
BGH, Urt. v. 20.12.2007 – I ZR 205/04 –	RID 08-03-238
BGH, Urt. v. 08.01.2008 – VI ZR 118/06 –	RID 08-03-209
BGH, Urt. v. 06.02.2008 – XII ZR 45/06 –	RID 08-03-261
BGH, Urt. v. 12.02.2008 – VI ZR 221/06 –	RID 08-03-210
BGH, Beschl. v. 28.03.2008 – VI ZR 57/07 –	RID 08-03-208
BGH, Urt. v. 27.05.2008 – VI ZR 69/07 –	RID 08-03-213
BGH, Beschl. v. 06.05.2008 – VI ZR 250/07 –	RID 08-03-211
BGH, Urt. v. 29.05.2008 – I ZR 75/05 –	RID 08-03-193
BGH, Urt. v. 04.06.2008 – 2 StR 577/07 –	RID 08-03-202
BGH, Urt. v. 26.06.2008 – I ZR 61/05 –	RID 08-03-241
BGH, Urt. v. 26.06.2008 – I ZR 112/05 –	RID 08-03-240
BGH, Beschl. v. 01.07.2008 – VI ZR 287/07 –	RID 08-03-239
BGH, Urt. v. 08.07.2008 – VI ZR 259/06 –	RID 08-03-212
BGH, Beschl. v. 15.07.2008 – X ZB 8/08 –	RID 08-03-262a
BGH, Beschl. v. 15.07.2008 – X ZB 17/08 –	RID 08-03-249
BSG, Beschl. v. 08.05.2007 – B 1 KR 160/06 B –	RID 08-03-189
BSG, Urt. v. 17.10.2007 – B 6 KA 34/06 R –	RID 08-03-106
BSG, Urt. v. 17.10.2007 – B 6 KA 42/06 R –	RID 08-03-104
BSG, Urt. v. 17.10.2007 – B 6 KA 45/06 R –	RID 08-03-103
BSG, Urt. v. 15.11.2007 – B 3 A 1/07 R –	RID 08-03-186
BSG, Urt. v. 15.11.2007 – B 3 KR 1/07 R –	RID 08-03-183
BSG, Urt. v. 15.11.2007 – B 3 KR 4/07 R –	RID 08-03-184
BSG, Urt. v. 28.11.2007 – B 6 KA 1/07 R –	RID 08-03-100
BSG, Urt. v. 28.11.2007 – B 6 KA 20/07 R –	RID 08-03-99
BSG, Urt. v. 28.11.2007 – B 6 KA 23/07 R –	RID 08-03-98
BSG, Urt. v. 28.11.2007 – B 6 KA 26/07 R –	RID 08-03-102
BSG, Urt. v. 24.01.2008 – B 3 KR 2/07 R –	RID 08-03-185
BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 27/07 R –	RID 08-03-107
BSG, Urt. v. 28.02.2008 – B 1 KR 13/07 R –	RID 08-03-187
BSG, Beschl. v. 09.04.2008 – B 6 KA 3/07 B –	RID 08-03-108
BSG, Beschl. v. 09.04.2008 – B 6 KA 6/08 B –	RID 08-03-101
BSG, Beschl. v. 09.04.2008 – B 6 KA 18/07 B –	RID 08-03-105
BSG, Urt. v. 22.04.2008 – B 1 KR 5/07 R –	RID 08-03-181
BSG, Urt. v. 22.04.2008 – B 1 KR 18/07 R –	RID 08-03-182
BSG, Urt. v. 22.04.2008 – B 1 KR 20/07 R –	RID 08-03-180
BSG, Beschl. v. 22.04.2008 – B 1 SF 1/08 R –	RID 08-03-188
BVerfG, I. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 19.12.2007 – 1 BvR 2157/07 –	RID 08-03-190
BVerfG, Beschl. v. 15.01.2008 – 1 BvL 2/04 –	RID 08-03-257
BVerfG, Beschl. v. 13.02.2008 – 2 BvL 1/06 –	RID 08-03-258
BVerfG, Beschl. v. 13.02.2008 – 2 BvR 1220/04, 2 BvR 410/05 –	RID 08-03-259
BVerfG, I. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 07.04.2008 – 1 BvR 1924/07 –	RID 08-03-260
BVerfG, I. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.05.2008 – 1 BvR 807/08 –	RID 08-03-82

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.05.2008 – 1 BvR 808/08 –	RID 08-03-83
BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 15.05.2007 – 1 BvR 866/07 –	RID 08-03-164
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 31.07.2008 – 1 BvR 840/08–	RID 08-03-256a
<b>EuGH</b> , Urt. v. 18.11.2007 – C-143/06 –	RID 08-03-255
EuGH, Urt. v. 13.03.2008 – C-446/05 –	RID 08-03-254
EuGH, Urt. v. 17.07.2008 – C-311/07–	RID 08-03-256
EuGH, Urt. v. 17.07.2008 – C-500/06 –	RID 08-03-253
<b>FG Neustadt</b> , Urt. v. 09.04.2008 – 2 K 2649/07–	RID 08-03-273
<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Beschl. v. 17.01.2006 – L 5 KA 5149/05 ER-B –	RID 08-03-77
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 21.08.2006 – L 5 KA 2720/05 –	RID 08-03-51
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.05.2008 – L 5 KR 6125/06 –	RID 08-03-165
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 03.06.2008 – L 11 KR 5802/07 –	RID 08-03-142
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 11.06.2008 – L 11 KR 2438/08 ER-B –	RID 08-03-166
<b>LSG Bayern</b> , Beschl. v. 13.09.2007 – L 12 B 494/07 KA ER –	RID 08-03-63
LSG Bayern, Urt. v. 14.11.2007 – L 12 KA 16/06 –	RID 08-03-33
LSG Bayern, Urt. v. 14.11.2007 – L 12 KA 275/05 –	RID 08-03-07
LSG Bayern, Urt. v. 07.12.2005 – L 4 KR 16/06 –	RID 08-03-122
LSG Bayern, Urt. v. 13.12.2007 – L 4 KR 126/06 –	RID 08-03-117
LSG Bayern, Urt. v. 15.01.2008 – L 5 KR 83/07 –	RID 08-03-151
LSG Bayern, Urt. v. 17.01.2008 – L 4 KR 80/06 –	RID 08-03-147
LSG Bayern, Beschl. v. 24.01.2008 – L 5 B 1074/07 KR ER –	RID 08-03-114
LSG Bayern, Urt. v. 30.01.2008 – L 12 KA 228/05 –	RID 08-03-20
LSG Bayern, Urt. v. 30.01.2008 – L 12 KA 274/05 –	RID 08-03-28
LSG Bayern, Urt. v. 07.02.2008 – L 4 KR 45/05 –	RID 08-03-143
LSG Bayern, Urt. v. 21.02.2008 – L 4 KR 329/05 –	RID 08-03-118
LSG Bayern, Urt. v. 21.02.2008 – L 4 KR 389/06 –	RID 08-03-171
LSG Bayern, Urt. v. 26.02.2008 – L 12 KA 673/04 –	RID 08-03-50
LSG Bayern, Urt. v. 27.02.2008 – L 12 KA 184/05 –	RID 08-03-71
LSG Bayern, Urt. v. 04.03.2008 – L 5 KR 153/07 –	RID 08-03-146
LSG Bayern, Urt. v. 04.03.2008 – L 5 KR 284/06 –	RID 08-03-150
LSG Bayern, Urt. v. 05.03.2008 – L 12 KA 5008/06 –	RID 08-03-34
LSG Bayern, Beschl. v. 11.07.2008 – L 12 B 1113/07 KA ER –	RID 08-03-69
<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Beschl. v. 06.02.2008 – L 7 B 46/07 KA ER –	RID 08-03-04
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 06.02.2008 – L 7 B 168/07 KA ER –	RID 08-03-49
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.02.2008 – L 7 B 112/07 KA ER –	RID 08-03-79
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.03.2008 – L 7 KA 23/07 –	RID 08-03-59
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.03.2008 – L 7 KA 24/07 –	RID 08-03-57
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.03.2008 – L 7 KA 25/07 –	RID 08-03-55
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.03.2008 – L 7 KA 26/07 –	RID 08-03-56
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.03.2008 – L 7 KA 27/07 –	RID 08-03-58
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 03.04.2008 – L 7 B 18/08 KA –	RID 08-03-93
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 16.04.2008 – L 9 B 109/08 KR ER –	RID 08-03-179
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.04.2008 – L 9 KR 251/04 –	RID 08-03-162
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.04.2008 – L 9 KR 1021/05 –	RID 08-03-116
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 23.04.2008 – L 7 KA 2/07 –	RID 08-03-97
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 30.05.2008 – L 7 B 22/08 KA –	RID 08-03-89
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 05.06.2008 – L 7 B 20/08 KA –	RID 08-03-94
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.06.2008 – L 9 KR 62/06 –	RID 08-03-123
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.06.2008 – L 9 KR 589/07 –	RID 08-03-124
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.07.2008 – L 9 KR 1211/05 –	RID 08-03-121
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 04.07.2008 – L 24 B 273/08 KR ER –	RID 08-03-148
<b>LSG Hamburg</b> , Beschl. v. 11.02.2008 – L 2 B 485/07 ER KA –	RID 08-03-85
<b>LSG Hessen</b> , Urt. 13.09.2007 – L 8 KR 247/06 –	RID 08-03-134
LSG Hessen, Urt. v. 20.03.2008 – L 1 KR 267/07 –	RID 08-03-173
LSG Hessen, Beschl. v. 10.04.2008 – L 4 KA 63/07 ER -	RID 08-03-19
LSG Hessen, Beschl. v. 18.04.2008 – L 4 B 228/07 KA –	RID 08-03-95
LSG Hessen, Beschl. v. 18.04.2008 – L 4 B 232/07 KA –	RID 08-03-96
LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 – L 4 KA 26/07 –	RID 08-03-46
LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 – L 4 KA 31/04 –	RID 08-03-26
LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 – L 4 KA 60/06 –	RID 08-03-31
LSG Hessen, Urt. v. 24.04.2008 – L 8 KR 40/07 –	RID 08-03-133
LSG Hessen, Beschl. v. 24.04.2008 – L 4 KA 46/07 –	RID 08-03-17
LSG Hessen, Beschl. v. 05.05.2008 – L 4 KA 20 u. 21/08 B ER -	RID 08-03-72
LSG Hessen, Beschl. v. 06.05.2008 – L 4 KA 58/07 –	RID 08-03-48
LSG Hessen, Beschl. v. 16.06.2008 – L 4 KA 19/08 –	RID 08-03-38
LSG Hessen, Urt. v. 18.06.2008 – L 4 KA 1/07 –	RID 08-03-44
LSG Hessen, Urt. v. 19.06.2008 – L 8 KR 69/07 –	RID 08-03-136
LSG Hessen, Urt. v. 19.06.2008 – L 8 KR 171/07 –	RID 08-03-140
LSG Hessen, Beschl. v. 30.08.2008 – L 4 B 291/07 KA –	RID 08-03-92
<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 08.11.2007 – L 1 KR 39/06 –	RID 08-03-157
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 156/04 –	RID 08-03-24
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2008 – L 3 KA 8/07 –	RID 08-03-27
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2008 – L 3 KA 99/06 –	RID 08-03-54
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 31.05.2007 – L 4 B 14/07 KR –	RID 08-03-178
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.06.2008 – L 3 KA 158/06 –	RID 08-03-18
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 31.08.2007 – L 4 KR 171/05 –	RID 08-03-129
<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 06.03.2008 – L 16 KR 118/06 –	RID 08-03-120
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 (10) KA 34/06 –	RID 08-03-03
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 (10) KA 47/06 –	RID 08-03-37

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 KA 108/06 –	RID 08-03-05
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.05.2008 – L 11 B 6/08 KR ER –	RID 08-03-176
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.05.2008 – L 5 KR 41/06 –	RID 08-03-158
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.05.2008 – L 5 KR 84/07 –	RID 08-03-135
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 04.06.2008 – L 5 KR 9/08 –	RID 08-03-175
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.06.2008 – L 16 B 20/08 KR ER –	RID 08-03-144
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.06.2008 – L 16 KR 46/08 –	RID 08-03-119
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.06.2008 – L 5 KR 19/07 –	RID 08-03-152
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.06.2008 – L 5 KR 81/06 –	RID 08-03-174
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.06.2008 – L 5 KR 169/06 –	RID 08-03-170
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.07.2008 – L 16 B 32/08 KR ER –	RID 08-03-145
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.07.2008 – L 5 B 47/08 KR –	RID 08-03-132
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.07.2008 – L 16 B 10/08 KR ER –	RID 08-03-168
<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 17.01.2008 – L 5 KR 22/07 –	RID 08-03-149
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 17.04.2008 – L 5 KR 174/07 –	RID 08-03-127
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 04.06.2008 – L 5 ER 126/08 KA –	RID 08-03-78
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.06.2007 – L 5 KA 42/06 –	RID 08-03-88
<b>LSG Sachsen</b> , Urt. v. 02.04.2008 – L 1 KA 9/06 –	RID 08-03-06
LSG Sachsen, Urt. v. 16.04.2008 – L 1 KR 47/06 –	RID 08-03-172
LSG Sachsen, Beschl. v. 25.04.2008 – L 1 B 198/08 KR-ER –	RID 08-03-163
LSG Sachsen, Urt. v. 30.04.2008 – L 1 KR 103/07 –	RID 08-03-154
<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Beschl. v. 13.02.2008 – L 4 B 663/07 KA ER –	RID 08-03-41
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23.04.2008 – L 5 KR 2/07 –	RID 08-03-125
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 07.05.2008 – L 5 KR 36/07 –	RID 08-03-160
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 15.05.2008 – L 4 B 319/08 KA ER –	RID 08-03-75
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 15.05.2008 – L 4 B 369/08 KA ER –	RID 08-03-64
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.05.2008 – L 5 KR 81/06 –	RID 08-03-109
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 10.07.2008 – L 4 B 405/06 KA ER –	RID 08-03-74
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 16.07.2008 – L 5 KR 38/08 KL –	RID 08-03-177
<b>LSG Thüringen</b> , Urt. v. 05.12.2007 – L 4 KA 264/07 –	RID 08-03-16
LSG Thüringen, Beschl. v. 14.01.2008 – L 4 B 155/06 KA –	RID 08-03-90
LSG Thüringen, Urt. v. 29.01.2008 – L 4 KA 856/05 –	RID 08-03-86
<b>LG Dortmund</b> , Urt. v. 23.01.2008 – 4 O 77/05 –	RID 08-03-223
LG Dortmund, Urt. v. 08.05.2008 – 2 S 59/07 –	RID 08-03-233
<b>LG Duisburg</b> , Urt. v. 01.04.2008 – 4 O 300/07 –	RID 08-03-197
<b>LG Köln</b> , Urt. v. 13.04.2006 – 31 O 777/05 –	RID 08-03-244
LG Köln, Urt. v. 29.11.2007 – 31 O 556/07 –	RID 08-03-200
<b>OLG Brandenburg</b> , Urt. v. 29.05.2008 – 12 U 81/06 –	RID 08-03-226
OLG Brandenburg, Urt. v. 29.05.2008 – 12 U 241/07 –	RID 08-03-230
<b>OLG Braunschweig</b> , Urt. v. 26.06.2007 – 1 U 11/07 –	RID 08-03-221
OLG Braunschweig, Beschl. v. 11.02.2008 – 1 U 2/08 –	RID 08-03-224
<b>OLG Celle</b> , Beschl. v. 22.05.2008 – 13 Verg 1/08 –	RID 08-03-252
OLG Celle, Urt. v. 29.05.2008 – 13 U 202/07 –	RID 08-03-199
OLG Celle, Beschl. v. 05.06.2008 – 2 W 120/08 –	RID 08-03-267
OLG Celle, Urt. v. 24.07.2008 – 13 U 14/08 –	RID 08-03-269
<b>OLG Dresden</b> , Beschl. v. 21.01.2008 – 4 W 28/08 –	RID 08-03-231
<b>OLG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 29.11.2007 – 6 U 26/07 –	RID 08-03-246
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 27.03.2008 – 6 U 52/07 –	RID 08-03-248
<b>OLG Koblenz</b> , Urt. v. 21.02.2008 – 5 U 1309/07 –	RID 08-03-232
OLG Koblenz, Beschl. v. 03.03.2008 – 5 U 1343/07 –	RID 08-03-225
<b>OLG Köln</b> , Urt. v. 12.09.2007 – 5 U 16/05 –	RID 08-03-222
<b>OLG München</b> , Urt. v. 07.02.2008 – 1 U 4410/06 –	RID 08-03-219
OLG München, Urt. v. 13.03.2008 – 6 U 1623/07 –	RID 08-03-198
OLG München, Beschl. v. 07.05.2008 – 34 Sch 8/07 –	RID 08-03-203
<b>OLG Nürnberg</b> , Urt. v. 08.02.2008 – 5 U 1795/05 –	RID 08-03-216
<b>OLG Naumburg</b> , Urt. v. 29.04.2008 – 1 U 19/07 –	RID 08-03-220
<b>OLG Oldenburg</b> , Urt. v. 11.05.2005 – 5 U 163/04 –	RID 08-03-215
OLG Oldenburg, Urt. v. 04.07.2007 – 5 U 106/06 –	RID 08-03-214
OLG Oldenburg, Urt. v. 06.12.2007 – 14 U 91/07 –	RID 08-03-204
OLG Oldenburg, Urt. v. 27.02.2008 – 5 U 22/07 –	RID 08-03-229
<b>OLG Rostock</b> , Beschl. v. 02.07.2008 – 17 Verg 2/08 –	RID 08-03-250
OLG Rostock, Beschl. v. 02.07.2008 – 17 Verg 4/08 –	RID 08-03-251
<b>OLG Stuttgart</b> , Beschl. v. 19.12.2007 – 1 W 60/07 –	RID 08-03-227
<b>OLG Zweibrücken</b> , Urt. v. 24.04.2007 – 5 U 2/06 –	RID 08-03-217
OLG Zweibrücken, Urt. v. 20.11.2007 – 5 U 16/05 –	RID 08-03-218
OLG Zweibrücken, Urt. v. 22.04.2008 – 5 U 6/07 –	RID 08-03-228
<b>OVG Niedersachsen</b> , Urt. v. 20.06.2008 – 13 ME 61/08 –	RID 08-03-245
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 27.06.2008 – 5 LA 266/07 –	RID 08-03-270
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 08.07.2008 – 13 LA 4/08 –	RID 08-03-266
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 25.07.2008 – 10 OA 165/08 –	RID 08-03-271
<b>OVG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 06.11.2007 – 6t E 1292/06.T –	RID 08-03-195
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.11.2007 – 6t A 3788/05.T –	RID 08-03-201
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.12.2007 – 13 A 1178/05 –	RID 08-03-247
<b>SG Aachen</b> , Urt. v. 10.06.2008 – S 13 KR 12/08 –	RID 08-03-141
SG Aachen, Urt. v. 10.06.2008 – S 13 KR 52/07 –	RID 08-03-130
SG Aachen, Urt. v. 17.06.2008 – S 13 (2) KR 26/07 –	RID 08-03-131
<b>SG Augsburg</b> , Beschl. v. 27.12.2007 – S 12 KR 413/07 ER –	RID 08-03-113
<b>SG Berlin</b> , Beschl. v. 16.06.2008 – S 79 KA 148/08 ER –	RID 08-03-87
<b>SG Chemnitz</b> , Urt. v. 19.06.2008 – S 10 KR 106/07 –	RID 08-03-137

<b>SG Dortmund</b> , Beschl. 25.06.2008 – S 16 KA 117/07 –	RID 08-03-68
<b>SG Dresden</b> , Urt. v. 05.09.2007 – S 15 KR 40/07 –	RID 08-03-126
SG Dresden, Urt. v. 22.11.2007– S 11 KA 5063/05 Z –	RID 08-03-35
SG Dresden, Urt. v. 31.01.2008 – S 25 KR 1413/04 –	RID 08-03-161
SG Dresden, Gerichtsbs. v. 09.06.2008 – S 18 KA 1561/07 –	RID 08-03-47
<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 21.05.2008 – S 33 KA 242/07 –	RID 08-03-66
SG Düsseldorf, Urt. v. 12.06.2008 – S 8 KR 190/07 –	RID 08-03-111
SG Düsseldorf, Urt. v. 12.06.2008 – S 8 KR 252/06 –	RID 08-03-139
SG Düsseldorf, Urt. v. 02.07.2008 – S 2 KA 181/07 –	RID 08-03-80
SG Düsseldorf, Urt. v. 24.07.2008 – S 8 KR 104/07 –	RID 08-03-128
<b>SG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 19.03.2008 – S 28 KA 2099/04 –	RID 08-03-36
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.03.2008 – S 28 KA 2156/04 –	RID 08-03-22
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.03.2008 – S 28 KA 2268/04 –	RID 08-03-23
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.03.2008 – S 28 KA 2271/04 –	RID 08-03-21
<b>SG Gelsenkirchen</b> , Urt. v. 13.05.2008 – S 28 (24) KR 6/07 –	RID 08-03-155
<b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 19.02.2008 – S 48 KR 605/05 –	RID 08-03-159
SG Hamburg, Urt. v. 05.03.2008 – S 3 KA 83/06 –	RID 08-03-62
SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 05.03.2008 – S 27 KA 107 u. 108/04 –	RID 08-03-25
SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 19.03.2008 – S 27 KA 361/06 –	RID 08-03-01
SG Hamburg, Urt. v. 02.04.2008 – S 3 KA 545/06 –	RID 08-03-60
SG Hamburg, Urt. v. 02.04.2008 – S 3 KA 546/06 –	RID 08-03-61
SG Hamburg, Beschl. v. 14.04.2008 – S 3 KA 31/08 ER –	RID 08-03-65
SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 16.04.2008 – S 27 KA 410/06 –	RID 08-03-52
SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 16.04.2008 – S 27 KA 411/06 –	RID 08-03-53
SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 07.05.2008 – S 27 KA 481/06 –	RID 08-03-91
SG Hamburg, Beschl. v. 26.05.2008 – S 3 KA 83/03 ER –	RID 08-03-42
SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 16.08.2008 – S 27 KA 164/04 u. 55-60/05 –	RID 08-03-02
<b>SG Kiel</b> , Urt. v. 20.11.2007– S 13 KA 187/06 –	RID 08-03-81
SG Kiel, Beschl. v. 18.03.2008 – S 13 KA 16/08 ER –	RID 08-03-73
<b>SG Landshut</b> , Urt. v. 16.04.2008 – S 1 KR 166/07 FdV –	RID 08-03-112
<b>SG Lübeck</b> , Urt. v. 20.05.2008 – S 1 KR 382/07 –	RID 08-03-153
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 18/07 –	RID 08-03-09
SG Marburg, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 55/07 –	RID 08-03-08
SG Marburg, Beschl. v. 26.05.2008 – S 12 KA 120/08 ER –	RID 08-03-29
SG Marburg, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 273/07 –	RID 08-03-11
SG Marburg, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 372/07 –	RID 08-03-45
SG Marburg, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 466/07 –	RID 08-03-39
SG Marburg, Urt. v. 04.06.2008 – S 12 KA 528/07 –	RID 08-03-30
SG Marburg, Urt. v. 04.06.2008 – S 12 KA 546/07 –	RID 08-03-12
SG Marburg, Urt. v. 04.06.2008 – S 12 KA 547/07 –	RID 08-03-32
SG Marburg, Beschl. v. 09.06.2008 – S 12 KA 151/08 ER –	RID 08-03-67
SG Marburg, Beschl. v. 10.06.2008 – S 6 KR 57/08 ER –	RID 08-03-167
SG Marburg, Urt. v. 18.06.2008 – S 12 KA 123/08 –	RID 08-03-76
SG Marburg, Urt. v. 02.07.2008 – S 12 KA 445/07 –	RID 08-03-14
SG Marburg, Urt. v. 02.07.2008 – S 12 KA 836/05 –	RID 08-03-13
SG Marburg, Urt. v. 02.07.2008 – S 12 KA 895/06 –	RID 08-03-43
SG Marburg, Urt. v. 02.07.2008 – S 12 KA 1274/05 –	RID 08-03-15
SG Marburg, Urt. v. 16.07.2008 – S 12 KA 45/08 –	RID 08-03-40
SG Marburg, Urt. v. 16.07.2008 – S 12 KA 377/07 –	RID 08-03-10
SG Marburg, Beschl. v. 17.07.2008 – S 12 KA 302/08 ER –	RID 08-03-70
<b>SG Potsdam</b> , Beschl. v. 27.03.2008 – S 1 KA 191/06 –	RID 08-03-84
<b>SG Wiesbaden</b> , Beschl. v. 09.05.2008 – S 17 KR 93/08 ER –	RID 08-03-169
<b>SG Würzburg</b> , Urt. v. 30.04.2008 – S 4 KR 393/07 –	RID 08-03-138
<b>VG Ansbach</b> , Urt. v. 23.04.2008 – AN 15 K 07.02708 –	RID 08-03-235
<b>VG Dresden</b> , Urt. v. 15.11.2007 – 3 K 803/06 –	RID 08-03-234
<b>VG Freiburg</b> , Urt. v. 16.04.2008 – 1 K 2521/07 –	RID 08-03-192
<b>VG Gelsenkirchen</b> , Beschl. v. 03.07.2008 – 7 L 764/08 –	RID 08-03-265
<b>VG Göttingen</b> , Urt. v. 02.07.2008 – 1 A 203/06 –	RID 08-03-268
VG Göttingen, Urt. v. 02.07.2008 – 1 A 223/06 –	RID 08-03-205
<b>VG Hannover</b> , Urt. v. 21.05.2008– 5 A 3386/07 –	RID 08-03-206
<b>VG Mainz</b> , Urt. v. 20.05.2008 – BG-H 7/07 –	RID 08-03-194
<b>VG Münster</b> , Urt. v. 30.04.2008– 14 K 1893/05.T –	RID 08-03-196
<b>VG Oldenburg</b> , Urt. v. 04.07.2008 – 7 A 3665/07–	RID 08-03-264
<b>VG Osnabrück</b> , Urt. v. 18.02.2008 – 6 A 164/07 –	RID 08-03-207
<b>VG für das Saarland</b> , Urt. v. 15.04.2008 – 3 K 1012/07 –	RID 08-03-236
VG für das Saarland, Beschl. v. 03.06.2008– 1 L 145/08 –	RID 08-03-191
VG für das Saarland, Urt. v. 20.06.2008 – 1 K 1135/07 –	RID 08-03-243
<b>VG Stuttgart</b> , Urt. v. 10.04.2008 – 4 K 5891/07 –	RID 08-03-263

## Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 25.08.2008. 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
<b>Honorarverteilung</b>				
Psychotherapeuten: Beschluss des Bewertungsausschusses	8, 9, 10 u. 11/07 <b>Termin:</b> 28.05.2008	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 Berechnung 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?	<b>SG Dresden,</b> 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 <b>Termin:</b> 28.05.2008  41, 42, 43/07 <b>Termin:</b> 28.05.2008	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?	<b>LSG Schleswig-Holstein,</b> Urt. v. 13.10.2006 - L 4 KA 4/05 – <b>SG Marburg,</b> Urt. v. 04.07.2007 - S 11 KA 101, 270 u. 609/05	07-01-01  07-03-02, 03 u. 04
Psychotherapeuten – Honorar 1999	12/08	Wird der in Art 11 Abs 2 PsychThG/SGB5uaÄndG 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?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 9/06 -	08-02-01
Psychotherapeuten: Probatorische Sitzungen	49/07 <b>Termin:</b> 28.05.2008	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?	<b>SG Düsseldorf,</b> Urt. v. 04.07.2007 - S 33 KA 176/05 -	08-02-09
Psychotherapeuten1999 (KV Niedersachsen)	65/07	Wird der in Art 11 Abs 2 PsychThG/SGB5uaÄndG 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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> Urt. v. 26.09.2007 – L 3 KA 118/04 –	08-02-07
Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen bei Bestandskraft (1993-1998)	28/07 <b>Termin:</b> 17.09.2008	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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> Urt. v. 08.11.2006 – L 3 KA 199/03 –	07-01-02
Keine Wachstumsmöglichkeiten	4, 5 u. 13/08	Hat eine Kassenärztliche Vereinigung bei individuellen Punktzahlvolumina, die sie zur	<b>LSG Schleswig-Holstein,</b>	08-02-12

kleiner Praxen für begrenzte Zeit		Erfüllung der Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses im Zusammenhang mit der Streichung des Praxisbudgets eingeführt hat, Arztpraxen mit unterdurchschnittlichem Honorarvolumen von der Honorarbegrenzung zunächst auszunehmen?	Urt. v. 13.11.2007 - L 4 KA 5, 9 u. 11/07 -	bis 14
Kalkulierbare Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen	20/08	Dürfen bei der Einführung von Individualbudgets im Honorarverteilungsmaßstab auch kleine Praxen mit unterdurchschnittlichem Honorarvolumen für eine Übergangszeit von vier sogenannten Startquartalen von Honorarsteigerungen ausgeschlossen werden? Ist eine Regelung im Honorarverteilungsmaßstab, die ein Wachstum auch unterdurchschnittlich abrechnender Praxen auf Dauer nicht ausschlaggebend vom Abrechnungsverhalten des einzelnen Arztes, sondern in wesentlichem Maß von Faktoren abhängig macht, die dieser weder vorhersehen noch beeinflussen kann, rechtmäßig?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 22.01.2008, - L 4 KA 15/07 -	08-02-15
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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 19.09.2007 - L 5 KA 4288/06 -	08-01-04
Fortführung von Teilquotierungen nach EBM-Änderung 1996	23/08	Durfte der Honorarverteilungsmaßstab bestimmte Honorarbegrenzungen (Teilquotierungen) ungeachtet der Änderungen des EBM-Ä zum 1.1.1996 in den Quartalen I und II/1996 beibehalten? Zur Verpflichtung einer Kassenärztlichen Vereinigung in Ausnahmefällen von der Begrenzung bzw Teilbudgetierung des Honorars abzusehen.	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 19.12.2007 - L 6/7 KA 134/03 -	
Punktwert für Wirtschaftlichkeitsbonus	32, 33/07	Verstößt die Regelung eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht, die eine Erhöhung des Punktwertes für den Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Nr 3452 EBM-Ä gegenüber den Punktwerten für die Ausführung von Laborleistungen (Nrn 3450, 3454 und 3456 EBM-Ä) um 20% vorsieht? Dürfen die Leistungen der Laborärzte und die Laborleistungen aller anderen Vertragsärzte demselben Honoraropf zugeordnet werden?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 14.06.2007 - L 5 KA 22/05 - - L 5 KA 23/05 -	07-03-14 07-03-14a
Vergütungsanspruch bei angefochtener Genehmigung einer Arztanstellung	15/08	Wirkt die aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen in dreipoligen Beziehungen im Bereich des Vertragsarztes ex tunc oder ex nunc?	<b>SG Potsdam</b> , Urt. v. 19.09.2007 - S 1 KA 114/05 -	08-02-29
Vergütung im ambulanten Notfalldienst der Krankenhäuser	46, 47/07 <b>Termin:</b> 17.09.2008	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?	<b>SG Saarland</b> , Urt. v. 12.09.2007 - S 2 KA 167 u. 246/07 -	08-01-14 08-02-27
Fremdanamnese im Notdienst	51/07 <b>Termin:</b> 17.09.2008	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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 26.09.2007 - L 4 KA 65/06 -	08-01-28
Leistungen zu Lasten sog. besonderer Kostenträger (Durchschnittspunktwert aller Ärzte)	48/07 <b>Termin:</b> 17.09.2008	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?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 16.05.2007 - L 12 KA 255/05 -	07-04-15
<b>Genehmigung der KV</b>				
	22/08	Ergeben sich aus der ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen zum 1.4.2005 (EBM-Ä 2005) bzw aus dem allgemeinen oder besonderem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen das Recht, die Erbringung und Abrechnung einzelner Leistungen bei	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 26/07 -	08-03-46

		entsprechendem Versorgungsbedarf, abweichend vom EBM-Ä 2005, zu gestatten?		
<b>Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>				
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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 04.07.2007 - L 12 KA 11/06 -	08-01-25
Vergütungsausschluss belegärztlicher Leistungen	30/07	Kann ein Belegarzt selbst erbrachte Laborleistungen gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung geltend machen oder hat er sich gegebenenfalls an den Krankenhausträger zu halten; wenn diese Leistungen Gegenstand des Pflegesatzes sind?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 23.05.2007 - L 3 KA 268/04 -	07-03-28
Fremdanamnese nach der Nr. 19 EBM im Notdienst	19/08	Kann im Rahmen des ärztlichen Notdienstes eine Fremdanamnese nach der Nr 19 EBM-Ä abgerechnet werden?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 60/06 -	08-03-31
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	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 23.05.2007, L 3 KA 276/04 -	08-02-42
			<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 08.11.2006 - L 5 KA 1838/05 -	08-02-43
Einmal-Abdecksets	6/08	Sind die Kosten für Einmal-Abdecksets, die bei Eingriffen der Knochen- und Gelenkchirurgie außerhalb arthroskopischer Operationen eingesetzt werden, als Verbrauchsartikel gesondert abrechenbar oder unterfallen sie als Surrogat für sterilisierbare Abdecktücher den allgemeinen Praxiskosten?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 16.01.2008 - L 11 KA 44/06 -	08-01-31
BEMA-Z: Nr. 01 neben Nr. 7500	1/08	Ist die Abrechnung der Gebührennummer 01 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen - BEMA-Z - (eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung) neben der Gebührennummer 7500 des BEMA-Z (Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung) in derselben Sitzung zulässig oder ist die Gebührennummer 01 BEMA-Z als Bestandteil der Gebührennummer 7500 BEMA-Z anzusehen?	<i>SG Stuttgart</i> , Urt. v. 24.10.2007 - S 10 KA 5182/05 -	08-02-45
<b>Arztregister/Fachkunde/Notfalldienst/Genehmigung</b>				
Notfalldienst: Ungeeignetheit eines Pathologen	13/06 <b>Termin:</b> 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
<b>Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress</b>				
Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten	34/07 <b>Termin:</b> 09.04.2008	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 Mugas E)	63, 64/07	Ist für die Rechtmäßigkeit der Festsetzung eines Regresses gegen einen Vertragsarzt wegen Verschreibung nicht verordnungsfähiger Arzneimittel – hier: des Enzympräparats Wobe Mugas 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 Festset-	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.11.2007 - L 11 KA 36/07 u. 112/06 -	08-01-52

		zung eines Arzneikostenregresses entgegenstehen?		
	3/08	Kann sich ein Vertragsarzt gegenüber einem Regress wegen unzulässiger Verordnung von Arzneimitteln (hier: Wobe Mugos E) im Hinblick auf eine unklare Rechtslage auf Vertrauensschutz berufen, weil die Verordnungsfähigkeit dieses Arzneimittels seinerzeit von mehreren Sozialgerichten bejaht wurde?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 14.11.2007 - L 11 KA 100/06	08-01-55
Arzneikostendaten	57, 59 u. 60/07 R <b>Termin:</b> 16.07.2008	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 <b>Termin:</b> 16.07.2008	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
Sprechstundenbedarfsregress wegen koaxialer Interventionssets: Vertrauensschutz	2/08	Scheidet ein Verordnungsregress wegen Sprechstundenbedarf (hier: koaxiale Interventionssets) aus Vertrauensschutzgründen aus, wenn die betreffende Kassenärztliche Vereinigung gegenüber den Prüfungsgremien und den betroffenen Vertragsärzten in mehreren Stellungnahmen bestätigt hat, dass diese Sets unter die Sprechstundenvereinbarung fallen bzw über Sprechstundenbedarf zu beziehen sind und erst zu einem späteren Zeitpunkt eine gegenteilige Auffassung vertreten hat?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 14.11.2007 - L 11 KA 67/06 -	08-01-58
Physikalisch-therapeutische Leistungen	17/08	Verstößt eine Wirtschaftlichkeitsprüfung bzgl. der Verordnung von physikalisch-therapeutischen Leistungen in bestimmten Quartalen (hier: III/96 und IV/96) hinsichtlich ihrer Durchführung und Festsetzung der Regressbeträge - insbesondere mit Blick auf die Frage von Praxisbesonderheiten - gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Hessen,</i> Urt. v. 28.11.2007 L 6/7 KA 624/03	
Zuständigkeit für Hochschulambulanzen	36/07 <b>Termin:</b> 16.07.2008	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 -	08-01-51
Kostenfestsetzung durch Vorsitzenden des Berufungsausschusses	7/08	Ist der Vorsitzende eines Berufungsausschusses zur Kostenfestsetzung im Rahmen des § 63 Abs 3 SGB 10 allein entscheidungsbefugt, oder kann dieser Beschluss nur bei vollständiger Besetzung des Gremiums erfolgen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 19.12.2007 - L 11 KA 33/07 -	08-01-95
<b>Zulassung und Ermächtigung</b>				
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	13/07	Kann ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in einem für Nervenärzte gesperrten Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, wenn er sich verpflichtet, ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu sein und der Versorgungsanteil an ärztlichen Psychotherapeuten im betreffenden Planungsbereich noch nicht ausgeschöpft ist?	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 15.03.2006 - L 5 KA 2537/05 -	06-03-54
Ermächtigung zur Psychotherapie griechischsprechender Versicherter	40/06 <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Bayern,</i> 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	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 28.02.2007	07-02-63

		Weiterbildungsordnung umschrieben ist?	- L 11 KA 82/06 -	
68 Jahres-Altersgrenze: EU-Recht	41/06 <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 19.07.2006 - L 12 KA 9/06	06-04-69
	44/07 <b>Termin:</b> 09.04.2008	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?	<b>SG Reutlingen</b> , Urt. v. 27.06.2007 - S 1 KA 2556/05 -	juris
Sonderbedarfszulassung: Anforderungen an Bedarfsermittlung	10/08	Haben die Zulassungsgremien bei der Klärung eines besonderen Versorgungsbedarfs zu prüfen, in welchem Umfang ein Bedarf an den streitigen ärztlichen Leistungen besteht, ob dieser Bedarf abgedeckt ist und die ärztliche Tätigkeit des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden fachärztlichen Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung steht?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 25.04.2007 - L 10 KA 48/06 - RID 07-03-67 (NZB)	07-03-67
Sonderbedarfszulassung bei langen Wartezeiten	21/08	Ist es bei der Entscheidung über die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung vom Beurteilungsspielraum der Zulassungsgremien gedeckt, wenn diese einen besonderen Versorgungsbedarf vorrangig aufgrund bestehender langer Wartezeiten annehmen? Ab welcher Dauer sind im Rahmen der Ermittlung eines besonderen Versorgungsbedarfs Wartezeiten der Patienten auf einen Untersuchungstermin als unzumutbar anzusehen? (hier: mehr als zwei Monate bei Überweisung zu einem Kardiologen)	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 23.04.2008, - L 11 (10) KA 49/07 -	
Missbräuchliche Schaffung einer Belegarztstelle	27/08	Unter welchen Voraussetzungen liegt die missbräuchliche Schaffung einer Belegarztstelle vor und welche Indizien müssen für einen Missbrauchsfall vorliegen? Kommt den Zulassungsgremien bei der Bewertung, ob ein Missbrauchsfall bei der Schaffung einer Belegarztstelle vorliegt, ein Beurteilungsspielraum zu?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 14.11.2007 - L 10 KA 5/07 -	08-01-68
Wiederzulassung nach kollektivem Zulassungsverzicht	14 u. 16/08	Welche Anforderungen sind an ein aufeinander abgestimmtes Verhalten iS von § 95b Abs 1 SGB 5 zu stellen? Setzt dieses voraus, dass sich der betreffende Zahnarzt mit einer bestimmten Gruppe gesammelt, sein Verfahren entsprechend strategisch ausgerichtet und dabei mit anderen kommuniziert hat? Verstößt die Wiederzulassungssperre nach § 95b Abs 2 SGB 5 gegen Verfassungsrecht?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 09.04.2008 - L 3 KA 139 u. 149/06 -	08-02-85 u. 86
Berechtigung zur Leistungser- bringung nach EBM 2005 (Pneumologie)	40/07 <b>Termin:</b> 09.04.2008	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?	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 27.06.2007 - S 12 KA 64/07 -	07-03-81
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 Beurteilung der Frage, ob ein Krankenhaus iS von §§ 108, 118 SGB 5 vorliegt?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 17.10.2007 - L 10 KA 21/06 -	08-01-90
Defensive Konkurrentenklage gegen Sonderbedarfszulassung	25/08	Wird ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie durch die Entscheidung des Zulassungsausschusses über die Zulassung einer Konkurrentin im Wege einer Sonderbedarfszulassung in eigenen Rechten verletzt?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 04.06.2008 - L 5 KA 4514/07 -	
	9/08	Ist eine gemäß § 311 Abs 2 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Gesundheitseinrichtung zur Anfechtung einer vertragsärztlichen Zulassung berechtigt,	<b>SG Potsdam</b> , Urt. v. 05.12.2007	

		die einer bislang bei ihr beschäftigten Ärztin auf der Grundlage des § 103 Abs 4a Satz 4 SGB V erteilt wurde?	- S 1 KA 63/06 -	
<b>Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung</b>				
Erhöhte Gesamtvergütung in neuen Bundesländern/Zahnärzte	29/07 <b>Termin:</b> 09.04.2008	Kann die Regelung des § 85 Abs 3d SGB 5 idF des GMG vom 14.11.2003 auch im vertragszahnärztlichen Bereich angewendet werden?	<b>SG Schwerin</b> , Urt. v. 30.05.2007 - S 3 KA 21/06 -	juris
Gesamtvergütung: Kürzung der Abschlagszahlungen wegen Integrierter Versorgung	5 - 7/07 <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , 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 <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Thüringen</b> , 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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 19.09.2007 - L 5 KA 5161/06 -	08-02-102
<b>Sonstiges/Verfahrensrecht</b>				
Bindung an Wiedereinsetzung in versäumte Widerspruchsfrist	11/08	Ist das Gericht an die Bestandskraft einer Entscheidung des Beschwerdeausschusses gebunden, mit der dem Kläger Wiedereinsetzung in eine versäumte Widerspruchsfrist versagt worden ist?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 14.06.2007 - L 5 KA 42/06 - (NZZ)	08-03-88
Anfechtung der Feststellung fehlender Sicherstellung (§ 72a SGB V)	18/08	Ist ein Vertragszahnarzt, den die Aufsichtsbehörde in einer nach § 72a Abs 1 SGB 5 getroffenen Feststellung als Beteiligten eines kollektiven Zulassungsverzichts ansieht, zur gerichtlichen Anfechtung dieser Entscheidung berechtigt?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 09.04.2008 - L 3 KA 145/06 -	18/08

## Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 12.08.2008. 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
<b>Ärztliche Behandlung</b>				
Photodynamische Therapie	B 1 KR 25/07 R <b>Termin:</b> 17.06.2008	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?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 27.06.2007 - L 5 KR 5/07 -	07-03-121

Künstliche Befruchtung: Altersgrenze für Frauen von 40 Jahren	B 3 KR 7/08 R	Ist die für Frauen festgesetzte Altersgrenze von 40 Jahren für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung verfassungsgemäß?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.02.2008 - L 5 KR 93/07 -	08-02-146
	B 1 KR 12/08 R	Ist der Leistungsausschluss für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung für Paare, bei denen die Ehefrau das 40. Lebensjahr bereits vollendet hat, mit Art 3 Abs 1 GG vereinbar?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 12.12.2007 - L 1 KR 3/07 -	08-01-136
Drei erfolglose Behandlungsmaßnahmen	B 3 KR 9/08 R	Scheidet bei drei erfolglosen Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der künstlichen Befruchtung, die auch teilweise in einem anderen Mitgliedstaat durchgeführt wurden, ein weiterer Anspruch ausnahmslos aus und gilt dies auch im Falle einer Schwangerschaft oder Geburt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 18.03.2008 - L 5 KR 20/07 -	08-02-145
Erfüllung der Forderung durch private Krankenversicherung des Ehegatten	B 1 KR 24/07 R <b>Termin:</b> 17.06.2008	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 <b>Termin:</b> 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?	21.06.2007 - L 5 KR 220/06 -	07-04-100
Stationäre Liposuktion bei ambulanter Behandlungsalternative	B 1 KR 11/08 R	Hat eine Versicherte einen Kostenerstattungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse für eine stationär durchgeführte Liposuktion, wenn diese Behandlung auch ambulant durchgeführt werden konnte und von der Leistungspflicht als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ausgeschlossen ist?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 17.04.2008 - L 5 KR 174/07 -	08-03-127

#### Kostenerstattung

Ursachenzusammenhang zwischen Ablehnung und entstandenen Kosten	B 1 KR 2/08 R	Ist ein vorheriger Antrag des Versicherten auf Sachleistungsgewährung für einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 S 1 Alt 2 SGB 5 auch dann erforderlich, wenn die Krankenkasse die gleiche Leistung (hier: Magenband-OP) bereits ca 6 Monate zuvor bestandskräftig abgelehnt hatte?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 28.11.2007 - L 5 KR 14/07	08-01-139
---	---------------	--	---	-----------

#### Arzneimittel

Intravenös verabreichte Immunglobuline bei Multipler Sklerose	B 1 KR 15/07 R <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 31.01.2007 - L 5 KR 28/06 -	07-02-139
Lorenzo's Öl	B 1 KR 16/07 R <b>Termin:</b> 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)?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 25.01.2007 - L 8 KR 18/05 -	07-02-144
	B 1 KN 3/07 KR R (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	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 20.06.2007,	08-01-147

		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?	- L 4 KR 39/06 –	
Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel	B 1 KR 6/08 R	Verstößt der gesetzliche Ausschluss der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel (hier: Gelomyrtol forte) von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und die mit ihm einhergehenden Ausnahmebestimmungen gegen Verfassungs- oder Gemeinschaftsrecht?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 31.08.2007 - L 4 KR 171/05 – (NZB)	08-03-129

### Hilfsmittel/Heilmittel

Kraftknotensystem	B 3 KN 4/07 KR R (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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 14.06.2007 - L 2 KN 209/05 KR -	07-04-121
Rollstuhlrückhaltesystem für Behindertentransportkraftwagen (Kraftknoten)	B 3 KR 6/08 R	Besteht Anspruch auf Versorgung mit einem Rollstuhlrückhaltesystem - sog Kraftknoten – zur Sicherung des Transports eines Versicherten in einem Behindertentransportkraftwagen als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn dies den sicheren Transport des Versicherten zur Schule im Rahmen seiner gesetzlichen Schulpflicht dient?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 21.02.2008 – L 5 KR 129/07 –	08-02-169
Elektrorollstuhl	B 3 KR 8/08 R	Kann ein Versicherter auch dann auf die Nutzung eines handbetriebenen Rollstuhls anstelle des beanspruchten Elektrorollstuhls als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen werden, wenn er selbst bei der Bewegung des Rollstuhls körperlich erheblich eingeschränkt ist und familiäre Hilfe nur in beschränktem Maße erhalten kann?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 20.04.2007 - L 4 KR 4697/06 -	
Umrüstung eines Fahrrad-Rollstuhls (Rollfiets) auf Elektrobetrieb	B 3 KR 11/08 R	Zum Anspruch eines komplett gelähmten Jugendlichen auf Umrüstung seines manuell betriebenen Fahrrad-Rollstuhls (Rollfiets) auf Elektrobetrieb.	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 07.05.2008 - L 5 KR 2013/07 -	
Wasserfeste Prothese (Badeprothese)	B 3 KR 2/08 R	Hat ein unterschenkelamputierter Versicherter Anspruch auf Versorgung mit einer wasserfesten Prothese in Form einer Badeprothese als Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung iS von § 33 Abs 1 S 1 Alt 3 SGB 5?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 11.12.2007 – L 11 KR 9/06 -	08-01-160
	B 3 KR 10/08 R	Hat ein Versicherter Anspruch darauf, eine ihm zuerkannte Badeprothese in einer salzwasserfesten Ausführung als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 18.01.2008 - L 1 KR 511/07 -	
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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 20.06.2007 - L 11 KR 39/05 -	07-03-153
GPS-gestütztes Navigationssystem	B 3 KR 4/08 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für ein GPS-gestütztes Navigationssystem für Blinde und Sehbehinderte im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 30.05.2007 - L 6 KR 4/06 -	

### Fahrkosten

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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 31.10.2007 – L 11 KR 23/07 –	08-01-178
---	----------------	--	---	-----------

Fahrten zum Rehabilitationssport	B 1 KR 22/07 R <b>Termin:</b> 22.04.2008	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
	B 3 KR 5/08 R	Hat ein Versicherter einen Kostenübernahmeanspruch für Fahrten zum Rehabilitationssport?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 17.01.2008 - L 5 KR 22/07 -	08-03-149
KrTRL - Hohe Behandlungsfrequenz	B 1 KR 27/07 R <b>Termin:</b> 28.07.2008 (omV)	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 -	08-02-184

### Zuzahlung

Zuzahlungen	B 1 KR 18/07 R <b>Termin:</b> 22.04.2008	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 <b>Termin:</b> 22.04.2008	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
Zuzahlungen und Arbeitslosenhilfe	B 1 KR 10/07 R <b>Termin:</b> 22.04.2008	Verstoßen die Neuregelungen der Zuzahlungspflichten nach den §§ 61, 62 SGB 5 idF des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 - BGBl I, 2003, 2190 - insoweit gegen Verfassungsrecht, als sie Beziehern von Arbeitslosenhilfe/Leistungen der Grundsicherung Zahlungslasten bis zur Belastungsgrenze auferlegen?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 22.06.2006 - L 5 KR 7/06 -	08-01-175
Verfassungsgemäßheit der Praxisgebühr	B 3 KR 3/08 R	Ist die Zuzahlungsregelung des § 28 Abs 4 S 1 SGB 5 (Praxisgebühr) verfassungswidrig?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 13.12.2007 - L 4 KR 297/05 -	08-02-183

### Rehabilitationsmaßnahmen

Funktionstraining	B 1 KR 31/07 R <b>Termin:</b> 17.06.2008	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 -	08-02-189
-------------------	---	--	---	-----------

### Krankenhauskosten

Prognose des behandelnden Arztes	B 3 KR 14/07 R <b>Termin:</b> 10.04.2008	Ist eine Krankenhausbehandlung notwendig, wenn sie aus der vorausschauenden Sicht des Krankenhausarztes unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände vertretbar ist, dh nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung steht oder medizinische Standards verletzt und kommt es im Zweifel auf die Prognose des behandelnden Arztes an?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 05.07.2007 - L 5 KR 143/05 -	07-04-134
Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit: Fehlende Behandlungsalternative	B 3 KR 19/05 R <b>Termin:</b> 10.04.2008	Besteht ein Anspruch auf fortdauernde Krankenhausbehandlung bei einer Alkoholerkrankung mit weiteren Gesundheitsstörungen, wenn keine konkrete Behandlungsalternative aufgezeigt wird und mangels Bestellung eines Betreuers keine wirksame Mitteilung über den Wegfall der Voraussetzungen für die weitere Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit an den Versicherten ergehen kann (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 12.04.2005 - L 5 KR 37/04 -	06-01-133
Psychiatrie-Patienten	B 3 KR 21/05 R <b>Termin:</b> 10.04.2008	Zur Frage der Notwendigkeit fortdauernder Krankenhausbehandlung bei Psychiatrie-Patienten, die aufgrund ihres Krankheitsbildes von der Krankenkasse als Pflegefall angese-	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 11.05.2005	06-01-134

		hen werden (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	- L 5 KR 42/04 -	
	B 3 KR 20/07 R <b>Termin:</b> 10.04.2008	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.	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 30.03.2006 - L 5 KR 142/04 -	06-03-166
Verlegung in ein anderes Krankenhaus	B 1 KR 10/08 R	Kann ein Krankenhaus, das einen Patienten aufnimmt, der nicht aus medizinischen Gründen zu ihm verlegt wurde, seine Leistungen unabhängig vom verlegenden Krankenhaus abrechnen?	<b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 19.02.2008 - S 48 KR 605/05 -	08-03-159
Weiterbehandlung im Krankenhaus bei fehlendem Pflegeplatz	B 1 KN 1/07 KR R (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?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 19.12.2006 - L 4 KR 74/05 -	08-01-183
Versorgungsauftrag und Behandlung	B 3 KR 6 u. 17/07 R <b>Termin:</b> 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.	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , 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
Abschluss eines Versorgungsvertretungsvertrages bei wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden	B 1 KR 5/08 R <b>Termin:</b> 28.07.2008	Bietet eine Klinik, deren Behandlungskonzept überwiegend auf wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden beruht, die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung mit der Folge, dass sie einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertretungsvertrages hat?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 17.12.2007 - L 1 KR 62/04 -	08-02-207
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)?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 01.08.2007 - L 5 KR 99/07 -, v. 24.05.2007 - L 5 KR 205/06 -	08-02-198
Schlussrechnung und Korrektur der Abrechnung	B 3 KR 12/08 R	Steht Erteilung einer Schlussrechnung eines Krankenhauses der Korrektur der Abrechnung entgegen?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 10.10.2007 - L 5 KR 27/07 -	08-01-185
Beschränkung der Amtsermittlungspflicht	B 1 KN 2/08 KR R (B 5b KN 2/08 KR R)  B 3 KN 1 u. 4/08 KR R (B 5b KN 1 u. 4/08 KR R)	Sind im Hinblick auf die Entscheidung des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 25.9.2007 – GS 1/06 zu den Voraussetzungen für die Gewährung vollstationärer Krankenhausbehandlung Fallgestaltungen denkbar, in denen zu Gunsten des Kostenerstattungsanspruchs eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse eine Beschränkung der Amtsermittlungspflicht der Sozialgerichte eingreifen kann?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 16.01.2008 - L 4 KN 78/04 KR -  - L 4 KN 44 u. 92/04 KR -	
Zahlungsanspruch aus Fälligkeitsregelung einer Pflegesatzvereinbarung	B 1 KN 3/08 KR R (B 5b KN 3/08 KR R)	Kann im Hinblick auf die Entscheidung des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 25.9.2007 – GS 1/06 zu den Voraussetzungen für die Gewährung vollstationärer Krankenhausbehandlung ein unmittelbarer Zahlungsanspruch des Krankenhauses gg. eine Krankenkasse aus der Fälligkeitsregelung einer Pflegesatzvereinbarung hergeleitet werden? Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen im Prüfungsverfahren gem §§ 275, 276 SGB 5 zur Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 16.01.2008 - L 4 KN 91/04 KR -	
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.	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 05.04.2007 - L 5 KR 166/06 -	08-02-195
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>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 19.07.2007	08-01-186

		B)?	- L 5 KR 228/06 -	
Missbrauch mit Krankenversichertenkarte	B 3 KR 19/07 R <b>Termin:</b> 12.06.2008	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?	<b>SG Duisburg</b> , Urt. v. 16.03.2007 - S 9 KR 123/05 -	08-01-182
Anspruch auf Erstattung von Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden	B 3 KR 1/07 R	Hat ein Krankenträger gegenüber einer Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden, wenn die Krankenkasse die Krankenhausbehandlungskosten erst verspätet beglichen hat?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 30.11.2006 - L 8 KR 175/05 -	07-01-188
<b>Weitere Leistungserbringer</b>				
Herstellerrabatt bei niederländischer Internetapotheke	B 1 KR 4/08 R <b>Termin:</b> 28.07.2008	Sind die Rabattregelungen in § 130a SGB 5 auch auf eine Versandapotheke anzuwenden, die ihren Sitz in den Niederlanden hat?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 16.01.2008 - L 5 KR 3869/05 -	08-02-208
Lieferant von Sondennahrung: Umsatzsteuersatz	B 3 KR 16 u.18/07 R <b>Termin:</b> 17.07.2008	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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 02.08.2007 - L 5 KR 200/05 - - L 5 KNK 1/06 -	07-04-140 juris
Schadensersatzanspruch bei fehlerhafter Arzneimittelverordnung	B 3 KR 13/08 R	Ist im Falle der Nichtabrechenbarkeit einer Verordnung wegen Fehlens einer zusätzlichen ärztlichen Unterschrift unter einer geänderten Verordnungsmenge trotz vertraglicher Regelung über Rechnungs- und Taxberichtigungen im Arzneimittel-Liefervertrag der zivilrechtliche Schadensersatzanspruch gem § 280 BGB anwendbar mit der Folge, dass innerhalb der mit Arzneimittel-Liefervertrag festgesetzten Frist keine Rechnungs- der Taxberichtigungen erfolgen müssen, sondern unabhängig davon ein Schadensersatzanspruch geltend gemacht werden kann? Muss sich eine Krankenkasse das Verhalten eines Vertragsarztes, der ohne eigene Untersuchung des Versicherten einem gefälschten Arztbericht blind vertraut, als Schlüsselfigur und Vertreter der Krankenkasse gem §§ 164, 166 und 278 BGB im Rahmen eines Mitverschuldens bei der Haftung des Apothekers zurechnen lassen, wenn der Versicherte falsche Angaben zu seinem Krankheitszustand und der Behandlungsnotwendigkeit macht mit der Folge, dass zu Unrecht Medikamente ärztlicherseits verordnet worden sind?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 12.09.2007 - L 4 KR 243/05 -	
Rechtsweg bei Rabattverträgen	B 3 SF 2/08 R	Zum Rechtsweg für Streitigkeiten über die Ausschreibung zum Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a Abs 8 SGB 5.	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. - L 5 KR 528/08 B -	
	B 1 KR 7/08 R	Kann der als Leistungserbringer zugelassene Hersteller von Sondennahrung von der Krankenkasse die Zahlung des Regelsteuersatzes anstelle des ermäßigten Umsatzsteuersatzes verlangen, wenn die Finanzverwaltung von ihm nach geänderter Rechtsauffassung Umsatzsteuer nach dem vollen Steuersatz erhebt?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 12.02.2008 - L 5 KR 223/06 -	08-02-211
Hüftprotectoren in Hilfsmittelverzeichnis	B 3 KR 11/07 R	Sind Hüftprotectoren in das Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufzunehmen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , 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.	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 24.05.2007 - L 5 KR 245/00 -	07-03-173

Unzulässiger Ausschluss von Hilfsmittellieferanten	B 3 KN 2/07 KR R (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 <b>Termin:</b> 10.04.2008	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
Heilmittelbringer: 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
Haushaltshilfe: Abschluss einer Vergütungsvereinbarung	B 3 KR 23/07 R <b>Termin:</b> 17.07.2008	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 <b>Termin:</b> 10.04.2008	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
Verjährungsfrist für Benutzungsentgelte im Rettungsdienst	B 3 KR 7/07 R <b>Termin:</b> 10.04.2008	Welcher Verjährungsfrist unterliegt der Anspruch auf Benutzungsentgelt nach der zwischen Leistungserbringern im Rettungsdienstbereich und Krankenkassen geschlossenen Vereinbarung über Benutzungsentgelte im Rettungsdienst in Hessen (hier: Rettungsfahrt 1997)?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 12.06.2007 - L 1 KR 58/05 -	07-03-183

**Krankenkassen**

Umlagepflicht zur Sanierung einer überschuldeten Krankenkasse	B 12 KR 1/07 R	Ist die Satzungsregelung eines Landesverbandes der Krankenkassen rechtmäßig, wonach eine Umlagepflicht zur Sanierung einer überschuldeten Krankenkasse im Rahmen des § 265 SGB 5 als andere aufwändige Belastung eingeführt wird?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 29.08.2006 - S 48 KR 251/04 -	07-03-185
Umlagepflicht für Fusionsbeihilfe	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 25.01.2007 - L 16 KR 162/06 – - L 16 KR 214/04 -	07-02-189
	B 1 A 1/08 R	Verstößt ein Sozialversicherungsträger (hier: Krankenkasse) gegen das Gebot der Gewährleistung einer ausreichenden Liquidität iS des § 80 Abs 1 SGB 4, wenn er eine kreditfinanzierte Festgeldanlage vornimmt?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 13.12.2007 - S 34 KR 95/05 -	

**Sonstiges**

Herstellungskosten für Krankenversichertenkarte	B 1 KR 30/07 R <b>Termin:</b> 17.06.2008	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?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 23.08.2007 - S 4 KR 255/04 -	juris
---	---	---	---	-------