

Rechtsprechungsinformationsdienst 08-04

Redaktion	6
Editorische Hinweise	6
Erratum	6
A. Vertragsarztrecht	7
I. Honorarverteilung	7
1. Psychotherapeuten: 90 %-Regelung für Fachärztin für psychoth. Medizin bei „Doppelzulassung“	7
2. Verzicht auf Rückforderung von Überzahlungen nach Honorar Neuberechnung	8
3. Betriebsstättennummer für Anästhesiologen als Abrechnungsvoraussetzung	8
4. Aufhebung bestandskräftiger Honorarbescheide: Verschulden begründet keine Atypik	9
5. Aufrechnung im Insolvenzverfahren mit Vorschusszahlungen	9
6. KV Hessen	9
a) Bindende Vorgabe des Bewertungsausschusses für Regelleistungsvolumen (Nephrologen)	9
b) Honorarbescheide ab Quartal II/05	10
aa) Benachteiligung der Einzelpraxen/Bewertungsausschuss/Regelleistungsvolumen/Punktwert	10
bb) Bewertungsausschuss/Honorarkürzung Ziff. 7.5/Quotierter Punktwert/Mindestpunktwert	10
cc) Anästhesieleistungen bei Belegarztfällen nicht im Regelleistungsvolumen	11
dd) Vergütung der kurativen Koloskopie kann quotiert werden	11
ee) Bindung an Bewertungsausschuss: Unzulässige Kürzung (Ziff. 7.5 HVV)	11
ee) Ambulantes Operieren: Fachgruppendurchschnitt bei Praxisverlegung	12
c) Regelleistungsvolumen und Sonderregelung	12
aa) Internist und Proktologe	12
bb) Kinder- und Jugendpsychiatrie: Praxisanfänger	12
cc) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Probatorische Sitzungen/Neuniederlassung	12
dd) Abgestaffelte Vergütung bei Überschreiten der Fallzahl	13
d) Gynäkologische Praxis mit zytologischem Einsendelabor: Getrennte Budgets	13
e) Erhebung einer Kostenumlage durch Geschäftsausschuss einer Bezirksstelle der KV Hessen	13
7. Zahnärzte: Anrechnung einer HVM-Honorarbegrenzung auf Degressionsabzug	14
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	14
1. Honorarberichtigung wegen Nachvergütung für Psychotherapeuten	15
2. Psychotherapieleistungen ohne Genehmigung nach der PsychotherapieVb	15
3. Nr. 16 u. Nr. 8653 EBM 1996 bei Carcinoma in situ	15
4. Nrn. 7024 und 7025 EBM 1996: Nutzung eines Multi-Leaf-Collimators	15
III. Zahnarztregister/Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst/IV-Vertrag	16
1. Zahnarztregister: Keine Vorbereitungszeit bei einem Privatzahnarzt	16
2. Zweigpraxis	16
a) „Unterversorgung“ in großstädtischem Planungsbereich	16
b) Keine Versorgungsverbesserung ohne Tätigkeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde	16
c) Keine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung bei Fahrzeit von 45 Minuten	17
3. Genehmigungen	17
a) Widerruf einer Sonographiegenehmigung	17
b) Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtung ohne Zweigpraxisgenehmigung	17
c) Drittwiderspruch gegen Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtung	17
4. Regionale Beschränkung eines IV-Vertrags	17
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	18
1. Regresse	18
a) ASI-Therapie	18
b) Arzneimittelregress: Geltendmachung von Praxisbesonderheiten	19
c) Verordnete physikalisch-medizinische Leistungen: Offensichtliches Missverhältnis	19
d) Sprechstundenbedarf: Belegärztlich und nicht belegärztlich tätige Chirurgen	19
2. Richtgrößen für Arzneimittel im Jahr 2001: Anthroposophische Praxisausrichtung	20
V. Zulassungsrecht	20
1. Zulassungsfähigkeit eines Facharztes für Herzchirurgie	20

2. Praxisnachfolge	21
a) Ausschreibung: Bewerbung als Praxisnachfolger nach Verstreichen der Bewerbungsfrist	21
b) Bewerberauswahl bei Freiwerden eines Vertragsarztsitzes (§ 23 Ziff. 3 BedarfspRL-Ä)	22
c) Praxisnachfolge in Gemeinschaftspraxis unabhängig von Dauer des Bestehens der Praxis	22
3. Sonderbedarfszulassung	22
a) Kinder- und Jugendmediziner mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie	22
b) Keine Sonderbedarfszulassung mit Praxisschwerpunkt „Schmerztherapie“	22
4. Zulassungsentziehung	23
a) Zulassungsausschuss kann nicht sofortige Vollziehung anordnen	23
b) Beschäftigung eines nicht approbierten Mitarbeiters	23
5. 68 Jahres-Altersgrenze	23
a) Keine einstweilige Anordnung trotz Vorhaben zur Abschaffung der Altersgrenze	24
b) Übergeordnete Rechtsnormen, welche Wirksamkeit der Altersgrenze in Frage stellen können	24
c) Rechtmäßigkeit der Altersregelung/Übergangsrecht bei Abschaffung	25
6. Ruhen der Zulassung bei Ruhen der Approbation	25
7. Keine Praxisverlegung für ein Fachgebiet bei „Doppelzulassung“	25
8. Fehlendes Fortsetzungsfeststellungsinteresse nach Erledigung eines Praxisnachfolgeverfahrens	25
VI. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen	25
VII. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung	26
1. Festsetzung des AOP-Vertrags durch Schiedsamt	26
2. Nachvergütung für psychotherapeutische Leistungen: Bindung an Gesamtvertrag	26
VIII. Unterlassung: Behandlung altersabhängiger Maculadegeneration nur bei Vertrag	27
IX. Streitwert/Anwaltsvergütung	27
1. Untätigkeitsklage: Dauer der Untätigkeit	28
2. Keine Reduktion des Auffangwerts im einstweiligen Rechtsschutzverfahren	28
3. Aufschiebende Wirkung der Klage gegen durch Schiedsamt festgesetzten AOP-Vertrag	28
4. Genehmigung nach § 121a SGB V	28
5. Erhöhte Gebühr nach Nr. 2400 VV („schwierig“) in Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren	28
X. Entscheidungen des BSG	29
1. Honorarverteilung	29
a) Honorartöpfe: Beobachtungs- und Reaktionspflicht	29
b) Ausgleich bei Über- und Unterschreitungen zwischen einzelnen Budgets	29
2. Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst: Vertreter bei Ungeeignetheit	29
3. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Neuregelung/Regelprüfmethode	30
4. Keine Ermächtigung wegen Fremdsprachenkenntnisse	30
5. West-Ost-Transfer von Gesamtvergütungsanteilen - Vertragszahnärztlicher Versorgungsbereich	30
6. Anforderungen an integrierte - Leistungssektoren übergreifende - Versorgung	30
7. Streitwert: Beanstandung der Richtlinien des GBA	30
B. Krankenversicherungsrecht	31
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	31
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	31
a) Photodynamischer Therapie (PDT) mit Visudyne (Wirkstoff: Verteporfin)	31
b) Interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds	31
2. Künstliche Befruchtung	32
a) ICSI-Behandlungen: Keine Kosten für Ehefrau	32
b) Kein Anspruch für Frauen nach dem 40. Lebensjahr	32
c) Keine Verfassungswidrigkeit des § 27a SGB V	32
3. Zahnärztliche Leistungen	32
a) Wurzelkanalbehandlung an Backenzähnen (Molaren)	32
b) Kein Anordnungsgrund für erneute Versorgung mit Zahnersatz nach Mängelrüge	33
II. Kostenerstattungsanspruch	33
1. Kausalitätserfordernis: Vorherige Genehmigung der Fahrkosten	33
2. Unwirksamkeit von Selbstzahlerklauseln	33
3. Hyperthermie/Behandlung in Privatkrankenhaus	34
III. Stationäre Krankenhausbehandlung	34

IV. Krankenbehandlung im Ausland	34
1. Vorabersuchen EuGH: Kostenerstattung nach Notfallbehandlung in spanischer Privatklinik	34
2. Kosten für Rettungshubschrauber in der Schweiz	35
3. Zahnprothetische Behandlung in der Tschechischen Republik	35
IV. Arzneimittel	36
1. Off-Label-Use	36
a) Arzneimittel Revlimid® (Wirkstoff: Lenalidomid)	36
b) Immunglobulinpräparate	36
aa) Immoglobulin-Präparat HSANDO10	36
bb) Immunglobulin Octagam® bei Multipler Sklerose	36
c) Wirkstoff Methylphenidat (Concerta, Ritalin, Equasym, Medikinet): ADHS im Erwachsenenalter	37
2. Fehlende arzneimittelrechtliche Zulassung	37
a) Captagon zur Behandlung einer Tagesmüdigkeit ("Narkolepsie")	37
b) Lidoderm (Heftpflaster mit dem Wirkstoff Lidocain)	37
3. Nahrungsergänzungsmittel(hier: Seravit)	38
4. Mistel-Präparat Iscador bei malignen Tumoren	38
5. Potenzmittel Caverject	38
6. Wangenauffüll-Behandlung mit "New-Fill/Sculptra"	38
7. Versorgung ohne Arzneimittelfestbetrag: Sortis® (Wirkstoff Atorvastatin)	39
V. Hilfsmittel	39
1. Hörgeräte	39
a) Unwirksamkeit der Festbetragsfestsetzung	39
b) Verhältnis zwischen Rentenversicherer und Krankenkasse	40
2. Orthopädische Badeschuhe	40
VI. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe	40
Insulininjektion in Behindertenwerkstatt/Zuständigkeit des überörtlichen Trägers	40
VII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha	41
1. Fahrkosten: Kostenerstattung für Taxifahrten nur nach ärztlicher Verordnung	41
2. Rehabilitation	41
a) Berechtigte Wünsche bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung	41
b) Vater-Kind-Kur: Zuzahlungsbefreiung /Fahrkosten/Gepäckaufgabe/Taschengeld	41
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern	42
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	42
a) Freier Gestaltungsrahmen der Krankenkasse für Einwendungen gegen Abrechnung	43
b) Keine Verwirkung vor Verjährung	43
c) Ambulante vor stationärer Behandlung	44
d) Kein Akteneinsichtsrecht einer Krankenkasse ohne Patienteneinwilligung	44
e) Abschlag bei stationärer anstatt vorstationärer Diagnostik	44
2. Arzneimittelhersteller	44
a) Keine aufschiebende Wirkung der Klage gegen Rabattvereinbarung	44
b) Festbetrag für Arzneimittelgruppe "Angiotensin-II-Antagonisten, rein" (Arzneimittel LORZAAR)	45
3. Hilfsmittelerbringer: Ansprüche bis Ende 2008 nach Übergangsrecht	46
4. Krankentransportunternehmen	46
a) Fehlen einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse	46
b) Kein Vorrang des Landes- oder Kommunalrechts in Brandenburg	46
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	47
Kein Wahltarif für auf Zahnersatz beschränkte Kostenerstattung	47
X. Verfahrensrecht: Kein unmittelbares Klagerecht gegenüber GBA	47
XI. Entscheidungen des BSG	48
1. Krankenbehandlung wegen Entstellung (Brustvergrößerung wegen Asymmetrie)	48
2. Arzneimittel	48
a) Off-Label-Use: Antrag eines Vertragsarztes (Immunglobuline bei MS)	48
b) Gerichtliche Überprüfung einer Richtlinie (Lorenzo's Öl)	48
3. Kosten für Fahrten zum Rehabilitationssport	48
4. Zuzahlungen für Bezieher von Arbeitslosengeld II	48
5. Krankenhausvergütung	49
a) Nachträglicher Abrechnungsstreitigkeit und Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung	49
b) Einschränkungen des Versorgungsauftrags	49

c) Vergütungsanspruch eines Rettungsdienstes: Vierjährige Verjährungsfrist	49
C. Entscheidungen anderer Gerichte	50
I. Ärztliches Berufsrecht	50
1. Ruhensanordnung der Approbation wegen Verweigerung einer Untersuchung	50
2. Anerkennung einer Ausbildungsstätte (Systemische Therapie/Familientherapie)	50
3. Geltung einer Übergangsregelung der Weiterbildungsordnung (hier "Proktologie")	50
4. Wettbewerbsrecht	51
a) Verweisung von Patienten eines Augenarztes zur Messungen an ein Augenoptikergeschäft	51
b) Teilhabe am Handel mit selbst verordneten Medizinprodukten	51
c) "Männerarzt (CMI)" ohne erläuternde Zusätze	51
d) Begriff "Zentrum" im Rahmen eines MVZ	51
e) Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg in Rubrik "Ärzte: Plastische Chirurgie"	52
f) Bezeichnung einer Zahnarztpraxis als "Ärztegemeinschaft" ist nicht irreführend	52
5. Abrechnung individueller Gesundheitsleistungen nur mit vorheriger schriftlicher Zustimmung	52
6. Versorgungswerke	52
a) Zulässige Beitragspflicht aufgrund Zwangsmitgliedschaft in der bay. Ärzteversorgung	52
b) Befreiung zugezogener Zahnärzte von Mitgliedschaft im Altersversorgungswerk	52
c) Unveränderte Beitragspflicht trotz geltend gemachter Verluste aus Gastronomiebetrieb	53
II. Arzthaftung	53
1. BVerfG: Beschlussverfahren nach § 522 II ZPO in Arzthaftungsprozessen	53
2. Aufklärungspflichten	53
a) Aufklärung bei ambulanter Behandlung	53
b) Kein Anscheinsbeweis für ärztliches Fehlverhalten nach Herzkatheteruntersuchung	54
c) Eingriffsaufklärung vor chirurgischer Operation (hier: ästhetische Brusterweiterung)	54
d) Schmerzensgeld für Akupunkturbehandlung ohne ärztliches Aufklärungsgespräch	54
e) Fehlende Aufklärung nach neuem Befund bei OP (Kölner "Zwitterprozess")	54
f) Intravenöse Injektionen zur Vorbereitung von Diagnosemaßnahmen durch MTA	54
3. Keine Haftung eines Internisten für spätere Embolie durch Verzicht auf Antikoagulationstherapie	55
4. Ausschluss einer tiefen Beinvenenthrombose/Dokumentation	55
5. Gynäkologische TVT-Implantation trotz nachgewiesener Perforation des Dünndarms	55
6. Geburten	55
a) Haftung für Versäumnisse bei Problemgeburt	55
b) Ärztliche Aufklärungspflicht vor dem Legen einer Cerclage/Kind als Schaden	56
c) Aufklärungspflicht bei Schnittentbindung nur bei Indikation/Armplexuslähmung	56
d) Leitlinien für eine Schnittentbindung auf eine Notsectio	56
e) Schmerzensgeld bei schwersten hypoxischen Hirnschäden	56
7. Sturz in der Klinik	57
8. Sachverständige/Beweisverfahren	57
a) Sachverständiger aus akademischem Lehrkrankenhaus bei bekl. Lehrkrankenhaus	57
b) Hinweis des Sachverständigen auf fehlende Aufklärung des Patienten	57
c) Selbstständiges Beweisverfahren ohne Glaubhaftmachung des Sachvortrags	57
d) Behauptung eines ärztlichen Behandlungsfehlers	57
9. Zahnärzte	58
a) Schmerzensgeldanspruch wegen fehlerhaften Zahnersatzes	58
b) Extraktion eines Weisheitszahns	58
c) Aufklärung eines Kassenpatienten über höherwertigen Zahnersatz	58
III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	58
1. Privatbehandlung	58
a) BGH: Notwendige Bestandteile der Zielleistung der Leistungsbeschreibung	58
b) Abtretung an Inkassostelle/Unwirksamkeit einer Vergütungsvereinbarung	59
c) Dokumentationsanforderung für Leistungsnachweis	59
d) Verwirkung des Honoraranspruchs bei verspäteter Rechnungsstellung	59
e) Einsichtnahme in Originalbehandlungsunterlagen	59
2. Private Krankenversicherung: Kosten einer LASIK-Operation	60
a) Kosten einer LASIK-Operation sind nicht erstattungsfähig	60
b) Erstattungsfähigkeit im Einzelfall	60

3. Beihilfe	60
a) BVerwG	60
aa) Vorläufig weitere Anwendung der Beihilfevorschriften des Bundes/Potenzsteigernde Mittel	60
bb) Vorerst grundsätzlich keine Beihilfe für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	60
cc) Pauschale Kürzung der Beihilfe durch Kostendämpfungspauschale	61
b) Delegation therapeutischer Leistungen an nichtärztliches Personal	61
c) Ambulante Suchttherapie durch einen Drogenberater	61
d) Anwendungs- bzw. körperbezogene Kostenzuordnung bei künstlicher Befruchtung	61
e) Anspruch auf weitere Beihilfe zu den Aufwendungen für Implantatbehandlung	61
f) Heilbehandlung durch nahen Angehörigen des Beihilfeberechtigten	62
IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte	62
1. EuGH	62
a) Apothekenvertrag mit Krankenhaus	62
b) Weigerung zur Belieferung von Großhändlern, die Parallelausfuhren tätigen	62
c) Genehmigung für das Inverkehrbringen eines Humanarzneimittels	62
2. BGH	63
a) Arzneimittelwerbung auf Verpackung	63
b) Parallelimporteur mit Unternehmenslogo auf Umverpackung (Lefax/Lefaxin)	63
c) Diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (MobilPlus-Kapseln)	63
3. Zimtkapseln als Arzneimittel	64
4. Nicht produktbezogene Imagekampagne: Unzulässige Werbegaben an Ärzte	64
5. Verstoß gegen Arzneimittelpreisbindung bei Stundung der gesetzl. Zuzahlung	64
6. Keine Arzneimittelabgabe durch Automaten	64
7. Arzneimittelwerbung:	65
a) Irreführung bei fachlich umstrittener Wirksamkeitsangabe	65
b) Produktbezeichnung "W Dolo Extra 25 mg" als irreführende Werbung	65
8. Keine Erlaubnispflicht für Umfüllen von Verpackungen	65
9. Ausreichende Gebrauchsinformation schließt Schadensersatzanspruch aus	65
V. Vergaberecht: Ausschließliche Zuständigkeit der Sozialgerichte	66
VI. Verschiedenes	66
1. Generalanwalt EuGH: Bedarfsprüfung für Bewilligung eines Ambulatoriums der Zahnheilkunde	66
2. BGH: BGB-Gesellschaft: Fortsetzungsklausel im Gesellschaftsvertrag	66
3. Krankenhäuser	67
a) BVerwG: Berichtigung des Budgets	67
b) Vorläufige Aufnahme in den Krankenhausplan	67
c) Mindererlös eines Krankenhauses bei fehlender Kostenübernahme	67
d) Kein Leistungsbescheid bei privatrechtlichem Behandlungsvertrag	67
e) Fusionskontrolle bei Anstalt öffentlichen Rechts (Universitätsklinikum Greifswald)	68
f) Keine Gerichtsgebührenbefreiung für gemeinnützige GmbH	68
4. Keine Leistungspflicht des Haftpflichtversicherers bei Auflage nach § 153a StPO	68
5. Vorläufiges Berufsverbot für Hebamme wegen fehlerhafter Geburtshilfe und Abrechnungsbetruges	68
6. Prüfungsfreie beschränkte Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapeuten	69
7. Laser-Akupunktur nur durch Heilberufler	69
8. Widerruf der Heilpraktikererlaubnis bei Unterlassen der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe	69
9. Bezeichnung "Kleintierpraxis und Fachpraxis für Zahnheilkunde und Kieferorthopädie"	69
10. Berufsständisches Versorgungsrecht: Beitragsberechnung bei der Rechtsanwaltsversorgung	70
11. Kein Schadensersatzanspruch des Sachverständigen bei Unverwertbarkeit der Leistung	70
12. Keine Zuzahlungsfreiheit bei GKV-Leistungen für Sozialhilfebezieher	70
Verzeichnis der Entscheidungen	71
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht	74
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)	81

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 08-03) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum **09.11.2008** eingestellten Entscheidungen.

Erratum

Das Aktenzeichen von
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 10.07.2008 – L 4 B 405/08 KA ER –
wurde fehlerhaft angegeben (L 4 B 405/06 KA ER).

RID 08-03-74

A. Vertragsarztrecht

Böse/Mölders, Die Durchführung sog. Anwendungsbeobachtungen durch den Kassenarzt als Korruption im Geschäftsverkehr (§299 StGB)?, MedR 2008, 585-591; *Gercke*, Das Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse nach §278 StGB, MedR 2008, 592-595; *Axer*, Standard- und Basistarif als Gegenstand der Sicherstellung in der vertragsärztlichen Versorgung, MedR 2008, 482-492; *Pitschas*, Änderung der Versorgungsstrukturen durch Verflechtung von Leistungssektoren: Ambulante Krankenhausbehandlung nach § 116b SGB V, MedR 2008, 473-482; *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 – SozR 4-2500 § 85 Nr 33 = MedR 2007, 298 - RID 07-03-01 (Eine Honorarverteilung, wonach der größte Teil des Gesamtvergütungsvolumens für eine Honorierung zu vollen Punktwerten verwendet wird und für die restlichen Leistungen lediglich geringe Punktwerte verbleiben, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.) wies die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 25/05 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 23 = BSGE 96, 53 zurück.

Nach BSG, Urt. v. 17.09.2008 – **B 6 KA 48/07 R** – wird dem Gebot nach § 75 III 2 SGB V zur **Vergütung** von Behandlungsfällen, in denen die KV die Versorgung für **Heilfürsorgeberechtigte** sicherzustellen hat, entsprochen, wenn in solchen Behandlungsfällen der Durchschnittspunktwert aus den von allen Ersatzkassen entrichteten Gesamtvergütungen zur Anwendung kommt; nach BSG, Urt. v. 17.09.2008 – **B 6 KA 46/07 R** - u. – **B 6 KA 47/07 R** – ist die im EBM 2005 enthaltene Differenzierung der **Punktzahlen** für den Ordinationskomplex im organisierten Notfalldienst (Nr. 01210: 500 Punkte) und für die **Notfallbehandlung in Krankenhäusern** (Nr. 01218: 200 Punkte) mit höherrangigem Recht nicht vereinbar; auch ist die Ausgestaltung der Vergütung der Notfalleistungen in einem HVV, wonach die Leistungen im Notfalldienst mit einem festen Punktwert von 4,6 Ct., diejenigen in Krankenhäusern mit einem geringeren Punktwert (4,0 bzw. 3,3 Ct.) zu vergüten sind, rechtswidrig.

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: 90 %-REGELUNG FÜR FACHÄRZTIN FÜR PSYCHOTH. MEDIZIN BEI „DOPPELZULASSUNG“

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 02.07.2008 – **L 9 KA 2/04** –

RID 08-04-01

SGB V § 85 IV, IVa

Eine als Fachärztin für **psychotherapeutische Medizin** und als Fachärztin für **Psychiatrie und Psychotherapie** zugelassene Ärztin gehört wegen ihrer Zulassung zu zwei Fachgebieten („**Doppelzulassung**“) nicht zur Gruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte. Insofern ist die für die 90 %-Regelung maßgebliche Bedarfspl-RL wegen der auf die Rspr. des BSG zurückgehenden Zielrichtung, einen Verfall des Punktwerts für die Ärzte zu verhindern, die im Wesentlichen nur strikt zeitgebundene Leistungen abrechnen könnten, einschränkend auszulegen. Ein gestützter Punktwert sollte nur den Leistungserbringern zugute kommen, die mit einem Anteil von (mindestens) 90 % ihrer Gesamtleistung die besonderen psychotherapeutischen Leistungen erbringen.

SG Magdeburg, Urt. v. 26.11.2003 – S 7 KA 525/00 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Nach BSG, Urt. v. 17.09.2008 – **B 6 KA 28/07 R** – ist eine KV nicht verpflichtet, **bestandskräftige Honorarbescheide** nach § 44 II 1 i.V.m. Satz 2 SGB X zu korrigieren, auch wenn sie zunächst der Auffassung war, dass Honorarbescheide für die im **Delegationsverfahren** erbrachten Leistungen nicht von den Delegationspsychotherapeuten angefochten werden könnten. 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 v. 06.11.2002 - 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 08-03-A.I.1 (S. 8), 08-02-A.I.1. (S. 7 ff.) m.w.N.

2. VERZICHT AUF RÜCKFORDERUNG VON ÜBERZAHLUNGEN NACH HONORARNEUBERECHNUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.06.2005 – L 11 KA 19/04 –

RID 08-04-02

(rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV; BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä § 34 IV 1

Eine KV kann davon absehen, trotz Vorliegens der Voraussetzungen einer sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit im Verhältnis zu anderen Vertragsärzten, deren Honorar neu zu berechnen und ggf. Rückforderungsansprüche geltend zu machen.

Nachdem BSG, Urt. v. 17.09.1997 die beschlossene **rückwirkende Teilbudgetierung verschiedener Gesprächsziff. des EBM für unzulässig** gehalten hatte, berechnete die Bekl. das Honorar ohne Anwendung dieser Budgetierung neu. Der Kläger, ein Facharzt für Allgemeinmedizin, beanstandete, dass die Bekl. **auf die Rückforderung von Überzahlungen an Vertragsärzte verzichtet** habe. Dies habe zu einer eklatanten Ungleichbehandlung der Vertragsärzte geführt, da die im Einzelfall notwendig gewordenen Restzahlungen nur aus Rückstellungen aus Haushaltsüberschüssen erfolgen konnten bzw. durch Berechnungen niedrigerer Punktwerte für allen übrigen Ärzte. Im **Widerspruchsbescheid** führte die Bekl. u.a. aus, wegen der nunmehr höheren Leistungsanforderung bei unveränderter Gesamtvergütung habe zwangsläufig der Punktwert sinken müssen. Soweit sich beim einzelnen Arzt ein **positiver Saldo** ergeben habe, sei Honorar **nachvergütet** worden. Sofern der Vergleich hingegen mit der bisherigen Berechnung einen **Negativsaldo** ergeben habe, sei es bei der **bisherigen Honorarhöhe verblieben**. Diese Entscheidung sei von der Überlegung getragen worden, dass nach der Neuberechnung des Honorars für das Quartal I/96 mit dem neuen Punktwert fast 8.000 Ärzte verpflichtet gewesen wären, einen Teil ihres Honorars zurückzuzahlen, hingegen hätten nur 2.000 Ärzte Nachzahlungen erhalten. Von den zur Rückzahlung verpflichteten Ärzteguppen hätten die Arztgruppen den größten Teil des Rückzahlungsbetrages aufbringen müssen, die keine oder nur in geringerem Umfang Gesprächsleistungen abrechneten (insbesondere Laborärzte und Radiologen). Der niedrigere Punktwert hätte die Ärzte im Sinne der Bestimmung zu den Überbrückungsmaßnahmen notleidend gemacht, denn diese Fachgruppen hätten keine Nachzahlung wegen budgetierter Gesprächsleistungen erhalten. Überbrückungsleistungen in Höhe von ca. 10 Millionen DM für die streitigen Quartale hätten etwa 14,7 Millionen DM Rückforderung gegenübergestanden. Die Vertreterversammlung habe bei ihrer Entscheidung nicht nur den erheblichen Verwaltungsaufwand für die Rückforderung von Honorarteilen bei knapp 8.000 Ärzten berücksichtigt, sondern auch bedacht, dass bei einzelnen Ärzten der Rückzahlungsbetrag so hoch gewesen wäre (ca. 40.000,00 DM pro Quartal), dass unter Sicherstellungsgründen Handlungsbedarf für die Beklagte bestanden hätte. **SG Dortmund**, Urt. v. 17.12.2002 - S 9 KA 193/99 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. BETRIEBSSTÄTTE NUMMER FÜR ANÄSTHESIOLOGEN ALS ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNG

LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 28.08.2008 – L 4 B 463/08 KA ER –

RID 08-04-03

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 72, 82 I 1, 92 II Nr. 13; Ärzte-ZV § 24 IV 2; BMV-Ä/EKV-Ä § 15a II 3

§ 15a II BMV-Ä ist nicht mangels Ermächtigungsgrundlage nichtig.

§ 98 II Nr. 13 SGB V nimmt nicht Fragen der Zulassung generell von einer Regelung durch die Partner der Bundesmantelverträge aus. Die **Zulassungsverordnung** trifft keine Regelungen, die sich speziell auf die besondere Situation der nicht schmerztherapeutisch tätigen Anästhesisten beziehen.

Es sind keine Anhaltspunkte dafür zu erkennen, dass die Genehmigungspflicht einschließlich der Angabe des **Tätigkeitsorts** bei der Abrechnung in unverhältnismäßiger Weise in Rechte eines **Anästhesiologen** eingreifen würde.

Die Ast. ist eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft, bestehend aus **fünf Fachärzten für Anästhesiologie** mit Hauptsitz in L. Es handelt sich um **nicht schmerztherapeutisch** tätige Ärzte, die ihre **Tätigkeit in den Praxisräumen anderer Ärzte**, ambulanten Operationszentren und medizinischen Versorgungszentren erbringen. Nach eigenen Angaben erbringen sie ihre anästhesiologischen Leistungen an **38 verschiedenen Orten in Schleswig-Holstein bei 85 verschiedenen Vertragsärzten** oder Vertragszahnärzten. Im Zuge der Vergabe der sog. lebenslangen Arztnummer sowie einer Betriebsstättennummer teilte die KV mit, Anästhesisten erhielten für die Erbringung von Leistungen an Tätigkeitsorten außerhalb ihres Vertragsarztsitzes **für jeden Tätigkeitsort im ambulanten Sektor je eine Nebenbetriebsstättennummer, die nicht mit einer der Betriebsstättennummern des durchführenden Operateurs identisch sei**. Der Ast. müsse daher für jede Nebenbetriebsstätte eine Nebenbetriebsstättennummer zugeteilt werden. Andernfalls bestehe keine Abrechnungsmöglichkeit. **SG Kiel**, Beschl. v. 02.06.2008 - S 20 KA 25/08 ER - wies den Antrag, im Wege der einstweiligen Anordnung festzustellen, dass die Ag. verpflichtet ist, anästhesiologische Leistungen der Ast. auch ohne Genehmigung einer fiktiven Nebenbetriebsstätte nach § 15a II 3 BMV-Ä/EKV zu vergüten, ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück; dabei ging es davon aus, dass der Feststellungsantrag nur insoweit zulässig sei, als die Ast. geltend mache, dass ihr die mit der Antragstellung nach § 15a II BMV-Ä und der Abrechnung verbundene Mitteilung der Tätigkeitsorte gegenüber der Ag. von vornherein nicht zuzumuten sei. S.a. unter Streitwert.

4. AUFHEBUNG BESTANDSKRÄFTIGER HONORARBESCHEIDE: VERSCHULDEN BEGRÜNDET KEINE ATYPIK

LSG Hessen, Urt. v. 18.06.2008 – L 4 KA 83/07 –
SGB V § 85 IV; SGB X § 44 II

RID 08-04-04

Die **Rücknahme bestandskräftiger Honorarbescheide** steht nach § 44 II SGB X im pflichtgemäßen Ermessen der KV. Ein **atypischer Fall**, der das Ermessen ausnahmsweise auf die Rücknahme reduzieren würde, liegt nicht bereits dann vor, wenn die KV eine bereits **objektiv bekannte Rechtsprechung des BSG nicht umgesetzt** hat, denn der Anwendungsbereich des § 44 II SGB X erstreckt sich typischerweise auch auf Fälle, in denen die Behörde schuldhaft rechtswidrig handelt, weil sie eine hinlänglich bekannte Rechtslage nicht beachtet. Ein **Verschulden der KV** im Zusammenhang mit dem Erlass rechtswidriger Bescheide kann daher **keine Atypik** begründen.

SG Marburg, Urt. v. 21.11.2007 – S 12 KA 1067/06 – RID 07-04-22 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. AUFRECHNUNG IM INSOLVENZVERFAHREN MIT VORSCHUSSZAHLUNGEN

SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 50/08 –

RID 08-04-05

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsprechung/suche?Openform>
SGB V § 85 IV; InsO §§ 94, 95

Eine KV ist berechtigt, Honorarrückforderungsansprüche wegen **zu hoher Vorschusszahlungen** vor Insolvenzeröffnung mit Honoraransprüchen des Insolvenzschuldners aufgrund nach Insolvenzeröffnung festgesetzter Honoraransprüche für die gleichen Quartale aufzurechnen.

Das *SG* wies die Klage ab.

6. KV HESSEN

A) BINDENDE VORGABE DES BEWERTUNGSAUSSCHUSSES FÜR REGELLEISTUNGSVOLUMEN (NEPHROLOGEN)

LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 – L 4 KA 69/07 –

RID 08-04-06

Revision anhängig: B 6 KA 31/08 R www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsprechung/suche?Openform>
SGB V § 85 IV, IVa; EBM 2005 Nr. 13600 bis 13621; Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die KVen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2005 (DÄ 101, Ausgabe 46 v. 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525)

Ein HVV besteht nach der gesetzlichen Fiktion des § 85 IV 10 SGB V aus einem Beschlussteil und dem zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Teil. Im Falle einer divergenten Regelung kommt den **bundeseinheitlichen Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses der Vorrang** zu. Die Vertragspartner des HVV sind an die Beschlussregelungen des Bewertungsausschusses in der Weise gebunden, dass sie rechtswirksam keine abweichende Regelung treffen konnten (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.2004 – B 6 KA 52/03 R - BSGE 92, 87 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 8, jeweils Rdnr. 14).

Der **Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004** ist rechtmäßig.

Die **Dialyseleistungen** nach Nr. 13600 bis 13621 EBM 2005 sind den in Ziff. III.4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 aufgeführten Leistungen zuzuordnen und können nicht unter dem Regime der Regelleistungsvolumina abgerechnet werden.

Die zum 01.06.2002 erfolgte Neuregelung der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Anl. 9. 1 zum BMV-Ä/EKV-Ä) ist vom Bewertungsausschuss als eine so weitgehende Regulierung angesehen worden, dass **zusätzliche Mengen begrenzende Maßnahmen** mangels Erforderlichkeit unverhältnismäßig sind.

SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 822/06 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

B) HONORARBESCHEIDE AB QUARTAL II/05

AA) BENACHTEILIGUNG DER EINZELPRAXEN/BEWERTUNGSAUSSCHUSS/REGELLEISTUNGSVOLUMEN/PUNKTWERT

*SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 469/07 –
Sprungrevision zugelassen, Berufung anhängig: L 4 KA 90/08
SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87*

RID 08-04-07
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Die Vertragsparteien eines Honorarverteilungsvertrages sind an die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Festlegung eines Regelleistungsvolumens gebunden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 69/07 – Revision anhängig - B 6 KA 31/08 R). Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem **Leistungsbereich 4.1** zuzuordnen sind, dürfen nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden. Insofern ist auch die Berechnung der Regelleistungsvolumina fehlerhaft. Im Übrigen ist das Regelleistungsvolumen rechtmäßig.

Eine rechtswidrige **Benachteiligung der Einzelpraxen gegenüber den Gemeinschaftspraxen** besteht weder im EBM 2005 noch im HVV der KV Hessen in den Quartalen II u. III/05.

Es ist nicht zu beanstanden, dass nach dem Honorarverteilungsvertrag der KV Hessen für die Quartale ab II/05 für **Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens** kein fester, sondern nur ein quotierter Punktwert vorgesehen ist, und dass die **das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungsanforderungen** mit einem einheitlichen Punktwert (von 0,51 Cent) vergütet werden.

Für die Quartale ab II/05 besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines festen **Punktwerts von 5,11 Ct.**

Das **SG** gab der Klage eines Kardiologen mit Teilradiologie bzgl. der Quartale II und III/05 teilweise statt.
Parallelverfahren eines Augenarztes: SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 429/07 – RID 08-04-08

BB) BEWERTUNGSAUSSCHUSS/HONORARKÜRZUNG ZIFF. 7.5/QUOTIERTER PUNKTWERT/MINDESTPUNKTWERT

SG Marburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 352/07 –

RID 08-04-09

*Berufung anhängig: L 4 KA 95/08 www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform
SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87; V; Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004*

Die Vertragsparteien eines Honorarverteilungsvertrages sind an die Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina gebunden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 69/07 – RID 08-04, www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris <Revision anhängig - B 6 KA 31/08 R ->). 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 (Festhalten an SG Marburg, Urt. v. 16.07.2008 – S 12 KA 377/07 – RID 08-03-10; v. 27.08.2008 – S 12 KA 513/07 – RID 08-04).

Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem **Leistungsbereich 4.1** zuzuordnen sind (III.4.1 BRLV), dürfen nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden. Insofern ist auch die Berechnung der Regelleistungsvolumina fehlerhaft.

Es ist nicht zu beanstanden, dass nach dem Honorarverteilungsvertrag der KV Hessen für die Quartale ab II/05 für **Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens** kein fester, sondern nur ein quotierter Punktwert vorgesehen ist, und dass die **das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungsanforderungen** mit einem einheitlichen Punktwert (von 0,51 Cent) vergütet werden.

Für die Quartale ab II/05 besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines festen **Punktwerts von 5,11 Ct.**

Das **SG** gab der Klage einer anästhesistischen Gemeinschaftspraxis bzgl. der Quartale II und III/05 teilweise statt.

Parallelverfahren: SG Marburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 530/07 –

RID 08-04-10

Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 85/08 -

SG Marburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 539/07 –

RID 08-04-11

Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 86/08 -

CC) ANÄSTHESIELEISTUNGEN BEI BELEGARZTFÄLLEN NICHT IM REGELLEISTUNGSVOLUMEN

SG Marburg, Urt. v. 24.09.2007 – S 12 KA 467/07 –

RID 08-04-12

Berufung anhängig: L 4 KA 92/08 www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>

SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87

Leistungen, die entsprechend III.4.1 Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind, dürfen nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 69/07 – Revision anhängig - B 6 KA 31/08 R - >). Hierzu gehören auch die Leistungen einer **Anästhesistin im Rahmen der Behandlung von stationären Belegarztfällen**. Insofern ist auch die Berechnung der Regelleistungsvolumina fehlerhaft. Es ist nicht zu beanstanden, dass nach dem Honorarverteilungsvertrag der KV Hessen für die Quartale ab II/05 für Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens kein fester, sondern nur ein **quotierter Punktwert** vorgesehen ist, und dass die das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungsanforderungen mit einem einheitlichen Punktwert (von 0,51 Cent) vergütet werden.

Für die Quartale ab II/05 besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines festen Punktwerts von **5,11 Ct.**

Das **SG** gab der Klage bzgl. der Quartale II/05-IV/06 teilweise statt.

Parallelverfahren: SG Marburg, Urt. v. 22.10.2007 – S 12 KA 330/07 –

RID 08-04-13

SG Marburg, Urt. v. 22.10.2007 – S 12 KA 416/07 –

RID 08-04-14

DD) VERGÜTUNG DER KURATIVEN KOLOSKOPIE KANN QUOTIERT WERDEN

SG Marburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 35/08 –

RID 08-04-15

Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 84/08 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87; Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004; EBM 2005 Nr. 13421

Die Regelungen zur **Vergütung der kurativen Koloskopie** nach Nr. 13421 EBM 2005 im HVV der KV Hessen für die Quartale ab II/05, nach denen der Punktwert von 4 Ct. quotiert werden kann, soweit der Verteilungsbetrag hierfür nicht ausreicht, wobei der quotierte Punktwert den für die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens nicht unterschreiten darf, ist nicht zu beanstanden.

Das **SG** gab der Klage einer fachärztlich-internistischen Gemeinschaftspraxis gegen die Honorarbescheide für die Quartale II und III/05 teilweise statt.

Parallelverfahren: SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 336/07 –

RID 08-04-16

SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 476/07 –

RID 08-04-17

EE) BINDUNG AN BEWERTUNGSAUSSCHUSS: UNZULÄSSIGE KÜRZUNG (ZIFF. 7.5 HVV)

SG Marburg, Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 513/07 –

RID 08-04-18

Berufung anhängig: L 4 KA 80/08

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87; Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004

Die Vertragsparteien eines HVV sind an den Beschl. d. Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 gebunden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 69/07 – Revision anhängig - B 6 KA 31/08 R ->). 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 fünf Quartalen als „**Härtefallregelung**“ hinzunehmen (vgl. bereits Urteil der Kammer vom 16.07.2008 - S 12 KA 377/07 – RID 08-03-10, Berufung anhängig LSG Hessen: L 4 KA 72/08).

Bei einer Neubescheidung ist zu berücksichtigen, dass die Kappung eines bisher überhöhten Punktwerts nicht erfolgt ist.

Das **SG** gab der Klage statt.

SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 409/07 –

entfällt RID 08-04-19

RID 08-04-20

Sprungrevision zugelassen, Berufung anhängig: L 4 KA 89/08

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87

Der HVV kann 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.

Im Übrigen s. **SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 469/07 – RID 08-04-07.**

Das **SG** gab der Klage eines Allgemeinmediziners bzgl. der Quartale II und III/05 teilweise statt.

EE) AMBULANTES OPERIEREN: FACHGRUPPENDURCHSCHNITT BEI PRAXISVERLEGUNG

SG Marburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 443/07 –

RID 08-04-21

Berufung anhängig: L 4 KA 91/08 www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>
SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87

Ein Chirurg, der **seine Praxis über 30 km verlegt** und im Wesentlichen keine Patienten aus dem Umfeld seines alten Praxisstandorts versorgt, kann im Rahmen der Zubilligung eines Regelleistungsvolumens für ambulantes Operieren nicht mit Abrechnungswerten an seinem früheren Praxisstandort verglichen werden. Es sind die Werte des Fachgruppendurchschnitts heranzuziehen. Die Bildung von **Regelleistungsvolumina für ambulantes Operieren** mit einer Vergütung zu einem festen Punktwerten ist zulässig. Auf eine darüber hinausgehende Abrechnung zu dem festen Punktwert besteht kein Anspruch.

Das *SG* gab der Klage teilweise statt.

C) REGELLEISTUNGSVOLUMEN UND SONDERREGELUNG

AA) INTERNIST UND PROKTOLOGE

SG Marburg, Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 80/08 –

RID 08-04-22

Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 75/08 - www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87

Eine Ungleichbehandlung und damit ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit kann dann vorliegen, wenn die Praxis einen im Vergleich zur Fachgruppe atypischen Versorgungsbedarf abdeckt. In diesem Fall ist eine Ermessensentscheidung über eine Ausnahme zu den Regelleistungsvolumina zu treffen. Es ist unzulässig, einen Vertragsarzt von vornherein darauf zu verweisen, er könne auf seine Spezialisierung verzichten. Ein Ausnahmefall liegt bei einem fachärztlich tätigen Internisten ebenso wie bei einem hausärztlich tätigen Internisten vor, der fast ausschließlich proktologische Fälle behandelt.

Das *SG* gab der Klage statt.

BB) KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE: PRAXISANFÄNGER

SG Marburg, Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 424/07

RID 08-04-23

Berufung anhängig: LSG Hessen: L 4 KA 76/08 www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87

Praxisanfänger innerhalb der Fachgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und – psychotherapie haben einen Anspruch auf Freistellung von einem Regelleistungsvolumen für das erste Quartal und Verdoppelung des Regelleistungsvolumens für die sieben Folgequartale.

Eine Vertragsärztin, die ihre Tätigkeit erst nach dem Quartal I/05 aufgenommen hat, hat keinen Anspruch auf eine Sonderregelung nach der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV der KV Hessen.

Das *SG* gab der Klage statt.

CC) KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN: PROBATORISCHE SITZUNGEN/NEUNIEDERLASSUNG

SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 235/07 –

RID 08-04-24

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>
SGB V § 85 IV, IVa

Probatorische Sitzungen können in ein Regelleistungsvolumen einbezogen werden.

Für die Bemessung des Regelleistungsvolumens bestehen zwischen den **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** und den anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten und Psychologischen Psychotherapeuten solche Unterschiede, dass eine unterschiedliche Festsetzung der Fallpunktzahlen geboten ist.

Praxisanfänger innerhalb der Fachgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, auch soweit es sich um eine **Neuniederlassung** handelt, haben einen Anspruch auf Freistellung von einem Regelleistungsvolumen für das erste Quartal und Verdoppelung des Regelleistungsvolumens für die sieben Folgequartale (Bestätigung von *SG Marburg, Urt. v. 27.08.2004 – S 12 KA 424/07 -*, *Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 76/08 -*).

Das *SG* gab der Klage statt.

Parallelverfahren (ohne Abs. 3): *SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 56/07 –*

RID 08-04-25

SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 977/06 –

RID 08-04-26

DD) ABGESTAFFELTE VERGÜTUNG BEI ÜBERSCHREITEN DER FALLZAHL

SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 84/08 –

RID 08-04-27

Berufung anhängig: LSG Hessen: L 4 KA 99/08 www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>

SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87

Die abgestaffelte Vergütung bei Überschreiten der Fallzahl von über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal ist nicht zu beanstanden. Der Vortrag, die Versorgung der Patienten in ländlichen, strukturschwachen Regionen müsse sichergestellt werden, kann einen atypischen Sonderfall nicht begründen.

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

D) GYNÄKOLOGISCHE PRAXIS MIT ZYTOLOGISCHEM EINSENDELABOR: GETRENNTE BUDGETS

SG Marburg, Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 21/08 –

RID 08-04-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87; SGB X § 34

Eine **gynäkologische Praxis mit zytologischem Einsendelabor** kann **getrennten Honorarbegrenzungsmaßnahmen** unterworfen werden, ohne dass eine Verrechnung von Budgetüberschreitungen mit –unterschreitungen stattfindet.

Eine **Zusicherung** über die Nichtdurchführung von Honorarbegrenzungsmaßnahmen liegt jedenfalls dann nicht vor, wenn ausdrücklich auf eine noch nicht absehbare Rechtslage hingewiesen wird.

Das **SG** wies die Klage bzgl. der Quartale III/04-I/05 ab.

E) ERHEBUNG EINER KOSTENUMLAGE DURCH GESCHÄFTSAUSSCHUSS EINER BEZIRKSSTELLE DER KV HESSEN

LSG Hessen, Urt. v. 18.06.2008 – L 4 KA 59/06 und L 4 KA 64/06 –

RID 08-04-29

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 81 I 3 Nr. 5; Notdienstordnung KV Hessen

Sog. **Kontoauszügen**, die den Honorarbescheiden beigelegt werden und den **Betriebskostenabzug** im Rahmen einer **Teilnahme am Notdienst** der KV Hessen ausweisen, kommt **Verwaltungsaktqualität** zu.

Ein **Geschäftsausschuss einer Bezirksstelle der KV Hessen** hatte im November 2002 keine Normsetzungsbefugnis zur Festlegung eines Betriebskostenabzugs auf 35% für den Notdienst. Für ein ausnahmsweise bestehendes Selbsteintrittsrecht des für die Genehmigung des Beschlusses nach § 8 III 2 der Notdienstordnung zuständigen Geschäftsausschusses der Bezirksstelle gibt es keine Anhaltspunkte.

Die KV Hessen war berechtigt, die Beschlussfassung über Art und Umfang des Betriebskostenabzugs auf die **einzelne Notdienstgemeinschaft zu übertragen**, nachdem sie mit der Notdienstordnung als Bestandteil der Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel selbst getroffen hat.

Der Kl., ein seit 2002 privat niedergelassener Arzt, ist seit 1999 im von der Bekl. organisierten ärztlichen Notdienst in verschiedenen Notdienstzentralen tätig. Er erklärte sich am 30.09.2002 gegenüber der Bekl. bereit, in den eingerichteten ärztlichen Notfalldiensten mitzuarbeiten, und erkannte mit Abgabe der Erklärung zugleich die ab 01.10.2002 geltende Notdienstordnung (NO) sowie die hierzu ergänzenden Beschlüsse des Vorstandes der Bekl., des Geschäftsausschusses der Bezirksstelle FD. und der Abgeordnetenversammlung der Bekl. an. Gemäß § 8 III 1 Buchst. a NO ist, soweit die - nach § 8 Abs. 1 - bei Betrieb von Notdienstzentralen und Notdienstleitstellen zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichend sind, für die Finanzierung des organisierten Notdienstes ein Abzug eines angemessenen Betriebskostenanteils von mindestens 15%, höchstens 35%, bezogen auf die im Rahmen des Notdienstes von den Notdienstärzten erarbeiteten Honorare, zu erheben. Art und Umfang des Betriebskostenabzugs sind dabei von der **Versammlung der Notdienstgemeinschaft**, die von den in einem Notdienstbezirk niedergelassenen Vertragsärzten gebildet wird (§ 2 II) festzulegen und von dem Geschäftsausschuss der zuständigen Bezirksstelle zu genehmigen (§ 8 III 2). Nach § 11 I 1 NO sind die Beschlüsse der Abgeordnetenversammlung, des Vorstandes und des Geschäftsausschusses der jeweiligen Bezirksstelle der Beklagten zur Gestaltung des Notdienstes für alle Vertragsärzte bindend. Nach § 11 I 2 HS 1 NO haben nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Notdienstärzte durch entsprechende Erklärung vor der erstmaligen Teilnahme am organisierten Notdienst schriftlich die Anerkennung dieser Notdienstordnung zu bestätigen. Im September 2002 informierte die Bezirksstelle FD. die Notdienstärzte in ihrem Bereich auch, dass in allen Notdienstzentralen ab Oktober ein Betriebskostenabzug in Höhe von 15% erfolge. **Am 02.11.2002 beschloss der Geschäftsausschuss der Bezirksstelle FD.**, mit Wirkung ab Januar 2003

einen einheitlichen Betriebskostenabzug in Höhe von 35% vorzunehmen. Zeitgleich beschloss er, dass den Notdienstgemeinschaften die Möglichkeit gegeben werde, durch Sockelbeträge oder Stundenpauschalen die Situation für die Dienstausübenden so zu gestalten, dass zur früheren Regelung keine Honorareinbußen entstünden. Im November 2002 informierte die Bezirksstelle FD. die Obleute der Notdienstzentralen, kollegialen Notdienste und gebietsärztlichen Bereitschaftsdienste über den Inhalt des Beschlusses, mit Schreiben vom 04.03.2003 unterrichtete sie unmittelbar alle dienstausübenden Ärztinnen und Ärzte der Notdienstzentralen. Mit Honorarbescheiden v. 11. u. 25.10.2003 setzte die Bekl. das Honorar des Kl. für die Quartale I/03 und II/03 – jeweils gesondert für jeden Notdienstbezirk - fest, wobei sie Kontoauszüge beifügte, aus denen sich Betriebskostenabzüge jeweils in Höhe von 35% ergaben. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 28.06.2006 - S 5/28 KA 2184/04 - verurteilte d. Bekl., den Betriebskostenabzug für das Quartal I/03 auf 15 % festzusetzen, das **LSG** verurteilte d. Bekl., den Betriebskostenabzug auch für das Quartal II/03 auf 15 % festzusetzen und wies die Berufung der Bekl. zurück.

S.a. **SG Marburg**, Urt. v. 09.11.2005 – S 12 KA 35/05 – RID 06-01-26 (anders zur Verwaltungsaktqualität); **SG Marburg**, Urt. v. 29.08.2007 – S 12 KA 575/06 –RID 07-03-49.

7. ZAHNÄRZTE: ANRECHNUNG EINER HVM-HONORARBEGRENZUNG AUF DEGRESSIONSABZUG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.06.2008 – L 11 KA 9/07 –

RID 08-04-30

Revision eingelegt: B 6 KA 40/08 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 85 IVb ff.

Eine auf der Anwendung von **HVM-Honorarbegrenzungen** beruhende Kürzung beseitigt die honorarmäßige Grundlage für einen **Degressionsabzug**, und zwar insoweit, als bei der Berechnung der Degressionsüberschreitung auch die Punkte eingeflossen sind, für die eine Vertragszahnärztin infolge der HVM-bedingten Kürzung letztlich keine Vergütung erhält. Folgerichtig ist die HVM-Kürzung in Punkte umzurechnen und sind die sich so ergebenden Punkte von der ursprünglichen Punktmengenüberschreitung i.S.d. § 85 IVb SGB V in Abzug zu bringen. Eine Vertragszahnärztin wird faktisch damit so gestellt, als wenn ihr Gesamthonorarananspruch insoweit nicht der Degression unterliegt, wie er aufgrund der Mengenbegrenzungsregelungen des HVM zu mindern ist.

Für die Jahre 2000 bis 2002 nahm die Bekl. wegen Überschreitung der der Kl., einer Kieferorthopädin, auf der Grundlage des § 85 IVb ff. SGB V zustehenden degressionsfreien Punktmenge Honorarabzüge vor. Gleichzeitig setzte die Bekl. endgültige Honorareinbehalte gemäß § 4 Ia HVM fest, die sich aus der Überschreitung der Abrechnungswerte für KFO und alle übrigen Leistungsarten gegenüber den individuellen Honorargrenzen ergaben. Die Bekl. erteilte der Kl. dann vor dem Hintergrund, dass nach mehreren Entscheidungen des BSG vom 21.05.2003 bei der Ermittlung der Vergütungsminderungen gemäß § 85 IVb SGB V nicht vergütete Punkte aus der Honorarverteilung nicht zu berücksichtigen seien, als Anlage zu der Quartalsabrechnung II/04 drei "Gutschriftenanzeigen" (für das Jahr 2000 i.H.v. 36.309,47 DM, für das Jahr 2001 i.H.v. 11.620,37 DM und für das Jahr 2002 i.H.v. 3.471,59 Euro). Zur Berechnung der Gutschriften zog sie die in Punkte umgerechneten HVM-Einbehalte von der degressionswirksamen Punktmengenüberschreitung ab. Entsprechend der damit jeweils reduzierten Punktmengenüberschreitung verringerte sich der Honorarabzug. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 08.11.2006 - S 2 KA 183/05 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren: SG Düsseldorf, Gerichtsbb. v. 08.11.2006 - S 2 KA 391/04 -

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.06.2008 – L 11 KA 12/08 –

RID 08-04-31

Revision anhängig: B 6 KA 33/08 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 17.09.2008 – **B 6 KA 51/07 R** – kann Nr. 19 EBM a.F. weder im Notarztwagendienst noch im vertragsärztlichen Notfalldienst abgerechnet werden. Nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 1/08 R** – kann die Leistung nach Nr. 01 BEMA-Z (Eingehende Untersuchung einschließlich Beratung) im Zusammenhang mit einem Besuch nicht neben der Leistung nach Nr. 50 GOÄ (abrechnungstechnisch für Zahnärzte Nr. 7500 BEMA-Z - Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung) abgerechnet werden.

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. HONORARBERICHTIGUNG WEGEN NACHVERGÜTUNG FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

SG Berlin, Urt. v. 28.05.2008 – S 83 KA 83/06 –

RID 08-04-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de
BMV-Ä § 45 II; EKV-Ä § 34 IV

Im Bereich der KV Berlin konnten Honorarberichtigungen für die Quartale III/02 bis II/04 nach Neuberechnung des Punktwerts wegen der Nachvergütung für die Gruppe der Psychotherapeuten vorgenommen werden. Ein Vertragsarzt kann nicht die Heranziehung der Hausärzte zur Finanzierung der Nachzahlungen an die Psychotherapeuten verlangen.

Die Kl. ist eine aus zwei Fachärzten für Nuklearmedizin bestehende Gemeinschaftspraxis. Die Bekl. fügte den Honorarbescheiden für die Quartale III/02 bis II/04 jeweils eine **Nebenbestimmung** bei. Sie lautete: *"Wichtig! Nebenbestimmung zum Honorarbescheid des Quartals [...] Dieser Honorarbescheid ist teilweise vorläufig. Die den nachfolgenden Leistungen zu Grunde gelegten Punktwerte sind nur vorläufig, so dass insofern gem. § 45 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä bzw. § 34 Abs. 4 Sätze 1 und 2 EKV-Ä im Wege der sachlichen-rechnerischen Berichtigung eine nachträgliche Neufestsetzung des Honoraranspruchs zu Ihren Gunsten oder zu Ihren Ungunsten erfolgen kann (BSG-Urteile vom 31.10.2001 B6 KA 14 ff/00 R). Dies gilt für nachfolgende Bereiche: Pauschalierte Gesamtvergütung, Einzelleistungen und Präventionen [] Die Höhe des vom Bewertungsausschuss definierten Mindestpunktwerts (ab 3/02 3,1547 EUR-Cent, d.h. 6,17 Dpf.) für die zeitgebundene und genehmigungspflichtige Psychotherapie ist nach wie vor umstritten. Die hierzu bei diversen Sozialgerichten und Landessozialgerichten anhängigen Rechtsstreitigkeiten könnten dazu führen, dass dieser Leistungsbereich zu zusätzlichen Lasten der übrigen fachärztlichen Versorgung gestützt werden muss. Dies würde zu einer weiteren Absenkung der Punktwerte des fachärztlichen Versorgungsbereichs führen."* Mit Bescheid v. 25.10.2005 hob die Bekl. die Honorarbescheide der Kl. für die Quartale III/02 bis II/04 bezüglich der Vergütung der fachärztlichen Leistungen teilweise auf und legte nunmehr einen Punktwert unterhalb der ursprünglichen Punktwerte zugrunde. Sie setzte eine Honorarrückforderung für alle Quartale in Höhe von insgesamt 15.903,00 EUR fest. Zur Begründung verwies sie darauf, dass gemäß BSG, Urt. v. 28.01.2004 festgelegt worden sei, dass die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten rückwirkend ab dem Jahr 2000 einen Anspruch auf einen höheren Punktwert für antrags- und die genehmigungspflichtige Leistungen hätten. Die für die Nachfinanzierung notwendigen Gelder seien nach Entscheidungen des Landesschiedsamts hälftig von den Kassen und den Fachärzten der Bekl. zu tragen. Das **SG** wies die Klage ab.

2. PSYCHOTHERAPIELEISTUNGEN OHNE GENEHMIGUNG NACH DER PSYCHOTHERAPIEVb

SG Marburg, Beschl. v. 04.09.2008 – S 12 KA 310/08 ER –

RID 08-04-33

SGB V § 106a II; PsychotherapieVb § 2

Psychotherapieleistungen ohne die Genehmigung nach der PsychotherapieVb können nicht abgerechnet werden. Erbrachte Leistungen können berichtigt werden.

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

3. NR. 16 U. NR. 8653 EBM 1996 BEI CARCINOMA IN SITU

LSG Hamburg, Urt. v. 25.06.2008 – L 2 KA 36/06 –

RID 08-04-34

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a; EBM 1996 Nr. 16, 8653

Das Carcinoma in situ wird von den Begriffen "florider Tumor" bzw. "solider Tumor" nicht erfasst. Es gehört damit nicht zu den Tumoren, die § 7 II der Onkologie-Vereinbarung als auch deren Anlage 1 meint und für deren Behandlung dem onkologisch verantwortlichen Arzt zusätzlich Kosten für besonderen Aufwand erstattet werden. Leistungen nach Nr. 16 EBM 1996 bzw. Nr. 8653 EBM 1996 können in den Fällen von seiner Honorarabrechnung abgesetzt, in denen ein "Carcinoma in situ" bzw. eine "weit zurückliegende Tumordiagnose" vorliegen.

SG Hamburg, Urt. v. 28.06.2006 - S 3 KA 61/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. NR. 7024 UND 7025 EBM 1996: NUTZUNG EINES MULTI-LEAF-COLLIMATORS

LSG Hamburg, Urt. v. 16.07.2008 – L 2 KA 7/06 –

RID 08-04-35

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 63/08 B
EBM 1996 Nrn. 7024, 7025; Abschn. A.I. Allg. Best., Teil A Nr. 2

Der EBM 1996 sieht eine Abrechnung gesonderter Kosten für die Nutzung eines Multi-Leaf-Collimators anstelle konventioneller Bleiblenen nicht vor. Die Kosten sind mit der Vergütung der Nrn. 7024 und 7025 EBM 1996 abgegolten. Eine gesonderte Abrechnung kann nicht erfolgen.

SG Hamburg, Urt. v. 01.02.2006 – S 27 KA 429/03 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

III. Zahnarztregister/Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst/IV-Vertrag

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

1. ZAHNARZTREGISTER: KEINE VORBEREITUNGSZEIT BEI EINEM PRIVATZAHNARZT

LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 06.10.2008 – L 4 B 497/08 KA ER –

RID 08-04-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 II 3 Nr. 3; SGG § 86b II; § 3 III 1 Zahnärzte-ZV

Auf die erforderliche zweijährige Vorbereitungszeit für Zahnärzte nach § 3 III 1 Zahnärzte-ZV kann die Tätigkeit bei einem **Privatzahnarzt** nicht angerechnet werden. Nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut des § 3 III 1 und 2 Zahnärzte-ZV handelt es sich um eine abschließende Aufzählung. Die Regelung verstößt nicht gegen europarechtliche Bestimmungen oder gegen die Verfassung.

SG Kiel, Beschl. v. 31.07.2008 - S 13 KA 37/08 ER - verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. vorläufig in das Zahnarztregister einzutragen, das **LSG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

2. ZWEIGPRAXIS

A) „UNTERVERSORGUNG“ IN GROßSTÄDTISCHEM PLANUNGSBEREICH

SG Düsseldorf, Urt. v. 27.08.2008 – S 2 KA 141/07 –

RID 08-04-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ärzte-ZV § 24; BMV-Z § 6 VI; EKV-Z § 8a I

Jede **Annäherung an einen Versorgungsgrad von 100 %** bedeutet schon vom natürlichen Sprachverständnis her eine **Verbesserung der Versorgung** i.S.d. § 6 VI BMV-Z/§ 8a I 1 EKV-Z. In der Versorgungsgradspanne, in der keine Unterversorgung vermutet wird, aber auch das bedarfsgerechte Optimum nicht bejaht werden kann, ist stets von einer Verbesserung der Versorgung auszugehen (SG Dortmund, Beschl. v. 20.01.2008 – S 16 KA 171/07 ER – RID 08-02-50). Eine Verbesserung ist in der Regel auch dann anzunehmen, wenn **regional bzw. lokal** nicht oder nicht im erforderlichen Umfang angebotene Leistungen im Rahmen der Zweigpraxis erbracht werden und die Versorgung auch nicht durch andere Vertragszahnärzte sichergestellt werden kann, die räumlich und zeitlich von den Versicherten mit zumutbarem Aufwand in Anspruch genommen werden können.

Die beurteilungsfehlerfreie Bildung eines regionalen oder lokalen Ausschnitts aus einem Planungsbereich setzt jedenfalls voraus, dass **den soziologischen, geographischen und kulturellen kommunalen Realitäten** hinreichend Rechnung getragen wird, die in verschiedenen Faktoren wie der Bevölkerungsdichte, der Anzahl der (Zahn-)Ärzte, Art und Umfang der Nachfrage nach (zahn-)ärztlichen Leistungen, der räumlichen Zuordnung aufgrund der vorhandenen Verkehrsverbindungen u.a.m. ihren Ausdruck finden. So kann für eine **kieferorthopädische Zweigpraxisgenehmigung** im **Stadtteil Kaiserswerth** der Stadt Düsseldorf nicht allein auf Einwohnerzahl und Versorgung durch einen bereits niedergelassenen Kieferorthopäden abgestellt werden, da dieser Stadtteil **eine erhebliche Anziehungskraft auch für die umliegenden Stadtteile ausübt**.

Der KV kommt bei der Beurteilung der Versorgungsverbesserung ein gerichtlich nur eingeschränkt nachprüfbarer **Beurteilungsspielraum** zu (so a. SG Dortmund, aaO.; SG Marburg, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 466/07 – RID 08-03-39).

Das **SG** gab der Klage teilweise statt und verurteilte zur Neubescheidung.

B) KEINE VERSORGUNGSVERBESSERUNG OHNE TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT KINDERZAHNHEILKUNDE

SG Marburg, Urt. v. 05.11.2008 – S 12 KA 375/07 –

RID 08-04-38

Sprungrevision zugelassen www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>
Zahnärzte-ZV § 24

Ein Vertragszahnarzt, der nicht über die von der Landes Zahnärztekammer verliehene Berechtigung zur Führung des Tätigkeitsschwerpunkts "Kinderzahnheilkunde" verfügt, kann für den Bereich der Kinderzahnheilkunde schon aus diesem Grund nicht zur Verbesserung der Versorgung beitragen und hierfür eine Zweigpraxisgenehmigung erhalten.

Das **SG** wies die Klage ab. Im **einstweiligen Anordnungsverfahren** hatte **SG Marburg**, Beschl. v. 27.08.2007– S 12 KA 374/07 ER – RID 07-03-39 den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurückgewiesen, **LSG Hessen**, Beschl. v. 29.11.2007 – L 4 KA 56/07 ER – RID 08-01-41 hatte die Ag. verpflichtet, dem Ast. vorläufig die Tätigkeit als Vertragszahnarzt an einem weiteren Ort in der C-Straße in C-Stadt bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren zu gestatten.

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

SG Marburg, Urt. v. 05.11.2008 – S 12 KA 519/08 –

RID 08-04-39

Sprungrevision zugelassen www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>
Zahnärzte-ZV § 24

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

Das **SG** gab der Klage statt. Im **einstweiligen Anordnungsverfahren** hatte **SG Marburg**, Beschl. v. 27.08.2007 – S 12 KA 346/07 ER – RID 07-03-38 dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung stattgegeben, **LSG Hessen**, Beschl. v. 29.11.2007 – L 4 KA 56/07 ER – RID 08-01-41 die Beschwerde zurückgewiesen.

3. GENEHMIGUNGEN

A) WIDERRUF EINER SONOGRAPHIEGENEHMIGUNG

LSG Hamburg, Beschl. v. 01.09.2008 – L 2 B 252/08 ER KA –

RID 08-04-40

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

Fällt die Befähigung des Arztes für Leistungen, für deren Durchführung und Abrechnung gemäß § 135 II SGB V spezielle Anforderungen an die fachliche Befähigung gestellt werden, fort oder wird sie nicht mehr nachgewiesen, erlaubt dies den Widerruf der (Sonographie-)Genehmigung.

SG Hamburg, Beschl. v. 26.05.2008 – S 3 KA 83/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

B) GENEHMIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG KÜNSTLICHER BEFRUCHTUNG OHNE ZWEIGPRAXISGENEHMIGUNG

SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 381/07 –

RID 08-04-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>
SGB V § 121a

§ 121a SGB V setzt voraus, dass eine Möglichkeit zur Erbringung vertragsärztlicher Leistung an dem Ort, an dem die Maßnahme zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erbracht werden soll, bestehen muss. Fehlt eine Zulassung oder Ermächtigung zum Betreiben einer Zweigpraxis, so besteht kein Genehmigungsanspruch.

Das **SG** wies die Klage ab.

C) DRITTWIDERSPRUCH GEGEN GENEHMIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG KÜNSTLICHER BEFRUCHTUNG

SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 386/07 –

RID 08-04-42

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>
SGB V § 121a

§ 121a SGB V setzt voraus, dass eine Möglichkeit zur Erbringung vertragsärztlicher Leistung an dem Ort, an dem die Maßnahme zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erbracht werden soll, bestehen muss. Fehlt eine Zulassung oder Ermächtigung zum Betreiben einer Zweigpraxis, so besteht kein Genehmigungsanspruch und fehlt die Befugnis, Widerspruch gegen die Genehmigung eines anderen Bewerbers einzulegen.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. REGIONALE BESCHRÄNKUNG EINES IV-VERTRAGS

LSG Hessen, Beschl. v. 08.08.2008 – L 4 KA 13/08 B -

RID 08-04-43

SGB V §§ 69 140 ff.; GG Art. 3 I, 12 I

In einem Vertrag zur integrierten Versorgung („Katarakt-Chirurgie“) kann vereinbart werden, dass nur in Hessen niedergelassene Vertragsärzte sowie hessische Augenkliniken daran teilnehmen können. In Baden-Württemberg niedergelassene Augenärzte haben dann keinen Anspruch auf Teilnahme.

SG Marburg, Beschl. v. 18.12.2007 - S 12 KA 475/07 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 63/07 R** – und – **B 6 KA 64/07 R** – durfte das Arzneimittel "**Wobe Mugos E**" in der Zeit, in der eine arzneimittelrechtliche Zulassung nur noch kraft aufschiebender Wirkung gegeben war, nicht verordnet werden; der Festsetzung des Ordnungsregresses musste keine ausdrückliche Beratung des Vertragsarztes vorausgehen; Regresse wegen Fehlens der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln setzen auch kein Verschulden des Vertragsarztes voraus; 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. REGRESSE

A) ASI-THERAPIE

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.08.2008 – L 3 KA 484/03 –

RID 08-04-44

Revision anhängig: **B 6 KA 37/08 R**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I 2, 106, 135 I 1

Bei Prüfung der Behandlungsfälle einzelner Versicherter (**sog. strenge Einzelfallprüfung**) wegen Arzneiverordnungen verfügen die Prüfungsgremien insoweit weder über **Beurteilungs- noch über Ermessensspielräume** (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 36/07 – RID 08-01-53, Revision eingelegt: **B 6 KA 63/07 R** und Aufgabe von Senatsbeschl. v. 19.09.2001 - L 3 KA 63/01 ER -).

§ 106 III 1 SGB V räumt den Gesamtvertragsparteien keine Befugnis zur Vereinbarung zusätzlicher **Formvorschriften** in Bezug auf die Antragstellung ein (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 53). **Antragsfristen in einer Prüfvereinbarung** haben nach ständiger BSG-Rechtsprechung (SozR 3-2500 § 106 Nr. 28; Urt. v. 20.09.1995 – 6 RKA 63/94 – juris) lediglich verfahrensrechtliche Bedeutung im Verhältnis zwischen (hier:) Krankenkassen und Prüfungsgremien. Sie bezwecken weder direkt noch indirekt den Schutz des geprüften Arztes.

Bei der **ASI-Therapie** handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode** (BSG SozR 3-2500 § 135 Nr. 14), die der Bundesausschuss mit Beschl. v. 10.04.2000 ausdrücklich den nicht anerkannten Methoden zugeordnet hat. In den Jahren 1998/99 lagen nicht die Voraussetzungen dafür vor, dass ausnahmsweise eine Leistungspflicht der Krankenkassen gegeben war.

Auf die Anrechnung entsprechender **Ersparnisse** der Kassen können sich regresspflichtige Vertragsärzte nicht berufen, weil der **Grundsatz der Vorteilsausgleichung bei unzulässigen Arzneiverordnungen ausgeschlossen** ist (BSG SozR 3-2500 § 95 Nr. 5).

Arzneiverordnungsregresse setzten nach ständiger BSG-Rechtsprechung (vgl. nur SozR 3-2500 § 106 Nr. 52; Beschl. v. 30.05.2006 – **B 6 KA 14/06 B -**) ein **Verschulden** nicht voraus.

Die Kl., Fachärzte für Innere Medizin, waren bis III/99 in Gemeinschaftspraxis tätig, seit IV/99 praktizieren sie in Praxisgemeinschaft. In den Jahren 1998 und 1999 verordneten sie zu Lasten verschiedener Krankenkassen mehrfach autologe Tumorzellen im Rahmen einer Therapie zur sog. aktiv-spezifischen Immunisierung (ASI) krebserkrankter Patienten. Dabei handelte es sich um Präparate, die aus körpereigenen Tumorzellen der Patienten gewonnen, von der – inzwischen nicht mehr existierenden - Herstellerfirma **macropharm GmbH, Bad Schwartau**, bearbeitet und anschließend den Patienten injiziert wurden. Hierdurch sollte die Immunabwehr gestärkt und der Ausbreitung von Metastasen entgegengewirkt werden. Die Verordnungen erfolgten auf vertragsärztlichen Rezeptformularen und wurden bei Apotheken in F. eingelöst. In verschiedenen Fällen setzten die Prüfungsgremien Regresse in Höhe von insgesamt 153.610,58 DM (78.539,84 €) fest. **SG Hannover**, Gerichtsbb. v. 02.12.2003 - S 24 KA 682/01 – u. a. wies die Klage ab, das **LSG** wies die Berufung im Wesentlichen zurück (mit Ausnahme des Regresses für IV/99).

B) ARZNEIMITTELREGRESS: GELTENDMACHUNG VON PRAXISBESONDERHEITEN

LSG Bayern, Urt. v. 23.04.2008 – L 12 KA 8/06 –

RID 08-04-45

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106

Der pauschale Hinweis auf **schwere Fälle** ist nicht geeignet, eine Praxisbesonderheit darzulegen. Behandlungsfälle mit **PEG-Sonden** kommen auch in der Vergleichsgruppe der Allgemein-/praktischen Ärzte vor. Ein bloßer Hinweis auf derartige Fälle reicht nicht aus, um eine Praxisbesonderheit darzulegen. Es ist Sache der Ärzte, diese Fälle substantiiert darzulegen und insbesondere die dadurch entstehenden Kosten nachzuweisen. Zumindest sind die Fälle so namhaft zu machen, dass sie von den Prüfinstanzen anhand der Unterlagen nachvollzogen werden können. Die erstmalige **Geltendmachung von Praxisbesonderheiten** im Zuge eines **Gerichtsverfahrens** ist verspätet. Die Gerichte sind keine weiteren Prüfinstanzen (vgl. BSG in SozR 2200 § 386n Nr. 57, S. 197 f.).

Die **Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis** kann bereits bei **40 % Überschreitung** des Vergleichsgruppendurchschnitts der Arzneykosten für die **Fachgruppe der Allgemeinärzte** gezogen werden.

Jedenfalls bei Überschreitungen im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses ist eine **vorherige Beratung** nicht eine zwingende Voraussetzung für weitergehende Maßnahmen (vgl. BSG, SozR 3-2500 § 106 Nr. 35).

SG München, Urt. v. 04.10.2005 - S 43 KA 1447/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

C) VERORDNETE PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHE LEISTUNGEN: OFFENSICHTLICHES MISSVERHÄLTNIS

LSG Bayern, Urt. v. 23.04.2008 – L 12 KA 182/05 –

RID 08-04-46

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§

Eine Prüfung der verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen ist zulässig. Die **Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis** kann bereits **bei 40 % Überschreitung** des Vergleichsgruppendurchschnitts der Verordnungskosten für die Fachgruppe der **Allgemeinärzte** gezogen werden.

Es gibt keinen allgemein anerkannten Erfahrungssatz dahingehend, dass bei Personen der **Altersgruppe bis 14 Jahre** vermehrt physikalisch-medizinische Behandlungen notwendig wären.

SG München, Urt. v. 22.09.2004 - S 43 KA 1449/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

D) SPRECHSTUNDENBEDARF: BELEGÄRZTLICH UND NICHT BELEGÄRZTLICH TÄTIGE CHIRURGEN

LSG Bayern, Urt. v. 23.04.2008 – L 12 KA 250/05 –

RID 08-04-47

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106

Bei einer Prüfung des **Sprechstundenbedarfs** ist eine Unterscheidung zwischen **auch belegärztlich** tätigen Chirurgen einerseits und **nicht belegärztlichen Chirurgen** andererseits rechtlich nicht geboten, weil sich das Tätigkeitsfeld nicht so gravierend unterscheidet.

Sprechstundenbedarf kann nicht für die **Weiterbehandlung an Folgetagen** verwendet werden.

Ein Vertragsarzt, der **Einsparungen bei den Krankenhauseinweisungen** behauptet, muss konkret anhand einzelner **Fälle darlegen**, dass er durch seine Behandlung eines bestimmten Patienten jeweils eine Krankenhauseinweisung vermieden hat. Entsprechendes gilt für unterdurchschnittliche **Krankenschreibungen**.

Es ist nicht zu beanstanden, dass die **Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis** für die Fachgruppe der Chirurgen bei den Sprechstundenbedarfsverordnungen nicht höher als bei 50 % angesetzt wird.

SG München, Urt. v. 21.04.2005 – S 33 KA 11/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. RICHTGRÖßEN FÜR ARZNEIMITTEL IM JAHR 2001: ANTHROPOSOPHISCHE PRAXISAUSRICHTUNG

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 29.08.2008 – L 3 KA 39/08 ER –

RID 08-04-48

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 2, 12 I, 84 III, 106; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Es ist rechtlich unbedenklich, wenn in einer Richtgrößenvereinbarung **keine Arztgruppe der anthroposophisch tätigen Ärzte** gebildet wird.

2. Die besondere Verantwortung der Vertragsärzte für eine wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln, die im Regelungszusammenhang der Richtgrößenprüfung zum Ausdruck kommt, kann es erforderlich machen, die **Anordnung der aufschiebenden Wirkung** einer Klage auf die **Einräumung von Ratenzahlungen** zu beschränken, wenn sich ernsthafte Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Regressbescheids nicht ergeben.

Im Jahr 2001 betrogen bei einer Richtgröße von 511.479,42 DM die vom Ast. veranlassten Arzneimittelkosten (brutto) 2.084.591,66 DM, so dass die Richtgröße um 307,56 % überschritten worden war. **SG Hannover**, Beschl. v. 04.04.2008 - S 16 KA 172/08 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an, das **LSG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage mit der Maßgabe an, dass der Ast. verpflichtet ist, auf den dort festgestellten Regressbetrag (407.939,80 €) monatlich 300 € zu zahlen und wies im Übrigen die Beschwerden zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 13/07 R** – ist eine **Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie** trotz bestehender Zulassungssperre für die Gruppe der Nervenärzte **als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztin** zuzulassen, sofern die Sonderregelung in § 101 IV 5 SGB V (40 %-Quote, in dieser Form gültig bis 31.12.2008) noch Zulassungen ermöglicht; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 56/07 R** – ergibt sich ein **besonderer Versorgungsbedarf** für **kinderradiologische** Leistungen nicht allein aus der Einführung einer entsprechenden Gebietsbezeichnung im Weiterbildungsrecht; die Stellungnahme einer einzigen radiologischen Praxis genügt nicht; erforderlich sind weitere **Ermittlungen**; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 48/06 R** – dürfen sich die Zulassungsgremien nicht auf die **Befragung von Ärzten** in dem betroffenen Planungsbereich beschränken, sondern müssen deren Angaben so weit wie möglich verifizieren, etwa an Hand aktueller Abrechnungsunterlagen; auch ist zu klären, ob nicht ein Versorgungsdefizit lediglich hinsichtlich einzelner Leistungen besteht, die für sich genommen eine Vertragsarztpraxis nicht tragen können; 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).

G. Steinhilper, Konkurrenzschutz im Vertragsarztrecht – Drittwiderspruch und Konkurrentenklage –, MedR 2008, 498-504; *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. ZULASSUNGSFÄHIGKEIT EINES FACHARZTES FÜR HERZCHIRURGIE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2008 – L 11 (10) KA 65/07 –

RID 08-04-49

Revision anhängig: **B 6 KA 36/08 R**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95, 101

Der **Facharzt für Herzchirurgie** ist ein aliud zum Facharzt für Chirurgie.

Fachärzte für Herzchirurgie sind **zulassungsfähig** (vgl. bereits LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 04.09.2006 – L 10 B 2/06 KA ER – RID 07-01-80).

Der **Gemeinsame Bundesausschuss** ist nicht für Regelungen zuständig, ob und inwieweit eine Arztgruppe zulassungsfähig ist.

§ 87 II ff. SGB V billigt dem **Bewertungsausschuss** nicht die Befugnis zu, Entscheidungen zur Zulassungsfähigkeit einzelner Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung zu treffen; dies schließt den Ausschluss der Herzchirurgen von den Leistungen des Kapitels 7 EBM ein. Welche Facharztgruppe zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen ist, bestimmt sich allein nach dem berufsrechtlichen Weiterbildungs- und vertragsärztlichen Zulassungsrecht und im Übrigen auch nicht daraus, welche Eintragungen das Schlüsselverzeichnis zum Bundesarztregister-Datensatz enthält.

Für die Forderung, dass nur **Arztgruppen** zugelassen werden dürfen, die aufgrund vertragsärztlicher Tätigkeit **eine sich wirtschaftlich tragende Praxis** führen können, gibt es keine Rechtsgrundlage.

Der Zulassungsausschuss lehnte die Zulassung des Beigeladenen zu 5), Facharzt für Herzchirurgie, ab, weil Herzchirurgen in der vertragsärztlichen Versorgung nicht niederlassungsfähig seien, da die Leistungen aus diesem Fachgebiet nicht ambulant erbracht werden könnten. Der Bekl. gab dem Widerspruch statt und ließ den Beigel. zu 5) zu. **SG Köln**, Urt. v. 12.09.2007 - S 19 KA 40/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Pelzer, MedR 2007, 68, 69 f. weist darauf hin, dass der **EBM 2005** zum 01.10.2006 **geändert** wurde und die Herzchirurgen in Kap. 7.1 EBM 2005 gestrichen wurden (vgl. Bewertungsausschuss, 114 Sitzung, www.kbv.de), worauf die KV im Kostenfestsetzungsverfahren (s. LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 16.10.2006 – L 10 B 2/06 KA ER – RID 07-01-110) vorgetragen habe, Fachärzten für Herzchirurgie fehle es an abrechnungsfähigen Leistungen unter Vernachlässigung des Umstands, dass sie noch ambulante und belegärztliche Operationen (Kap. 31 EBM 2005) erbringen könnten.

Parallelverfahren: SG Düsseldorf, Urt. v. 16.01.2008 - S 14(17) KA 144/05 -

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2008 – L 11 KA 38/08 –

Revision anhängig: B 6 KA 35/08 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 08-04-50

2. PRAXISNACHFOLGE

A) AUSSCHREIBUNG: BEWERBUNG ALS PRAXISNACHFOLGER NACH VERSTREICHEN DER BEWERBUNGSFRIST

LSG Bayern, Urt. v. 23.04.2008 - L 12 KA 443/07 -

Revision anhängig: B 6 KA 29/08 R

SGB V § 103 IV; SGB X §§ 8, 26

www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 08-04-51

Eine KV besitzt eine Befugnis zur **Bewerbungsfristsetzung**. Die Frist ist jedoch als **Ordnungsfrist** zu qualifizieren. Eine **Verlängerung** bedarf im Verfahren nach § 103 SGB V der gleichen Form wie die Frist selbst, nämlich der Ausschreibung. Nach den allgemeinen Regeln ist bei Fristversäumnis grundsätzlich von der Unbeachtlichkeit verspätet eingegangener Bewerbungen auszugehen. Im Rahmen einer **Ermessensentscheidung** kann ausnahmsweise ein **verspäteter Bewerber** noch in die Auswahlentscheidung in Richtung der Berücksichtigung von Ausnahmesachverhalten einbezogen werden. Der verspätete Bewerber muss aber allein berücksichtigungsfähig sein, weil kein anderer Bewerber vorhanden, zulassungsfähig oder fortführungswillig ist. Daneben setzt eine Berücksichtigung sowohl einen Eingang der verspäteten Bewerbung noch vor Abgabe des Verfahrens an den Zulassungsausschuss (= Versand der Bewerberliste, Beginn der Verhandlungsphase) und zusätzlich das Einverständnis der Abgeberseite voraus.

Bei Meinungsverschiedenheiten über den objektiven Verkehrswert zwischen Abgeber und dem nach den Eignungskriterien zu präferierenden Bewerber ist es Aufgabe der Zulassungsgremien, den **Verkehrswert zu ermitteln** (LSG Baden-Württemberg, B. v. 22.11.2007 – L 5 KA 4107/07 ER-B – RID 08-01-69).

Bei gleicher **berufsrechtlicher Qualifikation** kann es zu einer differierenden Eignungswertung nur kommen, wenn **zusätzliche Genehmigungen** für die Durchführung des Praxisbetriebes wesentlich sind. Unter der Voraussetzung einer hämatologischen Ausrichtung der Praxis kann berücksichtigt werden, dass ein Bewerber zum Zeitpunkt der Erstellung der Bewerberliste noch nicht berechtigt war, sich "Hämatologe" zu nennen.

Die Zulassungsgremien sind befugt, die Zulassung mit der aufschiebenden **Bedingung des Zustandekommen eines Praxisübernahmevertrages** zu verknüpfen.

Das Recht auf **Wiederholung der Ausschreibung** geht immer dann verloren, wenn feststeht, dass der Praxisabgeber die Übergabe aus nicht schützenswerten Gründen scheitern ließ.

Die Erben E des Dr. W, eines fachärztlich tätigen Internisten, in Gemeinschaftspraxis mit S (Job-Sharing-Partnerin), stellten einen Nachbesetzungsantrag. Im Ausschreibungstext wird ausgeführt, dass "Bewerbungen formlos unter Angabe der Chiffre-Nr. bis spätestens 28.10.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Kompetenzzentrum Sicherstellung zu senden" seien. Innerhalb der Frist gingen mehrere Bewerbungen, darunter diejenigen des Kl. und von F, ein. Die KVB übersandte Formblätter und Hinweisschreiben und setzte für die formgerechte Antragstellung eine weitere Frist. Der Kl. bewarb sich daraufhin unter Verwendung der Formblätter und Übersendung der notwendigen Unterlagen. Vor dem Termin vor dem Zulassungsausschuss teilten E den W als Übernehmer mit, den der Zulassungsausschuss dann als Nachfolger zuließ. **SG München**, Urt. v. 24.01.2007 – S 38 KA 1417/06 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl. zur Neubescheidung.

B) BEWERBERAUSWAHL BEI FREIWERDEN EINES VERTRAGSARZTSITZES (§ 23 ZIFF. 3 BEDARFSPLRL-Ä)

SG Berlin, Urt. v. 23.04.2008 – S 83 KA 1923/06 –

RID 08-04-52

(rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 103 V 1; BedarfspRL-Ä Nr. 23 Ziff. 3

Für die Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 V 1 SGB V ist nur die für den jeweiligen Planungsbereich geführte Warteliste zu berücksichtigen.

Nach Nr. 23 Ziff. 3, S. 2 BedarfspRL-Ä ist eine Bewertung der räumlichen Wahl des Vertragsarztsitzes vorzunehmen.

Der Kl. legte erfolglos Widerspruch gegen die Zulassung der Beigel. zu 7) als Fachärztin für Anästhesiologie. Das **SG** gab der Klage statt.

C) PRAXISNACHFOLGE IN GEMEINSCHAFTSPRAXIS UNABHÄNGIG VON DAUER DES BESTEHENS DER PRAXIS

SG Hannover, Urt. v. 25.07.2008 – S 16 KA 263/04 –

RID 08-04-53

Berufung anhängig: LSG Niedersachsen – L 3 KA 75/08 -
SGB V § 103 VI 2; Ärzte-ZV § 33 II; GG Art. 12 I

GesR 2008, 498

Für das Bestehen einer Gemeinschaftspraxis (hier: 3 Monate 1 Tag) ist eine Mindestdauer nicht vorgeschrieben und kann der Vertragsarztsitz eines Mitglieds ausgeschrieben werden mit der Maßgabe, dass die Interessen der in der Praxis verbleibenden Ärzte bei der Bewerberwahl angemessen zu berücksichtigen sind (§ 103 VI 2 SGB V).

Das **SG** wies die Konkurrentenklage eines abgelehnten Bewerbers um den Vertragsarztsitz ab.

3. SONDERBEDARFSZULASSUNG

A) KINDER- UND JUGENDMEDIZINER MIT DER SCHWERPUNKTBEZEICHNUNG PNEUMOLOGIE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2008 – L 11 KA 31/08 –

RID 08-04-54

Revision anhängig: B 6 KA 34/08 R www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 101 I Nr. 3; BedarfspRL-Ä Nr. 24b; EBM 2005 Kap. 4.4, 13.3.7

Die **Einführung von neuen Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildungen** begründet für sich betrachtet keinen Sonderbedarf.

Die Fachkunde für **Kinder- und Jugendmedizin** mit der **Schwerpunktbezeichnung Pneumologie** begründet einen Sonderbedarf, da Pneumologen die pneumologischen Leistungen bei Kindern nicht erbringen dürfen.

Die Beigel. zu 8) ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung **Kinderpneumologie**. Sie wurde im Wege des Sonderbedarfs zur Erbringung ausschließlich kinderpneumologischer Leistungen an Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 18 Jahren zugelassen. Hiergegen richtete sich der erfolglose Widerspruch der klagenden KV, die die Auffassung vertrat, ein besonderer Versorgungsbedarf läge nicht vor. Der Landesausschuss habe die Sperrung des Planungsbereichs für die Niederlassung von fachärztlich tätigen Internisten und Kinderärzten angeordnet. Derzeit seien im Planungsbereich neun Ärzte mit dem Schwerpunkt Pneumologie und von den Kinder und Jugendmedizinern sieben mit der Zusatzbezeichnung Allergologie niedergelassen. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 16.01.2008 - S 14 KA 160/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) KEINE SONDERBEDARFSZULASSUNG MIT PRAXISSCHWERPUNKT „SCHMERZTHERAPIE“

SG Marburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 12 KA 49/08 –

RID 08-04-55

Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 87/08 -
SGB V §§ 95, 103; § 24 Satz 1 Buchst. a u. b BedarfspRL-Ä

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ein beabsichtigter Praxisschwerpunkt „Schmerztherapie“ kann keine Sonderbedarfszulassung nach § 24 Satz 1 BedarfspRL-Ä begründen.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

A) ZULASSUNGSAUSSCHUSS KANN NICHT SOFORTIGE VOLLZIEHUNG ANORDNEN

LSG Bayern, Beschl. v. 22.08.2008 – L 12 B 650/07 KA ER –

RID 08-04-56

SGB V §§ 96, 97 IV; SGG §§ 86a, 86b

Der Zulassungsausschuss ist nicht berechtigt, den sofortigen Vollzug seiner Entscheidung anzuordnen. Nach § 97 IV SGB V kann lediglich der Berufungsausschuss den sofortigen Vollzug anordnen.

Der Ast. wandte sich gegen den Sofortvollzug seiner Zulassungsentziehung, der der Vorwurf zugrunde lag, er habe in seiner Praxis eine große Zahl junger und jugendlicher Patientinnen sexuell belästigt. *SG München, Beschl. v. 09.07.2007 – S 39 KA 778/07 ER* - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies die Beschwerden zweier beigel. Kassenverbände zurück.

Ebs. *LSG Hessen, Beschl. v. 03.12.2007 – L 4 KA 52/07 ER – RID 08-01-92*; *LSG Niedersachsen, Beschl. v. 07.09.2006 – L 3 KA 117/06 ER -*; anders *SG Marburg, Beschl. v. 28.11.2007 – S 12 KA 457/07 ER – RID 08-01-78*.

B) BESCHÄFTIGUNG EINES NICHT APPROBIERTEN MITARBEITERS

SG Marburg, Urtr. v. 10.09.2008 – S 12 KA 40/08 –

RID 08-04-57

[www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de/juris) = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>

SGB V § 95 VI

Die Entziehung der Zulassung ist nicht unverhältnismäßig im Fall einer Kinderärztin, die in der ersten Jahreshälfte 2007 über sechs Monate hinweg ihren Ehemann, der keine Approbation oder heilkundliche Erlaubnis besaß, in ihrer Praxis fast täglich für zwei Stunden beschäftigt hat und gegen die zuvor 1999 wegen unrichtiger Angaben über die Qualifikation des Ehemanns zwecks Erreichung einer Assistentengenehmigung und 2003 wegen einer weiteren Pflichtenverletzung eine Disziplinarbuße verhängt worden war.

Das *SG* wies die Klage ab. *SG Marburg, Beschl. v. 28.11.2007 – S 12 KA 457/07 ER – RID 08-01-78* hatte einem einstweiligen Anordnungsantrag der Klägerin stattgegeben.

5. 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. Die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil wurde nicht zur Entscheidung angenommen (*BVerfG* 1. Senat 2. Kammer v. 11.08.2008 - 1 BvR 1831/08 -). 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.

SG Dortmund, Beschl. 25.06.2008 – S 16 KA 117/07 – RID 08-03-68 hat dem EuGH Fragen zur Vorabentscheidung vorgelegt; *LSG Bayern, Beschl. v. 11.07.2008 – L 12 B 1113/07 KA ER – RID 08-03-69* ordnete die Fortwirkung einer Zulassung im einstweiligen Anordnungsverfahren wegen gesetzgeberischer Bestrebungen, die Altersgrenze abzuschaffen, an; zur **Instanzenpraxis** vgl. ferner zuletzt RID 08-03-A.VI.3 (S. 29 f.); 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 – ("Palacios de la Villa") RID 07-04-208.

Der Deutsche Bundestag hat am **17.10.2008** (BT-PIProt. 16/184) das **Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)** auf der Grundlage des Berichts des **Gesundheitsausschusses** beschlossen (BR-Drs. 733/08). Der **BRat** hat in seiner Sitzung am 07.11.2008 beschlossen, den Vermittlungsausschuss nicht anzurufen (BR-Drs. 733/08).

Der **BRat** hat zunächst in seiner Stellungnahme (BT-Drs. 16/10070) zum Gesetzentwurf der BReg (BT-Drs. 16/9559) die Aufhebung der Sätze 3 bis 9 in § 95 VII SGB V beantragt. Aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland sei es nicht mehr sachgerecht, das derzeit bestehende Berufshindernis für Vertragsärzte, -zahnärzte und -psychotherapeuten in Form einer Altersgrenze für das Ende der Berufsausübung aufrechtzuerhalten. Hinzu komme, dass die Altersgrenze in der vertragsärztlichen Versorgung ursprünglich damit begründet worden sei, dass einerseits die Möglichkeiten zur Niederlassung von jüngeren Kolleginnen und Kollegen verbessert werden sollten und andererseits die gesundheitliche Befähigung zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit mit steigendem Alter abnehme. Nach Abschaffung der Bedarfsplanung im vertragszahnärztlichen Bereich könne das erste Argument nicht mehr überzeugen. Auch das zweite Argument könne

angesichts der bereits durch das VÄndG erfolgten Aufhebung der Altersgrenze für unterversorgte Gebiete nicht mehr für die Aufrechterhaltung der generellen Altersgrenze herangezogen werden. Dem Antrag stimmte die **BReg** zu (BT-Drs. 16/10070, S. 15). Aufgrund der **Empfehlung des Gesundheitsausschusses** (BT-Drs. 16/10609) wurden § 95 VII 3 bis 9 SGB V durch ein zum 01.10.2008 in Kraft tretendes **Übergangsrecht** ersetzt. Danach gilt die 68-Jahresgrenze nicht mehr für die Vertragsärzte, die im Jahr 2008 ihr 68. Lebensjahr vollendet haben, es sei denn, der Vertragsarztsitz wird nach § 103 IV SGB V fortgeführt. Sie müssen die Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit erklären, ansonsten endet die Zulassung zum 31.03.2008. Bis dahin gilt die Zulassung als ruhend. Für in einem MVZ angestellte Ärzte gilt die Regelung entsprechend. Der **Gesundheitsausschuss** verweist auf die bisherigen Erfahrungen, die eine Aufhebung rechtfertigten. Die Aufhebung bedeute für die Betroffenen mehr Planungssicherheit und mehr Gestaltungsspielraum bei der Organisation ihrer Nachfolge. Es könnten zugleich Versorgungsprobleme vermieden werden, wenn die Tätigkeit wegen eines fehlenden Nachfolgers fortgesetzt werde. Das **rückwirkend zum 01.10.2008 in Kraft tretende Übergangsrecht** bedeute für Vertragsärzte, die erst im letzten Vierteljahr die Altersgrenze erreichten, dass sie von einer Ausschreibung ihres Sitzes absehen könnten. Ebs. solle Ärzten, die im Zeitraum 01.01. bis 30.09.2008 die Altersgrenze erreicht hätten, die Fortführung ermöglicht werden, soweit das Nachbesetzungsverfahren noch nicht abgeschlossen sei. Werde die Fortführungserklärung am 01.10.2008 abgegeben, gelte mit **Inkrafttreten des Gesetzes am 01.01.2009** die Zulassung rückwirkend als fortbestehend. **Für die Zeit bis zum Inkrafttreten des Gesetzes** bedürfe es **rechtlicher Lösungen auf der Basis des geltenden Rechts**. Es sei sinnvoll, den Ärzten eine Fortführung ihrer Tätigkeit möglichst ohne Unterbrechung zu ermöglichen. Nach **LSG Bayern**, Beschl. v. 11.07.2008 – L 12 B 1113/07 KA ER – RID 08-03-69 sei eine Beendigung unverhältnismäßig. Darüber hinaus könnten die Zulassungsausschüsse eine **Ermächtigung** erteilen. Die **Einbeziehung der übrigen Ärzte** sei sachgerecht, weil der Zeitpunkt der Beendigung der Vertragsarztstätigkeit und der Wiederaufnahme zeitlich nah beieinander lägen und anzunehmen sei, dass der Vertragsarzt noch einen engen Bezug zu seiner Vertragsarztstätigkeit und seinen Patienten habe. Bei abgeschlossenem Besetzungsverfahren könne ein **Neuantrag** gestellt werden, für den das Bedarfsplanungsrecht gelte. Die entsprechende **Geltung für MVZ** bedeute, dass das MVZ bei fehlender Nachbesetzung, sofern von beiden Vertragsparteien gewünscht, die Wiederaufnahme der angestellten Tätigkeit gegenüber dem Zulassungsausschuss zu erklären habe.

A) KEINE EINSTWEILIGE ANORDNUNG TROTZ VORHABEN ZUR ABSCHAFFUNG DER ALTERSGRENZE

SG Berlin, Beschl. v. 14.08.2008 – S 83 KA 354/08 ER –

RID 08-04-58

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 97 VII; SGG § 86b II

Die Altersregelung nach § 95 VII SGB V ist rechtmäßig. Mögliche gesetzgeberische Vorhaben zur Abschaffung der Altersgrenze führen nicht zur Rechtswidrigkeit. Denn aus politischen Plänen, eine geltende und verfassungsgemäße Rechtslage zukünftig zu ändern, können keine Rechte hergeleitet werden.

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

Parallelverfahren: SG Berlin, Beschl. v. 16.09.2008 – S 83 KA 433/08 ER –

RID 08-04-59

SG Marburg, Beschl. v. 01.09.2008 – S 12 KA 491/08 ER –

RID 08-04-60

Beschwerde anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 74/08 ER -

SGB V § 97 VII; SGG § 86b II

Die Altersregelung nach § 95 Abs. 7 SGB V 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.

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

B) ÜBERGEORDNETE RECHTSNORMEN, WELCHE WIRKSAMKEIT DER ALTERSGRENZE IN FRAGE STELLEN KÖNNEN

SG Düsseldorf, Beschl. v. 26.09.2008 – S 2 KA 132/08 ER –

RID 08-04-61

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 97 VII; SGG § 86b II

Mit **LSG Bayern**, Beschl. v. 11.07.2008 – L 12 B 1113/07 KA ER – RID 08-03-69 ist davon auszugehen, dass für das Vorliegen eines Anordnungsanspruchs jedenfalls in Fällen der vorliegenden Art ausreichend ist, dass vom Bestehen übergeordneter Rechtsnormen ausgegangen werden kann, welche die Wirksamkeit der Regelungen über die Altersgrenze in Frage stellen können. Aufgrund der sich aus den verschiedenen zwischenzeitlichen Änderungen bzw. Relativierungen ergebenden Widersprüchlichkeiten erscheint ein Erfolg in der Hauptsache nicht als völlig fern liegend. Dies gilt erst recht vor dem Hintergrund der noch in der Diskussion befindlichen, zum 01.01.2009 zu erwartenden Gesetzesänderungen durch das beabsichtigte GKV-OrgWG.

Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung insofern statt, als es anordnete, dass die Zulassung des Ast. bis zum Ablauf des 01.01.2009 fortbesteht; im Übrigen lehnte es den Antrag (Verlängerung bis zum 31.03.2009) ab.

C) RECHTMÄßIGKEIT DER ALTERSREGELUNG/ÜBERGANGSRECHT BEI ABSCHAFFUNG

SG Marburg, Gerichtsbb. v. 08.10.2008 – S 12 KA 284/08 –

RID 08-04-62

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>
SGB V § 97 VII

Die Altersregelung nach § 95 VII SGB V ist für Vertragszahnärzte 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.

Das **SG** wies die Klage ab.

6. RUHEN DER ZULASSUNG BEI RUHEN DER APPROBATION

SG Marburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 12 KA 258/08 –

RID 08-04-63

Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 81/08 –
SGB V § 95 V; Ärzte-ZV § 26

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Mit der Anordnung des Ruhens der Approbation fehlt es an einer Voraussetzung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit und kann das Ruhen der Zulassung angeordnet werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

7. KEINE PRAXISVERLEGUNG FÜR EIN FACHGEBIET BEI „DOPPELZULASSUNG“

SG Marburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 12 KA 207/08 –

RID 08-04-64

Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 83/08 –
SGB V § 95 III; Ärzte-ZV § 24 VII

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Eine Vertragsärztin mit einer Zulassung für zwei Fachgebiete hat keine zwei Zulassungen mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag und kann daher den Vertragsarztsitz für ein Fachgebiet allein nicht verlegen.

Das **SG** wies die Klage ab.

entfällt RID 08-04-65

8. FEHLENDES FORTSETZUNGSFESTSTELLUNGSINTERESSE NACH ERLEDIGUNG EINES PRAXISNACHFOLGEVERFAHRENS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.08.2008 – L 11 KA 18/08 –

RID 08-04-66

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 101 III 4, 103 IV; SGG § 131 I 3

Einem Vertragsarzt fehlt das für die Zulässigkeit der Klage erforderliche **Fortsetzungsfeststellungsinteresse**, wenn eine Wiederholungsgefahr nicht zu befürchten, weil es ausgeschlossen ist, dass eine wiederholende Entscheidung des Berufungsausschusses mit gleicher Begründung wie im angefochtenen Beschluss ergeht. Die bloße **Behauptung, einen Amtshaftungsprozess** folgen lassen zu wollen, reicht ebf. nicht aus. Es sind vielmehr ausreichende Anhaltspunkte dafür unerlässlich, dass die Erhebung einer solchen Klage ernsthaft beabsichtigt ist.

Im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens erteilten die Zulassungsgremien dem Beigel. zu 9) und nicht dem Kl. die Zulassung als Praxisnachfolger des Beigel. zu 10). Die im Rahmen eines Eilverfahrens geäußerten Bedenken gegen die Entscheidung – es dürfe eine Tätigkeit als Job-Sharing-Partner erst nach 5 Jahren berücksichtigt werden – schloss sich das SG im Hauptsacheverfahren an, woraufhin der Bekl. den Zulassungsentscheid aufhob und sich zur Neubescheidung über den Widerspruch des Kl. verpflichtete. Nachdem der Beigeladene zu 10) seinen Antrag auf Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes zurückgenommen hatte, teilte der Bekl. dem Kl. mit, dass das Widerspruchsverfahren damit erledigt sei. Der Kl. vertrat demgegenüber die Auffassung, der Antrag auf Verurteilung des Bekl., ihn zuzulassen bzw. hilfsweise unter Berücksichtigung der Auffassung des Gerichts erneut zu beschneiden, sei keinesfalls erledigt. Er habe von Anfang an begehrt, dass ihm die Zulassung erteilt werde. **SG Detmold**, Urt. v. 29.11.2007 - S 12 KA 8/03 - wies die Klage ab, das **LSG** verwarf die Feststellungsklage des Kl. als unzulässig.

VI. 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.

VII. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung

BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 55/07 R** – hält an der Rechtsprechung fest, dass eine Krankenkasse grundsätzlich nicht berechtigt ist, im Rechtsstreit mit einer KV die **Rechtmäßigkeit eines für sie maßgeblichen Gesamtvertrages** zur gerichtlichen Nachprüfung zu stellen; eine auf begrenzte Beteiligung der Krankenkassen gerichtete gesamtvertragliche Vereinbarung (hier: zusätzliche Zahlungen zur Schaffung eines angemessenen Vergütungsniveaus für die zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen) stellt keinen "qualifizierten Rechtsverstoß" im Sinne der bisherigen Senatsrspr. dar; 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. FESTSETZUNG DES AOP-VERTRAGS DURCH SCHIEDSAMT

SG Berlin, Beschl. v. 08.07.2008 – S 79 KA 977/06 ER –

RID 08-04-67

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 71, 85 IIIa 4, 89, 115b; SGG § 86b I

Die zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV geschlossene dreiseitige Vereinbarung gemäß § 115 b SGB V über das ambulante Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus - **AOP-Vertrag** – mit Wirkung ab 01.05.2004 ist **nicht offensichtlich rechtswidrig**. Die darin enthaltene Vorgabe zur **Bereinigung** zur **Gesamtvergütung** auf der Grundlage des Jahres 2005 ist nicht unmöglich.

Die **Kompetenz des Schiedsamts** zur Festsetzung einer Regelung, nach der stationersetzende Eingriffe mit **festen Punktwerten** außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütung zu vergüten sind, ist jedenfalls nicht offensichtlich zu verneinen.

Das **SG** wies den Antrag der Bundesverbände der Krankenkassen, die aufschiebende Wirkung der Klage wiederherzustellen, ab.

2. NACHVERGÜTUNG FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN: BINDUNG AN GESAMTVERTRAG

SG Marburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 12 KA 402/07 –

RID 08-04-68

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>

SGB V §§ 83 I, 85 I

In einem Gesamtvertrag kann im Jahre 2005 eine Nachvergütung für die Mehraufwendungen für die Vergütung antrags- und genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen u. a. in den Jahren 2000 und 2001, die in Folge der veränderten Rechtslage mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 entstanden sind, mit Bindungswirkung für eine Betriebskrankenkasse geregelt werden. Eine Verjährung ist nicht eingetreten.

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

VIII. Unterlassung: Behandlung altersabhängiger Maculadegeneration nur bei Vertrag

SG Düsseldorf, Beschl. v. 16.10.2008 – S 14 KA 121/08 ER –

RID 08-04-69

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2, 12, 13 III, 27 ff., 69; SGB I § 14 I; BGB § 1004 I; GG Art. 12 I

Gibt ein Vertragsarzt nicht an, wie viele seiner Patienten an einer behandlungsbedürftigen feuchten altersabhängigen Maculadegeneration leiden und wie viele davon ggf. bei der Krankenkasse versichert sind, so fehlt es an einem **Anordnungsgrund**, um die Krankenkasse zu verpflichten, es gegenüber bei ihr versicherten Patienten zu unterlassen, ihre Leistungspflicht für eine Behandlung der altersabhängigen Makuladegeneration mittels intravitrealer Injektion des Fertigarzneimittels Lucentis® durch ihn zu bestreiten und die Patienten an andere Leistungserbringer zu verweisen.

Auch seit der Neuregelung des § 69 SGB V zum 01.04.2007 kann ein **Unterlassungsanspruch** weiterhin auf eine Verletzung der Art. 12 und 3 GG i.V.m. einer entsprechenden Anwendung des § 1004 BGB gestützt werden, wenn Krankenkassen durch ihr hoheitliches Verhalten das Recht der freien Berufsausübung oder der Gleichbehandlung im Wettbewerb beeinträchtigen.

Eine **Krankenkasse** ist berechtigt, ihre **Versicherten auf einen Vertrag zur Behandlung der feuchten Maculadegeneration hinzuweisen**.

Der Ast. ist Facharzt für Augenheilkunde und behandelt u.a. Patienten, die an **altersabhängiger Maculadegeneration (AMD)** leiden. Hierbei handelt es sich um eine Netzhauterkrankung, die zu Einschränkungen der Sehfähigkeit führt. Bei der sog. feuchten Form dieser Erkrankung wachsen neu gebildete Blutgefäße in die Macula ein. Aus diesen abnormalen Gefäßen tritt eine die Sehzellen schädigende Flüssigkeit aus; dies kann zur Beeinträchtigung der Sehfähigkeit bis zur Erblindung führen. Die **bisher aussichtsreichste Therapie** besteht in der Unterdrückung der Bildung von Blutgefäßen in der Netzhaut durch Einsatz von VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)-Hemmern. Seit Januar 2007 ist in der BRD das **Arzneimittel Lucentis® (Wirkstoff: Ranibizumab)**; Hersteller: Novartis Pharma GmbH zur Behandlung der feuchten AMD zugelassen. Das Arzneimittel wird intravitreal injiziert. Für die intravitreale Injektion ist bislang eine Gebührensatznummer im EBM nicht vorgesehen. Im Mai 2007 schloss die Ag. gemeinsam mit der IKK Nordrhein und dem DAK Unternehmen Leben auf der Kostenträgerseite und mit dem VOA Nordrhein/BDOC (Verbände operierender Augenärzte) auf der Leistungserbringerseite den "Vertrag zur Behandlung der feuchten Maculadegeneration mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern". Der Vertrag soll nach seiner Präambel neue Versorgungs- und Vergütungsformen für eine hochwertige und qualitative Patientenversorgung bei Erkrankung von Patienten an der feuchten AMD mit intravitrealer Injektion erproben. Die Teilnahme an dem Vertrag ist für Ärzte und Patienten freiwillig. Der Ast. ist dem Vertrag nicht beigetreten. Die Kosten für die privatärztliche Behandlung durch den Ast. mit Lucentis® machen die Patienten im Wege der **Kostenerstattung** bei den jeweiligen Krankenkassen, u.a. auch bei der Ag. geltend. In diesem Zusammenhang erteilte die Ag. an die bei ihr versicherten Patienten des Ast. die folgenden **Auskünfte**: „Zwischenzeitlich wurde die Behandlung mit VEGF-Hemmern (...) mit dem Bundesverband der operierenden Augenärzte vertraglich geregelt. Eine Liste der am Vertrag teilnehmenden Augenärzte haben wir beigefügt. Hier finden Sie die Augenärzte in Ihrer unmittelbaren Umgebung. Die Praxis I, W, nimmt nicht an diesem Vertrag teil. Eine Kostenerstattung im Falle einer weiteren Privatbehandlung ist daher zukünftig nicht mehr möglich.“; „wir haben den beiliegenden Kostenübernahmeantrag von der Praxis I/C erhalten. Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass die Behandlung mit VEGF-Hemmern mit dem Bundesverband der operierenden Augenärzte vertraglich geregelt ist und als Sachleistung zur Verfügung gestellt wird. Anbei erhalten Sie eine Liste der am Vertrag teilnehmenden Augenärzte in Ihrer näheren Umgebung. Die Praxis I/C nimmt leider nicht an diesem Vertrag teil. Eine Kostenerstattung im Falle einer Privatbehandlung ist nicht möglich.“ Der Ast. hat Unterlassungsklage gegen die Ag. eingereicht (S 14 KA 122/08). Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

IX. Streitwert/Anwaltsvergütung

Vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2006, S. 1; NZS 2003, S. 568; NZS 2001, S. 57; s auch Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit/Streitwertkatalog 2007, NZS 2007, 472 = MedR 2007, 684 - www.sozialgerichtsbarkeit.de – (rechts unten auf der Startseite ist link vorhanden); Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit (2006), NZS 2006, 350, sowie Straßfeld, SGB 2008, 119 u. 191; Die Sozialgerichtsbarkeit Nordrhein-Westfalen; Compendium zum kostenrechtlichen Symposium am 11. Juni 2008, http://www.lsg.nrw.de/aktuelles/kompendium_symposium.pdf.

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 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. UNTÄTIGKEITSKLAGE: DAUER DER UNTÄTIGKEIT

LSG Hessen, Beschl. v. 16.09.2008 – L 4 B 192/08 KA –

RID 08-04-70

Für Untätigkeitsklagen auf Erlass eines Verwaltungsakts sind 10 bis 25 % des vollen Streitwerts festzusetzen. Maßgebend ist die Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls, zu denen unzweifelhaft u.a. auch die Dauer der Untätigkeit gehört. Bei einem Zeitraum von drei Jahren ist es gerechtfertigt, von 25 % des vollen Streitwerts auszugehen.

SG Marburg, Beschl. v. 07.07.2008 – S 12 KA 192/08 – setzte 1/10 des vollen Streitwerts fest, das *LSG* ¼ (16.740 €).

2. KEINE REDUKTION DES AUFFANGWERTS IM EINSTWEILIGEN RECHTSSCHUTZVERFAHREN

LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 28.08.2008 – L 4 B 463/08 KA ER – RID 08-04- (S. 8)

Der Auffangwert ist im Verfahren auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes nicht zu reduzieren (s. dazu Senatsbeschl. v. 18.03.2005 – L 4 B 124/04 KA ER -).

3. AUFSCHIEBENDE WIRKUNG DER KLAGE GEGEN DURCH SCHIEDSAMT FESTGESETZTEN AOP-VERTRAG

SG Berlin, Beschl. v. 08.07.2008 – S 79 KA 977/06 ER – RID 08-04- (S. 26)

SGG § 197 a I 1; GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 4

Der Streitwert in einem Eilverfahren über die wiederherstellende Wirkung der Klage gegen die Festsetzung des AOP-Vertrages nach § 115b SGB V ist auf den dreifachen Regelstreitwert (15.000,- Euro) festzusetzen, da bereits im vorläufigen Verfahren ein erhebliches Interesse an dem Verfahren vorausgesetzt werden kann.

4. GENEHMIGUNG NACH § 121A SGB V

SG Marburg, Beschl. v. 10.10.2008 – S 12 KA 381/07 –

RID 08-04-71

SG Marburg, Beschl. v. 10.10.2008 – S 12 KA 386/07 –

RID 08-04-72

GKG § 52

Nach dem Streitwertkatalog der Sozialgerichtsbarkeit für das Jahr 2007 (www.justiz.rlp.de) ist für Genehmigungen für Zweigpraxen vom dreifachen Regelstreitwert auszugehen. Wegen der vergleichbaren Bedeutung einer Zweigpraxisgenehmigung mit einer Genehmigung nach § 121a SGB V ist in Verfahren nach § 121a SGB V der dreifache Regelstreitwert angemessen.

5. ERHÖHTE GEBÜHR NACH NR. 2400 VV („SCHWIERIG“) IN WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFVERFAHREN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 10 KA 24/07 –

RID 08-04-73

Zit. nach Bergmann/Wever, MedR 2008, 606

SGB V §§

Eine erhöhte Gebühr nach Nr. 2400 VV setzt alternativ, nicht kumulativ voraus, dass die Tätigkeit **umfangreich oder schwierig** war. Für die **Schwierigkeit** kommt es nicht auf die individuellen Fähigkeiten des einzelnen Rechtsanwalts oder der Zuordnung zu einer bestimmten Rechtsmaterie an. Abzustellen ist auf den Einzelfall. Auch wenn das Vertragsarztrecht grundsätzlich eine schwierige Rechtsmaterie ist, gibt es Fragestellungen unterschiedlicher Schwierigkeit.

Bei Vertretung durch einen Rechtsanwalt in **drei Widerspruchsverfahren** wegen einer **Wirtschaftlichkeitsprüfung** bzgl. dreier Quartale, in der in den beiden weiteren Verfahren auf das erste Bezug genommen wird, ist der Ansatz von mehr als 1,3 in den beiden weiteren Verfahren unbillig. Im ersten Verfahren ist der Höchstsatz von 2,5 nicht gerechtfertigt (hier: unstreitig 1,8-fach).

SG Düsseldorf, Urt. v. 16.05.2007 – S 14 KA 191/06 – hatte hinsichtlich des Widerspruchsverfahrens für ein Quartal den 1,8-fachen Satz der Geschäftsgebühr nach Nr. 2400 VV und für die zwei anderen Widerspruchsverfahren den 1,5-fachen Satz angesetzt.

Vgl. a. *SG Marburg, Beschl. v. 26.03.2008 – S 12 KA 1429/05 – RID 08-02-119; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 5567/05 – RID 07-02-84.*

X. Entscheidungen des BSG

1. HONORARVERTEILUNG

A) HONORARTÖPFE: BEOBACHTUNGS- UND REAKTIONSPFLICHT

BSG, Beschl. v. 17.09.2008 – B 6 KA 62/07 B –

RID 08-04-74

^{juris}
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Sachsen*, Urt. v. 30.05.2007 – L 1 KA 6/06 – wird zurückgewiesen. Die KV darf **Honorartöpfe** für Arztgruppen (hier: Pathologen) in Anknüpfung an die in einem früheren Jahr ausbezahlten Abrechnungsvolumina bilden. Die so gebildeten Honorarkontingente werden nicht allein deshalb rechtswidrig, weil nach der Festlegung ihres Zuschnitts eine Höherbewertung von solchen Leistungen im EBM erfolgt, die aus einem derartigen festen Honorarkontingent vergütet werden (vgl. bereits BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 23 S. 125). Mit der Bildung von Honorarkontingenten geht eine **Beobachtungs- und Reaktionspflicht** der KV als Normgeber einher. Dies begründet eine Verpflichtung zum Eingreifen, wenn sich bei einer Arztgruppe ein honorarmindernd wirkender **dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 %** unter das sonstige Durchschnittsniveau ergibt, von dem Punktwertabfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen ist, die dem Punktwertabfall zugrunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten ist und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden (BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 43/06 R - USK 2007-78, Rn. 20). Die Frage, unter welchen Voraussetzungen und ab welchem Zeitpunkt genau eine KV auf eine bestimmte Honorarverteilungsentwicklung reagieren muss, ist einer allgemein gültigen Festlegung und damit grundsätzlicher Klärung nicht zugänglich.

B) AUSGLEICH BEI ÜBER- UND UNTERSCHREITUNGEN ZWISCHEN EINZELNEN BUDGETS

BSG, Beschl. v. 30.06.2008 – B 6 KA 1/08 B –

RID 08-04-75

^{juris}
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 21.11.2007 - L 3 KA 211/04 - wird zurückgewiesen.

Die in Art. 15 I 1 und 2 GKV-SolG für das Jahr 1999 vorgegebene separate Festlegung höchstzulässiger Ausgabenvolumina der Gesamtvergütungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie einerseits und für alle übrigen vertragszahnärztlichen Leistungen andererseits bildet einen hinreichenden sachlichen Grund dafür, im Rahmen der Verteilung dieser Ausgabenvolumina auf die einzelnen Vertragszahnärzte eine Übertragung **nicht ausgeschöpfter Honorarkontingente** für Zahnersatz in den Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen nicht zuzulassen (vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 63/05 B -). Allein der Umstand, dass Art 15 GKV-SolG nur für das Jahr 1999 gegolten hat, entbindet die Kl. nicht von ihrer Verpflichtung darzulegen, inwieweit die Zulässigkeit des in einem HVM für die Zeit ab dem 01.01.2000 festgeschriebenen Ausschlusses des sog sektoralen Budgetausgleichs noch revisionsrichterlich geklärt werden muss.

Einem vom einzelnen Vertragszahnarzt **nicht ausgeschöpften (Teil-)Budget** steht bei der Bemessung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen nicht zwingend auch ein entsprechender Betrag an noch verteilter Gesamtvergütung gegenüber. Das wäre nur der Fall, wenn bereits im Gesamtvertrag Möglichkeiten des Ausgleichs von Über- und Unterschreitungen zwischen den einzelnen Budgets zugelassen sind.

2. TEILNAHME AM ÄRZTLICHEN NOTFALLDIENST: VERTRETER BEI UNGEEIGNETHEIT

BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 13/06 R –

RID 08-04-76

Leitsatz: 1. Auch ein Arzt, der wegen Ungeeignetheit von der persönlichen Erbringung des Notfalldienstes ausgeschlossen ist, hat grundsätzlich auf eigene Kosten einen Vertreter für die Durchführung der ihm obliegenden Einsätze zu stellen.

2. Eine ersatzlose Befreiung vom Notfalldienst kommt nur in Betracht, sofern aus gesundheitlichen oder ähnlich schwerwiegenden Gründen die Praxistätigkeit des Arztes eingeschränkt ist und ihm deshalb die Finanzierung eines Vertreters nicht mehr zugemutet werden kann.

3. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG: NEUREGELUNG/REGELPRÜFMETHODE

BSG, Urt. v. 09.04.2008 – B 6 KA 34/07 R –

RID 08-04-77

Leitsatz: 1. Änderungen der materiell-rechtlichen Vorgaben der Wirtschaftlichkeitsprüfung erfassen grundsätzlich nur Quartale nach dem Inkrafttreten der Neuregelung.

2. Vertragsärztliche Leistungen können auch nach Ablösung der Prüfung nach Durchschnittswerten als Regelprüfmethode zum 1.1.2004 nach diesem Verfahren geprüft werden, wenn die Partner der Gesamtverträge das vereinbart haben; auf den Zeitpunkt des Abschlusses dieser Vereinbarung kommt es nicht an.

4. KEINE ERMÄCHTIGUNG WEGEN FREMDSPRACHENKENNTNISSE

BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 40/06 R –

RID 08-04-78

Leitsatz: Die Kompetenz eines Psychotherapeuten, mit Patienten Therapien in deren nichtdeutscher Muttersprache durchführen zu können, begründet keinen Bedarf für dessen Ermächtigung.

5. WEST-OST-TRANSFER VON GESAMTVERGÜTUNGSANTEILEN - VERTRAGSZAHNÄRZTLICHER VERSORGBEREICH

BSG, Urt. v. 09.04.2008 – B 6 KA 29/07 R –

RID 08-04-79

Leitsatz: Der West-Ost-Transfer von Gesamtvergütungsanteilen in den Jahren 2004 bis 2006 hat den vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich nicht erfasst.

6. ANFORDERUNGEN AN INTEGRIERTE - LEISTUNGSSEKTOREN ÜBERGREIFENDE - VERSORGUNG

BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 5/07 R –

RID 08-04-80

Leitsatz: Zu den Anforderungen an eine integrierte - verschiedene Leistungssektoren übergreifende - Versorgung im Bereich eines Krankenhauses.

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

RID 08-04-81

BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 7/07 R –

RID 08-04-82

7. STREITWERT: BEANSTANDUNG DER RICHTLINIEN DES GBA

BSG, Beschl. v. 18.09.2008 – B 6 A 1/08 R –

RID 08-04-

Der Senat hält es für angemessen, aufsichtsrechtliche Streitigkeiten im Zusammenhang mit dem Erlass von Richtlinien des GBA zur näheren Ausgestaltung des Leistungskatalogs der GKV (hier: Beanstandung des Richtlinienbeschlusses des klagenden GBA v. 16.11.2004; in diesem Beschl. wurde festgestellt, dass die Protonentherapie bei der Indikation "Mammakarzinom" derzeit nicht die Kriterien des § 137c SGB V erfüllt und deshalb nicht als Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden darf, vgl. nunmehr § 4 der Richtlinie des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus vom 21.3.2006), denen nicht nur lokale bzw. regionale, sondern bundesweite Bedeutung für mehr als 70 Millionen Versicherte zukommen kann (vgl. zu diesem Gesichtspunkt BSG, Urt. v. 19.09.2007 - B 1 A 4/06 R - juris Rdnr. 33), mit dem Fünffachen des für Normenkontrollen im Streitwertkatalog 2004 für die Verwaltungsgerichtsbarkeit angesetzten Betrages – d.h. mit 300.000 Euro - zu bewerten.

B. Krankenversicherungsrecht

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

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

Bernzen, Die neue Mitteilungspflicht nach § 294a Abs. 2 SGB V und der Leistungsausschluss nach § 52 Abs. 2 SGB V – verschleiert, verschmälert, verfassungswidrig, MedR 2008, 549-553; *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) PHOTODYNAMISCHER THERAPIE (PDT) MIT VISUDYNE (WIRKSTOFF: VERTEPORFIN)

SG Dresden, Urt. v. 04.09.2008 – S 18 KR 298/06 –

RID 08-04-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 92, 135

Ist das Sehvermögen auf dem linken Auge bereits weitgehend aufgehoben und droht innerhalb kurzer Zeit der irreversible Ausfall des funktionell einzigen und schon hochgradig sehbehinderten rechten Auges durch die weitere Ausbreitung der okkulten subfovealen chorioidalen Neovaskularisation (CNV), so stellt die **drohende vollständige Erblindung** einen so einschneidenden Sinnesverlust dar, dass ein Anspruch auf Übernahme der **Kosten der Photodynamischen Therapie** besteht, wenn das **Medikament Verteporfin** im Behandlungszeitraum europarechtlich (EMEA) für die bei der Versicherten bestehende Indikation zugelassen ist, aber der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: GBA) insoweit noch keine entsprechende Empfehlung nach § 135 SGB V abgegeben hat (Anschluss an *LSG Sachsen, Urt. v. 21.03.2007 – L 1 KR 27/03 – RID 07-03-112*).

Es trifft nicht zu, dass es einer speziellen arzneimittelbezogenen Prüfung der Anwendung von Visudyne® mittels PDT bedurft hätte; dies wäre unvereinbar mit dem Begriff der **Behandlungsmethode**, der den Anwendungsbereich des § 135 I SGB V nach dem BSG (vgl. Urt. v. 25.08.1999 - B 6 KA 39/98 R -) begrenzt.

Der **Gemeinsame Bundesausschuss** hat die **Grenzen seiner Prüfungsbefugnis überschritten**, soweit er über die Festlegung der qualitativen und qualifikationsbezogenen Kriterien für die PDT hinaus für sich in Anspruch genommen hat, auch die bereits im Rahmen der arzneimittelrechtlichen Zulassung abschließend geprüften Indikationen für die pharmakologische Wirksamkeit des eingesetzten Arzneimittels Verteporfin einer nochmaligen - medikamentenbezogenen - Überprüfung an Hand der schon im Rahmen der Zulassung bewerteten klinischen Studien zu unterziehen.

Das *SG* gab der Klage statt und verurteilte d. Bekl., dem Kl. die für die Photodynamische Therapie mit Visudyne® (Verteporfin) in Höhe von insgesamt 3.960,00 EUR aufgewandten Kosten zu erstatten.

B) INTERSTITIELLE BRACHYTHERAPIE MIT PERMANENT-SEEDS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.09.2008 – L 5 (16) KR 184/07 –

RID 08-04-84

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 135 I 1

Ein Anspruch auf Kostenerstattung für eine ambulant durchgeführte interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds besteht nicht, wenn der behandelnde **Arzt nicht berechtigt** ist, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Die **interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds** gehört als **neue Behandlungsmethode** nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, da der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine positive Empfehlung über den Nutzen der Methode abgegeben hatte. Ein sog. **Systemversagen** liegt nicht vor (vgl. zum Fehlen eines Systemversagens bei der interstitiellen Brachytherapie *BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 13*).

Eine **Honorarvereinbarung** ist nichtig, wenn die behandelnden Ärzte versuchen, ihre fehlende Kassenzulassung dadurch zu unterlaufen, dass sie einen Versicherten sehenden Auges in ein Kostenerstattungsverfahren treiben und lediglich auf eine fehlende Abrechnungsziffer, nicht aber auf ihre fehlende Kassenzulassung hinweisen.

SG Köln, Urt. v. 17.09.2007 - S 19 KR 236/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

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 Privatversicherung auch nicht die Verpflichtung der Krankenkasse durch eigene Leistungen erfüllt. Zur BSG-Rspr. s. a. RID 07-04-B I 2 (S. 36), zur Instanzenpraxis zuletzt RID 08-02-B I 2 (S. 48 f.).

A) ICSI-BEHANDLUNGEN: KEINE KOSTEN FÜR EHEFRAU

LSG Thüringen, Urt. v. 29.05.2007 – L 6 KR 756/03 –
Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen - B 1 KR 75/07 B -
SGB V § 27a III

RID 08-04-85

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Eine Kostenerstattung für die am Körper der privatversicherten Ehefrau durchgeführten ICSI-Behandlungen ist ausgeschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 03.08.2001 - B 1 KR 22/00 R - SozR 3-2500 § 27a Nr. 2 u. - B 1 KR 40/00 R - SozR 3-2500 § 27a Nr. 3 sowie v. 22.03.2005 – B 1 KR 11/03 R - SozR 4-2500 § 27a Nr. 1).

SG Gotha, Urt. v. 20.05.2003 - S 3 KR 246/03 - verpflichtete die Bekl., die Kosten für zwei durchgeführte ICSI-Behandlungen sowie für zwei weitere Versuche zu erstatten bzw. zu übernehmen., das **LSG** wies die Klage insoweit ab, als die Bekl. auch zur Kostenerstattung in Höhe von 3.646,68 EUR für Maßnahmen, die im Rahmen der ICSI/IVF unmittelbar am Körper der Ehefrau des Kl. durchgeführt wurden, verurteilt wurde.

B) KEIN ANSPRUCH FÜR FRAUEN NACH DEM 40. LEBENSJAHR

LSG Bayern, Urt. v. 10.04.2008 – L 4 KR 217/05 –
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 27a

RID 08-04-86

Frauen, die das 40. Lebensjahr überschritten haben, haben keinen Anspruch auf eine künstliche Befruchtung.

SG München, Urt. v. 06.07.2005 - S 3 KR 599/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) KEINE VERFASSUNGSWIDRIGKEIT DES § 27A SGB V

LSG Bayern, Urt. v. 06.03.2008 – L 4 KR 266/06 –
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 27a

RID 08-04-87

Nach § 27a I Nr. 2 SGB V besteht hinreichende Erfolgsaussicht für eine Schwangerschaft nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.

§ 27a SGB V ist nicht verfassungswidrig (vgl. BSG, Urt. v. 19.09.2007 - B 1 KR 6/07 R – unter Hinweis auf BVerfG v. 28.02.2007 - 1 BvL 5/03 - NJW 2007, 1343).

SG München, Urt. v. 14.07.2006 - S 32 KR 1266/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

A) WURZELKANALBEHANDLUNG AN BACKENZÄHNEN (MOLAREN)

SG Aachen, Urt. v. 14.05.2008 – S 21 KR 28/07 –
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 2, 28 II 1, 92 I 2 Nr. 2

RID 08-04-88

Nr. 9 der Behandlungsrichtlinie ("Zähne mit Erkrankungen oder traumatischen Schädigungen der Pulpa sowie Zähne mit nekrotischem Zahnmark können in der Regel durch endodontische Maßnahmen erhalten werden. Die Wurzelkanalbehandlung von Molaren ist in der Regel angezeigt, wenn - damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann, - eine einseitige Freiendsituation vermieden wird, - der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.") enthält für die Molaren in Satz 2 eine Sonderregelung. Danach gilt für Molaren, dass diese grundsätzlich nicht endodontisch behandelt werden, es sei denn, dadurch können die in Nr. 9 Satz 2 genannten Situationen oder vergleichbare Fälle vermieden werden. Es müssen weitere Umstände hinzukommen, die für den Erhalt des Zahnes sprechen.

Der Kl. kam am 18.11.2004 in die Praxis des Dr. S. wegen Zahnschmerzen am Backenzahn (27). Der Zahn 26 ist bei ihm seit längerem entfernt, der Zahn 28 noch vorhanden. Herr S. erläuterte dem Kl., dass der Zahn zur Schmerzbesichtigung entweder auf Kosten der Krankenkasse gezogen werden könne oder auf eigene

Rechnung (privat) eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt werden könne. Der Kl. entschied sich nach Rücksprache mit seiner Mutter für die private Behandlung. Die Behandlung wurde am 05.04.2005 fortgesetzt, nachdem zuvor andere Schäden im Gebiss beseitigt worden waren. Am 24.02.2005 beantragte der Kl. unter Vorlage eines Heil- und Kostenplans vom 02.12.2004 die Kostenerstattung für die bereits angefangene Behandlung. Auf die Nachfrage der Bekl. beim behandelnden Zahnarzt erklärte dieser, dass es sich um einen erhaltungswürdigen Zahn handle, aber keine Indikation gemäß der Richtlinie vorliege. Wegen des fehlenden Zahns 26 sei die Zahnreihe bereits unterbrochen. Der Erhalt des Zahnes sei dennoch sinnvoll. Die Bekl. lehnte den Ausgleich von 422,41 Euro ab. Das **SG** gab der Klage statt.

B) KEIN ANORDNUNGSGRUND FÜR ERNEUTE VERSORGUNG MIT ZAHNERSATZ NACH MÄNGELRÜGE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.11.2008 – L 16 B 71/08 KR ER –

RID 08-04-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 55 ff.; SGG § 86b II

Für eine erneute Versorgung mit Zahnersatz besteht kein Anordnungsgrund, wenn sich eine Versicherte für eine Behandlung der Schmerzen und Entzündungen - unabhängig von einer prothetischen Neuversorgung - ohne weiteres in allgemein- oder zahnmedizinische Behandlung begeben kann. Eine Nahrungsaufnahme ist in pürierter Form auch mit einer schlecht sitzenden Prothese möglich.

SG Detmold, Beschl. v. 27.08.2008 - S 5 KR 245/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

II. Kostenerstattungsanspruch

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

1. KAUSALITÄTSERFORDERNIS: VORHERIGE GENEHMIGUNG DER FAHRKOSTEN

LSG Hamburg, Urt. v. 30.07.2008 – L 1 KR 17/08 –

RID 08-04-90

SGB V §§ 13 III 1, 60 I 3, 92 I 2 Nr. 12; KrankentransportRL

Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen sind als **Sachleistung** zu gewähren.

Die für Fahrten zu ambulanten Behandlungen erforderliche **Genehmigung** ist nach § 9 KrankentransportRL **vor der Beförderung** einzuholen. Wird dieses Verfahren nicht eingehalten, so besteht kein Kostenerstattungsanspruch.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 27.03.2008 - S 23 KR 35/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. UNWIRKSAMKEIT VON SELBSTZÄHLERKLAUSELN

SG Wiesbaden, Gerichtsbb. v. 24.09.2008 – S 17 KR 296/07 –

RID 08-04-91

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 39; BGB § 307 I, II Nr. 1

Ein Versicherter hat keinen **Kostenerstattungsanspruch**, wenn er seinerseits nicht verpflichtet war, die vom Krankenhaus geltend gemachte Vergütung zu zahlen (vgl. BSG, Urt. v. 20.05.2003 - B 1 KR 9/03 R -; LSG Hessen, Urt. v. 16.11.2006 – L 8 KR 32/06 -).

Bei den Selbstzahlerklauseln handelt es sich um **Allgemeine Geschäftsbedingungen** (§ 305 I BGB).

Selbstzahlerklauseln (hier: "Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistung verpflichtet.") in den Behandlungsverträgen sind, soweit sie die Vergütung einer als Sachleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchten Leistung betreffen, **unwirksam**, wenn sie einen Versicherten unangemessen benachteiligen. Denn die Verpflichtung des Patienten, die Kosten einer stationären Behandlung als Selbstzahler zu tragen, wenn seine Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt, ist mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelungen der §§ 39, 107 ff. SGB V, von denen abgewichen wird, nicht zu vereinbaren (§ 307 I u. II 2 Nr. 1 BGB). Die Einbindung der Krankenhäuser gemäß § 109 I 3 und § 112 SGB V in ein System öffentlich-rechtlicher Verträge, die das Vergütungsverhältnis abschließend regeln, lässt für abweichende privatrechtliche Regelungen keinen Raum.

Das **SG** wies die Klage ab.

3. HYPERTHERMIE/BEHANDLUNG IN PRIVATKRANKENHAUS

LSG Bayern, Urt. v. 12.02.2008 – L 5 KR 82/06 –

RID 08-04-92

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 108, 111

Die **Hyperthermie** in Kombination mit einer Chemotherapie ist eine **neue Behandlungsmethode**, die grundsätzlich nicht im Sinne des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V von der gesetzlichen Krankenkasse geschuldet wird, weil eine Empfehlung des gemeinsamen Bundesausschusses bis heute nicht vorliegt. Für eine Erstattung unter Beachtung der vom BVerfG aufgestellten Grundsätze ist es erforderlich, dass für die Krankheit der Versicherten keine anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung stand.

SG Augsburg, Urt. v. 21.09.2005 - S 12 KR 23/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

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 entstellend 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).

IV. Krankenbehandlung im Ausland

1. VORABERSUCHEN EUGH: KOSTENERSTATTUNG NACH NOTFALLBEHANDLUNG IN SPANISCHER PRIVATKLINIK

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 24.06.2008 – L 1 KR 137/07 –

RID 08-04-93

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 16, 18, 27, 39, 108

Dem Europäischen Gerichtshof werden gemäß Artikel 234 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (in der Fassung des Amsterdamer Vertrages vom 2. Oktober 1997 - EG) folgende Fragen zur Entscheidung vorgelegt:

1. Umfasst der Anspruch auf Kostenerstattung nach Art. 34 Abs. 4 und 5 VO 574/72 EWG auch Kosten, die durch eine **Notfallbehandlung** einer zur Inanspruchnahme der Leistungen nach Art. 31 VO 1408/71 EWG berechtigten Rentnerin in einer **Privatklinik** des Aufenthaltsortes veranlasst wurden, wenn das zuständige Krankenhaus die Behandlung als Sachleistung wegen Überlastung abgelehnt hat?
2. Kann eine **Beschränkung der Kostenerstattung** auf Erstattungssätze nach Art. 34 Abs. 4 VO 574/72 EWG erfolgen, wenn die Bezahlung der Sachleistung der Krankenhäuser durch den zuständigen Träger nicht abstrakt-generell nach Sätzen erfolgt, sondern individuell einzeln vertraglich geregelt ist und zudem nach nationalem Recht auch keine Beschränkung der Sachleistung auf Behandlung in bestimmten Krankenhäusern besteht.
3. Ist eine nationale Vorschrift, nach der eine **Erstattung der Kosten** einer Behandlung in einem Privatkrankenhaus im EU-Ausland auch im Falle einer Notfallbehandlung **ausgeschlossen** ist, mit Art. 49 und 50 sowie Art. 18 EG vereinbar?

Die 1936 geb. Kl. ist bei der Bekl. hier in Deutschland als Rentnerin gesetzlich krankenversichert. Sie begehrt von ihr die Erstattung der **Kosten einer Behandlung auf der Intensivstation eines Privatkrankenhauses in Spanien** in Höhe von noch 9.115,34 EUR. Sie hielt sich im August 2003 in Spanien auf. Sie hatte einen Krankenschein E 111 mitgenommen, war jedoch nicht privat reisekrankenversichert. Am 02.08.2003 erkrankte sie mit Übelkeit, Erbrechen und Verschwommensehen. Am 03.08. wurde sie im Krankenwagen zur Notfallstation in das öffentliche C-Krankenhaus M gefahren. Dort schickte man sie nach zehn Stunden wegen Bettenmangels ohne weitere Diagnostik wieder nach Hause. Nachdem sich am 06.08. eine Lähmung der Beine entwickelt hatte, vermutete der hinzugezogene Notarzt einen Schlaganfall und wies die Kl. erneut in das C-Krankenhaus ein. **Die Notfallaufnahme des Krankenhauses wies sie ab, weil kein Bett frei sei, und leitete sie an das private UHospital weiter.** Dort wurde sie aufgrund der Schwere der Erkrankung auf der **Intensivstation** aufgenommen. Sie leidet seither an beinahe vollständiger Lähmung. Am 07.08. trat zusätzlich eine Aspirationspneumonie ein. Die Kl. wurde beatmungspflichtig. Eine Rückverlegung auf die Beatmungsstation des C Krankenhauses oder eine Verlegung in die Universitätsklinik M war mangels freier Beatmungsbetten bis zum 19.08.2003 nicht möglich. An diesem Tag wurde sie in das C Krankenhaus verlegt. Die Privatklinik stellte der Kl. am 19.08. 21.954,18 € Behandlungskosten in Rechnung. Von diesen Kosten erstattete die Beklagte im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nach und nach insgesamt 12.883,84 EUR. Sie

legte dabei zuletzt den durchschnittlichen im August 2003 geltenden Pflegesatz der Intensivstationen derjenigen Berliner Krankenhäuser zugrunde, die im August 2003 (noch) nach der BpflV abrechneten. Die übrigen Häuser hätten bereits der Abrechnung nach den DRG-Fallpauschalen unterlegen. Die Kl. - so die Auffassung der Beklagten - habe bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Spanien nach Art. 31 VO 1408/71 Sachleistungen vom spanischen Versicherungsträger erhalten. Nach Art. 34 Abs. 1 VO 572/72 EWG sei vom zuständigen Träger eine Erstattung von Kosten immer dann vorzunehmen, wenn die geltenden Formvorschriften zur Erlangung einer Leistung nicht hätten eingehalten werden können. Grundsätzlich gälten die für den Träger des Aufenthaltsortes maßgebenden Sätze. Allerdings **kenne das spanische Krankenversicherungsrecht keine Erstattungssätze**. Deshalb könne nach Art. 34 Abs. 5 VO 574/72 EWG der zuständige Träger die Kosten nach den für ihn geltenden Sätzen erstatten. Dies sei hier erfolgt. *SG Berlin*, Urt. v. 20.10.2006 - S 72 KR 2402/04 - wies die Klage ab, das *LSG* setzte das Berufungsverfahren wegen des Vorabersuchens aus.

2. KOSTEN FÜR RETTUNGSHUBSCHRAUBER IN DER SCHWEIZ

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 27.02.2008 – L 5 KR 59/07 –

RID 08-04-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 16 I Nr. 1, 18, 60 I, 133; SGB I § 30 I; EG-VO 1408/71

Eine Versicherte hat gegenüber der schweizerischen Krankenversicherung grundsätzlich einen Anspruch auf Übernahme der Transportkosten nach schweizerischem Recht. Nach schweizerischem Recht erstreckt sich ein Anspruch der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch lediglich auf Übernahme der hälftigen Transportkosten abzüglich des Eigenanteils in Höhe von 92 CHF. Die Beschränkung des Anspruchs auf die Hälfte der entstandenen Kosten ist systemgerecht.

SG Itzehoe, Urt. v. 10.07.2007 - S 1 KR 160/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. ZAHNPROTHETISCHE BEHANDLUNG IN DER TSCHECHISCHEN REPUBLIK

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.09.2008 – L 4 KR 5472/07 –

RID 08-04-95

Revision anhängig: B 1 KR 19/08 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 IV, 27I 2 Nr. 2a, 55 I 1, 87 Ia 1; BMV-Z

Einem Kostenerstattungsanspruch steht entgegen, dass eine Versicherte der Krankenkasse **vor Durchführung der zahnprothetischen Behandlung** nicht die Möglichkeit gegeben hat, die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der erstrebten Zahnersatzversorgung anhand von Röntgenaufnahmen und Voruntersuchungen (Vitalitätsprüfung, Parodontalzustand usw.) zu beurteilen und diese Beurteilung auch nicht abgewartet hat.

Der der Krankenkasse vorzulegende, von ihr zu prüfende und zu genehmigende **Heil- und Kostenplan** des Vertragszahnarztes soll der Krankenkasse Gelegenheit geben, die vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz vorab auf ihre Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen und gegebenenfalls begutachten zu lassen, um auf diesem Wege die Inanspruchnahme der in aller Regel mit hohen Kosten verbundenen Zahnersatzleistungen steuern zu können. Dieses **Genehmigungserfordernis** erscheint als zwingende Voraussetzung für den Leistungsanspruch des Versicherten (vgl. BSG SozR 4-1500 § 55 Nr. 1 Rdnr 10).

Die 1963 geb. Kl. hatte ihrem Vorbringen zufolge zwei genehmigte Heil- und Kostenpläne (HKP) nicht ausführen lassen, da sie ihr zu teuer waren. Ein tschechischer Zahnarzt erstellte ihr am 11.03.2006 einen "Kostenvoranschlag/Rechnung" über eine zahnprothetische Behandlung bezüglich mehrerer Zähne über EUR 1.810,00. Die Behandlung wurde dann in Tschechien am 25.03.2006 durchgeführt und die Klägerin bezahlte an diesem Tag die Behandlung. Am 06.04.2006 ging bei der Bekl. der genannte Kostenvoranschlag ein. Die Bekl. ermittelte als Kassensatz für die durchgeführte Behandlung einen Betrag von EUR 2.103,04. Sie lehnte eine Kostenübernahme ab, weil Zahnersatzkosten im Ausland nur dann übernommen werden dürften, wenn vor Beginn der Behandlung ein HKP zur Genehmigung vorgelegt worden sei. *SG Karlsruhe*, Gerichtsbb. v. 11.10.2007 - S 5 KR 3930/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 06.11.2008 - **B I KR 6/08 R** – ist der **Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel** wie "Gelomyrtol forte" von der Versorgung mit dem allgemeinen Gleichheitssatz und den Grundrechten aus Art. 2 II und 2 I GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip sowie dem Europäischen Recht vereinbar; nach BSG, Urt. v. 28.02.2008 - **B I 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 I 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 indikationsspezifisch zugelassenen Arzneimittels, MedR 2008, 190-202.

1. OFF-LABEL-USE

A) ARZNEIMITTEL REVLIMID® (WIRKSTOFF: LENALIDOMID)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.09.2008 – L 9 B 274/08 KR ER –

RID 08-04-96

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Ob das Arzneimittel Revlimid® (Wirkstoff: Lenalidomid), das für die Behandlung von Krebs der Plasmazellen im Knochenmark (multiples Myelom) zugelassen ist, auch für das Indikationsgebiet myelodysplastisches Syndrom (MDS) in Verbindung mit zytogenetischer Deletion (5q-minus-Syndrom) eingesetzt werden kann, kann im Eilverfahren nicht abschließend beantwortet werden. Die **Abwägung** eines bloßen finanziellen Schadens der Krankenkasse auf der einen Seite und des Schutzes von Leben und körperlicher Unversehrtheit der Versicherten auf der anderen Seite begründen jedoch einen vorläufigen Anspruch im einstweiligen Anordnungsverfahren.

SG Berlin, Beschl. v. 16.05.2008 - S 86 KR 857/08 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

B) IMMUNGLOBULINPRÄPARATE

Vgl. zuletzt **BVerfG**, Beschl. v. 07.04.2008 – 1 BvR 550/08 – RID 08-02-161; **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 08.02.2008 – L 4 KR 2153/06 – RID 08-02-162; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 22.01.2008 – L 16 B 102/07 KR ER - RID 08-01-146 m.w.N.

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

AA) IMMOGLOBIN-PRÄPARAT HSANDO10

LSG Bayern, Urt. v. 24.04.2008 – L 4 KR 75/05 –

RID 08-04-97

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die Versorgung mit Immunglobulinen ist bei einer Occipitalis-Neurologie (Schmerzen im Hinterkopf) als Off-Label-Use ausgeschlossen.

SG München, Urt. v. 21.07.2004 - S 18 KR 176/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

BB) IMMUNGLOBULIN OCTAGAM® BEI MULTIPLER SKLEROSE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.08.2008 – L 16 B 59/08 KR ER –

RID 08-04-98

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Das vom BVerfG herangezogene Kriterium der **Lebensbedrohlichkeit einer Erkrankung** würde bei weiter Auslegung sinnentleert, weil nahezu jede schwere Krankheit ohne therapeutische Einwirkung irgendwann auch einmal lebensbedrohende Konsequenzen nach sich zieht (vgl. BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 10 Rn. 34). Vielmehr ist in die Beurteilung einzubeziehen (vgl. BSG USK 2007-36), ob sich die Gefahr eines tödlichen Krankheitsverlaufs schon in näherer oder erst in ganz ferner, noch nicht genau absehbarer Zeit zu konkretisieren droht (vgl. BSG SozR 4-2500 § 31 Nr. 8, Rn. 19; BVerfG, v. 06.02.2007 - 1 BvR 3101/06 - juris) und eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt (vgl. BSG SozR 4-2500 § 31 Nr. 8 Rn. 20).

Aus der **Gewährung von Leistungen in der Vergangenheit** kann kein Leistungsanspruch für die Zukunft hergeleitet werden. Bei der Frage, ob eine Leistungspflicht einer gesetzlichen Krankenkasse besteht, ist nicht auf den Zeitpunkt der erstmaligen Behandlung einer Krankheit, sondern auf den

Zeitpunkt der Ausstellung der jeweiligen ärztlichen Verordnung des Arzneimittels, das zur Behandlung eingesetzt wird, abzustellen (vgl. beispielhaft zur vergleichbaren Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln: BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 21; SozR 4-2500 § 33 Nr. 11). Die Anspruchsvoraussetzungen müssen auch im Zeitpunkt der erneuten Gewährung vorliegen und sind deshalb jeweils aktuell zu prüfen.

SG Dortmund, Beschl. v. 13.06.2008 - S 40 KR 141/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

C) WIRKSTOFF METHYLPHENIDAT (CONCERTA, RITALIN, EQUASYM, MEDIKINET): ADHS IM ERWACHSENENALTER

LSG Hamburg, Beschl. v. 14.08.2008 – L 1 B 258/08 ER KR –

RID 08-04-99

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die Zulassung der Arzneimittel mit dem Wirkstoff Methylphenidat beschränkt sich auf die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose ADHS. Eine bestehende **Arzneimittelzulassung im Ausland** entfaltet nicht zugleich auch entsprechende Rechtswirkungen für Deutschland. (BSG, Urt. v. 27.03.2007 – B 1 KR 30/06 R - juris Rn. 11). Ein Anspruch nach den Grundsätzen des sog. Off-Label-Use besteht nicht. Es gibt schon keine gesicherte Datenlage für eine hinreichend begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg mit methylphenidathaltigen Medikamenten zur Therapie der **adulten ADHS**.

SG Hamburg, Beschl. v. 11.06.2008 - S 28 KR 766/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

2. FEHLENDE ARZNEIMITTELRECHTLICHE ZULASSUNG

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

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.08.2008 – L 5 KR 119/07 –

RID 08-04-100

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Captagon ist als Fertigarzneimittel weder in Deutschland noch EU-weit zugelassen (§ 21 I AMG). Fertigarzneimittel sind mangels Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, wenn ihnen die erforderliche arzneimittelrechtliche **Zulassung fehlt** (BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R -). Die bestehende **Arzneimittelzulassung in Belgien** entfaltet nicht zugleich auch entsprechende Rechtswirkungen für die Bundesrepublik Deutschland. Für einen Off-Label-Use ist Voraussetzung u.a., dass überhaupt eine Zulassung des streitigen Arzneimittels in der Bundesrepublik oder EU-weit besteht.

Ein außergesetzlicher Leistungsanspruch kommt auch nicht nach der vom BSG entwickelten Rechtsprechung über "**Seltenheitsfälle**" in Betracht, da alternative zugelassene Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

SG Düsseldorf, Urt. v. 15.06.2007 – S 4 KR 103/05 – RID 07-03-134 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) LIDODERM (HEFTPFLASTER MIT DEM WIRKSTOFF LIDOCAIN)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.09.2008 – L 1 KR 132/07 –

RID 08-04-101

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 1; 12 I, 27, 31

Grundsätzlich sind Arzneimittel mangels Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 2 I 1, § 12 I SGB V) nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach §§ 27 I 2 Nr. 1 und 3, 31 I 1 SGB V umfasst, wenn ihnen die erforderliche **arzneimittelrechtliche Zulassung nach § 21 I AMG fehlt** (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 28.02.2008 - B 1 KR 15/07 R - Rdnr. 20 mit Bezugnahme auf BSGE 96 153). Versatis 5 % und (in den USA) Lidoderm sind zur Behandlung nur der postzosterischen Neuralgie zugelassen, jedoch nicht für eine Schmerzbehandlung bei Algodystrophie (im Bereich des lateralen Fußrückens rechts). Ein Off-Label-Use scheidet aus, da andere Therapien verfügbar sind.

SG Potsdam, Urt. v. 26.10.2006 - S 7 KR 228/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL(HIER: SERAVIT)

LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2008 – L 4 KR 260/06 –

RID 08-04-102

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 27, 31 I 2

Nahrungsergänzungsmittel können nur nach Maßgabe des § 31 I 2 SGB V in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen werden können. Welche Fälle darunter zu verstehen sind, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in den Arzneimittelrichtlinien festzulegen. Auf Präparate mit darin nicht genannten Stoffen (hier: Seravit) besteht kein Anspruch.

SG Würzburg, Urt. v. 13.07.2006 - S 15 KR 511/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. MISTEL-PRÄPARAT ISCADOR BEI MALIGNEN TUMOREN

SG Würzburg, Urt. v. 19.08.2008 – S 4 KR 365/07 –

RID 08-04-103

Berufung zugelassen www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 31, 34, 92 I 2 Nr. 6; AMR Ziff. 16.4.7

Der gemeinsame Bundesausschuss hat bisher die adjuvante Behandlung mit Mistelpräparaten bei malignen Tumoren nicht als Therapiestandard anerkannt und entsprechend in die Arzneimittel-Richtlinien aufgenommen. Hierin liegt kein Systemversagen. Bei sämtlichen malignen Tumoren – und damit ohne zeitliche Beschränkung – ist eine adjuvante Therapie mit Mistelpräparaten als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung aus der Binnensicht der anthroposophischen Medizin nicht erforderlich.

Das *SG* wies die Klage ab.

Anders SG Düsseldorf, Urt. v. 01.03.2005 – S 8 KR 321/04 – RID 05-02-114.

5. POTENZMITTEL CAVERJECT

LSG Thüringen, Urt. v. 01.07.2008 – L 6 KR 507/07 –

RID 08-04-104

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 8

Zu den nach § 34 I 7 u. 8 SGB V von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimitteln zählt auch das Arzneimittel Caverject (vgl. *BSG, Urt. v. 18.07.2006 - B 1 KR 10/05 R -*). Das Gesetz schließt dabei unabhängig von den Gründen für die erektile Dysfunktion ausdrücklich alle Mittel zur Behandlung dieser Gesundheitsstörung von der Leistungspflicht aus (vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.03.2007 – L 11 KR 93/06 –* RID 07-02-147).

SG Meiningen, Urt. v. 23.01.2007 - S 16 KR 1713/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. WANGENAUFFÜLL-BEHANDLUNG MIT "NEW-FILL/SCULPTRA"

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 17.07.2008 – L 24 KR 149/07 –

RID 08-04-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 31 I; AMG § 2; MPG §§ 2, 3, 11, 37; MPVertrV § 1

Wesentlicher Bestandteil der Therapie einer **Injektion von Poly-Milchsäure** ist das Medizinprodukt, das in seiner Bedeutung somit nicht hinter dem Tätigwerden des Arztes zurücktritt. Dies schließt es aus, die begehrte Therapie einheitlich als ärztliche Leistung einzuordnen. Ein Versorgungsanspruch ist somit nach § 31 I SGB V zu beurteilen.

Das Präparat New-Fill (jetzt Sculptan) mit dem Inhaltsstoff Poly-Milchsäure ist wegen dieses Stoffes und seiner Anwendungsbestimmung im menschlichen Körper ein **Medizinprodukt** nach § 3 Nr. 1 c MPG.

Das Medizinprodukt **New-Fill (Sculptan)** ist **nicht apothekenpflichtig**.

Der 1953 geb. Kl. leidet an einer HIV Infektion. Im Rahmen dieser Erkrankung ist es zu einem Schwund des Bindegewebes im Wangenbereich gekommen. Die Gewährung von Injektionen von Poly-Milchsäure - dadurch solle geschwundenes Gewebe im Gesicht unterspritzt bzw. aufgefüllt werden, um eine Verletzungshäufigkeit beim Essen und der Körperpflege zu minimieren - für ca. 4 Sitzungen bei Kosten von 200 Euro pro Sitzung (inklusive Material- und Medikamentenkosten) lehnte die Bekl. ab. *SG Berlin, Gerichtsbb. v. 23.06.2005 - S 86 KR 979/02-84-82 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

S.a. *SG Aachen, Urt. v. 29.05.2007 – S 13 KR 56/06 –* RID 07-03-115.

7. VERSORGUNG OHNE ARZNEIMITTELFESTBETRAG: SORTIS® (WIRKSTOFF ATORVASTATIN)

SG Dresden, Urt. v. 10.07.2008 – S 18 KR 372/07 –

RID 08-04-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 35

Eine Versicherte muss eine Mehrbelastung durch einen **Eigenanteil** aufgrund der über einem **Festbetrag** liegenden Kosten selbst dann hinnehmen, wenn eine Umstellung der medikamentösen Behandlung auf ein anderes Präparat nicht möglich ist.

Versicherten, welche gegen die Festsetzung der Festbeträge nicht unmittelbar **Klage** erhoben haben, ist die **Möglichkeit der inzidenten Überprüfung** im Rahmen der verbundenen Anfechtungs- und Leistungsklage eröffnet. Dies betrifft nicht die Festbetragsgruppeneinteilung.

Soweit dem **Gemeinsamen Bundesausschuss** ein **Gestaltungsspielraum** bei seinen Entscheidungen zusteht, sind diese von den Gerichten im Wesentlichen nur daraufhin zu überprüfen, ob die maßgeblichen Verfahrens- und Formvorschriften eingehalten sind, sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums eingehalten sind.

Die für die Festbetragsbildung maßgebliche Zusammenfassung der **Wirkstoffgruppe der Statine** durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist nicht zu beanstanden.

Hinsichtlich der Einbeziehung eines Medikaments in eine Festbetragsgruppe kommt es nicht auf den tatsächlichen **Therapieerfolg** bzw. die bessere Verträglichkeit im konkreten Behandlungsfall an.

Die 1940 geb. Kl. beantragte in Form eines Attests ihrer Hausärztin die eigenanteilsfreie Versorgung (Eigenanteil derzeit ca. 455,00 EUR jährlich) mit dem Medikament Sortis®, weil sie an einer Hyperlipidämie leide, die durch konsequente Ernährungsumstellung und optimales Körpergewicht nicht habe gebessert werden können. Unter Lipidsenkern hätten sich die Werte zwar gebessert, jedoch seien erhebliche Nebenwirkungen aufgetreten. Unter Sortis® habe die Kl. auf normale Blutwerte ohne Nebenwirkungen eingestellt werden können. Die Bekl. lehnte ab und regte an, eine Umstellung der Medikation auf Statine ohne Eigenanteil zu prüfen. Das **SG** wies die Klage ab.

SG Berlin, Urt. v. 22.11.2005 – S 81 KR 3778/04 – RID 06-01-95 wies die Klage zweier Hersteller ab.

V. Hilfsmittel

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

1. HÖRGERÄTE

A) UNWIRKSAMKEIT DER FESTBETRAGSFESTSETZUNG

SG Neubrandenburg, Urt. v. 10.06.2008 – S 4 KR 7/07 –

RID 08-04-107

Berufung anhängig LSG Mecklenburg-Vorpommern - L 6 KR 11/08 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33

Ist ein Akustiker als Leistungserbringer nicht in der Lage, eine ausreichende Versorgung zum Festbetrag zu erbringen, kann die Krankenkasse sich nicht pauschal auf die Festbetragsregelung zurückziehen, ohne konkrete anderweitige und preisgünstigere **Versorgungsmöglichkeiten** vorzuschlagen.

Wird ein im täglichen Leben erheblicher **Gebrauchsvorteil** im Vergleich zu einer Versorgung mit Festbetragsgeräten bewirkt, so besteht ein Versorgungsanspruch mit diesem Hörgerät. Die Fähigkeit, menschliche Sprache auch unter ungünstigen Umgebungsbedingungen (z.B. im Straßenverkehr, in Menschengruppen, bei Windgeräuschen, bei der heute allgegenwärtigen Hintergrundbeschallung) zu verstehen, gehört zu den Grundfähigkeiten des Menschen. Jedes Mehr an Sprachverstehen und Richtungsgehör (oberhalb der Messfehlergrenze) ist als wesentlicher Gebrauchsvorteil anzusehen (entgegen LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.03.2005 - L 11 KR 1913/04 - RID 05-02-124).

Die **Unwirksamkeit der Festbetragsfestsetzung** für Hörgeräte ergibt sich daraus, dass die festgesetzten Beträge der Höhe nach nicht geeignet waren, im in der Qualität gesicherte Versorgung der Versicherten mit Hörhilfen zu gewährleisten.

Eine **inzidente Prüfung der Festbeträge im Leistungsstreit** ist zulässig und erforderlich (entgegen LSG Brandenburg, Urt. v. 28.01.2003 - L 4 KR 12/01 - RID 03-02-90; LSG Bayern, Urt. v. 25.08.2005 - L 4 KR 150/04 - RID 05-04-113). Der Festbetragsfestsetzung mag zwar gegenüber den betroffenen Leistungserbringern die Rechtsnatur einer Allgemeinverfügung zukommen, nicht jedoch im Verhältnis zu den im zeitlichen Geltungsbereich betroffenen Versicherten.

Das **SG** gab der Klage statt.

B) VERHÄLTNIS ZWISCHEN RENTENVERSICHERER UND KRANKENKASSE

SG Neubrandenburg, Urt. v. 10.06.2008 – S 4 RA 114/03 –

RID 08-04-108

juris

SGB V § 33 I, II; SGB VI § 15 I 2; SGB IX § 6 I, 14 II

Leitsatz: 1. Die **Festbeträge** für Hörhilfen sind **unwirksam**, weil sie im Allgemeinen keine ausreichende Versorgung ermöglichen.

2. Im Verhältnis zwischen Rentenversicherer und Krankenkasse kommt eine (eigentliche) **Zuständigkeit des Rentenversicherers** für die Versorgung mit Hörhilfen nur ganz ausnahmsweise in Betracht, weil insbesondere die Verbesserung des Sprachverstehens in den Bereich des von der Krankenkasse abzudeckenden Basisausgleichs fällt.

3. Unter den Voraussetzungen des § 14 Abs. 2 SGB IX wird der Rentenversicherer gegenüber dem Versicherten gleichwohl endgültig für die Entscheidung und Leistung auch nach den Vorschriften des Krankenversicherungsrechts zuständig.

Das **SG** gab der Klage statt.

2. ORTHOPÄDISCHE BADESCHUHE

SG Würzburg, Urt. v. 19.08.2008 – S 4 KR 407/07 –

RID 08-04-109

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33 I, 92 I

Orthopädische Badeschuhe als Hilfsmittel sind im Rahmen der **Grundbedürfnisse der Körperpflege** (Duschen, sowie das Nutzen öffentlicher Badeeinrichtungen) und der **unmittelbaren gesundheitlichen Maßnahmen** (Rehabilitationsmaßnahmen und verordnete Wassergymnastik) sowie der gesundheitlichen **Prävention** notwendig, wenn eine Versorgung des nicht belastbaren Fußes erforderlich ist, weil auch kurze Wegstrecken im Barfußgang oder der Barfußstand - zumindest im Nassbereich – aufgrund der erheblichen Beinlängendifferenz nicht möglich sind.

Ein Versorgungsanspruch besteht aber nur für den versorgungsbedürftigen Fuß.

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

VI. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

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

INSULININJEKTION IN BEHINDERTENWERKSTATT/ZUSTÄNDIGKEIT DES ÜBERÖRTLICHEN TRÄGERS

SG Dresden, Beschl. v. 15.08.2008 – S 18 KR 397/08 ER –

RID 08-04-110

Beschwerde erhoben: LSG Sachsen - L 1 B 642/08 KR-ER -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37 II; SGB XII §§ 8 Nr. 4, 13, 53, 54 I 2; SGB IX §§ 4 I Nr. 3, 5 Nr. 2, 6 I Nr. 7, 41 II Nr. 1, 42 II Nr. 4, 136

Es besteht gegen den **überörtlichen Träger der Sozialhilfe** ein Anspruch auf Bereitstellung der Behandlungspflegeleistungen in Gestalt **täglicher Insulininjektionen** nach Maßgabe einer vertragsärztlichen Verordnung während des Aufenthalts in einer **Werkstatt für behinderte Menschen**. Es besteht kein vorrangiger Anspruch gegen den Träger der Krankenversicherung. An Stelle des allgemein in § 2 SGB XII angeordneten Nachrangs der Leistungen der Sozialhilfe hat der Gesetzgeber damit in Bezug auf die besondere Konstellation der Erbringung von Behandlungspflegeleistungen in Werkstätten für behinderte Menschen eine speziellere Regelung gesetzt, welche den Leistungsumfang der Krankenkasse schon dem Grunde nach im Sinne der Subsidiarität begrenzt. Dabei hat der Gesetzgeber mit dem Merkmal des "besonders hohen Pflegebedarfs" die Zuständigkeit der Träger im Sinne der Ausschließlichkeit ihrer jeweiligen Leistungspflicht gegeneinander abgegrenzt.

Die Ag. lehnte weitere Behandlungspflege ab, weil die Injektionen im Rahmen der medizinischen Betreuung vom Personal der Werkstatt für behinderte Menschen zu erbringen seien. Die Ast. trug vor, das Personal der Werkstatt für behinderte Menschen erbringe keine solchen Leistungen; weder sie selbst noch Angehörige könnten während des Aufenthalts in der Werkstatt für behinderte Menschen die Injektionen durchführen. Der zu 1) beigel. überörtliche Träger der Sozialhilfe und der zu 2) beigel. Träger der Werkstatt sind der Auffassung, Behandlungspflege sei nicht von den Eingliederungsleistungen in der Werkstatt für behinderte Menschen umfasst; dem stehe der Nachrang der Sozialhilfe für medizinische Leistungen entgegen. Das **SG** verpflichtete den Beigel. zu 1), für die Dauer des Verfahrens über den Widerspruch und eines dem sich eventuell anschließenden Klageverfahrens - bis zur Übernahme der Versorgung durch die Beigel., längstens aber bis zum 07.09.2008 die Ag. - im Einvernehmen mit der Ag. unverzüglich, spätestens aber ab dem 08.09.2008, der Ast. vorläufig Behandlungspflege in Gestalt von Insulininjektionen nach vertragsärztlicher Verordnung während des Aufenthalts der Ast. in der Werkstatt für behinderte Menschen als Sachleistung zu erbringen.

VII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha

Nach BSG, Urt. v. 06.11.2008 - **B 1 KR 38/07 R** – kann die Leerfahrt eines Rettungswagens von der Krankenkasse nicht als Sachleistung beansprucht werden und daher auch keinen Kostenerstattungsanspruch auslösen; das SGB V enthält keine Pflicht der Krankenkassen, für alle Kosten aufzukommen, die Versicherten durch den Rettungsdienst entstehen; 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. 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; 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 Gestaltungsermessen 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: KOSTENERSTATTUNG FÜR TAXIFAHRTEN NUR NACH ÄRZTLICHER VERORDNUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.09.2008 – L 9 KR 100/06 –

RID 08-04-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 60, 92 I 2 Nr. 12

Ein Anspruch auf Kostenerstattung für Taxifahrten zur ambulanten Behandlung setzt eine **ärztliche Verordnung** der Krankentransporte voraus. Zu nicht ärztlich verordneten Massagen mittels Massageliege kommt eine Erstattung für die Kosten der **Taxifahrten** dorthin nicht in Betracht.

SG Berlin, Urt. v. 23.02.2006 - S 85 KR 1188/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. REHABILITATION

A) BERECHTIGTE WÜNSCHE BEI DER AUSWAHL DER REHABILITATIONSEINRICHTUNG

LSG Hessen, Urt. v. 28.08.2008 – L 1 KR 2/05 –

RID 08-04-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf>

SGB V §§ 13 III; SGB IX §§ 7 S. 2, 15 S. 4

Der nach § 15 S. 4 2. Alt. SGB IX notwendige Kausalzusammenhang ist gegeben, wenn der Versicherte **vor Behandlungsbeginn** mit der **Krankenkasse Kontakt** aufgenommen und deren Entscheidung abgewartet hat. Der Versicherte muss nicht das Klageverfahren abwarten.

Berechtigte Wünsche bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung können jedenfalls dann berücksichtigt werden, wenn die gewünschte Einrichtung als Rehabilitationseinrichtung zugelassen ist. Ein **Antrag auf Feststellung**, die Krankenkasse habe auch künftig im jährlichen Abstand eine stationäre Rehabilitation in der M.-Klinik zu bewilligen, ist unzulässig, da dieses Begehren mit der Leistungs- bzw. Verpflichtungsklage verfolgt werden kann und die hier erhobene Feststellungsklage nach § 55 SGG insoweit subsidiär ist.

SG Gießen, Urt. v. 02.03.2008 - S 6 KN 1391/01 KR - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für die 2003 durchgeführte stationäre Reha-Kur in Höhe von 4.887,04 EUR zu erstatten abzüglich des Betrages, den der Kl. nach den gesetzlichen Vorschriften als Zuzahlung hätte entrichten müssen, und wies im Übrigen die auf Feststellung, ihm künftig jährlich eine stationäre Rehabilitationskur zu bewilligen, gerichtete Berufung zurück.

B) VATER-KIND-KUR: ZUZAHLUNGSBEFREIUNG /FAHRKOSTEN/GEPÄCKAUFGABE/TASCHENGELD

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 18.08.2008 – L 16 B 51/08 KR ER –

RID 08-04-113

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ SGG § 86b II; SGB I § 31

Ohne **Rechtsgrundlage** können Leistungen nicht gewährt werden (§ 31 SGB I). Weder sind Ansprüche auf Taschengeld noch auf Gepäckaufgabe und Platzreservierung bei Vorsorgeleistungen wie der einer Vater-Kind-Kur gesetzlich vorgesehen.

SG Aachen, Beschl. v. 04.07.2008 - S 15 KR 17/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde 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.).

Detting, 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 – ZZR 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 I (S. 52).

A) FREIER GESTALTUNGSRAHMEN DER KRANKENKASSE FÜR EINWENDUNGEN GEGEN ABRECHNUNG

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 16.01.2008 – L 4 KN 91/04 KR –

RID 08-04-114

Revision anhängig: B 1 KN 3/08 KR R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3, 275

Eine vorbehaltlose **Kostenzusage** einer Krankenkasse über eine stationäre Aufnahme eines Versicherten führt nicht zu einem eigenen Anspruch aus einem sog. konstitutiven Schuldanerkenntnis (dazu grundlegend: BSG, Urt. v. 17.03.2000 – B 3 KR 33/99 R -; 13.12.2001 – B 3 KR 11/01 R -).

Eine Pflegesatzvereinbarung, nach der der Rechnungsbetrag spätestens 15 Arbeitstage nach Eingang der Rechnung fällig ist, enthält keine Regelung über das Prüfungsverfahren der Beteiligten, sondern beschränkt sich im Wortlaut ausschließlich auf die Frage der Fälligkeit. Ein unmittelbarer Zahlungsanspruch kann aus ihr nicht abgeleitet werden. Der **Krankenkasse** steht ein **freier Gestaltungsrahmen** zu, ob und in welcher Form sie **Einwendungen** gegen die Abrechnung erheben will, sofern dies noch im Einklang mit dem vertraglich vereinbarten oder gesetzlichen Prüfungsverfahren steht.

Dem Leistungserbringer verbleibt die **objektive Beweislast** für den von ihm geltend gemachten Anspruch. Der Zahlungsanspruch gegen die Krankenkasse ist durch die endgültige Weigerung des Krankenhausträgers, die Patientenakte zu übersenden und den medizinischen Sachverhalt weiter aufzuklären, nicht mehr überprüfbar. Dies führt zur Klageabweisung, sofern nicht ausnahmsweise auf beweisrechtlicher Ebene ein Einwendungsausschluss der Beklagten in Betracht kommt, der eine gerichtliche Sachaufklärung überflüssig machen würde.

Nur sehr schwerwiegende **Verletzungen des Prüfungsverfahrens** können ausnahmsweise einen Einwendungsausschluss über eine analoge Anwendung des § 242 BGB rechtfertigen, wenn die Grenze des **Rechtsmissbrauchs** überschritten ist (BSG, Urt. v. 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R -, "Berliner Fälle").

Eine Krankenkasse kann die für die Überprüfung einer Krankenhausabrechnung ggf. erforderliche **Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen** der Versicherten gegenüber dem Krankenhaus nicht verlangen (vgl. BSG, Urt. v. 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R -; Urt. v. 28.05.2003 – B 3 KR 10/02 R -). Sie ist insoweit auf ein Tätigwerden des Medizinischen Dienstes angewiesen. Das Gewicht dieses Verfahrensverstößes ist jedoch gering.

Es entspricht einem allgemeinen Rechtsgedanken, die **Rechtsfolgen eines Rechtsmissbrauchs** regelmäßig nur dann anzunehmen, wenn dem Inhaber der jeweiligen Rechtsposition keine eigene Pflichtverletzungen oder ein widersprüchliches Verhalten vorgeworfen werden kann.

Der 1926 geb. Versicherte wurde vom 16.02. bis 05.03.2001 wegen des Verdachts auf einen rechtsseitigen Bauchtumor im Klinikum der Kl. stationär behandelt. Die Bekl. erteilte darüber eine schriftliche Kostenzusage, die u.a. lautete: "die Bundesknappschaft übernimmt vom 16. Februar 2001 an die Kosten der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung/stationären Entbindung in Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen. Diese Kostenzusage gilt für die ärztlicherseits als medizinisch notwendig angesehene Verweildauer. Wir behalten uns eine zwischenzeitliche Prüfung über die weitere Notwendigkeit der stationären Behandlung vor." Die Bekl. hielt die Behandlung für das Wochenende 3. bis 4. März nicht erforderlich. Im März 2003 mahnte die Kl. u.a. die vollständige Zahlung für die Behandlung des Versicherten an. Die Bekl. schaltete den SMD ein, der im Mai 2003 erfolglos von der Klägerin die Übersendung des Entlassungsberichts und eines OP-Berichts verlangte. *SG Halle*, Urt. v. 07.10.2004 - S 8 KN 88/04 KR - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) KEINE VERWIRKUNG VOR VERJÄHRUNG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 04.06.2008 – L 5 KR 25/08 –

RID 08-04-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 109 IV 3; BGB § 242

Der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses geht nicht infolge von **Verwirkung** unter, wenn das Krankenhaus als Forderungsgläubiger nichts tut; in dem Fall der Untätigkeit verbleibt es bei dem regulären Ablauf der Verjährungsfrist. Erforderlich ist für die Verwirkung vielmehr ein konkretes Verwirkungsverhalten des Gläubigers als **positives Handeln**, mit dem er sich zu seinem Forderungsbegehren in Widerspruch gesetzt hat.

SG Lübeck, Urt. v. 17.01.2008 - S 3 KR 592/06 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an den Kl. 3.024,45 EUR nebst Zinsen zu zahlen.

C) AMBULANTE VOR STATIONÄRER BEHANDLUNG

LSG Bayern, Urt. v. 11.03.2008 – L 5 KR 161/06 –

RID 08-04-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 39

Die **vollstationäre Behandlung** ist immer erst dann zulässig, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 I 2 SGB V) (vgl. BSG, Großer Senat, Beschl. v. 25.09.2007 – GS 1/06 –).

SG Augsburg, Urt. v. 28.04.2006 - S 10 KR 438/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

D) KEIN AKTENEINSICHTSRECHT EINER KRANKENKASSE OHNE PATIENTENEINWILLIGUNG

SG Berlin, Beschl. v. 26.09.2008 – S 86 KR 1060/07 –

RID 08-04-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 275, 276; SGG § 120

Für eine Krankenkasse ist das Akteneinsichtsrecht von ebenso großer Bedeutung wie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung für die Patientin. Bei der Abwägung dieser widerstreitende Rechtsgüter kommt deshalb dem Umstand besondere Bedeutung zu, dass einer Krankenkasse der MDK zur "Begutachtung und Beratung" zur Verfügung steht.

Das *SG* wies die Erinnerung der Bekl. gegen die vom Vorsitzenden verfügte Verweigerung der Einsicht in die Krankenakte der Kl. betreffend die Patientin R zurück.

E) ABSCHLAG BEI STATIONÄRER ANSTATT VORSTATIONÄRER DIAGNOSTIK

SG Dortmund, Urt. v. 12.08.2008 – S 48 (44) KR 307/05 –

RID 08-04-118

Berufung zugelassen www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3, 112 II 1, 275; KHG § 17b

Die stationäre Behandlung eines Versicherten ist medizinisch nicht notwendig, wenn am Aufnahmetag der Eingriff hätte durchgeführt werden müssen und die **Diagnostik** (hier: EKG, Sonographie, Röntgenaufnahmen und Laboruntersuchungen) und die **Aufklärung vorstationär hätten durchgeführt werden können**. Eine medizinische Notwendigkeit lässt sich auch nicht dadurch begründen, dass der Versicherte vom Heimatort bis zum Krankenhaus einige Kilometer zurücklegen musste. Die Krankenkasse ist zur Vornahme eines Abschlages berechtigt.

Dem Versicherten verordnete der Urologe Krankenhausbehandlung auf Grund von Restkonkrementen in der rechten Niere. Der stationäre Aufenthalt bei der Kl. fand vom 02. bis 05.12. statt. Es wurde eine extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen mit auxilären Maßnahmen durchgeführt. Unter Bezugnahme auf den MDK weigerte sich die Bekl., die Rechnung in Höhe von 1.299,94 EUR vollständig zu bezahlen. Es sei ein Abschlag für die Nichterreichung der unteren Grenzverweildauer in Höhe von 506,54 EUR vorzunehmen. Die präoperative Diagnostik und die Aufklärung hätten vorstationär durchgeführt werden können. Das *SG* wies die Klage ab.

2. ARZNEIMITTELHERSTELLER

A) KEINE AUFSCHIEBENDE WIRKUNG DER KLAGE GEGEN RABATTVEREINBARUNG

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 28.10.2008 – L 11 KR 4810/08 ER-B –

RID 08-04-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 69, 130a

Die mit der (beabsichtigten) Neuregelung durch § 142a SGG i.d.F.d. **GKV-OrgWG** einhergehende Verschlechterung der Rechtsschutzmöglichkeiten eines von einer belastenden Entscheidung der Vergabekammer betroffenen Auftraggebers ist grundsätzlich **verfassungsrechtlich unbedenklich**. Denn es ist dem Gesetzgeber nicht verwehrt, ein bisher nach der jeweiligen Verfahrensordnung statthaftes Rechtsmittel abzuschaffen oder den Zugang zu einem an sich eröffneten Rechtsmittel von neuen einschränkenden Voraussetzungen abhängig zu machen.

In den Fällen, in denen zweifelhaft sein kann, ob ein **Rechtsmittel aufschiebende Wirkung** hat, kann dies durch Beschluss ausgesprochen werden.

Die Regelung des **§ 118 GWB** ist für die Zeit vor Inkrafttreten des GKV-OrgWG im sozialgerichtlichen Verfahren nicht heranzuziehen.

Ein **Rabattvertrag** nach § 130 VIII SGB V ist kein ausschreibungspflichtiger öffentlicher Auftrag. Bei einer Zusicherung von Exklusivität führt der Rabattvertrag i.V.m. der Ersetzungsverpflichtung des Apothekers nach § 129 I 3 SGB V tatsächlich zu einem Wettbewerbsvorteil, den der Auftraggeber dem Unternehmen einräumt, um einen möglichst hohen Rabatt zu erzielen. Insoweit kann der Rabattvertrag als öffentlicher Auftrag in Form einer Rahmenvereinbarung zu werten sein.

Eine **Krankenkasse** ist als staatlich kontrollierte Einrichtung zu betrachten ist, nicht aber als eine vom Bund finanzierte Einrichtung, weshalb nicht die Vergabekammer des Bundes zu einer Entscheidung in einem Nachprüfungsverfahren zuständig; vielmehr nach § 104 I GWB i.V.m. § 18 VII VgV eine Zuständigkeit der **Vergabekammer des Landes**, soweit es sich um einen Versicherungsträger des Landes handelt.

Ein **Arzneimittelhersteller** ist nicht befugt, ein **Nachprüfungsverfahren** zu beantragen und die Vergabekammer demzufolge nicht berechtigt, ein solches Verfahren einzuleiten, wenn er ein Interesse am Auftrag für die Lieferung der Arzneimittel, die Gegenstand der Rabattvereinbarung sind, nicht geltend machen kann.

Die Beigel. zu 1 u. 2 sind pharmazeutische Unternehmen. Sie vertreiben in Deutschland sog. erythropoese-stimulierende Proteine (ESP), die biotechnologisch produzierte Nachbildungen des körpereigenen Hormons Erythropoetin (EPO) enthalten und zur Behandlung bei Blutarmut (Anämie) verwendet werden. Die Beigel. zu 2 bietet hierzu das patentgeschützte Arzneimittel MIRCERA® und Neo-Recormon®, die Beigel. zu 1 das patentgeschützte Arzneimittel Aranesp® an. Nur Neo-Recormon® kann zur Vorbeugung der Frühgeborenenanämie bei Kindern mit einem Geburtsgewicht zwischen 750 und 1500 Gramm, die vor der 34. Schwangerschaftswoche geboren wurden, eingesetzt werden. Weiterhin verfügt Neo-Recormon® über das umfassendste Sortiment in Bezug auf Dosierungs- und Applikationssysteme. Auch die Zusammensetzung und Konzentration der Stabilisatoren von Epoetin beta ist im Vergleich zu den anderen ESP-Präparaten unterschiedlich. Die **Ast.** schloss mit der **Beigel. zu 2 ohne vorherige öffentliche Ausschreibung einen Rabattvertrag** nach § 130a VIII SGB V. Auf den von der Beigel. zu 1 mit Schreiben vom 11. Juli 2008 gestellten **Nachprüfungsantrag** stellte die **3. Vergabekammer des Bundes (Ag.)** fest, dass die Rabattvereinbarung nichtig sei und gab der Ast. auf, bei fortbestehender Beschaffungsabsicht die Vergabe von Rabattvereinbarungen im Sinne des § 130a VII SGB V über ESP als Gruppe unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung der Ag. durchzuführen und hierbei die gesetzlichen Bestimmungen für die Vergabe öffentlicher Aufträge anzuwenden. Gegen diesen Beschluss hat die Ast. **Klage** beim SG erhoben (S 10 KR 567/08). **SG Stuttgart**, Beschl. v. 26.09.2008 - S 10 KR 5932/08 ER - gab dem Antrag statt und stellte fest, dass die Klage aufschiebende Wirkung habe. Das **LSG** wies die Beschwerde der Beigel. zu 1 zurück.

B) FESTBETRAG FÜR ARZNEIMITTELGRUPPE "ANGIOTENSIN-II-ANTAGONISTEN, REIN" (ARZNEIMITTEL LORZAAR)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.05.2008 – L 24 KR 1227/05 –

RID 08-04-120

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 35

§ 35 SGB V stellt sowohl den Versicherten als auch den Ärzten gegenüber eine ihren **Schutz bezweckende Norm** dar. § 35 SGB V dient aber nicht dem Schutz rechtlicher Interessen von **Arzneimittelherstellern** (Patentinhabern) (offen gelassen in BSG, v. 24.11.2004 - B 3 KR 23/04 R -; ebenso zu § 35a SGB V BSG, Urt. v. 24.11.2004 - B 3 KR 10/04 R -).

Die **fehlende Beteiligung der Arzneimittelhersteller** an der Normsetzung des **Gemeinsamen Bundesausschusses** nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ist nicht verfassungswidrig.

Die **Festbetragsfestsetzung** für die **Arzneimittelgruppe "Angiotensin-II-Antagonisten, rein"** beruht auf einer **rechtmäßigen Normsetzung** des Gemeinsamen Bundesausschusses und ist auch sonst formell und materiell rechtmäßig und verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

SG Berlin, Urt. v. 22.11.2005 – S 87 KR 3717/04 – RID 06-01-96 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. HILFSMITTELERBRINGER: ANSPRÜCHE BIS ENDE 2008 NACH ÜBERGANGSRECHT

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 33, 126, 127

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.08.2008 – L 5 B 49/08 KR ER –

RID 08-04-121

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 (Vgl. a. **LSG Sachsen**, Beschl. v. 29.04.2008 – L 1 B 207/08 KR-ER – RID 08-02-213; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 21.07.2008 – L 16 B 10/08 KR ER – RID 08-03-168; a.A. **LSG Berlin-Brandenburg**, B. v. 08.02.2008 – L 1 B 41/08 KR ER – RID 08-02-214; **LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 11.06.2008 – L 11 KR 2438/08 ER-B – RID 08-03-166)

SG Düsseldorf, Beschl. v. 26.05.2008 - S 8 KR 142/08 ER - stellte fest, dass die Ast. bis zum 31.12.2008 berechtigt sei, die bei der Ag. gesetzlich versicherten Patienten mit Hilfsmitteln zur Elektrostimulation der Muskulatur (TNS-Geräte) zu versorgen; das **LSG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

Anders a. **SG Marburg**, Beschl. v. 10.06.2008 – S 6 KR 57/08 ER – RID 08-03-167, bestätigt von **LSG Hessen**, Beschl. v. 17.09.2008 – L 8 KR 166/08 B ER – RID 08-04 (s. nachstehend).

LSG Hessen, Beschl. v. 17.09.2008 – L 8 KR 166/08 B ER –

RID 08-04-122

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§

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.

SG Marburg, Beschl. v. 10.06.2008 – S 6 KR 57/08 ER – RID 08-03-167 gab dem Antrag, die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, die Ast. bis zum 31.12.2008 zur Versorgung der Versicherten der Ag. mit Hilfsmitteln der Anti-Dekubitus-Prophylaxe und der Anti-Dekubitus-Behandlung (sog. Anti-Dekubitus-Systeme) zuzulassen, statt, das **LSG** wies die Beschwerde zurück (es stellte fest, dass die Ast. und Beschwerdegegnerin längstens bis zum 31.12.2008 zur Versorgung der Versicherten der Ag. und Beschwerdef. mit Anti-Dekubitus-Systemen zugelassen ist und wies im Übrigen die Beschwerde zurück).

4. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMEN

A) FEHLEN EINER VORHERIGEN GENEHMIGUNG DER KRANKENKASSE

LSG Bayern, Urtr. v. 10.08.2007 – L 5 KR 4/06 –

RID 08-04-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 60, 133

Regelt eine Rahmenvereinbarung über die Durchführung von Patientenfahrten, dass bei Serienfahrten die vorherige Genehmigung der Krankenkasse einzuholen ist, so ist die Krankenkasse berechtigt, im Falle des Fehlens einer Genehmigung, in den Fällen, in welchen Sammelfahrten möglich gewesen wären, die vollständige Vergütung zu verweigern und nur die Vergütung zu leisten, welche der Vergütung einer Sammelfahrt entspricht.

SG Regensburg, Urtr. v. 19.10.2005 - S 2 KR 101/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) KEIN VORRANG DES LANDES- ODER KOMMUNALRECHTS IN BRANDENBURG

LSG Berlin-Brandenburg, Urtr. v. 10.09.2008 – L 9 KR 151/06 –

RID 08-04-124

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 60, 71 I, 133; BbgRettG; BGB §§ 677 ff., 812 ff.

Ein Vorrang des Landes- oder Kommunalrechts besteht nach dem Brandenburgischen Rettungsdienstgesetz (BbgRettG) für Leistungen privater Transportunternehmer nicht. Ein Transportunternehmen, das keinen Vertrag mit den Krankenkassen hat, hat daher keinen Vergütungsanspruch nach einer kommunalen Taxentarifordnung.

SG Potsdam, Urtr. v. 14.02.2006 - S 7 KR 14/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

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.

KEIN WAHLTARIF FÜR AUF ZAHNERSATZ BESCHRÄNKTE KOSTENERSTATTUNG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 16.07.2008 – L 5 KR 36/08 KL –

RID 08-04-125

Revision anhängig: B 3 A 1/08 R

juris

SGB V §§ 13 II, 27 I 2 Nr. 2a, 30, 53 IV, 55

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. Lebensjahrs kann eine wirksame Wahlerklärung durch den gesetzlichen Vertreter abgegeben werden.*" Die Bekl. lehnte eine Genehmigung ab, da hiermit eine unzulässige Beschränkung des Kostenerstattungstarifs auf einen Teil-Leistungsbereich (Zahnersatz) stattfinde. **SG Kiel**, Urt. v. 22.04.2008 - S 5 KR 88/08 - verwies den Rechtsstreit wegen funktioneller Unzuständigkeit an das LSG, das **LSG** wies die Klage ab; **Parallelverfahren** zu **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 16.07.2008 – L 5 KR 38/08 KL – RID 08-03-177.

X. Verfahrensrecht: Kein unmittelbares Klagerecht gegenüber GBA

LSG Hamburg, Urt. v. 30.04.2008 – L 4 KR 4/08 –

RID 08-04-126

SGB V §§ 34 I 2, 92 I 2 Nr. 6

Ein Versicherter hat kein unmittelbares Klagerecht gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss, kraft dessen er von diesem verlangen könnte, dass dieser gemäß § 34 I 2 SGB V in den Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 6 SGB V – wonach der Gemeinsame Bundesausschuss u. a. insbesondere Richtlinien beschließen soll über die Verordnung von Arzneimitteln – festlegt, dass bestimmte nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, wie Thioctacid 600 HR und Milgamma mono 150, die nach seiner Auffassung bei der Behandlung seiner Polyneuropathie, die eine schwer wiegende Erkrankung darstelle, als Therapiestandard gälten, zur Anwendung bei dieser Erkrankung mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können.

SG Hamburg, Gb. v. 04.01.2008 – S 8 KR 537/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zum vorausgehenden Verfahren s. **LSG Hamburg**, Urt. v. 30.05.2007 – L 1 KR 9/07 – RID 07-03-139.

XI. Entscheidungen des BSG

1. KRANKENBEHANDLUNG WEGEN ENTSTELLUNG (BRUSTVERGRÖßERUNG WEGEN ASYMMETRIE)

BSG, Urt. v. 28.02.2008 – B 1 KR 19/07 R –

RID 08-04-127

Leitsatz: Versicherte können Krankenbehandlung wegen Entstellung nur beanspruchen, wenn sie objektiv an einer körperlichen Auffälligkeit von so beachtlicher Erheblichkeit leiden, dass sie die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gefährdet (Weiterentwicklung von BSG vom 19.10.2004 - B 1 KR 3/03 R = BSGE 93, 252 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 3).

2. ARZNEIMITTEL

A) OFF-LABEL-USE: ANTRAG EINES VERTRAGSARZTES (IMMUNGLOBULINE BEI MS)

BSG, Urt. v. 28.02.2008 – B 1 KR 15/07 R –

RID 08-04-128

Leitsatz: 1. Beantragt ein Vertragsarzt bei der Krankenkasse seines Patienten, wegen der Verordnung nicht zugelassener Arzneimittel von der Stellung eines "Prüfantrages wegen sonstigen Schadens" abzusehen, begehrt der Arzt regelmäßig bloß, sich im eigenen Interesse vor Regressen zu schützen, nicht aber Leistungen für seinen Patienten zu bewilligen.

2. Versicherte Mütter, die an einer schweren, jedoch nicht tödlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit leiden, haben auch unter Berücksichtigung der Wertungen des Art 6 Abs. 4 GG während der Stillphase ihres Kindes keinen Anspruch auf Versorgung mit einem nicht zugelassenen Arzneimittel, wenn die bekannten Forschungsergebnisse eine arzneimittelrechtliche Erweiterung des Indikationsgebiets für das konkrete Arzneimittel nicht erwarten lassen und Risiken für die Gesundheit des zu stillenden Kindes nicht auszuschließen sind.

B) GERICHTLICHE ÜBERPRÜFUNG EINER RICHTLINIE (LORENZO'S ÖL)

BSG, Urt. v. 28.02.2008 – B 1 KR 16/07 R –

RID 08-04-129

Leitsatz: 1. Nur der Gemeinsame Bundesausschuss ist berechtigt, mit der Anfechtungsklage den Erlass einer Richtlinie im Wege der Ersatzvornahme als Verwaltungsakt anzugreifen, während Versicherte und Krankenkassen solche Richtlinien lediglich nach den allgemeinen Regeln der Normenkontrolle gerichtlich überprüfen lassen können.

2. Versicherte der GKV können Lebensmittel nur in denjenigen engen Ausnahmefällen von ihrer Krankenkasse beanspruchen, die § 31 Abs. 1 S 2 SGB V als Produktgruppen künstlicher enteraler Ernährung abschließend vorsieht.

3. KOSTEN FÜR FAHRTEN ZUM REHABILITATIONSSPORT

BSG, Urt. v. 28.04.2008 – B 1 KR 22/07 R –

RID 08-04-130

Leitsatz: Behinderte Menschen haben keinen krankenversicherungsrechtlichen Anspruch auf Gewährung von Kosten für Fahrten zum Rehabilitationssport.

4. ZUZAHLUNGEN FÜR BEZIEHER VON ARBEITSLOSENGELD II

BSG, Urt. v. 28.04.2008 – B 1 KR 10/07 R –

RID 08-04-131

Leitsatz: 1. Das verfassungsrechtlich gesicherte Existenzminimum ist nicht unterschritten, wenn krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II monatlich Zuzahlungen von 3,45 Euro leisten und Leistungskürzungen des GMG hinnehmen müssen.

2. Befreiungsbescheide nach §§ 61, 62 SGB 5 a.F. wurden ab 1.1.2004 gegenstandslos, ohne dass es ihrer Aufhebung bedurfte.

5. KRANKENHAUSVERGÜTUNG

A) NACHTRÄGLICHER ABRECHNUNGSSTREITIGKEIT UND NOTWENDIGKEIT EINER KRANKENHAUSBEHANDLUNG

BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 19/07 R –

RID 08-04-132

Leitsatz: 1. Die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ist in nachträglichen Abrechnungsstreitigkeiten erst dann zu prüfen, wenn feststeht, dass im Einzelfall auch tatsächlich eine den Kriterien der "Krankenhausbehandlung" entsprechende Versorgung stattgefunden hat (Fortführung von BSG vom 28.2.2007 - B 3 KR 15/06 R = SozR 4-2500 § 39 Nr. 7).

2. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen; dieser Maßstab gilt auch für einen späteren Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (Anschluss an BSG vom 25.9.2007 - GS 1/06 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 10).

3. Die Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den verantwortlichen Krankenhausarzt ist im Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse immer darauf hin zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes - ex ante - eine Krankenhausbehandlung erforderlich war, seine Beurteilung also den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprach und nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stand.

4. Entfällt die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung später aus medizinischen Gründen, muss die Krankenkasse dies gegenüber einem Versicherten in der Regel nicht durch gesonderten Verwaltungsakt feststellen (Abgrenzung zu BSG vom 13.05.2004 - B 3 KR 18/03 R = BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2).

5. Der Anspruch auf Krankenhausbehandlung richtet sich in der Regel auf die Wiederherstellung der Gesundheit zur Alltagstauglichkeit, nicht etwa zur anschließenden Heim- oder Pflegeunterbringung.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 21/05 –*

RID 08-04-133

B) EINSCHRÄNKUNGEN DES VERSORGENGAUFTRAGS

BSG, Urt. v. 24.01.2008 – B 3 KR 17/07 R –

RID 08-04-134

Leitsatz: 1. Der Umfang der Zulassung eines Vertragskrankenhauses zur Versorgung der Versicherten mit Krankenhausleistungen wird durch den im Versorgungsvertrag festgelegten Versorgungsauftrag bestimmt. Einschränkungen des Versorgungsauftrags sind im Abrechnungsverfahren nur dann unbeachtlich, wenn sie nichtig sind.

2. Der Versorgungsvertrag eines Krankenhauses kann nicht rückwirkend zu einem vor seiner Genehmigung liegenden Zeitpunkt in Kraft gesetzt werden. Dies gilt auch für den Fall der Ersetzung eines alten durch einen neuen Versorgungsvertrag.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 24.01.2008 – B 3 KR 6/07 R –*

RID 08-04-135

C) VERGÜTUNGSANSPRUCH EINES RETTUNGSDIENSTES: VIERJÄHRIGE VERJÄHRUNGSFRIST

BSG, Urt. v. 24.01.2008 – B 3 KR 7/07 R –

RID 08-04-136

Leitsatz: Der Vergütungsanspruch eines Rettungsdienstes gegen eine Krankenkasse unterliegt einer vierjährigen Verjährungsfrist; dies galt auch schon für vor dem 1.1.2000 entstandene Ansprüche, wenn sie auf öffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehungen beruhen.

C. Entscheidungen anderer Gerichte

I. Ärztliches Berufsrecht

1. RUHENSANORDNUNG DER APPROBATION WEGEN VERWEIGERUNG EINER UNTERSUCHUNG

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.05.2006 – 13 B 516/06 –

RID 08-04-137

juris = MedR 2008, 525 = NWVBl 2006, 379

BÄO § 6 I Nr. 3

Leitsatz: Eine Weigerung i. S. d. § 6 Abs. 1 Nr. 3 BÄO ist auch dann anzunehmen, wenn eine konkrete Untersuchung (z. B. Entnahme einer Haarprobe) von der Approbationsbehörde nicht angeordnet wurde, eine solche aber von der Untersuchungsstelle für erforderlich gehalten wird und der Betreffende dies verweigert.

2. ANERKENNUNG EINER AUSBILDUNGSSTÄTTE (SYSTEMISCHE THERAPIE/FAMILIENTHERAPIE)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.08.2008 – 13 A 2146/06 –

RID 08-04-138

Revision zugelassen

www.justiz.nrw.de

PsychThG §§ 1 III, 6 8 III Nr. 1, IV 1, 8 III Nr. 1, 11

Ein "**wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren**" i.S.d. PsychThG kann angenommen werden, wenn es wissenschaftlich begründete Argumente in der Profession der Psychotherapeuten für sich findet, wobei dies auch eine Mindermeinung zulässt, oder wenn das psychotherapeutische Verfahren in der Fachdiskussion eine breite Resonanz gefunden hat und in der beruflichen Praxis von einer erheblichen Zahl von Therapeuten angewandt wird. An diese Auslegungsprämisse sind sowohl die für die Anerkennung einer Ausbildungsstätte zuständige Landesbehörde als auch der Wissenschaftliche Beirat nach § 11 PsychThG gebunden. Ein - einer gerichtlichen Überprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum - kann ihnen dabei nicht zuerkannt werden (Bestätigung von *OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 15.01.2008 – 13 A 5238/04 – RID 08-01-217).

Ein Zweifelsfall i. S. d. § 11 PsychThG, der zur **Einholung eines Gutachtens** des Wissenschaftlichen Beirats berechtigt, kann für einen Antrag auf Anerkennung einer Ausbildungsstätte im Vertiefungsgebiet Systemische Therapie/Familientherapie angenommen werden.

Ein Antrag auf Anerkennung als Ausbildungsstätte nach § 6 PsychThG für die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für das Vertiefungsgebiet "Systemische Therapie/Familientherapie" kann nicht unter Berufung auf einen fehlenden **Wirksamkeitsnachweis** für die Systemische Therapie/Familientherapie abgelehnt werden. Das Fordern eines Wirksamkeitsnachweises für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren mag unter gesundheits- und finanzpolitischen Gesichtspunkten seine Berechtigung haben für die Frage der Kostenerstattung psychotherapeutischer Heilbehandlungen durch die jeweiligen Kostenträger. Es erscheint aber im Bereich der durch Art. 12 I GG geschützten Berufs(ausübungs)freiheit nicht geboten. Orientierungsmaßstab und -grenze für eine psychotherapeutische Methode kann nur sein, ob sie vor dem Hintergrund des zu schützenden Patientenwohls außerhalb der allgemeinen **Akzeptanz in der Berufsbranche** steht und bspw. als modische oder pseudotherapeutische Behandlungsmethode und/oder wegen fehlender Mindeststandards im Bereich der Scharlatanerie und der missbräuchlichen Anwendung anzusiedeln ist.

3. GELTUNG EINER ÜBERGANGSREGELUNG DER WEITERBILDUNGSORDNUNG (HIER "PROKTOLOGIE")

VG Neustadt, Urt. v. 17.04.2008 – 4 K 45/08.NW –

RID 08-04-139

juris

HeilBerG RP §§ 1 II, 105 II; ÄWeitBiO RP § 20 IX; GG Art. 3 I, 12 I

Leitsatz: Ein Arzt, der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der ab 3. Januar 2006 geltenden rheinland-pfälzischen Weiterbildungsordnung für Ärzte noch nicht Mitglied der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz gewesen ist, kann sich nicht zur Erlangung einer neu geschaffenen Zusatzbezeichnung (hier "Proktologie") auf die insoweit bestehenden Übergangsregelungen der Weiterbildungsordnung berufen, da er nicht Normadressat der früheren Regelungen war und deswegen nicht vom "Übergang" zum neuen Recht betroffen ist (in Anlehnung an OVG Rheinland-Pfalz, AS21, 438).

4. WETTBEWERBSRECHT

A) VERWEISUNG VON PATIENTEN EINES AUGENARZTES ZUR MESSUNGEN AN EIN AUGENOPTIKERGESCHÄFT

LG München I, Urt. v. 07.11.2007 – 1 HK O 13718/07 –

RID 08-04-140

^{juris}

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8 III Nr. 2; MBO § 34 V

Leitsatz: 1. Die Tatsache, dass ein für Diagnosezwecke erforderliches medizinisches Gerät nicht mehr ordnungsgemäß funktioniert, kann allenfalls für einen kürzeren Zeitraum einen „sachlichen Grund“ i.S.v. § 34 Abs. 5 Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (entspricht § 34 Abs. 5 der Musterberufsordnung) für die Verweisung von Patienten durch einen Arzt an ein von Patienten durch einen Arzt an ein von seiner Ehefrau betriebenes Optikergeschäft darstellen.

2. Verweist der Arzt auch nach Ablauf der üblicherweise für die Beschaffung eines Ersatzgerätes zu veranschlagenden Zeit Patienten an den gewerblichen Betrieb seiner Ehefrau, so liegt ein Wettbewerbsverstoß i.S.v. § 4 Nr. 11 UWG vor.

B) TEILHABE AM HANDEL MIT SELBST VERORDNETEN MEDIZINPRODUKTEN

OLG Naumburg, Urt. v. 26.06.2008 – 1 U 9/08 –

RID 08-04-141

^{juris}

BGB §§ 134, 138 I, 139, 812 I 1; GOÄ §§ 4 I, 6 II, 10

Leitsatz: 1. Ein **Arzt**, der sich zugleich als gewerblicher **Händler** für diejenigen **Medizinprodukte** betätigt, die notwendiger Bestandteil seiner ärztlichen Therapie sind und über deren Verwendung überhaupt sowie auch zahlenmäßig er im Rahmen seiner ärztlichen Berufsausübung entscheidet, verstößt gegen das berufsrechtliche Verbot des § 3 Abs. 2 BOÄ LSA.

Ein **Behandlungsvertrag**, welcher u.a. die Abgabe dieser Medizinprodukte (hier: Implantat-Akupunktur-Nadeln) an einen Patienten beinhaltet, ist nach § 134 BGB nichtig.

2. Ein Arzt verstößt auch dann gegen das berufsrechtliche Verbot der isolierten Abrechnung von Medizinprodukten zu höheren als seinen Selbstkostenpreisen nach § 10 GOÄ, wenn er die für seine Therapie notwendigen Medizinprodukte zu einem gegenüber ihrem Verkehrswert erheblich **überhöhten Preis einkauft** und selbst auf andere Weise, als durch einen Aufschlag auf seine Selbstkosten, wirtschaftlichen Vorteil aus diesem Bezugsweg zieht (hier: durch persönliche **Teilhabe an den Gewinnen der Zwischenhändler**).

3. Ein **besonders grobes Missverhältnis** i.S. von § 138 Abs. 1 BGB zwischen Preis und Leistung eines medizinischen Behandlungsvertrages liegt vor, wenn der Behandlungsvertrag in seinem wirtschaftlichen Schwerpunkt die Abgabe von Medizinprodukten umfasst und der Abgabepreis dieser Produkte um 375 % über deren Verkehrswert liegt.

4. Zur **Analogbewertung** nach § 6 Abs. 2 GOÄ für eine Implantat-Ohr-Akupunktur zur Verminderung des Arzneimittelbedarfs von Patienten mit Parkinson-Syndrom im Jahre 2006.

C) "MÄNNERARZT (CMI)" OHNE ERLÄUTERENDE ZUSÄTZE

OLG Hamm, Urt. v. 24.07.2008 – 4 U 82/08 –

RID 08-04-142

^{juris}

UWG §§ 3, 5 I, II Nr. 3, 8; MBO § 27 IV

Die Bezeichnung als "Männerarzt (CMI)" ohne erläuternde Zusätze ist unzulässig.

D) BEGRIFF "ZENTRUM" IM RAHMEN EINES MVZ

LG Erfurt, Urt. v. 22.04.2008 – 1 HK O 221/07 –

RID 08-04-143

^{juris}

MedR 2008, 619 = juris
UWG § 5 II Nr. 3; SGB V § 95 I 2

Leitsatz (MedR): 1. Der Begriff "Zentrum" ist im Zusammenhang mit der Stätte ärztlicher Berufsausübung einem Bedeutungswandel unterlegen.

2. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Berufsausübung gilt der überkommene Zentrumsbegriff zumindest nicht mehr, wenn die ärztliche Berufsausübung im Rahmen eines Medizinischen Versorgungszentrums erfolgt.

E) MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURG IN RUBRIK "ÄRZTE: PLASTISCHE CHIRURGIE"

OLG Köln, Urt. v. 15.08.2008 – 6 U 20/08 –

RID 08-04-144

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5, 8 I, III Nr. 2, 12 I 2; MBO § 27

Es reicht aus, wenn sich aus der Ankündigung überhaupt in irgendeiner Form ergibt, dass das besondere Leistungsangebot nicht auf einer nach geregelter Weiterbildung erworbenen Qualifikation, sondern auf einer (durch nachweisbare erhebliche Tätigkeit begründbaren) Selbsteinschätzung beruht. Die Angabe eines Facharztes für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in dem Branchen-Telefonbuch "Gelbe Seiten" unter der Rubrik "Ärzte: Plastische Chirurgie" ist nicht zu beanstanden.

F) BEZEICHNUNG EINER ZAHNARTPRAXIS ALS "ÄRZTEGEMEINSCHAFT" IST NICHT IRREFÜHREND

LG Essen, Urt. v. 11.08.2008 – 44 O 69/08 –

RID 08-04-145

juris

UWG §§ 3, 5, 8; BGB §§ 709, 714

Die Bezeichnung einer Zahnarztpraxis als "Ärztegemeinschaft" ist nicht irreführend und daher auch nicht wettbewerbswidrig. Es ist nicht anzunehmen, dass der Marktteilnehmer den Schluss zieht, es müsse sich um eine gesellschaftsrechtliche Verbindung von Ärzten handeln, die unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen angehören und dass er es mit der "Ärztegemeinschaft" deshalb mit einer Praxis zu tun habe, an die er sich nicht nur mit zahnärztlichen Problemen, sondern auch mit anderen gesundheitlichen Beschwerden wenden könne. Dies gilt insbesondere, wenn der Telefonbucheintrag mit hervorgehobener Druckschrift hervorhebt, dass es sich um eine Zahnarztpraxis handelt.

5. ABRECHNUNG INDIVIDUELLER GESUNDHEITSLEISTUNGEN NUR MIT VORHERIGER SCHRIFTLICHER ZUSTIMMUNG

LG Mannheim, Urt. v. 18.01.2008 – 1 S 99/07 –

RID 08-04-146

juris = VersR 2008, 823

BMV-Ä § 18; BGB § 127

Leitsatz: Die Zusage des Patienten, für die ärztliche Behandlung, die nicht zu den gesetzlichen Versicherungsleistungen gehört, die Kosten selbst zu tragen, muss vor Beginn der Behandlung schriftlich erklärt werden.

6. VERSORGUNGSWERKE

A) ZULÄSSIGE BEITRAGSPFLICHT AUFGRUND ZWANGSMITGLIEDSCHAFT IN DER BAY. ÄRZTEVERSORGUNG

BayVerfGH, Beschl. v. 02.07.2008 – Vf. 77-VI-07 –

RID 08-04-147

juris

BayVerf Art. 101, 118 I; VersorgG Bay Art. 10, 23; EStG § 2

Leitsatz: Überprüfung behördlicher und verwaltungsgerichtlicher Entscheidungen zur Bemessung von Beiträgen nach § 22 Abs. 1 und 2 der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung am Maßstab des Grundrechts der Handlungsfreiheit und des allgemeinen Gleichheitssatzes.

B) BEFREIUNG ZUGEZOGENER ZAHNÄRZTE VON MITGLIEDSCHAFT IM ALTERSVERSORGUNGSWERK

VG Oldenburg, Urt. v. 26.09.2008 – 7 A 5226/06 –

RID 08-04-148

www.dbovg.niedersachsen.de = juris

GG Art. 3 I; HKG § 12 I; ASO § 8; ABH § 10; VO (EWG) 1408/71

Leitsatz: Die Satzung des Altersversorgungswerkes der Zahnärztekammer Niedersachsen verstößt insoweit gegen Art. 3 Abs. 1 GG, als sie es ermöglicht, aus dem EU-Ausland zugezogene Zahnärzte von der Pflichtmitgliedschaft zu befreien, nicht aber aus anderen Bundesländern zugezogene Zahnärzte.

C) UNVERÄNDERTE BEITRAGSPFLICHT TROTZ GELTEND GEMACHTER VERLUSTE AUS GASTRONOMIEBETRIEB

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 24.10.2008 – 8 LA 60/08 –

RID 08-04-149

www.dbovg.niedersachsen.de

Nds. HKG § 12; ASO § 27

Leitsatz: 1. Es ist mit höherrangigem Recht vereinbar, dass sich gemäß § 27 Abs. 3 ASO der Beitrag für die Niedersächsische Ärzteversorgung ausschließlich nach dem Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit bestimmt und andere Einkünfte außer Betracht bleiben.

2. Zu den - hier verneinten - Voraussetzungen für die Niederschlagung oder den Erlass von Beiträgen der Niedersächsischen Ärzteversorgung wegen geltend gemachter Überschuldung durch Verluste aus einem Gastronomiebetrieb.

II. Arzthaftung

A. Spickhoff/M. Seibl, Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal unter besonderer Berücksichtigung der Anästhesie, MedR 2008, S. 463-473; *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. BVERFG: BESCHLUSSVERFAHREN NACH § 522 II ZPO IN ARZTHAFTUNGSPROZESSEN

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 30.07.2008 – 1 BvR 1525/08 –

RID 08-04-150

juris

GG Art. 3 I, 20 III; ZPO §§ 522 II 1 Nr. 1, III, 523 I

Es verstößt nicht gegen das aus Art. 3 I i.V.m. Art. 20 III GG folgende **Gebot der Rechtsschutzgleichheit**, dass die Zurückweisung einer Berufung durch Beschluss gemäß § 522 III ZPO unanfechtbar ist, hingegen ein die Revision nicht zulassendes Urteil im Fall einer über 20.000 € hinausgehenden Beschwerde (vgl. § 26 Nr. 8 EGZPO) im Wege einer erfolgreichen Nichtzulassungsbeschwerde angegriffen werden kann.

Die **Besonderheiten eines Arzthaftungsprozesses** zwingen von Verfassungs wegen nicht dazu, von einer Zurückweisung der Berufung durch Beschluss Abstand zu nehmen. Es kann nicht allgemein von einer Ungleichgewichtslage zwischen den Parteien eines Arzthaftungsprozesses ausgegangen werden, bei der der Grundsatz der "Waffengleichheit" als Ausprägung der Rechtsstaatlichkeit und des allgemeinen Gleichheitssatzes im Zivilprozess die Anwendung des Beschlussverfahrens nach § 522 II ZPO generell ausschliesse. Dieser spezifischen Prozesssituation begegnen die Fachgerichte mit den Mitteln des einfachen Rechts auf andere Weise, namentlich im Blick auf die Verteilung von Darlegungs- und Beweislast.

2. AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN

A) AUFKLÄRUNG BEI AMBULANTER BEHANDLUNG

OLG Koblenz, Beschl. v. 30.01.2008 – 5 U 1298/07 –

RID 08-04-151

juris = MDR 2008, 507 = OLGR Koblenz 2008, 383

BGB §§ 276, 280, 611; StGB § 223

Leitsatz: Bei einer ambulanten Behandlung kann je nach den Vorkenntnissen des Patienten eine Aufklärung am Tag des Eingriffs genügen, wenn nach den Gesamtumständen hinreichend Zeit bleibt, das Für und Wider eigenverantwortlich zu erwägen.

B) KEIN ANSCHEINSBEWIS FÜR ÄRZTLICHES FEHLVERHALTEN NACH HERZKATHETERUNTERSUCHUNG

OLG Koblenz, Urt. v. 12.06.2008 – 5 U 1630/07 –

RID 08-04-152

www.herkar.de/plaintext/arzthaftung/archivarzthaftung
BGB §§ 253, 611, 823, 847

Leitsatz: 1. Treten nach einer **Herzkatheteruntersuchung**, für die der Zugang zunächst über den rechten Unterarm versucht worden war, **Verschlüsse** und Verstopfungen der den Arm versorgenden Gefäße auf, spricht **kein Anscheinsbeweis** für ein ärztliches Fehlverhalten, weil es sich um ein spezifisches Risiko handelt.

2. Ist ein **Aufklärungsmangel** aufgrund der vom Arzt nachgewiesenen Unterrichtung des Patienten **ausgeschlossen**, ist dessen Behauptung, bestimmte **Informationen nicht zur Kenntnis genommen** oder nicht verstanden zu haben, unerheblich, wenn nicht aufgezeigt wird, dass sich dem aufklärenden Arzt ein unzureichendes Verständnis seiner Sachinformationen erschließen musste. Eine Haftung des Arztes wegen unzureichender Aufklärung kommt in einem derartigen Fall mangels Verschulden nicht in Betracht.

C) EINGRIFFSAUFKLÄRUNG VOR CHIRURGISCHER OPERATION (HIER: ÄSTHETISCHE BRUSTERWEITERUNG)

OLG Naumburg, Beschl. v. 08.07.2008 – 1 U 33/08 –

RID 08-04-153

juris
BGB §§ 280, 823 I

Leitsatz: Im Rahmen der Eingriffsaufklärung vor einer chirurgischen Operation (hier: Brusterweiterung aus ästhetischen Gründen) ist ein Arzt nicht verpflichtet, ungefragt darüber aufzuklären, dass Wundheilungsstörungen bei Rauchern im statistischen Durchschnitt häufiger auftreten als bei Nichtrauchern.

D) SCHMERZENSGELD FÜR AKUPUNKTURBEHANDLUNG OHNE ÄRZTLICHES AUFKLÄRUNGS- GESPRÄCH

OLG Naumburg, Urt. v. 05.06.2008 – 1 U 104/07 –

RID 08-04-154

juris
BGB §§ 253 II, 280, 823 I

Leitsatz: 1.000 Euro Schmerzensgeld für eine – mangels ärztlichen Aufklärungsgesprächs – rechtswidrige ambulante Akupunkturbehandlung, bei der Nadeln dauerhaft in beiden Ohren implantiert wurden.

E) FEHLENDE AUFKLÄRUNG NACH NEUEM BEFUND BEI OP (KÖLNER "ZWITTERPROZESS")

OLG Köln, Beschl. v. 03.09.2008 – 5 U 51/08 –

RID 08-04-155

juris
BGB §§ 823, 847

Eine Operation, bei der eine "Testovarektomie" durchgeführt, d.h. ein Testovar entfernt werden soll, bei der sich aber statt eines Testovars indessen komplette weibliche Geschlechtsorgane zeigen und bei der dann die intakten Eierstöcke sowie die Gebärmutter entfernt werden, stellt einen rechtswidrigen Eingriff dar, wenn der Chirurg die Patientin vor der Operation nicht hinreichend aufgeklärt und sie daher mangels wirksamer Einwilligung schuldhaft in ihrer Gesundheit und ihrem Selbstbestimmungsrecht verletzt hat.

F) INTRAVENÖSE INJEKTIONEN ZUR VORBEREITUNG VON DIAGNOSEMAßNAHMEN DURCH MTA

OLG Dresden, Urt. v. 24.07.2008 – 4 U 1857/07 –

RID 08-04-156

juris
BGB §§ 823, 831, 847; MTAG §§ 3, 4, 9

Leitsatz: 1. Es stellt keinen Behandlungsfehler dar, wenn einer erfahrenen und fachgerecht ausgebildeten medizinisch technischen Assistentin für Radiologie intravenöse Injektionen zur Vorbereitung von Diagnosemaßnahmen übertragen werden, sofern für eine regelmäßige Kontrolle und Überwachung durch den Arzt Sorge getragen wird.

2. Ein Patient ist vor einer intravenösen Injektion in die Ellenbogenbeuge über das Risiko von Nervenirritationen aufzuklären.

3. KEINE HAFTUNG EINES INTERNISTEN FÜR SPÄTERE EMBOLIE DURCH VERZICHT AUF ANTIKOAGULATIONSTHERAPIE

OLG Koblenz, Urt. v. 21.12.2006 – 5 U 1072/06 –

RID 08-04-157

juris

BGB §§ 276 I 1, 280 I, 611 I, 823 I

Leitsatz: Hat ein niedergelassener Internist die Blutgerinnungswerte ausreichend engmaschig bestimmen lassen und hiernach vertretbar von einer dauerhaften medikamentösen Therapie (Marcumar) abgesehen, haftet er trotz mehrerer Vorschädigungen des Patienten nicht für eine spätere Embolie, wenn dem Behandlungskonzept eine sachgemäße Einschätzung der konkreten Risiken einer dauerhaften Reduzierung der Blutgerinnung zugrunde lag.

4. AUSSCHLUSS EINER TIEFEN BEINVENENTHROMBOSE/DOKUMENTATION

OLG Naumburg, Urt. v. 13.03.2008 – 1 U 83/07 –

RID 08-04-158

juris = VersR 2008, 1073

BGB §§ 280, 823 I

Leitsatz: 1. Zum Ausschluss des Vorliegens einer tiefen Beinvenenthrombose genügte im Jahre 2002 bei entsprechenden Befunden eine klinische Untersuchung, ein D-Dimere-Test ohne Befund und eine farbcodierte Duplex-Ultraschalluntersuchung ohne Befund; eine aufsteigende Phlebographie war unter diesen Umständen weder geboten noch gerechtfertigt.

2. Es stellt keinen Dokumentationsmangel dar, wenn nicht alle Einzelbefunde einer Duplex-Ultraschalluntersuchung durch dauerhafte Bilder aktenkundig gemacht werden. Es genügt, wenn sich aus der Dokumentation die Vorgehensweise bei der Befunderhebung und die vom Arzt gewonnenen Erkenntnisse ergeben.

5. GYNÄKOLOGISCHE TVT-IMPLANTATION TROTZ NACHGEWIESENER PERFORATION DES DÜNNDARMS

OLG Naumburg, Urt. v. 28.02.2008 – 1 U 53/07 –

RID 08-04-159

juris

BGB § 823

Leitsatz: 1. Zum (hier fehlgeschlagenen) Nachweis der nicht standardgerechten Durchführung einer gynäkologischen TVT-Implantation trotz nachgewiesener Perforation des Dünndarms.

2. Ist die ärztliche ex-ante-Bewertung zweier alternativer Operationsmethoden als nicht gleichwertig vertretbar (hier: im Februar 2003 die Einschätzung, dass bei einer Stressharninkontinenz eine <offene> Kolposuspension gegenüber einer <minimalinvasiven> TVT-Implantation zwar auch annähernd gleiche Heilungschancen bietet, aber wegen ihrer insgesamt sehr viel höheren Risiken keine echte Alternative darstellt), so stellt der darauf fußende Entschluss, über die andere Operationsmethode nicht im Einzelnen aufzuklären, keine schuldhaftige Pflichtverletzung dar.

6. GEBURTEN

A) HAFTUNG FÜR VERSÄUMNISSE BEI PROBLEMGEBURT

OLG Koblenz, Urt. v. 03.05.2007 – 5 U 567/05 –

RID 08-04-160

juris = MedR 2008, 513 = GesR 2007, 591 = OLGR Koblenz 2008, 6 = VersR 2008, 222 = KHR 2008, 37

BGB §§ 249, 254, 276, 278, 611, 823, 831, 847; ZPO §§ 286, 287

Leitsatz: 1. Zeigt das vorgeburtliche CTG über zwei Stunden mehrmals kritische Abfälle der Herzfrequenz des Kindes und versäumt der Arzt eine Blutanalyse und rasche Einleitung der Geburt, kann darin ein grober Behandlungsfehler liegen, der zu einer Beweislastumkehr führt.

2. Wird die Geburt von einer Ärztin mit vierjähriger Berufserfahrung geleitet, können deren grob fehlerhafte Versäumnisse einer Hebamme nicht zugerechnet werden, wenn das Vorgehen der Ärztin sich der Hebamme nicht als schlechterdings unvertretbar mit dem Erfordernis sofortiger Intervention darstellte. Eine Beweislastumkehr zum Nachteil der Ärztin erstreckt sich daher nicht ohne Weiteres auf die Hebamme.

3. Der Ausfall eines Messgeräts kann dem Arzt nicht zugerechnet werden, solange kein Anhalt besteht, dass ein Schaden am Messgerät absehbar war.

4. Haben mehrere widerstreitende Gutachten im Arzthaftungsprozess nicht zu einer tragfähigen Entscheidungsgrundlage geführt, kann es geboten sein, eine verlässliche Klärung der medizinischen Zweifelsfragen durch eine gerichtliche Anhörung aller Sachverständigen in einem einzigen Termin herbeizuführen.

B) ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNGSPFLICHT VOR DEM LEGEN EINER CERCLAGE/KIND ALS SCHADEN

OLG Celle, Urt. v. 02.07.2007 – 1 U 106/06 –

RID 08-04-161

juris = MedR 2008, 516 m. Anm. Schmidt-Recla = VersR 2008, 123 = OLGR Celle 2007, 727
BGB § 823 I

Leitsatz (MedR): 1. Vor dem Legen einer Cerclage muss die Schwangere über Risiken und Behandlungsalternativen umfassend aufgeklärt werden.

2. Verletzt der Arzt diese Pflicht, so dass die Schwangerschaft bis zur Lebensfähigkeit des Kindes aufrechterhalten wird, und kommt es zur Frühgeburt eines schwer behinderten Kindes, hat der Arzt den Unterhaltsschaden, der den Eltern aus der Existenz des Kindes entsteht, zu ersetzen.

3. Auf die Frage, ob ein Schwangerschaftsabbruch nach § 218a II StGB gerechtfertigt gewesen wäre, kommt es nicht an.

C) AUFKLÄRUNGSPFLICHT BEI SCHNITTENTBINDUNG NUR BEI INDIKATION/ARMPLEXUSLÄHMUNG

OLG Koblenz, Urt. v. 12.06.2008 – 5 U 1198/07 –

RID 08-04-162

juris = MedR 2008, 609 (Ls.)
BGB §§ 253, 276, 278, 611, 823, 847; ZPO §§ 286, 287

Leitsatz: 1. Der Geburtshelfer hat über die Möglichkeit der Schnittentbindung nur dann aufzuklären, wenn im konkreten Fall eine medizinische Indikation besteht (Beckenendlage, Missverhältnis zwischen Kindesgröße und mütterlichem Becken, übergroßes Kind etc.). Eine Fehlschätzung des tatsächlichen Geburtsgewichts (hier: 4.630 Gramm) belegt kein ärztliches Versäumnis, wenn die vorgeburtlichen Parameter vertretbar gedeutet wurden.

2. Selbst bei einem übergroßen Kind indiziert eine Armplexuslähmung nicht, dass unter der Geburt in unsachgemäßer Weise auf den Nasciturus eingewirkt wurde, wenn dafür kein konkreter Anhalt besteht. Die Schädigung führt daher nicht zu einer Beweiserleichterung oder Beweislastumkehr.

D) LEITLINIEN FÜR EINE SCHNITTENTBINDUNG AUF EINE NOTSECTIO

OLG Koblenz, Urt. v. 24.05.2007 – 5 U 1735/06 –

RID 08-04-163

juris = MedR 2008, 511 = OLGR Koblenz 2007, 696 = VersR 2008, 355
BGB §§ 253 II, 276 I 1, 278 S. 1, 611 I, 823 I

Leitsatz: 1. Die von der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe entwickelten Leitlinien für den zeitlichen Ablauf einer Schnittentbindung (Entschluss-Entwicklungszeit), können nicht ohne weiteres auf eine Sectio übertragen werden, die nach einer häuslichen Uterusruptur notfallmäßig durchgeführt werden muss.

2. In einer geringfügigen Verzögerung einer notfallmäßigen Schnittentbindung liegt nicht ohne weiteres ein grober Behandlungsfehler, der zur Beweislastumkehr führt.

BGH, Beschl. v.08.01.2008 – VI ZR 161/07 – wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

E) SCHMERZENGELD BEI SCHWERSTEN HYPOXISCHEN HIRNSCHÄDEN

OLG Stuttgart, Urt. v. 09.09.2008 – 1 U 152/07 –

RID 08-04-164

juris
BGB § 253 II

Leitsatz: Erleidet ein Kind wegen ärztlicher Behandlungsfehler vor und unmittelbar nach der Geburt schwerste hypoxische Hirnschäden, die in einem Bereich liegen, der die denkbar schwerste Schädigung eines Menschen charakterisiert, rechtfertigt dies ein Schmerzensgeld von € 500.000,00.

7. STURZ IN DER KLINIK

KG Berlin, Beschl. v. 10.09.2007 – 12 U 145/06 –

RID 08-04-165

juris
BGB § 823

Leitsatz: 1. Allein der Umstand, dass ein Klinikpatient im Bereich der Klinik gestürzt ist und sich dabei verletzt hat, indiziert nicht eine schuldhaftige Pflichtverletzung des Pflegepersonals.
2. Kommt es jedoch - wie hier - im Zusammenhang mit einer konkret geschuldeten Hilfeleistung zum Sturz eines Patienten, so hat der Betreiber der Klinik darzulegen und zu beweisen, dass dieser Sturz nicht auf einem Fehlverhalten des mit der Pflege und Betreuung des Patienten betrauten Personals beruht; es gelten insoweit die für die Haftung von Pflegeheimen entwickelten Grundsätze entsprechend.

8. SACHVERSTÄNDIGE/BEWEISVERFAHREN

A) SACHVERSTÄNDIGER AUS AKADEMISCHEM LEHRKRANKENHAUS BEI BEKL. LEHRKRANKENHAUS

OLG Stuttgart, Urf. v. 22.10.2007 – 1 W 51/07 –

RID 08-04-166

juris = GesR 2008, 424
ZPO §§ 42 II, 406 I 1

Leitsatz: Die eine Ablehnung nach den §§ 406 Abs. 1 Satz 1, 42 Abs. 2 ZPO rechtfertigende Besorgnis der Befangenheit eines medizinischen Sachverständigen kann sich im Arzthaftungsprozess aus der Funktion des Sachverständigen als Chefarzt eines akademischen Lehrkrankenhauses des beklagten Universitätsklinikums ergeben.

S.a. OLG Stuttgart, Beschl. v. 19.12.2007 – 1 W 60/07 – RID 08-03-227.

B) HINWEIS DES SACHVERSTÄNDIGEN AUF FEHLENDE AUFKLÄRUNG DES PATIENTEN

OLG München, Beschl. v. 28.04.2008 – 24 W 122/08 –

RID 08-04-167

juris = VersR 2008, 944 = GesR 2008, 502
ZPO §§ 42, 406

Leitsatz: Der Hinweis des medizinischen Sachverständigen an das Gericht, dass aus den übermittelten Behandlungsunterlagen nicht hervorgeht, inwieweit und in welcher Form eine Aufklärung und Einverständniserklärung des Patienten stattgefunden hat, ohne dass dies Gegenstand des Gutachtenauftrags war oder eine Aufklärungsrüge erhoben wurde, ist geeignet, die Besorgnis der Befangenheit zu begründen.

C) SELBSTSTÄNDIGES BEWEISVERFAHREN OHNE GLAUBHAFTMACHTUNG DES SACHVORTRAGS

OLG Oldenburg, Beschl. v. 14.05.2008 – 5 W 31/08 –

RID 08-04-168

juris = GesR 2008, 421
ZPO §§ 485 II 2, 487 Nr. 4

Leitsatz: Im selbstständigen Beweisverfahren muss der Sachvortrag des Antragstellers zum Hauptanspruch, zu dessen Geltendmachung die Begutachtung durch einen Sachverständigen dienen soll, nicht nach § 487 Nr. 4 ZPO glaubhaft gemacht werden.

D) BEHAUPTUNG EINES ÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSFEHLERS

OLG Oldenburg, Beschl. v. 08.07.2008 – 5 W 41/08 –

RID 08-04-169

juris = MedR 2008, 1059
ZPO § 485 II

Leitsatz: 1. Die Behauptung, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt bzw. dass die Verletzung einer Person durch einen ärztlichen Behandlungsfehler verursacht worden ist, kann Gegenstand eines selbstständigen Beweisverfahrens sein.

2. Ein selbstständiges Beweisverfahren ist allerdings nur zulässig, wenn der Antragsteller unter Bezeichnung gewisser Anhaltspunkte die Behauptung eines ärztlichen Behandlungsfehlers aufstellt. Die schlichte Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, dient lediglich der Ausforschung und ist deshalb unzulässig.

9. ZAHNÄRZTE

A) SCHMERZENSGELDANSPRUCH WEGEN FEHLERHAFTEN ZAHNERSATZES

OLG Köln, Urtr. v. 06.02.2008 – 5 U 106/06 –

RID 08-04-170

www.justiz.nrw.de
ZPO §§ 286, 313a I 1, 540 II

Führen Mängel (hier: Krone 26 unterextendiert und Krone 47 distal zu kurz geraten, weshalb die Kronenränder nicht richtig abschlossen; Neuherstellung erforderlich) am Zahnersatz zu Überempfindlichkeiten und Schmerzen, dann kann ein Schmerzensgeldanspruch nicht mit dem Hinweis versagt werden, die Patientin habe nicht hinreichend dargetan, dass sie dem Zahnarzt die Chance zur Beseitigung der Beschwerden gegeben habe. Die Zuerkennung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 750,- Euro ist angemessen.

B) EXTRAKTION EINES WEISHEITSAHNS

OLG Koblenz, Urtr. v. 06.12.2007 – 5 U 709/07 –

RID 08-04-171

www.abrechnungswissen.de/dent/16/14087.php
BGB §§ 249, 611, 823, 847

Extrahiert ein Zahnarzt einen Weisheitszahn, obwohl die Röntgenbefunde unzureichend sind, kann der darin liegende einfache Behandlungsfehler gleichwohl im Endergebnis zu einer Beweislastumkehr führen, wenn auch die Nachsorge derart mangelhaft war, dass das ärztliche Vorgehen insgesamt schlechterdings unverständlich erscheint. Dafür bedarf es einer wertenden Gesamtschau aller Maßnahmen des Arztes.

Die irreversible Schädigung des nervus alveolaris kann ein Schmerzensgeld von 6.000 € rechtfertigen.

C) AUFKLÄRUNG EINES KASSENPAZIENTEN ÜBER HÖHERWERTIGEN ZAHNERSATZ

OLG Oldenburg, Urtr. v. 14.11.2007 – 5 U 61/07 –

RID 08-04-172

juris = GesR 2008, 539
BGB § 280 I

Leitsatz: Bietet eine zahnprothetische Behandlungsalternative (hier Teleskopprothese gegenüber Modellgussprothese) höhere Erfolgchancen, so muss der Zahnarzt auch einen Kassenpatienten auf die Möglichkeit hinweisen, gegen Zahlung eines höheren Eigenanteils eine zahnprothetische Versorgung zu wählen, die über den für gesetzlich Versicherte als Regelversorgung vorgesehenen Standard hinausgeht. Es ist allein Sache des Patienten zu entscheiden, welche Versorgung er sich leisten kann oder will.

III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. PRIVATBEHANDLUNG

A) BGH: NOTWENDIGE BESTANDTEILE DER ZIELLEISTUNG DER LEISTUNGSBESCHREIBUNG

BGH, Urtr. v. 05.06.2008 – III ZR 239/07 –

RID 08-04-173

www.bundesgerichtshof.de = juris = GesR 2008, 499 = NJW-RR 2008, 1278
GOÄ § 4 IIa; GOÄ Nr. 2583, 2802, 2975, 2997, 3013, 3126

Leitsatz: 1. Das in § 4 Abs. 2a Satz 1 und 2 GOÄ enthaltene Zielleistungsprinzip findet seine Grenze an dem Zweck dieser Bestimmung, eine doppelte Honorierung ärztlicher Leistungen zu vermeiden.

2. Die Frage, ob im Sinn des § 4 Abs. 2a Satz 2 GOÄ und des Absatzes 1 Satz 1 und 2 der Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts L einzelne Leistungen methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung sind, kann nicht danach beantwortet werden, ob sie im konkreten Einzelfall nach den Regeln ärztlicher Kunst notwendig sind, damit die Zielleistung erbracht werden kann. Vielmehr sind bei Anlegung eines abstrakt-generellen Maßstabs wegen des abrechnungstechnischen Zwecks dieser Bestimmungen vor allem der Inhalt und systematische Zusammenhang der in Rede stehenden Gebührenpositionen zu beachten und deren Bewertung zu berücksichtigen (Fortführung der Senatsurteile BGH, 13. Mai 2004, III ZR 344/03, BGHZ 159, 142 und vom 16. März 2006, III ZR 217/05, NJW-RR 2006, 919).

3. Die Dekortikation der Lunge nach Nr. 2975 des Gebührenverzeichnisses ist nicht Bestandteil der in der Nr. 2997 mit Lobektomie und Lungensegmentresektion(en) beschriebenen Zielleistung.

B) ABTRETUNG AN INKASSOSTELLE/UNWIRKSAMKEIT EINER VERGÜTUNGSVEREINBARUNG

OLG Celle, Urt. v. 11.09.2008 – 11 U 88/08 –

RID 08-04-174

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de>
BDSG § 4a; GOZ § 2 II, III

Leitsatz: 1. Zu den Anforderungen, denen die Zustimmung der Patienten zu einer Abtretung einer (zahn)ärztlichen Honorarforderung an eine Inkassostelle genügen muss.
2. Die Entschließungsfreiheit eines zahnärztlichen Patienten ist unzumutbar beeinträchtigt, wenn ihm nach zweistündiger Behandlung in einer Behandlungspause Vergütungsvereinbarungen über sog. Verlangensleistungen in einem Gesamtumfang von knapp 40.000 EUR zur Unterschrift vorgelegt werden und der Zahnarzt unmittelbar nach der Unterzeichnung noch am selben Tage mit der kostenverursachenden Behandlung beginnt. Eine so zustande gekommene Vergütungsvereinbarung genügt nicht § 2 Abs. 2 und 3 GOZ und ist deshalb unwirksam.

C) DOKUMENTATIONSANFORDERUNG FÜR LEISTUNGSNACHWEIS

LG Köln, Urt. v. 05.03.2008 – 25 S 6/06 –

RID 08-04-175

juris
GOÄ Ziff 7, 800

Für die Berechnung der GoÄ-Ziffern 7 und 800 reicht als Beleg, dass die Leistung erbracht wurde, allein die Vorlage der Dokumentation nicht aus, wenn diese lediglich die Dokumentation der Abrechnungsziffer oder lediglich "o.B." beinhaltet. Es ist wenigstens eine oberflächliche Dokumentation der einzelnen Untersuchungshandlungen üblich und abrechnungstechnisch geboten.

D) VERWIRKUNG DES HONORARANSPRUCHS BEI VERSPÄTETER RECHNUNGSSTELLUNG

OLG Nürnberg, Beschl. v. 09.01.2008 – 5 W 2508/07 –

RID 08-04-176

MedR 2008, 616 = MDR 2008, 377 = NJW-RR 2008, 1156 = juris (Ls.)
BGB § 242

Leitsatz: Der Honoraranspruch eines Arztes/Zahnarztes ist jedenfalls dann verwirkt, wenn dieser mit der Stellung seiner Honorarrechnung mehr als 3 Jahre zuwartet, nachdem der Patient die Behandlung unter Berufung auf deren angebliche Fehlerhaftigkeit unter Androhung gerichtlicher Schritte abgebrochen und den Arzt dazu aufgefordert hat, keine Rechnung zu stellen.

E) EINSICHTNAHME IN ORIGINALBEHANDLUNGSUNTERLAGEN

LG Kiel, Urt. v. 04.04.2008 – 8 O 50/07 –

RID 08-04-177

juris
BGB § 275 II

Leitsatz: 1. Berufet sich der Krankenhausträger gegenüber dem Einsichtsrecht des Patienten in die Originalbehandlungsunterlagen auf die Einrede des § 275 Abs. 2 BGB und darauf, dass der Aufwand für das Auffinden der Unterlagen unzumutbar sei, so muss der Patient, der einen Anspruch wegen Falschbehandlung verfolgt, sein Interesse an der Einsichtnahme nicht von vornherein besonders begründen.
2. Auch eine längere Suchaktion nach Behandlungsunterlagen ist zumutbar, wenn die mit dem Auffinden der Behandlungsunterlagen verbundenen Schwierigkeiten von dem Krankenhausträger zu vertreten sind.
3. Zu vertreten hat der Krankenhausträger die Schwierigkeiten des Auffindens, die daraus entstehen, dass er in großem Umfang Behandlungsunterlagen nach erfolgter Digitalisierung und Mikroverfilmung zum Zwecke der Vernichtung ungeordnet lagert, wenn nicht zuvor der Patient auf die Möglichkeit der vorherigen Einsichtnahme in die Originalunterlagen hingewiesen und ihm hierzu Gelegenheit gegeben wurde.

2. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG: KOSTEN EINER LASIK-OPERATION

A) KOSTEN EINER LASIK-OPERATION SIND NICHT ERSTATTUNGSFÄHIG

LG Mannheim, Urt. v. 04.03.2008 – 8 O 320/07 –

RID 08-04-178

juris = VersR 2008, 1200
MBKK 94 § 1 II

Leitsatz: 1. Bei einer einfachen Fehlsichtigkeit liegt bereits kein Krankheitsfall i. S. v. § 1 Abs. 2 MBKK 94 vor.

2. Eine LASIK-Operation ist nicht medizinisch notwendig, wenn die Fehlsichtigkeit auch durch eine Brille behoben werden kann.

B) ERSTATTUNGSFÄHIGKEIT IM EINZELFALL

LG Göttingen, Beschl. v. 08.07.2008 – 2 S 4/08 –

RID 08-04-179

GesR 2008, 472

VVG a.F. §§ 1, 49, 178b I, 178a i.V.m. EGVG Art. 1 I i.V.m. MBKK 1994 § 1 II

Leitsatz (GesR): 1. Es kann vertretbar sein, die medizinische Notwendigkeit einer LASIK-Behandlung zu bejahen.

2. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Privaten Krankenversicherung rechtfertigen nicht die Annahme, dass die Lasikbehandlung gegenüber der Versorgung mit Brille oder Kontaktlinsen nachrangig wäre (sog. Prinzip der Nachrangigkeit).

3. BEIHILFE

A) BVERWG

AA) VORLÄUFIG WEITERE ANWENDUNG DER BEIHILFEVORSCHRIFTEN DES BUNDES/POTENZSTIEGERNDE MITTEL

BVerwG, Urt. v. 28.05.2008 – 2 C 24.07 –

RID 08-04-180

BVerwG, Urt. v. 28.05.2008 – 2 C 108.07 –

RID 08-04-181

www.bverwg.de = juris

BhV §§ 5 I, 6 I Nr. 2; GG Art. 3 I, 20 I, III, 33 V; SGB V § 34 I

Leitsatz: 1. Die den Anforderungen des verfassungsrechtlichen Gesetzesvorbehalts nicht genügenden und deshalb nichtigen Beihilfevorschriften des Bundes sind auch weiterhin für eine spätestens mit der jetzigen Legislaturperiode endende Übergangszeit anzuwenden.

2. Der Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für potenzstiegendernde Mittel auch in Krankheitsfällen ist mit dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar.

BB) VORERST GRUNDSÄTZLICH KEINE BEIHILFE FÜR NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL

BVerwG, Urt. v. 26.06.2008 – 2 C 2.07 –

RID 08-04-182

www.bverwg.de = juris

GG Art. 3 I, 33 V; BBG § 79; BhV 2004 § 5 I 1, 6 I Nr. 2 Buchst. b, 12 II; DGB V § 31 I 4, 91 I 1, 92 I 2 Nr. 6

Leitsatz: Die Regelungen über den Ausschluss der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 Buchst. b BhV sind in dem Übergangszeitraum bis zu der gebotenen normativen Neuregelung des Beihilferechts des Bundes weiter anwendbar.

Die verfassungsrechtliche Fürsorgepflicht fordert eine Ausgleichsregelung für die Härtefälle, die sich aus dem Leistungsausschluss des § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 Buchst. b BhV ergeben können. Dies führt im Übergangszeitraum zur entsprechenden Anwendung der Regelungen über die Belastungsgrenzen gemäß § 12 Abs. 2 BhV.

CC) PAUSCHALE KÜRZUNG DER BEIHILFE DURCH KOSTENDÄMPFUNGSPAUSCHALE

BVerwG, Urt. v. 20.03.2008 – 2 C 49.07 –

RID 08-04-183

www.bverwg.de = juris

Leitsatz: 1. Weder die Alimentations- noch die Fürsorgepflicht verlangen, dass Aufwendungen im Krankheitsfall durch Leistungen einer beihilfekonformen Krankenversicherung und ergänzende Beihilfeleistungen lückenlos gedeckt werden.

2. Beihilfekürzungen in Form pauschaler Selbstbeteiligungen unterliegen dem Vorbehalt des Parlamentsgesetzes. Inhaltlicher Prüfungsmaßstab ist das Alimentationsprinzip im Sinne von Art. 33 Abs. 5 GG.

3. Die Verletzung des Alimentationsprinzips kann nur im Wege der Feststellungsklage geltend gemacht werden. Sie hat nicht zur Folge, dass gesetzliche Absenkungs- und Kürzungsregelungen außerhalb des Besoldungsgesetzes nichtig oder unanwendbar sind.

Parallelentscheidungen:

BVerwG, Urt. v. 20.03.2008 – 2 C 52.07 –

RID 08-04-184

BVerwG, Urt. v. 20.03.2008 – 2 C 63.07 –

RID 08-04-185

B) DELEGATION THERAPEUTISCHER LEISTUNGEN AN NICHTÄRZTLICHES PERSONAL

VG Stuttgart, Urt. v. 07.07.2008 – 12 K 4319/07 –

RID 08-04-186

juris

BhV BW 1995 § 6 I Nr. 3, 5 I 4; GOÄ §§ 4 II 1 u. 4; KHEntG § 17 I

Leitsatz: Die Delegation therapeutischer Leistungen an nichtärztliches Personal führt zum Verlust der Abrechnungsfähigkeit als wahlärztliche Leistung.

C) AMBULANTE SUCHTTHERAPIE DURCH EINEN DROGENBERATER

VG für das Saarland, Urt. v. 01.07.2008 – 3 K 178/08 –

RID 08-04-187

juris

BhV Saarl §§ 4 I, II, 5 I Nr. 1; GG Art. 3 I, 33 V

Leitsatz: Die Aufwendungen für eine ambulante Suchttherapie durch einen in einer Drogenberatungsstelle tätigen Drogenberater, der nicht dem in § 5 Abs. 1 Nr. 1 saarl. BhVO aufgeführten fachlich qualifizierten Personenkreis angehört, sind nach saarländischem Beihilferecht nicht beihilfefähig.

D) ANWENDUNGS- BZW. KÖRPERBEZOGENE KOSTENZUORDNUNG BEI KÜNSTLICHER BEFRUCHTUNG

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 04.09.2008 – 5 LA 198/07 –

RID 08-04-188

www.dbovg.niedersachsen.de

BhV § 6 I Nr. 13; NBG § 87 c; SGB V § 27 a

Die in § 6 Abs. 1 Nr. 13 BhV erfolgte Inbezugnahme auf § 27a SGB V spricht für eine Entscheidung des Gesetz- und Vorschriftengebers, im Beihilferecht bei Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung eine anwendungs- bzw. körperbezogene Kostenzuordnung vorzunehmen (so auch: VG München, Urt. v. 30.05.2005 - M 12 K 04.4761 -, ZBR 2005, 394; VG Minden Urt. v. 17.01.2007 - 4 K 155/06 -, juris; OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.11.2007 - 1 A 2537/06 -, juris - noch nicht rechtskräftig) und hierdurch die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zu beschränken.

E) ANSPRUCH AUF WEITERE BEIHILFE ZU DEN AUFWENDUNGEN FÜR IMPLANTATBEHANDLUNG

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.08.2008 – 6 A 2861/06 –

RID 08-04-189

juris

BG NRW § 88 S. 1 u. 2; BhV NRW 1975 § 4 II b

Leitsatz: Eine Beihilfevorschrift, die die Beihilfefähigkeit von notwendigen und angemessenen Aufwendungen in Krankheitsfällen einschränkt, muss sich am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit messen lassen, insbesondere dem Gebot eines vertretbaren Ausgleichs zwischen der Fürsorgepflicht und fiskalischen Erwägungen genügen. Der weitgehende Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Implantatbehandlungen durch § 4 II Buchst. b BhV NW 1975 entspricht diesen Anforderungen nicht.

F) HEILBEHANDLUNG DURCH NAHEN ANGEHÖRIGEN DES BEIHILFEBERECHTIGTEN

BayVerfGH, Beschl. v. 17.07.2008 – Vf. 98-VI-07 –

RID 08-04-190

juris

BayVerf Art. 95 I 2, 118 I; BesG Bay Art. 11 I; BhV § 5 IV Nr. 6

Leitsatz: Der Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei der Heilbehandlung verstößt weder gegen den Gleichheitssatz (Art. 118 Abs. 1 BV) noch gegen die durch Art. 95 Abs. 1 Satz 2 BV gewährleistete Fürsorgepflicht.

IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte

1. EUGH

A) APOTHEKENVERTRAG MIT KRANKENHAUS

EuGH, Urt. v. 11.09.2008 -C 141/07 -

RID 08-04-191

curia.europa.eu

ApoG § 14; EG Art. 28, 30

§ 14 Abs. 4 bis 6 ApoG ist geeignet, die Versorgung der deutschen Krankenhäuser mit Arzneimitteln für in anderen Mitgliedstaaten als der Bundesrepublik Deutschland niedergelassene Apotheken schwieriger und kostspieliger als für in Deutschland niedergelassene Apotheken zu gestalten. Abgesehen von den Apotheken, die sich in einer Grenzregion nahe dem betreffenden deutschen Krankenhaus befinden, müssen in anderen Mitgliedstaaten niedergelassene Apotheken, die einen Versorgungsvertrag mit diesem Krankenhaus schließen möchten, entweder ihre Niederlassung in die Nähe des betreffenden Krankenhauses verlegen oder in dessen Nähe eine weitere Apotheke eröffnen. Das Erfordernis, dass einem Apotheker in der Nähe zum Krankenhaus die Verantwortung über sämtliche Aufgaben übertragen wird, die zur Arzneimittelversorgung des betreffenden Krankenhauses gehören, erweist sich auch nicht als Maßnahme, die über das hinausgeht, was zur Erreichung des von der Bundesrepublik Deutschland verfolgten Ziels, nämlich des Erreichens eines hohen Niveaus des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung, erforderlich ist.

B) WEIGERUNG ZUR BELIEFERUNG VON GROßHÄNDLERN, DIE PARALLELAUSFUHREN TÄTIGEN

EuGH, Urt. v. 16.09.2008 - C-468/06 -

RID 08-04-192

curia.europa.eu

EG Art. 82

Art. 82 EG ist dahin auszulegen, dass ein Unternehmen mit einer beherrschenden Stellung auf dem maßgeblichen Arzneimittelmarkt, das sich zur Verhinderung von Parallelexporten, die bestimmte Großhändler von einem Mitgliedstaat in andere Mitgliedstaaten vornehmen, weigert, von diesen Großhändlern aufgegebenen normale Bestellungen auszuführen, seine beherrschende Stellung missbräuchlich ausnutzt. Es ist Sache des vorlegenden Gerichts, zu bestimmen, ob die genannten Bestellungen in Anbetracht ihres Umfangs im Verhältnis zum Bedarf des Marktes dieses Mitgliedstaats sowie der früheren Geschäftsbeziehungen dieses Unternehmens mit den betroffenen Großhändlern normal sind.

C) GENEHMIGUNG FÜR DAS INVERKEHRBRINGEN EINES HUMANARZNEIMITTELS

EuGH, Urt. v. 16.10.2008 - C-452/06 -

RID 08-04-193

curia.europa.eu

EGRL 2001/83

1. Es läuft Art. 28 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel zuwider, dass ein Mitgliedstaat, bei dem ein Antrag auf gegenseitige Anerkennung einer von einem anderen Mitgliedstaat im abgekürzten Verfahren gemäß Art. 10 Abs. 1 Buchst. a Ziff. iii dieser Richtlinie

erteilten Genehmigung für das Inverkehrbringen eines Humanarzneimittels gestellt worden ist, diesen Antrag mit der Begründung ablehnt, dass das fragliche Arzneimittel dem Referenzarzneimittel nicht im Wesentlichen gleiche.

2. Darin, dass ein Mitgliedstaat einer von einem anderen Mitgliedstaat im abgekürzten Verfahren nach Art. 10 Abs. 1 Buchst. a Ziff. iii der Richtlinie 2001/83 erteilten Genehmigung für das Inverkehrbringen eines Humanarzneimittels die Anerkennung gemäß Art. 28 dieser Richtlinie mit der Begründung versagt, dass das betroffene Arzneimittel dem Referenzarzneimittel nicht im Wesentlichen gleiche oder dass es einer Kategorie von Arzneimitteln angehöre, für die es eine allgemeine Praxis des betroffenen Mitgliedstaats ausschließe, sie als dem Referenzarzneimittel im Wesentlichen gleich anzusehen, liegt ein hinreichend qualifizierter Verstoß gegen das Gemeinschaftsrecht, der die Haftung dieses Mitgliedstaats begründen kann.

entfällt RID 08-04-194

2. BGH

A) ARZNEIMITTELWERBUNG AUF VERPACKUNG

BGH, Urt. v. 13.03.2008 – I ZR 95/05 –

RID 08-04-195

(Amlodipin) www.bundesgerichtshof.de = juris
AMG §§ 10 I 4, 22 VII 1, 28; HWG § 3a

Leitsatz: 1. Für die gesundheitliche Aufklärung i.S. des § 10 Abs. 1 Satz 4 AMG wichtig sein können Angaben nur dann, wenn sie vollständig sind und die Anwendungsgebiete des Mittels daher auch so wiedergeben, wie sie im Zulassungsbescheid ausgewiesen sind.

2. Die Bestimmung des § 3a HWG hat auch schon vor der Anfügung ihres Satzes 2 die Fälle erfasst, in denen sich die Werbung für ein zugelassenes Arzneimittel auf von der Zulassung nicht umfasste Anwendungsgebiete bezieht.

3. Aus dem Umstand, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die dem Zulassungsantrag gemäß § 22 Abs. 7 Satz 1 AMG beigefügten Unterlagen weder beanstandet noch zum Anlass für eine Auflage i.S. des § 28 AMG genommen hat, kann der pharmazeutische Unternehmer grundsätzlich nicht schließen, dass die Behörde diese Unterlagen für in heilmittelwerberechtlicher Hinsicht unbedenklich erachtet hat.

B) PARALLELIMPORTEUR MIT UNTERNEHMENSLOGO AUF UMPACKUNG (LEFAX/LEFAXIN)

BGH, Urt. v. 24.04.2008 – I ZR 30/05 –

RID 08-04-196

www.bundesgerichtshof.de = juris
EG Art. 28, 30

Leitsatz: Bringt der Parallelimporteur auf der Umverpackung des von ihm umgepackten parallelimportierten Arzneimittels sein Unternehmenslogo in der Weise an, dass es in einem unmittelbaren räumlichen Zusammenhang mit dem gebotenen Hinweis auf das die Umverpackung vornehmende Unternehmen steht und vom Verkehr als Bestandteil dieses Hinweises angesehen wird, schädigt er damit weder den Ruf der Marke des Arzneimittelherstellers noch beeinträchtigt er deren Herkunftsfunktion.

C) DIÄTETISCHES LEBENSMITTEL FÜR BESONDERE MEDIZINISCHE ZWECKE (MOBILPLUS-KAPSELN)

BGH, Urt. v. 02.10.2008 – I ZR 220/05 –

RID 08-04-197

www.bundesgerichtshof.de = juris
UWG §§ 3, 4 Nr. 11; LFGB § 11 I 1; DiätV § 1

Leitsatz: Ein Nährstoffbedarf ist bereits dann medizinisch bedingt, wenn die an bestimmten Beschwerden, Krankheiten oder Störungen leidenden Personen einen besonderen Nutzen aus der kontrollierten Aufnahme bestimmter Nährstoffe ziehen können.

entfällt RID 08-04-198

3. ZIMTKAPSELN ALS ARZNEIMITTEL

VG Minden, Urt. v. 14.05.2008 – 7 K 727/06 –

RID 08-04-199

juris

AMG §§ 2 I Nr. 1 u. 5, 69 I Nr. 1

Zimtkapseln sind **Arzneimittel nach Bezeichnung**. Ein Erzeugnis wird im Sinne der Richtlinie 2001/83/EG als ein Mittel zur Heilung oder zur Verhütung von menschlichen Krankheiten bezeichnet, wenn es, gegebenenfalls auf dem Etikett, dem Beipackzettel oder mündlich, ausdrücklich als ein solches bezeichnet oder empfohlen wird.

Ein Erzeugnis ist auch dann ein Arzneimittel nach Bezeichnung, wenn es zwar als solches nicht bezeichnet wird, aber bei einem durchschnittlich informierten Verbraucher die Gewissheit entsteht, dass dieses Erzeugnis in Anbetracht seiner Aufmachung die **betreffenden Eigenschaften haben müsse**, wobei es unerheblich ist, ob das jeweilige Mittel die ihm zugeschriebenen Eigenschaften auch besitzt bzw. ob ihm ein Schädigungspotential im Falle der Einnahme durch Gesunde überhaupt zukommt.

Zimtkapseln sind auch ein **Arzneimittel der Funktion** nach. Zimtkapseln haben bei Diabetes mellitus Typ II Erkrankten eine blutzuckersenkende Wirkung.

4. NICHT PRODUKTBEZOGENE IMAGEKAMPAGNE: UNZULÄSSIGE WERBEGABEN AN ÄRZTE

LG München I, Urt. v. 08.02.2008 – 1 HK O 13279/07 –

RID 08-04-200

MedR 2008, 563

UWG §§ 3, 4 Nr. 1, 8 III Nr. 2; HWG § 7 I Nr. 4

Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gebietet es, dass der Arzt sich bei der Verschreibung von Medikamenten allein von den Interessen des Patienten leiten lässt und dabei nicht einmal in den Verdacht einer unsachlichen **Beeinflussung durch die Hersteller der Medikamente** kommen darf. Das hohe Gut des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient rechtfertigt es, bereits Handlungen, die geeignet sind, den bösen Schein einer unsachlichen Einflussnahme nahezulegen, als nicht mehr mit den guten Sitten im Wettbewerb vereinbar anzusehen.

Das **Verbot** von mehr als geringfügigen unentgeltlichen **Zuwendungen an Ärzte** entspricht inzwischen auch den Vorstellungen der Pharmaindustrie selbst, und zwar auch dann, wenn es nicht um produktbezogene Zuwendungen, sondern um bloße Imagewerbung geht.

5. VERSTOß GEGEN ARZNEIMITTELPREISBINDUNG BEI STUNDUNG DER GESETZL. ZUZAHLUNG

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 16.10.2008 – 13 ME 162/08 –

RID 08-04-201

www.dbovg.niedersachsen.de = juris

AMG §§ 69 I 1, 78; AMPPreisV § 3 I

Leitsatz: Eine Stundung der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch eine Apotheke mit dem Ziel, den Versicherten den Bezug der Arzneimittel gerade bei dieser Apotheke wirtschaftlich günstiger erscheinen zu lassen, verstößt gegen die Arzneimittelpreisbindung.

6. KEINE ARZNEIMITTELABGABE DURCH AUTOMATEN

VG Karlsruhe, Urt. v. 02.09.2008 – 11 K 4331/07 –

RID 08-04-202

juris

ApoBetrO §§ 3, 11a, 17, 20 I; AMG §§ 43, 48; AMVV (Arzneimittelverschreibungsverordnung) §§ 1, 2

Leitsatz: Die Arzneimittelabgabe für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige, aber tatsächlich verschriebene Arzneimittel über das sog. visavia-System (einem computergesteuerten Automaten mit einem Außenschalter an einer Apotheke einschließlich Videotelefon, über den Arzneimittel erworben werden können) verstößt gegen § 17 Abs. 6 ApoBetrO. Die Abgabe nicht verschreibungspflichtiger, aber apothekenpflichtiger Arzneimittel über das sog. visavia-System kann je nach den Umständen, des Einzelfalles gegen § 20 Abs. 1 S. 3 ApoBetrO verstoßen (hier bejaht). Entscheidend sind die Lage des Außenschalters und zu erwartende Störungen für den Kunden (z.B. Lärm).

VGH Bayern, Beschl. v. 06.08.2008 – 9 CS 08. 1391 –

RID 08-04-203

juris

ApoBetrO §§ 17 V 3, Va, VI, Via; 20, 23, VwGO §§ 146 I, IV, 147, 80 V, 80 II Nr. 4, III

Es spricht viel für die Auffassung der Vorinstanz, dass ein Apotheker, indem er Arzneimittel über das "Visavia-System" an seine Kunden abgeben lässt, das seinen Angaben zufolge nur im Wege einer Videokonferenz einen visuellen und akustischen Kontakt zwischen dem das System steuernden

Apotheker und dem Kunden erlaubt, gegen die in § 20 I ApBetrO normierte Pflicht verstößt, seine Kunden "zu informieren und zu beraten, soweit dies aus Gründen der Arzneimittelsicherheit erforderlich ist."

Die Dienstbereitschaft der Apotheke ist in Zeiten, in denen Arzneimittel ausschließlich über das "Visavia-System" abgegeben werden, eingeschränkt.

7. ARZNEIMITTELWERBUNG:

A) IRRFÜHRUNG BEI FACHLICH UMSTRITTENER WIRKSAMKEITSANGABE

OLG Celle, Urt. v. 31.07.2008 – 13 U 69/08 –

RID 08-04-204

juris

UWG §§ 4 Nr. 11, 12 Nr. 2; HeilMWerbG §§ 3, 3a

Leitsatz: 1. § 12 Abs. 2 UWG gewährt grundsätzlich eine widerlegliche tatsächliche Vermutung der **Dringlichkeit** für sämtliche Unterlassungsansprüche nach dem UWG und nicht bloß für solche, deren Entscheidung aus tatsächlichen und/oder rechtlichen Gründen einfach, klar und schnell erfolgen kann.

2. Eine **Irreführung** nach § 3 Satz 2 Nr. 1 HWG liegt vor, wenn bei einem nicht unbeachtlichen Teil der angesprochenen Verkehrskreise der Eindruck der wissenschaftlichen Unangefochtenheit erweckt wird, obwohl die behauptete therapeutische Wirksamkeit oder Wirkung des Arzneimittels in Wahrheit umstritten und nicht nachgewiesen bzw. nicht hinreichend abgesichert ist.

3. Wird mit einer **fachlich umstrittenen Wirksamkeitsangabe** geworben, ohne dass der Werbende klarstellt, dass seine Überzeugung von der Wirksamkeit seines Produkts nicht unumstritten ist, braucht der Kläger nur die fachliche Umstrittenheit der Wirksamkeitsbehauptung darzulegen und zu beweisen.

B) PRODUKTBEZEICHNUNG "W DOLO EXTRA 25 MG" ALS IRRFÜHRENDE WERBUNG

OLG Köln, Urt. v. 28.05.2008 – 6 U 27/08 –

RID 08-04-205

juris

AMG §§ 2, 29IIa; HeilMWerbG § 4 Nr. 11; UWG §§ 4 Nr. 11, 5

Die Produktbezeichnung "W Dolo Extra 25 mg" stellt eine irreführende Werbung dar. Die Angabe "Extra" beschreibt nach dem allgemeinen und auch im Bereich der Arzneimittelkennzeichnung üblichen Sprachgebrauch eine Besonderheit und damit einen zusätzlichen Umstand, den nur das so bezeichnete Produkt, das Basisprodukt hingegen nicht aufweist. Der so angesprochene potenzielle Kunde wird somit dem in dieser Bezeichnung enthaltenen Wort "Extra" eine eigenständige Bedeutung beimessen und erwarten, dass es sich um ein Arzneimittel handelt, das es auch in einer schwächeren Form gibt, die ohne den Zusatz "Extra" bezeichnet wird. Die Bezeichnung ist besonders irreführend, wenn es ein Basisprodukt "W Dolo 12,5 mg" gibt, die Anfangsdosierung jedoch die gleiche ist. Während von dem Basisprodukt zwei Tabletten je 12,5 mg eingenommen werden sollen, wird von dem "Extra"-Produkt eine Tablette je 25 mg empfohlen.

8. KEINE ERLAUBNISPFlicht FÜR UMFÜLLEN VON VERPACKUNGEN

VG Frankfurt (Oder), Beschl. v. 09.09.2008– 4 L 309/08 –

RID 08-04-206

juris

AMG §§ 13, 14, 43, 47, 69 I; VwVfG § 28; VwGO § 80 V

Es ist zu bezweifeln, dass die Herstellung von Arzneimitteln im Wege des Umfüllens von Verpackungen grundsätzlich gemäß § 13 I AMG erlaubnispflichtig ist.

9. AUSREICHENDE GEBRAUCHSINFORMATION SCHLIEßT SCHADENSERSATZANSPRUCH AUS

LG Köln, Urt. v. 05.03.2008 – 25 O 165/07 –

RID 08-04-207

juris

AMG §§ 11 I Nr. 13, 11a, 84 S. 2 Nr. 2

Ein Schadensersatzanspruch gegen einen Arzneimittelhersteller besteht nicht, wenn eine den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechende Gebrauchsinformation vorliegt. Es reicht aus, jedenfalls soweit es um den bestimmungsgemäßen Gebrauch geht, einen allgemeinen Hinweis auf die Nebenwirkungen "im Großen und Ganzen" zu erteilen. Denn die Information für den Laien soll ihm ermöglichen, bei Auftreten einer der genannten möglichen Nebenwirkungen ärztlichen Rat in Anspruch zu nehmen.

V. Vergaberecht: Ausschließliche Zuständigkeit der Sozialgerichte

OLG Brandenburg, Beschl. v. 07.08.2008 – Verg W 11/08 –

RID 08-04-208

juris

GWB §§ 116 III 2; SGB §§ 69, 127, 130a; SGG § 51; RiLi 89/665/EWG Art. 2

Die **Zuständigkeit des Vergabesenats** knüpft an rein formelle Umstände an, materiell-rechtliche Anknüpfungspunkte, wie z.B. die Frage, ob das Verfahren eine Vergabeentscheidung im Sinne von § 97 GWB betrifft, spielen bei der Beurteilung des zuständigen Rechtsmittelgerichts keine Rolle (Beschl. des Sen. v. 12.02.2008 - Verg W 13/07, Verg W 14/07 u. Verg W 18/07 -, insoweit auch OLG Düsseldorf, Beschl. v. 17.01.2008 - VII-Verg 57/07 -, juris Rn. 18 ff.).

Eine Hilfsmittellieferantin ist nicht gehalten, gegen die **Entscheidung der Vergabekammer** die Sozialgerichte anzurufen. **BSG**, Beschl. v. 22.04.2008 – B 1 SF 1/08 R – RID 08-03-188 trägt den Besonderheiten der Nachprüfungsverfahren vor der Vergabekammer und der Stellung der Vergabekammer als Nachprüfungsinstanz außerhalb der Entscheidungsstrukturen der öffentlichen Auftraggeber nicht ausreichend Rechnung.

Eine Hilfsmittellieferantin kann etwaige Vergaberechtsverstöße bei den von einer Krankenkasse beabsichtigten Vertragsabschlüssen allein vor den **Sozialgerichten** angreifen. Bei solchen Streitigkeiten wird kein Rechtsweg zur Vergabekammer eröffnet, die Leistungserbringer müssen vielmehr die Sozialgerichte direkt anrufen. Der Senat hält an seiner Auffassung in seinen Aussetzungsbeschlüssen v. 12.02.2008 (Verg W 13/07, Verg W 14/07 und Verg W 18/07), wonach der Rechtsweg zu den Nachprüfungsinstanzen eröffnet sein könnte, wenn die gesetzlichen Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber qualifiziert werden können, angesichts BSG, Beschl. v. 22.04.2008 – B 1 SF 1/08 R – RID 08-03-188 nicht mehr fest.

Die **Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit** besteht unabhängig davon, ob **Krankenkassen öffentliche Auftraggeber** sind oder nicht. Der Ausgang der Beschlussvorlage OLG Düsseldorf, Beschl. v. 23.05.2007 – VII-Verg 50/06 – RID 07-03-234 zur Vorabentscheidung des EuGH beeinflusst das vorliegende Verfahren mithin nicht. An seiner bisherigen abweichenden Auffassung (Beschl. v. 12.02.2008, Verg W 13/07, Verg W 14/07 und Verg W 18/07) hält der Senat nicht fest.

Vorlagen an den BGH sind unzulässig (gegen OLG Rostock, Beschl. v. 02.07.2008 – 17 Verg 2 u. 4/08 – RID 08-03-250 u. 251).

VI. Verschiedenes

1. GENERALANWALT EUGH: BEDARFSPRÜFUNG FÜR BEWILLIGUNG EINES AMBULATORIUMS DER ZAHNHEILKUNDE

Generalanwalt EuGH, Antrag v. 09.09.2008 – C-169/07 –

RID 08-04-209

juris

EG Art. 43, 48

Die Art. 43 EG und 48 EG sind dahin auszulegen, dass sie der Regelung eines Mitgliedstaats nicht entgegenstehen, die die Errichtung und den Betrieb einer Krankenanstalt in der Form eines selbständigen Ambulatoriums der Zahnheilkunde davon abhängig macht, dass zuvor auf der Grundlage einer **Bedarfsprüfung** eine Bewilligung erteilt wird.

Bezüglich einer Regelung wie der im Ausgangsverfahren fraglichen hat jedoch das vorliegende Gericht zu beurteilen, ob diese geeignet ist, ihre Ziele zu erreichen, soweit die Eröffnung einer zahnärztlichen Gruppenpraxis auf dem Hoheitsgebiet der Republik Österreich bewilligt wird, ohne dass eine Bedarfsprüfung durchzuführen ist.

2. BGH: BGB-GESELLSCHAFT: FORTSETZUNGSKLAUSEL IM GESELLSCHAFTSVERTRAG

BGH, Urt. v. 07.04.2008 – II ZR 3/06 –

RID 08-04-210

www.bundesgerichtshof.de = juris = NJW 2008, 1943 = MedR 2008, 557

BGB §§ 723 III, 736 I

Leitsatz: 1. Ist in einem Gesellschaftsvertrag bestimmt, dass bei Kündigung "eines" Gesellschafters die Gesellschaft nicht aufgelöst, sondern - bei Ausscheiden des Kündigenden - unter den verbleiben-

den Gesellschaftern fortgesetzt wird, handelt es sich um eine allgemeine Fortsetzungsklausel, die auch dann Anwendung findet, wenn mehrere Gesellschafter oder "Altgesellschafter" kündigen.

2. Eine Fortsetzungsklausel in einem Gesellschaftsvertrag ist mangels anderweitiger gesellschaftsvertraglicher Regelung grundsätzlich auch dann anwendbar, wenn die Mehrheit der Gesellschafter die Mitgliedschaft kündigt.

3. Eine gesellschaftsvertragliche Fortsetzungsklausel schränkt die mehrheitlich ausscheidenden Gesellschafter nicht in unzulässiger Weise in ihrem Kündigungsrecht ein (§ 723 Abs. 3 BGB); sie ist auch nicht deshalb unwirksam, weil die vertragliche Abfindungsregelung die ausscheidenden Gesellschafter unangemessen benachteiligt. In diesem Fall kann allerdings die vertragliche Abfindungsregelung unwirksam sein.

3. KRANKENHÄUSER

A) BVERWG: BERICHTIGUNG DES BUDGETS

BVerwG, Urt. v. 10.07.2008 – 3 C 7/07 –

RID 08-04-211

www.bverwg.de = juris
BPflV § 6

Leitsatz: Die Berichtigung des Budgets ist im Sinne von § 6 Abs. 2 BPflV 2004 (§ 6 Abs. 3 BPflV 2000) zur Erfüllung des Versorgungsvertrages erforderlich, wenn und soweit der Gesamtbetrag der Erlöse ohne die Berichtigung hinter dem medizinisch leistungsgerechten Budget zurückbliebe.

B) VORLÄUFIGE AUFNAHME IN DEN KRANKENHAUSPLAN

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 22.09.2008 – 13 ME 90/08 –

RID 08-04-212

www.dbovg.niedersachsen.de
GG Art. 12 I; KHG §§ 1, 8; VwGO § 123 I

Leitsatz: 1. Zum Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan.

2. Zu den Anforderungen an den Nachweis eines Mindererlöses wegen fehlender Aufnahme in den Krankenhausplan.

3. Kein Anordnungsgrund bei selbst verschuldeter Eilbedürftigkeit durch Beginn des Krankenhausbetriebes trotz fehlender Aufnahme in den Krankenhausplan.

C) MINDERERLÖS EINES KRANKENHAUSES BEI FEHLENDER KOSTENÜBERNAHME

VGH Hessen, Urt. v. 09.04.2008 – 5 UE 1106/07 –

RID 08-04-213

www.judicialis.de/main
BPflV § 12 II 1

Leitsatz: Ertragsausfälle eines Krankenhauses, die darauf beruhen, dass die Krankenkassen Zahlungen wegen fehlender Kostenübernahmeerklärungen bzw. Zweifeln an der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ablehnen, unterliegen nicht dem Mindererlösausgleich nach § 12 Abs. 2 Satz 1 BPflV.

D) KEIN LEISTUNGSBESCHEID BEI PRIVATRECHTLICHEM BEHANDLUNGSVERTRAG

VGH Hessen, Urt. v. 20.05.2008 – 1 UZ 2400/07 –

RID 08-04-214

juris
AufenthG § 68; AuslG § 84; BSHG § 37; GemO HE § 121 II Nr. 2, III

Leitsatz: 1. Auch in Krankenhäusern öffentlicher Träger erfolgt die Behandlung und Versorgung nicht gesetzlich versicherter Patienten in der Regel auf der Grundlage eines privatrechtlichen Behandlungsvertrages; deshalb können die angefallenen Behandlungskosten nicht hoheitlich durch Leistungsbescheid geltend gemacht werden.

2. Die Kosten für den Betrieb des Krankenhauses wie z. B. das Bereithalten der technischen Einrichtungen und des medizinischen Personals sind keine öffentlichen Mittel zur Versorgung eines konkreten Patienten. Deshalb zählen sie auch nicht zu den erstattungsfähigen öffentlichen Mitteln für den Lebensunterhalt eines Ausländers nach § 68 Abs. 1 AufenthG.

3. Auch wenn der Träger des Krankenhauses und der Träger der Sozialhilfe identisch sind, kann in der Krankenhausbehandlung nicht inzident die Bewilligung von Krankenhilfe nach dem BSHG gesehen werden.

E) FUSIONSKONTROLLE BEI ANSTALT ÖFFENTLICHEN RECHTS (UNIVERSITÄTSKLINIKUM GREIFSWALD)

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 07.05.2008 – VI-Kart 1/07 (V) –

RID 08-04-215

juris = MedR 2008, 560

GWB §§ 35 I Nr. 1, 36 III, 38 I; AktG § 17 I, II; HGB § 277

Leitsatz: 1. Auf eine Anstalt öffentlichen Rechts ist § 17 Abs. 2 AktG, wonach von einem im Mehrheitsbesitz stehenden Unternehmen vermutet wird, dass es von dem an ihm mit Mehrheit beteiligten Unternehmen abhängig ist, nicht anwendbar.

2. Ein nach § 36 Abs. 3 GWB als Unternehmen geltendes Bundesland hat gemäß § 17 Abs. 1 AktG die Möglichkeit, herrschenden Einfluss auf die von ihr als Anstalt öffentlichen Rechts errichtete Universitätsklinik auszuüben, wenn es nach den Regelungen der einschlägigen Landesverordnung Entscheidungen des Aufsichtsrats des Universitätsklinikums über den Wirtschafts- und Stellenplan und den Abschluss von Dienst- und Arbeitsverträgen mit übertariflicher Vergütung maßgeblich beeinflussen kann.

3. Bei der Ermittlung der Umsatzerlöse nach § 38 Abs. 1 GWB i.V.m. § 277 HGB sind von den Einnahmen staatlicher Lotterien diejenigen Beträge als Erlösschmälerung im Sinne von § 277 Abs. 1 HGB in Abzug zu bringen, die als Gewinnausschüttung an die Spieler ausbezahlt werden.

4. Bei der Berechnung der Umsatzerlöse nach §§ 35 Abs. 1 Nr. 1, 38 Abs. 1 GWB ist im Grundsatz auf die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der kartellbehördlichen Entscheidung abzustellen. Nachträglich eintretende Veränderungen dieser Verhältnisse bleiben jedenfalls dann unberücksichtigt, wenn die Voraussetzungen des § 35 GWB bei Erlass der kartellbehördlichen Verfügung nicht vorlagen und damit die Fusionskontrolle nicht eröffnet war.

F) KEINE RICHTSGBÜHRENBEFREIUNG FÜR GEMEINNÜTZIGE GMBH

OLG Braunschweig, Urt. v. 30.09.2008 – 2 W 319/08 –

RID 08-04-216

juris

GKG § 2 II; nds. GGebBefrG § 1 I Nr. 2; nds. GO § 108

Eine gemeinnützige GmbH, die ein Krankenhaus betreibt, ist auch dann nicht nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des niedersächsischen Gesetzes über Gebührenbefreiung, Stundung und Erlass von Kosten in der ordentlichen Gerichtsbarkeit und der Arbeitsgerichtsbarkeit (Nds.GGebBefrG) von der Zahlung der Gerichtsgebühren befreit, wenn ihre Gesellschafter öffentlich-rechtliche Körperschaften sind.

4. KEINE LEISTUNGSPFLICHT DES HAFTPFLICHTVERSICHERERS BEI AUFLAGE NACH § 153a STPO

AG Köln, Urt. v. 11.12.2006 – 47 C 258/06 –

RID 08-04-217

MedR 2008, 620 m. abl. Anm. R. Cramer

VVG § 149; StPO § 153a; BGB § 362; AHB 95 §§ 3 II Nr. 1, 5 Nr. 1

Leitsatz: Gegen den Haftpflichtversicherer besteht aus dem Versicherungsvertrag kein Anspruch auf Ersatz von Leistungen, die der Versicherte zum Zwecke der Einstellung eines Strafverfahrens gemäß § 153a StPO geleistet hat.

5. VORLÄUFIGES BERUFSVERBOT FÜR HEBAMME WEGEN FEHLERHAFTER GEBURTSHILFE UND ABRECHNUNGSBETRUGES

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 02.09.2008 – 8 ME 53/08 –

RID 08-04-218

www.dbovg.niedersachsen.de

HebG §§ 2, 3; NHebG §§ 1, 7; VwGO § 80 II 1 Nr. 4

Allein in der unterbliebenen rechtzeitigen Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei einer nicht normal verlaufenden Geburt liegt schon eine erhebliche und gewichtige Verletzung der Berufspflichten. Dadurch werden die Gesundheit und die körperliche Unversehrtheit der werdenden Mutter oder des Säuglings gefährdet. Zur Abwendung dieser Gefahr ist die Anordnung der sofortigen Vollziehung rechtmäßig.

6. PRÜFUNGSFREIE BESCHRÄNKTE HEILPRAKTIKERERLAUBNIS FÜR PHYSIOTHERAPEUTEN

VG Ansbach, Urt. v. 09.07.2008 – AN 9 K 07.03319 –

RID 08-04-219

VG Ansbach, Urt. v. 09.07.2008 – AN 9 K 08.00410 –

RID 08-04-220

VG Ansbach, Urt. v. 09.07.2008 – AN 9 K 08.00413 –

RID 08-04-221

juris

HeilpraktikerG §§ 1, 2; HeilpraktikerGDV

Die **Ausübung der Physiotherapie** ohne ärztliche Anweisung stellt gleichzeitig eine Ausübung der Heilkunde nach § 1 II HeilprG dar.

Einer Erteilung der **Erlaubnis** nach dem Heilpraktikergesetz steht nicht entgegen, die Befugnis zur selbständigen Ausübung der Heilkunde auf das Gebiet der Physiotherapie zu beschränken.

Ein **staatlich geprüfter Physiotherapeut** bzw. diesem nach § 1 Abs. 2 MPhG Gleichgestellter stellt bei einer selbstständigen Erbringung physiotherapeutischer Leistungen keine Gefahr für die Volksgesundheit dar und ist aus Verhältnismäßigkeitsgründen nicht verpflichtet, dies im Rahmen einer Heilpraktikerprüfung nach § 2 I Buchst. i der 1. DVHeilPrG nachzuweisen.

S. a. *VG Oldenburg, Urt. v. 04.07.2008 – 7 A 3665/07–* RID 08-03-264

7. LASER-AKUPUNKTUR NUR DURCH HEILBERUFLER

VG Gelsenkirchen, Urt. v. 02.09.2008 – 7 L 889/08 –

RID 08-04-222

juris

HeilPG § 1 I; VwGO § 80 V

Der Einsatz von Lasergeräten zur Akupunktur der Ohren - beispielsweise zur Rauchentwöhnung - ist Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten. Die Behandlung durch Nicht-Ärzte setzt eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz voraus.

8. WIDERRUF DER HEILPRAKTIKERERLAUBNIS BEI UNTERLASSEN DER INANSPRUCHNAHME ÄRZTLICHER HILFE

VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 02.10.2008 – 9 S 1782/08 –

RID 08-04-223

juris

GG Art. 12 I; VwGO § 80 II Nr. 4; DVO HeilprG §§ 2 li, If, 7 I 1

Ein Heilpraktiker hat die Gefahren im Auge zu behalten, die sich daraus ergeben können, dass seine Patienten medizinisch gebotene Hilfe nicht oder nicht rechtzeitig in Anspruch nehmen. Er darf daher das Unterlassen der Inanspruchnahme notwendiger ärztlicher Hilfe nicht veranlassen oder stärken. Rechtfertigt die Berufstätigkeit eines Heilpraktikers die Annahme, dass er die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten eines Heilpraktikers nicht erkennt und einhält, ist die zuständige Behörde zum Widerruf der Heilpraktikererlaubnis berechtigt.

9. BEZEICHNUNG "KLEINTIERPRAXIS UND FACHPRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE UND KIEFERORTHOPÄDIE"

VG Düsseldorf, Urt. v. 19.12.2007 – 20 K 4984/05 –

RID 08-04-224

juris

HeilBerG NRW §§ 6 I Nr. 6, II, 32 Nr. 9; GG Art. 12 I

Durch die Bezeichnung "**Kleintierpraxis und Fachpraxis für Zahnheilkunde und Kieferorthopädie**" im **Briefkopf** verstößt der verwendende Tierarzt gegen seine Berufspflichten, namentlich gegen die in Ausführung von § 32 Nr. 9 HeilBerG durch die Berufsordnung erlassenen Werbeverbote und Werbebeschränkungen.

Das **Werbeverbot** nach § 6 II BO ist aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden.

Die Angabe rechtsförmlich erworbener **fachlicher Qualifikationen** kann keinen irreführenden Eindruck hervorrufen, sie ist ein herkömmliches Mittel der Ankündigung freiberuflicher Leistungen. Als berufswidrig gilt unter anderem das Führen von Zusätzen, die in Zusammenhang mit den geregelten Qualifikationsbezeichnungen und Titeln zu Irrtümern und damit zu einer Verunsicherung der Kranken/Patienten führen können, was das Vertrauen in den Arztberuf untergraben und langfristig negative Rückwirkungen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung haben könnte. Das ist bei der Bezeichnung "Kleintierpraxis und Fachpraxis für Zahnheilkunde und Kieferorthopädie" der Fall.

Der Hinweis auf **Spezialkenntnisse**, die nicht in einem rechtsförmlichen Verfahren erworben sind, stellt **unzulässige Werbung** dar, weil der Arzt hiermit außerhalb der gesetzlich vorgesehenen Weiterbildungswege über seine eigene Qualifikation entscheidet und diese öffentlich anpreist.

10. BERUFSSTÄNDISCHES VERSORGUNGSRECHT: BEITRAGSBERECHNUNG BEI DER RECHTSANWALTSVERSORGUNG

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 17.09.2008 – 1 A 203/06 –

RID 08-04-225

www.dbovg.niedersachsen.de

Satzung nieders. Versorgungswerk der Rechtsanwälte

Leitsatz: Ein Rechtsanwalt, der gleichzeitig selbständig und im Angestelltenverhältnis erwerbstätig ist und zusammen ein Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze erzielt, ist im Rechtsanwaltsversorgungswerk mit seinem Gesamteinkommen beitragspflichtig.

11. KEIN ENTSCHÄDIGUNGSANSPRUCH DES SACHVERSTÄNDIGEN BEI UNVERWERTBARKEIT DER LEISTUNG

OLG Jena, Beschl. v. 02.06.2008 – 4 W 198/08 –

RID 08-04-226

juris

BGB § 276 II; JVEG

Leitsatz: 1. Nach dem Gesetz besteht ein Entschädigungsanspruch des Sachverständigen grundsätzlich ohne Rücksicht auf die Verwertbarkeit der erbrachten Leistungen.

2. Ausnahmsweise verwirkt ein Sachverständiger aber seinen Entschädigungsanspruch, wenn die von ihm erbrachte Leistung unverwertbar ist und er die Unverwertbarkeit bewusst oder (mindestens) grob fahrlässig verschuldet hat.

3. Geht der Sachverständige in seinem Gutachten über die gestellten Beweisfragen hinaus (hier, indem er sich nicht nur zum Behandlungsgeschehen, sondern auch zur Aufklärung äußert), ist die Frage, ob der Sachverständige dies grob fahrlässig getan hat, in Arzthaftungsfällen besonders sorgfältig zu prüfen. Denn gerade diese Bereiche – Behandlungsfehler und Aufklärungspflichtverletzung – sind nicht immer scharf abgrenzbar; insbesondere dann, wenn dem Sachverständigen zur Beantwortung der Beweisfragen auch die Auswertung der gesamten Krankenunterlagen – einschließlich der schriftlichen Dokumentation der Aufklärung – überlassen wurde.

LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 22.04.2008 – L 1 B 89/08 SK –

RID 08-04-227

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = MedR 2008, 576 m. Anm. Hespeler = ASR 2008, 168

JVEG § 8; ZPO § 411 III

Ein unverwertbares Gutachten löst keinen Vergütungsanspruch nach § 8 JVEG aus.

Unverwertbarkeit liegt vor, wenn das Gutachten trotz Bemühungen um Nachbesserung die Beweisfragen nicht beantwortet oder die Ausführungen auch von einem bemühten Leser nicht zu verstehen sind. Das Fehlen wesentlicher Gutachtenteile kann im Einzelfall zur Unverwertbarkeit führen.

Sind sprachliche Unklarheiten, methodische Unsicherheiten oder sonstige Mängel ausräumbar, führt dies kostenrechtlich nicht zur Unverwertbarkeit.

12. KEINE ZUZAHLUNGSFREIHEIT BEI GKV-LEISTUNGEN FÜR SOZIALHILFEBEZIEHER

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.06.2008 – L 20 SO 65/06 –

RID 08-04-228

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 28 IV, 62 II; SGB XII § 35 III; RegelsatzVO § 1 I, 2 II; GG Art. 3 I

Durch das GMG ist die zuvor nach § 61 a.F. SGB V gegebene Möglichkeit der vollständigen Befreiung von der Zuzahlungspflicht abgeschafft worden. Sozialhilfeempfänger haben wie alle sonstigen gesetzlichen Versicherten Zuzahlungen zu erbringen. Im Ergebnis besteht eine vollkommene Gleichstellung bei der Leistungsanspruchnahme von gesetzlich krankenversicherten Hilfeempfängern mit Versicherten ohne Sozialhilfebezug. Sämtliche Zuzahlungen, wie auch im Einzelfall nicht von der Kasse gewährte medizinische Leistungen sowie das komplette Spektrum nicht verordnungsfähiger Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen aus den allgemeinen Regelsätzen bestritten werden. Daher scheidet auch eine Leistungsbewilligung als Gewährung einmaliger Hilfen zum Lebensunterhalt auf der Grundlage des § 21 Abs. 1a bzw. Abs. 2 BSHG aus.

Durch die gleichzeitige Änderung der Regelsatzverordnung hat der Gesetzgeber hinsichtlich der Zuzahlungen eine faktische Kürzung der Regelsatzleistungen in Kauf genommen oder sogar intendiert. Diese Konsequenz ist unter Berücksichtigung des dem Gesetzgeber zugestehenden Gestaltungsspielraums verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

Verzeichnis der Entscheidungen

AG Köln , Urt. v. 11.12.2006 – 47 C 258/06 –	RID 08-04-217
BayVerfGH , Beschl. v. 02.07.2008 – Vf. 77-VI-07 –	RID 08-04-147
BayVerfGH, Beschl. v. 17.07.2008– Vf. 98-VI-07 –	RID 08-04-190
BGH , Urt. v.13.03.2008 – I ZR 95/05 –	RID 08-04-195
BGH, Urt. v. 07.04.2008– II ZR 3/06 –	RID 08-04-210
BGH, Urt. v. 24.04.2008– I ZR 30/05 –	RID 08-04-196
BGH, Urt. v. 05.06.2008 – III ZR 239/07 –	RID 08-04-173
BGH, Urt. v. 02.10.2008– I ZR 220/05 –	RID 08-04-197
BSG , Urt. v. 24.01.2008 – B 3 KR 6/07 R –	RID 08-04-135
BSG, Urt. v. 24.01.2008 – B 3 KR 7/07 R –	RID 08-04-136
BSG, Urt. v. 24.01.2008 – B 3 KR 17/07 R –	RID 08-04-134
BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 5/07 R –	RID 08-04-80
BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 6/07 R –	RID 08-04-81
BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 7/07 R –	RID 08-04-82
BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 13/06 R –	RID 08-04-76
BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 40/06 R –	RID 08-04-78
BSG, Urt. v. 28.02.2008 – B 1 KR 15/07 R –	RID 08-04-128
BSG, Urt. v. 28.02.2008 – B 1 KR 16/07 R –	RID 08-04-129
BSG, Urt. v. 28.02.2008 – B 1 KR 19/07 R –	RID 08-04-127
BSG, Urt. v. 09.04.2008 – B 6 KA 29/07 R –	RID 08-04-79
BSG, Urt. v. 09.04.2008 – B 6 KA 34/07 R –	RID 08-04-77
BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 19/07 R –	RID 08-04-132
BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 21/05 –	RID 08-04-133
BSG, Urt. v. 28.04.2008 – B 1 KR 10/07 R –	RID 08-04-131
BSG, Urt. v. 28.04.2008 – B 1 KR 22/07 R –	RID 08-04-130
BSG, Beschl. v. 30.06.2008 – B 6 KA 1/08 B –	RID 08-04-75
BSG, Beschl. v. 17.09.2008 – B 6 KA 62/07 B –	RID 08-04-74
BVerfG , I. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 30.07.2008 – 1 BvR 1525/08 –	RID 08-04-150
BVerwG , Urt. v. 13.03.2008 – 3 C 27/07 –	RID 08-04-198
BVerwG, Urt. v. 20.03.2008– 2 C 49.07 –	RID 08-04-183
BVerwG, Urt. v. 20.03.2008– 2 C 52.07 –	RID 08-04-184
BVerwG, Urt. v. 20.03.2008– 2 C 63.07 –	RID 08-04-185
BVerwG, Urt. v. 28.05.2008– 2 C 24.07 –	RID 08-04-180
BVerwG, Urt. v. 28.05.2008– 2 C 108.07 –	RID 08-04-181
BVerwG, Urt. v. 26.06.2008– 2 C 2.07 –	RID 08-04-182
BVerwG, Urt. v. 10.07.2008 – 3 C 7/07 –	RID 08-04-211
EuGH , Urt. v. 11.09.2008 -C 141/07 -	RID 08-04-191
EuGH, Urt. v. 16.10.2008 -C-452/06 -	RID 08-04-193
EuGH, Urt. v. 16.09.2008 -C-468/06 -	RID 08-04-192
Generalanwalt EuGH , Antrag v. 09.09.2008 – C-169/07 –	RID 08-04-209
KG Berlin , Beschl. v. 10.09.2007– 12 U 145/06 –	RID 08-04-165
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 17.09.2008 – L 4 KR 5472/07 –	RID 08-04-95
LSG Baden-Württemberg, B. v. 28.10.2008 – L 11 KR 4810/08 ER-B –	RID 08-04-119
LSG Bayern , Urt. v. 12.02.2008 – L 5 KR 82/06 –	RID 08-04-92
LSG Bayern, Urt. v. 06.03.2008 – L 4 KR 266/06 –	RID 08-04-87
LSG Bayern, Urt. v. 11.03.2008 – L 5 KR 161/06 –	RID 08-04-116
LSG Bayern, Urt. v. 10.04.2008 – L 4 KR 217/05 –	RID 08-04-86
LSG Bayern, Urt. v. 23.04.2008 – L 12 KA 8/06 –	RID 08-04-45
LSG Bayern, Urt. v. 23.04.2008 – L 12 KA 182/05 –	RID 08-04-46
LSG Bayern, Urt. v. 23.04.2008 – L 12 KA 250/05 –	RID 08-04-47
LSG Bayern, Urt. v. 23.04.2008 - L 12 KA 443/07 -	RID 08-04-51
LSG Bayern, Urt. v. 24.04.2008 – L 4 KR 75/05 –	RID 08-04-97
LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2008 – L 4 KR 260/06 –	RID 08-04-102
LSG Bayern, Urt. v. 10.08.2007 – L 5 KR 4/06 –	RID 08-04-123
LSG Bayern, Beschl. v.22.08.2008 – L 12 B 650/07 KA ER –	RID 08-04-56
LSG Hamburg , Urt. v. 30.04.2008 – L 4 KR 4/08 –	RID 08-04-126
LSG Hamburg, Urt. v. 25.06.2008 – L 2 KA 36/06 –	RID 08-04-34
LSG Hamburg, Urt. v. 16.07.2008 – L 2 KA 7/06 –	RID 08-04-35
LSG Hamburg, Urt. v. 30.07.2008 – L 1 KR 17/08 –	RID 08-04-90
LSG Hamburg, Beschl. v. 14.08.2008– L 1 B 258/08 ER KR –	RID 08-04-99
LSG Hamburg, Beschl. v. 01.09.2008 – L 2 B 252/08 ER KA –	RID 08-04-40
LSG Hessen , Urt. v.23.04.2008 – L 4 KA 69/07 –	RID 08-04-06
LSG Hessen, Urt. v. 18.06.2008 – L 4 KA 59/06 und L 4 KA 64/06 –	RID 08-04-29
LSG Hessen, Urt. v. 18.06.2008 – L 4 KA 83/07 -	RID 08-04-04
LSG Hessen, Beschl. v. 08.08.2008 – L 4 KA 13/08 B -	RID 08-04-43
LSG Hessen, Urt. v. 28.08.2008 – L 1 KR 2/05 –	RID 08-04-112
LSG Hessen, Beschl. v. 16.09.2008 – L 4 B 192/08 KA –	RID 08-04-70
LSG Hessen, Beschl. v. 17.09.2008 – L 8 KR 166/08 B ER –	RID 08-04-122
LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.08.2008 – L 3 KA 484/03 –	RID 08-04-44
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 29.08.2008 – L 3 KA 39/08 ER –	RID 08-04-48
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 08.06.2005 – L 11 KA 19/04 –	RID 08-04-02
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 10 KA 24/07 –	RID 08-04-73
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.06.2008 – L 20 SO 65/06 –	RID 08-04-228
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.06.2008 – L 11 KA 9/07 –	RID 08-04-30
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.06.2008 – L 11 KA 12/08 –	RID 08-04-31

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.08.2008 – L 5 B 49/08 KR ER –	RID 08-04-121
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2008 – L 11 KA 31/08 –	RID 08-04-54
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2008 – L 11 KA 38/08 –	RID 08-04-50
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2008 – L 11 (10) KA 65/07 –	RID 08-04-49
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 18.08.2008 – L 16 B 51/08 KR ER –	RID 08-04-113
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 21.08.2008 – L 16 B 59/08 KR ER –	RID 08-04-98
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.08.2008 – L 11 KA 18/08 –	RID 08-04-66
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.08.2008 – L 5 KR 119/07 –	RID 08-04-100
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.09.2008 – L 5 (16) KR 184/07 –	RID 08-04-84
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 03.11.2008 – L 16 B 71/08 KR ER –	RID 08-04-89
LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 16.01.2008 – L 4 KN 91/04 KR –	RID 08-04-114
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 02.07.2008 – L 9 KA 2/04 –	RID 08-04-01
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 27.02.2008 – L 5 KR 59/07 –	RID 08-04-94
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 22.04.2008 – L 1 B 89/08 SK –	RID 08-04-227
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 04.06.2008 – L 5 KR 25/08 –	RID 08-04-115
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 16.07.2008 – L 5 KR 36/08 KL –	RID 08-04-125
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 28.08.2008 – L 4 B 463/08 KA ER –	RID 08-04-03
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 06.10.2008 – L 4 B 497/08 KA ER –	RID 08-04-36
LSG Thüringen , Urt. v. 29.05.2007 – L 6 KR 756/03 –	RID 08-04-85
LSG Thüringen, Urt. v. 01.07.2008 – L 6 KR 507/07 –	RID 08-04-104
LG Erfurt , Urt. v. 22.04.2008 – 1 HK O 221/07 –	RID 08-04-143
LG Essen , Urt. v. 11.08.2008 – 44 O 69/08 –	RID 08-04-145
LG Göttingen , Beschl. v. 08.07.2008 – 2 S 4/08 –	RID 08-04-179
LG Kiel , Urt. v. 04.04.2008 – 8 O 50/07 –	RID 08-04-177
LG Köln , Urt. v. 05.03.2008 – 25 O 165/07 –	RID 08-04-207
LG Köln, Urt. v. 05.03.2008 – 25 S 6/06 –	RID 08-04-175
LG Mannheim , Urt. v. 18.01.2008 – 1 S 99/07 –	RID 08-04-146
LG Mannheim, Urt. v. 04.03.2008 – 8 O 320/07 –	RID 08-04-178
LG München I , Urt. v. 07.11.2007 – 1 HK O 13718/07 –	RID 08-04-140
LG München I, Urt. v. 08.02.2008 – 1 HK O 13279/07 –	RID 08-04-200
OLG Brandenburg , Beschl. v. 07.08.2008 – Verg W 11/08 –	RID 08-04-208
OLG Braunschweig, Urt. v. 30.09.2008 – 2 W 319/08 –	RID 08-04-216
OLG Celle , Urt. v. 02.07.2007 – 1 U 106/06 –	RID 08-04-161
OLG Celle, Urt. v. 31.07.2008 – 13 U 69/08 –	RID 08-04-204
OLG Celle, Urt. v. 11.09.2008 – 11 U 88/08 –	RID 08-04-174
OLG Dresden , Urt. v. 24.07.2008 – 4 U 1857/07 –	RID 08-04-156
OLG Düsseldorf , Beschl. v. 07.05.2008 – VI-Kart 1/07 (V) –	RID 08-04-215
OLG Hamm , Urt. v. 24.07.2008 – 4 U 82/08 –	RID 08-04-142
OLG Jena , Beschl. v. 02.06.2008 – 4 W 198/08 –	RID 08-04-226
OLG Koblenz , Urt. v. 21.12.2006 – 5 U 1072/06 –	RID 08-04-157
OLG Koblenz, Urt. v. 03.05.2007 – 5 U 567/05 –	RID 08-04-160
OLG Koblenz, Urt. v. 24.05.2007 – 5 U 1735/06 –	RID 08-04-163
OLG Koblenz, Urt. v. 06.12.2007 – 5 U 709/07 –	RID 08-04-171
OLG Koblenz, Beschl. v. 30.01.2008 – 5 U 1298/07 –	RID 08-04-151
OLG Koblenz, Urt. v. 12.06.2008 – 5 U 1198/07 –	RID 08-04-162
OLG Koblenz, Urt. v. 12.06.2008 – 5 U 1630/07 –	RID 08-04-152
OLG Köln , Urt. v. 06.02.2008 – 5 U 106/06 –	RID 08-04-170
OLG Köln, Urt. v. 28.05.2008 – 6 U 27/08 –	RID 08-04-205
OLG Köln, Urt. v. 15.08.2008 – 6 U 20/08 –	RID 08-04-144
OLG Köln, Beschl. v. 03.09.2008 – 5 U 51/08 –	RID 08-04-155
OLG München , Beschl. v. 28.04.2008 – 24 W 122/08 –	RID 08-04-167
OLG Naumburg , Urt. v. 28.02.2008 – 1 U 53/07 –	RID 08-04-159
OLG Naumburg, Urt. v. 13.03.2008 – 1 U 83/07 –	RID 08-04-158
OLG Naumburg, Urt. v. 05.06.2008 – 1 U 104/07 –	RID 08-04-154
OLG Naumburg, Urt. v. 26.06.2008 – 1 U 9/08 –	RID 08-04-141
OLG Naumburg, Beschl. v. 08.07.2008 – 1 U 33/08 –	RID 08-04-153
OLG Nürnberg, Beschl. v. 09.01.2008 – 5 W 2508/07 –	RID 08-04-176
OLG Oldenburg , Urt. v. 14.11.2007 – 5 U 61/07 –	RID 08-04-172
OLG Oldenburg, Beschl. v. 14.05.2008 – 5 W 31/08 –	RID 08-04-168
OLG Oldenburg, Beschl. v. 08.07.2008 – 5 W 41/08 –	RID 08-04-169
OLG Stuttgart , Urt. v. 22.10.2007 – 1 W 51/07 –	RID 08-04-166
OLG Stuttgart, Urt. v. 09.09.2008 – 1 U 152/07 –	RID 08-04-164
OVG Niedersachsen , Beschl. v. 02.09.2008 – 8 ME 53/08 –	RID 08-04-218
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 04.09.2008 – 5 LA 198/07 –	RID 08-04-188
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 17.09.2008 – 1 A 203/06 –	RID 08-04-225
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 22.09.2008 – 13 ME 90/08 –	RID 08-04-212
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 16.10.2008 – 13 ME 162/08 –	RID 08-04-201
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 24.10.2008 – 8 LA 60/08 –	RID 08-04-149
OVG Nordrhein-Westfalen , Beschl. v. 04.05.2006 – 13 B 516/06 –	RID 08-04-137
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.08.2008 – 13 A 2146/06 –	RID 08-04-138
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.08.2008 – 6 A 2861/06 –	RID 08-04-189
SG Aachen , Urt. v. 14.05.2008 – S 21 KR 28/07 –	RID 08-04-88
SG Berlin , Urt. v. 23.04.2008 – S 83 KA 1923/06 –	RID 08-04-52
SG Berlin, Urt. v. 23.04.2008 – S 83 KA 1923/06 –	RID 08-04-52
SG Berlin, Urt. v. 28.05.2008 – S 83 KA 83/06 –	RID 08-04-32
SG Berlin, Beschl. v. 08.07.2008 – S 79 KA 977/06 ER –	RID 08-04-67
SG Berlin, Beschl. v. 14.08.2008 – S 83 KA 354/08 ER –	RID 08-04-58
SG Berlin, Beschl. v. 16.09.2008 – S 83 KA 433/08 ER –	RID 08-04-59
SG Berlin, Beschl. v. 26.09.2008 – S 86 KR 1060/07 –	RID 08-04-117

SG Dortmund , Urt. v. 12.08.2008 – S 48 (44) KR 307/05 –	RID 08-04-118
SG Dresden , Urt. v. 10.07.2008 – S 18 KR 372/07 –	RID 08-04-106
SG Dresden, Beschl. v. 15.08.2008 – S 18 KR 397/08 ER –	RID 08-04-110
SG Dresden, Urt. v. 04.09.2008 – S 18 KR 298/06 –	RID 08-04-83
SG Düsseldorf , Urt. v. 27.08.2008 – S 2 KA 141/07 –	RID 08-04-37
SG Düsseldorf, Beschl. v. 26.09.2008 – S 2 KA 132/08 ER –	RID 08-04-61
SG Düsseldorf, Beschl. v. 16.10.2008 – S 14 KA 121/08 ER –	RID 08-04-69
SG Hannover , Urt. v. 25.07.2008 – S 16 KA 263/04 –	RID 08-04-53
SG Marburg , Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 21/08 –	RID 08-04-28
SG Marburg, Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 80/08 –	RID 08-04-22
SG Marburg, Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 424/07	RID 08-04-23
SG Marburg, Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 513/07 –	RID 08-04-18
SG Marburg, Beschl. v. 01.09.2008 – S 12 KA 491/08 ER –	RID 08-04-60
SG Marburg, Beschl. v. 04.09.2008 – S 12 KA 310/08 ER -	RID 08-04-33
SG Marburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 12 KA 40/08 –	RID 08-04-57
SG Marburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 12 KA 49/08 –	RID 08-04-55
SG Marburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 12 KA 207/08 –	RID 08-04-64
SG Marburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 12 KA 258/08 –	RID 08-04-63
SG Marburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 12 KA 402/07 –	RID 08-04-68
SG Marburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 35/08 –	RID 08-04-15
SG Marburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 352/07 –	RID 08-04-09
SG Marburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 443/07 –	RID 08-04-21
SG Marburg, Urt. v. 24.09.2007 – S 12 KA 467/07 –	RID 08-04-12
SG Marburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 530/07 –	RID 08-04-10
SG Marburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 539/07 –	RID 08-04-11
SG Marburg, Gerichtsb. v. 08.10.2008 – S 12 KA 284/08 –	RID 08-04-62
SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 84/08 –	RID 08-04-27
SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 381/07 –	RID 08-04-41
SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 386/07 –	RID 08-04-42
SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 409/07 –	RID 08-04-20
SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 429/07 –	RID 08-04-08
SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 469/07 –	RID 08-04-07
SG Marburg, Beschl. v. 10.10.2008– S 12 KA 381/07 –	RID 08-04-71
SG Marburg, Beschl. v. 10.10.2008– S 12 KA 386/07 –	RID 08-04-72
SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 50/08 –	RID 08-04-05
SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 56/07 –	RID 08-04-25
SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 235/07 –	RID 08-04-24
SG Marburg, Urt. v. 22.10.2007 – S 12 KA 330/07 –	RID 08-04-13
SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 336/07 –	RID 08-04-16
SG Marburg, Urt. v. 22.10.2007 – S 12 KA 416/07 –	RID 08-04-14
SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 476/07 –	RID 08-04-17
SG Marburg, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 977/06 –	RID 08-04-26
SG Marburg, Urt. v. 05.11.2008 – S 12 KA 375/07 –	RID 08-04-38
SG Marburg, Urt. v. 05.11.2008 – S 12 KA 519/08 –	RID 08-04-39
SG Neubrandenburg , Urt. v. 10.06.2008 – S 4 KR 7/07 –	RID 08-04-107
SG Neubrandenburg, Urt. v. 10.06.2008 – S 4 RA 114/03 –	RID 08-04-108
SG Wiesbaden , Gerichtsb. v. 24.09.2008 – S 17 KR 296/07 –	RID 08-04-91
SG Würzburg , Urt. v. 19.08.2008 – S 4 KR 365/07 –	RID 08-04-103
SG Würzburg, Urt. v. 19.08.2008 – S 4 KR 407/07 –	RID 08-04-109
VG Ansbach , Urt. v. 09.07.2008 – AN 9 K 07.03319 –	RID 08-04-219
VG Ansbach, Urt. v. 09.07.2008 – AN 9 K 08.00410 –	RID 08-04-220
VG Ansbach, Urt. v. 09.07.2008 – AN 9 K 08.00413 –	RID 08-04-221
VG Düsseldorf , Urt. v. 19.12.2007 – 20 K 4984/05 –	RID 08-04-224
VG Frankfurt (Oder) , Beschl. v. 09.09.2008– 4 L 309/08 –	RID 08-04-206
VG Gelsenkirchen , Urt. v. 02.09.2008 – 7 L 889/08 –	RID 08-04-222
VG Karlsruhe , Urt. v. 02.09.2008 – 11 K 4331/07 –	RID 08-04-202
VG Minden , Urt. v. 14.05.2008– 7 K 727/06 –	RID 08-04-199
VG Neustadt , Urt. v. 17.04.2008 – 4 K 45/08.NW –	RID 08-04-139
VG Oldenburg , Urt. v. 26.09.2008 – 7 A 5226/06 –	RID 08-04-148
VG für das Saarland , Urt. v. 01.07.2008– 3 K 178/08 –	RID 08-04-187
VG Stuttgart , Urt. v. 07.07.2008– 12 K 4319/07 –	RID 08-04-186
VGH Baden-Württemberg , Beschl. v. 02.10.2008 – 9 S 1782/08 –	RID 08-04-223
VGH Bayern , Beschl. v. 06.08.2008 – 9 CS 08. 1391 –	RID 08-04-203
VGH Hessen , Urt. v. 09.04.2008 – 5 UE 1106/07 –	RID 08-04-213
VGH Hessen, Urt. v. 20.05.2008 – 1 UZ 2400/07 –	RID 08-04-214

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 05.11.2008. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen: B 6 KA ... R	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Psychotherapeuten: Beschluss des Bewertungsausschusses	8, 9, 10 u. 11/07 Termin: 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?	SG Dresden, Urt. v. 13.12.2006 - S 11 KA 316/03 – - S 11 KA 848/02 – - S 11 KA 950/02 – - S 11 KA 795/01 –	07-02-01
	12/07 Termin: 28.05.2008 41, 42, 43/07 Termin: 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?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 13.10.2006 - L 4 KA 4/05 – SG Marburg, Urt. v. 04.07.2007 - S 11 KA 101, 270 u. 609/05	07-01-01 07-03-02, 03 u. 04
Psychotherapeuten: Probatorische Sitzungen	49/07 Termin: 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?	SG Düsseldorf, 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?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.09.2007 - L 3 KA 118/04 –	08-02-07
Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen bei Bestandskraft (1993-1998)	28/07 Termin: 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?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2006 - L 3 KA 199/03 –	07-01-02
Keine Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen für begrenzte Zeit	4, 5 u. 13/08	Hat eine Kassenärztliche Vereinigung bei individuellen Punktzahlvolumina, die sie zur Erfüllung der Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses im Zusammenhang mit der Streichung des Praxisbudgets eingeführt hat, Arztpraxen mit unterdurchschnittlichem Honorarvolumen von der Honorarbegrenzung zunächst auszunehmen?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 13.11.2007 - L 4 KA 5, 9 u. 11/07 –	08-02-12 bis 14
Bindende Vorgabe des Bewertungs-	31/08 R	Ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss durch den Be-	LSG Hessen,	08-04-06

ausschusses für Regelleistungsvolumen (Nephrologen)		schluss in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gem § 85 Abs 4 SGB 5 mit Wirkung vom 1.1.2005 (DÄ 2004, A 3129) die Dialyseleistungen nach den Nrn 13600 bis 13621 EBM-Ä 2005 und damit die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie von den Regelleistungsvolumina ausgenommen hat und ist eine davon ggf abweichende Regelung im Honorarverteilungsvertrag rechtswidrig?	Urt. v.23.04.2008 - L 4 KA 69/07 –	
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?	LSG Schleswig-Holstein, 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?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.09.2007 - L 5 KA 4288/06 -	08-01-04
Punktwert für Wirtschaftlichkeitsbonus	32, 33/07 Termin: 10.12.2008	Verstößt die Regelung eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht, die eine Erhöhung des Punktwertes für den Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Nr 3452 EBM-Ä gegenüber den Punktwerten für die Ausführung von Laborleistungen (Nrn 3450, 3454 und 3456 EBM-Ä) um 20% vorsieht? Dürfen die Leistungen der Laborärzte und die Laborleistungen aller anderen Vertragsärzte demselben Honorartopf zugeordnet werden?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.06.2007 - L 5 KA 22/05 - - L 5 KA 23/05 -	07-03-14 07-03-14a
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?	SG Potsdam, Urt. v. 19.09.2007 - S 1 KA 114/05 –	08-02-29
Erhöhung des Honorarbudgets nur für Vorbereitungs-, nicht für Weiterbildungsassistenten	28/08	Ist eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes rechtmäßig, die eine Erhöhung des Honorarbudgets für Vertragszahnärzte nur für die Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten gewährt, nicht aber für die eines Weiterbildungsassistenten?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.04.2008 - L 3 KA 158/06 -	08-03-18
Vergütung im ambulanten Notfalldienst der Krankenhäuser	46, 47/07 Termin: 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?	SG Saarland, Urt. v. 12.09.2007 - S 2 KA 167 u. 246/07 -	08-01-14 08-02-27
Fremdanamnese im Notdienst	51/07 Termin: 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?	LSG Hessen, Urt. v. 26.09.2007 - L 4 KA 65/06 -	08-01-28
Leistungen zu Lasten sog. besonderer Kostenträger (Durchschnittspunktwert aller Ärzte)	48/07 Termin: 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?	LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 - L 12 KA 255/05 -	07-04-15
Aufrechnungslage: Leistungserbringung oder Honorarbescheid	30/08	Entsteht bei vertragsärztlichen Honorarforderungen eine schützenswerte Aufrechnungslage schon zum Zeitpunkt der Leistungserbringung oder erst mit der Bekanntgabe des Honorarbescheides?	SG Berlin, Urt. v. 28.05.2008 - S 83 KA 398/05 -	
Abrechnung mit Hilfe einer	37/07	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung die Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen	LSG Nordrhein-Westfalen,	07-03-22

Abrechnungsstelle	Termin: 10.12.2008	von gesetzlich versicherten Patienten durch ein Krankenhaus, das diese Abrechnungen durch ein privates Dienstleistungsunternehmen erstellen lässt, zurückweisen?	Urt. v. 13.06.2007 - L 11 KA 110/06 -	
Anrechnung einer HVM-Honorarbegrenzung auf Degressionsabzug	33/08	Wie hat der Ausgleich einer Doppelbelastung durch Honorarabzüge wegen degressionsbedingter Punktwertabsenkungen einerseits und wegen Überschreitens individueller Bemessungsgrenzen andererseits zu erfolgen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 25.06.2008 - L 11 KA 12/08 -	08-04-31
Genehmigung der KV				
Allgemeinmediziner und chirurgische Leistungen	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 entsprechendem Versorgungsbedarf, abweichend vom EBM-Ä 2005, zu gestatten?	LSG Hessen , Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 26/07 -	08-03-46
„Versorgungsschwerpunkt“ nach Ziff. 30600 EBM 2005	26/08	Hat ein als Facharzt für Urologie zugelassener Vertragsarzt einen Anspruch auf Abrechnung von proktologischen Leistungen nach der Nr 30600 EBM-Ä 2005, wenn er nicht über die geforderte einjährige spezifische Weiterbildung verfügt und sein Punktezahlanteil weniger als 30 Prozent beträgt?	LSG Hessen , Urt. v. 18.06.2008 - L 4 KA 1/07 -	08-03-44
Nachfolgelassung - Ausschreibungsfrist	29/08	Handelt es sich bei der von der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausschreibung einer Nachfolgelassung gesetzten Frist um eine behördliche Ordnungsfrist mit der Folge, dass es in ihrem pflichtgemäßen Ermessen liegt, ob eine verspätete Bewerbung noch berücksichtigt werden kann?	LSG Bayern , Urt. v. 23.04.2008 - L 12 KA 443/07 -	08-04-51
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Richtigstellungsbetrag bei Praxis- und Zusatzbudgets	62/07	Ist die Kassenärztliche Vereinigung bei nachträglicher sachlich rechnerischer Richtigstellung von in das Praxisbudget fallenden Leistungen zu einer Honorarrückforderung nach Maßgabe der ursprünglichen Anerkennungsquote berechtigt oder hat eine Rückforderung zu unterbleiben, solange die anerkannten Leistungen das Gesamtpunktzahlvolumen des Praxisbudgets übersteigen?	LSG Bayern , Urt. v. 04.07.2007 - L 12 KA 11/06 -	08-01-25
Vergütungsausschluss belegärztlicher Leistungen	30/07	Kann ein Belegarzt selbst erbrachte Laborleistungen gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung geltend machen oder hat er sich gegebenenfalls an den Krankenhausträger zu halten; wenn diese Leistungen Gegenstand des Pflegesatzes sind?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 23.05.2007 - L 3 KA 268/04 -	07-03-28
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?	LSG Hessen , Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 60/06 -	08-03-31
Strahlentherapie mit Hilfe eines Multileaf-Kollimators	66/07 u. 45/07 Termin: 10.12.2008	Sind Kosten (hier: Personalkosten), die bei der Herstellung von Ausblendungen für die Strahlentherapie mit Hilfe eines Multileaf-Kollimators anfallen, gemäß der Anmerkung nach Nr 7025 EBM-Ä in der bis zum 31.3.2005 geltenden Fassung gesondert berechnungsfähig	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 23.05.2007, L 3 KA 276/04 -, LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 08.11.2006 - L 5 KA 1838/05 -	08-02-42 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 16.01.2008 - L 11 KA 44/06 -	08-01-31
BEMA-Z: Nr. 01 neben Nr. 7500	1/08 Termin: 05.11.2008	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 Gebührennum-	SG Stuttgart , Urt. v. 24.10.2007 - S 10 KA 5182/05 -	08-02-45

		mer 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?		
Arztregister/Fachkunde/Notfalldienst/Genehmigung				
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Nicht verordnungsfähiges Arzneimittel (Wobe Mugos E)	63, 64/07 Termin: 05.11.2008	Ist für die Rechtmäßigkeit der Festsetzung eines Regresses gegen einen Vertragsarzt wegen Verschreibung nicht verordnungsfähiger Arzneimittel – hier: des Enzympräparats Wobe Mugos E - erforderlich, dass der Beschwerdeausschuss darlegt, weshalb eine Beratung als Maßnahme nicht ausreicht? Können bei unklarer Rechtslage über die Verordnungsfähigkeit eines Fertigarzneimittels in der gesetzlichen Krankenversicherung Aspekte des Vertrauensschutzes der Festsetzung eines Arzneikostenregresses entgegenstehen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 36/07 u. 112/06 –	08-01-52
	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
ASI-Therapie	37/08	Ist den Prüfungsgremien bei der Festsetzung von Regressen wegen unzulässiger Verordnungen von Arzneimitteln nach strenger Einzelfallprüfung ein Beurteilungs- oder Ermessensspielraum eingeräumt und ist es ihnen auch möglich, die Regresshöhe von Verschuldungsgesichtspunkten abhängig zu machen? Liegen bei der Verordnung autologer Tumorkvakzine im Rahmen einer Therapie zur sog aktivspezifischen Immunisierung (ASI) krebserkrankter Patienten die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Leistungspflicht der Krankenkassen ohne Empfehlung nach § 135 Abs 1 S 1 SGB 5 vor?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 27.08.2008 – L 3 KA 484/03 –	08-04-44
Arzneikostendaten	57, 59 u. 60/07 R Termin: 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 Termin: 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	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 28.11.2007 L 6/7 KA 624/03	

		Frage von Praxisbesonderheiten - gegen höherrangiges Recht?		
Zuständigkeit für Hochschulambulanzen	36/07 Termin: 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?	SG Hamburg , 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 19.12.2007 - L 11 KA 33/07 -	08-01-95
Zulassung und Ermächtigung				
Zulassungsfähigkeit eines Facharztes für Herzchirurgie	35, 36/08	Kann ein Facharzt für Herzchirurgie zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 13.08.2008, - L 11 (10) KA 65/07 -, - L 11 KA 38/08 -	08-04-49 u. 50
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	13/07 Termin: 05.11.2008	Kann ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in einem für Nervenärzte gesperrten Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, wenn er sich verpflichtet, ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu sein und der Versorgungsanteil an ärztlichen Psychotherapeuten im betreffenden Planungsbereich noch nicht ausgeschöpft ist?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.03.2006 - L 5 KA 2537/05 -	06-03-54
Ermächtigung zur Psychotherapie griechischsprechender Versicherter	40/06 Termin: 06.02.2008	Hat eine Diplom-Psychologin einen Anspruch auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung fremdsprachlicher Versicherter in ihrer Heimatsprache, sofern diese Personen der deutschen Sprache nicht in einem solchen Maße mächtig sind, dass die Therapie in dieser Sprache möglich wäre?	LSG Bayern , Urt. v. 21.06.2006 - L 12 KA 426/04 -	07-01-89
68 Jahres-Altersgrenze: EU-Recht	41/06 Termin: 06.02.2008	Verstößt die Altersgrenzenregelung des § 95 Abs 7 S 3 SGB 5 idF des GMG vom 14.11.2003 gegen die Berufsfreiheit und wegen Altersdiskriminierung gegen Gemeinschaftsrecht?	LSG Bayern , Urt. v. 19.07.2006 - L 12 KA 9/06	06-04-69
68 Jahres-Altersgrenze: EU-Recht	44/07 Termin: 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?	SG Reutlingen , Urt. v. 27.06.2007 - S 1 KA 2556/05 -	juris
Sonderbedarfszulassung: Anforderungen an Bedarfsermittlung	10/08 Termin: 05.11.2008	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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 25.04.2007 - L 10 KA 48/06 - RID 07-03-67 (NZZ)	07-03-67
Sonderbedarfszulassung: neue Schwerpunktbezeichnung	56/07 Termin: 05.11.2008	Begründet die Einführung einer neuen Schwerpunktbezeichnung einen flächendeckenden besonderen Versorgungsbedarf, wie er durch den Inhalt dieses Schwerpunktes nach der Weiterbildungsordnung umschrieben ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 28.02.2007 - L 11 KA 82/06 -	07-02-63
Kinder- und Jugendmediziner mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie	34/08	Hat eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinderpneumologie einen Anspruch auf Sonderbedarfszulassung?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2008 - L 11 KA 31/08 -	08-04-54
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 23.04.2008, - L 11 (10) KA 49/07 -	

		(hier: mehr als zwei Monate bei Überweisung zu einem Kardiologen)		
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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 09.04.2008 - L 3 KA 139 u. 149/06 -	08-02-85 u. 86
Zulassungsentziehung: Tätigkeit "in freier Praxis"	24/08	Ist das Gebot einer Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit "in freier Praxis" gemäß § 32 Abs 1 S 1 Ärzte-ZV hinreichend bestimmt, um eine Zulassungsentziehung - hier: eines Laborarztes wegen fehlender wirtschaftlicher bzw gesellschaftsrechtlicher Unabhängigkeit - rechtfertigen zu können?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 27.02.2008 - L 1 KA 7/06 -	
Berechtigung zur Leistungserbringung nach EBM 2005 (Pneumologie)	40/07 Termin: 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?	<i>SG Marburg</i> , 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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, die einer bislang bei ihr beschäftigten Ärztin auf der Grundlage des § 103 Abs 4a Satz 4 SGB V erteilt wurde?	<i>SG Potsdam</i> , Urt. v. 05.12.2007 - S 1 KA 63/06 -	
	38/08	Ist ein bereits niedergelassener Vertragsarzt befugt, die einem Konkurrenten für denselben Planungsbereich erteilte Sonderbedarfszulassung anzufechten?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 13.08.2008 - L 11 KA 17/08 -	

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht

Nachforderung für Psychotherapeuten	55/07 Termin: 05.11.2008	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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 19.09.2007 - L 5 KA 5161/06 -	08-01-103
-------------------------------------	------------------------------------	---	--	-----------

Nur Rechtsaufsicht gegen Gemeinsamen Bundesausschuss (Protonentherapie im Krankenhaus)	B 6 A 1/08 R	Stehen dem Bundesministerium für Gesundheit bei der Überprüfung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach der Regelung des § 94 Abs 1 SGB 5 über die Rechtsaufsicht hinausgehende Fachaufsichtsbefugnisse zu? Ist die Beanstandung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus in Bezug auf die Einstufung der Protonentherapie bei der Indikation "Mammakarzinom" als nicht anerkannte Behandlungsmethode durch das Bundesministerium für Gesundheit rechtmäßig?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 04.06.2008 – L 5 KR 9/08 –	08-03-175
Sonstiges/Verfahrensrecht				
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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 145/06 –	18/08

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 05.11.2008. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT))	B 1 KR 23/07 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer neuen Behandlungsmethode zu übernehmen (hier: laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT)) zur Zerstörung von Lebermetastasen bei Mammakarzinom im Jahr 2002?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 21.06.2007 - L 8 KR 119/05 -	07-04-77
Implantation torisch intraokularer Kontaktlinsen	B 1 KR 15/08 R	Liegt bei einer rechts und links an hoher Myopie, Astigmatismus, Presbyopie, einer Kontaktlinsenunverträglichkeit und einem Zustand nach mehrmaliger Nasenoperation (Septorhinoplastik) leidenden Versicherten eine Beeinträchtigung einer herausgehobenen Körperfunktion im Sinne der Rechtsprechung des BSG vor, bei der eine Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung auf eine noch nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannte neue ärztliche Behandlungsmethode ausgeschlossen ist?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 04.04.2008 - L 4 KR 362/05 -	
Photodynamische Therapie	B 1 KR 25/07 R Termin: 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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
Künstliche Befruchtung: Beschränkung auf 50 % der Kosten	B 3 KR 18/08 R	Ist der Gesetzgeber von Verfassungs wegen gehindert, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur künstlichen Befruchtung auf 50% der Kosten zu beschränken (§ 27a Abs 3 S 3 SGB 5)?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 26.08.2008 - L 1 KR 42/08 -	
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 Termin: 17.06.2008	Kann eine gesetzlich krankenversicherte Ehefrau, deren privat versicherter Ehemann an einer Fertilitätsstörung leidet, die eine intracytoplasmatische Spermieinjektion (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
Stationäre Liposuktion bei	B 1 KR 11/08 R	Hat eine Versicherte einen Kostenerstattungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse für	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> ,	08-03-127

ambulanter Behandlungsalternative		eine stationär durchgeführte Liposuktion, wenn diese Behandlung auch ambulant durchgeführt werden konnte und von der Leistungspflicht als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ausgeschlossen ist?	Urt. v. 17.04.2008 - L 5 KR 174/07 -	
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
Auslandsrankenbehandlung				
Zahnprothetische Behandlung in der Tschechischen Republik	B 1 KR 19/08 R	Setzt der Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine zahnprothetische Behandlung in einem anderen EU-Mitgliedsstaat nach § 13 Abs 4 SGB 5 die vorherige Überprüfung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der vorgesehenen Behandlung durch die Krankenkasse voraus?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 17.09.2008 – L 4 KR 5472/07 –	08-04-95
Augenbehandlung in Kuba	B 3 KR 22/08 R	Kostenerstattung für eine Augenbehandlung in Kuba bei Retinitis Pigmentosa?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. - L 6 KR 8/06 -	
Arzneimittel				
Lorenzo's Öl	B 1 KN 3/07 KR R (B 5b KN 3/07 KR R)	Ist Lorenzo's Öl, eine Mischung von Glycerol-Trioleat (GTO) und Glycerol-Triearucat (GTE), in der gesetzlich vorgegebenen Abgrenzung von Arzneimitteln und Lebensmitteln als Arzneimittel anzusehen? Ist es aus verfassungsrechtlicher Sicht geboten, die Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei nicht zugelassenen Arzneimitteln in Fällen einer lebensbedrohenden und regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung erweiternd auf andere notstandsähnliche Fallkonstellationen auszudehnen?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 20.06.2007, - L 4 KR 39/06 –	08-01-147
Verschreibungspflichtige Arzneimittel	B 3 KR 23, 24/08 R	Beinhaltet die Systematik der Abgabebestimmungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel an Versicherte ein sich an den Versicherten und behandelnden Vertragsarzt richtendes Verbot, das dem Versicherten zustehende Wahlrecht bei der Apothekenauswahl dem Vertragsarzt zu überlassen und beinhaltet es eine gleichzeitige Verpflichtung für den in Anspruch genommenen Apotheker, die erfolgte Bestellungen durch den Vertragsarzt gegen seine im übrigen bestehende Abgabeverpflichtung zu ignorieren?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. - L 31 KR 91/07 - - L 1 KR 78/07 -	
Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel	B 1 KR 6/08 R Termin: 06.11.2008	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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.06.2007 - L 2 KN 209/05 KR -	07-04-121
Rollstuhlrückhaltesystem für Behindertentransportkraftwagen	B 3 KR 6/08 R	Besteht Anspruch auf Versorgung mit einem Rollstuhlrückhaltesystem - sog Kraftknoten – zur Sicherung des Transports eines Versicherten in einem Behindertentransportkraftwa-	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 21.02.2008	08-02-169

(Kraftknoten)		gen als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn dies den sicheren Transport des Versicherten zur Schule im Rahmen seiner gesetzlichen Schulpflicht dient?	- L 5 KR 129/07 -	
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?	LSG Baden-Württemberg , 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.	LSG Baden-Württemberg , 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 11.12.2007 - L 11 KR 9/06 -	08-01-160
	B 3 KR 17/08 R	Hat ein unterschenkelamputierter Versicherter Anspruch auf Versorgung mit einer wasserfesten Unterschenkelprothese mit Silikonliner?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 29.05.2008 - L 5 KR 84/07 -	08-03-135
	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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 18.01.2008 - L 1 KR 511/07 -	
	B 3 KR 19/08 R	Ist ein Versicherter mit einer wasserfesten Oberschenkelprothese auch dann zu versorgen, wenn er die normale Prothese nur in geringem Umfang nutzt?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 06.02.2008 - L 4 KR 72/05 -	
Teilhandothese (Epithese)	B 3 KR 12/07 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer Teilhandothese zu übernehmen, wenn diese Prothese die Trage- und Greiffunktion teilweise ausgleicht oder zumindest erleichtert?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.06.2007 - L 11 KR 39/05 -	07-03-153
Digitales Hörgerät: Festbetrag	B 3 KR 20/08 R	Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten für ein digitales Hörgerät?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.09.2008 - L 5 KR 1539/07 -	
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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 30.05.2007 - L 6 KR 4/06 -	

Fahrkosten

Anspruch auf Rettungstransportwagen auch bei sog. Leerfahrt	B 1 KR 38/07 R Termin: 06.11.2008	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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 31.10.2007 - L 11 KR 23/07 -	08-01-178
	B 3 KR 5/08 R	Hat ein Versicherter einen Kostenübernahmeanspruch für Fahrten zum Rehabilitationssport?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 17.01.2008 - L 5 KR 22/07 -	08-03-149
KrTRL - Hohe Behandlungsfrequenz	B 1 KR 27/07 R Termin: 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?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.09.2007 - L 5 KR 43/07 -	08-02-184

Zuzahlung

Kinderfreibetrag	B 1 KR 17/08 R	Beträgt bei der Ermittlung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen der Kinderfreibetrag nach § 62 Abs 2 S 3 SGB 5 iVm § 32 Abs 6 S 1 und 2 EStG 3648 Euro ("sächliches Existenzminimum" x 2) oder 5808 Euro (zusätzlich Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes in Höhe von 1080 Euro x 2)?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.07.2008 - L 1 KR 22/08 -	
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 Termin: 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 Termin: 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
Psychiatrie-Patienten	B 3 KR 21/05 R Termin: 10.04.2008	Zur Frage der Notwendigkeit fortdauernder Krankenhausbehandlung bei Psychiatrie-Patienten, die aufgrund ihres Krankheitsbildes von der Krankenkasse als Pflegefall angesehen werden (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 11.05.2005 - L 5 KR 42/04 -	06-01-134
	B 3 KR 20/07 R Termin: 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.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 30.03.2006 - L 5 KR 142/04 -	06-03-166
Beschränkung der Amtsermittlungspflicht	B 3 KN 1 u. 4/08 KR R (alt: 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 Krankenträgers gegen eine Krankenkasse eine Beschränkung der Amtsermittlungspflicht der Sozialgerichte eingreifen kann?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 16.01.2008 - L 4 KN 44 u. 92/04 KR -	
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?	<i>SG Hamburg</i> , 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 Krankenträger gegenüber einer Krankenkasse einen Vergütungsanspruch für den Krankenhausaufenthalt einer Versicherten, wenn diese aufgrund ihres psychischen Zustands nicht in die Häuslichkeit entlassen werden konnte und eine unmittelbare Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung wegen Fehlen eines erforderlichen Pflegeplatzes noch nicht möglich war?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 19.12.2006 - L 4 KR 74/05 -	08-01-183
Gebiete eines Versorgungsauftrags nach Weiterbildungsordnung	B 1 KR 18/08 R	Umfasst der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses in Westfalen-Lippe für das Fachgebiet "Chirurgie" auch die Gefäßchirurgie und hat ein solches Krankenhaus einen Vergütungsanspruch für eine Bypass-Anlegung?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 26.06.2008 - L 5 KR 19/07 -	08-03-152
Abschluss eines Versorgungsvertretungsvertrages bei wissenschaftlich nicht	B 1 KR 5/08 R Termin: 28.07.2008	Bietet eine Klinik, deren Behandlungskonzept überwiegend auf wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden beruht, die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 17.12.2007	08-02-207

anerkannten Methoden		Krankenhausbehandlung mit der Folge, dass sie einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages hat?	- L 1 KR 62/04 -	
Abstimmung mit Krankenkassen für vor- und nachstationären Einsatz von Großgeräten	B 3 KR 15/08 R	Ist eine Vergütungsempfehlung im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung bei der Honorierung von Großgeräteleistungen verbindlich, wenn dort die Abrechnung der Leistungen von einer vorherigen Abstimmung zwischen den Parteien der Pflegesatzvereinbarung abhängig gemacht wird und eine Vergütungsvereinbarung (noch) nicht zustande gekommen ist?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 29.05.2008 - L 5 KR 41/06 -	08-03-158
Vergütung stationär durchgeführter Operation als ambulante Operation	B 3 KR 21 u. 22/07 R	Hat die Krankenkasse eine stationär durchgeführte Operation wie eine ambulante Operation zu vergüten, wenn die stationäre Behandlung nicht notwendig und das Krankenhaus zur Durchführung ambulanter Operationen zugelassen war (§ 115b Abs 2 SGB 5)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 01.08.2007 - L 5 KR 99/07 -, v. 24.05.2007 - L 5 KR 205/06 -	08-02-198
Ambulante Operationen durch nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte	B 1 KR 13/08 R	Hat ein Krankenhaus gegen eine Krankenkasse einen Vergütungsanspruch nach dem AOP-Vertrag (Ambulantes Operieren und stationäres Eingriffe im Krankenhaus) für die ambulante Operation eines Versicherten, welche im Krankenhaus durch einen von ihm beauftragten niedergelassenen Vertragsarzt durchgeführt wird?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 30.04.2008 - L 1 KR 103/07 -	08-03-154
Schlussrechnung und Korrektur der Abrechnung	B 3 KR 12/08 R	Steht Erteilung einer Schlussrechnung eines Krankenhauses der Korrektur der Abrechnung entgegen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , 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?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , 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.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 19.07.2007 - L 5 KR 228/06 -	08-01-186
Missbrauch mit Krankenversichertenkarte	B 3 KR 19/07 R Termin: 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?	<i>SG Duisburg</i> , 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 Krankenhausträger gegenüber einer Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden, wenn die Krankenkasse die Krankenhausbehandlungskosten erst verspätet beglichen hat?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 30.11.2006 - L 8 KR 175/05 -	07-01-188
Weitere Leistungserbringer				
Herstellerrabatt bei niederländischer	B 1 KR 4/08 R	Sind die Rabattregelungen in § 130a SGB 5 auch auf eine Versandapotheke anzuwenden,	<i>LSG Baden-Württemberg</i> ,	08-02-208

Internetapotheke	Termin: 28.07.2008	die ihren Sitz in den Niederlanden hat?	Urt. v. 16.01.2008 - L 5 KR 3869/05 -	
Lieferant von Sondennahrung: Umsatzsteuersatz	B 3 KR 16 u.18/07 R Termin: 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?	LSG Rheinland-Pfalz, 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?	LSG Niedersachsen-Bremen, 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.	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. - L 5 KR 528/08 B -	
Versandapotheke: Anspruch auf Herstellerrabatt	B 3 KR 14/08 R	Hat eine in einem anderen Mitgliedstaat zugelassene Versandapotheke ab 1.1.2004 einen Anspruch auf den Herstellerrabatt nach § 130a Abs 1 S 2 SGB 5, soweit sie Verträge nach § 140e SGB 5 mit den deutschen Krankenkassen abgeschlossen hat?	LSG Sachsen, Urt. v. 16.04.2008 - L 1 KR 16/05 -	
Sondennahrung	B 1 KR 7/08 R	Kann der als Leistungserbringer zugelassene Hersteller 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?	LSG Bayern, 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?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.05.2007 - L 16 (5,2) KR 70/00 -	07-03-174
Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis: Geräte der nicht-invasiven Magnetfeldtherapie	B 3 KR 10/07 R	Zur Verpflichtung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Aufnahme eines Hilfsmittels (hier: Gerät zur Elektrostimulation des Knochen- und Bindegewebes mittels pulsierender Magnetfelder - nicht-invasive Magnetfeldtherapie) in das Hilfsmittelverzeichnis.	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.05.2007 - L 5 KR 245/00 -	07-03-173
Grenzüberschreitende Hilfsmittelversorgung (Schulterbewegungsschiene - CPM)	B 3 KR 8/07 R Termin: 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)?	LSG Bayern, 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	LSG Hessen, Urt. v. 19.10.2006 - L 8 KR 23/06 -	07-01-192

		mitgeteilt hat, eine Genehmigung der Maßnahme sei nicht erforderlich?		
Haushaltshilfe: Abschluss einer Vergütungsvereinbarung	B 3 KR 23/07 R Termin: 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 Termin: 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
Krankenkassen				
Kein Wahltarif für auf Zahnersatz beschränkte Kostenerstattung	B 3 A 1/08 R	Hat eine nach § 53 Abs 4 SGB 5 in der Satzung einer Krankenkasse geregelte Kostenerstattung insbesondere die Regelung in § 13 Abs 2 S 5 SGB 5 zu beachten, wonach eine Einschränkung der Wahl nur auf die Bereiche der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen möglich ist oder bestehen weitere Wahlmöglichkeiten (hier: Wahltarif für Zahnersatz)?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 16.07.2008 – L 5 KR 36/08 KL –	08-04-125
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
Kreditfinanzierte Festgeldanlage	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 -	
Schadensersatzanspruch einer Fusionskasse gegen alten Vorstand	B 1 KR 9/08 R	Hat eine durch Fusion neu entstandene Krankenkasse einen Schadensersatzanspruch gegen den ehemaligen Vorstand einer an der Fusion beteiligten Krankenkasse wegen Vorlage einer unrichtigen Jahresrechnung?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 28.11.2007 - L 4 KR 18/04 -	
Sonstiges				
Herstellungskosten für Krankenversichertenkarte	B 1 KR 30/07 R Termin: 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
Erstattungsanspruch und Kraftknoten	B 3 KR 16/08 R	Hat ein Sozialhilfeträger einen Erstattungsanspruch für die Kostenübernahme eines Rollstuhlrückhaltesystem - sog Kraftknoten - gegenüber einer Krankenkasse im Rahmen der Hilfsmittelversorgung, wenn diese Vorrichtung dem sicheren Transport eines Versicherten in einem Behindertentransportkraftwagen zur Schule im Rahmen dessen gesetzlicher Schulpflicht dient?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. 24.04.2008 - L 1 KR 321/06 -	