

# Rechtsprechungsinformationsdienst 09-01

<b>Redaktion</b>	<b>7</b>
<b>Editorische Hinweise</b>	<b>7</b>
<b>A. Vertragsarztrecht</b>	<b>8</b>
<b>I. Honorarverteilung</b>	<b>8</b>
1. Verspätete Trennung der haus- und fachärztlichen Versorgung (KV Hamburg, Quartale I u. II/00)	8
2. DMP KHK: Parallelvergütung für koordinierende und weiterbehandelnde Ärzte	8
3. Radiologen mit Magnetresonanztomografie (KV Brandenburg)	9
a) Quartale I-III/99	9
b) Quartale I-IV/00	9
4. Individualbudget	9
a) Unzulässige Individualbudgets: Bindung an Bewertungsausschuss (KV Baden-Württemberg II/05)	9
b) Zulässige Fortführung von Individualbudgets	10
c) Einbeziehung eigener Notdienstfälle in Individualbudget	10
5. Vergütungsausschluss bei Eingabefehler	10
a) Einzug der Praxisgebühr/Fehlerhafte Angabe	10
b) Berücksichtigung nachträglicher Abrechnungskorrektur/Unverhältnismäßigkeit	11
6. Umlage für Gemeinschaftsaufgaben/Verwaltungskosten u. Verzinsung von Honorarnachvergütung	11
7. Keine Verzinsung von Honorarnachzahlungen	11
8. Rücknahme bestandskräftiger Honorarbescheide	12
a) Nichtbeachtung der BSG-Rspr.	12
b) Fehlerfreie Ermessensausübung bei Beschränkung auf Rechtsbehelfsverfahren	12
9. KV Hessen	12
a) Honorarbescheide ab Quartal II/05	12
aa) Ausgleichsregelung nach EBM 2005: 5 %-Schwankungsbreite/Junge Praxis	12
bb) Trennung in haus- und fachärztlichen Bereich/Rücklage für Ausgleichsregelung	13
b) Regelleistungsvolumen und Sonderregelung	13
aa) Anästhesiologen: Ambulante Operationen bei MKG-Chirurgen	13
bb) Diagnostische Radiologie im ländlichen Planungsbereich	13
c) Quartale bis I/05	13
aa) Individualbudgetierung: Diagnostische Radiologie im ländlichen Planungsbereich	13
bb) Fallzahlbegrenzungsmaßnahme	14
10. Zahnärzte	14
a) Keine Notfallbehandlungen durch Vertragszahnärzte	14
b) Kein geringeres Budget für auch bei KV abrechnende MKG-Chirurgen	14
<b>II. Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>	<b>15</b>
1. Plausibilitätsprüfung: Tagesprofil über 12 Stunden	15
2. Fehlende Genehmigung einer Anstellung	15
3. Präanästhesiologische Untersuchungen: Ziff. 31831 EBM 2005	15
4. Nr. 17 EBM 1996: Beratung nach Implantation eines Herzschrittmachers	15
5. Zahnärzte	16
a) Keine Einleitung einer Wurzelkanalbehandlung bei Schmerzfallbehandlung	16
b) Nr. 56c BEMA-Z/Nr. 1486 GOÄ	16
<b>III. Arztregister/Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst</b>	<b>17</b>
1. Keine Eintragung in Arztregister für Gesprächspsychotherapeut	17
2. Eintragung in Arztregister: Allgemeinmedizin und fünfjährige Weiterbildungszeit	17
3. Qualitätssicherung	17
a) Nachweis mit Bilddokumentation einschl. Zoekum	17
b) Nachweispflicht für Qualität eines Langzeit-EKG-Geräts	18
4. Zweigpraxis	18
a) Keine defensive Konkurrentenklage/Versorgungsverbesserung	18
b) Keine defensive Konkurrentenklage	19
c) Kinderwunschzentrum: Kooperation mit Endokrinologen	19
d) Psychotherapeutische Zweigpraxis: Versorgungsverbesserung/Residenzpflicht	19
5. Genehmigung: Kein Vertreter nach Zulassungsentziehung	19
6. Bereitschaftsdienst	20
a) Umlage zur Notdienstgemeinschaft nach Ausscheiden als Vertragsarzt	20
b) Erhebung einer Kostenumlage durch Notdienstgemeinschaft	20

c) Anspruch auf Teilnahme an Notdiensten in einem anderen Notdienstbezirk	20
7. Kein Zuschuss für Beschäftigung einer Weiterbildungsassistentin über 45 Jahre	20
<b>III. Disziplinarrecht</b>	<b>21</b>
1. Ruhen der Zulassung bei Abrechnung nicht erbrachter Leistungen	21
2. Nichteinhaltung des zeitlichen Abstands zur letzten Gesundheitsuntersuchung	21
<b>IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz</b>	<b>21</b>
1. Praxisbesonderheit Psychosomatik	21
2. Ganzkörperuntersuchung und besondere Patientengruppen	22
3. Regresse	22
a) Sprechstundenbedarfsregress: Verordnung von "Aqua Bidest Plastik" (steriles Wasser)	22
b) Regress gegen Gemeinschaftspraxis	22
c) Humanes Leukozyten-Ultrafiltrat	22
d) Arzneimittelrichtgrößen Niedersachsen 2001: Fehlerhafte Erfassung der Verwaltungsdaten	23
<b>V. Zulassungsrecht</b>	<b>24</b>
1. Zulassungsantrag vor Anordnung der Überversorgung bei fehlender Arztregistereintragung	24
2. Medizinische Versorgungszentren	25
a) Gründung eines MVZ durch Handelsgesellschaft	25
b) Keine Übertragung einer Vertragsarztstelle zu Gunsten eines anderen MVZ	25
3. Keine Klagebefugnis der Erben bei Verlust der Praxis	26
4. Fortgeltungsklausel für angestellten Arzt im Falle einer Praxisnachfolge	26
5. Sonderbedarfszulassung	26
a) Versorgungsbedarf aufgrund zu langer Wartezeiten	26
b) Lokaler Versorgungsbedarf (HNO-Ärzte)	27
c) Lokaler Sonderbedarf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	27
d) Defensive Konkurrentenklage gegen Sonderbedarfszulassung ist unzulässig	27
6. Nebenbestimmung bei Gemeinschaftspraxis aus Zahnärztin und MKG-Chirurg	28
7. Zulassungsentziehung	28
a) Sexuelle Belästigung der Patientinnen	28
b) BVerfG: Gröbliche Pflichtverletzung und "Wohlverhalten"	29
8. 68 Jahres-Altersgrenze	29
a) BVerfG: Keine Annahme einer Verfassungsbeschwerde gegen BSG-Urteil	29
b) Rechtmäßigkeit der Altersgrenze	29
c) Praxisfortführung wegen gesetzgeberischer Absicht der Abschaffung der Altersgrenze	30
9. Ermächtigung: Folgenabwägung im einstweiligen Rechtsschutz	30
<b>VI. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen</b>	<b>30</b>
Öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der KV bei Überzahlung	30
<b>VII. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung</b>	<b>31</b>
Integrierte Versorgung zwischen Institutsambulanz und niedergelassenen Ärzten	31
<b>VIII. Zertifizierung von Abrechnungsprogrammen</b>	<b>31</b>
1. Keine Programmzertifizierung bei Koppelung an Arzneimittelwerbung	31
2. Pflicht zur Zertifizierung ist rechtmäßig	32
3. Rechtsweg zu Sozialgerichten: Klage eines Praxissoftwarehersteller gegen KV	32
<b>IX. Verfahrensrecht</b>	<b>32</b>
1. Zuständigkeit deutscher Sozialgerichte bei Verzug ins Ausland	32
2. Umdeutung eines Antrags auf einstweiligen Rechtsschutz in Widerspruch	33
3. Vollstreckung: Keine aufschiebende Wirkung bei einer Leistungsklage	33
4. Selbstanzeige einer ehrenamtlichen Richterinnen zur Befangenheit	33
<b>X. Streitwert/Anwaltsvergütung</b>	<b>34</b>
1. Eintragung in das Arztregister	34
2. Einrichtung eines anästhesiologischen Notfalldienstes	34
3. Defensive Konkurrentenklage gegen Sonderbedarfszulassung	34
4. Zulassungsentziehung eines Laborarztes in Gemeinschaftspraxis	35
5. Ermächtigung zur sozialpädiatrischen Versorgung für gemeinnützige Einrichtung	35
6. Zertifizierung von Arztsoftware	35
7. Anwaltsvergütung: Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren als „schwierig“	35

<b>XI. Entscheidungen des BSG</b>	<b>36</b>
1. Honorarverteilung	36
a) Angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen	36
b) Einheitliche Quotierung nach Überschreiten einer Honorarobergrenze	36
c) Ausschlussfrist für Abrechnung	37
2. Fachkundenachweis Koloskopie	37
3. Plausibilitätsprüfung: Nicht genehmigte Gemeinschaftspraxis bei Doppeleinlesung	37
4. Wirtschaftlichkeitsprüfung	38
a) Richtigkeit der Arzneimitteldateien/Erweiterte Arzneimitteldateien	38
b) Zuständigkeit der Prüfungsgremien für ermächtigte Hochschulambulanzen	38
5. Zulassungsrecht	38
a) Altersgrenze von 68 Jahren	38
b) Zulassungsentziehung	38
aa) Gröbliche Pflichtverletzung und "Wohlverhalten"	38
b) Prognose künftig ordnungsgemäßen Verhaltens	39
cc) Berufungsausschuss kann ohne mündliche Verhandlung entscheiden	39
dd) Keine Anfechtungsbefugnis eines Dritten gegen bestandskräftige Zulassungsentziehung	39
ee) Verfahrensrüge unzureichende Gehörgewährung (Psychotherap. Dokumentationspflichten)	40
c) Keine Ermächtigung ohne vertragsarztrechtlich erforderliche formelle Qualifikation	40
6. EHV der KV Hessen: Ermächtigungsgrundlage verfassungsgemäß	41
7. Streitwert: Voller Regressbetrag trotz Neubescheidungsantrag	41
<b>B. Krankenversicherungsrecht</b>	<b>42</b>
<b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>	<b>42</b>
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	42
a) Interstitielle Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation	42
b) Tenderpoint-Operation bei Fibromyalgie-Syndrom nach Prof. Dr. B.	42
c) Excimer-Laser-Behandlung (phototherapeutische Keratektomie - PTK -)	42
d) Dendritische Zelltherapie	43
e) Immuntherapie: Mögliche positive Einwirkung auf Krankheitsverlauf	43
f) Hyperbare Sauerstofftherapie	43
g) Liposuktion (Fettabsaugung)	43
2. Künstliche Befruchtung	44
a) ICSI-Behandlungen: Keine Kosten für Ehefrau	44
b) Keine Kostenübernahme für eine Polkörperdiagnostik	44
3. Zahnärztliche Leistungen	44
a) Kein weiterer Festzuschuss bei Neuanfertigung eines Zahnersatzes	44
b) Keine Ausnahme von der Regelversorgung bei fehlendem Allergienachweis	44
<b>II. Kostenerstattungsanspruch</b>	<b>45</b>
1. Keine Berücksichtigung von Apothekenrabatt bei Wahl zur Kostenerstattung	45
2. Keine abweichende Vereinbarung zum Kostenerstattungsverfahren (LDL-Apherese-Behandlung)	45
3. Privatrezept bei Wahl der Kostenerstattung nach § 13 II SGB V	45
4. ICSI-Behandlung: Kausalitätserfordernis	46
5. Häusliche Krankenpflege: Fehlende Zahlungsverpflichtung	46
6. Keine Kostenerstattung für Behandlung in Privatklinik	46
<b>III. Stationäre Krankenhausbehandlung</b>	<b>47</b>
1. Mammareduktionsplastik	47
2. Magenband-Operation	47
3. Laserepilationsbehandlung	48
<b>IV. Krankenbehandlung im Ausland</b>	<b>48</b>
1. Stationäre Behandlungen mit dem Medikament Y-90-DOTATOC in der Schweiz	48
2. Elektrostimulationstherapie in Moskau	48
<b>V. Arzneimittel: Off-Label-Use</b>	<b>49</b>
1. BVerfG: Off-Label-Use-Rechtsprechung des BSG verfassungsgemäß	49
2. Basisbehandlung mit Immunglobulin bei schubförmiger MS	49
3. Immunglobuline bei Einschlusskörperchen-Myositis	50
4. "Tebonin Forte" für die Behandlung von Augenerkrankungen	50
5. Methylphenidathaltige Arzneimittel ("Ritalin®" oder "Concerta®") bei ADHS	50

<b>VI. Hilfsmittel</b>	<b>51</b>
1. Motorgestützte Rollstuhl-Fahrrad-Kombination ("Therapie-Tandem", "Speedy-Tandem")	51
2. Kein Elektrorollstuhl bei Versorgung mit Rollstuhl	51
3. Elektrischer Rollstuhl: Fahrtauglichkeit trotz verminderten Sehvermögens	52
4. Bewilligung eines Aktivrollstuhls ohne Benutzung für Rollstuhlsport	52
5. Therapedreirad	52
a) Verlust der Gehfähigkeit vorbeugen	52
b) Kein Anspruch bei Versorgung mit handbetriebenem Rollstuhl	52
6. Winterschlupfsack und Sonnen- und Regendach für Reha-Buggy	53
7. Kein Patientenlifter im einstweiligen Anordnungsverfahren	53
8. Hörgeräte:	53
a) Festbetrag als Obergrenze	53
b) Probe eines Festbetragsgeräts	53
9. Daisy Player ("Digital Accessible Information System")	54
10. Anspruch auf Einkaufsfuchs für Blinde	54
<b>VII. Lymphdrainagen ohne Rezept wegen ärztlicher Budgetbeschränkung</b>	<b>55</b>
<b>VIII. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe</b>	<b>55</b>
1. BVerfG: Kein zwingender Ausschluss der Behandlungspflege durch Grundpflege	55
2. Keine Begrenzung häuslicher Krankenpflege (hier: Beatmungspflege)	56
3. Verabreichung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente mittels i. m.-Injektionen	57
4. Digitale Enddarmausräumung als Dauerleistung	57
<b>IX. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha/Soziotherapie</b>	<b>58</b>
1. Zuzahlungen: Belastungsgrenze nach Zahlungen im Kalenderjahr	58
2. Fahrtkosten nur aus medizinischen Gründen	58
3. Rehabilitation	58
a) Vorrangige stationäre Krankenhausbehandlung bei schwerwiegender psychischer Erkrankung	58
b) Ärztliche Verordnung für medizinische Rehabilitation	59
c) Leistungen einer stationären Entwöhnungsmaßnahme nach Haftentlassung	59
d) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation während der Altersteilzeit	59
4. Soziotherapie: Anspruch je Krankheitsfall in Dreijahreszeitraum	59
<b>X. Beziehungen zu Leistungserbringern</b>	<b>60</b>
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	60
a) Vergütungsabzug wegen Integrationsvertrag: Beweislastverteilung	60
b) Beschränkung der Therapiemöglichkeiten mit Insulinanaloga durch Bundesausschuss	61
c) Frist zur Prüfung nach Abrechnung (§ 275 Ic SGB V)	61
2. Hilfsmittelerbringer	62
a) Vergabeverfahren: Rahmenvereinbarung über Inkontinenzhilfen	62
b) Ansprüche bis Ende 2008 nach Übergangsrecht	62
c) Fehlen eines Versorgungsvertrags (Camoped-Bewegungsschienen)	63
3. Heilmittelerbringer: Übliche Vergütung bei Fehlen einer Entgeltregelung	63
4. Häusliche Pflege- und Versorgungsleistungen	63
a) Fristlose Kündigung eines Versorgungsvertrags	63
b) Anforderung von Mietverträgen bis 31.03.2007	63
5. Krankentransportunternehmen: Fehlende Vereinbarung	64
6. Kein Arzthonorar für medizinische Begleitung bei Verlegungsfahrten von Krankenkasse	64
<b>XI. Angelegenheiten der Krankenkassen</b>	<b>64</b>
1. Haftung des Vorstands	64
2. Einstweiliger Rechtsschutz gegenüber Maßnahmen der Mitgliederwerbung	65
3. Kein Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten bei Leistungsverzicht	65
4. Unzulässigkeit einer kreditfinanzierten Anlagepolitik	65
5. Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers: Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)	66
<b>XII. Verfahrensrecht</b>	<b>66</b>
Fehlender Anordnungsgrund bei Finanzierung der Behandlung durch Kredit	66
<b>XIII. Entscheidungen des BSG</b>	<b>66</b>
1. Künstliche Befruchtung	66
a) Wahlrecht privat und gesetzlich versicherter Ehegatten	66
b) Kosten bei privatversicherter Ehefrau	67
2. Fingerteilprothese aus Silikon (Fingerepithese)	67

3. Fahrkosten	67
a) Fahrkosten bei nur einmal pro Woche stattfindender ambulanter Therapie	67
b) Keine Fahrkostenerstattung für den Einsatz eines nichtbenutzten Rettungswagens	68
4. Keine Begrenzung des Reha-Funktionstrainings durch Rahmenvereinbarung	68
5. Krankenhausvergütung	68
a) Überprüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	68
b) Annahme einer Krankenhausbehandlung auf psychiatrischem Gebiet	68
c) Missbräuchliche Verwendung der Krankenversichertenkarte	68
d) Kein Versorgungsvertrag bei Ablehnung eines Insolvenzverfahrens mangels Masse	68
6. Kein Herstellerrabatt auf durch ausländ. Versandhandelsapotheke eingeführte Importarzneimittel	69
7. Hilfsmittelerbringer: Vergütungsanspruch ohne Beteiligung an Rahmenvertrag	69
8. Vergütung eines privaten Rettungsdienstes bei vertragslosem Zustand	69
9. Übernahme der Krankenbehandlung für nicht versicherte Sozialhilfeempfänger	69

## C. Entscheidungen anderer Gerichte 70

### I. Ärztliches Berufsrecht 70

1. Approbation	70
a) Approbationswiderruf: Strafurteil wegen sexueller Handlungen im Notdienst	70
b) Erledigung einer "vorläufig" erteilten Approbation	70
2. Berufsrecht	70
a) Eigenwerbung durch Arzt im Fernsehen	70
b) Bezeichnung einer Gemeinschaftspraxis als "Hausarztzentrum"	70
3. Ziviles Vertragsrecht	71
a) BGH: Innenausgleich bei Gemeinschaftspraxis	71
b) Keine Gemeinschaftspraxis nur zur Gewinnbeteiligung	71
4. Wettbewerbsrecht	71
a) Keine „Klinik“ ohne stationäre Aufnahmemöglichkeit	71
b) „KV Zuordnung: Kardiologie“/„Versorgungsschwerpunkt Kardiologie“	71
5. Zahnärzte	72
a) Redaktionelle Werbung für Zahnarzt in Anzeigenblatt (Implantationsmethode)	72
b) "Master of Science Kieferorthopädie"	72
c) Dentallegierungen mit Zugabe technischer Geräte für Scheinentgelt	72
6. Kammern	72
a) Anerkennung einer Zusatzbezeichnung nach Kammerwechsel	72
b) Kein Kammerbeitrag für Arzt als Vorstandsvorsitzenden einer AG	73
c) Tätigkeit als klinische Psychologin begründet Pflichtmitgliedschaft	73
d) Tätigkeit in kirchlicher Beratungsstelle begründet keine Pflichtmitgliedschaft	73

### II. Arzthaftung 73

1. BGH	73
a) Einwand der hypothetischen Einwilligung erst im zweiten Rechtszug	73
b) Persönliche Haftung des Durchgangsarztes	73
2. Haftung des Arztes mit Zielauftrag	74
3. Diagnoseirrtum (jugendliche Schizophrenie „Hebephrenie“/Reifungskrise)	74
4. Allgemeinarzt übersieht schwerwiegenden Verlauf einer Krankheit	74
5. Aufklärung ausländischer Patienten notfalls durch Dolmetscher	75
6. Austreten von Kirschnerdraht nach Knieoperation	75
7. Unvermeidbares Risiko bei Hirneinblutung nach Kieferhöhlenoperation	75
8. Durchtrennung des Hauptgallengangs bei Gallenblasen-OP	75
9. Schmerzensgeld bei mangelhafter Krankenhauspflege	75
10. Geburten	76
a) Aufklärung zur Schnittentbindung und Risiko einer Schulterdystokie	76
b) Unterhaltsbelastung für gesund geborenes Kind nach Beratung (§ 218a StGB) kein Schaden	76
11. Schmerzensgeld bei hoher Querschnittslähmung	76
12. Sachverständige/Beweisverfahren	76
a) Unzureichendes Parteigutachten des MDK	76
b) Frist zur Ablehnung eines Sachverständigen	77
13. Zahnärzte: Erhöhtes Kariesrisiko bei kieferorthopädischer Behandlung	77

### III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe 77

1. Privatbehandlung	77
a) Fälligkeit der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen	77

b) Einsicht in Krankenunterlagen durch Erben	77
2. Private Krankenversicherung	78
a) Kosten einer ambulanten Behandlung in Kinderheilstätten-GmbH	78
b) Wahlarzthonorar für veranlasste nicht ärztliche Leistungen	78
c) Anspruch auf Vollnarkose wegen Zahnbehandlungsphobie	78
3. Beihilfe	78
a) ICSI und Maßnahmen bei pflichtversicherter Ehefrau eines Beamten	78
b) Beihilfefähigkeit von Behandlungskosten einer Privatklinik	78
c) "Dronabinol" bei austerapiertem MS-Kranken	79
d) Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente	79
e) Wissenschaftl. nicht anerkannte Arzneimittel (ayurvedisches Präparat H 15 Gufic)	79
f) Ausschluss von Mitteln zur Potenzsteigerung	79
aa) Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT) mit Caverject und Androskat	79
bb) Keine Beihilfefähigkeit des Arzneimittels „Cialis“	80
<b>IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte</b>	<b>80</b>
1. Generalanwalt EuGH	80
a) Besitz und Betrieb von Apotheken kann Apothekern vorbehalten werden	80
b) Apothekervorbehalt/Arzneimittelvertriebsunternehmen und kommunale Apotheken	80
2. BGH: Verbot der Arzneimittelwerbung mit irreführendem Hinweis auf Genesung	80
3. BVerwG: Nachzulassung homöopathischer Kombinationsarzneimittel (Cefakliman)	81
4. Abgrenzung zwischen Arzneimitteln und kosmetischen Mitteln	81
5. Apothekenversandhandel	81
a) Kein Rabatt auf Rezept im Versandhandel einer ausländischen Apotheke	81
b) Irreführende Werbung mit „BVDVA-Gütesiegel“	82
6. Medikamentenlieferung: Ausdehnung des verlängerten Eigentumsvorbehalts	82
7. Arzneimittelwerbung:	82
a) Werbung ohne Pflichtangaben/Apothekenkundenzeitschriften	82
b) Keine Haftung für bekannte Nebenwirkungen (Medikament „VIOXX“)	82
<b>V. Vergaberecht</b>	<b>83</b>
1. Generalanwalt EuGH: Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber (Lieferung orthopädischer Schuhe)	83
2. Ausschließliche Zuständigkeit der Sozialgerichte	83
3. BGH: Rettungsdienstleistungen	83
<b>VI. Verschiedenes</b>	<b>84</b>
1. EuGH: Altersabstandsklauseln in Versorgungsordnungen	84
2. BVerfG: Keine Zurückweisung durch Gerichtsbeschluss bei umstrittenen Rechtsfragen	84
3. BGH	85
a) Wettbewerbsrecht: Wirksamkeitsnachweis für eine bilanzierte Diät - Priorin	85
b) Betreuungsverfahren: Fehlerhafte Genehmigung der Unterbringung in geschlossener Einrichtung	85
c) Auslegung eines Teilungsabkommens zwischen gesetzl. Kranken- und Haftpflichtversicherung	85
4. BSG: Kein Ersatz der Umsatzsteuer für Befundbericht	85
5. Krankenhäuser	85
a) BVerwG: Kein subjektives Recht eines Plankrankenhauses auf Vermeidung von Überversorgung	85
b) Keine Verpflichtung zur Organisation des Notarztdienstes durch Bereichsausschuss	86
6. Ansprüche gegen einen Optiker wegen Lieferung einer mangelhaften Brille	86
7. Heimrechtliche Anordnung nach § 17 HeimG/Mängel in der Pflegedokumentation	86
8. Strafe für Vorstand einer Krankenkasse wegen unterlassener Beitragserhöhung	86
9. Heilpraktikerin: Praxis für Psychotherapie/Traumatherapie/Heilpraktikerin für Psychotherapie	86
10. Steuerrecht	87
a) BFH: Verfassungsmäßigkeit der nachgelagerten Besteuerung der Alterseinkünfte	87
b) Ästhetische Operationen unterliegen Umsatzsteuerpflicht	87
c) Umsatzsteuerbefreiung für „Haus-Notruf-Dienst“ und „Ärztlicher Notdienst“	87
<b>Verzeichnis der Entscheidungen</b>	<b>88</b>
<b>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht</b>	<b>92</b>
<b>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)</b>	<b>98</b>

## Redaktion

**Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.**

**REDAKTION:** Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen  
e-mail: pawlita@web.de;  
Telefon: 0641/201 776 oder 06421/1708-34 (SG Marburg);  
Telefax: 0641/250 2801.

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

**Bezug:** Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@dgkassenarztrecht.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 08-04) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

## Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank **www.sozialgerichtsbarkeit.de** wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum **09.02.2009** eingestellten Entscheidungen.

## A. Vertragsarztrecht

### I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 28.01.2009 – **B 6 KA 5 u. 4/08 R** – hängt es für die Frage, ob ein striktes "**Zuwachsmoratorium**", das für sich genommen zur Absicherung der Änderung der Grundlagen der Honorarverteilung für einen kürzeren Zeitraum trotz der damit zwangsläufig verbundenen Härten für **kleinere Praxen** zulässig sein kann, rechtmäßig ist, auch von den Wachstumsmöglichkeiten ab, die für die Zeit nach Ablauf des Moratoriums normiert sind. Deutliche Honorarbegrenzungen in einem klar definierten und absehbaren Zeitraum können hinzunehmen sein, wenn der Praxisinhaber weiß, dass er nach Überwindung der entsprechenden "Durststrecke" zügig den Durchschnittsumsatz erreichen kann. Ist das dagegen nicht der Fall, stellt sich die zeitlich begrenzte strikte Zuwachsbegrenzung nicht als bloßes "Moratorium", sondern als untrennbarer Bestandteil einer insgesamt unzulänglichen Wachstumsregelung dar, die schon im Rahmen der Überprüfung der Honorarbescheide aus der Zeit des "Moratoriums" zu beanstanden ist. Nach BSG, Urt. v. 28.01.2009 – **B 6 KA 30/07 R** – zählen zu den **belegärztlichen Leistungen** auch die mikrobiologischen Leistungen nach Abschnitt **O III EBM a.F.**; ein genereller Ausschluss der Vergütung aller Laborleistungen durch einen HVM ist mit Bundesrecht nicht vereinbar, sofern diese Leistungen auch nicht über den Pflegesatz für die Belegstation abgegolten werden; nach BSG, Urt. v. 28.01.2009 – **B 6 KA 50/07 R** – ist es nicht zu beanstanden, dass sich nach Streichung der Nr. 16 EBM mit der zeitgleichen Erhöhung der **Ordinationsgebühr** nach Nr. 1 EBM a.F. für **Internisten und Orthopäden mit der Zusatzbezeichnung "Rheumatologie"** diese Erhöhung für Internisten und Orthopäden unterschiedlich auswirken konnte, weil die Ordinationsgebühr Bestandteil des Praxisbudgets war, das nur für Orthopäden, aber nicht für fachärztlich tätige Internisten maßgeblich war; nach BSG, Urt. v. 10.12.2008 – **B 6 KA 37/07 R** – enthalten die bereichsspezifischen Bestimmungen über die Datenverarbeitung in der gesetzlichen Krankenversicherung keine Vorschriften, die eine Weitergabe von Patientendaten an private Dienstleistungsunternehmen gestatten; ebenso, wie im privatärztlichen Bereich durch § 17 III 2 KHEntg die Einschaltung von **Verrechnungsstellen** ausdrücklich zugelassen wird, bedürfte es einer entsprechenden Vorschrift für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung; da bisher die Einschaltung privater Abrechnungsstellen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hingenommen worden ist, bedarf es einer Übergangsregelung, damit sich die Leistungserbringer auf die nunmehr vom BSG geklärte Rechtslage einstellen und ihre abweichende Praxis dem anpassen können.

Vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 08-04-A I (S. 7); 07-04 A I (S. 6); 06-04 A I (S. 6); RID 05-04-A I (S. 7).

*M. Imbeck*, Direktabrechnung durch Laborgemeinschaften – Das Ei des Kolumbus oder ein Irrweg?, MedR 2009, 10-15.

#### 1. VERSPÄTETE TRENNUNG DER HAUS- UND FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG (KV HAMBURG, QUARTALE I U. II/00)

*LSG Hamburg, Urt. v. 16.07.2008 – L 2 KA 17/06 –*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 85 IV

RID 09-01-01

Werden die Hausärzte so gestellt, als wäre die gesetzlich vorgeschriebene Trennung der Gesamtvergütung bereits zum 01.01.2000 durchgeführt worden, und hat die KV ihnen die sich hiernach ergebenden zusätzlichen Honorare zuerkannt, so ist es unerheblich, dass den Fachärzten die Summe, die ihnen bei richtiger Behandlung bereits in den Quartalen I und II/00 nicht hätte zufließen dürfen, verblieben ist und der den Hausärzten zugeflossene Betrag aus allgemein gebildeten Rückstellungen geflossen ist.

*SG Hamburg*, Gerichtsbb. v. 26.06.2006 - S 27 KA 229/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

**Parallelverfahren:** *SG Hamburg*, Urt. v. 31.01.2007 - S 27 KA 230/04 -

*LSG Hamburg, Urt. v. 16.07.2008 – L 2 KA 5/07 –*

RID 09-01-02

#### 2. DMP KHK: PARALLELVERGÜTUNG FÜR KOORDINIERENDE UND WEITERBEHANDELNDE ÄRZTE

*SG Potsdam, Urt. v. 19.12.2007 – S 1 KA 168/07 –*  
MedR 2008, 754 m. Anm. zust. Arend  
SGB V §§ 73a, 91, 137f I 1, 266 VII, 267 II 4

RID 09-01-03

Leitsatz (MedR): 1. Ärzte, die im Rahmen von DMP KHK Programmen sowohl als koordinierende wie auch weiterbehandelnde Vertragsärzte zugelassen sind, können erbrachte Leistungen in Bezug auf denselben Patienten für beide Versorgungsebenen abrechnen.

2. Eine Überweisung durch einen anderen teilnehmenden Vertragsarzt ist trotz entgegenstehenden Wortlautes keine Anspruchsvoraussetzung.

Das *SG* gab der Klage statt.

### 3 .RADIOLOGEN MIT MAGNETRESONANZTOMOGRAFIE (KV BRANDENBURG)

#### A) QUARTALE I-III/99

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.07.2008 – L 7 KA 15/04-25 –**

**RID 09-01-04**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 85 IV

Die Vergütung für Radiologen mit Magnetresonanztomografie im Bereich der KV Berlin in den Quartalen I bis III/99 ist rechtmäßig.

**SG Potsdam**, Urt. v. 18.08.2004 - S 1 KA 241/00 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### B) QUARTALE I-IV/00

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.07.2008 – L 7 KA 17/04-25 –**

**RID 09-01-05**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 85 IV

Die Vergütung für Radiologen mit Magnetresonanztomografie im Bereich der KV Berlin in den Quartalen I bis IV/00 ist rechtmäßig.

Spezialisiert sich ein Arzt innerhalb seines Gebietes oder Teilgebietes auf wenige ausgewählte Leistungen mit der Folge, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen einer größeren Zahl von Leistungen nicht mehr möglich ist, so muss er das **Risiko der mangelnden Rentabilität** der von ihm betriebenen **Spezialpraxis** tragen (**BSG** SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1).

**SG Potsdam**, Urt. v. 18.08.2004 - S 1 KA 292/01 – gab der Klage bzgl. der Quartale I u. II/00 statt, das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

**Parallelverfahren** (Quartale I/00, IV/00, I/01 und III/01): **SG Potsdam**, Urt. v. 10.11.2004 - S 1 KA 40/02 –

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.07.2008 – L 7 KA 1/05-25 –**

**RID 09-01-06**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

(Quartale I-III/00):

**SG Potsdam**, Urt. v. 18.08.2004 - S 1 KA 40/02 –

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.07.2008 – L 7 KA 16/04-25 –**

**RID 09-01-07**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

### 4. INDIVIDUALBUDGET

#### A) UNZULÄSSIGE INDIVIDUALBUDGETS: BINDUNG AN BEWERTUNGS-AUSSCHUSS (KV BADEN-WÜRTTEMBERG II/05)

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2054/08 –**

**RID 09-01-08**

Revision anhängig: B 6 KA 43/08 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV, IVa; GG Art. 3 I, 12 I

**Leitsatz:** 1. Kernpunkt der Regelungen des Gesetzgebers in § 85 Abs. 4 S. 7 und 8 SGB V (Fassung 2005) sind zum einen arztgruppenspezifische Grenzwerte (Vorgabe 1), innerhalb deren erbrachte ärztliche Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Vorgabe 2 - wobei Vorgabe 1 und Vorgabe 2 zusammen als Regelleistungsvolumen bezeichnet werden) und für den Fall der Überschreitung dieser Grenzwerte eine Überschreitung der Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Vorgabe 3) zu erfolgen hat. Diese gesetzlichen Vorgaben sind zwingend.

2. Der Bewertungsausschuss darf zwar den Inhalt der Regelungen zu den Leistungsvolumen und zur Abstufung der überschießenden Leistungsmenge näher konkretisieren und ggf. dazu passende ergänzende Steuerungsinstrumente einführen (§ 85 Abs. 4a SGB V), er muss sich dabei aber immer im Rahmen der grundsätzlichen gesetzlichen Wertung in § 85 Abs. 4 S. 7 und 8 SGB V halten.

3. Ein Honorarverteilungsvertrag, der ein nach Punkten bemessenes Individualbudget vorsieht, das auf den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres basiert und die Leistungen mit einem floatenden Punktwert vergütet, verstößt sowohl gegen § 85 Abs. 4 SGB V als auch gegen die Übergangsvorschrift unter III. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004.

**SG Stuttgart**, Urt. v. 27.02.2008 – S 5 KA 2804/06 – RID 08-02-11 gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## B) ZULÄSSIGE FORTFÜHRUNG VON INDIVIDUALBUDGETS

*SG Hamburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 84/06 u.a. –*  
SGB V § 85 IV, IVa

RID 09-01-09

Der Bewertungsausschuss war befugt, bestehende HVM-Regelungen, die in ihren Auswirkungen vergleichbar mit den Regelleistungsvolumina (§ 85 IV 7 SGB V) sind, weiterhin bis in das Quartal III/05 fortgelten zu lassen. Aus der Nichteinhaltung der Vorgaben des § 85 IV 7 SGB V folgt nicht schon eine Unvereinbarkeit (a.A. *SG Stuttgart, Urt. v. 27.02.2008 – S 5 KA 2804/06 – RID 08-02-11*), denn innerhalb des dem Bewertungsausschuss zugestandenem Gestaltungsspielraums hat es angesichts der Komplexität der aufzustellen gewesenen Regeln gelegen, die gesetzlichen Vorgaben unter Inanspruchnahme einer für deren sachgerechte Ausführung für notwendig erachteten Zeit zu erfüllen, woraus zum einen die inhaltliche Beschlussfassung erst am 29.10.2004 resultierte und zum anderen neben der generellen Empfehlung, die bisherigen Honorarverteilungsverträge bis einschließlich des Quartals I/05 weiter anzuwenden, es ihm erlaubte, den KVen und ihren Vertragspartnern auf Kassenseite unter den in III.2.2 des Beschlusses vom 29.10.2004 genannten Voraussetzungen eine weitere Übergangsfrist bis 31.12.2005 einzuräumen.

Für eine verfassungsrechtlich relevante Benachteiligung der Ärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie in den Quartalen III/04 bis I/05 und III/05 gibt es keine Anhaltspunkte.

Das *SG* wies die Klage ab.

## C) EINBEZIEHUNG EIGENER NOTDIENSTFÄLLE IN INDIVIDUALBUDGET

*SG Düsseldorf, Urt. v. 05.11.2008 – S 2 KA 136/07 –*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 85 IV

RID 09-01-10

Eine Regelung in einem HVV (Quartale II/05-IV/06), wonach **Leistungen im organisierten Notfalldienst**, bewertet mit einem Punktwert von 4,6016 Ct., **außer** in den Fällen der Behandlung von **Patienten des eingeteilten Arztes** oder seines Vertreters, **extrabudgetär** vergütet werden, ist nicht zu beanstanden. Ein sachlicher Grund liegt darin, möglichen Anreizen zu einer Verlagerung der Behandlung eigener Patienten aus der eigenen Praxis in die Notfallpraxis mit ihren unerwünschten Folgen auf die Honorarverteilung entgegenzuwirken.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 5. VERGÜTUNGSAUSSCHLUSS BEI EINGABEFEHLER

### A) EINZUG DER PRAXISGEBÜHR/FEHLERHAFTE ANGABE

*LSG Hessen, Urt. v. 24.09.2008 – L 4 KA 43/07 –*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 43b, 85 IV; BMV-Ä §§ 18 IV, 54; EKV-Ä §§ 21 IV, 53

RID 09-01-11

Eine Bestimmung in einem Honorarverteilungsmaßstab, nach der der Vertragsarzt **Korrekturen** im Regelfall nur **innerhalb von sechs Wochen** nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres einreichen kann, ist zulässig. Allerdings darf die Art und Weise der Anwendung einer solchen Regelung keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiegt, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zwecke steht (vgl. BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 29/06 R -).

Eine Abrechnung kann in Bezug auf die Folgen einer verspäteten Einreichung nicht einer Nicht-Abrechnung gleichgestellt werden. Ist die Unrichtigkeit der Praxisgebühreinnahmen für eine KV gerade nicht erkennbar, weil die vom Vertragsarzt im Rahmen der Abrechnungskorrektur geltend gemachten Behandlungsfälle aufgrund von Eingabefehlern nicht als Überweisungen kenntlich gemacht worden sind bzw. die Kennzeichnung von Zuzahlungsbefreiungen fehlt, so handelt es sich im Unterschied zu der vom BSG entschiedenen Fallgestaltung nicht um unvermeidbare technische Fehler, sondern um Eingabefehler.

*SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 1027/06 – RID 07-02-18* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## B) BERÜCKSICHTIGUNG NACHTRÄGLICHER ABRECHNUNGSKORREKTUR/UNVERHÄLTNISMÄßIGKEIT

*SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 85/08 –*

RID 09-01-12

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 4/09 -* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) == <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V § 85 IV

Ein Vertragsarzt, der irrtümlich die Pseudoziffer für ambulante und extrabudgetär vergütete Operationsleistungen nicht auf der Abrechnungsdiskette, sondern nur auf eingereichten Dokumentationsbögen für Zwecke der Qualitätssicherung angibt, und dadurch einen Verlust des ihm eigentlich zustehenden Honorars in zwei Quartalen von 40,5 % bzw. 33,1 % erleidet, ist zur nachträglichen Abrechnungskorrektur zuzulassen.

Das *SG* gab der Klage statt.

## 6. UMLAGE FÜR GEMEINSCHAFTSAUFGABEN/VERWALTUNGSKOSTEN U. VERZINSUNG VON HONORARNACHVERGÜTUNG

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 04.11.2008 – L 4 KA 14/06 –*

RID 09-01-13

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

SGB V § 85 IV; GG Art. 3 I; SGB I § 44; BGB §§ 288, 291

Wird der **Abzug von Verwaltungskosten** in einem gerichtlichen Verfahren nicht beanstandet und ergeht ein Urteil zur Neubescheidung eines Honoraranspruchs, so wirkt die **rechtskräftige Verurteilung zur Neubescheidung** auch – negativ - dahingehend, dass die angefochtenen Bescheide hinsichtlich weiterer Gesichtspunkte nicht zu beanstanden sind. Hätte die Klägerin mehr erreichen wollen als die Maßgaben der Verurteilung zur Neubescheidung es beinhalteten, hätte sie ihrerseits gegen das Urteil Berufung einlegen müssen (zur Bindungswirkung eines rechtskräftigen Bescheidungsurteils vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2007 - B 6 KA 27/06 R - SozR 4-1500 § 141 Nr. 1).

Für die **Erhebung einer Umlage** sind insb. das Kostendeckungsprinzip und das Äquivalenzprinzip zu beachten.

Ein Anspruch auf **Verzinsung** eines Nachvergütungsanspruchs besteht nicht.

Ein **Zinsanspruch** scheidet auch bereits daran, dass die nunmehr festgestellte Nachvergütungsforderung zum Zeitpunkt des Erlasses der in dem früheren Verfahren angefochtenen Bescheide über die Nachvergütung bzw. zu Zeitpunkt der damaligen Klagerhebung noch nicht **betragsmäßig** feststand und auch nicht Gegenstand einer auf Leistung (Zahlung) gerichteten Klage war, wie dies in der zivilgerichtlichen Rechtsprechung für einen Zinsanspruch aus § 288 oder § 291 BGB vorausgesetzt wird.

Nach BVerwG, das in entsprechender Anwendung des § 291 BGB **Prozesszinsen** bereits in ständiger Rechtsprechung zuspricht, können allerdings Prozesszinsen im Verwaltungsrechtsstreit auch verlangt werden, wenn die Leistungsklage nicht als Zahlungsklage, sondern als **Verpflichtungsklage** erhoben ist (BVerwG, Urt. v. 20.12.1960 - II C 120.59 - BVerwGE 11, 314). Dies setzt aber voraus, dass der Prozess mit dem **Zuspruch einer eindeutig bestimmten Geldforderung** endet, sei es durch Verurteilung zur Zahlung, sei es durch Verpflichtung zum Erlass eines entsprechenden Leistungsbescheides.

Die kl. Gemeinschaftspraxis von Augenärzten klagte wegen Nachvergütung von Leistungen aus der Modellvereinbarung ambulantes Operieren (III/97 bis II/98). *SG Kiel, Urt. v. 28.06.2000 - S 15 KA 107/00 –* verpflichtete zur Neubescheidung, die Berufung der KV wies *LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.01.2003 – L 4 KA 101/00 –* zurück. Mit Schreiben ihrer Regressabteilung v. 14.08.2003 teilte die Bekl. mit, dass der Nachvergütungsbetrag in Höhe von 115.088,05 EUR abzüglich einer Umlage für Gemeinschaftsaufgaben von 0,25 % entsprechend 287,72 EUR sowie Verwaltungskosten von 1,5 % entsprechend 1.722,00 EUR an die Kl. überwiesen werde (Überweisungsbetrag 113.078,33 EUR). Die Kl. wandte sich gegen den Abzug der Umlage für Gemeinschaftsaufgaben und Verwaltungskosten und machte die Verzinsung der Nachvergütungsforderung ab Erlass der ursprünglichen Nachvergütungsbescheide vom 30.11.1998 bzw. 31.03.1999 geltend. *SG Kiel, Urt. v. 28.06.2006 - S 16 KA 153/04 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 7. KEINE VERZINSUNG VON HONORARNACHZAHLUNGEN

*SG Marburg, Urt. v. 26.11.2008 – S 12 KA 27/08 –*

RID 09-01-14

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 3/09 -* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = [juris = http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform](http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform)

SGB V §§ 69, 85 IV; SGB I § 44; BGB § 288

Vertragsärztliche Honorarnachzahlungen sind nicht zu verzinsen.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 8. RÜCKNAHME BESTANDSKRÄFTIGER HONORARBESCHEIDE

### A) NICHTBEACHTUNG DER BSG-RSPR.

S.a. LSG Hessen, Urt. v. 18.06.2008 – L 4 KA 83/07 - RID 08-04-04.

*LSG Hessen, Beschl. v. 15.09.2008 – L 4 KA 42/08 –*

RID 09-01-15

SGB V § 85 IV; SGB X § 44

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. 09.04.2008 – S 12 KA 158/07 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) FEHLERFREIE ERMESSENSAUSÜBUNG BEI BESCHRÄNKUNG AUF RECHTSBEHELFSVERFAHREN

*LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 64/07 –*

RID 09-01-16

SGB V § 85 IV; SGB X § 44 ff.

Die Aufhebung bestandskräftiger Honorarbescheide wird ermessensfehlerfrei abgelehnt, wenn die Aufhebung auf die Fälle beschränkt wird, in denen ein Rechtsbehelf eingelegt wurde. Würde wegen der Selbstbindung der Verwaltung die Verpflichtung zur Rückabwicklung weiterer Honorarbescheide folgen, so kann die Nachberechnung auf die anhängigen Verfahren beschränkt werden. Der Umstand einer „Freiwilligkeit und der Allgemeinverbindlichkeit“ der Änderung der Honorarverteilung sowie die Tatsache, dass die Änderungen allein einen bestimmten Honorartopf betreffen, rechtfertigen nicht die Annahme eines atypischen Falles.

*SG Marburg*, Urt. v. 22.08.2007 – S 12 KA 1012/06 – RID 07-03-25 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 9. KV HESSEN

### A) HONORARBESCHEIDE AB QUARTAL II/05

#### AA) AUSGLEICHSREGELUNG NACH EBM 2005: 5 %-SCHWANKUNGSBREITE/JUNGE PRAXIS

*LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 14/08 –*

RID 09-01-17

*Revision anhängig: B 6 KA 1/09 R* [www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de/juris/http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform)  
SGB V § 85 IV

Die Rspr. des BSG zum Schutz unterdurchschnittlich großer Praxen vor unangemessener Benachteiligung durch Honorarbegrenzungsregelungen ist auf die **Ausgleichsregelung** nach Ziff. 7.5 HVV der KV Hessen, wonach zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2005 ein Vergleich des für das aktuelle Abrechnungsquartal berechneten fallbezogenen Honoraranspruches der einzelnen Praxis mit der fallbezogenen Honorarzahlung im entsprechenden Abrechnungsquartal des Jahres 2004 erfolgt und in dem Fall, dass der **Fallwertvergleich eine Fallwertminderung oder Fallwerterhöhung von jeweils mehr als 5%** (bezogen auf den Ausgangswert des Jahres 2004) zeigt, zu einer Begrenzung oder Stützung auf den maximalen Veränderungsrahmen von 5% führt, übertragbar. Die Regelung ist ergänzungsbedürftig, weil sie junge Praxen benachteiligt. Die Lücke ist durch **ergänzende Vereinbarung** der Vertragsparteien zu schließen.

*SG Marburg, Urt. v. 16.01.2008 – S 12 KA 188/07 – RID 08-01-13* gab der Klage des Kardiologen statt und verpflichtete zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

## **BB) TRENNUNG IN HAUS- UND FACHÄRZTLICHEN BEREICH/RÜCKLAGE FÜR AUSGLEICHSREGELUNG**

**SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 527/07 –**

**RID 09-01-18**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 18/09 - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V § 85 IV, IVa*

Von der von den Krankenkassen geleisteten Gesamtvergütung können bereits vor der Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und fachärztlichen Bereich bestimmte extrabudgetäre Leistungen abgezogen werden.

Die Aufteilung der Vergütung in einen haus- und fachärztlichen Honorarbereich in den Quartalen ab II/05 ff. (hier: II/05 und I bis III/06) im Bereich der KV Hessen ist rechtmäßig.

Die KV Hessen war berechtigt, im Quartal II/05 17 Mio. € aus den Rücklagen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV zuzuführen, um eine Aufstockung der Fallwerte im Rahmen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV bis zur Grenze von 95 % zu ermöglichen.

Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung.

## **B) REGELLEISTUNGSVOLUMEN UND SONDERREGELUNG**

### **AA) ANÄSTHESIOLOGEN: AMBULANTE OPERATIONEN BEI MKG-CHIRURGEN**

**SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 12/08 –**

**RID 09-01-19**

*Berufung anhängig: LSG Hessen [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V § 85 IV, IVa; EBM 2005 Nr. 01601; Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004*

Aufgrund der Inhomogenität der Gruppe der Anästhesiologen ist für einen Anästhesiologen, der im Wesentlichen einem MKG-Chirurgen bei ambulanten Operationen die Anästhesien durchführt, im Rahmen des Regelleistungsvolumens eine Sonderregelung zu treffen (vgl. für eine schmerztherapeutische Praxis bereits Urt. der Kammer v. 21.05.2008 - S 12 KA 18/07 - RID 08-03-09, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 52/08 -).

Das **SG** gab der Klage statt.

### **BB) DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE IM LÄNDLICHEN PLANUNGSBEREICH**

**SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 162/07 –**

**RID 09-01-20**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 12/09 - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V § 85 IV*

Allein aus dem Umstand, dass eine Gemeinschaftspraxis mit drei Fachärzten für Diagnostische Radiologie in einem ländlichen Planungsbereich tätig ist, wird nicht nachvollziehbar, weshalb aus diesem Grund eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen erforderlich wäre. Ein Grund liegt auch nicht allein in der vermehrten Abrechnung einzelner MRT-Leistungen.

Das **SG** wies die Klage ab.

## **C) QUARTALE BIS I/05**

### **AA) INDIVIDUALBUDGETIERUNG: DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE IM LÄNDLICHEN PLANUNGSBEREICH**

**SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 299/07 –**

**RID 09-01-21**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 13/09 - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V § 85 IV*

Eine Gemeinschaftspraxis mit drei Fachärzten für Diagnostische Radiologie kann im Rahmen der Individualbudgetierung nach Abschnitt Nr. 2 der Anlage 3 zu LZ 702 HVV der KV Hessen (hier: Quartal III/04) mit den Fallwerten der Fachgruppe budgetiert werden. Der Status als sog. junge Praxis wird nicht berührt, soweit jeweils die Fallzahl des aktuellen Quartals und nicht die eines früheren Referenzquartals maßgeblich ist. Allein aus dem Umstand, dass die Praxis in einem ländlichen Planungsbereich tätig ist, wird nicht nachvollziehbar, weshalb aus diesem Grund im Vergleich zur Fachgruppe vermehrt insb. MRT-Leistungen nachgefragt werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

## **BB) FALLZAHLBEGRENZUNGSMAßNAHME**

**LSG Hessen, Urt. v. 24.09.2008 – L 4 KA 23/07 –**

**RID 09-01-22**

SGB V § 85 IV; SGB X § 44 ff.

Die Fallzahlbegrenzungsregelung der KV Hessen mit einer 2 %igen Steigerung ist im Quartal II/02 nicht zu beanstanden (vgl. bereits LSG Hessen, Urt. v. 28.06.2006 – L 4 KA 9/05 –RID 06-04-16).

Ein Facharzt für Psychiatrie hat es in einem übertorsorgten Planungsbereich selbst in der Hand, in welchem Umfang er eine Betreuung von psychotisch erkrankten Patienten in Alten- und Pflegeheimen übernimmt. Jedenfalls wenn Leistungen nach Nr. 15 EBM nicht in annähernd durchschnittlichem Maße abgerechnet werden, besteht kein Anspruch auf eine Sonderregelung.

**SG Marburg**, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 565/06 – RID 07-02-07 verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Klage ab.

## **10. ZAHNÄRZTE**

### **A) KEINE NOTFALLBEHANDLUNGEN DURCH VERTRAGSZAHNÄRZTE**

**LSG Hamburg, Urt. v. 24.09.2008 – L 2 KA 1/07 –**

**RID 09-01-23**

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

SGB V §§ 75 I, 76 I 2

Eine Abrechnung von Notfallbehandlungen einer nicht zugelassenen Zahnklinik ist unzulässig, wenn Vertragszahnärzte die Behandlung vornehmen, die in Vertragsbeziehungen mit dieser stehen und ihre Praxisräume im selben Gebäude wie diese haben.

**SG Hamburg**, Urt. v. 06.12.2006 – S 27 KA 393/03 - gab der Klage teilweise statt, das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

### **B) KEIN GERINGERES BUDGET FÜR AUCH BEI KV ABRECHNENDE MKG-CHIRURGEN**

**SG Hannover, Urt. v. 11.10.2006 – S 35 KA 1212/02 –**

**RID 09-01-24**

MedR 2008, 758

SGB V § 85 IV 2, 5 u. 7

Leitsatz (MedR): 1. Ergibt ein Honorarbescheid als vorläufig, kann dieser als Folge einer sachlich-rechnerischen Berichtigung (ohne Bindung an § 45 SGB X) nachträglich geändert werden.

2. Ein Honorarverteilungsmaßstab, der für vertragszahnärztliche Leistungen einen Sockelbetrag festlegt und Honorarforderungen, die oberhalb dieses Betrages liegen, geringer vergütet (hier: mit 12,66 %), ist zur Begrenzung der Leistungen und damit der Vergütung geeignet, unter bestimmten Voraussetzungen auch erforderlich und mithin rechtmäßig (im Anschluss an BSG, Urt. v. 13.03.2002 – B 6 KA 1/01R –).

3. Sieht ein Honorarverteilungsmaßstab Erhöhungen des zahnarztbezogenen Budgets vor, ist diese Regelung auch dann anzuwenden, wenn der Vertragszahnarzt Leistungen nicht nur bei der KZV, sondern auch bei der KV abrechnet.

Das **SG** gab der Klage statt.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 10.12.2008 – **B 6 KA 45 u. 66/07 R** - ist die Leistungslegende der Abrechnungsbestimmung nach Nr. 7025 EBM a.F. nicht auf eine bestimmte Technik für die Herstellung patientenindividueller Ausblendungen mit Hilfe eines **Multi-Leaf-Kollimators** beschränkt; die bei der Anfertigung patientenindividueller Ausblendungen anfallenden Kosten sind gesondert zu vergüten; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 1/08 R** – ist 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) berechnungsfähig.

Vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 08-04-A II (S. 14); 07-04 A II (S. 14); RID 06-04 A II (S. 16); RID 05-04-A II (S. 9).

### 1. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG: TAGESPROFIL ÜBER 12 STUNDEN

**LSG Thüringen, Urt. v. 30.04.2008 – L 4 KA 299/05 –**

**RID 09-01-25**

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

BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä § 34 IV 1 u. 2

Ein Zeitansatz für die Leistung nach der **Nr. 850 EBM a.F.** (differenzial-diagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände mit schriftlichem Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge, einschließlich Beratung bis zu zweimal im Behandlungsfall) von 10 Minuten erscheint nicht unangebracht hoch.

Es kommt nicht darauf an, ob ein von der KV gewählter Zeitansatz vorher veröffentlicht worden ist.

Die Reduzierung des Quartalhonorars um den prozentualen Honoraranteil der Arbeitszeitüberschreitungen von 12 Stunden (ohne Quartalsleistungen) ist nicht zu beanstanden.

**SG Gotha**, Urt. v. 15.12.2004 - S 7 KA 566/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 2. FEHLENDE GENEHMIGUNG EINER ANSTELLUNG

**SG Marburg, Urt. v. 26.11.2008 – S 12 KA 459/07 –**

**RID 09-01-26**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 2/09 -* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>

Ärzte-ZV § 32

Jedenfalls dann, wenn sich die Tätigkeit nicht auf wenige Tage beschränkt, ist die Anstellung einer approbierten Ärztin – abgesehen von der Beschäftigung als angestellte Ärztin nach § 95 IX u. IXa SGB V i. V. m. § 32b Ärzte-ZV oder eines Vertreters nach § 32 I 2 bis 4 Ärzte-ZV – nur in der Form einer Anstellung als Assistentin nach § 32 II Ärzte-ZV und damit mit Genehmigung möglich.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 3. PRÄANÄSTHESIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN: ZIFF. 31831 EBM 2005

**SG Düsseldorf, Urt. v. 03.12.2008 – S 2 KA 129/07 –**

**RID 09-01-27**

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

EBM Ziff. 05310

Die Erforderlichkeit präanästhesiologischer Untersuchungen außerhalb ambulanter oder belegärztlicher Operationen des Abschnitts 31.2 führt nicht zu deren Abrechnungsfähigkeit nach der Nr. 05310 EBM 2005. Dies ergibt sich aus der Auslegung des Leistungstatbestandes dieser Gebührenziffer.

Nicht jede ärztliche Einzelleistung, die medizinisch geboten ist, muss separat abrechnungsfähig sein. Es reicht aus, wenn sie von einer höher bewerteten Abrechnungsziffer (hier: Nr. 31831: 1.065 Punkte, Nr. 05310: 480 Punkte) mit erfasst wird bzw. mit den Ordinationskomplexen abgegolten wird.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 4. NR. 17 EBM 1996: BERATUNG NACH IMPLANTATION EINES HERZSCHRITTMACHERS

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 04.12.2008 – L 3 KA 19/07 –**

**RID 09-01-28**

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

SGB V §§ 87 I, II; EBM 1996 Nr. 17

**Leitsatz:** Ein der Implantation folgendes, mindestens 10 Minuten dauerndes Gespräch über die Regeln, die beim Leben mit einem Herzschrittmacher zu beachten sind, ist nicht Bestandteil des präoperativen Aufklärungsgesprächs und kann deshalb mit der Ziffer 17 EBM a.F. abgerechnet werden.

**SG Bremen**, Urt. v. 13.12.2006 - S 1 KA 47/03- gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## 5. ZAHNÄRZTE

### A) KEINE EINLEITUNG EINER WURZELKANALBEHANDLUNG BEI SCHMERZFALLBEHANDLUNG

*LSG Hamburg, Urt. v. 24.09.2008 – L 2 KA 35/06 –*

**RID 09-01-29**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = [www.zahn-forum.de/zf/urteile](http://www.zahn-forum.de/zf/urteile)  
SGB V § 106a; BEMA-Z Nr. 03, 32, 34

Bei Patienten, die als **Schmerzfälle** nach Nr. 03 BEMA-Z abgerechnet werden, kann sich die Behandlung nicht auf Maßnahmen erstrecken, die auf einen späteren Zeitpunkt hätten verschoben werden können. Zur **Erlangung von Schmerzfreiheit** reicht die Trepanation nach Nr. 31 BEMA-Z oder die Vitalexstirpation nach Nr. 28 BEMA-Z des betroffenen Zahns aus. Sowohl das zusätzliche Aufbereiten des Wurzelkanalsystems nach Nr. 32 BEMA-Z als auch die zusätzliche medikamentöse Einlage nach Nr. 34 BEMA-Z in Verbindung mit einer Maßnahme nach den Nrn. 28, 29 oder 32 BEMA-Z dienen danach nicht mehr der Beseitigung der geklagten Schmerzen. Sie sind Teil einer sich an die Akutbehandlung anschließenden **Wurzelkanalbehandlung**, die aus den Arbeitsschritten Eröffnen des Pulpenkavums, Kanaleröffnung, Gestaltung des Zugangskavität, Pulpenentfernung, Kanalreinigung, Kanaldesinfektion, Kanalverbreiterung und schließlich Kanalfüllung besteht. Soweit die zahnmedizinischen Fachgesellschaften befürworten, dass auch in Akutfällen nach Möglichkeit kausal und nicht nur symptombezogen behandelt wird, ist dies ohne Belang, denn dies hat bisher jedenfalls keinen Eingang in das vertragszahnärztliche Regelwerk gefunden.

*SG Hamburg, Urt. v. 19.07.2006 - S 3 KA 84/05 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) NR. 56c BEMA-Z/NR. 1486 GOÄ

*SG Gotha, Urt. v. 13.02.2008 – S 7 KA 4379/06 –*

**RID 09-01-30**

*SG Gotha, Urt. v. 13.02.2008 – S 7 KA 2743/05 –*

**RID 09-01-31**

[www.zahn-forum.de/zf/urteile](http://www.zahn-forum.de/zf/urteile) juris  
BEMA-Z Nr. 56c GOÄ Nr. 1486

Vergütungstatbestände sind entsprechend ihrem Wortlaut auszulegen und anzuwenden. Der Wortsinn ist maßgebend und kann nur in engen Grenzen durch eine systematische und/oder entstehungsgeschichtliche Interpretation ergänzt werden. Auslegungen und **Analogien** sind unzulässig. Die Nichterbringung einer Leistung kommt bereits darin zum Ausdruck, dass ein Vertragszahnarzt die Berechtigung zu einer „analogen“ Anwendung des Gebührentatbestands (hier: Nr. 1486 GOÄ) geprüft sehen will.

Ohne eine röntgenologisch nachweisbare Zyste kann **Nr. 56c BEMA-Z** nicht abgerechnet werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

Ebs. *SG Mainz, Urt. v. 06.09.2006 – S 2 KA 108/04 – RID 08-01-32 (S. 17)* m.w.N.

### III. Arztregister/Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst

Zur BSG-Rspr. vgl. zuletzt RID 07-04 A III (S. 17); zum **Bereitschaftsdienst** s. BSG, Urt. v. 06.02.2008 - B 6 KA 13/06 R – ZMGR 2008, 213.

#### 1. KEINE EINTRAGUNG IN ARZTREGISTER FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPEUT

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2851/06 –**

**RID 09-01-32**

*Revision anhängig: B 6 KA 45/08 R*

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 92 I 1, i 2 Nr. 1 u. 5, Via, 95 II 3 Nr. 1, 95c S. 1 Nr. 2 u. 3, 135 I 1 Nr. 1; GG Art. 3 I, 12 I; PsychThRL

**Leitsatz:** 1. Bei der Anwendung der §§ 95 II 3 Nr. 1, 95c S. 1 Nr. 2, S. 2 Nr. 3 SGB V ist vom gegenwärtig geltenden Normenbestand der **Psychotherapierichtlinien** auszugehen.

2. Solange die **Gesprächspsychotherapie** als in der gesetzlichen Krankenversicherung anerkanntes Behandlungsverfahren in den Psychotherapierichtlinien nicht benannt ist, kann der Fachkundenachweis des §§ 95c SGB 5 durch gesprächspsychotherapeutische Behandlungen oder Ausbildungen nicht erbracht werden.

3. **Leistungserbringer** können sich bei verzögerter Beschlussfassung grundsätzlich nicht auf **Systemversagen** (analog § 13 III SGB V) berufen, entscheidend ist allein, ob sie in ihren Grundrechten aus Art. 12 GG verletzt werden.

4. Der **Beschluss des GBA** v. 24.04.2008, dass die Gesprächspsychotherapie nicht die Erfordernisse der Psychotherapierichtlinien erfüllt, als ein zur Krankenbehandlung geeignetes Verfahren i.S. von § 92 VIa i.V.m. § 135 I 1 SGB V anerkannt zu werden, ist nicht zu beanstanden. Der GBA hat sich innerhalb des ihm eingeräumten Beurteilungsspielraums gehalten.

Der 1950 geb. Kl. ist Dipl.-Sozialpädagoge (FH; Staatsexamen 1978). 1989 wurde ihm von der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. die Anerkennung als Ausbilder in personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen erteilt; ein entsprechendes Zertifikat in personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen erhielt er 1997. 1999 wurde er als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut approbiert. Seit 01.07.2001 ist er als Gutachter für Familiengerichte und als freier Mitarbeiter in einem kindertherapeutischen Zentrum tätig. Die 2002 beantragte Eintragung in das Arztregister mit dem Vortrag, er praktiziere das Verfahren der personenzentrierten Psychotherapie, die seines Wissens gerade vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als Richtlinienverfahren anerkannt worden sei, blieb erfolglos. **SG Karlsruhe**, Urt. v. 20.08.2003 - S 1 KA 4414/02 - RID 04-01-60 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

S.a. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 15.10.2003 - S 27 KA 3870/02 - RID 03-04-39; zur Aussetzung des Berufungsverfahrens s. **LSG Hessen**, Beschl. v. 20.12.2007 – L 6/7 KA 1133/03 – RID 08-01-39.

Zur **Anerkennung einer Ausbildungsstätte** für Gesprächspsychotherapie bei Kinder- und Jugendlichen s. **OVG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 15.01.2008 – 13 A 5238/04 – RID 08-01-217.

#### 2. EINTRAGUNG IN ARZTREGISTER: ALLGEMEINMEDIZIN UND FÜNFJÄHRIGE WEITERBILDUNGSZEIT

**LSG Hessen, Urt. v. 18.12.2008 – L 4 KA 78/07 –**

**RID 09-01-33**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 3/09 B*

SGB V § 95; Ärzte-ZV §§ 2, 3

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

§ 95a SGB V ist auch in den Fällen anwendbar, in denen ein Vertragsarzt bereits als Praktischer Arzt eingetragen ist und darüber hinausgehend die Eintragung der Bezeichnung Facharzt für Allgemeinmedizin begehrt.

**SG Marburg**, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 135/07 – RID 07-04-29 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 3. QUALITÄTSSICHERUNG

##### A) NACHWEIS MIT BILDDOKUMENTATION EINSCHL. ZOEKUM

**LSG Hessen, Beschl. v. 12.09.2008 – L 4 KA 45/08 –**

**RID 09-01-34**

SGB V § 135; § 6 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 20.09.2002

Nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 20.09.2002 (Deutsches Ärzteblatt 2002, Heft 40 S. A.-2654) ist ein Nachweis anhand der Bilddokumentation dafür, dass die Koloskopie auch das Zोकum umfasst, zu erbringen.

**SG Marburg**, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 412/07 – RID 08-02-47 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## B) NACHWEISPF LICHT FÜR QUALITÄT EINES LANGZEIT-EKG-GERÄTS

*LSG Hessen, Urt. v. 24.09.2008 – L 4 KA 32/07 –*

RID 09-01-35

SGB V §135 II; Langzeit-EKG-Untersuchungen-Vereinbarung B.3.1

Nachweis pflichtig für die Qualität eines für Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen benutzten Gerätes ist der Vertragsarzt. Aus der Genehmigung für ein neues Aufzeichnungsgerät sind keine Rückschlüsse auf das zuvor benutzte Gerät möglich.

*SG Marburg, Urt. v. 25.04.2007 – S 12 KA 995/06 – RID 07-02-34* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 4. ZWEIGPRAXIS

### A) KEINE DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE/VERSORGUNGSVERBESSERUNG

*LSG Bayern, Urt. v. 23.07.2008 – L 12 KA 3/08 –*

RID 09-01-36

*Revision anhängig: B 6 KA 42/08 R*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = MedR 2009, 56

SGG § 54 I; Ärzte-ZV § 24 III

Ein Vertragsarzt kann nicht im Wege der **defensiven Konkurrentenklage** eine Filialtätigkeitsgenehmigung anfechten. § 24 III 1 Ärzte-ZV vermittelt keinen Drittschutz.

Im Falle der **willkürlichen Erteilung** einer Filialtätigkeitsgenehmigung ist dem im örtlichen Umfeld niedergelassenen Vertragsarzt, der im wesentlichen gleiche Leistungen erbringt, ausnahmsweise eine Anfechtungsberechtigung zuzusprechen.

Eine Filialtätigkeit erscheint nur genehmigungsfähig, wenn die "**Verbesserung**" nicht nur für einen Teil des Spektrums, sondern in der gesamten Spektrumsbreite zu bejahen ist. Umgekehrt müssen die in der Filialpraxis angebotenen Leistungen auch in der Hauptpraxis erbracht werden (sonst ausgelagerte Praxisräume). Soweit die Tätigkeit in einer Filialpraxis zur Prüfung steht, legt die Einführung des Begriffs der Verbesserung eine Reduzierung der Voraussetzungen der Errichtung einer Zweigpraxis gegenüber dem früheren Rechtszustand nahe.

Es erschiene in sich widersprüchlich, eine Verbesserung der Versorgung **allein aufgrund der Tätigkeit eines weiteren Arztes** an einem Ort anzunehmen, etwa weil jedes zusätzliche Leistungsangebot verbessere. Der Begriff der Verbesserung, was seine rechtliche Fundierung betrifft, ist grundsätzlich **losgelöst von den Kriterien der Bedarfsprüfung** zu interpretieren. Es ist nicht auf dem entwickelten Bedarfsprüfungsschema, wie es z.B. bei einer Sonderbedarfsprüfung (§ 24 BedarfsplRL-Ä) zugrunde gelegt wird, aufzusetzen, um dann das Merkmal als Ausprägung des Vorliegens eines Versorgungsbedarfs - nur mit herabgesetzter Schwelle - zu verstehen. Alles was in der gesamten Breite eines Facharztspektrums oder nur in einem mehr oder minder großen Teilspektrum die Versorgungsdichte oder -qualität steigert, erfüllt zunächst den Begriff der Verbesserung.

Die Vermeidung eines Regelungswiderspruchs zu § 95 II 9 SGB V erfordert es, eine Verbesserung hinsichtlich eines Leistungsangebots nicht anzunehmen, wenn eine **Übersorgung** mit der Leistung besteht. Erweist sich ein Planungsbereich für Neuzulassungen in einer Arztgruppe wegen Übersorgung als gesperrt, kann eine Filialtätigkeit eines bereichsfernen Vertragsarztes - zumindest wenn sie für das gesamte Spektrum einer Facharztstätigkeit dieser Gruppe erteilt wird - keine Verbesserung darstellen. Eine auf Teile des Gebietsspektrums bzw. bestimmte Leistungen beschränkte Tätigkeit ist dagegen auch im gesperrten Bereich genehmigungsfähig, wenn insoweit keine Zuvielversorgung besteht. Als Ausnahme von diesen Grundsätzen sind nur die Sachverhalte anzuerkennen, in denen die bedarfsplanerisch-rechnerische Feststellung der Übersorgung zur tatsächlichen Versorgungssituation in greifbarem Widerspruch steht.

Sicher unstatthaft ist es, in einem infolge Übersorgung gesperrten Bereich unter Hinweis auf Verkürzung von Wartezeiten eine sachlich **unbeschränkte Filialtätigkeitsgenehmigung** für das gesamte orthopädische Spektrum zu erteilen. Für diejenigen Leistungen, die nicht zu einer Verbesserung führen, darf eine Filialtätigkeit nicht genehmigt werden.

*SG München, Urt. v. 11.12.2007 – S 28 KA 781/07 –* wies die Klage einer orthopädischen Praxis gegen die dem beigel. Orthopäden mit Sitz in einem anderen Planungsbereich genehmigte Zweigpraxis in deren Planungsbereich ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## B) KEINE DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE

**LSG Hamburg, Beschl. v. 06.01.2009 – L 2 B 254/08 ER KA –**

**RID 09-01-37**

Ärzte-ZV § 24; SGG § 86b II

Einer nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis fehlt es an einem Anordnungsgrund für den Antrag, bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Hauptsacheverfahrens Honorare an eine Mitbewerberin für die Versorgung der Versicherten in einer Nebenbetriebsstätte auszuzahlen, wenn der Antrag 14 Monate nach Aufnahme der Tätigkeit in der Nebenbetriebsstätte gestellt wird.

Ein Vertragsarzt kann nicht im Wege der **Klage** eine Zweigpraxisgenehmigung anfechten. § 24 III 1 Ärzte-ZV vermittelt keinen Drittschutz. Widerspruch und Klage haben keine aufschiebende Wirkung.

**SG Hamburg**, Beschl. v. 23.05.2008 – S 3 KA 33/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## C) KINDERWUNSCHZENTRUM: KOOPERATION MIT ENDOKRINOLOGEN

**SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 115/08 –**

**RID 09-01-38**

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

Ärzte-ZV § 24

Weder in der Kooperation mit einem Endokrinologen noch in der Wegeverkürzung für die Patienten liegt eine Versorgungsverbesserung, die die Genehmigung einer Zweigpraxis eines MVZ Kinderwunschzentrums rechtfertigen würde, wenn im Ort der Zweigpraxis (hier: Frankfurt a. M. bei Hauptsitz in Wiesbaden) eine ausreichende Versorgung gewährleistet ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

## D) PSYCHOTHERAPEUTISCHE ZWEIGPRAXIS: VERSORGUNGSVERBESSERUNG/RESIDENZPFLICHT

**SG Marburg, Urt. v. 26.11.2008 – S 12 KA 13/08 –**

**RID 09-01-39**

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 1/09 -*

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

Ärzte-ZV § 24

In ländlichen Versorgungsgebieten mit eingeschränktem öffentliche Nahverkehr bedeutet die Genehmigung einer psychotherapeutischen Zweigpraxis in Orten mit über 10.000 Einwohnern eine Verbesserung der Versorgung, wenn trotz bedarfsplanungsrechtlich überversorgten Planungsbereichs ein Psychotherapeut im Ort nicht niedergelassen ist.

Fahrzeiten eines Psychotherapeuten von bis zu zwei Stunden verstoßen nicht gegen die Residenzpflicht und stehen der Genehmigung einer Zweigpraxis nicht entgegen.

Das **SG** gab der Klage statt.

## 5. GENEHMIGUNG: KEIN VERTRETER NACH ZULASSUNGSENTZIEHUNG

**SG Düsseldorf, Beschl. v. 23.12.2008 – S 2 KA 160/08 ER –**

**RID 09-01-40**

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

Zahnärzte-ZV § 32 I 2, II 2; SGG § 86b II; BO Zahnärztekammer Nordrhein

Ein Zahnarzt, der nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist aufgrund gerichtlich bestätigter **Zulassungsentziehung** (vgl. SG Duisburg, Urt. v. 20.11.2007 – S 19 KA 3/05 – RID 08-02-88; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.05.2008 - L 11 KA 16/08 -; BSG, Beschl. v. 05.11.2008 – B 6 KA 59/08 B -), verfügt nicht mehr über eine vertragszahnärztliche Zulassung und hat keinen Anspruch auf eine vertretungsweise Fortführung der Praxis.

Aus der Einlegung von **Rechtsmitteln** gegen eine Zulassungsentziehung resultiert kein schützenswertes Interesse dahin, nach Zurückweisung der Nichtzulassungsbeschwerde noch weitergehend die vertragszahnärztliche Tätigkeit vertretungsweise fortzuführen. Ein Zahnarzt muss sich zum Schutz des Eigentums an seiner Praxis frühzeitig um deren Abwicklung bemühen. Anbehandelte Fälle zum Abschluss zu bringen rechtfertigt ebf. keine vertretungsweise Fortführung der Praxis.

Das **SG** wies den Antrag, die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, dem Ast. eine uneingeschränkte Fortführung der Vertragszahnarztpraxis durch Frau T bis zum Dienstag, den 31.03.2009, als Übergangsregelung zu genehmigen, zurück.

## 6. BEREITSCHAFTSDIENST

### A) UMLAGE ZUR NOTDIENSTGEMEINSCHAFT NACH AUSSCHEIDEN ALS VERTRAGSARZT

*LSG Hessen, Beschl. v. 20.06.2007 – L 4 KA 67/06 –*

RID 09-01-41

SGB V § 75 I 2; Notdienstordnung KV Hessen

Eine KV ist nicht berechtigt, von einer Vertragsärztin nach ihrem Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung und dem organisierten Notdienst noch irgendwelche Beiträge, Umlagen oder andere Leistungen zum organisierten Notdienst zu erheben.

*SG Marburg*, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 261/05 – RID 06-04-45 gab der Klage statt, das LSG wies die Berufung zurück.

### B) ERHEBUNG EINER KOSTENUMLAGE DURCH NOTDIENSTGEMEINSCHAFT

*SG Marburg, Urt. v. 26.11.2008 – S 12 KA 963/06 –*

RID 09-01-42

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 121/08 -* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>

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

Eine KV ist grundsätzlich berechtigt, die konkrete Beschlussfassung über die Höhe der **Umlage** an die einzelne **Notdienstgemeinschaft** zu delegieren. Es müssen jedoch verfahrensmäßige Mindeststandards eingehalten werden. Sieht die Satzung eine Genehmigung des zuständigen Geschäftsausschusses vor, so hat diese schriftlich zu erfolgen (vgl. bereits *SG Marburg*, Urt. v. 09.11.2005 – S 12 KA 35/05 – RID 06-01-26; v. 29.08.2007 – S 12 KA 575/06 – RID 07-03-49).

Das *SG* gab der Klage statt.

### C) ANSPRUCH AUF TEILNAHME AN NOTDIENSTEN IN EINEM ANDEREN NOTDIENSTBEZIRK

*SG Marburg, Beschl. v. 29.12.2008 – S 12 KA 857/08 ER –*

RID 09-01-43

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

SGB V § 75 I 2

Ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Vertragsarzt hat in einem anderen Notdienstbezirk keinen Anspruch auf Teilnahme an Notdiensten in einem bestimmten Umfang.

*LSG Hessen, Beschl. v. 14.01.2009 – L 4 KA 122/08 ER –*

RID 09-01-44

Bei **Ermessensentscheidungen** ist der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung grundsätzlich nur bei einer Ermessensreduzierung auf Null zulässig. Die KV kann bei der Vergabe von Diensten an außerhalb des Notdienstbezirks niedergelassene Ärzte neben organisatorischen auch andere sachgerechte Gründe haben, die einer zeitlich gleichmäßigen Vergabe an außerbezirkliche Ärzte entgegenstehen. Neben der **fachlichen** Qualifikation wäre auch berücksichtigungsfähig, ob es gehäuft zu **Beschwerden durch Patienten** oder anderen **Komplikationen** bei der Abwicklung der Notdienste kommt, ohne dass dies bereits für einen vollständigen Ausschluss vom Bereitschaftsdienst ausreichen müsste.

Das *SG* wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das LSG die Beschwerde zurück.

## 7. KEIN ZUSCHUSS FÜR BESCHÄFTIGUNG EINER WEITERBILDUNGSASSISTENTIN ÜBER 45 JAHRE

*SG Düsseldorf, Urt. v. 05.11.2008 – S 2 KA 58/07 –*

RID 09-01-45

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

SGB V § 73; GKV-SolG Art. 8 i.d.F GKV-GRG 2000 Art. 10; AGG

In der zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossenen "Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung" kann eine **Ermächtigungsgrundlage für die KVen**, wegen der Begrenztheit der förderungsfähigen Stellen ergänzende Voraussetzungen zu normieren, vorgesehen werden. Dabei kann vorgegeben werden, dass bei der Auswahl unter mehreren Anträgen der Zeitpunkt der Antragstellung maßgebend ist, sofern nicht aus besonderen Gründen einem Stellenbewerber um eine Weiterbildungsstelle der Vorzug zu geben ist.

Die KV kann in ihren Durchführungsbestimmungen vorsehen, dass die Gewährung einer Förderung für die Beschäftigung eines Assistenten, der zu Beginn der geförderten Weiterbildung das 45. Lebensjahr vollendet hat, grundsätzlich auszuschließen und nur zur Vermeidung unbilliger Härten zu ermöglichen ist. Der grundsätzliche **Ausschluss der Förderung über 45-jähriger Weiterbildungsassistenten** ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Das *SG* wies die Klage ab.

### III. Disziplinarrecht

#### 1. RUHEN DER ZULASSUNG BEI ABRECHNUNG NICHT ERBRACHTER LEISTUNGEN

**SG Stuttgart, Beschl. v. 25.09.2008 – S 10 KA 6012/08 ER –**

**RID 09-01-46**

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

SGB V § 81 V; SGG §§ 86a I 1, II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

Der Disziplinarausschuss einer KZV ist berechtigt, die **sofortige Vollziehung** seines Bescheides über die Anordnung des Ruhens der Zulassung für ein Jahr anzuordnen (so auch **LSG Nordrhein-Westfalen**, B. v. 07.04.2006 – L 11 B 7/06 KA ER – RID 06-04-47).

Ein Vertragszahnarzt, der in vier Fällen bereits vorgelegte, genehmigte und abgerechnete Heil- und Kostenpläne für eine identische Versorgung nochmals bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorlegt und in fünf Fällen **Leistungen abrechnet**, die er **nicht erbracht** hat, verstößt gegen die ihn als Vertragszahnarzt treffenden Pflichten; dies kann das der Zulassung für ein Jahr rechtfertigen.

Der Gesichtspunkt, dass ohne Anordnung der sofortigen Vollziehung andere Vertragszahnärzte dazu verleitet werden könnten, ebensolche Rechtsbrüche in Erwartung zu begehen, die kassenzahnärztliche Tätigkeit auch im Falle einer Entdeckung unter Ausschöpfung sämtlicher zur Verfügung stehender Rechtsschutzmöglichkeiten noch lange fortsetzen zu können, rechtfertigt die Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Ruhensanordnung (so auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.04.2006 – aaO.).

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

#### 2. NICHTEINHALTUNG DES ZEITLICHEN ABSTANDS ZUR LETZTEN GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG

**SG Marburg, Urtr. v. 10.12.2008 – S 12 KA 173/08 –**

**RID 09-01-47**

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

SGB V § 81 V; EBM 1996 Nr. 160; EBM 2005 Nr. 01732

Die Verhängung einer **Verwarnung als Disziplinarmaßnahme** gegen eine Vertragsärztin (hier: Fachärztin für innere Medizin) wegen eines Verstoßes gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung (hier: Nichteinhaltung des zeitlichen Abstands zu letzten Gesundheitsuntersuchung) wegen fehlerhafter und falscher Abrechnung der Nr. 160 EBM 1996 bzw. 01732 EBM 2005 in 13 Fällen bei fahrlässigem Verhalten ist **nicht unverhältnismäßig**.

Das **SG** wies die Klage ab.

### IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urtr. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 63 u. 64/07 R** – darf ein Arzneimittel (hier: "**Wobe Mugos E**") nicht verordnet werden, wenn eine **arzneimittelrechtliche Zulassung** nur noch kraft aufschiebender Wirkung gegeben ist; der Festsetzung des Ordnungsregresses muss keine ausdrückliche Beratung des Vertragsarztes vorausgehen; Regresse wegen Fehlens der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln setzen auch kein Verschulden des Vertragsarztes voraus; ein schutzwürdiges **Vertrauen** kann sich dann nicht herausbilden, wenn Verordnungsfähigkeit umstritten war, sodass der Arzt mit der Verordnung auf eigenes Risiko handelte; nach BSG, Urtr. v. 16.07.2008 – **B 6 KA 36/07 R** – sind die Prüfungsgremien nach der zum 01.01.2003 erfolgten Änderung der §§ 117, 120 SGB V durch das Fallpauschalengesetz weiterhin zuständig für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneiverordnungen, die von Ärzten in ermächtigten Hochschulambulanzen getätigt worden sind. Vgl. zur **BSG-Rspr.** ferner zuletzt RID 08-04-A IV (S. 18); 07-04 A IV (S. 20); RID 06-04-A V (S. 24); RID 05-04-A IV (S. 17).

#### 1. PRAXISBESONDERHEIT PSYCHOSOMATIK

**SG Hamburg, Urtr. v. 10.09.2008 – S 27 KA 197/05 u.a. –**

**RID 09-01-48**

SGB V § 106; EBM 1996 Nr. 851

Wird einer Fachärztin für innere Medizin ein Zusatzbudget Psychosomatik in einer außerordentlichen Höhe von 243 Punkten zuerkannt, so steht fest, dass sie die Praxis auf die Behandlung psychosomatischer Störungen ausgerichtet hat und in untypisch großem Umfang Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen behandelt. Eine Praxisbesonderheit darf nicht deshalb verneint werden (hier: Quartale III/02 bis II/03), dass der Eindruck gewonnen sei, dass es sich nicht um eine geplante regelmäßige Führung einer psychosomatischen Therapie handele, die aufbauend auf früheren Sitzungen das Ziel der Besserung oder gar Heilung anstrebte.

Das **SG** gab der Klage statt.

## 2. GANZKÖRPERUNTERSUCHUNG UND BESONDERE PATIENTENGRUPPEN

**SG Marburg, Urt. v. 28.01.2009 – S 12 KA 194/08 –**

**RID 09-01-49**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V § 106; EBM 1996 Nr. 60

Ausländische Mitbürger, deutsche Patienten nach Urlauben aus exotischen Ländern, ältere Menschen, neue Patienten, Patienten, die sich pro Quartal durchschnittlich 10-mal in ärztliche Behandlung begeben, Patienten im mittleren bis fortgeschrittenen Lebensalter, Patienten mit genetischen Veranlagungen und Kinder bedürfen nicht von vornherein vermehrt einer Ganzkörperuntersuchung. Damit wird lediglich das typische hausärztliche Patientenspektrum nach Herkunft und Alter beschrieben.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 3. REGRESSE

### A) SPRECHSTUNDENBEDARFSREGRESS: VERORDNUNG VON "AQUA BIDEST PLASTIK" (STERILES WASSER)

**LSG Bayern, Urt. v. 08.10.2008 – L 12 KA 77/07 –**

**RID 09-01-50**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106

Um als Sprechstundenbedarf zu verordnende Mittel, die je nach dem Fachgebiet bei mehr als einem Anspruchsberechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung sofort oder in unmittelbarem ursächlichen Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff anzuwenden sind und üblicherweise mit einem nur geringen Teil einer Einzelpackung vom Arzt appliziert werden, handelt es sich dann nicht, wenn sie im Zusammenhang mit der Anwendung eines medizinischen Instrumentes stehen, eben weil diese Kosten bereits als Instrumentenanwendungskosten in den EBM-Ziffern enthalten und abgegolten sind. Nur dann, wenn destilliertes Wasser unter therapeutischer Zwecksetzung angewandt wird (therapeutisches Spülen), handelt es sich um eine Spülung im Sinne von Sprechstundenbedarf. Das Klar- bzw. Sauberhalten der Endoskopoptik durch das diese spülende Wasser während des Endoskopievorgangs erfolgt unter der Zwecksetzung der Erhaltung der apparativen Einsatzfähigkeit.

**SG München**, Urt. v. 08.11.2006 - S 38 KA 21/06 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

### B) REGRESS GEGEN GEMEINSCHAFTSPRAXIS

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.11.2008 – L 7 KA 63/07 –**

**RID 09-01-51**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 4/09 B*  
SGB V § 106; SGG §§ 64 II 1, 87 I 2 HS 2, 99

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**Ansprüche der KV** im Zusammenhang mit Honorarberichtigungen oder Honorarrückforderungen richten sich **gegen die Gemeinschaftspraxis selbst** und nicht gegen nur einzelne ihr angehörende Ärzte. Das gilt auch für Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V) sowie für Regresse wegen unwirtschaftlicher oder unzulässiger Verordnungen von Arznei- bzw. Heil- und Hilfsmitteln. Nicht die Behandlungs- und Ordnungsweise des einzelnen Arztes, sondern der Gemeinschaftspraxis als Ganzes ist Gegenstand der Prüfung durch die Prüfungsgremien gemäß § 106 SGB V (BSGE 91, 164).

Die **Klage einer Krankenkasse**, mit der ein Regress bzw. eine Schadensersatzverpflichtung wegen der Verordnung nicht verordnungsfähiger Arzneimittel gegen das Mitglied einer Gemeinschaftspraxis und nicht die Gemeinschaftspraxis selbst begehrt wird, ist unzulässig.

Durch eine **Klageänderung** können keine Sachurteilsvoraussetzungen umgangen werden, d.h. auch für die geänderte Klage müssen sämtliche Sachurteilsvoraussetzungen vorliegen.

**SG Berlin**, Urt. v. 01.11.2006 - S 79 KA 188/03 - gab der Klage der Krankenkasse statt, das **LSG** wies die Klage als unzulässig ab.

### C) HUMANES LEUKOZYTEN-ULTRAFILTRAT

**SG Hamburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 27 KA 145/06 –**

**RID 09-01-52**

SGB V § 106

Ein Regress ist zu Recht erfolgt, wenn keine der zugelassenen Indikationen entsprechende Verordnung erfolgt (hier: humanes Leukozyten-Ultrafiltrat, unter Handelsnamen LeukonormCytoChemia in der DDR zugelassen, befand sich im Nachzulassungsverfahren nach § 105 AMG).

Das **SG** wies die Klage ab.

## D) ARZNEIMITTELRICHTGRÖßEN NIEDERSACHSEN 2001: FEHLERHAFTE ERFASSUNG DER VERORDNUNGSDATEN

*LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 14.01.2009 – L 3 KA 44/08 ER –*

RID 09-01-53

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

SGB V §§ 84 III, 106 Va 11; SGG § 86b I 1 Nr. 2 SGG

Verwertbare Gesichtspunkte, aus denen die Unrichtigkeit der **in Niedersachsen für 2001 vereinbarten Richtgrößen** abgeleitet werden könnte, sind nicht ersichtlich.

Ein Regressbescheid aufgrund einer Richtgrößenprüfung ist rechtswidrig, wenn er auf einer **fehlerhaften Erfassung der Verordnungsdaten** beruht.

Nach der **BSG-Rspr. zu den Arzneikostendaten** sind die Prüfungsgremien im Rahmen der Richtgrößenprüfung entsprechend verpflichtet, von den Krankenkassen die Vorlage sämtlicher Verordnungsblätter im Original oder als Images zu verlangen und anhand dieser Prüfung den Einwendungen eines Vertragsarztes nachzugehen (so auch Stork, GesR 2005, 533, 536), wenn sich der Vertragsarzt bereits im Verwaltungsverfahren darauf berufen hat, dass die von ihm gerügten fehlerhaften Daten in Höhe von 243.530,67 DM, die anhand von Listen vorgetragen wurden, 8,16 % der Bruttoverordnungskosten (= 2.972.668,40 DM) ausmachten. Ob das Vorbringen eines Vertragsarztes in dieser Höhe als substantiiert angesehen werden kann, kann offen bleiben, wenn der Beschwerdeausschuss selbst zu dem Ergebnis gekommen ist, dass die Richtigkeit von Daten über Verordnungen im Wert von (zumindest) 188.074,41 DM zweifelhaft ist. Dabei handelt es sich um Hilfsmittelverordnungen und nicht dem Datensatzformat entsprechende Datensätze. Dieser Betrag macht 6,3 % der Bruttoverordnungssumme aus, mithin eindeutig mehr als die vom BSG festgelegte Mindestgrenze.

Die Pflicht, anhand der Originalverordnungen bzw. der Printimages zu prüfen, ob ein Vertragsarzt tatsächlich entsprechende Arzneimittelkosten veranlasst hat, kann der Beschwerdeausschuss nicht dadurch umgehen, dass er einen Teil des vom Vertragsarzt genannten Betrags von 188.074,41 DM ohne Einzelprüfung der Originalunterlagen einfach in Abzug bringt. Bei zweifelhaften Verordnungen im Umfang von weniger als 5 % der Verordnungssumme dürfte dies aus Sicht des Vertragsarztes zwar grundsätzlich nicht zu beanstanden sein, weil dieser im Ergebnis nur begünstigt wird, wenn das Prüfungsgremium alle zweifelhaften Daten streicht, anstatt sie im Rahmen einer Einzelprüfung mit den Originalunterlagen abzugleichen. Bei **Erreichen oder Überschreiten des Quorums von 5 %** kann der Arzt dagegen hierdurch benachteiligt werden. Denn hätte die eigentlich durchzuführende Einzelprüfung der Originalunterlagen ergeben, dass 5 % oder mehr der elektronisch dokumentierten Verordnungskosten zu Unrecht regressiert worden sind, müsste der Beschwerdeausschuss auch alle anderen Verordnungen anhand der Originalunterlagen untersuchen, weil der Anscheinsbeweis der Richtigkeit der elektronischen Daten insgesamt erschüttert wäre. Als Ergebnis dieser Untersuchungen können sich u.U. noch weitaus umfangreichere Datenfehler ergeben, die unentdeckt blieben, wenn das Gremium die zweifelhaften Dateien nur aus der Regresssumme herausrechnet.

*SG Hannover*, Beschl. v. 18.04.2008 - S 24 KA 87/08 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 28.01.2009 – **B 6 KA 61/07 R** – sind die Zulassungsgremien an die **Entscheidung der zuständigen Planungsbehörde** gebunden, eine **Tagesklinik als Krankenhaus für Psychiatrie** in den Krankenhausplan des Landes aufzunehmen; die Bindungswirkung ist im Rahmen des **§ 118 I SGB V** zu beachten, sodass auch hierfür der Status als psychiatrisches Krankenhaus feststeht und dementsprechend die Ermächtigung zu erteilen ist; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 13/07 R** – ist eine **Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie** als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztin im Rahmen der Sonderregelung in **§ 101 IV 5 SGB V** (40 %-Quote) zuzulassen; die **"Ärztequote"** ist nicht auf Ärzte mit der Gebietsbezeichnung "Psychotherapeutische Medizin" beschränkt; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 56/07 R** – ergibt die Einführung einer entsprechenden Gebietsbezeichnung im Weiterbildungsrecht (hier: **Kinderradiologie**) noch keinen **besonderen Versorgungsbedarf**; vielmehr ist aufzuklären, welche radiologischen Leistungen gegenüber Kindern in der Vergangenheit in dem Planungsbereich anfielen und wo diese erbracht wurden; hierfür genügt die Stellungnahme der einzigen radiologischen Praxis nicht. Besteht danach ein besonderer Versorgungsbedarf, so ist dessen Umfang zu klären, insbesondere, ob er den Umfang einer wirtschaftlich tragfähigen Vertragsarztpraxis erreicht; Versorgungsengpässe nur in Einzelfällen oder nur für einzelne Leistungen reichen im Regelfall nicht aus; ferner ist zu ermitteln, ob die fragliche Versorgung besondere medizinisch-technische Ausstattungen erfordert und ob der zulassungswillige Arzt über diese verfügt; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 10/08 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 die von dem an einer **Sonderbedarfszulassung** interessierten Arzt (hier: **Pneumologe**) angebotenen Leistungen, die - unterstellt - bislang nicht in hinreichendem Umfang bereitgestellt worden sind, die gesamte Breite eines Schwerpunktes abdecken oder ob ein Versorgungsdefizit lediglich hinsichtlich einzelner Leistungen besteht, die für sich genommen eine Vertragsarztpraxis nicht tragen können.

Vgl. ferner zuletzt RID 08-04-A V (S. 20); 07-04 A V (S. 22); RID 06-04-A VI (S. 28); RID 05-04-A V (S. 20).

### 1. ZULASSUNGSANTRAG VOR ANORDNUNG DER ÜBERVERSORGUNG BEI FEHLENDER ARZTREGISTEREINTRAGUNG

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 03.12.2008 – L 7 KA 132/06 –**

**RID 09-01-54**

Revision eingelegt: **B 6 KA 2/09 R**

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

SGB V § 95 I-IIa; Ärzte-ZV § 19 I

Ein Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ist gemäß **§ 19 I 2 Ärzte-ZV** vor einer **nach Eingang** des Zulassungsantrages beschlossenen **Zulassungsbeschränkung** nur dann geschützt, wenn er die erforderlichen Angaben enthält und die nötigen Unterlagen beigelegt sind (BSG, Urt. v. 12.09.2001 - **B 6 KA 90/00 R** - SozR 3-2005 § 98 Nr. 7). Ist eine Antragstellerin sowohl zum Zeitpunkt des Zulassungsantrages als auch des Eintritts der Zulassungsbeschränkung weder in das **Arztregister** eingetragen noch ein darauf gerichteter Antrag gestellt worden, dann fehlt es an einer wirksamen Antragstellung. Durch die **Rücknahme eines Antrages** auf Eintragung in das Arztregister entfällt dieser mit **ex-tunc-Wirkung**.

Die 1961 geb. Dipl.-Psychologin und approbierte Psychologische Psychotherapeutin beantragte wegen nicht ausreichend belegter Fachkunde erfolglos die Eintragung als Psychologische Psychotherapeutin in das Arzt- und Psychotherapeutenregister des Zulassungsbezirks Berlin. Den Antrag nahm sie im Widerspruchsverfahren mit Schreiben v. 25.11.2003 zurück. Sie wurde aber auf Antrag v. 17.11.2003 am 05.01.2004 in das Arztregister (Psychotherapeuten) des Zulassungsbezirks Braunschweig eingetragen. Ihr Antrag v. 27.05.2003 auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung im ehemaligen Planungsbereich Berlin-Treptow lehnte der Zulassungsausschuss am 31.03.2004, der Berufungsausschuss am 18.08.2004 wegen – zum 01.06.2003 angeordneter - Überversorgung ab; die Tatsache, dass ihr Antrag auf Zulassung vor der Verfügung der Zulassungsbeschränkung gestellt worden sei, ermögliche keine Zulassung, weil er zu diesem Zeitpunkt nicht wirksam gewesen sei. Denn der erforderliche Nachweis der Eintragung in das Arztregister habe zu diesem Zeitpunkt gefehlt. Die Eintragung sei erst nach Verhängung der Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen Berlin erfolgt. Deshalb sei unerheblich, ob die von der Klägerin in das Arztregister des Zulassungsbezirks Braunschweig erwirkte Eintragung die Zulassungsgremien in Berlin binde. **SG Berlin**, Urt. v. 10.05.2006 - **S 79 KA 220/04** - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN

### A) GRÜNDUNG EINES MVZ DURCH HANDELSGESELLSCHAFT

**SG Köln, Urt. v. 24.10.2008 – S 26 KA 1/07 –**

**RID 09-01-55**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 95 II; BÄO § 1 II

Eine Handelsgesellschaft kann nicht Gründerin eines MVZ sein.

Ärzte können nicht bei einer Handelsgesellschaft angestellt werden, die in Form eines MVZ selbst vertragsärztliche Tätigkeit entfalten will.

Dominiert ein Gründer durch die ausschließliche Beteiligung am Gewinn und Verlust im neu zu gründenden MVZ, so liegt eine echte Gesamthandgemeinschaft nicht vor.

Die **Kl. zu 1)** ist seit 01.10.2005 zugelassene Leistungserbringerin nach § 126 SGB V (Lieferantin diverser Hilfsmittel), während der **Kl. zu 2)** ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes MVZ für Laboratoriumsdiagnostik in Augsburg ist. Der Bekl. ließ das **MVZ für Laboratoriumsmedizin Köln GbR ...** als MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung zu. Gesellschafterinnen sind die Fachärztin für Laboratoriumsmedizin und Transfusionsmedizin Dr ... sowie die Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie Dr ... Am 17.07.2006 schlossen die **Kläger einen Gesellschaftsvertrag**, in dessen Präambel folgendes ausgeführt ist: *"Die Vertragsparteien (im folgenden "Gesellschafter") führen das bisherige medizinische Versorgungszentrum für Laboratoriumsdiagnostik ... Augsburg fort. Herr Dr. med ..., der das zunächst in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts gegründete medizinische Versorgungszentrum nach dem Ausscheiden der Mitgesellschafter ab 01.07.2005 in der Rechtsform eines Einzelunternehmens weitergeführt hat, hat dieses zu Buchwerten gegen Gewährung von Gesellschaftsrechten als Kommanditist in die ... GmbH & Co. KG eingebracht. Die Vertragsparteien betreiben das Medizinische Versorgungszentrum aufgrund der folgenden Regelung in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts."* Gewinn und Verlust der Gesellschaft stehen ausschließlich der Kl. zu 1) zu, die allein am Gesellschaftsvermögen beteiligt ist. Am 25.08.2006 schlossen die Kläger einen **weiteren Gesellschaftsvertrag** zur Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums für Labordiagnostik ..., dessen Präambel u.a. lautet: *"Die Gesellschafter führen das durch Beschluss des Berufungsausschusses für Ärzte für den Bezirk der KV Nordrhein vom 18.01.2006 als Leistungserbringer zugelassene medizinische Versorgungszentrum für Laboratoriumsmedizin in Köln GbR fort. Frau Dr ... hat als bisherige am Vermögen des MVZ allein beteiligte Gesellschafterin ihre Gesellschaftsanteile an dem MVZ zu Buchwerten gegen Gewährung von Gesellschaftsrechten als Kommanditistin in die ... GmbH & Co. KG eingebracht. Sie scheidet ebenso wie die bisherige weitere Gesellschafterin, Frau Dr ..., aus der Gesellschaft aus und wird zukünftig in dem MVZ als angestellte Ärztin tätig. Die Vertragsparteien betreiben das MVZ aufgrund der folgenden Regelungen in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts."* Gegenstand der Gesellschaft ist der Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums, insbesondere die fachübergreifende Teilnahme an der privatärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung durch angestellte Ärzte. Die Beiträge der Gesellschafter werden ausschließlich durch Dienstleistungen im nichtärztlichen/kaufmännischen Bereich erbracht. Zur Erbringung ärztlicher Leistungen sind die Gesellschafter nicht berechtigt und verpflichtet. Die Gesellschaft hat einen ärztlichen Leiter, der die Geschäfte im ärztlichen Bereich führt und in seiner Verantwortung bei der Diagnostik und Therapie unabhängig und weisungsfrei ist. Er hat in allen medizinischen Angelegenheiten das Weisungsrecht gegenüber den ärztlichen Mitarbeitern und dem medizinischen Hilfspersonal. Nachdem die Beigel. zu 5) bezüglich verschiedener Punkte Bedenken angemeldet hatte, lehnten die **Zulassungsgremien** den Zulassungsantrag ab. Das **SG** wies die Klage ab.

### B) KEINE ÜBERTRAGUNG EINER VERTRAGSARZTSTELLE ZU GUNSTEN EINES ANDEREN MVZ

**SG Marburg, Urt. v. 14.01.2009 – S 12 KA 575/08 –**

**RID 09-01-56**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = [juris](http://juris.juris.de) = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V §§ 72 I 2, 95 IX, 103 IV, IVa

§ 103 IV u. IVa SGB V sind auf Medizinische Versorgungszentren nicht in der Weise anwendbar, dass Medizinische Versorgungszentren auf eine Vertragsarztstelle zu Gunsten eines anderen Medizinischen Versorgungszentrums verzichten könnten.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 3. KEINE KLAGEBEFUGNIS DER ERBEN BEI VERLUST DER PRAXIS

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 03.12.2008 – L 7 KA 65/08 –**

**RID 09-01-57**

SGB V § 103 IV 6; SGG § 54 I 2

Die Erben einer Vertragsärztin verlieren die Verfügungsbefugnis über die Praxis, wenn der Praxissitz mit dem Praxisinventar durch den Praxiskäufer, der eine andere Zulassung als Vertragsarzt erhalten hat, verlegt wird und dieser den Praxisbetrieb aufnimmt. Auch ist dann die Praxis nicht mehr vorhanden. Die Erben können daher im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 IV SGB V keine eigenen Rechte mehr geltend machen.

Die Zulassungsgremien können bei gleicher Eignung zweier Bewerber um eine Praxisnachfolge eine 4 ½ Jahre längere fachärztliche Tätigkeit als ausschlaggebendes Kriterium berücksichtigen.

Die klagenden Erben einer Augenärztin, die mit der Augenärztin E in Praxisgemeinschaft tätig gewesen war, verkauften am 26.09.2004 die Praxis für 100.000 € an den Beigel. zu 2). Dieser verlegte mit E den Praxissitz an einen anderen Ort im Nov. 2004. Die Zulassungsgremien ließen jedoch die Beigel. zu 1) wegen längerer Erfahrung als Fachärztin (seit Okt. 1999 gegenüber Mai 2004) als Praxisnachfolgerin zu, die sich aber mit den Kl. nicht über den Kaufpreis einigen konnten. Den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung lehnte **SG Berlin**, Beschl. v. 10.06.2005 – S 79 KA 88/05 ER – ab, **LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 03.08.2005 – L 7 B 22/05 KA ER – ordnete die sofortige Vollziehung der Zulassung an. Zwischenzeitlich war der Beigel. zu 2) als Praxisnachfolgerin der E zugelassen worden. **SG Berlin**, Urt. v. 27.03.2008 – S 79 KA 20/05 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

### 4. FORTGELTUNGSKLAUSEL FÜR ANGESTELLTEN ARZT IM FALLE EINER PRAXISNACHFOLGE

**SG Marburg, Urt. v. 14.01.2009 – S 12 KA 507/08 –**

**RID 09-01-58**

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

SGB V §§ 95 IX, 103 IV, IVb

Ein Vertragsarzt kann seine Praxis mit Hilfe angestellter Ärzte über § 104 IVb SGB V vergrößern und erweitern. Diese Praxis, so wie sie mit den angestellten Ärzten besteht, fällt in den Schutzbereich des § 103 IV SGB V. Ein Praxisnachfolger hat deshalb einen Anspruch auf Übertragung der Genehmigung der Anstellung eines Arztes entsprechend dem Anspruch auf Nachbesetzung nach § 103 IVb 2 SGB V.

Das **SG** wies die Klage der KV ab.

### 5. SONDERBEDARFSZULASSUNG

#### A) VERSORGUNGSBEDARF AUFGRUND ZU LANGER WARTEZEITEN

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.04.2008 – L 11 (10) KA 49/07 –**

**RID 09-01-59**

Revision anhängig: B 6 KA 21/08 R

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

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 5, 101 I 1 Nr. 3; BedarfspRL-Ä § 24b

Ein **Versorgungsbedarf** kann sich aus zu langen Wartezeiten ergeben. Die Frage, ob den Versicherten **Wartezeiten** zuzumuten sind, ist gerade vor dem Hintergrund der Notwendigkeit, eine kardiologische Beschwerdesymptomatik kurzfristig abzuklären, ein sachgerechtes Auswahlkriterium. Die Favorisierung des Kriteriums der Wartezeit vor anderen Kriterien wie etwas das Verhältnis der Arztdichte im Planungsbereich oder die Fallzahlen der kardiologisch ausgerichteten Praxen ist vom Beurteilungsspielraum des Beklagten gedeckt.

Die Beigel. zu 8) war als Fachärztin für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie seit 2001 als angestellte Ärztin in der kardiolog. Praxis der Z tätig. Im Mai 2005 beantragte sie die Zulassung im Rahmen des Sonderbedarfs für den Schwerpunkt Kardiologie in Gemeinschaftspraxis mit Z, die der Zulassungsausschuss ablehnte, der Bekl. aber aussprach. Der Versorgungsbedarf ergebe sich vielmehr aus den langen Wartezeiten. Nicht nur die Beigeladene zu 8) habe auf Wartezeiten von 4 – 5 Monaten hingewiesen, sondern auch die AOK R habe aufgrund der Erfahrungen ihrer Mitglieder bestätigt, dass die Wartezeit für kardiologische Leistungen im Durchschnitt fast 6 Monate betrage. Über die gleichen Erfahrungen habe auch das vom VdAK entsandte Mitglied des Beklagten aufgrund von Patientenbeschwerden berichtet. Auch eine Angestellte des Bekl. habe die Erfahrung gemacht, dass sie selbst nach Intervention ihrer Hausärztin lediglich einen Termin mit 2 Monaten Wartezeit erhalten habe. Der Umstand, dass Patienten, die sich auf Überweisung ihres behandelnden Arztes wegen kardialer Beschwerden in fachärztliche Betreuung begeben müssen, mindestens zwei Monate oder mehr auf einen Untersuchungstermin zu warten hätten, sei mit einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Versorgung nicht zu vereinbaren. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 18.07.2007 - S 14 KA 228/06 - wies die Klage der KV ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## B) LOKALER VERSORGUNGSBEDARF (HNO-ÄRZTE)

**SG Köln, Urt. v. 07.11.2008 – S 26 KA 4/08 –**

**RID 09-01-60**

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

SGB V § 101; BedarfspIRI-Ä § 24 S. 1 a

Im Rahmen der Beurteilung eines lokalen Versorgungsbedarfs ist es Zulassungsgremien nicht verwehrt, auch die Versorgungssituation in einer nahe gelegenen Großstadt, mithin in einem angrenzenden Planungsbereich mit zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschl. v. 09.06.1999 - B 6 KA 1/99 B -).

Eine ausreichende Versorgung mit HNO-Ärzten liegt vor, wenn in ca. 8 km Entfernung bzw. 15 min. Busfahrzeit ein HNO-Arzt und zwei weitere HNO-Ärzte in ca. 15 Straßenkilometer Entfernung tätig sind.

Das **SG** wies die Klage ab.

## C) LOKALER SONDERBEDARF KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

**SG Hamburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 27 KA 144/07 –**

**RID 09-01-61**

SGB V § 101; BedarfspIRI-Ä § 24 S. 1 a

Die Prüfung eines lokalen Bedarfs im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung hat in Hamburg die angrenzenden Stadtteile zu berücksichtigen.

Ein lokaler Sonderbedarf kann nicht durch von den Krankenkassen bewilligte **Kostenerstattungsverfahren** nachgewiesen werden. Es ist eine offene Frage, wie streng die Krankenkassen in den jeweiligen Einzelfällen ein Systemversagen überprüft haben, zudem kann sich dies aus dem konkreten Angebot einer Verhaltenstherapie ergeben, während ein Versorgungsdefizit bzgl. der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für alle Richtlinienverfahren bestehen muss.

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

## D) DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE GEGEN SONDERBEDARFSZULASSUNG IST UNZULÄSSIG

SGB V §§ 101 I 1 Nr. 3, 101 I 2, 103 I 2, 116 II; SGG § 54 I 2, II 1; GG Art. 12 I; BedarfspIRI-Ä §§ 24, 25

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2008 – L 11 KA 17/08 –**

**RID 09-01-62**

Revision anhängig: B 6 KA 38/08 R

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

Die Rechte der Vertragsärzte werden nicht dadurch betroffen, dass für die Versicherten die Wege, die sie zurücklegen müssen, um einen Arzt aufzusuchen, unzumutbar sind. Sie können demzufolge auch keine unliebsame Konkurrenz abwehren. Eine **defensive Konkurrentenklage** gegen eine Sonderbedarfszulassung ist daher unzulässig.

Die Frage, ob ein besonderer Versorgungsbedarf vorliegt, ist vorrangig auf den Planungsbereich beschränkt. Die Einbeziehung eines benachbarten Planungsbereichs ist fernliegend.

Der Zulassungsausschuss lehnte eine Sonderbedarfszulassung des Beigel. zu 8), eines Facharztes für innere Medizin, ab, der Berufungsausschuss ließ ihn nach § 24a BedarfspIRI-Ä für fachärztlich-internistische Leistungen in X zu, weil in X kein fachärztlich tätiger Internist zugelassen sei, nicht einmal ein hausärztlich tätiger Internist. In der benachbarten Stadt N stehe für gastroenterologische Leistungen auch nur ein Arzt zur Verfügung. Hiergegen erhoben die KV und ein in N fachärztlich tätiger Internist Klage, da die Versorgung durch die übrigen im Planungsbereich, insbesondere in N zugelassenen fachärztlich tätigen Internisten sichergestellt werden könne. Die Entfernung zwischen X und den Praxen in N betrage ca. 6 km, für deren Zurücklegung mit dem PKW etwa 10 Minuten und mit öffentlichen Verkehrsmitteln etwa 25 Minuten benötigt würden. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 24.10.2007 - S 33 KA 7/07 - gab der Klage statt und verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** verwarf die Klage des Vertragsarztes als unzulässig und wies im Übrigen die Berufung zurück mit der Maßgabe, dass der Bekl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates erneut zu entscheiden hat.

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 04.06.2008 – L 5 KA 4514/07 –**

**RID 09-01-63**

Revision anhängig: B 6 KA 25/08 R

juris

Ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Facharzt für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie wird durch die Entscheidung des Zulassungsausschusses über die Zulassung einer Konkurrentin im Wege einer Sonderbedarfszulassung nicht in eigenen Rechten verletzt (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.2007 - B 6 KA 8/06 R - SozR 4-1500 § 54 Nr. 10).

Der Kl. ist Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie und seit Juni 2005 im Wege einer Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Beigel. zu 8.), fachärztliche Internistin ebf. mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, wurde im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung zugelassen. Der Beschwerdeausschuss hob auf Widerspruch der KV die Zulassung auf (Klage der Beigel. zu 8), **SG Karlsruhe**, Urt. v. 09.08.2007 - S 1 KA 740/07 - rechtskräftig), den Widerspruch d. Kl. wies er als unzulässig zurück. **SG Karlsruhe**, Urt. v. 09.08.2007 - S 1 KA 636/07 - hob den gegenüber dem Kl. ergangenen Widerspruchsbekleid auf, das **LSG** wies auf Berufung d. Bekl. die Klage ab (s.a. unter Streitwert).

**SG Potsdam, Urt. v. 05.12.2007 – S 1 KA 63/06 –**

**RID 09-01-64**

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 9/08 R*

juris

Ist ein Vertragsarzt nicht Adressat eines von ihm angegriffenen Bescheides des Zulassungsausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung, so kann er durch diesen nur mittelbar bzw. nur durch dessen wirtschaftliche Auswirkungen betroffen sein. Dies reicht im Regelfall für eine rechtliche Betroffenheit und damit für die Annahme einer Anfechtungsbefugnis nicht aus (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.2007 - B 6 KA 8/06 R - SozR 4-1500 § 54 Nr. 10). Die Zulassung einer Fachärztin für Innere Medizin zur vertragsärztlichen Versorgung verletzt einen Vertragsarzt nicht in eigenen Rechten.

Die zu 9) beigel. Fachärztin für innere Medizin war bei der Kl. angestellt. Der Zulassungsausschuss ließ sie nach § 103 IVa 4 i.V.m. § 311 II 2 SGB V und Ziffer 41 BedarfspIRL-A zu. Den Widerspruch d. Kl. wies der bekl. Beschwerdeausschuss als unzulässig zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

## **6. NEBENBESTIMMUNG BEI GEMEINSCHAFTSPRAXIS AUS ZAHNÄRZTIN UND MKG-CHIRURG**

**LSG Bayern, Urt. v. 11.06.2008 – L 12 KA 5009/06 –**

**RID 09-01-65**

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

SGB V § 285 III 5; Zahnärzte-ZV § 33 II, III 5; SGB X § 32 I

Die "**gesetzmäßige Durchführung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung**" ist ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal auch des § 33 III Zahnärzte-ZV n.F.

Wird den Partnern einer Gemeinschaftspraxis eine **Kennzeichnungspflicht** dergestalt auferlegt, in der Karteikarte zu kenntlich zu machen, welcher Partner – Zahnärztin oder MKG-Chirurg - welche Leistungen erbracht hat und wo (KVB/KZVB) diese abgerechnet werden, so bedarf es für die Genehmigung keiner weiteren Nebenbestimmung, wonach die KZV bzw. die KV jeweils gegenseitig Informationen über die Abrechnung der Gemeinschaftspraxis bzw. des MKG-Chirurgen einholen können.

Der Zulassungsausschuss genehmigte für die kl. Zahnärztin und einen MKG-Chirurgen die vertragszahnärztliche Ausübung in Gemeinschaftspraxis, fügte der Genehmigung jedoch u.a. folgende **Nebenbestimmung** an: 6. Die beiden Antragsteller erklären ihr Einverständnis dazu, dass die KZVB bzw. die KVB - sofern notwendig - jeweils gegenseitig Informationen über die Abrechnung der Gemeinschaftspraxis bzw. von Herrn Dr. J. A. einholen. Der **Berufungsausschuss** änderte die **Nebenbestimmung** Nr. 6 wie folgt und wies den Widerspruch im Übrigen zurück: "Die KZVB bzw. die KVB können - sofern notwendig - jeweils gegenseitig Informationen über die Abrechnung der Gemeinschaftspraxis bzw. von Herrn Dr. A. einholen." **SG München**, Urt. v. 29.11.2005 – S 42 KA 5181/02 - wies die Klage ab, das **LSG** gab ihr statt.

## **7. ZULASSUNGSENTZIEHUNG**

### **A) SEXUELLE BELÄSTIGUNG DER PATIENTINNEN**

**LSG Bayern, Beschl. v. 14.08.2008 – L 12 B 106/08 KA ER –**

**RID 09-01-66**

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

SGB V §§ 95 VI, 97 IV

Ein Vertragsarzt, der über einen längeren Zeitraum hinweg und in nicht unerheblicher Anzahl junge Patientinnen mit eindeutig sexuell bestimmten Bemerkungen, Betrachtungen und Berührungen belästigt, begeht "gröbliche Pflichtverletzungen" i.S.d. § 95 VI 1 SGB V. Die Anordnung des Sofortvollzugs ist gerechtfertigt, wenn eine Einsicht in die Problematik des Umgangs mit jungen Patientinnen nicht zu erkennen ist.

Im Sommer 2006 waren gegen den Ast. aufgrund von Strafanzeigen polizeiliche Ermittlungen u.a. wegen sexueller Nötigungen von Patientinnen durchgeführt worden. Daraufhin hatte das AG einen Haftbefehl erlassen und Untersuchungshaft angeordnet; am 30.11.2006 war der Haftbefehl jedoch unter Auflagen außer Vollzug gesetzt und am 06.12.2006 schließlich aufgehoben worden. Der Zulassungsausschuss **entzog die Zulassung** und ordnete den sofortigen Vollzug dieser Entziehung an unter Angabe von dreizehn Schilderungen von früheren Patientinnen aus den polizeilichen Vernehmungen - darunter fünf von in Heroin-Substitutionsbehandlung gewesen Patientinnen -, die sexuelle Belästigungen vorbringen, und, dass es noch weitere 28 ähnliche, in den polizeilichen Ermittlungsakten dokumentierte Fälle gebe. Die geschilderten Vorgänge erstrecken sich über einen Zeitraum von etwa sieben Jahren, mehrere der Patientinnen waren seinerzeit minderjährig. Das SG hob den Sofortvollzug auf, weil der Zulassungsausschuss nicht die Kompetenz habe, diesen anzuordnen, sondern erst der Berufungsausschuss. Die Beschwerde des Berufungsausschusses ist Gegenstand des Parallelverfahrens (**LSG Bayern**, Beschl. v.22.08.2008 – L 12 B 650/07 KA ER – RID 08-04-56). Der **Berufungsausschuss** bestätigte die Entscheidung des Zulassungsausschusses und **ordnete deren sofortigen Vollzug an**. **SG München**, Beschl. v. 17.12.2007 - S 21 KA 1082/07 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## B) BVERFG: GRÖBLICHE PFLICHTVERLETZUNG UND "WOHLVERHALTEN"

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 22.12.2008 – 1 BvR 3457/08 –*

RID 09-01-66a

SGB V § 95

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Beschl. v. 05.11.2008 – B 6 KA 59/08 B – RID 09-01-107 wird zur Entscheidung nicht angenommen.

Es begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, dass die sog. **Bewährungszeit** („Wohlverhalten“ nach einer Zulassungsentziehung) erst ab dem **Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung beginnt**, jedenfalls dann, wenn auch geprüft wird, ob der Entzug der Zulassung im Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung nach den sonstigen Umständen des Einzelfalles nicht mehr angemessen erscheint.

Es begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, dass die **Zweifel an einer nachhaltigen Verhaltensänderung** maßgeblich mit der **fehlenden Einsicht** des Vertragsarztes in den **Unrechtsgehalt** seines Verhaltens begründet und diese Feststellung im Wesentlichen aufgrund seiner Einwände gegen die Bewertung seines Verhaltens als gröbliche Pflichtverletzung getroffen wird.

Die Auffassung des BSG ist nicht zu beanstanden, dass bei einer Zulassungsentziehung der **Eignungsmangel** zur Überzeugung des Gerichts wieder **entfallen** sein muss und dass verbleibende Zweifel zu Lasten des Betroffenen gehen müssen. Da es dem gewichtigen Gemeinwohlbelang der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung dient, ausschließlich Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen, besteht keine Veranlassung, diese Maßstäbe nicht anzuwenden und die Entziehung der Zulassung bei weiterhin bestehenden Zweifeln des Tatsachengerichts an der Eignung des Arztes aufzuheben.

Bei der **Prognose** sind grundsätzlich alle Umstände des Einzelfalles in Betracht zu ziehen und zu würdigen. Ein wesentlicher Umstand wird dabei typischerweise die Frage der **Einsicht** des Betroffenen in den **Unrechtsgehalt** seines Verhaltens und einer hieraus ggf. resultierenden Einstellungs- und Verhaltensänderung für die Zukunft sein. Der Feststellung einer Unrechtseinsicht kann insb. dann die Grundlage fehlen, wenn die prozessuale Vorgehensweise (auch nach Abschluss des Strafverfahrens) insoweit keine positiven Anhaltspunkte bietet; verbleibende Zweifel gehen dann zu Lasten des Betroffenen.

## 8. 68 JAHRES-ALTERSGRENZE

### A) BVERFG: KEINE ANNAHME EINER VERFASSUNGSBESCHWERDE GEGEN BSG-URTEIL

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 30.06.2008 – 1 BvR 1159/08 –*

RID 09-01-67

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

SGB V a.F. § 95 VII

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 41/06 R – wird nicht zur Entscheidung angenommen.

### B) RECHTMÄßIGKEIT DER ALTERSGRENZE

*LSG Hessen, Urt. v. 29.09.2008 – L 4 KA 30/08 –*

RID 09-01-68

SGB V § 95 VII

Die Altersgrenze nach § 95 VII 3 ist rechtmäßig.

*SG Marburg*, Urt. v. 10.10.2007 – S 12 KA 268/07 – RID 07-04-52 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

*LSG Hessen, Beschl. v. 25.06.2008 – L 4 KA 48/08 ER –*

RID 09-01-69

SGB V § 95 VII, SGG § 86b II

Die Altersgrenze nach § 95 VII 3 ist auch für Zahnärzte rechtmäßig.

*SG Marburg*, Beschl. v. 14.05.2008 – S 12 KA 172/08 ER – RID 08-02-92 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück, das *LSG* die Beschwerde zurück.

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

*LSG Bayern, Beschl. v. 09.07.2008 – L 12 B 440/08 KA ER –*

RID 09-01-70

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

SGB V § 95 VII; SGG § 86b II

Das Rechtsschutzbedürfnis für einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung fehlt grundsätzlich, wenn ein Ast. sich nicht zuvor an die zuständige Behörde gewandt und dort einen Antrag auf die geforderte Leistung gestellt hat. Ausnahmsweise kann aber auch dann, wenn noch kein förmlicher Antrag auf die betreffende Leistung gestellt ist, bereits ein Rechtsschutzbedürfnis bestehen, wenn die Sache besonders eilig ist und wenn der Ast. mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgehen kann, dass die Behörde ohnehin keine andere Entscheidung treffen würde (vgl. LSG Thüringen, Breith. 2002, 684; vgl. auch Bayer. LSG Breith. 2000, 245).

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

Angesichts BVerfG v. 07.08.2007 - 1 BvR 1941/01 - sowie BSG v. 06.02.2008 - B 6 KA 41/06 R - sähe der Senat keinen Raum, aufgrund der Widersprüche in der Rechtfertigung der Altersgrenze nach Rechtsfolgenabwägung zu einer für den Ast. positiven Entscheidung zu gelangen. Indes sind dem Senat **gesetzgeberische Bestrebungen** bekannt geworden, die eine Abschaffung der Altersgrenze für Vertragszahnärzte umfassen (E-GKVOrgWG). Das Inkrafttreten des Gesetzes ist zum 01.01.2009 vorgesehen. Im Hinblick darauf hält der Senat es für unverhältnismäßig, wenn der Ast. unter Verlust des Patientenstammes seine Kassenpraxis schließen müsste, obgleich er im nächsten Jahr seine Tätigkeit fortsetzen könnte.

*SG Nürnberg, Beschl. v. 28.04.2008 - S 6 KA 12/08 ER –* lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* ordnete an, dass die Zulassung des Ast. bis 30.01.2009 wirksam bleibt.

S.a. *LSG Bayern, Beschl. v. 11.07.2008 – L 12 B 1113/07 KA ER –* RID 08-03-69; zur Rspr. u. Gesetzgebung s. RID 08-04 B V 5 (S. 23).

### 9. ERMÄCHTIGUNG: FOLGENABWÄGUNG IM EINSTWEILIGEN RECHTSSCHUTZ

*SG Marburg, Beschl. v. 14.11.2008 – S 12 KA 614/08 ER –*

RID 09-01-71

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

SGB V § 116 SGB V; Ärzte-ZV § 31a; SGG § 86b II

Ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung in vertragsärztlichen Zulassungssachen ist grundsätzlich auch **vor einer Entscheidung des Berufungsausschusses** zulässig.

Ist ein Beschluss des Zulassungsausschusses wegen unzureichender Begründung der Ablehnung einer Ermächtigung (hier: Arzt für Radiologische Diagnostik mit Teilgebietsbezeichnung Neuroradiologie und Nervenarzt) rechtswidrig, so hat das Gericht im einstweiligen Anordnungsverfahren eine **Folgenabwägung** unter Berücksichtigung der Interessen der Versicherten und der niedergelassenen Ärzte vorzunehmen. Letztere können durch einen engeren sog. Facharztfilter geschützt werden.

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

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

Zur BSG-Rspr. vgl. zuletzt RID 08-04-A VI (S. 25).

### ÖFFENTLICH-RECHTLICHER ERSTATTUNGSANSPRUCH DER KV BEI ÜBERZAHLUNG

*SG Marburg, Gerichtsbb. v. 02.02.2009 – S 12 KA 168/08 –*

RID 09-01-72

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

SGB V § 85 IV

Kommt es nach dem Tod einer Ärztin zu Überzahlungen der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen, so kann die Überzahlung im Wege eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gegenüber dem Rechtsnachfolger geltend gemacht werden.

Das *SG* gab der Klage der KV statt.

## VII. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung

Nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 55/07 R - ist eine **Krankenkasse** grundsätzlich nicht berechtigt, im Rechtsstreit mit einer KV die **Rechtmäßigkeit eines für sie maßgeblichen Gesamtvertrages** zur gerichtlichen Nachprüfung zu stellen; nach der Einführung des Wohnortprinzips für die Vereinbarung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen verhandelt die KV mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die Höhe der Gesamtvergütung für alle Versicherten der jeweiligen Kassenart mit Wohnsitz im Bezirk der KV; das Ergebnis dieser Verhandlungen muss auch eine Krankenkasse gegen sich gelten lassen, die auf die Verhandlungen nicht einmal mittelbar Einfluss nehmen konnte, weil sie dem zuständigen Landesverband nicht angehört; ob die Krankenkassen ab dem Jahr 2002 durch zusätzliche Zahlungen zur Schaffung eines angemessenen **Vergütungsniveaus für die zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen** beitragen müssen bzw. dürfen, ist gesetzlich nicht eindeutig geregelt; eine auf begrenzte Beteiligung der Krankenkassen gerichtete gesamtvertragliche Vereinbarung kann deshalb keinen "qualifizierten Rechtsverstoß" im Sinne der bisherigen Rechtsprechung des Senats darstellen.

Zur **integrierten Versorgung** s. BSG, Urt. v. 06.02.2008 - B 6 KA 27/07 R – (Barmer Hausarztvertrag) SozR 4-2500 § 140d Nr. 1 = GesR 2008, 260 = ZMGR 2008, 208 = USK 2008-21; BSG, Urt. v. 06.02.2008 - B 6 KA 5/07 R – SozR 4-2500 § 140a Nr. 2 = GesR 2008, 493 (Parallelentscheidungen: B 6 KA 6 u. 7/07 R –).

Zur weiteren BSG-Rspr. s. zuletzt RID 08-04 A VII (S. 26); 07-04 A VIII (S. 29).

### INTEGRIERTE VERSORGUNG ZWISCHEN INSTITUTSAMBULANZ UND NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 12.06.2008 – L 5 KA 3/08 –**

RID 09-01-73

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

SGB V §§ 85 I 1, II, 118 I 2, 120 II 1, 140a ff.

Die **Kooperation von niedergelassenen Ärzten** mit den **nichtärztlichen Leistungserbringern aus einer Institutsambulanz** führt zu einer engeren Verzahnung des ambulanten und des stationären Leistungssektors mit dem Ziel, eine bessere und effektivere - integrierte - Versorgung der Versicherten zu erreichen. Auf diese Weise können die niedergelassenen Ärzte die Behandlung ihrer Patienten unter Nutzung der Krankenhausstruktur der Institutsambulanz fortführen. Bei dieser Form der Kooperation handelt es sich um eine integrierte Versorgung, die die Regelversorgung ersetzt.

Die Bekl. schloss 2003 im Rahmen eines Projekts der integrierten Versorgung Einzelverträge (sog. Kooperationsverträge) mit der Psychiatrischen Institutsambulanz an der Paritätischen Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Mainz (PIA) und verschiedenen niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie. Seit Juli 2004 kürzte die Bekl. die an die Kl. zu zahlenden monatlichen Abschläge auf die Gesamtvergütung jeweils um 0,06 %. **SG Mainz**, Urt. v. 31.10.2007 – S 8 KA 584/04 - wies die auf Zahlung von 10.149,93 € gerichtete Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## VIII. Zertifizierung von Abrechnungsprogrammen

### 1. KEINE PROGRAMMZERTIFIZIERUNG BEI KOPPELUNG AN ARZNEIMITTELWERBUNG

**SG Berlin, Beschl. v. 12.11.2008 – S 79 KA 498/08 ER –**

RID 09-01-74

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

SGB V § 73 VIII 7 u. 8; BMV-Ä § 29 III; EKV-Ä § 15 III; SGG § 86b II;

Der **Anforderungskatalog AVWG** ist als Bestandteil der **Bundesmantelverträge** anzusehen. Die Bundesmantelverträge regeln in Verbindung mit diesem Anforderungskatalog abschließend und vollständig die Bedingungen der Zertifizierung. Es bestehen keine Bedenken, dass die Gesamtregelung wirksam ist, vor allem da diese auf die gesetzliche Ermächtigung des § 73 VIII 8 SGB V zurückgeht (s.a. **LSG Berlin**, Beschl. v. 27.10.2008 – L 7 KA 148/08 ER -).

Ein **Programm**, das in unzulässiger Weise **Werbung und Funktion vermischt**, kann nicht zertifiziert werden. Dies ist der Fall, wenn mit dem Programm-Fenster Werbung geöffnet wird und dieser werbebehaftete Weg dann den Nutzer besonders einfach zu der Verordnung des beworbenen Medikaments bringt. Hierin besteht eine Manipulation auch des kundigen Nutzers. Dieser wird verleitet, über die Doppelfunktion der Tasten, aber vor allem über den einfachen und kurzen Weg der Verordnung, das beworbene Medikament auszuwählen.

Die Ast. ist ein Softwareunternehmen, das Arztsoftware entwickelt und vertreibt. Ihr Programm wird von den Ärzten u.a. für die Verordnung von Arzneimitteln eingesetzt. Es wird in Verbindung mit den Rohdaten der ...-Arzneimitteldatenbank verwendet, welche die Angaben zu den einzelnen Arzneimitteln enthält. Die Beanstandung P3-210 (Anzeige von Werbung) und P3-410 (keine automatische Vorbelegung von Substitutionsvorschlägen/Verordnungsvorschlägen) führten zur Ablehnung der Zertifizierung. Die Ast. ist der Auffassung, der Anforderungskatalog sei nicht im Einklang mit der gesetzlichen Regelung. Das von ihr betriebene Programm erfülle alle Anforderungen. In den Verträgen könnten nur nähere Bestimmungen gefasst werden, keine zusätzlichen. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

## 2. PFLICHT ZUR ZERTIFIZIERUNG IST RECHTMÄßIG

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.10.2008 – L 7 B 57/08 KA ER –*

RID 09-01-75

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

SGB V § 73 VIII 7; SGG § 86b II

Die **Pflicht zur Zertifizierung** ärztlicher Praxissoftware folgt in Form eines **Verbots mit Erlaubnisvorbehalt** unmittelbar aus dem Gesetz, indem § 73 VIII 7 SGB V ausdrücklich bestimmt, dass Vertragsärzte für die Verordnung von Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen dürfen, die die Informationen nach den Sätzen 2 und 3 sowie über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a VIII enthalten und die von der KBV für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. § 73 VIII 7 SGB V ist **verfassungsgemäß**.

Die Ablehnung einer konkret zur Zertifizierung gestellten Praxissoftware kann durch kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ohne Weiteres zur **gerichtlichen Überprüfung** gestellt werden; nur in einem solchen Verfahren sind die streitentscheidenden Fragen in Bezug auf eine bestimmte Praxissoftware hinreichend konkretisierbar.

Die Ast. erstellt und vertreibt Praxisverwaltungssoftware für niedergelassene Ärzte. Sie stützt sich nach eigenem Vorbringen zusammen mit den vier ursprünglichen Streitgenossinnen, die sämtlich der C Holding AG angehören, bundesweit über 40 Prozent der Praxen niedergelassener Ärzte und Zahnärzte mit ihren Softwareprodukten aus. Im April 2008 hat die Ast - zusammen mit vier weiteren zur CHolding AG gehörenden Softwareunternehmen - Klage beim SG Berlin erhoben (S 79 KA 148/08) mit dem Begehren festzustellen, dass Vertragsärzte auch weiter berechtigt seien, nicht zertifizierte Praxissoftware zu nutzen; gleichzeitig wendet sie sich gegen neun einzelne Vorgaben des Anforderungskataloges und begehrt außerdem die Feststellung, dass die Zulassung ihrer Software nicht wegen Verstoßes gegen den Anforderungskatalog abgelehnt werden dürfe. Der Anforderungskatalog zwingt sie, ihr bislang werbefinanziertes Geschäftsmodell umzustellen. Der Anforderungskatalog bewirke Softwareentwicklungskosten in Höhe von ca. 15.000 € u. Kosten für ein Sonderupdate in Höhe von ca. 22.500 €. Für den Fall, dass die Werbefinanzierung der Software entfalle, werde mit Umsatzeinbußen in Höhe von ca. 5.810.000 €/Jahr (40 Prozent des erwirtschafteten Umsatzes) gerechnet. *SG Berlin*, Beschl. v. 16.06.2008 - S 79 KA 148/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

## 3. RECHTSWEG ZU SOZIALGERICHTEN: KLAGE EINES PRAXISSOFTWAREHERSTELLER GEGEN KV

*LSG Bayern, Beschl. v. 11.08.2008 – L 12 B 205/08 KA –*

RID 09-01-76

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

SGG §§ 51 I Nr. 2, II 1, 57° I 1; BGB §§ 823 I, 824, 1004

Für den Rechtsstreit zwischen einem Praxissoftwarehersteller und der KV wegen Unterlassung geschäftsschädigender Äußerungen ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben.

Die Kl. entwickelt und vertreibt Praxisverwaltungsprogramme. Mit ihrer Klage vor dem SG begehrte sie, die bekl. KV zu verurteilen, es zu unterlassen, sich in kreditgefährdender Weise über ihre Praxissoftware zu äußern und insoweit, wie in einem Rundschreiben an die Vertragsärzte in Bayern geschehen - zu behaupten: "Solche Praxissoftware birgt klar die Gefahr einer Manipulation des ärztlichen Verschreibungsverhaltens und ist darüber hinaus ein Kostentreiber im Gesundheitswesen." *SG München*, Beschl. v. 12.02.2008 – S 39 KA 546/06 – verwies mit der Begründung, streitig sei die Einhaltung von wettbewerbsrechtlichen Normen, deren Beachtung auch jedem privaten Mitbewerber obliege, den Rechtsstreit an das LG A; das *LSG* hob den Beschl. auf.

## IX. Verfahrensrecht

Nach BSG, Urt. v. 28.01.2009 – *B 6 KA 11/08 R* – kann, wenn isoliert über die Wiedereinsetzung entschieden wurde, eine **Versagung von Wiedereinsetzung als Verwaltungsakt** bestandskräftig werden und bindet dann auch die Gerichte, die über den Widerspruchsbescheid zu entscheiden haben.

### 1. ZUSTÄNDIGKEIT DEUTSCHER SOZIALGERICHTE BEI VERZUG INS AUSLAND

*SG Dresden, Urt. v. 29.10.2008 – S 11 KA 5042/05 Z –*

RID 09-01-77

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

SGG §§ 51, 57, 57a; BMV-Z § 23 I 2; Anl. 12 zum BMV-Z § 4

Die deutsche Gerichtsbarkeit wegen einer Regressforderung einer Krankenkasse besteht auch gegenüber einem in die Schweiz verzogenen Zahnarzt.

Die Krankenkassen können Erstattungsansprüche/Schadensansprüche ohne vorherige Feststellungen der dafür zuständigen Einrichtungen geltend machen, wenn der Zahnarzt nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Das *SG* gab der Klage der Bahn BKK gegen einen zwischenzeitlich in die Schweiz verzogenen Zahnarzt auf Zahlung eines Regressbetrages wegen einer mangelhaften zahnprothetischen Versorgung statt.

## 2. UMDEUTUNG EINES ANTRAGS AUF EINSTWEILIGEN RECHTSSCHUTZ IN WIDERSPRUCH

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 09.12.2008 – L 7 B 113/08 KA ER –*

RID 09-01-78

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGG § 84

**Leitsatz:** Ein Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz kann zumindest dann nicht zugleich als Widerspruch gewertet werden, wenn der Antragsteller nach seinem Vorbringen bereits zu einem früheren Zeitpunkt Widerspruch eingelegt hat.

*SG Berlin*, Beschl. v. 01.09.2008 – S 79 KA 357/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

## 3. VOLLSTRECKUNG: KEINE AUFSCHIEBENDE WIRKUNG BEI EINER LEISTUNGSKLAGE

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 20.01.2009 – L 7 KA 5/09 ER –*

RID 09-01-79

SGG §§ 54 V, 86a, 86b I, 144 I, 154 I u. II, 198 II, 199 I Nr. 1

Bei einer Leistungsklage haben weder Klage noch Berufung aufschiebende Wirkung, weshalb ein Antrag, die Zwangsvollstreckung aus der vollstreckbaren Ausfertigung eines Urteils für unzulässig zu erklären, abzuweisen ist.

Ein Vertragszahnarzt verpflichtete sich in einem Vergleich zur Rückzahlung einer Honorarberichtigung in Höhe von 40.000 €. SG Berlin, Urt. v. 28.05.2008 – S 71 KA 269/05 - verpflichtet die KZV auf (Wieder)Auszahlung des Betrages; hiergegen ist Berufung eingelegt worden. Nach Übersendung einer vollstreckbaren Ausfertigung des SG-Urteils stellte die KZV gegen den Vertragszahnarzt den vom *LSG* abgewiesenen Antrag.

## 4. SELBSTANZEIGE EINER EHRENAMTLICHEN RICHTERIN ZUR BEFANGENHEIT

*LSG Hamburg, Beschl. v. 15.10.2008 – L 1 B 377/08 SE –*

RID 09-01-80

SGG §§ 12 III 1, 17 IV, 60 I; ZPO §§ 41, 42, 48,

Allein die selbst von einer ehrenamtlichen RichterIn angezeigte Tatsache, dass bei ihrer Arbeitgeberin, einer **Krankenkasse**, vom Sachverhalt **identische Verfahren anhängig** seien, reicht nicht aus, um die Befangenheit der anzeigenden RichterIn annehmen zu können. Vom Gesetzgeber geforderte oder gewünschte Eigenschaften eines Richters können als Ablehnungsgrund allein nicht anerkannt werden.

Es mag zwar sein, dass der jeweilige **ehrenamtliche Richter** in **Streitigkeiten des Vertragsarztrechts** am Verlauf deshalb persönlich interessiert ist, weil er hiervon im Rahmen seiner Tätigkeit irgendwie „mitbetroffen“ wird. Ausschlaggebend ist jedoch, dass er in dem konkreten Rechtsstreit selbst nicht mit einbezogen ist, dass er weder formell noch materiell an ihm beteiligt ist.

Unerheblich ist, ob der Richter sich selbst für befangen hält. Mit der **Selbstanzeige** nach § 48 ZPO sollen nur Verhältnisse, wie sie in § 41 ZPO und § 42 ZPO beschrieben sind, angezeigt werden. Die Entscheidung hierüber ist allein Aufgabe des zuständigen Gerichts.

Eine Selbstanzeige erreicht nur dann ausnahmsweise rechtliche Bedeutung, wenn sie Ausdruck einer **schwerwiegenden Konfliktlage** des Richters ist. Bei einer derartigen Beurteilung muss wegen des Gewichts des Gebots des gesetzlichen Richters ein strenger Maßstab angewendet werden, da andernfalls durch Erklärungen von Richtern zu ihrer eigenen Befangenheit Einfluss auf die gesetzlich gesicherten Zuständigkeiten von Gerichten genommen werden könnte. Solange Gründe solchen Gewichts nicht vorliegen, ist der Richter aufgrund seiner gesetzlichen Stellung und seiner Dienstpflichten gehalten, Hemmnisse zu überwinden, die ihm die Entscheidung in einem konkreten Rechtsstreit erschweren.

Das *LSG* stellte fest, dass die Selbstablehnung der ehrenamtlichen RichterIn in einem Verfahren gegen den Beschwerdeausschuss nicht begründet ist; **parallele Beschlüsse** sind zu den Az.: L 1 B 374, 376, 378-382 u. 384/08 SE ergangen.

## X. Streitwert/Anwaltsvergütung

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

Nach BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 57/07 R – juris Rn. 28 ist der Streitwert im Falle von Honorarkürzungen oder Regressen nach dem vollen Betrag, wie dieser in dem angefochtenen Bescheid ausgewiesen bzw. im Instanzenzug noch streitbefangen ist, zu bemessen.

Zur BSG-Rspr. s. ferner zuletzt RID 08-04 A IX (S. 27); 07-04 A X (S. 31).

### 1. EINTRAGUNG IN DAS ARZTREGISTER

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2851/06 – RID 09-01-32 (S. 17)**

GKG § 52 I

Für Streitigkeiten, die sich auf die Eintragung in das Arztregister beschränken, ist der Streitwert auf 20.000 € festzusetzen.

### 2. EINRICHTUNG EINES ANÄSTHESIOLOGISCHEN NOTFALLDIENSTES

**LSG Hessen, Beschl. v. 30.04.2008 – L 4 B 291/07 KA –**

**RID 09-01-81**

SGG § 197a I 1; GKG §§ 52, 63 II 1

Kann im Einzelnen nicht dargelegt werden, in welchem Umfang Anästhesieärzte überhaupt in der Vergangenheit an einer ambulanten Notfallversorgung beteiligt waren, so ist der Streitwert in einem Verfahren wegen Einrichtung eines anästhesiologischen Notfalldienstes auf den Regelstreitwert festzusetzen.

**SG Marburg**, Beschl. v. 11.07.2007 – S 12 KA 881/06 – setzte den Regelstreitwert fest, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### 3. DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE GEGEN SONDERBEDARFSZULASSUNG

**LSG Bayern, Beschl. v. 08.08.2008 – L 12 B 499/08 KA –**

**RID 09-01-82**

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

GKG § 52 I

Der Streitwert für eine **defensive Konkurrentenklage gegen eine Sonderbedarfszulassung** ist nach der **Honorareinbuße** des klagenden Vertragsarztes zu bestimmen. Sein Abwehrinteresse ist nicht gleichbedeutend mit dem wirtschaftlichen Interesse des Zugelassenen am Erhalt seiner Teilnahmeerlaubnis. Es besteht aber kein Grund, von der im Zulassungsstreitverfahren üblichen Betrachtung eines **Dreijahreszeitraumes** abzuweichen. Ziff. 16.6 des Streitwertkataloges für die Sozialgerichtsbarkeit (dreifacher Regelstreitwert) ist nicht anzuwenden. Dies würde zu einem unangemessenen niedrigen Streitwert führen. Im Hinblick auf das System der Quartalsabrechnungen ist davon auszugehen, dass mangels tatsächlicher Anhaltspunkte für eine Bestimmung der Honorareinbuße aufgrund der Zulassung des Konkurrenten vom **Regelstreitwert** oder einem Vielfachen **pro Quartal** auszugehen ist (BSG vom 07.12.2006, B6 KA 42/06 R, ZMGR 2007, 44; BSG vom 12.09.2006, B6 KA 70/05 R, juris). Bei Ermächtigung oder eng beschränkter Sonderbedarfszulassung ergäbe sich dann ein Streitwert von 5.000,00 EUR im Quartal hochgerechnet auf zwölf Quartale = 60.000,00 EUR. Bei beschränkten Sonderbedarfszulassungen, die eine gewisse Umsatzstärke nach sich ziehen, kann der Regelstreitwert zu erhöhen sein.

**SG München**, Beschl. v. 22.04.2008 – S 43 KA 769/07 – setzte den dreifachen Regelstreitwert (15.000 €), das **LSG** den 1,5-fachen Wert des Regelstreitwertes hochgerechnet auf zwölf Quartale (90.000 €) fest.

**Parallelverfahren: SG München**, Beschl. v. 22.04.2008 – S 43 KA 965/07 ER –

**LSG Bayern, Beschl. v. 01.10.2008 – L 12 B 500/08 KA –**

**RID 09-01-83**

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 04.06.2008 – L 5 KA 4514/07 – RID 09-01-63**

(Revision anhängig: B 6 KA 25/08 R)

Das Interesse bei einer defensiven Konkurrentenklage besteht an der Vermeidung von Umsatzrückgängen als Folge der Zulassung der Konkurrentin. Für dieses Begehren lässt sich ein konkreter Betrag nicht ermitteln, weshalb mit der Vorinstanz vom Regelstreitwert pro Quartal für drei Jahre auszugehen ist (60.000,- € - 12 x 5.000,- €).

#### 4. ZULASSUNGSENTZIEHUNG EINES LABORARZTES IN GEMEINSCHAFTSPRAXIS

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2007 – L 10 B 39/06 KA –*

RID 09-01-84

*GesR 2009, 26* (nur LS mit Erläuterung)

GKG § 52 I

Leitsatz (GesR): 1. Maßgebend für den Streitwert ist grundsätzlich das wirtschaftliche Interesse des Klägers am Ausgang des Verfahrens.

2. Wird um die Entziehung der vertragsärztlichen Versorgung gestritten, bemisst sich der Streitwert anhand des konkreten Umsatzes des betreffenden Arztes bezogen auf einen Zeitraum von drei Jahren abzüglich eines Praxiskostenanteils.

3. Das wirtschaftliche Interesse eines Laborarztes ist auf das gesamte Honorar gerichtet, bestehend aus dem Leistungsanteil und den Analysesachkosten.

4. Im Einzelfall kann es in Betracht kommen, den individuellen Praxiskostenanteil zugrunde zu legen.

5. In Ermangelung anderer Anhaltspunkte kann (hilfsweise) davon ausgegangen werden, dass der Vertragsarzt regelmäßig beabsichtigt, einen Reinertrag zu erwirtschaften, der dem der Arztpraxen insgesamt entspricht.

#### 5. ERMÄCHTIGUNG ZUR SOZIALPÄDIATRISCHEN VERSORGUNG FÜR GEMEINNÜTZIGE EINRICHTUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 03.12.2008 – L 7 KA 21/05 –*

RID 09-01-85

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

SGB V § 119; SGB X § 63 III 1; BRAGO a.F. § 8 II; GKG a.F. § 13 I

Für eine auf zwei Jahre befristete Ermächtigung zur sozialpädiatrischen Versorgung nach § 119 SGB V ist der Gegenstandswert auf den achtfachen Regelstreitwert (hier: 8 x 4.000 Euro) festzusetzen, sofern es sich um eine gemeinnützige Einrichtung handelt, die eine Gewinnerzielungsabsicht nicht verfolgt und sich durch unterschiedliche Zuwendungen finanziert (vgl. bereits LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 23.04.2008 – L 7 KA 2/07 – RID 08-03-97). Die Personalkosten spiegeln nicht die wirtschaftliche Bedeutung der Sache.

*SG Berlin*, Urt. v. 04.05.2005 - S 71 KA 316/03 – setzte die Anwaltsgebühren für ein Vorverfahren bzgl. einer Ermächtigung zur sozialpädiatrischen Versorgung auf der Grundlage der Bruttoeinnahmen bezogen auf einen Zeitraum von zwei Jahren fest (2 x 453.123,00 Euro - 1.150 Krankenscheine, jeweils bewertet mit 394,02 Euro). Das *LSG* ging von 32.000 Euro aus.

#### 6. ZERTIFIZIERUNG VON ARZTSOFTWARE

*SG Berlin, Beschl. v. 12.11.2008 – S 79 KA 498/08 ER – RID 09-01- (S. 31)*

Im Streitverfahren um die Zertifizierung von Arztsoftware ist der Streitwert auf 250.000.- Euro festzusetzen.

#### 7. ANWALTSVERGÜTUNG: WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFVERFAHREN ALS „SCHWIERIG“

*SG Düsseldorf, Urt. v. 14.01.2009 – S 2 KA 82/07 –*

RID 09-01-86

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

SGB V § 106; SGB X § 63; RVG §§ 2, 14 I; VV RVG Nr. 2300

Es besteht kein gefestigter Rechtsgrundsatz, dass Angelegenheiten des Vertragsarztrechts **generell als schwierig** anzusehen sind mit der Folge, dass stets ein mehr als 1,3-facher Gebührensatz gerechtfertigt wäre. Entscheidend ist allein die Beurteilung der Schwierigkeit der anwaltlichen Tätigkeit im **konkreten Einzelfall**.

Um in Verfahren, die die **Wirtschaftlichkeit** der vertragsärztlichen Leistungserbringung zum Gegenstand haben, eine zuverlässige Beurteilung der Rechtslage vornehmen zu können, muss der Rechtsanwalt über umfassende Kenntnis von den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V verfügen oder sich diese zumindest erarbeiten. Er muss sich dazu insbesondere in die umfangreiche Rechtsprechung einlesen bzw. diese verfolgen und die dort aufgestellten Rechtssätze auf den konkreten Fall anwenden. Dies wiederum setzt eine eingehende Kenntnis u.a. von dem Leistungsspektrum der geprüften Vertragsarztpraxis und der Vergleichsgruppe voraus und erfordert in der fallbezogenen Umsetzung tiefgehendes Verständnis über die relevanten Zusammenhänge.

Das *SG* gab der Klage statt und verurteilte die Bekl., den Kl. (weitere) 134,71 EUR Kosten zu erstatten.

## XI. Entscheidungen des BSG

### 1. HONORARVERTEILUNG

#### A) ANGEMESSENE HÖHE DER VERGÜTUNG PSYCHOTHERAPEUTISCHER LEISTUNGEN

*BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 9/07 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 42*

RID 09-01-87

**Leitsatz:** 1. Der Beschluss des **Bewertungsausschusses** vom 18.2.2005 "zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung ab dem 01.01.2000" ist für die **Zeiträume ab 2002 rechtmäßig**.

2. Der Beschluss ist **rechtswidrig**, soweit danach für die **Jahre 2000 und 2001** bei der Berechnung der Psychotherapie-Mindestpunktwerte die Umsätze der Allgemeinmediziner um Einnahmen für Laborleistungen und aus Pauschalerstattungen zu bereinigen sind. Erfolgt bis zum 31.12.2008 keine Neuregelung, so sind die Mindestpunktwerte unter Einschluss dieser Einnahmen zu berechnen und die Honorare in noch nicht bestandskräftig abgeschlossenen Verfahren neu festzusetzen.

3. Der **Punktwert für probatorische Sitzungen** darf grundsätzlich 5 Pf bzw. 2,56 Cent nicht unterschreiten.

**Parallelverfahren:** *BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 8/07 R –*

RID 09-01-88

*BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 10/07 R –*

RID 09-01-89

*BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 11/07 R –*

RID 09-01-90

*BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 12/07 R –*

RID 09-01-91

*S.a. BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 49/07 R –*

RID 09-01-92

*BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 41/07 R –*

RID 09-01-93

Das SG wird bei seiner erneuten Entscheidung auch klären müssen, ob der weitere Einwand des Klägers berechtigt ist, der auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses für alle Kassenarten einheitlich zu bestimmende Psychotherapie-Punktwert sei von der **KV Hessen** aufgrund von Bestimmungen der Honorarverteilung zu Unrecht zur Finanzierung der im vertragsärztlichen Notdienst erbrachten Leistungen um unterschiedliche Quoten im Primär- und Ersatzkassenbereich reduziert worden.

**Parallelverfahren:** *BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 42/07 R –*

RID 09-01-94

*BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 43/07 R –*

RID 09-01-95

#### B) EINHEITLICHE QUOTIERUNG NACH ÜBERSCHREITEN EINER HONORARBERGRENZE

*BSG, Beschl. v. 05.11.2008 – B 6 KA 21/07 B –*

RID 09-01-96

<sup>juris</sup>

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 07.03.2007 – L 3 KA 310/03 - wird zurückgewiesen.

**Leitsatz:** 1. Die durch eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes bewirkte strikt **leistungsproportionale Verteilung** der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungen - und damit auch die gleichmäßige Aufteilung der infolge einer Steigerung der Leistungsmenge entstandenen "Honorarlücke" - auf alle Vertragszahnärzte ist mit den gesetzlichen Vorgaben in § 85 Abs. 4 S. 1-3 SGB 5 sowie mit dem aus Art 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG abgeleiteten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar (vgl. u.a. BSG vom 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R = BSGE 96, 1 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 22).

2. Auch aus **Art 14 Abs. 1 GG** kann kein Anspruch auf Erhaltung von Verdienstchancen hergeleitet werden.

3. Die Einführung von **Honorarobergrenzen** bedeutet nicht, dass für einzelne Leistungen oder Teile von ihnen überhaupt keine Vergütung gewährt wird; vielmehr wird lediglich das Ausmaß der Vergütungen insgesamt der Höhe nach begrenzt, sodass das auf die einzelne Leistung entfallende Honorar um einen entsprechenden Bruchteil sinkt (vgl. BSG vom 10.12.2003 - B 6 KA 54/02 R = BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5).

4. Zur Darlegung der Entscheidungserheblichkeit einer als **gleichheitswidrig** gerügten **Begünstigung Dritter** für den eigenen Honorarstreit ist erforderlich, dass ausgeführt wird, inwiefern für den Fall der Feststellung eines Verstoßes gegen Art. 3 Abs. 1 GG die Chance besteht, eine für den eigenen

Rechtsstreit günstige Regelung durch den Normgeber zu erreichen (vgl. BFH vom 11.9.2008 - VI R 13/06 = DB 2008, 2224 – m.w.N. zur Rspr. auch des BVerfG).

5. Darüber hinaus ist in der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG zur Anwendung des Gleichbehandlungsgebots des Art 3 Abs. 1 GG geklärt, dass bei Beachtung des Gestaltungsspielraums des Normgebers das **Gleichheitsgrundrecht** nur verletzt ist, wenn dieser eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu einer anderen Gruppe anders behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie eine ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten (vgl. BVerfG vom 30.7.2008 - 1 BvR 3262/07 = NJW 2008, 2409; BVerfG vom 18.4.2008 - 1 BvR 759/05 = DVBl 2008, 780 und BSG vom 9.4.2008 - B 6 KA 29/07 R = zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, m.w.N.).

### C) AUSSCHLUSSFRIST FÜR ABRECHNUNG

**BSG, Beschl. v. 16.07.2008 – B 6 KA 12/08 B –**  
BeckRS 2008 56222

RID 09-01-97

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 05.12.2007 – L 11 KA 93/06 – RID 08-01-18 wird zurückgewiesen.

Seit BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 19 ist geklärt, dass die KV in ihrem HVM auch ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung **Fristen für die Vorlage der vertragsärztlichen Abrechnung** eines Quartals setzen und als **materielle Ausschlussfrist** ausgestalten darf (so a. zuletzt BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 29/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 37 = GesR 2008, 197).

Wie diese Ausschlussfrist konkret gehandhabt wird und insb. wie die auch vom Senat für notwendig gehaltenen **Ausnahmeregelungen** in besonders gelagerten Einzelfällen **technischer Fehler** bei der Vorlage der Abrechnung gestaltet werden, hat **keine grundsätzliche**, d. h. über den Einzelfall hinausgehende **Bedeutung**. Im Übrigen ergibt sich aus BSG, Beschl. v. 29.08.2007 - B 6 KA 48/06 B - juris, dass gegen eine einjährige Ausschlussfrist für die Vorlage von Honorarabrechnungen keine grundsätzlichen Bedenken bestehen, und dass die Würdigung des Verhaltens des Arztes im Zusammenhang mit der Abrechnung bei einer Zubilligung von Ausnahmen von der grundsätzlich für alle Vertragsärzte geltenden Ausschlussfrist nicht nur zulässig, sondern geboten ist.

## 2. FACHKUNDENACHWEIS KOLOSKOPIE

**BSG, Beschl. v. 27.11.2007 – B 6 KA 33/07 B –**  
BeckRS 2008 50212

RID 09-01-98

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 28.03.2007 – L 11 KA 9/06 – RID 07-02-32 wird zurückgewiesen.

Durch die Rechtsprechung (vgl. BVerfG <Kammer> SozR 4-2500 § 135 Nr. 2; BSG SozR 3-2500 § 72 Nr. 11 und SozR 3-2500 § 135 Nr. 15; BSG, Urt. v. 11.10.2006 - B 6 KA 1/05 R - SozR 4-2500 § 135 Nr. 10 = BSGE 97, 158 = GesR 2007, 209) ist bereits geklärt, dass ein **qualifikationsgebundenes Genehmigungserfordernis** bzw. ein präventives Verbot mit Erlaubnisvorbehalt für die Erbringung vertragsärztlicher Leistungen auch für bereits in der Versorgung **tätige Ärzte** normiert werden kann und dass **Übergangsregelungen** nur unter engen Voraussetzungen erforderlich sind (zum letztgenannten Aspekt insb. BSG SozR 3-2500 § 72 Nr. 11 S. 31 ff. sowie BSG SozR 3-2500 § 135 Nr. 15 S. 78 ff.).

## 3. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG: NICHT GENEHMIGTE GEMEINSCHAFTSPRAXIS BEI DOPPELEINLESUNG

**BSG, Beschl. v. 17.09.2008 – B 6 KA 65/07 B –**  
BeckRS 2008 57265

RID 09-01-99

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 16.05.2007 – L 12 KA 563/04 – RID 07-04-24 wird zurückgewiesen.

Honorarkürzungen dürfen sich auf das gesamte Honorar erstrecken, das auf rechtswidrige Weise erlangt wurde, **ohne dass gegenzurechnen ist, was bei rechtmäßigem Verhalten als Honorar zu zahlen gewesen wäre** (vgl. dazu BSG SozR 4-2500 § 39 Nr. 3 Rdnr. 14). In solchen Fällen kann eine Honorarneufestsetzung im Wege einer Schätzung erfolgen (vgl. BSG SozR 3-5550 § 35 Nr. 1 S. 9). Diese Grundsätze gelten auch in Fällen des Missbrauchs der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft.

## 4. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

### A) RICHTIGKEIT DER ARZNEIMITTELDATEIEN/ERWEITERTE ARZNEIMITTELDATEIEN

*BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 57/07 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 19* RID 09-01-100

**Leitsatz:** Die Prüfungsgremien müssen im Rahmen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise eines Arztes die erweiterten Arzneimitteldateien beiziehen, wenn dies in der Prüfvereinbarung vorgeschrieben ist oder der Arzt im Verfahren substantiiert Zweifel an der Richtigkeit des ihm zugeordneten Verordnungsvolumens geltend macht.

S.a. unter Streitwert

**Parallelverfahren:** *BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 58/07 R –* RID 09-01-101

*BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 59/07 R –* RID 09-01-102

*BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 60/07 R –* RID 09-01-103

### B) ZUSTÄNDIGKEIT DER PRÜFGREMIEN FÜR ERMÄCHTIGTE HOCHSCHULAMBULANZEN

*BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 36/07 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 20* RID 09-01-104

**Leitsatz:** Die Prüfungsgremien nach § 106 SGB V sind auch nach der im Fallpauschalengesetz zum 01.01.2003 erfolgten Neuregelung der Honorierung ermächtigter Hochschulambulanzen weiterhin für die Wirtschaftlichkeitsprüfung dort verordneter Leistungen zuständig.

## 5. ZULASSUNGSRECHT

### A) ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN

*BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 41/06 R – SozR 4-2500 § 95 Nr. 14* RID 09-01-105

§ 95 VII 3 SGB V a.F., wonach eine Zulassung mit Ablauf des Kalendervierteljahres endet, in dem der Vertragsarzt das 68. Lebensjahr vollendet hat, ist sowohl mit Verfassungs- als auch mit europäischem Recht vereinbar.

*BVerfG*, Beschl. v. 30.06.2008 – 1 BvR 1159/08 – RID 09-01-67 hat die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

**Parallelverfahren:** *BSG, Urt. v. 09.04.2008 – B 6 KA 44/07 R –* RID 09-01-106

*BVerfG*, Beschl. v. 30.06.2008 – 1 BvR 1831/08 – hat die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

### B) ZULASSUNGSENTZIEHUNG

#### AA) GRÖBLICHE PFLICHTVERLETZUNG UND "WOHLVERHALTEN"

*BSG, Beschl. v. 05.11.2008 – B 6 KA 59/08 B –* RID 09-01-107

<sup>juris</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 28.05.2008 – L 11 KA 16/08 wird zurückgewiesen.

Die **gröbliche Pflichtverletzung** und ein eventuell beachtliches "**Wohlverhalten**" beziehen sich notwendig aufeinander; es muss festgestellt werden, ob das Verhalten des betroffenen (Zahn-)Arztes nach der Entziehung der Zulassung zu dem Schluss zwingt, dass die von der Pflichtverletzung ausgehende Indizwirkung für einen Eignungsmangel mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit entkräftet ist. Soweit daran **Zweifel** bleiben, ist weiterhin vom Eignungsmangel auszugehen; der **strafprozessuale Grundsatz**, demzufolge ein einer Straftat Verdächtiger nicht gezwungen werden soll, **sich selbst zu belasten**, und zudem Unsicherheiten der Beurteilung zugunsten des Betroffenen gehen, **gilt im Kontext der Würdigung von Wohlverhalten nicht**. Hier handelt es sich nicht um eine Bestrafung, sondern um die ausnahmsweise Suspendierung einer an sich rechtmäßig ausgesprochenen Zulassungsentziehung. Umstände, die eine solche Entkräftung rechtfertigen können, dürfen nicht lediglich vermutet, zugunsten des (Zahn-)Arztes unterstellt oder aus bloßer Unauffälligkeit während eines schwebenden Verfahrens hergeleitet, sondern müssen positiv festgestellt werden.

*BVerfG*, Beschl. v. 22.12.2008 – 1 BvR 3457/08 – RID 09-01-66a hat die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

## B) PROGNOSE KÜNFTIG ORDNUNGSGEMÄßEN VERHALTENS

**BSG, Beschl. v. 17.10.2007 – B 6 KA 36/06 B –**

**RID 09-01-108**

*BeckRS 2007 48625*

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 18.01.2006 – L 12 KA 46/03 – RID 06-02-44 wird zurückgewiesen.

Bei einer nicht im Wege des Sofortvollzugs tatsächlich umgesetzten Zulassungsentziehung hat das Gericht insbesondere im Falle längerer Verfahrensdauer sorgfältig zu prüfen, ob sich die Sachlage während des Prozesses zu Gunsten des Arztes in einer Weise geändert hat, die eine Entziehung der Zulassung nicht mehr als angemessen erscheinen lässt (BSG SozR 4-2500 § 95 Nr. 12, Rdnr. 16). Hierzu müssen die Umstände festgestellt werden, welche auf Grund der Praxistätigkeit des klagenden Arztes während des sozialgerichtlichen Verfahrens für und gegen dessen künftig ordnungsgemäßes Verhalten sprechen, und diese sind sodann im Rahmen einer Prognose wertend zu gewichten. Dabei kann eine durch gröbliche Pflichtverletzungen in der Vergangenheit indizierte Ungeeignetheit des Vertragsarztes infolge veränderter Umstände während des sozialgerichtlichen Verfahrens nur dann relativiert werden, wenn die **Prognose künftig ordnungsgemäßes Verhaltens zweifelsfrei** zur Überzeugung des Tatsachengerichts **feststeht** (BSG, aaO, Rdnr. 18-19). Ein **Wohlverhalten** ist nicht anzunehmen, wenn durch Tatsachen belegte ernstliche **Zweifel** daran bestehen, ob bei dem betroffenen Vertragsarzt eine nachhaltige Verhaltensänderung wirklich eingetreten ist. Eine Würdigung nur der zugunsten des Arztes sprechenden Tatsachen scheidet ebenso aus wie die Berücksichtigung lediglich eines Zeitraums von fünf Jahren nach Ausspruch der Zulassungsentziehung im Rahmen der Prognose (BSG, aaO; s zum Ganzen auch den Senatsbeschluss vom 27.6.2007 - B 6 KA 20/07 B - BeckRS 2007, 45493, Rdnr. 13). Mithin ist durch die genannten Entscheidungen höchstrichterlich geklärt, dass allein das Unterlassen weiterer Pflichtverletzungen während der gesamten Zeit eines länger als fünf Jahre dauernden sozialgerichtlichen Verfahrens über die Zulassungsentziehung jedenfalls dann kein Wohlverhalten i. S. einer Prognose künftig ordnungsgemäßes Verhaltens belegen kann, wenn zugleich aufgrund konkreter Tatsachen ernstliche Zweifel an einer nachhaltigen Verhaltensänderung des Vertragsarztes bestehen.

**BVerfG**, Beschl. v. 16.01.2008 – 1 BvR 3168/07 – hat die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

## CC) BERUFUNGS-AUSSCHUSS KANN OHNE MÜNDLICHE VERHANDLUNG ENTSCHEIDEN

**BSG, Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 9/07 B –**

**RID 09-01-109**

*BeckRS 2008 51269*

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 38/04 – RID 07-01-85 wird zurückgewiesen.

Der Berufungsausschuss ist bei einstimmiger Entscheidung befugt, den Widerspruch gegen eine Zulassungsentziehung gemäß § 45 II Ärzte-ZV ohne mündliche Verhandlung zurückzuweisen.

**BVerfG**, Beschl. v. 30.06.2008 – 1 BvR 1630/08 – hat die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

## DD) KEINE ANFECHTUNGSBEFUGNIS EINES DRITTEN GEGEN BESTANDSKRÄFTIGE ZULASSUNGSENTZIEHUNG

**BSG, Beschl. v. 16.07.2008 – B 6 KA 2/08 B –**

**RID 09-01-110**

*BeckRS 2008 56468*

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 21.11.2002 - L 5 KA 76/01 - wird zurückgewiesen.

Ist eine gegenüber einem **Mitglied einer Gemeinschaftspraxis** ausgesprochene **Entziehung** der Zulassung dadurch bestandskräftig geworden ist, dass das LSG dessen Rechtsbehelf zurückgewiesen hat und keiner der Beteiligten ein weiteres Rechtsmittel eingelegt hat, so entfaltet dieses Urteil gemäß § 141 I Nr. 1 SGG **Bindungswirkung** gegenüber allen Beteiligten, dabei auch gegenüber dem in jenem Verfahren beklagten Berufungsausschuss sowie gegenüber einem Kläger, der dort als Beigeladener beteiligt gewesen war. Dadurch besteht keine Grundlage mehr für eine Genehmigung der Betreibung einer Gemeinschaftspraxis, und gemäß BSG, Urt. v. 23.02.2005 (SozR 4-5520 § 33 Nr. 5) ist kein Raum mehr, einen Dritten - wie den Kläger - als berechtigt anzusehen, den Widerruf bzw. die Rücknahme der Genehmigung der Teilnahme an einer Gemeinschaftspraxis anzufechten (hierzu s. ausdrücklich den zweiten Satz des Leitsatzes von BSG a. a. O. und dort Rdnr. 7, 8, 10).

## **EE) VERFAHRENSRÜGE UNZUREICHENDE GEHÖRSGEWÄHRUNG (PSYCHOTHERAP. DOKUMENTATIONSPFLICHTEN)**

**BSG, Beschl. v. 17.07.2007 – B 6 KA 14/07 B –**

**RID 09-01-111**

BeckRS 2007 46399

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 80/06 – RID 07-01-84 wird zurückgewiesen.

Für eine ausreichende Gelegenheit zur Stellungnahme muss ein Gericht nicht etwa dem Kl. die verschiedenen möglichen Folgerungen ausdrücklich und gezielt mitteilen, ebenso wenig, zu welcher Bewertung es neige. Die Pflicht zur **Gehörgewährung** bedeutet nur, dass den Beteiligten die vom Gericht eingeholten **Tatsachen und Beweisergebnisse bekannt sein müssen**; **nicht** aber muss das Gericht ihnen auch mitteilen, welche **Schlussfolgerungen** es aus den Tatsachen bzw. Beweisergebnissen zieht bzw. ziehen wird (vgl. z.B. BVerfGE 89, 381, 392 m.w.N. mit Trennung von Tatsachen und Beweisergebnissen einerseits und deren Verwertung andererseits).

## **C) KEINE ERMÄCHTIGUNG OHNE VERTRAGSARZTRECHTLICH ERFORDERLICHE FORMELLE QUALIFIKATION**

**BSG, Urt. v. 09.04.2008 – B 6 KA 40/07 R – SozR 4-2500 § 87 Nr. 16**

**RID 09-01-112**

**Leitsatz:** 1. Regelungen im EBM-Ä können ihre gesetzliche Grundlage in § 87 SGB V, in § 82 Abs. 1 SGB V oder in § 135 Abs. 2 SGB V haben.

2. Qualifikationsanforderungen im Vertragsarztrecht können über berufsrechtliche Regelungen hinausgehen. Das ist sowohl mit Art 74 Abs. 1 Nr. 12 als auch mit Art. 12 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar.

3. Die Ermächtigung eines Krankenhausarztes darf nicht Leistungen erfassen, für die ihm die vertragsarztrechtlich erforderliche formelle Qualifikation fehlt. Dies gilt auch dann, wenn sich daraus für die Versicherten Versorgungserschwernisse ergeben.

## 6. EHV DER KV HESSEN: ERMÄCHTIGUNGSGRUNDLAGE VERFASSUNGSGEMÄß

*BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 38/07 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 43*

RID 09-01-113

**Leitsatz:** 1. Ein Gericht darf nicht von einer **Vorlage an das BVerfG** bzw. LVerfG mit der Begründung absehen, das in Frage stehende Bundes- oder Landesgesetz sei nicht nichtig, sondern nur verfassungswidrig und für einen begrenzten Zeitraum bis zu einer vom Gericht für notwendig gehaltenen Neuregelung noch eingeschränkt anwendbar.

2. Hält ein Gericht die Regelung des § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessens (KVHG) aus dem Jahre 1953 über die "wirtschaftliche Sicherung alter und invalider Kassenärzte" für bundesrechtswidrig, so kommt eine Vorlage nach Art. 100 Abs. 1 GG nur an das BVerfG und nicht an den Hessischen Staatsgerichtshof in Betracht. Diesem steht als Prüfungsmaßstab nur das Landes(verfassungs)recht zur Verfügung, während die Wirksamkeit der Regelungen über die Versorgung ehemaliger Vertragsärzte durch eine besondere "erweiterte" Honorarverteilung und die Notwendigkeit ihrer Anpassung an geänderte Verhältnisse sich nach den Maßstäben des § 85 Abs. 4 SGB 5 in Verbindung mit Art. 4 § 1 Abs. 2 des (Bundes)Gesetzes über das Kassenarztrecht aus dem Jahre 1955 beurteilt.

3. **§ 8 KVHG** ist als Grundlage für satzungsrechtliche Regelungen der KÄV Hessen über eine "erweiterte" Honorarverteilung unter Einbeziehung ehemaliger Vertragsärzte hinreichend **bestimmt** und steht auch ansonsten **mit Bundesrecht in Einklang**.

4. Das Land Hessen und die KÄV Hessen müssten **auf gravierende strukturelle Änderungen der vertragsärztlichen Versorgung** und vor allem auf eine erhebliche Reduzierung der über die KÄV zu verteilenden Gesamtvergütungen reagieren, wenn in Folge derartiger Entwicklungen die Versorgung der ehemaligen Vertragsärzte gefährdet würde. Eine derartige Pflicht zum Eingreifen besteht aber bei der hier zu beurteilenden Reduzierung der Versorgung noch nicht.

5. Die KÄV Hessen darf bei der Ausgestaltung der normativen Grundlagen der "erweiterten" Honorarverteilung in Satzungsform berücksichtigen, dass sich seit einigen Jahren steigende **Umsätze** aus vertragsärztlicher Tätigkeit wegen des starken Anstiegs der Kosten der Praxen **nicht notwendig in höheren Überschüssen** niederschlagen. Im Interesse einer ausgewogenen Verteilung der Gesamtvergütungen auf die aktiven und die nicht mehr tätigen Vertragsärzte dürfen auch die **Versorgungsansprüche ehemaliger Vertragsärzte moderat vermindert** werden.

**Parallelverfahren:** *BSG, Urt. v. 16.07.2009 – B 6 KA 39/07 R –*

RID 09-01-114

## 7. STREITWERT: VOLLER REGRESSBETRAG TROTZ NEUBESCHIEDUNGSANTRAG

*BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 57/07 R – juris Rn. 28, SozR 4-2500 § 106 Nr. 19 Rn. 28*

Der Streitwert ist im Falle von Honorarkürzungen oder Regressen nach dem vollen Betrag, wie dieser in dem angefochtenen Bescheid ausgewiesen bzw. im Instanzenzug noch streitbefangen ist, zu bemessen. Die vom LSG Hessen vorgenommene Halbierung, wie sie von den Verwaltungsgerichten bei Verpflichtungs-Neubescheidungen praktiziert wird, passt nicht auf Neubescheidungen, die im Rahmen der Anfechtung eines belastenden Verwaltungsakts begehrt und ausgesprochen werden. Bei Anfechtungsklagen wird - auch von den Verwaltungsgerichten - anerkannt, dass der mit dem Verwaltungsakt angeforderte Betrag stets in voller Höhe als Streitwert zugrunde zu legen ist. Dabei ist unerheblich, dass nach der Rechtsprechungspraxis des BSG in Angelegenheiten der Wirtschaftlichkeitsprüfung verfahrenstechnisch im Rahmen von Anfechtungsklagen Neubescheidungsurteile ergehen und dementsprechend auch die Sachanträge der Beteiligten typischerweise nur auf eine Neubescheidung gerichtet sind.

## B. Krankenversicherungsrecht

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

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

*H. Krüger*, Vorenthaltung von Standardtherapien in klinischen Studien – kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf? – Inkonsistenzen des nationalen, europäischen und internationalen Regelungssystems –, MedR 2009, 33-38.

#### 1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

##### A) INTERSTITIELLE BRACHYTHERAPIE MIT PERMANENTER SEED-IMPLANTATION

*SG Aachen, Urt. v. 28.10.2008 – S 13 (2) KR 81/07 –*

RID 09-01-115

(rechtskräftig)

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

SGB V §§ 13 III, 135 I 1

Bei der **interstitiellen Brachytherapie** mit permanenter Seed-Implantation handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode**, für die es im Jahr 2006 an der erforderlichen positiven Empfehlung des Bundesausschusses fehlte. Allein der Umstand, dass die ambulante Brachytherapie nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fällt, jedoch die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung, in deren Verlauf die Brachytherapie durchgeführt worden wäre, möglicherweise von der Krankenkasse zu übernehmen gewesen wäre, begründet keine Verpflichtung der Krankenkasse, einen Versicherten darauf **hinzuweisen**, dass er sich die Brachytherapie im Rahmen einer **stationären Behandlung** hätte verschaffen können. Wenn die ambulante Brachytherapie der Behandlungsstandard ist, kann sie nicht gleichwertig ohne Hinzutreten besonderer Umstände **stationär** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 25.09.2008 – L 5 (16) KR 184/07 – RID 08-04-84; *LSG Thüringen*, Urt. v. 26.03.2007 – L 6 KR 456/06 – RID 07-04-76; *BSG*, Urt. v. 04.04.2006 - **B 1 KR 12/05 R** –, wonach die ambulant durchgeführte **interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds** im Mai 2002 nicht zu den vertragsärztlich erbringbaren Leistungen gehört; s. ferner *LSG Hamburg*, Urt. v. 22.02.2006 – L 1 KR 82/05 – RID 06-03-97; *LSG Bayern*, Beschl. v. 31.01.2005 – L 4 B 467/04 KR ER – RID 05-04-74; RID 05-03-B I 1 a (S. 31); zur **Kostenerstattung** vgl. *BSG*, Urt. v. 27.03.2007 – B 1 KR 25/06 R – RID 07-04-150.

**Parallelverfahren: SG Aachen, Urt. v. 28.10.2008 – S 13 KR 102/08 –**

RID 09-01-116

*Berufung anhängig: Nordrhein-Westfalen – L 11 KR 49/08 –*

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

##### B) TENDERPOINT-OPERATION BEI FIBROMYALGIE-SYNDROM NACH PROF. DR. B.

*SG München, Urt. v. 23.09.2008 – S 19 KR 1103/06 –*

RID 09-01-117

*Berufung anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 285/08 -*

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

SGB V §§ 2 I 2, 13 III, 92, 135

Es besteht kein Kostenerstattungsanspruch, wenn der nach § 13 III SGB V für eine solche Erstattung privat liquidierter Kosten vorgeschriebene **Beschaffungsweg** nicht eingehalten wurde.

Eine **Tenderpoint-Operation** ("Quadranten-Schmerz-Intervention") bei Fibromyalgie-Syndrom nach Prof. Dr. B. stellt eine neue **Untersuchungs- und Behandlungsmethode** dar. Die Methode entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 I 2 SGB V).

Das **SG** wies die Klage ab.

**Parallelverfahren: SG München, Urt. v. 23.09.2008 – S 19 KR 1493/06 –**

RID 09-01-118

*Berufung anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 305/08 -*

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

##### C) EXCIMER-LASER-BEHANDLUNG (PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE - PTK -)

*LSG Bayern, Urt. v. 09.10.2008 – L 4 KR 369/07 –*

RID 09-01-119

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

SGB V §§ 92 I Nr. 5, 135 I

Ein Anspruch auf Kostenübernahme für eine **Excimer-Laser-Behandlung** (phototherapeutische Keratektomie - PTK -) eines Hornhauteinrisses besteht bereits dann nicht, wenn nicht vorweg der einfachere Eingriff der **Hornhautabschabung** erfolglos durchgeführt worden ist. Erfolgte der Einsatz der Lasertechnik nicht so, wie es in Nr. 13 § 2 II 2 der Anlage zu den BUB-Richtlinien vorsieht, so fällt aufgrund der Verbindlichkeit der Richtlinie die Leistung nicht mehr in den Aufgabenkatalog der Krankenkasse.

*SG Regensburg*, Gerichtsbb. v. 06.08.2007 - S 14 KR 98/07 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## D) DENDRITISCHE ZELLTHERAPIE

**LSG Thüringen, Beschl. v. 19.11.2007 – L 6 KR 1099/07 ER –**

**RID 09-01-120**

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

SGB V §§ 12 I, 27 I, 135; SGG § 86b II

Für eine **Ausnahme vom Verbot der Vorwegnahme der Hauptsache** bedarf es erhöhter Anforderungen an das Vorliegen sowohl des Anordnungsanspruchs als auch des Anordnungsgrundes. Ein qualifizierter **Anordnungsgrund** für eine an einer **lebensbedrohlichen Krankheit** (hier: alveolares Rhabdomyosarkom) leidende Versicherte liegt vor, wenn die Gefahr einer weiteren Rezidivbildung besteht und die begehrte dendritische Zelltherapie gerade durch Immunisierung das Wiederauftreten eines Rezidivs verhindern soll. Insoweit würde eine Entscheidung in der Hauptsache mit hoher Wahrscheinlichkeit zu spät kommen.

Für die **dendritische Zelltherapie** bestehen erfolversprechende Ansätze i. S. v. BVerfG, Urt. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 –.

**SG Nordhausen**, Beschl. v. 22.08.2007 - S 6 KR 1441/07 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** gab ihm statt und verpflichtete die Ag., vorläufig, längstens bis zum Eintritt der Rechtskraft einer Hauptsacheentscheidung, die Kosten einer dendritischen Zelltherapie mit vier Impfungen zu übernehmen.

## E) IMMUNTHERAPIE: MÖGLICHE POSITIVE EINWIRKUNG AUF KRANKHEITSVERLAUF

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 21.01.2009 – L 1 B 506/08 KR ER –**

**RID 09-01-121**

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

SGB V §§ 11 I, 13 II, III; SGG § 86b II

Methoden, die Gegenstand der (schulmedizinischen) Forschung sind, deren Therapiewirksamkeit zwar nicht evident belegt, aber umgekehrt auch nicht ausgeschlossen ist, und die in konkreter Kombination in der Behandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin nicht unschlüssig erscheinen und in Einklang mit – schulmedizinischen - Konzepten der Tumorbehandlung jenseits der Chemotherapie stehen, kann nicht von vornherein eine nicht ganz fern liegende Aussicht wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf abgesprochen werden.

**SG Berlin**, Beschl. v. 20.11.2008- S 28 KR 2201/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege einstweiliger Anordnung, die Kosten der Immuntherapie-Behandlung durch den Arzt für Allgemeinmedizin/Naturheilverfahren A, ab sofort bis längstens 30.04.2009 mit folgenden Einzeltherapiemaßnahmen als ärztliche Leistungen bzw. (für Arzneimittel, Zubereitungen und Hilfsmittel oder ähnliches) nach ärztlicher Verordnung nach Maßgabe des Schreibens des Arztes T nach Rechnungsstellung zu erstatten: 1. Hyperthermie, zwei 15-Tages-Zyklen zu insgesamt 4.350,00 EUR, 2. Onkolytische Viren 3 x pro Woche, insgesamt 24 mal bis maximal 4.800,00 EUR 3. Dendritische Zellen, zwei Impfzyklen zu insgesamt 7.700,00 EUR 4. "Natürliche Killerzellen" –gewonnen aus Blutzellen der Schwester der Antragstellerin zu insgesamt 3.900,00 EUR.

## F) HYPERBARE SAUERSTOFFTHERAPIE

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.01.2009 – L 16 B 88/08 KR ER –**

**RID 09-01-122**

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

SGB V §§ 12 I, 27 I, 135; SGG § 86b II

Es besteht kein Anspruch auf eine hyperbare Sauerstofftherapie als Sachleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

**SG Köln**, Beschl. v. 06.11.2008 - S 9 KR 460/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## G) LIPOSUKTION (FETTABSUGUNG)

**LSG Bayern, Urt. v. 13.11.2008 – L 4 KR 437/07 –**

**RID 09-01-123**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 96/08 B*

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

SGB V §§ 2 I 2, 27, 13 III, 92, 135

Auf eine Liposuktion als einer neuen Behandlungsmethode, für die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bisher noch keine Empfehlung ausgesprochen wurde, besteht kein Behandlungsanspruch, jedenfalls solange Therapiemöglichkeiten von manueller Therapie nach der Heilmittelverordnung bis hin zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen noch möglich sind.

**SG Nürnberg**, Urt. v. 09.10.2007 - S 7 KR 280/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

Zur BSG-Rspr. vgl. zuletzt RID 08-04 B I 2 (S. 32); 07-04-B I 2 (S. 36), zur Instanzenpraxis zuletzt RID 08-04-B I 2 (S. 32); 08-02-B I 2 (S. 48 f.).

### A) ICSI-BEHANDLUNGEN: KEINE KOSTEN FÜR EHEFRAU

SGB V § 27a III

**LSG Bayern, Urt. v. 25.07.2008 – L 4 KR 87/06 –**

**RID 09-01-124**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 70/08 B*

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

Der Anspruch gemäß § 27a III SGB V ist auf Maßnahmen beschränkt, die beim Versicherten der betreffenden Krankenkasse durchgeführt werden. Eine Kostenerstattung für die am Körper der privatversicherten Ehefrau durchgeführten ICSI-Behandlungen ist ausgeschlossen.

**SG München**, Urt. v. 17.01.2006 - S 28 KR 841/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Thüringen**, Urt. v. 29.05.2007 – L 6 KR 756/03 – RID 08-04-85.

**Parallelverfahren: SG München**, Urt. v. 06.01.2006 - S 3 KR 29/04 -

**LSG Bayern, Urt. v. 25.07.2008 – L 4 KR 30/07 –**

**RID 09-01-125**

**LSG Hessen, Urt. v. 30.10.2008 – L 1 KR 143/07 –**

**RID 09-01-126**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 2/09 B*

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

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die am Körper seiner privat krankenversicherten Ehefrau im Jahr 2004 durchgeführten Maßnahmen im Rahmen der IVF-ICSI-Behandlung.

**SG Gießen**, Urt. v. 12.10.2005 - S 9 KR 458/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### B) KEINE KOSTENÜBERNAHME FÜR EINE POLKÖRPERDIAGNOSTIK

**LSG Bayern, Urt. v. 07.08.2008 – L 4 KR 259/07 –**

**RID 09-01-127**

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

SGB V §§ 11, 27, 27a, 92 I Nr. 4; MutterschutzG § 15; MutterschaftsRL

Eine Versicherte hat keinen Anspruch auf eine Polkörperdiagnostik (PKD) zur Untersuchung von Chromosomenstörungen vor Eintreten einer Schwangerschaft (Kosten: 1.974,85 €), da hierfür eine gesetzliche Regelung fehlt. Die PKD ist kein notwendiger Bestandteil für die im Gesetz genannte "Herbeiführung der Schwangerschaft". Dies ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

**SG München**, Urt. v. 18.04.2007 - S 29 KR 1040/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 3. ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

### A) KEIN WEITERER FESTZUSCHUSS BEI NEUANFERTIGUNG EINES ZAHNERSATZES

**LSG Bayern, Urt. v. 07.08.2008 – L 4 KR 166/06 –**

**RID 09-01-128**

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

SGB V §§ 55, 66

Für einen über § 55 SGB V hinausgehenden Festzuschuss gibt es keine Anspruchsgrundlage, auch nicht bei Neuanfertigung eines Zahnersatzes.

**SG Würzburg**, Urt. v. 18.04.2006 - S 15 KR 200/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### B) KEINE AUSNAHME VON DER REGELVERSORGUNG BEI FEHLENDEM ALLERGIENACHWEIS

**LSG Bayern, Beschl. v. 18.08.2008 – L 4 B 480/08 KR ER –**

**RID 09-01-129**

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

SGB V §§ 27 I 1, 55; SGG § 86b II

Der Anspruch auf Zahnersatz ist durch § 55 I 1 SGB V beschränkt auf befundbezogene Festzuschüsse. Es fehlt an einem Anordnungsgrund, wenn eine Antragstellerin immer wieder neue Heil- und Kostenpläne vorlegt, die die Krankenkasse auch bewilligt, die die Antragstellerin aber nicht umsetzen lässt, weil sie an einer Regelversorgung nicht interessiert ist.

Das Behaupten von Allergien begründet keine **Ausnahme von der Regelversorgung**, wenn der Allergieausweis nicht bestätigt, dass nur eine Versorgung mit Vollkeramik möglich ist.

**SG Nürnberg**, Beschl. v. 13.05.2008 - S 7 KR 141/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## II. Kostenerstattungsanspruch

Nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 – **B 1 KR 2/08 R** – ist zu prüfen, wenn eine Krankenkasse auch eine Magenbandoperation in Form einer Krankenhausbehandlung versagt hat, ob die selbst beschaffte Leistung der von der Krankenkasse seinerzeit abgelehnten stationären Magenbandoperation "entsprochen" hat, ob der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung und der Selbstbeschaffung durchweg bestanden hat, ob die selbst beschaffte Leistung notwendig i.S. des § 12 I SGB V gewesen ist und ob und in welchem Umfang der Klägerin durch die abgelehnte Naturalleistungsgewährung erstattungsfähige Kosten entstanden sind; nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 – **B 1 KR 11/08 R** – ist Krankenhausbehandlung nicht schon bereits deshalb notwendig, weil eine bestimmte Leistung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zwar ambulant erbracht werden kann, aber nicht zu Lasten der GKV vertragsärztlich erbracht werden darf.

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

### 1. KEINE BERÜCKSICHTIGUNG VON APOTHEKENRABATT BEI WAHL ZUR KOSTENERSTATTUNG

**LSG Saarland, Urt. v. 12.11.2008 – L 2 KR 18/06 –**

**RID 09-01-130**

Revision anhängig: **B 1 KR 1/09 R** -

juris

SGB V §§ 13 II, 130, 130a

**Leitsatz:** Zum Umfang der Beratungspflicht der Krankenkassen gegenüber Versicherten, die an Stelle des Sachleistungsprinzips die Kostenerstattung wählen, nach § 13 Abs. 2 Satz 2 SGB V in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung des Gesetzes vom 14.11.2003, BGBl. I S. 2190. Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, dass eine Krankenkasse einer Versicherten gegenüber, die gemäß § 13 Abs. 2 SGB V statt der Sachleistung die Kostenerstattung gewählt hat, bei der Erstattung der Kosten für Arzneimittel die sog. Apothekenrabatte und Herstellerrabatte nach §§ 130, 130a SGB V nicht berücksichtigt; solche Rabatte fallen nur im Bereich des Sachleistungsprinzips an.

**SG für das Saarland**, Urt. v. 24.04.2006 - S 23 KR 719/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 2. KEINE ABWEICHENDE VEREINARUNG ZUM KOSTENERSTATTUNGSVERFAHREN (LDL-APHERESE-BEHANDLUNG)

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.01.2009 – L 1 KR 475/07 –**

**RID 09-01-131**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 III; SGB I § 32

Vereinbarungen, die vom Prinzip der kostenfreien Dienst- und Sachleistung außerhalb des Kostenerstattungsverfahrens nach § 13 II oder IV SGB V abweichen, sind regelmäßig gemäß § 32 SGB I nichtig (BSG, Urt. v. 18.07.2006 - B 1 KR 24 u. 9/05 R -).

**SG Berlin**, Urt. v. 13.07.2007 – S 86 KR 2658/04 - gab der Klage statt und verpflichtete die Krankenkasse, den Kl. von den Kosten der LDL-Apherese-Behandlung für den Zeitraum vom 19.07.2000 bis zum 31.01.2001 freizustellen., das **LSG** wies die Klage ab.

### 3. PRIVATREZEPT BEI WAHL DER KOSTENERSTATTUNG NACH § 13 II SGB V

**LSG Bayern, Urt. v. 23.10.2008 – L 4 KR 321/07 –**

**RID 09-01-132**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 11, 13 II, 27, 28; BMV-Ä § 29 VI; EKV-Ä § 15 VI

Durch die **Wahl der Kostenerstattung** nach § 13 II SGB V ändert sich nicht der **Leistungsumfang** dessen, was eine Versicherte von ihrer Krankenkasse an Behandlungsmaßnahmen verlangen kann. Insbesondere ist der behandelnde Arzt weiterhin an die gesetzlichen Vorgaben nach §§ 27, 11 SGB V gebunden. Der **Arzt** muss entscheiden, ob es sich um eine der Leistungspflicht der Krankenkasse unterliegende Behandlung handelt oder nicht. Das gehört zu seiner **Beratungspflicht** (so BSG, Urt. v. 14.12.2006 - B 1 KR 8/06 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 12 Rn. 15).

In § 29 VI BMV-Ä i.V.m. § 15 VI EKV-Ä ist dem verordnenden Arzt vorgeschrieben, für solche Patienten, die Kostenerstattung gewählt haben, diesen Umstand auf dem Arzneiverordnungsblatt (**Rezept**) zu verzeichnen. Beachtet der Vertragsarzt diese Vorgabe nicht und hält die Krankenkasse ihrem Versicherten die unwirtschaftliche Verordnungsweise entgegen, kann sich der Versicherte dann seinerseits wegen Schadenersatzes (§ 76 IV SGB V) an den verordnenden Arzt halten (so BSG, aaO.). Ein Privatrezept ist, soweit in der Satzung nicht vorgesehen, nicht zu erstatten.

**SG Nürnberg**, Urt. v. 31.01.2007 - S 7 KR 590/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

#### 4. ICSI-BEHANDLUNG: KAUSALITÄTSERFORDERNIS

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.11.2008 – L 5 KR 29/08 –*

RID 09-01-133

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

Vor der Selbstbeschaffung (Zeitraum v. 18.03.2005 bis 12.05.2005) ist der **Krankenkasse die Prüfung zu ermöglichen**, ob die ICSI-Behandlung in der hier gegebenen Konstellation (Kläger: gesetzlich versichert - Ehefrau: privat versichert) bereitgestellt werden kann. Auch wenn der hier geltend gemachte Behandlungsbedarf nicht vollständig durch den EBM abgebildet sein mag, besteht umso mehr Anlass, mit der Krankenkasse vor Durchführung der Behandlung in Verbindung zu treten.

*SG Köln*, Urt. v. 11.12.2007 - S 9 KR 310/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 5. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE: FEHLENDE ZAHLUNGSVERPFLICHTUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 08.10.2008 – L 9 KR 132/08 –*

RID 09-01-134

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III 1, 37; BGB §§ 612, 812

Ein Versicherter ist derzeit keiner zivilrechtlichen Verpflichtung ausgesetzt, wenn nach dem Pflegevertrag die **Abrechnung** der durchgeführten Pflegesätze unmittelbar **mit der Krankenkasse** erfolgt, sodass der Rechtsstreit nicht zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse, sondern zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse zu führen ist.

Zur **Fälligkeit einer Vergütung** unbestimmter Höhe muss die Pflegestation von ihrer Befugnis, die Vergütungshöhe festzusetzen, Gebrauch gemacht haben.

*SG Berlin*, Urt. v. 07.02.2008 - S 36 KR 1310/07 - wies die Klage ab, das *LSG* wies die Berufung zurück.

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 08.10.2008 – L 9 KR 37/03 –*

RID 09-01-135

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III

Das **Kostenerstattungsverfahren** nach § 13 III SGB V bietet keine Handhabe, die Leistungspflicht der Krankenkasse losgelöst von einer **tatsächlichen Kostenbelastung** allein im Interesse des Leistungserbringers abstrakt klären zu lassen und diesem damit einen eigenen Prozess zu ersparen (BSGE 89, 39 m.w.N.). Eine solche Konstellation liegt vor, wenn nach dem Pflegevertrag die Abrechnung der durchgeführten Pflegeeinsätze (grundsätzlich) direkt mit der Krankenkasse erfolgen soll.

**Bescheide der Kasse** über die Weiterbewilligung oder Versagung häuslicher Krankenpflege für spätere Zeitabschnitte werden nicht ohne weiteres kraft Gesetzes (§§ 86, 96 SGG) in ein laufendes **Widerspruchsverfahren oder Klageverfahren** einbezogen (BSG SozR 3-2500 § 37 Nr. 5). Im Klageverfahren sind sie vielmehr nur im Wege der Klageerweiterung mit Zustimmung des Gegners oder bei Zulassung durch das Gericht wegen Sachdienlichkeit in das Verfahren einzubeziehen (§ 99 SGG).

*SG Berlin*, Urt. v. 07.01.2003 - S 81 KR 1381/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 6. KEINE KOSTENERSTATTUNG FÜR BEHANDLUNG IN PRIVATKLINIK

*LSG Bayern, Urt. v. 04.09.2008 – L 4 KR 357/07 –*

RID 09-01-136

(rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 39, 108

Eine **nicht aufschiebbare Leistung** ist dann anzunehmen, wenn sie so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Zeit mehr bleibt, die Krankenkasse vorher einzuschalten (BSG v. 14.12.2006 - SozR 4-2500 Nr. 12 Rdnr. 23) um ihr Gelegenheit zu geben, ihre Leistungspflicht zu prüfen.

Eine **Kostenerstattung** hat nur dann zu erfolgen, wenn die selbstbeschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als **Sachleistung** zu erbringen sind. **Krankenhausbehandlung** setzt grundsätzlich voraus, dass die Leistung von einer zugelassenen Einrichtung erbracht wird. Die Möglichkeit einer privaten Behandlung auf eigene Kosten mit nachfolgender Kostenerstattung ist im System der gesetzlichen Krankenversicherung - abgehen von der Ausnahmeregelung des § 13 Abs. 2 SGB V a.F. - fremd (BSG USK 7810).

*SG Würzburg*, Urt. v. 18.06.2007 - S 3 KR 328/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung, *BSG*, Beschl. v. 22.01.2009 – B 3 KR 47/08 B – die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

### III. Stationäre Krankenhausbehandlung

Zur *BSG-Rspr.* vgl. zuletzt RID 08-04-B III (S. 34); 06-04-B III 1 (S. 55); zur *Instanzenrspr.* vgl. zuletzt RID 08-03 B III (S. 44); 07-04-B III (S. 41 f.); RID 07-01-B III 1 (S. 50 f.); 06-04-B III 1 (S. 55).

#### 1. MAMMAREDUKTIONSPLASTIK

SGB V §§ 2, 12 I, 13 III, 27 I 1

*LSG Hessen, Urt. v. 21.08.2008 – L 1 KR 7/07 –*

RID 09-01-137

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

Die Kosten einer Brustverkleinerung sind von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu tragen sind, soweit die **Brüste nicht entstellend wirken** und **keine Funktionsbeeinträchtigung** vorliegt.

*SG Kassel*, Gb. v. 11.12.2006 – S 12 KR 947/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

*SG Düsseldorf, Urt. v. 02.10.2008 – S 8 KR 290/06 –*

RID 09-01-138

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 172/08 -*

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

Ist zur Behandlung der zu Grunde liegenden **Wirbelsäulenbeschwerden** die durchgeführte **Brustreduktion** medizinisch **notwendig** gewesen, nachdem die Versicherte zwei bis drei Monate an einer Rückenschulung teilgenommen und zusätzlich über mehr als fünf Monate hinweg intensives Kieser-Training durchgeführt hat, so besteht ein Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten.

Das *SG* gab der Klage auf Kostenerstattung statt.

Zur Instanzenrspr. s. zuletzt RID 08-03 B III 1 (S. 44 f.).

#### 2. MAGENBAND-OPERATION

Vgl. zuletzt *SG Düsseldorf*, Urt. v. 26.07.2007 – S 8 (4) KR 4/05 – RID 07-04-103; *LSG Nordrhein-Westfalen*, B. v. 19.04.2007 – L 16 B 14/07 KR ER – RID 07-02-129; *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 12.07.2006 – L 5 KR 5779/04 – RID 07-01-139; *SG Dresden*, Gerichtsbb. v. 21.06.2006 – S 18 KR 1302/04 – RID 07-01-140; *LSG Nordrhein-Westfalen*, B. v. 11.07.2006 – L 16 B 43/06 KR ER – RID 06-03-119 m.w.N.

*BSG*, Beschl. v. 17.10.2006 - B 1 KR 104/06 B – wies die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 22.06.2006 – L 5 KR 53/06 – zurück; danach kommt die Implantation eines Magenbandes nur als ultima ratio und nur bei Patienten in Betracht, die eine Reihe weiterer Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen.

S. a. *LSG Schleswig-Holstein*, Urt. v. 28.11.2007 – L 5 KR 14/07 – RID 08-01-139; *BSG*, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KR 2/08 R – verwies die Sache zurück; dem Krankenhaus ist nach § 137c SGB V nicht generell verboten, neue Behandlungsmethoden auf Kosten der Krankenkassen anzuwenden, solange der Bundesausschuss keine – hier nicht vorliegende – negative Beurteilung abgegeben hat; die Behandlungsmethoden müssen allerdings dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse genügen und Krankenhausbehandlung muss notwendig sein; wegen des Eingriffs in ein intaktes Organsystem mussten zudem die besonderen, für eine mittelbare Krankenbehandlung maßgeblichen Kriterien erfüllt sein.

SGB V §§ 27, 39

*LSG Bayern, Urt. v. 21.08.2008 – L 4 KR 399/07 –*

RID 09-01-139

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

Vorrangig vor einer Magenverkleinerung ist eine **konservative Gewichtsreduktion**. Nur wenn medizinisch feststeht, dass die konservative Behandlung, die auch tatsächlich durchgeführt sein muss, aussichtslos ist, ist die Magenband-Operation gerechtfertigt.

*BSG, Beschl. v. 17.11.2008 – B 1 KR 11/08 BH –*

RID 09-01-140

BeckRS 2008 57921

Der Senat hat mit Urt. v. 19.02.2003 (BSGE90, 289, 291 ff, 295 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 1 m.w.N.) u.a. entschieden, dass die Implantation eines Magenbandes lediglich als **ultima ratio** und nur bei Patienten in Betracht kommt, die eine Reihe weiterer Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen. Hierauf hat der Senat auch im Beschl. v. 17.10.2006 (BSG - B 1 KR 104/06 B -) verwiesen. An diesen Entscheidungen hat das LSG sein Urteil ausgerichtet.

*SG Landshut*, Urt. v. 21.08.2008 - S 1 KR 322/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung, das *BSG* die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

*SG Düsseldorf, Urt. v. 11.12.2008 – S 8 KR 325/05 –*

RID 09-01-141

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 5/09 -*

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

Steht nach einem Sachverständigengutachten fest, dass die Magen-Bypass-Operation medizinisch **notwendig** gewesen ist, insb. weil die Versicherte durch die Folgeerkrankungen gehindert gewesen ist, ausreichend Sport zu treiben, und weil weitere konservative Unternehmungen zur Gewichtsreduzierung ohne Aussicht auf Erfolg gewesen wären, so besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme.

Das *SG* gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, die für die Magen-Bypass-Operation aufgewandten Kosten in Höhe von 10.051,00 Euro zu erstatten, zuzüglich Zinsen nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften.

### 3. LASEREPILATIONSBEHANDLUNG

**SG Aachen, Gerichtsbb. v. 06.07.2007 – S 21 (4) KR 22/07 –**

**RID 09-01-142**

Berufung anhängig: *LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 81/07 -*  
SGB V §§ 13 III, 27

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

Eine **Krankheit** im krankenversicherungsrechtlichen Sinn ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Heilbehandlung zur Folge hat. Eine Regelwidrigkeit liegt erst vor, wenn eine wesentliche körperliche Funktion nicht in befriedigendem Umfang erfüllt werden kann (BSGE 35,10). Bei dem **Hirsutismus** handelt es sich nicht um eine Krankheit in diesem Sinn. Durch die vermehrte Körperbehaarung wird keine körperliche Funktion beeinträchtigt (vgl. a. SG Aachen, Urt. v. 13.07.2004 – S 13 KR 26/03 - RID 04-04-76; ebs. für eine großflächige Hautveränderung mit großflächiger Behaarung, sog. "Tierfell-Nevus" LSG NRW, Urt. v. 28.11.2001 - L 5 KR 5/01 -). Bereits deshalb scheidet ein Anspruch auf eine Laserepilationsbehandlung aus.

Das **SG** wies die Klage ab.

## IV. Krankenbehandlung im Ausland

### 1. STATIONÄRE BEHANDLUNGEN MIT DEM MEDIKAMENT Y-90-DOTATOC IN DER SCHWEIZ

**LSG Bayern, Urt. v. 24.07.2008 – L 4 KR 119/06 –**

**RID 09-01-143**

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

SGB V §§ 2 I 2, 13 III, IV-VI, 18, 140e

Die **Behandlungsmethode mittels DOTATOC** stellte im Jahr 2002 noch keinen allgemein anerkannten Stand in der Therapie eines Carzinoids dar. Handelt es sich aber nicht um eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung, bleibt für eine Ermessensentscheidung der Krankenkasse über die begehrte Kostenerstattung kein Raum. Eine Erweiterung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf Behandlungsmethoden, die sich erst im Stadium der Forschung oder Erprobung befinden und (noch) nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, lässt das Gesetz auch bei schweren oder vorhersehbar tödlich verlaufenden Krankheiten grundsätzlich nicht zu. BVerfG v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 setzt das Fehlen alternativer Behandlungsmöglichkeiten voraus.

**SG München**, Urt. v. 15.12.2005 - S 18 KR 328/03 - wies die Klage auf Kostenerstattung (9.194,94 €) für die v. 15.-17.02. u. 10.-12.06.2002 durchgeführten Y-90-DOTATOC-Behandlungen ab, das **LSG** die Berufung zurück; **BSG**, Beschl. v. 07.11.2008 – B 1 KR 58/08 B – wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

### 2. ELEKTROSTIMULATIONSTHERAPIE IN MOSKAU

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 04.09.2008 – L 16 KR 94/07 –**

**RID 09-01-144**

(rechtskräftig)

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

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 18 I, 27 I

Bei der Elektrostimulationstherapie nach Prof. Dr. B W in Moskau genügt nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Bei Querschnittslähmung bestehen auch Behandlungsalternativen in Deutschland.

**SG Münster**, Urt. v. 11.03.2002 - S 8 (2) KR 5/01 - wies die Klage ab, **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 31.08.2006 – L 16 (5,2) KR 74/02 – RID 06-04-135 die Berufung zurück; **BSG**, Beschl. v. 24.05.2007 - B 1 KR 131/06 B - *BeckRS 2007 44917* hob auf Nichtzulassungsbeschwerde des Kl. das Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen auf und verwies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück; das **LSG** wies erneut die Klage ab.

S.a. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 31.08.2006 – L 16 (5,2) KR 78/03 – RID 06-04-152.

## V. Arzneimittel: Off-Label-Use

Nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 – **B 1 KN 3/07 KR R** – gehört "Lorenzos Öl" nicht zum Leistungskatalog der GKV (vgl. bereits Urt. v. 28.02.2008 - B 1 KR 16/07 R -).

Zur BSG-Rspr. s. ferner zuletzt RID 08-04 B IV (S. 36); 07-04-B V (S. 44).

### 1. BVERFG: OFF-LABEL-USE-RECHTSPRECHUNG DES BSG VERFASSUNGSGEMÄß

**BVerfG, Beschl. v. 30.06.2008 – 1 BvR 1665/07 –**

RID 09-01-145

NJW 2008, 3556 = [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) = juris

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

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 27.03.2007 – **B 1 KR 17/06 R** – wird nicht angenommen.

Das BSG geht davon aus, dass Fertigarzneimittel mangels Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sind, wenn ihnen die nach § 21 I AMG erforderliche arzneimittelrechtliche Zulassung fehlt. Das BSG schließt einen Off-Label-Use aber nicht grundsätzlich aus. Die Verordnung in einem von der Zulassung nicht erfassten Anwendungsgebiet kommt in Betracht, wenn es um die Behandlung einer **schwerwiegenden** (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) **Erkrankung** geht, wenn **keine andere Therapie** verfügbar ist und wenn aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein **Behandlungserfolg** (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann. Im Fall der Beschwerdeführerin hat es die letztgenannte Voraussetzung verneint, weil nach den vorliegenden Erkenntnissen keine wissenschaftlichen Forschungsergebnisse vorliegen, welche hinreichende Erfolgsaussichten einer Behandlung der sekundär-progressiven Multiplen Sklerose mit Immunglobulinen ergeben.

Anknüpfungspunkt für BVerfGE 115, 25 war auch im Rahmen der Prüfung von Art. 2 I GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip das Vorliegen einer durch nahe Lebensgefahr gekennzeichneten **individuellen Notlage**, welche es geboten erscheinen lässt, auch solche ärztlich verantworteten Behandlungen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen, bei denen der **Nachweis einer dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Qualität und Wirksamkeit der Behandlung** (vgl. § 2 I 3 SGB V) **noch nicht erbracht ist**. Aus den Grundrechten folgt regelmäßig kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf Bereitstellung bestimmter und insbesondere spezieller Gesundheitsleistungen, und die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht von Verfassungs wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist. Es hat weiter darauf hingewiesen, dass es dem Gesetzgeber nicht verwehrt ist, zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung, im Interesse der Gleichbehandlung der Versicherten und zum Zweck der Ausrichtung der Leistungen am Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit ein **Verfahren vorzusehen**, in dem neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sachverständig geprüft werden, um die Anwendung dieser Methoden auf eine fachlich-medizinisch zuverlässige Grundlage zu stellen.

Es ist von Verfassungs wegen nicht zu beanstanden, wenn die **Frage nach der Wirtschaftlichkeit** einer Leistung im Sinne von § 12 I SGB V mit den Anforderungen des Arzneimittelrechts verknüpft und deshalb verneint wird, weil das Arzneimittel **nicht oder noch nicht zugelassen** ist (BVerfG, 1. Sen. 2 Ka., Beschl. v. 05.03.1997, NJW 1997, 3085).

Vor Art. 2 I GG ist es nicht zu beanstanden, wenn das BSG die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für einen **zulassungsübergreifenden Einsatz** von Arzneimitteln an engere Voraussetzungen etwa in Bezug auf die begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg knüpft.

### 2. BASISBEHANDLUNG MIT IMMUNGLOBULIN BEI SCHUBFÖRMIGER MS

**LSG Bayern, Beschl. v. 13.10.2008 – L 5 B 822/08 KR ER –**

RID 09-01-146

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

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

Droht innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraumes mit großer Wahrscheinlichkeit der nicht kompensierbare **Verlust einer herausgehobenen Körperfunktion**, so steht eine existenziell bedeutsame Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung im Streit. Die deshalb gebotene abschließende Prüfung der Sach- und Rechtslage erfordert die vollständige Aufklärung des

medizinischen Sachverhalts und der medizinischen Prognosen zur Erfolgsaussicht der Behandlung. Die Entscheidung hat sich somit an der Abwägung der Rechtsgüter der Versicherten und der im Wesentlichen wirtschaftlichen Interessen der Krankenkasse zu orientieren.

Für die Indikation schubförmige MS ist die Basisbehandlung mit **Immunglobulin** (IVIG) nicht zugelassen (LSG Bayern, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 322/06 – RID 07-04-113). Es bestehen aber begründete Aussichten auf einen Behandlungserfolg.

**SG München**, Beschl. v. 12.08.2008 - S 44 KR 645/08 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und verpflichtete die Ag., die Kosten für eine Behandlung mit dem Arzneimittel **Octagam** bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren oder einer Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Zulassungsübergreifende Anwendung von Immunglobulinen bei MS zu übernehmen, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### 3. IMMUNGLOBULINE BEI EINSCHLUSSKÖRPERCHEN-MYOSITIS

**LSG Bayern, Beschl. v. 29.08.2008 – L 5 B 1031/07 KR ER –**

**RID 09-01-147**

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

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

Für einen Off-Label-Use ist Voraussetzung, wenn Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das Arzneimittel für die betreffende Indikation zugelassen werden kann (vgl. BSG, Urt. v. 26.09.2006 - B 1 KR 1/06 R -). Für die Behandlung der Einschlusskörperchen-Myositis mit Immunglobulin ist weder ein Zulassungsverfahren anhängig noch können Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit von Immunglobulinen bei dieser Erkrankung ausreichend beurteilt werden.

**SG Würzburg**, Beschl. v. 26.10.2007 - S 3 KR 260/07 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt RID B IV 1 b (S. 36 f.) m.w.N.

### 4. "TEBONIN FORTE" FÜR DIE BEHANDLUNG VON AUGENERKRANKUNGEN

**LSG Hessen, Urt. v. 04.12.2008 – L 1 KR 92/07 –**

**RID 09-01-148**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 1/09 B*

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

SGB V §§ 13 III, 31 I 1, 34 I, 92 I 2 Nr. 6

Das Medikament "Tebonin Forte" ist für die Behandlung von Augenerkrankungen nicht zugelassen. Eine zulassungsüberschreitende Anwendung von "Tebonin Forte" auf Kosten der GKV scheidet für eine Atrophie (Gewebeuntergang mit Funktionseinbuße) des linken Sehnervs aus, weil es an der für einen Off-Label-Use erforderlichen Erfolgsaussicht fehlt.

**SG Kassel**, Urt. v. 22.01.2007 - S 5 KR 106/05 - wies die Klage auf Kostenerstattung für das privatärztlich verordnete und selbstbeschaffte Medikament "Tebonin Forte" (58,86 EUR) und die Verpflichtung der Beklagten, die Kosten hierfür im Weiteren zu übernehmen, ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 5. METHYLPHENIDATHALTIGE ARZNEIMITTEL ("RITALIN®" ODER "CONCERTA®") BEI ADHS

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.01.2009 – L 16 B 85/08 KR –**

**RID 09-01-149**

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

**ADHS ist keine lebensbedrohende Erkrankung.**

Ohne genauere **Kenntnisse vom Erkrankungsverlauf**, von Art und Ausmaß der Störungen ist eine Beurteilung eines Therapiekonzepts nicht möglich.

Die Auswertung neuester Studien aus dem Jahre 2007 belegt eher, dass die Ergebnisse der **Methylphenidatstudien** widersprüchlich sein dürften. Der Tendenz nach lässt sich den sozialgerichtlichen Entscheidungen entnehmen, dass immer noch keine ausreichenden Studien, insbesondere zur möglicherweise schädlichen Langzeitwirkung, existieren, die eine Zulassung im Off-Label-Use ermöglichen.

**SG Detmold**, Beschl. v. 09.10.2008 - S 5 KR 218/08 - wies den Antrag auf PKH-Bewilligung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.11.2008 – L 9 KR 110/06 –**

**RID 09-01-150**

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

Für die Behandlung eines Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) im Erwachsenenalter mit dem den Wirkstoff Methylphenidat enthaltenden Medikament Ritalin fehlt es für einen Off-

Label-Use an **Forschungsergebnissen**, die erwarten lassen, dass das Arzneimittel für die betreffende Indikation zugelassen werden kann, insb. fehlen Ergebnisse einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III. Im Übrigen sind auch keine außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewonnenen **Erkenntnisse** veröffentlicht, die über Qualität und Wirksamkeit des Arzneimittels in dem neuen Anwendungsbereich zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen zulassen.

*SG Berlin*, Urt. v. 21.02.2006 - S 81 KR 141/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

**Parallelverfahren:** *SG Berlin*, Urt. v. 27.11.2007 - S 81 KR 3485/06 -

*LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 10.12.2008 – L 9 KR 32/08 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 09-01-151

## VI. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 20.11.2008 – **B 3 KN 4/07 R** – ist eine Krankenkasse zur Ausstattung des Rollstuhls mit einem **Kraftnotensystem** verpflichtet, wenn sie den bei ihr erstmals gestellten **Antrag** auf Leistungsgewährung gemäß § 14 I 2 SGB IX nicht unverzüglich an den ihrer Ansicht nach zuständigen **Rehabilitationsträger weiterleitet**; dann muss sie dem Antrag unter Berücksichtigung aller in Betracht kommender Anspruchsgrundlagen prüfen; der Anspruch kann sich entweder aus § 33 I SGB V, falls der Kl. als schwerstbehinderter Erwachsener nur im Rollstuhl sitzend Ärzte und Therapeuten zu erreichen vermag und ihm deshalb ausnahmsweise als Basisausgleich seiner Behinderung auch die Möglichkeit des sicheren Transportes von der Beklagten zu gewähren ist, oder ansonsten aus den sozialhilferechtlichen Regelungen zur Eingliederung von Behinderten in das Erwerbsleben ergeben; nach BSG, Urt. v. 20.11.2008 – **B 3 KR 6/08 R** – besteht ein Anspruch gemäß § 33 SGB V auf Versorgung mit einem **Kraftnotensystem**, wenn dies zur Sicherung der **Schulfähigkeit** im Rahmen der Sonderschulpflicht erforderlich ist; nach BSG, Urt. v. 20.11.2008 – **B 3 KR 16/08 R** – steht dem **Sozialhilfeträger** als zweitangegangenen Rehabilitationsträger ein **Erstattungsanspruch** nach § 14 IV 1 SGB IX zu, wenn die Krankenkasse vorrangig verpflichtet gewesen wäre, den bei ihr versicherten Schüler mit einem **Kraftnotensystem** zu versorgen.

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

### 1. MOTORGESTÜTZTE ROLLSTUHL-FAHRRAD-KOMBINATION ("THERAPIE-TANDEM", "SPEEDY-TANDEM")

SGB V §§ 2, 33 I

*LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 11.11.2008 – L 11 KR 1952/08 –

RID 09-01-152

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 54/08 B*

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

Es besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einer Rollstuhl-Fahrrad-Kombination (Speedy-Tandem oder Therapie-Tandem). Unerheblich ist insbesondere, ob eine Versicherte ihre Rollstühle nicht oder - wegen des hügeligen Umlandes - nur eingeschränkt selbstständig nutzen kann. Auch sonstige **Besonderheiten des Wohnumfelds**, etwa die Nähe zu kulturellen oder sozialen Einrichtungen spielt keine Rolle, denn obwohl § 33 I 1 SGB V auf die Verhältnisse im Einzelfall abstellt, ist ein **Ausgleich für individuelle Wohn- und Lebensverhältnisse des Versicherten nicht geschuldet**.

Die 1969 geb. Kl. ist von der Krankenkasse mit einem Greifreifenrollstuhl, von der Arbeitsagentur mit einem Elektrorollstuhl ausgestattet worden. Die Gewährung eines sog. Speedy-Tandems mit Motor als Zusatzausstattung (Kosten: 6.188,67 €) aufgrund des hügeligen Wohnumfeldes lehnte die Krankenkasse ab. *SG Karlsruhe*, Gerichtsbb. v. 08.04.2008 - S 3 KR 5313/07 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

*LSG Bayern*, Urt. v. 21.08.2008 – L 5 KR 122/07 –

RID 09-01-153

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

Die Versorgung mit einem Speedy-Tandem ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

*SG Regensburg*, Gerichtsbb. v. 16.02.2007 – S 14 KR 320/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 2. KEIN ELEKTOROLLSTUHL BEI VERSORGUNG MIT ROLLSTUHL

*LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 20.04.2007 – L 4 KR 4697/06 –

RID 09-01-154

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 8/08*

juris

SGB V § 33 I 1

Dem Basisausgleich des Erschließens eines körperlichen Freiraums, d.h. in der eigenen Wohnung und in dem Nahbereich davon, ist bereits dadurch Genüge getan, dass einem Versicherten einerseits ein in der Wohnung zu benutzender Rollstuhl, aber auch ein handgetriebener und schiebbarer Rollstuhl zur Verfügung steht, der außerhalb der Wohnung benutzt werden kann, wenn sich der Versicherte jedenfalls in dem räumlich begrenzten Nahbereich der Wohnung noch selbst bzw. mit Unterstützung eines Dritten, wie seiner Ehefrau bzw. an Wochenenden auch seines Schwiegersohnes, mit dem handbetriebenen Aktivrollstuhl fortbewegen kann. Von daher besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einem Elektrorollstuhl.

*SG Ulm*, Urt. v. 30.06.2006 - S 5 KR 746/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 3. ELEKTRISCHER ROLLSTUHL: FAHRTAUGLICHKEIT TROTZ VERMINDERTEN SEHVERMÖGENS

*SG Düsseldorf, Urt. v. 18.09.2008 – S 8 KR 234/07 –*

RID 09-01-155

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 181/08 -*  
SGB V §§ 33 I

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

Eine Versicherte kann einen elektrisch betriebenen Rollstuhl im öffentlichen Straßenverkehr ausreichend sicher bedienen, wenn festgestellt wurde, dass ihr Wahrnehmungsvermögen trotz des verminderten Sehvermögens zum sicheren Führen eines Elektrorollstuhls bis zu einer Geschwindigkeit von 10 km/h ausreichend ist.

Das *SG* gab der Klage statt.

### 4. BEWILLIGUNG EINES AKTIVROLLSTUHL OHNE BENUTZUNG FÜR ROLLSTUHLSPORT

*LSG Bayern, Beschl. v. 02.09.2008 – L 4 B 547/08 KR PKH –*

RID 09-01-156

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ SGG § 73a I

Die Bewilligung eines Aktivrollstuhls mit dem **Hinweis**: "Der Rollstuhl wird Ihnen zum Basisbehinderungsausgleich zur Verfügung gestellt. Er darf daher **nicht für Rollstuhlsport eingesetzt** werden" beinhaltet **kein Verbot**, wenn der zur Verfügung gestellte Rollstuhl gerade ein Modell ist, bei dem Rollstuhlsport möglich ist. Insofern besteht kein Rechtsschutzbedürfnis für eine Klage und kein Anspruch auf Prozesskostenhilfe.

*SG Augsburg, Beschl. v. 30.05.2008 - S 10 KR 380/07 -* wies den Antrag auf PKH ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

### 5. THERAPIEDREIRAD

#### A) VERLUST DER GEHFÄHIGKEIT VORBEUGEN

*SG Marburg, Urt. v. 11.11.2008 – S 6 KR 101/07 –*

RID 09-01-157

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 8 KR 311/08 -* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V §§ 13 III, 33 I

Ein **behindertengerechtes Fahrrad** ist als Hilfsmittel von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung weder generell ausgeschlossen noch generell erfasst. Ob eine Leistungspflicht besteht, ist für jeden **Einzelfall** nach den gesetzlichen Vorgaben der §§ 33, 34 SGB V zu prüfen (vgl. BSG, Urt. v. 23.07.2002 - B 3 KR 3/02 R -).

Ein Therpiedreirad kann notwendig sein, um einer **drohenden Behinderung**, nämlich dem Verlust der Gehfähigkeit, **vorzubeugen**. Dies ist der Fall, wenn das Dreirad zum Erhalt der Beweglichkeit und zum Training der Muskulatur erforderlich ist, wenn das Training mit dem Dreirad therapeutische Effekte nach sich zieht, die nicht durch Krankengymnastik in geringer Frequenz erreicht werden können.

Das *SG* gab der Klage teilweise statt.

#### B) KEIN ANSPRUCH BEI VERSORGUNG MIT HANDBETRIEBENEM ROLLSTUHL

*SG Düsseldorf, Urt. v. 02.10.2008 – S 8 KR 142/05 –*

RID 09-01-158

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 187/08 -*  
SGB V §§ 13 III, 33 I

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

Der Basisausgleich im Sinne des Grundbedürfnisses an Mobilität wird nach BSG v. 19.04.2007 – B 3 KR 9/06R– SozR 4-2500 § 33 Nr. 15 regelmäßig durch einen handbetriebenen oder Elektro-Rollstuhl erschlossen, so dass kein weiterer Anspruch auf Versorgung mit einem Therapiedreirad besteht.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 6. WINTERSCHLUPFSACK UND SONNEN- UND REGENDACH FÜR REHA-BUGGY

*SG Würzburg, Urt. v. 14.10.2008 – S 6 KR 111/07 –*

RID 09-01-159

*Berufung zugelassen*  
SGB V § 33 I

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

Ist eine Versicherte im Bereich Mobilität auf einen **Reha-Buggy**, angewiesen, so ist sie auch zum Ausgleich ihrer Behinderung auf einen **Winterschlupfsack und ein Sonnen- und Regendach** angewiesen, weshalb die Krankenkasse nach § 33 SGB V zur Sachleistung verpflichtet ist.

Bei einem Winterschlupfsack und einem Sonnen- und Regendach für einen Reha-Buggy handelt es sich nicht um einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**. Es kann aber ein Eigenanteil in Höhe von 5% der Kosten unter dem Gesichtspunkt ersparter Aufwendungen verlangt werden.

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

## 7. KEIN PATIENTENLIFTER IM EINSTWEILIGEN ANORDNUNGSVERFAHREN

*LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 10.12.2008 – L 11 KR 5376/08 ER-B –*

RID 09-01-160

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Ist der Transfer vom Bett in den Rollstuhl gesichert, so fehlt es an einem **Anordnungsgrund** für die Versorgung mit einem **Patientenlifter**.

Ein **Anordnungsanspruch** ist zu verneinen, wenn unter Berücksichtigung der einem Versicherten gemäß § 33 SGB I eingeräumten Wahlfreiheit noch offen ist, welches Hilfsmittel von der Krankenkasse zu beschaffen ist.

**SG Stuttgart**, Beschl. v. 03.11.2008 - S 12 KR 6390/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## 8. HÖRGERÄTE:

### A) FESTBETRAG ALS OBERGRENZE

*LSG Bayern, Urt. v. vom 21.08.2008 – L 4 KR 265/06 –*

RID 09-01-161

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 13 III, 33 I, 36; SGB IX §§ 26 II Nr. 6, 31 I

Der Festbetrag stellt die Obergrenze des Leistungsanspruchs des Versicherten dar. Es besteht kein Anspruch auf eine Optimalversorgung mit Hörgeräten.

**SG München**, Urt. v. 20.06.2006 - S 19 KR 483/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### B) PROBE EINES FESTBETRAGSGERÄTS

*LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2008 – L 4 KR 158/06 –*

RID 09-01-162

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 33, 34

Nach BSG, Urt. v. 23.01.2003 - B 3 KR 7/02 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 1 – (unter Hinweis auf BVerfG v. 17.12.2001) ist der für ein Hilfsmittel festgesetzte **Festbetrag** die Leistungspflicht der Krankenkasse dann nicht begrenzt, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht. Ein solcher **Ausnahmefall** liegt dann nicht vor, wenn eine Versicherte sich von vorneherein für die dann beschafften Geräte entschieden hat, ohne zuvor ein Festbeitragsgerät zu erproben. Sollte der Verkäufer ihr verschwiegen haben, dass er einen anderen als den zuvor genannten Gesamtpreis von 915,73 EUR verlangt, hat dafür die Versicherte nicht einzustehen.

**SG München**, Urt. v. 05.04.2006 - S 3 KR 9/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 9. DAISY PLAYER ("DIGITAL ACCESSIBLE INFORMATION SYSTEM")

*SG Fulda, Urt. v. 15.05.2008 – S 4 KR 572/06 –*

RID 09-01-163

rechtskräftig  
SGB V § 33 I  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

Bei einem Daisy-Player handelt es sich nicht um einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**. Der **Daisy-Player** wurde von den Herstellern im Hinblick auf die Bedürfnisse blinder bzw. sehbehinderter Menschen entwickelt, um diesen einen strukturierten Zugriff auf unterschiedliche schriftliche Medien zu ermöglichen. Zwar ist heutzutage auch bei nicht blinden oder sehbehinderten Menschen die Nutzung von Hörbüchern weit verbreitet. Diese nutzen hierfür jedoch regelmäßig MP-3 oder CD-Player, benötigen keine gesonderten Funktionen und hören auch keine Zeitschriften oder Lexika etc., sondern ggf. Belletristik oder Sachbücher.

Das **SG** gab der Klage statt. Bei **DAISY "Digital Accessible Information System"** handelt es sich um einen relativ neuen technischen Standard für digitale Medien. Hörbücher für Blinde werden inzwischen international nicht mehr über Audiotassette, sondern als DAISY-CD vertrieben. Bis Ende 2009 sollen die Daisy-CDs die Audiotassetten vollständig abgelöst haben. Neben Hörbüchern mit Belletristik und klassischer Literatur u.a. sind auch Sachbücher, Lexika, Zeitschriften und Informationen der unterschiedlichen Verbände in diesem Format verfügbar. Das System bietet den u.a. Vorteil, dass mehrere Stunden gesprochener Text auf ein einziges Medium, eine CD, gespeichert werden kann. Der Hörer kann im Text von Überschrift zu Überschrift springen, sowie Seiten-, absatz- und satzweise navigieren. Um diese Vorzüge nutzen zu können, braucht man den Daisy-Player. Das reine Hören ist auch mit DVD- und CD-MP3-Playern möglich. Navigationsmöglichkeiten bieten derartige Geräte jedoch nicht, darüber hinaus ist das Abspielen fehleranfälliger. Das Format kann auch über den PC mit einem Windows Betriebssystem und einer speziellen Daisy-Player-Software oder mit Standardsoftware für MP3-Dateien abgespielt werden, je nach Software und Eigenschaften entstehen hierfür ggf. keine Kosten.

## 10. ANSPRUCH AUF EINKAUFSFUCHS FÜR BLINDE

*SG Detmold, Urt. v. 03.12.2008 – S 5 KR 207/07 –*

RID 09-01-164

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 12, 33

Ein **Einkaufsfuchs** ist als Hilfsmittel i.S.d. § 33 I 1 2. Alt. SGB V anzusehen. Er dient dem - jedenfalls teilweise - ersetzenden Ausgleich der Sehunfähigkeit. Bereits mehrfach hat das BSG entschieden, dass solche Geräte bei von Blindheit betroffenen Versicherten als geeignetes Hilfsmittel anzuerkennen sind (Optakon-Lesegerät: SozR 2200 § 182b Nr. 34, SozR 5420 § 16 Nr. 1, Farberkennungsgerät: BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 18, elektronisches Lesesprechgerät: BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 16).

Zu den allgemeinen **Grundbedürfnissen** eines Menschen gehört auch die Schaffung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 7). Dazu gehört auch die Fähigkeit, sich selbstständig und möglichst ohne fremde Hilfe im eigenen Umfeld zu orientieren, zurechtzufinden und bewegen zu können (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 18). Hierzu zählt ebf. die eigenständige Beschaffung der für die Lebensführung notwendigen Nahrungsmittel und der Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Ebenso fällt in diesen Grundbereich der **eigenständigen Orientierung** die **selbstständige Haushaltsführung**. Das Erkennen und Unterscheiden von Gegenständen ist im Rahmen dieser Lebensbereiche wesentlich, um eine freie Willensbetätigung entfalten zu können. Ein Einkaufsfuchs ermöglicht dem Blinden auf akustische Weise das, was der Sehende auf einen Blick erkennt.

Das **SG** gab der Klage statt.

Bei dem **Einkaufsfuchs** handelt es sich um eine Einkaufshilfe mit digitaler Sprachausgabe für blinde und stark sehbehinderte Menschen. Der Einkaufsfuchs erkennt die Produkte durch Auswertung des Strichcodes, der auf den Verpackungen zu finden ist. Die Datenbank des Gerätes enthält inzwischen über eine Million verschiedener Artikel, wobei es sich um die wichtigsten Gebrauchsgüter im Haushalt sowie im Lebensmittelbereich handelt. Ferner sind alle erhältlichen Musik-CD's und Kassetten enthalten. Die Erweiterung der Daten ist jederzeit möglich durch Austausch der Speicherkarte. Im Übrigen besteht die Möglichkeit, dass neue, noch nicht bekannte Artikel von dem Nutzer selbst eingegeben werden. Zu diesem Zweck ist in das Gerät ein Mikrophon integriert, so dass ein bestimmter Barcode akustisch gekennzeichnet werden kann. Auf diese Weise kann der Nutzer Ordner oder Lernmaterialien kennzeichnen. Nach den Angaben des Herstellers T misst das Basisgerät 15 x 8 x 4 cm und kann am Gürtel oder in der Tasche getragen werden. Dazu gehört ein transportabler Scanner, der - ähnlich wie man ihn von Supermarktkassen kennt - in alle Richtungen gehalten werden kann, um den Strichcode auf den Gegenständen schnell zu finden. Das Gerät ist im Hilfsmittelverzeichnis unter der Hilfsmittelnummer 07.09.03.0001 gelistet und kostet ausweislich eines am 31.01.2007 bei der Bekl. eingegangenen Angebots inklusive Zubehör und Mehrwertsteuer 3.094,00 EUR.

## VII. Lymphdrainagen ohne Rezept wegen ärztlicher Budgetbeschränkung

*SG Düsseldorf, Gerichtsbes. v. 19.01.2009 – S 8 KR 255/08 –*

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 16/09 -*

SGB V § 32

RID 09-01-165

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Bezüglich der aktuellen Versorgung mit Heilmitteln in Form von Lymphdrainagen besteht keine Rechtsbeschwerde mehr, wenn der Versicherte zurzeit die erforderlichen Verordnungen von einem Facharzt für Phlebologie erhält. Damit hat sich der ursprüngliche Antrag auf Bewilligung von (10) Lymphdrainagen erledigt. Allein die Befürchtung, dass die Versorgung mittels Lymphdrainagen womöglich nicht ausreichend sichergestellt ist, kann nicht einen Anspruch einer Versorgung außerhalb des von Gesetzen und Richtlinien vorgesehenen Versorgungssystems begründen.

Das **SG** wies die Klage ab.

## VIII. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

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

### 1. BVERFG: KEIN ZWINGENDER AUSSCHLUSS DER BEHANDLUNGSPFLEGE DURCH GRUNDPFLEGE

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 10.03.2008 – 1 BvR 2925/07 –*

www.bundesverfassungsgericht.de = juris = PflR 2008, 347

SGB V § 37

RID 09-01-166

Die Verfassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 01.10.2007 – L 24 B 507/07 KR ER – wird nicht zur Entscheidung angenommen. Der Rechtsweg ist nicht erschöpft.

Der Rechtsprechung des **BSG** (Urt. v. 28.01.1999 - B 3 KR 4/98 R - BSGE 83, 254 <264>; Urt. v. 10.11.2005 - B 3 KR 38/04 R - SozR 4-2500 § 37 Nr. 6) kann nicht der allgemein geltende Rechtssatz entnommen werden, dass für die Zeiten, welche in die Leistungspflicht der **Pflegekasse** fallen, kein Anspruch auf Leistungen der **Sicherstellungspflege** besteht. Ist der Pflegedienst 24 Stunden am Tag ausschließlich für die Behandlungspflege, also die Atmungsbeobachtung, das Absaugen von Sekret und weitere medizinische Hilfen zuständig, liegt der Fall anders.

Es ist offen und bedarf der rechtlichen Klärung, ob diese Situation, in der nach den bisher getroffenen Feststellungen **medizinische Behandlungspflege und Grundpflege im Sinne des SGB XI von verschiedenen Pflegepersonen nebeneinander erbracht werden**, einen Fall darstellt, bei dem im Sinne der Rechtsprechung des BSG die Behandlungspflege hinter die Grundpflege zurücktritt.

Macht ein Versicherter geltend, die Auslegung des § 37 II 1 SGB V durch die Sozialgerichte führe dazu, dass der Staat fünf Stunden am Tag seiner Schutzpflicht gegenüber seinem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nicht nachkomme, werden Fragen zur Reichweite der Grundrechte, insbesondere zum verfassungsrechtlichen **Anspruch auf Bereitstellung spezieller Gesundheitsleistungen**, angesprochen.

Dem Beschwerdeführer entsteht durch den Verweis auf den Rechtsweg in der Hauptsache **kein schwerer und unabwendbarer Nachteil** i. S. von § 90 II 2 BVerfGG, der ein Absehen von dem Erfordernis der Erschöpfung des Hauptsacherechtswegs rechtfertigen könnte. In der Vergangenheit ist der Beschwerdeführer durch den Pflegedienst 24 Stunden am Tag fachpflegerisch versorgt worden. Er trägt weder vor, dass sich hieran etwas geändert hat, noch dass eine solche Veränderung droht. Zur Abwendung einer aktuell bestehenden Finanzierungslücke hätte der Beschwerdeführer zunächst die Möglichkeit, statt des bisher bezogenen Pflegegeldes von 665 € **Pflegesachleistungen** gemäß § 36 I 1 SGB XI zu beantragen, aus der Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.432 € gezahlt werden können. Ansonsten ist der Beschwerdeführer auf Leistungen der **Sozialhilfe** zu verweisen.

## 2. KEINE BEGRENZUNG HÄUSLICHER KRANKENPFLEGE (HIER: BEATMUNGSPFLEGE)

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 23.10.2008 – L 1 B 346/08 KR ER –*

RID 09-01-167

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

SGB V §§ 37; SGB XI § 34 II 1

**BSG**, Urt. v. 10.11.2005 - B 3 KR 38/04 R - soll während der Erbringung von **Grundpflege** die **Behandlungspflege** grundsätzlich in den Hintergrund treten. Selbst nach dieser Rechtsprechung soll es jedoch auch Ausnahmen geben.

**Höherwerte Pflegedienstleistungen** treten nicht zurück, auch wenn dabei **normale Pflegeleistungen** mitgeleistet werden.

Es gibt keine Regelung im SGB V, welche die Sachleistung häuslicher Krankenpflege von einer Gebühr oder einer den Sachleistungsanspruch begrenzenden Eigenleistung abhängig macht. Es gibt auch keine Kostendeckelung wie bei der Grundpflege nach dem SGB XI. Damit sind nach dem Gesetz **alle notwendigen Kosten häuslicher Krankenpflege** zu übernehmen, selbst wenn der Pflegedienst auch die Grundpflege mitleisten könnte. Der vom 3. Senat des BSG aufgestellte Topos des "Regelmäßigen Zurücktretens" begründet keine die Behandlungspflege einschränkende gesetzliche Regelung. Da schließlich nicht davon auszugehen ist, dass sich das BSG über das geltende Recht hinwegsetzen wollte, kann es sich bei dem Satz, dass während der Erbringung der Leistungen der Grundpflege die Behandlungspflege grundsätzlich in den Hintergrund träte, nur um eine bloße Meinungsäußerung des Senats handeln, wie sich die tatsächlichen Verhältnisse regelmäßig wohl zeigen werden.

**SG Berlin**, Beschl. v. 18.07.2008 - S 89 KR 1546/08 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Krankenkasse im Wege einstweiliger Anordnung, dem Ast. ab 01.11.2008 bis 30.04.2009 Beatmungspflege als Behandlungspflege im Umfang von 24 Stunden täglich als Sachleistung so zu gewähren, dass er nicht - wie bisher - gegenüber dem oder den die Pflege konkret leistenden Pflegeunternehmen zur Zahlung eines Eigenanteiles bzw. eines weiteren Kostendeckungsbeitrages hierfür und/oder für Grundpflege im Sinne des SGB XI verpflichtet ist oder wird. Weist die Ag. dem Ast. nicht bis 31.10.2008 die Sicherstellung dieser Verpflichtung durch Übersendung der Vereinbarung mit dem Pflegedienst oder den Pflegediensten nach, hat sie ab 01.11.2008 bis 30.04.2009 den Ast. von den diesem für 24h-Behandlungspflege entstehenden Kosten in Höhe von bis zu 28,50 €/Stunde einstweilen freizustellen. Dies gilt auch, soweit mit der Behandlungspflege gleichzeitig Grundpflege verbunden ist. Im Übrigen wurde die Beschwerde zurückgewiesen.

Zum vorausgehenden einstweiligen Anordnungsverfahren s. **LSG Berlin-Brandenburg**, B. v. 04.07.2008 – L 24 B 273/08 KR ER – RID 08-03-148.

*LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 12.11.2008 – L 5 B 476/08 KR ER –*

RID 09-01-168

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

SGB V § 37 IV; SGB XI §§ 13 II, 34 II 1 HS 1

**Leitsatz:** Wird ein gesetzlich Krankenversicherter, der häuslicher Krankenpflege i.S. von § 37 Abs.2 SGB V bedarf, pflegebedürftig, ist für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Betreuung die **Pflegekasse** gegenüber der Krankenkasse **vorrangig** leistungs verpflichtet.

Ist bei diesem Pflegebedürftigen **Intensivpflege** als Behandlungspflege rund um die Uhr erforderlich, hat die Krankenkasse deshalb die häusliche Krankenpflege grundsätzlich nicht für die Zeit zu leisten, die auf die **Grundpflege** und die hauswirtschaftliche Betreuung entfällt. Diese Leistungseinschränkung gilt allerdings nicht, wenn die Intensivpflege aus medizinischen Gründen zeitgleich zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Betreuung erbracht werden muss, weil beispielsweise die ständige Beobachtung des Versicherten und die Sicherstellung der jederzeitigen Einsatzmöglichkeit der Pflegekraft erforderlich sind (Differenzierende Anwendung von **BSG**, Urt. v. 28.01.1999 - B 3 KR 4/98R – u. v. 10.11.2005 - B 3 KR 38/04 R – u. **BVerfG**, Beschl. v. 10.03.2008 - 1 BvR 2925/07 -).

Bieten 6 Pflegedienste in Schleswig-Holstein Intensivpflege einheitlich zu einem bestimmten **Stundenhöchstsatz** an, so ist dieser als angemessen i.S. von § 37 Abs.4 SGB V anzusehen.

Ist der für den intensiv zu pflegenden Versicherten tätige Pflegedienst nicht bereit, den bisher berechneten - höheren - Stundensatz auf diese angemessene Höhe zu reduzieren, ist dem Versicherten nach einer ihm von der Krankenkasse eingeräumten Übergangszeit ein **Wechsel des Pflegedienstes** zumutbar.

**SG Kiel**, Beschl. v. 11.07.2008 - S 19 KR 15/08 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und verpflichtete die Krankenkasse, dem Ast. bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die Rechtmäßigkeit ihrer Bescheide, längstens bis zum 31.12.2008, Beatmungspflege als Behandlungspflege für 24 Stunden täglich zu einem Stundensatz von 31,70 EUR zu gewähren; das **LSG** änderte den Beschl. dahingehend ab, dass die darin ausgesprochene Verpflichtung der Ag. zur Gewährung von Behandlungspflege für täglich 24 Stunden statt zu einem Stundensatz von 31,70 EUR zu einem solchen von 26,50 EUR angeordnet wird.

### 3. VERABREICHUNG NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER MEDIKAMENTE MITTELS I. M.- INJEKTIONEN

*LSG Hessen, Urt. v. 30.10.2008 – L 8 KR 353/07 –*

RID 09-01-169

*Revision anhängig: B 3 KR 25/08 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 11, 13 III, 27, 34, 37, 92 I Nr. 6; HKP-RL Ziff. 3a, 18

**Leitsatz:** 1. Der Versicherte hat Anspruch auf Erstattung der Kosten der häuslichen Krankenpflege für die ärztlich verordnete **intramuskuläre Injektion von Arzneimitteln**.

2. Dem Anspruch des Versicherten auf Erstattung der Kosten der häuslichen Krankenpflege steht nicht entgegen, wenn die ärztlich verordneten **Arzneimittel nicht verschreibungspflichtig** sind.

3. Die zum 1. April 2004 eingetretene Einschränkung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung für die Kosten der nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel erfasst nur die **Anschaffungskosten** der nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel, jedoch nicht die im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplanes erforderliche **Gabe des Arzneimittels** im Rahmen der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege.

4. Die **Arzneimittelversorgung** und die **häusliche Krankenpflege** sind von einander unabhängige Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung. Die zum 1. April 2004 für den Bereich der Arzneimittelversorgung gesetzlich definierte Leistungseinschränkung kann nicht automatisch auf die häusliche Krankenpflege übertragen werden.

Der 1918 geb. Kl. wurde einmal wöchentlich die i. m. Injektion von B 12 und Folsäure in Form der häuslichen Krankenpflege wegen Altersgebrechlichkeit, Inappetenz und Gehstörungen zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung verordnet. Die Medikamente B 12 und Folsäure verordnete der Hausarzt der Klägerin auf einem Privatrezept. Den Antrag, die Kosten der Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes für die i. m. Injektion zu übernehmen, lehnte die Bekl. ab. *SG Darmstadt*, Urt. v. 06.06.2007 - S 10 KR 262/06 - wies die Klage ab, das *LSG* gab der Klage statt und verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten der intramuskulären Verabreichung des ärztlich verordneten B 12 Präparates und Folsäure in der Zeit vom 18.05.-01.06.2006 gemäß der Rechnung des X. Pflegedienstes in Höhe von 29,47 EUR zu erstatten.

### 4. DIGITALE ENDDARMAUSRÄUMUNG ALS DAUERLEISTUNG

*LSG Bayern, Beschl. v. 30.10.2008 – L 4 B 690/08 KR ER –*

RID 09-01-170

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37; SGG § 86b II

Kann nicht erwartet werden, dass die Fähigkeiten einer Versicherten, ohne fremde Hilfe ihren Darm zu entleeren, wieder zunehmen werden, so kann eine digitale Enddarmausräumung als Dauerleistung verordnet werden.

*SG Nürnberg*, Beschl. v. 24.06.2008 - S 11 KR 256/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* verpflichtete die Ag., die Ast. ab 01.11.2008 gemäß vertragsärztlicher Verordnung mit digitaler Enddarmausräumung zu versorgen, und zwar bis zur Entscheidung in der Streitsache L 4 KR 269/08, jedoch nicht über den 30.06.2009 hinaus.

## IX. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha/Soziotherapie

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 08-04 B VII (S. 41); 07-04-B VIII (S. 50); RID 06-04-B VIII (S. 67).

### 1. ZUZAHLUNGEN: BELASTUNGSGRENZE NACH ZAHLUNGEN IM KALENDERJAHR

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 04.09.2008 – L 16 KR 48/08 –**

**RID 09-01-171**

rechtskräftig (Revision zugelassen)

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

SGB V §§ 62

Nach § 62 SGB V sind **alle im Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen** zu berücksichtigen, auch soweit sie eine **im Vorjahr entstandene Zuzahlungspflicht** betreffen.

Der 1941 geb. Kl. bezog im Jahr 2004 neben einer gesetzl. Rente von monatlich 1.251,43 EUR brutto eine Firmenrente von monatlich 528,10 EUR brutto. Seine im selben Haushalt lebende Ehefrau verfügte über keine eigenen Einkünfte. 2003 wurde er mit dem Rettungsdienst notfallmäßig in die städtische Krankenanstalt gebracht und stationär vom 03. bis 16.09.2003 behandelt. Auf Anforderung der Bekl. im Jahr 2004 zahlte der Kl. 130 € an Zuzahlung. Seinen Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung im Jahre 2004 wies die Bekl. mit der Begründung zurück, die Belastungsgrenze von "z. Zt. 251,11 EUR" sei noch nicht ausgeschöpft, die sie dann wegen chronischer Erkrankung d. Kl. auf 170,07 EUR festsetzte. Die Bekl. erstattete dem Kl. 161,73 EUR für in 2004 geleisteter Zuzahlungen und lehnte eine höhere Erstattung bezüglich der erst 2004 gezahlten Zuzahlungen für die bereits in 2003 erhaltenen Leistungen ab, da die Zuzahlungen jeweils dem Kalenderjahr zuzuordnen seien, in dem die Leistung in Anspruch genommen worden sei. **SG Duisburg**, Urt. v. 25.01.2008 - S 11 KR 281/05 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kläger für das Jahr 2004 weitere Zuzahlungen in Höhe von 130,- Euro (für den Rettungstransport vom 02.09.2003 und für den Krankenhausaufenthalt vom 03. bis 16.09.2003) zu erstatten.

### 2. FAHRTKOSTEN NUR AUS MEDIZINISCHEN GRÜNDEN

**LSG Bayern, Beschl. v. 08.09.2008 – L 5 B 753/07 KR ER –**

**RID 09-01-172**

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

SGB V §§ 60, 92 I 2 Nr. 12

Für die Übernahme von Fahrtkosten, die nicht aus medizinischen Gründen entstehen, sondern die der Versicherte aufgrund seiner finanziellen Situation nicht zu tragen in der Lage ist, besteht keine Rechtsgrundlage.

**SG München**, Beschl. v. 18.07.2007 - S 2 KR 642/07 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### 3. REHABILITATION

#### A) VORRANGIGE STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG BEI SCHWERWIEGENDER PSYCHISCHER ERKRANKUNG

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.12.2008 – L 1 KR 586/07 –**

**RID 09-01-173**

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

SGB V §§ 11 II, 13 III, 23 II, 27 I, 40 I u. II

Ist eine ambulante Kompaktkur bereits aus der damaligen Sicht vor Antritt nicht geeignet, eine hinreichende Verbesserung der Leiden eines Versicherten erwarten zu lassen und ist sie kontraindiziert aufgrund eines schwerwiegenden psychischen Zustandes, und ist zunächst eine psychiatrische Behandlung auch und gerade der Depression in Form eines stationären Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik erforderlich, so besteht nur ein Anspruch auf eine stationäre Krankenhausbehandlung und nicht auf eine Rehabilitationsmaßnahme.

**SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 05.09.2007 - S 84 KR 1839/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## B) ÄRZTLICHE VERORDNUNG FÜR MEDIZINISCHE REHABILITATION

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 25.09.2008 – L 9 KR 22/08 –**

**RID 09-01-174**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt.: B 1 KR 83/08 B*

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

SGB V §§ 13 III, 15 I, 27 I 2 Nr. 6, 40 III 1, 73 II 1 Nr. 5; SGB IX § 15 I; RehaRL

Für eine medizinische Rehabilitation ist eine **ärztliche Verordnung** erforderlich. Auch sind die Voraussetzungen nach der RehaRL einzuhalten.

Fehlt im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Leistung die erforderliche **vertragsärztliche Verordnung**, kann diese **nicht nachgeholt** werden und der Anspruch ist endgültig ausgeschlossen. Dies gilt selbst dann, wenn die beklagte Krankenkasse nicht auf das Fehlen der erforderlichen vertragsärztlichen Verordnung hingewiesen hat. Denn § 13 III 1 SGB V, § 15 I SGB IX, die als kodifizierte sozialrechtliche Herstellungsansprüche einen Rückgriff auf diesen ungeschriebenen richterrechtlichen Anspruch im Übrigen ausschließen, lassen einen Kostenerstattungsanspruch auch in solchen Fällen nicht zu (BSG, Urt. v. 02.11.2007 - B 1 KR 14/07 R -).

**SG Berlin**, Urt. v. 24.10.2006 - S 89 KR 334/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## C) LEISTUNGEN EINER STATIONÄREN ENTWÖHNUNGSMABNAHME NACH HAFTENTLASSUNG

**SG Hamburg, Beschl. v. 13.10.2008 – S 48 KR 1093/08 ER –**

**RID 09-01-175**

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

SGB V §§ 5 I Nr. 2a u. 13, 11 II, 40 II, 107; SGB IX § 26; SGG § 86b II

Ist eine Krankenkasse verpflichtet, einem **Strafgefangenen** ab dem Zeitpunkt der Entlassung aus der Haft **Krankenversicherungsschutz** zu gewähren, so hat sie auch Leistungen der **stationären Rehabilitation** gem. § 40 II SGB V zu übernehmen. Der Leistungsausschluss nach § 7 IV 2 SGB II wegen Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung steht dann nicht entgegen, wenn der Strafgefangene voraussichtlich für weniger als sechs Monate in einem Krankenhaus untergebracht ist (§ 7 IV 2 Nr. 1 SGB II). Durch den Verweis auf den gesamten § 107 SGB V wird klargestellt, dass auch ein Aufenthalt in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung i.S.v. § 107 II SGB V von dieser Ausnahmenvorschrift erfasst ist.

Das **SG** stellte im Wege der einstweiligen Anordnung fest, dass die Ag. dem Grunde nach verpflichtet ist, dem Ast. nach Haftentlassung Leistungen für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zu gewähren.

## D) LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION WÄHREND DER ALTERSTEILZEIT

**SG Berlin, Urt. v. 30.10.2008 – S 36 KR 1183/08 –**

**RID 09-01-176**

juris

AhTZG §§ 1, 3 I 1, 8 III; SGB V § 40 I, II u. IV; SGB VI §§ 9 I, 10 I, 11, 12 I Nr. 4; SGB IX § 14; SGB X §§ 102-104

Für Versicherte sind auch während der Freistellungsphase (passiven Phase) der Altersteilzeit Leistungen zur Teilhabe des Rentenversicherungsträgers nicht ausgeschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 26.06.2007 - B 1 KR 34/06 R -).

Das **SG** wies die Klage des Rentenversicherungsträgers gegen die Krankenkasse auf Erstattung der von ihr verauslagten Kosten der Anschlussheilbehandlung ab.

## 4. SOZIOThERAPIE: ANSPRUCH JE KRANKHEITSFALL IN DREIJAHRZEITRAUM

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.09.2008 – L 11 KR 1171/08 –**

**RID 09-01-177**

*Revision anhängig: B 3 KR 21/08 R*

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

SGB V § 37a I 3

**Leitsatz:** Die Begrenzung auf "120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall" in § 37a Abs. 1 S. 3 SGB V ist so zu verstehen, dass bei einer über drei Jahre hinausgehenden Behandlungsbedürftigkeit mit Beginn des nächsten Drei-Jahreszeitraums ein neuer Krankheitsfall eintritt und damit wiederum ein Anspruch auf Soziotherapie im Umfang von maximal 120 Stunden besteht.

**SG Stuttgart**, Urt. v. 26.09.2008 – S 2 KR 3235/06 - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

## X. Beziehungen zu Leistungserbringern

Zur BSG-Rspr. s. ferner zuletzt RID 08-04 B VIII (S. 42); 07-04-B IX (S. 52); RID 05-04-B X (S. 57 f.).

### 1. BEZIEHUNGEN ZU KRANKENHÄUSERN

Nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 – **B 1 KN 1/07 KR R** – ist die frühere BSG-Rechtsprechung, wonach die **Zahlungspflicht einer Krankenkasse** für eine in Rechnung gestellte **stationäre Krankenhausbehandlung** nur zu verneinen ist, wenn schon nach dem Vorbringen des Krankenhauses von fehlender notwendiger stationärer Behandlung auszugehen ist oder wenn die Krankenkasse "substantiierte" Einwendungen gegen die Krankenhausabrechnung innerhalb der vereinbarten Zahlungsfrist erhoben hat, durch den Beschl. des Großen Senats des BSG v. 25.09.2007 überholt; abgesehen von den gesetzlich geregelten Ausnahmen und von atypischen Missbrauchskonstellationen dürfen solche nachträglichen **Einwendungen und Überprüfungsbefugnisse der Krankenkasse wie des Gerichts weder faktisch noch rechtlich ausgeschlossen** oder über die gesetzlichen Wertungen hinaus **erschwert** werden; ausgeschlossen ist es insbesondere, der in den Krankenhausabrechnungen zum Ausdruck kommenden Einschätzung des Krankenhauses über die Erforderlichkeit noch entscheidende Bedeutung für das Bestehen eines Zahlungsanspruchs beizumessen. Nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 – **B 1 KN 2 und 3/08 KR R** – ist die Auffassung, dass die **Krankenkasse** innerhalb der geltenden **Zahlungsfrist grundsätzlich uneingeschränkt zahlungspflichtig** sei, weil das Krankenhaus mit Rechnungslegung die Erforderlichkeit behauptet, nicht mehr haltbar; die Krankenkasse muss sich für die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme nicht zunächst unmittelbar an den Sozialmedizinischen Dienst wenden, sondern kann erst das Krankenhaus um sachdienliche Behandlungsunterlagen für den Sozialmedizinischen Dienst bitten; der Umstand der Entlassungen an einem Montagvormittag war hinreichenden Anlass für Überprüfungen; ein in der Aufnahmeanzeige vom Krankenhaus genannter voraussichtlicher Entlassungstermin schützt nicht vor **nachträglichen Überprüfungen**; nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 – **B 1 KR 10/08 R** – ist es für das Jahr 2004 unerheblich, ob eine **Verlegung in ein anderes Krankenhaus** medizinisch zwingend notwendig war, wenn die erbrachte Behandlungsleistung die Voraussetzungen der abgerechneten Positionen als solche erfüllte; Kostenneutralität ist dadurch gesichert, dass das Vergütungssystem für 2004 budgetneutral umgesetzt wird; nach BSG, Urt. v. 20.11.2008 – **B 3 KN 1 und 4/08 R** – verliert eine **Krankenkasse** weder durch die erteilte Kostenzusage noch durch Verletzung der in der Pflegesatzvereinbarung geregelten Zahlungsfrist oder wegen eines Verstoßes gegen das im Abrechnungsverfahren allgemein geltenden Beschleunigungsverbot das Recht, **nachträgliche Beanstandungen** gegen die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung in Bezug auf die Notwendigkeit einer weiteren Krankenhausbehandlung vorzubringen, und bleibt das **Krankenhaus zur Mitwirkung bei der Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes verpflichtet**, die Gerichte müssen dennoch von Amts wegen eigene Versuche zur Aufklärung des Sachverhaltes unternehmen.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 08-04 B VIII.1 (S. 42); 07-04-B IX 1 (S. 52).

### A) VERGÜTUNGSABZUG WEGEN INTEGRATIONSVERTRAG: BEWEISLASTVERTEILUNG

**SG Berlin, Urt. v. 30.10.2008 – S 36 KR 1271/07 –**

RID 09-01-178

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

SGB V §§ 109 IV 2 u. 3, 140a I 1, 140d I; SGG § 119 I

Lässt sich nicht feststellen, ob eine Krankenkasse zur Kürzung der Vergütungen in Höhe von 1 % des jeweiligen Rechnungsbetrages nach § 140d I 1 SGB V berechtigt war, so geht die **Nichtaufklärbarkeit** zu Lasten der insoweit **beweisbelasteten Krankenkasse**.

Legt die Krankenkasse zum Nachweis der Verträge dem Gericht lediglich die an die Gemeinsame Registrierungsstelle BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH) gemeldeten Daten vor, die lediglich die Vertragsüberschrift und eine nur wenige Worte umfassende Mitteilung des Vertragsgegenstandes sowie Angaben zu den Vertragspartnern, dem Vergütungsvolumen, der Vertragsdauer und zu den Modalitäten der Vergütungskürzung enthalten, so lässt sich anhand dieser Daten nicht überprüfen, ob die gemeldeten Verträge inhaltlich den vom BSG (Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 27/07, B 6 KA 5/07 R, B 6 KA 6/07 R, B 6 KA 7/07 R). aufgestellten Anforderungen genügen.

Auch bei ordnungsgemäßer **BQS-Meldung** ist den Betroffenen nicht der **Einwand** verwehrt, dass kein Vertrag zur integrierten Versorgung vorliegt (so zutreffend **SG Dresden**, Urt. v. 31.01.2008 – S 25 KR 1413/04 – RID 08-03-161).

Das **SG** gab der Klage und statt und verurteilte die AOK Brandenburg, an den Krankenhausträger 3.201,50 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz aus verschiedenen Teilbeträgen zu zahlen.

## **B) BESCHRÄNKUNG DER THERAPIEMÖGLICHKEITEN MIT INSULINANALOGA DURCH BUNDESAUSSCHUSS**

*SG Berlin, Beschl. v. 18.11.2008 – S 79 KA 1907/06 ER –*

**RID 09-01-179**

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

SGB V §§ 92 I 1, 130a; SGG § 86b II 1; GG Art. 3, 12

Hat eine Vertriebsfirma für Arzneimittel durch den Abschluss von Rabattverträgen erreicht, dass die nach ihren Angaben circa 200.000 Patienten weiterhin mit Insulinanaloga behandelt werden können, so ist nicht zu befürchten, dass ihr Marktanteil durch einen die begrenzenden Beschluss des Bundesausschusses wegbricht. Allein die Tatsache, Verluste hinnehmen zu müssen, begründet keinen Anordnungsgrund.

Das Verfahren des IQWiG zur Bewertung der Insulinanaloga ist nicht zu beanstanden.

Die Ast., eine pharmazeutische Unternehmerin, vertreibt u.a. die Arzneimittel H und H-M. Beide Arzneimittel sind zentral für die gesamte Europäische Union durch die Europäische Kommission zugelassen. Sie gehören zu den sog. Insulinanaloga, gentechnologisch hergestellte Arzneimittel, die auf Basis der Molekülstruktur des Humaninsulins durch eine Modifikation der Aminosäuresequenz entwickelt wurden. Es handelt sich dabei um ein dem Insulin ähnliches Molekül. Ziel der Insulinanaloga ist, dass diese schneller resorbiert werden, als normales Insulin. Die Ast. trägt vor, dass in Deutschland ca. 200.000 Patienten mit Typ 2 Diabetes Mellitus auf Insulinanaloga eingestellt worden sind. Die Ast. wendet sich gegen den vom Ag. am 18.07.2006 bzw. 19.09.2006 gefassten Beschl. über die Aufnahme kurzwirksamer Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes Mellitus Typ II in die Anlage 10 der AMR und den damit verbundenen Verordnungsaußchluss sowie gegen den Beschl. v. 10.04.2008, mit dem die AMR in Anlage 10 geändert wurde und nunmehr um den folgenden Satz ergänzt wurde: "Die gilt nicht für Patienten mit Allergie gegen den Wirkstoff Humaninsulin, bei denen trotz Intensivierung der Therapie eine stabile adäquate Stoffwechsellaage mit Humaninsulin nicht erreichbar ist, dies aber mit kurzwirksamen Insulinanaloga nachweislich gelingt, bei denen aufgrund unverhältnismäßig hoher Humaninsulindosen eine Therapie mit kurzwirksamen Insulinanaloga im Einzelfall wirtschaftlicher ist." Das *SG* wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

## **C) FRIST ZUR PRÜFUNG NACH ABRECHNUNG (§ 275 Ic SGB V)**

*SG München, Urt. v. 28.02.2008 – S 43 KR 806/07 –*

**RID 09-01-180**

*Berufung anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 218/08 -*

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

SGB V § 275 Ic; SGG § 55 I Nr. 1

Auf den Beginn der Behandlung kommt es für die Anwendung des § 275 Ic in der Neufassung nicht an, entscheidend ist der **Beginn der Prüfung**.

Der Gesetzgeber wollte mit der **Neuregelung des 275 Ic 2 SGB V** erreichen, dass Einzelfallprüfungen künftig "zielorientierter und zügiger" eingesetzt werden.

Gemäß § 275 Ic 2 ist "die Prüfung nach Satz 1 spätestens sechs Wochen nach **Eingang der Abrechnung** bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse anzuzeigen". Der Gesetzgeber hat also ausdrücklich auf die Rechnungslegung und nicht etwa das Aufnahmedatum des Versicherten abgestellt.

Das *SG* gab der Klage statt und stellte fest, dass der dem MDK seitens der Beklagten erteilte Prüfauftrag im Behandlungsfall W. M. gegenstandslos ist.

## 2. HILFSMITTELERBRINGER

### A) VERGABEVERFAHREN: RAHMENVEREINBARUNG ÜBER INKONTINENZHILFEN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.01.2009 – L 21 KR 1/08 SFB –*

RID 09-01-181

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

SGB V §§ 69, 127; UWG §§ 19, 20; GWB § 114 I, 118 I

Ein Antrag ist bereits deshalb unzulässig, wenn das Gericht die Verlängerung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde mit einem früheren Beschluss abgelehnt hat.

Ordnet die Vergabekammer Maßnahmen i.S.d. § 114 I 1 GWB an, so wird damit implizit auch ein **Zuschlagsverbot** ausgesprochen. Das Zuschlagsverbot dauert gemäß § 118 III GWB so lange fort, wie die Entscheidung nicht nach § 123 GWB aufgehoben oder der Zuschlag gemäß § 121 GWB gestattet wird oder bis die Vergabestelle den nach § 114 I 1 GWB angeordneten Maßnahmen nachkommt. Das Zuschlagsverbot besteht nicht mehr, wenn den erteilten Auflagen nachgekommen wurde.

Eine Anordnung der aufschiebenden Wirkung kommt auch nicht als Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der sofortigen Beschwerde in Betracht, da das **GWB** einen derartigen **Rechtsbehelf** nicht vorsieht.

Es ist nichts dafür ersichtlich, dass § 127 I 3 SGB V eine bieterschützende Vorschrift ist.

Die Bg. führen aktuell - vertreten durch den BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen - die Vergabe „Rahmenvereinbarung über die Versorgung der BKK Versicherten mit ableitenden Inkontinenzhilfen gemäß § 127 I SGB V in 50 regionalen Losgebieten“ mit Beschränkung auf acht Regionallose „in einem offenen Verfahren gemäß Vergabebekanntmachung vom 19.07.2008“ durch (ursprünglich vorgesehene Vertragslaufzeit: 01.01.2009 bis 31.12.2010). Die Bf. gab im Vergabeverfahren kein Angebot ab. Die **Vergabekammer** (VK) hat die Bg. verpflichtet, bei Fortbestehen der Vergabeabsicht unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung der VK der Bf. die Möglichkeit einzuräumen, erstmals ein Angebot abzugeben und den übrigen Bietern Gelegenheit zu geben, ihre Angebote - ohne inhaltliche Änderung - neu zu bepreisen. Das **LSG** lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der sofortigen Beschwerde gegen den Beschl. der 2. Vergabekammer des Bundes v. 12.12.2008 zu verlängern bzw. wiederherzustellen, als unzulässig ab.

### B) ANSPRÜCHE BIS ENDE 2008 NACH ÜBERGANGSRECHT

Vgl. zuletzt RID 08-04-B III 3, S. 46

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 09.12.2008 – L 9 B 364/08 KR ER –*

RID 09-01-182

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

SGB V §§ 33, 126, 127

Ein Hilfsmittelerbringer, der über eine Zulassung verfügte, bleibt gemäß § 126 II SGB V weiterhin bis zum 31.12.2008 zur Versorgung der Versicherten berechtigt. § 33 VI 2 SGB V in der seit dem 01.04.2007 geltenden Fassung steht dem nicht entgegen. Maßgeblich hierfür ist – neben dem unzweideutigen Wortlaut der Norm – die Gesetzesbegründung zu § 126 II SGB V.

**SG Cottbus**, Beschl. v. 31.07.2008 - S 18 KR 124/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** stellte im Wege einstweiliger Anordnung fest, dass die Ast. bis zum 31.12.2008 zur Versorgung der Versicherten der Ag. mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen zugelassen ist.

*LSG Sachsen, Beschl. v. 13.10.2008 – L 1 B 614/08 KR-ER –*

RID 09-01-183

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

SGB V §§ 33, 126; SGG §§ 57a III, 86b II

Es ist nicht immer das **Sozialgericht zuständig**, in dessen Bezirk die Landesregierung ihren Sitz hat (§ 57a III SGG), sobald Verträge auf Landesebene in irgendeiner Weise betroffen sind. Es sollte keine Auffangzuständigkeit für alle sonstigen Leistungserbringerstreitigkeiten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen werden (SG Wiesbaden, Beschl. v. 09.05.2008 – S 17 KR 93/08 ER – RID 08-03-169).

Nach erfolgter Ausschreibung und erteiltem Zuschlag zu Gunsten anderer Bieter ist ein Hilfsmittellieferant trotz fortbestehender Zulassung nach § 126 II SGB V n. F. **nicht mehr berechtigt**, die Versicherten einer Krankenkasse zu ihren Lasten zu versorgen.

**SG Dresden**, Beschl. v. 24.07.2008 - S 15 KR 349/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### C) FEHLEN EINES VERSORGUNGSVERTRAGS (CAMOPED-BEWEGUNGSSCHIENEN)

*LSG Bayern, Urt. v. 12.08.2008 – L 5 KR 173/05 –*

RID 09-01-184

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 50/08 B*

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

SGB V §§ 33 I, 126, 127

Ein Anspruch einer Hilfsmittelerbringerin richtet sich gegenüber einer Krankenkasse nach den abschließenden Regelungen in §§ 126, 127 SGB V. Danach dürfen Hilfsmittel an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen abgegeben werden. **Fehlt** eine solche **vertragliche Vereinbarung**, so besteht kein Vergütungsanspruch für die Lieferung von Hilfsmitteln an Versicherte der Krankenkasse.

*SG München, Urt. v. 10.05.2005 - S 19 KR 1873/04 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 3. HEILMITTLERBRINGER: ÜBLICHE VERGÜTUNG BEI FEHLEN EINER ENTGELTREGELUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.09.2008 – L 2 KN 78/05 KR –*

RID 09-01-185

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

SGB V §§ 32, 124; BGB §§ 812 ff.

Besteht **keine Rahmenvereinbarung** gem. § 125 SGB V, so ist gem. § 612 II BGB die **übliche Vergütung** als vereinbart anzusehen (vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.01.2005 - L 16 KR 90/03 - RID 05-02-153*):

Die **übliche Vergütung** im Sinne des § 612 II BGB ist die für gleiche oder ähnliche Dienstleistungen an dem betreffenden Ort mit Rücksicht auf die persönlichen Verhältnisse gewöhnlich gewährte Vergütung. Dabei ist auf das für das **jeweilige Kassensystem gültige Vergütungssystem** und nur bei Ermangelung eines solchen auf sonstige Vergütungsvereinbarungen zurückzugreifen. Dementsprechend ist es nicht zu beanstanden, wenn eine Krankenkasse für die Leistungen die "Vereinbarung über Höchstpreise für krankengymnastische Leistungen in Nordrhein für die Zeit ab 01.08.2000" (Vereinbarung vom 27.07.2000) zugrunde legt.

*SG Düsseldorf, Urt. v. 12.04.2005 - S 24 KN 17/01 KR -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 4. HÄUSLICHE PFLEGE- UND VERSORGUNGSLEISTUNGEN

#### A) FRISTLOSE KÜNDIGUNG EINES VERSORGUNGSVERTRAGS

*SG Hamburg, Beschl. v. 05.09.2008 – S 48 KR 1002/08 ER –*

RID 09-01-186

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

SGB V §§ 132, 132a; SGG § 86b II

Die Voraussetzungen für eine **fristlose Kündigung** liegen vor, wenn die Einsätze von Mitarbeiterinnen ordnungsgemäß dargestellt werden, da zeitgleiche oder nahezu zeitgleiche Einsätze der jeweiligen Mitarbeiterin bei verschiedenen Versicherten angegeben werden.

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

#### B) ANFORDERUNG VON MIETVERTRÄGEN BIS 31.03.2007

*LSG Bayern, Urt. v. 04.07.2008 – L 4 KR 306/06 –*

RID 09-01-187

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

SGB V §§ 37; SGB X §§ 20, 21; BGB § 1004

Bis 31.03.2007 war häusliche Krankenpflege nur dann eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie im Haushalt des Versicherten oder seiner Familie durchgeführt wurde (§ 37 I 1 SGB V a.F.). Eine Krankenkasse war deshalb in der Vergangenheit **verpflichtet, zu überprüfen**, ob Versicherte in ihrem eigenen Haushalt leben oder heimähnlich untergebracht sind (§§ 20, 21 SGB X). Zu dieser Überprüfung war es angemessen und notwendig, Mietverträge (hier: Einrichtung "Privates Seniorenwohnen") anzufordern.

*SG Nürnberg, Urt. v. 31.08.2006 - S 7 KR 238/06 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung, BSG, Beschl. v. 10.12.2008 – B 3 KR 45/08 B – BeckRS 2009 50065 die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

## 5. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMEN: FEHLENDE VEREINBARUNG

**SG München, Urt. v. 11.10.2007 – S 2 KR 1482/05 –**

**RID 09-01-188**

rechtskräftig  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 60, 69, 133

Fehlt es an einem **Vertrag** nach § 133 SGB V, so besteht **kein Leistungsanspruch** eines Taxiunternehmens. Dem Gericht steht es nicht zu, das Zustandekommen und den Inhalt eines Vertrages durch Urteil zu bestimmen. Dieser ist frei zu vereinbaren. Die Verweisung des § 69 Satz 3 SGB V eröffnet keine weiteren Anspruchsgrundlagen für die Zahlung gegenüber der Krankenkasse.

Ein **Vertrag mit einer konkurrierenden Taxigenossenschaft** ist kein Normvertrag, der über den Regelungsgegenstand und die Vertragspartner hinaus weitergehende Wirkungen bei der Versorgung von Patienten mit Krankentransportfahrten entfaltet.

Das **SG** wies die Klage ab.

Nach BSG, Urt. v. 20.11.2008 – **B 3 KR 25/07 R** – ist die Versorgung mit **Krankentransportleistungen** gemäß § 133 SGB V bei Fehlen von vorgehendem Landes- oder Kommunalrecht durch **Verträge** und Preisvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern sicherzustellen und kommt es dabei grundsätzlich auf die freie Verhandlung der Beteiligten an ("**Marktmodell**"); insbesondere sind die **Sozialgerichte** nicht dazu berufen, konkrete Vergütungssätze festzulegen, Kostenansätze anhand der Gestellungskosten der Leistungserbringer zu kontrollieren oder getroffene Vereinbarungen auf ihre Vertretbarkeit zu überprüfen. Die Leistungserbringer sind indes nicht rechtlos dem Diktat der Krankenkassen unterworfen, weil ihre rechtlichen Beziehungen zueinander nach den Maßstäben der Art. 81 ff. EGV und des Art. 3 I GG i.V.m. Art. 12 I 1 GG sowie - seit dem 01.04.2007 - auch in entsprechender Anwendung der Regelungen in §§ 19 bis 21 GWB überprüft werden können.

## 6. KEIN ARZTHONORAR FÜR MEDIZINISCHE BEGLEITUNG BEI VERLEGUNGSFAHRTEN VON KRANKENKASSE

**LSG Bayern, Urt. v. 14.10.2008 – L 5 KR 22/07 –**

**RID 09-01-189**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 60, 73, 75 I 2, 77, 83, 85, 107 ff.

Eine Ärztin kann für ihre medizinische Begleitung bei Verlegungsfahrten innerhalb zweier Krankenhäuser keine Vergütung von der Krankenkasse der Patienten verlangen.

**SG München**, Urt. v. 25.07.2006 - S 43 KR 1501/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## XI. Angelegenheiten der Krankenkassen

B. Bultmann, Die Insolvenzfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen nach dem GKV-OrgWG, MedR 2009, 25-32.

### 1. HAFTUNG DES VORSTANDS

**LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 28.11.2007 – L 4 KR 18/04 –**

**RID 09-01-190**

Revision anhängig: **B 1 KR 9/08 R** juris  
SGB IV §§ 31a IIIa 1, 42 II; SGB V §§ 144 II, III, IV, 150 I, II 1, 220 I, II 2 u. 3; BGB § 254; BGBEG Art. 229 § 5 der BKK

Für die Haftung des Vorstands enthält das SGB IV keine eigenständige Regelung. Deshalb sind für Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane und sonstigen Organmitglieder des Versicherungsträgers unterschiedliche Haftungsgrundlagen heranzuziehen.

Hat ein ehemaliger Vorstand einer Krankenkasse aufgrund seiner exklusiven Kenntnisse von den tatsächlichen Vermögensverhältnissen die Selbstverwaltungsorgane der durch Fusion neu entstandenen Krankenkasse über finanzielle Risiken nicht aufgeklärt, begründet dies einen Schadensersatzanspruch aus "culpa in contrahendo".

Eine Begrenzung der Schadenshöhe auf entgangene Beitragseinnahmen schließt es aus, weitere Schadenspositionen zu berücksichtigen.

Zur Minderung des Schadensersatzanspruches wegen Mitverschuldens seitens der anderen Vorstände.

**SG Halle**, Urt. v. 10.11.2003 - B 1 KR 9/08 R - gab der Klage statt, das **LSG** hob das Urt. auf, soweit eine Verurteilung der Bekl. zur Zahlung von mehr als 51.129,19 € ausgesprochen worden ist und wies im Übrigen die Berufung zurück.

## 2. EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ GEGENÜBER MAßNAHMEN DER MITGLIEDERWERBUNG

**LSG Hamburg, Beschl. v. 18.09.2008 – L 1 B 149/08 ER KR –**

RID 09-01-191

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

SGB V §§ 69 SGG § 86b II; UWG §§ 3, 4, 12; ZPO §§ 935, 940 ZPO

Die **Anrufung der Gerichte** ist den Krankenkassen jedenfalls dann **möglich**, wenn eine das Begehren befriedigende **Entscheidung der Aufsichtsbehörde** nicht in kürzerer Frist herbeigeführt werden kann, als dies im gerichtlichen Verfahren der Fall wäre (ebs. LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 13.12.2007 - L 5 ER 289/07 KR – RID 08-01-197; a.A. LSG Schleswig-Holstein, B. v. 26.09.2007 – L 5 B 522/07 KR ER – RID 07-04-147).

Das für das **gewerbliche Wettbewerbsrecht** entwickelte Instrumentarium von deliktischen, negatorischen und ergänzenden Ansprüchen kann auf die Rechtsbeziehungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen **nicht übertragen** werden (BSG, Urt. v. 31.03.1998 – B 1 KR 9/95 R – SozR 3-2500 § 4 Nr. 1 = BSG 82, 78).

Eine pauschale Behauptung eines **möglichen Mitgliederverlustes** für den Fall der Fortsetzung der Werbemaßnahme und die Behauptung eines hieraus womöglich resultierenden wirtschaftlichen Schadens genügen den **Darlegungs- und Glaubhaftmachungserfordernissen** nicht.

Die Ast. ist eine bundesweit tätige **Ersatzkasse** mit Sitz in Hamburg, die Ag. eine regional im Saarland, Hessen und Rheinland-Pfalz tätige **Innungskrankenkasse**. Ab Mitte Jan. 2008 ließ die Ag. über Rundfunk einen **Werbespot** verbreiten, in dem sie unter Hinweis auf ihren derzeitigen Beitragssatz von 12,3 % und einer Ersparnis von "bis zu 600 € und mehr" für einen **sofortigen Kassenwechsel warb**. Etwa zeitgleich begann sie damit, **Werbeflyer** ("Wechseln und direkt sparen") zu verteilen, in denen je nach Einkommen bei einem Wechsel von der Ast. zur Ag. eine mögliche Ersparnis in Höhe von 264 € bis 950,40 € in Aussicht gestellt wurde. D. Ast. **forderte** wegen eines unvollständigen, unwahren und damit irreführenden Inhalts dieser Werbung, der gegen die Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung i.d.F. v. 09.11.2006 und § 3 i.V.m. §§ 4, 5 UWG verstoße, und im Hinblick auf eine Wiederholungsgefahr erfolglos die Abgabe einer strafbewehrten Unterlassungserklärung. **SG Hamburg**, Beschl. v. 03.03.2008 -S 48 KR 317/08 ER - untersagte der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung die Hörfunkwerbung durch den beanstandeten Werbespot u. mit Beschl. v. 07.03.2008 - S 48 KR 382/08 ER - die beanstandete Flyer-Werbung; das **LSG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

## 3. KEIN BONUS FÜR GESUNDHEITSBEWUSSTES VERHALTEN BEI LEISTUNGSVERZICHT

**LSG Hessen, Urt. v. 04.12.2008 – L 1 KR 150/08 KL –**

RID 09-01-192

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

SGB V §§ 65a, 195; SGB IV §§ 34 I, 90

Eine Krankenkasse kann nicht einen **Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten** über die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen hinaus von der **Nichtinanspruchnahme weiterer Leistungen** abhängig zu machen.

Die kl. BKK führte in ihre Satzung einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten bei Inanspruchnahme bestimmter Präventionsleistungen ein: "*Der Bonus wird um eine Gesundheitsprämie erhöht, wenn der Versicherte zusätzlich außer den in Punkten 1. bis 5. genannten Leistungen, den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (§§ 22 Absatz 1, 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V) sowie den von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen (§ 12b der Satzung) keine weiteren Leistungen in Anspruch nimmt.*" Die Aufsichtsbehörde verweigerte die Genehmigung. Das **LSG** wies die Klage ab.

## 4. UNZULÄSSIGKEIT EINER KREDITFINANZIERTEN ANLAGEPOLITIK

**SG Düsseldorf, Urt. v. 13.12.2007– S 34 KR 95/05 –**

RID 09-01-193

*Sprungrevision anhängig: B 1 A 1/08 R*

juris

SGB IV §§ 80 I, 81

Die Regelung des § 80 I SGB IV verlangt von den Sozialversicherungsträgern nicht die Erzielung eines "höchstmöglichen" oder "möglichst hohen", sondern nur eines "angemessenen" Ertrages (vgl. BSG vom 18.07.2006 - B 1 A 2/05 R - SozR 4-2400 § 80 Nr. 1). Dabei ist in diesem Zusammenhang der gebotenen Liquidität vor dem Grundsatz der Erzielung eines angemessenen Ertrages ein Vorrang einzuräumen.

Eine ausreichende Liquidität i.S. des § 80 I SGB IV ist dann gewährleistet, wenn der Versicherungsträger kurzfristig verfügbare Mittel zur Bestreitung seiner laufenden Ausgaben sowie zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabenschwankungen (Betriebsmittel) i.S. des § 81 SGB IV bereithält, so dass im Bedarfsfall eine schnelle Verfügbarkeit der finanziellen Mittel gewährleistet ist (vgl. BSG vom 18.07.2006 - B 1 A 2/05 R – aaO.).

Das **SG** wies die Klage ab.

## 5. ZUSTÄNDIGKEIT DES RENTENVERSICHERUNGSTRÄGERS: ERWEITERTE AMBULANTE PHYSIOTHERAPIE (EAP)

*SG Berlin, Urt. v. 16.10.2008 – S 72 KR 210/06 –*

RID 09-01-194

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

SGB X § 105 I; SGB V §§ 11 II, 40; SGB VI §§ 10 I, 13 II; SGB IX §§ 26 II u. III

Die **Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)** stellt eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 I SGB V dar. Gemäß den Anforderungen der Unfallversicherungsträger für die Beteiligung von Einrichtungen an der EAP (handelt es sich bei der EAP um die Kombination von Behandlungselementen der krankengymnastischen Therapie, der physikalischen Therapie und der medizinischen Trainingstherapie. Sie soll vorwiegend zur Beseitigung von besonders schweren Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen sowie Fähigkeitsstörungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates in Betracht kommen. Angeboten werden diese Maßnahmen in ganz bestimmten räumlichen Therapieeinrichtungen, deren Personal fachlich-persönliche Voraussetzungen erfüllen muss.

Eine Krankenkasse ist für die Erbringung der EAP nach § 40 I SGB V zuständig, wenn nicht ein anderer Träger der Sozialversicherung die Leistung erbringen muss. Ein Rentenversicherungsträger hat Leistungen zur Teilhabe zu erbringen, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet ist. Dies ist der Fall, wenn durch die EAP-Maßnahme die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann.

Das **SG** gab der auf Kostenerstattung in Höhe von 1.663,60 EUR gerichteten Klage des Unfallversicherungsträgers gegen die Krankenkasse durch Verurteilung des beigel. Rentenversicherungsträgers statt.

## XII. Verfahrensrecht

### FEHLENDER ANORDNUNGSGRUND BEI FINANZIERUNG DER BEHANDLUNG DURCH KREDIT

*LSG Bayern, Beschl. v. 21.08.2008 – L 5 B 461/08 KR ER –*

RID 09-01-195

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

SGB V § 27; SGG § 86b II

Eine Versicherte, die zwar unmittelbar nach einer diagnostizierten Mammakarzinomkrankung bei der Krankenkasse vorgesprochen und die Übernahme der Behandlungskosten beantragt hat, aber zu diesem Zeitpunkt bereits entschlossen war, die Behandlung in Italien durchführen zu lassen und diese noch bevor die Krankenkasse in der Lage war, eine Entscheidung zu treffen, bereits durchgeführt hat, und die die Behandlung mit Hilfe eines Kredits finanziert hat, hat keinen Anordnungsgrund für den Erlass einer einstweiligen Anordnung.

**SG München**, Beschl. v. 15.04.2008 - S 43 KR 1/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## XIII. Entscheidungen des BSG

### 1. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

#### A) WAHLRECHT PRIVAT UND GESETZLICH VERSICHERTER EHEGATTEN

*BSG, Urt. v. 17.06.2008 – B 1 KR 24/07 R – SozR 4-2500 § 13 Nr. 17*

RID 09-01-196

**Leitsatz:** 1. Haben Ehegatten, die unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen angehören, sich überschneidende Ansprüche auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft gegen ihre gesetzliche und private Krankenversicherung, steht ihnen ein Wahlrecht zwischen den Ansprüchen zu.

2. Im Falle eines Wahlrechts privat und gesetzlich versicherter Ehegatten lässt nur die vollständige, nicht aber die lediglich bedingte Erfüllung des Anspruchs gegen die private Krankenversicherung auch den gleichgerichteten, sich inhaltlich überschneidenden Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung erlöschen.

## B) KOSTEN BEI PRIVATVERSICHERTER EHEFRAU

*BSG, Beschl. v. 18.09.2008 – B 3 KR 5/08 B –*

RID 09-01-197

<sup>juris</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 06.12.2007 – L 16 KR 132/07 – RID 08-01-135 wird zurückgewiesen.

Eine Krankenkasse ist gegenüber ihrem Versicherten nicht leistungspflichtig für Maßnahmen, die unmittelbar und ausschließlich am oder im Körper des **nicht bei ihr versicherten Ehegatten** ausgeführt werden (so bereits BSGE 88, 51 = SozR 3-2500 § 27a Nr. 2; BSG SozR 4-2500 § 27a Nr. 1 Rn. 11 ff). Es ist dann Sache dieses Ehegatten, bei seiner eigenen Krankenkasse, privaten Versicherung oder Beihilfestelle die unmittelbar und ausschließlich seinen Körper betreffende Behandlung zur künstlichen Befruchtung geltend zu machen (so a. schon BSG SozR 4-2500 § 27a Nr. 1 Rn. 13).

Darin liegt **keine verfassungswidrige "Ungleichbehandlung"** mit Eheleuten, die beide gesetzlich krankenversichert sind, da dies auf ein vertraglich vereinbartes "Defizit" im Versicherungsverhältnis der Ehefrau zurückgeht. Dass eine Krankenkasse grundsätzlich nur Leistungen für den bei ihr Versicherten innerhalb des mit ihm bestehenden Versicherungsverhältnisses zu erbringen hat (§ 4 II SGB I, §§ 1, 2 und 19 SGB V), nicht aber für an dem Versicherungsverhältnis nicht beteiligte Dritte, stellt im Übrigen einen wesentlichen Grundsatz der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland dar.

## 2. FINGERTEILPROTHESE AUS SILIKON (FINGEREPIITHESE)

*BSG, Beschl. v. 03.12.2008 – B 3 KR 26/08 B –*

RID 09-01-198

<sup>BeckRS 2009 50179</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 19.06.2008 – L 8 KR 171/07 – RID 08-03-140 wird zurückgewiesen.

Es ist bereits entschieden, dass die Krankenkasse zunächst für solche Innovationen nicht aufzukommen hat, die nicht die Funktionalität, sondern in erster Linie **Bequemlichkeit und Komfort** bei der Nutzung eines Hilfsmittels betreffen (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 44 S 249; BSGE 93, 183 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 8 - jeweils Rn. 15). Durch die Rechtsprechung des BSG ist weiter geklärt, dass die Grenzen der Leistungspflicht überschritten sein können, wenn einer **geringfügigen Verbesserung des Gebrauchsnutzens** ein als unverhältnismäßig einzuschätzender Mehraufwand gegenübersteht (vgl. zuletzt BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 44 S 250, ebenso SozR 3-2500 § 33 Nr. 26 S 153 - jeweils m.w.N.). Andererseits hat das BSG aber auch entschieden, dass die Krankenkasse für jede Verbesserung einzustehen hat, die einen nach dem Maßstab des § 33 I 1 SGB V **wesentlichen Gebrauchsvorteil** gegenüber einer kostengünstigeren Versorgung bietet. Bei Hilfsmitteln zum unmittelbaren Ersatz ausgefallener Körperfunktionen insbesondere durch Prothesen - **unmittelbarer Behinderungsausgleich** - hat der erkennende Senat diesen Vorteil bei grundsätzlich jeder Innovation gesehen, die dem Versicherten nach ärztlicher Einschätzung in seinem Alltagsleben deutliche **Gebrauchsvorteile** bietet (vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 44 - C-Leg I; SozR 3-2500 § 33 Nr. 45 - Damenperücke; BSGE 93, 183 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 8 - C-Leg II). Ähnliches hat der Senat beim Ausgleich direkter oder indirekter Behinderungsfolgen - **mittelbarer Behinderungsausgleich** - etwa durch einen Rollstuhl angenommen, wenn sich dessen Gebrauchsvorteil im gesamten täglichen Leben auswirkt und damit ein Grundbedürfnis betroffen ist (vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 44). Aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind beim mittelbaren Behinderungsausgleich demgemäß solche Verbesserungen, die den Behinderungsausgleich auf **beruflicher oder gesellschaftlicher Ebene sowie im Freizeitbereich** betreffen (vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 34 S. 200 - Mikroportanlage).

## 3. FAHRKOSTEN

### A) FAHRKOSTEN BEI NUR EINMAL PRO WOCHE STATTFINDENDER AMBULANTER THERAPIE

*BSG, Urt. v. 28.07.2008 – B 1 KR 27/07 R – SozR 4-2500 § 60 Nr. 5*

RID 09-01-199

**Leitsatz:** Versicherte können die Übernahme der Fahrkosten für eine dauerhaft regelmäßig notwendige ambulante Behandlung beanspruchen, auch wenn die Therapie nur einmal pro Woche stattfindet.

## **B) KEINE FAHRKOSTENERSTATTUNG FÜR DEN EINSATZ EINES NICHTBENUTZTEN RETTUNGSWAGENS**

*BSG, Urt. v. 06.11.2008 – B 1 KR 38/07 R –*

**RID 09-01-200**

Kostenersatz für den Einsatz eines setzt die tatsächliche Inanspruchnahme des Rettungswagens (Krankentransport) voraus.

## **4. KEINE BEGRENZUNG DES REHA-FUNKTIONSTRAININGS DURCH RAHMENVEREINBARUNG**

*BSG, Urt. v. 17.06.2008 – B 1 KR 31/07 R – SozR 4-2500 § 43 Nr. 1*

**RID 09-01-201**

**Leitsatz:** 1. Die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1.10.2003 kann den krankenversicherungsrechtlichen Leistungsanspruch behinderter Menschen auf Funktionstraining nicht auf zwölf bzw. 24 Monate begrenzen.

2. Kosten für selbst beschaffte "ergänzende Leistungen" können nur nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V erstattet werden, nicht aber nach § 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V, der ausschließlich selbst beschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB 9 betrifft.

## **5. KRANKENHAUSVERGÜTUNG**

### **A) ÜBERPRÜFUNG DER KRANKENHAUSBEHANDLUNGSBEDÜRFTIGKEIT**

*BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 14/07 R – SozR 4-2500 § 39 Nr. 14*

**RID 09-01-202**

**Leitsatz:** Die Abgrenzung zwischen stationärer Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation hängt maßgeblich von der Intensität der ärztlichen Tätigkeit und den verfolgten Behandlungszielen ab (Fortführung von BSG vom 20.1.2005 - B 3 KR 9/03 R = BSGE 94, 139 = SozR 4-2500 § 112 Nr. 4).

### **B) ANNAHME EINER KRANKENHAUSBEHANDLUNG AUF PSYCHIATRISCHEM GEBIET**

*BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 20/07 R – SozR 4-2500 § 39 Nr. 15*

**RID 09-01-203**

**Leitsatz:** Für die Annahme einer Krankenhausbehandlung auf psychiatrischem Gebiet reicht die Feststellung allein nicht aus, dass ein Versicherter ständig durch psychiatrisch geschultes Pflegepersonal betreut worden ist und deren Maßnahmen ärztlicherseits koordiniert worden sind.

### **C) MISSBRÄUCLICHE VERWENDUNG DER KRANKENVERSICHERTENKARTE**

*BSG, Urt. v. 12.06.2008 – B 3 KR 19/07 R – SozR 4-2500 § 109 Nr. 9*

**RID 09-01-204**

**Leitsatz:** Ein Krankenhaus hat gegen eine Krankenkasse keinen Anspruch auf Vergütung einer stationären Behandlung, die ein nicht krankenversicherter, unter dem Namen eines Versicherten auftretender Patient durch missbräuchliche Verwendung der ihm vom Versicherten überlassenen Krankenversichertenkarte erlangt hat.

### **D) KEIN VERSORGUNGSVERTRAG BEI ABLEHNUNG EINES INSOLVENZVERFAHRENS MANGELS MASSE**

*BSG, Urt. v. 28.07.2008 – B 1 KR 5/08 R – SozR 4-2500 § 109 Nr. 6*

**RID 09-01-205**

**Leitsatz:** 1. Eine GmbH in Liquidation kann den Abschluss eines Versorgungsvertrags als Krankenhaus nicht beanspruchen, wenn die Eröffnung des Insolvenzverfahrens über ihr Vermögen mangels Masse abgelehnt worden ist.

2. Ein Krankenhaus bietet nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung, wenn es - ohne zugelassen zu sein - in großem Umfang gesetzlich krankenversicherte Patienten behandelt.

3. Ein Krankenhaus bietet nicht die Gewähr für eine leistungsfähige Krankenhausbehandlung, wenn es nach seiner Konzeption den Anforderungen des Qualitätsgebots (§ 2 Abs. 1 S 3 SGB V) unter Berücksichtigung grundrechtskonformer Auslegung nicht genügt (Aufgabe von BSG vom 19.2.2003 - B 1 KR 1/02 R = BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 1; Fortentwicklung von BSG vom 19.11.1997 - 3 RK 1/97 = BSGE 81, 189 = SozR 3-2500 § 111 Nr. 1).

## **6. KEIN HERSTELLERRABATT AUF DURCH AUSLÄND. VERSANDHANDELSAPOTHEKE EINGEFÜHRTE IMPORTARZNEIMITTEL**

*BSG, Urt. v. 28.07.2008 – B 1 KR 4/08 R – SozR 4-2500 § 130a Nr. 3*

**RID 09-01-206**

**Leitsatz:** 1. § 130a Abs. 1 SGB V erstreckt den so genannten Herstellerrabatt europarechtskonform nur auf solche Fertigarzneimittel, die deutschem Preisrecht unterliegen, nicht aber auf Importarzneimittel, die von Versandhandelsapotheken aus dem Ausland eingeführt werden.

2. Ausländische Versandhandelsapotheken können europarechtskonform mit deutschen Krankenkassen Einzelverträge nach § 53 SGB X über die Abgabe von Arzneimitteln an Versicherte als Sachleistung abschließen.

## **7. HILFSMITTELERBRINGER: VERGÜTUNGSANSPRUCH OHNE BETEILIGUNG AN RAHMENVERTRAG**

*BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 8/07 R – SozR 4-2500 § 127 Nr. 2*

**RID 09-01-207**

**Leitsatz:** Ein Hilfsmittelerbringer kann auch ohne Beteiligung an dem maßgeblichen Rahmenvertrag einen Vergütungsanspruch gegen eine Krankenkasse aus einem anderen Bundesland haben (Fortführung von BSG v. 23.01.2003 - B 3 KR 7/02 R - BSGE 90, 220 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 1).

## **8. VERGÜTUNG EINES PRIVATEN RETTUNGSDIENSTES BEI VERTRAGSLOSEM ZUSTAND**

*BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 5/07 R – SozR 4-2500 § 133 Nr. 2*

**RID 09-01-208**

**Leitsatz:** Soweit eine Krankenkasse für Rettungsfahrten eines privaten Rettungsdienstes bei vertragslosem Zustand Wertersatz nach bereicherungsrechtlichen Grundsätzen zu leisten hat, richtet sich dieser nicht nach den auf landesrechtlicher Grundlage hoheitlich erhobenen Gebühren des öffentlichen Rettungsdienstes.

## **9. ÜBERNAHME DER KRANKENBEHANDLUNG FÜR NICHT VERSICHERTE SOZIALHILFEEMPFÄNGER**

*BSG, Urt. v. 17.06.2008 – B 1 KR 30/07 R – SozR 4-2500 § 264 Nr. 1*

**RID 09-01-209**

**Leitsatz:** 1. Krankenkassen erbringen die Krankenbehandlung für nicht versicherte Sozialhilfeempfänger im gesetzlichen Auftrag.

2. Krankenkassen haben gegen Sozialhilfeträger Anspruch auf angemessene Vorschüsse für die Übernahme der Krankenbehandlung nicht versicherter Sozialhilfeempfänger.

3. Krankenkassen können von den Sozialhilfeträgern Erstattung aller im Einzelfall durch die Übernahme der Krankenbehandlung nicht versicherter Sozialhilfeempfänger entstandenen Aufwendungen sowie zusätzlich pauschalierend allgemeine Verwaltungskosten bis zur Höhe von 5 vH der Leistungsaufwendungen beanspruchen.

## C. Entscheidungen anderer Gerichte

### I. Ärztliches Berufsrecht

*K. O. Bergmann*, Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal, MedR 2009, 1-10; *B. Schmitz-Luhn*, Vom Heiler zum Gesundheitsmanager?, MedR 38-40; *A. Wienke*, Einbecker Empfehlungen der DGMR zu Rechtsfragen der wunscherfüllenden Medizin, MedR 2009, 41; *Chr. Wittmann*, Entgeltliche Patientenzuweisung: Anwendung und Durchbrechung des § 817 S. 2 BGB bei der Kondition von Zuweisungsentgelten, MedR 2008, 716-723; *W. Welke*, Zulässigkeit von Durchsuchungen in Arztpraxen, MedR 2008, 732-734.

#### 1. APPROBATION

##### A) APPROBATIONSWIDERRUF: STRAFURTEIL WEGEN SEXUELLER HANDLUNGEN IM NOTDIENST

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 13.01.2009 – 8 LA 88/08 –*

RID 09-01-210

www.dbovg.niedersachsen.de = juris

BÄO §§ 3, 5, 6; HKG § 63

**Leitsatz:** 1. Die Approbationsbehörde darf grundsätzlich von der Richtigkeit tatsächlicher Feststellungen in einem rechtskräftigen Strafurteil ausgehen.

2. Zu den - hier verneinten - Voraussetzungen, unter denen die Approbationsbehörde von solchen Feststellungen in einem Strafurteil abzuweichen hat.

##### B) ERLEDIGUNG EINER "VORLÄUFIG" ERTEILTEN APPROBATION

*VG Oldenburg, Urt. v. 21.11.2008 – 7 A 1606/08 –*

RID 09-01--211

www.dbovg.niedersachsen.de = juris

VwGO § 92 II; VwVfG §§ 48, 52; PsychThG § 3 I 1

**Leitsatz:** 1. In nicht asylrechtlichen Streitigkeiten rechtfertigt die Nichtvorlage einer vom Kläger angekündigten Klagebegründung nur in Ausnahmefällen den Erlass einer Betreibensaufforderung.

2. Eine während des Widerspruchsverfahrens "vorläufig" erteilte **Approbation** wird automatisch durch Erledigung unwirksam, wenn die **Ablehnung** des Antrags auf Erteilung der "**endgültigen**" **Approbation** bestandskräftig wird.

3. **Nimmt** die Behörde die **erledigte vorläufige Approbation zurück**, ohne **Ermessen** dahingehend auszuüben, ob es einer solchen Rücknahme angesichts der Erledigung überhaupt noch bedarf, so ist der Rücknahmebescheid rechtswidrig und verletzt den Betroffenen in seinen Rechten.

#### 2. BERUFSRECHT

##### A) EIGENWERBUNG DURCH ARZT IM FERNSEHEN

*VG Gießen (BerufsG für Heilberufe), Beschl. v. 14.11.2007 – 21 BG 1275/07 –*

RID 09-01-212

MedR 2008, 761 = GesR 2008, 194 = juris

GG Art. 2, 12; Hess. HeilbG §§ 22, 25, 52, 59; BO LÄK Hessen §§ 2, 3, 7, 27; HWG § 11 I 1 Nr. 1

**Leitsatz:** Zur Zulässigkeit der Eigenwerbung eines Arztes mittels eines sog. Unternehmensfilms im Werbefernsehen und im Internet auf seiner Homepage (im Anschluss an BVerfG, NJW 2003, 2818 u. 3470; NJW 2006, 282; sowie BGH, NJW 2004, 440 u. NJW-RR 2007, 1338).

Das *VG* hob den Rügebescheid auf.

##### B) BEZEICHNUNG EINER GEMEINSCHAFTSPRAXIS ALS "HAUSARZTZENTRUM"

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.09.2008 – 6t E 429/08.T –*

RID 09-01-213

juris

HeilberufsG NRW § 29

**Leitsatz:** Die Bezeichnung einer Gemeinschaftspraxis zweier Fachärzte für Allgemeinmedizin als "Hausarztzentrum" unterliegt berufsrechtlich keinen Bedenken.

### 3. ZIVILES VERTRAGSRECHT

#### A) BGH: INNENAUSGLEICH BEI GEMEINSCHAFTSPRAXIS

*BGH, Beschl. v. 09.06.2008 – II ZR 268/07 –*

RID 09-01-214

GesR 2008, 631  
BGB §§ 254, 426 I

**Leitsatz:** Hat einer von mehreren Gesellschaftern einer BGB-Gesellschaft (hier: einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis von Gynäkologen) schuldhaft verursacht, dass die Gesellschaft auf Schadensersatz in Anspruch genommen werden konnte, kann dies im Rahmen des Gesamtschuldner-Innenausgleichs unter Heranziehung des Gedankens des § 254 BGB zu einer Alleinhaftung des schuldhaft handelnden Gesellschafters im Verhältnis zu seinen Mitgesellschaftern führen (Bestätigung BGH, 15.10.2007 - II ZR 136/06 - ZIP 2007, 2313 Tz. 25).

#### B) KEINE GEMEINSCHAFTSPRAXIS NUR ZUR GEWINNBETEILIGUNG

*LG Arnsberg, Urt. v. 12.10.2008 – 2 O 380/07 –*

RID 09-01-215

MedR 2008, 746  
BGB § 134; BMV-Ä § 15 III 3

**Leitsatz (MedR):** Gründen Ärzte nur deshalb eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts, um einem Arzt Gelegenheit zu geben, an Erlösen beteiligt zu werden, die der andere Arzt mit Leistungen erwirtschaftet, die der beteiligte Arzt mangels eigener Qualifikation nicht erbringen darf, und fehlt es weiter an den wesentlichen Merkmalen einer Berufsausübungsgemeinschaft, ist der zugrunde liegende "Gesellschaftsvertrag" wegen Verstoßes gegen § 134 BGB nichtig.

### 4. WETTBEWERBSRECHT

#### A) KEINE „KLINIK“ OHNE STATIONÄRE AUFNAHMEMÖGLICHKEIT

*OLG Düsseldorf, Urt. v. 09.09.2009 – I-20 U 168/07 –*

RID 09-01-216

WRP 2009, 104  
GewO § 30; UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5 I, II Nr. 3, 8 I

Der Begriff „Klinik“ bzw. „Augenklinik“ ist als gleichbedeutend mit dem Begriff des Krankenhauses anzusehen und setzt eine **stationäre Aufnahmemöglichkeit** in einem mit Betten ausgestatteten Krankenzimmer voraus. Ein **Ruheraum** ist hierfür nicht ausreichend.

#### B) „KV ZUORDNUNG: KARDIOLOGIE“/„VERSORGUNGSSCHWERPUNKT KARDIOLOGIE“

*LG Karlsruhe, Urt. v. 19.09.2008 – 15 O 26/08 –*

RID 09-01-217

WRP 2009, 101  
UWG §§ 3, 4 Ziff. 11, 5, 8; BO BaWü § 27

Als **berufswidrige Werbung** ist das Führen von Zusätzen, die im Zusammenhang mit den geregelten Qualifikationsbezeichnungen und Titeln zu Irrtümern führen können und auf diese Weise einen Werbeeffect hervorrufen, unzulässig. Nicht berufswidrig sind interessengerechte und sachangemessene Informationen.

Sowohl der Hinweis „**KV Zuordnung: Kardiologie**“ sowie die Angabe „**Versorgungsschwerpunkt Kardiologie**“ sind mit der nach der Berufsordnung zu führenden Bezeichnung „Facharzt Innere Medizin **Schwerpunkt: Kardiologie**“ verwechslungsfähig.

entfällt RID 09-01-218

## 5. ZAHNÄRZTE

### A) REDAKTIONELLE WERBUNG FÜR ZAHNARZT IN ANZEIGENBLATT (IMPLANTATIONSMETHODE)

*OLG Zweibrücken, Beschl. v. 20.12.2007 – 4 U 105/07 –*

RID 09-01-219

<sup>juris</sup>  
UWG §§ 3, 5 II Nr. 3

Ist in einer durch Werbeanzeigen finanzierten, kostenlos an Haushalte verteilten Zeitung neben einem redaktionell aufgemachten Beitrag über eine Zahn-Implantationsmethode das Interview eines Zahnarztes abgedruckt, in dem dieser über die auch von ihm angewandte Methode berichtet, handelt es sich um **getarnte Werbung**, wenn sich auf derselben Seite eine großformatige Werbeanzeige eines Vereins befindet, der insbesondere den interviewten Zahnarzt (als "Beratungsarzt") für implantologische Eingriffe vermittelt. Dies gilt umso mehr, wenn es sich offensichtlich um **ein fiktives Interview mit dem Zahnarzt** handelt, und dieser den "redaktionellen Beitrag" selber formuliert hat, um in Verbindung mit dem Interview für sich und den Verein Werbung zu betreiben.

### B) "MASTER OF SCIENCE KIEFERORTHOPÄDIE"

*OLG Düsseldorf, Urt. v. 23.09.2008 – I-20 U 144/07 –*

RID 09-01-220

<sup>juris</sup>  
UWG §§ 3, 5

Bei Verwendung des von der Donau-Universität Krems verliehenen **akademischen Grads "Master of Science Kieferorthopädie"** beruht die Täuschung des Verkehrs lediglich auf einem unrichtigen Verständnis einer an sich zutreffenden Angabe. Die Interessenabwägung ergibt, dass ein Wettbewerbsverstoß nach §§ 3, 5 UWG zu verneinen ist. Die Auswirkungen, dass Patienten umgelenkt werden, weil sie aufgrund des Missverständnisses dem Titel eine gleiche oder höhere Qualifikation beimessen als der **Facharztbezeichnung „Kieferorthopädie“**, ist hinzunehmen, weil das Interesse an der Untersagung nicht höher wiegt als das verfassungsrechtlich durch Art. 12 geschützte Recht, den rechtmäßig erlangten Titel im Berufsleben zu benutzen.

### C) DENTALLEGIERUNGEN MIT ZUGABE TECHNISCHER GERÄTE FÜR SCHEINENTGELT

*OLG Nürnberg, Urt. v. 10.06.2008 – 3 U 224/07 –*

RID 09-01-221

WRP 2009, 106  
HWG §§ 1 I lit.a, 7

Werden bei Fachkreisen Dentallegierungen beworben mit dem Angebot, technische Geräte, deren Abgabepreis sonst zwischen 230 und 400 Euro liegt, zum Preis von 1 Euro dazu zu erwerben, stellt dies eine **unzulässige Zugabe** dar.

## 6. KAMMERN

### A) ANERKENNUNG EINER ZUSATZBEZEICHNUNG NACH KAMMERWECHSEL

*VGH Bayern, Beschl. v. 27.10.2008 – 21 ZB 07.247 –*

RID 09-01-222

<sup>juris</sup>  
VwGO §§ 124 II Nr. 1 u. 2; HeilberufsKG Bayern Art. 4 I, III, 27, 28 ff.

**Leitsatz:** 1. Die **Anerkennung zum Führen einer Zusatzbezeichnung** durch eine Landesärztekammer kann nur gegenüber Kammerangehörigen erfolgen.

2. Maßgeblich für die **Kammerzugehörigkeit** ist die Sachlage zum Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung.

3. Die **Mitgliedschaft** eines Arztes in einer **Landesärztekammer** bestimmt sich danach, in welchem Bundesland er überwiegend ärztlich tätig ist.

4. Übt der Arzt seinen Beruf nicht aus, ist für die Zugehörigkeit zu einer Landesärztekammer sein **Hauptwohnsitz** maßgeblich.

## B) KEIN KAMMERBEITRAG FÜR ARZT ALS VORSTANDSVORSITZENDEN EINER AG

*VG Karlsruhe, Urt. v. 28.02.2008 – 9 K 79/07 –*

RID 09-01-223

juris = MedR 2008, 751

HeilBKG BW §§ 2 I Nr. 2, 23 I, 26 I; BÄO § 2 V

**Leitsatz:** Ein approbierter Arzt, der als Vorstandsvorsitzender (Chief Executive Officer) eines Biotechnologieunternehmens in der Rechtsform der Aktiengesellschaft tätig ist, übt nicht im Sinne des Kammerbeitragsrechts den ärztlichen Beruf aus.

## C) TÄTIGKEIT ALS KLINISCHE PSYCHOLOGIN BEGRÜNDET PFLICHTMITGLIEDSCHAFT

*OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 09.12.2008 – 6 A 10726/08 –*

RID 09-01-224

juris

HeilBerG RP §§ 1 II 2, 15 I, 107 I u. II; GG Art. 72 I, 74 I Nr. 19; PsychThG § 1 III

**Leitsatz:** Nach dem Regelungsgehalt des § 1 Abs. 2 Satz 1 HeilBG sind Voraussetzung der Pflichtmitgliedschaft in der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz die durch Approbation nachzuweisende Befähigung als Psychologischer Psychotherapeut sowie eine befähigungsakzessorische Berufsausübung.

## D) TÄTIGKEIT IN KIRCHLICHER BERATUNGSSTELLE BEGRÜNDET KEINE PFLICHTMITGLIEDSCHAFT

*OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 09.12.2008 – 6 A 10694/08 –*

RID 09-01-225

juris

HeilBerG RP §§ 1 II 2, 15 I, 107 I u. II; GG Art. 72 I, 74 I Nr. 19; PsychThG § 1 III

**Leitsatz:** Die Pflichtmitgliedschaft in der Landespsychotherapeutenkammer hängt für einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach § 1 Abs. 2 Satz 1 HeilBG vom Bestehen eines Approbationsbedürfnisses sowie von der Ausübung einer der beruflichen Qualifikation entsprechenden Betätigung ab.

## II. Arzthaftung

*M. Vogeler*, Die Haftung des Arztes bei der Anwendung neuartiger und umstrittener Heilmethoden nach der neuen Rechtsprechung des BGH, MedR 2008, 697-707; *Chr. Huber*, Die Pflege eines Schwerstverletzten durch Angehörige – das Ringen um den „angemessenen marktkonformen Ausgleich“, MedR 2008, 712-716.

### 1. BGH

#### A) EINWAND DER HYPOTHETISCHEN EINWILLIGUNG ERST IM ZWEITEN RECHTSZUG

*BGH, Urt. v. 18.11.2008 – VI ZR 198/07 –*

RID 09-01-226

www.bundesgerichtshof.de = juris

BGB § 823; ZPO § 531 II

**Leitsatz:** Wird der Einwand der hypothetischen Einwilligung erst im zweiten Rechtszug erhoben, handelt es sich grundsätzlich um ein neues Verteidigungsmittel im Sinne des § 531 Abs. 2 ZPO.

#### B) PERSÖNLICHE HAFTUNG DES DURCHGANGSARZTES

*BGH, Urt. v. 09.12.2008 – VI ZR 277/07 –*

RID 09-01-227

www.bundesgerichtshof.de = juris

SGB VII § 34 III; GG Art. 34; BGB § 839

**Leitsatz:** Ein zum Heilbehandlungsarzt der Berufsgenossenschaft bestellter Arzt darf nur bei den in § 35 des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger 2001 im Einzelnen aufgeführten Verletzungen über die Einleitung der besonderen berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung entscheiden.

Der *BGH* wies die Revision gegen *OLG Karlsruhe*, Urt. v. 14.11.2007 – 7 U 101/06 – juris = GesR 2008, 45 = ZMGR 2008, 92 = MedR 2008, 368 zurück.

## 2. HAFTUNG DES ARZTES MIT ZIELAUFTRAG

*OLG Jena, Urt. v. 15.10.2008 – 4 U 990/06 –*

RID 09-01-228

juris  
BGB § 823

Der **hinzugezogene Arzt** übernimmt im Rahmen des **Überweisungsauftrages** auch dann in gewissem Umfang eigenständige **Pflichten**, wenn er nicht der die Behandlung führende Vertragsarzt des Patienten ist, sondern nur mit einer bestimmten Auftragsleistung betraut wird. Auch der (nur) zur Auftragsleistung hinzugezogene Arzt bestimmt in eigener Verantwortung nicht nur die Art und Weise der Leistungserbringung, sondern muss auch prüfen, ob diese Leistung den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht und nicht etwa kontraindiziert ist. Schließlich muss er prüfen, ob der Auftrag von dem überweisenden Vertragsarzt richtig gestellt ist und dem Krankheitsbild entspricht. Insbesondere hat der zum Zielauftrag herangezogene Arzt aber kraft eigener Fachkompetenz die nötigen Befunderhebungen zu veranlassen, bzw. - soweit dies über seinen Zielauftrag hinausgeht - notwendige weitere Befunderhebungen gegenüber dem behandelnden Arzt vorzuschlagen. Versäumt er dies, begründet das seine Haftung wegen eigenen Fehlverhaltens ungeachtet des Fehlens eines Vertragsverhältnisses mit dem Patienten zumindest und jedenfalls aus § 823 BGB (OLG Köln NJW-RR 2003, 1031). Nimmt er eine solche **Begleitempfehlung** vor, haftet er für deren Richtigkeit ebenso wie für die Erfüllung des Zielauftrags selbst.

Die Wertung einer **objektiv fehlerhaften Diagnose** setzt eine vorwerfbare Fehlinterpretation erhobener Befunde oder die Unterlassung für die Diagnosestellung oder ihre Überprüfung notwendiger Befunderhebungen voraus (BGH NJW 2003, 2827, 2828).

## 3 DIAGNOSEIRRTUM (JUGENDLICHE SCHIZOPHRENIE „HEBEPHRENIE“/REIFUNGSKRISE)

*OLG Frankfurt am Main, Urt. v. 23.12.2008 – 8 U 146/06 –*

RID 09-01-229

juris  
BGB §§ 847, 852 I;

**Diagnoseirrtümer**, die auf eine **Fehlinterpretation erhobener Befunde** zurückzuführen sind, sind nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler zu werten. Denn Irrtümer bei der Diagnosestellung sind nicht zwingend die Folge eines vorwerfbaren Versehens des behandelnden Arztes, weil die Symptome einer Erkrankung nicht immer eindeutig sind, sondern auf verschiedene Ursachen hinweisen können. Ein Fehler liegt daher erst dann vor, wenn die diagnostische Bewertung für einen gewissenhaften Arzt nicht vertretbar erscheint.

Es ist äußerst schwer, die **jugendliche Schizophrenie „Hebephrenie“** von einer **Reifungskrise** zu unterscheiden.

Behandlungsfehlerhaft ist eine **Überdosierung von Neuroleptika**.

## 4. ALLGEMEINARZT ÜBERSIEHT SCHWERWIEGENDEN VERLAUF EINER KRANKHEIT

*LG Arnsberg, Urt. v. 13.05.2008 – 5 O 46/05 –*

RID 09-01-230

juris  
BGB §§ 823, 847

Es ist Aufgabe eines Allgemeinarztes, einen schwerwiegenden Verlauf zu erkennen und differenzialdiagnostische Maßnahmen vorzunehmen. Es kommt nicht darauf an, eine bestimmte Krankheit (hier: Endokarditis) festzustellen, sondern die **Schwere der Erkrankung zu erkennen**, die eine rasche anderweitige Abklärung, etwa in einer Klinik, gebietet. Zu den auch für die Hausarztpraxis gültigen **Behandlungsstandards** gehört, Untersuchungsergebnisse festzuhalten, differenzialdiagnostische Überlegungen anzustellen, weitergehende explorative Gespräche (Anamnese-Ergänzung) zu führen, zusätzlichen Aufschluss gebende Laborparameter zu veranlassen und den Patienten über die Komplexität eines erkennbar schweren Krankheitsverlaufes zu informieren.

Ist bei der Bemessung des **Schmerzensgeldes** davon ausgehen, dass der Patient vor allem kognitiver und psychischer Art dauerhaft erwerbsgemindert ist, ist zudem eine künstliche Aortenklappe mit anschließender Rehabilitation notwendig, so ist bei einem 37-jährigen Patienten ein Schmerzensgeld von 10.000,00 € angemessen.

## 5. AUFKLÄRUNG AUSLÄNDISCHER PATIENTEN NOTFALLS DURCH DOLMETSCHER

**KG Berlin, Urt. v. 08.05.2008 – 20 U 202/06 –**

**RID 09-01-231**

juris = MedR 2009, 47 = MDR 2008, 973 = VersR 2008, 1649 = InfAuslR 2008, 370  
BGB §§ 823 I, 847, 1922

**Leitsatz:** 1. Der aufklärungspflichtige Arzt hat - notfalls durch Beiziehung eines Sprachmittlers - sicherzustellen, dass der ausländische Patient der Aufklärung sprachlich folgen kann (Aufgabe von Senatsurteil v. 15.01.1998 - 20 U 3654/96 - MedR 1999, 226).

2. Eine Embolie stellt bei einer "einfachen" (arthroskopischen) Knieoperation ein aufklärungspflichtiges Risiko dar.

## 6. AUSTRETEN VON KIRSCHNERDRAHT NACH KNIEOPERATION

**OLG Zweibrücken, Urt. v. 16.09.2008 – 5 U 3/07 –**

**RID 09-01-232**

juris  
BGB §§ 253 II, 280 I 1 u. 2, 832 I, 831

**Leitsatz:** Tritt – längere Zeit – nach einer Knieoperation ein dabei verwendeter sog. Kirschnerdraht aus dem Rücken des Patienten und steht fest, dass sich der Patient bislang keinen weiteren Operationen unterzogen hat, kommt auch dann eine Haftung des operierenden Arztes nach den Grundsätzen voll beherrschbarer Risiken in Betracht, wenn der Kirschnerdraht nicht im Operationsbereich (Kniebereich) zurückgelassen wurde.

## 7. UNVERMEIDBARES RISIKO BEI HIRNEINBLUTUNG NACH KIEFERNHÖHLENOPERATION

**OLG Koblenz, Urt. v. 22.11.2007 – 4 W 38/08 –**

**RID 09-01-233**

juris  
BGB §§ 276 I 1, 611 I, 823 I, 847 I; ZPO §§ 286 I, 287 I; StGB 3 222, 223 I, 223a

**Leitsatz:** 1. Verletzt ein HNO-Arzt bei einer Operation die Rhinobasis, was zu einer Blutung in den Subarachnoidalraum führt, kann sich ein typisches, trotz aller Sorgfalt nicht vermeidbares Risiko verwirklicht haben.

2. Erkennt der Arzt die Verletzung nicht und versäumt er daher eine sofortige Krisenintervention, handelt es sich nicht zwingend um einen groben Behandlungsfehler. Den Anspruchsteller trifft dann die Beweislast, dass unverzügliches Handeln den Tod des Patienten vermieden hätte.

## 8. DURCHTRENNUNG DES HAUPTGALLENANGANGS BEI GALLENBLASEN-OP

**OLG Hamm, Urt. v. 28.11.2008 – 26 U 28/08 –**

**RID 09-01-234**

juris  
BGB §§ 823, 847

Die versehentliche Durchtrennung des Hauptgallengangs und der Anschlüsse oder eine Resektion dieser Organteile ist ein operationsimmanentes Risiko und kein Behandlungsfehler bei einer laparoskopischen Entfernung der Gallenblase.

## 9. SCHMERZENSGELD BEI MANGELHAFTER KRANKENHAUSPFLEGE

**LG München I, Urt. v. 14.01.2009 – 9 O 10239/04 –**

**RID 09-01-235**

Wird eine Patientin im Krankenhaus nicht nach dem pflegerisch-medizinischen Standard versorgt – nämlich regelmäßig und in Abständen von unter drei Stunden umgelagert – und entstehen dadurch Druckgeschwüre am Steiß und im Bereich der Kniekehle, so besteht ein Schmerzensgeldanspruch (hier: 15.000 €).

Pressemeldung des Gerichts - juris

## 10. GEBURTEN

### A) AUFKLÄRUNG ZUR SCHNITTENTBINDUNG UND RISIKO EINER SCHULTERDYSTOKIE

*OLG Bamberg, Beschl. v. 28.07.2008 – 4 U 115/07 –*

RID 09-01-236

juris = GesR 2008, 594  
BGB § 823 I

**Leitsatz:** 1. Über die Möglichkeit einer **Schnittentbindung** ist erst im Zusammenhang mit einer **akuten Entbindungssituation aufzuklären**. (Fortführung von BGH NJW 1993, 2372 = VersR 1993, 703, dort Rn. 17, und OLG Karlsruhe VersR 2006, 515).

2. Das gilt grundsätzlich auch bei Anzeichen für eine mit dem Risiko einer anamnestischen Schulterdystokie assoziierte Makrosomie des Feten. Ist in einem solchen Fall die werdende Mutter in der 37. Schwangerschaftswoche von ihrer Frauenärztin an die gynäkologische Abteilung eines Krankenhauses überwiesen worden, um die Notwendigkeit einer vorzeitigen Geburtseinleitung wegen „Gestosesymptomatik und kräftigem Feten“ abklären zu lassen, so besteht auch für den **Krankenhausarzt keine „vorverlagerte“ Aufklärungspflicht**, wenn aufgrund der Kontrollbefunde eine EPH-Gestose ausscheidet und das sachgemäß ermittelte Schätzwert von „nur“ 3.500 g eher gegen als für die Annahme eines makrosomen Kindes spricht.

3. In den Schutzbereich der Pflicht, bei einer sich konkret abzeichnenden Gefahrenlage für den Feten die Kindesmutter über die dem Kind günstigere Alternative einer Schnittentbindung aufzuklären, fallen in der Regel nur die dem Kind selbst erwachsenen Gesundheits- und Folgeschäden (Abgrenzung zu OLG Karlsruhe VersR aaO.).

### B) UNTERHALTSBELASTUNG FÜR GESUND GEBORENES KIND NACH BERATUNG (§ 218A STGB) KEIN SCHADEN

*OLG Nürnberg, Urt. v. 14.11.2008 – 5 U 1148/08 –*

RID 09-01-237

juris  
BGB § 249; StGB § 218a I; GG Art. 1 I

**Leitsatz:** Bei einem allein auf die Beratungsregelung gemäß § 218a Abs. 1 StGB gestützten, letztlich misslungenen Schwangerschaftsabbruch kommt ein Schadensersatzanspruch der Eltern gegen den Arzt wegen der Unterhaltskosten für das gesund geborene Kind nicht in Betracht.

## 11. SCHMERZENGELD BEI HOHER QUERSCHNITTLÄHMUNG

*OLG Nürnberg, Urt. v. 15.02.2008 – 5 U 103/07 –*

RID 09-01-238

MedR 2008, 674  
BGB §§ 280, 286, 823, 831, 847

**Leitsatz:** 1. Auch schon im Jahre 1992 stellte die Entwicklung eines Kindes aus Beckenendlage durch eine Sectio eine echte Behandlungsalternative zur vaginalen Entwicklung dar, über die die Kindesmutter rechtzeitig aufzuklären war, um selbstbestimmt über die Behandlungsmethode zu entscheiden.

2. Stirbt der Arzt, der die Kindesmutter aufgeklärt hat, bevor er im gerichtlichen Verfahren angehört werden konnte, gewinnt seine unvollständige Dokumentation nicht schon aus Gründen der Waffengleichheit an Beweiswert. Sein Tod hindert das Gericht nicht, die Mutter des bei der Geburt geschädigten Kindes zu Inhalt und Umfang der Aufklärung zu befragen.

3. Erleidet ein Kind bei der Geburt eine Halsmarkläsion mit der Folge einer hohen Querschnittslähmung, so dass es lediglich in der Lage ist, die Arme zu bewegen, ist ein Schmerzensgeld von 300.000 € und eine Schmerzensgeldrente von monatlich 600 € (Kapitalwert: 160.000 €) angemessen.

## 12. SACHVERSTÄNDIGE/BEWEISVERFAHREN

### A) UNZUREICHENDES PARTEIGUTACHTEN DES MDK

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 04.11.2008 – 8 U 158/08 –*

RID 09-01-239

juris  
BGB §§ 278, 280, 281, 831

**Leitsatz:** Zum Erfordernis der Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens durch das Gericht im Arzthaftungsprozess.

## B) FRIST ZUR ABLEHNUNG EINES SACHVERSTÄNDIGEN

*OLG Bamberg, Beschl. v. 12.08.2008 – 4 W 38/08 –*

RID 09-01-240

juris

ZPO §§ 406 I, II 2; 411 IV

**Leitsatz:** 1. Ergibt sich der **Grund zur Ablehnung eines Sachverständigen** aus dem Inhalt seines schriftlichen Gutachtens, so darf die (verlängerte) **Frist zur Stellungnahme** nach § 411 Abs. 4 ZPO gleichwohl nicht ausschöpft werden, wenn

- a) es zur Begründung des Ablehnungsgesuchs, etwa weil es um die die Umstände einer erst im Gutachten mitgeteilten Kontaktaufnahme mit dem Prozessgegner geht, keines Rückgriffs auf die sonstigen – sachbezogenen – Inhalte des Gutachtens bedarf,
- b) die betroffene Partei schon wenige Tage nach der Übersendung des Gutachtens auf das Vorliegen eines möglichen Ablehnungsgrundes hingewiesen hat und c) der ablehnungswilligen Partei die von ihr verlangte „Auskunft“ des Sachverständigen bereits mehrere Wochen vor Ablauf der verlängerten Frist nach § 411 Abs. 4 ZPO zugegangen ist (Abgrenzung zu BGH NJW 2005, 1869 = BauR 2005, 1205 = GesR 2005, 327).

2. Der Umstand, dass ein in einer Arzthaftungssache tätiger Sachverständiger erst in seinem schriftlichen Gutachten offen legt, dass er bestimmte – in der gutachtlichen Ausarbeitung im einzelnen erläuterte und ausgewertete – **Behandlungsunterlagen unmittelbar bei der Arztseite angefordert** hat, begründet für sich genommen noch nicht die Besorgnis der Befangenheit des Sachverständigen.

## 13. ZAHNÄRZTE: ERHÖHTES KARIESRISIKO BEI KIEFERORTHOPÄDISCHER BEHANDLUNG

*OLG Stuttgart, Urt. v. 20.05.2008 – 1 U 122/07 –*

RID 09-01-241

juris = VersR 2008, 927

BGB § 823

**Leitsatz:** Auf ein erhöhtes Kariesrisiko bei einer kieferorthopädischen Behandlung mit einer festen Zahnsperre ist nicht im Rahmen der **Risikoaufklärung**, sondern im Rahmen der therapeutischen **Sicherheitsaufklärung** hinzuweisen.

## III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

### 1. PRIVATBEHANDLUNG

#### A) FÄLLIGKEIT DER ENTGELTE FÜR ALLGEMEINE KRANKENHAUSLEISTUNGEN

*OLG Oldenburg, Urt. v. 21.01.2009 – 5 U 24/08 –*

RID 09-01-242

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de> = juris

KEntgG § 8; BGB §§ 271 I, 614

**Leitsatz:** Die Fälligkeit der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem KEntgG hängt nicht von der Erteilung einer Rechnung ab.

#### B) EINSICHT IN KRANKENUNTERLAGEN DURCH ERBEN

*OLG München, Urt. v. 09.10.2008 – 1 U 2500/08 –*

RID 09-01-243

juris = MedR 2009, 49

BGB §

**Leitsatz (MedR):** 1. Der Anspruch eines Erblassers auf Einsicht in die Patientenunterlagen kann nach § 1922 BGB auf die Erben übergehen, da das Einsichtsrecht des Patienten nicht in vollem Umfang ein höchstpersönlicher Anspruch ist, sondern auch eine vermögensrechtliche Komponente enthält. Der vermögensrechtliche Einschlag ergibt sich daraus, dass die Kenntnis der Krankenunterlagen der Klärung von vermögensrechtlichen Ansprüchen dienstbar gemacht werden kann.

2. Die Schweigepflicht des Arztes gilt auch über den Tod des Patienten hinaus. Das Einsichtsrecht für Angehörige ist anders als die Einsicht durch den Patienten selbst grundsätzlich geeignet, die ärztliche Schweigepflicht zu berühren. Für seinen Bestand ist es unerlässlich, dass es aus einer feststehenden oder mutmaßlichen Einwilligung des Verstorbenen seine Rechtfertigung erfährt.

3. Der Arzt muss darlegen, unter welchem allgemeinen Gesichtspunkt er sich durch die Schweigepflicht an der Offenlegung der Unterlagen gehindert sieht, d.h. seine Weigerung auf konkrete oder mutmaßliche Belange des Verstorbenen stützt.

## 2. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

### A) KOSTEN EINER AMBULANTEN BEHANDLUNG IN KINDERHEILSTÄTTEN-GMBH

*LG Stuttgart, Urt. v. 30.07.2008 – 22 O 238/07 –*

RID 09-01-244

MedR 2008, 748 m. abl. Anm. Rieger  
MB/KK § 4 II 1

**Leitsatz (MedR):** Die Kosten einer ambulanten Behandlung durch angestellte Ärzte einer in der Rechtsform einer GmbH geführten Kinderheilstätte unterliegen der Ausschlussklausel nach § 4 Abs. 2 S. 1 der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK) und sind deshalb nicht erstattungsfähig.

### B) WAHLARZTHONORAR FÜR VERANLASSTE NICHT ÄRZTLICHE LEISTUNGEN

*OLG Köln, Urt. v. 25.8.2008 – 5 U 243/07 –*

RID 09-01-245

juris = GesR 2009, 33  
BPflV § 22 I 2; GOÄ §§ 3, 4 II 1 GOÄ Nr. 846, 847

Nach § 22 I 2 BPflV dürfen diagnostische und therapeutische Leistungen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Leistungen von einem Arzt erbracht werden. Das ist bei der Teilnahme eines Versicherten am Morgenlauf, der Beschäftigungs- und Ergotherapie sowie der Gymnastik unzweifelhaft nicht der Fall. Die bloße Anordnung, diese Maßnahmen dem Patienten zuteil werden zu lassen, weil sie aufgrund einer zuvor vom Wahlarzt durchgeführten Untersuchung und Exploration für wirksam und notwendig erachtet worden sind, macht die anschließende Leistung nicht zu einer ärztlichen Leistung. Es besteht auch kein Grund, entgegen dem klaren Wortlaut der Vorschrift eindeutige nichtärztliche Leistungen in die Vergütungspflicht zugunsten des Wahlarztes einzubeziehen. Der Wahlleistungspatient will sich die persönliche Zuwendung und Behandlung eines besonders qualifizierten und erfahrenen Krankenhausarztes hinzukaufen (vgl. BGH NJW 1998, 1778). Daran fehlt es, wenn bei der Behandlungsmaßnahme nicht einmal ein Arzt anwesend ist.

### C) ANSPRUCH AUF VOLLNARKOSE WEGEN ZAHNBEHANDLUNGSPHOBIE

*VG Stuttgart, Urt. v. 13.10.2008 - 12 K 721/08 -*

RID 09-01-246

juris  
PostBKKSa § 30, 31

**Leitsatz:** Zur Erstattungsfähigkeit (Kassenleistungen) der Aufwendungen für eine im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung durchgeführte Vollnarkose (Intubationsnarkose) bei Vorliegen einer Zahnbehandlungsphobie.

Das VG gab der Klage statt.

## 3. BEIHILFE

### A) ICSI UND MAßNAHMEN BEI PFLICHTVERSICHERTER EHEFRAU EINES BEAMTEN

*VG Ansbach, Urt. v. 19.11.2008 – AN 15 K 08.01410 –*

RID 09-01-247

juris  
BhV Bayern § 43 II 2; BG Bayern Art. 86, 86a II 3 u. 4; GG Art. 3 I; SGB V § 27a III 3

Maßnahmen extrakorporaler Befruchtung (intracytoplasmatische Spermieninjektion), die die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte Ehefrau eines Beamten betreffen, sind nicht beihilfefähig.

### B) BEIHILFEFÄHIGKEIT VON BEHANDLUNGSKOSTEN EINER PRIVATKLINIK

*OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 04.07.2008 – 2 A 10313/08 –*

RID 09-01-248

juris  
BhV RP 2006 § 4 I Nr. 2, 5a III

**Leitsatz:** 1. § 5a Abs. 3 BVO (BhV RP 2006) erfordert einen Vergleich der Behandlungskosten der Privatlinik mit den Entgelten desjenigen nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung, welches die in der Privatlinik durchgeführte Therapie anbietet.

2. War dies im Zeitpunkt der Maßnahme in keinem solchen Krankenhaus der Fall, so sind lediglich die Aufwendungen erstattungsfähig, die für die dort durchgeführte (konventionelle) Behandlung der Erkrankung entstanden wären. Nur dann, wenn diese nicht mehr als diejenige Krankenhausleistung anerkannt werden kann, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit medizinisch zweckmäßig und ausreichend ist, sind die Kosten der Privatlinik in voller Höhe beihilfefähig.

### C) "DRONABINOL" BEI AUSTHERAPIERTEM MS-KRANKEN

*VG Hamburg, Urt. v. 12.08.2008 – 13 K 3776/07 –*

RID 09-01-249

juris

BVG §§ 25b V, 26b, 27d I Nr. 2; SGB V § 27 I Nr. 3

**Leitsatz:** Anspruch auf Krankenhilfe zur Beschaffung von "Dronabinol" bei einem austherapierten MS-Kranken bejaht.

### D) AUSSCHLUSS NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER MEDIKAMENTE

*VGH Bayern, Urt. v. 16.07.2008 – 14 BV 07.1547 –*

RID 09-01-250

juris

SGB V §§ 34 I 1, 91 I 1, 92 I 2 Nr. 6; BhV §§ 5 I 1, 6 I Nr. 2 S. 2 lit. b, 12 II; GG Art. 33 V

Nach **BVerwG**, Urt. v. 26.06.2008 - 2 C 2.07 – sind die Regelungen über den Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel gemäß § 6 I Nr. 2 S. 2 Buchst. b BhV gegenwärtig (noch) anwendbar:

Gegen die Übertragung der **Entscheidungskompetenz** über den Ausschluss bestimmter Arzneimittel auf den nach § 91 I 1 SGB V gebildeten Bundesausschuss im Wege einer **dynamischen Verweisung** nach § 6 I Nr. 2 S. 3 BhV bestehen zwar **verfassungsrechtliche Bedenken**, weil es aufgrund der grundlegenden Strukturunterschiede der Sicherungssysteme nahe liegt, die Tatbestände beihilferechtlicher Leistungsausschlüsse normativ festzulegen, statt ihre Festlegung einem Gremium zu überlassen, in dem der Dienstherr nicht vertreten ist und das seine Entscheidungen nach Maßgabe des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherungen unter Berücksichtigung der Interessen der Versichertengemeinschaft trifft. Soweit damit ebenfalls der Gesetzesvorbehalt gemäß Art. 20 III GG verletzt ist, braucht dies für den **Übergangszeitraum** nicht entschieden zu werden.

*VG Gelsenkirchen, Urt. v. 14.11.2008 – 3 K 254/08 –*

RID 09-01-251

juris

BhV NRW § 4 I Nr. 7 S. 2 Buchst. b; SGB V § 34

**Leitsatz:** Die Gewährung einer Beihilfe für nicht verschreibungspflichtige Medikamente ist nach der ab dem 1. Januar 2007 geltenden Fassung der Beihilfeverordnung NW auch weiterhin, d. h. insbesondere unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts **nicht wirksam ausgeschlossen**.

### E) WISSENSCHAFTL. NICHT ANERKANNTE ARZNEIMITTEL (AYURVEDISCHES PRÄPARAT H 15 GUFIC)

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 16.12.2008 - A 4509/05 -*

RID 09-01-252

juris

BhV NW 1975 § 4 I Nr. 7 lit. e

**Leitsatz:** 1. Verneinung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für **wissenschaftlich nicht anerkannte Arzneimittel** und Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen.

2. Ob ein Mittel geeignet ist, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, richtet sich nach seiner **objektiven Eigenart** und Beschaffenheit. Unerheblich ist, wie es im Einzelfall eingesetzt und ob dabei ein therapeutischer Zweck verfolgt wird.

3. Unmittelbar aus der **Fürsorgepflicht** lässt sich ein Beihilfeanspruch grundsätzlich nur herleiten, wenn die notwendigen Aufwendungen im Krankheitsfall die wirtschaftliche Lebensführung des Beamten und seiner Familie so einschränken, dass sie nicht mehr alimentationsgerecht ist.

### F) AUSSCHLUSS VON MITTELN ZUR POTENZSTEIGERUNG

#### AA) SCHWELLKÖRPERAUTOINJEKTIONSTHERAPIE (SKAT) MIT CAVERJECT UND ANDROSKAT

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 11.11.2008 – 4 S 2725/06 –*

RID 09-01-253

juris

BG BW §§ 98, 101; BhV BW §§ 5 VI, 6 I Nr. 2; SGB V § 34 I 7 u. 8; GG Art. 3 I, 33 V

**Leitsatz:** Der in § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 BVO geregelte Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Mitteln, die zur Potenzsteigerung verordnet sind, erfasst alle Mittel, die der Behandlung einer erektilen Dysfunktion dienen, selbst wenn ein vollständiger Verlust der Erektionsfähigkeit eingetreten ist (hier: Schwellkörperautoinjektionstherapie - SKAT - mit Caverject und Androskat).

## BB) KEINE BEIHILFEFÄHIGKEIT DES ARZNEIMITTELS „CIALIS“

*OVG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 07.11.2008 – 1 L 129/08 –*

RID 09-01-254

juris

BhV § 6 I Nr. 2 Buchst. a; BG ST § 88a; SGB V § 91 I 1; VwGO §§ 124 II Nr. 1 u. 5, 124a IV 4

**Leitsatz:** 1. Die gemäß § 88a Abs. 1 BG LSA u. a. in Krankheitsfällen maßgeblichen Beihilfavorschriften für die Beamten und Versorgungsempfänger des Bundes (BhV) gelten gegenwärtig auch in Sachsen-Anhalt noch fort.

2. Nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 lit. a BhV sind die vom Arzt schriftlich verordneten verschreibungspflichtigen Arzneimittel nicht beihilfefähig, wenn bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, insbesondere auch Arzneimittel, die - wie im Falle von „Cialis“ - überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz dienen.

3. Darauf, dass das Medikament „Cialis“ bei dem Beamten abweichend von der sonstigen medizinischen Praxis indiziert sein mag, kommt es nicht entscheidungserheblich an.

## IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte

S. Hobusch/S. Ochs, Rechtsprechungsübersicht zum Medizinproduktrecht und angrenzenden Gebieten, MedR 2009, 15-25.

### 1. GENERALANWALT EUGH

#### A) BESITZ UND BETRIEB VON APOTHEKEN KANN APOTHEKERN VORBEHALTEN WERDEN

*Generalanwalt EuGH, Antrag v. 16.12.2008 – C 171 u. 172/07 -*

RID 09-01-255

Apothekerkammer des Saarlandes u. a.

curia.europa.eu

Die Art. 43 EG und 48 EG sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung nicht entgegenstehen, nach der nur Apotheker eine Apotheke besitzen und betreiben dürfen, da eine solche Regelung durch das Ziel gerechtfertigt ist, eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

#### B) APOTHEKERVORBEHALT/ARZNEIMITTELVERTRIEBSUNTERNEHMEN UND KOMMUNALE APOTHEKEN

*Generalanwalt EuGH, Antrag v. 16.12.2008 – 531/06 -*

RID 09-01-256

Kommission / Italien

curia.europa.eu

Die Italienische Republik verstößt nicht dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus dem Gemeinschaftsrecht, dass sie den Besitz und den Betrieb privater Apotheken Apothekern vorbehält.

Die Italienische Republik darf das Verbot für die Arzneimittelvertriebsunternehmen, Beteiligungen an Gesellschaften zu erwerben, die kommunale Apotheken betreiben, beibehalten, ohne damit gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu verstoßen.

### 2. BGH: VERBOT DER ARZNEIMITTELWERBUNG MIT IREFÜHRENDEM HINWEIS AUF GENESUNG

*BGH, Urt. v. 20.11.2008 – I ZR 94/02 –*

RID 09-01-257

Konsumentenbefragung II

www.bundesgerichtshof.de = juris

HeilMWerbG § 11 I 1 Nr. 11; EGRL 83/2001 Art. 90 Buchst. c u. j; EWGRL 28/92 Art 5. Buchst. c u. j

**Leitsatz:** 1. Die Bestimmung des § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 HWG ist im Blick auf die Regelung in Art. 90 lit. j der Richtlinie 2001/83/EG (früher: Art. 5 lit. j der Richtlinie 92/28/EWG) gemeinschaftsrechtskonform dahin einschränkend auszulegen, dass eine **Publikumswerbung für Arzneimittel mit Äußerungen Dritter** oder mit Hinweisen auf solche Äußerungen nur dann verboten ist, wenn sie eine Genesungsbescheinigung in Form eines Hinweises enthält, dass die Verwendung des Mittels zur Wiederherstellung der Gesundheit eines an einer bestimmten Krankheit oder an bestimmten Gesundheitsstörungen Leidenden führt, und wenn dieser Hinweis zudem in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgt (im Anschluss an EuGH, 8. November 2007, C-374/05, Slg. 2007, I-9517, GRUR 2008, 267 Tz. 43 und 46 - Gintec).

2. Die Bestimmung des Art. 90 lit. c der Richtlinie 2001/83/EG (früher: Art. 5 lit. c der Richtlinie 92/28/EWG) ist nicht in das deutsche Recht umgesetzt worden.

### 3. BVERWG: NACHZULASSUNG HOMÖOPATHISCHER KOMBINATIONSSARZNEIMITTEL (CEFAKLIMAN)

*BVerwG, Urt. v. 16.10.2008 – 3 C 23.07 –*

RID 09-01-258

www.bverwg.de = juris

AMG §§ 22, 25, 26, 105 IVa, 109

**Leitsatz:** Die Zulassungsbehörde darf bei homöopathischen Kombinationsarzneimitteln auch im Nachzulassungsverfahren wissenschaftliches Erkenntnismaterial zur Begründung der Sinnhaftigkeit der Kombination verlangen.

**Parallelverfahren:** *BVerwG, Urt. v. 16.10.2008 – 3 C 24.07 –* (Klimakt-Heel)

RID 09-01-259

### 4. ABGRENZUNG ZWISCHEN ARZNEIMITTELN UND KOSMETISCHEN MITTELN

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2007 – 9 S 509/07 –*

RID 09-01-260

juris = MedR 2009, 51

AMG §§ 2 I u. III Nr. 2, 21 I 1, 69 I 2 Nr. 1 u. 4; LFGB § 2 V; VwGO §§ 80 V, 122 II 3, 148 IV 6

**Leitsatz (MedR):** 1. Die Abgrenzung zwischen **Arzneimitteln** und **kosmetischen Mitteln** erfolgt nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Nr. 2 AMG, wonach kosmetische Mittel nicht zugleich Arzneimittel sein können – und zwar selbst dann nicht, wenn sie die Voraussetzungen des Arzneimittelbegriffs aus § 2 Abs. 1 AMG erfüllen (Ausschließlichkeitsverhältnis).

2. Der **Vorrang des Arzneimittelregimes** wird durch die Tatbestandsvoraussetzungen des § 2 Abs. 5 S. 1 LFGB sichergestellt, die für die Einordnung eines Stoffes als kosmetisches Mittel voraussetzen, dass dieser “ausschließlich oder überwiegend” dazu bestimmt ist, kosmetischen Zwecken zu dienen. Bei einer Gleichgewichtigkeit von arzneilicher und kosmetischer Zweckbestimmung liegt ein Arzneimittel vor. Voraussetzung für die Verleihung der Arzneimitteleigenschaft ist jedoch eine spezifische Heil- oder Verhütungsfunktion.

3. Für die Einordnung eines Stoffes als **kosmetisches Mittel** ist nach der Legaldefinition des § 2 Abs. 5 S. 1 LFGB nicht die objektive Eignung oder Wirkung, sondern die **abstrakt-objektive Zweckbestimmung** maßgeblich. Es kommt daher entscheidend darauf an, wie das Produkt einem durchschnittlich informierten Verbraucher gegenüber in Erscheinung tritt. Alle Merkmale des Erzeugnisses sind für die Abgrenzungsentscheidung zu berücksichtigen (wie z.B. Zusammensetzung, pharmakologische Eigenschaften, Modalitäten seines Gebrauchs, Umfang seiner Verbreitung, Risiken der Verwendung).

4. **Vitamin-Produkte**, die als “neue Pflegeserie” für die Behandlung von Hautproblemen beworben werden, sind regelmäßig als kosmetische Mittel anzusehen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der behaupteten Wirksamkeit gegen Augenringe, Besenreiser, Blutergüsse, Altersflecken, Narben, Hautreizungen und Schwangerschaftsstreifen.

### 5. APOTHEKENVERSANDHANDEL

#### A) KEIN RABATT AUF REZEPT IM VERSANDHANDEL EINER AUSLÄNDISCHEN APOTHEKE

*LG München I, Urt. v. 13.08.2008 – 1 HK O 8390/07 –*

RID 09-01-261

NJOZ 2008, 4133 = juris (nur LS)

HeilMWERB § 7; EGBGB Art. 34; EG Art. 30; Richtlinie 2001/82/EG Art. 87 III

**Leitsatz:** 1. Die Anwendbarkeit der **Arzneimittelpreisverordnung** auf eine **ausländische Versandapotheke**, die in Deutschland tätig wird, richtet sich nicht nach dem Vertragsstatut, sondern ausschließlich nach Art. 34 EGBGB, da es sich um zwingendes öffentliches Preisrecht handelt.

2. Als milderer Mittel gegenüber einem grundsätzlich auch möglichen völligen Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten ist die **Festpreisbindung** ausländischer Apotheken jedenfalls aus Gründen des Gesundheitsschutzes nach Art. 30 EG gerechtfertigt.

3. Bei der Auslobung einer **Zugabe** für jeden Erwerb eines verschreibungspflichtigen Medikaments ist der für die Anwendbarkeit von § 7 I HWG erforderliche Produktbezug gegeben, da die Zuwendung an den Absatz eines Arzneimittels gekoppelt ist.

4. **§ 7 I HWG** genügt den Anforderungen, die Art. 87 III der Richtlinie 2001/82/EG an die Regelung der Öffentlichkeitswerbung für Medikamente stellt.

## B) IRREFÜHRENDE WERBUNG MIT „BVDVA-GÜTESIEGEL“

*LG Darmstadt, Urt. v. 24.11.2008 – 22 O 100/08 –*

RID 09-01-262

Durch die Verwendung des **Gütesiegels des Bundesverbands Deutscher Versandapotheken** wird suggeriert, die betreffende Versandapotheke halte einen höheren Qualitätsstandard ein als andere deutsche Versandapotheken, die dieses „Gütesiegel“ nicht führen. Das ist aber nicht der Fall. Denn Kernstück der Verleihung des „Gütesiegels“ ist eine Selbstverpflichtungserklärung des Apothekers, bestimmte Standards einzuhalten, die ohnehin gesetzlich vorgeschrieben sind.

Pressemitteilung der Wettbewerbszentrale vom 15.09.2008 - [http://wettbewerbszentrale.de/de/aktuelles/\\_news/?id=831](http://wettbewerbszentrale.de/de/aktuelles/_news/?id=831)

## 6. MEDIKAMENTENLIEFERUNG: AUSDEHNUNG DES VERLÄNGERTEN EIGENTUMSVORBEHALTS

*OLG Hamm, Urt. v. 17.01.2008 – 27 U 115/07 –*

RID 09-01-263

juris

BGB § 134, 449 I; StGB § 203 I Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Der in Allgemeinen Geschäftsbedingungen enthaltene verlängerte Eigentumsvorbehalt, der sich auf Forderungen des Vorbehaltskäufers "aus der Weiterveräußerung gegen seine Abnehmer oder Dritte" bezieht, erfasst nicht den Anspruch auf Auskehrung des Erlangten gegen eine Abrechnungsstelle, durch die der Vorbehaltskäufer seinerseits diese Forderungen einziehen ließ.

2. Die Vorausabtretung von Forderungen eines Apothekers gegen gesetzliche Krankenkassen und gegen Privatkunden und -patienten ist gem. §§ 134 BGB, 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB nichtig. Ob dies auch für die Abtretung an eine Verrechnungsstelle gilt, bleibt offen.

## 7. ARZNEIMITTELWERBUNG:

### A) WERBUNG OHNE PFLICHTANGABEN/APOTHEKENKUNDENZEITSCHRIFTEN

*OLG Hamburg, Beschl. v. 30.04.2008 – 3 U 221/06 –*

RID 09-01-264

juris

HeilMWerbG § 4 I, III, VI; UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8

**Leitsatz:** 1. Wird für apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Angaben: „Das erste und einzige Nystatin Spray ... Die Produktinnovation zum Generika-Preis... Beste Compliance“ geworben, so ist das **keine Erinnerungswerbung** (§ 4 Abs. 6 HWG); eine solche Anzeige darf nicht ohne Pflichtangaben erscheinen (§ 4 Abs. 1 HWG).

2. Bei einem Verlag für **Apothekenkundenzeitschriften** besteht vor Veröffentlichung von Dritt-Anzeigen wegen der Pressefreiheit (Art. 5 GG) lediglich eine **ingeschränkte Prüfungspflicht**. Ist nur zu vermuten, dass das in der Anzeige beworbene Präparat ein apothekenpflichtiges Arzneimittel ist (hier wegen der Erwähnung eines Wirkstoffes und wegen der Hinweise: „Heilung per Knopfdruck“, „bei ärztlicher Verschreibung“, „zum Generika Preis“), so ist der Verstoß gegen § 4 Abs. 1 Nr. 4 HWG (wegen der fehlenden Pflichtangaben zum Anwendungsgebiet) im Rahmen des Anzeigengeschäfts nicht offenkundig bzw. unschwer feststellbar. Entsprechendes gilt für Anzeigen, soweit der Pflichttext fehlt: „Zu Risiken und Nebenwirkungen...“ (§ 4 Abs. 3 Satz 1 HWG).

### B) KEINE HAFTUNG FÜR BEKANNTE NEBENWIRKUNGEN (MEDIKAMENT „VIOXX“)

*OLG Karlsruhe, Urt. v. 08.10.2008 – 7 U 200/07 –*

RID 09-01-265

juris

AMG §§ 5, 84

**Leitsatz:** 1. § 84 AMG begründet keine Haftung des Arzneimittelherstellers oder des das Medikament vertreibenden Unternehmers für solche Nebenwirkungen, die bereits bei der Zulassung bekannt und im Hinblick auf den Nutzen des Arzneimittels im Zulassungsverfahren hingenommen wurden, soweit in der Fachinformation und der Packungsbeilage darauf hingewiesen ist.

2. Ein bestimmungsgemäßer Gebrauch des Medikaments liegt bei einer Überdosierung um 200 % nicht mehr vor.

## V. Vergaberecht

### 1. GENERALANWALT EUGH: KRANKENKASSEN ALS ÖFFENTLICHE AUFTRAGEBER (LIEFERUNG ORTHOPÄDISCHER SCHUHE)

*Generalanwalt EuGH, Antrag v. 16.12.2008 – C 300/07 –*

RID 09-01-266

Hans & Christophorus Oymanns  
SGB V §§ 140a ff.

curia.europa.eu

Vorabentscheidungsersuchen *OLG Düsseldorf*, Beschl. v. 23.05.2007 - VII-Verg 50/06 - RID 07-02-244.

1. Bei den im Ausgangsverfahren in Rede stehenden **deutschen Krankenkassen** handelt es sich um **Einrichtungen des öffentlichen Rechts**, da sie in Anhang III der Richtlinie 2004/18/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge als solche aufgeführt sind und im Übrigen alle Kriterien erfüllen, die der Gerichtshof in seiner Rechtsprechung für eine entsprechende Qualifizierung aufgestellt hat.

2. Die Zurverfügungstellung von Waren, die in ihrer Form individuell nach den Erfordernissen des jeweiligen Kunden hergestellt und angepasst sowie über deren Nutzung die jeweiligen Kunden individuell zu beraten sind, ist nach dem Wert der jeweiligen Leistungen als **„Lieferaufträge“ oder als „Dienstleistungsaufträge“** einzustufen, wobei dies eine vom vorlegenden Gericht zu entscheidende Tatsachenfrage ist.

3. Für den Fall, dass die in Frage 2 genannte Zurverfügungstellung von Waren als „Dienstleistung“ einzustufen ist, ist Art. 1 Abs. 4 der Richtlinie 2004/18 – in Abgrenzung zu einer Rahmenvereinbarung im Sinne des Art. 1 Abs. 5 der Richtlinie – dahin auszulegen, dass eine Zurverfügungstellung von Waren in der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Form **nicht als „Dienstleistungskonzession“** zu verstehen ist.

### 2. AUSSCHLIEßLICHE ZUSTÄNDIGKEIT DER SOZIALGERICHTE

*OLG Brandenburg, Beschl. v. 07.08.2008 – Verg W 12/08 –*

RID 09-01-267

juris

**Parallelverfahren** zu *OLG Brandenburg*, B. v. 07.08.2008 – Verg W 11/08 – RID 08-04-208 u. **ergänzend:**

Das Interesse am Auftrag (hier: Versorgung der Versicherten einer gesetzl. Krankenkasse mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 03, Enterale Ernährung) kann nicht bereits dann bejaht werden, wenn der Ast. kein Angebot abgibt und anschließend das Nachprüfungsverfahren nachdrücklich betreibt und ankündigt, seine Dienste anbieten zu wollen. Das Rechtsschutzinteresse kann in diesen Fällen nur dann bejaht werden, wenn der Ast. gerade durch den Vergabefehler an der Angebotsabgabe gehindert worden ist.

### 3. BGH: RETTUNGSDIENSTLEISTUNGEN

*BGH, Beschl. v. 01.12.2008 – X ZB 31/08 –*

RID 09-01-268

www.bundesgerichtshof.de = juris

GWB §§ 97 I, 99 I; BrandSchRettKatG SN § 31

**Leitsatz:** Das zur Übertragung der Durchführung der Notfallrettung und des Krankentransports nach § 31 SächsBRKG vorgesehene Auswahlverfahren ist als Vergabeverfahren nach § 97 Abs. 1 GWB durchzuführen, wenn der Wert des abzuschließenden Vertrags den Schwellenwert erreicht.

**Parallelverfahren:** *BGH, Beschl. v. 01.12.2008 – X ZB 32/08 –*

RID 09-01-269

## VI. Verschiedenes

*J. Straßburger*, Grundrechtliche Fragen der Xenotransplantation, MedR 2008, 723-732; *B.-R. Kern*, Standortbestimmung: Ethikkommissionen – auf welchen Gebieten werden sie tätig? Gesetzliche Grundlagen, MedR 2008, 631-636; *P. Gödicke*, Berufsrechtliche Grundlagen für die Tätigkeit von Ethik-Kommissionen – überflüssige Zwangsberatung von Ärzten?, MedR 2008, 636-640; *H. Just*, Die Professionalisierung der Ethik-Kommissionen, einer Einrichtung der Selbstkontrolle der Wissenschaft, MedR 2008, 640-645; *E. Doppelfeld*, Mögliche neue Tätigkeitsfelder für Ethik-Kommissionen, MedR 2008, 645-650; *E. Deutsch*, Entstehung und Funktion der Ethikkommissionen in Europa, MedR 2008, 650-654; *H.-D. Lippert*, Ethikkommissionen: wie sie wurden was sie sind – Die Entwicklung der Ethikkommissionen in Deutschland am Beispiel der Ethikkommission der Universität Ulm, MedR 2008, 654-656.

### 1. EUGH: ALTERSABSTANDSKLAUSELN IN VERSORGUNGSORDNUNGEN

*EuGH, Urt. v. 23.09.2008 - C-427/06 -*

RID 09-01-270

Birgit Bartsch gegen Bosch und Siemens Hausgeräte (BSH) Altersfürsorge GmbH  
Art. 13 EG; Richtlinie 2000/78/EG

NJW 2008, 3417 = curia.europa.eu

Das Gemeinschaftsrecht enthält kein Verbot der Diskriminierung aus Gründen des Alters, dessen Schutz die Gerichte der Mitgliedstaaten zu gewährleisten haben, wenn die möglicherweise diskriminierende Behandlung keinen gemeinschaftsrechtlichen Bezug aufweist. Ein solcher gemeinschaftsrechtlicher Bezug wird weder durch Art. 13 EG hergestellt noch - unter Umständen wie denen des Ausgangsverfahrens - durch die Richtlinie 2000/78 vor Ablauf der dem betreffenden Mitgliedstaat für die Umsetzung dieser Richtlinie gesetzten Frist.

### 2. BVERFG: KEINE ZURÜCKWEISUNG DURCH GERICHTSBESCHLUSS BEI UMSTRITTENEN RECHTSFRAGEN

*BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 04.11.2008 – 1 BvR 2587/06 –*

RID 09-01-271

www.bundesverfassungsgericht.de = juris  
GG Art. 2 I, 20 III; ZPO § 522 II

Das **Gebot effektiven Rechtsschutzes** umfasst nicht nur das Recht auf Zugang zu den Gerichten sowie auf eine verbindliche Entscheidung durch den Richter aufgrund einer grundsätzlich umfassenden tatsächlichen und rechtlichen Prüfung des Streitgegenstandes (vgl. BVerfGE 85, 337 <345>; 97, 169 <185>), sondern beeinflusst auch die Auslegung und Anwendung der Bestimmungen, die für die Eröffnung eines Rechtswegs und die **Beschreitung eines Instanzenzugs** von Bedeutung sind. Es begründet zwar keinen Anspruch auf eine weitere Instanz; die Entscheidung über den Umfang des Rechtsmittelzuges bleibt vielmehr dem Gesetzgeber überlassen (vgl. BVerfGE 54, 277 <291>; 89, 381 <390>; 107, 395 <401 f.>). Hat der Gesetzgeber sich jedoch für die Eröffnung einer weiteren Instanz entschieden und sieht die betreffende Prozessordnung dementsprechend ein Rechtsmittel vor, so darf der Zugang dazu nicht in unzumutbarer, aus Sachgründen nicht mehr zu rechtfertigender Weise erschwert werden (vgl. BVerfGE 69, 381 <385>; 74, 228 <234>; 77, 275 <284>).

Diese Grundsätze finden auch auf den **einstimmigen Beschluss des Berufungsgerichts über die Zurückweisung der Berufung** nach § 522 II 1 ZPO Anwendung, da er gemäß § 522 III ZPO nicht anfechtbar ist und damit den Weg zur Revision versperrt (vgl. u. a. BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 05.08.2002 - 2 BvR 1108/02 - NJW 2003, 281). Mit dem Gebot effektiven Rechtsschutzes unvereinbar ist eine den Zugang zur Revision erschwerende Auslegung und Anwendung des § 522 II 1 ZPO danach dann, wenn sie sachlich nicht zu rechtfertigen ist, sich damit als objektiv willkürlich erweist und dadurch den Zugang zur nächsten Instanz unzumutbar einschränkt (vgl. BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.10.2007 - 1 BvR 1300/06 - NJW 2008, 504 <505>).

**Klärungsbedürftig** sind solche **Rechtsfragen**, deren Beantwortung zweifelhaft ist oder zu denen unterschiedliche Auffassungen vertreten werden und die noch nicht oder nicht hinreichend höchstrichterlich geklärt sind. Dementsprechend kann auch eine Rechtsfrage, die in der Vorinstanz nicht gesehen worden ist und nicht Gegenstand eines Meinungsstreits ist, klärungsbedürftig sein. Umgekehrt vermag nicht jede Gegenstimme Klärungsbedarf zu begründen. So kann sich weiterer Klärungsbedarf nach der Rspr. des BGH nur dann ergeben, wenn nicht nur einzelne Instanzgerichte oder Literaturstimmen der Auffassung des BGH widersprechen oder wenn neue Argumente vorgebracht werden, die den BGH dazu veranlassen können, seine Ansicht zu überprüfen. Schließlich entfällt der Klärungsbedarf, wenn einer Rechtsfrage wegen einer Rechtsänderung für die Zukunft keine Bedeutung mehr zukommt.

### 3. BGH

#### A) WETTBEWERBSRECHT: WIRKSAMKEITSNACHWEIS FÜR EINE BILANZIERTE DIÄT - PRIORIN

**BGH, Urt. v. 02.10.2008 – I ZR 51/06 –**

**RID 09-01-272**

www.bundesgerichtshof.de = juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; LFGB § 11 I 1; DiätV §§ 1 IVa, 14b

**Leitsatz:** Der Nachweis, dass eine bilanzierte Diät wirksam in dem Sinne ist, dass sie den besonderen Ernährungserfordernissen der Personen entspricht, für die sie bestimmt ist, ist durch allgemein anerkannte wissenschaftliche Daten zu führen. Eine nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen erstellte, in der Fachliteratur veröffentlichte randomisierte, placebokontrollierte Doppelblindstudie ist für den Wirksamkeitsnachweis grundsätzlich ausreichend.

#### B) BETREUUNGSVERFAHREN: FEHLERHAFTHE GENEHMIGUNG DER UNTERBRINGUNG IN GESCHLOSSENER EINRICHTUNG

**BGH, Urt. v. 23.01.2008 – XII ZB 185/07 –**

**RID 09-01-273**

MedR 2008, 737

BGB § 1906 I Nr. 2

**Leitsatz:** Das Vormundschaftsgericht darf die Unterbringung des Betroffenen in einer geschlossenen Einrichtung nicht genehmigen, wenn die Freiheitsentziehung als solche nicht notwendig ist und die Genehmigung letztlich nur eine Rechtsgrundlage abgeben soll, den Betroffenen in einer offenen Abteilung der Einrichtung einer erforderlichen - auch zwangsweisen - Behandlung mit Medikamenten zu unterziehen.

#### C) AUSLEGUNG EINES TEILUNGSABKOMMENS ZWISCHEN GESETZL. KRANKEN- UND HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

**BGH, Urt. v. 01.10.2008 – IV ZR 285/06 –**

**RID 09-01-274**

www.bundesgerichtshof.de = juris

SGB X § 116 I; BGB § F 133, 157

**Leitsatz:** Zur Bedeutung des in der Haftpflichtversicherung geltenden Trennungsprinzips für die Auslegung eines Teilungsabkommens.

### 4. BSG: KEIN ERSATZ DER UMSATZSTEUER FÜR BEFUNDBERICHT

**BSG, Urt. v. 02.10.2008 – B 9 SB 7/07 R – SozR 4-1926 § 12 Nr. 1**

**RID 09-01-275**

SGB X § 21 III 4; Anl. 2 Nr. 200 JVEG § 10 I; JVEG § 12 I 2 Nr. 4; ZuSEG § 5; UStG § 1 I

**Leitsatz:** Ein Arzt, der in einem Verwaltungsverfahren auf Veranlassung der Behörde einen Befundbericht ohne nähere gutachtliche Äußerung ausstellt, hat gegenwärtig keinen Anspruch auf Ersatz von Umsatzsteuer.

### 5. KRANKENHÄUSER

*J. Patt/C. Wilde, Ausgründung von Privatkliniken durch öffentliche Krankenhäuser – zulässige Rechtsgestaltung oder Gestaltungsmissbrauch?, MedR 2008, 707-712*

#### A) BVERWG: KEIN SUBJEKTIVES RECHT EINES PLANKRANKENHAUSES AUF VERMEIDUNG VON ÜBERVERSORGUNG

**BVerwG, Urt. v. 25.09.2008 – 3 C 35/07 –**

**RID 09-01-276**

www.bverwg.de = juris = DVBl 2009, 44

VwGO § 42 II; KHG § 8 II; GG Art. 12 I

**Leitsatz:** 1. Konkurrieren mehrere Krankenhäuser um einen bestimmten Versorgungsbedarf und trifft die Behörde unter ihnen eine Auswahl, so kann eine Anfechtungsklage des einen Krankenhauses gegen den an das andere Krankenhaus gerichteten begünstigenden Bescheid zulässig sein. Voraussetzung ist freilich, dass der Kläger für sich selbst eine Planaufnahme erstreiten und nicht lediglich eine Planherausnahme abwehren will.

2. Nimmt die Behörde ein Krankenhaus in den Plan auf, ohne eine Auswahlentscheidung zum Nachteil eines anderen Krankenhauses zu treffen, so werden Rechte des anderen Krankenhauses nicht berührt. Es besteht kein subjektives Recht eines Plankrankenhauses darauf, dass die Behörde eine Überversorgung vermeidet oder abbaut.

entfällt RID 09-01-277

## **B) KEINE VERPFLICHTUNG ZUR ORGANISATION DES NOTARZTDIENSTES DURCH BEREICHSAUSSCHUSS**

*VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 08.12.2008 – 6 S 2300/08 –*

**RID 09-01-278**

juris

RDG §§ 3 III, 5, 6 III, 7, 10; GG Art. 12 I

**Leitsatz:** Der Bereichsausschuss für den Rettungsdienst hat keine Zuständigkeit zur einseitigen Regelung der Organisation des Notarztdienstes. Ihm fehlt darüber hinaus auch die Befugnis zum Erlass eines Verwaltungsaktes gegenüber einem Krankenträger, der die Organisation des Notarztdienstes zum Gegenstand hat.

## **6. ANSPRÜCHE GEGEN EINEN OPTIKER WEGEN LIEFERUNG EINER MANGELHAFTEN BRILLE**

*AG Hildesheim, Urt. v. 25.09.2008 – 47 C 185/08 –*

**RID 09-01-279**

juris

BGB § 634a I Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Ansprüche gegen einen Optiker wegen Lieferung einer mangelhaften Brille bestimmen sich nach Werkvertragsrecht, und zwar auch dann, wenn der Optiker eine Brille nach Werten hergestellt hat, die er zuvor im Rahmen einer selbst durchgeführten Sehstärkenbestimmung (Refraktion) ermittelt hat und der Mangel darauf beruht, dass dem Optiker bei der Refraktion ein Fehler unterlaufen ist.

2. Die Verjährung werkvertraglicher Ansprüche gegen einen Optiker wegen einer mangelhaften Brille bestimmt sich nach § 634a Abs. 1 Nr. 1 BGB, und zwar auch dann, wenn der Mangel darauf beruht, dass dem Optiker bei der von ihm durchgeführten Sehstärkenbestimmung ein Fehler unterlaufen ist.

## **7. HEIMRECHTLICHE ANORDNUNG NACH § 17 HEIMG/MÄNGEL IN DER PFLEGEDOKUMENTATION**

*VG Göttingen, Urt. v. 08.01.2009 – 2 A 3/08 –*

**RID 09-01-280**

www.dbovg.niedersachsen.de

HeimG §§ 11 I Nr. 3 u. 7, 13 I 2 Nr. 6, 17

**Leitsatz:** Mängel in der Pflegedokumentation rechtfertigen eine heimrechtliche Anordnung ohne Rücksicht darauf, ob die Pflege tatsächlich mangelhaft ist.

## **8. STRAFE FÜR VORSTAND EINER KRANKENKASSE WEGEN UNTERLASSENER BEITRAGSERHÖHUNG**

*AG Augsburg, Urt. v. 27. 12. 2006 – 2 Cs 503 Js 104308/05 –*

**RID 09-01-281**

NZS 2009, 48 (LS) m. Bespr. M. Gaßner/I. Bonmann, Zur Strafbarkeit wegen unterlassener Beitragssatzerhöhung nach § 266 StGB, NZS 2009, 15-18

StGB § 266 I, § 53

Wer seine durch Gesetz, behördlichen Auftrag oder Rechtsgeschäft eingeräumte Befugnis, über fremdes Vermögen zu verfügen oder einen anderen zu verpflichten, missbraucht oder die kraft Gesetzes, behördlichen Auftrags, Rechtsgeschäfts oder eines Treueverhältnisses obliegende Pflicht, fremde Vermögensinteressen wahrzunehmen, verletzt und dadurch dem, dessen Vermögensinteressen zu betreuen sind, Nachteile zufügt, macht sich strafbar wegen eines Vergehens der Untreue.

## **9. HEILPRAKTIKERIN: PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE/TRAUMATHERAPIE/HEILPRAKTIKERIN FÜR PSYCHOTHERAPIE**

*LG Oldenburg, Urt. v. 23.10.2008 – 15 O 1295/08 –*

**RID 09-01-282**

UWG §§ 3, 5, 8

Eine Heilpraktikerin, die den Begriff „Praxis für Psychotherapie und Traumatherapie“ oder „Traumatherapie“ verwendet, betreibt eine irreführende Werbung. Irreführend ist auch die Angabe eines Tätigkeitsschwerpunkts „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Traumatherapie“, da eine Verwechslungsgefahr mit einem approbierten Psychotherapeuten besteht. Die Irreführung kann nur durch Hervorhebung der Tätigkeit als Heilpraktikerin vermieden werden.

Keine Gefahr der Irreführung besteht bei dem Begriff „Heilpraktikerin für Psychotherapie“

## 10. STEUERRECHT

### A) BFH: VERFASSUNGSMÄßIGKEIT DER NACHGELAGERTEN BESTEUERUNG DER ALTERSEINKÜNFTE

*BFH, Urt. v. 26.11.2008 – XR 15/07 –*  
[www.bundesfinanzhof.de](http://www.bundesfinanzhof.de)

RID 09-01-283

**Leitsatz:** 1. Mit der Umstellung der Besteuerung der Alterseinkünfte auf die sog. nachgelagerte Besteuerung hat der Gesetzgeber die Grenzen seines weiten Gestaltungsspielraums nicht überschritten.  
2. Die Besteuerung der Renteneinkünfte eines vormals Selbständigen im Rahmen der Übergangsregelung des AltEinkG begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, sofern nicht gegen das Verbot der Doppelbesteuerung verstoßen wird.

### B) ÄSTHETISCHE OPERATIONEN UNTERLIEGEN UMSATZSTEUERPFLICHT

*FG Köln, Urt. v. 14.02.2007 – 3 K 3767/04 –*  
MedR 2008, 690  
UStG § 4 Nr. 14 S. 1

RID 09-01-284

**Leitsatz:** 1. Ästhetische Operationen unterliegen der Umsatzsteuerpflicht.  
2. Umsätze aus der Tätigkeit als Arzt sind nur dann umsatzsteuerfrei, wenn sie der Diagnose, Behandlung und Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienen.

### C) UMSATZSTEUERBEFREIUNG FÜR „HAUS-NOTRUF-DIENST“ UND „ÄRZTLICHER NOTDIENST“

*FG Niedersachsen, Urt. v. 13.11.2008 – 5 K 132/03 –*  
Revision eingelegt: BFH A XI R 46/08  
UStDV § 23 <http://www0.nwb.de/finanzgericht/NFG>

RID 09-01-285

**Leitsatz:** 1. Soweit § 23 UStDV für Zwecke der Umsatzsteuerbefreiung die amtlich anerkannten Verbände der freien Wohlfahrtspflege abschließend aufzählt, steht dies mit dem gemeinschaftsrechtlichen Gleichbehandlungsgebot nicht im Einklang.  
2. Eine Einrichtung, die gleichartige Tätigkeiten ausübt, wie die in § 23 UStDV genannten Verbände kann sich unmittelbar auf die Befreiungsregelung in Art. 132 Abs. 1 Buchstabe g) der MwStSystRL berufen.  
3. Danach sind die Tätigkeitsbereiche „Haus-Notruf-Dienst“ und „Ärztlicher Notdienst“ von der Umsatzsteuer zu befreien. Das Tätigkeitsfeld „Menüservice“ ist demgegenüber nicht befreit.

## Verzeichnis der Entscheidungen

<b>AG Augsburg</b> , Urt. v. 27. 12. 2006 – 2 Cs 503 Js 104308/05 –	RID 09-01-281
<b>AG Hildesheim</b> , Urt. v. 25.09.2008 – 47 C 185/08 –	RID 09-01-279
<b>BFH</b> , Urt. v. 26.11.2008 – X R 15/07 –	RID 09-01-283
<b>BGH</b> , Urt. v. 23.01.2008 – XII ZB 185/07 –	RID 09-01-273
BGH, Beschl. v. 09.06.2008 – II ZR 268/07 –	RID 09-01-214
BGH, Urt. v. 01.10.2008 – IV ZR 285/06 –	RID 09-01-274
BGH, Urt. v. 02.10.2008 – I ZR 51/06 –	RID 09-01-272
BGH, Urt. v. 18.11.2008 – VI ZR 198/07 –	RID 09-01-226
BGH, Urt. v. 20.11.2008 – I ZR 94/02 –	RID 09-01-257
BGH, Urt. v. 09.12.2008 – VI ZR 277/07 –	RID 09-01-227
BGH, Beschl. v. 01.12.2008 – X ZB 31/08 –	RID 09-01-268
BGH, Beschl. v. 01.12.2008 – X ZB 32/08 –	RID 09-01-269
<b>BSG</b> , Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 9/07 B –	RID 09-01-109
BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 41/06 R –	RID 09-01-105
BSG, Urt. v. 09.04.2008 – B 6 KA 40/07 R –	RID 09-01-112
BSG, Urt. v. 09.04.2008 – B 6 KA 44/07 R –	RID 09-01-106
BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 5/07 R –	RID 09-01-208
BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 8/07 R –	RID 09-01-207
BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 14/07 R –	RID 09-01-202
BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 20/07 R –	RID 09-01-203
BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 8/07 R –	RID 09-01-88
BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 9/07 R –	RID 09-01-87
BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 10/07 R –	RID 09-01-89
BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 11/07 R –	RID 09-01-90
BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 12/07 R –	RID 09-01-91
BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 41/07 R –	RID 09-01-93
BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 42/07 R –	RID 09-01-94
BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 43/07 R –	RID 09-01-95
BSG, Urt. v. 28.05.2008 – B 6 KA 49/07 R –	RID 09-01-92
BSG, Urt. v. 12.06.2008 – B 3 KR 19/07 R –	RID 09-01-204
BSG, Urt. v. 17.06.2008 – B 1 KR 24/07 R –	RID 09-01-196
BSG, Urt. v. 17.06.2008 – B 1 KR 30/07 R –	RID 09-01-209
BSG, Urt. v. 17.06.2008 – B 1 KR 31/07 R –	RID 09-01-201
BSG, Beschl. v. 16.07.2008 – B 6 KA 2/08 B –	RID 09-01-110
BSG, Beschl. v. 16.07.2008 – B 6 KA 12/08 B –	RID 09-01-97
BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 36/07 R –	RID 09-01-104
BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 38/07 R –	RID 09-01-113
BSG, Urt. v. 16.07.2009 – B 6 KA 39/07 R –	RID 09-01-114
BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 57/07 R –	RID 09-01-100
BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 58/07 R –	RID 09-01-101
BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 59/07 R –	RID 09-01-102
BSG, Urt. v. 16.07.2008 – B 6 KA 60/07 R –	RID 09-01-103
BSG, Beschl. v. 17.07.2007 – B 6 KA 14/07 B –	RID 09-01-111
BSG, Urt. v. 28.07.2008 – B 1 KR 4/08 R –	RID 09-01-206
BSG, Urt. v. 28.07.2008 – B 1 KR 5/08 R –	RID 09-01-205
BSG, Urt. v. 28.07.2008 – B 1 KR 27/07 R –	RID 09-01-199
BSG, Beschl. v. 17.09.2008 – B 6 KA 65/07 B –	RID 09-01-99
BSG, Beschl. v. 18.09.2008 – B 3 KR 5/08 B –	RID 09-01-197
BSG, Urt. v. 02.10.2008 – B 9 SB 7/07 R –	RID 09-01-275
BSG, Beschl. v. 17.10.2007 – B 6 KA 36/06 B –	RID 09-01-108
BSG, Beschl. v. 05.11.2008 – B 6 KA 21/07 B –	RID 09-01-96
BSG, Beschl. v. 05.11.2008 – B 6 KA 59/08 B –	RID 09-01-107
BSG, Urt. v. 06.11.2008 – B 1 KR 38/07 R –	RID 09-01-200
BSG, Beschl. v. 17.11.2008 – B 1 KR 11/08 BH –	RID 09-01-140
BSG, Beschl. v. 27.11.2007 – B 6 KA 33/07 B –	RID 09-01-98
BSG, Beschl. v. 03.12.2008 – B 3 KR 26/08 B –	RID 09-01-198
<b>BVerfG</b> , 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 10.03.2008 – 1 BvR 2925/07 –	RID 09-01-166
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 30.06.2008 – 1 BvR 1159/08 –	RID 09-01-67
BVerfG, Beschl. v. 30.06.2008 – 1 BvR 1665/07 –	RID 09-01-145
BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 04.11.2008 – 1 BvR 2587/06 –	RID 09-01-271
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 22.12.2008 – 1 BvR 3457/08 –	RID 09-01-66a
<b>BVerwG</b> , Urt. v. 25.09.2008 – 3 C 35/07 –	RID 09-01-276
BVerwG, Urt. v. 16.10.2008 – 3 C 23/07 –	RID 09-01-258
BVerwG, Urt. v. 16.10.2008 – 3 C 24/07 –	RID 09-01-259
<b>EuGH</b> , Urt. v. 23.09.2008 - C-427/06 -	RID 09-01-270
<b>FG Köln</b> , Urt. v. 14.02.2007 – 3 K 3767/04 –	RID 09-01-284
<b>FG Niedersachsen</b> , Urt. v. 13.11.2008 – 5 K 132/03 –	RID 09-01-285
<b>Generalanwalt EuGH</b> , Antrag v. 16.12.2008 – C 171 u. 172/07 -	RID 09-01-255
Generalanwalt EuGH, Antrag v. 16.12.2008 – C 300/07 -	RID 09-01-266
Generalanwalt EuGH, Antrag v. 16.12.2008 – 531/06 -	RID 09-01-256
<b>KG Berlin</b> , Urt. v. 08. 05.2008 – 20 U 202/06 –	RID 09-01-231
<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 20.04.2007 – L 4 KR 4697/06 –	RID 09-01-154
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 04.06.2008 – L 5 KA 4514/07 –	RID 09-01-63
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.09.2008 – L 11 KR 1171/08 –	RID 09-01-177
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2054/08 –	RID 09-01-08

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2851/06 –	RID 09-01-32
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 11.11.2008 – L 11 KR 1952/08 –	RID 09-01-152
LSG Baden-Württemberg, B. v. 10.12.2008 – L 11 KR 5376/08 ER-B –	RID 09-01-160
<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 16.05.2008 – L 4 KR 158/06 –	RID 09-01-162
LSG Bayern, Urt. v. 11.06.2008 – L 12 KA 5009/06 –	RID 09-01-65
LSG Bayern, Urt. v. 04.07.2008 – L 4 KR 306/06 –	RID 09-01-187
LSG Bayern, Beschl. v. 09.07.2008 – L 12 B 440/08 KA ER –	RID 09-01-70
LSG Bayern, Urt. v. 23.07.2008 – L 12 KA 3/08 –	RID 09-01-36
LSG Bayern, Urt. v. 24.07.2008 – L 4 KR 119/06 –	RID 09-01-143
LSG Bayern, Urt. v. 25.07.2008 – L 4 KR 30/07 –	RID 09-01-125
LSG Bayern, Urt. v. 25.07.2008 – L 4 KR 87/06 –	RID 09-01-124
LSG Bayern, Urt. v. 07.08.2008 – L 4 KR 166/06 –	RID 09-01-128
LSG Bayern, Urt. v. 07.08.2008 – L 4 KR 259/07 –	RID 09-01-127
LSG Bayern, Beschl. v. 08.08.2008 – L 12 B 499/08 KA –	RID 09-01-82
LSG Bayern, Beschl. v. 11.08.2008 – L 12 B 205/08 KA –	RID 09-01-76
LSG Bayern, Urt. v. 12.08.2008 – L 5 KR 173/05 –	RID 09-01-184
LSG Bayern, Beschl. v. 14.08.2008 – L 12 B 106/08 KA ER –	RID 09-01-66
LSG Bayern, Beschl. v. 18.08.2008 – L 4 B 480/08 KR ER –	RID 09-01-129
LSG Bayern, Urt. v. vom 21.08.2008 – L 4 KR 265/06 –	RID 09-01-161
LSG Bayern, Urt. v. 21.08.2008 – L 4 KR 399/07 –	RID 09-01-139
LSG Bayern, Urt. v. 21.08.2008 – L 5 KR 122/07 –	RID 09-01-153
LSG Bayern, Beschl. v. 21.08.2008 – L 5 B 461/08 KR ER –	RID 09-01-195
LSG Bayern, Beschl. v. 29.08.2008 – L 5 B 1031/07 KR ER –	RID 09-01-147
LSG Bayern, Beschl. v. 02.09.2008 – L 4 B 547/08 KR PKH –	RID 09-01-156
LSG Bayern, Urt. v. 04.09.2008 – L 4 KR 357/07 –	RID 09-01-136
LSG Bayern, Beschl. v. 08.09.2008 – L 5 B 753/07 KR ER –	RID 09-01-172
LSG Bayern, Beschl. v. 01.10.2008 – L 12 B 500/08 KA –	RID 09-01-83
LSG Bayern, Urt. v. 08.10.2008 – L 12 KA 77/07 –	RID 09-01-50
LSG Bayern, Urt. v. 09.10.2008 – L 4 KR 369/07 –	RID 09-01-119
LSG Bayern, Beschl. v. 13.10.2008 – L 5 B 822/08 KR ER –	RID 09-01-146
LSG Bayern, Urt. v. 14.10.2008 – L 5 KR 22/07 –	RID 09-01-189
LSG Bayern, Urt. v. 23.10.2008 – L 4 KR 321/07 –	RID 09-01-132
LSG Bayern, Beschl. v. 30.10.2008 – L 4 B 690/08 KR ER –	RID 09-01-170
LSG Bayern, Urt. v. 13.11.2008 – L 4 KR 437/07 –	RID 09-01-123
<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 09.07.2008 – L 7 KA 1/05-25 –	RID 09-01-06
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.07.2008 – L 7 KA 15/04-25 –	RID 09-01-04
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.07.2008 – L 7 KA 16/04-25 –	RID 09-01-07
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.07.2008 – L 7 KA 17/04-25 –	RID 09-01-05
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 25.09.2008 – L 9 KR 22/08 –	RID 09-01-174
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 08.10.2008 – L 9 KR 37/03 –	RID 09-01-135
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 08.10.2008 – L 9 KR 132/08 –	RID 09-01-134
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 23.10.2008 – L 1 B 346/08 KR ER –	RID 09-01-167
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.10.2008 – L 7 B 57/08 KA ER –	RID 09-01-75
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.11.2008 – L 9 KR 110/06 –	RID 09-01-150
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.11.2008 – L 7 KA 63/07 –	RID 09-01-51
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 03.12.2008 – L 7 KA 21/05 –	RID 09-01-85
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 03.12.2008 – L 7 KA 65/08 –	RID 09-01-57
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 03.12.2008 – L 7 KA 132/06 –	RID 09-01-54
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.12.2008 – L 1 KR 586/07 –	RID 09-01-173
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 09.12.2008 – L 7 B 113/08 KA ER –	RID 09-01-78
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 09.12.2008 – L 9 B 364/08 KR ER –	RID 09-01-182
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.12.2008 – L 9 KR 32/08 –	RID 09-01-151
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.01.2009 – L 1 KR 475/07 –	RID 09-01-131
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 20.01.2009 – L 7 KA 5/09 ER –	RID 09-01-79
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 21.01.2009 – L 1 B 506/08 KR ER –	RID 09-01-121
<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 16.07.2008 – L 2 KA 5/07 –	RID 09-01-02
LSG Hamburg, Urt. v. 16.07.2008 – L 2 KA 17/06 –	RID 09-01-01
LSG Hamburg, Beschl. v. 18.09.2008 – L 1 B 149/08 ER KR –	RID 09-01-191
LSG Hamburg, Urt. v. 24.09.2008 – L 2 KA 1/07 –	RID 09-01-23
LSG Hamburg, Urt. v. 24.09.2008 – L 2 KA 35/06 –	RID 09-01-29
LSG Hamburg, Beschl. v. 15.10.2008 – L 1 B 377/08 SE –	RID 09-01-80
LSG Hamburg, Beschl. v. 06.01.2009 – L 2 B 254/08 ER KA –	RID 09-01-37
<b>LSG Hessen</b> , Beschl. v. 30.04.2008 – L 4 B 291/07 KA –	RID 09-01-81
LSG Hessen, Beschl. v. 20.06.2007 – L 4 KA 67/06 –	RID 09-01-41
LSG Hessen, Beschl. v. 25.06.2008 – L 4 KA 48/08 ER –	RID 09-01-69
LSG Hessen, Urt. v. 21.08.2008 – L 1 KR 7/07 –	RID 09-01-137
LSG Hessen, Beschl. v. 12.09.2008 – L 4 KA 45/08 –	RID 09-01-34
LSG Hessen, Beschl. v. 15.09.2008 – L 4 KA 42/08 –	RID 09-01-15
LSG Hessen, Urt. v. 24.09.2008 – L 4 KA 23/07 –	RID 09-01-22
LSG Hessen, Urt. v. 24.09.2008 – L 4 KA 32/07 –	RID 09-01-35
LSG Hessen, Urt. v. 24.09.2008 – L 4 KA 43/07 –	RID 09-01-11
LSG Hessen, Urt. v. 29.09.2008 – L 4 KA 30/08 –	RID 09-01-68
LSG Hessen, Urt. v. 30.10.2008 – L 1 KR 143/07 –	RID 09-01-126
LSG Hessen, Urt. v. 30.10.2008 – L 8 KR 353/07 –	RID 09-01-169
LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 14/08 –	RID 09-01-17
LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 64/07 –	RID 09-01-16
LSG Hessen, Urt. v. 04.12.2008 – L 1 KR 92/07 –	RID 09-01-148
LSG Hessen, Urt. v. 04.12.2008 – L 1 KR 150/08 KL –	RID 09-01-192
LSG Hessen, Urt. v. 18.12.2008 – L 4 KA 78/07 –	RID 09-01-33

LSG Hessen, Beschl. v. 14.01.2009 – L 4 KA 122/08 ER –	RID 09-01-44
<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 04.12.2008 – L 3 KA 19/07 –	RID 09-01-28
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 14.01.2009 – L 3 KA 44/08 ER –	RID 09-01-53
<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 23.04.2008 – L 11 (10) KA 49/07 –	RID 09-01-59
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2008 – L 11 KA 17/08 –	RID 09-01-62
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 04.09.2008 – L 16 KR 48/08 –	RID 09-01-171
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 04.09.2008 – L 16 KR 94/07 –	RID 09-01-144
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.09.2008 – L 2 KN 78/05 KR –	RID 09-01-185
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.11.2008 – L 5 KR 29/08 –	RID 09-01-133
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2007 – L 10 B 39/06 KA –	RID 09-01-84
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.01.2009 – L 16 B 85/08 KR –	RID 09-01-149
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 30.01.2009 – L 16 B 88/08 KR ER –	RID 09-01-122
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.01.2009 – L 21 KR 1/08 SFB –	RID 09-01-181
<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 12.06.2008 – L 5 KA 3/08 –	RID 09-01-73
<b>LSG Saarland</b> , Urt. v. 12.11.2008 – L 2 KR 18/06 –	RID 09-01-130
<b>LSG Sachsen</b> , Beschl. v. 13.10.2008 – L 1 B 614/08 KR-ER –	RID 09-01-183
<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 28.11.2007 – L 4 KR 18/04 –	RID 09-01-190
<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 04.11.2008 – L 4 KA 14/06 –	RID 09-01-13
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 12.11.2008 – L 5 B 476/08 KR ER –	RID 09-01-168
<b>LG Arnsberg</b> , Urt. v. 13.05.2008 – 5 O 46/05 –	RID 09-01-230
LG Arnsberg, Urt. v. 12.10.2008 – 2 O 380/07 –	RID 09-01-215
<b>LG Darmstadt</b> , Urt. v. 24.11.2008 – 22 O 100/08 –	RID 09-01-262
<b>LG Karlsruhe</b> , Urt. v. 19.09.2008 – 15 O 26/08 –	RID 09-01-217
<b>LG München I</b> , Urt. v. 13.08.2008 – 1 HK O 8390/07 –	RID 09-01-261
LG München I, Urt. v. 14.01.2009 – 9 O 10239/04 –	RID 09-01-235
<b>LG Oldenburg</b> , Urt. v. 23.10.2008 – 15 O 1295/08 –	RID 09-01-282
<b>LG Stuttgart</b> , Urt. v. 30.07.2008 – 22 O 238/07 –	RID 09-01-244
<b>OLG Bamberg</b> , Beschl. v. 28.07.2008 – 4 U 115/07 –	RID 09-01-236
OLG Bamberg, Beschl. v. 12.08.2008 – 4 W 38/08 –	RID 09-01-240
OLG Brandenburg, Beschl. v. 07.08.2008 – Verg W 12/08 –	RID 09-01-267
<b>OLG Düsseldorf</b> , Urt. v. 09.09.2009 – I-20 U 168/07 –	RID 09-01-216
OLG Düsseldorf, Urt. v. 23.09.2008 – I-20 U 144/07 –	RID 09-01-220
<b>OLG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 04.11.2008 – 8 U 158/08 –	RID 09-01-239
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 23.12.2008 – 8 U 146/06 –	RID 09-01-229
<b>OLG Hamburg</b> , Beschl. v. 30.04.2008 – 3 U 221/06 –	RID 09-01-264
<b>OLG Hamm</b> , Urt. v. 17.01.2008 – 27 U 115/07 –	RID 09-01-263
OLG Hamm, Urt. v. 28.11.2008 – 26 U 28/08 –	RID 09-01-234
<b>OLG Jena</b> , Urt. v. 15.10.2008 – 4 U 990/06 –	RID 09-01-228
<b>OLG Karlsruhe</b> , Urt. v. 08.10.2008 – 7 U 200/07 –	RID 09-01-265
<b>OLG Koblenz</b> , Urt. v. 22.11.2007 – 4 W 38/08 –	RID 09-01-233
<b>OLG Köln</b> , Urt. v. 25.8.2008 – 5 U 243/07 –	RID 09-01-245
<b>OLG München</b> , Urt. v. 09.10.2008 – 1 U 2500/08 –	RID 09-01-243
<b>OLG Nürnberg</b> , Urt. v. 15.02.2008 – 5 U 103/07 –	RID 09-01-238
OLG Nürnberg, Urt. v. 10.06.2008 – 3 U 224/07 –	RID 09-01-221
OLG Nürnberg, Urt. v. 14.11.2008 – 5 U 1148/08 –	RID 09-01-237
<b>OLG Oldenburg</b> , Urt. v. 21.01.2009 – 5 U 24/08 –	RID 09-01-242
<b>OLG Stuttgart</b> , Urt. v. 20.05.2008 – 1 U 122/07 –	RID 09-01-241
<b>OLG Zweibrücken</b> , Beschl. v. 20.12.2007 – 4 U 105/07 –	RID 09-01-219
OLG Zweibrücken, Urt. v. 16.09.2008 – 5 U 3/07 –	RID 09-01-232
<b>OVG Niedersachsen</b> , Beschl. v. 13.01.2009 – 8 LA 88/08 –	RID 09-01-210
<b>OVG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 03.09.2008 – 6t E 429/08.T –	RID 09-01-213
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 16.12.2008 – A 4509/05 –	RID 09-01-252
<b>OVG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 04.07.2008 – 2 A 10313/08 –	RID 09-01-248
OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 09.12.2008 – 6 A 10694/08 –	RID 09-01-225
OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 09.12.2008 – 6 A 10726/08 –	RID 09-01-224
<b>OVG Sachsen-Anhalt</b> , Beschl. v. 07.11.2008 – 1 L 129/08 –	RID 09-01-254
<b>SG Aachen</b> , Gerichtsbb. v. 06.07.2007 – S 21 (4) KR 22/07 –	RID 09-01-142
SG Aachen, Urt. v. 28.10.2008 – S 13 (2) KR 81/07 –	RID 09-01-115
SG Aachen, Urt. v. 28.10.2008 – S 13 KR 102/08 –	RID 09-01-116
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 16.10.2008 – S 72 KR 210/06 –	RID 09-01-194
SG Berlin, Urt. v. 30.10.2008 – S 36 KR 1183/08 –	RID 09-01-176
SG Berlin, Urt. v. 30.10.2008 – S 36 KR 1271/07 –	RID 09-01-178
SG Berlin, Beschl. v. 18.11.2008 – S 79 KA 1907/06 ER –	RID 09-01-179
SG Berlin, Beschl. v. 12.11.2008 – S 79 KA 498/08 ER –	RID 09-01-74
<b>SG Detmold</b> , Urt. v. 03.12.2008 – S 5 KR 207/07 –	RID 09-01-164
<b>SG Dresden</b> , Urt. v. 29.10.2008 – S 11 KA 5042/05 Z –	RID 09-01-77
<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 18.09.2008 – S 8 KR 234/07 –	RID 09-01-155
SG Düsseldorf, Urt. v. 02.10.2008 – S 8 KR 142/05 –	RID 09-01-158
SG Düsseldorf, Urt. v. 02.10.2008 – S 8 KR 290/06 –	RID 09-01-138
SG Düsseldorf, Urt. v. 05.11.2008 – S 2 KA 58/07 –	RID 09-01-45
SG Düsseldorf, Urt. v. 05.11.2008 – S 2 KA 136/07 –	RID 09-01-10
SG Düsseldorf, Urt. v. 03.12.2008 – S 2 KA 129/07 –	RID 09-01-27
SG Düsseldorf, Urt. v. 11.12.2008 – S 8 KR 325/05 –	RID 09-01-141
SG Düsseldorf, Urt. v. 13.12.2007 – S 34 KR 95/05 –	RID 09-01-193
SG Düsseldorf, Beschl. v. 23.12.2008 – S 2 KA 160/08 ER –	RID 09-01-40
SG Düsseldorf, Urt. v. 14.01.2009 – S 2 KA 82/07 –	RID 09-01-86
SG Düsseldorf, Gerichtsbb. v. 19.01.2009 – S 8 KR 255/08 –	RID 09-01-165
<b>SG Fulda</b> , Urt. v. 15.05.2008 – S 4 KR 572/06 –	RID 09-01-163
<b>SG Gotha</b> , Urt. v. 13.02.2008 – S 7 KA 2743/05 –	RID 09-01-31

SG Gotha, Urt. v. 13.02.2008 – S 7 KA 4379/06 –	RID 09-01-30
<b>SG Hamburg</b> , Beschl. v. 05.09.2008 – S 48 KR 1002/08 ER –	RID 09-01-186
SG Hamburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 27 KA 145/06 –	RID 09-01-52
SG Hamburg, Urt. v. 10.09.2008 – S 27 KA 197/05 u.a. –	RID 09-01-48
SG Hamburg, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 84/06 u.a. –	RID 09-01-09
SG Hamburg, Beschl. v. 13.10.2008 – S 48 KR 1093/08 ER –	RID 09-01-175
SG Hamburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 27 KA 144/07 –	RID 09-01-61
<b>SG Hannover</b> , Urt. v. 11.10.2006 – S 35 KA 1212/02 –	RID 09-01-24
<b>SG Köln</b> , Urt. v. 24.10.2008 – S 26 KA 1/07 –	RID 09-01-55
SG Köln, Urt. v. 07.11.2008 – S 26 KA 4/08 –	RID 09-01-60
<b>SG Marburg</b> , Beschl. v. 14.11.2008 – S 12 KA 614/08 ER –	RID 09-01-71
SG Marburg, Urt. v. 11.11.2008 – S 6 KR 101/07 –	RID 09-01-157
SG Marburg, Urt. v. 26.11.2008 – S 12 KA 13/08 –	RID 09-01-39
SG Marburg, Urt. v. 26.11.2008 – S 12 KA 27/08 –	RID 09-01-14
SG Marburg, Urt. v. 26.11.2008 – S 12 KA 459/07 –	RID 09-01-26
SG Marburg, Urt. v. 26.11.2008 – S 12 KA 963/06 –	RID 09-01-42
SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 12/08 –	RID 09-01-19
SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 85/08 –	RID 09-01-12
SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 115/08 –	RID 09-01-38
SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 162/07 –	RID 09-01-20
SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 173/08 –	RID 09-01-47
SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 299/07 –	RID 09-01-21
SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 527/07 –	RID 09-01-18
SG Marburg, Beschl. v. 29.12.2008 – S 12 KA 857/08 ER –	RID 09-01-43
SG Marburg, Urt. v. 14.01.2009 – S 12 KA 507/08 –	RID 09-01-58
SG Marburg, Urt. v. 14.01.2009 – S 12 KA 575/08 –	RID 09-01-56
SG Marburg, Urt. v. 28.01.2009 – S 12 KA 194/08 –	RID 09-01-49
SG Marburg, Gerichtsbb. v. 02.02.2009 – S 12 KA 168/08 –	RID 09-01-72
<b>SG München</b> , Urt. v. 28.02.2008 – S 43 KR 806/07 –	RID 09-01-180
SG München, Urt. v. 23.09.2008 – S 19 KR 1103/06 –	RID 09-01-117
SG München, Urt. v. 23.09.2008 – S 19 KR 1493/06 –	RID 09-01-118
SG München, Urt. v. 11.10.2007 – S 2 KR 1482/05 –	RID 09-01-188
<b>SG Potsdam</b> , Urt. v. 05.12.2007 – S 1 KA 63/06 –	RID 09-01-64
SG Potsdam, Urt. v. 19.12.2007 – S 1 KA 168/07 –	RID 09-01-03
<b>SG Stuttgart</b> , Beschl. v. 25.09.2008 – S 10 KA 6012/08 ER –	RID 09-01-46
<b>SG Würzburg</b> , Urt. v. 14.10.2008 – S 6 KR 111/07 –	RID 09-01-159
<b>VG Ansbach</b> , Urt. v. 19.11.2008 – AN 15 K 08.01410 –	RID 09-01-247
<b>VG Gelsenkirchen</b> , Urt. v. 14.11.2008 – 3 K 254/08 –	RID 09-01-251
<b>VG Gießen</b> (BerufsG f. Heilb.), B. v. 14.11.2007 – 21 BG 1275/07 –	RID 09-01-212
<b>VG Göttingen</b> , Urt. v. 08.01.2009 – 2 A 3/08 –	RID 09-01-280
<b>VG Hamburg</b> , Urt. v. 12.08.2008 – 13 K 3776/07 –	RID 09-01-249
<b>VG Karlsruhe</b> , Urt. v. 28.02.2008 – 9 K 79/07 –	RID 09-01-223
<b>VG Oldenburg</b> , Urt. v. 21.11.2008 – 7 A 1606/08 –	RID 09-01-211
<b>VG Stuttgart</b> , Urt. v. 13.10.2008 – 12 K 721/08 –	RID 09-01-246
<b>VGH Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 13.12.2007 – 9 S 509/07 –	RID 09-01-260
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 11.11.2008 – 4 S 2725/06 –	RID 09-01-253
VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 08.12.2008 – 6 S 2300/08 –	RID 09-01-278
<b>VGH Bayern</b> , Urt. v. 16.07.2008 – 14 BV 07.1547 –	RID 09-01-250
VGH Bayern, Beschl. v. 27.10.2008 – 21 ZB 07.247 –	RID 09-01-222

## Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 05.02.2009. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen: B 6 KA ... R	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Honorarverteilung</b>				
Psychotherapeuten 1999 (KV Niedersachsen)	65/07 Termin: 11.03.2009	Wird der in Art 11 Abs 2 PsychThG/SGB 5 u. ÄndG normierte Mindestpunktwert für psychotherapeutische Leistungen in 1999 unterschritten, wenn er nur bei einer Jahresdurchschnittsbetrachtung, nicht aber in jedem einzelnen der vier Quartale eingehalten worden ist?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 26.09.2007 – L 3 KA 118/04 –	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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 08.11.2006 – L 3 KA 199/03 –	07-01-02
Keine Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen für begrenzte Zeit	4 u. 5/08 Termin: 28.01.2009 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 13.11.2007 – L 4 KA 5, 9 u. 11/07 –	08-02-12 bis 14
Unzulässige Individualbudgets: Bindung an Bewertungsausschuss (KV Baden-Württemberg II/05)	43/08	Verstößt ein Honorarverteilungsvertrag, der ein nach Punkten bemessenes Individualbudget vorsieht, das auf den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres basiert und die Leistungen mit einem floatenden Punktwert vergütet, gegen die Vorgabe fester Punktwerte in § 85 Abs 4 S 7 SGB 5 (Vorgabe für Regelleistungsvolumina)? Ist sie durch die Übergangsvorschrift unter III. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 gerechtfertigt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2054/08 –	09-01-08 (S. 9)
Bindende Vorgabe des Bewertungsausschusses für Regelleistungsvolumen (Nephrologen)	31/08 R	Ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss durch den Beschluss 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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 23.04.2008 – L 4 KA 69/07 –	08-04-06
Aufschlag für Gemeinschaftspraxen	41/08	Ist der Aufschlag für Gemeinschaftspraxen gemäß Nr 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBMÄ 2005 (Bestimmung der Höhe des Ordinationskomplexes) sowie gemäß Nr 3.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zur Bestimmung des Regelleistungsvolumens) mit höherrangigem Recht vereinbar?	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 409/07 –	08-04-20
Kalkulierbare	20/08	Dürfen bei der Einführung von Individualbudgets im Honorarverteilungsmaßstab auch	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> ,	08-02-15

Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen		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?	Urt. v. 22.01.2008, - L 4 KA 15/07 -	
Vergütung: rheumatologische Orthopäden/Internisten	50/07 <b>Termin:</b> 28.01.2009	Verstößt die unterschiedliche Höhe der Vergütung zwischen rheumatologisch tätigen Orthopäden und rheumatologisch tätigen fachärztlichen Internisten bezüglich der kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten ab 1.7.2002, die aus dem Fehlen von Praxisbudgets für die Internisten resultierte, gegen höherrangiges Recht?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 19.09.2007 - L 5 KA 4288/06 -	08-01-04
Punktwert für Wirtschaftlichkeitsbonus	32, 33/07 <b>Termin:</b> 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 Honoraropf zugeordnet werden?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 14.06.2007 - L 5 KA 22/05 - - L 5 KA 23/05 -	07-03-14 07-03-14a
Vergütungsanspruch bei angefochtener Genehmigung einer Arztanstellung	15/08 <b>Termin:</b> 11.03.2009	Wirkt die aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen in dreipoligen Beziehungen im Bereich des Vertragsarztes ex tunc oder ex nunc?	<b>SG Potsdam</b> , Urt. v. 19.09.2007 - S 1 KA 114/05 -	08-02-29
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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 09.04.2008 - L 3 KA 158/06 -	08-03-18
Vergütung im ambulanten Notfalldienst der Krankenhäuser	46, 47/07 <b>Termin:</b> 17.09.2008	Verstoßen die Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ab 1.4.2005 zur Vergütung der Leistungen im ambulanten Notfalldienst der Krankenhäuser gegen Art 3 Abs 1 GG?	<b>SG Saarland</b> , Urt. v. 12.09.2007 - S 2 KA 167 u. 246/07 -	08-01-14 08-02-27
Fremdanamnese im Notdienst	51/07 <b>Termin:</b> 17.09.2008	Ist die Erhebung der Fremdanamnese über einen kommunikationsgestörten Patienten im organisierten ärztlichen Notdienst nach Nr 19 EBM-Ä in der bis zum 31.3.2005 geltenden Fassung berechnungsfähig?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 26.09.2007 - L 4 KA 65/06 -	08-01-28
Leistungen zu Lasten sog. besonderer Kostenträger (Durchschnittspunktwert aller Ärzte)	48/07 <b>Termin:</b> 17.09.2008	Sind die Leistungen für Patienten, die von sogenannten "besonderen Kostenträgern" zu vergüten sind, nach einem Durchschnittspunktwert aller Ärzte zu vergüten oder sind die jeweiligen Auszahlungspunktwerte im Regional- und Ersatzkassenbereich zu berücksichtigen?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 16.05.2007 - L 12 KA 255/05 -	07-04-15
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?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 28.05.2008 - S 83 KA 398/05 -	
Abrechnung mit Hilfe einer Abrechnungsstelle	37/07 <b>Termin:</b> 10.12.2008	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung die Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen von gesetzlich versicherten Patienten durch ein Krankenhaus, das diese Abrechnungen durch ein privates Dienstleistungsunternehmen erstellen lässt, zurückweisen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 13.06.2007 - L 11 KA 110/06 -	07-03-22
Anrechnung einer HVM-Honorarbegrenzung auf Degressionsabzug	33 u. 39/08	Wie hat der Ausgleich einer Doppelbelastung durch Honorarabzüge wegen degressionsbedingter Punktwertabsenkungen einerseits und wegen Überschreitens individueller Bemessungsgrenzen andererseits zu erfolgen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 25.06.2008 - L 11 KA 12/08 - - L 11 KA 6/08 -	08-04-31

**Sachlich-rechnerische Berichtigung**

Richtigstellungsbetrag bei Praxis- und Zusatzbudgets	62/07 <b>Termin:</b> 11.03.2009	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?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 04.07.2007 - L 12 KA 11/06 -	08-01-25
Vergütungsausschluss belegärztlicher Leistungen	30/07 <b>Termin:</b> 28.01.2009	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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , 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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 60/06 -	08-03-31
Strahlentherapie mit Hilfe eines Multileaf-Kollimators	66/07 u. 45/07 <b>Termin:</b> 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	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 23.05.2007, L 3 KA 276/04 -, <b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 08.11.2006 - L 5 KA 1838/05 -	08-02-42 08-02-43
Einmal-Abdecksets	6/08 <b>Termin:</b> 11.03.2009	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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 16.01.2008 - L 11 KA 44/06 -	08-01-31
BEMA-Z: Nr. 01 neben Nr. 7500	1/08 <b>Termin:</b> 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 Gebührennummer 7500 des BEMA-Z (Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung) in derselben Sitzung zulässig oder ist die Gebührennummer 01 BEMA-Z als Bestandteil der Gebührennummer 7500 BEMA-Z anzusehen?	<b>SG Stuttgart</b> , Urt. v. 24.10.2007 - S 10 KA 5182/05 -	08-02-45

#### Arztregister

Keine Eintragung in Arztregister für Gesprächspsychotherapeut	45/08	Hat ein Psychotherapeut einen Anspruch auf Eintragung in das Arztregister, wenn er seine Fachkunde ausschließlich in der psychotherapeutischen Behandlungsmethode der "Gesprächspsychotherapie" erworben hat?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 2851/06 -	09-01-32 (S. 17)
---	-------	---	--	---------------------

#### Genehmigung der KV/Fachkunde/Notfalldienst

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?	<b>LSG Hessen</b> , 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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 18.06.2008 - L 4 KA 1/07 -	08-03-44
Nachfolgezulassung - Ausschreibungsfrist	29/08 Revision verworfen mit Beschl. v. 13.01.2009	Handelt es sich bei der von der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausschreibung einer Nachfolgezulassung gesetzten Frist um eine behördliche Ordnungsfrist mit der Folge, dass es in ihrem pflichtgemäßen Ermessen liegt, ob eine verspätete Bewerbung	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 23.04.2008 - L 12 KA 443/07 -	08-04-51

		noch berücksichtigt werden kann?		
Keine defensive Konkurrentenklage gegen Zweigpraxis	42/08	Kommt einem im örtlichen Umfeld niedergelassenen Vertragsarzt, der im Wesentlichen die gleichen Leistungen erbringt, eine Anfechtungsbefugnis im Wege einer defensiven Konkurrentenklage gegen eine Filialtätigkeitsgenehmigung nach § 24 Abs 3 S 1 Ärzte-ZV zu?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 23.07.2008 – L 12 KA 3/08 –	09-01-36 (S. 18)
Genehmigung als Belegarzt: Unzureichende Belegbettenzahl	44/08	Unter welchen Voraussetzungen liegt die missbräuchliche Schaffung einer Belegarztstelle vor und welche Indizien müssen für einen Missbrauchsfall vorliegen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 10.10.2007 – L 12 KA 622/04 – (nach NZB)	08-02-55

**Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress**

Nicht verordnungsfähiges Arzneimittel (Wobe Mugos E)	63, 64/07 <b>Termin:</b> 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 Arzneykostenregresses 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) krebskranker 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
Sprechstundenbedarfsregress wegen koaxialer Interventionssets: Vertrauensschutz	2/08	Scheidet ein Verordnungsregress wegen Sprechstundenbedarf (hier: koaxiale Interventionssets) aus Vertrauensschutzgründen aus, wenn die betreffende Kassenärztliche Vereinigung gegenüber den Prüfungsgremien und den betroffenen Vertragsärzten in mehreren Stellungnahmen bestätigt hat, dass diese Sets unter die Sprechstundenvereinbarung fallen bzw über Sprechstundenbedarf zu beziehen sind und erst zu einem späteren Zeitpunkt eine gegenteilige Auffassung vertreten hat?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 67/06 –	08-01-58
Physikalisch-therapeutische Leistungen	17/08	Verstößt eine Wirtschaftlichkeitsprüfung bzgl. der Verordnung von physikalisch-therapeutischen Leistungen in bestimmten Quartalen (hier: III/96 und IV/96) hinsichtlich ihrer Durchführung und Festsetzung der Regressbeträge - insbesondere mit Blick auf die Frage von Praxisbesonderheiten - gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 28.11.2007 L 6/7 KA 624/03	juris
Kostenfestsetzung durch Vorsitzenden des Berufungsausschusses	7/08	Ist der Vorsitzende eines Berufungsausschusses zur Kostenfestsetzung im Rahmen des § 63 Abs 3 SGB 10 allein entscheidungsbefugt, oder kann dieser Beschluss nur bei vollständiger Besetzung des Gremiums erfolgen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 19.12.2007 – L 11 KA 33/07 -	08-01-95

**Zulassung und Ermächtigung**

Zulassungsfähigkeit eines	35, 36/08	Kann ein Facharzt für Herzchirurgie zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> ,	08-04-49
---------------------------	-----------	--	----------------------------------	----------

Facharzt für Herzchirurgie		zugelassen werden?	Urt. v. 13.08.2008, – L 11 (10) KA 65/07 –, - L 11 KA 38/08 -	u. 50
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	13/07 <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 15.03.2006 – L 5 KA 2537/05 –	06-03-54
Sonderbedarfszulassung: Anforderungen an Bedarfsermittlung	10/08 <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 25.04.2007 – L 10 KA 48/06 – RID 07-03-67 (NZB)	07-03-67
Sonderbedarfszulassung: neue Schwerpunktbezeichnung	56/07 <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , 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? (hier: mehr als zwei Monate bei Überweisung zu einem Kardiologen)	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 23.04.2008, - L 11 (10) KA 49/07 -	09-01-59 (S. 26)
Missbräuchliche Schaffung einer Belegarztstelle	27/08	Unter welchen Voraussetzungen liegt die missbräuchliche Schaffung einer Belegarztstelle vor und welche Indizien müssen für einen Missbrauchsfall vorliegen? Kommt den Zulassungsgremien bei der Bewertung, ob ein Missbrauchsfall bei der Schaffung einer Belegarztstelle vorliegt, ein Beurteilungsspielraum zu?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 14.11.2007 – L 10 KA 5/07 –	08-01-68
Wiederzulassung nach kollektivem Zulassungsverzicht	14 u. 16/08	Welche Anforderungen sind an ein aufeinander abgestimmtes Verhalten iS von § 95b Abs 1 SGB 5 zu stellen? Setzt dieses voraus, dass sich der betreffende Zahnarzt mit einer bestimmten Gruppe gesammelt, sein Verfahren entsprechend strategisch ausgerichtet und dabei mit anderen kommuniziert hat? Verstößt die Wiederzulassungssperre nach § 95b Abs 2 SGB 5 gegen Verfassungsrecht?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 139 u. 149/06 –	08-02-85 u. 86
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?	<b>LSG Mecklenburg-Vorpommern</b> , Urt. v. 27.02.2008 - L 1 KA 7/06 -	
Ermächtigung einer Tagesklinik für Psychiatrische Institutsambulanz	61/07 <b>Termin:</b> 28.01.2009	Können eigenständige Tageskliniken, die ausschließlich teilstationäre Behandlungen anbieten, aber mit ca 16, 21 bzw 35 km entfernt liegenden vollstationären Krankenhäusern Kooperationsvereinbarungen geschlossen haben, als psychiatrische Krankenhäuser gemäß § 118 Abs 1 S 1 SGB 5 für ambulante Behandlungen ermächtigt werden? Hat die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Tatbestandswirkung für die Beurteilung der Frage, ob ein Krankenhaus iS von §§ 108, 118 SGB 5 vorliegt?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 17.10.2007 – L 10 KA 21/06 –	08-01-90

Defensive Konkurrentenklage gegen Sonderbedarfszulassung	25/08	Wird ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie durch die Entscheidung des Zulassungsausschusses über die Zulassung einer Konkurrentin im Wege einer Sonderbedarfszulassung in eigenen Rechten verletzt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 04.06.2008 - L 5 KA 4514/07 -	09-01-63 (S. 27)
	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 -	09-01-62 (S. 27)
	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 -	09-01-64 (S. 27)

**Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht**

Nachforderung für Psychotherapeuten	55/07 <b>Termin:</b> 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 <b>Termin:</b> 28.01.2009	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 Zulassungserlasses 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: 05.02.2009. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Ärztliche Behandlung</b>				
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 -	
	B 1 KR 3/09 R	Sind die Kosten einer im Jahr 2002 durchgeführten interstitiellen Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation als ambulante Leistung nach § 13 Abs 2 S 1 SGB 5 zu erstatten, wenn die Krankenkasse den Versicherten nicht auf die Inanspruchnahme einer stationären Brachytherapie an einem der dies anbietenden zugelassenen Krankenhäuser verwiesen hat?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 09.10.2008 - S 34 KR 246/07 -	
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
Stationäre Liposuktion bei ambulanter Behandlungsalternative	B 1 KR 11/08 R <b>Termin:</b> 16.12.2008	Hat eine Versicherte einen Kostenerstattungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse für eine stationär durchgeführte Liposuktion, wenn diese Behandlung auch ambulant durchgeführt werden konnte und von der Leistungspflicht als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ausgeschlossen ist?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 17.04.2008 - L 5 KR 174/07 -	08-03-127
	B 1 KR 2/09 R	Besteht ein Anspruch auf eine operative Brustverkleinerung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Behandlung orthopädischer und dermatologischer Krankheitsbeschwerden?	<i>SG Konstanz</i> , Urt. v. - S 2 KR 1994/04 -	

### Kostenerstattung

Ursachenzusammenhang zwischen Ablehnung und entstandenen Kosten	B 1 KR 2/08 R <b>Termin:</b> 16.12.2008	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
Beschränkung der Kostenerstattung nach § 13 IV 3 SGB V	B 1 KR 22/08 R	Verstößt die Beschränkung des Anspruchs auf Kostenerstattung nach § 13 Abs 4 S 3 SGB 5 höchstens auf die Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte, gegen Europarecht?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 24.04.2008 - L 1 KR 31/07 -	
Keine Berücksichtigung von Apothekenrabatt bei Wahl zur Kostenerstattung	B 1 KR 1/09 R	Handelt eine Krankenkasse rechtmäßig, wenn sie bei der Erstattung von Arzneimittelkosten an Versicherte, die an Stelle des Sachleistungsprinzips die Kostenerstattung gewählt haben, die sogenannten Apotheken- und Herstellerrabatte in Abzug bringt?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 12.11.2008 - L 2 KR 18/06 -	09-01-130 (S. 45)

#### Auslandskrankenbehandlung

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. 01.08.2007 - L 6 KR 8/06 -	

#### Arzneimittel

Lorenzo's Öl	B 1 KN 3/07 KR R (B 5b KN 3/07 KR R) <b>Termin:</b> 16.12.2008	Ist Lorenzos Öl, eine Mischung von Glycerol-Trioleat (GTO) und Glycerol-Trierucat (GTE), in der gesetzlich vorgegebenen Abgrenzung von Arzneimitteln und Lebensmitteln als Arzneimittel anzusehen? Ist es aus verfassungsrechtlicher Sicht geboten, die Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei nicht zugelassenen Arzneimitteln in Fällen einer lebensbedrohenden und regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung erweiternd auf andere notstandsähnliche Fallkonstellationen auszudehnen?	<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. 15.08.2007 - L 31 KR 91/07 – Urt. v. 11.04.2008 - L 1 KR 78/07 -	
Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel	B 1 KR 6/08 R <b>Termin:</b> 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) <b>Termin:</b> 20.11.2008	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 (Kraftknoten)	B 3 KR 6/08 R <b>Termin:</b> 20.11.2008	Besteht Anspruch auf Versorgung mit einem Rollstuhlrückhaltesystem - sog Kraftknoten – zur Sicherung des Transports eines Versicherten in einem Behindertentransportkraftwagen als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn dies den sicheren Transport des Versicherten zur Schule im Rahmen seiner gesetzlichen Schulpflicht dient?	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> Urt. v. 21.02.2008 – L 5 KR 129/07 –	08-02-169
Elektrorollstuhl	B 3 KR 8/08 R	Kann ein Versicherter auch dann auf die Nutzung eines handbetriebenen Rollstuhls anstelle des beanspruchten Elektrorollstuhls als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen werden, wenn er selbst bei der Bewegung des Rollstuhls körperlich erheblich eingeschränkt ist und familiäre Hilfe nur in beschränktem Maße erhalten kann?	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 20.04.2007 - L 4 KR 4697/06 -	09-01-154 (S. 51)
Umrüstung eines Fahrrad-Rollstuhls (Rollfiets) auf Elektrobetrieb	B 3 KR 11/08 R	Zum Anspruch eines komplett gelähmten Jugendlichen auf Umrüstung seines manuell betriebenen Fahrrad-Rollstuhls (Rollfiets) auf Elektrobetrieb.	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 07.05.2008 - L 5 KR 2013/07 -	
Wasserfeste Prothese (Badeprothese)	B 3 KR 2/08 R	Hat ein unterschenkelamputierter Versicherter Anspruch auf Versorgung mit einer wasserfesten Prothese in Form einer Badeprothese als Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung iS von § 33 Abs 1 S 1 Alt 3 SGB 5?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 11.12.2007 – L 11 KR 9/06 -	08-01-160
	B 3 KR 10/08 R	Hat ein Versicherter Anspruch darauf, eine ihm zuerkannte Badeprothese in einer salzwasserfesten Ausführung als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 18.01.2008 - L 1 KR 511/07 -	
	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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> 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?	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> 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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 30.05.2007 - L 6 KR 4/06 -	

#### Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Verabreichung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente mittels i. m.-Injektionen	B 3 KR 25/08 R	Besteht im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Anspruch auf Kostenerstattung für die Injektion nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 30.10.2008 – L 8 KR 353/07 -	09-01-169 (S. 57)
---	----------------	--	---	----------------------

#### Fahrkosten

Anspruch auf Rettungstransportwagen auch bei sog. Leerfahrt	B 1 KR 38/07 R <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> 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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> Urt. v. 17.01.2008 - L 5 KR 22/07 -	08-03-149

#### 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
<b>Rehabilitationsmaßnahmen/Soziotherapie</b>				
Soziotherapie	B 3 KR 21/08 R	Besteht bei einer über drei Jahre hinausgehenden Behandlungsbedürftigkeit mit Beginn des nächsten Drei-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Soziotherapie im Umfang von maximal 120 Stunden?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.09.2008 - L 11 KR 1171/08 -	09-01-177 (S. 59)
<b>Krankenhauskosten</b>				
Beschränkung der Amtsermittlungspflicht	B 3 KN 1 u. 4/08 KR R (alt: B 5b KN 1 u. 4/08 KR R) <b>Termin:</b> 20.11.2008	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 44 u. 92/04 KR -	juris
Verlegung in ein anderes Krankenhaus	B 1 KR 10/08 R <b>Termin:</b> 16.12.2008	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) <b>Termin:</b> 16.12.2008	Hat ein Krankenhausträger gegenüber einer Krankenkasse einen Vergütungsanspruch für den Krankenhausaufenthalt einer Versicherten, wenn diese aufgrund ihres psychischen Zustands nicht in die Häuslichkeit entlassen werden konnte und eine unmittelbare Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung wegen Fehlen eines erforderlichen Pflegeplatzes noch nicht möglich war?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 19.12.2006 - L 4 KR 74/05 -	08-01-183
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
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 Operieren 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>Termin:</b> 16.12.2008  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 –	juris
Zahlungsanspruch aus Fälligkeitsregelung einer Pflegesatzvereinbarung	B 1 KN 3/08 KR R (B 5b KN 3/08 KR R) <b>Termin:</b> 16.12.2008	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 -	juris
DRG-Ziffer F49C	B 1 KR 24/08 R	Ist eine Krankenhausvergütung gemäß DRG-Ziffer F49C um die nicht notwendigen Behandlungstage im Rahmen des § 1 Abs 3 KFPV 2005 zu kürzen?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 07.02.2008 - L 5 KNK 1/07 -	
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
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
<b>Weitere Leistungserbringer</b>				
Lieferant von Sondennahrung: Umsatzsteuersatz	B 3 KR 16 u.18/07 R <b>Termin:</b> 17.07.2008	Kann der Lieferant von Sondennahrung von der Krankenkasse die Zahlung des Regelsatzes anstelle des ermäßigten Umsatzsteuersatzes verlangen, wenn die Finanzverwaltung von ihm nach geänderter Rechtsauffassung Umsatzsteuer nach dem vollen Steuersatz erhebt?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 12.09.2007 - L 4 KR 243/05 -	
Rechtsweg bei Rabattverträgen	B 3 SF 2/08 R erledigt durch Beschl. v. 06.10.2008	Zum Rechtsweg für Streitigkeiten über die Ausschreibung zum Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a Abs 8 SGB 5.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<b>LSG Sachsen</b> , 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?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 12.02.2008 - L 5 KR 223/06 -	08-02-211
Hüftprotectoren in Hilfsmittelverzeichnis	B 3 KR 11/07 R	Sind Hüftprotectoren in das Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufzunehmen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 31.05.2007 - L 16 (5,2) KR 70/00 -	07-03-174
Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis: Geräte der nicht-invasiven Magnetfeldtherapie	B 3 KR 10/07 R	Zur Verpflichtung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Aufnahme eines Hilfsmittels (hier: Gerät zur Elektrostimulation des Knochen- und Bindegewebes mittels pulsierender Magnetfelder - nicht-invasive Magnetfeldtherapie) in das Hilfsmittelverzeichnis.	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 24.05.2007 - L 5 KR 245/00 -	07-03-173
Kein Anspruch auf Abschluss eines Vertrages	B 3 KR 26/08 R	Kann ein Hilfsmittellieferant den Abschluss eines Rahmenvertrages zu Konditionen beanspruchen, die einem anderen Hilfsmittellieferanten eingeräumt worden sind?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 26.06.2008 - L 5 KR 169/06 -	08-03-170
Heilmittelbringer: Pflicht zur Überprüfung der ärztlichen Verordnung	B 3 KR 4/07 R	Hat ein Physiotherapeut einen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse für krankengymnastische Leistungen, wenn die Verordnung des Vertragsarztes nach den Abgabebedingungen genehmigungspflichtig war, die Krankenkasse aber dem Versicherten mitgeteilt hat, eine Genehmigung der Maßnahme sei nicht erforderlich?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 19.10.2006 - L 8 KR 23/06 -	07-01-192
Haushaltshilfe: Abschluss einer Vergütungsvereinbarung	B 3 KR 23/07 R <b>Termin:</b> 17.07.2008	Hat ein privater Leistungserbringer für Haushaltshilfe einen Anspruch gegen die Krankenkassen auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach den mit den Wohlfahrtsverbänden vereinbarten Sätzen?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 10.07.2007 - L 11 KR 6157/06 -	07-03-182
Vergütung für Krankentransportleistungen	B 3 KR 25/07 R <b>Termin:</b> 20.11.2008	Zur Frage der gerichtlichen Überprüfung und Festsetzung der Vergütung für Krankentransportleistungen.	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 23.08.2007 – L 5 KR 152/03 –	07-04-146
<b>Krankenkassen</b>				
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)?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , 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?	<b>SG Hamburg</b> , 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , 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?	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 13.12.2007 - S 34 KR 95/05 -	09-01-193 (S. 65)

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 -	09-01-190 (S. 64)
<b>Sonstiges</b>				
Erstattungsanspruch und Kraftknoten	B 3 KR 16/08 R <b>Termin:</b> 20.11.2008	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 -	
Erstattungsanspruch und Angabe des Umfangs	B 1 KR 21/08 R	Muss der Erstattungsanspruch nach § 105 Abs 1 SGB 10 derart geltend gemacht werden, dass für den Erstattungsverpflichteten zumindest ersichtlich ist, in welcher ungefähren Größenordnung Erstattungsansprüche auf ihn zukommen?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 14.10.2008 - S 8 KR 222/05 -	juris