

# Rechtsprechungsinformationsdienst 09-02

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Redaktion</b>  | <b>7</b>  |
| <b>Editorische Hinweise</b>   | <b>7</b>  |
| <b>Erratum</b>  | <b>7</b>  |
| <b>A. VERTRAGSARZTRECHT</b>   | <b>8</b>  |
| <b>I. Honorarverteilung</b>   | <b>8</b>  |
| 1. Honorar Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin u. hausärztlicher Versorgungsbereich           | 8         |
| 2. Keine psychiatrischen Ordinations- und Konsultationsnrn. für Neurologen                        | 8         |
| 3. Laborreform 1999: Abstaffelungsregelung nach Präambel zu Kapitel O III EBM                     | 9         |
| 4. Arzneimittelbonusregelung und Therapieverantwortung  | 9         |
| 5. Umlage für sonstige Sicherstellungsmaßnahmen   | 9         |
| a) Nur KV-einheitlich zulässig  | 9         |
| b) Geltung für Krankenhäuser  | 10        |
| 6. Delegation der Erhebung einer Umlage auf Kreisstellen (Notdienst)/Aufrechnung                  | 10        |
| 7. Einzug der Praxisgebühr/Fehlerhafte Angaben  | 10        |
| 8. Verlust der Abrechnungsdaten durch KV/Beweiserleichterung bei Beweisvereitelung                | 11        |
| 9. Insolvenzverfahren   | 11        |
| a) Aufrechnung/Fälligkeit des Honorars/Keine Verzinsung der Honoraransprüche                      | 11        |
| b) Abschlagszahlungen nach Eröffnung eines Insolvenzverfahrens                                    | 12        |
| 10. Kein Anspruch auf Vollzugsfolgenbeseitigung bei zu Unrecht abgerechneten Leistungen           | 12        |
| 11. KV Hessen: Honorarbescheide ab Quartal II/05/Regelleistungsvolumen und Sonderregelung         | 13        |
| a) Honorarbescheide und Rückforderungsbescheide bzgl. Ziffer 7.5 HVV KV Hessen                    | 13        |
| b) Onkologisch verantwortlicher Arzt  | 13        |
| c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Probatorische Sitzung/Neuniederlassung              | 13        |
| 12. Zahnärzte   | 14        |
| a) Zahnersatz: Individuelle Basisvergütung/Härtefall u. zuzahlungsfreie Fälle                     | 14        |
| b) Verbands- und leistungsbereichsspezifische Honorar(unter)fonds                                 | 14        |
| <b>II. Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>   | <b>15</b> |
| 1. Honorarrückforderung gegenüber Gemeinschaftspraxis bei Gestaltungsmissbrauch                   | 15        |
| 2. Bereitschaftspauschale Nr. 03005 EBM 2005 nicht im Notfall (Quartal II/05)                     | 15        |
| 3. Nr. 5 EBM 1996 (Umwandlung in Nr. 6 EBM 1996)  | 15        |
| 4. Nr. 273 nicht neben Nr. 278 EBM 1996 am gleichen Tag   | 16        |
| 5. Laborreform 1999: Höchstwertregelung nach Nr. 4624 EBM   | 16        |
| 6. Zahnärzte  | 16        |
| a) Eingliederung von Zahnersatz vor Befürwortung des Heil- und Kostenplanes                       | 16        |
| b) Nr. 2402 GOÄ-82 nur bei eigenem Eingriff   | 17        |
| c) Notwendigkeit einer Konformitätserklärung bei ZE   | 17        |
| <b>III. Qualitätssicherung/Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst</b>                        | <b>18</b> |
| 1. Qualitätssicherung   | 18        |
| a) Anerkennung Laborpraxis als sog. Hygieneinstitut (Koloskopie-Vb).                              | 18        |
| b) Laborrichtlinie: Zeugnis von zur Weiterbildung ermächtigtem Arzt                               | 18        |
| c) Vorformulierung der Laborgenehmigung im Antragsformular  | 18        |
| 2. Zweigpraxis  | 18        |
| a) MVZ: Leistungsspektrum am Vertragsarztsitz   | 18        |
| b) Keine Versorgungsverbesserung durch finanzielle Patientenvorteile ("Zahnersatz zum Nulltarif") | 19        |
| 3. Abrechnungsgenehmigung für Gesprächspsychotherapie   | 19        |
| 4. Genehmigung EBM 2005   | 20        |
| a) Belegarzt: Kapitel 13.3.3 u. 13.3.7 EBM 2005 (Pneumologie und Gastroenterologie)               | 20        |
| b) Hausärztliche Internistin und fachärztliche Leistungen im belegärztlichen Bereich              | 20        |
| 5. Keine Ermächtigungsgrundlage für Beendigung der Substitutionsbehandlung                        | 21        |
| 6. Bereitschaftsdienst  | 21        |
| a) Organisation des Notdienstes über eine Anlaufpraxis  | 21        |
| b) Erhebung einer Umlage ohne Einvernehmen mit der Notdienstgemeinschaft (KV Hessen)              | 22        |
| c) Erhebung einer Kostenumlage durch Notdienstgemeinschaft  | 22        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>IV. Fortführung eines Disziplinarverfahrens nach Aufhebung eines Disziplinarbescheids</b>              | <b>23</b> |
| <b>V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz</b>                                   | <b>23</b> |
| 1. Richtgrößenprüfung: Ausschlussfrist von vier Jahren für Richtgrößenprüfung                             | 24        |
| 2. Regresse   | 24        |
| a) Verjährung einer unzulässigen Arzneimittelverordnung/Keine Hemmung durch Prüfantrag                    | 24        |
| b) Ausschlussfrist von vier Jahren für Arzneikostenregress  | 25        |
| c) Polyglobin im Off-Label-Use: Antragsfrist/Vertrauensschutz/Anschlussberufung                           | 25        |
| d) Octagam im Off-Label-Use bei Multipler Sklerose  | 26        |
| e) Opiatsubstitution ohne Substitutionsgenehmigung  | 26        |
| f) Methylphenidat-Präparate für Behandlung von Erwachsenen  | 26        |
| g) Verordnung von Bisphosphonat zur Vermeidung eines Infektionsrisikos                                    | 26        |
| h) Nicht verschreibungspflichtiges Mittel Subreum/Präklusion bei fehlender Mitwirkung                     | 27        |
| i) Dronabinol als Rezepturarzneimittel  | 27        |
| 3. Sprechstundenbedarf  | 27        |
| a) „Tabotamp“-Streifen  | 27        |
| b) Bisphosphonat (N2 Zometa - Wirkstoff: Zoledronsäure)   | 27        |
| c) Verordnung von Fingerschienen unzulässig   | 28        |
| d) Arzneiverordnung als Sprechstundenbedarf/Durchschnitts- und Einzelfallprüfung                          | 28        |
| 4. Vertretung des Beschwerdeausschusses durch Kanzlei des Vorsitzenden                                    | 29        |
| 5. Zahnärzte  | 29        |
| a) Anwesenheit bei Gutachtererstellung/Untersuchung durch Prothetikausschuss                              | 29        |
| b) Verzicht auf Einholung eines Obergutachtens  | 30        |
| c) Keine ausreichende Gelegenheit zur Nachbesserung   | 30        |
| d) Statistischer Kostenvergleich des Gesamtfallwerts  | 30        |
| aa) Statistische Vergleichsprüfung ab 2004/„Durchsanieren“/Parodontose- und ZE-Fälle                      | 30        |
| bb) Belegfallprüfung als Teil der sog. intellektuellen Prüfung  | 30        |
| cc) Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich der Endodontie/Zahnerhaltende Arbeitsweise                           | 31        |
| dd) Tätigkeitsschwerpunkte im Bereich der Endodontie und Füllungstherapie                                 | 31        |
| ee) „Bäckerkaries“/Mitarbeiter von Banken und Versicherungen  | 31        |
| <b>VI. Zulassungsrecht</b>  | <b>31</b> |
| 1. Bedarfsunabhängige Zulassung als psychologische Psychotherapeutin                                      | 32        |
| 2. Auswahl unter mehreren geeigneten Bewerbern/Dauer der ärztlichen Tätigkeit gedeckelt                   | 32        |
| 3. Praxisnachfolge: Rücknahme der Ausschreibung nur bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses        | 32        |
| 4. Sonderbedarfszulassung und hälftiger Versorgungsauftrag/Zweigpraxisgenehmigung                         | 33        |
| 5. Rechtmäßigkeit der 68-Jahre-Altersgrenze   | 33        |
| 6. Zulassungsentziehung   | 34        |
| a) Vorspiegelung selbständiger Tätigkeit/Wohlverhalten  | 34        |
| b) Verordnung fertiger Zytostatikarezepturen bei Eigenherstellung gegen Aufwandsentschädigung             | 35        |
| c) Sexuelle Verfehlungen eines Psychotherapeuten infolge seiner Persönlichkeitsstruktur                   | 35        |
| d) Trunksucht: Bezug des Trinkverhaltens zur ärztlichen Tätigkeit   | 36        |
| e) Nichtausübung: Fünf Jahre keine Abrechnung   | 37        |
| f) Falschabrechnung als Entziehungsgrund/Anordnung der sofortigen Vollziehung                             | 37        |
| 7. Ermächtigung   | 37        |
| a) Ermächtigung für MRT-Untersuchungen  | 37        |
| b) Räumliche Beschränkung einer Ermächtigung  | 37        |
| c) Voraussetzungen Sozialpädiatrisches Zentrum/Vorrangiger Antrag bei Verwaltung (§ 86a III 1 SGG)        | 38        |
| <b>VII. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen</b>  | <b>39</b> |
| 1. Berufsunfähigkeit: Kein Restleistungsvermögen für Tätigkeit als angestellter Arzt, Prüfarzt, Gutachter | 39        |
| 2. EHV: Höchstsatz bei vorzeitiger Inanspruchnahme  | 39        |
| <b>VIII. Aufsichtsrecht gegenüber GBA/Integrierte Versorgung</b>  | <b>40</b> |
| <b>IX. Gesamtvergütung</b>  | <b>40</b> |
| Aufrechnung/Regressanspruch gegen Vertragsarzt  | 40        |
| <b>X. Verschiedenes</b>   | <b>41</b> |
| 1. Schadensersatzanspruch einer Krankenkasse: Zahnarzt haftet nach Kickbackzahlungen für Laborgewinn      | 41        |
| 2. Keine Zertifizierung von Abrechnungsprogrammen bei Koppelung an Arzneimittelwerbung                    | 41        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>XI. Streitwert/Anwaltsvergütung</b>   | <b>42</b> |
| 1. Honorarbegrenzungsmaßnahmen und aus anderen Gründen streitiges Honorar                        | 42        |
| 2. Untätigkeitsklage: Dauer der Untätigkeit  | 42        |
| 3. Genehmigung einer Zweigpraxis   | 43        |
| 4. Sonderbedarfszulassung für Kinderarztpraxis   | 43        |
| 5. Klage gegen Schiedsamsentscheidung auf höhere Nachvergütung                                   | 43        |
| 6. Kein Festsetzungsinteresse für höheren Streitwert nach Klagerücknahme                         | 43        |
| 7. Erledigungsgebühr nach Teilabhilfe  | 44        |
| <b>XII. Entscheidungen des BSG</b>   | <b>44</b> |
| 1. Honorar   | 44        |
| a) Modifizierung von bundesmantelvertraglichen Regelungen durch EBM                              | 44        |
| b) Keine Erhebung einer Fremdanamnese im Notfalldienst   | 44        |
| c) Gleiche Vergütung für organisierten vertragsärztlichen Notfalldienst und Krankenhaus          | 45        |
| d) Vergütung sonstiger Kostenträger (Durchschnittspunktwerte der Ersatz- bzw. Primärkassen)      | 45        |
| e) Zahnärzte: Keine Abrechnung von Untersuchungsleistung neben Besuchsgebühr                     | 45        |
| 2. Plausibilitätsprüfung: Doppelbehandlung in Praxismgemeinschaft                                | 45        |
| 3. Leistungsbeschränkung bei Job-Sharing nach Maßgabe der Zulassungsentscheidung                 | 46        |
| 4. Sprechstundenbedarf: Belegärztlich und nicht belegärztlich tätige Chirurgen                   | 46        |
| 5. Zulassungsrecht   | 47        |
| a) Sonderbedarfszulassung  | 47        |
| aa) Kein Sonderbedarf wegen neuer Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung (Kinderkardiologie)      | 47        |
| bb) Versorgungslücke in gesamter Breite eines Versorgungsbereichs (Pneumologie)                  | 47        |
| b) Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: Zulassung auf Psychotherapeutenquote             | 47        |
| c) Zulassungsentziehung: Sexueller Missbrauch Auszubildender/Strafbefehl/Wohlerhalten            | 48        |
| 6. Gesamtvergütung   | 49        |
| a) Keine Anfechtung der Gesamtvergütung durch Krankenkasse ohne Verbandszugehörigkeit            | 49        |
| b) Art. 3 S. 1 WOrtPrG/Streitwert in Anfechtungsverfahren gegen Schiedssprüche                   | 49        |
| 7. Honorarbescheid im sog. Delegationsverfahren: Fristversäumnis/§ 44 II 2 SGB X                 | 49        |
| 8. Auswahl der ehrenamtlichen Richter  | 50        |
| 9. Streitwert für Klage auf höheres Honorar  | 50        |
| <b>B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT</b>  | <b>51</b> |
| <b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>   | <b>51</b> |
| 1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden   | 51        |
| a) Implantation torisch intraokularer Kontaktlinsen (ICL – sog. permanente Kontaktlinsen)        | 51        |
| b) Interstitielle Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation                               | 51        |
| c) Funktionelle Magnetresonanztomographie  | 51        |
| d) Apherese (in der Form der Chemopherese) bei einer Lyme-Borreliose                             | 52        |
| e) Operative Brustkorrektur mittels Liposuktion  | 52        |
| 2. Künstliche Befruchtung  | 52        |
| a) BVerfG: Beschränkung auf 50 v. H. der Kosten verfassungsgemäß                                 | 52        |
| b) Beschränkung auf 50 v. H. der Kosten  | 53        |
| c) Keine Kostenübernahme für die Behandlung der privat versicherten Ehefrau                      | 53        |
| 3. Kein Anspruch auf Abschluss eines Vertrags zur Palliativversorgung                            | 54        |
| 4. Arztvorbehalt: Keine Epilationsbehandlung (hier: Transsexuelle) durch Kosmetikerin            | 54        |
| 5. Zahnärztliche Leistungen: CBW-Brücke (Inlay-/Adhäsivbrücke)                                   | 54        |
| <b>II. Kostenerstattungsanspruch</b>   | <b>54</b> |
| 1. BVerfG: Nichteinhaltung des Beschaffungsweges wirkt nicht in die Zukunft                      | 54        |
| 2. Keine Kostenerstattung bei erfolgter Sachleistung   | 55        |
| 3. Keine Kostenerstattung für Privatbehandlung ohne Einholung einer Genehmigung der Krankenkasse | 56        |
| 4. Entscheidung nach Vorgesprächen einer ambulanten Psychotherapie                               | 56        |
| 5. Fehlende Kausalität   | 56        |
| a) Behandlung in Privatklinik  | 56        |
| b) Versorgung mit Hörgeräten   | 56        |
| <b>III. Stationäre Krankenhausbehandlung</b>   | <b>57</b> |
| 1. Mammareduktionsplastik  | 57        |
| 2. Magenverkleinerungs-(Gastric-Banding-)Operation   | 57        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>IV. Krankenbehandlung im Ausland</b>  | <b>57</b> |
| 1. Augenbehandlung in Kuba   | 57        |
| 2. Keine Kostenerstattung für 1994/95 durchgeführte Petö-Behandlungen in Budapest                    | 57        |
| 3. Hubschraubertransport in Österreich   | 58        |
| <b>V. Arzneimittel: Off-Label-Use</b>  | <b>58</b> |
| 1. Wachstumshormon Serostim bei HIV-Infektion zur Ermöglichung einer Behandlung                      | 58        |
| 2. Methylphenidathaltige Arzneimittel bei ADHS   | 59        |
| 3. Übernahmepflicht für die Behandlung mit Trastuzumab - Herceptin                                   | 59        |
| 4. Intravenöse Immunglobulingabe bei Polyradikuloneuropathie   | 60        |
| <b>VI. Hilfsmittel</b>   | <b>60</b> |
| 1. BVerfG: Pflicht zur Durchsetzung der Menschenwürde/Amtsermittlungsgrundsatz                       | 60        |
| 2. Elektrorollstuhl mit Mundsteuerung und nach hinten geneigter Sitzposition                         | 61        |
| 3. Rollfiets ohne Elektroantrieb für Kind  | 61        |
| 4. Sportrollstuhl  | 61        |
| 5. Keine Versorgung mit einem zweiten Rollstuhl  | 62        |
| 6. Scalamobil (Treppensteighilfe)  | 62        |
| 7. Orthopädische Turnschuhe  | 62        |
| 8. Cochlear-Implantat: Kein Verweis auf Klinik der integrierten Versorgung                           | 63        |
| 9. Optische Türklingeln als allgemeine Gebrauchsgegenstände  | 63        |
| 10. Braille-Zeile bei Versorgung mit einem Textvorlesesystem   | 63        |
| 11. Videotext-Vorlesemodul   | 63        |
| <b>VII. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe</b>   | <b>64</b> |
| 1. Anlegen von Kompressionsverbänden in Behinderteneinrichtung als Eingliederungshilfe               | 64        |
| 2. Kein Anordnungsgrund bei fehlender Androhung der Kündigung eines Pflegevertrags                   | 64        |
| 3. Haushaltshilfe nach Entbindung  | 64        |
| <b>VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Rehabilitation</b>   | <b>65</b> |
| 1. Keine Befreiung von jeglichen Zuzahlungen   | 65        |
| 2. Fahrkosten mit dem Taxi zu ambulanten Behandlungen  | 65        |
| 3. Rehabilitation  | 65        |
| a) Kein Überprüfungsantrag (§ 44 SGB X) für abgelehnte Rehabilitationsleistungen                     | 65        |
| b) Keine Kostenerstattung des Versorgungsträgers gegen Krankenkasse für Badekur                      | 65        |
| <b>IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen</b>                                  | <b>66</b> |
| 1. Beziehungen zu Krankenhäusern   | 66        |
| a) Vergabeverfahren: Sozialgerichtsweg/Wettbewerbsbeschränkende Abrede                               | 66        |
| b) Begrenzte Sachaufklärung bei Weigerung der Versicherten zur Beiziehung der Patientenakte          | 67        |
| c) Zahlung der Aufwandspauschale (§ 275 Ic 3 SGB V) nach Verweildauerprüfung                         | 67        |
| d) Aufwandspauschale nur für stationäre Behandlungen ab dem 01.04.2007                               | 67        |
| e) Verzugszinsen für Zahlungsanspruch einer Krankenkasse wegen überhöhter Krankenhausvergütung       | 68        |
| 2. Rabattverträge/Festbetragsfestsetzung   | 68        |
| a) 5 Regionallose für AOK-Bereich/Lauer-Taxe   | 68        |
| b) Kriterien einer Interessenabwägung  | 69        |
| c) Zusammenschluss von Krankenkassen zu einer "Einkaufsgemeinschaft"/Loslimitierung/Lauer-Taxe       | 70        |
| d) Einstweilige Anordnung gegen Festbetragsfestsetzung (Nebilet): Folgenabwägung                     | 71        |
| 3. Apotheker   | 71        |
| a) Keine Vergütung bei unmittelbarer Abgabe von Arzneimitteln vom Apotheker an Vertragsarzt          | 71        |
| b) Erstattung des Herstellerrabatts für niederl. Versandapotheke                                     | 72        |
| c) Herstellerabschlag (Berinert® P)  | 72        |
| d) Herstellerabschlag bei fehlerhafter Lauertaxe (Pamidronat Mayne)                                  | 73        |
| 4. Hilfsmittelerbringer: Kein Unterlassungsanspruch gegen Einsichtsbewilligung in Versorgungsvertrag | 73        |
| 5. Heilmittelerbringer: Keine Zulassung zur Podologischen Therapie für Masseur                       | 73        |
| 6. Häusliche Pflege- und Versorgungsleistungen   | 74        |
| a) Vergütungsanspruch nach Vertrag   | 74        |
| b) Keine Hausbesuchsgebühr bei Integration in Anlage eines Betreuten Wohnens                         | 74        |
| 7. Krankentransportunternehmen: Kein Schadensersatz bei Sammelfahrten des Dialyseunternehmens        | 74        |
| 8. Kostenerstattung für Rettungseinsatz durch Marineboot   | 74        |
| 9. Fristlose Kündigung eines Integrationsvertrages   | 75        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>X. Angelegenheiten der Krankenkassen</b>   | <b>75</b> |
| 1. Vollstreckung einer Unterlassungsverpflichtung/Androhung von Ordnungsgeld gegen Krankenkasse | 75        |
| 2. Sitzverlegung einer Mitgliedskasse außerhalb des Bereichs des Landesverbandes                | 76        |
| <b>XI. Verfahrensrecht</b>  | <b>76</b> |
| 1. Rechtswegzuweisung für Streitigkeiten um Krankenhausvergütung (§ 57a III SGG)                | 76        |
| 2. Kostentragung im einstweiligen Anordnungsverfahren ohne vorherigen Antrag bei Krankenkasse   | 77        |
| 3. Keine Streitwertfestsetzung durch Urteil   | 77        |
| <b>XII. Entscheidungen des BSG</b>  | <b>77</b> |
| 1. Fehlende Anerkennung ambulanter Behandlung und Krankenhausbehandlung (Liposuktion)           | 77        |
| 2. Kostenerstattungsantrag nach bestandskräftiger Ablehnung der Naturalleistung                 | 78        |
| 3. Arzneimittel   | 78        |
| a) Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel                                      | 78        |
| b) Erweiterte Verordnungsfähigkeit von Lebensmitteln (Nr. 15.2.5 AMRL) nichtig ("Lorenzos Öl")  | 78        |
| 4. Krankenhausleistungen  | 78        |
| a) Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung   | 78        |
| b) Vergütung einer nicht erforderlichen stationären Versorgung als ambulante Operationsleistung | 78        |
| c) DRG-System/Linksherzkatheteruntersuchung   | 79        |
| d) Fallpauschalenvergütung bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus                             | 79        |
| e) Abrechnung einer Fallpauschale bei fehlender Neuregelung                                     | 79        |
| 5. Höhe der zu erstattenden Umsatzsteuer  | 80        |
| a) Bruttopreisvereinbarung  | 80        |
| b) Nettopreisvereinbarung   | 80        |
| 6. Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung (Haushaltshilfe)                         | 80        |
| 7. Haft   | 80        |
| ungsumlage eines Landesverbands der Krankenkassen für Mitglieder                                | 80        |

## **C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE** **81**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. Ärztliches Berufsrecht</b>   | <b>81</b> |
| 1. BVerwG: Anerkennung einer in Russland abgeschlossenen Ausbildung als Arzt                   | 81        |
| 2. Berufsrecht   | 81        |
| a) Verdacht einer Berufspflichtverletzung ausreichend für berufsgerichtliches Verfahren        | 81        |
| b) Psychotherapeut: Verabreichung von Psychopharmaka/Zuziehen eines weiteren Arztes            | 81        |
| c) Zulässige gewerbliche Ernährungsberatung neben ärztlicher Tätigkeit                         | 81        |
| d) Berufspflichten bei der Abrechnung privatärztlicher Leistungen                              | 82        |
| e) Notwendiger Bezug einer Fortbildungsveranstaltung zur Patientenversorgung                   | 82        |
| f) Vorlage von Patientenunterlagen an Ärztliche Stelle kein Verstoß gegen Schweigepflicht      | 82        |
| g) Zusatzangabe "Tätigkeitsschwerpunkt Mund- und Kieferchirurgie" eines Oralchirurgen zulässig | 82        |
| 3. Ziviles Vertragsrecht   | 83        |
| a) Mangelhafter Gesellschaftsvertrag/Wettbewerbsverbot   | 83        |
| b) Pfändbarkeit und Abtretbarkeit ärztlicher Vergütungsansprüche nach Insolvenzeröffnung       | 83        |
| c) Apothekenvertrag mit Ärztevereinigung für preisgünstigstes Arzneimittel                     | 83        |
| 4. Strafrecht  | 84        |
| a) BGH: Bandenmäßige Begehung gewerbsmäßiger Betrugstaten bei Kickbacksystem für Zahnersatz    | 84        |
| b) Zur Strafbarkeit präimplantationsdiagnostischer Untersuchung in „Kinderwunschpraxis“        | 84        |
| 5. Kammern: Inkompatibilität: Kammervorstand und Organ des Versorgungswerks                    | 84        |
| 6. Versorgungswerk   | 85        |
| a) Keine Aufgabe zahnärztlicher Tätigkeit bei Fortführung durch Vertreter                      | 85        |
| b) Berufsunfähigkeitsrente für Zahnarzt bei Praxisaufgabe                                      | 85        |
| c) Rechtmäßige Satzung Versorgungswerk der Zahnärztekammer Niedersachsen                       | 85        |
| <b>II. Arzthaftung</b>   | <b>85</b> |
| 1. BGH: Haftung des zum Notfalldienst verpflichteten Arztes nach Benennung eines Vertreters    | 85        |
| 2. Kein Behandlungsvertrag durch Einteilung zum Notfalldienst und Benennung eines Vertreters   | 85        |
| 3. Kein Behandlungsfehler bei Mandeloperation  | 86        |
| 4. Nasenpolypenoperation (sog. Pansinus-Operation)   | 86        |
| 5. Kein Sachkundedefizit einer Krankenkasse bei Beratung durch MDK                             | 86        |
| 6. Aufklärung über erhebliches Risiko bei Voroperationen                                       | 87        |
| 7. Einzeitiges und zweizeitiges Vorgehen bei einer Basaliomentfernung                          | 87        |
| 8. Berufung auf Haftungsausschluss in Wahlleistungsvereinbarung bei kurzfristiger Vorlage      | 87        |

|   |            |
|---|------------|
| 9. Schwangerschaft/Geburten   | 88         |
| a) Kein Schaden bei unterlassener Mitteilung einer Schwangerschaft an Eltern einer Minderjährigen | 88         |
| b) Grober ärztlicher Behandlungsfehler bei Verzögerung der Verlegung Spezialkinderklinik          | 88         |
| c) Telefonischer Rat bei Geburt   | 88         |
| 10. Medikamenteneinnahme (VIOXX): Keine Beweiserleichterung nach Herzinfarkt                      | 88         |
| 11. Schutz vor Sturz aus dem Bett/Bettgitter  | 89         |
| 12. Sturz in geriatrischer Abteilung einer Reha-Klinik beim Verlassen des Bettes                  | 89         |
| 13. Vergütung für Kopien der Krankenakte  | 89         |
| 14. Selbstständiges Beweisverfahren bzgl. fehlerhaft angepasster Hüftgelenksprothese              | 89         |
| 15. Zahnärzte   | 90         |
| a) Fehlerhaftigkeit einer nicht mehr rekonstruierbaren Überkronung                                | 90         |
| b) Keine Berufung auf anderweitige Dokumentation bei mangelhafter Dokumentation                   | 90         |
| <b>III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe</b>                                 | <b>90</b>  |
| 1. Privatbehandlung: Zahnärztlicher Behandlungsvertrag/Vergütungsanspruch                         | 90         |
| 2. Private Krankenversicherung  | 90         |
| a) BGH: Erstbehandlungsklausel und Allgemeinmediziner/Hausärztlicher Internist                    | 90         |
| b) Individuell ausgehandelte Ausschlussklausel zur Verhinderung eines sog. Therapeutenhoppings    | 91         |
| 3. BVerwG: Beihilfe und Angemessenheit der Kosten einer stationären Behandlung                    | 91         |
| <b>IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel</b>                          | <b>91</b>  |
| 1. EuGH   | 91         |
| a) Mehrfache Preissenkungen zulässig  | 91         |
| b) Keine Zulassungspflicht von Kapseln mit rot fermentiertem Reis als Arzneimittel                | 92         |
| c) Einschränkungen für Arzneimittelwerbung gelten auch für Dritte                                 | 92         |
| 2. Drittschützender Charakter der Schutzfristregelung in § 22 AMG (Clopidogrel)                   | 92         |
| 3. Keine Bonus-Taler für Rx-Präparate   | 93         |
| 4. Falsche Verbrauchererwartung „geistige Fitness“  | 93         |
| 5. Mundspülung mit dem Wirkstoff Chlorhexidin kein Arzneimittel                                   | 93         |
| 6. Automatisierte Arzneimittelausgabe zulässig  | 93         |
| 7. Unzulässige Bewerbung des verkürzten Versorgungswegs mit Brillen                               | 93         |
| <b>V. Verschiedenes</b>   | <b>94</b>  |
| 1. EuGH   | 94         |
| a) Errichtung privater Krankenanstalten in Österreich   | 94         |
| b) Pflichtmitgliedschaft in Berufsgenossenschaft  | 94         |
| 2. BVerfG   | 94         |
| a) Schließung einer Bettenstation der nuklearmedizinischen Klinik an Universitätsklinikum         | 94         |
| b) Begründung einer Nichtzulassungsbeschwerde mit Verfassungswidrigkeit einer Norm                | 95         |
| 3. Bayerischem Hausärzterverband wird Weitergabe einer Patienteninformation untersagt             | 95         |
| 4. Kein Widerruf einer amtsärztlichen Diagnose  | 96         |
| 5. Heilpraktikererlaubnis für Laser-Ohrakupunktur   | 96         |
| 6. „Testmitgliedschaft“ in gesetzlicher Krankenkasse  | 96         |
| 7. Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge durch gesetzl. Krankenkasse                   | 96         |
| 8. Krankenhäuser  | 97         |
| a) BVerwG: Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen  | 97         |
| b) BVerwG: Berücksichtigung der BAT-Berichtigung für das Jahr 2004                                | 97         |
| c) Beleihung privater Krankenhäuser   | 97         |
| d) Persönliche Beratungspflicht des Krankenhausapothekers   | 98         |
| e) Zulässiger "Boykottaufruf" wegen Missständen in Krankenhaus                                    | 98         |
| 9. Sozialversicherungspflicht der Mitglieder des KV-Vorstandes                                    | 98         |
| 10. Verwaltungsgebühr für Leichenschau  | 98         |
| 11. Schwangerschaftskonfliktberatung  | 98         |
| a) BVerwG: Kommunale Förderung einer Beratungsstelle  | 98         |
| b) Förderanspruch und Personal- und Sachkosten  | 99         |
| 12. Rechtsgrundlage erforderlich für Nichtaufnahme in Notdienstplan (Tierärzte Berlin)            | 99         |
| 13. Die Altersgrenze von 65 Jahren für Seelotsen ist nicht zu beanstanden                         | 99         |
| 14. Steuerrecht: Umsatzsteuerfreie Musiktherapie zur Berufsvorbereitung                           | 99         |
| <b>Verzeichnis der Entscheidungen</b>   | <b>100</b> |

**ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT \_\_\_\_\_ 104**

**ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG  
(LEISTUNGSRECHT) \_\_\_\_\_ 110**

**Redaktion**

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

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

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

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

Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar:  
**www.dg-kassenarztrecht.de.**

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

**Editorische Hinweise**

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

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

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

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

Die Datenbank [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum **09.05.2009** eingestellten Entscheidungen.

**Erratum**

**LSG Hessen**, Beschl. v. 14.01.2009 – L 4 KA 122/08 B ER – RID 09-01-44 und

LSG Hessen, Beschl. v. 25.06.2008– L 4 KA 48/08 B ER – RID 09-01-69 wurden mit unvollständigem Az. angegeben.

SG Marburg, Urt. v. 12.12.2007 – S 12 KA 218/07 – RID 08-01-77 wurde mit fehlerhaftem Datum angegeben.

## A. VERTRAGSARZTRECHT

### I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 11.03.2009 – **B 6 KA 65/07 R** – muss das nach Art. 11 II PsychThGEG den **psychotherapeutischen Leistungserbringern garantierte Mindestvergütungsniveau** für das Jahr 1999 in jedem einzelnen Quartal des Jahres 1999 in jedem Krankenkassenbereich gewahrt sein; die Einhaltung des Mindestniveaus lediglich im Durchschnitt des gesamten Jahres 1999 genügt nicht; die Regelung bezieht sich auf die Auszahlungspunktwerte, mit denen die vertragsärztlichen Leistungen honoriert werden; 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 KHEntgG 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).

H. Kamps, GKV-Mammographie-Screening – System oder Strukturchaos, MedR 2009, 216-221; M. Imbeck, Direktabrechnung durch Laborgemeinschaften – Das Ei des Kolumbus oder ein Irrweg?, MedR 2009, 10-15.

#### 1. HONORAR FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN U. HAUSÄRZTLICHER VERSORGBEREICH

**LSG Hessen, Urt. v. 25.03.2009 – L 4 KA 36/08 –**

**RID 09-02-01**

SGB V §§ 73 Ia 4, 85 IV, IVa

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

**SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 14/07 -** RID 08-01-03 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 2. KEINE PSYCHIATRISCHEN ORDINATIONS- UND KONSULTATIONSNRN. FÜR NEUROLOGEN

**SG Hamburg, Urt. v. 03.12.2008 – S 27 KA 180/06 –**

**RID 09-02-02**

SGB V § 85 IV

Ein Neurologe kann nicht psychiatrische Ordinations- und Konsultationsnrn. (Nr. 21210 bis 21212 u. 21215 EBM 2005) abrechnen.

Für eine verfassungsrechtlich relevante Benachteiligung der Gruppe der Neurologen bestehen in den Quartalen II/03 bis I/06 keine Anhaltspunkte.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 3. LABORREFORM 1999: ABSTAFFELUNGSREGELUNG NACH PRÄAMBEL ZU KAPITEL O III EBM

*LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 445/04 –*

RID 09-02-03

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 8/09 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 85 IV, 87 IIa 7; Nr. 3454 EBM

Die Abstaffelungsregelung der Präambel zu Kap. O III EBM ist rechtmäßig.

*SG München*, Urt. v. 04.03.2004 - S 38 KA 1105/02 u.a. - wies die Klage einer laborärztlichen Gemeinschaftspraxis ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Nach *BSG*, Urt. v. 11.10.2006 - B 6 KA 46/05 R – SozR 4-2500 § 87 Nr. 13 = BSGE 97, 170 = Breith 2007, 725 = USK 2006-108 sind Laborärzte durch die Neuregelung der Vergütung von Laborleistungen zum 01.07.1999 und den damit verbundenen Umsatzrückgang nicht in ihren Rechten verletzt; nach *BSG*, Urt. v. 23.05.2007 - B 6 KA 2/06 R – SozR 4-2500 § 87 Nr. 15 = GesR 2007, 577 = USK 2007-46 durfte der Bewertungsausschuss die Gewährung des zum 01.01.2000 eingeführten 24-prozentigen Aufschlags auf die Kostenerstattungen nach Kap O Abschn. III EBM begrenzen; nach *BSG*, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 55/03 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 9 = GesR 2005, 414 ist der sog. Wirtschaftlichkeitsbonus von § 87 SGB V gedeckt und verstößt auch nicht gegen das Grundgesetz.

Zur **Höchstwertregelung nach Nr. 4624 EBM 1996** s. *LSG Bayern*, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 227/05 – RID 09-02-23; zur **Nr. 3554 EBM u. Festvergütung** in DM für technische Laborkosten s. *LSG Thüringen*, Urt. v. 24.01.2007 – L 4 KA 935/05 –RID 07-04-13; zur Laborreform 1999 s. ferner *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 14.06.2007 – L 5 KA 22 u. 23/05 – RID 07-03-15 u. 14 (zur Zurücknahme der Revision durch d. Bkl. s. Terminb. Nr. 62/08 des BSG, Termin am 10.12.2008); zur Klage von Laborärzten s.a. *SG Frankfurt a. M.*, Urteil v. 05.05.2004 - S 27 KA 4405/02 - RID 04-03-24 m.w.N.

### 4. ARZNEIMITTELBONUSREGELUNG UND THERAPIEVERANTWORTUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.03.2009 – L 11 KA 28/08 –*

RID 09-02-04

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31, 82 II 1, 83 I, 84, 85 III, IV

**Vereinbarungen über die Gesamtvergütung** berechtigen und verpflichten ausschließlich die Vertragspartner der vertragsärztlichen Versorgung sowie die beteiligten Krankenkassen und nicht - auch nicht mittelbar - den einzelnen Vertragsarzt. Dies führt dazu, dass die Vereinbarung der Gesamtvergütung vom Vertragsarzt nicht inzidenter in einem Vergütungsstreit mit seiner KV überprüft werden kann (BSG, Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 6/04 R - BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 21; vgl. auch BSG, Urt. v. 28.09.2005 - B 6 KA 71/04 R - BSGE 95, 141 = SozR 4-2500 § 83 Nr. 2 - für Krankenkassen; SG Düsseldorf, Urt. v. 20.12.2006 - S 2 KA 199/06 -).

Die Gesamtvertragsparteien können einen Vertrag über eine **Arzneimittelbonusregelung** schließen, durch den die Steigerung des Umsatzanteils von Generika, das Sinken des Anteils von Me-too-Präparaten (= Analog-Präparaten) und das Sinken des Anteils von kontrovers diskutierten Arzneimitteln erreicht werden soll und Ärzte, die durch eine wirtschaftliche Verordnungsweise zur Erreichung des vereinbarten Ausgabevolumens beitragen, Bonuszahlungen erhalten.

Dadurch wird der Vertragsarzt auch nicht in seiner **Therapieverantwortung** tangiert. Der teilweise als "Therapiefreiheit" postulierte Grundsatz (vgl. BSG v. 28.6.2000 - B 6 KA 26/99 R -) existiert in dieser Allgemeinheit nicht. Maßgebend ist das Bestimmungsrecht des Patienten. Es kann allenfalls von der Therapieverantwortung des Arztes gesprochen werden (LSG Nordrhein-Westfalen v. 03.12.1997 - L 11 Ka 145/96 - sowie Beschl. v. 30.10.1998 - L 11 B 30/98 KA NZB -).

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 21.11.2007 - S 33 KA 157/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 5. UMLAGE FÜR SONSTIGE SICHERSTELLUNGSMAßNAHMEN

#### A) NUR KV-EINHEITLICH ZULÄSSIG

*LSG Bayern, Urt. v. 29.10.2008 – L 12 KA 397/07 –*

RID 09-02-05

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 81 I 3 Nr. 5

Nach der Satzung der KV Bayern können auch Umlagen erhoben werden (vgl. bereits LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 – L 12 KA 236/04 – RID 07-04-17). Dies gilt auch für eine Umlage für sonstige Sicherstellungsmaßnahmen. Diese darf grundsätzlich nicht je nach Bezirksstellenzugehörigkeit des Arztes in **unterschiedlicher prozentualer Höhe** des zur Abrechnung gelangten Honorars erhoben werden (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 28.03.2007 – L 12 KA 361/04 – RID 07-03-48 zu einer Umlage für den Bereitschaftsdienst, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 28.11.2007 – B 6 KA 40/07 B -). Liegt der Prozentsatz der Bezirksstelle (hier: 0,198 %) unter dem fiktiven bayernweiten Prozentsatz (hier: 0,264 %), so ist die Klage mangels Beschwer unzulässig.

*SG München*, Urt. v. 27.07.2004 - S 42 KA 2493/02 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## B) GELTUNG FÜR KRANKENHÄUSER

*LSG Bayern, Urt. v. 29.10.2008 – L 12 KA 394/07 –*

RID 09-02-06

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 81 I 3 Nr. 5

Ist in einem **Vertrag für Notfallbehandlungen** in einem Krankenhaus geregelt, dass die für Vertragsärzte maßgebenden gesetzlichen, satzungsmäßigen und vertraglichen Bestimmungen gelten, so gilt dies auch für die Verpflichtung zur Zahlung einer Umlage für sonstige Sicherstellungsmaßnahmen (vgl. bereits LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 – L 12 KA 236/04 – RID 07-04-17).

*SG München*, Urt. v. 14.01.2004 - S 38 KA 905/03 u.a. - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

**Parallelverfahren:** *SG München*, Urt. v. 14.01.2004 - S 38 KA 1354/03 u.a. -

*LSG Bayern, Urt. v. 29.10.2008 – L 12 KA 395/07 –*

RID 09-02-07

www.sozialgerichtsbarkeit.de

## 6. DELEGATION DER ERHEBUNG EINER UMLAGE AUF KREISSTELLEN (NOTDIENST)/AUFRECHNUNG

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 04.11.2008 – L 4 KA 2/06 –*

RID 09-02-08

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 75, 81

Durch Beschluss einer Abgeordnetenversammlung kann die **Organisation des Notdienstes** und die Erhebung einer **Umlage** auf die **Kreisstellen** delegiert werden (hier: Zeitraum 1998 bis 1. Hj. 2002). Die Einzelheiten der Umlage müssen im Beschluss nicht geregelt werden.

Entsprechend anwendbar sind für die öffentlich-rechtlichen Schuldverhältnisse des Vertragsarztrechts im Wege der Lückenfüllung die Vorschriften des Allgemeinen Schuldrechts über die **Aufrechnung** in §§ 387 ff. BGB (BSG, Urt. v. 07.02.2007 - B 6 KA 6/06 R - BSGE 98, 89 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 31 m.w.N.; Urt. v. 17.11.1999 - B 6 KA 14/99 R - SozR 3-2500 § 75 Nr. 11, juris Rn. 27 m.w.N.).

*SG Kiel*, Urt. v. 11.01.2006 - 15 KA 450/03 - gab der Klage statt und verpflichtete die KV, den als „Umlage H. 1998 bis 2002“ einbehaltenen Betrag an die Kl. auszukehren; das *LSG* verurteilte die Bekl. auf deren Berufung, der Kl. aus der Honorarabrechnung für das Quartal I/02 einen Betrag in Höhe von 800,00 DM (409,03 EUR) zu zahlen.

## 7. EINZUG DER PRAXISGEBÜHR/FEHLERHAFT ANGABEN

*LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 70/07 –*

RID 09-02-09

SGB V § 85 IV 1 u. 2

Es ist nicht zu beanstanden, dass **Fragen der verspäteten Abrechnungsabgabe**, der Abgeltung des Verwaltungsaufwandes bei Fristversäumnis und des Verlusts des Abrechnungsanspruches in ihren Grundzügen auch inhaltlich im **HVV** nach § 85 IV 2 SGB V geregelt werden (vgl. BSG, Urt. v. 21.10.1998 - B 6 KA 71/97 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 = BSGE 83, 52 = NZS 1999, 362, juris, Rn. 28; BSG, Urt. v. 26.06.2002 - B 6 KA 28/01 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 47 = NZS 2003, 494). Daher bestehen auch keine Bedenken, wenn der **Vorstand** einer KV aufgrund einer Ermächtigungsnorm im HVV die Statuierung einer Regelung durch Übernahme einer Vorgängerregelung beschließt.

Eine Bestimmung in einem HVM, nach der der Vertragsarzt **Korrekturen** im Regelfall nur **innerhalb von 10 bzw. 8 Wochen** nach Ende eines Abrechnungsquartals 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 - SozR 4-2500 § 85 Nr. 37) (Festhalten an LSG Hessen, Urt. v. 24.09.2008 – L 4 KA 43/07 – RID 09-01-11).

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. 26.09.2007– S 12 KA 100/07 – RID 07-04-18 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 8. VERLUST DER ABRECHNUNGSDATEN DURCH KV/BEWISERLEICHTERUNG BEI BEWEISVEREITELUNG

*LSG Hessen, Urt. v. 24.09.2008 – L 4 KA 22/07 –*

RID 09-02-10

*Revision zugelassen*  
SGB V § 85 IV

Die Regelungen über die **Beweiserleichterung bei Beweisvereitelung** finden Anwendung, wenn durch (fahrlässiges) **Organisationsverschulden der KV** die von einem Vertragsarzt in elektronischer Form eingereichten Originaldaten nicht mehr zur Verfügung stehen und ihm hierdurch ohne eigenes Verschulden der Nachweis eines Fehlers bei der Auswertung dieser Daten in den angefochtenen Honorarbescheiden nicht mehr möglich ist. Gerade wegen der besonderen Bedeutung der Garantieerklärung des Vertragsarztes, die sich auf die eingereichten Abrechnungsdaten bezieht, ist die KV auch ohne besonderen Anlass verpflichtet, die eingereichten Abrechnungsdaten so zu sichern, dass sie bis zum bestandskräftigen Abschluss des Abrechnungsverfahrens zur Verfügung stehen. Es kommt nicht darauf an, ob die KV im Einzelfall bei einem angefochtenen Honorarbescheid bereits erkennen kann, ob Einzelheiten der Abrechnung oder mehr grundsätzliche Fragen im Mittelpunkt des Streits stehen.

Als Folge der Beweiserleichterung sind aber nicht die vom Vertragsarzt **nachträglich vorgelegten elektronischen Leistungsdaten** von der Festplatte seines Computers der Abrechnung zu Grunde zu legen, denn die Richtigkeit dieser Daten ergibt sich weder aus der teilweisen nachträglichen Auswertung durch die KV, noch existieren irgendwelche Beweismittel, mit denen die Übereinstimmung dieser Daten mit den vom Vertragsarzt auf den Abrechnungsdisketten ursprünglich vorgelegten Daten bewiesen werden könnte.

Das grundsätzlich weite **Schätzungsermessen der KV** ist wegen einer von ihr zu verantwortenden Beweisvereitelung allerdings zu Gunsten des Vertragsarztes zu beschränken. Liegt die Fehlerhaftigkeit des Honorarbescheides letztlich im Verantwortungsbereich der KV, erscheint es billig, wenn die KV im Rahmen ihres Schätzungsermessens die sich ergebende Durchschnittspunktzahl aus den vier den streitigen Quartalen unmittelbar vorausgehenden und den vier unmittelbar nachfolgenden, bereits abgerechneten Quartalen bei der Neufestsetzung des Honorars zugrunde legt, sofern dies möglich ist, oder auch der Einfachheit halber den Fachgruppendurchschnitt in den streitigen Quartalen zubilligt, wobei das mit den angefochtenen Honorarbescheiden zunächst bewilligte Honorar zu Gunsten des Vertragsarztes die Untergrenze der Neufestsetzung bildet.

*SG Frankfurt a. M., Urt. v. 13.12.2006 – S 5 KA 14/05 WA –* gab der Klage statt und verurteilte zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## 9. INSOLVENZVERFAHREN

### A) AUFRECHNUNG/FÄLLIGKEIT DES HONORARS/KEINE VERZINSUNG DER HONORARANSPRÜCHE

*SG Berlin, Urt. v. 28.05.2008 – S 83 KA 398/05 –*

RID 09-02-11

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 30/08 R*

juris

SGB V §§ 85 IV 1, 130 I 1; InsO §§ 96 I Nr. 3, 130 I Nr. 1 u. 2; BGB §§ 286 I, 288, 291, 387, 389; SGB I §§ 44 I

Bei § 96 I Nr. 3 InsO ist zu prüfen, ob eine vergleichbare Erfüllung im Zeitpunkt des Entstehens der **Aufrechnungslage vor Verfahrenseröffnung** nach den allgemeinen Vorschriften der §§ 129 ff. InsO **anfechtbar** wäre. Diese Voraussetzungen liegen vor, wenn im Falle, dass der Gemeinschuldner die Forderungen der KV bzw. der Krankenkassen zu dem Zeitpunkt, zu dem die Aufrechnung wirkt, erfüllt, die Erfüllung gemäß §§ 129 I, 130 I Nr. 1 bzw. Nr. 2 InsO der Anfechtung unterläge.

Die Höhe des Anspruchs auf Teilhabe an der **vertragsärztlichen Vergütung** steht erst mit der jeweiligen Quartalsabrechnung aller Mitglieder der KV fest und wird durch den Erlass des **Honorarbescheids** konkretisiert, so dass sich die Forderungen zur **Aufrechnung** erst ab diesem Zeitpunkt geeignet gegenüberstehen.

Die Besonderheiten des vertragsärztlichen Vergütungssystems führen nicht zur Auslegung des § 96 InsO dergestalt, dass die **von der KV vorgenommene Aufrechnung** bzw. Verrechnung nicht unter die genannte Vorschrift fällt.

Für die **Verzinsung** eines Honoraranspruchs fehlt es an einer sozialrechtlichen Rechtsgrundlage (BSG, Urt. v. 13.11.1996 – 6 RKA 78/95 –).

Der kl. Insolvenzverwalter über das Vermögen des Arztes E - Insolvenzeröffnung am 04.10.2000 – wandte sich gegen Verrechnungen der bekl. KV. Die KV hatte mit dem Honorar des E für die Quartale IV/98 (68.870,69 DM; Honorarbescheid v. 17.05.1999) u. I/99 (54.796,84 DM; Honorarbescheid v. 16.8.1999)

Forderungen der Krankenkassen und eigene in Höhe von 48.637,95 DM (IV/98) und 54.796,84 DM aufgerechnet. Das vom Kl. ursprünglich angerufene **LG Berlin**, Urt. v. 08.04.2003 gab der Klage statt, **KG Berlin**, Urt. v. 04.05.2004 wies die Berufung zurück; **BGH**, Urt. v. 04.08.2005 - IX ZR 117/04 - RID 05-04-47 verwies den Rechtsstreit an das SG. Das **SG** gab der Klage mit Ausnahme des Zinsanspruchs statt und verurteilte die KV zur Zahlung von 34.702,87 €.

Nach **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 -) sind vertragsärztliche Honorarnachzahlungen nicht zu **verzinsen**.

Nach **SG Marburg**, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 50/08 – RID 08-04-05 (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 111/08 -) ist eine KV berechtigt, Honorarrückforderungsansprüche wegen zu hoher **Vorschusszahlungen** vor Insolvenzeröffnung mit Honoraransprüchen des Insolvenzschuldners aufgrund nach Insolvenzeröffnung festgesetzter Honoraransprüche für die gleichen Quartale **aufzurechnen**.

## B) ABSCHLAGSZAHLUNGEN NACH ERÖFFNUNG EINES INSOLVENZVERFAHRENS

**SG Stuttgart, Beschl. v. 12.12.2008 – S 10 KA 7601/08 ER –**

**RID 09-02-12**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV; SGG § 86b II; InsO §§ 91 I, 114 I

Ein Vertragsarzt, der nach dem Honorarverteilungsvertrag einen Anspruch auf **Abschlagszahlungen** hat, kann dies auch **nach Eröffnung eines Insolvenzverfahrens** geltend machen, da er trotzdem Inhaber der Forderung bleibt, wenn ein Einverständnis des Treuhänders vorliegt, die Forderung im eigenen Namen geltend zu machen und Leistung an sich zu verlangen.

Eine **Abtretungsvereinbarung** steht dem nicht entgegen, da die Abtretung hinsichtlich derjenigen Forderungen des Vertragsarztes gegen die KV unwirksam ist, die nach der Eröffnung des Insolvenzverfahrens entstanden sind. Entsteht die im Voraus abgetretene Forderung nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens, kann der Gläubiger gemäß § 91 I InsO kein Forderungsrecht zu Lasten der Masse mehr erwerben (BGH, Urt. v. 20.03.2003, IX ZR 166/02, ZIP 2003, 808, 809). Es gilt der allgemeine Grundsatz, dass der Anspruch auf Vergütung für geleistete Dienste nicht vor der Dienstleistung entsteht (z. B. BGH, Urt. v. 30.01.1997, aaO.) auch für den Vergütungsanspruch des Kassenarztes gegen die KV (BGH, Urt. v. 11.05.2006, IX ZR 247/03, ZIP 2006, 1254). § 114 InsO findet auf Vergütungsansprüche eines Kassenarztes gegen die zuständige KV keine Anwendung (BGH, Urt. v. 11.05.2006, IX ZR 247/03, ZIP 2006, 1254).

Eine **Freigabe an den Insolvenzschuldner** zu dessen freier Verfügung liegt nicht vor, wenn der Insolvenzmasse der wirtschaftliche Wert des Gegenstandes erhalten bleibt. Hiervon ist regelmäßig auszugehen, wenn der Verwertungserlös der Insolvenzmasse zu Gute kommen soll. Die sog. "modifizierte" Freigabe führt dazu, dass der Gegenstand in der Insolvenzmasse verbleibt.

Eine KV kann nicht mit einer zu Unrecht an einen Abtretungsempfänger geleisteten Zahlung mit dem Honoraranspruch eines Vertragsarztes **aufrechnen**.

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

## 10. KEIN ANSPRUCH AUF VOLLZUGSFOLGENBESEITIGUNG BEI ZU UNRECHT ABGERECHNETEN LEISTUNGEN

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 21.01.2009 – L 7 B 47/08 KA ER –**

**RID 09-02-13**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV 9; SGG § 86b I 2

**Leitsatz:** 1. Es kann offen bleiben, ob die Vorschrift des § 85 Abs. 4 S. 9 SGB V auf einen selbständigen Sicherheitseinbehalt zahnärztlichen Honorars anwendbar ist.

2. Selbst wenn ein **Sicherheitseinbehalt** wegen der aufschiebenden Wirkung des hiergegen erhobenen Widerspruchs zu Unrecht vollzogen wurde, besteht jedenfalls dann kein Anspruch auf Vollzugsfolgenbeseitigung, wenn absehbar ist, dass das einbehaltene Honorar begründeten Erstattungsforderungen wegen zu Unrecht abgerechneter zahnärztlicher Leistungen unterliegen wird.

**SG Berlin**, Beschl. v. 04.06.2008 - S 71 KA 201/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## 11. KV HESSEN: HONORARBESCHEIDE AB QUARTAL II/05/REGELLEISTUNGSVOLUMEN UND SONDERREGELUNG

### A) HONORARBESCHEIDE UND RÜCKFORDERUNGSBESCHEIDE BZGL. ZIFFER 7.5 HVV KV HESSEN

*SG Marburg, Gerichtsbs. v. 31.03.2009 – S 12 KA 303/08 –*

RID 09-02-14

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 40/09 -*

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

§ 85 IV SGB V; SGG §§ 88, 96; Ziff. 7.7 Honorarverteilungsvertrag KV Hessen

Rückforderungsbescheide bzgl. Ziffer 7.5 HVV KV Hessen sind keine Bescheide, die die vorangehenden Honorarbescheide abändern oder ersetzen und werden daher nicht Gegenstand laufender Widerspruchs- oder Klageverfahren.

Das *SG* gab der Klage statt.

### B) ONKOLOGISCH VERANTWORTLICHER ARZT

*LSG Hessen, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 82/07 –*

RID 09-02-15

SGB V § 85 IV, IVa

Die Regelungen unter Ziffer 6.3 des HVV KV Hessen zum praxisindividuellen **Regelleistungsvolumen** sind **rechtmäßig**.

Eine haus- und fachärztlich tätige Gemeinschaftspraxis zweier Internisten, in der ein Arzt die Genehmigung als „onkologisch verantwortlicher Arzt“ besitzt und die bei über 1.000 Behandlungsfällen im Quartal etwa 28 bis 40 Krebspatienten auch mit Infusionen behandelt, hat keinen Anspruch auf eine **Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen**, zumal die mit der Chemotherapie einhergehenden Abrechnungsziffern 86500 bis 86505 nach Anlagen 1 und 2 zu Ziffer 7.2 des HVV außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden.

Ein **Härtefall aus Sicherstellungsgründen** liegt nicht vor, wenn die Versorgung onkologischer Patienten im näheren Umkreis zum Vertragsarztsitz nicht gefährdet ist, weil schon in einer maximalen Entfernung von 15,6 km drei Praxen mit fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie tätig sind, die nach eigener Auskunft auch noch über ausreichende freie Kapazitäten verfügen. Dass zwei dieser Praxen nicht im Planungsbereich der Klägerin, sondern in einem angrenzenden Planungsbereich gelegen sind, ist hierbei unerheblich. Dem Vorstand der Beklagten steht insoweit ein gerichtlich allerdings voll **überprüfbarer Beurteilungsspielraum** zu, auf welchen räumlichen Bereich abzustellen ist.

*SG Marburg*, Urt. v. 31.10.2007 – S 12 KA 860/06 – RID 07-04-11 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### C) KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN: PROBATORISCHE SITZUNG/NEUNIEDERLASSUNG

*SG Marburg, Gerichtsbs. v. 13.02.2009 – S 12 KA 353/07 –*

RID 09-02-16

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 36/09 -*

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

SGB V § 85 IV, IVa

**Probatorische Sitzungen** können in ein **Regelleistungsvolumen** einbezogen werden.

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

**Praxisanfänger** innerhalb der Fachgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, auch soweit es sich um eine Neuniederlassung handelt, haben einen Anspruch auf Freistellung von einem Regelleistungsvolumen für das erste Quartal und Verdoppelung des Regelleistungsvolumens für die sieben Folgequartale (Bestätigung von *SG Marburg*, Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 424/07 - RID 08-04-23, Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 76/08 -; v. 22.10.2008 – S 12 KA 235/07 - RID 08-04-24, Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 117/08 -).

Das *SG* gab der Klage statt.

## 12. ZAHNÄRZTE

### A) ZAHNERSATZ: INDIVIDUELLE BASISVERGÜTUNG/HÄRTEFALL U. ZUZAHLUNGSFREIE FÄLLE

*LSG Hessen, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 20/06 –*

RID 09-02-17

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 13/09 B*

SGB V § 85 IV; GG Art. 3 I

Der HVM der KZV Hessen für das Jahr 2003, der eine nach einem Durchschnittsvolumen aller Vertragszahnärzte und der Zahl der Behandler errechnete **individuelle Basisvergütung** vorsieht (hier im Jahr 2003 für Zahnersatz: 47.200,- €), die mit einem festen Punktwert vergütet wird, während die darüber hinausgehenden Leistungen nur noch quotiert vergütet werden (hier: Restvergütungsminderungsprozentsatz von 26,48200110 %, HVM-Einbehalt für Kl. bei Restvergütungsforderung von 64.338,22 €: 17.038,05 €), ist nicht zu beanstanden.

Das Fehlen einer Härtefallregelung ist nur bei einem Vorliegen eines **Härtefalls** zu beanstanden.

Eine Praxis mit einem überproportional hohen Anteil an Patienten mit einem **Kostenträgeranteil von 100 %** (hier: 26 %, Vergleichsgruppe 13 %) und einem Kostenträgeranteil von 65 % (hier: 68 %, Vergleichsgruppe 33 %) begründet keinen Härtefall im Rahmen einer individuellen Basisvergütung nach Durchschnittswerten für Zahnersatz.

*SG Marburg*, Urt. v. 15.03.2006 – S 12 KA 40/05 – RID 06-02-08 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) VERBANDS- UND LEISTUNGSBEREICHSSPEZIFISCHE HONORAR(UNTER)FONDS

*LSG Bayern, Urt. v. 26.11.2008 – L 12 KA 5012/06 –*

RID 09-02-18

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

SGB V § 85 IV

Der HVM der KZV Bayern begegnet hinsichtlich der Vergütung KB, ZE, PAR für die **Quartale I bis IV/01** keinen rechtlichen Bedenken. Die Grundstruktur des HVM sieht einerseits die Aufteilung der Gesamtvergütung in verbands- und leistungsbereichsspezifische Honorar(unter)fonds, bei Schaffung jeweils eines geschützten Abrechnungsvolumens andererseits vor, dessen Bemessung nach der Anzahl anerkannter Leistungen der BEMA-Z Nr. 01, mithin eingeschränkt fallzahlabhängig erfolgt, wobei das überschießende Abrechnungsvolumens (Mehrleistungsbereich) nicht geschützt wird und einer potentiell geringeren Honorierung unterliegt.

Trotz dieser Rechtmäßigkeit der Grundstruktur kann sich eine **Ungleichbehandlung** aus der konkreten Ausgestaltung der Einzelheiten der Verteilung, insbesondere einer unsachgerechten oder willkürlichen Ermittlung des geschützten Bereichs ergeben. So würde sich eine Fallwertbudgetbildung nach solchen Regeln als gleichheitswidrig darstellen, die allein die Praxen begünstigt, welche in den wichtigen Leistungsbereichen höchst durchschnittliche Verhältnisse aufweisen, aber umgekehrt einen erheblichen Teil von Praxen wegen einer **nicht vollen Übereinstimmung mit den Durchschnittsverhältnissen** mit erheblich höheren Honoraranteilen in den ungeschützten Abrechnungsbereich und in erhebliche Honorarkürzungen treibt. Ein HVM, der darauf angewiesen ist, bei einem **erheblichen Anteil der Praxen das Verteilungsergebnis über die allgemeine Härtefallregelung zu korrigieren**, entspricht den Anforderungen an die Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht.

Im Einzelfall entstehende Gerechtigkeitsdefizite sind über die allgemeine **Härtefallklausel** zu lösen.

Keine Bedenken begegnen Regelungen, mit der die Höhe der Fallbudgets nicht nach Kassenverbänden, sondern nach **Kassenbereichen (RK/EK) differenziert**. Die hiermit in seltenen Einzelfällen denkbaren Verwerfungen durch einen ungünstigen "Kassenmix" sind hinzunehmen.

*SG München*, Urt. v. 24.01.2006 – S 43 KA 5014/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 11.03.2009 – **B 6 KA 62/07 R** – stellt § 106a II 5 (bzw. ab 01.07.2008 Satz 6) SGB V klar, dass die **Honorierungs- bzw. Anerkennungsquote**, die sich aus dem Verhältnis des zur Verfügung stehenden Praxisbudgets zu dem vom Vertragsarzt angeforderten Punktzahlvolumen ergibt, auch für die Honorarkürzung und Rückforderung aufgrund sachlich-rechnerischer Prüfungen maßgebend ist; gleiches gilt nach § 106 II 3 SGB V für Honorarkürzungen aufgrund von Wirtschaftlichkeitsprüfungen; 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 beschränkt; die bei der Anfertigung patientenindividueller Ausblendungen mit Hilfe eines **Multi-Leaf-Kollimators** anfallenden Kosten sind gesondert zu vergüten; nach BSG, Urt. v. 10.12.2008 – **B 6 KA 66/07 R** – ist ein Krankenhausarzt auch zur Geltendmachung der Erstattung von Sachkosten gegenüber der KV aktiv legitimiert; der Krankenhausträger ist zum Rechtsstreit notwendig beizuladen; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 1/08 R** – SozR 4-2500 § 106a Nr. 4 – 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. HONORARRÜCKFORDERUNG GEGENÜBER GEMEINSCHAFTSPRAXIS BEI GESTALTUNGSMISSBRAUCH

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 17.12.2008 – L 3 KA 316/04 –**

**RID 09-02-19**

*Revision anhängig: B 6 KA 7/09 R*

juris

SGB V §§ 82 I, 98 II Nr. 13; Ärzte-ZV §§ 32 I 1, 33 II 2; BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä § 34 IV 1 u. 2; BGB §§ 421 ff.

**Leitsatz:** 1. Die KV ist im Falle eines **Gestaltungsmisbrauchs** einer nach außen hin mit Genehmigung des Zulassungsausschusses betriebenen **Gemeinschaftspraxis** berechtigt, die Honorarabrechnungen im Rahmen der **sachlich-rechnerischen Berichtigung** zu korrigieren und überzahltes Honorar zurückzufordern. Der rückwirkend nicht mehr abänderbare, gleichwohl der Sache nach nicht gerechtfertigte Status der Gemeinschaftspraxis schließt eine sachlich-rechnerische Berichtigung nicht aus.

2. Eine ordnungsgemäße Abrechnung von Leistungen einer Gemeinschaftspraxis setzt neben der Genehmigung der Gemeinschaftspraxis unabdingbar voraus, dass jedes Mitglied der Gemeinschaftspraxis seine vertragsärztliche Tätigkeit **selbstständig** und nicht in abhängiger Beschäftigung ausübt.

3. Ein wesentliches Indiz für ein **verdecktes Angestelltenverhältnis** ist es, wenn ein Mitglied der formal bestehenden Gemeinschaftspraxis weder am Betriebsvermögen noch am Gewinn beteiligt und auch von der gesellschaftlichen Willensbildung und Geschäftsführung ausgeschlossen ist.

4. Die KV hat die Wahl, ob sie **Honorarrückforderungen** gegen die frühere **Gemeinschaftspraxis** richtet oder einen oder alle ehemaligen **Gesellschafter** in ihrer Eigenschaft als Gesamtschuldner aus ihrem persönlichen Vermögen in Anspruch nimmt.

**SG Hannover**, Urt. v. 13.10.2004 – SW 16 KA 262/02 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

### 2. BEREITSCHAFTSPAUSCHALE NR. 03005 EBM 2005 NICHT IM NOTFALL (QUARTAL II/05)

**LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 35/07 –**

**RID 09-02-20**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 85 IV; EBM 2005 Nr. 03005; BMV-Ä § 21 I; EKV-Ä § 25 I

Die versorgungsbereichsspezifischen Bereitschaftspauschale nach Nr. 03005 EBM 2005 ist eine Pauschalabgeltung für jeden regulären Behandlungsfall, die unabhängig von einer Notfallbehandlung anfällt. Behandlungsfälle, die lediglich im Rahmen eines Notfalls behandelt werden, fallen auch im Quartal II/05 nicht hierunter.

**SG Marburg**, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 910/06 – RID 07-02-17 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 3. NR. 5 EBM 1996 (UMWANDLUNG IN NR. 6 EBM 1996)

**LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 65/07 –**

**RID 09-02-21**

EBM 1996 Nr. 5, 6

Während Sprechstundenzeiten an Samstagen erbrachte Leistungen können nicht unter Nr. 5 EBM 1996 abgerechnet und vergütet werden, unabhängig davon, ob es sich um Notfallbehandlungen handelte oder nicht.

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 06.06.2007 - S 28 KA 2038/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 4. NR. 273 NICHT NEBEN NR. 278 EBM 1996 AM GLEICHEN TAG

*LSG Hessen, Urt. v. 21.01.2009 – L 4 KA 61/07 –*

RID 09-02-22

SGB V § 106a; EBM Nrn. 273, 278

§ 106a SGB V ist ohne Übergangsbestimmungen zum 01.01.2004 in Kraft getreten; für die Abrechnungsprüfung von Quartalen, die vor Inkrafttreten der Neufassung abgeschlossen waren (hier: Quartalen III/03 und IV/03), sind die zum früheren Zeitpunkt geltenden Rechtsvorschriften maßgeblich.

Ein Arzt, der zeitversetzt nacheinander am gleichen Behandlungstag bei jeweils denselben Versicherten zuerst **Infusionen** – von mindestens 10 Minuten Dauer – im Sinne der Nr. 273 EBM und später über den gleichen Zugang (z.B. Kanüle, Katheder) **Infusionen von Zytostatika** im Sinne der Nr. 278 EBM durchführt, kann nur die Nr. 278 EBM abrechnen. Die vom *BSG*, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 37/03 - SozR 4-5533 Nr. 273 Nr. 1 - und v. 22.03.2006 - B 6 KA 44/04 R - ZMGR 2006, 101 - zur Frage der Abrechenbarkeit der Nr. 273 EBM neben einer Dialysebehandlung entwickelten Grundsätze sind auf diese Konstellation übertragbar. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 28.01.2004 – L 10 KA 20/03 - RID 04-02-41 wird durch die Entscheidungen des BSG widerlegt.

*SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 18.07.2007 - S 5/29 KA 2138/04 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

#### 5. LABORREFORM 1999: HÖCHSTWERTREGELUNG NACH NR. 4624 EBM

*LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 227/05 –*

RID 09-02-23

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 15/09 B*

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

SGB V § 87 II, IIa 7 (a.F.)

Gegen die Höchstbetragsregelung nach Nr. 4624 EBM bestehen keine rechtlichen Bedenken.

*SG München*, Urt. v. 15.02.2005 - S 42 KA 2033/02 – gab der Klage bezüglich der Richtigstellung der EBM-Nrn. 4540, 4550, 4553, 4554, 4561, 4563, 4572 und 4590 statt (betrifft Streichung bei mehr als ein- bzw. zweimaligem Ansatz) und verpflichtete die Bekl., die entsprechenden Beträge nachzuzahlen, soweit nicht die Höchstwertregelung der EBM-Nr. 4624 zu einer Abschöpfung führe. Hinsichtlich der Höchstwertregelung selbst wies es die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung d. Kl. zurück.

Zur Abstaffelungsregelung nach Präambel zu Kapitel O III EBM der Laborreform 1999 s. *LSG Bayern*, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 445/04 – RID 09-02-03.

#### 6. ZAHNÄRZTE

##### A) EINGLIEDERUNG VON ZAHNERSATZ VOR BEFÜRWORDUNG DES HEIL- UND KOSTENPLANES

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 03.02.2009 – L 4 KA 2/07 –*

RID 09-02-24

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

SGB V § 30 IV; BMV-Z § 19; Vb Gutachterverfahren Anlage 12 zum BMV-Z

Ein Honoraranspruch ist ausgeschlossen, wenn bereits vor der Rückgabe und Befürwordung des Heil- und Kostenplanes durch die Krankenkasse die Eingliederung von Zahnersatz begonnen und abgeschlossen ist. Eine **Ausnahme** ist nur möglich, sofern die Voraussetzungen des § 13 III SGB V vorliegen, d.h. es sich entweder um eine unaufschiebbare **Notfallbehandlung** handelt oder wenn die Krankenkasse eine Leistung **zu Unrecht abgelehnt** bzw. die Beurteilung des Heil- und Kostenplanes ohne Grund so hinausgezögert hat, dass dem Versicherten ein längeres Zuwarten nicht zumutbar war. Eine Notfallbehandlung liegt nur dann vor, wenn die Behandlung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand (BSG, Urt. v. 25.09.2000 - B 1 KR 5/99 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 22, juris Rn. 16).

Die Klägerin, eine **Vertragszahnärztin**, erhielt am 12.12.1996 einen Heil- und Kostenplan für die Eingliederung von Zahnersatz (ZE) im OK-Bereich bei der beigel. Versicherten von der bekl. Krankenkasse zurück, weil nach Aussage des eingeholten Gutachtens zunächst eine parodontale Vorbehandlung (PA) notwendig sei, die sie bewilligte. Am 23.12.1996 gliederte d. Kl. den ZE ein. Nach Auskunft der Versicherten

gegenüber d. Bekl. erfolgte die PA-Behandlung lediglich am 04.12.1996. Mit Bescheid vom 19.02.1997 lehnte die Bekl. eine **Beteiligung an den Kosten des ZE** mit der Begründung ab, nach der PA-Abrechnung sei die PA-Behandlung am 16.01.1997 beendet, der ZE jedoch bereits am 23.12.1996 eingegliedert worden. Damit habe d. Kl. gegen § 2 der Anlage 12 BMV-Z verstoßen. Hiergegen legte d. Kl. Widerspruch ein und trug vor, sie habe fernab von bürokratischen Formfragen wegen des Zeitdrucks im Interesse der Patientin die Arbeit begonnen und die bereits zuvor von ihr geplante PA-Behandlung im OK durchgeführt, so dass der ZE pünktlich zur Zufriedenheit der Patientin vor den Weihnachtsfeiertagen eingegliedert werden können. Von der KZV erhielt die Bekl. im September 1997 den Hinweis, sie erkenne eine Rückrechnung der Parodontoseabrechnung in Höhe von 1.386,40 DM an. D. Bekl. wies den Widerspruch insb. wegen der fehlenden Genehmigung zurück. **SG Kiel**, Gerichtsbb. v. 07.02.2000 - S 13 KA 240/99 - wies die Klage ab, weil ein Vergütungsanspruch nur gegenüber der KZV bestehe und Klage aus abgetretenem Recht nicht erhoben worden sei. Mit der **Berufung** beantragte d. Kl. nunmehr die Feststellung, dass die Beklagte **verpflichtet** sei, **nachträglich eine Genehmigung für den Heil- und Kostenplan zu erteilen**. Hierzu stellte sie in der mündlichen Verhandlung klar, dass sie als Rechtsverhältnis den versicherungsrechtlichen Anspruch der Versicherten gegenüber der Bekl. sehe und ein **eigenständiges Rechtsschutzinteresse** betreffend die Feststellung dieses Verhältnisses in Anspruch nehme. **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 03.04.2001 - L 1 KR 49/00 - RID 03-01-63 wies die Berufung, BSG, Urt. v. 25.03.2002 - B 1 KR 29/02 R - SozR 4-1500 § 55 Nr. 1 die Revision zurück. Die Feststellungsklage sei unzulässig, weil die Kl. ihre Rechte mit einer Gestaltungs- oder Leistungsklage gegen die KZV verfolgen könne. Im September 2003 machte die Kl. den **Vergütungsanspruch** für die im Dezember 1996 bei der Versicherten durchgeführte Zahnersatzbehandlung ohne Erfolg geltend. **SG Kiel**, Urt. v. 17.10.2006 - S 13 KA 303/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

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

**LSG Hessen**, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 60/08 –  
GOÄ-82 Nr. 2402

**RID 09-02-25**

Mit einer Osteotomie bzw. Wurzelspitzenresektion wird auch eine Probeexzision i.S.d. Nr. 2402 GOÄ-82 typischerweise mit erbracht und kann nicht gesondert abgerechnet werden (vgl. BSG, Urt. v. 29.11.2006 – B 6 KA 39/05 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 3, juris Rn. 25 zur Vorgängerbestimmung Nr. 172 GOÄ-1965). Die Nichtanrechenbarkeit teildentischer Leistungen folgt bereits aus Nr. 2 der Allg. Best. BEMA-Z (entgegen LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 24.02.2000 - L 5 Ka 51/97 - RID-00-02-34 <S. 20> >juris>).

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 19.03.2008 – S 28 KA 2268/04 – RID 08-03-23SG wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. .

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

#### **C) NOTWENDIGKEIT EINER KONFORMITÄTSERKLÄRUNG BEI ZE**

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 11.03.2009 – S 2 KA 118/08 –  
[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 09-02-26**

SGB V §§ 87 Ia 4 u. 9; BMV-Z Anl. 3; EKV-Z Anl. 4

Für Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen mit Zahnersatz ist der Rechnung eine **Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabor**s über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte beizufügen (Konformitätserklärung). Eine dahingehende Verpflichtung ergibt sich zudem aus § 9 des BEL II sowie Nr. 8 der Festzuschuss-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Eine **Konformitäts-Sammelerklärung** reicht nicht aus. Konformitätserklärungen sind bei Rechnungslegung des Zahnarztes, auf jeden einzelnen Behandlungsfall bezogen, beizufügen. Fehlt die Konformitätserklärung oder ist sie gefälscht, so besteht kein Vergütungsanspruch und kann eine sachlich-rechnerische Berichtigung der eingereichten Zahnersatz-Abrechnung erfolgen.

Das **SG** wies die Klage ab.

### III. Qualitätssicherung/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 - SozR 4-2500 § 75 Nr. 7 = ZMGR 2008, 213.

#### 1. QUALITÄTSSICHERUNG

##### A) ANERKENNUNG LABORPRAXIS ALS SOG. HYGIENEINSTITUT (KOLOSKOPIE-VB).

**LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 189/05 –**

**RID 09-02-27**

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

SGB V §§ 135 II, 136 II 1; Koloskopie-Vb § 7 IV; GG Art. 12

Eine laborärztliche Gemeinschaftspraxis, der kein Vertragsarzt mit der Facharztbezeichnung "Hygiene und Umweltmedizin" oder "Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie" angehört, kann nicht als sog. Hygieneinstitut im Sinne der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie (Koloskopie-Vb) anerkannt werden.

§ 7 Abs. 4 Satz 2 Koloskopie-Vb ist rechtmäßig.

**SG München**, Urt. v. 15.02.2005 - S 42 KA 1611/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

##### B) LABORRICHTLINIE: ZEUGNIS VON ZUR WEITERBILDUNG ERMÄCHTIGTEM ARZT

**LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 26/08 –**

**RID 09-02-28**

BMV-Ä § 11 I; EKV-Ä § 39 I

Bei Nr. 6.1 der Anlage zu Abschnitt E der Labor-Richtlinien handelt es sich um eine Mussvorschrift. Hinsichtlich der Voraussetzung, dass die **Zeugnisse** von dem zur jeweiligen Weiterbildung **ermächtigten Arzt unterzeichnet** sind, handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache für den Anspruch auf Zulassung zum Kolloquium. Der Vertragsarzt trägt daher die **Beweislast** für die Erfüllung dieser Voraussetzung.

Die Berufung auf die **Musterweiterbildungsverordnung** genügt nicht für den Nachweis, dass Zeugnisse durch tatsächlich von dem zur jeweiligen Weiterbildung ermächtigten Arzt unterzeichnet sind.

**Zeugnisse** müssen die nach Nr. 6.2 des Abschnitts E der Labor-Richtlinien geforderten **Angaben** enthalten.

**SG Marburg**, Urt. v. 30.01.2008– S 12 KA 817/06 – RID 08-01-38 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

##### C) VORFORMULIERUNG DER LABORGENEHMIGUNG IM ANTRAGSFORMULAR

**LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 47/07 –**

**RID 09-02-29**

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

Laborrichtlinie

Entscheidet sich eine KV für eine Vorformulierung der Laborgenehmigung im Antragsformular, um bei der Genehmigungserteilung eine Arbeitersparnis zu erreichen, so steht dies einer wirksamen Erteilung der Genehmigung nicht entgegen.

**SG Marburg**, Urt. v. 23.05.2007– S 12 KA 294/06 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

#### 2. ZWEIGPRAXIS

##### A) MVZ: LEISTUNGSSPEKTRUM AM VERTRAGSARZTSITZ

**LSG Hessen, Beschl. v. 19.12.2008 – L 4 KA 106/08 ER –**

**RID 09-02-30**

SGB V §§ 95, 103 IVa; Ärzte-ZV § 24; SGG § 86b II; ZPO § 938

Die Genehmigung einer Zweigpraxis für den **Ort einer von einem MVZ übernommenen Praxis** im Wege der Praxisnachfolge gem. § 103 IVa SGB V ist grundsätzlich „bedarfsneutral“.

Ein MVZ muss am **Vertragsarztsitz** alle **ärztlichen Leistungen** erbringen, um fachübergreifend tätig zu sein.

Die Summe der **Tätigkeitszeiten** aller am Vertragsarztsitz tätigen Ärzte muss alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen.

§§ 15a, 17 BMV-Ä werden durch die **Ermächtigung** nach § 24 IV 2 Ärzte-ZV erfasst.

**SG Marburg** entschied in drei einstweiligen Anordnungsverfahren (Beschl. v. 23.11.2007 – S 12 KA 465/07 ER - RID 07-04-30 <GesR 2008, 96>; v. 22.02.2008 – S 12 KA 47/08 ER - RID 08-02-53 <GesR 2008, 312 = MedR 2008, 395>; v. 09.04.2008 – S 12 KA 93/08 ER - RID 08-02-54) und dann die Hauptsache mit Urteil v. 16.07.2008 – S 12 KA 45/08 – RID 08-03-40 (MedR 2008, 686); auf den im Berufungsverfahren gestellten weiteren Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung verpflichtete das **LSG** – wie bereits entsprechend das SG im Beschl. v. 09.04.2008 – die KV im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. vorläufig die Tätigkeit in dem Fachgebiet Gynäkologie an einem weiteren Ort, längstens bis zu einer Entscheidung des LSG zum Az.: L 4 KA 68/08/L 4 KA 93/08 in einem Umfang von 18 Wochenstunden zu gestatten; es gab der Ast. auf, an ihrem Vertragsarztsitz in einem Umfang von 20 Wochenstunden tätig zu sein und ein Tagebuch unter Angabe der jeweiligen Arbeitszeiten über die Verteilung der gynäkologischen Tätigkeit am Vertragsarztsitz und dem weiteren Ort zu führen und der Ag. bis zum 5. des nachfolgenden Monats vorzulegen sowie bei der Erbringung und Abrechnung einer Leistung den jeweiligen Ort der Leistungserbringung mit einer Betriebsstättennummer zu kennzeichnen. Im Übrigen wies es den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

## B) KEINE VERSORGUNGSVERBESSERUNG DURCH FINANZIELLE PATIENTENVORTEILE ("ZAHNERSATZ ZUM NULLTARIF")

**SG Düsseldorf, Urteil v. 11.02.2009 – S 2 KA 122/07 –**

**RID 09-02-31**

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

SGB V §§ 55 I; Zahnärzte-ZV § 24

Bei der **Versorgung mit Zahnersatz** handelt es sich nicht um die Behandlung von Notfällen, sondern um planbare Eingriffe. Dabei ist es den Patienten ohne weiteres zumutbar und ohne Schwierigkeiten möglich, nicht nur jeden anderen Zahnarzt am Sitz einer geplanten Zweigpraxis, sondern im gesamten Planungsbereich aufzusuchen.

Eine Verbesserung der Versorgung besteht auch nicht darin, wenn ein **Geschäftsmodell "Zahnersatz zum Nulltarif"** für aus China importierten Zahnersatz verspricht.

Der Begriff "**Verbesserung der Versorgung der Versicherten**" ist dahingehend zu verstehen, dass die Versorgungslage als solche, also das am Ort der geplanten Zweigpraxis anzutreffende Angebot an zahnärztlichen Leistungen, das im Wesentlichen durch die Anzahl der dort tätigen Zahnärzte, ihren zeitlichen und inhaltlichen Behandlungsumfang, mögliche Behandlungsschwerpunkte etc. geprägt wird, verbessert werden muss, um die Zweigpraxisgenehmigung zu erhalten. Finanzielle Gesichtspunkte der Versicherten spielen dabei keine Rolle.

Der Rechtsansicht, jede auswärtige Tätigkeit eines Vertragszahnarztes an einem anderen Ort bewirke objektiv eine Verbesserung der Versorgung an diesem anderen Ort, da dann noch **größere Auswahlmöglichkeiten für die Patienten** bestünden, ist nicht zu folgen.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 3. ABRECHNUNGSGENEHMIGUNG FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

**LSG Hessen, Urteil v. 11.03.2009 – L 4 KA 43/08 –**

**RID 09-02-32**

**Revision anhängig: B 6 KA 11/09 R**

SGB V §§ 13 III, 92 I 1, 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

Eine Vertragspsychotherapeutin hat keinen Anspruch auf Erteilung einer **Abrechnungsgenehmigung für Gesprächspsychotherapie**.

Der **Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses** vom 24.04.2008, mit dem dieser erneut eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien mit dem Ziel der Anerkennung des Gesprächspsychotherapieverfahrens abgelehnt hat, verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

**SG Frankfurt a. M.**, Urteil v. 15.10.2003 – S 27 KA 3870/02 – RID 03-04-39 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. bereits **LSG Baden-Württemberg**, Urteil v. 29.10.2008 – L 5 KA 2851/06 – RID 09-01-32 (Revision anhängig: B 6 KA 45/08 R).

## 4. GENEHMIGUNG EBM 2005

### A) BELEGARZT: KAPITEL 13.3.3 U. 13.3.7 EBM 2005 (PNEUMOLOGIE UND GASTROENTEROLOGIE)

*LSG Hessen, Beschl. v. 20.01.2009 – L 4 KA 44/07 –*

RID 09-02-33

*Revision anhängig: B 6 KA 3/09 R*

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

SGB V §§ 72 I, II, 73 I 1, Ia, 75 I, 82 I, 87 I, 121 II, III u. IV

Ein als **Internist ohne Schwerpunkt** zugelassener Vertragsarzt hat keinen Anspruch auf Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen nach Nr. 03312, 13410, 13412, 13424, 13430, 13431, 13662 und 13663 EBM 2005. Es besteht auch kein Anspruch auf generelle Gestattung im Rahmen der Notfallversorgung. Ein **Belegarzt** ist an die generellen Vorgaben des EBM 2005 gebunden.

Eine KV ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt des allgemeinen und besonderen **Sicherstellungsauftrages** befugt, abweichend vom EBM 2005 die Erbringung und Abrechnung einzelner Leistungen bei entsprechendem Versorgungsbedarf zu gestatten.

Das in den Abschnitten 13.3.3 sowie 13.3.7 EBM 2005 jeweils normierte Qualifikationserfordernis des Führens der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie und der dadurch bewirkte **Ausschluss der Internisten ohne die entsprechende Schwerpunktbezeichnung** sind mit Art. 12 I und 3 I GG vereinbar (vgl. BSG, Urt. v. 09.04.2008 – B 6 KA 40/07 R -).

*SG Marburg*, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 998/06 – RID 07-02-47 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

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

*LSG Hessen, Beschl. v. 20.02.2009 – L 4 KA 56/08 –*

RID 09-02-34

*Revision zugelassen*

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

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

Einer als Internistin ohne Schwerpunkt zugelassenen Vertragsärztin, die im **hausärztlichen Bereich** tätig ist, kann eine **Genehmigung** zur Abrechnung **fachärztlicher Leistungen** nach Nrn. 13256, 13400, 13402, 13421, 13422, 13423 u. 13661 EBM 2005 im belegärztlichen Bereich nicht erteilt werden. Diese Leistungen sind für das Fachgebiet der Inneren Medizin weder wesentlich noch prägend.

Es kann dahinstehen, ob **Abs. 4 der Ergänzenden Vereinbarung** zur Reform des EBM zum 01.04.2005 (DÄ 2005, A-77) gegen die Kompetenzregelung des § 87 I 1, II bis III SGB V verstößt.

**Abs. 3 der Ergänzenden Vereinbarung** ist keine eigenständige **Rechtsgrundlage** für die Gestattung der Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums einzelner ärztlicher Leistungen bezogen auf alle Vertragsärzte durch die KV aus Sicherstellungsgründen (vgl. bereits *LSG Hessen*, Urt. v. 23.04.2008 – L 4 KA 26/07 – RID 08-03-46; Beschl. v. 20.01.2009 - L 4 KA 44/07 - RID 09-02-33).

Eine KV ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt des allgemeinen oder besonderen **Sicherstellungsauftrages** nach §§ 72 I, 75 I SGB V befugt, abweichend vom EBM 2005 die Erbringung und Abrechnung einzelner Leistungen bei entsprechendem Versorgungsbedarf zu gestatten.

Das in Kapitel 13 EBM 2005 normierte **Qualifikationserfordernis** des Führens der **Schwerpunktbezeichnung** Gastroenterologie (Abschnitt 13.3.3 Nr. 1, mit Ausnahme in Nr. 2 aufgeführten Leistungen) bzw. Pneumologie (Abschnitt 13.3.7) und der dadurch bewirkte Ausschluss der Internisten ohne die entsprechende Schwerpunktbezeichnung sind mit Art. 12 I und 3 I GG vereinbar (vgl. BSG, Urt. v. 09.04.2008 - B 6 KA 40/07 R, juris Rn. 36 ff).

*SG Marburg*, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 372/07 - RID 08-03-45 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 5. KEINE ERMÄCHTIGUNGSGRUNDLAGE FÜR BEENDIGUNG DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

*LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 59/07 –*

RID 09-02-35

*Revision anhängig: B 6 KA 12/09 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135; SGB I § 21 II

Eine KV ist nicht berechtigt, die **Substitutionsbehandlung** eines Versicherten zu **beenden**; insb. § 8 Nr. 3 der Anl. I.2. „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“ der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) ist hierfür keine **Ermächtigungsgrundlage**.

Eine Übertragung der **Entscheidungsbefugnis** an die KV ist dann nicht möglich, wenn die KV unmittelbar und mit Außenwirkung gegenüber dem Versicherten über dessen Leistungsanspruch entscheidet (BSG, Urt. v. 20.03.1996 – 6 RKA 62/94, BSGE 78, 70 = SozR 3-2500 § 92 Nr. 6, juris Rn. 50). Mit der Streichung des Antragsverfahrens für jeden einzelnen Versicherten zum 01.01.2003 wollte der Bundesausschuss offensichtlich die Kompetenz der KV aufheben, Einzelentscheidungen mit unmittelbarer Wirkung zum Nachteil der Versicherten zu treffen.

Eine KV ist berechtigt, im Rahmen der **Qualitätssicherung** eine **Vergütung** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bei Weiterbehandlung im Rahmen einer Methadonsubstitution durch Verwaltungsakt **auszuschließen**. Der Entscheidung einer Qualitätssicherungskommission kommt ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Prüfungs- und Beurteilungsspielraum zu.

Nicht jeder **Beikonsum** – auch von Benzodiazepinen – zieht die Nichtvergütung der Substitutionsbehandlung durch die KV nach sich. Die Nichtvergütung bei Annahme einer hauptsächlichlichen Abhängigkeit ist aber nicht zu beanstanden.

Die Nichtvergütung der Substitutionsbehandlung kommt einem **Abbruch der Behandlung** jedenfalls dann nicht gleich, wenn eine vierwöchige Frist zum „Ausschleichen“ der Substitutionsbehandlung eingeräumt wird. In dieser Frist kann der Versicherte die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung i.S.d. § 27 SGB mit dem Kostenträger im Rahmen einer Einzelfallgenehmigung klären. Im Übrigen kann der Arzt die Behandlung privatärztlich fortsetzen.

*SG Marburg, Urt. v. 22.08.2007 – S 12 KA 97/07 – RID 07-03-44* wies die Klage ab, das *LSG* gab der Berufung teilweise statt und hob den Ausgangsbescheid insoweit auf, als dem Kl. aufgegeben wurde, die Substitutionsbehandlung des Versicherten zu beenden.

## 6. BEREITSCHAFTSDIENST

### A) ORGANISATION DES NOTDIENSTES ÜBER EINE ANLAUFPRAXIS

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 04.11.2008 – L 4 KA 10/06 –*

RID 09-02-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 75 I 2

Die Mitgliederversammlung eines Notdienstringes kann mit **verkürzter Ladungsfrist** (hier: zwei statt vier Wochen) bei einer langen Vorgeschichte und des entsprechenden Informationsstandes bei allen Beteiligten einberufen werden.

Ob der **Ort**, an dem der Notdienst zu verrichten, und die **Nummer**, unter der er abzurechnen ist, überhaupt dem Schutzbereich des Art. 12 I GG unterliegen, kann dahin stehen. Nimmt man unter Einbeziehung auch der pauschalen Abrechnung der Leistungen einen Eingriff in den Schutzbereich des Art. 12 GG an, so ist lediglich die Berufsausübungsfreiheit betroffen, und der Eingriff ist durch die Schranken in Art. 12 I 2 GG gerechtfertigt.

Ein Eingriff ist dadurch, dass die Organisation des Notdienstes auf die Kreisstellen übertragen und von diesen auf der lokalen Ebene den jeweiligen **Notdienstringen** überlassen worden ist, die hierüber eigenverantwortlich mehrheitlich entscheiden, auch noch geringer, als wenn die entsprechende Vorgabe unmittelbar durch den Vorstand der KV erfolgt wäre. Denn der einzelne Arzt ist an der Regelung selbst unmittelbar beteiligt und kann auf ihren Inhalt Einfluss nehmen.

Die Organisation des Notdienstes über eine **Anlaufpraxis** und die Abrechnung über eine eigene **Abrechnungsnummer** kann von einer Mitgliederversammlung eines Notdienstringes beschlossen werden.

*SG Kiel, Urt. v. 29.03.2006 – S 16 KA 179/04 –* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## **B) ERHEBUNG EINER UMLAGE OHNE EINVERNEHMEN MIT DER NOTDIENSTGEMEINSCHAFT (KV HESSEN)**

*LSG Hessen, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 22/08 –*  
SGB V § 75 I 2

**RID 09-02-37**

Eine **Rechtsbehelfsbelehrung** ist zwar trotz einfacher Versendung mit der Post und der Verwendung des Begriffs "**Zustellung**" nicht fehlerhaft, sie bewirkt aber, dass für die Bekanntgabe des Bescheids die Vorschriften über die Zustellung nach dem VwZG maßgeblich sind (BSG, Urt. v. 26.10.1989 - 12 RK 21/89 - m.w.N.). Ist eine formgerechte Zustellung nicht nachzuweisen, gilt der Bescheid in dem Zeitpunkt als zugestellt, in dem er dem Empfangsberechtigten tatsächlich zugegangen ist (§ 8 VwZG). Für die Zugangsfiktion gemäß § 37 II SGB X bleibt insoweit kein Raum.

Die **Erhebung einer Umlage** ist rechtswidrig, wenn das notwendige und von der Notdienstsatzung vorgeschriebene **Einvernehmen mit der Notdienstgemeinschaft** nicht hergestellt wurde. Hierbei handelt es sich nicht nur um eine objektiv-rechtliche verwaltungsinterne Ordnungsbestimmung, denn insoweit werden wesentliche Rechtsbeziehungen zwischen der KV und der Notdienstgemeinschaft als zumindest teilweise selbstverwalteter Organisationseinheit der KV geregelt, die insoweit auch subjektive Rechte ihrer Mitglieder gegenüber der KV wahrt, die aufgrund ihrer Eigenschaft als Angehörige der Notdienstgemeinschaft selbst Adressaten eines belastenden Verwaltungsakts sein können.

Obliegt den Bezirksstellen der KV die gesamte Buchhaltung und das Rechnungswesen der Notdienstgemeinschaft, so sind auch die weiteren **Regelungen zu Buchhaltung und Rechnungswesen** nicht nur als verwaltungsinterne Ordnungsvorschriften zu verstehen, sondern besitzen gegenüber den Mitgliedern der Notdienstgemeinschaft **subjektiv-rechtlichen Schutzcharakter**, denn diese haben gegebenenfalls die Folgen einer Misswirtschaft zu tragen.

War dem Geschäftsausschuss der zuständigen Bezirksstellen in halbjährlichen Abständen ein aktueller **Bericht zur finanziellen Situation** der betreffenden Notdienstgemeinschaft zur Kenntnis zu bringen, zumindest soweit auch NFD-Zentralen und -Leitstellen betrieben wurden, und waren **Fehlbeträge** kurzfristig, spätestens im folgenden Rechnungsjahr **auszugleichen**, so ist eine KV gehindert, im Jahr 2002 noch eine Umlage wegen Fehlbeträgen aus den Jahren 1993 bis 2000 zu erheben.

Lässt ein Umlagenbescheid nicht erkennen, ob es sich bei den **umgelegten Kosten um Aufwendungen** handelt, die für die Durchführung des kollegialen ärztlichen Vertretungsdienstes sowie den Betrieb von NFD-Zentralen bzw. -Leitstellen erforderlich sind, dann ist eine Voraussetzung für die Erhebung der Umlage nicht erwiesen, wobei die KV insoweit die Darlegungslast trägt, weil es sich um interne Vorgänge handelt.

Die Notfalldienstzentrale war 1992 gegründet worden. Erstmals im Jahr 2002 erstellte die zuständige Bezirksstelle der KV eine Abschlussbilanz für die Jahre 1992 bis 2001. Die sich hieraus nachträglich ergebenden Verluste, die zumindest überwiegend auf der privaten Vereinnahmung einbehaltener Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträge der nichtärztlichen Arbeitnehmer der Notfalldienstzentralen durch einen Mitarbeiter der zuständigen Bezirksstelle der KV beruhten, machte die KV im Wege der Umlage gegenüber den der Notdienstgemeinschaft angehörigen Ärzten geltend, ohne dass die genaue Herkunft der „Verluste“ den beigelegten Gewinn- und Verlustrechnungen zu entnehmen war. Mit Bescheid v. 16.12.2002 setzte die KV die vom Kl. für die Jahre 1992 bis 2001 zu zahlende Umlage auf 4.194,17 € fest. *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 10.10.2007 – S 28 KA 840/04 - wies die Klage ab, das *LSG* gab der Klage statt.

## **C) ERHEBUNG EINER KOSTENUMLAGE DURCH NOTDIENSTGEMEINSCHAFT**

*SG Marburg, Gerichtsbb. v. 06.05.2009 – S 12 KA 398/08 –*

**RID 09-02-38**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V § 75 I 2

Der Beschluss der Mitgliederversammlung einer Notdienstgemeinschaft über die Erhebung einer Umlage aufgrund eines in den Jahren 2001 bis 2006 aufgelaufenen Defizits muss bestimmt sein. Er muss erkennen lassen, in welcher Höhe die Mitglieder zu einer Umlage herangezogen werden (vgl. bereits *SG Marburg*, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 261/05 – RID 06-04-45, bestätigt durch *LSG Hessen*, Beschl. v. 20.06.2007 – L 4 KA 67/06 – RID 09-01-41).

Das *SG* gab der Klage gegen einen Kostenbescheid in Höhe von 12.540,62 € aufgrund eines Defizits des Bereitschaftsdienstes Mainspitze aus den Jahren 2003 bis 2006 statt.

## IV. Fortführung eines Disziplinarverfahrens nach Aufhebung eines Disziplinarbescheids

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 24.03.2009 – L 4 KA 3/08 –*

RID 09-02-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 81 V

Wird ein **Disziplinarbescheid** wegen fehlender Ermessensausübung **aufgehoben**, steht nur rechtskräftig fest, dass ein Verwaltungsakt mit der angegriffenen Begründung rechtswidrig ist. Es kann ein neuer Disziplinarbescheid ergehen.

Nach rechtskräftiger Aufhebung eines Disziplinarbescheids kann ein Disziplinarverfahren **fortgeführt** werden. Die Wirkung eines fristgerecht gestellten Antrags auf Einleitung des Disziplinarverfahrens besteht fort, wenn der ursprüngliche Bescheid wegen formeller Fehler aufgehoben wurde (BSG, Urt. v. 06.11.2002 - B 6 KA 9/02 R - SozR 3-2500 § 81 Nr. 9 = MedR 2003, 422 = NZS 2003, 613, juris Rn 22).

Ein **Vertagungsantrag** an den Disziplinarausschuss mit dem allgemeinen Hinweis auf eine Verhinderung **aus "familiären Gründen"** ist nicht nachvollziehbar begründet. Es ist zumutbar, die Teilnahme an dem Geburtstag einer erwachsenen Tochter auf die Abendstunden zu beschränken, um an einem für 14.30 Uhr anberaumten und bereits einmal auf Antrag der Vertragszahnärztin verlegten Sitzungstermin teilnehmen zu können.

Eine KV ist nicht verpflichtet, eine **Verjährensregelung** zu treffen (BSG, aaO.).

Der **Zweck einer Disziplinarmaßnahme**, den Arzt künftig zur Beachtung seiner vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.2004 - B 6 KA 4/03 R - SozR 4-1500 § 70 Nr. 1), kann auch **mehrere Jahre nach einer Verfehlung** (hier: nach ca. 6 Jahren) erreicht werden. Zudem haben Disziplinarmaßnahmen auch die Funktion, eine Verletzung vertragsärztlicher Pflichten zu missbilligen (BSG, Urt. v. 11.09.2002 - B 6 KA 36/01 R – SozR 3-2500 § 81 Nr. 8). Für die Verwirklichung dieses Ziel ist der Zeitablauf seit der Verfehlung nicht von Bedeutung.

**SG Kiel**, Urt. v. 25.04.2003 - S 13 KA 336/00 – gab der Klage gegen eine Disziplinarbuße in Höhe von 20.000 DM wegen Falschabrechnung aufgrund fehlerhafter Ermessensausübung statt. Wegen des gleichen Sachverhalts erging ein **neuer Disziplinarbescheid** (v. 01.04.2005) über eine Geldbuße in Höhe von 7.500 €, weil die von den Zahnarthelferinnen in den Jahren 1996 und 1997 hergestellten Schienen nicht den Voraussetzungen einer Aufbisschiene im Sinne der Nr. P 202 BEMA-Z, allenfalls der Nr. P 202 BEMA-Z entsprochen hätten und weil in fünf der sieben streitgegenständlichen Parodontosebehandlungsfälle zum Teil weder eine Parodontosebehandlung noch insgesamt die Herstellung und Eingliederung einer Schiene indiziert gewesen sei. Es liege Vorsatz vor. Auch in weiteren 110 Behandlungsfällen in den Quartalen I u. II/99 seien Leistungen fahrlässig doppelt abgerechnet worden. **SG Kiel**, Urt. v. 30.10.2007 - S 13 KA 95/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 06.05.2009 – **B 6 KA 2/08 R** – sind die für die periradikuläre Schmerztherapie unter CT-Kontrolle benötigten **Nadeln als Einmalkanülen** zu bewerten und sind deren Kosten in den berechnungsfähigen Leistungen für die Schmerztherapie enthalten; die Rspr. des BSG zum **Vertrauensschutz** des Vertragsarztes bei der nachträglichen Korrektur rechtswidriger Honorarbescheide kann auf Verordnungsregresse nicht übertragen werden, weil hier kein Verwaltungsakt ergeht; nach BSG, Urt. v. 06.05.2009 – **B 6 KA 17/08 R** – besteht kein Grund zur Beiziehung der sog. **erweiterten Heilmitteldateien**, wenn der Vertragsarzt die Datengrundlage erst im Berufungsverfahren als mangelhaft beanstandet; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 63 u. 64/07 R** – (Parallelverfahren: Urt. v. 06.05.2009 – **B 6 KA 3/08 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 Verordnungsregresses 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, Urt. 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. RICHTGRÖßENPRÜFUNG: AUSSCHLUSSFRIST VON VIER JAHREN FÜR RICHTGRÖßENPRÜFUNG

**SG Berlin, Urt. v. 27.08.2008 – S 83 KA 74/07 –**

**RID 09-02-40**

rechtskräftig  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 84 VI 4, 106 II

Die Ausschlussfrist von vier Jahren gilt auch für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen (BSG, Urt. v. 02.11.2005 – B 6 KA 63/04 R – BSGE 95, 199 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 11, juris Rn. 62). Sie beginnt mit dem Ablauf des geprüften Zeitraums und endet vier Jahre später.

Das **SG** gab der Klage statt.

S.a. SG Berlin, Beschl. v. 29.05.2007 – S 83 KA 74/07 ER – RID 07-04-38.

## 2. REGRESSE

### A) VERJÄHRUNG EINER UNZULÄSSIGEN ARZNEIMITTELVERORDNUNG/KEINE HEMMUNG DURCH PRÜFANTRAG

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.01.2009 - L 3 KA 99/07 -**

**RID 09-02-41**

Revision anhängig: B 6 KA 5/09 R juris

SGB V §§ 12 I, 31 I 1, 106 II 1 Nr. 1, 106 III; BMV-Ä § 48 I; EKV-Ä § 44 I; SGB I § 45 I 1; BGB §§ 194 I, 204 I Nr. 12

**Leitsatz: 1. Klagegegenstand** in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist allein der **Bescheid des Beschwerdeausschusses**. Dies gilt auch dann, wenn ein der Prüfung insgesamt entgegenstehendes Verfahrenshindernis (hier: Ablauf der Ausschlussfrist) geltend gemacht wird.

2. Der Regressanspruch einer Krankenkasse wegen unzulässiger Arzneimittelverordnung unterliegt der **Verjährung**; die von der Rechtsprechung entwickelte vierjährige **Ausschlussfrist gilt nicht**.

3. Der Ablauf der Verjährung wird nicht aufgrund analoger Anwendung des § 204 Abs. 1 Nr. 12 BGB durch Bekanntgabe des Prüfantrags an den Vertragsarzt **gehemmt (Abgrenzung zu BSG SozR 3-5545 § 23 Nr. 1)**.

Der Beigel. ist ermächtigter Chefarzt einer Klinik für Frauenheilkunde. Er verordnete am 18.12.2000 „**Wobe Mugos E**“-Tabletten. Mit Schreiben vom 27.12.2001 setzte die Kl. den Beigel. über einen Regressantrag - 260,27 DM (133,07 €) - einer Krankenkasse in Kenntnis und teilte mit, sie werde bis zur Rechtsklärung den Antrag ruhen lassen. Nach BSG, Urt. v. 27.09.2005, SozR 4-2500 § 31 Nr. 3, wonach „Wobe Mugos E“ nicht zu Lasten der GKV verordnet werden konnte, nahm der Prüfungsausschuss das Verfahren wieder auf. Der Beigel. vertrat u.a. die Auffassung, die Angelegenheit sei mittlerweile verjährt. Mit Bescheid v. 10.08.2006 setzte der Prüfungsausschuss einen Regress in Höhe von 133,07 € fest. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Hannover**, Urt. v. 10.10.2007 - S 16 KA 92/07 - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

#### Aus den Gründen:

„(...) Der Beklagte war aber durch Fristablauf an der Festsetzung eines Regresses gehindert.

Entgegen der Auffassung der Klägerin greift vorliegend allerdings nicht die von der BSG-Rechtsprechung entwickelte **vierjährige Ausschlussfrist** ein. Das BSG hat bereits mit Urteil vom 28. August 1996 (6 RKa 88/95 - SozR 3-5545 § 23 Nr. 1) näher dargelegt, dass diese nicht gilt, wenn ein **im Einzelfall festzusetzender Schadensersatzanspruch einer Krankenkasse** geltend gemacht wird, weil dieser nach der allgemeinen Regelung des § 194 Abs. 1 BGB verjähren kann. An einem derartigen der Verjährung fähigen Anspruch fehlt es dagegen in Fällen, in denen sich Honorarkürzungen erst aus der Wahrnehmung von Gestaltungsrechten ergeben, wie dies bei der Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise (vgl. hierzu grundlegend: BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 19) oder nach sachlich-rechnerischer Berichtigung (vgl. z. B. BSG SozR 3-5535 Nr. 119) der Fall ist. Nur in diesen Fällen erfordert die Verhinderung einer zeitlich unbegrenzten Prüfmöglichkeit aus Gründen der Rechtssicherheit die Einführung einer richterrechtlich begründeten Ausschlussfrist. Für diese ist dagegen von vornherein kein Raum, wenn sich die Regressforderung aus einem Schadensersatzanspruch ergibt, bei dem die zeitliche Begrenzung bereits aus der Möglichkeit der Verjährung erfolgt.

Wie das BSG in seiner Entscheidung vom 28. August 1996 (a.a.O.) ausgeführt hat, ist dies bei Regressansprüchen zum Ausgleich eines „sonstigen Schadens“ oder wegen unzulässiger bzw. unwirtschaftlicher Arzneimittelverordnungen (vgl. hierzu auch BSG SozR 2200 § 368 e Nr. 10) der Fall. In späteren Entscheidungen (SozR 3-2500 § 106 Nr. 52; SozR 4-2500 § 106 Nr. 7) hat das **BSG den „sonstigen Schaden“ gegen den Arzneiverordnungsregress zwar abgegrenzt**, allerdings nur in Hinblick auf die Struktur des zu ersetzenden Schadens (Mangelfolgeschaden bzw. Schaden im Zusammenhang des § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V) und die sich hieraus ergebende Folge, dass für den Arzneiverordnungsregress ein Verschulden nicht erforderlich ist. Auf den im vorliegenden Fall entscheidenden Umstand, dass ein verjährender individueller Schadensersatzanspruch einer Krankenkasse vorliegt, ist dies ohne Einfluss. Offen bleiben kann in diesem Zusammenhang, ob die Verjährung auch bei Regressen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach Durchschnittsprüfung gilt; dies ist jedenfalls zweifelhaft (ablehnend auch: Clemens in: jurisPK-SGB V, Stand: 01. August 2007, § 106 Rdnr. 151; für Regresse nach Richtgrößen-Prüfungen: BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 11), weil in derartigen Fällen nicht einzelne, bestimmten Krankenkassen zuzuordnende Schadensersatzansprüche Gegenstand des Prüfverfahrens sind.

Der Schadensersatzanspruch der Beigeladenen zu 8. gegen den Beigeladenen zu 1. ist aber **verjährt**. (...)

Die Verjährungsfrist für Schadensersatzansprüche der vorliegenden Art beträgt **vier Jahre** (BSG SozR 2200 § 368 e Nr. 10; SozR 3-5545 § 23 Nr. 1). Nach der Rechtsprechung des BSG (SozR 3-5545 § 23 Nr. 1) beginnt die Verjährung spätestens mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem der fragliche Schadensersatzanspruch entstanden ist (vgl. § 45 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch <SGB I>). Geht man im vorliegenden Fall davon aus, dass die umstrittene Verordnung im Jahr 2001 eingelöst und sodann von der Beigeladenen zu 8. bezahlt worden ist, hat der Lauf der Verjährungsfrist eines entsprechenden Schadensersatzanspruchs deshalb spätestens mit Ablauf des Jahres 2001 begonnen und war mit Ablauf des Jahres 2005 - und damit vor dem Erlass des Bescheides des Prüfungsausschusses vom 10. August 2006 - vollendet.

Entgegen der Auffassung des Beklagten ist die Verjährung nicht dadurch **gehemmt** worden, dass die Beigeladene zu 8. die Festsetzung des Schadensersatzanspruchs am 22. Oktober 2001 bei der Klägerin beantragt und die Klägerin dies dem Beigeladenen zu 1. unter dem 27. Dezember 2001 mitgeteilt hat.

In seiner Entscheidung vom 28. August 1996 (a.a.O.) hat das BSG ausdrücklich offen gelassen, ob die Verjährung in einem derartigen Fall in entsprechender Anwendung der § 210 BGB (in der bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Fassung <a. F.>) unterbrochen wird. Hiernach wird die Verjährung durch die Einreichung des Gesuchs an die Behörde in gleicher Weise wie durch Klageerhebung unterbrochen, wenn die Zulässigkeit des Rechtswegs (bzw. der Klage, vgl. BGH MDR 1981, 133 f.) von der Vorentscheidung der Behörde abhängt und die Klage binnen drei Monaten nach der Erledigung des Gesuchs erhoben wird. Nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung des Schuldrechts am 01. Januar 2002 kommt dementsprechend im vorliegenden Fall die **Anwendung des § 204 Abs. 1 Nr. 12 BGB** neuer Fassung (n. F.) in Betracht, der nunmehr unter den genannten Voraussetzungen die Hemmung der Verjährung vorsieht (zum Übergangsrecht vgl. Art. 229 § 6 Abs. 1 und 2 Einführungsgesetz zum BGB). Die dort genannten Voraussetzungen sind vorliegend jedoch nicht erfüllt.

Der am 22. Oktober 2001 gestellte Antrag der Beigeladenen zu 8. kann nicht als „Einreichung des Antrags“ im Sinne des § 204 Abs. 1 Nr. 12 BGB n.F. angesehen werden. Wie das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG; BVerwGE 57, 306, 308 ff.) schon zu § 210 BGB a. F. überzeugend ausgeführt hat, kann als **Antrag in diesem Sinne nur die Einlegung des Widerspruchs** angesehen werden, weil nur die Durchführung des Vorverfahrens unmittelbare Zulässigkeitsvoraussetzung der anschließenden Klage ist. Aus der Gleichstellung eines Gesuchs an die Behörde mit den Wirkungen einer Klageerhebung - die gemäß § 209 BGB a. F. bzw. § 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB n. F. die Verjährung unterbricht bzw. hemmt - ergibt sich darüber hinaus, dass nach Sinn und Zweck der Vorschrift nur solche Schritte als ausreichend anzusehen sind, die bereits den eindeutigen Willen zur gerichtlichen Durchsetzung des Anspruchs erkennen lassen. Auch dies kann frühestens mit der Einlegung des Widerspruchs angenommen werden, während die erstmalige Antragstellung dem Zweck dient, überhaupt ein Verwaltungsverfahren in Lauf zu setzen. An dieser Rechtslage hat sich unter Geltung des § 204 Abs. 1 Nr. 12 BGB n. F. nichts geändert (Lakkis in: jurisPK-BGB Buch 1, 4. Auflage, § 204 Rdnr. 82.1). Für den vorliegenden Fall der Anrufung des Beschwerdeausschusses kann nichts anderes gelten (zur Gleichstellung des dortigen Verfahrens mit dem Vorverfahren vgl. § 106 Abs. 5 Satz 6 SGB V). (...)

## B) AUSSCHLUSSFRIST VON VIER JAHREN FÜR ARZNEIKOSTENREGRESS

**SG Berlin, Urt. v. 27.08.2008 – S 83 KA 653/07 –**

RID 09-02-42

rechtskräftig [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 106

Die Ausschlussfrist von vier Jahren gilt auch für die Prüfung einzelner Verordnungen. Sie beginnt spätestens mit Beginn des auf die Verordnung folgenden Jahres.

Das **SG** gab der Klage statt.

## C) POLYGLOBIN IM OFF-LABEL-USE: ANTRAGSFRIST/VERTRAUENSCHUTZ/ANSCHLUSSBERUFUNG

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.11.2008 – L 7 KA 13/05 –**

RID 09-02-43

Revision anhängig: B 6 KA 6/09 R [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I, 31 I 1; ZPO § 524

Der Gesetzgeber ging für die Zeit vom 01.01.2000 bis 31.12.2003 davon aus, dass jede Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Amts wegen zu erfolgen hatte (vgl. BSG, Urt. v. 02.11.2005 - B 6 KA 63/04 R – BSGE 95, 199 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 11). War demnach ein Antrag im fraglichen Zeitraum keine Verfahrensvoraussetzung, kann es auch nicht auf die **Einhaltung einer Antragsfrist** ankommen. Maßgeblich für die Frage des anzuwendenden Verwaltungsverfahrensrechts ist der Zeitpunkt, zu dem die Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt wird.

Für **Polyglobin 5 %** für die Behandlung eines Antikörpermangelsyndroms (Immunmangelsyndrom) im **Off-Label-Use** fehlt es für **1999** an dem Nachweis, dass nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse die begründete Aussicht besteht, dass mit der Verabreichung von Immunglobulin ein Behandlungserfolg hätte erzielt werden können.

Der Auffassung des **BSG**, Urt. v. 30.09.1999 (BSGE 85, 36 – SKAT –), bis zur Veröffentlichung der Entscheidung habe man wegen BSG, Urt. v. 05.07.1995 (BSGE 76, 194 – Remedacen –) darauf **vertrauen** dürfen, dass auch indikationsfremde Arzneimittelverordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zulässig seien, **wird nicht gefolgt**. Der zulassungsüberschreitende Einsatz von Arzneimitteln war auch nach der Entscheidung des 1. Senats des BSG nicht einschränkungslos zulässig, sondern von Voraussetzungen abhängig, aus denen das BSG später die nunmehr maßgeblichen Voraussetzungen des Off-Label-Use entwickelt hat und die diesen im Kern entsprechen. Wird bei einer Versicherten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen (metastasierendes Tubenkarzinom, Lebermetastasierung und Peritonealkarzinose) Polyglobin **zur Behandlung anderer, nicht lebensbedrohlicher Erkrankungen** eingesetzt, so besteht keine Leistungspflicht der Krankenkasse.

Ein Arzneikostenregressanspruch setzt **kein Verschulden** des Vertragsarztes voraus (BSG, Beschl. v. 30.05.2006 - B 6 KA 14/06 B - juris; Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 65/03 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 7; v. 28.04.2004 - B 6 KA 24/03 R - USK 2004-129; v. 21.05.2003 - B 6 KA 32/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 1).

Selbst wenn in der Vergangenheit entsprechende Verordnungen des Arzneimittels Polyglobin für die Versicherte unbeanstandet geblieben wären, wäre dies unbeachtlich. Auch eine möglicherweise

unklare Rechtslage ist nicht geeignet, **Vertrauensschutz** zugunsten des verordnenden Arztes zu begründen, da sie ihm nicht die Gewissheit von der Rechtmäßigkeit seines Handelns vermitteln kann. Bei unklarer Rechtslage hat jeder Vertragsarzt die Möglichkeit, das Präparat auf Privatrezept zu verordnen und so den Kostenträger in die Lage zu versetzen, eine Entscheidung über seine Leistungspflicht zu treffen (vgl. zu dieser Vorgehensweise BSG, Beschl. v. 31.05.2006 - B 6 KA 53/05 B - juris).

Der Auffassung des **BSG** (Urt. v. 10.02.2005 - B 4 RA 48/04 R -; v. 23.06.1998 - B 4 RA 33/97 R -; v. 19.06.1996 - 6 RKa 24/95 -; SozR 1750 § 522 Nr. 1; SozR Nr. 12 zu § 521 ZPO), wonach die (unselbständige, d.h. erst nach Ablauf der Berufungsfrist eingelegte) **Anschlussberufung** nicht eigentlich ein Rechtsmittel, sondern nur ein angriffsweise wirkender Antrag sei, mit dem sich ein Beteiligter innerhalb des Rechtsmittels des Berufungsklägers an dieses Rechtsmittel anschließe, insb. könnten mit ihr nicht Teile des sozialgerichtlichen Urteils zur Prüfung des Berufungsgerichts gestellt werden, die von der Berufung nicht erfasst werden, ist nicht zu folgen.

**SG Berlin**, Urt. v. 09.02.2005 - S 71 KA 62/02 - gab der Klage gegen einen Regress wegen der Verordnung von Polyglobin im Off-Label-Use (Quartale II-IV/99) in Höhe von DM 51.553,67 für das Quartal wegen versäumter Antragsfrist teilweise statt, das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

#### D) OCTAGAM IM OFF-LABEL-USE BEI MULTIPLER SKLEROSE

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 11.02.2009 – L 11 (10) KA 32/07 –

RID 09-02-44

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

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 106

Eine zulassungsüberschreitende Anwendung von Octagam® bei Multipler Sklerose ist ausgeschlossen, weil **keine wissenschaftlichen Forschungsergebnisse** vorliegen, die eine hinreichende Erfolgsaussicht einer Behandlung der sekundär progredienten MS mit Immunglobulinen ergeben, und die qualifizierten Erfordernisse einer lebensbedrohlichen Krankheit im Sinne des Beschlusses des BVerfG vom 06.12.2005 nicht vorliegen (BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 17/06 - USK 2007-25; BSG, Urt. v. 28.02.2008 - B 1 KR 15/07 R -).

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 18.04.2007 – S 33 KA 297/05 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** gab der Klage statt.

#### E) OPIATSUBSTITUTION OHNE SUBSTITUTIONSGENEHMIGUNG

**LSG Hessen**, Urt. v. 18.06.2008 – L 4 KA 40/06 –

RID 09-02-45

SGB V § 106; BUB-RL

Eine hinreichende Grundlage für eine **Regressfestsetzung** hinsichtlich einer Opiatsubstitution durch Verordnung von Präparaten mit den Wirkstoffen Dihydrocodein (DHC) und Flunitrazepam besteht bereits darin, dass der Vertragsarzt die **Substitutionen ohne die erforderliche Genehmigung** durchgeführt und abgerechnet hat.

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 14.12.2005 – S 5 KA 1489/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### F) METHYLPHENIDAT-PRÄPARATE FÜR BEHANDLUNG VON ERWACHSENEN

**SG Hamburg, Gerichtsab. v. 25.02.2009 – S 27 KA 185/07 –**

RID 09-02-46

Methylphenidat-Präparate (Concerta, Medikinet retard, Methylphenidat-Hexal, Ritalin) sind für die Behandlung von Erwachsenen nicht zugelassen. Für eine Verordnung im Off-Label-Use fehlt es an den Erfolgsaussichten für die Behandlung.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### G) VERORDNUNG VON BISPHOSPHONAT ZUR VERMEIDUNG EINES INFEKTIONSRIKOS

**SG Hamburg, Urt. v. 05.11.2008 – S 27 KA 99/06 –**

RID 09-02-47

*Berufung zugelassen*

Die Verordnung von Bisphosphonat ist wirtschaftlich, wenn durch die apothekenseitige Zubereitung eine Minimierung eines ansonsten nicht ganz zu vermeinenden Infektionsrisikos der Versicherten erfolgt.

Das **SG** wies die Klage der BEK gegen die Aufhebung eines Regresses von 109,18 € ab.

## H) NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGES MITTEL SUBREUM/PRÄKLUSION BEI FEHLENDER MITWIRKUNG

**SG Marburg, Urt. v. 01.04.2009 – S 11 KA 286/08 –**

**RID 09-02-48**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106

Die Verordnung des Arzneimittels **Subreum** zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ist unzulässig, soweit nicht als Indikation die chronische Polyarthrit vorliegt, da es dann als **Immunstimulans** nach Nr. 20.1.f AMR nicht verordnungsfähig ist.

Einem Vertragsarzt obliegt die Pflicht der genauen Dokumentation von Befunden und Diagnosen, so dass er sich nicht nachträglich darauf berufen kann, ggf. irrtümlich eine falsche Diagnose verschlüsselt zu haben. Ist er insofern seinen **Mitwirkungspflichten** im Verwaltungsverfahren nicht nachgekommen, so ist er im Klageverfahren präkludiert.

Das **SG** wies die Klage eines Anästhesisten gegen eine Arzneikostenregress der Prüfungsstelle in Höhe von 1.371,72 € ab.

## I) DRONABINOL ALS REZEPTURARZNEIMITTEL

**SG Marburg, Urt. v. 25.03.2009 – S 12 KA 559/08 –**

**RID 09-02-49**

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

Dronabinol war auch als Rezepturarzneimittel in den Quartalen IV/03 bis I/05 nicht verordnungsfähig (vgl. BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R - SGB 2007, 287 = USK 2007-36, juris Rdnr. 12 ff.). Die Palliativmedizin bietet auch ausreichende alternative Behandlungsmöglichkeiten an.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 3. SPRECHSTUNDENBEDARF

### A) „TABOTAMP“-STREIFEN

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2008 – L 3 KA 169/06 –**

**RID 09-02-50**

juris = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 31 I

**Leitsatz:** 1. Den Krankenkassen steht in Niedersachsen kein Recht zu, die Erstattung von Kosten zu Unrecht verordneten Sprechstundenbedarfs unabhängig von Regresszahlungen des verordnenden Vertragsarztes zu verlangen.

2. Das Präparat "Tabotamp" ist in Niedersachsen nicht als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig.

Bei „Tabotamp“ handelt es sich um Gazestreifen, die durch kontrollierte Oxidation aus regenerierter Zellulose hergestellt werden. „Tabotamp“ wird bei chirurgischen Eingriffen zum Stillen kapillarer, venöser und kleiner arterieller Blutungen eingesetzt. Die Bekl. erkannte die Verordnung als Sprechstundenbedarf durch den beigel. Chirurgen an, wogegen die Ersatzkassenverbände die Klage erhoben. **SG Hannover**, Urt. v. 29.11.2006 – S 24 KA 257/05 - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

### B) BISPHOSPHONAT (N2 ZOMETA - WIRKSTOFF: ZOLEDRONSÄURE)

**SG Düsseldorf, Urt. v. 25.03.2009 – S 2 (14) KA 137/07 –**

**RID 09-02-51**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106 II 4

Dürfen nach einer Sprechstundenbedarfsvereinbarung letztlich nur Artikel als **Sprechstundenbedarf** verordnet werden, deren Anwendung ad hoc erforderlich ist, also wenn ein Notfall eingetreten ist, der eine sofortige Behandlung zur Beseitigung von Gefahren für Leib bzw. Leben oder zur Bekämpfung von - ansonsten unzumutbaren - Schmerzen erfordert, oder wenn sich bei der ärztlichen Behandlung akut die Notwendigkeit ergibt, sofort einen bestimmten Artikel zu verabreichen, um Gefahren für Leib bzw. Leben abzuwenden oder - ansonsten unzumutbare - Schmerzen zu bekämpfen, mithin also die Einhaltung des regulären Beschaffungsweges durch Einzelverordnung der in Abschnitt IV.7 der SSB-Vereinbarung aufgelisteten Artikel aus medizinischen Gründen nicht möglich ist (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.01.2009 – L 11 KA 24/08 – RID 09-02-53), so liegen die Voraussetzungen für **Zometa (Wirkstoff: Zoledronsäure)** nicht vor, der **Wirkungseintritt** von Zometa setzt erst mit einer **zeitlichen Verzögerung von zwei bis vier Tagen** ein. Entweder begibt sich der Patient oder eine

Begleitperson in die nächstgelegene Apotheke, um das auf seinen Namen verordnete Präparat zu beschaffen, oder bringt eine Bedienstete der nächstgelegenen Apotheke das Mittel in die Praxis oder notfalls holt eine Arzhelferin der Praxis das Medikament aus der nächstgelegenen Apotheke. Bei einer hämatologisch-onkologisch ausgerichteten Schwerpunktpraxis, kann zudem erwartet werden, dass Absprachen mit dem Inhaber der nächstgelegenen Apotheke dahin getroffen werden, eine bestimmte Menge Zometa dort vorzuhalten, um auf onkologische Eilfälle alsbald reagieren zu können. Ungeachtet der in der wissenschaftlichen Literatur präferierten Behandlung mit Bisphosphonaten ist deren Verordnung zur **Notfall- und Akutversorgung** auch nicht indiziert.

Das **SG** wies die Klage gegen einen Regress in Höhe von 1.206,05 € (Quartal II/05) ab.

### C) VERORDNUNG VON FINGERSCHIENEN UNZULÄSSIG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 16/07 –**

**RID 09-02-52**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 12/09 B*

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

SGB V § 106

Die Bezeichnung "**Cramerschielen**" in einer Sprechstundenbedarfsvereinbarung ist eindeutig.

**Vertrauensschutz** setzt einen gegenüber dem betroffenen Arzt gesetzten besonderen Vertrauenstatbestand voraus. Selbst wenn in der Vergangenheit entsprechende - nicht rechtmäßige - Verordnungen von Fingerschielen unbeanstandet geblieben sind, wäre dies unbeachtlich (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 36/07 – RID 08-01-53).

Eine **unklare Rechtslage** ist nicht geeignet, Gewissheit von der Rechtmäßigkeit eines bestimmten Handelns zu vermitteln. Allenfalls kann derjenige, der sich auf eine Rechtsposition beruft, darauf hoffen, dass sich die von ihm vertretene Ansicht als die zutreffende erweisen wird. Im Übrigen hat aber der Betreffende ebenso in Erwägung zu ziehen, dass sich die andere Ansicht durchsetzt, sich mithin sein Handeln (Verordnen) als unzulässig erweist.

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 10.01.2007 - S 33 KA 49/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### D) ARZNEIVERORDNUNG ALS SPRECHSTUNDENBEDARF/DURCHSCHNITTS- UND EINZELFALLPRÜFUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.01.2009 – L 11 KA 24/08 –**

**RID 09-02-53**

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

SGB V § 106

Ist nach einer Sprechstundenbedarfsvereinbarung Anti-D-Immunglobulin zur Rhesusprophylaxe als zulässiger SSB aufgeführt, dies allerdings unter der Einschränkung "Für die sofortige Anwendung oder für die Anwendung im unmittelbaren, ursächlichen Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff" "in geringen Mengen", so dürfen letztlich nur Artikel als SSB verordnet werden, deren **Anwendung ad hoc** erforderlich, also wenn ein - definitionsgemäß bereits nicht vorhersehbarer - Notfall eingetreten ist, der eine sofortige Behandlung zur Beseitigung von Gefahren für Leib bzw. Leben oder zur Bekämpfung von - ansonsten unzumutbaren - Schmerzen erfordert, oder wenn sich bei der ärztlichen Behandlung akut die Notwendigkeit ergibt, sofort einen bestimmten Artikel zu verabreichen, um Gefahren für Leib bzw. Leben abzuwenden oder - ansonsten unzumutbare - Schmerzen zu bekämpfen, mithin also die Einhaltung des regulären Beschaffungsweges durch Einzelverordnung nicht möglich ist.

Die Prüfungsgremien sind nicht berechtigt, **unzulässig verordneten SSB** in die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise eines Vertragsarztes einzubeziehen. Für eine Gleichstellung von unzulässig verordnetem SSB mit zulässig verordneten SSB in den Fällen, in denen der unzulässig verordnete SSB nicht beanstandet worden ist bzw. wegen Verfristung nicht mehr regressiert werden kann, besteht schon deshalb kein Raum, weil es dabei weiterhin an einer zuverlässigen Vergleichsbasis ermangelt.

Die Vertragsparteien können im Gegensatz zur Prüfung von SSB-Verordnungen nach Durchschnittswerten für die Prüfung auf unzulässige SSB-Verordnung eine **Antragsfrist** (von 12 Monaten) vereinbaren und damit bewusst vom Grundsatz einer einheitlichen Antragstellung (vgl. dazu BSG, Urt. v. 16.01.1991 - 6 RKa 24/89 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 3) abweichen. Auch ein von Amts wegen geführtes Prüfverfahren kann sich dann nur auf Sachverhalte beziehen, die innerhalb der Frist von 12 Monaten den Prüfungsgremien bekannt geworden sind.

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 28.11.2007 - S 14 KA 227/06 - gab der kassenseitigen Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

#### 4. VERTRETUNG DES BESCHWERDEAUSSCHUSSES DURCH KANZLEI DES VORSITZENDEN

*SG Düsseldorf, Urt. v. 14.01.2009 – S 2 (14) KA 153/07 –*

RID 09-02-54

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

SGB V § 106; SGB X §§ 16, 17

Die Tatsache, dass der **Vorsitzende des Beschwerdeausschusses** eine Rechtsanwaltssozietät, der er angehört, mit der Prozessvertretung des beklagten Beschwerdeausschusses beauftragt hat, rechtfertigt kein Misstrauen gegen seine unparteiische Amtsausübung.

Der Umstand, dass eine Arztpraxis insb. Sonographien und Endoskopien durchführt und Teilnehmer am DMP Diabetes behandelte, begründete keine Pflicht zur Bildung einer besonderen **Vergleichsgruppe** (hier: Allgemeinmedizin) (vgl. BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 57, m.w.N. zu Ärzten mit Zusatzbezeichnungen).

Für eine abweichende Praxisausrichtung ist die Arztpraxis **nachweispflichtig**.

Es ist nicht zu beanstanden, dass das **offensichtliche Missverhältnis** bei dem Gesamtfallwert und bei den Sparten "Beratungs- und Betreuungsleistungen, Ganzkörperstatus" und "Sonderleistungen" bei einer Überschreitung um + 50 % (vgl. BSG MedR 2004, 577) und bei der Einzelleistung nach Nr. 03120 EBM (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, Dauer mindestens 10 min.) um + 100 % (vgl. BSG SozR-3 2500 § 106 SGB V Nr. 15) festgesetzt wird.

Es besteht kein Erfahrungssatz, dass ein erhöhter **Ausländeranteil** generell einen erhöhten Behandlungsbedarf begründet (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.1995 - 6 RKa 2/94 - MedR 1996, 136; v. 10.05.2000 - B 6 KA 25/99 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 49).

Die Behandlung von **DMP-Patienten** begründet keinen erhöhten Behandlungsbedarf.

Das *SG* wies die Klage ab.

#### 5. ZAHNÄRZTE

##### A) ANWESENHEIT BEI GUTACHTERERSTELLUNG/UNTERSUCHUNG DURCH PROTHETIKAUSSCHUSS

*LSG Bayern, Urt. v. 26.11.2008 – L 12 KA 5008/07 –*

RID 09-02-55

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 6/09 B*

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

SGB V §§ 30 IV 2, 106

Eine Vertragszahnärztin verletzt die Regeln der zahnärztlichen Kunst und insb. auch die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu beachtenden Vorschriften und Richtlinien, wenn sie im Heil- und Kostenplan das **Zahnschema** nicht voll ausfüllt. Davon kann auch dann nicht abgesehen werden, wenn die Patientin wegen ihres Gesundheitszustandes keine Versorgung will.

Vor der Anfertigung von **Zahnersatz** hat eine ausreichende **Parodontalbehandlung** voranzugehen.

Eine Behandlung ist fehlerhaft, wenn von dem **genehmigten Plan** ohne eine entsprechende Mitteilung abgewichen wird (hier: Überkronung Zahn 34 statt wie vorgesehen 33).

Befindet sich ein Teil der **mesialen Wurzel** (hier Zahn 37) sich noch im Alveolenfach, dann darf noch keine prothetische Versorgung erfolgen.

Die Notwendigkeit einer **Neuversorgung** ist begründet, wenn die Prothese keine ausreichende **Haltekraft** hat. Ein herausnehmbarer Zahnersatz darf nicht so locker sitzen, dass er beim Essen oder Sprechen wackelt.

Jedenfalls bei einer Vielzahl von Planungsfehlern, Richtlinienverstößen und Ausführungsfehlern besteht kein Anspruch auf **Nachbesserung** durch eine Neuanfertigung eines unbrauchbaren Zahnersatzes.

Die Rüge, dass eine **Vertragszahnärztin** bei **Erstellung des Gutachtens** einen Abstand von drei Metern habe halten müssen, begründet keinen Verstoß gegen § 24 SGB X. Aus § 3 II Anlage 12 zum BMV-Z folgt nicht, dass der Zahnarzt berechtigt sein soll, unmittelbar an der Untersuchung mitzuwirken und/oder sich unmittelbar zu den einzelnen Befunden zu äußern. Dies erscheint schon mit Rücksicht auf den Patienten auch nicht geboten.

Eine **Untersuchung durch die Mitglieder des Prothetikausschusses** ist insgesamt nicht geregelt und findet oftmals auch nicht statt. Dies hindert den Ausschuss jedoch nicht daran, im Rahmen der ihm obliegenden Sachverhaltsaufklärungspflicht (§ 20 SGB X) selber eine Untersuchung des Patienten, dessen prothetische Versorgung im Streit steht, vorzunehmen. Insoweit besteht aber, weder nach den besonderen Vorschriften zur Regelung des Prothetik-Einigungsverfahrens noch nach dem SGB X die Verpflichtung, zu dieser Untersuchung den betroffenen Zahnarzt hinzuzuziehen.

*SG München*, Urt. v. 10.01.2007 - S 43 KA 5142/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## B) VERZICHT AUF EINHOLUNG EINES OBERGUTACHTENS

*LSG Bayern, Urt. v. 26.11.2008 – L 12 KA 5002/06 –*

RID 09-02-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106; EKV-Z § 20

Wird von der nach § 20 EKV-Z vorgesehenen Möglichkeit, die "Meinungsverschiedenheit" über die Richtigkeit des gutachterlichen Beweisergebnisses durch Einholung eines **Obergutachtens** zu klären, **nicht Gebrauch gemacht**, so ist jeder Betroffene im weiteren Verfahren mit seinen **Einwänden gegen die gutachterlichen Beweisfeststellungen ausgeschlossen** ist. Denn der Sinn des gestuften Gutachterverfahrens erschöpft sich nicht nur darin, Beweisfeststellungen möglichst zeitnah und abschließend zu treffen, sondern besteht auch darin, dabei die regelmäßig entstehenden Einwände gegen die Richtigkeit der Feststellung ebenso zeitnah und abschließend auszuräumen. Entzieht sich ein Betroffener seiner Mitwirkung bei der Ausräumung seiner Zweifel über die Richtigkeit der gutachterlichen Feststellungen, begibt er sich seines Rechtes auf Klärung seiner Einwände. Verzichtet so der Zahnarzt auf die obergutachterliche Überprüfung der gutachterlichen Feststellungen zu dem Vorliegen von Mängeln und besteht darüber hinaus ein Nachbesserungsrecht ausnahmsweise nicht oder nicht mehr oder ist dieses bereits ohne Erfolg eingeräumt worden, darf die Ersatzkasse den Heil- und Kostenplan eines anderen Vertragszahnarztes genehmigen.

Das Recht des Vertragsarztes auf **Nachbesserung** kann auch in einer kompletten **Neuanfertigung** bestehen.

*SG München, Urt. v. 29.11.2005 – S 38 KA 5428/01* - wies die Klage der klagenden Ersatzkasse, gegen den beigel. Zahnarzt einen Schadensregress festzusetzen, ab; das *LSG* wies die Berufung zurück.

## C) KEINE AUSREICHENDE GELEGENHEIT ZUR NACHBESSERUNG

*SG München, Urt. v. 10.12.2008 – S 38 KA 5347/06 –*

RID 09-02-57

(rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106

Ist ein Vertragszahnarzt zur Nachbesserung bereit, erhält er aber hierzu nicht ausreichend Gelegenheit und ist nicht erkennbar, dass dem Patienten eine Nachbesserung oder eine Neuanfertigung nicht zumutbar gewesen wäre, so kann ein Regress nicht festgesetzt werden.

Das *SG* gab der Klage statt.

## D) STATISTISCHER KOSTENVERGLEICH DES GESAMTFALLWERTS

### AA) STATISTISCHE VERGLEICHSPRÜFUNG AB 2004/"DURCHSANIEREN"/PARODONTOSE- UND ZEFÄLLE

*SG Marburg, Urt. v. 29.04.2009 – S 12 KA 313/08 –*

RID 09-02-58

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106

Im Bereich der KZV Hessen kann auch für die Quartale **ab I/04** eine **statistische Vergleichsprüfung** durchgeführt werden.

Geringere Fallzahlen einer zahnärztlichen Praxis ermöglichen kein „**Durchsanieren**“ im Sinne einer Praxisbesonderheit.

Es besteht kein zahnmedizinischer Erfahrungssatz, dass Patienten im **Alter von 30 bis 55 Jahren, Bankangestellte** oder **Großstadtbewohner** besonders sanierungsbedürftige Zähne hätten.

Ein **Diagnosegerät**, das bereits im Frühstadium Karies erkennen lässt, ermöglicht lediglich eine früher beginnende Sanierung und stellt keine Praxisbesonderheit dar.

**Parodontose- und ZE-Fälle** bedeuteten keine Praxisbesonderheit für die Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Behandlungsbereichs.

Das *SG* wies die Klage ab.

### BB) BELEGFALLPRÜFUNG ALS TEIL DER SOG. INTELLEKTUELLEN PRÜFUNG

*SG Marburg, Urt. v. 29.04.2009 – S 12 KA 112/08 –*

RID 09-02-59

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106

Eine vorgetragene besonders **zahnerhaltende Arbeitsweise** begründet keine Praxisbesonderheit und reicht für den Nachweis einer kompensatorischen **Ersparnis** im Bereich von Zahnersatzleistungen nicht aus.

Eine sog. **Belegfallprüfung** ist Teil der sog. intellektuellen Prüfung des Beschwerdeausschusses. Führt diese nicht zur Feststellung von Praxisbesonderheiten, so bleibt es bei der Darlegungs- und Substantiierungslast des Vertragszahnarztes für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten. Mit der Beanstandung einzelner Belegfälle wird dieser Last nicht genügt und braucht sich ein Gericht nicht auseinanderzusetzen.

Das **SG** wies die Klage ab.

### **CC) TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT IM BEREICH DER ENDODONTIE/ZÄHNERHALTENDE ARBEITSWEISE**

**SG Marburg, Urt. v. 29.04.2009 – S 12 KA 835/08 –**

**RID 09-02-60**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106

Ein Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich der **Endodontie** stellt keine Praxisbesonderheit einer vertragszahnärztlichen Praxis dar. Dieses Gebiet gehört zum typischen Leistungsspektrum einer zahnärztlichen Praxis.

Eine vorgetragene besonders **zahnerhaltende Arbeitsweise** begründet keine Praxisbesonderheit und reicht für den Nachweis einer kompensatorischen Ersparnis im Bereich von Zahnersatzleistungen nicht aus.

Das **SG** wies die Klage ab.

### **DD) TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTE IM BEREICH DER ENDODONTIE UND FÜLLUNGSTHERAPIE**

**SG Marburg, Urt. v. 29.04.2009 – S 12 KA 98/08 –**

**RID 09-02-61**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106

Tätigkeitsschwerpunkte im Bereich der **Endodontie** und der **Füllungstherapie** stellen keine Praxisbesonderheit einer vertragszahnärztlichen Praxis dar. Bei diesen Gebieten handelt es sich um das typische Leistungsspektrum einer zahnärztlichen Praxis.

Das **SG** wies die Klage ab.

### **EE) „BÄCKERKARIES“/MITARBEITER VON BANKEN UND VERSICHERUNGEN**

**SG Marburg, Urt. v. 29.04.2009 – S 12 KA 139/08 –**

**RID 09-02-62**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106

Es besteht kein zahnmedizinischer Erfahrungssatz, dass **Patienten, die Speisen abschmecken**, vermehrt an Karies („Bäckerkaries“) erkranken würden, oder dass Mitarbeiter von **Banken und Versicherungen** besonders sanierungsbedürftige Zähne hätten

**Parodontose-Fälle** bedeuteten keine Praxisbesonderheit für die Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Behandlungsbereichs.

Das **SG** wies die Klage ab.

## **VI. Zulassungsrecht**

Nach BSG, Urt. v. 06.05.2009 – **B 6 KA 3/08 R** – kann der **Vorsitzende** des Berufungsausschusses nicht allein über die Höhe der einem erfolgreichen Widerspruchsführer **zu erstattenden Aufwendungen entscheiden**; nach BSG, Urt. v. 11.03.2009 – **B 6 KA 15/08 R** – sind **Leistungen**, die während der Dauer der **aufschiebenden Wirkung** erbracht worden sind, weiterhin auch dann nicht zu vergüten, wenn sich der Widerspruch als unbegründet erweist; in Abkehr von der früheren Rechtsprechung tritt die aufschiebende Wirkung der Anrufung des Berufungsausschusses gegen eine statusbegründende Entscheidung aber erst in dem Zeitpunkt ein, in dem der Begünstigte von dem Widerspruch erfährt; bis zur Erlangung dieser Kenntnis ist sein Vertrauen auf den Bestand des Status geschützt; 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.

**BVerfG**, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 22.12.2008 – 1 BvR 3457/08 – RID 09-01-66a hat die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Beschl. v. 05.11.2008 – B 6 KA 59/08 B – RID 09-01-107 (Zulassungsentziehung in Sachen Globudent) zur Entscheidung nicht angenommen.

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. BEDARFSUNABHÄNGIGE ZULASSUNG ALS PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN

*LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 81/07 –*

RID 09-02-63

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 1/09 B*  
SGB V § 95 X

Die besonderen Voraussetzungen, die nach BSG, Beschl. v. 19.07.2006 - B 6 KA 18/05 B - RID 06-04-101 bei einem Härtefall für eine bedarfsunabhängige Zulassung vorliegen müssen, liegen nicht vor, wenn im letzten Vierteljahr des Zeitfensters keinerlei psychotherapeutischen Behandlungen für die GKV durchgeführt wurde.

*SG Frankfurt a. M., Urt. v. 29.08.2007 - S 28 KA 1932/03 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. AUSWAHL UNTER MEHREREN GEEIGNETEN BEWERBERN/DAUER DER ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT GEDECKELT

*LSG Hamburg, Beschl. v. 26.02.2009 – L 2 B 7/09 ER KA –*

RID 09-02-64

SGB V § 95; SGG § 86b I 1 Nr. 1; BedarfspIRL-Ä § 23 III 1;

Bei der Entscheidung, ob ein oder mehrere Bewerber nach § 23 III BedarfspIRL-Ä **geeignet** sind, ist den Zulassungsgremien ein **Beurteilungsspielraum** eingeräumt, der gerichtlich nur begrenzt überprüfbar ist. Bei der **Auswahl** unter mehreren geeigneten Bewerbern ist den Prüfungsgremien ein **Ermessen** eingeräumt.

**Arztgruppen** des Bedarfsplanungsrechts sind nicht notwendig mit **Fachgebieten** i.S.d. ärztlichen Berufs- und Weiterbildungsrechts identisch.

Den **Kriterien der bisherigen ärztlichen Tätigkeit** und des **Approbationsalters** ist nicht zwangsläufig immanent, dass sie stets zugunsten desjenigen Bewerbers durchschlagen müssen, der hinsichtlich ihrer über die längere Dauer verfügt. Eine beliebige bzw. signifikante Vermehrung des beruflichen Erfahrungswissens findet jenseits einer gewissen Dauer ärztlicher Tätigkeit kaum mehr statt (vgl. SG Karlsruhe v. 27.10.2006 - S 27 KA 176/08 ER – juris).

Der Ast., geb. am 26.12.1953, ist Facharzt für Psychiatrie (Approbation: 01.07.1992, Facharztanerkennung: 08.02.1995; Eintragung in die Warteliste: 17.12.2007). Der Beigel., geb. am 10.01.1942, ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Approbation: 06.12.1978, Facharztanerkennung: 26.01.1978; Eintragung in die Warteliste: 29.02.2008). Der Zulassungsausschuss lies nach partieller Öffnung der Arztgruppe „Nervenärzte“ den Beigel. zu, der Berufungsausschuss den Ast., wogegen der Beigel. Klage erhoben hat. *SG Hamburg, Beschl. v. 02.12.2008 – S 27 KA 176/08 ER -* gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## 3. PRAXISNACHFOLGE: RÜCKNAHME DER AUSSCHREIBUNG NUR BIS ZUR ENTSCHEIDUNG DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES

*SG Berlin, Beschl. v. 14.10.2008 – S 83 KA 543/08 ER –*

RID 09-02-65

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V § 103 IV; SGG § 86b II

Ein Anspruch auf **Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes** besteht nur dann, wenn kein Ausschreibungsverfahren über den Vertragsarztsitz (mehr) läuft.

Das **Nachbesetzungsverfahren** ist kein zweiseitiges Rechtsverhältnis zwischen Antragsteller und Behörde, sondern ein **dreiseitiges Rechtsverhältnis** zwischen dem den Vertragsarztsitz aufgebenden Vertragsarzt, dem Zulassungs- bzw. Berufungsausschuss und den sich auf den Vertragsarztsitz bewerbenden Ärzten. Die Bewerber erhalten mit der Ausschreibung und dem Verfahrensforgang eigene Rechte, die die Verfügungsgewalt des Vertragsarztes über das Verfahren beschränken. Dies gilt insb. im Hinblick auf die **Auswahl des Nachfolgers** unter den Bewerbern, die den Zulassungsgremien und nicht dem Vertragsarzt obliegt. Der Vertragsarzt ist deshalb gehindert, solche Verfahrenshandlungen vorzunehmen, die die Auswahl des Nachfolgers beeinflussen können, wenn die **Auswahl durch den Zulassungsausschuss** bereits getroffen worden ist. Denn damit hat der ausgewählte Bewerber eine Rechtsposition erhalten, die der Vertragsarzt nur noch im ordentlichen Rechtsmittelverfahren (Widerspruch, Klage) angreifen kann. Die **Rücknahme des Antrags** auf Ausschreibung ist deshalb nur **bis zur Auswahlentscheidung** des Zulassungsausschusses möglich. Dabei ist zum Schutz des ausgewählten Bewerbers auf den **Tag der Entscheidungsfindung** des Zulassungsausschusses, nicht auf die Zustellung des schriftlichen Bescheids abzustellen.

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

#### 4. SONDERBEDARFSZULASSUNG UND HÄLFTIGER VERSORGUNGS-AUFTRAG/ZWEIGPRAXIS-GENEHMIGUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 47/08 –* RID 09-02-66  
*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 10/09 B* www.sozialgerichtsbarkeit.de

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 48/08 –* RID 09-02-67  
*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 11/09 B* www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Weder aus dem Weiterbildungs- noch aus dem Zulassungsrecht noch aus der Rspr. des BSG ergibt sich eine Grundlage für die Forderung, dass nur Arztgruppen zugelassen werden dürfen, die aufgrund vertragsärztlicher Tätigkeit eine sich **wirtschaftlich tragende Praxis** führen können (vgl. bereits LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2008 – L 11 KA 38/08 – RID 08-04-50, Revision anhängig: B 6 KA 35/08 R). Soweit aus der Entscheidung des **BSG** vom 28.06.2000 - B 6 KA 35/99 R - BSGE 86, 242 = SozR 3-2500 § 101 Nr. 5 - hergeleitet wird, dass der Bedarf den wirtschaftlichen Betrieb einer Vertragspraxis ermöglichen muss, anderenfalls nur eine Ermächtigung in Betracht kommt, **folgt der Senat dem nicht**.

Die Zulassungsgremien haben bei Ablehnung einer **Sonderbedarfszulassung** zu würdigen, dass gleichzeitig eine **Ermächtigung und/oder die Genehmigung einer Zweigpraxis** erteilt worden ist.

Die **Teilnahmeform "Zweigpraxis"** ist gegenüber der Vollzulassung jedenfalls dann als **subsidiär** zu werten, wenn die Zweigpraxis nicht in dem Planungsbereich betrieben werden soll, in dem der Vertragsarztsitz liegt.

Eine etwaige **Konfliktlage** zwischen einer **Sonderbedarfszulassung** und einer den Bedarf ggf. kompensierenden **Zweigpraxisgenehmigung** ist nach verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten zu lösen. Sofern in einem Kollisionsfall die Zweigpraxisgenehmigung wegen eines Bedarfs erteilt wird und dies letztlich dazu führt, dass Anträge auf Sonderbedarfszulassung nunmehr mangels Bedarfs abgelehnt werden, ist eine Zweigpraxisgenehmigung **nachrangig**. Sie ist bei der Prüfung, ob und inwieweit ein Sonderbedarf besteht, zwar zu berücksichtigen, kann aber - solange nicht bestandskräftig - nicht dazu führen, dass ihrerwegen ein Sonderbedarf verneint wird.

Ungeachtet der Frage, ob die Ermächtigungsnorm dem Grunde nach berechtigt, darüber zu entscheiden, ob ein **Sonderbedarf** auch mittels **hälftiger Zulassungen** befriedigt werden kann, hat der GBA eine solche (positive oder negative) Entscheidung bislang nicht getroffen. Dann aber gelten die gesetzlichen Vorgaben unmittelbar. Danach sind seit dem 01.01.2007 hälftige Sonderbedarfszulassungen zulässig, denn die Sonderbedarfszulassung nach § 24 BedarfspRL-Ä ist kein Aliud gegenüber einer bedarfsunabhängigen Zulassung.

Soweit § 19a I Ärzte-ZV es nunmehr zulässt, die Zulassung auf einen **halben Versorgungsauftrag** zu beschränken, ist es geboten, den zulässigen Umfang einer **sonstigen Beschäftigung** bei patientenbezogener Behandlung mit 20 Wochenstunden anzusetzen.

Bei der Bedarfsprüfung für eine Sonderzulassung ist es grundsätzlich irrelevant, ob die Patienten aus einem **anderen Planungsbereich "einpendeln"**. Maßgebend ist nicht deren Wohnsitz, sondern die Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen im betreffenden Planungsbereich.

Die einer **Auswahlentscheidung** zugrundegelegten Kriterien berufliche Eignung, Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit, Approbationsalter sind nicht zu beanstanden.

*SG Duisburg, Urt. v. 28.02.2008 - S 19 KA 17/07 – u. - S 19 KA 16/07 –* wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte zur Neubeschreibung.

#### 5. RECHTMÄßIGKEIT DER 68-JAHRE-ALTERSGRENZE

*LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 164/05 –* RID 09-02-68  
*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 7/09 B* www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VII

Die im Vergleich zu den allgemeinen Regelungen des SGG **erhöhten Anforderungen des Widerspruchsverfahrens** in vertragsärztlichen Zulassungssachen gem. § 44 Ärzte-ZV a.F. begegnen keinen rechtlichen Bedenken. Es handelt sich um eine zulässige Sonderregelung gegenüber den Vorschriften des SGG über das Widerspruchsverfahren (BSG, Urt. v. 09.06.1999 - B 6 KA 76/97 R - SozR 3-5520 § 44 Nr. 1 = MedR 2000, 198).

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Altersgrenze wurden vom BVerfG nicht geteilt (vgl. Beschl. v. 31.03.1998 - 1 BvR 2167/93 -; v. 04.01.2001 - 1 BvR 1418/01 u. 1 BvR 1435/01 -). Nach BSG, Urt. v. 06.02.2008 - B 6 KA 41/06 R -, Verfassungsbeschwerde wurde von BVerfG, Beschl. v.

30.06.2008 - 1 BvR 1159/08 – nicht angenommen, besteht keine Unvereinbarkeit der Altersgrenze mit dem Grundrecht aus Art. 14 I GG. Zweifel an der Europarechtskonformität bestehen jedenfalls dann nicht, wenn zu der Zeit, zu der ein Kläger das 68. Lebensjahr vollendet hat (hier: 26.06.2000) und zum Zeitpunkt der Beendigung der Zulassung (30.06.2000) die Richtlinie 2000/78/EG noch nicht verabschiedet und verkündet war (Verkündung im Amtsblatt der EG v. 02.12.2000 - L 303/20).

*SG München*, Urt. v. 21.10.2004 - S 39 KA 672/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 6. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

### A) VORSPIEGELUNG SELBSTÄNDIGER TÄTIGKEIT/WOHLVERHALTEN

*LSG Mecklenburg-Vorpommern*, Urt. v. 27.02.2008 - L 1 KA 7/06 -

RID 09-02-69

Revision anhängig: B 6 KA 24/08 R

juris

SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV §§ 27 I, 32 I; GG Art. 12 I; SGB X § 45 II 1; StGB § 263; StPO § 170 II

Die Tätigkeit gegen Zahlung einer festen voraus vereinbarten Tätigkeitsvergütung stellt sich als **abhängige Beschäftigung** gegen ein Festgehalt dar, jedenfalls wenn arbeitnehmertypische Regelungen zur "Lohnfortzahlung" hinzukommen und wenn im Falle des Ausscheidens der Geschäftsanteil an einen Praxisnachfolger abzutreten ist. Es fehlt dann an einer Verfügungsbefugnis über das eigene Vermögen (Wert der Laborarztpraxis). An einer selbständigen Tätigkeit fehlt es, wenn unternehmerische Entscheidungen zum Sachmittel- und Personaleinsatz sowie zum Umfang und zur Organisation der Abarbeitung der an die Laborarztpraxis gehenden Untersuchungsaufträge nicht getroffen werden.

Der ärztliche Beruf als Laborarzt wird nicht als selbständiger Vertragsarzt in freier Praxis ausgeübt, wenn die Tätigkeit **bewusst und gewollt als angestellter Arzt** einer "K-Gruppe" gleichsam in der Funktion eines "Filialleiters" ausgeübt wird.

Einem Arzt, der die **Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt** und sich eine Zulassung als Vertragsarzt durch Vorspiegelung falscher Tatsachen verschafft hat, ist die Zulassung zu **entziehen**.

Für die Konstellation der "K-Gruppe" bedeutet dies, dass die Laborgemeinschaft in Anbetracht des Umfangs der durchgeführten Untersuchungen in die Abstufungszonen gelangt wäre, während durch die "Zweigstellen", die sich als eigenständige Laborpraxen gerieten, die Abstufungsregelungen entsprechend später griffen. Der dadurch für die "K-Gruppe" erzielten höheren Vergütung steht ein **Schaden** nicht unmittelbar bei der KV oder den Krankenkassen gegenüber, sondern vielmehr ein solcher bei den übrigen Laborärzten, deren Anteil an der Gesamtvergütung, die nach den Regelungen des HVM letztlich statisch blieb, sich so verringerte, dass bei den übrigen Ärzten ein entsprechend höherer Punktwertverfall eingetreten ist.

Trotz einer seit Oktober 2003 beanstandungsfrei ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit erlangt ein Arzt die nicht vorhandene Eignung zur weiteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung infolge eines **Wohlverhaltens** dann nicht, wenn er sich durch falsche Angaben über seine Absicht als Vertragsarzt zugelassen zu werden **den formalen Status des Vertragsarztes erschlichen** hat, ohne diesen Status auch jemals tatsächlich auszuüben. D. h. der Arzt hat im Sinne des § 45 II 3 Nr. 3 SGB X die Rechtswidrigkeit des "Verwaltungsaktes" gekannt, er beruhte entsprechend Nr. 2 auf Angaben, die der Arzt vorsätzlich in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat. Im Sinne des § 45 Abs. 2 Satz 1 SGB X kommt dem Kläger ein schutzwürdiges Vertrauen nicht zu. Zwar ist § 45 SGB X nicht unmittelbar anzuwenden, der Gedanke des Vertrauensschutzes als universeller Rechtsgedanke ist hier kodifiziert, so dass § 45 SGB X zumindest entsprechend heranzuziehen ist.

Der 1944 geb. Kl. hatte im Dezember 1992 die Zulassung als Facharzt für Laboratoriumsmedizin in Gemeinschaftspraxis mit Frau Dr. med. W beantragt, die er auch erhielt. Im Februar 2004 beantragte die KV die Entziehung der Zulassung des Kl., weil sich aufgrund staatsanwaltlicher Ermittlungen ein hinreichender Verdacht des gemeinschaftlichen Abrechnungsbetruges ergeben habe. Frau Dr. W und Herr Dr. P seien im Zulassungsverfahren als selbstständige Vertragsärzte "in freier Praxis" gemäß § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV aufgetreten. Tatsächlich hätten sie aber in einem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis zu dem Beschuldigten Dr. K gestanden. Das ergebe sich aus den vertraglichen Beziehungen zwischen dem Beschuldigten und der tatsächlichen Art und Weise der Praxisführung. Es sei ein Schaden in Höhe von 6.246.585,99 € (Gesamthonorarforderung) entstanden. Aus den Akten der Staatsanwaltschaft ist ersichtlich, dass mit einer Vielzahl von Laborärzten Verträge geschlossen worden waren, die denen des Klägers mit Dr. D K, L, G, G und I entsprochen hätten. Der Zulassungsausschuss entzog dem Kl. die Zulassung, der Widerspruch blieb erfolglos. *SG Schwerin*, Urt. v. 31.05.2006 - S 3 KA 81/04 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage.

## B) VERORDNUNG FERTIGER ZYTOSTATIKAREZEPTUREN BEI EIGENHERSTELLUNG GEGEN AUFWANDSENTSCHÄDIGUNG

*LSG Bayern, Urt. v. 04.02.2009 – L 12 KA 492/07 –*

RID 09-02-70

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 17/09 B*

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

SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV §§ 27 I, 32 I; GG Art. 12 I

Ein Vertragsarzt, der **fertige Zytostatikarezepturen** über Sprechstundenbedarfsrezepte und zum Teil auch auf Namen einzelner Patienten verordnet, während die Apotheke aber nur die wesentlich **billigeren Einzelbestandteile** (zytostatische Wirkstoffe und Trägerlösungen) an ihn als den behandelnden Onkologen liefert, und der die applikationsfertigen Medikamente dann selber gegen eine vom Apotheker gewährte "Aufwandsentschädigung" in Höhe von bis zu 20.000,00 DM oder mehr herstellt, verursacht bei der Krankenkasse einen Schaden in der Höhe der Differenz zwischen den Kosten der Einzelbestandteile einerseits und den Kosten der Fertigmedikamente andererseits.

Darin liegt eine Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten in schwerster Weise, die eine **Zulassungsentziehung** rechtfertigt.

Der Kl., ein Internist mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie bereite die für die ambulante Behandlung der Krebspatienten erforderlichen Medikamente in der Praxis applikationsfähig zu und verordnete die dafür erforderlichen Bestandteile als Sprechstundenbedarf. Ab August 2000 verordnete der Kl. die Krebsmedikamente als **applikationsfertige Zubereitungen über Sprechstundenbedarf** bei der S.-Apotheke. Diese lieferte jedoch **wie bisher die einzelnen Bestandteile**, die auch weiterhin in der **Praxis des Kl. applikationsfertig gemacht** wurden. Die Beigel. zahlte der Apotheke den wesentlich höheren Preis der fertigen Zubereitungen. Der Kl. erhielt **von der Apotheke Aufwandsentschädigungen** für die Herstellung in Höhe von **ca. 20.000,00 bis 25.000,00 DM pro Monat**, insgesamt zwischen Mai 2000 und März 2003 **533.861,42 €**. Diese Vorgehensweise wurde anhand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung betreffend die Verordnung von Sprechstundenbedarf offenkundig, als der Beschwerdeausschuss die Herstellungsprotokolle von der Apotheke anforderte und diese mitteilte, dass die Herstellung nicht bei ihr, sondern in der Praxis des Klägers erfolgt sei. Nach der Sitzung des Beschwerausschusses im März 2003 stellte der Kl. diese Ordnungsweise ein. Der Zulassungsausschuss lehnte eine Zulassungsentziehung ab. Der Bekl. entzog dem Kl. die Zulassung und ordnete die sofortige Vollziehung an. **SG München**, Beschl. v. 20.12.2004 stellte die aufschiebende Wirkung der Klage bis zum Ende des erstinstanzlichen Verfahrens wieder her, **LSG Bayern**, Beschl. v. 10.05.2006 - L 12 B 12/05 KA ER – wies die Beschwerde zurück (weiterer Beschl. im Berufungsverfahren v. 23.08.2007 - L 12 KA 491/07 ER -). Das **Amtsgericht** verhängte mit Strafbefehl v. 14.12.2006 - 3 Cs 14 Js 11255/06 - gegen die Apothekerin wegen Betrugs (Schaden: 1.005.347,16 Euro) eine Gesamtstrafe von einem Jahr auf Bewährung; mit weiterem Strafbefehl v. 19.12.2007 - Cs 1 Js 6775/03 - gegen den Kl. die gleiche Strafe. **SG München**, Urt. v. 20.07.2007 - S 21 KA 1331/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## C) SEXUELLE VERFEHLUNGEN EINES PSYCHOTHERAPEUTEN INFOLGE SEINER PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR

*LSG Bayern, Urt. v. 08.10.2008 – L 12 KA 354/07 –*

RID 09-02-71

rechtskräftig

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

SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 21

**Psychotherapie** setzt beim Therapeuten insbesondere voraus, dass dieser bei seiner Arbeit nicht von eigenen, für ihn nicht beherrschbaren, von ihm nicht kontrollierten und in ihren Wirkungen auf die jeweilige Klientin offenbar auch nicht verstandenen emotionalen Konflikten und Bedürfnissen gesteuert ist und diese dann auch noch verwirklicht.

Gerade bei einer **Zulassungsentziehung wegen sexueller Verfehlungen** eines Vertragsarztes kann im Grundsatz ein die Entziehung hinfällig machendes "**Wohlverhalten**" nicht berücksichtigt werden (vgl. **LSG Bayern** v. 19.07.1995 - L 12 Ka 63/93 -). Gilt dies für einen Vertragsarzt, so muss es aufgrund des weit intensiveren Vertrauensverhältnisses erst Recht für einen Psychotherapeuten gelten.

Ein Verhalten, das einem massiven gesellschaftlichen Unwerturteil unterworfen ist, dass es **unter Strafe**, hier nach § 174c StGB, **gestellt** worden ist, kann nicht gleichzeitig zulässiges Mittel der Vertragspsychotherapie im Sinne des SGB V und im Rahmen der dort zugelassenen Therapieverfahren sein.

Rechtfertigt ein Verhalten die Folgerung, dass der Psychotherapeut infolge seiner **Persönlichkeitsstruktur** Gefahr läuft, weiterhin schwerwiegende Kunstfehler vorzunehmen, so führt dies zum Fehlen seiner Eignung als Vertragspsychotherapeut.

Der 1946 geb. Kl. arbeitete von 1978 bis 1994 als Leiter einer Psychosozialen Beratungsstelle. 1986 erhielt er die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde nach dem Heilpraktikergesetz. 1993 erhoben während eines Vortrags über sexuellen Missbrauch in der Psychotherapie verschiedene Personen, darunter auch Patientinnen

anderer Psychotherapeuten, die zuvor beim Kl. behandelt worden waren, Vorwürfe gegen ihn im Hinblick auf sexuelle Übergriffe. Eine fristlose Kündigung wurde in einem arbeitsgerichtlichen Vergleich in ein Ende des Beschäftigungsverhältnisses zum 31.03.1994 umgewandelt. Seit 1995 nahm der Kl. am sog. Delegationsverfahren teil. 1999 erhielt er die Zulassung als psychologischer Psychotherapeut. Im Juni 2001 wandte sich eine ehemalige Patientin an die KV und schilderte den Therapieverlauf u.a. mit dem Vorwurf, es habe häufig Situationen gegeben, in denen er ihr zu nahe getreten sei und in denen sie sich gegen seine verbalen Äußerungen habe wehren müssen. 2004 erstattete eine damals 19 Jahre alte Zeugin Strafanzeige, u.a. mit dem Vorwurf, im Jahr 2003 sei es während einer Therapie zu sexuellen Übergriffen gekommen. 2004 erstatte eine weitere Patientin Anzeige wegen ähnlicher Übergriffe während einer Therapie im Jahre 1982. Noch während der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen entzog der Zulassungsausschuss die Zulassung und ordnete die sofortige Vollziehung an. Ein wegen eines Falles eingeleitetes Strafverfahren wurde am 2006 gem. § 153a StPO gegen eine Geldbuße von 3.000 € eingestellt. Der Berufungsausschuss wies den Widerspruch des Kl. zurück und ordnete erneut die sofortige Vollziehung an. **SG München**, Urt. v. 29.01.2007 - S 28 KA 295/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### D) TRUNKSUCHT: BEZUG DES TRINKVERHALTENS ZUR ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

**LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 31.03.2009 – L 4 B 542/08 KA ER –**

RID 09-02-72

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

SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 21; GG Art. 12

§ 21 Ärzte-ZV vermutet im Falle der Feststellung von **Trunksucht** die Nichteignung als Vertragsarzt unwiderleglich. Die aus dieser unwiderleglichen Vermutung folgende untrennbare Verknüpfung zwischen der Trunksucht und der Eignung des Arztes bedeutet allerdings zugleich, dass nur eine Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der "Trunksucht" in Betracht kommt, die einen konkreten **Bezug des Trinkverhaltens des Arztes zu seiner ärztlichen Tätigkeit** beinhaltet.

Der Umstand, dass ein Vertragsarzt kontinuierlich mindestens 60 g Alkohol (1,5 l Bier oder eine Flasche Wein à 0,75 l) pro Tag konsumiert(e), vermag für sich genommen eine Trunksucht im Sinne des § 21 Ärzte-ZV nicht zu begründen. Daraus können Folgerungen auf das Vorliegen von "Trunksucht" nur im Zusammenhang mit **weiteren Umständen** gezogen werden, die ihrerseits die Feststellung negativer Auswirkungen des Trinkverhaltens auf die Tätigkeit als Vertragsarzt erlauben. Dies ist anzunehmen, wenn entweder von einem zeitlichen Zusammenhang des Alkoholkonsums mit der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit auszugehen ist oder wenn von medizinischer Seite nicht nur ein schädlicher Gebrauch von Alkohol im Sinne des ICD 10 F 10.1 bzw. Alkoholmissbrauch im Sinne des DSM IV F.10.1 (305.00) besteht, sondern ein Abhängigkeitssyndrom bzw. eine Alkoholabhängigkeit.

Ein **Abhängigkeitssyndrom** ist definiert durch eine verminderte Kontrollfähigkeit des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums, den starken Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren, ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhten Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen, anhaltenden Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Von diesen Kriterien müssen drei oder mehr innerhalb der letzten Monate gleichzeitig vorgelegen haben (Diagnostische Leitlinien nach ICD 10, im Wesentlichen inhaltsgleich nach DSM IV). **Alkoholabhängigkeit** in dem definierten Sinne hat damit **stets auch einen Bezug zu der ärztlichen Tätigkeit**, die prinzipiell volle Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit sowie körperliche und psychische Leistungsfähigkeit des Arztes voraussetzt, um Gefährdungen der Patienten im Hinblick auf Diagnostik und Therapie so weit wie möglich zu vermeiden.

**Alkoholkonsum** – dann ganz unabhängig von seiner diagnostischen Einordnung – steht in einem **zeitlichen Zusammenhang mit der Ausübung** der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht nur dann, wenn während der Sprechstunde oder während des Notfallbereitschaftsdienstes Alkohol konsumiert wird, sondern **bereits dann, wenn nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Arzt regelmäßig zu den Zeiten der Sprechstunden einen Blutalkoholgehalt von 0,0 Promille aufweist**. Soll hierauf eine Zulassungsentziehung gestützt werden, reichen Hinweise von "Zeugen vom Hörensagen" nicht aus, sondern müssen Zeugenaussagen der betroffenen Patienten oder von Praxismitarbeitern eingeholt werden.

**SG Kiel**, Beschl. v. 09.10.2008 - S 16 KA 97/08 - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** gab dem Antrag statt und stellte die aufschiebende Wirkung der Klage (S 16 KA 97/08) gegen den Bescheid des Ag. wieder her.

## E) NICHTAUSÜBUNG: FÜNF JAHRE KEINE ABRECHNUNG

*LSG Hessen, Beschl. v. 30.07.2008 – L 4 KA 15/08 –*

RID 09-02-73

SGB V § 95 VI 1; Ärzte-ZV § 27

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

*SG Marburg*, Urt. v. 12.12.2007 – S 12 KA 218/07 – RID 08-01-77 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## F) FALSCHABRECHNUNG ALS ENTZIEHUNGSGRUND/ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 13.01.2009 – L 7 B 93/08 KA ER –*

RID 09-02-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VI

Sowohl **spezialpräventive** als auch **generalpräventive Überlegungen** können die **Anordnung der sofortigen Vollziehbarkeit** einer Zulassungsentziehung rechtfertigen, hier sowohl die höchstens in Ansätzen erfolgte Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit als auch die erheblichen Falschabrechnungen, um hierdurch alle anderen an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren vor ähnlichem Verhalten zu warnen und abzuschrecken.

*SG Berlin*, Beschl. v. 04.09.2008 - S 83 KA 374/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

## 7. ERMÄCHTIGUNG

### A) ERMÄCHTIGUNG FÜR MRT-UNTERSUCHUNGEN

*LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 16.02.2009 – L 9 B 7/08 KA ER –*

RID 09-02-75

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 97 IV, 116; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die Prüfung des Bedarfs für eine Ermächtigung zu MRT-Untersuchungen ist auf den **Planungsbereich** beschränkt. Die Versorgungsangebote in den benachbarten bzw. angrenzenden Bereichen sind dabei grundsätzlich nicht zu berücksichtigen.

*SG Magdeburg*, Beschl. v. 07.11.2008 - S 13 KA 142/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* ordnete die sofortige Vollziehung der erteilten Ermächtigung an.

### B) RÄUMLICHE BESCHRÄNKUNG EINER ERMÄCHTIGUNG

*SG Karlsruhe, Urt. v. 26.03.2009 – S 1 KA 990/08 –*

RID 09-02-76

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 98 II Nr. 11, 99, 101 I, 116; SGG § 54 I 2, II; Ärzte-ZV § 31a I 1; ABedarfsplRL Nr. 5

Die Prüfungsgremien haben eine **Ermächtigung** bei einer bestehenden realen **Konkurrenzsituation** mit einem Vertragsarzt nach Maßgabe der örtlichen Herkunft der Patienten **räumlich zu begrenzen**. Die Begrenzung ist auf die örtlichen Bereiche zu beschränken, in denen die Konkurrenzsituation besteht. Ein Vertragsarzt hat keinen weitergehenden Anspruch.

Die Beigel. Direktorin der Klinik für Strahlentherapie des Städtischen Klinikums im Planungsbereich K (Versorgungsgrad von 126,8 %) ist seit 1994 ermächtigt, zuletzt bis zum 31.12.2004 (auf Überweisung durch Vertragsärzte: zur Durchführung der Strahlentherapie einschl. derjenigen im Umgang mit umschlossenen radioaktiven Substanzen, zur Nachbehandlung von bestrahlten Tumorpatienten sowie zur strahlentherapeutischen Nachsorge unter Beschränkung auf Untersuchung und Beratung <bildgebende Verfahren sind nur als nicht aufschiebbare und nicht vorausplanbare Leistungen zulässig>). Gegen die Verlängerung der Ermächtigung bis Ende 2006 erhob die seit April 2003 bestehende und **klagende Gemeinschaftspraxis** zweier zugelassener Vertragsärzte für Strahlentherapie mit Sitz in dem Planungsbereich E, der nicht unmittelbar an den Planungsbereich K angrenzt, neben der KV erfolglos – da unzulässig - Widerspruch. Das *SG* wies die Klage ab. Auf Sprungrevision wies *BSG*, Urt. v. 17.10.2007 - B 6 KA 42/06 R - BSGE 99, 145 = SozR 4-2500 § 116 Nr. 4 = USK 2007-88 = ZMGR 2008, 262 die Sache zurück, weil eine Anfechtungsberechtigung des Vertragsarztes gegeben ist, sofern zwischen ihm und dem Ermächtigten eine reale Konkurrenzsituation wesentlichen Umfangs hinsichtlich der Versorgung von Patienten aus demselben Einzugsbereich besteht. Dies ist anzunehmen, wenn die vom Krankenhausarzt behandelten Patienten aus dem Einzugsbereich der Vertragsarztpraxis mehr als 5 Prozent der durchschnittlichen Patientenzahl dieser Praxis ausmachen. Das *SG* stellte nunmehr fest, dass der Beschluss insoweit rechtswidrig war, als der Beigel. den Widerspruch der Kl. als unzulässig zurückgewiesen und die der Beigel. zu 8) erteilte Ermächtigung räumlich nicht beschränkt hatte und wies im Übrigen die Klage ab.

### C) VORAUSSETZUNGEN SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM/VORRANGIGER ANTRAG BEI VERWALTUNG (§ 86A III 1 SGG)

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.04.2009 – L 11 KA 2/09 ER –*

RID 09-02-77

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

SGB V §§ 43a, 119; SGG §§ 86° III 1, 86b I 1 Nr. 1

Ein **Rechtsschutzbedürfnis** für einen Antrag, einen Beschluss (hier: Ermächtigung zur Errichtung eines Sozialpädiatrischen Zentrums) für sofort vollziehbar zu erklären, **setzt einen erfolglosen entsprechenden Antrag** nach § 86a III 1 SGG **bei der Verwaltung voraus (gegen BSG, Urt. v. 17.10.2007 - B 6 KA 4/07 R - SozR 4-1935 § 17 Nr. 1 = GesR 2008, 203)**. Ein Antrag nach § 86a III 1 SGG ist vorrangig. Ist den **schriftsätzlichen Einlassungen** des Berufungsausschusses in einem anhängigen einstweiligen Anordnungsverfahren zu entnehmen, dass er die Voraussetzungen für die Anordnung einer sofortigen Vollziehung nach § 86b I 1 Nr. 1 SGG nicht als gegeben ansieht, dann ist ein Rechtsschutzbedürfnis trotz fehlendem Antrags nach § 86a III 1 SGG gegeben.

**Ermächtigungen nach § 119 SGB V** sind im Hinblick auf die betroffenen - schweren - **Krankheitsbilder** oder Behinderungen inhaltlich näher zu bestimmen.

**"Geeignete Ärzte"** nach § 119 II SGB V sind primär Vertragsärzte, die für die Beurteilung von Art, Schwere und Dauer der Erkrankung eines Kindes kompetent sind.

Nur der **fachkundige Gebietsarzt** kann beurteilen, ob Art und Schwere einer Störung eine Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum erforderlich machen. Nach der Weiterbildungsordnung ist insofern von einer besonderen Kompetenz vor allem der Ärzte für Kinderheilkunde, bei psychiatrischen Krankheitsbildern auch der Ärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie auszugehen (Senatsurt. v. 17.01.2001 - L 11 KA 75/00 -).

Eine **Auswahlentscheidung** zugunsten eines SPZ ist dann rechtswidrig, wenn auf Grund räumlicher Entfernungen zumutbare **Anfahrtszeiten** mit öffentlichen Verkehrsmitteln ersichtlich nicht gewährleistet sind. Das Kriterium der Zumutbarkeit ist unter Würdigung der Belange der betroffenen Patienten und ihrer Familien zu bestimmen. Hierbei sind die gesetzlichen Vorgaben einer teilhabefördernden Bereitstellung sozialer Dienste und Einrichtungen für behinderte Menschen unter Vermeidung von Zugangsbarrieren zu berücksichtigen (vgl. §§ 1, 19 SGB IX; § 17 I Nr. 2 SGB I). Bei der Planung der sozialpädiatrischen Versorgung sind deshalb Anfahrtszeiten einschließlich Zeiten des Erreichens des Verkehrsmittels und des Ziels zu Fuß (Tür zu Tür- Zeiten) von **bis zu einer Stunde** zu Grunde zu legen. (zutreffend **SG Dortmund**, Urt. v. 07.03.2003 - S 26 KA 193/01 - RID 03-02-48).

Zu den **Auswahlkriterien** für ein SPZ sind zu rechnen (vgl. **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 12.07.1995 - L 5 Ka 644/94 – MedR 1996, 89): Die Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und die Leistungsfähigkeit dürfen nicht zu hoch angesetzt werden. Die Forderungen an den personellen und den sächlichen Bestand dürfen nicht überspannt werden. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit darf bei der erstmaligen Ermächtigungserteilung nicht schon von vornherein die Gewähr für eine wirtschaftlich ausreichende Patientenzahl gefordert werden, weshalb die Ermächtigung zunächst auf drei oder vier Jahre zu befristen ist. Im Verhältnis zu den Kinderärzten und Frühförderstellen ist wegen der besonderen Aufgabe und Funktion der SPZ ein Bedarf grundsätzlich zu bejahen, im Verhältnis zu anderen SPZ kommt es darauf an, ob der Einzugsbereich bereits durch ein anderes nahe gelegenes SPZ versorgt ist.

Das Abstellen auf die im **"Altöttinger Papier"** formulierten Anforderungen (hierzu Kinderärztliche Praxis, Bd. 73, 2002, S. 498 ff.) ist nicht zu beanstanden.

Für die **Anordnung eines Sofortvollzugs** reicht die Begründung, dass die sofortige Schließung der Versorgungslücke im öffentlichen Interesse liegt, nicht aus, da sie sich auf die Erwägungen, zur Erteilung der Genehmigung beschränken. Insbesondere wird nicht erkennbar, dass ohne Sofortvollzug eine Notsituation dergestalt einzutreten droht, dass die Versicherten konkret gefährdet sind (hierzu **LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.01.1999 - L 11 B 3/99 KA -**). Allein der Hinweis auf längere Anfahrtswege reicht hierzu nicht aus. Auch Wartezeiten, die dadurch entstehen, dass niedergelassene Ärzte ihr Leistungsangebot willkürlich infolge Budgetierungen einschränken, genügen für sich nicht. Dies rechtfertigt es nur, dass Versorgungsdefizit - wie hier - durch Leistungsgenehmigungen oder Ermächtigungen zu kompensieren.

Interessensgesichtspunkte für die Abwägungsentscheidung sind auch die **wirtschaftlichen Interessen der Beteiligten**, insbesondere eine unbillige Härte, Grundrechtsrelevanz und Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (z.B. Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz). Die Abwägungskriterien des §86b Abs. 2 SGG können herangezogen werden. Nicht zu den subjektiven Interessen rechnet die

Bedarfssituation. Der einzelne Vertragsarzt (hier: der Träger eines SPZ) kann sich im Rahmen der Prüfung des Anordnungsgrundes nicht darauf berufen, es liege ein im Interesse der Patienten dringend zu schließendes Versorgungsdefizit vor. Insoweit können im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nur **eigene Rechte** geltend gemacht werden (LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 09.08.2006 – L 10 B 6/06 KA ER – RID 07-01-56). Eine etwaige Beeinträchtigung der Sicherstellung rechnet hierzu nicht (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 02.08.2004 – L 3 KA 85/04 ER - RID 05-01-76 u. v. 23.12.2005 - L 3 KA 301/05 ER - juris).

Die Kl. beantragte die Zulassung eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) am St. D-Hospital Geldern. Die Beigel. zu 8) verfügt über eine Ermächtigung für ein SPZ in Wesel und beantragte die Zulassung einer Außenstelle auf dem Gelände St. X-Spital in Emmerich. Die Beigel. zu 9) beantragte die Ermächtigung zur Errichtung eines SPZ in Kleve. Die Beigel. zu 10), zwei Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin und ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, beantragte die Ermächtigung für ein SPZ in L. Der Zulassungsausschuss erteilte der Kl. eine bis zum 31.12.2009 befristete Ermächtigung. Dagegen legten die Beigel. zu 8) bis 10) Widerspruch ein. Der bekl. Berufungsausschuss erteilte der Beigel. zu 9) die Ermächtigung gem. § 119 SGB V. Hiergegen reichte die Kl. Klage bei dem SG Duisburg - S 19 KA 26/07 – ein. Die Beigel. zu 9) beantragte, den Beschl. des Bekl. für sofort vollziehbar zu erklären. **SG Duisburg**, Beschl. v. 05.08.2008 - S 19 KA 26/07 – lehnte den Antrag ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

**BSG**, Urt. v. 17.10.2007 - B 6 KA 4/07 R – juris Rn. 20 führt aus: „(...) Eine § 80 Abs. 6 VwGO entsprechende Regelung enthält das SGG nicht (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl. 2005, § 86b Rn 7). **Der Antrag nach § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG setzt gerade nicht voraus, dass sich der Antragsteller zunächst an die Verwaltung wenden muss**, um eine Entscheidung der zuständigen Behörde über die Anordnung der Vollziehung nach § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG zu erhalten. Dem steht nicht entgegen, dass dann, wenn die Behörde ausdrücklich erklärt hat, der Verwaltungsakt werde nicht vollzogen, für einen Antrag nach § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG das Rechtsschutzbedürfnis fehlen dürfte. Auch in vertragsarztrechtlichen Zulassungsangelegenheiten hängt die Zulässigkeit eines Vollziehungsantrags im gerichtlichen Verfahren nicht davon ab, dass zuvor ein entsprechender Antrag gegenüber dem Berufungsausschuss gestellt worden ist. Einen solchen Antrag kennen weder das SGG oder das SGB V noch die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in den §§ 44 ff. Er ist statthaft, löst aber im Falle des § 97 Abs. 4 SGB V – anders als der Aussetzungsantrag nach § 80 Abs. 4 VwGO – kein eigenständiges Verfahren aus, weil der Berufungsausschuss darüber ohnehin immer – explizit oder stillschweigend – mit zu entscheiden hat.“

Nach **SG Marburg**, Urt. v. 30.04.2008 – S 12 KA 393/07 – RID 08-02-95 (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 49/08 -) hat sich die Ermittlung des Bedarfs für eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung nach § 119 SGB V grundsätzlich anhand des Planungsbereichs auszurichten; hiervon kann abgesehen werden, wenn von einer ausreichenden sozialpädiatrischen Versorgung aufgrund bestehender sozialpädiatrischer Zentren in benachbarten Planbereichen ausgegangen werden kann.

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

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

### 1. BERUFUNFÄHIGKEIT: KEIN RESTLEISTUNGSVERMÖGEN FÜR TÄTIGKEIT ALS ANGESTELLTER ARZT, PRÜFARZT, GUTACHTER

**LSG Hessen, Beschl. v. 23.06.2008 – L 4 KA 67/07 –**

**RID 09-02-78**

SGB V § 85 IV; Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

Besteht bei einem Vertragsarzt eine testdiagnostisch festgestellte Konzentrationsstörung und Unsicherheit beim Ausüben komplexerer Tätigkeiten (z. B. Autofahren), die einer Umschulung oder sonstigen Qualifizierung in einem anderen ärztlichen Tätigkeitsbereich auch unter Berücksichtigung des durch die psychische Erkrankung bedingten Antriebsmangels entgegensteht, dann ist offenkundig auch eine Tätigkeit als angestellter Arzt, Prüfarzt oder ärztlicher Gutachter, bei denen es sich unzweifelhaft um noch komplexere Tätigkeiten als das Führen eines Kraftfahrzeugs handelt, aus gesundheitlichen Gründen ausgeschlossen, und es liegen die Voraussetzungen ärztlicher Berufsunfähigkeit vor.

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 04.07.2007 – S 5 KA 2260/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

### 2. EHV: HÖCHSTSATZ BEI VORZEITIGER INANSPRUCHNAHME

**LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 41/07 –**

**RID 09-02-79**

**Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 18/09 B**

SGB V § 85 IV

Ausgangspunkt für die Anwendung der Höchstsatzregelung des § 3 Abs. 1 c) dd) GEHV ist der aus der Anwartschaft berechnete Anspruchssatz, während die Herabsetzung nach § 3 Abs. 1 c) cc) GEHV erst an den bereits auf 18 % gedeckelten Anspruchssatz anknüpft.

**SG Marburg**, Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 880/06 – RID 07-02-74 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## VIII. Aufsichtsrecht gegenüber GBA/Integrierte Versorgung

Nach BSG, Urt. v. 06.05.2009 – **B 6 A 1/08 R** – sind die **aufsichtsrechtlichen Befugnisse des BMG** gegenüber dem **GBA** auf eine **Rechtskontrolle** beschränkt; der Beschluss des GBA v. 16.11.2004 zur Protonentherapie beim Mammakarzinom ist rechtmäßig; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 55/07 R - SozR 4-2500 § 83 Nr. 5 - 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 –).

## IX. Gesamtvergütung

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

### AUFRECHNUNG/REGRESSANSPRUCH GEGEN VERTRAGSARZT

**LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 5/08 –**

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a. F. §§ 69, 75 I 3; BGB § 387; BMV-Ä § 52

**RID 09-02-80**

Nur bis zum 01.01.2004 erlaubte **§ 69 SGB V** eine **Aufrechnung** einer Forderung gegen die KV mit einer Gesamtvergütungsforderung nach § 387 BGB.

Eine **Aufrechnungsberechtigung** ergibt sich allein aus § 10 II des zwischen der KVB und den Regionalkassenverbänden geschlossenen Bay. Gesamtvertrags - (-BayGV-Ä/RK-), die jedoch auf den laufenden Kontokorrentverkehr begrenzt ist. Aufgrund dessen und auch im Hinblick auf die hohen Pflichten, die das Gesetz (§ 72 II SGB V) an die Partner der gemeinsamen Sicherstellung hinsichtlich einer reibungslosen Zusammenarbeit stellt, ist davon auszugehen, dass niederschwelligere Pflichtverletzungen, als die in § 75 I 3 SGB V genannte Verletzung des Sicherstellungsauftrags, eine Krankenkasse nicht zu einer Einbehaltung und insbesondere nicht zu einer auf eine entsprechende Anwendung des § 387 BGB gestützten Aufrechnung mit der Gesamtvergütungsforderung berechtigt.

Für eine **Aufrechnung eines Regressanspruches** der Krankenkasse gegen einen Vertragsarzt mit einer **Gesamtvergütungsforderung** fehlt es an einer **Aufrechnungslage**. Der Ordnungsregressanspruch stellt eine Schadensersatzforderung der Krankenkasse gegen den seine Wirtschaftlichkeitspflichten vernachlässigenden Vertragsarzt dar. Vom Regressanspruch der Krankenkasse gegen einen Vertragsarzt zu unterscheiden ist der Weg seiner Festsetzung und Vollziehung. Eine Aufrechnung gem. § 387 BGB, seine entsprechende Anwendbarkeit hinzugedacht, kommt erst in Betracht, wenn die Krankenkasse aufgrund des Einziehungsverhältnisses Arzt - KV eine Forderung auf Auskehrung des Schadensersatzes gegen die KV erwirbt und diese fällig wird.

**§ 52 BMV-Ä** umfasst auch Ordnungsregressforderungen, die ihrer Natur nach Schadensersatzforderungen sind. Als gesamtvertragliche Norm, die eine Umsetzung des Regelungsauftrags nahelegt, stellt sich allein § 10 Abs. 2 BayGV-Ä/RK dar.

§ 10 Abs. 2 BayGV-Ä/RK lässt eine Aufrechnung gegen fällige Gesamtvergütung nicht zu. Eine Heranziehung des § 387 BGB würde dieser normvertraglichen Regelung zuwiderlaufen.

Die kl. KV begehrt in Fortsetzung einer für erledigt erklärten Leistungsklage die Feststellung, dass die durch die bekl. AOK Bayern erklärte Aufrechnung eines gegen die Beigel. nach Durchschnittswertprüfung festgesetzten Ordnungsregresses mit klägerischen Gesamtvergütungsforderungen rechtswidrig war. Streitig war zunächst ein Zahlungsanspruch in Höhe von 2.458,69 EUR nebst 5 % Prozesszinsen, die diese ursprünglich im Wege der Leistungsklage verfolgte. **SG München**, Urt. v. 08.05.2007 - S 43 KA 769/05 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## X. Verschiedenes

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; dies bindet dann auch die Gerichte, die über den Widerspruchsbescheid zu entscheiden haben.

### 1. SCHADENSERSATZANSPRUCH EINER KRANKENKASSE: ZAHNARZT HAFTET NACH KICKBACKZAHLUNGEN FÜR LABORGEGWINN

*SG Düsseldorf, Urt. v. 25.02.2009 – S 2 KA 29/08 –*

RID 09-02-81

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

SGB V §§ 69 I 3, 106; BGB §§ 823 II, 830; StGB § 263; BMV-Z § 23 I 2

Eine **Krankenkasse** ist unmittelbar **aktivlegitimiert**, einen Schadensersatzanspruch wegen vorsätzlicher unerlaubter Handlung gegen einen früheren Vertragszahnarzt geltend zu machen, ohne dass zuvor die Prüfungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung einen entsprechenden Schaden festzustellen hatten.

Das öffentlich-rechtliche Gefüge des SGB V enthält keine abschließenden Regelungen zur Schadensersatzpflicht mehrerer kollusiv zusammenwirkender Beteiligter zu Lasten einer Krankenkasse. Es ist daher nicht nur "vereinbar", sondern geradezu geboten, über die ergänzende Anwendung entsprechender Bestimmungen des **BGB mögliche Regelungslücken im SGB V** zu schließen.

Ein **Vertragszahnarzt**, der mit einem **Dentallabor Kickbackzahlungen** für Zahnersatz vereinbart, ist im Sinne der §§ 823, 830 BGB Mittäter einer gemeinschaftlich begangenen unerlaubten Handlung und damit für den gesamten Schaden verantwortlich. Die Höhe des Vermögensschadens ergibt sich aus der sog. Differenzhypothese. Bei rechtmäßigem Abrechnungsverhalten des Vertragszahnarztes wären sowohl die ihm zugeflossenen "Kickback"-Rabatte als auch die Gewinnanteile für die Verantwortlichen des Dentallabors nicht entstanden.

Der 1989 zugelassene und bekl. Zahnarzt wurde durch *LG Duisburg*, Urt. v. 30.08.2005 - 34 KlS 80 Js 429/03 - wegen Betruges in 41 Fällen (Kickback-Zahlungen für Zahnersatz) zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr und 10 Monaten verurteilt, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. *BGH*, Urt. v. 16.11.2006 – 3 StR 204/06 – RID 09-02-218 änderte den Schuldspruch teilweise dahin ab, dass der Beklagte in 36 der 41 Fälle des banden- und gewerbsmäßigen Betruges schuldig war. Rechtsmittel gegen die **Zulassungsentziehung** wegen dieser Falschabrechnung blieben in allen Instanzen erfolglos (*SG Duisburg* v. 20.11.2007 - S 19 KA 3/05 -; *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 – RID 09-01-107; *BVerfG*, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 22.12.2008 – 1 BvR 3457/08 – RID 09-01-66a). Die kl. Krankenkasse macht nunmehr Schadensersatzansprüche aus unerlaubter Handlung gegen den Bekl. geltend. Von dem Gesamt-Kickback in Höhe von ca. 132.761 € entfällt ein Anteil in Höhe von ca. 36.908,75 € auf sie, der bereits ausgeglichen sei. Ihr sei jedoch ein weitergehender Schaden entstanden, nämlich der "Gewinnanteil", der auf die handelnden Personen des Dentallabors entfallen sei. Das *SG* verurteilte den bekl. Zahnarzt, an die kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 53.533,13 € zzgl. Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 01.04.2006 zzgl. 1.761,08 € vorgerichtlicher nicht anrechenbarer Anwaltsvergütung und 20,00 € vorgerichtlicher Mahnkosten zu zahlen.

### 2. KEINE ZERTIFIZIERUNG VON ABRECHNUNGSPROGRAMMEN BEI KOPPELUNG AN ARZNEIMITTELWERBUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 17.02.2009 – L 7 B 115/08 ER –*

RID 09-02-82

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

SGB V §§ 12 I, 73 VIII 7 u. 8; BMV-Ä § 29 III; EKV-Ä § 15 III; SGG § 86b II

**Leitsatz:** Die **Pflicht zur Zertifizierung von Praxisverwaltungssoftware** berührt die Berufsfreiheit der Hersteller solcher Software, ist aber verfassungsrechtlich gerechtfertigt, weil erhebliche Gemeinwohlbelange es gebieten, dass Vertragsärzte nur manipulationsfreie Praxissoftware nutzen.

Im Lichte des **Wirtschaftlichkeitsgebots** aus § 12 Abs. 1 SGB V erscheint das Anliegen, den Vorgang der ärztlichen Verordnung von Arzneimitteln von werblicher Einflussnahme strikt zu trennen, geradezu zwingend.

*SG Berlin*, Beschl. v. 12.11.2008 – S 79 KA 498/08 ER – RID 09-01-74 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

Zur **Programmzertifizierung** s.a. RID 09-01-A.VIII (S. 31 f.).

## XI. Streitwert/Anwaltsvergütung

Vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2006, 1; NZS 2003, 568; NZS 2001, 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*, Beschl. v. 28.01.2009 – **B 6 KA 66/07 B** – RID 09-02-112 ist der Streitwert für eine Klage auf höheres Honorar pro Quartal auf den Regelstreitwert festzusetzen, soweit keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine konkrete Abschätzung des wirtschaftlichen Werts des Begehrens ersichtlich sind; nach *BSG*, Beschl. v. 28.01.2009 – **B 6 KA 38/08 B** – juris Rn. 14 – RID 09-02-138 ist in **Anfechtungsverfahren gegen Schiedssprüche** der Streitwert aus der Differenz zwischen dem Ergebnis der Schiedsgerichtsentscheidung und dem vom Kläger geltend gemachten Betrag zu ermitteln, zielt die Klage nur auf einen neuen Schiedsspruch mit ungewissem Inhalt, so erfolgt die Bemessung auf die Hälfte des optimal erlangbaren Betrags; nur wenn finanziell nicht messbare Grundsatzfragen im Streit stehen, ist der Regelwert anzusetzen; nach *BSG*, Urt. v. 16.07.2008 – **B 6 KA 57/07 R** – SozR 4-2500 § 106 Nr. 19, 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. HONORARBEGRENZUNGSMAßNAHMEN UND AUS ANDEREN GRÜNDEN STREITIGES HONORAR

*LSG Hessen, Beschl. v. 25.09.2008 – L 4 B 145/08 KA –*

**RID 09-02-83**

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

Nach dem Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit wird bei Rechtsstreitigkeiten, die als Gegenstand eine **Budgetüberschreitung** oder **Fallzahlzuwachsbeschränkung** haben, auf die **Höhe der Honorarkürzung** abgestellt (hier: 9.003,15 €). Soweit geltend gemacht wird, die Honorarbescheide seien **auch aus anderen Gründen** rechtswidrig, z.B. aufgrund der Einbehaltung von Honoraranteilen für die EHV, ist eine zusätzliche Minderung des Honorars streitig, die über die (konkretisierbaren) Honorarkürzungen durch Budgetierung und Fallzahlbeschränkung hinausgeht, für die ein zusätzlicher Betrag von **5.000 €** anzusetzen ist (hier: insgesamt: 14.003,15 €).

*SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 23.10.2007 – S 28 KA 3347/02- setzte den Streitwert auf 9.461 €, das *LSG* – wegen eines Bescheidungsantrags halbiert - auf 7.001,58 € fest.

**Parallelverfahren: *LSG Hessen, Beschl. v. 25.09.2008 – L 4 B 144/08 KA –***

**RID 09-02-84**

### 2. UNTÄTIGKEITSKLAGE: DAUER DER UNTÄTIGKEIT

Vgl. bereits *LSG Hessen*, Beschl. v. 16.09.2008 – L 4 B 192/08 KA – RID 08-04-70.

*LSG Hessen, Beschl. v. 25.02.2009 – L 4 B 402/08 KA –*

**RID 09-02-85**

GKG §§ 50 II, 52 II, III

Für Untätigkeitsklagen auf Erlass eines Verwaltungsakts sind 10 bis 25 % des vollen Streitwerts festzusetzen in der Regel abhängig von der Dauer der Nichtbescheidung. Bei einem Zeitraum **von 15 Monaten** nach Ablauf der Zulässigkeitsfrist des § 88 I SGG ist es gerechtfertigt, von **1/10 des vollen Streitwerts** auszugehen.

*SG Marburg*, Beschl. v. 31.10.2008 – S 12 KA 248/08 – setzte 1/10 (4.945,24 €) des vollen Streitwerts fest, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

**Parallelverfahren: *SG Marburg*, Beschl. v. 31.10.2008 – S 12 KA 249/08 (14 Monate)**

*LSG Hessen, Beschl. v. 25.02.2009 – L 4 B 403/08 KA –*

*SG Marburg*, Beschl. v. 31.10.2008 – S 12 KA 250/08 (6 Monate)

*LSG Hessen, Beschl. v. 20.02.2009 – L 4 B 406/08 KA –*

**RID 09-02-86**

*SG Marburg*, Beschl. v. 31.10.2008 – S 12 KA 251/08 (3 Monate)

*LSG Hessen, Beschl. v. 20.02.2009 – L 4 B 407/08 KA –*

**RID 09-02-87**

*LSG Hessen, Beschl. v. 20.02.2009 – L 4 B 405/08 KA –*

**RID 09-02-88**

GKG §§ 50 II, 52 II, III

Für Untätigkeitsklagen auf Erlass eines Verwaltungsakts sind 10 bis 25 % des vollen Streitwerts festzusetzen in der Regel abhängig von der Dauer der Nichtbescheidung. Bei einem Zeitraum **von mehr als einem Jahr** nach Ablauf der Zulässigkeitsfrist des § 88 I SGG ist es gerechtfertigt, von **2/10 des vollen Streitwerts** auszugehen.

*SG Marburg*, Beschl. v. 31.10.2008 – S 12 KA 247/08 – setzte 1/10 (5.895,01 €) des vollen Streitwerts fest, das *LSG* setzte 11.790,02 € fest.

### 3. GENEHMIGUNG EINER ZWEIGPRAXIS

*LSG Hessen, Beschl. v. 26.01.2009 – L 4 KA 15/09 B –*

RID 09-02-89

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

SGG § 197a I 1; GKG §§ 52 I, 63 II 1

In Streitigkeiten um die Genehmigung einer Zweigpraxis ist vom **dreifachen Regelstreitwert** auszugehen (Festhalten an LSG Hessen, Beschl. v. 13.11.2007 – L 4 KA 57/07 ER – RID 08-01-40, S. 47). Es können nicht die Grundsätze zur Berechnung des Streitwerts bei der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung übertragen werden, da die Streitigkeiten um Genehmigung einer Zweigpraxis dadurch gekennzeichnet sind, dass bereits eine Praxis besteht (so auch bereits LSG Hessen, Beschl. v. 25.04.2000 - L 7/B 38/98, L 7/B 39/98 -). Die mit einer Zweigpraxis zu erwirtschaftenden zusätzlichen Einnahmen können nur dann zur Grundlage der Streitwertberechnung gemacht werden, wenn sie in der Hauptpraxis bei gleichem Zeiteinsatz nicht erzielt werden können

*SG Marburg*, Beschl. v. 05.11.2008 – S 12 KA 519/08 – setzte den Streitwert auf 15.000 € fest, das LSG wies die Beschwerde zurück.

### 4. SONDERBEDARFSZULASSUNG FÜR KINDERARZTPRAXIS

*LSG Hessen, Beschl. v. 18.09.2008 – L 4 B 184/08 KA –*

RID 09-02-90

SGG § 197a; GKG § 52

Der Gesichtspunkt, dass eine neue Praxis in ihrer **Anlaufphase** möglicherweise noch nicht solche Umsätze wie der Durchschnitt der Fachgruppe erreicht oder dass nur eine - auf ein engeres Tätigkeitsspektrum begrenzte – **Sonderbedarfszulassung** begehrt wird, begründet keine Reduzierung **des Gegenstandswertes** (vgl. BSG, Beschl. v. 12.10.2005 - B 6 KA 47/04 B - juris). Die **Kosten für den Kauf** einer Kinderarztpraxis sind nach der BSG-Rspr. kein Maßstab zur Bestimmung des Gegenstandswertes. Ausschließlich im Falle einer ausnahmsweise bewilligten vierten Ausschreibung über eine Nachfolgezulassung (§ 103 IV SGB V) ist der vom Praxisabgeber erstrebte Kaufpreis für seine Praxis als sachgerechter Maßstab zu Bestimmung des Gegenstandswertes heranzuziehen (BSG, Beschl. v. 09.04.2008 - B 6 KA 3/07 - juris).

*SG Marburg*, Beschl. v. 16.06.2008 - S 12 KA 186/08 – setzte den Streitwert auf 282.000 € fest, das LSG wies die Beschwerde zurück.

### 5. KLAGE GEGEN SCHIEDSAMTSENTSCHEIDUNG AUF HÖHERE NACHVERGÜTUNG

*LSG Hessen, Beschl. v. 30.01.2009 – L 4 KA 69/06 –*

RID 09-02-91

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

GKG §§ 47 I 1, 52 II

Macht die KV mit der Klage gegen eine Schiedsamtentscheidung einen von den Krankenkassen zu leistenden Mehrbedarf in Höhe von 14.686.960,35 € geltend, so folgt hieraus das wirtschaftliche Interesse für den Streitwert. Der Streitwert ist dann auf den Höchstwert von 2,5 Mio. € festzusetzen, nicht auf den Regelstreitwert (vgl. a. Streitwertkatalog Sozialgerichtsbarkeit 2007).

*SG Marburg*, Urt. v. 04.10.2006 – S 12 KA 47/06 – RID 06-04-83 wies die Klage der KV gegen einen Schiedsamtentscheidung wegen Anpassung der gesamtvertraglichen Regelungen an den Mehraufwand für die psychotherapeutischen Leistungen weitgehend ab; die KV nahm die Berufung zurück.

S. a. *BSG*, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 38/08 B – RID 09-02-108.

### 6. KEIN FESTSETZUNGSINTERESSE FÜR HÖHEREN STREITWERT NACH KLAGERÜCKNAHME

*LSG Bayern, Beschl. v. 11.02.2009 – L 12 B 800/08 KA –*

RID 09-02-92

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

GKG § 52 I

Ein Kläger, der zwei sozialgerichtliche **Klagen zurückgenommen** und deshalb die Verfahrenskosten zu tragen hat, besitzt **kein rechtlich anerkennenswertes Interesse auf Festsetzung höherer Streitwerte**, die für ihn höhere Gerichts- und Rechtsanwaltsgebühren zur Folge hätten. Die von seinem Prozessbevollmächtigten in seinem Namen eingelegten Beschwerden sind daher unzulässig. Bei der Bestimmung des wirtschaftlichen Werts **zweier parallel geführter Streitigkeiten** um den Zulassungserhalt ist dies dadurch zu berücksichtigen, dass auf jede der Streitsachen nur die Hälfte eines Dreijahresgewinnes entfällt.

*SG München*, Beschl. v. 23.01.2008 - S 39 KA 1548/06 - setzte die Streitwerte in zwei Verfahren wegen Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als plastischer Chirurg an verschiedenen Vertragsarztsitzen und in unterschiedlichen Planungsbereichen nach Klagerücknahme auf jeweils 60.000,00 € (12-facher Regelstreitwert) fest. Das LSG wies die Beschwerde zurück.

## 7. ERLEDIGUNGSgebÜHR NACH TEILABHILFE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.01.2009 – L 11 KA 23/07 –*

RID 09-02-93

(rechtskräftig)

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X § 63; RVG VV Nr. 1002

Mit der Formulierung "den Widersprüchen ... wird unter Zurückweisung im Übrigen insoweit stattgegeben ..." wird der Rechtsschein einer noch vorhandenen Beschwerde gesetzt. Bei dieser Sachlage kann ein Tätigwerden des Rechtsanwalts, welches zeitlich nach Erlass des Widerspruchsbescheides liegt und auf Überprüfung desselben ausgerichtet ist, schon aus diesem Grunde nicht mit der üblichen anwaltlichen Tätigkeit abgegolten sein, die im Wesentlichen vor Erlass des Widerspruchsbescheides liegt. In einer Einwirkung auf den Auftraggeber, sich mit einer Teilaufhebung zufrieden zu geben, kann der Tatbestand der Erledigungsgebühr nach Nr. 1002 VV RVG erfüllt werden.

*SG Düsseldorf*, Gerichtsb. v. 22.02.2007 – S 14 KA 68/06 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## XII. Entscheidungen des BSG

### 1. HONORAR

#### A) MODIFIZIERUNG VON BUNDESMANTELVERTRAGLICHEN REGELUNGEN DURCH EBM

*BSG, Beschl. v. 10.12.2008 – B 6 KA 37/08 B –*

RID 09-02-94

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 KA 49/06 – RID 08-02-28 (Patienten im organisierten Notfalldienst außerhalb Praxisbudget) wird als unbegründet zurückgewiesen.

Die **Vereinbarung der Bewertungsmaßstäbe** - als einer Normsetzung durch Vertrag - erfolgt zwar nicht unmittelbar zwischen den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge, sondern durch gesonderte Bewertungsausschüsse (§ 87 I SGB V), jedoch wird deren Handeln den Partnern der Bundesmantelverträge als eigenes zugerechnet, auch wenn der EBM ggf. in einem schiedsamtähnlichen Verfahren durch den Erweiterten Bewertungsausschuss festgesetzt wird. Entsprechend hat der Senat den Bewertungsausschuss ungeachtet seiner Verselbständigung in ständiger Rechtsprechung als "Vertragsorgan" bezeichnet, durch das die Partner der Bundesmantelverträge den EBM vereinbaren.

Damit ist geklärt, dass der Bewertungsausschuss nicht lediglich ein (Unter-)Ausschuss des Normgebers "Bundesmantelvertragspartner" ist, sondern den **Normgeber in der besonderen Organisationsform "Vertragsorgan" repräsentiert**. EBM und BMV haben somit letztlich denselben Normgeber. Kompetenzkonflikte resultieren hieraus im Regelfall nicht, denn das Gesetz hat dem Bewertungsausschuss durch § 87 SGB V bestimmte originäre Aufgaben übertragen und sie damit der - ansonsten nach § 82 SGB V bestehenden - Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner entzogen. Innerhalb dieses speziellen Aufgabenbereichs hält sich auch die hier in Rede stehende Ausgestaltung der Praxisbudgets. Somit war (und ist) der **Bewertungsausschuss** generell berechtigt, im Rahmen der Ausgestaltung von Regelungen des EBM Bestimmungen der Bundesmantelverträge zu modifizieren.

#### B) KEINE ERHEBUNG EINER FREMDANAMNESE IM NOTFALLDIENST

*BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 51/07 R – SozR 4-2500 § 75 Nr. 10*

RID 09-02-95

**Leitsatz:** Der eingeschränkte Behandlungsauftrag im vertragsärztlichen Notfalldienst schließt die Abrechnung der Erhebung einer Fremdanamnese über einen kommunikationsgestörten Patienten nach Nr. 19 EBM-Ä a.F. aus.

### C) GLEICHE VERGÜTUNG FÜR ORGANISIERTEN VERTRAGSÄRZTLICHEN NOTFALLDIENST UND KRANKENHAUS

*BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 46/07 R – SozR 4-2500 § 75 Nr. 8*

RID 09-02-96

**Leitsatz:** 1. In vertragsärztlichen Honorarstreitigkeiten sind die Verbände der Kranken- und Ersatzkassen auch dann nicht im Sinne des § 75 Abs. 2 SGG notwendig **beizuladen**, wenn die Wirksamkeit eines Honorarverteilungsvertrags umstritten ist, der zwischen diesen Kassenverbänden und der KÄV vereinbart worden ist.

2. Die punktzahlmäßige Bewertung des Ordinationskomplexes für **Notfallbehandlungen** im EBM-Ä darf nicht danach differenzieren, ob die Behandlung im organisierten **vertragsärztlichen Notfalldienst** oder in einem **Krankenhaus** durchgeführt worden ist.

**Parallelverfahren:** *BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 47/07 R –*

RID 09-02-97

### D) VERGÜTUNG SONSTIGER KOSTENTRÄGER (DURCHSCHNITTPUNKTWERTE DER ERSATZ- BZW. PRIMÄRKASSEN)

*BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 48/07 R – SozR 4-2500 § 75 Nr. 9*

RID 09-02-98

**Leitsatz:** Es ist nicht zu beanstanden, wenn Kassenärztliche Vereinigungen alle Leistungen von Vertragsärzten für Patienten, deren Behandlungskosten von so genannten sonstigen Kostenträgern getragen werden, mit dem Durchschnittspunktwert der Ersatzkassen bzw. der Primärkassen vergüten.

### E) ZAHNÄRZTE: KEINE ABRECHNUNG VON UNTERSUCHUNGSLEISTUNG NEBEN BESUCHSGEBÜHR

*BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 1/08 R – SozR 4-2500 § 106a Nr. 4*

RID 09-02-99

**Leitsatz:** Im Rahmen eines Besuchs erbrachte Untersuchungsleistungen nach der Nr. 01 BEMA-Z sind nicht neben der Besuchsgebühr nach Nr. 50 GOÄ (bzw. Nr. 7500 BEMA-Z) berechnungsfähig.

## 2. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG: DOPPELBEHANDLUNG IN PRAXISGEMEINSCHAFT

*BSG, Beschl. v. 05.11.2008 – B 6 KA 17/07 B –*

RID 09-02-100

<sup>juris</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 13.12.2006 – L 11 KA 82/05 – RID 07-01-29 wird als unbegründet zurückgewiesen.

Bei **missbräuchlicher Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft** i.S. des § 33 I Ärzte-ZV können Honorarbescheide korrigiert werden (BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr. 6). Ein derartiger Formenmissbrauch liegt auf der Grundlage dieses Urteils vor, wenn Zahnärzte gemeinsam **Sprechstundenzeiten ankündigen**, die eine einzelne Praxis offensichtlich nicht anbieten kann. Sprechstunden an jedem Werktag von 7 bis 24 Uhr können nur mehrere Zahnärzte nach näherer Absprache ankündigen, und typischerweise will der Patient dann denjenigen Zahnarzt in Anspruch nehmen, der gerade zur Verfügung steht. Damit wird sowohl im Innen- als auch im Außenverhältnis die Zusammenarbeit in einer Weise gestaltet, wie sie für eine Gemeinschaftspraxis typisch ist. Eine solche Form der Kooperation kann zu einem hohen Anteil an Patienten führen, an deren Behandlung sowohl der betroffene Arzt als auch Kollegen derselben Praxisgemeinschaft gemeinsam beteiligt sind. Dies indiziert, dass die Kooperationsform Praxisgemeinschaft missbräuchlich benutzt wird. Zur Frage, ab welcher Größenordnung ein **hoher Anteil gemeinsam behandelter Patienten** vorliegt, hat das BSG auf die **Richtlinien** hingewiesen, die die **KBV und die Spitzenverbände** der Krankenkassen vereinbart haben und nach denen bereits **bei 20 % Patientenidentität** – bzw. bei **30 % im Falle gebietsübergreifender/versorgungübergreifender Praxisgemeinschaften** - eine Abrechnungsfälligkeit anzunehmen ist. Gründe dafür, im **zahnärztlichen Bereich** von grundlegend anderen Grenzbeziehungen auszugehen, sind nicht erkennbar.

### 3. LEISTUNGSBESCHRÄNKUNG BEI JOB-SHARING NACH MAßGABE DER ZULASSUNGSENTSCHEIDUNG

**BSG, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 17/08 B –**

**RID 09-02-101**

BeckRS

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hessen**, Urt. v. 12.12.2007 – L 4 KA 62/06 – RID 08-02-37 wird zurückgewiesen.

Die Regelungen über die Leistungsobergrenzen bei Anstellung von Ärzten betreffen die Zulassung und Anstellungsgenehmigung (§§ 95 IX, 101 I Nr. 5 SGB V, § 32b Ärzte-ZV, Nr. 3.1, 3.3 Angestellte-Ärzte-RL). Dementsprechend umfassen die daraus resultierenden **Beschränkungen des Leistungs- und Honorarvolumens** grundsätzlich das **gesamte Leistungsspektrum**, das der zugelassene und der angestellte Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen. Einschränkungen von diesem Grundsatz müssten ausdrücklich, entweder normativ oder jedenfalls in den konkretisierenden Verwaltungsakten, benannt werden.

Für die Vergütung von **Substitutionsbehandlungen** lässt sich auch nicht aus § 85 IIa SGB V ein anderes Ergebnis ableiten.

### 4. SPRECHSTUNDENBEDARF: BELEGÄRZTLICH UND NICHT BELEGÄRZTLICH TÄTIGE CHIRURGEN

**BSG, Beschl. v. 22.01.2009 – B 6 KA 52/08 B –**

**RID 09-02-102**

BeckRS 2009 53040

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 23.04.2008 – L 12 KA 250/05 – RID 08-04-47 wird verworfen.

Die Bildung geeigneter **Vergleichsgruppen** ist Sache der Prüfungsgremien, nicht jede abweichende Behandlungsausrichtung oder sonstige individuelle Besonderheit einer Arztpraxis nötigt stets zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe. Sofern atypische Praxisumstände des zu prüfenden (Zahn-)Arztes vorliegen oder geltend gemacht werden, steht den Prüfungsgremien ein Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Beurteilung zu, ab welchem Ausmaß atypischer Praxisumstände sie eine engere Vergleichsgruppe bilden oder Praxisbesonderheiten annehmen und sachgerecht quantifizieren. Eine detaillierte Rechtsprechung des Senats liegt auch zu den mit der Berücksichtigung von **Praxisbesonderheiten** verbundenen Fragen vor. Als Praxisbesonderheiten kommen nur solche Umstände in Betracht, die sich auf das Behandlungs- oder Ordnungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe typischerweise nicht oder nicht in derselben Häufigkeit anzutreffen sind. Den Prüfungsgremien steht bei der Bewertung der insoweit maßgeblichen Umstände ein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum zur Verfügung.

Die Anerkennung **kompensatorischer Einsparungen** setzt voraus, dass zwischen dem Mehraufwand auf der einen und den Kostenunterschreitungen auf der anderen Seite ein kausaler Zusammenhang besteht. Namentlich einen kausalen Zusammenhang zwischen einem in Relation zum Vergleichsgruppenschnitt höherem Gesamtfallwert und geringeren **Krankenhauseinweisungen** sowie **Arbeitsunfähigkeitsfällen** hat der Senat zwar als denkbar bezeichnet, allerdings zugleich Zweifel geäußert, ob sich derartige Einsparungen belegen lassen (zu Arbeitsunfähigkeitszeiten vgl. BSG, Urt. v. 08.05.1985, 6 RKA 24/83, S. 27 = USK 85190 = KVRS A-6100/17; siehe hierzu auch BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 57 S. 325; zu Krankenhauseinweisungen vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 57 S. 326). Die **Darlegungs- und Beweislast** für den Kausalzusammenhang liegt beim Vertragsarzt (u. a. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 11 S. 59; BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 42 S. 233). Macht er kompensatorische Einsparungen geltend, so muss er das Vorliegen der Einsparungen, den methodischen Zusammenhang mit dem Mehraufwand, die medizinischen Gleichwertigkeit und die kostenmäßigen Einsparungen darlegen und gegebenenfalls nachweisen (BSG, Urt. v. 15.11.1995, 6 RKA 58/94 = USK 95137; BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 42 S. 233). Gelingt der erforderliche Nachweis nicht, so geht das nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast zulasten des Arztes (st. Rspr. des Senats, u. a. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 11 S. 59; BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 42 S. 234).

## 5. ZULASSUNGSRECHT

### A) SONDERBEDARFSZULASSUNG

#### AA) KEIN SONDERBEDARF WEGEN NEUER FACHARZT- ODER SCHWERPUNKTBEZEICHNUNG (KINDERKARDIOLOGIE)

*BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 56/07 R – SozR 4-2500 § 101 Nr. 3*

**RID 09-02-103**

**Leitsatz:** 1. Zu den Anforderungen an die Ermittlungen der Zulassungsgremien zu einem besonderen Versorgungsbedarf in einem Planungsbereich, der wegen Überversorgung für Neuzulassungen gesperrt ist.

2. Die berufsrechtliche Einführung einer neuen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung rechtfertigt allein keine Sonderbedarfszulassung eines entsprechend qualifizierten Arztes.

#### BB) VERSORGUNGSLÜCKE IN GESAMTER BREITE EINES VERSORGUNGSBEREICHS (PNEUMOLOGIE)

*BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 10/08 R –*

**RID 09-02-104**

Allein die berufsrechtliche Einführung einer **neuen Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung** rechtfertigt keine Sonderbedarfszulassung in überversorgten Gebieten.

Zur Ermittlung der konkreten Bedarfssituation ist es regelmäßig geboten, die bereits niedergelassenen Ärzte nach ihrem Leistungsangebot und der Aufnahmekapazität ihrer Praxen zu befragen. Diese **Befragung** hat sich mit Rücksicht auf § 101 I 1 Nr. 3 SGB V entsprechend der Zielrichtung von Sonderbedarfszulassungen grundsätzlich auf die gesamte Breite eines medizinischen Versorgungsbereichs (hier: das Schwerpunktgebiet der Pneumologie) und nicht nur auf einzelne spezielle Leistungen zu erstrecken. Es ist ferner erforderlich, etwa die Anzahlstatistiken der in Frage kommenden Vertragsärzte beizuziehen, um festzustellen, inwieweit im Bereich des streitigen Sonderbedarfs von diesen Ärzten Leistungen erbracht werden.

Eine **Versorgungslücke** muss in der gesamten Breite eines Versorgungsbereichs (hier des Schwerpunkts der Pneumologie) bestehen; werden lediglich einzelne spezielle Leistungen, die eine Vertragsarztpraxis in freier Niederlassung nicht sinnvoll auszufüllen vermögen, von den im Planungsbereich bereits niedergelassenen Vertragsärzten nicht erbracht, so kommt anstelle einer Sonderbedarfszulassung ggf. die Erteilung einer Ermächtigung in Betracht.

### B) FACHARZT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE: ZULASSUNG AUF PSYCHOTHERAPEUTENQUOTE

*BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 13/07 R – SozR 4-2500 § 101 Nr. 2*

**RID 09-02-105**

**Leitsatz:** Ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie kann trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen für Nervenärzte und Psychotherapeuten als ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, sofern in der Gruppe der Psychotherapeuten der den Ärzten vorbehaltene Versorgungsanteil noch nicht ausgeschöpft ist.

### **C) ZULASSUNGSENTZIEHUNG: SEXUELLER MISSBRAUCH AUSZUBILDENDER/STRAFBEFEHL/WOHLVERHALTEN**

*BSG, Beschl. v. 27.06.2007 – B 6 KA 20/07 B –*

**RID 09-02-106**

BeckRS

Die Nichtzulassungsbeschwerde der beigel. Kassenverbände gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 12.12.2006 – L 3 KA 513/03 – RID 07-03-71 wird zurückgewiesen.

**Sexuelle Übergriffe** des Arztes bzw. Zahnarztes gegen die von ihm Auszubildenden stellen **gröbliche Verletzungen** der vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten dar und erweisen ihn als ungeeignet für die Tätigkeit im Beruf und somit auch in der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit (vgl. ebs. zu einem Fall versuchter Vergewaltigung BSG, Beschl. v. 19.06.1996 - 6 BKa 52/95 -, juris; dies in Bezug nehmend BSG, Beschl. v. 31.03.2006 - B 6 KA 69/05 B -, juris).

Die Sozialgerichte dürfen bei ihrer Feststellung, ob der Arzt bzw. Zahnarzt ein Delikt begangen und damit seine vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten gröblich verletzt und sich als ungeeignet für die vertrags(zahn)ärztliche Tätigkeit erwiesen hat, i.S. einer zusätzlichen Stütze auf **Feststellungen in einem Strafbefehl** zurückgreifen (vgl. z.B. BSG SozR 1500 § 128 Nr. 40 S 49; weiterhin Beschl. v. 31.08.1990 - 6 BKa 33/90 -, juris, Rn. 5; v. 27.02.1992 - 6 BKa 15/91 -, juris, Rn. 8; ebenso BSGE 63, 270, 273 = SozR 1500 § 128 Nr. 34 S. 31 betr. strafrechtliches Ermittlungsverfahren). Das BSG hat auch sonst schon in Zulassungsentziehungsverfahren die Verwertung von Feststellungen aus anderweitigen bestandskräftig abgeschlossenen Verfahren gebilligt. So können in **Zulassungsentziehungsverfahren**, die auf ständig wiederkehrendes unwirtschaftliches Behandlungs- oder Ordnungsverhalten gestützt werden, bestandskräftige Entscheidungen über Honorarkürzungen wegen Unwirtschaftlichkeit verwertet werden (st. Rspr., vgl. z.B. BSGE 34, 252, 253 = SozR Nr. 36 zu § 368a RVO; BSG USK 93142 S 772 f; ebs. betr. Disziplinarverfahren z.B. BSG SozR 3-2500 § 81 Nr. 6 S. 22 und BSG, Beschl. v. 09.12.2004 - B 6 KA 70/04 B -, juris; ebs. zur Bestandskraft auf Grund gerichtlichen Vergleichs BSG, Beschl. v. 28.08.1996 - 6 BKa 22/96 -, juris, Rn. 5, u. v. 09.12.2004 - B 6 KA 70/04 B -, juris, Rn. 8). In Fortführung dieser Rechtsprechung ist klarzustellen, dass die Verwertung der **Feststellungen aus rechtskräftig abgeschlossenen Strafbefehlsverfahren keinen Einschränkungen unterliegt**. Die in einem **rechtskräftigen Strafbefehl** getroffenen Feststellungen sind ebenso beachtlich wie die Feststellungen in einem rechtskräftigen Strafurteil, was einzig der Gleichstellung mit rechtskräftigen Urteilen gem. § 410 III StPO entspricht. Die in einem Strafbefehl erfolgten Feststellungen können also i.S. eines **Präjudizes** im späteren Zulassungsentziehungsverfahren zugrunde gelegt werden.

Eine an sich indizierte Ungeeignetheit kann nur durch eine bloße lange Zeitdauer, die im Regelfall nach ca. fünf Jahren ab der Verhandlung des Berufungsausschusses in Betracht kommt, dann relativiert werden, wenn ein künftig rechtmäßiges Verhalten prognostiziert werden kann. Dies muss zweifelsfrei feststehen; jeder ernstliche Zweifel, dass eine Verhaltensbesserung eingetreten ist, führt zur Verneinung von **Wohlverhalten** (BSG, Urt. v. 19.07.2006 - B 6 KA 1/06 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 12 = MedR 2007, 131, 132 f.). Bestehen weder irgendwelche Indizien für eine immer noch bestehende Ungeeignetheit noch Zweifel an einer Verhaltensänderung, so ist die Annahme eines Wohlverhaltens nicht zu beanstanden. Welche Gesichtspunkte im Einzelnen bei der Prüfung des Wohlverhaltens von Bedeutung sind, entzieht sich einer generalisierenden Beurteilung (BSG MedR 1997, 86, 87).

## 6. GESAMTVERGÜTUNG

### A) KEINE ANFECHTUNG DER GESAMTVERGÜTUNG DURCH KRANKENKASSE OHNE VERBANDSZUGEHÖRIGKEIT

*BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 55/07 R – SozR 4-2500 § 83 Nr. 5*

RID 09-02-107

**Leitsatz:** 1. Eine Krankenkasse kann im Rechtsstreit mit der Kassenärztlichen Vereinigung auch dann **keine gerichtliche Überprüfung** der gesamtvertraglichen Vergütungsvereinbarung erreichen, wenn sie auf diese Vereinbarung nicht einmal mittelbar Einfluss nehmen konnte, weil sie dem zuständigen Landesverband nicht angehört.

2. Ein die **Nichtigkeit** einer gesamtvertraglichen Vereinbarung bewirkender qualifizierter Rechtsverstoß kommt allenfalls dann in Betracht, wenn Vorschriften offensichtlich missachtet worden sind, die eindeutig alle Gesamtvertragspartner strikt binden. Das setzt voraus, dass sie ein eindeutiges, aus sich heraus verständliches Verbot enthalten.

3. Die **Übergangsvorschriften** des **Gesetzes** zur Einführung des **Wohnortprinzips** stehen einer gesamtvertraglichen Vereinbarung, die auf eine begrenzte Beteiligung der Krankenkassen an der Schaffung eines angemessenen Vergütungsniveaus für zeitgebundene und genehmigungsbedürftige psychotherapeutische Leistungen ab dem Jahr 2002 gerichtet war, nicht entgegen.

### B) ART. 3 S. 1 WORTPRG/STREITWERT IN ANFECHTUNGSVERFAHREN GEGEN SCHIEDSSPRÜCHE

*BSG, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 38/08 B –*

RID 09-02-108

juris  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Mecklenburg-Vorpommern*, Urt. v. 30.01.2008 - L 1 KA 9/07 - wird als unbegründet zurückgewiesen.

Zu den Belangen, die nach **Art. 3 S. 1 WortPrG** in den Vertragsinhalt einbezogen werden können, gehört auch der Abbau der **Verschuldung der Krankenkassen**. Der Umstand des Schuldenabbaus kann in jedem Fall berücksichtigt werden und es rechtfertigen, die Möglichkeit der Erhöhung des Gesamtvergütungsvolumens gemäß Art 3 Satz 1 WortPrG nicht bis zum Höchstsatz von 3 % auszuschöpfen.

Liegt einem Rechtsstreit das Begehren nach Erhalt eines höheren Geldbetrages oder nach Minderung einer finanziellen Belastung zugrunde, so ist der **Streitwert** gemäß § 52 I GKG an dem verfolgten wirtschaftlichen Interesse auszurichten. Zu diesem Zweck ist eine betragsmäßige Berechnung oder wenigstens eine **Schätzung** vorzunehmen. Nur wenn es für ein solches Vorgehen keinerlei Ansatzpunkte gibt, ist der Rückgriff auf den sog. Regelwert des § 52 II GKG geboten. Die Anwendung dieser Grundsätze auf **Anfechtungsverfahren gegen Schiedssprüche** erfordert eine je nach Klagegegenstand differenzierte Bewertung. Ist das Klagebegehren direkt auf einen neuen Vertrag bestimmten Inhalts mit einem für den Kläger günstigeren Finanzergebnis gerichtet, ergibt sich der Streitwert aus der Differenz zwischen dem Ergebnis der Schiedsamsentscheidung und dem vom Kläger geltend gemachten Betrag. Zielt die Klage nur auf einen neuen Schiedsspruch mit ungewissem Inhalt, wie dies bei bloßen Neubeschleunigungsanträgen der Fall ist, so erfolgt die Bemessung auf die Hälfte des optimal erlangbaren Betrags. Nur wenn finanziell nicht messbare Grundsatzfragen im Streit sind, ist der Regelwert von 5.000 Euro anzusetzen (hier: 1.211.500 €, die Hälfte von 2.423.000 €).

## 7. HONORARBESCHIED IM SOG. DELEGATIONSVERFAHREN: FRISTVERSÄUMNIS/§ 44 II 2 SGB X

*BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 28/07 R – SozR 4-1300 § 44 Nr. 17*

RID 09-02-109

**Leitsatz:** 1. Wird der Regelungsinhalt eines Bescheids einem **Drittbetroffenen** zur Kenntnis gegeben - sei es auch nur durch Zuleitung einer Kopie -, so liegt ein Verwaltungsakt auch im Verhältnis zu ihm vor.

2. Für den Lauf einer längeren als **einjährigen Anfechtungsfrist** gemäß § 66 Abs. 2 S. 1 Halbs. 2 SGG reicht es nicht aus, dass die Kassenärztliche Vereinigung den Standpunkt vertritt, nicht der Psychotherapeut, sondern allein der delegierende Arzt sei anfechtungsberechtigt. Dies genügt auch nicht für eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand.

3. Eine Kassenärztliche Vereinigung kann eine **erneute inhaltliche Überprüfung** gemäß § 44 Abs. 2 S. 2 SGB X für zurückliegende Zeiträume ermessensfehlerfrei mit der Begründung ablehnen, bei Gewährung von Nachzahlungen wären wegen der Vielzahl ähnlich liegender Fälle erhebliche Einbußen für aktuelle Honoraransprüche zu befürchten.

## 8. AUSWAHL DER EHRENAMTLICHEN RICHTER

*BSG, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 54/07 B –*

RID 09-02-110

BeckRS

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 23.05.2007 - L 3 KA 368/03 - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird zurückgewiesen.

Eine gesetzlich vorgeschriebene **Mitwirkung fachkundiger ehrenamtlicher Richter** in der Gerichtsbarkeit im Allgemeinen und bei vertragsärztlichen bzw. –zahnärztlichen Streitigkeiten im Besonderen ist sachgerecht und grundsätzlich vereinbar mit den Erfordernissen richterlicher Unparteilichkeit und Neutralität (BSGE 82, 150, 155 f = SozR 3-1500 § 60 Nr. 4 S. 16-18; s dazu auch BSG, Beschl. v. 20.12.2002 - B 6 KA 69/02 B und B 6 KA 70/02 B). Eine **Ablehnung wegen Befangenheit** kann dann in Betracht kommen, wenn in Einzelfällen Hinweise auf eine konkrete, ins Gewicht fallende Interesseneinbindung eines Richters bestehen (BSG, aaO.).

*EGMR* v. 22.06.1989 (Nr. 11179/84 - in der Sache Langborger) beanstandet nicht etwa generell die Mitwirkung ehrenamtlicher Richter, die von fachkundigen Verbänden nominiert werden. Insoweit liegt im Übrigen ein relevanter Unterschied zur hier vorliegenden Konstellation darin, dass in jenem Fall die ehrenamtlichen Richter von privatrechtlichen Verbänden nominiert wurden, vorliegend indessen die **Ernennungsvorschläge** von **Institutionen** stammen, die mit **öffentlichen Aufgaben** betraut und als öffentlich-rechtliche Institutionen formiert sind oder als privatrechtlich organisierter Dachverband von ausschließlich öffentlich-rechtlichen Körperschaften solchen gleichstehen. (vgl. hierzu z.B. die Ersatzkassen-Verbände: BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2, jeweils Rn. 74 m.w.N.).

Entsprechend BSG, Beschl. v. 23.05.2007 - B 6 KA 27/06 B – juris (Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen: BVerfG <Kammer>, Beschl. v. 23.10.2007 - 1 BvR 2608/07 -) reicht die Rüge, die konkrete **Auswahl der ehrenamtlichen Richter für Kassenarztangelegenheiten beim LSG Niedersachsen-Bremen** sei zu beanstanden, Vorschlagslisten hätten nicht, wie erforderlich, mindestens die eineinhalbfache Zahl der benötigten Kandidaten umfasst, vielmehr nur gerade ebenso viele Namen, wie Ernennungen vorzunehmen waren, und der LSG-Präsident habe die Möglichkeit einer Auswahl nicht erkannt bzw. nicht wahrgenommen, zur substantiierten Darlegung eines Verfahrensmangels nicht aus.

Es gibt keine Rechtsvorschrift mit der **Vorgabe von Quoten** o.ä. für die Berücksichtigung der **regionalen Herkunft und/oder von Psychotherapeuten**.

Es gehört zu einer schlüssigen **Verfahrensrüge**, das **Gericht sei nicht vorschriftsmäßig besetzt** gewesen, die substantiierte Darlegung konkreter Tatsachen, aus denen sich ergibt, dass das Gericht bei Heranziehung der ehrenamtlichen Richter von der genannten Liste unberechtigt abgewichen ist (BFH BFH/NV 1999, 933, 935 <vor 3.>). Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Gericht nur dann gehalten ist, die Mitteilung eines ehrenamtlichen Richters über eine **Verhinderung nachzuprüfen**, wenn dieser keine oder keine ausreichenden Angaben zum Grund seiner Verhinderung gemacht hat (BFHE 194, 346, 351 = BStBl II 2001, 651, 654 = NVwZ 2002, 381, 383 unter 3 b cc <1> und <2>).

Dass die ehrenamtlichen **Richter des LSG Niedersachsen-Bremen** nicht ausdrücklich auf beide **Landesverfassungen verpflichtet** werden, ist inhaltlich unbedenklich.

**Parallelverfahren:** *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 23.05.2007 - L 3 KA 368/03 -

*BSG, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 53/07 B –* BeckRS

RID 09-02-111

## 9. STREITWERT FÜR KLAGE AUF HÖHERES HONORAR

*BSG, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 66/07 B –*

RID 09-02-112

BeckRS

Wird für drei Quartale ein höheres Honorar unter Berufung auf eine Verpflichtung zur Erhöhung des festgesetzten Individualbudgets geltend gemacht und sind keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine konkrete Abschätzung des wirtschaftlichen Werts des Begehrens ersichtlich, ist der Auffangstreitwert von 5.000 Euro für jeden streitgegenständlichen Quartalshonoraranspruch anzusetzen und sind diese Beträge sodann zu addieren (§ 39 Abs. 1 GKG).

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 05.05.2009 - **B 1 KR 15/08 R** – ist die **Implantation torisch intraokulärer Kontaktlinsen (ICL)** eine **neue Behandlungsmethode**, die vom GBA bisher nicht anerkannt wurde; auch bei einer hochgradigen Sehbehinderung besteht kein Anspruch wegen Vorliegens einer **notstandsähnlichen Situation**.

Zur BSG-Rspr. s. ferner 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) IMPLANTATION TORISCH INTRAOKULARER KONTAKTLINSEN (ICL – SOG. PERMANENTE KONTAKTLINSEN)

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 04.04.2008 – L 4 KR 362/05 –** **RID 09-02-113**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde erfolgreich: B 1 KR 15/08 R* juris

SGB V §§ 13 III 1, 27 I 2 Nr. 1, 135 I 1 Nr. 1; GG Art. 2 II, II 1, 20 I

Ist die Sehfähigkeit hochgradig beeinträchtigt, so liegt eine Beeinträchtigung einer herausgehobenen Körperfunktion im Sinne von BSG v. 27.03.2007 - B 1 KR 17/06 R und B 1 KR 30/06 R - vor. Stehen zur Kompensation der hochgradig beeinträchtigten Sehfähigkeit **andere** und wirtschaftlichere **Behandlungsmethoden** als die Implantation torisch intraokularer Kontaktlinsen **nicht zur Verfügung**, so besteht ein Versorgungsanspruch aufgrund von BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 - RID 05-04-84, auch wenn der GBA diese Leistung nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen hat.

**SG Lüneburg**, Urt. v. 08.12.2005 - S 9 KR 174/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück; **BSG**, Urt. v. 05.05.2009 - **B 1 KR 15/08 R** – wies die Klage ab.

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

Vgl. zuletzt **SG Aachen**, Urt. v. 28.10.2008 – S 13 (2) KR 81/07 – RID 09-01-115 m.w.N.

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.04.2008 – L 24 KR 38/06 –** **RID 09-02-114**

SGB V §§ 13 III, 135 I 1  
[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Bei der **interstitiellen Brachytherapie** mit permanenter Seed-Implantation handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode**, für die es im Juli 2005 an der erforderlichen positiven Empfehlung des Bundesausschusses fehlte. Systemversagen liegt nicht vor (vgl. **BSG**, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 12/05 R –), auch nicht im Jahr 2005, weil das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) seinen Abschlussbericht über die interstitielle Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom erst am 17.01.2007 vorgelegt hat.

**SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 19.12.2005 - S 87 KR 2242/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 08.10.2008 – L 9 KR 1214/05 –** **RID 09-02-115**

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

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.

**SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 02.11.2005 - S 87 KR 1245/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

##### C) FUNKTIONELLE MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE

**LSG Bayern, Urt. v. 13.01.2009 – L 5 KR 13/08 –** **RID 09-02-116**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 13 III, 135 I 1

Bei der funktionellen Magnetresonanztomographie (MRT) in hochauflösender Technik handelt es sich um eine nicht anerkannte **neue Behandlungsmethode**. **Systemversagen** liegt **nicht** vor.

**SG Würzburg**, Gerichtsbb. v. 17.12.2007 - S 14 KR 437/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## D) APHERESE (IN DER FORM DER CHEMOPHERESE) BEI EINER LYME-BORRELIOSE

*SG Aachen, Urt. v. 03.03.2009 – S 13 KR 109/08 –*

RID 09-02-117

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 13 III, 135 I 1

Bei der Therapeutischen Apherese (in der Form der Chemopherese) handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode**. Sie kann als Sachleistung bei der Krankheit Infektion mit *Borrelia burgdorferi* (Lyme-Borreliose) nicht zu Lasten der GKV erbracht werden, weil es für sie derzeit noch an der erforderlichen positiven Empfehlung des GBA fehlt. Ein Systemversagen liegt nicht vor.

Bei der **Lyme-Borreliose** handelt es sich nicht um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche verlaufende Erkrankung; zum anderen steht für diese Krankheit eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung - nämlich die Antibiotikatherapie - zur Verfügung.

Das *SG* wies die Klage ab.

## E) OPERATIVE BRUSTKORREKTUR MITTELS LIPOSUKTION

*SG Aachen, Urt. v. 03.03.2009 – S 13 KR 157/08 –*

RID 09-02-118

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 12 I, 13 III, 27 I 1, 39 I 2, 135 I 1

Bei der Liposuktion (Fettabsaugung) handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode**. Sie kann als Sachleistung nicht zu Lasten der GKV erbracht werden, weil es für sie derzeit noch an der erforderlichen positiven Empfehlung des GBA fehlt (vgl. BSG, Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KR 11/08 R -).

Ein Anspruch auf eine Liposuktion in Form einer **Krankenhausbehandlung** als Naturalleistung besteht nicht, wenn sie nicht erforderlich ist, weil der Patient am Vormittag aufgenommen und am (Spät-)Nachmittag wieder entlassen wird.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

Nach BSG, Urt. v. 03.03.2009 – B 1 KR 7/08 R – ist die in § 27a III 1 HS 1 SGB V festgelegte Altersgrenze - vollendetes 40. Lebensjahr - für Ehefrauen verfassungsgemäß.

Zur BSG-Rspr. vgl. zuletzt RID 08-04 B I 2 (S. 32); 07-04-B I 2 (S. 36), zur Instanzenpraxis zuletzt RID 09-01-B I 2 (S. 44) u. 08-04-B I 2 (S. 32); 08-02-B I 2 (S. 48 f.).

## A) BVERFG: BESCHRÄNKUNG AUF 50 V. H. DER KOSTEN VERFASSUNGSGEMÄß

*BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 27.02.2009 – 1 BvR 2982/07 –*

RID 09-02-119

[www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) = juris  
SGB V § 27a; GG Art. 1 I, 2 I, 3 I, 6; GMG Art. 1 Nr. 14

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Urt. v. 19.09.2007 – B 1 KR 6/07 R - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

BVerfG v. 28.02.2007, BVerfGE 117, 316 hat dargelegt, dass der Gesetzgeber medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a SGB V nicht als Behandlung einer **Krankheit** angesehen, sondern nur den für Krankheiten geltenden Regelungen des SGB V unterstellt und insoweit einen eigenständigen Versicherungsfall geschaffen hat, was verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist, weil es im Rahmen der grundsätzlichen Freiheit des Gesetzgebers liegt, die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung näher zu bestimmen, auch in einem Grenzbereich zwischen Krankheit und solchen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen eines Menschen, deren Beseitigung oder Besserung durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht von vornherein veranlasst ist.

Mit der besonderen Regelung des § 27a SGB V stellt sich zudem die Frage nicht, ob die Verfahren der künstlichen Befruchtung, die mit einem erheblichen finanziellen Aufwand verbunden sind, andererseits aber nur in 18 von 100 Behandlungen zur Geburt eines Kindes führen, als **wirtschaftlich** i.S.v. § 2 I 3 und § 12 I SGB V angesehen werden können. Er ermöglicht darüber hinaus die Behandlung auch in Fällen, in denen die Kinderlosigkeit eines Paares medizinisch nicht erklärt werden und deshalb ein "kranker" Versicherter nicht gefunden werden kann. Vermieden werden durch die Ausgestaltung des § 27a SGB V als **Sondertatbestand** auch Abgrenzungsprobleme, die entstünden,

würde man die allgemeinen Vorschriften über die Behandlung von Krankheiten auf einen solchen Sachverhalt unmittelbar anwenden (vgl. BVerfGE 117, 316 <326 f.>).

Der Begriff der Krankheit, der grundsätzlich die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auslöst, kann nicht durch Auslegung dahingehend erweitert werden, dass er auch den Wunsch nach einer erfolgreichen **Familienplanung** in einer Ehe umfasst. Die künstliche Befruchtung beseitigt keinen regelwidrigen körperlichen Zustand, sondern umgeht ihn mit Hilfe medizinischer Technik, ohne auf dessen Heilung zu zielen.

§ 27a III 3 SGB V begründet unter den dort festgelegten Voraussetzungen einen Anspruch auf einen Zuschuss von 50 % zu Maßnahmen der künstlichen Befruchtung für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Gesetz behandelt also alle Versicherten **rechtlich gleich**. Allerdings ist die tatsächliche Inanspruchnahme dieses Zuschusses davon abhängig, dass zusätzlich ausreichende Eigenmittel zur Verfügung stehen. Wegen der Kosten von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung kann es durchaus vorkommen, dass sozial schwache Personen solche Leistungen nicht (mit-)finanzieren können. Jedoch ist der **Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers** im Bereich der gewährenden Staatstätigkeit weit. Dem Bundesverfassungsgericht obliegt größte Zurückhaltung, dem Gesetzgeber im Bereich darreichender Verwaltung über den Gleichheitssatz zusätzliche Leistungsverpflichtungen aufzuerlegen (vgl. BVerfGE 60, 16 <42>; 78, 104 <121>), vor allem wenn sie aus den Beiträgen der Gemeinschaft der Versicherten finanziert werden. In Bezug auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung besteht keine staatliche Verpflichtung des Gesetzgebers, die Entstehung einer Familie mit den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu fördern, sondern es handelt sich um eine in seinem Ermessen stehende Leistung (vgl. BVerfGE 117, 316 <329>), die nicht medizinisch für eine Therapie notwendig ist, sondern die Wünsche eines Versicherten für seine individuelle Lebensgestaltung betrifft.

## B) BESCHRÄNKUNG AUF 50 V. H. DER KOSTEN

SGB V § 27a

**LSG Bayern, Urt. v. 27.01.2009 – L 5 KR 452/07 –**

**RID 09-02-120**

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

Die **Krankenkasse** hat nach § 27a III 3 SGB V die Kosten einer Maßnahme der künstlicher Befruchtung nur in Höhe **von 50 v. H. der Kosten**, nicht in vollem Umfang zu tragen. Die gesetzliche Regelung ist im Wortlaut eindeutig und einer erweiternden oder verändernden Auslegung nicht zugänglich. Sie verstößt auch nicht gegen höherrangiges Recht (vgl. BSG, Urt. v. 19.09.2007 - B 1 KR 6/07 R -; BVerfG, Urt. v. 28.02.2007 - 1 BvL 5/03 -).

**SG München**, Urt. v. 25.10.2007- S 19 KR 1193/05 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.08.2008 – L 1 KR 42/08 –**

**RID 09-02-121**

Revision anhängig: B 3 KR 18/08 R

juris

Ein Versicherter hat **keinen Anspruch** auf Kostenübernahme oder Kostenerstattung der in seiner Person entstandenen Kosten einer ICSI-Behandlung in Höhe von **100%**.

Die in § 27a III 3 SGB V vorgesehene **Eigenbeteiligung** des Versicherten in Höhe von 50% der Kosten ist **verfassungsgemäß**.

**SG Osnabrück**, Gerichtsbb. v. 21.12.2007 - S 5 KR 416/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## C) KEINE KOSTENÜBERNAHME FÜR DIE BEHANDLUNG DER PRIVAT VERSICHERTEN EHEFRAU

**LSG Bayern, Urt. v. 22.01.2009 – L 4 KR 147/07 –**

**RID 09-02-122**

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

SGB V § 27a

Kosten für die Behandlung der privat versicherten Ehefrau sind nicht zu übernehmen (vgl. BSGE 88, 51, 54f = SozR 3-2500 § 27a Nr.2 S.14 u.a.).

**SG München**, Urt. v. 18.01.2007 - S 2 KR 812/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 3. KEIN ANSPRUCH AUF ABSCHLUSS EINES VERTRAGS ZUR PALLIATIVVERSORGUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.03.2009 – L 16 B 15/09 KR ER –*

RID 09-02-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III, 37b, 132d

Ein **Versicherter** hat keinen Anspruch darauf, dass die **Krankenkasse** einen **Versorgungsvertrag** nach § 132d SGB V zur inhaltlichen Konkretisierung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b I SGB V mit den Leistungserbringern abschließt. Bei Säumnis der Krankenkasse kann der Anspruch aus § 37b SGB V individualrechtlich nur im Rahmen von § 13 III SGB V durchgesetzt werden.

*SG Dortmund*, Beschl. v. 06.03.2009 - S 40 KR 13/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

### 4. ARZTVORBEHALT: KEINE EPILATIONSBEHANDLUNG (HIER: TRANSSEXUELLE) DURCH KOSMETIKERIN

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.01.2009 – L 11 KR 3126/08 –*

RID 09-02-124

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III, 15 I

**Leitsatz:** Eine Epilationsbehandlung (hier: bei einer Transsexuellen) durch eine Kosmetikerin darf nicht zu Lasten der GKV erbracht werden. Eine Kostenerstattung des Versicherten ist nicht möglich.

*SG Mannheim*, Urt. v. 08.05.2008 – S 9 KR 2777/07 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

### 5. ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN: CBW-BRÜCKE (INLAY-/ADHÄSIVBRÜCKE)

*LSG Bayern, Beschl. v. 05.12.2008 – L 4 B 989/08 KR ER –*

RID 09-02-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 55 I, V; SGG § 86b II

Bei einer **CBW-Brücke (Inlay-/Adhäsivbrücke)** handelt es sich um **keine vom GBA anerkannte Form der Versorgung**. Der GBA hat die Anerkennung ausdrücklich abgelehnt, da eine Literaturobwertung eine deutlich niedrigere Haltbarkeit der Inlaybrücke gegenüber einer Versorgung mit einer konventionellen Brücke ergeben hat. Eine Bezuschussung dieser Versorgung würde nicht nur gegen § 55 SGB V verstoßen, sondern auch gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot.

*SG München*, Beschl. v. 28.10.2008 – S 3 KR 866/08 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* – SozR 4-2500 § 13 Nr. 20 - 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* – SozR 4-2500 § 13 Nr. 19 - 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. BVERFG: NICHTEINHALTUNG DES BESCHAFFUNGSWEGES WIRKT NICHT IN DIE ZUKUNFT

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 19.03.2009 – 1 BvR 316/09 –*

RID 09-02-126

www.bundesverfassungsgericht.de  
SGB V §§ 2 II, 13 III 1, 27 I 1, 28 I 1; GG Art. 2 I, II 1

*LSG Niedersachsen-Bremen* vom 01.12.2008 - L 4 KR 305/08 ER – wird aufgehoben, die Sache wird an das LSG zurückgewiesen.

Gesetzliche oder auf Gesetz beruhende **Leistungsausschlüsse** und Leistungsbegrenzungen sind daraufhin zu prüfen, ob sie im Rahmen des **Art. 2 I GG gerechtfertigt** sind. Gleiches gilt, wenn die gesetzlichen Leistungsvorschriften durch die zuständigen Fachgerichte eine für den Versicherten nachteilige Auslegung und Anwendung erfahren (vgl. BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 <43> ).

Die Gestaltung des **Leistungsrechts** der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich an der objektivrechtlichen Pflicht des Staates zu orientieren, sich **schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des Art. 2 II 1 GG** zu stellen. Insofern können diese Grundrechte in besonders gelagerten Fällen die Gerichte zu einer grundrechtsorientierten Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts verpflichten. Dies gilt insbesondere in Fällen der Behandlung einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung. Denn das Leben stellt einen Höchstwert innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung dar (vgl. BVerfGE 115, 25 <45> m.w.N.).

In solchen Fällen, in denen es um die **zukünftige Versorgung mit einer außervertraglichen Behandlungsmethode** geht, ist der Anspruch des Versicherten darauf gerichtet, dass er von dem Nichtvertragsarzt die notwendige Behandlung erhält und die Abrechnung unmittelbar zwischen der Krankenkasse und dem Arzt stattfindet (vgl. BSGE 88, 62 <74 f.>).

**Kosten einer Therapie, die erst nach Bescheiderteilung anfallen**, können nicht wegen der Nichteinhaltung des gebotenen **Beschaffungswegs** von einer Erstattung ausgeschlossen werden, da es sich bei der Kombinationstherapie um ein „einheitliches Behandlungskonzept“ handle. Diese Rechtsanwendung, welche die Versorgung mit der begehrten Behandlung im Wege der Sachleistung allein deshalb verweigert, weil eine Versicherte es versäumt hat, vor Beginn der ersten Behandlung eine Entscheidung ihrer Krankenkasse abzuwarten, ist im Rahmen des gesetzlichen Leistungssystems nicht mehr verständlich.

Auch nach der **BSG-Rspr.** wird bei laufenden Leistungen oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Behandlungen die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse im Allgemeinen als Zäsur angesehen und die Kostenerstattung nur für diejenigen Leistungen ausgeschlossen, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung auf eigene Rechnung beschafft worden sind; für spätere Leistungen wird der erforderliche Kausalzusammenhang hingegen bejaht (vgl. BSG, SozR 4-2500 § 13 Nr. 10; SozR 3-2500 § 13 Nr. 22).

Die 1968 geb. Bf. ist verheiratet und Mutter eines sechs Jahre alten Kindes. Im November 2006 wurde bei ihr ein bösartiger Hirntumor, ein sog. Glioblastom Grad IV, diagnostiziert, der unmittelbar danach operativ vollständig entfernt wurde. Anschließend erfolgte eine Radio-Chemotherapie mit dem Medikament Temodal, welche die Bf. im März 2007 abbrach. Nach der Diagnose eines Tumorrezidivs im April 2007 erfolgte im Mai 2007 eine erneute neurochirurgische Tumorentfernung. Im Juli 2007 beantragte die Bf. bei ihrer Krankenkasse die Bewilligung einer **Kombinationstherapie bestehend aus einer Elektro-Tiefenhyperthermie und einer Behandlung mit dendritischen Zellen** (Kosten: ca. 14.350 € bis rund 17.000 € pro Quartal) ohne Erfolg, da es sich um ein experimentelles Verfahren handle und Standardtherapien zur Verfügung stünden. Über die dagegen erhobene Klage der Beschwerdeführerin ist noch nicht entschieden. **SG Stade**, Beschl. v. 31.10.2008 - S 1 KR 172/08 ER - lehnte einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück. Das **BVerfG** beanstandete nicht den Beschl. des SG, verwies die Sache aber an das LSG zurück, da nicht auszuschließen sei, dass das LSG bei einer inhaltlichen Prüfung der Voraussetzungen eines Krankenbehandlungsanspruchs der Bf. nach Maßgabe der im Beschluss des BVerfG vom 06.12.2005 aufgestellten Grundsätze zu einer anderen Entscheidung als das SG komme.

## 2. KEINE KOSTENERSTATTUNG BEI ERFOLGTER SACHLEISTUNG

**SG Wiesbaden, Beschl. v. 06.03.2009 – S 17 KR 16/09 ER –**

RID 09-02-127

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

SGB V §§ 13 III, 37b; SGG § 86b II

Die von einem Versicherten in einem Krankenhaus in Anspruch genommene spezialisierte ambulante Palliativversorgung erfolgt als **Sachleistung** zu Lasten der Krankenversicherung und lässt **Vergütungsansprüche nur im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse** entstehen. Konnte der Versicherte im Zeitpunkt der Behandlung davon ausgehen, er erhalte die Leistungen als Kassenpatient zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so kann eine eigene Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Leistungserbringer nicht entstehen; der Leistungserbringer muss einen etwaigen Streit über die Leistungspflicht der Krankenkasse dann unmittelbar mit dieser austragen. 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 (vgl. BSG, Urst. v. 09.10.2001 - B 1 KR 6/01 R -; BSG, Urst. v. 28.03.2000 - B 1 KR 21/99 R -).

Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, mit dem der Ast. die Krankenkasse verpflichten wollte, die notwendigen Kosten für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Höhe von 150,00 Euro pro Versorgungstag zu übernehmen.

### 3. KEINE KOSTENERSTATTUNG FÜR PRIVATBEHANDLUNG OHNE EINHOLUNG EINER GENEHMIGUNG DER KRANKENKASSE

*LSG Bayern, Urt. v. 19.06.2008 – L 4 KR 227/05 –*

RID 09-02-128

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 13 III

Eine **Notlage** im Sinne des § 13 III SGB V erste Alternative ist zu verneinen, wenn eine Versicherte bereits **zwei Monate zuvor den behandelnden Privatarzt konsultiert** hat, ihr ein Kostenvoranschlag für die Privatbehandlung unterbreitet wird, den sie jedoch erst am Tage der Operation der Krankenkasse zuleitet.

Wird die Krankenkasse vor der Privatbehandlung aus einer durchaus nachvollziehbaren vordringlichen Sorge um das gesundheitliche Wohl, welches die Kostenfrage zunächst in den Hintergrund hat treten lassen, nicht um Genehmigung angegangen, so ist dieses **Versäumnis** nicht der Krankenkasse zuzurechnen, sondern bleibt im **Risikobereich der Versicherten**.

*SG München*, Urt. v. 08.06.2005 - S 3 KR 139/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück; *BSG*, Beschl. v. 28.10.2008 - B 3 KR 27/08 B – BeckRS wies die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig zurück.

### 4. ENTSCHEIDUNG NACH VORGESPRÄCHEN EINER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPIE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.02.2009 – L 11 KR 43/07 –*

RID 09-02-129

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III 1

**Vorgespräche einer psychotherapeutischen Behandlung** gehören zum **Gesamtkonzept** der Behandlung, da sie einzig den Zweck haben, die erforderlichen individuellen therapeutischen Schritte zu erarbeiten. Der **Beschaffungsweg** ist nicht eingehalten, wenn über einen Antrag auf Kostenerstattung erst danach entschieden wird.

*SG Dortmund*, Urt. v. 20.03.2007 - S 44 KR 414/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 5. FEHLENDE KAUSALITÄT

#### A) BEHANDLUNG IN PRIVATKLINIK

*SG Aachen, Urt. v. 17.02.2009 – S 13 KR 117/08 –*

RID 09-02-130

(rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III, 27

Die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung sind grundsätzlich nur zu ersetzen, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hatte; ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung **außerhalb** des vorgeschriebenen **Beschaffungsweges** selbst besorgt, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten (BSG, Beschl. v. 15.04.1997 - 1 BK 31/96 - SozR 3-2500 § 13 Nr. 15; Urt. v. 25.09.2000 - B 1 KR 5/99 R -; Urt. v. 23.07.2002 - B 3 KR 66/01 R -; Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 3/04 R -; Urt. v. 14.12.2006 - B 1 KR 8/06 R -; Urt. v. 02.11.2007 - B 1 KR 14/07 R -; Urt. v. 28.02.2008 - B 1 KR 15/07 R -).

Das *SG* wies die Klage auf Erstattung weiterer Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung in einer Privatklinik in Höhe von 4.718,92 € ab.

#### B) VERSORGUNG MIT HÖRGERÄTEN

*SG Augsburg, Urt. v. 27.05.2008 – S 12 KR 252/07 –*

RID 09-02-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 13 III

Hat sich ein Versicherter definitiv für die Versorgung mit bestimmten Hörgeräten entschieden und erst danach eine Kostenübernahme bei der Krankenkasse beantragt, so besteht kein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 III SGB V.

Das *SG* wies die Klage ab.

### 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

*SG Gelsenkirchen, Urt. v. 21.08.2008 – S 17 KR 205/07 –*  
rechtskräftig [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 2, 12 I, 27 I 1

RID 09-02-132

Eine Versicherte hat einen Anspruch auf Übernahme der Kosten einer **Mammareduktionsplastik**, wenn dies zur Behandlung ihrer orthopädischen Erkrankungen erforderlich ist und konservative Maßnahmen ausgeschöpft bzw. in Ansehung der bei der Versicherten bestehenden körperlichen Verhältnisse und ihres fortlaufenden Trainings nicht weitergehend indiziert sind.

Das *SG* gab der Klage statt.

Zur *Rspr.* s. zuletzt RID 09-01-B III 1 (S. 47) m.w.N.

#### 2. MAGENVERKLEINERUNGS-(GASTRIC-BANDING-)OPERATION

*SG Aachen, Urt. v. 17.02.2009 – S 13 KR 85/08 –*  
(rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 13 III, 27

RID 09-02-133

Die **Implantation eines Magenbandes** - so das BSG, Urt. v. 19.02.2003 - B 1 KR 1/02 R - BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 1 = NZS 2004, 140 - kommt nur als **Ultima Ratio** und nur bei Patienten in Betracht, die eine Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen (BMI von 40 oder darüber; Alter über 18 Jahre; erfolglose konservative Therapie unter Anleitung qualifizierter Fachkräfte; Gewährleistung postoperativer Betreuung). Liegen diese vor, sind die Kosten für eine stationäre Operation zu übernehmen.

Das *SG* gab der Klage statt.

Zur *Rspr.* s. zuletzt RID 09-01-B III 2 (S. 47) m.w.N.

### IV. Krankenbehandlung im Ausland

#### 1. AUGENBEHANDLUNG IN KUBA

*LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 01.08.2007 – L 6 KR 8/06 –*  
*Revision anhängig: B 3 KR 22/08 R* juris  
SGB V §§ 2 I 3, 18 I 1; GG Art. 2 II 1

RID 09-02-134

Eine **Leistungserbringung im Ausland** kommt nur dann in Betracht, wenn außer Zweifel steht, dass es sich um eine sinnvolle und notwendige Maßnahme handelt (vgl. LSG Mecklenburg-Vorpommern v. 18.02.1997 - L 4 Kr 4/96 -). Eine Kostenerstattung kommt nur in Betracht, wenn die Methode dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (hier: Retinitis Pigmentosa-Therapie in Kuba).

Eine **Erblindung** ist von BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 - SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 zum Anspruch auf Versorgung mit einer Methode, die zwar nicht allgemein anerkannt ist, jedoch eine zumindest nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder nur eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verspricht, nicht umfasst, da nicht das Rechtsgut Leben, sondern die körperliche Unversehrtheit betroffen ist. Sie ist auch nicht gleichzustellen.

*SG Neubrandenburg*, Gerichtsbb. v. 24.03.2006 – S 4 KR 5/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 2. KEINE KOSTENERSTATTUNG FÜR 1994/95 DURCHFÜHRTE PETÖ-BEHANDLUNGEN IN BUDAPEST

*LSG Bayern, Urt. v. 27.11.2008 – L 4 KR 75/07 –*  
*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 5/09 B*  
SGB V §§ 18 I, 32, 92 I 2 Nr. 6, 138

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

RID 09-02-135

Die konduktive Förderung nach Petö gehört nicht zu den Behandlungsmethoden, auf die sich die Leistungspflicht der Krankenkasse erstreckt (so BSG, Urt. v. 03.09.2003 - B 1 KR 34/01 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 1).

*SG München*, Urt. v. 11.10.2006 - S 18 KR 533/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 3. HUBSCHRAUBERTRANSPORT IN ÖSTERREICH

**SG Gelsenkirchen, Urt. v. 16.10.2008 – S 17 KN 51/08 KR –**

**RID 09-02-136**

rechtskräftig  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 16 I Nr. 1: EWG-VO 1408/71

Während eines **Aufenthalts in Österreich** steht nur ein **Sachleistungsanspruch** gegen den aushelfenden österreichischen Krankenversicherungsträger zu. Nimmt ein Versicherter den **Krankentransport** jedoch nicht im Wege der Sachleistung in Anspruch, so können nur die in Rechnung gestellten Kosten des Transports erstattet werden, die dem österreichischen Versicherungsträger angefallen und mit der Krankenkasse abgerechnet worden wären. Es kommt nicht darauf an, ob die Erstattungssätze in Österreich ausreichend sind, solange sie von den dortigen Vertragspartnern der Krankenversicherung akzeptiert werden.

Sowohl nach österreichischen als auch nach deutschen Grundsätzen ist die **Bergung aus unwegsamem Gelände nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung**. Nach Bergung, z. B. durch die Bergwacht, ist nur der Transport von einem zugänglichen Gelände zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus durch die Krankenkasse zu gewähren. Die Absicherung gegen das Risiko hier anfallender höherer Bergungs- und Transportkosten ist dem privaten Bereich zuzurechnen und ggf. auch durch Abschluss einer entsprechenden privaten Versicherung sicher zu stellen.

Der Kläger ist freiwilliges Mitglied der Bekl. Am 26.12.2007 erlitt er während eines Urlaubsaufenthalts in Österreich einen Herzinfarkt mit Herzstillstand und wurde mit dem Rettungshubschrauber vom Skigebiet Kappel nach Innsbruck ins Hospital ausgeflogen. Hierfür stellte die Firma T dem Kl. 4.479,00 € in Rechnung. Die Bekl. erstattete lediglich 894,93 €.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 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. WACHSTUMSHORMON SEROSTIM BEI HIV-INFEKTION ZUR ERMÖGLICHUNG EINER BEHANDLUNG

**LSG Hessen, Urt. v. 15.01.2009 – L 1 KR 51/05 –**

**RID 09-02-137**

Revision zugelassen  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 1 u. 3, 31 I 1, 73 III; SGG § 55, 86b II 4; ZPO § 945; AMG §§ 4, 21

**Leitsatz:** 1. Für die streitigen Zeiträume, in denen der Kläger im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes - vorläufig - versorgt worden ist, ist richtige **Klageart** im Hauptsacheverfahren die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage.

2. Eine **notstandsähnliche Situation**, welche die Versorgung mit einem nicht zugelassenen Fertigarzneimittel rechtfertigt, ist auch dann gegeben, wenn das Arzneimittel (hier: Serostim) zwar nicht unmittelbar auf die akut lebensbedrohliche Erkrankung einwirkt, indes deren Behandlung erst ermöglicht.

Bei dem 1964 geb. Kl. besteht eine **HIV-Infektion im fortgeschrittenen Stadium**. Im Juli 2002 beantragte er die Versorgung mit dem **Wachstumshormon Serostim**. In **ärztlichen Stellungnahmen** wurde mitgeteilt, d. Kl. habe mehrere antiretrovirale Kombinationstherapien erhalten, die jeweils wegen Resistenzentwicklung und Verträglichkeitsproblemen hätten ausgewechselt werden müssen. Seit November 2001 erhalte er als letzte Möglichkeit eine Kombination aus Kaletra und Fortovase. Unter dieser Therapie habe sich zwar der immunologische Zustand zufriedenstellend verbessert, indes sei eine massive Fettverteilungsstörung (Lipodystrophiesyndrom) aufgetreten. Diese pathologische Fettakkumulation habe wiederum zu gastrointestinalen Funktionsstörungen, zu massiven Rückenschmerzen im LWS-Bereich und zu Atembeschwerden bereits bei geringer Anstrengung geführt. Nach einer auf der Internationalen Aids-Konferenz 2002 in Barcelona vorgestellten Studie führe die Gabe von Serostim im Vergleich zu Placebo (Phase-II-Studie) zu einer **deutlichen Verringerung des intraabdominellen Fetts**. Aufgrund der symptomatischen Situation bei dem Kl. und den faktisch nicht vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten halte er einen Therapieversuch mit diesem Medikament für gerechtfertigt. Die **Bekl.** lehnte den Antrag ab, weil die Wirksamkeit einer solchen Therapie durch die aktuelle Datenlage bislang nicht belegt sei, denn dafür müssten Forschungsergebnisse wie die Ergebnisse einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) vorliegen, die erwarten ließen, dass das Arzneimittel für die betreffende Indikation zugelassen werden könne. Aufgrund eines Antrags d. Kl. auf Erlass einer einstweiligen Anordnung verpflichtete **SG Kassel**, Beschl. v. 19.03.2003 - S

12 KR 2246/02 ER -, die Bekl., den Kl. auf ärztliche Verordnung vorläufig bis zur Entscheidung in der Hauptsache mit Serostim zu versorgen. **LSG Hessen**, Beschl. v. 18.06.2003 - L 14 KR 289/03 ER - wies die Beschwerde zurück. Die Bekl. versorgte den Kläger daraufhin mit Serostim "ausschließlich" aufgrund des Beschlusses des SG. **SG Kassel**, Urt. v. 19.01.2005 - S 12 KR 2247/02 - gab der Klage statt, das **LSG** stellte auf die Berufung der Bekl. fest, dass die Bekl. in den Jahren 2003, 2004 und 2005 zur Versorgung des Kl. mit dem Medikament Serostin verpflichtet gewesen ist

## 2. METHYLPHENIDATHALTIGE ARZNEIMITTEL BEI ADHS

Vgl. zuletzt RID 09-01-B V 5 (S. 50 f.); 08-04-B IV 1 c (S. 37); 07-04-B V 1 a (S. 44); 07-02-B V 1 g (S. 52) m.w.N.  
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 12.11.2008 – L 9 KR 198/06 –  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 09-02-138

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 den erforderlichen **Forschungsergebnissen**.

**SG Berlin**, Urt. v. 06.07.2004 – S 73 KR 105/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück; zu weiteren **Parallelverfahren** s. **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 12.11.2008 – L 9 KR 110/06 – RID 09-01-150.

**SG Dresden**, Urt. v. 04.09.2008 – S 18 KR 622/06 –

RID 09-02-139

*Berufung anhängig: LSG Sachsen - L 1 KR 119/08 -*

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Auf die Behandlung einer ADHS im Erwachsenenalter mit den Medikamenten Strattera® (Wirkstoff: Atomoxetin) und Medikinet® retard (Wirkstoff: Methylphenidat) im sog. Off-Label-Use besteht kein Anspruch. **LSG Bayern**, Urt. v. 13.06.2006 – L 5 KR 93/06 – RID 06-04-138 ist nicht zu folgen, soweit dies die Auffassung vertritt, seit der Veröffentlichung der Stellungnahme des Vorstandes der Bundesärztekammer zur ADHS im Bundesärzteblatt lägen außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewonnene Erkenntnisse über die Qualität und Wirksamkeit von Methylphenidat in der Anwendung bei persistierender ADS/ADHS vor, die zuverlässig und wissenschaftlich nachgeprüft seien und auch in einschlägigen Fachkreisen Zustimmung erfahren haben.

Das **SG** wies die Klage ab.

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 162/08–

RID 09-02-140

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 45/09 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Eine zulassungsüberschreitende Anwendung von Medikinet® retard, das nur über eine Zulassung zur Behandlung von ADHS bei Kindern ab dem sechsten Lebensjahr und bei Jugendlichen verfügt, kommt, auch wenn es sich bei der ADHS, wenn damit eine erhebliche Auto- und Fremdaggression und starke Konzentrationsdefizite verbunden sind, um eine die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Krankheit handelt, nicht in Betracht, weil es an der erforderlichen Erfolgsaussicht fehlt. Die verfassungskonforme Auslegung setzt u.a. voraus, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vorliegt (vgl. BSG USK 2007-25; BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 7), was bei der ADHS nicht der Fall ist.

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 18.09.2008 - S 8 KR 264/07- verurteilte d. Bekl., die Versorgung des Kl. mit dem ärztlich verordneten Arzneimittel Medikinet® retard (Wirkstoff: Methylphenidat) sicherzustellen und die in der Vergangenheit aufgewandten Kosten unter Berücksichtigung der Zuzahlungsregelungen zu übernehmen; das **LSG** wies die Klage ab.

## 3. ÜBERNAHMEPFLICHT FÜR DIE BEHANDLUNG MIT TRASTUZUMAB - HERCEPTIN

**SG Würzburg**, Beschl. v. 13.05.2008 – S 4 KR 117/07 ER –

RID 09-02-141

NZS 2009, 162

SGB V §§ 27 I, 31

Bei einem Sachverhalt, der weiterer medizinischer Sachaufklärung bedarf und insgesamt als komplizierte Sach- und Rechtslage einzuordnen ist, muss auch im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes eine umfassende **Folgenabwägung** erfolgen, welche die verfassungsrechtlich geschützten Belange der betroffenen Versicherten ausreichend berücksichtigt. So darf eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht allein wegen der fehlenden Zulassung eines Arzneimittels für diesen Anwendungszweck verneint werden, wenn ausnahmsweise weitere bedeutsame Kriterien erfüllt sind und hiermit die Bedeutung für die Rechtsgüter der Antragstellerin ersichtlich werden.

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

Zu Herceptin s. zuletzt RID 07-03-B V 1 b; 07-02-B V 1 b.

#### 4. INTRAVENÖSE IMMUNGLOBULINGABE BEI POLYRADIKULONEUROPATHIE

*SG Hamburg, Beschl. v. 02.02.2009 – S 34 KR 17/09 ER –*

RID 09-02-142

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

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I, 31; SGG § 86b II

Droht ohne die zulassungsüberschreitende Anwendung (sog. Off-Label-Use) für die intravenöse Immunglobulingabe (ivIG) mit Kiovig bei einer chronisch-inflammatorischen demyelinisierenden Polyradikuloneuropathie (CIDP) der unmittelbare und irreversible **Verlust wesentlicher und zentraler Körperfunktionen** (rasch zunehmende Lähmung der Extremitäten mit daraus resultierender Gangstörung bis hin zu einer rasch einsetzenden Immobilität), so ist es gerechtfertigt, die Erkrankung mit einer regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung gleichzustellen und sind die Kosten weiterhin von der Krankenkasse zu tragen.

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

#### VI. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 20.11.2008 – *B 3 KN 4/07 KR 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. BVERFG: PFLICHT ZUR DURCHSETZUNG DER MENSCHENWÜRDE/AMT SERMITTLUNGSGRUNDSATZ

*BVerfG, 1 Sen. 2. Ka., Beschl. v. 25.02.2009 – 1 BvR 120/09 –*

RID 09-02-143

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

Auf Verfassungsbeschwerde wird *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 05.12.2008 – L 11 B 23/08 KR ER – RID 09-02-144 aufgehoben.

Die **Gerichte** müssen sich schützend und fördernd vor die **Grundrechte des Einzelnen** stellen. Dies gilt ganz besonders, wenn es um die Wahrung der **Würde des Menschen** geht. Eine Verletzung dieser grundgesetzlichen Gewährleistung, auch wenn sie nur möglich erscheint oder nur zeitweilig andauert, haben die Gerichte zu verhindern (vgl. BVerfGK 5, 237 <242 f.>).

Aus Art. 1 I GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip folgt ein Anspruch auf die **Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein** (vgl. BVerfGE 82, 60 <80>). Die Fürsorge für Menschen, die vor allem im Alter zu den gewöhnlichen Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens aufgrund von Krankheit und Behinderung nicht in der Lage sind, gehört zu den sozialen Aufgaben der staatlichen Gemeinschaft; dem Staat ist die Würde des Menschen in einer solchen Situation der Hilfebedürftigkeit besonders anvertraut (vgl. BVerfGE 103, 197 <221> unter Hinweis auf Art. 1 I GG). Aus Art. 1 I GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip folgt die **Pflicht auch der Rechtsprechung**, diese Grundsätze bei der Anwendung des einfachen Rechts zu berücksichtigen (vgl. bereits BVerfGE 1, 97 <105>).

Bei einer unter amyotropher Lateralsklerose leidenden Versicherten mit **völligem Verlust der eigenen Mobilität**, die während der Abwesenheit ihres Ehemannes im häuslichen Umfeld an den Platz gebunden ist, wo sie "abgestellt" wird, ist der Zwang zum Verharren in einer Situation der Hilflosigkeit eine schwerwiegende Einschränkung, die ihre Persönlichkeitsrechte berührt. In diesem Fall kann eine einstweilige Anordnung nicht mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit näherer **Sachverhaltsfeststellungen** zur Frage möglicher Gefahren durch den Betrieb eines Elektrorollstuhls abgelehnt werden.

Eine **Vorwegnahme der Hauptsache** kann bei drohenden schweren und unzumutbaren Nachteilen durchaus geboten sein. Die Versorgung im Rahmen einer einstweiligen Anordnung mit einem Elektrorollstuhl ist, auch wenn dieser speziell für die Versicherte hergerichtet werden muss, nur eine

vorläufige und keine endgültige Regelung. Denn die Wirkungen einer derartigen einstweiligen Anordnung können nachträglich für die Vergangenheit korrigiert werden.

Den **Fachgerichten** obliegt, wenn sie ihre Entscheidung nicht allein auf der Grundlage der tatsächlichen Angaben der Beschwerdeführerin treffen wollen, die **Pflicht zur weiteren Aufklärung** des Sachverhalts. Auch im Verfahren der einstweiligen Anordnung gilt der Amtsermittlungsgrundsatz, was die Möglichkeit einer **Beweiserhebung** einschließt.

## 2. ELEKTOROLLSTUHL MIT MUNDSTEUERUNG UND NACH HINTEN GENEIGTER SITZPOSITION

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.12.2008 – L 11 B 23/08 KR ER –*

RID 09-02-144

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V § 33

Die Fortbewegungsfähigkeit einer Versicherten ist durch die Versorgung sowohl mit einem **Schieberollstuhl** als auch mit einem **Multifunktionsrollstuhl** sichergestellt. Auf Versorgung mit einem Elektrorollstuhl mit Mundsteuerung und nach hinten geneigter Sitzposition besteht dann kein Anspruch.

Selbst wenn man allein die **Fortbewegungsfähigkeit in der Wohnung** als Grundbedürfnis des täglichen Lebens ansehen würde, weil sich angesichts der Schwere der Erkrankung der Bewegungsradius auf diesen Bereich beschränkt hat, ist hiermit nur ein Teilbereich des täglichen Lebens betroffen, vergleichbar mit Hilfsmitteln, die ausschließlich eingesetzt werden, um eine berufliche Tätigkeit auszuüben.

*SG Duisburg*, Beschl. v. 10.09.2008 - S 11 KR 147/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück. *BVerfG*, 1 Sen. 2. Ka., Beschl. v. 25.02.2009 – 1 BvR 120/09 – RID 09-02-143 verwies die Sache zurück an das SG.

## 3. ROLLFIETS OHNE ELEKTROANTRIEB FÜR KIND

*LSG Bayern, Urt. v. 09.10.2008 – L 4 KR 466/07 –*

RID 09-02-145

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 27 I, 33 I

Bei einer **Rollstuhl-Fahrradkombination** handelt es sich nicht um ein Hilfsmittel, auf das gemäß § 33 I 1 SGB V ein Anspruch besteht. Die sozialen Kontaktmöglichkeiten können durch eine Rollstuhl-Fahrradkombination ohne Zusatzantrieb nicht erweitert werden. Ist ein versichertes Kind nicht in der Lage, sich mit Hilfe eines Rollfiets allein, d.h. ohne Unterstützung seiner Eltern oder anderer Erwachsener, fortzubewegen, so ist das Grundbedürfnis, ohne Kontrolle von Erwachsenen in den Bereich gleichaltriger Kinder integriert zu werden, damit nicht erreichbar.

*SG Würzburg*, Urt. v. 23.10.2007 – S 4 KR 517/06 – RID 07-04-118 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## 4. SPORTROLLSTUHL

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.11.2008 – L 11 KR 56/07 –*

RID 09-02-146

rechtskräftig [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 12 I, 27 I 2 Nr. 3

Die sportliche Betätigung im allgemeinen und die Ausübung von Rollstuhl-Basketball im besonderen stellen keine von der GKV durch die Gewährung von Hilfsmitteln zu befriedigende Grundbedürfnisse dar (*LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 22.06.2006 – L 5 KR 16/06 – RID 06-03-135, nachfolgend *BSG*, Beschl. v. 08.11.2006 - B 3 KR 17/06 B - Sportrollstuhl für Rollstuhl-Rugby – u. v. 08.05.2008 - L 5 <16> KR 174/07 - Sportrollstuhl für Rollstuhl-Hockey). Die Ausübung bestimmter Sportarten gehört keinesfalls zu den Grundbedürfnissen, die im Rahmen der GKV zu befriedigen sind. Dies würde über die Gewährung eines Basisausgleichs weit hinausgehen (vgl. *LSG NRW*, Urt. v. 08.05.2008, aaO.).

*SG Münster*, Urt. v. 19.04.2007 - S 11 KR 168/03 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## 5. KEINE VERSORGUNG MIT EINEM ZWEITEN ROLLSTUHL

SGB V § 33 I

*LSG Bayern, Urt. v. 27.11.2008 – L 4 KR 455/07 –*

RID 09-02-147

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

Die Versorgung mit einem zweiten Rollstuhl ist nicht notwendig, weder aus **hygienischen Gründen** noch für den Fall von **Reparaturen** am vorhandenen Rollstuhl als Reserve, soweit bei Reparaturen ein Ersatzrollstuhl zur Verfügung gestellt wird.

*SG Regensburg*, Urt. v. 18.10.2007 - S 2 KR 81/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

*LSG Bayern, Urt. v. 22.01.2009 – L 4 KR 289/07 –*

RID 09-02-148

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

Die Versorgung mit einem zweiten Rollstuhl ist nicht notwendig.

*SG Nürnberg*, Urt. v. 23.04.2007 - S 11 KR 246/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 6. SCALAMOBIL (TREPPENSTEIGHILFE)

*LSG Hessen, Urt. v. 03.03.2009 – L 1 KR 39/08 –*

RID 09-02-149

rechtskräftig

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

SGB V § 33

Ein **Treppensteigergerät** ist ein **Hilfsmittel** i.S.v. § 33 I SGB V (Ziff. 18.65.011 u. 18.65.01.2 HilfsmittelRL). Es ermöglicht einem Versicherten, Treppen zu überwinden und damit die Unfähigkeit zu gehen auszugleichen (vgl. BSG, Urt. v. 22.05.1984 – 8 RK 27/83 - NZA 1986, 198 - Treppenraupe).

Ein Treppensteigergerät ist nicht notwendig, wenn eine **Versorgung mit einem Rollstuhl** besteht. Das Erreichen von Ärzten und Therapeuten, deren Praxen nicht barrierefrei zu erreichen sind, kann durch einen **Fahrdienst** gewährleistet werden, der die Versicherte sowie den Rollstuhl die Treppen herauf und herunter trägt. Die Inanspruchnahme des Fahrdienstes ist auch kostengünstiger als die Anschaffung eines Scalamobils, jedenfalls wenn von einem Bedarf von maximal 4 Arztbesuchen im Jahr auszugehen ist. Ein Scalamobil kostet 5.400 € (ein gebrauchtes Gerät ca. 3.600 €). Die Kosten für einen Fahrdienst liegen für maximal 4 Fahrten jährlich unter 100 €.

Ist der Einsatz eines Hilfsmittels jedoch nur selten zur Befriedigung eines Grundbedürfnisses erforderlich und kann das Grundbedürfnis auch auf erheblich kostengünstigere Art und Weise befriedigt werden, so ist die Kostenübernahme für das Hilfsmittel **unwirtschaftlich** und kann nicht beansprucht werden (vgl. BSG, Beschl. v. 11.01.2006 - B 3 KR 44/05 B – juris).

Aus dem Grundrecht auf **Religionsfreiheit** folgt kein Anspruch gegenüber der GKV auf Versorgung mit Hilfsmitteln zur Überwindung von Treppenstufen, um so den Besuch von kirchlichen Einrichtungen bzw. religiösen Veranstaltungen zu erleichtern.

*SG Gießen*, Urt. v. 31.10.2007 - S 9 KR 25/07 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## 7. ORTHOPÄDISCHE TURNSCHUHE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.11.2008 – L 11 KR 58/07 –*

RID 09-02-150

rechtskräftig

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

SGB V § 33 I

Die überwiegend **sportliche Betätigung im Freizeitbereich** (hier: Tai Chi, Qi Gong u. Tanzsport) wird vom Begriff des vitalen Lebensbedürfnisses bzw. des allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens nicht erfasst (vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nrn. 5, 27, 31; BSG SozR 3-2500 § 182b Nrn. 12, 30, 34, 37; BSG SozR 4-2500 § 33 Nr. 2; BSG, Beschl. v. 08.11.2006 - B 3 KR 17/06 B -). Sie stellt im Besonderen kein von der GKV durch die Gewährung von Hilfsmitteln zu befriedigendes Grundbedürfnis dar. Von daher besteht kein Anspruch auf Versorgung mit orthopädischen Turnschuhen. Auch können andere Sportarten ausgeübt werden.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 14.06.2007 – S 8 KR 158/06 – RID 07-03-148 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## 8. COCHLEAR-IMPLANTAT: KEIN VERWEIS AUF KLINIK DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG

*LSG Bayern, Urt. v. 10.04.2008 – L 4 KR 358/07 –*

RID 09-02-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 33 I, 39, 140 II

Nicht nur Hören, sondern **beidseitiges Hören** zählt zu den Grundbedürfnissen (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 08.12.2005 – L 4 KR 6/05 – RID 06-02-130).

Ein Versicherter ist nicht verpflichtet, das Angebot einer Krankenkasse anzunehmen, die Operation (hier: 2. Cochlear-Implantat) an einer **Klinik, mit der die Krankenkasse einen Vertrag über integrierte Versorgung** gemäß § 140a SGB V geschlossen hat, durchzuführen. Nach § 140a II 1 SGB V ist die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen freiwillig.

*SG Augsburg*, Urt. v. 26.06.2007 – S 12 KR 195/06 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück; *BSG*, Beschl. v. 02.12.2008 - 3 KR 36/08 B – BeckRS wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

## 9. OPTISCHE TÜRKLINGELN ALS ALLGEMEINE GEBRAUCHSGEGENSTÄNDE

*LSG Bayern, Urt. v. 09.12.2008 – L 5 KR 36/08 –*

RID 09-02-152

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 33

**Funktürklingeln mit optischen Signalgebern** sind den allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens zuzuordnen. Sie sind weder allein dazu entwickelt noch dienen sie im Gebrauch allein dazu, Hörgeschädigten durch akustische Signale mitzuteilen, dass jemand an der Tür Einlass begehrt.

*SG München*, Urt. v. 28.09.2007 - S 44 KR 1205/05 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## 10. BRAILLE-ZEILE BEI VERSORGUNG MIT EINEM TEXTVORLESESYSTEM

*SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.06.2006 – S 30 KR 2748/04 –*

RID 09-02-153

(rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 33

Eine Braille-Zeile ist zur Wahrnehmung des Grundbedürfnisses nach schriftlicher Kommunikation erforderlich, auch wenn bereits eine Versorgung mit einem Textvorlesesystem besteht.

Das *SG* gab der Klage statt.

## 11. VIDEOTEXT-VORLESEMODUL

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.07.2008 – L 11 KR 2825/04 –*

RID 09-02-154

juris  
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 33 I 1; SGB IX § 31 I Nr. 3; GG Art. 3 III

Ein **Videotext-Vorlesemodul** ist **kein zum Behinderungsausgleich "notwendiges" Hilfsmittel**, weil die über Videotext zur Verfügung gestellten Informationen ohne weiteres auch durch andere Informationsquellen wie Radio, Fernsehen und Vorlesedienst für Behinderte erhältlich sind und die Versicherte durch die auf neuestem technischen Stand befindlichen Vorlesesysteme und die Braille-Zeile ausreichend in ihrem Kommunikationsbedürfnis ausgestattet ist. Ein über die Befriedigung von Grundbedürfnissen hinausgehender Behinderungsausgleich ist als Leistung der GKV nicht vorgesehen.

*SG Stuttgart*, Urt. v. 22.03.2004 - S 8 KR 5923/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## VII. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Zur Rspr. des BSG s. zuletzt RID 06-04-B VII (S. 64).  
S.a. BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 10.03.2008 – 1 BvR 2925/07 – RID 09-01-166.

### 1. ANLEGEN VON KOMPRESSIONSVERBÄNDEN IN BEHINDERTENEINRICHTUNG ALS EINGLIEDERUNGSHILFE

**SG Hamburg, Beschl. v. 03.02.2009 – S 48 KR 1330/08 ER –**

**RID 09-02-155**

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

SGB V §§ 37, 92; SGB X §§ 53, 54; SGG § 86b II

Die **Leistungen der Eingliederungshilfe** für behinderte Menschen umfassen, sofern sie in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a SGB XI erbracht werden, auch die **Pflegeleistungen in der Einrichtung**. Die Behandlungspflege ist als eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft i.S.v. § 55 I SGB IX zu qualifizieren.

Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und verpflichtete die Beigel. vorläufig, die Kosten der häuslichen Krankenpflege der Ast. im Rahmen der vertragsärztlichen Verordnung ab dem 05.12.2008 bis längstens zum 31.03.2009 zu übernehmen.

### 2. KEIN ANORDNUNGSGRUND BEI FEHLENDER ANDROHUNG DER KÜNDIGUNG EINES PFLEGEVERTRAGS

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 16.03.2009 – L 16 B 74/08 KR ER –**

**RID 09-02-156**

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

SGB V §§

Ein Anordnungsgrund ist nicht glaubhaft gemacht, wenn nicht dargelegt wird, dass zum nächstmöglichen Fälligkeitstermin mit der Kündigung des zwischen der Versicherten und dem Pflegedienst geschlossenen Dienstvertrages und einer Leistungseinstellung zu rechnen sei und wenn außerdem weder vorgetragen, geschweige denn glaubhaft gemacht wird, dass ihr die **Kündigung** des Dienstvertrages vom Betreiber des Pflegedienstes **ernsthaft angedroht** worden sei (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 18.12.2008 - L 5 B 85/08 KR ER u. L 5 B 86/08 KR ER -).

Gegen einen **Anordnungsgrund** spricht auch, dass während des gesamten Verfahrens die konkreten finanziellen Verhältnisse der Ast. nicht dargelegt wurden.

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 01.09.2008 - S 8 KR 188/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

### 3. HAUSHALTSHILFE NACH ENTBINDUNG

**LSG Bayern, Urt. v. 27.01.2009 – L 5 KR 322/07 –**

**RID 09-02-157**

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

SGB V §§ RVO § 199

Eine **Haushaltshilfe nach Entbindung** muss aus **medizinischen Gründen** erforderlich sein. Belegt die nähere medizinische Dokumentation nicht eine verzögerte Rekonvaleszenz oder andere wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, so fehlt es am Nachweis einer notwendigen medizinischen Erforderlichkeit. Die Folgen der Nichterweislichkeit gehen nach den Verfahrensregeln zu Lasten einer Versicherten.

**SG Augsburg**, Urt. v. 13.06.2007 - S 12 KR 303/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Rehabilitation

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. KEINE BEFREIUNG VON JEGLICHEN ZUZAHLUNGEN

*LSG Hessen, Beschl. v. 18.03.2009 – L 8 KR 52/09 B ER –*

RID 09-02-158

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 62

Auf der Grundlage des § 62 SGB V ergibt sich **kein Anspruch auf vollständige Befreiung** von jeglichen Zuzahlungen. § 62 I u. II SGB V stellen bei der Ermittlung der Belastung ausdrücklich auf die "**Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt**" ab. Diese gesetzliche Regelung ist bisher in der Rspr. als unbedenklich erachtet worden (vgl. BSG, Urt. v. 22.4.2008 – B 1 KR 18/07 R – m.w.N.).

*SG Frankfurt*, Beschl. v. 18.02.2009 - S 18 KR 12/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

### 2. FAHRKOSTEN MIT DEM TAXI ZU AMBULANTEN BEHANDLUNGEN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.02.2009 – L 16 B 1/09 KR ER –*

RID 09-02-159

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 60 I 3, 92 I 2 Nr. 12; SGG § 86b II; Krankentransport-RL §§ 3 III, 8

Fraglich ist, ob einem Anspruch auf **Übernahme der Fahrkosten** zu monatlich ein bis zwei ambulanten Behandlungen nicht bereits die fehlende hohe **Behandlungsfrequenz** entgegensteht. Denn die **Krankentransport-RL** fordern in § 8 II 1 i.V.m. der Anlage 2 eine Behandlungsfrequenz von mehr als einmal wöchentlich, wobei das BSG eine einmal wöchentlich notwendige Behandlung als ausreichend ansieht, wenn wegen der Erkrankung der Versicherten auf unabsehbare Dauer mit einer entsprechend langfristigen, eventuell jahrelangen Transportnotwendigkeit zu rechnen ist (vgl. BSG, Urt. v. 28.07.2008 - B 1 KR 27/07 R -). Gemäß § 3 III Krankentransport-RL ist die Kostenübernahme auf Fahrten zu der **nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit** beschränkt.

*SG Köln*, Beschl. v. 12.12.2008 - S 5 KR 563/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

### 3. REHABILITATION

#### A) KEIN ÜBERPRÜFUNGSANTRAG (§ 44 SGB X) FÜR ABGELEHNTE REHABILITATIONSLEISTUNGEN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.11.2008 – L 16 KR 117/08 –*

RID 09-02-160

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 2 II, 11 II, 27 I Nr. 6, 40 und 41; SGB X § 44 I

§ 44 I 1 SGB X ist nicht anwendbar, wenn der **Überprüfungsantrag** keine Wirkungen mehr hat, die durch Aufhebung und Ersetzung dieser Verwaltungsakte beseitigt werden kann. Dies ist **bei ablehnenden Entscheidungen über Rehabilitationsleistungen** der Fall. Eine in der Vergangenheit streitige Sachleistung auf medizinische Rehabilitation (§§ 2 II, 11 II, 27 I Nr. 6, 40 und 41 SGB V i.V.m. §§ 7 und 26 SGB IX) kann heute so nicht mehr nachgeholt werden. Effektiver Rechtsschutz (Art 19 IV 1 GG) wird in diesen Fällen ausschließlich durch die Möglichkeit eines **Neuantrags** gewährt.

*SG Köln*, Gerichtsbb. v. 17.06.2008 - S 9 KR 34/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### B) KEINE KOSTENERSTATTUNG DES VERSORGUNGSTRÄGERS GEGEN KRANKENKASSE FÜR BADEKUR

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.02.2009 – L 1 KR 231/08 –*

RID 09-02-161

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
BVG §§ 12 III, 18 V, 18c V 2

**Badekuren für Pflegepersonen** stellen keinen abgeleiteten Anspruch aus dem Anspruch des Versorgungsempfängers dar, sondern sollen einen eigenen Anspruch für Pflegepersonen begründen. Insofern wird der Unterschied zwischen **Berechtigten** und **Leistungsempfängern** "nicht außer Kraft gesetzt", sondern es findet an dieser Stelle insoweit eine Modifizierung statt. Ein Versorgungsträger kann daher keine Kostenerstattung für die Bewilligung einer einer Pflegeperson gewährten Badekur gegen die Krankenkasse beanspruchen.

*SG Berlin*, Gerichtsbb. v. 28.05.2008 - S 36 KR 1242/07 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen

Nach BSG, Urt. v. 03.03.2009 - **B 1 KR 7/08 R** – kann nach einer Nettopreisabrede einer Rahmenvereinbarung für die Vergütung die **Umsatzsteuer** maßgeblich sein, wie sie durch die Finanzverwaltung für **enterale Nahrung** konkretisiert wird. 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** – SozR 4-2500 § 109 Nr. 13 - 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** – SozR 4-2500 § 109 Nr. 14 - 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 Sachverhalts unternehmen.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 08-04 B VIII.1 (S. 42); 07-04-B IX 1 (S. 52).

### A) VERGABEVERFAHREN: SOZIALGERICHTSWEG/WETTBEWERBSBESCHRÄNKENDE ABREDE

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 06.03.2009 – L 9 KR 72/09 ER –**

**RID 09-02-162**

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

SGB V §§ 69 II, 73c; GWB §§ 98 Nr. 2, 99 I

In Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern, die Rechtsbeziehungen nach § 69 SGB V betreffen, entscheidet ausschließlich das für den Sitz der Vergabekammer zuständige **LSG** (§ 29 V 1 SGG). Dabei sind § 115 II 2 bis 5, § 116 I u. II, die §§ 117 bis 123 sowie die §§ 125 und 126 GWB entsprechend anzuwenden (§ 142a I SGG). Zum Fachgebiet der **Krankenversicherung** gehören Vergabestreitigkeiten auf der Grundlage der §§ 69, 73c SGB V, wie das Präsidium des LSG klarstellend entschieden hat.

§ 69 II 1 SGB V i.d.F. des Art. 1 Nr. 1e Buchst. b GKV-OrgWG soll die Zweifel daran beseitigen, ob die Vorschriften, die die Pflicht zur Ausschreibung öffentlicher Aufträge und die konkrete Ausgestaltung dieser Verpflichtung regeln, auch auf **Versorgungsverträge der Krankenkassen** anzuwenden sind; damit sollen Verträge von gesetzlichen Krankenkassen mit Leistungserbringern den §§ 97 ff. GWB unterfallen mit der Konsequenz, dass unterlegene Bieter spezifischen Rechtsschutz vor den Vergabekammern und sodann bei den Landessozialgerichten finden.

Das Angebot einer Bieterin wird zu Recht von der Wertung ausgeschlossen, wenn diese im Zusammenwirken mit einer konkurrierenden Bieterin gegen das Gebot des geheimen Wettbewerbs zwischen den an einer Ausschreibung teilnehmenden Bieterinnen verstoßen hat. Angebote von Bieterinnen, die eine unzulässige **wettbewerbsbeschränkende Abrede** getroffen haben, sind auszuschließen. Ein Nachprüfungsantrag ist deshalb offensichtlich unzulässig bzw. unbegründet.

Ende Oktober 2008 unternahm die Ag. eine **Ausschreibung "für eine besondere ambulante augenärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V für ausgewählte, operationsbedürftige Augenerkrankungen"** mit dem Ziel der Vergabe eines Vertrages. Die Ausschreibung erfolgte nach **vier regionalen** und **zwei fachlichen Losen**. Das Regionallos 3 umfasste die "Neukreise" Havelland, Brandenburg a.d.H., Potsdam, Potsdam-Mittelmark und Teltow-Fläming; die beiden fachlichen Lose bestanden in ambulanten Katarakt-Operationen sowie ambulanten Glaskörper- und netzhautchirurgischen Eingriffen. Am 04.12.2008 unterbreitete die Ast. ein auf das Regionallos

3 und beide genannten Fachlose bezogenes Angebot. Zum Eröffnungstermin am 08.12.2008 lag neben fünf weiteren Angeboten anderer Bieter und dem **Angebot der Ast.** auch ein **Angebot der Poliklinik EGmbH (E Poliklinik)** vor, das sich ebenfalls auf das Regionallos 3 und beide Fachlose bezog. Die E Poliklinik ist eine **100prozentige Tochter der Ast.** Die Angebote der Ast. und der E Poliklinik waren mit **gleich lautenden Anschreiben** versehen. Das Anschreiben zum Angebot der Ast. war unterschrieben von ihrem Geschäftsführer G und ihrem Verwaltungsdirektor K; das Anschreiben zum Angebot der E Poliklinik war unterschrieben vom dortigen Geschäftsführer K und vom kaufmännischen Leiter S. Die Angebote selbst wiesen keine weitere Unterschrift auf. Die Ag. teilte der Ast. mit, ihr Konzept von vornherein nicht berücksichtigen zu können, weil diese gegen das Prinzip des Geheimwettbewerbs zwischen den teilnehmenden Bewerbern verstoßen habe. **Vergabekammer des Landes Brandenburg**, Beschl. v. 09.02.2009 wies den Nachprüfungsantrag ohne mündliche Verhandlung zurück. Das **LSG** wies den Antrag der Ast., die aufschiebende Wirkung ihrer sofortigen Beschwerde bis zur Entscheidung über die Beschwerde zu verlängern, zurück.

## **B) BEGRENZTE SACHAUFLÄRUNG BEI WEIGERUNG DER VERSICHERTEN ZUR BEZIEHUNG DER PATIENTENAKTE**

**SG Augsburg, Urt. v. 29.10.2008 – S 12 KR 181/07 –**

**RID 09-02-163**

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

SGB V §§ 39, 109 IV 3, 276 II; 301; SGG § 106 III Nr. 2; SGB I § 35; BayDSG §§ 15, 18 II 2; StGB § 203

Da sowohl der Gesetzgeber als auch Krankenkassen und Bayer. Krankenhausgesellschaft die Zuständigkeit des MDK zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer stationären Krankenhausbehandlung festgelegt haben, sieht das Gericht keinen Anlass, an der **Kompetenz der MDK-Gutachter** und der Richtigkeit und Unabhängigkeit ihrer Beurteilung zu zweifeln.

Zwar ist – auch zugunsten des klagenden Krankenhauses – eine volle Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung durch das Gericht möglich. Eine weitere **Sachaufklärung** ist jedoch aus **datenschutzrechtlichen Gründen** nicht zulässig, wenn die **Versicherte** der Beziehung und Verwertung ihrer Patientenakte ausdrücklich widerspricht, denn die Beachtung des Rechts der Versicherten auf Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht verbietet die Beziehung der Patientenakte und deren Verwertung durch Einschaltung eines gerichtlich bestellten Sachverständigen.

Das Krankenhaus kann **keine Zahlung** beanspruchen, wenn sich mit den zu Gebote stehenden Ermittlungsmöglichkeiten nicht nachweisen lässt, dass der stationäre Krankenhausaufenthalt der Versicherten **erforderlich** war.

Das **SG** wies die Klage ab.

## **C) ZAHLUNG DER AUFWANDSPAUSCHALE (§ 275 Ic 3 SGB V) NACH VERWEILDAUERPRÜFUNG**

**SG Kassel, Urt. v. 18.02.2009 – S 12 KR 126/08 –**

**RID 09-02-164**

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

SGB V §§ 27, 39, 275 I Nr. 1, Ic, 276

Auch jede **Verweildauerprüfung** unter Einschaltung des Krankenhauses, die diese Notwendigkeit vollauf bestätigt und im Ergebnis - entweder unmittelbar oder auch nach späterer Rechnungslegung - zum vollständigen Ausgleich der hieraus resultierenden Vergütungsforderung des Krankenhauses führt, bringt nach § 275 Ic 3 SGB V die Verpflichtung zur Zahlung der Aufwandspauschale in Höhe von 100,00 EUR mit sich, also unabhängig davon, ob im Zeitpunkt der Prüfung bereits eine Abrechnung vorlag oder nicht.

Das **SG** gab der Klage statt.

## **D) AUFWANDSPAUSCHALE NUR FÜR STATIONÄRE BEHANDLUNGEN AB DEM 01.04.2007**

**SG Koblenz, Urt. v. 24.09.2008 – S 6 KR 328/07 –**

**RID 09-02-165**

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

SGB V § 275 Ic; GKV-WSG Art. 46 I

**Leitsatz:** § 275 Abs. 1 c SGB V ist nur anwendbar auf stationäre Behandlungen, die ab dem 01.04.2007 begonnen haben.

Das **SG** wies die Klage ab.

## E) VERZUGSZINSEN FÜR ZAHLUNGSANSPRUCH EINER KRANKENKASSE WEGEN ÜBERHÖHTER KRANKENHAUSVERGÜTUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.01.2009 – L 16 KR 242/06 –*

RID 09-02-166

*Revision anhängig: B 3 KR 4/09 R*

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

SGB V §§ 69, 70, 112 II Nr. 1; SGB X §§ 53, 61 S. 2; BGB §§ 286, 288 II

Die **SE 15.03** - operative "Ovarektomie und/oder Salpingektomie einseitig" – ist nicht neben dem höherwertigen SE 11.01 "Retroperitoneale Lymphektomie" gesondert abrechenbar.

Eine Krankenkasse ist berechtigt, von einem Krankenhaus **Verzugszinsen** auf einen Zahlungsanspruch wegen überhöhter Krankenhausvergütung zu verlangen (vgl. BSG, Urt. v. 19.04.2007 - B 6 KA 16/06 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 14 = GesR 2007, 581 = USK 2007-47; ähnl. BSG SozR 4-2500 § 69 Nr. 3).

§ 15 des **Sicherstellungsvertrages** nach § 112 II Nr. 1 SGB V in Nordrhein-Westfalen ist im Rahmen einer **ergänzenden Vertragsauslegung** dahingehend auszulegen, dass jeglicher Verzugszinsanspruch zwischen den Beteiligten auf einen Zins in Höhe von (nur) zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz beschränkt ist. § 288 II BGB mit dem Rückgriff auf eine Verzinsung in Höhe von acht Prozentpunkten über dem Basiszinssatz soll gerade nicht angewandt werden, sondern nur §§ 284, 285, 288 I BGB. Dies verdeutlicht den Willen der Beteiligten, einen Zinsanspruch auf ein moderates Maß zu beschränken.

*SG Köln*, Urt. v. 09.12.2003 - S 26 KR 260/02 – wies die Klage der Krankenkasse ab, das *LSG* verurteilte das bekl. Krankenhaus, zu Unrecht geleistete Vergütung im Behandlungsfall M N in Höhe von 955,39 EUR an die Kl. zurück zu zahlen, zuzüglich Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank, und wies im Übrigen die Klage (auf höhere Zinsen) ab.

**Parallelverfahren** bzgl. des Zinsanspruchs:

*SG Duisburg*, Urt. v. 27.06.2008 - S 9 KR 185/07 – gab der Klage der Krankenkasse gegen das Krankenhaus statt, das *LSG* wies die Berufung – abgesehen von der Höhe der Verzugszinsen - zurück.

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.02.2009 – L 16 KR 119/08 –*

RID 09-02-167

*Revision anhängig: B 1 KR 8/09 R*

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

## 2. RABATTVERTRÄGE/FESTBETRAGSFESTSETZUNG

### A) 5 REGIONALLOSE FÜR AOK-BEREICH/LAUER-TAXE

*LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 23.01.2009 – L 11 WB 5971/08 –*

RID 09-02-168

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

SGB V §§ 130a, 169; SGG §§ 29 V, 142a; GWB §§ 19, 20, 97, 98, 99; EG Art. 81, 82

**Leitsatz:** 1. Die gesetzlichen Krankenkassen handeln beim Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V nicht als **Unternehmen** i.S. der Art. 81 und 82 des EG-Vertrages.

2. Ein Verstoß gegen die §§ 19, 20 GWB kann im Vergaberechtsverfahren nicht gerügt werden. Die Ausschreibung stellt, sofern sie ohne Rechtsverstoß erfolgt, einen Ausgleich für eine ggf. vorhandene wettbewerbsbeschränkende Nachfragemacht dar und beugt dem Missbrauch vor.

3. Die gemeinsame Ausschreibung und der gemeinsame **Abschluss von Rabattverträgen** nach § 130a Abs. 8 SGB V sind den gesetzlichen Krankenkassen auch nicht durch Vorschriften des SGB V verwehrt.

4. Wenn sich der Auftraggeber entschließt, einen ausgeschriebenen Auftrag in Lose zu teilen, schreiben die Vorschriften des GWB ihm eine **Loslimitierung** für die Auftragsvergabe nicht vor; sie gestatten ihm allenfalls eine Selbstbindung dergestalt, dass er außer der Teilung des Auftrags in Lose von vornherein auch eine Loslimitierung pro Bieter vorgibt (Anschluss an OLG Düsseldorf, Beschl. v. 15.06.2000 - Verg 6/00 - NZBau 2000, 440).

5. Die von den Allgemeinen Ortskrankenkassen (Auftraggeberinnen) vorgenommene Aufteilung des Bundesgebiets in **fünf Regionallose** ist nicht zu beanstanden.

6. Mit der **Bezugnahme auf die sog. Lauer-Taxe**, auf deren Datenbestand sie keinen Einfluss haben, bestimmen die gesetzlichen Krankenkassen auf nachvollziehbare und transparente Weise ihren Beschaffungsbedarf.

7. In der Wahl eines konkreten **Stichtages** (Stand der Lauer-Taxe) ist der Auftraggeber nur insoweit Beschränkungen unterworfen, als es dadurch zu keiner Ungleichbehandlung der Wettbewerber i.S. des

§ 97 Abs. 2 GWB kommen darf, die über diejenigen Härten hinausgeht, die mit jeder Festsetzung eines Stichtages typischerweise verbunden sind.

8. Ein pharmazeutischer Unternehmer hat keinen Anspruch darauf, dass eine Ausschreibung so durchgeführt wird, dass dadurch die von ihm getroffenen **Produktionsentscheidungen möglichst optimal berücksichtigt** werden.

9. **Antragsteller eines Nachprüfungsverfahrens** kann lediglich der (potentielle) Auftragnehmer sein. Demgemäß kann einen Nachprüfungsantrag nur derjenige stellen, der darlegt, er habe oder hätte sich bei ordnungsgemäßer Vergabe um den fraglichen Auftrag beworben (Anschluss an OLG Düsseldorf, Beschl. v. 14.05.2008 - VII-Verg 27/08 - juris).

10. Nach § 107 Abs. 3 Satz 1 GWB ist der Nachprüfungsantrag unzulässig, soweit der Antragsteller den gerügten **Verstoß gegen Vergabevorschriften** bereits im Vergabeverfahren erkannt und gegenüber dem Auftraggeber nicht **unverzüglich gerügt** hat. Dabei muss eine Kenntnis des Antragstellers nachgewiesen sein (Anschluss an OLG Frankfurt, Beschl. v. 10.07.2007 - 11 Verg 5/07 - juris).

11. Die Notwendigkeit einer **Beiladung** zum Beschwerdeverfahren beurteilt sich nach den §§ 119, 109 GWB, nicht nach § 75 SGG.

12. Die **sofortige Beschwerde** nach § 116 GWB ist keine Klage, sondern ein Rechtsbehelf eigener Art. Die Zulässigkeit einer **Rücknahme** der sofortigen Beschwerde beurteilt sich nach § 269 Abs. 1 ZPO, der über § 202 SGG Anwendung findet. Dies bedeutet, dass die sofortige Beschwerde nach dem Beginn der mündlichen Verhandlung wirksam nur noch mit Zustimmung des Beschwerdegegners zurückgenommen werden kann.

*Vergabekammer Karlsruhe*, Beschl. v. 27.11.2008 - 1 V 52/08 -, wies den Nachprüfungsantrag des Generikaherstellers teils als unzulässig, teils als unbegründet zurück; das **LSG** wies die sofortige Beschwerde zurück.

## B) KRITERIEN EINER INTERESSENABWÄGUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.02.2009 – L 21 KR 16/09 SFB –*

RID 09-02-169

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

SGB V §§ 69, ; GWB § 115, 117

Ausgangspunkt aller im Zusammenhang mit der vorzunehmenden **Interessenabwägung** anzustellenden Überlegungen muss sein, dass nach der gesetzgeberischen Grundentscheidung in § 115 I GWB nach Zustellung eines Antrags auf Nachprüfung an den Auftraggeber dieser vor einer Entscheidung der Vergabekammer und dem Ablauf der Beschwerdefrist nach § 117 I GWB den **Zuschlag nicht erteilen darf**. Diese Rechtsfolge stellt somit die Regel, § 115 II 1 GWB demgegenüber den Ausnahmetatbestand dar, dessen Annahme des Vorliegens besonderer Umstände bedarf. Dieses **Regel-Ausnahmeprinzip** erfährt keine Änderung durch die in § 69 II 3 SGB V erwähnte "besondere Berücksichtigung des Versorgungsauftrags der gesetzlichen Krankenkassen" bei der Anwendung der Vorschriften des Vergaberechts.

Demgemäß ist in die Interessenabwägung zunächst das Interesse des Anbieters von Arzneimitteln an einer ordnungsgemäßen Durchführung des Nachprüfungsverfahrens einzustellen, ohne dass durch eine vorzeitige Zuschlagsgestattung **vollendete Tatsachen** geschaffen werden, was dann allenfalls noch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Sekundärrechtsschutz eröffnen würde. Von Seiten der Krankenkassen ist ihr besonderes Interesse an dem **raschen Abschluss des Vergabeverfahrens** zunächst mit dem Umfang der erwarteten Einsparungen aufgrund der Rabattverträge begründet. Erfolgt kurzfristig eine Entscheidung der Vergabekammer im Nachprüfungsverfahren (hier: bis zum 27.02.2009), handelt es sich lediglich um einen Zeitraum von einigen Tagen, der zugewartet werden müsste.

Ein **möglicher hoher Verlust** (hier: 30 Mio. Euro monatlich), der Folge des Ausschreibungsvolumens ist, kann bereits deshalb keine besondere oder gar ausschlaggebende Bedeutung beigemessen werden, da dies anderenfalls das Ergebnis zeitigte, dass in Fällen mit erheblichen finanziellem Umfang und wirtschaftlicher Bedeutung für den Auftraggeber der Grundsatz des § 115 I GWB regelmäßig außer Kraft gesetzt wäre.

Die **Prüfung der Erfolgsaussichten** des Nachprüfungsantrags kann in einem frühen Verfahrensstadium notwendigerweise nur summarisch und vorläufig erfolgen. Es liegt auf der Hand, dass eine solche rechtliche Prüfung es nur in ganz eng begrenzten Ausnahmefällen rechtfertigen kann, zu Lasten eines Beteiligten eine endgültige Regelung zu treffen. Dieser Sachlage entspricht es, dass somit die Gestattung der vorzeitigen Zuschlagserteilung wegen fehlender Erfolgsaussicht nur in

solchen Fällen in Betracht kommen kann, in denen sich die Unzulässigkeit oder Unbegründetheit des Nachprüfungsantrags sofort erschließt (vgl. OLG Celle, Vergabesenat, Beschl. v. 19.08.2003 - 13 Verg 20/03 -).

*Vergabekammer Düsseldorf*, Beschl. v. 04.02.2009 - VK 45/2008-L/Z - gestattete den Ag., die Zuschläge auf die ausgeschriebenen Rabattverträge, soweit diese Rabattverträge nach der Teilrücknahme der Ast. noch Gegenstand des Nachprüfungsverfahrens sind und ohne Berücksichtigung des Wirkstoffes Olanzapin, nach Ablauf von zwei Wochen seit Bekanntgabe dieser Entscheidung zu erteilen; das *LSG* stellte das Zuschlagsverbot wieder her.

### C) ZUSAMMENSCHLUSS VON KRANKENKASSEN ZU EINER "EINKAUFSGEMEINSCHAFT"/LOSLIMITIERUNG/LAUER-TAXE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.03.2009 – L 21 KR 26/09 SFB –*

RID 09-02-170

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

SGB V §§ 69, 130a VIII; GWB §§ 19, 20, 97, 107 II 1; EGV Art. 81, 82

Ein **Zusammenschluss von Krankenkassen** zu einer "Einkaufsgemeinschaft" (AG) kann schon deshalb nicht in einem Vergabeverfahren unter dem Gesichtspunkt des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung gerügt werden, weil dieses Verhalten der AG zeitlich und sachlich vor dem Beginn des Vergabeverfahrens liegt (vgl. OLG Düsseldorf, Beschl. v. 10.04.2002 - Verg-6/02 -).

Der **Abschluss von Rahmenvereinbarungen** stellt für die **Krankenkassen** das einzige Instrument dar, die ihnen gesetzlich eingeräumte Möglichkeit des Abschlusses von Rabattverträgen nach § 130a VIII SGB V praktisch umzusetzen. Die Krankenkassen sind nicht gehalten, den Abschluss derartiger Rahmenverträge - bezogen auf ein Gebiets- und Fachlos - mit mehr als **nur einem pharmazeutischen Unternehmer** vorzusehen. Es kann auf eine **Loslimitierung** - die dem Zweck dient, von vornherein einer größeren Zahl von Bietern Chancen für einen Auftrag zu geben, verzichtet werden. Auch wenn der erkennende Senat in *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 30.01.2009 – L 21 KR 1/08 SFB – RID 09-01-181 ausgeführt hat, dass sich eine Pflicht zur Loslimitierung in bestimmten Konstellationen unter Umständen durchaus als wettbewerbsfördernd darstellen könne, lässt sich aus diesem obiter dictum nicht die Schlussfolgerung ableiten, dass stets eine Pflicht zur Loslimitierung besteht.

Bei einer Ausschreibung kann an die **Lauer-Taxe** zu einem in der Vergangenheit liegenden Stichtag (01.09.2008) angeknüpft werden.

Die Ag. haben den Abschluss von Rabattvereinbarungen gemäß § 130a VIII SGB V in einem EU-weit bekannt gemachten offenen Verfahren für eine Vertragslaufzeit von zwei Jahren ausgeschlossen. Gegenstand der wirkstoffbezogenen Ausschreibung sind nicht patentgeschützte Arzneimittel (Generika) in (jetzt noch) 63 Fachlosen (Wirkstoffe) und 5 Gebietslosen. Das Gebietslos 1 umfasst die AOK Bayern mit etwa 4,1 Millionen Versicherten, das Gebietslos 2 die AOK Rheinland-Hamburg und AOK Westfalen-Lippe (ca. 5 Millionen Versicherte), das Gebietslos 3 die AOK Hessen und AOK Plus (ca. 4,3 Millionen Versicherte), das Gebietslos 4 die AOK Baden-Württemberg, AOK Rheinland-Pfalz und AOK Saarland (ca. 5 Millionen Versicherte) und das Gebietslos 5 die AOK Berlin, AOK Brandenburg, AOK Bremen/Bremerhaven, AOK Mecklenburg-Vorpommern, AOK Niedersachsen, AOK Sachsen-Anhalt und AOK Schleswig-Holstein mit ca. 5,6 Millionen Versicherten. *Vergabekammer des Bundes*, Beschl. v. 23.01.2009 wies den Nachprüfungsantrag ab; das *LSG* wies die sofortige Beschwerde zurück.

**Parallelverfahren:** *Vergabekammer des Bundes*, Beschl. v. 24.02.2009

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.04.2009 – L 21 KR 27/09 SFB –*

RID 09-02-171

*Vergabekammer des Bundes*, Beschl. v. 30.01.2009

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.04.2009 – L 21 KR 35/09 SFB –*

RID 09-02-172

*Vergabekammer des Bundes*, Beschl. v. 16.03.2009

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.04.2009 – L 21 KR 36/09 SFB –*

RID 09-02-173

*Vergabekammer des Bundes*, Beschl. v. 20.03.2009

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.04.2009 – L 21 KR 40/09 SFB –*

RID 09-02-173a

## D) EINSTWEILIGE ANORDNUNG GEGEN FESTBETRAGSFESTSETZUNG (NEBILET): FOLGENABWÄGUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.12.2008 – L 9 B 192/08 KR ER –*

RID 09-02-174

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

SGB V §§ 35 III 1, 217f I; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Es gibt Rechtsstreite, in denen die Rechtmäßigkeit des angegriffenen Verwaltungshandelns de facto nicht im Rahmen eines Eilverfahrens abschließend beurteilt werden kann, weil dies zu Verfahrensverzögerungen (des Eilverfahrens) führen und die Effektivität dieses Verfahrens zugleich geschwächt würde (vgl. BVerfG NVwZ-RR 99, 217). Vielmehr wird in diesen Fällen die Effektivität einstweiligen Rechtsschutzes gerade erst durch den **Verzicht auf eine summarische Prüfung** der Hauptsache und eine Entscheidung allein aufgrund einer Folgenabwägung gewahrt.

Bei der danach vorzunehmenden **Folgenabwägung** sind damit im vorliegenden Fall auf der einen Seite das Interesse der Krankenkassen zu berücksichtigen, die Kosten für Arzneimittel gering zu halten, dem zur Aufrechterhaltung des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung besondere Bedeutung zukommt, sowie auf der anderen Seite das Interesse des Pharmaunternehmens, aus dem Verkauf ihres Produkts einen Gewinn zu erzielen und damit zugleich ihre wirtschaftliche Existenz zu sichern (LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 07.09.2005 - L 7 B 1003/05 KA ER -).

Ist aber die **wirtschaftliche Existenz des Pharmaunternehmens** durch die angegriffene Festbetragsfestsetzung nicht bedroht, muss es bei der gesetzgeberischen Wertung, dass die Klage keine aufschiebende Wirkung hat, bleiben. Die Tatsache, dass das Pharmaunternehmen mit Nebilet derzeit keinen Gewinn erzielen kann, reicht zur Begründung eines für die Folgenabwägung maßgeblichen Interesses nicht aus.

*SG Berlin*, Beschl. v. 26.02.2008 - S 111 KR 139/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## 3. APOTHEKER

### A) KEINE VERGÜTUNG BEI UNMITTELBARER ABGABE VON ARZNEIMITTELN VOM APOTHEKER AN VERTRAGSARZT

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.08.2007 – L 31 KR 91/07 –*

RID 09-02-175

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 23/08 R*

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

SGB V §§ 12 I, 31 I 5, 69, 129 I

Seit der Neufassung des § 69 Satz 3 (jetzt Satz 4) SGB V mit Wirkung zum 01.01.2000 gelten die Vorschriften des **Kaufrechts** in analoger Anwendung bei Verträgen zwischen Krankenkassen und Apothekern, soweit es sich um die Abgabe von vertragsärztlich verordneten Medikamenten an Kassenpatienten handelt, weil seitdem die Rechtsbeziehungen zwischen Apotheken und Krankenkassen ausschließlich öffentlich-rechtlicher Natur sind (vgl. BSGE 94, 213, 215 = SozR 4-5570 § 30 Nr. 1 dort Rn. 9).

**Taxberichtigungen/Retaxierungen** sind grundsätzlich auch dann möglich, wenn sich nachträglich herausstellt, dass es z.B. an einer ordnungsgemäßen ärztlichen Verordnung mangelt, ein Medikament nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst wird oder unter Verstoß gegen die Bestimmungen des ALV abgegeben worden ist (vgl. BSG SozR 4-2500 § 129 Nr. 2 Rn. 30). Entsprechendes gilt bei sonstigen Verstößen gegen die Vorgaben des § 129 SGB V und die sie konkretisierenden Bestimmungen des Rahmenvertrages, so auch bei einer Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots des § 12 SGB V, welches durch § 129 I SGB V eine Konkretisierung in der Arzneimittelversorgung erfahren hat.

Der Apotheker, dem das **Kaufvertragsangebot** der Krankenkasse mit der Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung angetragen wird, nimmt dieses an, indem er dem Versicherten das Arzneimittel aushändigt (BSGE 94, 213, 215 = SozR 4-5570 § 30 Nr. 1 Rn. 11). Damit kommt der Kaufvertrag (§ 433 BGB analog) zwischen Apotheker und Krankenkasse zustande. Der Versicherte ist lediglich begünstigter Dritter (§ 328 BGB analog), er ist aber nicht selbst Vertragspartner und Schuldner des Apothekers, auch soweit er eine Zuzahlung nach § 31 III SGB V entrichtet.

Die **unmittelbare Abgabe von Arzneimitteln** vom Apotheker an den **Vertragsarzt** ist dabei ebenso wenig wie die Auswahl der Apotheke durch den Arzt als Vertreter der Krankenkasse vorgesehen. Es ist das Recht des Versicherten als Vertreter der Kasse die Apotheke auszuwählen. Der Versicherte hat

das unbeschränkte Wahlrecht unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag gilt (so nunmehr klarstellend § 31 I 5 SGB V).

Hat eine **Auswahl durch die Versicherten nicht stattgefunden** (hier: im Jahre 2001 gab der klagende Apotheker in insgesamt acht Fällen auf Grund ärztlicher Verordnung einer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztin für Nervenheilkunde größere Mengen Botulinumtoxin Typ A Botox® auf Bestellung dieser Ärztin ab, die er zur Anwendung unmittelbar an die Ärztin übersandte und die diese den Versicherten der Beklagten dann verabreichte), dann ist die Auswahl der Apotheke nicht entsprechend der Abgabebestimmungen erfolgt und ein Kaufvertrag auf Grundlage dieser Abgabebestimmungen nicht zustande gekommen. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch besteht.

**SG Berlin**, Urt. v. 18.07.2006 - S 81 KR 4208/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelverfahren: SG Berlin**, Urt. v. 18.07.2006 - S 81 KR 4207/04 -

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 11.04.2008 – L 1 KR 78/07 –

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 24/08 R

**RID 09-02-176**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

## B) ERSTATTUNG DES HERSTELLERRABATTS FÜR NIEDERL. VERSANDAPOTHEKE

**LSG Sachsen**, Urt. v. 16.04.2008 – L 1 KR 16/05 –

**RID 09-02-177**

Revision anhängig: B 3 KR 14/08 R

juris

SGB V §§ 13 IV 2, 129 I u. II, 130a, 140e; AMG §§ 43 I 1, 73, 78 II; AMPreisV §§ 2 I, II, 3 II Nr. 1; SG Art. 28, 30; EGRL 7/97 Art. 14

Ein Erstattungsanspruch nach § 130a I 2 SGB V kann schon aufgrund der rechtstechnischen Ausgestaltung der Leistungsbeziehungen überhaupt nur entstehen, wenn das Medikament als **Sachleistung** abgegeben wird. Selbst wenn ein Ausschluss von EU-Versandapotheken von der Sachleistungserbringung gemeinschaftswidrig wäre, können die pharmazeutischen Unternehmen jedoch als am Arzneimittelmarkt auftretende Privatrechtssubjekte nicht zugunsten anderer Marktteilnehmer, hier zugunsten der EU-ausländischen Versandapotheken, für ein etwaiges gemeinschaftswidriges Handeln des bundesdeutschen Gesetzgebers in Haftung genommen werden.

Eine Apotheke hat einen Anspruch auf **Erstattung des Herstellerrabatts** gegen die Krankenkasse gem. § 130a I 2 SGB V für die Zeit ab dem 01.01.2004, soweit es ihr mit Wirkung zu diesem Zeitpunkt gelungen ist, Verträge mit Krankenkassen nach § 140e SGB V abzuschließen, im Übrigen ab dem (späteren) Zeitpunkt des Wirksamwerdens der jeweiligen zwischen ihr und den Krankenkassen zustande gekommenen Verträge nach § 140e SGB V.

Diese Ansprüche sind auch nicht **verjährt**, wenn sie jeweils innerhalb der Vierjahresfrist rechtshängig wurden.

**SG Dresden**, Gerichtsb. v. 27.01.2005 – S 16 KR 641/03- wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, der Kl. für die Zeit vom 01.01. bis 31.12.2004 sowie für die Zeit vom 01.10. bis 31.12.2005 die Abschläge auf den Herstellerabgabepreis gemäß § 130a I SGB V zu erstatten, die gesetzliche Krankenkassen, zwischen denen und der Klägerin ein Vertrag nach § 140e SGB V im Zeitpunkt der Arzneimittelabgabe bestanden hat, von der Kl. erhalten haben.

## C) HERSTELLERABSCHLAG (BERINERT® P)

**LSG Hessen**, Urt. v. 29.01.2009 – L 8 KR 164/07 –

**RID 09-02-178**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 130a, AMG §§ 43 I, 47 I; AMPreisV §§ 1, 3 II

Der Anwendungsbereich der AMPreisV ist nach weiterer Maßgabe des § 1 I AMPreisV für apothekenpflichtige Fertigarzneimittel wie Berinert® P eröffnet. Für das Arzneimittel Berinert® P ist ein **Herstellerabschlag** abzuführen.

Der Kl. ist Inhaber der X-Apotheke. Er gab im Januar bis August 2004 das Arzneimittel Berinert® P von der ZLB B. GmbH auf vertragsärztliche Verordnungen an die bei der Bekl. Krankenversicherten ab. Bei Berinert® P handelt es sich um das aus menschlichem Plasma gewonnene Plasmaglycoprotein C1-Esterase-Inhibitor, das intravenös injiziert oder infundiert zur Behandlung des erblichen Angioödems eingesetzt wird. Hierbei führte der Kl. keinen Herstellerabschlag nach § 130a I SGB V ab. Daraufhin stellte die Bekl. die entsprechenden Differenzbeträge im Rahmen der Retaxierung in Rechnung, wogegen der Kl. erfolglos Einspruch einlegte. **SG Frankfurt a. M.**, Gerichtsb. v. 05.06.2007 – S 18 KR 614/05 – RID 07-03-170 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelverfahren: SG Darmstadt**, Urt. v. 06.06.2007 – S 10 KR 343/05 -

**LSG Hessen**, Urt. v. 29.01.2009 – L 8 KR 226/07 –

Revision anhängig: B 3 KR 3/09 R

**RID 09-02-179**

#### D) HERSTELLERABSCHLAG BEI FEHLERHAFTER LAUERTAXE (PAMIDRONAT MAYNE)

*SG Darmstadt, Urt. v. 09.05.2008 – S 13 KR 257/05 –*

RID 09-02-180

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 8 KR 198/08 –*  
SGB V §§

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

Aus dem Gesetzeswortlaut des § 130a SGB V ergibt sich, dass der Erstattungsanspruch der Apotheken gegen den pharmazeutischen Unternehmer gemäß § 130a I 2 SGB V mit dem Anspruch der gesetzlichen Krankenkassen gegen die Apotheken gemäß § 130a I 1 SGB V korrespondiert; der **Anspruch der Krankenkassen bedingt den Anspruch der Apotheken**; die Ansprüche stehen sich spiegelbildlich gegenüber. Voraussetzung für den Anspruch der Apotheken ist daher, dass die Krankenkassen nicht nur dem Grunde nach, sondern auch der Höhe nach berechtigt waren, den Herstellerabschlag in der von den Apotheken geleisteten Umfang zu verlangen.

Eine Apotheke darf den Herstellerrabatt auf der Grundlage der **sog. Lauertaxe** am Tage der Abgabe des Fertigarzneimittels zu Grunde legen, **auch soweit diese fehlerhaft** ist.

Aufgrund fehlerhafter Datenübermittlung wurde das Fertigarzneimittel "Pamidronat Mayne" mit der Wirkstoffmenge 30 mg 915,68 EUR statt 307,29 EUR und mit der Wirkstoffmenge 90 mg 307,29 EUR statt 915,68 EUR in der "Lauertaxe" im Zeitraum vom 01.06.2003 bis 30.11.2003 geführt. Dies hatte zur Folge, dass das kl. Abrechnungszentrum im Auftrag der Apotheken ihre Abrechnung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen als auch gegenüber dem beklagten Pharmahersteller auf der Basis der fehlerhaft gepflegten "Lauertaxe" vornahm und insbesondere auch den Herstellerrabatt aus dieser Grundlage berechnete. Vor Klageerhebung nahm die Kl. zunächst eine Korrektur der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen vor und forderte die auf der Basis der fehlerhaften Meldung erfolgte Überzahlung des Herstellerrabattes von den Krankenkassen zurück. Einige der gesetzlichen Krankenkassen waren zu einer nachträglichen Korrektur bereit; die Beigel. verweigerten jedoch die Erstattung. Das **SG** gab der Klage statt u. wies die Widerklage ab.

#### 4. HILFSMITTELERBRINGER: KEIN UNTERLASSUNGSANSPRUCH GEGEN EINSICHTSBEWILLIGUNG IN VERSORGUNGSVERTRAG

*SG Hamburg, Beschl. v. 26.02.2009 – S 34 KR 164/09 ER –*

RID 09-02-181

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 127; GG Art. 12 I; SGG § 86b II

Nach § 127 II 4 SGB V ist über die "Inhalte abgeschlossener Verträge" zu informieren. Ohne einen einschränkenden Zusatz ist vom gesamten Inhalt auszugehen. Bei Hilfsmittelerbringern, die am Versorgungssystem teilnehmen wollen, ist es nach der Gesetzeskonzeption gerade erforderlich, dass Einsicht in den vollständigen Vertrag gewährt wird. Denn das Informationsrecht korrespondiert mit dem Recht der Leistungserbringer, zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beizutreten. Der Eingriff in die **Berufsfreiheit** ist aufgrund der gesetzlichen Ermächtigung in Form des § 127 II 4 SGB V gerechtfertigt.

Das **SG** wies den Antrag eines Hilfsmittelerbringers auf Unterlassungsverpflichtung der Krankenkasse, einen mit ihr abgeschlossenen Vertrag im Rahmen einer Ausschreibung nicht offen zu legen ab.

#### 5. HEILMITTELERBRINGER: KEINE ZULASSUNG ZUR PODOLOGISCHEN THERAPIE FÜR MASSEUR

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.12.2008 – L 2 KN 26/05 KR –*

RID 09-02-182

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 124; PodologenG § 24

Die **gemeinsamen Empfehlungen** gem. § 124 IV SGB V stellen keine verbindlichen Rechtssätze mit Außenwirkung, sondern lediglich Verwaltungsbinnenrecht dar. Der **Rechtsanspruch auf Zulassung** als Leistungserbringer kann dadurch grundsätzlich nicht eingeschränkt werden (BSG, Urt. v. 27.03.1996 - 3 RK 25/95 - SozR 3-2500 § 124 Nr. 5).

Die Ausbildung als **Masseur** und **medizinischer Bademeister** berechtigt nicht zur **Zulassung** zu Maßnahmen der **Podologischen Therapie**.

So wie es einer Krankenkasse einerseits verwehrt ist, die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die Führung einer Berufsbezeichnung materiell zu überprüfen (vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2001, SozR 3-2500 § 124 Nr. 10), so kann sie andererseits grundsätzlich die Zulassung von Leistungserbringern von der **Erfüllung aktueller berufsrechtlicher Voraussetzungen abhängig machen**.

*SG Köln, Urt. v. 21.02.2005 - S 23 KN 37/03 KR -* wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 6. HÄUSLICHE PFLEGE- UND VERSORGUNGSLEISTUNGEN

### A) VERGÜTUNGSANSPRUCH NACH VERTRAG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.03.2009 – L 16 KR 64/08 –*

RID 09-02-183

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 37, 132, 132a

Die "Infusionstherapie i. v." mit denknottwendig zwei Mal täglichem Anfahren und Versorgen der Versicherten ist auch zwei Mal als Leistung abrechenbar, wenn nach der Vergütungsstruktur der Vereinbarung auf den "Einsatz" des Pflegedienstes abzustellen ist.

Wenn eine Krankenkasse die in vielen Fällen günstige **Pauschalabrechnung** für sich in Anspruch nimmt, hat sie nach dem Prinzip der Waffengleichheit und des partnerschaftlichen Leistungsaustausches dann auch Leistungen zu vergüten, bei denen sinnvoller Weise im Rahmen eines zugrunde liegenden Einsatzes nur einzelne Teilbereiche statt der Komplettleistung zu berücksichtigen sind. Will die Krankenkasse von dem durchgängig die Vergütungsvereinbarung kennzeichnenden Einsatzprinzip abrücken, so kann sie dies nur im Wege der Ergänzung oder Änderung der getroffenen Vereinbarungen (nach Kündigung).

*SG Düsseldorf, Urt. v. 08.02.2008 - S 4 KR 58/07 -* gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

### B) KEINE HAUSBESUCHSGEBÜHR BEI INTEGRATION IN ANLAGE EINES BETREUTEN WOHNENS

*SG Augsburg, Urt. v. 12.11.2008 – S 12 KR 353/06 –*

RID 09-02-184

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 37, 132

Ein **Pflegedienst**, der in die **Anlage eines Betreuten Wohnens räumlich integriert** ist, kann eine Hausbesuchsgebühr nicht abrechnen.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 7. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMEN: KEIN SCHADENSERSATZ BEI SAMMELFAHRTEN DES DIALYSEUNTERNEHMENS

*SG Landshut, Urt. v. 28.11.2008 – S 1 KR 221/07 –*

RID 09-02-185

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 60, 69, 70, 133

Ein Krankentransportunternehmen kann aus dem Umstand, dass der Versicherte durch Vermittlung der Krankenkasse die Dienste eines Kuratoriums für Dialyse und Nierentransplantation in Anspruch nimmt, das Sammelfahrten zur Dialyse organisiert, keinen Schadensersatzanspruch ableiten.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 8. KOSTENERSTATTUNG FÜR RETTUNGSEINSATZ DURCH MARINEBOOT

*SG Hannover, Urt. v. 05.12.2008 – S 19 KR 672/08 –*

RID 09-02-186

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
BGB §§ 677, 683 S. 1; SGB V §§ 60, 133

**Leitsatz:** Die **Krankenkasse** ist aus den Regelungen der *Geschäftsführung ohne Auftrag* verpflichtet, die Kosten für eine **Notfallrettung durch die Bundesmarine** zu erstatten.

Der bei der bekl. Krankenkasse versicherte G befand sich im August 2007 als Fahrgast an Bord des Fischkutters „Albatros“ auf der Ostsee nördlich der Insel Rügen. Hierbei zog er sich eine **blutende Platzwunde am Kopf** zu. Die „Albatros“ setzte einen Notruf an „Bremen Rescue“ ab. Das **Marineboot „Siegburg“** befand sich in einer zeitlichen Entfernung von 40 Minuten zur Unglücksstelle. Das Rettungsboot der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger „Wilhelm Kaisen“ war ca. 1 Stunde entfernt. Im Rahmen eines abgestimmten Einsatzes leistete die „Siegburg“ **Hilfe durch einen Sanitätsbootmann**, der eine Wundversorgung mit Anlage eines Wundverbandes vornahm und dem Patienten beim Eintreffen der „Wilhelm Kaisen“ in die notärztliche Versorgung übergab. Die Kl. stellte der Bekl. Sachkosten über den Rettungseinsatz in Höhe von 1.749,24 Euro in Rechnung. Die Beklagte trat der Forderung entgegen, da sie eine Rechtsgrundlage für die Kostenerstattung nicht erkennen konnte. AG Hannover, Beschl. v. 26.08.2008 verwies den Rechtsstreit an das SG Hannover. Das *SG* gab der Klage statt.

## 9. FRISTLOSE KÜNDIGUNG EINES INTEGRATIONSVERTRAGES

*SG Hamburg, Beschl. v. 31.03.2009 – S 34 KR 289/09 ER –*

RID 09-02-187

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 140a ff.

Ist nicht erkennbar, ob und in welcher Höhe sich aus der **vorzeitigen Beendigung eines Integrationsvertrages** wirtschaftlich negative Folgen ergeben, so besteht kein **Anordnungsgrund**.

Sofern die vertraglich geregelten Behandlungsleistungen weiterhin im Rahmen der bisherigen Regelversorgung stattfinden, handelt es sich **nicht um eine integrierte Versorgung** (BSG v. 06.02.2008 – B 6 KA 27/07 R - SozR 4 – 2500 § 140d Nr. 1, juris Rz 22 und 25), unabhängig davon, ob sinnvolle und gesundheitspolitische Ziele durch die Regelungen umgesetzt werden.

Die Ast. ist eine **Management- und Beteiligungsgesellschaft**, die sich mit dem Aufbau und Betrieb medizinischer Versorgungssysteme befasst. Im Januar 2008 schloss sie mit der Ag., einer Krankenkasse, einen **Basisvertrag zur integrierten Versorgung für Pflegeheimbewohner** auf der Grundlage der §§ 140a – d SGB V. Nach der Präambel wird als allgemeines Ziel die Effizienzsteigerung der medizinischen Versorgung und Sicherung der Nachhaltigkeit von Qualität und Wirtschaftlichkeit formuliert. Aufgabe der Ast. ist es u.a., die notwendigen Verträge mit Leistungserbringern, Heim- und Krankenhausträgern zu schließen und sicherzustellen, dass die Voraussetzungen für die integrierte Versorgung dem anerkannten medizinischen Stand der Erkenntnisse entspricht. Noch im Laufe des Jahres 2008 erklärte die Ag. aufgrund von Meinungsverschiedenheiten über den Vertragsinhalt und die rechtlichen Anforderungen, die an eine integrierte Versorgung zu stellen sind, die außerordentliche fristlose Kündigung des Basisvertrages. Sie stützte die Kündigung auf eine Vielzahl von Vertragsverletzungen. Wesentlicher Vorwurf war die mangelhafte Vertragsumsetzung der Ast., die nach Ansicht der Ag. trotz mehrfacher Möglichkeit zur Nachbesserung nicht in der Lage gewesen sei, eine Versorgung zu etablieren, die den Anforderungen an eine integrierte Versorgung entspreche. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

## X. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 05.05.2009 - **B 1 KR 9/08 R** – kann eine Krankenkasse von einem ehemaligen **Vorstandsmitglied Ersatz des Schadens** aus positiver Vertragsverletzung des Anstellungsvertrags verlangen, der durch eine von diesem zu verantwortende **Manipulation der Bilanz** entstanden ist, was zum Unterbleiben rechtlich gebotene Beitragssatzerhöhungen und entgangenen Beitragseinnahmen geführt hat; nach BSG, Urt. v. 03.03.2009 – **B 1 A 1/08 R** – verstößt eine **Anlage von Betriebsmitteln** in Höhe von 100 Mio Euro mit einer Laufzeit von sechs Monaten und die mit der gewählten Anlageform unvermeidlich zusammenhängende kurzfristige Kreditaufnahme gegen das grundsätzliche Verbot für Krankenkassen, Kredite aufzunehmen.

B. Bultmann, Die Insolvenzfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen nach dem GKV-OrgWG, MedR 2009, 25-32.

### 1. VOLLSTRECKUNG EINER UNTERLASSUNGSVERPFLICHTUNG/ANDROHUNG VON ORDNUNGSGELD GEGEN KRANKENKASSE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.03.2009 – L 16 B 72/08 KR –*

RID 09-02-188

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
ZPO § 890; SGG § 198

Die **Verpflichtung**, die Formulierung "Die Gamma-Knife-Behandlung wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht anerkannt" nicht mehr zu verwenden, ist der **Vollstreckung** zugänglich. Soweit allerdings von vergleichbaren, sinngemäßen Formulierungen gesprochen wird, erscheint dies kaum einer Vollstreckung fähig. Denn welche Formulierung der Ursprungsformulierung "sinngemäß vergleichbar" ist, hat ein Vollstreckungsorgan nicht zu entscheiden. Dem Umstand, dass insoweit eine vollstreckungsrechtlich zu beachtende Unbestimmtheit vorliegt, kann durch eine Beschränkung der Vollstreckung auf die Unterlassung der Ausgangsformulierung Rechnung getragen werden.

Wenn die **Krankenkasse** es hätte vermeiden wollen, wegen der Verwendung der beanstandeten Formulierung vom Vertragsarzt in Anspruch genommen zu werden, hätte sie es in der Hand gehabt, den genannten Vergleich nicht abzuschließen.

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 01.09.2008 - S 9 KR 102/08 - wies den Antrag auf Vollstreckung ab, das **LSG** drohte der Ag. für jeden weiteren Fall der Zuwiderhandlung gegen die Verpflichtung aus dem gerichtlichen Vergleich vom 22.10.2007, die Formulierung "Die Gamma-Knife-Behandlung wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht anerkannt" (im Geschäftsverkehr mit Dritten) nicht mehr zu verwenden, ein Ordnungsgeld in Höhe von 1.000,00 Euro je Zuwiderhandlung an. Eine zukünftige Erhöhung des Ordnungsgeldes bei wiederholten schuldhaften Zuwiderhandlungen sowie die Festsetzung von Ordnungshaft gegen einen oder alle gesetzlichen Vertreter der Antragsgegnerin bleibt dem Sozialgericht vorbehalten, sofern ein entsprechender ergänzender Antrag gestellt wird.

## 2. SITZVERLEGUNG EINER MITGLIEDSKASSE AUßERHALB DES BEREICHS DES LANDESVERBANDES

*LSG Hamburg, Urt. v. 18.03.2009 – L 1 KR 35/08 KL –*

RID 09-02-189

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

SGB V §§ 172 I 2, 195 I, 207 ff; SGG §§ 54 I 2, II 1, 131 I 3

Ein Landesverband der Krankenkassen hat keine **Anfechtungsbefugnis** gegen die Genehmigung der Sitzverlegung einer Mitgliedskasse außerhalb seines Bereichs.

Das Gesetz verbietet es einer Krankenkasse nicht, ihren **Sitz frei zu wählen**. Bei den Krankenkassen als Selbstverwaltungskörperschaften des Sozialrechts ist zwischen dem durch die tatsächlichen Umstände festgelegten **Verwaltungssitz** und dem durch die Satzung festgelegten sog. **Rechtssitz** zu unterscheiden. Verwaltungssitz ist der Ort, an dem sich tatsächlich die Hauptverwaltung befindet, also der Tätigkeitsort der Geschäftsführung und der dazu berufenen Vertretungsorgane. Dagegen entscheidet der Rechtssitz über das für die Körperschaft maßgebende Recht, den Gerichtsstand und die behördlichen Zuständigkeiten und erfordert als solcher nicht zwingend einen Bezug zum Ort der Geschäftstätigkeit. Satzungs- und Verwaltungssitz müssen nur dann übereinstimmen, wenn dies das Gesetz bestimmt. Fehlt eine solche Anordnung, so ist eine Identität dieser beiden Sitze nicht erforderlich. Der Rechtssitz kann dann grundsätzlich frei gewählt werden (dazu BSG, Urt. v. 07.11.2000 -B 1 A 4/99 R - SozR 3-3300 § 47 Nr. 1). Ein **Missbrauch** liegt nicht vor, wenn mit der Sitzverlegung auch die Zugehörigkeit zu einem anderen Landesverband erreicht wird.

Das **LSG** wies die Klage ab.

## XI. Verfahrensrecht

### 1. RECHTSWEGZUWEISUNG FÜR STREITIGKEITEN UM KRANKENHAUSVERGÜTUNG (§ 57A III SGG)

*LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.01.2009 – L 1 B 73/08 KR –*

RID 09-02-190

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

SGB V § 112; GVG § 17a; SGG §§ 57a III, 58

Auch im Verfahren zur **Bestimmung des zuständigen Gerichts** nach § 58 I Nr. 4 SGG ist die **Bindungswirkung** des zuerst ergangenen **Verweisungsbeschlusses** zu beachten (§ 98 SGG i.V.m. § 17a II 3 GVG). Diese Bindungswirkung sichert den Anspruch der Rechtssuchenden auf effektiven Rechtsschutz und verhindert sog. „Kettenverweisungen“. Dementsprechend ist in aller Regel dasjenige Gericht als das zuständige Gericht zu bestimmen, an welches zuerst verwiesen wurde. Eine hiervon abweichende Zuständigkeitsbestimmung darf nur dann erfolgen, wenn sich der Verweisungsbeschluss als willkürlich bzw. grob verfahrensfehlerhaft darstellt oder wenn die Voraussetzungen des § 58 I Nr. 1 SGG vorliegen (vgl. im Einzelnen: BSG, Beschl. v. 13.10.1981 - 1 S 12/81 -; Beschl. v. 25.10.2004 - B 7 SF 20/04 S -). Die Bindungswirkung des zuerst ergangenen Verweisungsbeschlusses entfällt nach allgemeiner Meinung auch dann, wenn dieser gegen den Grundsatz der sog. perpetuatio fori verstößt (BSG, Beschl. v. 08.05.2007 - B 12 SF 3/07 S - SozR 4-1500 § 57 Nr. 2).

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11.12.2008 - L 4 B 79/08 KR –

In **Streitigkeiten um den nieders. Sicherstellungsvertrag** nach § 112 SGB V ist das SG Hannover als das für den Sitz der Landeshauptstadt zuständige Gericht zuständig. Dies trifft auch insoweit zu, als es sich bei einem Vergütungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse um eine Vertragsstreitigkeit i.S.d. § 57a III SGG handelt. Der Anwendungsbereich des § 57a III SGG ist nicht auf bestimmte Vertragsangelegenheiten wie z.B. den Abschluss oder die Kündigung von Verträgen beschränkt. Vielmehr erstreckt sich der Anwendungsbereich u.a. auch auf die **Krankenhausvergütung**, da der Wortlaut des § 57a III SGG keine anderslautende Einschränkung enthält (Anschluss an LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11.12.2008 - L 4 B 79/08 KR –).

**SG Hannover**, Beschl. v. 02.09.2008 - S 38 KR 536/08 - erklärte sich nach Verweisung durch das SG Oldenburg für örtlich unzuständig und wies die Klage ab, das **LSG** bestimmte, dass das SG Hannover das zuständige Gericht ist.

Z.T. anders **LSG Sachsen**, Beschl. v. 13.10.2008 – L 1 B 614/08 KR-ER – RID 09-01-183; **SG Wiesbaden**, Beschl. v. 09.05.2008 – S 17 KR 93/08 ER – RID 08-03-169.

## 2. KOSTENTRAGUNG IM EINSTWEILIGEN ANORDNUNGSVERFAHREN OHNE VORHERIGEN ANTRAG BEI KRANKENKASSE

*LSG Bayern, Beschl. v. 09.01.2009 – L 5 B 211/08 KR –*

RID 09-02-191

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
ZPO §§ 91, 93; SGG § 193

In der Regel ist es gerechtfertigt, dass der die **Kosten** trägt, der unterlegen wäre, andererseits sind auch die Umstände zu berücksichtigen, die nicht ausschließlich das Ergebnis des Rechtsstreits widerspiegeln, so dass auch ein obsiegender Beteiligter nach dem Veranlassungsprinzip zur Kostentragung verurteilt werden kann, bzw. seine Kosten selbst zu tragen hat. Bei einem **sofortigen Anerkenntnis** kann es der Billigkeit entsprechen, eine Kostenerstattungspflicht zu verneinen.

Ein **Versicherter** hat sich vor Ablauf einer vereinbarten Gewährungsfrist **an die Krankenkasse zu wenden** um darzulegen, dass die Leistungen (hier: Versorgung mit Lorenzo's Öl) weiterhin aus ärztlicher Sicht erforderlich ist und sich der Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert hat. Nur so hätte die Krankenkasse Gelegenheit, die erforderliche Entscheidung über die vorläufige Weitergewährung der beantragten Versorgung zu treffen.

*SG Augsburg, Beschl. v. 23.12.2004 – S 10 KR 399/04 ER –* lehnte Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, *LSG Bayern, Beschl. v. 28.02.2005 – L 4 B 18/05 KR ER –* RID 05-04-92 verpflichtete die Krankenkasse, den Ast. künftig bis Ende 2006 bzw. bis zu einer früheren rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache von den Kosten für den Bezug mit den Spezialölen GTO/GTE bzw. des Präparats Lorenzo's Öl auf Grund vertragsärztlicher Verordnungen vorläufig freizustellen. In einem weiteren einstweiligen Anordnungsverfahren einigten sich die Bet., den Kl. von den Kosten für den Bezug mit den Spezialölen Lorenzo's Öl aufgrund vertragsärztlicher Verordnungen vorläufig bis zu einer erstinstanzlichen Entscheidung in der Hauptsache freizustellen. Die Bekl. wies darauf hin, dass es nach ihrer Auffassung keines weiteren Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung bedurft hätte, sondern ausreichend gewesen wäre, sich vor Ablauf des Jahres 2006 außergerichtlich an die Ag. zu wenden. Die Vorgehensweise des Prozessbevollmächtigten des Antragstellers widerspreche den Grundsätzen eines fairen Verfahrens, deshalb verwahre sie sich gegen eine Kostentragung. *SG Augsburg, Beschl. v. 25.02.2008 – S 12 KR 936/06 –* verpflichtete die Ag., 1/5 der außergerichtlichen Kosten des Ast. zu übernehmen, das *LSG* wies die Beschwerde d. Ast. zurück.

## 3. KEINE STREITWERTFESTSETZUNG DURCH URTEIL

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 12.11.2008 – L 9 KR 119/08 –*

RID 09-02-192

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
GKG §§ 52 I, 63 II; SGG § 197a

Der **Streitwert** darf **nicht durch Urteil** festgesetzt werden.

**Urteile und Beschlüsse zur Festsetzung** von Streitwerten können miteinander **in einer Urkunde** verbunden werden. Zur Klarstellung, wann das Gericht durch Urteil und wann durch Beschluss entscheiden will, müssen die Entscheidungen aber unterschiedliche Rubren und Entscheidungssätze haben. Daraus folgt, dass die Entscheidungen nacheinander abgesetzt werden müssen. Es könnte das Absetzen von beanstandungsfreien Urteilen und Beschlüssen erleichtern, wenn die Gerichte hierfür entsprechende Vordrucke zur Verfügung stellen. So könnte etwa auf einem Vordruck für die Rechtsmittelbelehrung für ein Urteil auf der Rückseite ein Vordruck für den Beschluss zur Festsetzung des Streitwertes einschließlich der Belehrung über das hierfür zulässige Rechtsmittel vorgesehen werden.

*SG Berlin, Ur. v. 20.12.2007 – S 28 KR 3341/06 –* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

# XII. Entscheidungen des BSG

## 1. FEHLENDE ANERKENNUNG AMBULANTER BEHANDLUNG UND KRANKENHAUSBEHANDLUNG (LIPOSUKTION)

*BSG, Ur. v. 16.12.2008 – B 1 KR 11/08 R – SozR 4-2500 § 13 Nr. 19*

RID 09-02-193

**Leitsatz:** Krankenhausbehandlung ist nicht bereits deshalb erforderlich, weil eine bestimmte Leistung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zwar ambulant erbracht werden kann, vertragsärztlich aber mangels positiver Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden darf.

## 2. KOSTENERSTATTUNGSANTRAG NACH BESTANDSKRÄFTIGER ABLEHNUNG DER NATURALLEISTUNG

*BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KR 2/08 R – SozR 4-2500 § 13 Nr. 20*

RID 09-02-194

**Leitsatz:** 1. Begehrt ein Versicherter sachleistungsersetzende **Kostenerstattung**, nachdem seine Krankenkasse bereits die **Naturalleistung bestandskräftig abgelehnt** hat, ist der Antrag regelmäßig auch auf die Überprüfung der ablehnenden Entscheidung gerichtet.

2. Der Versicherte hat auch im **Überprüfungsverfahren** Anspruch auf Kostenerstattung nur für solche selbstbeschafften Leistungen, die der ihm eigentlich zustehenden Naturalleistung entsprechen.

## 3. ARZNEIMITTEL

### A) AUSSCHLUSS NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER ARZNEIMITTEL

*BSG, Urt. v. 06.11.2008 – B 1 KR 6/08 R – SozR 4-2500 § 34 Nr. 4*

RID 09-02-195

**Leitsatz:** Der seit 1.1.2004 geltende Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung verstößt weder gegen das Grundgesetz noch gegen Europarecht.

### B) ERWEITERTE VERORDNUNGSFÄHIGKEIT VON LEBENSMITTELN (NR. 15.2.5 AMRL) NICHTIG ("LORENZOS ÖL")

*BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KN 3/07 KR R –*

RID 09-02-196

Bei Lorenzos Öl handelt es sich entweder um ein Arznei- oder um ein Lebensmittel. In beiden denkbaren Fällen besteht nach der Rechtsprechung des Senats jedoch keine Leistungspflicht der Krankenkassen (Festhalten an BSG vom 28.02.2008 - B 1 KR 16/07 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 9).

Die am 25.08.2005 durch die Ersatzvornahme geänderten **AMRL** (Nr. 15.2.5) sind insoweit **nichtig**, als sie den Kreis der zu Lasten der GKV verordnungsfähigen **Lebensmittel** über die Vorgaben des § 31 I 2 SGB V hinaus erweitern.

Solche präventiven, formalisierten, zentralisierten **Prüfverfahren** bieten gegenüber nachträglicher dezentralisierter Kontrolle im Einzelfall einen wesentlich weitergehenden Schutz. Demgegenüber kennt das Lebensmittelrecht gerade kein präventiv schützendes, vor dem Inverkehrbringen eines Produkts eingreifendes Zulassungsverfahren, sondern nur in eingeschränktem Umfang nachträgliche Kontrollmöglichkeiten. Es widerspräche dem im SGB V vorgesehenen Patientenschutz, stellte man unkontrollierte Lebensmittel beliebig - und sei es auch unter dem "Deckmantel" einer Diät - den vorab geprüften, zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimitteln gleich.

## 4. KRANKENHAUSLEISTUNGEN

### A) ERFORDERLICHKEIT DER KRANKENHAUSBEHANDLUNG

*BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KN 1/07 KR R – SozR 4-2500 § 109 Nr. 13*

RID 09-02-197

**Leitsatz:** 1. Ist eine **Klage** aus **mehreren Gründen** gerechtfertigt oder aus mehreren Gründen abzuweisen, so ist es Sache des Gerichts, auf welchen Grund es seine Entscheidung stützt (Fortführung von BSG vom 4.2.1988 - 11 RAr 26/87 = BSGE 63, 37, 41 f = SozR 1300 § 45 Nr. 34; Abgrenzung zu BSG vom 10.4.2008 - B 3 KR 19/05 R = SozR 4-2500 § 39 Nr. 12).

2. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Krankenkasse setzt insbesondere die **objektive Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung** des Versicherten nach allein medizinischen Erfordernissen voraus (Anschluss an BSG vom 25.9.2007 - GS 1/06 = BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 10).

### B) VERGÜTUNG EINER NICHT ERFORDERLICHEN STATIONÄREN VERSORGUNG ALS AMBULANTE OPERATIONSLEISTUNG

*BSG, Urt. v. 18.09.2008 - B 3 KR 22/07 R - SozR 4-2500 § 115b Nr. 2*

RID 09-02-198

**Leitsatz:** War die stationäre Versorgung eines Versicherten **im Krankenhaus nicht erforderlich**, ist die dort durchgeführte Operation gleichwohl **als ambulante Operationsleistung zu vergüten**, soweit das Krankenhaus zur Teilnahme am ambulanten Operieren zugelassen ist und die nach dem EBM maßgebenden Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt sind.

### C) DRG-SYSTEM/LINKSHERZKATHETERUNTERSUCHUNG

*BSG, Urt. v. 18.09.2008 – B 3 KR 15/07 R – SozR 4-2500 § 109 Nr. 11*

**RID 09-02-199**

**Leitsatz:** 1. Bei der Vergütung von Krankenhausleistungen nach dem DRG-System sind der Fallpauschalenkatalog sowie der Operationen- und Prozedurenschlüssel streng nach ihrem Wortlaut und den Kodierrichtlinien **auszulegen** (Fortführung von BSG vom 13.12.2001 - B 3 KR 1/01 R = SozR 3-5565 § 14 Nr. 2).

2. Bei einer **Linksherzkatheteruntersuchung** in der Technik nach Sones war im Jahre 2004 die Vergütung des Krankenhauses nach der Fallgruppe DRG F44B des Fallpauschalenkatalogs 2004 zu berechnen.

### D) FALLPAUSCHALENVERGÜTUNG BEI VERLEGUNG IN EIN ANDERES KRANKENHAUS

*BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KR 10/08 R – SozR 4-2500 § 109 Nr. 14*

**RID 09-02-200**

**Leitsatz:** Wird ein Versicherter in ein **anderes Krankenhaus verlegt**, kann das aufnehmende Krankenhaus die **Fallpauschalenvergütung** unabhängig von der Notwendigkeit der Verlegung beanspruchen.

### E) ABRECHNUNG EINER FALLPAUSCHALE BEI FEHLENDER NEUREGELUNG

*BSG, Beschl. v. 20.11.2008 – B 3 KR 25/08 B –*

**RID 09-02-201**

<sup>juris</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 17.04.2008 – L 5 KR 168/07 - wird als unbegründet zurückgewiesen.

§ 15 I KHEntgG dient dem **Schutz des Krankenhauses**. Durch die rechtliche Klarstellung, dass die **Entgelte** des vorausgegangenen Vereinbarungszeitraums solange **weitergelten**, bis die Entgelte des neuen Vereinbarungszeitraums genehmigt sind, wird verhindert, dass das Krankenhaus in der Zeit zwischen dem Ende des vorausgegangenen Vereinbarungszeitraums und dem Zeitpunkt, ab dem die Entgelte des neuen Vereinbarungszeitraums erhoben werden können, keine Rechnungen gegenüber Patienten und Krankenkassen stellen kann. Insofern schützt § 15 I 3 KHEntgG das Krankenhaus vor Inkassoverlust. Die Regelung dient ferner dem **Schutz des selbstzahlenden Patienten**. Dieser braucht nicht zu befürchten, dass er auf Grund verspätet erhobener Entgelte eine Nachberechnung vom Krankenhaus erhält.

§ 15 I 3 KHEntgG besagt, dass alle Leistungen eines nach dem DRG-System abrechnenden Krankenhauses, für die in einem Kalenderjahr ein bestimmtes Entgelt festgesetzt worden war, auch im Folgejahr weiterhin nach diesem Entgelt zu vergüten sind, bis für sie ein neues Entgelt vereinbart worden ist. Für das **Jahr 2004** waren nach der Fallpauschalenvereinbarung 2004 krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 I 1 Nr. 1 KHEntgG für die in den DRG B61A und B61B (Fallpauschalenkatalog 2004) abgebildeten Leistungen festgelegt worden. Beide Leistungen sind im **Jahre 2005** zur einheitlichen DRG B61Z (Fallpauschalenkatalog 2005) zusammengefasst worden, für die nach der Fallpauschalenvereinbarung 2005 wiederum ein krankenhausesindividuelles Entgelt zu vereinbaren war, was aber erst zum 01.09.2005 gelungen ist. Für eine Behandlung aus dem Frühjahr 2005 war deshalb die Entgeltvereinbarung für das Jahr 2004 weiterhin anzuwenden.

§ 15 I 3 KHEntgG knüpft im Sinne eines Fortgeltungsgrundsatzes und einer Nahtlosigkeitslösung nur an das vereinbarte Entgelt für eine **bestimmte "Leistung"** an, ohne dass es darauf ankommt, ob sich die DRG-Bezeichnung geändert hat oder gleich geblieben ist. Dies wird bekräftigt durch die Regelung des 2. Halbsatzes des § 15 I 3 KHEntgG.

Nur bei gänzlichem Fehlen einer krankenhausesindividuellen Entgeltfestsetzung für eine konkret definierte Leistung durfte ein Krankenhaus auf die **Auffangregelung des § 10 I 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2005** zurückgreifen, wonach dann je Belegungstag ein Betrag von 600 Euro abgerechnet werden konnte.

## 5. HÖHE DER ZU ERSTATTENDEN UMSATZSTEUER

### A) BRUTTOPREISVEREINBARUNG

*BSG, Urt. v. 17.07.2008 – B 3 KR 16/07 R – SozR 4-2500 § 69 Nr. 5*

**RID 09-02-202**

**Leitsatz:** Liegt dem Zahlungsanspruch eines Leistungserbringers - hier von Sondennahrung - eine Bruttopreisvereinbarung unter Einschluss der Umsatzsteuer zu Grunde, berechtigt das bei einem Irrtum über deren Höhe weder den Leistungserbringer zu Nachforderungen noch die Krankenkasse zu einer Kürzung der Vergütung (Abgrenzung zu BSG vom 17.7.2008 - B 3 KR 18/07 R).

### B) NETTOPREISVEREINBARUNG

*BSG, Urt. v. 17.07.2008 – B 3 KR 18/07 R – SozR 4-2500 § 69 Nr. 6*

**RID 09-02-203**

**Leitsatz:** Für den Anspruch auf Zahlung der Umsatzsteuer ist bei einer Nettopreisvereinbarung der zu Lasten eines Leistungserbringers - hier: von Sondennahrung - von der Finanzverwaltung bindend festgesetzte Steuerbetrag maßgebend, ohne dass die Krankenkasse dessen Überprüfung im finanzgerichtlichen Verfahren verlangen kann (Abgrenzung zu BSG v. 17.7.2008 - B 3 KR 16/07 R).

## 6. ANSPRUCH AUF ABSCHLUSS EINER VERGÜTUNGSVEREINBARUNG (HAUSHALTSHILFE)

*BSG, Urt. v. 17.07.2008 – B 3 KR 23/07 R – SozR 4-2500 § 69 Nr. 4*

**RID 09-02-204**

**Leitsatz:** 1. Ein **Leistungserbringer von Haushaltshilfe** kann Anspruch auf Abschluss einer von ihm unterbreiteten **Vergütungsvereinbarung** haben, wenn der Vergütungsvorschlag der Krankenkasse gegen die Anforderungen des Kartellrechts oder gegen Grundrechte des Leistungserbringers verstößt und nach den konkreten Umständen des Einzelfalls anders als durch Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach dem Angebot des Leistungserbringers ein rechtmäßiges Verhalten der Krankenkasse nicht möglich ist.

2. Eine Krankenkasse darf einen mit ihr durch Versorgungsvertrag verbundenen Leistungserbringer gegenüber konkurrierenden Anbietern gleichartiger Leistungen (hier: Wohlfahrtsverbände) ohne sachlich gerechtfertigten Grund weder unmittelbar noch mittelbar **unterschiedlich behandeln**, wenn sie eine marktbeherrschende oder marktstarke Stellung inne hat.

3. Zur Feststellung der **marktbeherrschenden oder marktstarken Stellung einer Krankenkasse** und deren Missbrauchs beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen.

## 7. HAFT

### UNGSUMLAGE EINES LANDESVERBANDS DER KRANKENKASSEN FÜR MITGLIEDER

*BSG, Urt. v. 24.09.2008 – B 12 KR 10/07 R –*

**RID 09-02-205**

Gegen einen **Verbandsumlagebescheid** ist die **Anfechtungsklage** durch eine betroffene Krankenkasse zulässig.

Ein **Landesverband der Krankenkassen** war nach § 265 S 1 SGB V ermächtigt, die **Umlage** von Kostenaufwand, der aus Anlass der Abwendung eines Haftungseintritts nach § 155 Abs. 4 SGB V entstanden ist, auf seine **Verbandsmitglieder** durch **Satzung** zu regeln. Bei solchen Ausgaben zur Abwendung eines Haftungseintritts handelt es sich um Kosten für andere aufwendige Belastungen i.S. des § 265 S. 1 Alt. 2 SGB V. Dies ergibt eine Auslegung der Norm nach ihrem Wortlaut, dem Gesetzeszusammenhang, in den sie gestellt ist, und dem ihr beigelegten Zweck sowie ihrer Entstehungsgeschichte. Insoweit liegt auch kein Verstoß gegen Bestimmtheitsgebote vor.

Die Regelung des **§ 265 SGB V** ist nicht den Bestimmungen der Finanz- und Risiko(struktur)ausgleiche zuzuordnen.

Die gesetzlichen Krankenkassen befinden sich nicht in einer als "privat" zu qualifizierenden Stellung als **Wettbewerber** (vgl. BSG v. 24.01.2003 - B 12 KR 19/01 R - BSGE 90, 231, 265 = SozR 4-2500 § 266 Nr. 1 u. zuletzt BVerfG v. 18.07.2005 - 2 BvF 2/01 - BVerfGE 113, 167, 199, 232ff = SozR 4-2500 § 266 Nr. 8).

**Parallelverfahren:** *BSG, Urt. v. 24.09.2008 – B 12 KR 11/07 R –*

**RID 09-02-206**

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

N. Nestler Betäubungsmittelstrafrechtliche Risiken bei der Substitutionsbehandlung, MedR 2009, 211-216; Chr. Voigts/H.-M. Stumpf, Gesundheitsmarkt zwischen Kooperation und Korruption. Rechtliche Grenzen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Leistungserbringern nach Standes- und Wettbewerbsrecht, MedR 2009, 205-210.; 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. BVERWG: ANERKENNUNG EINER IN RUSSLAND ABGESCHLOSSENEN AUSBILDUNG ALS ARZT

*BVerwG, Urt. v. 11.12.2008 – 3 C 33.07 –*

RID 09-02-207

www.bverwg.de = juris = NJW 2009, 867 = GesR 2009, 212

GG Art. 12 I; BÄO §§ 3 II 1 Nr. 1 S. 2, 14b S. 3 Nr. 2

**Leitsatz:** Die Beurteilung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes einer im Ausland abgeschlossenen Ausbildung als Arzt erfordert neben einem objektiven Vergleich der Ausbildungsgänge bei einem Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union eine Berücksichtigung der individuellen Qualifikation und der Berufserfahrung.

#### 2. BERUFSRECHT

##### A) VERDACHT EINER BERUFSPFLICHTVERLETZUNG AUSREICHEND FÜR BERUFSGERICHTLICHES VERFAHREN

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 18.02.2009 - 6t E 1059/08.T –*

RID 09-02-208

juris

HeilBerG NRW §§ 29 I, 75 I; BO Nordrhein §§ 2 II, 8, 11

**Leitsatz:** Für die Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens nach § 75 Abs. 1 HeilBerG NRW genügt der aus konkreten Tatsachen ableitbare Verdacht einer Berufspflichtverletzung bzw. die ernste Möglichkeit einer solchen. Der Maßstab des § 203 StPO (hinreichender Tatverdacht) ist zu eng.

##### B) PSYCHOTHERAPEUT: VERABREICHUNG VON PSYCHOPHARMAKA/ZUZIEHEN EINES WEITEREN ARZTES

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.02.2009 - 6t A 898/07.T –*

RID 09-02-209

juris

HeilBerG NRW §§ 29 I; BO Nordrhein §§ 7, 11

**Leitsatz:** 1. Zur Weigerung eines Psychotherapeuten, einem Patienten **Psychopharmaka zu verabreichen**.

2. Zur Pflicht des Arztes, keine **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** zu wählen, die sich bei gewissenhafter Prüfung als ungeeignet darstellen.

3. Zu dem berufsrechtlichen Verbot, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher **Ausnutzung des Vertrauens**, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten anzuwenden.

4. Zur Pflicht, den begründeten Wunsch des Patienten, einen **weiteren Arzt zuzuziehen** oder dorthin überwiesen zu werden, in der Regel nicht abzulehnen.

##### C) ZULÄSSIGE GEWERBLICHE ERNÄHRUNGSBERATUNG NEBEN ÄRZTLICHER TÄTIGKEIT

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.02.2009 - 6t A 1456/05.T –*

RID 09-02-210

juris

HeilBerG NRW § 31 I; BO NRW §§ 1 I 2, 3 II

**Leitsatz:** Ein Arzt, der **in den Räumen seiner Praxis eine gewerbliche Ernährungsberatung** durchführt, handelt nicht berufsrechtswidrig, wenn er diese Tätigkeit im Übrigen von seiner freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in zeitlicher, organisatorischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht getrennt hält (im Anschluss an BGH, Urt. v. 29.05.2008 - I ZR 75/05 - NJW 2008, 2850 = MedR 2008, 613).

## D) BERUFSPFLICHTEN BEI DER ABRECHNUNG PRIVATÄRZTLICHER LEISTUNGEN

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.11.2007 – 6t A 3788/05.T –*

RID 09-02-211

MedR 2009, 191

HeilBerG NRW §§ 29 I, 60, 91, 98 II 1, 112; StPO §§ 37 II, 318 S. 1; GOÄ §§ 1 II 1, 2, 12; BerufsO f. d. nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte §§ 2 II, 11 I u. II, 12 I, 27 I

Leitsatz (MedR): 1. Eine **Berufungsbeschränkung** auf den **Rechtsfolgenerspruch** kommt auch im Heilberufsrecht in Betracht. Soweit sie wirksam ist, hat sie zur Folge, dass das Berufungsgericht die Tatsachen- und Schuldfeststellungen des erstinstanzlichen Urteils ohne eigene Nachprüfung zugrunde zu legen hat; ansonsten gilt das Urteil – insoweit – als vollumfänglich angefochten.

2. Vorwürfe im Zusammenhang mit der **Abrechnung** ärztlicher Leistungen, wie Vorschussforderung durch den Arzt, Abschluss einer Honorarvereinbarung und Erstellung einer Rechnung unter Verstoß gegen Vorschriften der GOÄ, betreffen nicht den Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit. Gleiches gilt für einen Werbeverstoß des Arztes.

3. Zur Bestimmung der berufsgerichtlichen Maßnahmen bei mehreren, nicht den Kernbereich ärztlichen Handelns betreffenden Verfehlungen eines Arztes, der nach über 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit erstmals berufsrechtlich in Erscheinung getreten ist.

## E) NOTWENDIGER BEZUG EINER FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG ZUR PATIENTENVERSORGUNG

*VG Hamburg, Urt. v. 21.01.2009 – 17 K 1915/08 –*

RID 09-02-212

Fortbildungsordnung der Hamburger Ärzte u. Ärztinnen §§ 1, 8; SGB V § 95d

Eine Fortbildungsveranstaltung mit dem Thema „Praxiswerbung: Wer nicht wirbt, der stirbt!“ erfüllt nicht die Voraussetzungen einer Fortbildungsordnung, wonach die Fortbildung der Ärzte dem **Erhalt ihrer fachlichen Kompetenz** durch kontinuierliche Aktualisierung des Wissensstandes in der Medizin und damit der **Kernkompetenz** in der **Patientenversorgung** dient. Für die Fortbildung ist ein Bezug zur Patientenversorgung unentbehrlich.

Die Kammern sind verpflichtet, nur solche **Fortbildungen zu zertifizieren**, die dem in § 95d I SGB V festgelegtem Ziel und Zweck entsprechen.

Eine Fortbildungsveranstaltung muss **frei von ökonomischen Interessen** sein. Eigene ökonomische Interessen eines Arztes rechtfertigen nicht eine Zertifizierung einer darauf ausgerichteten Veranstaltung.

## F) VORLAGE VON PATIENTENUNTERLAGEN AN ÄRZTLICHE STELLE KEIN VERSTOß GEGEN SCHWEIGEPFLICHT

*VG Frankfurt a. M., Urt. v. 13.02.2008 – 4 E 1892/07 –*

RID 09-02-213

MedR 2009, 237

StGB § 203; RöV §§ 17a, 33

Leitsatz (MedR): 1. Im Rahmen der Überprüfung der Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen zur **Qualitätssicherung** kann – unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit – die Vorlage von personenbezogenen **Patientendaten an die Ärztliche Stelle** erforderlich sein.

2. Die **Vorlage von Röntgentagebüchern** an die Ärztliche Stelle stellt keinen Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht dar.

## G) ZUSATZANGABE "TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT MUND- UND KIEFERCHIRURGIE" EINES ORALCHIRURGEN ZULÄSSIG

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.01.2009 – 13 A 3618/06 –*

RID 09-02-214

juris

GG Art. 12 I; HeilBerG NRW §§ 6 I Nr. 6, 33, 51

**Leitsatz:** 1. Zur Zusatzangabe "Tätigkeitsschwerpunkt Mund- und Kieferchirurgie" eines Zahnarztes.

2. Keine Verwechslungsgefahr mit Facharztbezeichnung "Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie".

### 3. ZIVILES VERTRAGSRECHT

#### A) MANGELHAFTER GESELLSCHAFTSVERTRAG/WETTBEWERBSVERBOT

*OLG Köln, Beschl. v. 21.11.2008 – 19 Sch 12/08 –*

RID 09-02-215

juris = GesR 2009,157  
BGB §§ 705 ff.

Gesellschaften, deren **Gründungsvertrag** an einem **Abschlussmangel** leidet, werden aus Gründen des Bestandsschutzes für die Gesellschafter nach **Invollzugsetzung** als wirksam behandelt. Dem betroffenen Gesellschafter ist nur die Geltendmachung des Mangels ex nunc gestattet, sofern nicht gewichtige Interessen der Allgemeinheit oder außenstehender Dritter entgegenstehen (BGH NJW 2000, 3558). Derart gewichtige Interessen, die der Anwendung der Grundsätze über die fehlerhafte Gesellschaft entgegenstehen, ergeben sich indes nicht allein aufgrund einer arglistigen Täuschung. Vielmehr sind die Grundsätze über die fehlerhafte Gesellschaft grundsätzlich auch in Fällen der arglistigen Täuschung anzuwenden, wenn nicht ein besonders schwerwiegender Fall vorliegt (BGH, Urt. v. 16.05.1988 - II ZR 316/87 - juris; NJW 2000, 3558). Ein besonders schwer wiegender Fall liegt nicht vor, wenn eine Vereinbarung über eine Auseinandersetzung - sei sie ihrerseits wirksam angefochten oder nicht - bereits getroffen worden ist.

Für die Beantwortung der Frage, wann ein **Wettbewerbsverbot** nach § 138 BGB nichtig ist, ist eine schwierige und auf den Einzelfall bezogene Abwägung zwischen den von Art. 12 und 14 GG geschützten Interessen nach den Grundsätzen der praktischen Konkordanz vorzunehmen. Bereits diese Schwierigkeiten stehen der Annahme eines Verstoßes gegen den ordre public entgegen, wenn der geltend gemachte Fehler sich in einer angeblichen Fehlbeurteilung der räumlichen Beschränkung in der Größenordnung weniger Kilometer erschöpft.

Der Umstand, dass ein Arzt den größten Teil der Patienten der Gemeinschaftspraxis angeschrieben und für seine neue Praxis geworben hat, indem er die Anschrift seiner neuen Praxis mitgeteilt hatte, anstatt sich lediglich von seinen bisherigen Patienten zu verabschieden, deutet darauf hin, dass er nach seiner eigenen Einschätzung seine **neue Praxis im Einzugsbereich** der bisherigen Gemeinschaftspraxis eröffnet hat. In zeitlicher Hinsicht ist ein dreijähriges Rückkehrverbot ebenfalls nicht zu beanstanden, da ein kürzerer Zeitraum es einem Übernehmer kaum ermöglicht, die Beziehung zu den von dem Vorgänger betreuten Patienten hinlänglich zu festigen (vgl. BGH, NJW 1955, 337 f.).

#### B) PFÄNDBARKEIT UND ABTRETBARKEIT ÄRZTLICHER VERGÜTUNGSANSPRÜCHE NACH INSOLVENZERÖFFNUNG

*KG Berlin, Urt. v. 26.02.2009 – 22 U 107/08 –*

RID 09-02-216

juris  
InsO §§ 91 I, 114

**Leitsatz:** Die **Abtretung** eines Arztes von Forderungen auf Vergütung ist unwirksam, soweit sie sich auf Ansprüche bezieht, die auf nach der **Eröffnung des Insolvenzverfahrens** über sein Vermögen erbrachten ärztlichen Leistungen beruhen.

Dies gilt nicht nur für Ansprüche aus einem privatärztlichen Behandlungsvertrag, sondern auch für **Ansprüche gegen die Kassenärztliche Vereinigung**.

#### C) APOTHEKENVERTRAG MIT ÄRZTEVEREINIGUNG FÜR PREISGÜNSTIGSTES ARZNEIMITTEL

*OLG Düsseldorf, Urt. v. 17.12.2008 – VI-U (Kart) 7/08 –*

RID 09-02-217

juris  
UWG §§ 3, 8 III Nr. 2; SGB V §§ 69, 129

§ 69 SGB V kann auch die **Beziehungen von Leistungserbringern** untereinander erfassen. Dies ist jedoch nur der Fall, soweit es um Handlungen in Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrags der Krankenkassen geht (vgl. BGH GRUR 2006, 517 Tz. 23 - Blutdruckmessungen). Eine Vereinbarung zwischen einem **Zusammenschluss** von 53 der 374 **Arztpraxen** im Raum V. und einer **Versandapotheke**, die eine Überschreitung des Arzneimittelbudgets der Ärzte verhindern soll, indem der Apotheke die Verpflichtung auferlegt wird, stets das günstigste Medikament an den Patienten abzugeben und wonach die Ärzte Freiumschläge in den Arztpraxen auslegen mit dem Hinweis, dass bei der Einreichung eines Rezeptes bei der Versandapotheke ein Gutschein über 5 € erteilt werde, dient nicht der Erfüllung dieses Auftrags.

Eine solche Vereinbarung stellt eine **unlautere Handlung** gemäß §§ 3, 4 Nr. 11 UWG dar. Es liegt ein Verstoß gegen die Regelungen in §§ 34 V, 3 II der Berufsordnung Nordrhein für Ärzte (BO) vor.

## 4. STRAFRECHT

### A) BGH: BANDENMÄßIGE BEGEHUNG GEWERBSMÄßIGER BETRUGSTATEN BEI KICKBACKSYSTEM FÜR ZAHNERSATZ

*BGH, Urt. v. 16.11.2006 – 3 StR 204/06 –*

**RID 09-02-218**

www.bundesgerichtshof.de = juris = NStZ 2007, 241 = StV 2007, 241 = wistra 2007, 135 = BGHR StGB § 263 Abs. 5 Bande 1  
StGB § 263 V

Vereinbart ein Vertragszahnarzt mit den Verantwortlichen eines Dentalhandelsunternehmens für eine gewisse Dauer und in einer Vielzahl im Einzelnen noch unbestimmter selbstständiger Fälle ein Rabattsystem, wonach er die Rechnungen des Unternehmens in voller Höhe zu zahlen hat, jedoch nachträglich **umsatzbezogene monatliche Rückvergütungen ("kickbacks")** erhält, diese aber bei der Abrechnung mit der **KZV verschweigt** und deshalb die Rechnungen voll erstattet erhält, liegt eine **bandenmäßige Begehung gewerbsmäßiger Betrugstaten** vor. Der Zahnarzt und die Verantwortlichen des Dentalhandelsunternehmens stehen sich nämlich, soweit es um die Betrugstaten zum Nachteil der KZV und der Patienten geht, nicht als selbstständige Täter mit gegenläufigen Interessen gegenüber wie etwa Verkäufer und Erwerber beim Handeltreiben mit Betäubungsmitteln. Dies ist lediglich in Bezug auf die zwischen ihnen abgeschlossenen Verträge über die Lieferung von Zahnersatz der Fall. Mit Blick auf die betrügerische Schädigung der KZV und der Patienten ziehen sie aber am selben Strang

### B) ZUR STRAFBARKEIT PRÄIMPLANTATIONS-DIAGNOSTISCHER UNTERSUCHUNG IN „KINDERWUNSCHPRAXIS“

*KG Berlin, Beschl. v. 09.10.2008 – 1 AR 678/06 –*

**RID 09-02-219**

juris = GesR 2009, 191  
ESchG §§ 1 I Nr. 2, 2 I

**Leitsatz:** Zur Frage der Strafbarkeit der Präimplantationsdiagnostik nach § 1 Abs.1 Nr. 2 und § 2 Abs.1 des Embryonenschutzgesetzes.

## 5. KAMMERN: INKOMPATIBILITÄT: KAMMERVORSTAND UND ORGAN DES VERSORGUNGSWERKS

*VerfGH Berlin, Urt. v. 04.03.2009 – 96/07 –*

**RID 09-02-220**

juris

Verf Berlin Art. 10 I, 19 I; VGHG Berlin §§ 22, 49, 50; ÄrztekammerG Berlin §§ 4b V, VI, VI, XVII, 11 III 2

**Leitsatz:** Als **öffentliches Ehrenamt** im Sinne des Art. 19 Abs. 1 Verf Berlin geschützt ist auch die ehrenamtliche Wahrnehmung von Aufgaben in Organisationen der mittelbaren Staatsverwaltung wie den Ärztekammern.

Der Gesetzgeber hat bei der Schaffung und Ausgestaltung öffentlicher Ehrenämter einen weiten Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum. Dieser umfasst auch **Inkompatibilitätsregelungen**, die die gleichzeitige Wahrnehmung von Ehrenämtern durch dieselbe Person verbieten. Das Verbot des Art. 19 Abs. 1 Verf Berlin, jemanden an der Wahrnehmung öffentlicher Ehrenämter zu hindern, steht solchen Regelungen nicht entgegen.

Im Gestaltungsermessen des Gesetzgebers liegt auch die Entscheidung, das Recht berufsständischer Kammern (hier: hinsichtlich Inkompatibilitätsregelungen in Bezug auf Versorgungseinrichtungen) unterschiedlich auszugestalten. Unterschiedliche Regelungen sind schon dann **willkürfrei**, wenn für jede von ihnen aus sich heraus und in ihrem Gestaltungszusammenhang hinreichende Sachgründe bestehen.

## 6. VERSORGUNGSWERK

### A) KEINE AUFGABE ZAHNÄRZTLICHER TÄTIGKEIT BEI FORTFÜHRUNG DURCH VERTRETER

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 12.02.2009 – 8 LB 7/08 –*

RID 09-02-221

www.dbovg.niedersachsen.de = juris

Satzung für die Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung Zahnärzte Niedersachsen § 17; Alterssicherungsordnung Zahnärzte Niedersachsen § 13; VwGO §§ 52, 58

**Leitsatz:** Wer seine Praxis durch einen Vertreter fortführen lässt, erhält mangels Aufgabe seiner zahnärztlichen Tätigkeit unverändert keine Berufsunfähigkeitsrente vom zahnärztlichen Versorgungswerk in Niedersachsen.

### B) BERUFUNFÄHIGKEITSRENTE FÜR ZAHNARZT BEI PRAXISAUFGABE

*OVG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 19.01.2009 – 2 L 246/08 –*

RID 09-02-222

juris

SGB V § 95

**Leitsatz:** 1. Die „Aufgabe der Praxis“ stellt das rechtliche und tatsächliche Korrelat zu der Nichtausübung der zahnärztlichen Tätigkeit dar. Erforderlich ist deshalb, dass der die Berufsunfähigkeitsrente beantragende Zahnarzt tatsächlich und rechtlich nicht mehr eine eigene Zahnarztpraxis führt und aus dieser keine nachhaltigen Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit bezieht (vgl. OVG Niedersachsen, Beschl. v. 05.07.2002 – 8 LB 45/02 -).

2. Das Führen einer Praxis in rechtlicher Hinsicht hängt nicht in jedem Fall von der Kassenarztzulassung bzw. vom Vorliegen der Voraussetzungen für eine solche Zulassung ab.

### C) RECHTMÄßIGE SATZUNG VERSORGUNGSWERK DER ZAHNÄRZTEKAMMER NIEDERSACHSEN

*VG Hannover, Urt. v. 03.12.2008 – 5 A 873/08 –*

RID 09-02-223

juris

GG Art. 2 I, 20 III; Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung der Zahnärztekammer Niedersachsen

**Leitsatz:** 1. § 15 Abs. 2 ABH ist mit materiellem Recht, insbes. mit Art. 14 GG, vereinbar.

2. Mit Inkrafttreten der ABH zum 01.01.2007 ist die geschlechtsspezifische Diskriminierung im Versorgungswerk der Zahnärztekammer Niedersachsen beseitigt.

## 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 Schwerverletzten durch Angehörige – das Ringen um den „angemessenen marktkonformen Ausgleich“, MedR 2008, 712-716.

### 1. BGH: HAFTUNG DES ZUM NOTFALLDIENST VERPFLICHTETEN ARZTES NACH BENENNUNG EINES VERTRETERS

*BGH, Urt. v. 10.03.2009 - VI ZR 39/08 -*

RID 09-02-224

www.bundesgerichtshof.de = juris

BGB § 831

**Leitsatz:** Zur Frage der Haftung des zum Notfalldienst verpflichteten niedergelassenen Arztes, an dessen Stelle ein anderer Arzt tätig wird.

Zur Vorinstanz s. nachstehend *OLG Köln*, Urt. v. 14.01.2008– 5 U 119/07 – RID 09-02-.

### 2. KEIN BEHANDLUNGSVERTRAG DURCH EINTEILUNG ZUM NOTFALLDIENST UND BENENNUNG EINES VERTRETERS

*OLG Köln, Urt. v. 14.01.2008– 5 U 119/07 –*

RID 09-02-225

Zurückverweisung durch BGH, Urt. v. 10.03.2009 - VI ZR 39/08 -

juris

BGB §§ 164, 167, 278, 280, 611

Wird ein Patient mittels automatischen Anrufbeantworters einer Gemeinschaftspraxis ausdrücklich an einen bestimmten anderweitigen **ärztlichen Notdienst verwiesen**, der dann auch die Behandlung übernimmt, so bringt die Gemeinschaftspraxis klar zum Ausdruck, dass sie nicht in eine vertragliche Behandlungsbeziehung zum Anrufer treten will. Ein **Behandlungsvertrag** kommt nicht zustande.

Etwas anderes folgt auch nicht aus dem Umstand, dass die Ärzte der Gemeinschaftspraxis für den betreffenden Tag als ärztlicher Notfalldienst eingeteilt waren. Die **Einteilung zum Notfalldienst**

beruht auf einer dem öffentlichem Recht zuzuordnenden Notfalldienstordnung der Ärztekammer und der KV und begründet zu Lasten des Arztes eine öffentlich-rechtliche Pflicht. Die bloße Einteilung führt aber noch nicht schon zu einem zivilrechtlichen Vertrag mit jedwedem anrufenden und um Behandlung nachsuchenden Patienten. Es muss dem eingeteilten Arzt überlassen bleiben, ob und mit wem er im Rahmen des Notdienstes einen Behandlungsvertrag schließt, was nicht ausschließt, dass er sich im Einzelfall schadensersatzpflichtig machen kann, wenn er eine Behandlung unberechtigt ablehnt oder keine Vorsorge für den Fall einer Nichtwahrnehmung des Notfalldienstes trifft.

Wird statt des zum Notfalldienst eingeteilten Arztes ein **Vertreter** tätig, ändert sich hieran nichts. Die Pflicht, einen Vertreter zu stellen, ist eine öffentlich-rechtliche Pflicht. In der Erfüllung dieser Pflicht liegt nicht zugleich eine Vollmachtserteilung im Sinne von § 167 BGB an den Vertreter, mit Wirkung für den eingeteilten Arzt Behandlungsverträge zu schließen.

Der **BGH** musste die Frage, ob ein Behandlungsvertrag mit den Ärzten der Gemeinschaftspraxis vertreten durch den ärztlichen Vertreter im Notdienst zustande gekommen ist, nicht entscheiden, weil die Kläger ausschließlich deliktische Ansprüche geltend machten. Der BGH hielt aber die Haftung der Ärzte der Gemeinschaftspraxis als Geschäftsherren für den ärztlichen Vertreter im Notdienst als Verrichtungsgehilfen nach § 831 BGB nicht für ausgeschlossen. Voraussetzung sei hierfür, dass der Vertreter in einer gewissen organisatorischen Abhängigkeit zu Ärzten gestanden habe. Dies sowie, ob die Ärzte ggf. ein Überwachungs- und Auswahlverschulden treffe, bedürfe weiterer Aufklärung.

### 3. KEIN BEHANDLUNGSFEHLER BEI MANDELOPERATION

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 05.08.2008 – 8 U 267/07 –*

RID 09-02-226

juris = GesR 2008, 83  
BGB §§ 276, 823

**Leitsatz:** Zur Frage eines Behandlungsfehlers bei der Mandeloperation eines 6-jährigen Kindes, in deren Folge es zu einer Hirnschädigung kam.

### 4. NASENPOLYPENOPERATION (SOG. PANSINUS-OPERATION)

*OLG Zweibrücken, Urt. v. 10.03.2009 – 5 U 19/07 –*

RID 09-02-227

juris  
BGB §§ 280 I, 823 I

**Leitsatz:** Wegen Schmerzensgeldes und Feststellung der Ersatzpflicht für Zukunftsschäden aufgrund Arzthaftung.

### 5. KEIN SACHKUNDEDEFIZIT EINER KRANKENKASSE BEI BERATUNG DURCH MDK

*OLG Braunschweig, Beschl. v. 07.10.2008 – 1 U 93/07 –*

RID 09-02-228

juris = GesR 2009, 196  
BGB § 280

**Leitsatz:** 1. Das **Risiko des Auftretens von Druckgeschwüren** gehört nicht zu einem Bereich, der von dem Träger eines Pflegeheimes oder eines Krankenhauses und dem dort tätigen Personal tatsächlich voll beherrscht werden kann (Anschluss an OLG Düsseldorf, Urt. v. 16.06.2004 - 15 U 160/03 - PflR 2005, 62); das gilt insbesondere dann, wenn der Patient wegen eines bereits bestehenden Druckgeschwürs stationär behandelt wird und dem - letztlich erfolgreich - behandelnden Krankenhauspersonal wegen zwischenzeitlicher Rückschläge ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird.

2. Die **Beweislastumkehr** erstreckt sich in den Fällen, in denen es um die Verwirklichung voll beherrschbarer Risiken geht, nur auf den Nachweis des Behandlungsfehlers, aber nicht auf den gesamten haftungsbegründenden Tatbestand. Auch im Bereich der Haftung für voll beherrschbare Risiken ist der Patient nicht davon befreit, den Kausalitätsnachweis zu führen.

3. In Arzthaftungsprozessen dürfen zwar an die **Substantiierungspflicht** des Klägers nur maßvolle und verständlich geringe Anforderungen gestellt und Lücken im Vortrag betreffend den medizinischen Sachverhalt nicht dem Kläger angelastet werden. Dies gilt aber nur solange, wie das typische Sachkundedefizit auf der Patientenseite bei der Einsicht in das Behandlungsgeschehen und der Erfassung, Beurteilung und Darstellung medizinischer Vorgänge nicht durch medizinische Aufklärung aufgehoben oder wenigstens gemindert ist (Anschluss an OLG Oldenburg NJW-RR 1999, 1153).

4. Eine solche medizinische Aufklärung ist bei einer **klagenden Krankenkasse** vorhanden, die den gesamten Sachverhalt einschließlich der Krankenunterlagen durch ihren **medizinischen Dienst** mehrfach - vorgerichtlich und erstinstanzlich begleitend - gutachterlich ausgewertet hat. Ein auf identischer Erkenntnisgrundlage **im Berufungsverfahren erstmalig erhobener Vorwurf** eines weiteren Behandlungsfehlers ist **präkludiert**.

## 6. AUFKLÄRUNG ÜBER ERHEBLICHES RISIKO BEI VOROPERATIONEN

*OLG München, Urt. v. 15.01.2009 – 1 U 3950/08 –*

RID 09-02-229

juris  
BGB § 823

Der Patient muss im Großen und Ganzen über die Chancen und Risiken des Eingriffs **aufgeklärt** werden. Dieser ist nicht nur über die Art des Eingriffs, sondern auch über seine nicht ganz außer Wahrscheinlichkeit liegenden **Risiken** ins Bild zu setzen, soweit diese sich für den Patienten als medizinischem Laien aus der Art des Eingriffs nicht ohnehin ergeben und für seine Entschließung von Bedeutung sein können. Zwar müssen dem Patienten nicht die Risiken in allen denkbaren Erscheinungsformen aufgezählt werden, es muss ihm aber eine allgemeine Vorstellung von der Schwere des Eingriffs und den spezifisch mit ihm verbundenen Risiken vermittelt werden, insbesondere soweit diese, wenn sie sich verwirklichten, die Lebensführung des Patienten schwer belasten würden und der Patient mit diesen Risiken nach der Natur des Eingriffs nicht rechnen konnte, wobei für die ärztliche Hinweispflicht nicht ein bestimmter Grad der Risikodichte, insbesondere nicht eine bestimmte Statistik entscheidend ist (vgl. BGH NJW 1984,1397; NJW 2000, 1784).

Eine Aufklärung genügt diesen Anforderungen, wenn über den Inhalt des Aufklärungsbogens hinaus die Patientin zusätzlich auf ein **erhebliches Risiko bei Voroperationen hingewiesen** wird.

## 7. EINZEITIGES UND ZWEIZEITIGES VORGEHEN BEI EINER BASALIOMENTFERNUNG

*OLG München, Urt. v. 12.03.2009 – 1 U 4370/08 –*

RID 09-02-230

juris  
BGB § 823

Der **Unterschied** zwischen einem einzeitigen und zweizeitigen Vorgehen bei einer Basaliomentfernung besteht darin, dass bei einem **einzeitigen Vorgehen** der Tumor entfernt und die Wunde endgültig abgedeckt und verschlossen wird, während bei einem **zweizeitigen Vorgehen** die Wunde nur provisorisch abgedeckt wird und ein endgültiger Verschluss (ggfs. mit einer Nachoperation) erst erfolgt, wenn aufgrund der histologischen Untersuchung feststeht, ob das Basaliom vollständig oder nur teilweise entfernt worden ist. Gravierende Nachteile der einzeitigen gegenüber der zweizeitigen Methode sind nicht ersichtlich.

## 8. BERUFUNG AUF HAFTUNGSAUSSCHLUSS IN WAHLLLEISTUNGSVEREINBARUNG BEI KURZFRISTIGER VORLAGE

*OLG München, Urt. v. 12.03.2009 – 1 U 2709/07 –*

RID 09-02-231

juris = BeckRS  
BGB § 823

**Leitsatz:** 1. Bezeichnet die Klagepartei in der Klageschrift eine nicht rechtsfähige Klinik als Beklagten, ergibt sich jedoch aus der Klagebegründung, dass Ansprüche wegen ärztlicher Behandlungsfehler im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt in der Klinik geltend gemacht werden, **richtet sich die Klage** im Zweifel gegen den hinter der Klinik stehenden wahren Rechtsträger. Wird im Verlauf des Verfahrens auf Antrag der Klagepartei anstelle der Klinik deren Rechtsträger als Beklagter geführt, handelt es sich um eine zulässige Rubrumsberichtigung und nicht um einen Parteiwechsel.

2. Überträgt ein Land während eines Rechtsstreits durch Gesetz Teile seiner bisherigen Rechte und Pflichten auf eine **neu gegründete Anstalt** des öffentlichen Rechts (hier: die Universitätsklinik), berührt dies weder seine prozessuale Stellung als Beklagter noch seine Passivlegitimation, sofern die Klagepartei der Übernahme des Verfahrens durch den neuen Rechtsträger nicht zustimmt.

3. Zu den Voraussetzungen einer treuwidrigen Berufung auf einen **gespaltenen Haftungsausschluss**.

4. Ein grober ärztlicher Behandlungsfehler, der bei einer 37-jährigen Frau den Verlust der Gebärmutter, eine Peritonitis, einen operationsbedürftigen Bridenileus, anhaltende psychische Beeinträchtigungen, Darmprobleme und Erschöpfungszustände verursacht, rechtfertigt ein **Schmerzensgeld** von 40.000 €.

## 9. SCHWANGERSCHAFT/GEBURTEN

### A) KEIN SCHADEN BEI UNTERLASSENER MITTEILUNG EINER SCHWANGERSCHAFT AN ELTERN EINER MINDERJÄHRIGEN

*OLG Köln, Beschl. v. 26.01.2009 – 5 U 179/08 –*

RID 09-02-232

juris  
StGB § 218a

Es stellt keine schadensursächliche Pflichtverletzung dar, wenn ein Arzt die Eltern einer minderjährigen Patientin nicht über ihre Schwangerschaft informiert hat. Für diese Beurteilung kann dahinstehen, ob eine Verpflichtung zur Information bestanden hat, wobei die Annahme einer solchen Verpflichtung erheblichen Bedenken begegnet, wenn nicht ersichtlich ist, dass dadurch ein Schaden verursacht worden sein könnte:

### B) GROBER ÄRZTLICHER BEHANDLUNGSFEHLER BEI VERZÖGERUNG DER VERLEGUNG SPEZIALKINDERKLINIK

*OLG Koblenz, Ur. v. 30.10.2008 – 5 U 576/07 –*

RID 09-02-233

juris  
BGB §§ 253, 276, 278, 328, 611, 823, 831; ZPO §§ 139, 286, 287

**Leitsatz:** 1. Stellt die **Nachtschwester** einer Neugeborenenstation eine auffällige Unruhe und Schreckhaftigkeit des knapp 40 Stunden alten Säuglings fest, muss sie **unverzüglich** einen **Arzt hinzuziehen**. Hätte sich daraufhin mit Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiger Befund ergeben (hier: Infektionssymptome) rechtfertigt das eine **Beweislastumkehr** zu Lasten des Krankenhauses.

2. Zeigt das Kind ein signifikantes Leitsymptom für eine schwere Infektion (hier: Sonnenuntergangsphänomen), kann ein grober ärztlicher Behandlungsfehler darin liegen, dass die notfallmäßige **Verlegung** in eine spezialisierte Kinderklinik um 45 Minuten **verzögert** wird.

3. Die übliche Praxis der Krankenschwestern und Pfleger, einander bei **Übergabe der Station** mündlich über alle Auffälligkeiten zu informieren, ist jedenfalls dann unbedenklich, wenn es beim Übergabericht der zuvor tätigen Kollegen noch nicht zu Beanstandungen gekommen ist. Daher ist das Stationspersonal nicht gehalten, die schriftliche Pflegedokumentation der zuvor tätigen Kollegen sofort einzusehen und zu überprüfen.

4. Die im Arzthaftungsprozess gesteigerte **gerichtliche Aufklärungspflicht** entbindet die Parteien nicht von dem Erfordernis, den ihnen bekannten oder zugänglichen Tatsachenstoff so weit vorzutragen, dass sich dem Gericht erschließt, in welche Richtung noch Klärungsbedarf besteht. Dies gilt insbesondere dann, wenn es um eine innere Tatsache geht (hier: die maßgeblichen Überlegungen für eine Nichtreaktion).

### C) TELEFONISCHER RAT BEI GEBURT

*OLG Koblenz, Ur. v. 05.02.2009 – 5 U 854/08 –*

RID 09-02-234

www.herkar.de/arzthaftung/archivarzthaftung/arzttelefonischerrat.php = GesR 2009, 198  
BGB § 823

Durch einen zutreffenden telefonischen Rat wird der Arzt nicht zum verantwortlichen Geburtsleiter.

## 10. MEDIKAMENTENEINNAHME (VIOXX): KEINE BEWEISERLEICHTERUNG NACH HERZINFARKT

*OLG Koblenz, Ur. v. 05.02.2009 – 5 U 1116/08 –*

RID 09-02-235

www.herkar.de/arzthaftung/archivarzthaftung = GesR 2009, 202 (Ls)  
AMG § 84; BGB §§ 249, 823; ZPO § 286

Keine Beweiserleichterung bei der Kausalitätsfrage, wenn ein 73-jähriger Patient mit sonstigen Risikofaktoren einen Herzinfarkt erleidet, den er auf ein später vom Markt genommenes Medikament mit unklarem, aber vermuteten Gefährdungspotential zurückführt (VIOXX).

## 11. SCHUTZ VOR STURZ AUS DEM BETT/BETTGITTER

*OLG Koblenz, Urt. v. 28.05.2008 – 5 U 280/08 –*

RID 09-02-236

juris = GesR 2008, 85

BGB §§ 276, 278, 280, 823

**Leitsatz:** 1. Der Krankenhaus-Aufnahmevertrag verpflichtet das Klinikpersonal, einen unruhig schlafenden Patienten im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren auch vor der Gefahr zu schützen, sich bei einem Sturz aus dem Bett zu verletzen. Gleichwohl ist das **Anbringen von Bettgittern** nur unter besonderen Umständen angezeigt, weil sie das Aufstehen behindern und daher ihrerseits verletzungssträchtig sein können.

2. Trotz bestehender Indikation zum Anbringen von Bettgittern muss davon abgesehen werden, wenn der über die Risiken informierte, bewusstseinsklare **Patient** eine derartige **Sicherungsmaßnahme ablehnt**.

## 12. STURZ IN GERIATRISCHER ABTEILUNG EINER REHA-KLINIK BEIM VERLASSEN DES BETTES

*OLG Oldenburg, Beschl. v. 12.12.2008 – 5 W 91/08 –*

RID 09-02-237

juris

SGB V § 107 II Nr. 2; BGB §§ 280, 823 I

**Leitsatz:** Stürzt ein Patient in der geriatrischen Abteilung einer Reha-Klinik beim Verlassen des Bettes, so ist durch Einholung eines medizinischen Gutachtens zu klären, ob der Sturz bei ordnungsgemäßem medizinischen bzw. pflegerischen Verhalten zu verhindern gewesen wäre.

## 13. VERGÜTUNG FÜR KOPIEN DER KRANKENAKTE

*LG München I, Urt. v. 19.11.2008 – 9 O 5324/08 –*

RID 09-02-238

juris = GesR 2009, 201

BGB §§ 810, 811 II

Ein Arzt genügt seiner Verpflichtung, dem **Patienten Einsicht in die Krankenakte zu gewähren**, in dem er dem Patienten **vollständige Kopien** der Krankenakte zur Verfügung stellt. Hierzu wiederum ist er nur verpflichtet, wenn ihm die **Kosten** für die Fertigung der Kopien **erstattet** werden. Der Aufwand zur Vervielfältigung einer solchen Krankendokumentation ist beträchtlich. Eine Erstattung von 50 Cent pro DIN A 4 Seite (hier: bei 318 Blatt) ist jedenfalls nicht unangemessen.

## 14. SELBSTSTÄNDIGES BEWEISVERFAHREN BZGL. FEHLERHAFT ANGEPASSTER HÜFTGELENKSPROTHESE

*OLG Nürnberg, Beschl. v. 29.05.2008 – 5 W 506/08 –*

RID 09-02-239

MedR 2009, 155 = MDR 2008, 997

ZPO § 485 II 1 Nr. 3

**Leitsatz:** 1. § 485 Abs. 2 Satz 1 ZPO erlaubt zumindest dann die Durchführung eines selbstständigen Beweisverfahren mit dem Ziel, einen ärztlichen Behandlungsfehler festzustellen, wenn es um die Frage geht, ob die eingesetzte Hüftgelenksprouthese hinreichend an die körperlichen Besonderheiten der Patientin angepasst war.

2. § 485 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ZPO lässt in einem solchen Fall auch eine Beweisaufnahme darüber zu, welche Maßnahmen gegebenenfalls geeignet und erforderlich sind, um die Folge des so festgestellten Fehlers, ein häufiges Herausspringen des Hüftgelenks zu beheben.

## 15. ZAHNÄRZTE

### A) FEHLERHAFTIGKEIT EINER NICHT MEHR REKONSTRUIERBAREN ÜBERKRONUNG

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 06.01.2009 – 8 U 31/07 –*

RID 09-02-240

juris

BGB §§ 253, 280; ZPO §§ 145, 246

**Leitsatz:** 1. Zur **Fehlerhaftigkeit** einer nicht mehr rekonstruierbaren Überkronung (Zahnarzthaftung).  
2. 2.500 € **Schmerzensgeld**; mehrmalige untaugliche Anpassungsversuche; **Nachbehandlung** erforderlich; keine außerordentlichen Beeinträchtigungen (Schmerzen; Probleme bei der Nahrungsaufnahme); Klägerin hat acht Monate gewartet, bis sie eine ordnungsgemäße Nachbehandlung in Angriff nehmen ließ; auch besonderes langwierige Fehlerbehebung in Uni-Zahnklinik grundsätzlich ersatzfähig (hier: Fahrtkosten zu 45 Sitzungen).

### B) KEINE BERUFUNG AUF ANDERWEITIGE DOKUMENTATION BEI MANGELHAFTER DOKUMENTATION

*LG Dortmund, Urt. v. 11.02.2009 – 4 O 243/06 –*

RID 09-02-241

juris

BGB §§ 253, 823

Ein Zahnarzt hat sich vom **Sitz der Prothetik**, wenn sie im Zuge von **Nachbesserungsarbeiten** aus dem Labor zurückgekehrt und eingesetzt wird, und von der Friktion erneut zu überzeugen.  
Ist die **Dokumentation** eines Zahnarztes **nicht ausreichend**, da jegliche Hinweise auf die jeweils vorliegende Friktion, die Laboraufträge und die Mängelrügen der Patientin fehlen, so kann sich der Zahnarzt nicht auf eine anderweitige Dokumentation berufen.

## III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

### 1. PRIVATBEHANDLUNG: ZAHNÄRZTLICHER BEHANDLUNGSVERTRAG/VERGÜTUNGSANSPRUCH

*LG Berlin, Urt. v. 15.05.2008 – 6 O 159/07 –*

RID 09-02-242

juris = MedR 2009, 98

BGB §§ 611 I, 628 I

Der zwischen Patientin und Zahnarzt geschlossene Vertrag über die zahnärztliche Behandlung ist ein **Dienstvertrag**, weil sich die Arbeit des Zahnarztes trotz des in ihr liegenden technischen Elements im Wesentlichen als medizinische Heilbehandlung darstellt (vgl. OLG Koblenz NJW-RR 1994, 52 m.w.N.). Bei einem solchen Vertrag wird die **Zahlungspflicht** des Patienten schon durch die Arbeitsleistung des Zahnarztes ausgelöst.

Der Vergütungsanspruch des Zahnarztes entfällt gemäß § 628 I 2 BGB ausnahmsweise nur dann, wenn der **Zahnersatz** für die Patientin **völlig wertlos und unbrauchbar** ist.

### 2. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

#### A) BGH: ERSTBEHANDLUNGSKLAUSEL UND ALLGEMEINMEDIZINER/HAUSÄRZTLICHER INTERNIST

*BGH, Urt. Beschl. v. 18.02.2009 – IV ZR 11/07 –*

RID 09-02-243

www.bundesgerichtshof.de

AVB Private Krankenversicherung

**Leitsatz:** 1. Eine im Rahmen eines so genannten **Elementartarifs** eines privaten Krankenversicherers vereinbarte Klausel, welche die volle Erstattung der Kosten für ambulante Heilbehandlung nur bei **(Erst-)Behandlung** durch einen Arzt für **Allgemeinmedizin**/praktischen Arzt oder durch Fachärzte für Gynäkologie, Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin oder einen Not- bzw. Bereitschaftsarzt vorsieht, ist nicht dahin auszulegen, dass den genannten Ärzten ein an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Facharzt für Innere Medizin ("**hausärztlicher Internist**") gleichsteht.  
2. In dieser Auslegung ist die genannte Tarifklausel wirksam.

## B) INDIVIDUELL AUSGEHANDELTE AUSSCHLUSSKLAUSEL ZUR VERHINDERUNG EINES SOG. THERAPEUTENHOPPINGS

*OLG Celle, Urt. v. 12.02.2009 – 8 U 175/08 –*  
<http://app.olg-ol.niedersachsen.de> = juris  
MB/KK § 1

RID 09-02-244

**Leitsatz:** Zur Auslegung einer individuell ausgehandelten Ausschlussklausel, mit der bei psychischer Erkrankung einem sog. Therapeutenhopping entgegengewirkt werden soll.

## 3. BVERWG: BEIHILFE UND ANGEMESSENHEIT DER KOSTEN EINER STATIONÄREN BEHANDLUNG

*BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 129/07 –*  
[www.bverwg.de](http://www.bverwg.de) = juris  
BeihVO NRW § 3

RID 09-02-245

**Leitsatz:** Die **Angemessenheit der Kosten einer stationären Behandlung** orientiert sich nicht an der Vergütung, die nach dem Behandlungsvertrag geschuldet ist.

Der Begriff der beihilferechtlichen **Angemessenheit** erschließt sich aus der Verpflichtung des Dienstherrn, Beihilfe im Rahmen des medizinisch Gebotenen gewähren zu müssen.

Der Verweis auf eine Behandlung in Universitätskliniken entbindet den Dienstherrn nicht davon, den **Nachweis** für die Notwendigkeit und Angemessenheit dafür auch im konkreten Fall zu erbringen.

## IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel

S. Hobusch/S. Ochs, Rechtsprechungsübersicht zum Medizinproduktrecht und angrenzenden Gebieten, MedR 2009, 15-25.

### 1. EUGH

#### A) MEHRFACHE PREISSENKUNGEN ZULÄSSIG

*EuGH, Urt. v. 02.04.2009 – C-352/07 –*  
[curia.europa.eu](http://curia.europa.eu)

RID 09-02-246

1. Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme ist dahin auszulegen, dass, sofern die in dieser Bestimmung vorgesehenen Anforderungen eingehalten werden, die zuständigen Behörden eines Mitgliedstaats Maßnahmen von allgemeiner Tragweite, die in der **Senkung der Preise für alle Arzneimittel** oder für bestimmte Arzneimittelkategorien bestehen, auch dann erlassen können, wenn kein entsprechender Preisstopp vorausgegangen ist.

2. Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie 89/105 ist dahin auszulegen, dass, sofern die in dieser Bestimmung vorgesehenen Anforderungen eingehalten werden, Maßnahmen der Senkung der Preise für alle Arzneimittel oder für bestimmte Arzneimittelkategorien **mehrmals im Laufe ein und desselben Jahres** über mehrere Jahre erlassen werden können.

3. Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie 89/105 ist dahin auszulegen, dass er dem Erlass von Maßnahmen, die eine Kontrolle der Preise für alle Arzneimittel oder für bestimmte Arzneimittelkategorien anhand von Ausgabenschätzungen vorsehen, nicht entgegensteht, sofern die in dieser Bestimmung vorgesehenen Anforderungen eingehalten werden und diese **Schätzungen** auf objektive und nachprüfbare Daten gestützt sind.

4. Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie 89/105 ist dahin auszulegen, dass es **Sache der Mitgliedstaaten** ist, unter Wahrung des mit dieser Richtlinie verfolgten Transparenzziels und Einhaltung der in Art. 4 Abs. 1 vorgesehenen Anforderungen die Kriterien festzulegen, anhand deren die in dieser Bestimmung vorgesehene **Überprüfung nach der gesamtwirtschaftlichen Lage** zu erfolgen hat, und dass diese Kriterien in den Arzneimittelausgaben allein, in den Gesundheitsausgaben insgesamt und auch in anderen einschlägigen Arten von Ausgaben bestehen können.

5. Art. 4 Abs. 2 der Richtlinie 89/105 ist dahin auszulegen,  
– dass die Mitgliedstaaten für ein Unternehmen, das von einer Maßnahme betroffen ist, die für alle Arzneimittel oder für bestimmte Arzneimittelkategorien einen Preisstopp oder eine Preissenkung verfügt, stets die Möglichkeit vorsehen müssen, eine **Ausnahme** von dem durch diese Maßnahme vorgeschriebenen Preis zu beantragen,

- dass die Mitgliedstaaten sicherzustellen haben, dass eine **begründete Entscheidung** über jeden derartigen Antrag getroffen wird, und
- dass die konkrete **Beteiligung** des betroffenen Unternehmens zum einen darin besteht, dass es die besonderen Gründe für seinen Ausnahmeantrag hinreichend darlegt, und zum anderen darin, dass es zusätzliche Einzelangaben macht, falls die Angaben zur Begründung des Antrags unzureichend sind.

## B) KEINE ZULASSUNGSPFLICHT VON KAPSELN MIT ROT FERMENTIERTEM REIS ALS ARZNEIMITTEL

*EuGH, Urt. v. 15.01.2009 – C-140/07 -*

RID 09-02-247

curia.europa.eu Hecht-Pharma GmbH gegen Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Lüneburg (Vorabersuchen BVerwG)  
EGRL 2001/83 Art. 1, 2; AMG § 69 I

1. Art. 2 Abs. 2 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates v. 06.11.2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel in der durch die Richtlinie 2004/27/EG des Europäischen Parlaments und des Rates v. 31.03.2004 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass die Richtlinie 2001/83 in der durch die Richtlinie 2004/27 geänderten Fassung nicht auf ein Produkt anzuwenden ist, dessen **Eigenschaft als Funktionsarzneimittel wissenschaftlich nicht nachgewiesen** ist, ohne dass sie ausgeschlossen werden kann.

2. Art. 1 Nr. 2 Buchst. b der Richtlinie 2001/83 in der durch die Richtlinie 2004/27 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass die **Kriterien der Modalitäten des Gebrauchs eines Produkts**, des Umfangs seiner Verbreitung, der Bekanntheit bei den Verbrauchern und der Risiken, die seine Verwendung mit sich bringen kann, für die Entscheidung, ob dieses Produkt unter die Definition des Funktionsarzneimittels fällt, weiter relevant sind.

3. Art. 1 Nr. 2 Buchst. b der Richtlinie 2001/83 in der durch die Richtlinie 2004/27 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass ein Produkt – abgesehen von den Stoffen oder Stoffzusammensetzungen, die dazu bestimmt sind, zur Erstellung einer medizinischen Diagnose angewandt zu werden – nicht als Arzneimittel im Sinne dieser Vorschrift angesehen werden kann, wenn es aufgrund seiner Zusammensetzung – einschließlich der Dosierung seiner Wirkstoffe – und bei bestimmungsgemäßer Anwendung die physiologischen Funktionen **nicht in nennenswerter Weise durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung** wiederherstellen, korrigieren oder beeinflussen kann.

## C) EINSCHRÄNKUNGEN FÜR ARZNEIMITTELWERBUNG GELTEN AUCH FÜR DRITTE

*EuGH, Urt. v. 02.04.2009 - C-421/07 -*

RID 09-02-248

Strafverfahren gegen Frede Damgaard; Ersuchen um Vorabentscheidung: Vestre Landsret, Dänemark curia.europa.eu = juris  
EWGRL 83/2001

Art. 86 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel in der durch die Richtlinie 2004/27/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass die **von einem Dritten vorgenommene Verbreitung von Informationen über ein Arzneimittel**, namentlich über dessen heilende oder verhütende Eigenschaften, auch dann als **Werbung** im Sinne dieser Vorschrift angesehen werden kann, wenn dieser Dritte aus eigenem Antrieb und in völliger – rechtlicher und tatsächlicher – Unabhängigkeit vom Hersteller oder vom Verkäufer handelt. Es ist Sache des nationalen Gerichts, festzustellen, ob diese Verbreitung eine Maßnahme zur Information, zur Marktuntersuchung und zur Schaffung von Anreizen mit dem Ziel darstellt, die Verschreibung, die Abgabe, den Verkauf oder den Verbrauch von Arzneimitteln zu fördern.

## 2. DRITTSCHÜTZENDER CHARAKTER DER SCHUTZFRISTREGELUNG IN § 22 AMG (CLOPIDOGREL)

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.09.2008– 13 B 1169/08 –*

RID 09-02-249

juris = PharmR 2008, 607

AMG §§ 22 III, 24a; VwGO § 80a I Nr. 1, III

Die in § 22 Abs. 3 AMG enthaltene **Frist** von zehn Verwendungsjahren bis zur Freigabe eines Arzneimittels für die **Zulassung als Generika** dient auch den Interessen pharmazeutischer Unternehmen, die innovative Arzneimittel entwickeln und auf den Markt bringen.

**Parallelentscheidung:** *OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.09.2008– 13 B 1202/08 –* RID 09-02-250

### 3. KEINE BONUS-TALER FÜR RX-PRÄPARATE

*OLG Karlsruhe, Urt. v. 12.02.2009 - 4 U 160/07 -*

RID 09-02-251

Revision zugelassen BeckRS

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8 I; AMG § 78; AMPPreisV §§ 1, 3 I

Die Gewährung von **Bonuspunkten** stellt sich aus Sicht des Kunden in erster Linie als Rabatt auf das Erstgeschäft über den Kauf preisgebundener Arzneimittel dar. Laden die Bonuspunkte den Kunden in nennenswerter Breite zur Ersparnis alltäglicher Ausgaben ein, begibt sich die werbende Apotheke auf das durch die Arzneimittelpreisverordnung verschlossene Gebiet des **unlauteren Preiswettbewerbs**.

### 4. FALSCHER VERBRAUCHERERWARTUNG „GEISTIGE FITNESS“

*OLG Stuttgart, Urt. v. 13.11.2008 - 2 U 39/08 -*

RID 09-02-252

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; HeilMWERBG §§ 3 Nr. 1, 3a S. 2

Eine Werbung, die transportiert, dass das Präparat für geistige Fitness sorgt, und die damit ein Präparat zum allgemein vorbeugenden und unterstützenden Einsatz gegen altersbedingtes Nachlassen der Konzentration und der Merkfähigkeit andient, während für das Präparat aber nicht beansprucht wird, dem alterstypischen Abbau der Hirnleistung entgegenzuwirken, verletzt das **HeilMWERBG**.

### 5. MUNDSPÜLUNG MIT DEM WIRKSTOFF CHLORHEXIDIN KEIN ARZNEIMITTEL

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 29.04.2008 - 6 U 109/07 -*

RID 09-02-253

Revision anhängig: BGH - I ZR 90/08 -

juris = GesR 2009, 80

AMG § 2

**Leitsatz:** 1. Eine Mundspülung mit dem Wirkstoff Chlorhexidin erfüllt nicht die Voraussetzungen eines **Funktionsarzneimittels**; insbesondere fehlt es insoweit an der erforderlichen pharmakologischen Wirkung.

2. Im Streitfall liegt auch kein **Präsentationsarzneimittel** vor, da das Erzeugnis nach seiner Gesamtaufmachung dem Verkehr als kosmetisches Mittel nahegebracht wird.

### 6. AUTOMATISIERTE ARZNEIMITTELAUSGABE ZULÄSSIG

*VG Mainz, Urt. v. 21.11.2008 - 4 K 375/08 -*

RID 09-02-254

juris = GewArch 2009, 125

ApoBetrO §§ 5, 17; AMG §§ 48, 52

**Leitsatz:** Bei einem Arzneimittelbezug über ein Apothekenabgabeterminal, bei dem **Kunde und Apotheker mittels Bildschirmtelefonie kommunizieren** und dessen Druckfunktion auf der Originalverschreibung die gesetzlich geforderten Angaben gemäß § 17 Apothekenbetriebsordnung aufbringt, liegt kein Verstoß gegen apothekenrechtliche und arzneimittelrechtliche Vorschriften vor.

### 7. UNZULÄSSIGE BEWERBUNG DES VERKÜRZTEN VERSORGUNGSWEGS MIT BRILLEN

*OLG Stuttgart, Urt. v. 30.10.2008 - 2 U 25/08 -*

RID 09-02-255

juris = GesR 2009, 216 (Ls.)

UWG §§ 3, 4 Nr. 1 u. 11; BO Baden-Württemberg §§ 3 II, 34 V

**Leitsatz:** 1. Der sog. **verkürzte Versorgungsweg mit Brillen** ist unter wettbewerbs-/standesrechtlichen Aspekten nicht gleichzusetzen mit demjenigen auf dem Gebiet der Hörgeräteakustik.

2. Werbeaussagen eines Brillenlieferanten gegenüber Augenärzten, mit denen diese zur Teilnahme am sog. verkürzten Versorgungsweg für Brillengläser und -fassungen gewonnen werden sollen, können **unlautere Anstiftung** zu einem Verstoß gegen §§ 3, 4 Nr. 1 UWG und §§ 3, 4 Nr. 11 UWG i.V.m. § 3 II und 34 V BOA darstellen. Dasselbe gilt, wenn Augenärzten zur Weitergabe an Patienten bestimmtes Werbematerial für den verkürzten Versorgungsweg überlassen wird oder ihnen zur Verwendung in der Arztpraxis eine Musterkollektion von Brillenfassungen oder eine systemspezifische Computerausstattung zur Verfügung gestellt wird.

## V. 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

#### A) ERRICHTUNG PRIVATER KRANKENANSTALTEN IN ÖSTERREICH

*EuGH, Urt. v. 10.03.2009 - C-169/07 -*

RID 09-02-256

curia.europa.eu

Vorabentscheidungsersuchen Verwaltungsgerichtshof (Österreich) mit Entscheidung vom 22.02.2007

Hartlauer Handelsgesellschaft mbH ./ Wiener Landesregierung, Oberösterreichische Landesregierung

Nationalen Rechtsvorschriften wie den im Ausgangsverfahren fraglichen, wonach für die Errichtung einer privaten Krankenanstalt in der Betriebsform eines **selbständigen Ambulatoriums für Zahnheilkunde** eine **Bewilligung** erforderlich ist und diese Bewilligung, wenn angesichts des bereits bestehenden Versorgungsangebots durch Kassenvertragsärzte kein die Errichtung einer solchen Anstalt rechtfertigender **Bedarf** besteht, zu versagen ist, steht Art. 43 EG in Verbindung mit Art. 48 EG entgegen, sofern sie **nicht auch Gruppenpraxen** einem solchen System unterwerfen und sofern sie nicht auf einer Bedingung beruhen, die geeignet ist, der Ausübung des **Ermessens** durch die nationalen Behörden hinreichende **Grenzen** zu setzen.

#### B) PFLICHTMITGLIEDSCHAFT IN BERUFSGENOSSENSCHAFT

*EuGH, Urt. v. 05.03.2009 - C-350/07 -*

RID 09-02-257

curia.europa.eu = juris

Kattner Stahlbau GmbH ./ Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft

Vorabentscheidungsersuchen LSG Sachsen, Beschl. v. 24.07.2007 – L 6 U 2/06 –

EG Art. 49, 50, 81, 82, 86; SGB VII §§ 136, 150 ff.

1. Die Art. 81 EG und 82 EG sind dahin auszulegen, dass eine Einrichtung wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende **Berufsgenossenschaft**, der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebranche angehören, für die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten beitreten müssen, kein Unternehmen im Sinne dieser Vorschriften ist, sondern **eine Aufgabe rein sozialer Natur wahrnimmt**, soweit sie im Rahmen eines Systems tätig wird, mit dem der **Grundsatz der Solidarität** umgesetzt wird und das **staatlicher Aufsicht** unterliegt, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.

2. Die Art. 49 EG und 50 EG sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen nicht entgegenstehen, nach der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebranche angehören, **verpflichtet** sind, einer Einrichtung wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden **Berufsgenossenschaft beizutreten**, soweit dieses System nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung des Ziels der Gewährleistung des finanziellen Gleichgewichts eines Zweigs der sozialen Sicherheit erforderlich ist, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.

### 2. BVERFG

#### A) SCHLIEßUNG EINER BETTENSTATION DER NUKLEARMEDIZINISCHEN KLINIK AN UNIVERSITÄTSKLINIKUM

*BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 27.11.2007 – 1 BvR 1736/07 –*

RID 09-02-258

GesR 2009, 95 = NVwZ-RR 2008, 217 = www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 5 III 1

*OVG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 23.04.2007 - 15 B 2574/06 - verletzt den Bf. in seinem Grundrecht aus Art. 5 III 1 GG. Der Beschl. wird aufgehoben und die Sache zur erneuten Entscheidung an das OVG zurückverwiesen.

Wegen der untrennbaren Verknüpfung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung an den Universitätskliniken darf das **Grundrecht des medizinischen Hochschullehrers auf Wissenschaftsfreiheit** auch bei seiner Tätigkeit in der Krankenversorgung jedoch nicht unberücksichtigt bleiben (vgl. BVerfGE 57, 70 <98>). Dem ist auch im Rahmen einer organisatorischen Trennung von Universität und Universitätsklinikum Rechnung zu tragen.

Der einzelne am Fachbereich Medizin tätige Hochschullehrer hat einen grundrechtlich geschützten Anspruch darauf, dass **Organisationsmaßnahmen des Universitätsklinikums** im Bereich der Krankenversorgung, soweit diese Forschung und Lehre betreffen, nicht ohne das zur Sicherung seiner wissenschaftlichen Belange erforderliche **Einvernehmen des Fachbereichs Medizin** und damit unter Wahrung seiner insoweit bestehenden Einflussmöglichkeiten auf den organisierten Wissenschaftsbetrieb erfolgen (zu diesen vgl. BVerfGE 95, 193 <209 f.> m.w.N.).

## **B) BEGRÜNDUNG EINER NICHTZULASSUNGSBESCHWERDE MIT VERFASSUNGSWIDRIGKEIT EINER NORM**

**BVerfG, I. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 27.02.2009 – 1 BvR 3505/08 –**

**RID 09-02-259**

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

GG Art. 2 I, 19 IV, 20 III; ArbGG § 72a II Nr. 1, III 2 Nr. 1; SGB VII § 104 I 1

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BAG**, Beschl. v. 30.10.2008 - 8 AZN 889/08 – u. 21.08.2008 - 8 AZN 360/08 - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Mit der **Verfassungswidrigkeit einer Norm** kann u.U. eine **Nichtzulassungsbeschwerde** begründet werden.

Die Gerichte dürfen im Hinblick auf das Grundrecht auf wirkungsvollen Rechtsschutz (Art. 2 I GG i.V.m. dem Rechtsstaatsprinzip) verfahrensrechtliche Regelungen nicht so auslegen und anwenden, dass den Parteien der Zugang zu den in den Verfahrensordnungen eröffneten Instanzen in unzumutbarer, aus Sachgründen nicht mehr zu rechtfertigender Weise erschwert wird (vgl. BVerfGE 77, 275 <284>; 88, 118 <125>; BVerfGK 4, 87 <90 f.>). Wird einem Bf. im Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren ohne nähere Sachprüfung die Möglichkeit versperrt, die Zulassung der Revision nach § 72a III 2 Nr. 1 ArbGG mit der Behauptung der Verfassungswidrigkeit der streitentscheidenden Norm zu erreichen, so dürfte darin eine **unzumutbare**, mit dem Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz unvereinbare **Erschwerung des Zugangs zur Revisionsinstanz** liegen.

## **3. BAYERISCHEM HAUSÄRZTEVERBAND WIRD WEITERGABE EINER PATIENTENINFORMATION UNTERSAGT**

**LG München I, Beschl. v. 07.04.2009 – 11 HK O 6351/09 –**

**RID 09-02-260**

Dem Hausärzteverband wird es auf Antrag der Wettbewerbszentrale untersagt, seinen Mitgliedern eine derartige Patienteninfo (unten auszugsweise dargestellt) zur Verfügung zu stellen.

**Das Landgericht:** „Der Tenor des Schreibens ... überschreitet dabei auch die Grenzen einer legitimen Information über den Stand der Verhandlungen mit den verschiedenen Kassen über den Abschluss eines Hausarztvertrages. ... Auf Grund des in besonderem Maße geschützten Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient steht zu besorgen, dass Patienten sich zu einem Krankenkassenwechsel gedrängt fühlen, um das Wohlwollen und die Zuwendung ihres Arztes nicht zu verlieren...“  
**Auszug aus dem Vorschlag des Bayerischen Hausärzteverbandes vom 06.03.2009 für eine Patienteninformation:** „... So bieten die meisten Kassen ihren Versicherten entgegen ihrer ausdrücklichen gesetzlichen Verpflichtung bis heute keinen Hausarztvertrag an.

Nur die AOK Bayern ist bisher als einzige Kasse bereit, ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen und hat mit dem Hausärzteverband einen umfassenden Hausarztvertrag abgeschlossen. Dieser AOK-Hausarztvertrag bringt für die Versicherten der AOK deutliche Vorteile:...

Alle AOK-Versicherten können diesem Vertrag beitreten und profitieren damit nicht nur von den Vorteilen, sondern tragen gleichzeitig zum künftigen Erhalt der hausärztlichen Versorgung bei.

Liebe Patienten, wenn Sie über einen Kassenwechsel nachdenken, sollten Sie vielleicht auch den Erhalt Ihrer hausärztlichen Versorgung in Ihre Überlegungen einbeziehen. Wenn es keinen Hausarzt mehr gibt, heißt die Alternative lange Anfahrtswege, lange Wartezeiten, ...“

Vgl. **Pressemitteilung** der Wettbewerbszentrale v. 09.04.2009 - [www.wettbewerbszentrale.de/de/home/\\_pressemitteilung](http://www.wettbewerbszentrale.de/de/home/_pressemitteilung)

#### 4. KEIN WIDERRUF EINER AMTSÄRZTLICHEN DIAGNOSE

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.12.2008 – 13 E 1108/08 –*  
juris = GesR 2009, 195

RID 09-02-261

**Leitsatz:** Ein von dem Betroffenen geltend gemachtes Begehren auf Widerruf der in einem amtsärztlichen Gutachten gestellten Diagnose scheidet regelmäßig daran, dass es sich um ein auf der fachlichen Einschätzung des Arztes beruhendes Werturteil handelt.

#### 5. HEILPRAKTIKERERLAUBNIS FÜR LASER-OHRAKUPUNKTUR

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.11.2008 – 13 B 1488/08 –*  
juris = GesR 2008, 107 = MedR 2009, 235  
HeilprG § 1; GG Art. 12 I

RID 09-02-262

**Leitsatz:** Laser-Ohrakupunktur erfordert Heilpraktikererlaubnis.

#### 6. „TESTMITGLIEDSCHAFT“ IN GESETZLICHER KRANKENKASSE

*LG Hannover, Urt. v. 25.11.2008 – 18 O 249/08 –*  
WRP 2009, 350 (Ls)  
UWG § 8 II Nr. 3 u. 5

RID 09-02-263

Der Begriff der **Testmitgliedschaft** erweckt beim angesprochenen Verbraucher den Eindruck, er erhalte nach Abschluss der Testphase die Gelegenheit, sich von der Mitgliedschaft zu lösen und den vorherigen Zustand wieder herzustellen. Der Verbraucher wird getäuscht, wenn sich die **Wechselmöglichkeit sozialrechtlich auf eine bestimmte Kassenart beschränkt**.

#### 7. VERMITTLUNG PRIVATER ZUSATZVERSICHERUNGSVERTRÄGE DURCH GESETZL. KRANKENKASSE

*OLG Braunschweig, Urt. v. 16.12.2008 – 2 U 9/08 –*  
juris

RID 09-02-264

SGB V § 194 Ia; SGB V §§ 13, 14; UWG §§ 3, 7 II Nr. 2, 8 III Nr. 3, 12 I 2

Die **Vermittlung von privaten Zusatzversicherungsverträgen** zwischen einem Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse und einem privaten Krankenversicherungsunternehmen ist der **gesetzlichen Krankenkasse** gemäß § 194 Ia SGB V zwar erlaubt, wenn dies in ihrer Satzung vorgesehen ist. Dabei handelt die Krankenkasse jedoch nicht in Erfüllung ihres öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrages, sondern im Rahmen einer **erlaubten Nebentätigkeit**. Nach dem ausdrücklich erklärten Willen des Gesetzgebers sollen in diesem Bereich also gerade die Regeln über das **Wettbewerbs- und Kartellrecht** Anwendung finden.

Allgemeine, für alle Versicherten nützliche Informationen über den Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung und die Möglichkeit, sich privat ergänzend abzusichern, können ebenso wie die Werbung für zu vermittelnde Zusatzversicherungen wesentlich schonender ohne die mit **unaufgeforderten Telefonanrufen** verbundene Belästigung per Post, in Kundenzeitschriften oder im Internet vermittelt werden. Insofern ist die Situation nicht anders als bei Kunden privater Versicherungsunternehmen, die im Rahmen des § 6 VVG ebenfalls zur Beratung ihrer Versicherungsnehmer verpflichtet sind und bei denen in der Angabe der Telefonnummer ohne weitere Erläuterungen auch keine konkludente Einwilligung in Anrufe zu Änderungs- oder Ergänzungsangeboten liegt (vgl. OLG Frankfurt NJW-RR 2005, 1400 = GRUR 2005, 964f).

## 8. KRANKENHÄUSER

*J. Patt/C. Wilde*, Ausgründung von Privatkliniken durch öffentliche Krankenhäuser – zulässige Rechtsgestaltung oder Gestaltungsmissbrauch?, MedR 2008, 707-712

### A) BVERWG: MEHRKOSTEN DER AUSBILDUNGSVERGÜTUNGEN

*BVerwG, Urt. v. 20.11.2008 – 3 C 39.07 –*

RID 09-02-265

www.bverwg.de = juris = GesR 2009, 162 = PflR 2009, 203 m. Anm. Rossbruch = G+G 2009, Nr. 2, 42  
KHG § 17a I 1 u. 2

**Leitsatz:** 1. § 17a Abs. 1 Satz 1 KHG umfasst die **Kosten**, die dem Krankenhaus dadurch entstehen, dass es Träger oder Mitträger einer staatlich anerkannten **Krankenpflegeschule** ist. Der Tatbestand der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen stellt einen Ausschnitt aus den insgesamt pflegesatzfähigen Ausbildungskosten dar, dessen Besonderheit in seiner pauschalierten Berechnung liegt.

2. Die Veränderung des **Anrechnungsschlüssels** in § 17a Abs. 1 Satz 2 KHG durch das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003 (BGBl I S. 1442) schreibt die herkömmliche Lasten- und Kostenzuordnung fort. Neuartige Lasten, die das Krankenhaus im Gefolge des neuen Krankenpflegegesetzes treffen, erfasst sie hingegen nicht.

### B) BVERWG: BERÜCKSICHTIGUNG DER BAT-BERICHTIGUNG FÜR DAS JAHR 2004

*BVerwG, Urt. v. 16.10.2008 – 3 C 22.07 –*

RID 09-02-266

www.bverwg.de = juris = NVwZ-RR 2009, 115 (Ls.)  
KHEntGG §§ 3 I 4, III, 4 II, VII 1 Nr. 2, 6 II

**Leitsatz:** Bei der Ermittlung des Erlösbudgets des Krankenhauses für 2005 ist auch eine BAT-Berichtigung für das Jahr 2004 vorzunehmen.

### C) BELEIHUNG PRIVATER KRANKENHÄUSER

*Staatsgerichtshof Niedersachsen, Urt. v. 05.12.2008 – StGH 2/07 –*

RID 09-02-267

www.staatsgerichtshof.niedersachsen.de  
Verfassung Niedersachsen Art. 1 II, 2 I, 60

**Leitsatz:** 1. Art. 60 Satz 1 NV beschränkt sich in seinem Anwendungsbereich nicht auf die Binnenstruktur der Landes- und Kommunalverwaltung, sondern bezieht sich auf sämtliche **öffentlichen Aufgaben**, bei deren Wahrnehmung hoheitsrechtliche Befugnisse ausgeübt werden. Die Vorschrift ist deshalb auch bei der Ausübung hoheitsrechtlicher Befugnisse durch beliehene Private anwendbar.

2. Mit dem Begriff der Ausübung **hoheitsrechtlicher Befugnisse** in Art. 60 Satz 1 NV werden zumindest diejenigen öffentlichen Aufgaben erfasst, bei deren Wahrnehmung einseitig grundrechtsrelevante Entscheidungen gegenüber den Adressaten getroffen werden. Auf die Abgrenzung zwischen Eingriffs- und Leistungsverwaltung kommt es hierbei nicht an.

3. Die nach Art. 60 Satz 1 NV zulässigen **Ausnahmen** und ihre Rechtfertigung sind nach dem Zweck der Norm zu bestimmen, die Gesetzmäßigkeit der Verwaltung und das staatliche Gewaltmonopol zu sichern. Für eine Durchbrechung der in Art. 60 Satz 1 NV enthaltenen Regel sind ein rechtfertigender Gemeinwohlbelang und eine Einzelbetrachtung der den Nichtbeamten übertragenen Befugnisse erforderlich. Dem Gesetzgeber kommt hinsichtlich der Gemeinwohlbelange ein weiter Prognose- und Gestaltungsspielraum zu.

4. Das in Art. 1 Abs. 2, 2 Abs. 1 NV niedergelegte **Demokratieprinzip** gebietet es, dass im Falle der Übertragung hoheitsrechtlicher Befugnisse auf juristische Personen des Privatrechts oder Personengesellschaften im Wege der **Beleihung** die natürlichen Personen, die diese Befugnisse tatsächlich ausüben, über eine personelle **demokratische Legitimation verfügen**. Fachaufsichtsrechtliche Befugnisse gegenüber den Beliehenen zur Kontrolle der Recht- und Zweckmäßigkeit bei Erledigung der übertragenen Aufgaben genügen dem Demokratieprinzip nicht.

5. Die **sachlich-inhaltliche Legitimation von Beliehenen**, die ebenfalls aus dem Demokratieprinzip abzuleiten ist, erfordert bei Aufgaben, deren Wahrnehmung mit erheblichen **Grundrechtseingriffen** für die Betroffenen verbunden sind, in der Regel **unmittelbare Weisungsrechte der staatlichen Fachaufsicht** gegenüber den einzelnen Funktionsträgern. Der Fachaufsicht muss deshalb gesetzlich eine begleitende Aufsicht vor Ort ermöglicht werden.

6. Durch eine nach diesen Grundsätzen **effektive Fachaufsicht** vor Ort kann eine fehlende personelle **demokratische Legitimation** der tatsächlich handelnden Funktionsträger einer beliehenen Gesellschaft nicht ausgeglichen werden.

## D) PERSÖNLICHE BERATUNGSPFLICHT DES KRANKENHAUSAPOTHEKERS

*VG Münster, Urt. v. 09.12.2008 – 5 K 169/07 –*

RID 09-02-268

juris

ApoG § 14 V

§ 14 V 2 Nr. 4 ApoG verlangt nicht nur eine jederzeit abrufbare Beratung durch einen Apotheker, sondern stellt auf dessen persönliche Beratung ab. Dies erfordert jedoch die **körperliche Anwesenheit des Apothekers im Krankenhaus**, wie sich aus dem Wortlaut, Systematik, Sinn und Zweck der Norm sowie ihrer Entstehungsgeschichte ergibt. Eine solche Auslegung widerspricht auch nicht europarechtlichen Vorgaben.

## E) ZULÄSSIGER "BOYKOTTAUFTRUF" WEGEN MISSSTÄNDEN IN KRANKENHAUS

*OLG Dresden, Beschl. v. 23.10.2008 – 4 W 1003/08 –*

RID 09-02-269

juris = GesR 2009, 217

GG Art. 2 I; StGB § 240; BGB §§ 823, 824, 1004

**Leitsatz:** 1. Der von dem Angehörigen eines Patienten mitgeteilten Absicht, in einem "offenen Brief" auf Missstände in einem Krankenhaus hinzuweisen und für dessen "Boykott" zu werben, kann nicht mit einer vorbeugenden Unterlassungsklage begegnet werden, wenn der Wortlaut dieses Briefes nicht bekannt ist.

2. Die Bewertung einer Behandlung als "unmenschlich" stellt für sich genommen noch **keine Schmähkritik** der Krankenhausverantwortlichen dar.

## 9. SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHT DER MITGLIEDER DES KV-VORSTANDES

*SG Berlin, Urt. v. 19.03.2009 – S 72 KR 1620/07 –*

RID 09-02-270

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB IV §§ 7 I, 79; SGB V § 5 I Nr. 1; SGB XI § 20 I 2 Nr. 1; SGB VI § 1 I Nr. 1, SGB III § 25 I 3; BGB § 611

**Leitsatz:** Ein **Vorstandsmitglied**, das seine volle Arbeitskraft **ohne jedes eigene Unternehmerrisiko** der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung stellt, bei der Führung der Geschäfte die Bestimmungen der Gesetze, der Satzung, der Geschäftsordnung und des Dienstvertrages sowie die Beschlüsse und Weisungen der Organe - hier der Vertreterversammlung - zu beachten hat, seine Arbeitszeit im Wesentlichen nicht frei bestimmen kann und für seine Tätigkeit ein festes Gehalt sowie bezahlten Urlaub usw. erhält, steht in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis und unterliegt daher grundsätzlich der Versicherungspflicht.

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

## 10. VERWALTUNGSGEBÜHR FÜR LEICHENSCHAU

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 14.04.2009 – 8 LA 34/09 –*

RID 09-02-271

www.dbovg.niedersachsen.de

BestattG § 12; Nieders. VwKG §§ 3 II, 9

**Leitsatz:** 1. Die Höhe einer durch Verordnung nach § 3 NVwKostG eingeführten Mindestgebühr darf den im Einzelfall entstehenden Verwaltungsaufwand überschreiten.

2. Etwaige Fehler bei der Vorkalkulation einer Mindestgebühr nach § 3 NVwKostG führen nicht zwingend zur Rechtswidrigkeit der Gebührenerhebung.

## 11. SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKTBERATUNG

### A) BVERWG: KOMMUNALE FÖRDERUNG EINER BERATUNGSSTELLE

*BVerwG, Beschl. v. 07.01.2009 – 3 B 88/08 –*

RID 09-02-272

www.bverwg.de = juris = NJW 2009, 1016

SchKG § 4

**Leitsatz:** Das **Schwangerschaftskonfliktgesetz** des Bundes zieht einer über die durch § 4 Abs. 2 und 3 SchKG gebotene öffentliche Förderung hinausgehenden, **zusätzlichen kommunalen Förderung** von Konfliktberatungsstellen nur insofern Grenzen, als diese die Sicherstellung eines ausreichenden Angebots an wohnortnahen pluralen Beratungsstellen nicht vereiteln darf.

## B) FÖRDERANSPRUCH UND PERSONAL- UND SACHKOSTEN

*VG Hannover, Urt. v. 14.01.2009 – 11 A 1261/08 –*

RID 09-02-273

juris

Schwangerschaftskonfliktgesetz §§ 4 II, III, 6 I; Nieders. AusführungsG zum SchKG

**Leitsatz:** 1. § 4 Abs. 2 SchKG vermittelt dem Träger einer Schwangerenberatungsstelle i.S.d. Schwangerschaftskonfliktgesetzes unmittelbar einen **Förderanspruch** in Höhe von mindestens 80 % seiner tatsächlichen Personal- und Sachkosten, soweit diese notwendig sind (Anschluss an BVerwG).  
2. Zu den **förderfähigen Personalkosten** zählen bei der gebotenen betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise auch die Personalgemeinkosten sowie die Kosten für zur Beratung herangezogene Fachkräfte nach § 6 Abs. 2 SchKG.  
3. Der Maßstab der Notwendigkeit begrenzt die förderfähigen Personalkosten in der Weise, dass die **marktübliche Entlohnung** für qualifiziertes Personal und nicht die konkrete Entlohnung durch den Träger die Höhe der Förderung bestimmt. Marktüblich sind in diesem Bereich Gehälter, die durch die Tarifstruktur im öffentlichen Dienst geprägt sind.  
4. Die Pauschalierung der Förderung durch ein **Landesgesetz** (hier durch Verweisung auf standardisierte Personalkostensätze nach § 7 Abs. 1 Nds. AG SchKG ist mit der bundesrechtlichen Vorgabe vereinbar, wenn der Mindest-Förderanspruch aus § 4 Abs. 2 SchKG nicht unterschritten wird.

## 12. RECHTSGRUNDLAGE ERFORDERLICH FÜR NICHTAUFNAHME IN NOTDIENSTPLAN (TIERÄRZTE BERLIN)

*VG Berlin, Beschl. v. 19.02.2009 – 9 L 80.09 –*

RID 09-02-274

juris

VwGO § 80 V; Berliner KammerG § 4a I 2 Nr. 4; BO Tierärztekammer Berlin § 19 I

Für die „**Nichtaufnahme**“ in einen **Notdienstplan** bedarf es einer hinreichenden **Rechtsgrundlage**, weil es sich bei der Beschränkung des Teilnahmeanspruchs um eine Berufsausübungsregelung im Sinne von Art. 12 I GG handelt. Weder das BerlKaG noch die auf diesem Gesetz beruhende Berufsordnung der Tierärztekammer Berlin enthalten Regelungen, die eine solche Rechtsfolge zulassen. Sowohl das genannte Gesetz als auch die Berufsordnung sehen einen zwangsweisen Ausschluss vom tierärztlichen Notdienst nicht vor.

## 13. DIE ALTERSGRENZE VON 65 JAHREN FÜR SEELOTSEN IST NICHT ZU BEANSTANDEN

*VG Oldenburg, Beschl. v. 31.10.2008 – 7 B 2870/08 –*

RID 09-02-275

juris

AGG §§ 1 Nr. 5; 12 I GG; EGRL 78/2000

**Leitsatz:** 1. Die Altersgrenze für Seelotsen ist mit der Berufsfreiheit der betroffenen Seelotsen vereinbar. Auch im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung ist es weiterhin sachlich gerechtfertigt, den Gefahren, die mit der Tätigkeit älterer Seelotsen verbunden sein können, durch die starre Altersgrenze von 65 Jahren entgegenzutreten.  
2. Die Altersgrenze aus § 18 SeeLG verstößt nicht gegen Art. 3 Abs. 1 GG. Einer Anwendung von § 18 SeeLG steht auch nicht das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz – insb. § 1 AGG - entgegen. Die Altersgrenze aus § 18 SeeLG verstößt nicht gegen vorrangiges Gemeinschaftsrecht.

## 14. STEUERRECHT: UMSATZSTEUERFREIE MUSIKTHERAPIE ZUR BERUFVORBEREITUNG

*FG München, Urt. v. 10.12.2008 – 14 K 3387/05 –*

RID 09-02-276

juris

UstG § 4 Nr. 21; EWGRL 388/77 Art. 13

Umsätze aus einer **Musiktherapie** und aus **Kursveranstaltungen** zum Thema Neurolinguistisches Programmieren, mit denen **Menschen mit psychischen und psychosomatischen Problemen** behandelt werden, sind nach § 4 Nr. 21 UStG steuerfrei, wenn feststeht, dass die Kurse als Schulmaßnahmen und Bildungsmaßnahmen auf einen Beruf oder auf eine vor einer juristischen Person des öffentlichen Rechts abzulegende Prüfung vorbereiten

## Verzeichnis der Entscheidungen

|  |               |
|--|---------------|
| <b>BGH</b> , Urt. v. 16.11.2006 – 3 StR 204/06 –                         | RID 09-02-218 |
| BGH, Urt. Beschl. v. 18.02.2009 – IV ZR 11/07 –                          | RID 09-02-243 |
| BGH, Urt. v. 10.03.2009 – VI ZR 39/08 –                                  | RID 09-02-224 |
| <b>BSG</b> , Beschl. v. 27.06.2007 – B 6 KA 20/07 B –                    | RID 09-02-106 |
| BSG, Urt. v. 17.07.2008 – B 3 KR 16/07 R –                               | RID 09-02-202 |
| BSG, Urt. v. 17.07.2008 – B 3 KR 18/07 R –                               | RID 09-02-203 |
| BSG, Urt. v. 17.07.2008 – B 3 KR 23/07 R –                               | RID 09-02-204 |
| BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 13/07 R –                               | RID 09-02-105 |
| BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 28/07 R –                               | RID 09-02-109 |
| BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 46/07 R –                               | RID 09-02-96  |
| BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 47/07 R –                               | RID 09-02-97  |
| BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 48/07 R –                               | RID 09-02-98  |
| BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 51/07 R –                               | RID 09-02-95  |
| BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 55/07 R –                               | RID 09-02-107 |
| BSG, Urt. v. 17.09.2008 – B 6 KA 56/07 R –                               | RID 09-02-103 |
| BSG, Urt. v. 18.09.2008 – B 3 KR 15/07 R –                               | RID 09-02-199 |
| BSG, Urt. v. 18.09.2008 – B 3 KR 22/07 R –                               | RID 09-02-198 |
| BSG, Urt. v. 24.09.2008 – B 12 KR 10/07 R –                              | RID 09-02-205 |
| BSG, Urt. v. 24.09.2008 – B 12 KR 11/07 R –                              | RID 09-02-206 |
| BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 1/08 R –                                | RID 09-02-99  |
| BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 10/08 R –                               | RID 09-02-104 |
| BSG, Beschl. v. 05.11.2008 – B 6 KA 17/07 B –                            | RID 09-02-100 |
| BSG, Urt. v. 06.11.2008 – B 1 KR 6/08 R –                                | RID 09-02-195 |
| BSG, Beschl. v. 20.11.2008 – 3 KR 25/08 B –                              | RID 09-02-201 |
| BSG, Beschl. v. 10.12.2008 – B 6 KA 37/08 B –                            | RID 09-02-94  |
| BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KN 1/07 KR R –                             | RID 09-02-197 |
| BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KR 2/08 R –                                | RID 09-02-194 |
| BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KN 3/07 KR R –                             | RID 09-02-196 |
| BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KR 10/08 R –                               | RID 09-02-200 |
| BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KR 11/08 R –                               | RID 09-02-193 |
| BSG, Beschl. v. 22.01.2009 – B 6 KA 52/08 B –                            | RID 09-02-102 |
| BSG, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 17/08 B –                            | RID 09-02-101 |
| BSG, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 38/08 B –                            | RID 09-02-108 |
| BSG, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 53/07 B –                            | RID 09-02-111 |
| BSG, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 54/07 B –                            | RID 09-02-110 |
| BSG, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 66/07 B –                            | RID 09-02-112 |
| <b>BVerfG</b> , 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 27.11.2007 – 1 BvR 1736/07 – | RID 09-02-258 |
| BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 25.02.2009 – 1 BvR 120/09 –           | RID 09-02-143 |
| BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 27.02.2009 – 1 BvR 2982/07 –         | RID 09-02-119 |
| BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 27.02.2009 – 1 BvR 3505/08 –          | RID 09-02-259 |
| BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 19.03.2009 – 1 BvR 316/09 –           | RID 09-02-126 |
| <b>BVerwG</b> , Urt. v. 16.10.2008 – 3 C 22.07 –                         | RID 09-02-266 |
| BVerwG, Urt. v. 20.11.2008 – 3 C 39.07 –                                 | RID 09-02-265 |
| BVerwG, Urt. v. 11.12.2008 – 3 C 33.07 –                                 | RID 09-02-207 |
| BVerwG, Beschl. v. 07.01.2009 – 3 B 88/08 –                              | RID 09-02-272 |
| BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 129/07 –                                | RID 09-02-245 |
| <b>EuGH</b> , Urt. v. 15.01.2009 – C-140/07 –                            | RID 09-02-247 |
| EuGH, Urt. v. 05.03.2009 – C-350/07 –                                    | RID 09-02-257 |
| EuGH, Urt. v. 10.03.2009 – C-169/07 –                                    | RID 09-02-256 |
| EuGH, Urt. v. 02.04.2009 – C-352/07 –                                    | RID 09-02-246 |
| EuGH, Urt. v. 02.04.2009 – C-421/07 –                                    | RID 09-02-248 |
| <b>FG München</b> , Urt. v. 10.12.2008 – 14 K 3387/05 –                  | RID 09-02-276 |
| <b>KG Berlin</b> , Beschl. v. 09.10.2008 – 1 AR 678/06 –                 | RID 09-02-219 |
| KG Berlin, Urt. v. 26.02.2009 – 22 U 107/08 –                            | RID 09-02-216 |
| <b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 15.07.2008 – L 11 KR 2825/04 –    | RID 09-02-154 |
| LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.01.2009 – L 11 KR 3126/08 –            | RID 09-02-124 |
| LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 23.01.2009 – L 11 WB 5971/08 –         | RID 09-02-168 |
| <b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 19.06.2008 – L 4 KR 227/05 –                 | RID 09-02-128 |
| LSG Bayern, Urt. v. 08.10.2008 – L 12 KA 354/07 –                        | RID 09-02-71  |
| LSG Bayern, Urt. v. 09.10.2008 – L 4 KR 466/07 –                         | RID 09-02-145 |
| LSG Bayern, Urt. v. 29.10.2008 – L 12 KA 394/07 –                        | RID 09-02-06  |
| LSG Bayern, Urt. v. 29.10.2008 – L 12 KA 395/07 –                        | RID 09-02-07  |
| LSG Bayern, Urt. v. 29.10.2008 – L 12 KA 397/07 –                        | RID 09-02-05  |
| LSG Bayern, Urt. v. 26.11.2008 – L 12 KA 5002/06 –                       | RID 09-02-56  |
| LSG Bayern, Urt. v. 26.11.2008 – L 12 KA 5008/07 –                       | RID 09-02-55  |
| LSG Bayern, Urt. v. 26.11.2008 – L 12 KA 5012/06 –                       | RID 09-02-18  |
| LSG Bayern, Urt. v. 27.11.2008 – L 4 KR 75/07 –                          | RID 09-02-135 |
| LSG Bayern, Urt. v. 27.11.2008 – L 4 KR 455/07 –                         | RID 09-02-147 |
| LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 5/08 –                          | RID 09-02-80  |
| LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 164/05 –                        | RID 09-02-68  |
| LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 189/05 –                        | RID 09-02-27  |
| LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 227/05 –                        | RID 09-02-23  |
| LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 445/04 –                        | RID 09-02-03  |
| LSG Bayern, Beschl. v. 05.12.2008 – L 4 B 989/08 KR ER –                 | RID 09-02-125 |
| LSG Bayern, Urt. v. 09.12.2008 – L 5 KR 36/08 –                          | RID 09-02-152 |
| LSG Bayern, Urt. v. 09.01.2009 – L 5 B 211/08 KR –                       | RID 09-02-191 |

|  |               |
|--|---------------|
| LSG Bayern, Urt. v. 13.01.2009 – L 5 KR 13/08 –                        | RID 09-02-116 |
| LSG Bayern, Urt. v. 22.01.2009 – L 4 KR 147/07 –                       | RID 09-02-122 |
| LSG Bayern, Urt. v. 22.01.2009 – L 4 KR 289/07 –                       | RID 09-02-148 |
| LSG Bayern, Urt. v. 27.01.2009 – L 5 KR 322/07 –                       | RID 09-02-157 |
| LSG Bayern, Urt. v. 27.01.2009 – L 5 KR 452/07 –                       | RID 09-02-120 |
| LSG Bayern, Urt. v. 04.02.2009 – L 12 KA 492/07 –                      | RID 09-02-70  |
| LSG Bayern, Beschl. v. 11.02.2009 – L 12 B 800/08 KA –                 | RID 09-02-92  |
| LSG Bayern, Urt. v. 10.04.2008 – L 4 KR 358/07 –                       | RID 09-02-151 |
| <b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 15.08.2007 – L 31 KR 91/07 –   | RID 09-02-175 |
| LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 08.10.2008 – L 9 KR 1214/05 –          | RID 09-02-115 |
| LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 12.11.2008 – L 9 KR 119/08 –        | RID 09-02-192 |
| LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.11.2008 – L 9 KR 198/06 –           | RID 09-02-138 |
| LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.11.2008 – L 7 KA 13/05 –            | RID 09-02-43  |
| LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.12.2008 – L 9 B 192/08 KR ER –   | RID 09-02-174 |
| LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 13.01.2009 – L 7 B 93/08 KA ER –    | RID 09-02-74  |
| LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 21.01.2009 – L 7 B 47/08 KA ER –    | RID 09-02-13  |
| LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 17.02.2009 – L 7 B 115/08 ER –      | RID 09-02-82  |
| LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.02.2009 – L 1 KR 231/08 –           | RID 09-02-161 |
| LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 06.03.2009 – L 9 KR 72/09 ER –      | RID 09-02-162 |
| LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.04.2008 – L 1 KR 78/07 –            | RID 09-02-176 |
| LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.04.2008 – L 24 KR 38/06 –           | RID 09-02-114 |
| <b>LSG Hamburg</b> , Beschl. v. 26.02.2009 – L 2 B 7/09 ER KA –        | RID 09-02-64  |
| LSG Hamburg, Urt. v. 18.03.2009 – L 1 KR 35/08 KL –                    | RID 09-02-189 |
| <b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 18.06.2008 – L 4 KA 40/06 –                | RID 09-02-45  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 23.06.2008 – L 4 KA 67/07 –                     | RID 09-02-78  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 30.07.2008 – L 4 KA 15/08 –                     | RID 09-02-73  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 18.09.2008 – L 4 B 184/08 KA –                  | RID 09-02-90  |
| LSG Hessen, Urt. v. 24.09.2008 – L 4 KA 22/07 –                        | RID 09-02-10  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 25.09.2008 – L 4 B KA 144/08 KA –               | RID 09-02-84  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 25.09.2008 – L 4 B KA 145/08 KA –               | RID 09-02-83  |
| LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 35/07 –                        | RID 09-02-20  |
| LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 65/07 –                        | RID 09-02-21  |
| LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 81/07 –                        | RID 09-02-63  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 19.12.2008 – L 4 KA 106/08 ER –                 | RID 09-02-30  |
| LSG Hessen, Urt. v. 15.01.2009 – L 1 KR 51/05 –                        | RID 09-02-137 |
| LSG Hessen, Beschl. v. 20.01.2009 – L 4 KA 44/07 –                     | RID 09-02-33  |
| LSG Hessen, Urt. v. 21.01.2009 – L 4 KA 61/07 –                        | RID 09-02-22  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 26.01.2009 – L 4 KA 15/09 B –                   | RID 09-02-89  |
| LSG Hessen, Urt. v. 29.01.2009 – L 8 KR 164/07 –                       | RID 09-02-178 |
| LSG Hessen, Urt. v. 29.01.2009 – L 8 KR 226/07 –                       | RID 09-02-179 |
| LSG Hessen, Beschl. v. 30.01.2009 – L 4 KA 69/06 –                     | RID 09-02-91  |
| LSG Hessen, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 20/06 –                        | RID 09-02-17  |
| LSG Hessen, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 22/08 –                        | RID 09-02-37  |
| LSG Hessen, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 60/08 –                        | RID 09-02-25  |
| LSG Hessen, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 82/07 –                        | RID 09-02-15  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 20.02.2009 – L 4 KA 56/08 –                     | RID 09-02-34  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 25.02.2009 – L 4 B 402/08 KA –                  | RID 09-02-85  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 20.02.2009 – L 4 B 405/08 KA –                  | RID 09-02-88  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 20.02.2009 – L 4 B 406/08 KA –                  | RID 09-02-86  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 20.02.2009 – L 4 B 407/08 KA –                  | RID 09-02-87  |
| LSG Hessen, Urt. v. 03.03.2009 – L 1 KR 39/08 –                        | RID 09-02-149 |
| LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 26/08 –                        | RID 09-02-28  |
| LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 41/07 –                        | RID 09-02-79  |
| LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 43/08 –                        | RID 09-02-32  |
| LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 47/07 –                        | RID 09-02-29  |
| LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 59/07 –                        | RID 09-02-35  |
| LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 70/07 –                        | RID 09-02-09  |
| LSG Hessen, Beschl. v. 18.03.2009 – L 8 KR 52/09 B ER –                | RID 09-02-158 |
| LSG Hessen, Urt. v. 25.03.2009 – L 4 KA 36/08 –                        | RID 09-02-01  |
| <b>LSG Mecklenburg-Vorpommern</b> , Urt. v. 01.08.2007 – L 6 KR 8/06 – | RID 09-02-134 |
| LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 27.02.2008 – L 1 KA 7/06 –         | RID 09-02-69  |
| <b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 26.08.2008 – L 1 KR 42/08 –  | RID 09-02-121 |
| LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2008 – L 3 KA 169/06 –         | RID 09-02-50  |
| LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 17.12.2008 – L 3 KA 316/04 –         | RID 09-02-19  |
| LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.01.2009 – L 1 B 73/08 KR –     | RID 09-02-190 |
| LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.01.2009 – L 3 KA 99/07 –          | RID 09-02-41  |
| LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 04.04.2008 – L 4 KR 362/05 –         | RID 09-02-113 |
| <b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 13.11.2008 – L 16 KR 117/08 – | RID 09-02-160 |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.11.2008 – L 11 KR 56/07 –          | RID 09-02-146 |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.11.2008 – L 11 KR 58/07 –          | RID 09-02-150 |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.12.2008 – L 11 B 23/08 KR ER –  | RID 09-02-144 |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 16/07 –          | RID 09-02-52  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 47/08 –          | RID 09-02-66  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 48/08 –          | RID 09-02-67  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.12.2008 – L 2 KN 26/05 KR –        | RID 09-02-182 |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.01.2009 – L 11 KA 23/07 –          | RID 09-02-93  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.01.2009 – L 11 KA 24/08 –          | RID 09-02-53  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.01.2009 – L 16 KR 242/06 –         | RID 09-02-166 |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.02.2009 – L 11 (10) KA 32/07 –     | RID 09-02-44  |

|   |                |
|---|----------------|
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.02.2009 – L 11 KR 43/07 –           | RID 09-02-129  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.02.2009 – L 21 KR 16/09 SFB –    | RID 09-02-169  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.02.2009 – L 16 B 1/09 KR ER –    | RID 09-02-159  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.02.2009 – L 16 KR 119/08 –          | RID 09-02-167  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.03.2009 – L 16 B 72/08 KR –      | RID 09-02-188  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.03.2009 – L 11 KA 28/08 –           | RID 09-02-04   |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.03.2009 – L 16 KR 64/08 –           | RID 09-02-183  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 16.03.2009 – L 16 B 74/08 KR ER –   | RID 09-02-156  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.03.2009 – L 21 KR 26/09 SFB –    | RID 09-02-170  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 162/08 –          | RID 09-02-140  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.03.2009 – L 16 B 15/09 KR ER –   | RID 09-02-123  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.04.2009 – L 11 KA 2/09 ER –      | RID 09-02-77   |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.04.2009 – L 21 KR 35/09 SFB –    | RID 09-02-172  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.04.2009 – L 21 KR 27/09 SFB –    | RID 09-02-171  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.04.2009 – L 21 KR 36/09 SFB –    | RID 09-02-173  |
| LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.04.2009 – L 21 KR 40/09 SFB –    | RID 09-02-173a |
| <b>LSG Sachsen</b> , Urt. v. 16.04.2008 – L 1 KR 16/05 –                | RID 09-02-177  |
| <b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Beschl. v. 16.02.2009 – L 9 B 7/08 KA ER –  | RID 09-02-75   |
| <b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 04.11.2008 – L 4 KA 2/06 –      | RID 09-02-08   |
| LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 04.11.2008 – L 4 KA 10/06 –             | RID 09-02-36   |
| LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 03.02.2009 – L 4 KA 2/07 –              | RID 09-02-24   |
| LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 24.03.2009 – L 4 KA 3/08 –              | RID 09-02-39   |
| LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 31.03.2009 – L 4 B 542/08 KA ER –    | RID 09-02-72   |
| <b>LG Berlin</b> , Urt. v. 15.05.2008 – 6 O 159/07 –                    | RID 09-02-242  |
| <b>LG Dortmund</b> , Urt. v. 11.02.2009 – 4 O 243/06 –                  | RID 09-02-241  |
| <b>LG Hannover</b> , Urt. v. 25.11.2008 – 18 O 249/08 –                 | RID 09-02-263  |
| <b>LG München I</b> , Urt. v. 19.11.2008 – 9 O 5324/08 –                | RID 09-02-238  |
| LG München I, Beschl. v. 07.04.2009 – 11 HK O 6351/09 –                 | RID 09-02-260  |
| <b>OLG Braunschweig</b> , Beschl. v. 07.10.2008 – 1 U 93/07 –           | RID 09-02-228  |
| OLG Braunschweig, Urt. v. 16.12.2008 – 2 U 9/08 –                       | RID 09-02-264  |
| <b>OLG Celle</b> , Urt. v. 12.02.2009 – 8 U 175/08 –                    | RID 09-02-244  |
| <b>OLG Dresden</b> , Beschl. v. 23.10.2008 – 4 W 1003/08 –              | RID 09-02-269  |
| <b>OLG Düsseldorf</b> , Urt. v. 17.12.2008 – VI-U (Kart) 7/08 –         | RID 09-02-217  |
| <b>OLG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 29.04.2008 – 6 U 109/07 –          | RID 09-02-253  |
| OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 05.08.2008 – 8 U 267/07 –                  | RID 09-02-226  |
| OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 06.01.2009 – 8 U 31/07 –                   | RID 09-02-240  |
| <b>OLG Karlsruhe</b> , Urt. v. 12.02.2009 – 4 U 160/07 –                | RID 09-02-251  |
| <b>OLG Koblenz</b> , Urt. v. 28.05.2008 – 5 U 280/08 –                  | RID 09-02-236  |
| OLG Koblenz, Urt. v. 30.10.2008 – 5 U 576/07 –                          | RID 09-02-233  |
| OLG Koblenz, Urt. v. 05.02.2009 – 5 U 854/08 –                          | RID 09-02-234  |
| OLG Koblenz, Urt. v. 05.02.2009 – 5 U 1116/08 –                         | RID 09-02-235  |
| <b>OLG Köln</b> , Urt. v. 14.01.2008 – 5 U 119/07 –                     | RID 09-02-225  |
| OLG Köln, Beschl. v. 21.11.2008 – 19 Sch 12/08 –                        | RID 09-02-215  |
| OLG Köln, Beschl. v. 26.01.2009 – 5 U 179/08 –                          | RID 09-02-232  |
| <b>OLG München</b> , Urt. v. 15.01.2009 – 1 U 3950/08 –                 | RID 09-02-229  |
| OLG München, Urt. v. 12.03.2009 – 1 U 2709/07 –                         | RID 09-02-231  |
| OLG München, Urt. v. 12.03.2009 – 1 U 4370/08 –                         | RID 09-02-230  |
| <b>OLG Nürnberg</b> , Beschl. v. 29.05.2008 – 5 W 506/08 –              | RID 09-02-239  |
| <b>OLG Oldenburg</b> , Beschl. v. 12.12.2008 – 5 W 91/08 –              | RID 09-02-237  |
| <b>OLG Stuttgart</b> , Urt. v. 30.10.2008 – 2 U 25/08 –                 | RID 09-02-255  |
| <b>OLG Stuttgart</b> , Urt. v. 13.11.2008 – 2 U 39/08 –                 | RID 09-02-252  |
| <b>OLG Zweibrücken</b> , Urt. v. 10.03.2009 – 5 U 19/07 –               | RID 09-02-227  |
| <b>OVG Niedersachsen</b> , Beschl. v. 14.04.2009 – 8 LA 34/09 –         | RID 09-02-271  |
| OVG Niedersachsen, Beschl. v. 12.02.2009 – 8 LB 7/08 –                  | RID 09-02-221  |
| <b>OVG Nordrhein-Westfalen</b> , Beschl. v. 26.09.2008 – 13 B 1169/08 – | RID 09-02-249  |
| OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.09.2008 – 13 B 1202/08 –         | RID 09-02-250  |
| OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.11.2007 – 6t A 3788/05.T –          | RID 09-02-211  |
| OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.11.2008 – 13 B 1488/08 –         | RID 09-02-262  |
| OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.12.2008 – 13 E 1108/08 –         | RID 09-02-261  |
| OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.01.2009 – 13 A 3618/06 –         | RID 09-02-214  |
| OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.02.2009 – 6t A 898/07.T –           | RID 09-02-209  |
| OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 18.02.2009 – 6t E 1059/08.T –       | RID 09-02-208  |
| OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.02.2009 – 6t A 1456/05.T –          | RID 09-02-210  |
| <b>OVG Sachsen-Anhalt</b> , Beschl. v. 19.01.2009 – 2 L 246/08 –        | RID 09-02-222  |
| <b>SG Aachen</b> , Urt. v. 17.02.2009 – S 13 KR 85/08 –                 | RID 09-02-133  |
| SG Aachen, Urt. v. 17.02.2009 – S 13 KR 117/08 –                        | RID 09-02-130  |
| SG Aachen, Urt. v. 03.03.2009 – S 13 KR 109/08 –                        | RID 09-02-117  |
| SG Aachen, Urt. v. 03.03.2009 – S 13 KR 157/08 –                        | RID 09-02-118  |
| <b>SG Augsburg</b> , Urt. v. 27.05.2008 – S 12 KR 252/07 –              | RID 09-02-131  |
| SG Augsburg, Urt. v. 29.10.2008 – S 12 KR 181/07 –                      | RID 09-02-163  |
| SG Augsburg, Urt. v. 12.11.2008 – S 12 KR 353/06 –                      | RID 09-02-184  |
| <b>SG Berlin</b> , Urt. v. 28.05.2008 – S 83 KA 398/05 –                | RID 09-02-11   |
| SG Berlin, Urt. v. 27.08.2008 – S 83 KA 74/07 –                         | RID 09-02-40   |
| SG Berlin, Urt. v. 27.08.2008 – S 83 KA 653/07 –                        | RID 09-02-42   |
| SG Berlin, Beschl. v. 14.10.2008 – S 83 KA 543/08 ER –                  | RID 09-02-65   |
| SG Berlin, Urt. v. 19.03.2009 – S 72 KR 1620/07 –                       | RID 09-02-270  |
| <b>SG Darmstadt</b> , Urt. v. 09.05.2008 – S 13 KR 257/05 –             | RID 09-02-180  |
| <b>SG Dresden</b> , Urt. v. 04.09.2008 – S 18 KR 622/06 –               | RID 09-02-139  |
| <b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 14.01.2009 – S 2 (14) KA 153/07 –        | RID 09-02-54   |

|   |               |
|---|---------------|
| SG Düsseldorf, Urt. v. 25.02.2009 – S 2 KA 29/08 –                        | RID 09-02-81  |
| SG Düsseldorf, Urt. v. 11.03.2009 – S 2 KA 118/08 –                       | RID 09-02-26  |
| SG Düsseldorf, Urt. v. 11.02.2009 – S 2 KA 122/07 –                       | RID 09-02-31  |
| SG Düsseldorf, Urt. v. 25.03.2009 – S 2 (14) KA 137/07 –                  | RID 09-02-51  |
| <b>SG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 19.06.2006 – S 30 KR 2748/04 –        | RID 09-02-153 |
| <b>SG Gelsenkirchen</b> , Urt. v. 21.08.2008 – S 17 KR 205/07 –           | RID 09-02-132 |
| SG Gelsenkirchen, Urt. v. 16.10.2008 – S 17 KN 51/08 KR –                 | RID 09-02-136 |
| <b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 05.11.2008 – S 27 KA 99/06 –                  | RID 09-02-47  |
| SG Hamburg, Urt. v. 03.12.2008 – S 27 KA 180/06 –                         | RID 09-02-02  |
| SG Hamburg, Beschl. v. 02.02.2009 – S 34 KR 17/09 ER –                    | RID 09-02-142 |
| SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 25.02.2009 – S 27 KA 185/07 –                  | RID 09-02-46  |
| SG Hamburg, Beschl. v. 26.02.2009 – S 34 KR 164/09 ER –                   | RID 09-02-181 |
| SG Hamburg, Beschl. v. 03.02.2009 – S 48 KR 1330/08 ER –                  | RID 09-02-155 |
| SG Hamburg, Beschl. v. 31.03.2009 – S 34 KR 289/09 ER –                   | RID 09-02-187 |
| <b>SG Hannover</b> , Urt. v. 05.12.2008 – S 19 KR 672/08 –                | RID 09-02-186 |
| <b>SG Karlsruhe</b> , Urt. v. 26.03.2008 – S 1 KA 990/08 –                | RID 09-02-76  |
| <b>SG Kassel</b> , Urt. v. 18.02.2009 – S 12 KR 126/08 –                  | RID 09-02-164 |
| <b>SG Koblenz</b> , Urt. v. 24.09.2008 – S 6 KR 328/07 –                  | RID 09-02-165 |
| <b>SG Landshut</b> , Urt. v. 28.11.2008 – S 1 KR 221/07 –                 | RID 09-02-185 |
| <b>SG Marburg</b> , Gerichtsbs. v. 13.02.2009 – S 12 KA 353/07 –          | RID 09-02-16  |
| SG Marburg, Urt. v. 25.03.2009 – S 12 KA 559/08 –                         | RID 09-02-49  |
| SG Marburg, Gerichtsbs. v. 31.03.2009 – S 12 KA 303/08 –                  | RID 09-02-14  |
| SG Marburg, Urt. v. 01.04.2009 – S 11 KA 286/08 –                         | RID 09-02-48  |
| SG Marburg, Urt. v. 29.04.2009 – S 12 KA 98/08 –                          | RID 09-02-61  |
| SG Marburg, Urt. v. 29.04.2009 – S 12 KA 112/08 –                         | RID 09-02-59  |
| SG Marburg, Urt. v. 29.04.2009 – S 12 KA 139/08 –                         | RID 09-02-62  |
| SG Marburg, Urt. v. 29.04.2009 – S 12 KA 313/08 –                         | RID 09-02-58  |
| SG Marburg, Urt. v. 29.04.2009 – S 12 KA 835/08 –                         | RID 09-02-60  |
| SG Marburg, Gerichtsbs. v. 06.05.2009 – S 12 KA 398/08 –                  | RID 09-02-38  |
| <b>SG München</b> , Urt. v. 10.12.2008 – S 38 KA 5347/06 –                | RID 09-02-57  |
| <b>SG Stuttgart</b> , Beschl. v. 12.12.2008 – S 10 KA 7601/08 ER –        | RID 09-02-12  |
| <b>SG Wiesbaden</b> , Beschl. v. 06.03.2009 – S 17 KR 16/09 ER –          | RID 09-02-127 |
| <b>SG Würzburg</b> , Beschl. v. 13.05.2008 – S 4 KR 117/07 ER –           | RID 09-02-141 |
| <b>Staatsgerichtshof Niedersachsen</b> , Urt. v. 05.12.2008 – StGH 2/07 – | RID 09-02-267 |
| <b>VerfGH Berlin</b> , Urt. v. 04.03.2009 – 96/07 –                       | RID 09-02-220 |
| <b>VG Berlin</b> , Beschl. v. 19.02.2009 – 9 L 80.09 –                    | RID 09-02-274 |
| <b>VG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 13.02.2008 – 4 E 1892/07 –            | RID 09-02-213 |
| <b>VG Hamburg</b> , Urt. v. 21.01.2009 – 17 K 1915/08 –                   | RID 09-02-212 |
| <b>VG Hannover</b> , Urt. v. 03.12.2008 – 5 A 873/08 –                    | RID 09-02-223 |
| VG Hannover, Urt. v. 14.01.2009 – 11 A 1261/08 –                          | RID 09-02-273 |
| <b>VG Mainz</b> , Urt. v. 21.11.2008 – 4 K 375/08 –                       | RID 09-02-254 |
| <b>VG Münster</b> , Urt. v. 09.12.2008 – 5 K 169/07 –                     | RID 09-02-268 |
| <b>VG Oldenburg</b> , Beschl. v. 31.10.2008 – 7 B 2870/08 –               | RID 09-02-275 |

## ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT

Stand: 07.05.2009. 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   | Az.: B 6 KA ... R                        | Rechtsfrage  | Vorinstanz  | RID                |
|--|--|--|---|--------------------|
| <b>Honorarverteilung</b>   |  |  |   |                    |
| Psychotherapeuten 1999<br>(KV Niedersachsen)   | 65/07<br>Termin: 11.03.2009              | Wird der in Art 11 Abs 2 PsychThG/SGB 5 u. a. 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> ,<br>Urt. v. 26.09.2007<br>– L 3 KA 118/04 –      | 08-02-07           |
| Keine Wachstumsmöglichkeiten<br>kleiner Praxen für begrenzte Zeit                                | 4 u. 5/08<br>Termin: 28.01.2009<br>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> ,<br>Urt. v. 13.11.2007<br>– L 4 KA 5, 9 u. 11/07 – | 08-02-12<br>bis 14 |
| Unzulässige Individualbudgets:<br>Bindung an Bewertungsausschuss<br>(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> ,<br>Urt. v. 29.10.2008<br>– L 5 KA 2054/08 –        | 09-01-08           |
| Bindende Vorgabe des Bewertungsausschusses für Regelleistungsvolumen (Nephrologen)               | 31/08                                    | 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> ,<br>Urt. v. 23.04.2008<br>- 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> ,<br>Urt. v. 08.10.2008<br>- S 12 KA 409/07 –                   | 08-04-20           |
| Kalkulierbare Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen  | 20/08                                    | Dürfen bei der Einführung von Individualbudgets im Honorarverteilungsmaßstab auch kleine Praxen mit unterdurchschnittlichem Honorarvolumen für eine Übergangszeit von vier sogenannten Startquartalen von Honorarsteigerungen ausgeschlossen werden?<br>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? | <i>LSG Schleswig-Holstein</i> ,<br>Urt. v. 22.01.2008,<br>- L 4 KA 15/07 -        | 08-02-15           |
| Vergütung: rheumatologische Orthopäden/Internisten   | 50/07<br>Termin: 28.01.2009              | Verstößt die unterschiedliche Höhe der Vergütung zwischen rheumatologisch tätigen Orthopäden und rheumatologisch tätigen fachärztlichen Internisten bezüglich der  | <i>LSG Baden-Württemberg</i> ,<br>Urt. v. 19.09.2007                              | 08-01-04           |

|   |  |   |  |                       |
|---|--|---|--|-----------------------|
|   |  | kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten ab 1.7.2002, die aus dem Fehlen von Praxisbudgets für die Internisten resultierte, gegen höherrangiges Recht?  | - L 5 KA 4288/06 -   |                       |
| Punktwert für Wirtschaftlichkeitsbonus  | 32, 33/07<br><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?<br>Dürfen die Leistungen der Laborärzte und die Laborleistungen aller anderen Vertragsärzte demselben Honoraropf zugeordnet werden?                                  | <b>LSG Rheinland-Pfalz,</b><br>Urt. v. 14.06.2007<br>- L 5 KA 22/05 -<br>- L 5 KA 23/05 -      | 07-03-14<br>07-03-14a |
| Vergütungsanspruch bei angefochtener Genehmigung einer Arztanstellung                   | 15/08<br><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><br>Urt. v. 19.09.2007<br>- 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><br>Urt. v. 09.04.2008<br>- L 3 KA 158/06 -                    | 08-03-18              |
| 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><br>Urt. v. 28.05.2008<br>- S 83 KA 398/05 -                                  | 09-02-11              |
| Abrechnung mit Hilfe einer Abrechnungsstelle  | 37/07<br><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><br>Urt. v. 13.06.2007<br>- 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><br>Urt. v. 25.06.2008<br>- L 11 KA 12/08 -<br>- L 11 KA 6/08 - | 08-04-31              |
| KV Hessen:<br>Ausgleichsregelung nach EBM 2005: 5 %-Schwankungsbreite/Junge Praxis      | 1/09                                   | Verstößt eine Ausgleichsregelung zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen im Rahmen eines Honorarverteilungsvertrages gegen den Grundsatz der Leistungsproportionalität nach § 85 Abs 4 S 3 SGB 5 und gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit, soweit sie auch junge Praxen betrifft?<br>Ist ein Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung zu einer vom Honorarverteilungsvertrag abweichenden Regelung zugunsten junger Praxen befugt? | <b>LSG Hessen,</b><br>Urt. v. 26.11.2008<br>- L 4 KA 14/08 -                                   | 09-01-17              |
| Degressionsregelung   | 9 u. 10/09                             | Ist die Differenzierung der Degressionsregelungen des § 85 Abs 4b SGB 5 zwischen Vertragszahnärzten und Kieferorthopäden in der ab 1.1.2004 gültigen Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG - vom 14.11.2003, BGBl I 2003, 2190) rechtmäßig und mit Art 12 Abs 1 und Art 3 Abs 1 GG vereinbar (betr Streitjahr 2006)?   | <b>SG Dresden,</b><br>Urt. v. 18.02.2009<br>- S 11 KA 5016 u. 5062/07 Z -                      |                       |

**Sachlich-rechnerische Berichtigung**

|  |                                    |  |   |          |
|--|------------------------------------|--|---|----------|
| Honorarrückforderung gegenüber Gemeinschaftspraxis bei Gestaltungsmissbrauch | 7/09                               | Ist eine Kassenärztliche Vereinigung im Falle des Gestaltungsmissbrauchs einer nach außen hin mit Genehmigung des Berufungsausschusses betriebenen Gemeinschaftspraxis berechtigt, die Honorarabrechnungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zu korrigieren bzw. überzahltes Honorar zurückzufordern und hat sie die Wahl, ob sie diese Honorarrückforderungen gegen die frühere Gemeinschaftspraxis oder einen oder alle ehemaligen Gesellschafter in ihrer Eigenschaft als Gesamtschuldner richtet? | <b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b><br>Urt. v. 17.12.2008<br>- L 3 KA 316/04 - | 09-02-19 |
| Richtigstellungsbetrag bei Praxis- und Zusatzbudgets                         | 62/07<br><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  | <b>LSG Bayern,</b><br>Urt. v. 04.07.2007                                    | 08-01-25 |

|  |   |  |  |                      |
|--|---|--|--|----------------------|
|  |   | Maßgabe der ursprünglichen Anerkennungsquote berechtigt oder hat eine Rückforderung zu unterbleiben, solange die anerkannten Leistungen das Gesamtpunktvolumen des Praxisbudgets übersteigen?  | - L 12 KA 11/06 -  |                      |
| Vergütungsausschluss belegärztlicher Leistungen        | 30/07<br><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> ,<br>Urt. v. 23.05.2007<br>- 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<br>- L 4 KA 60/06 -   | 08-03-31             |
| Strahlentherapie mit Hilfe eines Multileaf-Kollimators | 66/07 u. 45/07<br><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> ,<br>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<br>08-02-43 |
| Gynäkologischer Belegarzt und Neugeborenen-Screening   | 8/09 R (alt: B 6 KA 27/08 B)                | Kann ein gynäkologischer Belegarzt Leistungen (zB Visiten, Blutentnahme für das Neugeborenen-Screening), die er an einem Neugeborenen außerhalb des Kreißsaals während des Aufenthalts der Mutter auf der Belegstation erbracht hat, gegenüber der KÄV auch dann nicht abrechnen, wenn eine kinderärztliche Station an der ausschließlich als Belegkrankenhaus organisierten Klinik nicht besteht? | <b>LSG Hessen</b> ,<br>Urt. v. 27.02.2008<br>- L 4 KA 43/06 -  | 08-02-41             |

#### 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> ,<br>Urt. v. 29.10.2008<br>- L 5 KA 2851/06 - | 09-01-32 |
|   | 11/09 | Verstößt die Nichtaufnahme der Gesprächspsychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinien (juris: PsychThRL) gegen Art 12 Abs 1 GG und gegen sonstiges höherrangiges Recht?<br>Hat eine Psychologische Psychotherapeutin, die mit dem Behandlungsverfahren Verhaltenstherapie zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen ist, Anspruch auf eine Abrechnungsgenehmigung für gesprächstherapeutische Leistungen? | <b>LSG Hessen</b> ,<br>Urt. v. 11.03.2009<br>- L 4 KA 43/08 -              | 09-02-32 |

#### 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> ,<br>Urt. v. 23.04.2008<br>- L 4 KA 26/07 -    | 08-03-46 |
| Fachärztlich tätiger Internist und Belegarzt:<br>Genehmigung gastroenterologischer, pneumologischer und hausärztlicher Leistungen im stationären Bereich | 3/09  | Hat ein für den fachärztlichen Versorgungsbereich zugelassener und auch als Belegarzt tätiger Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt Anspruch darauf, dass ihm die KÄV aus Gründen der Sicherstellung die Erbringung und Abrechnung solcher gastroenterologischer, pneumologischer und hausärztlicher Leistungen im stationären Bereich sowie im Rahmen der Notfallversorgung genehmigt, welche gemäß Kap 13.3.3 und 13.3.7 EBM-Ä 2005 den Internisten mit entsprechendem Schwerpunkt bzw gemäß Kap 3.1 EBM-Ä 2005 den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten vorbehalten sind? | <b>LSG Hessen</b> ,<br>Beschl. v. 20.01.2009<br>- L 4 KA 44/07 - | 09-02-33 |

|  |  |  |   |          |
|--|--|--|---|----------|
| „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?  | <i>LSG Hessen</i> ,<br>Urt. v. 18.06.2008<br>- L 4 KA 1/07 -            | 08-03-44 |
| Nachfolgezulassung - Ausschreibungsfrist                 | 29/08<br>Revision verworfen mit<br>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 noch berücksichtigt werden kann?   | <i>LSG Bayern</i> ,<br>Urt. v. 23.04.2008<br>- L 12 KA 443/07 -         | 08-04-51 |
| 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> ,<br>Urt. v. 23.07.2008<br>- L 12 KA 3/08 -           | 09-01-36 |
| 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<br>- L 12 KA 622/04 - (nach NZB) | 08-02-55 |
| Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger        | 12/09  | Ermächtigt die Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Anl I Nr 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) eine Kassenärztliche Vereinigung, durch Verwaltungsakt gegenüber dem Vertragsarzt die Beendigung einer Substitutionsbehandlung wegen des Beigebrauchs von Suchtstoffen anzuordnen oder die künftige Nichtvergütung der Substitutionsbehandlung anzukündigen? | <i>LSG Hessen</i> ,<br>Urt. v. 11.03.2009<br>- L 4 KA 59/07 -           | 09-02-35 |

**Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress**

|   |  |   |   |          |
|---|--|---|---|----------|
| Nicht verordnungsfähiges Arzneimittel (Wobe Mugos E)                                | 63, 64/07<br><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?<br>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> ,<br>Urt. v. 14.11.2007<br>- L 11 KA 36/07 u. 112/06 - | 08-01-52 |
|   | 3/08<br><b>Termin:</b> 06.05.2009      | 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> ,<br>Urt. v. 14.11.2007<br>- L 11 KA 100/06            | 08-01-55 |
| Verjährung einer unzulässigen Arzneimittelverordnung/Keine Hemmung durch Prüfantrag | 5/09                                   | Unterliegt die Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs durch die Krankenkasse wegen unzulässiger Arzneimittelverordnung der vierjährigen Verjährungsfrist und wird diese durch die Beantragung der Festsetzung bei der kassenärztlichen Vereinigung gehemmt?  | <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> ,<br>Urt. v. 28.01.2009<br>- L 3 KA 99/07 -           | 09-02-41 |
| 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 Verschuldensgesichtspunkten abhängig zu machen?<br>Liegen bei der Verordnung autologer Tumorstoffe im Rahmen einer Therapie zur sog aktivspezifischen Immunisierung (ASI) krebskranker Patienten die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Leistungspflicht der Krankenkassen ohne Empfehlung nach § 135 | <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> ,<br>Urt. v. 27.08.2008<br>- L 3 KA 484/03 -          | 08-04-44 |

|  |  |  |   |                   |
|--|--|--|---|-------------------|
|  |  | Abs 1 S 1 SGB 5 vor?   |   |                   |
| Sprechstundenbedarfsregress wegen koaxialer Interventionssets: Vertrauensschutz        | 2/08<br><b>Termin:</b> 06.05.2009        | 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> ,<br>Urt. v. 14.11.2007<br>– L 11 KA 67/06 –                       | 08-01-58          |
| Physikalisch-therapeutische Leistungen   | 17/08<br><b>Termin:</b> 06.05.2009       | 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> ,<br>Urt. v. 28.11.2007<br>L 6/7 KA 624/03                                      | juris             |
| Kostenfestsetzung durch Vorsitzenden des Berufungsausschusses                          | 7/08<br><b>Termin:</b> 06.05.2009        | 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> ,<br>Urt. v. 19.12.2007<br>– L 11 KA 33/07 -                       | 08-01-95          |
| <b>Zulassung und Ermächtigung</b>  |  |  |   |                   |
| Zulassungsfähigkeit eines Facharztes für Herzchirurgie                                 | 35, 36/08                                | Kann ein Facharzt für Herzchirurgie zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden?  | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> ,<br>Urt. v. 13.08.2008, – L 11 (10) KA 65/07 –, - L 11 KA 38/08 - | 08-04-49<br>u. 50 |
| Zulassungsantrag vor Anordnung der Überversorgung bei fehlender Arztregistereintragung | 2/09                                     | Kann einem vor Erlass einer Zulassungssperre gestellten Zulassungsantrag die Zulassungsbeschränkung entgegengehalten werden, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung die Eintragung in das Arztregister noch nicht vorlag, aber bereits beantragt war und später auch erfolgte?<br>Wirkt die Rücknahme eines Antrags auf Erlass eines begünstigenden Verwaltungsakts (hier: auf Eintragung in das Arztregister) auf den Zeitpunkt der Antragstellung zurück oder bleibt die Wirkung des Antrags im Hinblick auf Zulassungsbeschränkungen erhalten, wenn vor seiner Rücknahme ein entsprechender Antrag bei einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung gestellt wird? | <i>LSG Berlin-Brandenburg</i> ,<br>Urt. v. 03.12.2008<br>- L 7 KA 132/06                          | 09-01-54          |
| Kinder- und Jugendmediziner mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie                 | 34/08                                    | Hat eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinderpneumologie einen Anspruch auf Sonderbedarfszulassung?   | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> ,<br>Urt. v. 13.08.2008<br>– 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?<br>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)   | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> ,<br>Urt. v. 23.04.2008,<br>- L 11 (10) KA 49/07 -                 | 09-01-59          |
| Missbräuchliche Schaffung einer Belegarztstelle  | 27/08                                    | Unter welchen Voraussetzungen liegt die missbräuchliche Schaffung einer Belegarztstelle vor und welche Indizien müssen für einen Missbrauchsfall vorliegen?<br>Kommt den Zulassungsgremien bei der Bewertung, ob ein Missbrauchsfall bei der Schaffung einer Belegarztstelle vorliegt, ein Beurteilungsspielraum zu?   | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> ,<br>Urt. v. 14.11.2007<br>– L 10 KA 5/07 –                        | 08-01-68          |
| Wiederzulassung nach kollektivem Zulassungsverzicht                                    | 14 u. 16/08<br><b>Termin:</b> 17.06.2009 | 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   | <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> ,<br>Urt. v. 09.04.2008<br>– L 3 KA 139 u. 149/06 –               | 08-02-85<br>u. 86 |

|   |                                    |  |  |          |
|---|------------------------------------|--|--|----------|
|   |                                    | dabei mit anderen kommuniziert hat?<br>Verstößt die Wiederzulassungssperre nach § 95b Abs 2 SGB 5 gegen Verfassungsrecht?  |  |          |
| Zulassungsentziehung: Tätigkeit "in freier Praxis"                  | 24/08                              | Ist das Gebot einer Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit "in freier Praxis" gemäß § 32 Abs 1 S 1 Ärzte-ZV hinreichend bestimmt, um eine Zulassungsentziehung - hier: eines Laborarztes wegen fehlender wirtschaftlicher bzw gesellschaftsrechtlicher Unabhängigkeit - rechtfertigen zu können?  | <i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> ,<br>Urt. v. 27.02.2008<br>- L 1 KA 7/06 - | 09-02-69 |
| Ermächtigung einer Tagesklinik für Psychiatrische Institutsambulanz | 61/07<br><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?<br>Hat die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Tatbestandswirkung für die Beurteilung der Frage, ob ein Krankenhaus iS von §§ 108, 118 SGB 5 vorliegt? | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> ,<br>Urt. v. 17.10.2007<br>- L 10 KA 21/06 -  | 08-01-90 |
| Defensive Konkurrentenklage gegen Sonderbedarfszulassung            | 25/08<br><b>Termin:</b> 17.06.2009 | 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> ,<br>Urt. v. 04.06.2008<br>- L 5 KA 4514/07 -   | 09-01-63 |
|   | 38/08<br><b>Termin:</b> 17.06.2009 | Ist ein bereits niedergelassener Vertragsarzt befugt, die einem Konkurrenten für denselben Planungsbereich erteilte Sonderbedarfszulassung anzufechten?  | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt.<br>v. 13.08.2008 - L 11 KA 17/08 -     | 09-01-62 |
|   | 9/08<br><b>Termin:</b> 17.06.2009  | 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> ,<br>Urt. v. 05.12.2007<br>- S 1 KA 63/06 -                | 09-01-64 |

#### Gesamtvergütung/Aufsicht

|  |   |   |  |           |
|--|---|---|--|-----------|
| Erhöhung und weitere Vergütungen außerhalb Gesamtvergütung                             | 4/09                                      | Verstößt eine Schiedsamsentscheidung gegen höherrangiges Recht, wenn sie für das Jahr 2002 die Gesamtvergütung um 1,8 % erhöht und für diverse Leistungen weitere Vergütungen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütung festgesetzt hat?   | <i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> ,<br>Urt. v. 30.01.2008<br>- L 1 KA 1/06 - |           |
| Nur Rechtsaufsicht gegen Gemeinsamen Bundesausschuss (Protonentherapie im Krankenhaus) | B 6 A 1/08 R<br><b>Termin:</b> 06.05.2009 | 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?<br>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> ,<br>Urt. v. 04.06.2008<br>- L 5 KR 9/08 -    | 08-03-175 |

#### Sonstiges/Verfahrensrecht

|  |                                    |   |  |           |
|--|------------------------------------|---|--|-----------|
| Bindung an Wiedereinsetzung in versäumte Widerspruchsfrist         | 11/08<br><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> ,<br>Urt. v. 14.06.2007<br>- L 5 KA 42/06 - (NZB) | 08-03-88  |
| Anfechtung der Feststellung fehlender Sicherstellung (§ 72a SGB V) | 18/08<br><b>Termin:</b> 17.06.2009 | Ist ein Vertragszahnarzt, den die Aufsichtsbehörde in einer nach § 72a Abs 1 SGB 5 getroffenen Feststellung als Beteiligten eines kollektiven Zulassungsverzichts ansieht, zur gerichtlichen Anfechtung dieser Entscheidung berechtigt? | <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> ,<br>Urt. v. 09.04.2008<br>- L 3 KA 145/06 - | 08-02-109 |
| Anschlussberufung (Polyglobin im Off-Label-Use)                    | 6/09                               | Ist die Anschlussberufung gem § 524 ZPO nur dann zulässig, wenn sie sich auf denselben Streitgegenstand wie die Berufung bezieht?   | <i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt.<br>v. 26.11.2008 - L 7 KA 13/05 -       | 09-02-43  |

## ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG (LEISTUNGSRECHT)

Stand: 07.05.2009. 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> ,<br>Urt. v. 21.06.2007<br>- L 8 KR 119/05 -               | 07-04-77  |
| Implantation torisch intraokularer Kontaktlinsen                         | B 1 KR 15/08 R<br><b>Termin:</b> 05.05.2009 | 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> ,<br>Urt. v. 04.04.2008<br>- L 4 KR 362/05 - | 09-02-113 |
|  | 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> ,<br>Urt. v. 09.10.2008<br>- 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> ,<br>Urt. v. 14.02.2008<br>- L 5 KR 93/07 -   | 08-02-146 |
|  | B 1 KR 12/08 R<br><b>Termin:</b> 03.03.2009 | 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> ,<br>Urt. v. 12.12.2007<br>– 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> ,<br>Urt. v. 26.08.2008<br>- L 1 KR 42/08 -  | 09-02-121 |
| 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> ,<br>Urt. v. 18.03.2008<br>– L 5 KR 20/07 –   | 08-02-145 |
| <b>Kostenerstattung</b>  |   |  |  |           |
| 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> ,<br>Urt. v. 24.04.2008<br>- 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> ,<br>Urt. v. 12.11.2008<br>- L 2 KR 18/06 -              | 09-01-130 |

| <b>Auslandsrankenbehandlung</b>   |  |  |  |           |
|---|--|--|--|-----------|
| 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> ,<br>Urt. v. 17.09.2008<br>- 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> ,<br>Urt. v. 01.08.2007<br>- L 6 KR 8/06 -   | 09-02-134 |
| <b>Arzneimittel</b>   |  |  |  |           |
| Off-Label-Use: ADHS bei Erwachsenen                                       | B 1 KR 5/09 R  | Unter welchen Voraussetzungen können erwachsene Versicherte im Wege des Off-label-use die Versorgung mit einem Arzneimittel beanspruchen, das nur für Kinder und Jugendliche zugelassen ist (hier: Cencentra retard bei ADHS)?   | <i>LSG Baden-Württemberg</i> ,<br>Urt. v. 30.07.2008<br>- L 5 KR 6030/06 -     |           |
| <b>Hilfsmittel/Heilmittel</b>   |  |  |  |           |
| Kraftknotensystem   | B 3 KN 4/07 KR R<br>(B 5b KN 4/07 KR R)<br><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> ,<br>Urt. v. 14.06.2007<br>- L 2 KN 209/05 KR - | 07-04-121 |
| Rollstuhlrückhaltesystem für Behindertentransportkraftwagen (Kraftknoten) | B 3 KR 6/08 R<br><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?  | <i>LSG Rheinland-Pfalz</i> ,<br>Urt. v. 21.02.2008<br>- L 5 KR 129/07 -        | 08-02-169 |
| Elektrollstuhl  | B 3 KR 8/08 R  | Kann ein Versicherter auch dann auf die Nutzung eines handbetriebenen Rollstuhls anstelle des beanspruchten Elektrollstuhls 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? | <i>LSG Baden-Württemberg</i> ,<br>Urt. v. 20.04.2007<br>- L 4 KR 4697/06 -     | 09-01-154 |
| 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.   | <i>LSG Baden-Württemberg</i> ,<br>Urt. v. 07.05.2008<br>- 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?  | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> ,<br>Urt. v. 11.12.2007<br>- 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?  | <i>LSG Berlin-Brandenburg</i> ,<br>Urt. v. 18.01.2008<br>- 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?  | <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> ,<br>Urt. v. 06.02.2008<br>- L 4 KR 72/05 -    |           |
| Teilhandprothese (Epithese)   | B 3 KR 12/07 R   | Hat eine Krankenkasse die Kosten einer Teilhandprothese zu übernehmen, wenn diese Prothese die Trage- und Greiffunktion teilweise ausgleicht oder zumindest erleichtert?   | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> ,<br>Urt. v. 20.06.2007<br>- 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?  | <i>LSG Baden-Württemberg</i> ,<br>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> ,<br>Urt. v. 30.05.2007<br>- L 6 KR 4/06 -     |  |
| Service für selbst beschafftes C-Leg | B 3 KR 1/09 R | Hat ein Versicherter einen Sachleistungsanspruch für einen turnusmäßigen C-Leg-Service gegenüber seiner Krankenkasse, wenn er sich das C-Leg zuvor auf eigene Kosten beschafft hat? | <b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> ,<br>Urt. v. 06.08.2008<br>- L 4 KR 177/06 - |  |

#### 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> ,<br>Urt. v. 30.10.2008<br>- L 8 KR 353/07 - | 09-01-169 |
|---|----------------|--|--|-----------|

#### Fahrkosten

|                                  |  |  |  |           |
|----------------------------------|--|--|--|-----------|
| Fahrten zum Rehabilitationssport | B 3 KR 5/08 R<br><b>Termin:</b> 22.04.2009 | Hat ein Versicherter einen Kostenübernahmeanspruch für Fahrten zum Rehabilitationssport? | <b>LSG Rheinland-Pfalz</b> ,<br>Urt. v. 17.01.2008<br>- L 5 KR 22/07 - | 08-03-149 |
|----------------------------------|--|--|--|-----------|

#### Zuzahlung

|                                       |   |   |   |           |
|---------------------------------------|---|---|---|-----------|
| Kinderfreibetrag                      | B 1 KR 17/08 R<br><b>Termin:</b> 03.03.2009 | 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)? | <b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> ,<br>Urt. v. 25.07.2008<br>- 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?   | <b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 13.12.2007<br>- L 4 KR 297/05 -                 | 08-02-183 |

#### Rehabilitationsmaßnahmen/Soziotherapie

|               |                |  |   |           |
|---------------|----------------|--|---|-----------|
| 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? | <b>LSG Baden-Württemberg</b> ,<br>Urt. v. 16.09.2008<br>- L 11 KR 1171/08 - | 09-01-177 |
|---------------|----------------|--|---|-----------|

#### Krankenhauskosten

|   |   |  |  |           |
|---|---|--|--|-----------|
| Beschränkung der Amtsermittlungspflicht   | B 3 KN 1 u. 4/08 KR R<br>(alt: B 5b KN 1 u. 4/08 KR R)<br><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? | <b>LSG Sachsen-Anhalt</b> ,<br>Urt. v. 16.01.2008<br>- L 4 KN 44 u. 92/04 KR - | juris     |
| Weiterbehandlung im Krankenhaus bei fehlendem Pflegeplatz                         | B 1 KN 1/07 KR R<br>(B 5b/8 KN 1/07 KR R)<br><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?                        | <b>LSG Sachsen-Anhalt</b> ,<br>Urt. v. 19.12.2006<br>- L 4 KR 74/05 -          | 08-01-183 |
| 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?   | <b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> ,<br>Urt. v. 29.05.2008<br>- 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<br><b>Termin:</b> 05.05.2009   | Hat ein Krankenhaus gegen eine Krankenkasse einen Vergütungsanspruch nach dem AOP-Vertrag (Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus) für die ambulante Operation eines Versicherten, welche im Krankenhaus durch einen von ihm beauftragten niedergelassenen Vertragsarzt durchgeführt wird?   | <i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 30.04.2008 - L 1 KR 103/07 -   | 08-03-154              |
| Schlussrechnung und Korrektur der Abrechnung                               | B 3 KR 12/08 R  | Steht Erteilung einer Schlussrechnung eines Krankenhauses der Korrektur der Abrechnung entgegen?   | <i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 10.10.2007 - L 5 KR 27/07 -   | 08-01-185              |
| Beschränkung der Amtsermittlungspflicht                                    | B 1 KN 2/08 KR R<br>(B 5b KN 2/08 KR R)<br><b>Termin:</b> 16.12.2008<br><br>B 3 KN 1 u. 4/08 KR R<br>(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 -<br><br>- L 4 KN 44 u. 92/04 KR -         | juris                  |
| Zahlungsanspruch aus Fälligkeitsregelung einer Pflegesatzvereinbarung      | B 1 KN 3/08 KR R<br>(B 5b KN 3/08 KR R)<br><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<br><b>Termin:</b> 22.04.2009   | 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 Verzugschaden          | B 3 KR 1/07 R   | Hat ein Krankenhausträger gegenüber einer Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der Rechtsanwaltskosten als Verzugschaden, 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              |
| Verzugszinsen  | B 1 KR 8/09 R   | Ist der Verzugszinsanspruch einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus bei einem bestehenden Anspruch auf Rückzahlung überhöhter Krankenhausvergütung auf zwei Prozentpunkte über dem Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank begrenzt?   | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 26.02.2009 - L 16 KR 119/08 -                                      | 09-02-167              |
| <b>Weitere Leistungserbringer</b>  |   |  |   |                        |
| 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 -<br>Urt. v. 11.04.2008 - L 1 KR 78/07 - | 09-02-175<br><br>juris |
| Herstellerrabattabschlag   | B 1 KR 7/09 R   | Waren im Jahr 2004 Blutplasmaprodukte (hier: Berinert ® P) mit Blick auf § 47 Abs 1 S 1 Nr 2 AMG (juris AMG 1976) generell vom Herstellerrabattabschlag nach § 130a Abs 1  | <i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 29.01.2009  | 09-02-178              |

|   |  |   |   |                    |
|---|--|---|---|--------------------|
|   |  | SGB 5 ausgenommen?  | - L 8 KR 164/07 -   |                    |
|   | B 3 KR 3/09 R  | Folgt aus der Möglichkeit des Direktvertriebs eines Arzneimittels an Krankenhäuser und Ärzte nach § 47 Abs 1 S 1 Nr 2 Buchst a AMG (juris: AMG 1976) die Entbindung der pharmazeutischen Unternehmen von der Verpflichtung zur Leistung des Herstellerrabattes im Falle der Abgabe des Arzneimittels durch öffentliche Apotheken an Versicherte?  | <b>LSG Hessen</b> ,<br>Urt. v. 29.01.2009<br>- L 8 KR 226/07 -                              | 09-02-179          |
| Lieferant von Sondennahrung:<br>Umsatzsteuersatz  | B 3 KR 16 u.18/07 R<br><b>Termin:</b> 17.07.2008         | Kann der Lieferant von Sondennahrung von der Krankenkasse die Zahlung des Regelsatzes anstelle des ermäßigten Umsatzsteuersatzes verlangen, wenn die Finanzverwaltung von ihm nach geänderter Rechtsauffassung Umsatzsteuer nach dem vollen Steuersatz erhebt?  | <b>LSG Rheinland-Pfalz</b> ,<br>Urt. v. 02.08.2007<br>- L 5 KR 200/05 -<br>- L 5 KNK 1/06 - | 07-04-140<br>juris |
| Schadensersatzanspruch bei<br>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?<br>Muss sich eine Krankenkasse das Verhalten eines Vertragsarztes, der ohne eigene Untersuchung des Versicherten einem gefälschten Arztbericht blind vertraut, als Schlüsselfigur und Vertreter der Krankenkasse gem §§ 164, 166 und 278 BGB im Rahmen eines Mitverschuldens bei der Haftung des Apothekers zurechnen lassen, wenn der Versicherte falsche Angaben zu seinem Krankheitszustand und der Behandlungsnotwendigkeit macht mit der Folge, dass zu Unrecht Medikamente ärztlicherseits verordnet worden sind? | <b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> ,<br>Urt. v. 12.09.2007<br>- L 4 KR 243/05 -                |                    |
| Rechtsweg bei Rabattverträgen   | B 3 SF 2/08 R<br>erledigt durch Beschl.<br>v. 06.10.2008 | Zum Rechtsweg für Streitigkeiten über die Ausschreibung zum Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a Abs 8 SGB 5.  | <b>LSG Baden-Württemberg</b> ,<br>Urt. v.<br>- L 5 KR 528/08 B -                            |                    |
| Versandapotheke: Anspruch auf<br>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> ,<br>Urt. v. 16.04.2008<br>- L 1 KR 16/05 -                              | 09-02-177          |
| 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> ,<br>Urt. v. 12.02.2008<br>- L 5 KR 223/06 -                              | 08-02-211          |
| Hüftprotectoren in<br>Hilfsmittelverzeichnis  | B 3 KR 11/07 R<br><b>Termin:</b> 22.04.2009              | Sind Hüftprotectoren in das Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufzunehmen?   | <b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt.<br>v. 31.05.2007 - L 16 (5,2) KR 70/00 -              | 07-03-174          |
| Aufnahme in Hilfsmittelverzei-<br>chnis: Geräte der nicht-invasiven<br>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> ,<br>Urt. v. 24.05.2007<br>- L 5 KR 245/00 -                 | 07-03-173          |
| Kein Anspruch auf Abschluss eines<br>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.<br>v. 26.06.2008 - L 5 KR 169/06 -                    | 08-03-170          |
| Streichung einer Produktgruppe aus<br>Hilfsmittelverzeichnis (CPM-<br>Schienen)           | B 3 KR 2/09 R  | Klage eines Herstellers gegen die Streichung einer Produktuntergruppe des Hilfsmittelverzeichnisses durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (hier: CPMSchienen).  | <b>LSG Baden-Württemberg</b> ,<br>Urt. v. 07.05.2008<br>- L 5 KR 6125/06 -                  | 08-03-165          |

|  |   |   |  |           |
|--|---|---|--|-----------|
| Heilmittelerbringer: Pflicht zur Überprüfung der ärztlichen Verordnung | B 3 KR 4/07 R                               | Hat ein Physiotherapeut einen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse für krankengymnastische Leistungen, wenn die Verordnung des Vertragsarztes nach den Abgabebedingungen genehmigungspflichtig war, die Krankenkasse aber dem Versicherten mitgeteilt hat, eine Genehmigung der Maßnahme sei nicht erforderlich?   | <i>LSG Hessen</i> ,<br>Urt. v. 19.10.2006<br>- L 8 KR 23/06 -                                      | 07-01-192 |
| Unterlassungsanspruch gegen Krankenkasse                               | B 1 KR 4/09 R                               | Können ein Leistungserbringer von Heilmitteln und ein Verband von Leistungserbringern von Heilmitteln verlangen, dass einer Krankenkasse untersagt wird,<br>a) die Abgabe und Abrechnung vertragsärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilmittel von einer vorherigen Vollständigkeitsprüfung durch den Leistungserbringer anhängig zu machen und<br>b) gegenüber Versicherten, Vertragsärzten und Leistungserbringern zu behaupten, dass ärztliche Verordnungen für physiotherapeutische Heilmittel einer Vollständigkeitsprüfung durch den Leistungserbringer bedürfen? | <i>LSG Baden-Württemberg</i> ,<br>Urt. v. 09.12.2008<br>- 11 KR 776/07 -                           |           |
| Vergütung für Krankentransportleistungen                               | B 3 KR 25/07 R<br><b>Termin:</b> 20.11.2008 | Zur Frage der gerichtlichen Überprüfung und Festsetzung der Vergütung für Krankentransportleistungen.   | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt.<br>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)?  | <i>LSG Schleswig-Holstein</i> ,<br>Urt. v. 16.07.2008<br>– L 5 KR 36/08 KL –                       | 08-04-125 |
| Umlagepflicht zur Sanierung einer überschuldeten Krankenkasse          | B 12 KR 1/07 R                              | Ist die Satzungsregelung eines Landesverbandes der Krankenkassen rechtmäßig, wonach eine Umlagepflicht zur Sanierung einer überschuldeten Krankenkasse im Rahmen des § 265 SGB 5 als andere aufwändige Belastung eingeführt wird?   | <i>SG Hamburg</i> ,<br>Urt. v. 29.08.2006<br>- S 48 KR 251/04 -                                    | 07-03-185 |
| Umlagepflicht für Fusionsbeihilfe                                      | B 12 KR 10 u. 11/07 R                       | Ist die Satzungsregelung eines Landesverbandes der Betriebskrankenkassen rechtmäßig, wonach eine Umlagepflicht besteht, um die Kosten einer Fusionsbeihilfe zur Vermeidung des Eintritts eines Haftungsfalls nach § 155 Abs 4 SGB 5 als andere aufwändige Belastung zu decken?  | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> ,<br>Urt. v. 25.01.2007<br>- L 16 KR 162/06 –<br>- L 16 KR 214/04 - | 07-02-189 |
| Kreditfinanzierte Festgeldanlage                                       | B 1 A 1/08 R<br><b>Termin:</b> 03.03.2009   | Verstößt ein Sozialversicherungsträger (hier: Krankenkasse) gegen das Gebot der Gewährleistung einer ausreichenden Liquidität iS des § 80 Abs 1 SGB 4, wenn er eine kreditfinanzierte Festgeldanlage vornimmt?  | <i>SG Düsseldorf</i> ,<br>Urt. v. 13.12.2007<br>- S 34 KR 95/05 -                                  | 09-01-193 |
| Schadensersatzanspruch einer Fusionskasse gegen alten Vorstand         | B 1 KR 9/08 R<br><b>Termin:</b> 05.05.2009  | 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> ,<br>Urt. v. 28.11.2007<br>- L 4 KR 18/04 -                              | 09-01-190 |
| <b>Sonstiges</b>   |   |   |  |           |
| Erstattungsanspruch und Kraftknoten                                    | B 3 KR 16/08 R<br><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> ,<br>Urt. 24.04.2008<br>- L 1 KR 321/06 -                          | juris     |
| 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> ,<br>Urt. v. 14.10.2008<br>- S 8 KR 222/05 -                                  | juris     |

