

# Rechtsprechungsinformationsdienst 09-03

Redaktion	7
Editorische Hinweise	7
Erratum	7
<b>A. VERTRAGSARZTRECHT</b>	<b>8</b>
<b>I. Honorarverteilung</b>	<b>8</b>
1. EBM 2009 Regelleistungsvolumen: Wachstum bis zum Fachgruppendurchschnitt	8
2. Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte: Gesamtleistungsanteil 90 v.H.	9
a) Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin und für Innere Medizin	9
b) Praktischer Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie	9
3. Rechtmäßigkeit der Vergütung hausärztlicher Leistungen im EBM 2005	9
4. Individualbudget: Änderung der Praxisstruktur	10
5. Praxisbudgets: Internisten und Allgemeinmediziner/Vorabvergütung für Laborleistungen	10
6. Kein Leistungsanspruch aus Ermächtigung bei Widerspruch und Klage	10
7. Keine Verzinsung von Honorarnachzahlungen	10
8. Zurückbehaltung von Honoraranteilen wegen nicht einbehaltener Praxisgebühr	10
9. Aufrechnung	11
a) Überzahlung mit Gemeinschaftspraxis nach Gesellschafterwechsel	11
b) Schuld einer Einzelpraxis mit MVZ/Geringere Vergütung belegärztlicher Leistungen	11
10. Honorarverteilung KV Hessen	11
a) Bindung an Bewertungsausschuss: Unzulässige Kürzung (Ziff. 7.5 HVV)	11
b) Ausnahmen vom Regelleistungsvolumen /Unzulässige Kürzung (Ziff. 7.5 HVV)	12
c) Anästhesieleistungen bei Belegarztfällen nicht im Regelleistungsvolumen	12
d) Regelleistungsvolumen/Ziff. 7.5 HVV: Praxisanfänger Kinder- u. Jugendpsychiatrie	13
e) Nicht genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen im Regelleistungsvolumen	13
11. Zahnärzte	14
a) Degressionsregelung	14
aa) Punktwert bei der Degressionskürzung	14
bb) Vereinbarung für den Bereich der KZV Berlin rechtmäßig	14
cc) Degressionskürzung bei MKG-Chirurgen	14
dd) Verfassungsmäßige Differenzierung zw. Zahnärzten u. Kieferorthopäden	15
b) Quartalsbezogene Honorareinbehalte und Restvergütungsquote	15
<b>II. Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>	<b>15</b>
1. Job-Sharing: Bindung an bestandskräftige Leistungsbegrenzung	15
2. Tagesprofile: Nebeneinanderabrechnung der Ziffern 04110/04111 mit 04120 EBM 2005	16
3. Sonographieleistungen: Erforderliche Bilddokumentation	16
4. Nr. 157 EBM bzw. 01730 EBM 2005 (Untersuchung zur Krebsfrüherkennung)	16
5. Versandkosten nach Nr. 7103 u. 7120 EBM	17
6. Delegierbarkeit der technischen Überprüfung der Herzschrittmacherkontrolle	17
7. Zahnärzte	17
a) Nr. 1441 GOÄ 1982	17
b) Umstellungsosteotomie als präimplantologische Maßnahmen	17
c) Fehlende Röntgenaufnahmen/Nachweis für Osteotomie und Zystektomie	18
d) Nr. 1466 GOÄ-82 neben der Nr. 1468 GOÄ-82/Nachweis einer Osteotomie	18
<b>III. Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst</b>	<b>18</b>
1. Zweigpraxis	18
a) Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)	18
b) Konkurrentenklage: Einstweilige Anordnung nur in Ausnahmefällen	19
2. MVZ: Belegarztanerkennung/Geeignetheit: Fahrstrecke zwischen Belegkrankenhaus und Wohnsitz	19
3. Widerruf einer Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen	20
4. Bereitschaftsdienst	20
a) Aufhebung einer Befreiung vom Notfalldienst	20
b) Kein Anspruch auf Einrichtung eines anästhesiologischen Notfalldienstes	21

<b>IV. Disziplinarrecht: Unzutreffende Abrechnung nach Zeitprofilen</b>	<b>21</b>
<b>V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz</b>	<b>21</b>
1. Stichprobenprüfung: Zufälligkeit des Auswahlverfahrens	22
2. Regresse	22
a) Kein Regress gegen Gemeinschaftspraxis wegen Verordnung vorhergehender Einzelpraxis	22
b) Regress bzgl. aller betroffenen Krankenkassen bzw. -verbände	22
c) Verordnung von Zytostatika auf Einzelrezept	22
d) Off-Label-Use	23
aa) Prograf/Tacrolimus bei Colitis ulcerosa	23
bb) Immunglobuline	23
cc) ADHS bei Erwachsenen: Arzneimittel Concerta	23
e) WOBE-Mugos E	24
<b>VI. Zulassungsrecht</b>	<b>24</b>
1. Auswahlentscheidung nach Entsperrung: Auslandstätigkeiten	24
2. Psychotherapeutin und Tätigkeit in Suchtberatungsstelle (§ 20 II Ärzte-ZV)	25
3. Ausnahmeregelung zur fachärztlichen Versorgung: Gastroenterologie und Koloskopie	25
4. Sonderbedarfszulassung	26
a) Berücksichtigung von Ermächtigungen und 115b SGB V/Wirtschaftl. rentable Praxis	26
b) Auswahlentscheidung/Antragsumfang	26
5. Keine Job-Sharing-Zulassung als PP neben Sonderbedarfszulassung als KJP	27
6. Belegarztzulassung (§ 103 VII SGB V)	27
a) Unzulässiger Belegarztvertrag bei Einbindung in Krankenhausbetrieb/Defensive Konkurrentenklage	27
b) Konkurrentenklage/Diskrepanz zwischen Ausschreibungstext und tatsächlicher Ausstattung	28
7. Praxisnachfolge: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie für Chirurgen	28
8. Keine Drittanfechtung bei Nachbesetzung einer Angestelltenstelle nach § 103 IVb 2 SGB V	28
9. Kein rückwirkender Zulassungsverzicht	29
10. Ermächtigung: Hochspezialisierter Krankenhausarzt und überregionaler (bundesweiter) Bedarf	29
<b>VII. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen</b>	<b>29</b>
Verpflichtung eines MVZ zur „Beitragszahlung“ an EHV	29
<b>VIII. Gesamtvergütung/GBA/Klagebefugnis K(B)V zu § 116b SGB V</b>	<b>29</b>
1. AOK Bayern: Verminderung der Abschlagszahlung wegen Vertrag nach § 73b SGB V	30
2. GBA: Keine Klagebefugnis der KBV gegen Beschlüsse (§ 116b SGB V)	30
3. Krankenhauszulassung nach § 116b II SGB V	31
a) Keine Klagebefugnis einer KV	31
b) Klagebefugnis einer KV	31
<b>IX. Streitwert/Anwaltsvergütung/ Kostenentscheidung/Ordnungsgeld</b>	<b>32</b>
1. Feststellung fehlender aufschiebender Wirkung einer Klage nach § 116b SGB V	32
2. Honorarstreitigkeiten mit Auswirkungen für die Zukunft	32
3. Rechtsmittelbelehrung für Streitwertfestsetzung	33
4. Geschäftsgebühr nach Nr. 2300 VV RVG	33
a) Höchstgebühr (2,5-fach) in Verfahren der Richtgrößenprüfung	33
b) Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren als schwierig: Ansatz eines 1,5 Gebührensatzes	33
5. Keine isolierte Beschwerde gegen Kostenentscheidung	34
6. Ordnungsgeld bei Nichterscheinen/Bedeutung der mündlichen Verhandlung	34
<b>X. Entscheidungen des BSG</b>	<b>35</b>
1. Honorar:	35
a) Weitergabe von Patientendaten durch Leistungserbringer	35
b) Volumen eines Honorartopfs aufgrund der Verteilungsergebnisse bestimmter Basisquartale	35
c) Praxisbudgets neue Bundesländer/Angemessene Vergütung	35
d) Ermächtigter Krankenhausarzt: Aktivlegitimation für Kosten/Beiladung/Multi-Leaf-Kollimator	36
2. Sachlich-rechnerische Berichtigung: Personalkosten für Multi-Leaf-Kollimator/Beschiedungsurteil	37
3. Disziplinarrecht: Vorlage von Befunden/Privatliquidation von GKV-Leistungen	37
4. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress: Nicht verordnungsfähiges Arzneimittel (Wobe Mugos E)	37
5. Zulassungsentziehung: Mandatsniederlegung bei Fristablauf/Wohlverhalten	38
6. Keine Berücksichtigung der Besonderheiten "junger Wachstumskassen" nach WOrtPrG	38

<b>B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT</b>	<b>39</b>
<b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>	<b>39</b>
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	39
a) Bioresonanzverfahren (Cyber-Loop-Therapie)	39
b) DermoDyne Lichttherapie	39
c) Brachytherapie	39
aa) Brachytherapie keine GKV-Leistung	39
bb) Kostenerstattung bei Ablehnung auch stationärer Behandlung	40
d) Excimer-Laser-Behandlung (LASIK)	40
2. Künstliche Befruchtung	40
a) Kosten für Maßnahmen der privat krankenversicherten Ehefrau	40
b) Kryokonservierung wegen drohender Empfängnisunfähigkeit als Folge einer Chemotherapie	40
3. Zahnärztliche Leistungen: Atrophierter zahnloser Oberkiefer	41
Atrophierter zahnloser Oberkiefer	41
<b>II. Kostenerstattungsanspruch</b>	<b>41</b>
1. Kauf des Nachfolgemodells eines Hörgeräts	41
2. Keine Kostenübernahme für Service eines selbst beschafften C-Legs	41
<b>III. Stationäre Krankenhausbehandlung: Brustverkleinerung</b>	<b>42</b>
1. Fehlender Wirksamkeitsnachweis	42
2. Makromastie als Krankheit	42
<b>IV. Krankenbehandlung im Ausland</b>	<b>42</b>
<b>V. Arzneimittel</b>	<b>42</b>
1. Off-Label-Use	42
a) Metopiron (Wirkstoff Metyrapon)	42
b) Behandlung altersabhängiger Maculadegeneration nur bei AMD-Vertrag des Arztes	43
c) Immunglobuline	43
aa) Immunglobuline bei Schmerzkrankheit	43
bb) Immunglobulin-Therapie zur Behandlung einer Augenerkrankung	43
cc) Immunglobulin (Octagam) bei Multipler Sklerose	44
d) ADHS im Erwachsenenalter: Medikamente Axura und Ebixa	44
2. Nicht zugelassene Arzneimittel	44
a) Behandlung des myelodysplastischen Syndroms mit Lenalidomid	44
b) DHEA (Dehydroxyepiandrostendion) bei sekundärer Nebennierenrindeninsuffizienz	45
3. Potenzmittel Viridal®	45
4. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente	45
<b>VI. Hilfsmittel</b>	<b>45</b>
1. Kein Anspruch auf Doppelversorgung mit Rollstuhl	46
2. Rollfiets mit Elektro-Hilfsantrieb	46
3. Ersatzbeschaffung eines E-Fix Zusatzantriebs für Rollstuhl bei Versorgung mit Elektrorollstuhl	46
4. Oberschenkelprothese mit Kniegelenksystem C-Leg	47
5. Festbeträge für Hörhilfen	47
a) Leistungspflicht nur im Rahmen der Festbeträge für Hörhilfen	47
b) Unwirksamkeit der Festbeträge für Hörhilfen	47
6. Lichtsignalanlage	48
7. Teilhabe am Internet: Offenes Computervorlesesystem nebst Braillezeile	48
8. Lichtklingelanlage	48
9. Unterricht zum Erlernen lebenspraktischer Fähigkeiten nach Erblindung	49
10. Power-Plate-Vibrationsgerät: Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	49
<b>VII. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe</b>	<b>49</b>
1. Behandlungssicherungspflege (Dauerbeatmung) neben Leistungen der Pflegeversicherung	49
2. Einrichtung der stationären Sozialpsychiatrie als "geeigneter Ort"	50
<b>VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Rehabilitation/Soziotherapie/Präventionsleistung</b>	<b>50</b>
1. Zuzahlung: Belastungsgrenze/Berücksichtigung von Kinderfreibetrag	50
2. Fahrkosten	51

a) Keine Kosten für Begleitperson (Verdienstausfall) zu einer ambulanten Behandlung	51
b) Monatliche Krankenfahrten zum Transplantationszentrum	51
3. Rehabilitation	51
a) Vorrang ambulanter Maßnahmen	51
b) Fehlender Anordnungsgrund für stationäre Rehabilitationsmaßnahme	51
4. Voraussetzungen für die Gewährung von Soziotherapie	52
5. Präventionsleistungen	52
a) Kieser Training	52
b) Impfungen gegen Hepatitis A und B	52
<b>IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen</b>	<b>53</b>
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	53
a) Verschieben einer Operation wegen anderweitiger Notfallversorgung	53
b) Notfallbehandlung in nicht zugelassenem Krankenhaus	54
c) Stationäre Behandlung in psychiatrischem Landeskrankenhaus: Dokumentation	54
d) Vorstationäre Behandlung außerhalb der 5-Tages-Frist nach § 115a II 1 SGB V	54
e) Brustkrebs-Behandlungsprogramm	55
f) Rechnungsabschlag gemäß § 8 IX KHEntgG verfassungsgemäß	55
g) Geltung der Prüfpauschale bei Prüfung durch MDK	56
h) Prozesszinsen	56
2. Rabattverträge/Festbetragsfestsetzung	56
a) Wirkstoffgleiche Präparate/Wirkstoffbezogene Ausschreibung	56
b) Zusammenschluss von Krankenkassen zu einer "Einkaufsgemeinschaft"/Loslimitierung/Lauer-Taxe	57
3. Apotheker	57
a) Schadensersatzanspruch bei fehlerhafter Arzneimittelverordnung	57
b) Werbung für Versandapotheke	58
c) Oxybutynin-Fertigspritzen-Instillationssets ohne Arzneimittelzulassung	58
4. Hilfsmittelerbringer: Ansprüche bis Ende 2008 nach Übergangsrecht	58
5. Heilmittelerbringer: Unterlassungsbegehren gegen Prüfliste bzgl. ärztlicher Heilmittelverordnungen	59
6. Förderanspruch eines Hospizdienstes gegen Krankenkasse	60
<b>X. Angelegenheiten der Krankenkassen</b>	<b>60</b>
1. Wahltarif für integrierte Versorgung	60
2. Nachweispflicht für Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	61
3. Verbandsbeitrag für nationale TV-Dachkampagne zur Mitgliederwerbung	61
<b>XI. Verfahrensrecht/Sonstiges</b>	<b>61</b>
1. Örtliche Zuständigkeit für Krankenhausvergütungsverfahren	61
a) Verträge auf Landesebene: Zuständigkeit nach Sitz der Landesregierung	61
aa) Neufälle	61
bb) Altfälle	62
b) Keine neue Generalzuständigkeit nach § 57a III SGG n.F.	62
2. Sozialgerichtliche Zuständigkeit bei Abtretung von Ansprüchen eines Hilfsmittelerbringers	62
3. Kein Erstattungsanspruch des Sozialhilfeträgers gegenüber Krankenkasse bei Korrekturverfahren	63
4. Erstattungsfähigkeit von Anwaltskosten bei Freistellung vom Kostenrisiko	63
<b>XII. Entscheidungen des BSG</b>	<b>63</b>
1. Künstliche Befruchtung: Verfassungsgemäße Altersgrenze für Frauen	63
2. Hilfsmittel	63
a) Kraftknotensystem	63
b) Speedy-Tandem	64
3. Krankenhausleistungen	64
a) Erforderliche Behandlung eines Versicherten	64
b) Nichtvorlage der Behandlungsunterlagen	64
4. Rechtswegzuweisung zur Untersagung von Rabattverträgen	65
5. Höhe der zu erstattenden Umsatzsteuer bei Nettopreisvereinbarung (Enterale Ernährung)	65
6. Vergaberecht: Ausschreibung der Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten	65
7. Krankentransportunternehmer: Gleichbehandlung mit öff. Rettungsdiensten u. Hilfsorganisationen	66
8. Verfahrensrecht	66
a) Verbindlichkeit eines Verweisungsbeschlusses aufgrund § 57a IV SGG n.F.	66
b) Begründungspflicht einer Anhörungsrüge innerhalb Einlegungsfrist	66
c) Zugänglichmachung einer Entscheidung bei Sehbehinderung/Revisionszulassung	66

**C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE** **67**

<b>I. Ärztliches Berufsrecht</b>	<b>67</b>
1. Approbation	67
a) Rücknahme einer vorläufigen Approbation als Psychologischer Psychotherapeut	67
b) Widerruf erst Jahre nach der Tatbegehung	67
2. Berufspflichten	68
a) BVerwG: Weitergabegebot für Nachlässe auf Zahnimplantate	68
b) Ärztekammerrechtliche Untersagung der Tätigkeiten eines Arztes im Rahmen von Sterbehilfe	69
c) Aufklärungspflicht bei Schönheits-OP (Fettabsaugung)	69
d) Abgabe diätetischer Lebensmittel	69
e) Heranziehung eines Privatarztes zum ärztlichen Notfalldienst	70
3. BVerwG: Anerkennung Ausbildungsstätte (Gesprächspsychotherapie Kinder- und Jugendliche)	70
4. Werberecht/Wettbewerbsrecht	70
a) Werbung für Zahnarztpraxis in Supermärkten an Einkaufswagen	70
b) Berufswidrige Werbung bei Verwechslungsgefahr mit dem zahnärztlichen Notfalldienst	70
c) Keine irreführende Werbung einer Zahnarztpraxis mit dem Zusatz "Ärztegemeinschaft"	71
d) Zahnärztlicher Strukturvertrag nach § 73c SGB V unterliegt nicht Wettbewerbsrecht	71
e) Telefonbuchrubrik "Plastische und Ästhetische Chirurgie" und MKG-Chirurg	72
5. Ziviles Vertragsrecht: Auseinandersetzung einer Gemeinschaftspraxis	72
6. Kammern	72
a) MKG-Chirurg: Beitragspflicht zur Landes Zahnärztekammer trotz MDK-Anstellung	72
b) Apothekerkammerbeitrag: Beitragsbemessung nach dem Jahresumsatz	73
7. Versorgungswerk	73
a) Ausnahmen von der Pflichtmitgliedschaft im zahnärztlichen Altersversorgungswerk	73
b) Pflichtmitgliedschaft in Versorgungseinrichtung	73
c) Beiträge trotz Insolvenzplans nach Einkünften	73
<b>II. Arzthaftung</b>	<b>74</b>
1. BGH	74
a) Mangelnde Mitwirkung des Patienten: Aufklärung über Risiko der Nichtbehandlung	74
b) Aufklärungspflicht bei Unklarheiten im gerichtlichen Sachverständigengutachten	74
c) Aufklärung von Widersprüchen	74
d) Anhörung eines radiologischen Sachverständigen	74
2. Aufklärungspflichten	75
a) Aufklärung bei Strahlentherapie/Hypothetische Einwilligung	75
b) Aufklärung durch Telefonat	75
c) Chiropraktische Manipulation an der Halswirbelsäule	75
d) Aufklärungsfehler bei Aufklärung durch eine Arzthelferin (hier: Koloskopie)	75
e) Rechtzeitigkeit der Aufklärung	75
3. Befunderhebungs- und Behandlungsfehler bei drohendem Herzinfarkt durch Hausarzt	76
4. Delegationsfähigkeit von intravenösen Injektionen auf MTA für Radiologie (MTRA)	76
5. Diagnosefehler bei Schlafapnoe-Syndrom	76
6. Sorgfaltspflichten bei sog. Schmerzpumpe/Schmerzengeld	77
7. Nachblutungen nach Schilddrüsenoperation: Haftung Anästhesist/Chirurg	77
8. Grober Behandlungsfehler bei Ellenbogenfraktur eines Kleinkindes	77
9. Fehlender Kausalitätsnachweis: Injektionsbehandlung mit dem Lokalanästhetikum Xylonest	77
10. Dauertherapie mit Glukokortikosteroiden/Nichtbefolgen medizinischer Ratschläge	78
11. Schmerzengeld: Gebrauchsuntüchtigkeit des Arms/geminderte Leistungsfähigkeit der Lunge	78
12. Persönliche Haftung des Durchgangsarztes der BG bei fehlerhaftem ärztlichen Handeln	78
13. Ablehnung des Sachverständigen wegen Besorgnis der Befangenheit	78
14. Keine Haftung pharmazeutischen Unternehmers bei Impfschäden ohne Kausalitätsnachweis	79
15. Keine Nebenintervention der gesetzlichen Krankenkasse im Haftpflichtprozess des Patienten	79
16. Zahnärzte: Aufklärung bei Zahnextraktion über dauerhafte Schädigung des nervus lingualis	79
<b>III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe</b>	<b>79</b>
1. Privatbehandlung	79
a) Arztvertrag mit Laborarzt/Medizinische Notwendigkeit einer Untersuchung	79
b) Örtliche Zuständigkeit bei ärztlicher Honorarklage	80
c) Kündigung des Zahnarztes nach siebenjähriger Behandlung mit Regulierungsschiene	80
2. Private Krankenversicherung	80
a) BVerfG: Private Krankenversicherung - Änderungen durch GKV-WSG	80
aa) Basistarif, Alterungsrückstellungen u. Jahresarbeitsentgeltgrenze verfassungsgemäß (GKV-WSG)	80

bb) Kontrahierungszwang bei kleineren Versicherungsvereinen a.G.	80
b) BGH: Batteriekosten für ein Hörgerät (hier: Cochlear Implantat)	81
c) „Notwendige Heilbehandlung“ bei noch unzureichend erforschter Krankheit (hier: Fibromyalgie)	81
d) Keine Lasik-Behandlung bei möglicher Versorgung mit Brille oder Kontaktlinsen	81
e) Fristlose Kündigung nach Täuschung über Pflegebedürftigkeit	81
f) § 5 GOZ übersteigende vereinbarte Steigerungssätze in Zahnarztrechnung	81
3. Beihilfe	82
a) BVerwG	82
aa) Kürzung der Beihilfe um die sog. Praxisgebühr rechtmäßig	82
bb) Angemessenheit der Kosten einer stationären Behandlung	82
cc) Kein Ausschluss der Beihilfe für Behandlung in Schweiz	82
dd) Ersatzfähige Aufwendungen für Arzneimittel über Festbetrag	82
b) Künstliche Befruchtung	82
aa) Keine Beihilfe für Maßnahmen am Körper der Ehefrau	82
bb) Sachleistungsanspruch des Ehegatten nach SGB V	83
c) Leistungsausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel	83
aa) Konkretisierung durch AMR (Arzneimittel Natil mit Wirkstoff Cyclandelat)	83
bb) Gewichtsreduzierendes Arzneimittel Acomplia	83
d) Zahnärzte: Analogberechnung bei Dentin-Adhäsiv-Kompositfüllung	84
<b>IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel</b>	<b>84</b>
1. HeilMWERB: Wirkstoffgleiches preisgünstiges Arzneimittel/„Generikum“ (Clopidogrel)	84
2. EuGH: Fremdbesitzverbot für Apotheken zulässig	84
3. Umstrittene Geltung der Arzneimittelpreis-Verordnung für ausländische Versandapotheken	84
4. Apothekenterminal unzulässig	85
5. BGH: Gefahrenabwungungspflicht des Herstellers von Produkten mit Sicherheitsmängeln (Pflegebetten)	85
6. Amtspflichtverletzung einer gesetzlichen Krankenkasse/Verspätete Hilfsmittelbewilligung	85
<b>V. Verschiedenes</b>	<b>86</b>
1. EuGH	86
a) Gesetzliche Krankenkasse als öffentlicher Auftraggeber	86
b) Aufenthalt in Pflegeeinrichtung im EU-Ausland ist nicht zu übernehmen	86
2. BGH: Mitteilungspflicht für Patientendaten bei Insolvenz eines Psychiaters	87
3. Weiteres Ordnungsgeld gegen medizinischen Sachverständigen	87
4. Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung "Krankenpfleger"	87
5. Berufsbedingter Mehrbedarf für Hörgerät eines Auszubildenden durch Bundesagentur für Arbeit	88
6. BSG: Rechtsweg zu Sozialgerichten bei Versorgungsvertrag mit Rentenversicherungsträger	88
7. Krankenkassen	88
a) Offizielle Krankenkasse der deutschen Olympiamannschaft	88
b) Rechtsweg: Mitgliederwerbung einer gesetzlichen Krankenkasse	88
8. Krankenhäuser	89
a) BVerfG: Kein subjektives Recht eines Plankrankenhauses auf Vermeidung von Überversorgung	89
b) BVerwG: Keine unmittelbare Vertragsklage für Pflegesatzvereinbarung	89
c) BVerwG: Kein Erlösausgleich für nicht vereinnahmte Forderungen	89
d) Eingeschränkte Rechtskontrolle über Schiedsstellenentscheidungen	89
9. Kommerzielle Suizidbegleitung als Gefahr für die öffentliche Sicherheit (Fall Kusch)	90
10. Beibehaltung einer Magensonde	90
11. Heilpraktikergesetz	90
a) Synergetik-Therapie ist Heilkunde	90
b) Heilkundeerlaubnis einer KJP für Psychotherapie Erwachsener ohne Teilbereichsüberprüfung	90
12. Kein Erlaubniszwang für Physiotherapeuten/Keine Beschränkung auf Physiotherapie	90
13. Bezeichnung "Diplomierter Atlas-Spezialist"	91
14. Abhängige Beschäftigung der Ehefrau eines Zahnarztes	91
15. BFH: Funktionstraining in Rheumagruppen als steuerfreie Heilbehandlung	91
<b>Verzeichnis der Entscheidungen</b>	<b>92</b>
<b>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht</b>	<b>96</b>
<b>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)</b>	<b>103</b>

## Redaktion

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

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

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

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

Ältere Ausgaben 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 **10.08.2009** eingestellten Entscheidungen.

## Erratum

SG Würzburg, Beschl. v. 13.05.2008 – S 4 KR 117/08 ER – RID 09-02-141 wurde fehlerhaft mit dem Az.: S 4 KR 117/07 ER angegeben.

## A. VERTRAGSARZTRECHT

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.

### 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** – ZMGR 2009, 74 = GesR 2009, 305, enthalten die bereichsspezifischen Bestimmungen über die Datenverarbeitung in der gesetzlichen Krankenversicherung keine Vorschriften, die eine Weitergabe von Patientendaten an private Dienstleistungsunternehmen gestatten; ebenso, wie im privatärztlichen Bereich durch § 17 III 2 KHEntG die Einschaltung von **Verrechnungsstellen** ausdrücklich zugelassen wird, bedürfte es einer entsprechenden Vorschrift für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung; da bisher die Einschaltung privater Abrechnungsstellen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hingenommen worden ist, bedarf es einer **Übergangsregelung**, damit sich die Leistungserbringer auf die nunmehr vom BSG geklärte Rechtslage einstellen und ihre abweichende Praxis dem anpassen können (s dazu nunmehr § 120 Abs. 6, § 295 Abs. 1b Satz 5 bis 8 SGB V i.d.F von Art. 15 des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.07.2009, BGBl I 1990, die gemäß Art. 15a dieses Gesetzes zum 01.07.2010 wieder aufgehoben werden).

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).

### 1. EBM 2009 REGELLEISTUNGSVOLUMEN: WACHSTUM BIS ZUM FACHGRUPPENDURCHSCHNITT

**SG Marburg, Beschl. v. 05.08.2009 – S 11 KA 430/09 ER –**

**RID 09-03-01**

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

SGB V § 87b; Beschl. des Bewertungsausschusses v. 27./28.8.2008, v. 20.04.2009

Bei einer Offensichtlichkeit der Rechtswidrigkeit ist eine **Feststellung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren** auch möglich, obwohl in der Hauptsache eine **Ermessensentscheidung** im Raum steht. Dies gebietet auch der Rechtsgewährleistungsanspruch aus Art. 19 Abs. 4 GG.

Der **Beschl. des Bewertungsausschusses v. 27./28.8.2008** enthält, auch in der Gestalt des Beschl. v. 20.04.2009, im Hinblick auf die Frage der Behandlung von unterdurchschnittlichen Praxen keine Regelungen. Der Bewertungsausschuss delegiert vielmehr jeweils (Teil F Nr. 3.5 in der durch den Beschl. v. 20.04.2009 geänderten Form) die Regelungsbefugnis für Anfangs- und Übergangsregelungen bei „Neuzulassungen von Vertragsärzten“ und für „Praxen in der Anfangsphase und Umwandlung der Kooperationsform“ auf die Partner der Gesamtverträge. Der **HVV Hessen** hat für das Quartal III/09 hiervon keinen Gebrauch gemacht.

Unter Berücksichtigung der nach wie vor aktuellen Rechtsprechung des BSG (basierend auf dem Urt. v. 21.10.1998, B 6 KA 71/97 R, juris Rn. 28, aktuell BSG, Urt. v. 28.01.2009, B 6 KA 5/08 R, juris, Rn. 39) ist eine **Regelung auch für die Fallkonstellation der unterdurchschnittlich abrechnenden Praxis** durch die Partner der Gesamtverträge **unerlässlich** und ist die Möglichkeit einer Sonderregelung durch Entscheidung des Vorstandes unzureichend.

**Fehlen** jegliche spezifische **Regelungen** für die Fallgruppe der unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen, gelten für diese die allgemeinen Regelungen (BSG, Urt. v. 28.01.2009, B 6 KA 5/08 R, juris Rn. 39). Einer unterdurchschnittlich abrechnenden Praxis ist deshalb zuzubilligen, sofort bis zum Durchschnitt der Fachgruppe wachsen zu können.

Die Ast. ist eine radiologische Gemeinschaftspraxis mit Vorhaltung von CT und MRT. Zwei ihrer Radiologen betrieben gemeinsam schon seit 2004 eine Praxis an unterschiedlichen Standorten. Seit dem 01.01.2008 kam eine dritte Radiologin hinzu und liegt der Praxissitz an einem neuen Standort. Nach einigen zeitlichen Verzögerungen hat die Ast. ihre Praxisräume – für die Investitionen in einer Größenordnung von 6,5 Mio. € getätigt wurden – nunmehr fertig gestellt und ihre Tätigkeit aufgenommen. Für die betriebenen Geräte liegt bisher noch keine Abrechnungsgenehmigung vor. Diese ist jedoch in den nächsten Tagen zu erwarten. Im Juni 2009 erhielt die Ast. zudem die Genehmigung, eine Zweigpraxis zu betreiben. Die Ag. wies der Ast. auf der Grundlage der Fallzahlen aus dem Jahr 2008 mit Bescheid v. 27.05.2009 ein Regelleistungsvolumen in Höhe von 3.700,09 € für das Quartal III/09 zu. Die Ag. nahm dabei auf Grundlage des neuen Honorarvertrages eine Addition der RLV aller drei Ärzte vor. Aus verschiedenen Gründen übten die Ärzte der Ast. im Jahr 2008 nur in sehr eingeschränktem Umfang ihre vertragsärztliche Tätigkeit aus. Sie waren im privatärztlichen Bereich tätig und übernahmen Praxisvertretungen. Gegen den Bescheid legte die Ast. Widerspruch ein. Auch für die vorausgegangenen Quartale, in denen die neue Gemeinschaftspraxis jedoch noch nicht betrieben wurde, ging die Ag. entsprechend vor und billigte der Ast. für das Quartal I/09 ein RLV von 19.870,12€ und für das Quartal II/09 ein RLV von 1.479,44€ zu. Gegen die entsprechenden Bescheide läuft jeweils das Widerspruchsverfahren. Ein Antrag v. 13.01.2009 auf Zubilligung eines RLV, das dem Fachgruppendurchschnitt bezogen auf das Leistungsspektrum der Praxis mit Vorhaltung von MRT und CT entspricht, beschied die Ag. bisher nicht. Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung weitgehend statt und stellte fest, dass der Ast. ab dem Zeitpunkt des Vorliegens der Abrechnungsgenehmigung für die betriebenen Geräte das Recht zusteht, Leistungen im Fachgebiet der Radiologie bis zur Höhe des Fachgruppendurchschnitts vergütet zu erhalten.

## 2. AUSSCHLIEßLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE: GESAMTLEISTUNGSANTEIL 90 V.H.

### A) FACHÄRZTIN FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN UND FÜR INNERE MEDIZIN

*LSG Hamburg, Urt. v. 12.11.2008 – L 2 KA 6/07 –*

RID 09-03-02

SGB V § 85 IV

Eine **Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin**, die zugleich als **Fachärztin für Innere Medizin** zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, kann nur dann **als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztin** bei der Honorarverteilung berücksichtigt werden, wenn ihre psychotherapeutischen Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. überschreiten.

*SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 08.02.2007 – S 27 KA 270/04* - wies die Klage einer Fachärztin für Innere Medizin und Psychotherapeutische Medizin mit der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ und einem Praxisschwerpunkt auf dem Gebiet der Psychoonkologie gegen die Honorarbescheide für die Quartale II/01, II/02 und I – III/03 ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### B) PRAKTISCHER ARZT MIT DER ZUSATZBEZEICHNUNG PSYCHOTHERAPIE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.04.2009 – L 11 (10) KA 57/07 –*

RID 09-03-03

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 30/09 B*

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

SGB V § 85 IV, IVa; SGB X § 44

Ein Praktischer Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie kann den Regelungen des § 85 IV 4 SGB nur unterfallen, wenn er zum Kreis der "ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte" gehört. Hierfür muss der Anteil der von ihm erbrachten relevanten psychotherapeutischen Leistungen an den Gesamtleistungen den Anteil von 90 v. H. erreichen.

*SG Düsseldorf, Urt. v. 08.08.2007 - S 14 KA 7/06* - wies die auf höheres Honorar für psychotherapeutische Leistungen in den Quartalen I/00 bis IV/04 gerichtete Klage eines praktischen Arztes mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 3. RECHTMÄßIGKEIT DER VERGÜTUNG HAUSÄRZTLICHER LEISTUNGEN IM EBM 2005

*LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 48/08 –*

RID 09-03-04

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

SGB V §§ 85 IV, IVa, 87

Es besteht keine willkürlichen Benachteiligung der Gruppe der Hausärzte gegenüber anderen Arztgruppen im EBM 2005 (hier: Quartal II/05). Die Bewertung des technischen Anteils der Leistungen ist nicht zu niedrig angesetzt worden.

*SG München, Urt. v. 30.01.2008 - S 38 KA 217/06* - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 4. INDIVIDUALBUDGET: ÄNDERUNG DER PRAXISSTRUKTUR

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.04.2009 – L 11 KA 62/07 –*

RID 09-03-05

rechtskräftig (nach zurückgenommener Nichtzulassungsbeschwerde: B 6 KA 24/09 B)  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 73, 85 IV

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach die Entscheidung für einen haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich eine Anpassung der Praxisstruktur auf den gewählten Versorgungsbereich zur Folge hat, und dies bei der Berechnung des Individualbudgets nicht zu berücksichtigen ist, ist nicht zu beanstanden.

*SG Düsseldorf, Urt. v. 08.08.2007 - S 14 KA 124/05 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 5. PRAXISBUDGETS: INTERNISTEN UND ALLGEMEINMEDIZINER/VORABVERGÜTUNG FÜR LABORLEISTUNGEN

*SG Hamburg, Urt. v. 06.05.2009 – S 3 KA 133/04 –*

RID 09-03-06

SGB V § 85 IV, IVa

Bei der Berechnung der **Praxisbudgets** (hier: Quartale I u. II/03) kann für hausärztlich tätige Internisten eine niedrigere (bundeseinheitliche und regionale) Fallpunktzahl zugrunde gelegt werden als bei der Gruppe der Allgemeinmediziner (vgl. nur BSG, Urt. v. 24.09.2003 – B 6 KA 37/02 - SozR 4-2500 § 87 Nr. 3).

Es ist nicht zu beanstanden, dass **Laboratoriumsuntersuchungen** nach Nr. 3450, 3452, 3454 und 3456 EBM **vor Verteilung der Gesamtvergütung** auf die haus- und fachärztlichen Bereiche zu vergüten sind.

Das *SG* wies die Klage ab.

#### 6. KEIN LEISTUNGSANSPRUCH AUS ERMÄCHTIGUNG BEI WIDERSPRUCH UND KLAGE

*SG Hamburg, Urt. v. 20.05.2009 – S 3 KA 95/05 –*

RID 09-03-07

SGB V §§ 85 IV, 96 IV 2, 116; SGG § 86a I 1

Infolge der **aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Klage** darf ein Arzt von seiner **Ermächtigung** keinen Gebrauch machen. Gleichwohl erbrachte Leistungen können nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden, unabhängig davon, ob die Ermächtigung in Bestandskraft erwächst.

Einem vom SG erlassene **einstweilige Anordnung**, die vom LSG aufgehoben wird, erwächst nicht in Rechtskraft, so dass die sofortige Vollziehung nicht wirksam angeordnet wurde. Aus dem Eilbeschluss kann lediglich vollstreckt werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

#### 7. KEINE VERZINSUNG VON HONORARNACHZAHLUNGEN

*LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 3/09 –*

RID 09-03-08

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

Vertragsärztliche Honorarnachzahlungen sind nicht zu verzinsen.

*SG Marburg, Urt. v. 26.11.2008 – S 12 KA 27/08 –* RID 09-01-14 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

S.a. zuletzt *BSG*, Beschl. v. 11.03.2009 – B 6 KA 11/08 B – RID 09-03-82.

#### 8. ZURÜCKBEHALTUNG VON HONORARANTEILEN WEGEN NICHT EINBEHALTENER PRAXISGEBÜHR

*SG Berlin, Urt. v. 13.05.2009 – S 83 KA 343/06 –*

RID 09-03-09

rechtskräftig  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 28 IV, 43b II, 75 I 2, 115 V; BMV-Ä §§ 18 VIIa, 49; EKV-Ä §§ 21 VIIa, 45

§ 18 VIIa BMV-Ä/§ 21 VIIa EKV-Ä, wonach die KV dann, wenn sich aus der Abrechnung ergibt, dass ein Leistungserbringer in einem Quartal in 10 v.H. oder einem höheren Anteil der Behandlungsfälle, in denen die **Zuzahlung** nach § 28 IV SGB V zu erheben ist, die Zuzahlung nicht erhoben hat, die Differenz zwischen einzubehaltender und einbehaltener Zuzahlung zurückbehalten kann, sind auf ein **Krankenhaus** anwendbar, wenn es an der **ambulanten Notfallversorgung** der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Die Regelung ist von der Ermächtigungsgrundlage des § 43b II SGB V

gedeckt. Sie dient lediglich der Sicherung ggf. im Verfahren nach § 49 BMV-Ä/§ 45 EKV-Ä festzusetzender Schadensregresse (vgl. § 18 VIIa 3 BMV-Ä/ § 21 VIIa 3 EKV-Ä).

Das **SG** wies die Klage ab.

**Parallelverfahren: SG Berlin, Urt. v. 13.05.2009 – S 83 KA 304/06 –**

**RID 09-03-10**

*Berufung anhängig: LSG Berlin Brandenburg - L 7 KA 90/09 -*

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

**SG Berlin, Urt. v. 13.05.2009 – S 83 KA 443/06 –**

**RID 09-03-11**

rechtskräftig

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

## 9. AUFRECHNUNG

### A) ÜBERZAHLUNG MIT GEMEINSCHAFTSPRAXIS NACH GESELLSCHAFTERWECHSEL

**SG Marburg, Urt. v. 20.05.2009 – S 12 KA 394/07 –**

**RID 09-03-12**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 43/09 -*

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

SGB V § 85 IV; BGB §§ 287 ff.

Eine Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, doppelt gezahlte Abschlagszahlungen mit dem Honoraranspruch einer Gemeinschaftspraxis aufzurechnen, auch wenn zwischenzeitlich ein Gesellschafterwechsel eingetreten ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

### B) SCHULD EINER EINZELPRAXIS MIT MVZ/GERINGERE VERGÜTUNG BELEGÄRZTLICHER LEISTUNGEN

**SG Marburg, Urt. v. 17.06.2009 – S 12 KA 169/08 –**

**RID 09-03-13**

*Berufung anhängig*

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

SGB V § 85 IV

Eine KV ist nicht berechtigt, eine Forderung gegenüber einem Vertragsarzt, der seine **Zulassung in ein MVZ einbringt** und dort als angestellter Arzt tätig ist, mit dem Honoraranspruch des MVZ aufzurechnen.

Ein Honorarverteilungsvertrag kann für **belegärztliche Leistungen** reduzierte Vergütungssätze unabhängig davon vorsehen, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.

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

## 10. HONORARVERTEILUNG KV HESSEN

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

**LSG Hessen, Urt. v. 29.04.2009 – L 4 KA 80/08 –**

**RID 09-03-14**

*Revision anhängig: B 6 KA 16/09 R*

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

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

Die Vertragspartner des HVV waren und sind an die Beschlussregelungen des **Bewertungsausschusses** in der Weise **gebunden**, dass sie rechtswirksam keine abweichenden Regelungen treffen konnten (vgl. Senatsurt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 69/07 – RID 08-04-06; BSG, Urt. v. 28.01.2004 - B 6 KA 52/03 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 8 = BSGE 92, 87 = MedR 2004, 396).

Nach § 85 IV SGB V i.d.F.d. GMG ist davon auszugehen, dass die **Gestaltungsfreiheit der KVen** und ihrer Vertragspartner bei der Honorarverteilung nunmehr jedenfalls insoweit eingeschränkt ist, als für alle Honorarverteilungsverträge **Regelleistungsvolumina** nach arztgruppenspezifischen Grenzwerten und eine Vergütung der den Grenzwert überschreitenden Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten verbindlich vorgegeben worden sind. Die bis dahin verwendeten Steuerungsinstrumente sind nur noch einsetzbar, wenn sie das System der Regelleistungsvolumina und abgestaffelten Punktwerte ergänzen, nicht jedoch zu ihnen im Widerspruch stehen (vgl. a. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2054/08 – RID 09-01-08).

Der HVV kann deshalb nicht ergänzend zu einem Regelleistungsvolumen eine „**Ausgleichsregelung**“ vorsehen, die bei Überschreiten des Fallwerts des Vorjahresquartals von mehr als 5 % u. U. zu einer Honorarkürzung führt.

Die Ausgleichsregelung stellt für Praxen, die zu **Kürzungsbeträgen** herangezogen wurden, praktisch eine Vergütung nach einem **praxisindividuellen Individualbudget** dar, das aus dem Produkt von

Fallwert im Referenzquartal und aktueller Fallzahl errechnet wurde. Individualbudgets sind jedoch mit dem System der Regelleistungsvolumina nach § 85 IV SGB V nicht vereinbar.

Die in Ziff. 7.5 HVV Hessen geregelte Honorarkürzung entspricht nicht den inhaltlichen Anforderungen einer wirksamen Berufsausübungsregelung nach der Rspr. d. BVerfG.

Der **Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses** nach § 87 IV SGB V in seiner 9. Sitzung am **15.01.2009** zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 87b II u. III SGB V mit Wirkung v. 01.01.2009 ist ohne Bedeutung für die Rechtmäßigkeit der Ziff. 7.5 HVV Hessen.

Regelungsinhalt der **Ziff. 7.5 HVV Hessen** ist nicht die Anpassung von Regelleistungsvolumina, sondern der Ausgleich von Honorarverlusten u.a. durch praxisindividuelle Fallwertbegrenzungen und dadurch resultierende Honorarkürzungen auch bei Praxen, die keinem Regelleistungsvolumen unterliegen.

**SG Marburg**, Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 513/07 – RID 08-04-18 gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

## **B) AUSNAHMEN VOM REGELLEISTUNGSVOLUMEN /UNZULÄSSIGE KÜRZUNG (ZIFF. 7.5 HVV)**

**LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 110/08 –**

**RID 09-03-15**

*Revision anhängig: B 6 KA 26/09 R*

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

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

Es ist unzulässig, die **nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegenden Leistungen** nach Nrn. 01600, 01601 und 01602 EBM 2005 entgegen den Vorgaben in Abschnitt III.4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 innerhalb des Regelleistungsvolumens nach dem HVV zu vergüten.

Eine **Honorarkürzung nach Ziff. 7.5 HVV KV Hessen** ist unzulässig (Parallelentscheidung zu LSG Hessen, Urt. v. 29.04.2009 – L 4 KA 80/08 – RID 09-03-14, Revision anhängig: B 6 KA 16/09 R).

**SG Marburg**, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 476/07 – RID 08-04-17 gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

**Parallelverfahren: SG Marburg**, Urt. v. 24.09.2008 – S 12 KA 530 u. 539/07 – RID 08-04-10 u. 11

**LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 85 u. 86/08 –**

**RID 09-03-16**

*Revision anhängig: B 6 KA 27/09 R bzw. B 6 KA 28/09 R*

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

## **C) ANÄSTHESIELEISTUNGEN BEI BELEGARZTFÄLLEN NICHT IM REGELLEISTUNGSVOLUMEN**

**LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 113/08 –**

**RID 09-03-17**

*Revision anhängig: B 6 KA 25/09 R*

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

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

Bei der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage kann auch im Bereich der gebundenen Verwaltung ein **Bescheidungsurteil** statthaft sein, insb. bei der Geltendmachung von Ansprüchen auf höheres vertragsärztliches Honorar (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2008 – B 6 KA 45/07 R, juris Rn. 29 ff.).

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach zu den Leistungen, die entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses dem Leistungsbereich 4.1 zuzuordnen sind (III.4.1 Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen) und nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden dürfen (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 69/07 – Revision anhängig - B 6 KA 31/08 R -), auch die Leistungen gehören, die **Anästhesisten im Rahmen der Behandlung von stationären Belegarztfällen** erbringen, ist nicht zu beanstanden.

Der **Bewertungsausschuss** ist nach § 85 IVa 1 SGB V nicht nur zu mengenbegrenzenden Regelungen befugt. Er bestimmt danach "Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung nach Abs. 4", ohne hierbei auf bestimmte Maßnahmen beschränkt zu sein. Mit der Ausnahme bestimmter Leistungen vom Regelleistungsvolumen gemäß Abschnitt III.4.1 BRLV hat er seine **Befugnisse** nicht überschritten, auch wenn einzelne dort aufgeführte Leistungen einer Mengenausweitung zugänglich sein mögen und somit andere sachliche Gesichtspunkte für den Bewertungsausschuss maßgeblich waren. Ein übergeordnetes eigenes „Gestaltungsrecht“ steht insoweit weder den KVen noch den am HVV beteiligten Krankenkassenverbänden zu.

**SG Marburg**, Urt. v. 22.10.2007 – S 12 KA 330/07 – RID 08-04-13 gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## D) REGELLEISTUNGSVOLUMEN/ZIFF. 7.5 HVV: PRAXISANFÄNGER KINDER- U. JUGENDPSYCHIATRIE

*LSG Hessen, Urt. v. 29.04.2009 – L 4 KA 76/08 –*

RID 09-03-18

*Revision anhängig: B 6 KA 17/09 R*

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

SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87

Ziffer 6.3 letzter Absatz bzw. § 5 Abs. 3 Buchstabe d) HVV, wonach der Vorstand der KV ermächtigt ist, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen vorzunehmen, ermächtigt auch im **Einzelfall** zu einer völligen **Freistellung vom Regelleistungsvolumen**.

Eine **Praxisanfängerin** innerhalb der Fachgruppe der Fachärzte für **Kinder- und Jugendpsychiatrie- und –psychotherapie** hat keinen Anspruch auf Freistellung von einem Regelleistungsvolumen, wenn die hohen Überschreitungen des Regelleistungsvolumens im Wesentlichen auf ihrem Leistungsverhalten beruhen.

**Ziffer 7.5 beziehungsweise § 5 Abs. 4 HVV** ist **rechtswidrig**, soweit er **junge Praxen**, die erst mit oder nach Inkrafttreten des EBM 2005 gegründet wurden, mangels Referenzquartal nicht an der Ausgleichsregelung hat teilnehmen lassen. Diese Regelung ist im Hinblick auf junge Praxen ergänzungsbedürftig. Im Ergebnis wirkt sich diese Regelung bei jungen Praxen aber wie eine Honorarbegrenzungsmaßnahme aus, weil im Gegensatz zu bereits im Jahr 2004 durchschnittlich abrechnenden Praxen die Erzielung eines durchschnittlichen Honorars bei jungen Praxen eine ungleich größere Anstrengung des Arztes durch Fallzahlsteigerung und Leistungsausweitung erfordert und hierdurch das Prinzip der Leistungsproportionalität ohne ausreichende sachliche Gründe verletzt wird. Der HVV enthält insofern als Normsetzungsvertrag eine regelungsbedürftige und durch Auslegung nicht zu schließende Lücke.

Eine **rechtmäßige Ergänzung** der Ziff. 7.5 bzw. § 5 Abs. 4 HVV könnte vorsehen, dass bei jungen Praxen zur Berechnung des Auffüllbetrages von der Fallzahl der Praxis im aktuellen Quartal oder alternativ von der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe im Referenzjahr auszugehen ist und das hieraus errechnete fiktive Honorar auf das Durchschnittshonorar der Fachgruppe im aktuellen Quartal zu beschränken ist. Hat die Praxis im sonst maßgeblichen Referenzquartal noch nicht bestanden, könnte wegen des Referenzfallwertes ebenfalls auf den durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe im Referenzjahr abgestellt werden. Eine rechtmäßige Änderung könnte auch in einer vollständigen Umgestaltung oder Abschaffung der unter Ziff. 7.5 HVV getroffenen Regelung bestehen. Auch wäre vorstellbar, dass dem Vorstand der KV im Rahmen der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 eine eigene Regelungskompetenz für Fälle der vorliegenden Art eingeräumt werden könnte.

*SG Marburg, Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 424/07* verurteilte zur Neubescheidung, auf Berufung der Bekl. u. Anschlussberufung d. Kl. verurteilte das **LSG** zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats.

## E) NICHT GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE PSYCHOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN IM REGELLEISTUNGSVOLUMEN

*SG Marburg, Urt. v. 17.06.2009 – S 12 KA 278/07 –*

RID 09-03-19

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 278/07 -*

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

SGB V § 85 IV

Eine **Internistin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie** hat keinen Anspruch darauf, dass auch die nicht genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen entweder außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden oder bei Erbringung dieser Leistungen eine abweichende Fallpunktzahl festgesetzt wird.

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

## 11. ZAHNÄRZTE

### A) DEGRESSIONSREGELUNG

#### AA) PUNKTWERT BEI DER DEGRESSIONSKÜRZUNG

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 12/08 –**

**RID 09-03-20**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 85 IVb u. IVe

Bei der Berechnung des Betrages, um den der Vergütungsanspruch nach den Degressionsregelungen zu verringern ist, ist der vertraglich mit den **Krankenkassen vereinbarte Punktwert** heranzuziehen. Die Anwendung des sog. **Auszahlungspunktwertes** wäre rechtswidrig.

Der kl. Oralchirurg erbrachte im Jahr 1999 ausschließlich konservierend-chirurgische Leistungen im Umfang von 450.733 Punkten. Die Bekl. kürzte unter Anwendung der Degressionsregelung des § 85 IVb SGB V den Vergütungsanspruch um 29.167,60 DM (= 14.913,16 €). **SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 13.12.2007 – S 83 KA 34/04 KZA - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelverfahren:** (allg.zahnärztl. Gem.praxis, 2002) **SG Berlin**, Urt. v. 27.06.2007 – S 71 KA 51/04 KZA –

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 120/07 –**

**RID 09-03-21**

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

(Kieferorthop. Gemeinschaftspraxis, 2002) **SG Berlin**, Urt. v. 27.06.2007 – S 71 KA 62/04 KZA –

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 126/07 –**

**RID 09-03-22**

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

#### BB) VEREINBARUNG FÜR DEN BEREICH DER KZV BERLIN RECHTMÄßIG

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 1012/05 –**

**RID 09-03-23**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 85 IVb u. IVe; GG Art. 3 I, 12 I

Die mit Wirkung zum 01.01.1993 abgeschlossene "Vereinbarung über die rechnerische Ermittlung der Verringerung des Vergütungsanspruchs gemäß § 85 Abs. 4 b Satz 5 SGB V" v. 24.01.1994 für den Bereich der KZV Berlin ist rechtmäßig. Das gilt auch für die **Heranziehung des vertraglichen Punktwertes** als Grundlage der Degression und der Stichtagsbildung für die einzelnen Leistungsbereiche. Soweit abweichend von den Bestimmungen des § 85 IVb-IVf SGB V für die verschiedenen Leistungsbereiche unterschiedliche Kürzungsfaktoren anzusetzen sind, muss dies im Hinblick auf die mit den "Vereinbarungen" beabsichtigte Verwaltungsvereinfachung hingenommen werden, was vom BSG grundsätzlich gebilligt worden ist (BSG, Urt. v. 15.05.2002, - B 6 KA 25/01 R - juris).

**SG Berlin**, Urt. v. 04.05.2005 – S 79 KA 2/03 KZA - wies die Klage (Degressionskürzung für das Jahr 2000: 19.448,62 € = 38.038,20 DM) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### CC) DEGRESSIONSKÜRZUNG BEI MKG-CHIRURGEN

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 133/06 –**

**RID 09-03-24**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 85 IVb u. IVe; GG Art. 3 I, 12 I

§ 85 IVb SGB V a.F. (hier: Jahr 2005) ist **verfassungsgemäß** (grundlegend BSGE 80, 223; dazu BVerfG NJW 2000, 3413; NVwZ-RR 2002, 802; weiterhin BSG MedR 2000, 49, 50 m.w.N.; SozR 3-2500 § 85 Nr. 46; SozR 4-2500 § 85 Nr. 2 u. 27). Insbesondere bedarf es keiner verfassungskonformen Auslegung zugunsten der **MKG-Chirurgen**. Die Gruppe der MKG-Chirurgen kann insofern mit der Gruppe der Oralchirurgen gleichgestellt werden. Der Gesetzgeber durfte die degressionsfreie Punktmenge und die Degressionsstufen für die (sonstigen) Vertragszahnärzte, die nicht als Kieferorthopäden zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen sind, absenken.

**SG Berlin**, Urt. v. 11.10.2006 – S 71 KA 401/05 KZA - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## DD) VERFASSUNGSMÄßIGE DIFFERENZIERUNG ZW. ZAHNÄRZTEN U. KIEFERORTHOPÄDEN

**SG Dresden, Urt. v. 18.02.2009 – S 11 KA 5062/05 Z –**

**RID 09-03-25**

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 10/09 R*

juris

SGB V § 85 IVb 1 HS 2; GG Art. 3 I

Die Differenzierung der Degressionsregelungen des § 85 IVb SGB V zwischen Vertragszahnärzten und Kieferorthopäden in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) v. 14.11.2003 ist rechtmäßig und mit Art. 12 I und Art. 3 I GG vereinbar (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 29.11.2006 - B 6 KA 23/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 27). Die vom Gesetzgeber – lediglich – nachvollzogene Absenkung der Degressionsgrenzwerte für die Kieferorthopäden erscheint daher schon vor dem Hintergrund, dem Anreiz entgegenzusteuern, die mit dem BEMA-Z vom Normgeber durchaus beabsichtigte Honorarminderung ausgleichen zu wollen, gerechtfertigt.

Das **SG** wies die Klage ab.

**Parallelverfahren: SG Dresden, Urt. v. 18.02.2009 – S 11 KA 5016/07 Z –**

**RID 09-03-26**

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 9/09 R*

juris

## B) QUARTALSBEZOGENE HONORAREINBEHALTE UND RESTVERGÜTUNGSQUOTE

**SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 – S 12 KA 732/08 –**

**RID 09-03-27**

*Berufung anhängig*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 85 IV

Ein Honorarverteilungsmaßstab, der **Honorareinbehalte** aufgrund einer **quartalsweise festzustellenden Restvergütungsquote** vorsieht, die dann ggf. durch eine auf das Jahr bezogene Restvergütungsquote ausgeglichen werden, ist auch insoweit zulässig, als dadurch mehr als 5 % von dem tatsächlichen Honorar eines Quartals vorläufig einbehalten werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 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 mit Hilfe eines **Multi-Leaf-Kollimators** beschränkt; die bei der Anfertigung patientenindividueller Ausblendungen anfallenden Kosten sind gesondert zu vergüten; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 1/08 R** – ist die Leistung nach **Nr. 01 BEMA-Z** (Eingehende Untersuchung einschließlich Beratung) im Zusammenhang mit einem Besuch nicht neben der Leistung nach Nr. 50 GOÄ (abrechnungstechnisch für Zahnärzte Nr. 7500 BEMA-Z - Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung) berechnungsfähig.

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

### 1. JOB-SHARING: BINDUNG AN BESTANDSKRÄFTIGE LEISTUNGSBEGRENZUNG

**LSG Hessen, Beschl. v. 25.05.2009 – L 4 KA 57/08 B ER –**

**RID 09-03-28**

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

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

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach eine KV bei der Festsetzung des Honoraranspruchs an eine bestandskräftige Beschränkung des Leistungsumfangs durch die Entscheidung des Zulassungsausschusses aufgrund eines sog. Job-Sharings gebunden ist und in dem Fall, in dem die Abrechnung den festgesetzten Leistungsumfang überschreitet, eine Honorarberichtigung erfolgen kann, ist zutreffend.

**SG Marburg**, Beschl. v. 26.05.2008 – S 12 KA 120/08 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

S.a. **BSG**, Beschl. v. 28.01.2009 – B 6 KA 17/08 B – RID 09-02-101.

## 2. TAGESPROFILE: NEBENEINANDERABRECHNUNG DER ZIFFERN 04110/04111 MIT 04120 EBM 2005

*SG Marburg, Beschl. v. 02.07.2009 – S 12 KA 235/09 ER –*

RID 09-03-29

*Beschwerde anhängig* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V § 106a; SGB X §§ 24, 35; EBM 2005 04110, 04111, 04120

Beruhend **Tagesprofile** wesentlich auf der Nebeneinanderabrechnung der Ziffern 04110 und 04111 mit der Ziffer 04120 EBM 2005, so ist dies unter Angabe der Behandlungsfälle in einem Honorarberichtigungsbescheid anzugeben. Ein Vertragsarzt ist hierzu anzuhören.

Die Bewertung der **Nebeneinanderabrechnung** der Ziffern 04110 und 04111 mit der Ziffer 04120 EBM 2005 mit 20 Minuten ist nicht zu beanstanden. Es ist unerheblich, ob das vom Vertragsarzt verwendete Abrechnungsprogramm ihm diesen Zeitumfang anzeigt.

**Gesprächsleistungen** können weder ganz noch teilweise an nichtärztliches Personal delegiert werden.

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

## 3. SONOGRAPHIELEISTUNGEN: ERFORDERLICHE BILDDOKUMENTATION

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.03.2009 – L 11 (10) KA 3/07 –*

RID 09-03-30

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
§ 45 BMV-Ä; § 34 EKV-Ä; EBM Nrn. 102, 381, 388

Es kommt nicht darauf an, dass eine Vertragsärztin nach mehr oder weniger umfangreichen Recherchen in der Lage ist, die **Sonografiebilder** ihren **Patientinnen zuzuordnen**; entscheidend ist, dass das Bild aus sich heraus ohne weitere Nachforschungen einer Patientin zugeordnet werden kann, weil es z.B. deren Namen und Geburtsdatum enthält. Im Übrigen muss eine Zuordnung auch durch Dritte möglich sein.

Bringt eine Vertragsärztin ihr fehlerhaftes Verständnis von der erforderlichen Bilddokumentation grundsätzlich zum Ausdruck, kann davon ausgegangen werden, dass der **aufgedeckte Abrechnungsfehler in sämtlichen streitbefangenen Quartalen** vorhanden war und kann das Ergebnis einer Quartalsprüfung auf die übrigen noch 14 verbliebenen Quartale **hochgerechnet** werden.

Im Jahre 2001 führte die Bekl. aufgrund einer Stichprobenauswahl bei der Kl., einer Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, eine **Plausibilitätskontrolle** durch. Sie **kürzte** die Häufigkeit des Ansatzes der Ziffer 17 um 60 % in I/97 bis IV/00, der EBM-Ziffern 169, 3500 und 3602 um 70 % von I/97 bis IV/00 und der EBM-Nr. 166 auf den Fachgruppendurchschnitt von Quartal I/96 bis III/00. Die **Sonographieleistungen** nach den GO-Nrn. 381 PB, 381, 388 (28), 388 und 102 wurden von I/96 bis IV/00 auf Null gekürzt. Sie bezifferte die rechnerische Berichtigung auf einen Betrag von 254.068,49 DM. Im Widerspruchsbescheid half die Bekl. teilweise ab, als die sachlich-rechnerischen Berichtigungen gemäß den Nrn. 17, 169, 3500 und 3620 EBM aufgehoben wurden. Der Rückforderungsbetrag reduzierte sich um 23.982,48 EUR auf **105.920,68 EUR**. Zur Begründung führte sie aus, betreffend die **Sonographieleistungen** sei festgestellt worden, dass bei den durchgeführten Leistungen nach den Nrn. 381 und 388 EBM die **Organe nicht vollständig** abgebildet gewesen seien, es habe keine ausreichende **Bilddokumentation** bestanden. Auf den Ultraschallaufnahmen sei weder der **Name der Patientin** noch eine **Kennziffer** auf dem Bild ersichtlich. Eine Zuordnung zu einer bestimmten Patientin sei im Nachhinein nicht möglich gewesen. Auch hätten bei den **Zysten die Seitenangaben** gefehlt. Für das Quartal I/01 kürzte sie das Honorar für Sonographieleistungen um weitere 9.108,10 EUR. *SG Düsseldorf, Urt. v. 20.12.2006 – S 2 (17) KA 276/03 – RID 07-01-33* wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 4. NR. 157 EBM BZW. 01730 EBM 2005 (UNTERSUCHUNG ZUR KREBSFRÜHERKENNUNG)

*SG Düsseldorf, Beschl. v. 03.07.2009 – S 2 KA 119/09 ER –*

RID 09-03-31

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 25 II, 92 I 2 Nr. 3 u. 4; SGG § 86b I 1 Nr. 2; EBM 1996 Nr. 157; EBM 2005 Nr. 01730

Die Nr. 157 EBM bzw. 01730 EBM 2005 (Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) ist nur höchstens einmal jährlich abrechenbar.

Nach Ablauf der Ausschlussfrist von vier Jahren für sachlich-rechnerische Berichtigungen ist eine Richtigstellung nur noch nach Maßgabe der Vertrauensauschlussstatbestände des § 45 II 3 i.V.m. IV 1 SGB X möglich (BSG, Urt. v. 28.03.2007 - B 6 KA 26/06 R -).

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

## 5. VERSANDKOSTEN NACH NR. 7103 U. 7120 EBM

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.03.2009 – L 11 (10) KA 44/07 –*

**RID 09-03-32**

Revision anhängig: B 6 KA 23/09 R

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

EBM Nr. 7103, 7120

Einer Abrechnung der **Nr. 7120 EBM** - "Pauschalerstattung für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g (z. B. im Postdienst Standardbrief) oder für die Übermittlung eines Telefax" - steht der in Kapitel U Unterpunkt 2 EBM normierte Abrechnungsausschluss für "Pauschalerstattungen für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax" entgegen. Danach können "Kosten für die Versendung, den Transport bzw. die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer, histologischer, zytologischer oder zytogenetischer Untersuchungsergebnisse" "für die Fälle nicht nach den Pauschal-erstattungen Nrn. 7120 bis 7123 berechnet werden, in denen die Nr. 7103 abgerechnet worden ist."

Wenn der **weitergebende Laborarzt** zu Recht die **Nr. 7103 EBM abrechnet**, greift der in Kapitel U Unterpunkt 2 EBM normierte Abrechnungsausschluss für die Übermittlung von Untersuchungen nicht nur zu seinen, sondern auch zu "Lasten" des annehmenden Laborarztes. Der Leistungsausschluss ist nämlich nicht beschränkt auf Behandlungsfälle i.S.d. § 21 I BMV-Ä bzw. § 25 I EKV-Ä, sondern umschließt durch die weitergehende Formulierung "Fälle" alle Konstellationen, in denen für denselben Kranken im selben Quartal Laborleistungen erbracht worden sind, unabhängig davon, ob ein Laborarzt tätig geworden ist oder er weitere Laborärzte hinzugezogen hat.

*SG Dortmund, Urt. v. 26.06.2007 - S 9 KA 241/04 -* gab der Klage statt, das *LSG* wies auf Berufung der Beklagten die Klage ab.

## 6. DELEGIERBARKEIT DER TECHNISCHEN ÜBERPRÜFUNG DER HERZSCHRITTMACHERKONTROLLE

*SG Marburg, Urt. v. 17.06.2009 – S 12 KA 171/08 –*

**RID 09-03-33**

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

SGB V § 85 IV; EBM 2005 Nr. 13522

Die Leistung nach **Nr. 13522 EBM 2005** kann nicht mit der Begründung, die technische Überprüfung des Schrittmachers, d.h. das Ausschreiben der Daten und die Überprüfung des Computers sei einem technischen Mitarbeiter übertragen worden, sachlich-rechnerisch berichtigt werden. Diese Tätigkeiten sind an entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal delegierbar.

Das *SG* gab der Klage teilweise statt.

## 7. ZAHNÄRZTE

### A) NR. 1441 GOÄ 1982

*SG Mainz, Urt. v. 25.03.2009 – S 2 KA 195/06 –*

**RID 09-03-34**

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

SGB V § 106a; GOÄ 1982 Nr. 1441

Die Nr. 1441 GOÄ 1982 (Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen) ist bei der Behandlung einer dentogenen Sinusitis oder einer Radix in antrum abrechnungsfähig. Die von einer Arbeitsgruppe der KZBV erstellte Positivliste der Anwendung der GOÄ 1982 ist nicht verbindlich.

Das *SG* gab der Klage statt.

### B) UMSTELLUNGSOSTEOTOMIE ALS PRÄIMPLANTOLOGISCHE MAßNAHMEN

*SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 – S 12 KA 527/08 –*

**RID 09-03-35**

Berufung anhängig

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

SGB V 106a

Dient eine **Umstellungsosteotomie** vorwiegend der Setzung von Implantaten, so handelt es sich um präimplantologische Maßnahmen, die **Teil einer Gesamtleistung** sind, die sich hinsichtlich der Leistungsbewilligung nicht aufspalten lässt (so zutreffend *LSG Bayern, Urt. v. 25.10.2007 – L 4 KR 275/05 – RID 08-02-148*).

Das *SG* wies die Klage ab.

### C) FEHLENDE RÖNTGENAUFNAHMEN/NACHWEIS FÜR OSTEOTOMIE UND ZYSTEKTOMIE

*SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 – S 12 KA 520/08 –*

RID 09-03-36

*Berufung anhängig*

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

SGB V 106a; BEMA-Z Nr. 56, 47a, 48, 53

Kann ein Vertragszahnarzt die **Röntgenaufnahmen** nicht vorlegen und deren Verbleib nachweisen, so fehlt es an einem Nachweis für die Erbringung der Röntgenleistungen.

Für den Nachweis einer **Osteotomie** ist im Regelfall ein Röntgenbild ausreichend. Ist der röntgenologische Befund zweifelhaft, kann der Nachweis durch weitere Aufzeichnungen des Vertragszahnarztes, insbesondere einen OP-Bericht erbracht werden. Entscheidend ist nicht die Ausführlichkeit der Darlegungen, sondern die Nachvollziehbarkeit des Berichts für einen anderen Zahnmediziner. Pauschalierende Begründungen sind unzureichend.

Ohne eine röntgenologisch nachweisbare **Zyste** kann Nr. 56a BEMA-Z nicht abgerechnet werden. In Ausnahmefällen kann der Nachweis durch einen OP-Bericht erbracht werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

### D) NR. 1466 GOÄ-82 NEBEN DER NR. 1468 GOÄ-82/NACHWEIS EINER OSTEOTOMIE

*SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 – S 12 KA 521/08 –*

RID 09-03-37

*Berufung anhängig*

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

SGB V 106a; BEMA-Z Nr. 45, 47a

Die **Nr. 1466 GOÄ-82** kann im Ausnahmefall neben der **Nr. 1468 GOÄ-82** abgerechnet werden, wenn die Endoskopie nach **Nr. 1466 GOÄ-82** zur Untersuchung des Operationsgebietes als separater Eingriff erfolgt. Nachweispflichtig hierfür ist der Vertragszahnarzt.

Für den **Nachweis einer Osteotomie** ist im Regelfall ein Röntgenbild ausreichend. Ist der röntgenologische Befund zweifelhaft, kann der Nachweis durch weitere Aufzeichnungen des Vertragszahnarztes, insbesondere einen OP-Bericht erbracht werden. Entscheidend ist nicht die Ausführlichkeit der Darlegungen, sondern die Nachvollziehbarkeit des Berichts für einen anderen Zahnmediziner. Pauschalierende Begründungen sind unzureichend.

Das **SG** wies die Klage ab.

## III. Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst

Zur BSG-Rspr. vgl. zuletzt RID 07-04 A III (S. 17); zum **Bereitschaftsdienst** s. BSG, Urt. v. 06.02.2008 - B 6 KA 13/06 R – ZMGR 2008, 213 = MedR 2009, 428 = USK 2008-18 = Breith 2009, 111.

### 1. ZWEIGPRAXIS

#### A) ZERTIFIZIERUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ULTRASCHALL IN DER MEDIZIN (DEGUM)

*SG Düsseldorf, Urt. v. 01.07.2009 – S 2 (14) KA 173/07 –*

RID 09-03-38

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

Ärzte-ZV § 24

Nach ihrem Wortlaut erlaubt § 24 III 1 u. 2 Ärzte-ZV die Leistungserbringung an weiteren Orten nur, "wenn und soweit" die in Satz 1 festgelegten Kriterien erfüllt sind. Dabei darf die Bestimmung von Reichweite und Inhalt dieser Merkmale nicht mit der **Bedarfsplanung** als Instrument der Sicherstellung kollidieren. Um insofern einen Regelungswiderspruch zu vermeiden, kann eine Verbesserung der Versorgung hinsichtlich eines Leistungsangebotes grundsätzlich dann nicht angenommen werden, wenn eine **Überversorgung** mit der Leistung besteht.

Eine auf **Teile des Gebietsspektrums bzw. bestimmte Leistungen beschränkte Tätigkeit** ist dagegen auch im gesperrten Bereich genehmigungsfähig, wenn insoweit keine Zuvielversorgung besteht bzw. ein höherer Qualitätsstandard ausnahmsweise eine Verbesserung begründet (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 23.07.2008 – L 12 KA 3/08 – RID 09-01-36).

Der Wortlaut des § 24 III 1 Ärzte-ZV stellt auf die Situation an bestimmten "Orten" ab, nämlich auf den "Ort des Vertragsarztsitzes" und die "weiteren Orte". Dies führt nicht nur dazu, dass grundsätzlich die in **anderen Planungsbereichen** vorgehaltenen Leistungsangebote außer Betracht zu bleiben

haben. Auch innerhalb des Planungsbereiches ist ggf. eine **kleinzelligere Bewertung** erforderlich, um die konkreten Verhältnisse "vor Ort" zu erfassen.

Die **Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)** stellt eine in der medizinisch-wissenschaftlichen Fachwelt anerkannte Qualifikation hoher Güte einer ärztlichen Eigeneinrichtung dar. Entsprechend zertifizierte Ärzte verfügen gegenüber nicht zertifizierten Ärzten und Ärzte mit einer höheren Zertifizierungsstufe gegenüber solchen mit einer geringeren Zertifizierungsstufe über eine höhere Qualifikation bei der Ultraschalldiagnostik in dem Sinne, dass ihre Tätigkeit als Verbesserung der Versorgung i.S.d. § 24 III 1 Ärzte-ZV angesehen werden kann.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Bekl., d. Kl. die Genehmigung zu erteilen, seine vertragsärztliche Tätigkeit auch in Neuss auszuüben, wobei ein Umfang von mehr als vier Wochenstunden nicht überschritten werden darf.

## **B) KONKURRENTENKLAGE: EINSTWEILIGE ANORDNUNG NUR IN AUSNAHMEFÄLLEN**

**SG Dortmund, Beschl. v. 15.06.2009 – S 9 KA 97/07 ER –**

**RID 09-03-39**

SGG § 86b I 1 Nr. 1; Ärzte-ZV § 24 III

Die Konkurrentenklage gegen eine Filialgenehmigung hat **aufschiebende Wirkung**.

In den Fällen der Filialgenehmigung, gegen die ein anderer Vertragsarzt Anfechtungsklage erhoben hat, ist der **Erllass einer einstweiligen Anordnung** zwar nicht schlechthin ausgeschlossen, er muss indes auf besonders gelagerte Ausnahmefälle beschränkt werden. Die Verbesserung des Leistungsangebots allein rechtfertigt nicht den Erlass einer einstweiligen Anordnung.

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

Vgl. bereits **SG Dortmund**, Beschl. v. 20.01.2008 – S 16 KA 171/07 ER – RID 08-02-50; die **aufschiebende Wirkung** einer Konkurrentenklage **verneinen LSG Hamburg**, Beschl. v. 06.01.2009 – L 2 B 254/08 ER KA – RID 09-01-37; **LSG Bayern**, Urt. v. 23.07.2008 – L 12 KA 3/08 – RID 09-01-36 (Revision anhängig: B 6 KA 42/08 R) und zuvor **SG München**, Urt. v. 11.12.2007 – S 28 KA 781/07 – RID 08-02-51; s.a. **LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 19.07.2007 – L 7 B 111/07 KA ER – RID 08-01-85 (Eine einstweilige Anordnung kommt nur dann in Betracht, wenn das Abwarten der Hauptsacheentscheidung schlechterdings nicht zugemutet werden kann. Ist ein Vertragszahnarzt bereits zugelassen, so kann er in seiner Praxis tätig sein und hat durch Nichtgenehmigung der Zweigpraxis keine existentiellen Nachteile zu gegenwärtigen).

## **2. MVZ: BELEGARTANERKENNUNG/GEEIGNETHEIT: FAHRSTRECKE ZWISCHEN BELEGKRANKENHAUS UND WOHSITZ**

**LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 17/08 –**

**RID 09-03-40**

*Revision zugelassen*

SGB V §§ 72 I 2, 95, 103 VII, 115 I, 121; Ärzte-ZV § 24 II, III 1 Nr. 2; BMV-Ä §§ 1 VI, 39, 40; EKV-Ä §§ 1 VIII, 31, 32  
Auf ein sonst notwendiges **Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren** kann aus Gründen der Prozessökonomie verzichtet werden, wenn auch in diesen Verfahren keine andere Entscheidung der Beklagten zu erwarten und insoweit auch keine anderen Gremien zur Entscheidung berufen wären als diejenigen, durch die die Beklagte im Prozess vertreten ist (vgl. BSG, Urt. v. 15.08.1996 - 9 RVs 10/94 -; a.A. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.09.2006 - L 11 SB 24/05-26).

**MVZ** können grundsätzlich auch **belegärztliche Leistungen** erbringen, und zwar insbesondere durch angestellte Ärzte. Inhaber der Belegarztanerkennung ist in diesem Falle das MVZ selbst, wobei aber zur Beurteilung der persönlichen Geeignetheit die Anerkennung auf einen oder mehrere angestellte Ärzte zu beziehen ist, die für das MVZ belegärztlich tätig werden sollen.

Soweit bei dem **MVZ**, dem die Belegarztanerkennung unmittelbar zusteht, die stationäre Tätigkeit nicht das **Schwergewicht der Gesamttätigkeit** bildet, liegt auch dann kein Verstoß gegen § 39 II BMVÄ/§ 31 II EKV-Ä vor, wenn einzelne angestellte Ärzte des MVZ, auf die sich die Belegarztanerkennung bezieht, möglicherweise im Rahmen der internen Arbeitsteilung im MVZ überwiegend stationäre Behandlungen ausüben, denn hierdurch ändert sich nicht der Charakter des MVZ als eigentlicher Inhaber der Belegarztanerkennung, der weiterhin überwiegend an der Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Versicherten teilnimmt.

Eine Belegarztanerkennung kann nicht versagt werden, wenn die **Fahrstrecke** zwischen dem Belegkrankenhaus und dem Wohnsitz **35 Minuten** beträgt und der Arzt in einem MVZ mit weiteren Kardiologen arbeitet, von denen einige auch Belegärzte sind.

Weder für die Beschränkung der Belegarztstätigkeit auf ein Krankenhaus (§ 39 III BMV-Ä/§ 31 III EKV-Ä) noch für die vorzulegende Bescheinigung des Krankenhauses oder den Belegarztvertrag

kommt es auf die jeweilige Betriebsstätte an, sofern ein **Krankenhaus** über **mehrere Betriebsstätten** am selben Ort verfügt.

Der bei dem klagenden MVZ angestellte Dr. K beantragte erfolglos bei der bekl. KV die Anerkennung als Belegarzt für die B. Diakonie-Kliniken (FDK), Abteilung Innere Medizin - Kardiologie mit den Betriebsstätten AV.Krankenhaus und QG.Krankenhaus. Nach Erhebung seiner Klage trat auf Anregung des SG anstelle von Dr. K. das MVZ CCB GbR im Wege der Klageänderung als Klägerin in den Prozess ein mit dem Ziel, ihr die Belegarztanerkennung für den angestellten Arzt Dr. K. zu erteilen. Die Kl. hat ihren Klageantrag in der mündlichen Verhandlung auf eine Tätigkeit am AV.Krankenhaus begrenzt und eine entsprechende Änderung des Belegarztvertrages in Aussicht gestellt. **SG Marburg**, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 1082/06 – RID 08-01-43 verurteilte die Bekl., d. Kl. die Belegarztanerkennung für den angestellten Arzt Dr. K. für das AV.Krankenhaus zu erteilen. Das **LSG** hob auf die Berufung der Bekl. das Urteil des SG auf und wies die Klage ab, soweit das SG den Bescheid der Bekl. aufgehoben hat. Im Übrigen wies es die Berufung zurück und verurteilte die Bekl., die Belegarztanerkennung der Kl. für den angestellten Arzt Dr. K. für die B. Diakonie-Kliniken, Abteilung Innere Medizin/Kardiologie, zu erteilen.

Parallelverfahren: **SG Marburg**, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 1079/06 – RID 08-01-42

**LSG Hessen**, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 18/08 –

RID 09-03-41

Revision zugelassen

### 3. WIDERRUF EINER GENEHMIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG VON SUBSTITUTIONSBEHANDLUNGEN

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 01.07.2009 – L 11 B 8/09 KA ER –

RID 09-03-42

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

SGB X § 24; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die **unterlassene Anhörung** bei einem **Widerruf einer Genehmigung** zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen von bis zu 100 Opiatabhängigen unter Anordnung der sofortigen Vollziehung stellt einen wesentlichen Mangel des Verfahrens dar, der allerdings nicht so schwerwiegend ist, dass deshalb der Verwaltungsakt nichtig wäre.

Die Substitutionsrichtlinie enthält **keine Rechtsgrundlage** für den **Widerruf einer Substitutionsgenehmigung**. Ob allein der Gedanke eines actus contrarius ausreicht, erscheint als zweifelhaft.

Zur **Begründung der sofortigen Vollziehung** ist zu berücksichtigen, dass sich ein Vertragsarzt darauf spezialisiert hat, opiatabhängige Patienten zu behandeln. Das beruht zwar auf seiner Entscheidung, ändert indessen nichts daran, dass der Widerruf der Genehmigung einen nicht unerheblichen Teil der Praxistätigkeit erfasst und daher die wirtschaftlichen Auswirkungen in die Abwägung hätten einbezogen werden müssen.

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 12.03.2009 - S 33 KA 47/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage (S 33 KA 49/09 SG Düsseldorf) mit der Maßgabe an, dass die vom Kläger vertragsärztlich durchzuführenden Substitutionsbehandlungen auf 50 Fälle begrenzt werden.

### 4. BEREITSCHAFTSDIENST

#### A) AUFHEBUNG EINER BEFREIUNG VOM NOTFALLDIENST

**LSG Hessen**, Urt. v. 29.04.2009 – L 4 KA 73/08 –

RID 09-03-43

SGB V § 75 I 2; SGB X §§ 48, 49

Die Vorschriften über die Teilnahme am Notfalldienst haben **keinen drittschützenden Charakter** gegenüber den Mitgliedern der Notfalldienst-Gemeinschaft.

Eine vollständige **Befreiung** vom Notfalldienst kann mit Wirkung für die Zukunft zumindest teilweise **aufgehoben** werden, wenn insoweit eine wesentliche Änderung in den rechtlichen Verhältnissen eingetreten ist (§ 48 I 1 SGB X).

Ein Vertragsarzt muss wegen seiner zusätzlichen Belastung durch eine **konsiliarärztliche Tätigkeit** an einem Krankenhaus nicht von der Teilnahme am Notfalldienst befreit werden.

Eine vollständige **Befreiung** vom Notfalldienst kommt unter dem Gesichtspunkt gleichmäßiger Belastung (Art. 3 I GG) nur unter zusätzlichen Voraussetzungen infrage, wenn nämlich gesundheitliche oder vergleichbare Belastungen zu einer **deutlichen Einschränkung der Praxistätigkeit** des Arztes führen und ihm zudem aufgrund geringer Einkünfte aus der ärztlichen Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann, den Notfalldienst auf eigene Kosten durch einen Vertreter wahrnehmen zu lassen (vgl. BSG, Urt. v. 06.02.2008 - B 6 KA 13/06 R - ZMGR 2008, 213, juris Rn. 14 m.w.N.).

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 21.05.2008 – S 28 KA 2101/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## B) KEIN ANSPRUCH AUF EINRICHTUNG EINES ANÄSTHESIOLOGISCHEN NOTFALLDIENSTES

*LSG Hessen, Beschl. v. 30.06.2009 – L 4 KA 53/07 –*

RID 09-03-44

SGB V § 75 I 1 und 2; Notdienstordnung KV Hessen § 2 III

Zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Fachärzte für Anästhesie haben keinen Anspruch auf Einrichtung eines **anästhesiologischen Notfalldienstes**. Die **Tätigkeit im stationären Bereich** zur Versorgung von Belegpatienten kann bei der Entscheidung, ob eine gebietsärztliche Rufbereitschaft Anästhesie anzurichten ist, nicht maßgeblich sein. Die KVen sind primär nur zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Versicherten verpflichtet und tragen für die Funktionsfähigkeit des stationären Krankenhaussektors keine Verantwortung (vgl. § 75 I u. III-V i.V.m. § 73 II SGB V; BSG, Urt. v. 12.12.2001 - B 6 KA 5/01 R - juris Rn. 25).

*SG Marburg*, Urt. v. 11.07.2007 – S 12 KA 881/06 – RID 07-03-47 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## IV. Disziplinarrecht: Unzutreffende Abrechnung nach Zeitprofilen

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 19.05.2009 – L 4 KA 2/08 –*

RID 09-03-45

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 81 V 1

Eine Satzung muss keine **Verjährungsfristen**, nach deren Ablauf eine Disziplinarmaßnahme nicht mehr verhängt werden darf, vorsehen (BSG, Urt. v. 06.11.2002 - B 6 KA 9/02 R - SozR 3-2500 § 81 Nr. 9).

Die **Erstellung der Zeitprofile** durch die Addition der (Mindest-)zeiten für die Erbringung bestimmter Leistungsziffern nach dem EBM und durch die Errechnung des (Mindest-)zeitaufwandes für die übrigen Leistungen anhand sog. Zeitbedarfsanalysen der KBV ist nicht zu beanstanden.

Unterschreibt ein Vertragsarzt eine **unrichtige Abrechnungssammelerklärung**, weil er sich in vollem Umfang auf die Abrechnung durch seine **Arzhelferinnen** verlässt, ohne auch nur eine Plausibilitätsprüfung vorzunehmen, handelt er grob fahrlässig jedenfalls dann, wenn bereits eine einfache Plausibilitätsprüfung ergeben hätte, dass die Abrechnung nicht zutreffen kann.

Der Kl. ist ein praktischer Arzt und Facharzt für Allgemeinmedizin. Bei der Prüfung der Abrechnungsunterlagen für die Quartale I u. II/96 anhand von Zeitprofilen stellte die Beklagte u. a. fest, dass Leistungen mit festen Zeitvorgaben für teilweise erheblich mehr als acht Stunden pro Tag abgerechnet worden waren. Ein **strafrechtliches Ermittlungsverfahren** wurde im Sommer 2001 nach § 153a StPO eingestellt. Der Disziplinarausschuss setzte wegen Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten eine **Geldbuße** in Höhe von 2.500 € fest. Die Auswertung ausgewählter, besonders auffälliger Tage ergebe, dass der Kl. im Quartal I/96 bzw. II/96 18 bzw. 6 Tage, entsprechend einem Anteil von 29,5 bzw. 6,8% der Arbeitstage, mit einer höheren Arbeitszeit als 16 Stunden abgerechnet habe. Nach dem Gruppenprofil der 1.140 bzw. 1.139 Praxen der Allgemeinmediziner bzw. praktischen Ärzte im Bereich der Bekl. seien es im gleichen Zeitraum lediglich 0,05 bzw. 0,03 % der Arbeitstage gewesen. Der Kl. habe darüber hinaus in diesem Quartal 18 bzw. 26 Tage, d.h. 29,5 bzw. 27 % seiner Arbeitstage, mit einer Arbeitszeit zwischen 12 und 16 Stunden abgerechnet; das Gruppenprofil weise hierfür einen Anteil von 0,41 bzw. 0,36 % aus. *SG Kiel*, Gerichtsbes. v. 19.12.2007 - S 14 KA 202/04 - 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 - das BVerfG hat Verfassungsbeschwerden gegen diese Urteile nicht zur Entscheidung angenommen: Beschlüsse v. 30.06.2009 - 1BvR 827/09 bzw. 1 BvR 848/09; 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 Arzneverordnungen, 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. STICHPROBENPRÜFUNG: ZUFÄLLIGKEIT DES AUSWAHLVERFAHRENS

**SG Düsseldorf, Beschl. v. 29.06.2009 – S 2 KA 87/09 ER –**

**RID 09-03-46**

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

SGB V §§ 106 II 1 Nr. 2; SGG § 86b II

Für eine **Stichprobenprüfung** ist ein rechtssicherer Nachweis erforderlich, dass es sich um eine echte **Zufälligkeitsprüfung** handelt. Handelt es sich um reine Rechenvorgänge und lassen sich sämtliche Ergebnisse berechnen, prognostizieren und reproduzieren, so findet eine echte Zufälligkeitsprüfung nur dann statt, wenn der Programmstart ohne manuelles Eingreifen durch einen Zufallsgenerator ausgelöst wird.

Allein eine etwaige Rechtsverletzung schafft schon deshalb keinen Anordnungsgrund, weil anderenfalls jedes rechtswidrige Handeln einer Behörde einen Anordnungsgrund erfüllen, mithin zu einer konturenlosen Ausuferung des einstweiligen Rechtsschutzes führen würde (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.11.2007– L 10 B 11/07 KA ER – RID 08-01-107).

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

## 2. REGRESSE

### A) KEIN REGRESS GEGEN GEMEINSCHAFTSPRAXIS WEGEN VERORDNUNG VORHERGEHENDER EINZELPRAXIS

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.03.2009 – L 7 KA 88/06 –**

**RID 09-03-47**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 27/09 B*

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

Ein Arzneikostenregress kann nicht gegenüber einer **Gemeinschaftspraxis** ergehen, wenn diese im Verordnungszeitraum noch nicht bestand und die Verordnung von einem noch in **Einzelpraxis** tätigen Mitglied veranlasst worden war.

Auf Antrag der Krankenkasse setzte der Prüfungsausschuss wegen der Verordnung von Polyglobin in den Quartalen I u. III/00 einen Regress in Höhe von insgesamt DM 22.596,95 fest, den der Bekl. aufhob. **SG Berlin**, Urt. v. 22.03.2006 - S 83 KA 185/03 - verpflichtete den Bekl., einen Regress in Höhe von 11.553,64 EUR festzusetzen. Das **LSG** wies die Klage ab.

### B) REGRESS BZGL. ALLER BETROFFENEN KRANKENKASSEN BZW. -VERBÄNDE

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 02.04.2009 – L 5 KA 21/08 –**

**RID 09-03-48**

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

SGB V § 106; SGG §§ 75 II, 77

**Leitsatz:** Hat nur eine Krankenkasse bzw. ein Krankenkassenverband gegen die Entscheidung eines Prüfungsausschusses über eine Wirtschaftlichkeitsprüfung Beschwerde eingelegt, hat der Beschwerdeausschuss regelmäßig auch über einen Regress zugunsten der übrigen von der Prüfung betroffenen Krankenkassen bzw. -verbände zu entscheiden.

**SG Mainz**, Urt. v. 30.04.2008 – S 8 KA 127/05- wies die Klage des vdek ab, das **LSG** verurteilte zur Neubescheidung des Widerspruchs der Beigel. zu 3).

### C) VERORDNUNG VON ZYTOSTATIKA AUF EINZELREZEPT

**SG München, Urt. v. 13.03.2007 – S 28 KA 781/05 –**

**RID 09-03-49**

(rechtskräftig)

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

SGB V § 106

Gegen die Verordnung von **Zytostatika** auf Einzelrezept und nicht über Praxisbedarf bestehen keine rechtlichen Bedenken. Bei Zytostatika handelt es sich um toxische Substanzen mit den entsprechenden Konsequenzen beim Umgang und der Zubereitung bzw. Verabreichung der entsprechenden Arzneimittel. Der Arzt kann allein wegen der danach erforderlichen sehr kostspieligen Bereitstellung eines entsprechenden Arbeitsplatzes (ca. 100.000 €) nicht verpflichtet werden, Zytostatika in der eigenen Praxis zuzubereiten. Diejenigen Arztpraxen, die nicht über die erforderliche Ausstattung verfügen, können nach wie vor Apotheken mit der Zubereitung von Rezepturen beauftragen. Gleiches gilt für die Zubereitung von sog. **monoklonalen Antikörpern** (z.B. Herceptin) und für die **untoxischen Begleitmedikationen**, z.B. im Bereich der Diphosphonate.

Das **SG** wies die Klage gegen die Aufhebung eines Regresses in Höhe von 147.442,90 € gegen eine zu 1) beigel. onkologische Schwerpunktpraxis in den Quartalen II/00-II/01 ab.

## D) OFF-LABEL-USE

### AA) PROGRAF/TACROLIMUS BEI COLITIS ULCEROSA

*SG Berlin, Urt. v. 25.03.2009 – S 83 KA 1904/06 –*

RID 09-03-50

juris  
SGB V § 106

Die Verordnung eines Arzneimittels in einem Anwendungsgebiet außerhalb dieser Zulassung ist grundsätzlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Für Prograf/Tacrolimus besteht keine Zulassung für den Einsatz bei Colitis ulcerosa bzw. Colitis indeterminata. Für einen Off-Label-Use fehlt es an einem Wirksamkeitsnachweis. Ein Seltenheitsfall liegt nicht vor.

Das *SG* wies die Klage ab.

### BB) IMMUNGLOBULINE

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.03.2009 – L 7 KA 108/06 –*

RID 09-03-51

Revision eingelegt: B 6 KA 20/09 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106

Ein Arzneikostenregress kann nicht gegenüber einer **Gemeinschaftspraxis** ergehen, wenn diese im Verordnungszeitraum noch nicht bestand und die Verordnung von einem noch in **Einzelpraxis** tätigen Mitglied veranlasst worden war.

War ein Antrag im fraglichen Zeitraum nach § 106 SGB V keine Verfahrensvoraussetzung, so kann es auch nicht auf die Einhaltung einer **Antragsfrist** ankommen.

**Immunglobuline** (Arzneimittel Polyglobin 5 % bzw. 10%) konnten im Quartal III/00 nicht im Rahmen eines Off-Label-Uses zur Behandlung der Erkrankungen "**embryonales Hodenkarzinom mit Lungenmetastasierungen**" verordnet werden.

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.04.2009 – L 7 KA 6/09 –*

RID 09-03-52

Revision eingelegt: B 6 KA 24/09 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

**Leitsatz:** 1. Bei der **Verteilung der Beweislast** sind widersprüchliche Ergebnisse im Hinblick auf das Verhältnis Versicherter-Krankenkasse einerseits und Leistungserbringer-Krankenkasse andererseits auszuschließen. Kann ein Versicherter von seiner Krankenkasse die Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel beanspruchen, bleibt ein Regressanspruch gegen einen Vertragsarzt von vornherein außer Betracht. Besteht im umgekehrten Fall ein Anspruch des Versicherten nicht, ist diese Frage zugleich auch für das Regressverfahren gegen den Vertragsarzt geklärt.

2. Bei der Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung von Erkrankungen unklarer Genese liegt die **Beweislast** demzufolge beim **Vertragsarzt**.

Auf Antrag der Krankenkasse setzte der Prüfungsausschuss wegen der Verordnung von Alphaglobin in den Quartalen I, II u. IV/99 einen Regress in Höhe von insgesamt DM 19.104,16 fest; den Widerspruch wies der Bekl. zurück. *SG Berlin, Urt. v. 03.09.2008 - S 79 KA 238/02 –* hob den Regress auf. Das *LSG* wies die Klage ab.

### CC) ADHS BEI ERWACHSENEN: ARZNEIMITTEL CONCERTA

*SG Düsseldorf, Urt. v. 17.06.2009 – S 2 KA 47/08 –*

RID 09-03-53

Berufung zugelassen  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106

Für die Verordnung des Arzneimittels **Concerta**, das arzneimittelrechtlich für die Behandlung der ADHS bei Kindern ab sechs Jahren und Jugendlichen zugelassen ist, liegen die Voraussetzungen für einen zulässigen Off-Label-Use bei Erwachsenen nicht vor. Verhindert ein Vertragsarzt eine **Vorab-Prüfung** durch die Krankenkassen, übernimmt er das Risiko, dass später die Leistungspflicht der Krankenkasse verneint wird, und kann ein entsprechender Regress nicht beanstandet werden (BSG, Beschl. v. 31.05.2006 - B 6 KA 53/05 B - MedR 2007, 557). Für den Zeitraum der Quartale I – III/06 bestehen keine gesicherten konsentierten medizinischen Erkenntnisse über einen voraussichtlichen Behandlungserfolg der ADHS bei Erwachsenen mit Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln.

Das *SG* wies die Klage ab.

*BSG*, Beschl. v. 31.05.2006 - B 6 KA 53/05 B - MedR 2007, 557, zitiert nach juris Rn. 13 führt aus:

„... Im Falle eines Off-Label-Use kann er (gemeint ist der Vertragsarzt) vielmehr - entsprechend der Regelung in § 29 Abs. 8 BMV-Ä und § 15 Abs. 7 EKV-Ä für die Verordnung von Arzneimitteln, die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen sind - dem Patienten ein **Privatrezept** ausstellen und es diesem überlassen, sich bei der Krankenkasse um Erstattung der Kosten zu bemühen. In

dem besonderen Fall eines medizinisch-fachlich umstrittenen Off-Label-Use kann er auch zunächst **selbst bei der Krankenkasse deren Auffassung als Kostenträger einholen** und im Ablehnungsfall dem Patienten ein Privatrezept ausstellen. Ermöglicht der Vertragsarzt indessen nicht auf diese Weise eine **Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse**, sondern stellt er ohne vorherige Rückfrage bei dieser eine vertragsärztliche Verordnung aus und löst der Patient diese in der Apotheke ein, so sind damit die Arzneikosten angefallen und die Krankenkasse kann nur noch im **Regresswege** geltend machen, ihre Leistungspflicht habe nach den maßgeblichen rechtlichen Vorschriften nicht bestanden. Verhindert ein Vertragsarzt durch diesen Weg der vertragsärztlichen Verordnung bei einem medizinisch umstrittenen Off-Label-Use eine Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse und übernimmt er damit das Risiko, dass später die Leistungspflicht der Krankenkasse verneint wird, so kann ein entsprechender Regress nicht beanstandet werden...“

## E) WOBE-MUGOS E

*LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2009 – L 2 KA 17/07 –*

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 19/09 B*

*SGB V § 106*

**RID 09-03-54**

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

Angesichts der Jahre währenden Diskussion über eine Wirksamkeit von WOBE-Mugos E hätten sich Zweifel über die Verordnungsfähigkeit des Medikaments aufdrängen müssen. Ein schutzwürdiges Vertrauen der Vertragsärzte auf die Verordnungsfähigkeit hatte sich bei einem derartigen Sachverhalt nicht bilden können (BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 63/07 R – juris Rn. 30).

*SG Hamburg, Urt. v. 18.10.2006 - S 3 KA 26/06 - gab der Klage statt, das LSG wies die Klage ab.*

## VI. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 17.06.2009 – **B 6 KA 16 u- 14/08 R** – ist die sechsjährige **Wiederzulassungssperre** des § 95b II SGB V verfassungskonform; der Feststellung der Aufsichtsbehörde nach § 72a I SGB V kommt Tatbestandswirkung in dem Sinne zu, dass ein (Zahn)arzt in dem Rechtsstreit über seine Wiederzulassung nur die ihn persönlich betreffenden Aspekte zur gerichtlichen Überprüfung stellen kann, nämlich ob tatsächlich ein rechtswidriger Kollektivverzicht i.S. des § 95b I SGB V stattfand und ob er persönlich hieran teilnahm, nicht hingegen, ob die sonstigen Voraussetzungen für eine aufsichtsbehördliche Feststellung vorlagen; nach BSG, Urt. v. 17.06.2009 – **B 6 KA 18/08 R** – kann eine Vertrags(zahn)ärztin nicht die **Feststellung nach § 72a I SGB V** gerichtlich anfechten, da der Feststellungsbescheid nicht die Rechtssphäre des einzelnen auf seine Zulassung verzichtenden Vertrags(zahn)arztes betrifft, sondern allein diejenige von Krankenkassen und K(Z)ÄV; alle persönlichen Umstände - ob eine abgestimmte Verzichtsaktion i.S. des § 95b I SGB V stattfand und sich der eine Wiederzulassung begehrende Arzt daran beteiligte oder aber aus anderen Gründen auf ihre Zulassung verzichtete - sind im Verfahren über die Wiederzulassung und gegebenenfalls auch im Vergütungsrechtsstreit nach § 95b III SGB V zu überprüfen; nach BSG, Urt. v. 17.06.2009 – **B 6 KA 25/08 R** – ist eine **defensive Konkurrentenklage bei Sonderbedarfszulassungen** gemäß Nr. 24 Buchst. b Bedarfspl-RL bei gleichem Leistungsspektrum – hier: Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie – zulässig; nach BSG, Urt. v. 17.06.2009 – **B 6 KA 38/08 R** – bedarf es für eine **defensive Konkurrentenklage bei Sonderbedarfszulassungen** gemäß Nr. 24 Buchst. a Bedarfspl-RL **konkreter Feststellung**, inwiefern ein **reales Konkurrenzverhältnis** zwischen dem anfechtenden Arzt und demjenigen besteht, dem die Sonderbedarfszulassung erteilt wurde; dies erfordert zunächst Darlegungen des anfechtenden Arztes zu dem von ihm erbrachten Leistungsspektrum sowie zum Einzugsbereich seiner Praxis; bei **fachärztlicher Internistik** ohne formellen Schwerpunkt kann nicht ohne Weiteres von ausreichenden Überschneidungen der Leistungsspektren der Ärzte ausgegangen werden; 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 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) 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. AUSWAHLENTSCHEIDUNG NACH ENTSPERRUNG: AUSLANDSTÄTIGKEITEN

*SG Hannover, Urt. v. 11.03.2009 – S 16 KA 52/07 –*

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

*SGB V §§ 95 II, 103 III; Ärzte-ZV § 16b; BedarfsplRL-Ä § 23*

**RID 09-03-55**

Bei mehreren Bewerbern um einen Vertragsarztsitz erfolgt die **Auswahl** nach pflichtgemäßem Ermessen. Zu berücksichtigen sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit.

Die Zulassungsausschüsse sind nicht verpflichtet, **Tätigkeiten im Ausland** daraufhin zu überprüfen, ob sie im Sinne der deutschen gesetzlichen Vorschriften gleichgestellt werden können.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 2. PSYCHOTHERAPEUTIN UND TÄTIGKEIT IN SUCHTBERATUNGSSTELLE (§ 20 II ÄRZTE-ZV)

*LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 941/07 –*

RID 09-03-56

SGB V § 95; Ärzte-ZV § 20 II

Eine **Bedingung**, wonach eine psychologische Psychotherapeutin ihre Tätigkeit in einer **Suchtberatungsstelle** spätestens drei Monate nach Bestandskraft des Zulassungsbeschlusses beenden und die Beendigung nachweisen muss, ist rechtmäßig. Die bisherige sozialgerichtliche Rechtsprechung zu qualitativen Beschränkungen nach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV gilt auch nach Änderung durch das VÄndG für außerhalb eines Krankenhauses beschäftigte Ärzte oder Psychotherapeuten.

*SG Marburg*, Urt. v. 06.06.2007 – S 12 KA 941/06 – RID 07-03-64 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. AUSNAHMEREGLUNG ZUR FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG: GASTROENTEROLOGIE UND KOLOSKOPIE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.02.2009 – L 11 KA 97/08 –*

RID 09-03-57

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

SGB V §§ 73 I 1, Ia, 115b

Eine **bedarfsgerechte Versorgung** i.S.d. § 73 Ia 3 SGB V ist nach Maßgabe der Folgen zu präzisieren, die das **Prinzip der Trennung hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung** für die Versorgungssituation hat, wobei in einem weiteren Schritt der räumliche Anknüpfungspunkt für die Beurteilung des Bedarfs zu konkretisieren wäre. Ergänzend sind ggf. die für die Feststellung eines lokalen Versorgungsbedarfs (§ 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfspIRL-Ä) wesentlichen Kriterien heranzuziehen. Ausgangspunkt für die Beurteilung des Bedarfs ist, ob infolge der Trennung von haus- und fachärztlicher Versorgung eine unzureichende Anzahl von Leistungserbringern entstanden ist, die allein berechtigt sind, die betreffenden EBM-Leistungen zu erbringen.

Angesichts der unterschiedlichen Zielsetzung der Ausnahmegenehmigung nach § 73 Ia 2 SGB V (**quantitativer Bezug**) einerseits und eines Sonderbedarfs nach § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfspIRL-Ä (qualitativer Bezug) andererseits verbietet es sich, für die Prüfung, ob und inwieweit eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet ist (§ 73 Ia 3 SGB V) auf die für die Sonderbedarfzulassung entwickelten Grundsätze zurückzugreifen.

Die Prüfungsgremien müssen begründen, warum der **lokale Versorgungsbereich** und nicht der komplette Planungsbereich maßgebend sein soll.

Die Klassifikationen der §§ 6, 7 BedarfspIRL-Ä sind nicht auf die in § 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfspIRL-Ä verwandten Begriffe übertragbar. Sie dienen allein dem Planungsrecht der BedarfspIRL-Ä und lassen keinerlei Rückschlüsse auf die Versorgungssituation zu. Entscheidend ist daher, ob wegen der Größe, d.h. hier der räumlichen Ausdehnung des Planungsbereichs überhaupt **Versorgungsdefizite** vorstellbar sind (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.11.2002 - L 5 KA 1247/02 - RID 05-01-71).

Beim **lokalen Versorgungsbedarf** muss es sich um einen Versorgungsbedarf handeln, der überhaupt nur an einem bestimmten Ort oder in einer bestimmten Region besteht und denkbar ist. In diesem Sinne lokal ist ein Versorgungsbedarf dann, wenn er sich aus Besonderheiten ergibt, die in der Ortslage oder in besonderen örtlichen Krankheitshäufungen begründet sind. Ein lokaler Versorgungsbedarf kann sich auch aus einer besonderen Lage eines Ortes ergeben, etwa bei weiter Entfernung von Nachbarschaftsorten oder einer schlechten Verkehrsanbindung.

Ein lokaler Versorgungsbedarf liegt jedenfalls dann nicht vor, wenn Vertragsärzte der maßgeblichen Arztgruppe sowohl in der nahe gelegenen Großstadt wie auch in einer anderen Stadt bzw. Gemeinde des jeweiligen Landkreises mit **öffentlichen Verkehrsmitteln** problemlos erreicht werden können (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.08.2008 – L 11 KA 17/08 – RID 09-01-62; vgl. BSG, Beschl. v. 09.06.1999 - B 6 KA 1/99 B -).

Soweit die Prüfungsgremien aufgrund erteilter **Ermächtigungen** von einem Bedarf ausgehen, ist zu ermitteln, in welchem Umfang die ermächtigten Ärzte berechtigt und in der Lage sind, ihr Leistungsangebot (hier: gastroenterologische Leistungen) auszuweiten. Bei **gastroenterologischen Leistungen** ist auch das Verhältnis zu ambulanten Operationsleistungen in Krankenhäusern (§ 115b SGB V) zu berücksichtigen.

*SG Duisburg*, Urt. v. 17.09.2008 - S 19 KA 10/08 - wies die Klage der KV ab, das *LSG* verpflichtete zur Neubescheidung.

## 4. SONDERBEDARFSZULASSUNG

### A) BERÜCKSICHTIGUNG VON ERMÄCHTIGUNGEN UND 115B SGB V/WIRTSCHAFTL. RENTABLE PRAXIS

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.02.2009 – L 11 KA 98/08 –*

RID 09-03-58

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

SGB V §§ 95, 101 I 1 Nr. 3, 115b; SGB X §§ 35, 42 BedarfspIRL-Ä § 24

Die **Sonderbedarfszulassung** nach § 24 BedarfspIRL-Ä stellt grundsätzlich kein Aliud gegenüber einer bedarfsunabhängigen **Zulassung** dar (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 47/08 – RID 09-02-66). Deshalb ist es ohne Bedeutung, dass ein Arzt im Verwaltungsverfahren zunächst eine Sonderbedarfszulassung beantragt und erst im Berufungs- und Revisionsverfahren den Gesichtspunkt eines Zulassungsanspruchs nach den allgemeinen für Vertragsärzte geltenden Zulassungsregelungen geltend macht.

Da die Tatbestandsvoraussetzungen des § 24 BedarfspIRL-Ä unterschiedlich sind, ist es grundsätzlich nicht ausgeschlossen, einen **Begründungsmangel** dann anzunehmen, wenn weder aus den Bescheidgründen noch sonstigen Umständen ersichtlich wird, welche exakte Rechtsgrundlage die Zulassung stützt und welche Voraussetzungen hierfür erfüllt sein müssen bzw. geprüft worden sind. Ausreichend ist es nach dem Rechtsgedanken des § 35 II Nr. 2 SGB X, wenn die Auffassung der Behörde über die anzuwendende Vorschrift und deren Voraussetzungen den Beteiligten ohne weiteres erkennbar ist.

§ 35 I 3 SGB X ist auf unbestimmte Rechtsbegriffe, bei denen der Behörde ein **Beurteilungsspielraum** eingeräumt ist, nicht entsprechend anzuwenden.

Eine **bestandskräftige Ermächtigung** steht einem **Sonderbedarf** nicht schon deswegen entgegen, weil sie als solche existiert. Aus LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.03.2004 – L 10 KA 41/03 - RID 04-03-41 kann hergeleitet werden, dass bestandskräftige Ermächtigungen dann unberücksichtigt bleiben, wenn sie mit offenkundig nicht mehr haltbaren Erwägungen erteilt werden (unklar BSG, Urt. v. 28.06.2000 - B 6 KA 35/99 R - zur Erteilung von Ermächtigungen auf einer in ihren tatsächlichen Grundlagen fehlerhaften Verwaltungsentscheidung).

Nach § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfspIRL-Ä ist der Bedarf unabhängig von der Leistungserbringung in Krankenhäusern festzustellen. Das schließt es indessen nicht aus, das **Volumen der von ermächtigten Ärzte erbrachten Leistungen** festzustellen, um hieraus sodann einen **Bedarf** für eine (vorrangige) Sonderbedarfszulassung nach § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfspIRL-Ä herzuleiten. Stellen die Zulassungsgremien allerdings auf diesen Tatbestand ab, muss die Versorgungssituation des kompletten Planbereichs festgestellt werden.

Die **Klassifikationen der §§ 6, 7 BedarfspIRL-Ä** sind nicht auf die in § 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfspIRL-Ä verwandten Begriffe übertragbar.

Die Frage, ob und inwieweit eine **Praxis wirtschaftlich rentabel** betrieben werden kann, ist kein rechtlich erheblicher Gesichtspunkt im Rahmen der Prüfung einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Dieser rechtliche Ansatz findet im Gesetz keine Stütze (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).

Bei der Feststellung, ob ein Sonderbedarf nach § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfspIRL-Ä in einer Arztgruppe besteht, die auch ambulante Operationen erbringt, bleibt das **Leistungsangebot von zu ambulanten Operationen bereiten Krankenhäusern (§ 115b SGB V)** außer Betracht (vgl. LSG Sachsen, Urt. v. 27.06.2007 – L 1 KA 25/05 – RID 08-01-74).

*SG Duisburg*, Urt. v. 17.09.2008 - S 19 KA 1/08 – hob den Beschl. des bekl. Berufungsausschusses, durch den die Zulassungsentscheidung auf Widerspruch der KV aufgehoben worden war, auf, das **LSG** verpflichtete zur Neubescheidung und wies im Übrigen die Berufung der KV zurück.

### B) AUSWAHLENTSCHEIDUNG/ANTRAGSUMFANG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.05.2009 – L 11 B 5/09 KA ER –*

RID 09-03-59

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

SGB V §§ 96 IV 2, 97 III, 101 I 1 Nr. 3; SGG § 86b I 1 Nr. 2; BedarfspIRL § 23

Es ist zumindest sachgerecht, wenn bei der **Auswahlentscheidung** zwischen mehreren Bewerben für eine **Sonderbedarfszulassung** auf die Auswahlkriterien des § 103 V 1 SGB V zurückgegriffen wird (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 47/08 – RID 09-02-66).

Zur **Bedarfsermittlung** kann nicht allein auf die Meinungen der eine Sonderbedarfszulassung begehrenden Verfahrensbeteiligten abgestellt werden.

Ein **Antrag auf Sonderbedarfszulassung** ist grundsätzlich als auf alle nach Lage des Falles in Betracht kommenden Tatbestandsalternativen des § 24 Satz 1 BedarfspIRL-Ä gerichtet anzusehen.

Der Zulassungsausschuss ließ den Beigel. zu 8) als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie "zur Erbringung kardiologischer Leistungen im Rahmen des Sonderbedarfs" mit der Auflage zu, bei Rechtskraft des Beschlusses auf die bestehende Ermächtigung zu verzichten. Zugleich lehnte der Zulassungsausschuss die Anträge des Ast. u. des Beigel. zu 9) ab, die erfolglos Widerspruch einlegten. Der bekl. (Az. S 19 KA 17/08) Berufungsausschuss hat die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung angeordnet. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 13.01.2009 - S 19 KA 16/08 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** stellte die aufschiebende Wirkung der Klage des Ast. wieder her.

## 5. KEINE JOB-SHARING-ZULASSUNG ALS PP NEBEN SONDERBEDARFSZULASSUNG ALS KJP

**SG Marburg**, Urt. v. 01.07.2009 – S 12 KA 886/08 –

RID 09-03-60

*Berufung anhängig*

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

SGB V §§ 95 I, 101 I 1 Nr. 4; SGB X § 32 I; Ärzte-ZV §§ 20 III; BedarfspIRL-Ä § 24 Satz 1 lit. a u. b

Eine zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassene Psychologische Psychotherapeutin, die im Rahmen eines sog. **Job-Sharings mit einem Psychologischen Psychotherapeuten** zugelassen ist, kann nicht gleichzeitig im Wege einer **Sonderbedarfszulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin** zugelassen werden, auch nicht mit einem halben Versorgungsauftrag hierfür. Die Bedingung der Sonderbedarfszulassung, die Job-Sharing-Zulassung zu beenden, ist nicht zu beanstanden.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 6. BELEGARZTZULASSUNG (§ 103 VII SGB V)

### A) UNZULÄSSIGER BELEGARZTVERTRAG BEI EINBINDUNG IN KRANKENHAUSBETRIEB/DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE

**LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 18.02.2009 – L 3 KA 98/08 ER –

RID 09-03-61

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

SGB V §§ 95, 103 VII; SGG § 86b I 1 Nr. 1; BMV-Ä § 39 V, VI; EKV-Ä § 31 V, VI

§ 103 VII SGB V hat gegenüber **Vertragsärzten des Planungsbereichs**, die erfolglos um einen Belegarztvertrag verhandelt haben, **drittschützenden Charakter**, auch wenn sie sich nicht auf die Ausschreibung der Belegarztstelle beworben haben. BSG, Urt. v. 14.03.2001 - B 6 KA 34/00 R - SozR 3-2500 § 103 Nr. 6 ist insoweit im Hinblick auf die Rspr. zu defensiven Konkurrentenklagen bei Ermächtigungen überholt.

Eine Zulassung nach § 103 VII SGB V scheidet aus, wenn die **belegärztliche Tätigkeit** des Ast. nur **untergeordnete Bedeutung** hat. Dies ist der Fall, wenn für einen **HNO-Arzt** nur **ein Bett** zur Verfügung steht. Maßgeblich ist auf die Planbetten abzustellen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Belegarzt ohne zeitliche Beschränkung auch zum Hintergrunddienst für stationäre Patienten mit HNO-Behandlungsbedarf außerhalb der Belegabteilung verpflichtet sein soll. Bei einer Gesamtbettanzahl von 469 im Krankenhaus kann dies zu nicht unerheblichen Einsatzzeiten führen. Eine weitgehende Einbeziehung in den Betrieb des Krankenhauses erfolgt auch durch die Verpflichtung, Patienten seiner Praxis ambulant in der Hals-Nasen-Ohren-Belegabteilung zu operieren.

Im Vergleich zu dieser erheblichen **Einbindung in den Bereich der sonstigen Krankenhausbehandlung** erscheint die dem Belegarzt eingeräumte Möglichkeit, etwa ein Belegbett belegärztlich zu versorgen, von relativ geringfügiger Bedeutung. Die Zulassung dient damit nicht in erster Linie dem Zweck, die belegärztliche Versorgung sicherzustellen, sondern der Verbesserung der wirtschaftlichen Situation im Krankenhaus und gleichzeitig der Ermöglichung, die Zulassungssperre zu Gunsten des Belegarztes zu überwinden.

**SG Hannover**, Beschl. v. 12.08.2008 - S 16 KA 282/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## B) KONKURRENTENKLAGE/DISKREPANZ ZWISCHEN AUSSCHREIBUNGSTEXT UND TATSÄCHLICHER AUSSTATTUNG

*SG Marburg, Urt. v. 01.07.2009 – S 12 KA 833/08 –*

RID 09-03-62

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

SGB V § 103 VII; BMV-Ä § 40 Abs. 2 / § 32 Abs. 2 und 3 EKV-Ä

Ein Vertragsarzt, der seinen **Vertragsarztsitz nicht im Planungsbereich** der Belegarztstelle hat, kann eine Zulassung als Belegarzt **nicht anfechten**, unabhängig davon, ob er sich um die Belegarztstelle beworben hat.

Der **Ausschreibungstext** für eine Belegarztstelle darf nicht eine erhebliche Diskrepanz zur tatsächlichen Ausstattung des Krankenhauses ausweisen. Eine Belegarztstelle für einen Internisten mit Teilgebietsbezeichnung Kardiologie ist nicht ordnungsgemäß ausgeschrieben, wenn sie langjährige Erfahrung in der „invasiven Elektrophysiologie und bei allen gängigen Koronarinterventionen (inkl. Akut-PTCA)“ voraussetzt, ohne dass am Belegkrankenhaus ein Herzkatheter-Labor vorhanden ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 7. PRAXISNACHFOLGE: FACHARZT FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE FÜR CHIRURGEN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.06.2009 – L 11 B 6/09 KA ER –*

RID 09-03-63

SGB V §§ 96 IV 2, 103 IV; SGG § 86b I 1 Nr. 2; Bedarfspl-RL § 4 II Nr. 6 u. 7, VII; GG Art. 14 I, 19 IV

Ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie kann als **Praxisnachfolger** eines Facharztes für Chirurgie zugelassen werden, da Gebietsidentität i.S.v. § 4 VII Bedarfspl-RL vorliegt. **Gebietsidentität** greift die Unterscheidung im Weiterbildungsrecht nach der Unterscheidung nach Gebieten, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen auf.

Hat eine **KV** es im Widerspruchsverfahren **versäumt, ein Vorbringen anzugreifen** bzw. darauf hinzuwirken, dass ein entsprechendes Begehren zu Protokoll festgehalten wird, dann ist sie mit dem Vortrag ausgeschlossen, der Berufungsausschuss hätte weiter aufklären müssen. Die KV ist von Amts wegen verpflichtet, die Daten, auf die es ihrer Meinung nach ankommt, dem Berufungsausschuss auch ohne Aufforderung anzubieten bzw. zuzuleiten. Geschieht dies nicht, kann sie sich hierauf im nachfolgenden Gerichtsverfahren nach Treu und Glauben nicht mehr berufen, es sei denn, die Sachaufklärung des Berufungsausschusses ist offenkundig unzureichend.

Der Hinweis, Praxisaufgeber und Praxisnachfolger könnten nicht die Bindungswirkung einer Nachfolgelizenz abwarten, da hierdurch nicht mehr rückgängig zu machende Fakten geschaffen würden, trägt die **Anordnung einer sofortigen Vollziehung**. Ein auch besonderes öffentliches Interesse ist nicht erforderlich.

*SG Köln*, Beschl. v. 16.02.2009 - S 26 KA 21/08 ER - wies den Antrag der KV auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (Aufhebung des angeordneten Sofortvollzugs) ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## 8. KEINE DRITTANFECHTUNG BEI NACHBESETZUNG EINER ANGESTELLTENSTELLE NACH § 103 IVb 2 SGB V

*SG München, Beschl. v. 22.06.2009 – S 38 KA 431/09 ER –*

RID 09-03-64

SGB V § 103 IVb; § 86b I 1

Ein offensichtlich **unzulässiger Widerspruch** entfaltet keine aufschiebende Wirkung. Ein Rechtsbehelf ist dann unzulässig, wenn durch den angefochtenen Verwaltungsakt offensichtlich und eindeutig nach keiner Betrachtungsweise Rechte des Widerspruchsführers verletzt sein können (vgl. BSGE 90, 127, 130).

Die Zulassungsgremien haben bei der Entscheidung über die **Nachbesetzung einer Angestelltenstelle** nach § 103 IVb 2 SGB V keinen Beurteilungs- oder Ermessensspielraum. Ein dritter Arzt hat keine Anfechtungsbefugnis bzgl. der Genehmigung über die Nachbesetzung einer Angestelltenstelle.

Der Ast. zu 1) ist Praxisnachfolger nach § 103 IV SGB V des Ast. zu 2), eines Orthopäden. Der Ast. zu 2) ist Nachfolger nach § 103 IVb 2 SGB V der zunächst bei ihm angestellten Ehefrau, einer Anästhesistin, wogegen der Beigel. Widerspruch einlegte. Der Beigel. stand wegen der Praxisübernahme in Verhandlungen mit dem Ast. zu 2), hatte sich aber auf die Ausschreibung nicht beworben. Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und stellte fest, dass der Widerspruch des Beigel. gegen die dem Ast. zu 1) erteilte Genehmigung zur Anstellung des Ast. zu 2) wegen offensichtlicher Unzulässigkeit keine aufschiebende Wirkung entfaltet.

## 9. KEIN RÜCKWIRKENDER ZULASSUNGSVERZICHT

**SG Marburg, Urt. v. 01.07.2009 – S 12 KA 261/09 –**

**RID 09-03-65**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V § 95 VII 1; Ärzte-ZV § 28 I 1 u. 2

Für die Zulassungsgremien besteht keine gesetzliche Möglichkeit, dem Verzicht auf die Zulassung eine rückwirkende Wirkung zuzumessen.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 10. ERMÄCHTIGUNG: HOCHSPEZIALISIERTER KRANKENHAUSARZT UND ÜBERREGIONALER (BUNDESWEITER) BEDARF

**SG Marburg, Urt. v. 01.07.2009 – S 12 KA 225/09 –**

**RID 09-03-66**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

Die Ermächtigung eines **hochspezialisierten Krankenhausarztes** hat nicht allein den Bedarf des Planungsbereichs und der angrenzenden Planungsbereiche zu berücksichtigen, sondern in Ausnahmefällen auch einen **überregionalen (bundesweiten) Bedarf**. **Fallzahlobergrenzen** sind dann nach regionalem und überregionalem Bedarf zu differenzieren.

Das **SG** wies die Klage der KV gegen eine dem beigel. Krankenhausarzt erteilte Ermächtigung ab.

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

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

### VERPFLICHTUNG EINES MVZ ZUR „BEITRAGSAHLUNG“ AN EHV

**SG Marburg, Gerichtsbes. v. 10.07.2009 – S 12 KA 646/08 –**

**RID 09-03-67**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V §§ 95 I; Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

Ein medizinisches Versorgungszentrum ist nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der ab 01.07.2006 gültigen Fassung zur Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung in der Weise verpflichtet, dass es wie die niedergelassenen Vertragsärzte zur Finanzierung der Ansprüche der Erweiterten Honorarverteilung beizutragen hat. Dies ist nicht zu beanstanden.

Das **SG** wies die Klage ab.

## VIII. Gesamtvergütung/GBA/Klagebefugnis K(B)V zu § 116b SGB V

Nach BSG, Urt. v. 06.05.2009 – **B 6 A I/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** – ist eine **Krankenkasse** grundsätzlich nicht berechtigt, im Rechtsstreit mit einer KV die **Rechtmäßigkeit eines für sie maßgeblichen Gesamtvertrages** zur gerichtlichen Nachprüfung zu stellen; nach der Einführung des Wohnortprinzips für die Vereinbarung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen verhandelt die KV mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die Höhe der Gesamtvergütung für alle Versicherten der jeweiligen Kassenart mit Wohnsitz im Bezirk der KV; das Ergebnis dieser Verhandlungen muss auch eine Krankenkasse gegen sich gelten lassen, die auf die Verhandlungen nicht einmal mittelbar Einfluss nehmen konnte, weil sie dem zuständigen Landesverband nicht angehört; ob die Krankenkassen ab dem Jahr 2002 durch zusätzliche Zahlungen zur Schaffung eines angemessenen **Vergütungsniveaus für die zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen** beitragen müssen bzw. dürfen, ist gesetzlich nicht eindeutig geregelt; eine auf begrenzte Beteiligung der Krankenkassen gerichtete gesamtvertragliche Vereinbarung kann deshalb keinen "qualifizierten Rechtsverstoß" im Sinne der bisherigen Rechtsprechung des Senats darstellen.

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

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

## 1. AOK BAYERN: VERMINDERUNG DER ABSCHLAGSZAHLUNG WEGEN VERTRAG NACH § 73B SGB V

*LSG Bayern, Beschl. v. 03.07.2009 – L 12 KA 33/09 B ER –*

RID 09-03-68

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

SGB V §§ 73b, 87a III, 87c IV; SGG § 86b II

Sowohl aus § 73b VII 2 SGB V als auch aus dem konkretisierenden Beschluss des Bewertungsausschusses ergibt sich eindeutig, dass eine Änderung des nach §§ 87a III 2, 87c IV SGB V gesamtvertraglich festgesetzten Behandlungsbedarfs allein durch eine **andere gesamtvertragliche Regelung** statthaft ist, welche einvernehmlich zu vereinbaren oder im Falle der Nichteinigung durch das Landesschiedsamt festzusetzen ist.

Es besteht daher im Rahmen der Prüfung des Anordnungsanspruchs keinerlei Raum, von der **Unveränderbarkeit des vertraglichen Anspruchs auf die Gesamtvergütung** bzw. der daran anknüpfenden Abschlagszahlungen bis zum Abschluss des vorgesehenen Bereinigungsverfahrens abzurücken.

Zudem spricht bei summarischer Prüfung viel dafür, dass die AOK Bayern derzeit **keinen wirksamen Vertrag gemäß § 73b IV 1 SGB V** abgeschlossen hat, weil der gewählte **Selektivvertragspartner** (die vom bayer. Hausärzterverband beauftragte Managementgesellschaft der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG Köln) nicht als qualifizierte Gemeinschaft im Sinne der Norm anzusehen ist. Eine **Delegation der Vertragspartnerkompetenz** nach § 73b IV 1 SGB V durch eine qualifizierte Gemeinschaft auf einen Dritten, den HZV-Vertrag im eigenen Namen zu schließen und zu erfüllen, ist nicht zulässig.

Daran ändert die **Novellierung des § 295 Ib SGB V** durch Art. 15 Nr. 13a des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften mit Wirkung vom 18.06.2009 nichts. Denn damit wird ab Juni 2009 den Ärzten oder Gemeinschaften, wenn sie denn Verträge nach § 73b SGB V geschlossen haben, die Heranziehung einer Servicegesellschaft zur Erfüllung übernommener Pflichten datenschutzrechtlich erlaubt, was zuvor unzulässig gewesen war.

*SG München*, Beschl. v. 29.05.2009 - S 28 KA 432/09 ER – MedR 2009, 437 verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, an die Ast. unverzüglich den von dem Abschlag auf die Gesamtvergütung für den Monat April 2009 einbehaltenen Betrag von insgesamt 40 Millionen Euro nebst Prozesszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen; das *LSG* verpflichtete zur Zahlung von lediglich 25 Millionen Euro und wies den weitergehenden Antrag ab und die Beschwerde der Ag. im Übrigen zurück.

## 2. GBA: KEINE KLAGEBEFUGNIS DER KBV GEGEN BESCHLÜSSE (§ 116B SGB V)

*LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 15.07.2009 – L 7 KA 30/08 KL –*

RID 09-03-69

*Revision eingelegt: B 6 KA 30/09 R*

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

SGB V §§ 75 II, 94 I, 116b; SGG §§ 54 I 2, 55 I

Die **Klage der KBV** gegen einen Beschl. des GBA zu § 116b SGB V ist **unzulässig**, da sie eigene **rechtlich geschützte Belange** nicht geltend machen kann; der Klage mangelt es an einem in Frage stehenden subjektiven Recht.

Mit § 75 II SGB V wird eine Vertretungsaufgabe im Sinne einer allgemein-berufspolitischen Zielsetzung nicht übertragen. Der KBV kommt daher für die von ihr vertretenen KVen und Vertragsärzte weder eine **Verbandsklagekompetenz** noch eine **Prozessstandschaft** zu.

Eigene rechtlich geschützte Belange kann die KBV auch nicht daraus ableiten, dass sie gemäß § 91 I 1 SGB V zu den **Trägerorganisationen des GBA** gehört. "Fraktionsrechte", etwa in Gestalt der verfassungsrechtlich für die Fraktionen einer gesetzgebenden Körperschaft vorgesehenen eigenen Rechte, kennen das Gesetz und die Verfahrensordnung des GBA nicht. Im Rahmen der Selbstverwaltung bestehen Klagerechte grundsätzlich nur, wenn das Gesetz sie vorsieht.

Die kl. KBV wendet sich gegen die Beschlüsse des bekl. GBA v. 22.11.2007 zur Änderung der Richtlinie "Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V" betreffend die "Konkretisierung der Multiplen Sklerose in der Anlage 3" und betreffend die "Konkretisierung der Tuberkulose und Umgruppierung aus Anlage 3 in Anlage 2 der Richtlinie". Der Sache nach will die Kl. erreichen, dass der ambulanten Krankenhausbehandlung eines Patienten bei diesen Erkrankungen die gesicherte Diagnose und die Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt vorausgehen ("**Facharztfilter**"). Nach Beschlussfassung hatte die Kl. die zu 2) bekl. Aufsichtsbehörde aufgefordert, im Rahmen des Prüfungsverfahrens nach § 94 I SGB V die Beschlüsse als gesetzeswidrig zu beanstanden. Diesen Antrag ließ der Bekl. zu 2) unbeantwortet. Nach Nichtbeanstandung wurden die Beschlüsse veröffentlicht. Das *LSG* wies die nunmehr gegen den GBA begrenzte Klage ("**Normfeststellungsklage**") als unzulässig ab.

**Parallelverfahren:** Beschl. des GBA v. 22.11.2007 zur ambulanten Krankenhausbehandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.07.2009 – L 7 KA 50/08 KL –**  
Revision eingelegt: B 6 KA 31/08 R

RID 09-03-70

www.sozialgerichtsbarkeit.de

### 3. KRANKENHAUSZULASSUNG NACH § 116B II SGB V

#### A) KEINE KLAGEBEFUGNIS EINER KV

**SG Hannover, Beschl. v. 04.02.2009 – S 16 KA 654/08 ER –**

RID 09-03-71

juris (nur Orientierungssatz) = KH 2009, 348

SGB V §§ 75 I, 116b II; SGG §§ 54 I, 86a I, II Nr. 4

1. Die **Anfechtungsklage** einer KV gegen einen Genehmigungsbescheid nach § 116b II SGB V entfaltet aufschiebende Wirkung. Die aufschiebende Wirkung tritt unabhängig von der Zulässigkeit der Klage ein.

2. Dem Antrag eines Krankenhauses auf Anordnung des **Sofortvollzuges** der Genehmigung zur Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose ist dann stattzugeben, wenn sich die streitbefangene Genehmigung nach der gebotenen Prüfung als rechtmäßig erweist.

3. Der **Sicherstellungsauftrag einer KV** wird durch die einem Krankenhaus nach § 116b II SGB V erteilte Genehmigung nicht unmittelbar berührt.

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

#### B) KLAGEBEFUGNIS EINER KV

**SG Schwerin, Beschl. v. 11.12.2008 – S 3 ER 367/08 KA–**

RID 09-03-72

MedR 2009, 368

SGB V § 116b; SGG §§ 54 I 2, 86b I 1 Nr. 1

Eine KV hat bei einer Klage gegen einen Bescheid nach § 116b SGB V im Rahmen der **Zulässigkeitsprüfung** die **Klagebefugnis** mit der Folge, dass ihr Rechtsbehelf aufschiebende Wirkung hat. Die Überprüfung im Einzelnen, ob § 116b drittschützenden Charakter hat, erfolgt erst im Rahmen der Begründetheit.

Durch die ausgesprochene Bestimmung ist der **Sicherstellungsauftrag der KV** für die vertragsärztliche Versorgung (§ 75 I SGB V) zumindest **berührt**. In Bezug auf Entscheidungen der Zulassungsgremien hat die Rspr. stets die Auffassung vertreten, dass die KVen auf Grund der ihnen übertragenen Verantwortung für eine gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entsprechende Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung stets und unmittelbar in ihren eigenen Rechten betroffen sind (vgl. BSG v. 30.11.1994 - 6 RKa 32/93; v. 29.09.1999 - B 6 KA 1/99 R; v. 05.02.2003 - B 6 KA 26/02 R).

Anknüpfungspunkt für eine **drittschützende Wirkung** könnte § 116b II 1 SGB V sein, soweit dort bestimmt ist, dass ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung berechtigt ist, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers **unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation** dazu bestimmt worden ist. Es liegt auf der Hand, dass die "Zulassung" des Krankenhauses zur ambulanten Behandlung nicht nur die Versorgung der Versicherten mit seltenen Erkrankungen bzw. mit besonderen Krankheitsverläufen verbessern, sondern u.U. auch die Existenz im Einzugsbereich liegender Vertragsarztpraxen gefährden kann, wodurch die Sicherstellung der vertragsärztlichen (onkologischen) Versorgung negativ betroffen wäre.

Ein **Anspruch der KV auf fehlerfreie Ermessensbetätigung** der Genehmigungsbehörde erscheint nicht ausgeschlossen.

Das Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, der Ag., bestimmte durch Bescheid vom 17.03.2008, dass das Klinikum, die Ast., ab 01.01.2008 gemäß § 116b II 1, III Ziff. 2 SGB V bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zur (ambulanten) Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen unter Streichung der Indikationen für Urologie, Dermatologie, HNO und Gynäkologie berechtigt ist. Die zu 1) beigel. KV erhob hiergegen am 27.06.2008 Klage (S 3 KA 32/08) und verweigerte der Ast. die Vergabe einer Abrechnungsnummer wegen der mit der Klage einhergehenden aufschiebenden Wirkung. Das **SG** lehnte den Hauptantrag v. 18.11.2008, festzustellen, dass die Klage der Beigel. zu 1) gegen den "Zulassungsbescheid" des Ag. vom 17.03.2008 keine aufschiebende Wirkung hat, ab. Dem Hilfsantrag, die sofortige Vollziehbarkeit des Bescheides anzuordnen, gab das SG mit nachfolgendem Beschluss statt.

*SG Schwerin, Beschl. v. 10.02.2009 – S 3 ER 367/08 KA–*

**RID 09-03-73**

Innerhalb eines Abwägungsprozesses über den Sofortvollzug ist auch das öffentliche Interesse an der Durchsetzung der Entscheidung zu berücksichtigen.

Soweit nach der speziellen Regelung in § 116b II 3 SGB V eine einvernehmliche Bestimmung ausschließlich mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten anzustreben ist, ist festzustellen, dass die **KV in Mecklenburg-Vorpommern** nicht zu den unmittelbar **Beteiligten** gehört (§ 27 I 2 LKHG M-V; im Ergebnis ebs. LSG Hamburg, Beschl. v. 11.02.2008 – L 2 B 485/07 ER KA – RID 08-03-85, juris Rn. 15).

Es ist unerheblich, dass zum Genehmigungszeitpunkt noch nicht die **Regelungen des GBA** vorlagen. Die Beteiligung des Krankenhauses an der ambulanten Behandlung nach § 116b II SGB V ist gerade nicht von einem entsprechenden **Bedarf** abhängig.

Das **SG** gab dem Hilfsantrag, über den es zunächst nicht entschieden hatte, statt, und ordnete die sofortige Vollziehung des Bescheides des Ag. vom 17.03.2008 an.

## **IX. Streitwert/Anwaltsvergütung/ Kostenentscheidung/Ordnungsgeld**

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

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

### **1. FESTSTELLUNG FEHLENDER AUFSCHIEBENDER WIRKUNG EINER KLAGE NACH § 116B SGB V**

*SG Schwerin, Beschl. v. 10.02.2009 – S 3 ER 367/08 KA– RID 09-03-72*

GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 4, 63 II; SGG § 197a

Der Streitwert für einen Antrag einer Klinik auf Feststellung, dass die Anfechtungsklage der KV gegen einen Genehmigungsbescheid nach § 116b SGB V keine aufschiebende Wirkung hat, ist auf den **vielfachen Regelwert** (20.000 €) festzusetzen. Die Festsetzung orientiert sich an der voraussichtlichen **Verfahrensdauer** von einem Jahr (vgl. Streitwertkatalog Sozialgerichtsbarkeit unter C.IX. 16.2) und berücksichtigt, dass der einfache Regelwert der **Bedeutung** der Sache offensichtlich nicht gerecht wird.

### **2. HONORARSTREITIGKEITEN MIT AUSWIRKUNGEN FÜR DIE ZUKUNFT**

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.06.2008 – L 11 B 16/07 KA ER –*

**RID 09-03-74**

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

GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 4, 63 II; SGG § 197a

Auch wenn das **Hauptsacheverfahren** innerhalb eines Jahres nicht abgeschlossen ist, ist bei Honorarstreitigkeiten mit Auswirkungen für die Zukunft nur ein **Zeitraum von einem Jahr** zu Grunde zu legen ist (vgl. **BSG** SozR 4-1930 § 6 Nr. 1).

Auch in einem **einstweiligen Anordnungsverfahren**, in dem es um die Abrechnung des Honorars geht, ist als Zeitraum für die Wertermittlung ein Jahr zu Grunde zu legen. Angesichts des vorläufigen Charakters des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens ist zudem ein **Abschlag von 50 v.H.** vorzunehmen (LSG NRW, Beschl. v. 30.03.2007 - L 10 B 22/06 KA -).

Zwischen den Bet. war streitig, ob die von der antragstellenden, aus zwei Fachärzten für Herzchirurgie bestehenden Gemeinschaftspraxis seit dem 01.10.2006 erbrachten Leistungen nach dem EBM zu vergüten sind. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 08.06.2007 - S 2 KA 251/06 ER – verpflichtete im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, die Leistungen nach denjenigen Gebührensätzen des EBM zu vergüten, die für die Fachärzte für Herzchirurgie bis zum 30.09.2006 abrechenbar gewesen sind. Die Beschwerde blieb ohne Erfolg (Beschl. des Senats v. 18.09.2007). Das **SG** setzte den Streitwert auf 21.142,29 EUR fest.

### 3. RECHTSMITTELBELEHRUNG FÜR STREITWERTFESTSETZUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 04.05.2009 – L 7 KA 54/09 B –*

RID 09-03-75

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95; GKG §§ 63 III 2, 68 I 3 HS 2

**Leitsatz:** In die Rechtsmittelbelehrung für Streitwertfestsetzung ist regelmäßig die besondere Frist des § 68 Abs. 1 Satz 3 2. Halbsatz GKG aufzunehmen; dies gilt in jedem Fall dann, wenn der Richter nach den konkreten Verhältnissen an seinem Gericht damit rechnen muss, dass die von ihm abgesetzten Streitwertbeschlüsse später als einen Monat vor Ablauf der Frist des § 63 Abs. 3 Satz 2 GKG zugestellt werden.

*SG Potsdam, Beschl. v. 26.03.2009 - L 7 KA 54/09 B –* setzte den Streitwert für eine Klage der KV gegen die Aufhebung einer Entscheidung des Zulassungsausschusses, mit der der beigel. Arzt als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen worden war, auf 218.674,50 € fest. Das *LSG* setzte den Regelstreitwert von 5.000 € fest.

§ 68 Abs. 1 GKG lautet: Gegen den Beschluss, durch den der Wert für die Gerichtsgebühren festgesetzt worden ist (§ 63 Abs. 2), findet die Beschwerde statt, wenn der Wert des Beschwerdegegenstands 200 Euro übersteigt. Die Beschwerde findet auch statt, wenn sie das Gericht, das die angefochtene Entscheidung erlassen hat, wegen der grundsätzlichen Bedeutung der zur Entscheidung stehenden Frage in dem Beschluss zulässt. Die Beschwerde ist nur zulässig, wenn sie innerhalb der in § 63 Abs. 3 Satz 2 bestimmten Frist eingelegt wird; **ist der Streitwert später als einen Monat vor Ablauf dieser Frist festgesetzt worden, kann sie noch innerhalb eines Monats nach Zustellung oder formloser Mitteilung des Festsetzungsbeschlusses eingelegt werden.** Im Fall der formlosen Mitteilung gilt der Beschluss mit dem dritten Tage nach Aufgabe zur Post als bekannt gemacht. § 66 Abs. 3, 4, 5 Satz 1, 2 und 5 sowie Abs. 6 ist entsprechend anzuwenden. Die weitere Beschwerde ist innerhalb eines Monats nach Zustellung der Entscheidung des Beschwerdegerichts einzulegen.

Nach *LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 14.01.2004 – L 4 KA 16/03 - RID 04-02-108* bemisst sich das **wirtschaftliche Interesse der KV**, wenn sie die einem Vertragsarzt erteilte, auf zwei Jahre befristete Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung bestimmter Gebührennummern anfecht, auf die an den Vertragsarzt zu leistenden Honorarzählungen für den Genehmigungszeitraum abzüglich der Unkosten (hier: 17.916,00 EUR); nach *Wenner/Bernard, NZS 2003, 670* ist es – unter Hinweis auf *BSG, Beschl. v. 21.05.2003 - B 6 KA 53/02 B -* für die Höhe des Gegenstandswertes im Regelfall ohne Bedeutung, ob ein zulassungswilliger Arzt oder Psychotherapeut die Zulassung begehrt oder ob sich die KV gegen eine vom Berufungsausschuss erteilte Zulassung wendet.

### 4. GESCHÄFTSgebÜHR NACH NR. 2300 VV RVG

SGB X § 63 I 1, II, III 1; RVG § 14 I; VV RVG Nr. 2300

Vgl. a. *SG Düsseldorf, Urte. v. 14.01.2009 – S 2 KA 82/07 – RID 09-01-86* u. *SG Düsseldorf, Urte. v. 03.11.2008 – S 2 KA 52/08 – RID 09-03-77*; *LSG Nordrhein-Westfalen, Urte. v. 14.11.2007 – L 10 KA 24/07 – RID 08-04-73*; *SG Marburg, Beschl. v. 26.03.2008 – S 12 KA 1429/05 – RID 08-02-119*; *LSG Baden-Württemberg, Urte. v. 13.12.2006 – L 5 KA 5567/05 – RID 07-02-84*.

#### A) HÖCHSTgebÜHR (2,5-fACH) IN VERFAHREN DER RICHTGRÖßENPRÜFUNG

*SG Berlin, Urte. v. 08.07.2009 – S 71 KA 372/07 –*

RID 09-03-76

Verfahren der **Richtgrößenprüfung** werfen in aller Regel umfangreiche und komplexe Fragen auf, insbesondere im Rahmen der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten, und können den Ansatz der Höchstgebühr (2,5-fach) nach Nr. 2300 VV RVG rechtfertigen. Auch nach *BSG, Urte. v. 02.11.2005 – B 6 KA 63/04 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 11 = BSGE 95, 199 = GesR 2006, 316 = Breith 2006, 736 = USK 2005-133* ist eine Überprüfung in jedem Einzelfall nicht entbehrlich geworden. Soweit jedes Verfahren einen hohen **Zeitaufwand** erfordert, ist es unerheblich, wenn ein Rechtsanwalt mehrere Verfahren betreut. Bei der Bewertung der **Schwierigkeit** kommt es gerade nicht auf die individuellen Fähigkeiten des eingeschalteten Rechtsanwalts an. Eine **Regresssumme** von 46.213,93 € weist auf eine Überdurchschnittlichkeit der Angelegenheit hin.

Das *SG* verpflichtete den Bekl., weitere erstattungsfähige Kosten der außergerichtlichen Rechtsverfolgung in Höhe von 622,37 € festzusetzen; der Bekl. hatte bisher von beantragten 3.135,65 € lediglich 2.513,28 € anerkannt.

#### B) WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNGSVERFAHREN ALS SCHWIERIG: ANSATZ EINES 1,5 GEBÜHRENSATZES

*SG Düsseldorf, Urte. v. 03.11.2008 – S 2 KA 52/08 –*

RID 09-03-77

MedR 2009, 436

Leitsatz (MedR): Bei Tätigkeiten eines Rechtsanwalts in vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren handelt es sich regelmäßig um eine schwierige anwaltliche Tätigkeit, die den Ansatz eines 1,5 Gebührensatzes für die Geschäftsgebühr nach Nr. 2300 VV RVG rechtfertigt.

## 5. KEINE ISOLIERTE BESCHWERDE GEGEN KOSTENENTSCHEIDUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 10.06.2009 – L 7 KA 79/09 B ER –*

RID 09-03-78

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

SGB V §§ 69 ff.; SGG §§ 86b, 144 IV, 172, 197a; GKG § 52; VwGO § 158 I

Eine ausdrücklich nur auf die Kostenentscheidung beschränkte Beschwerde ist unzulässig, weil sie nicht statthaft ist. Nach § 158 I VwGO ist die Anfechtung der Entscheidung über die Kosten unzulässig, wenn nicht gegen die Entscheidung in der Hauptsache ein Rechtsmittel eingelegt wird. Diese gesetzliche Regelung gilt sowohl für die Hauptsacheverfahren als auch für die Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes. Denn das SGG enthält keine davon abweichende speziellere Regelung, so dass es ohne Bedeutung ist, dass sich in den Verfahrensvorschriften über die Beschwerde in den §§ 172 ff. SGG kein ausdrücklicher Ausschluss der isolierten Anfechtung der Kostenentscheidung findet (LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 16.01.2008 - L 9 B 650/08 KR ER -, juris).

*SG Potsdam*, Beschl. v. 06.04.2009 - S 1 KA 27/09 ER -; das *LSG* die Beschwerde zurück.

## 6. ORDNUNGSGELD BEI NICHTERSCHEINEN/BEDEUTUNG DER MÜNDLICHEN VERHANDLUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.05.2009 – L 11 KA 78/08 –*

RID 09-03-79

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

SGG §§ 64 I, 178a II; ZPO § 131 III 2

Bei Verkündung eines Ordnungsgeldbeschluss in der mündlichen Verhandlung in Gegenwart des Bevollmächtigten einer Klägerin läuft nach § 64 Abs. 1 SGG die **Frist für eine Anhörungsrüge** ab dem Tag nach der Verkündung.

Die **Anwesenheit eines anwaltlichen Prozessbevollmächtigten** im Termin kann im Regelfall nicht mit der Entsendung eines Vertreters im Sinne von § 141 III 2 ZPO gleichgesetzt werden.

Die Frage, ob ein **Ordnungsgeld** verhängt werden kann, wenn die Partei zwar nicht erscheint, der **Termin** indessen von einem **Bevollmächtigten** wahrgenommen wird und das Gericht auch entscheidet, ist umstritten. Der Auffassung, die bei einer **Entscheidungsreife** des Rechtsstreites eine Verhängung von Ordnungsgeld bei Ausbleiben des Klägers für unangemessen hält, folgt der Senat nicht. Der Gesetzeswortlaut gibt hierfür keine Anhaltspunkte.

Die Möglichkeit der **Anordnung des persönlichen Erscheinens** dient auch dem Rechtsfrieden, der nur erreicht werden kann, wenn die Beteiligten bereit sind, die Rechtsauffassungen des Gerichts und andere Verfahrensbeteiligter zur Kenntnis zu nehmen und sich mit ihnen argumentativ auseinander zu setzen. Die Präsenz der Beteiligten dient namentlich auch der Prozessförderung in vorher nicht absehbaren Situationen. Überdies ist zu beachten, dass die **mündliche Verhandlung** das "Kernstück" des gerichtlichen Verfahrens ist (vgl. BSG, Beschl. v. 05.08.2004 - B 13 RJ 206/03 -). Dieser Bedeutung müssen sowohl das Gericht als auch die Verfahrensbeteiligten gerecht werden, anderenfalls die mündlichen Verhandlung zu einem lediglich formalen, zeitaufwändigen Akt denaturiert, die lediglich um ihrer selbst Willen durchgeführt wird. Dies setzt voraus, dass die Beteiligten erscheinen und wie das Gericht flexibel agieren/reagieren können. Fehlt es hieran, etwa weil ein Verfahrensbeteiligter uneinsichtig auf seinem Standpunkt beharrt oder sich von vornherein jedem Rechtsgespräch und den ggf. notwendigen prozessnahen Konsequenzen entzieht, verstößt er gegen die auch ihm auferlegte Mitwirkungspflicht, missbraucht staatliche Ressourcen und verkennt namentlich die Funktion der mündlichen Verhandlung. Der **Justizgewährungsanspruch** ist im Übrigen auf die Durchführung eines prozessordnungsgemäßen Verfahrens beschränkt. Kein Beteiligter hat einen Anspruch auf ein Urteil (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.12.2000 - L 10 AR 35/00 AB -).

Die **Höhe des Ordnungsgeldes** bemisst sich nach dem persönlichen Verschulden und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, die in Relation zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Spektrums der Klägerklientel zu setzen, die um Rechtsschutz vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit nachsuchen. Um insoweit ungerechtfertigte Privilegierungen einer finanziell eher gut situierten Klägerklientel auch vor dem Hintergrund von Art. 3 GG zu vermeiden, neigt der Senat dazu, ein ggf. **gegen Vertragsärzte festzusetzendes Ordnungsgeld** unter Berücksichtigung der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichten Grunddaten zu Umsatz und Honorar tendenziell im oberen Bereich des Rahmens zu fixieren

Vor dem *SG Düsseldorf* - S 33 KA 242/07 – war die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes streitig. Der Senat wies die von der Kl. anhängig gemachte Berufung aufgrund mündlicher Verhandlung durch rechtskräftiges Urt. v. 10.12.2008 zurück. Die Terminladung erfolgte Ende September. Das persönliche Erscheinen der Kl. wurde angeordnet. Nach Nichterscheinen d. Kl. verhängte das LSG ein Ordnungsgeld von 1.000 €.

## X. Entscheidungen des BSG

### 1. HONORAR:

#### A) WEITERGABE VON PATIENTENDATEN DURCH LEISTUNGSERBRINGER

*BSG, Urt. v. 10.12.2008 – B 6 KA 37/07 R – SozR 4-2500 § 295 Nr. 2*

**RID 09-03-80**

**Leitsatz:** 1. Im Geltungsbereich des SGB V ist die Weitergabe von Patientendaten durch Leistungserbringer nur dann und in dem Umfang erlaubt, in dem bereichsspezifische Vorschriften über die Datenverarbeitung im SGB V dies gestatten; die allgemeinen Regelungen des Datenschutzes, die die Datenübermittlung bei Vorliegen einer Einwilligungserklärung des Betroffenen erlauben, finden insoweit keine Anwendung.

2. Krankenhäuser sowie Vertragsärzte dürfen Patientendaten, die gesetzlich Krankenversicherte betreffen, nicht zur Erstellung der Leistungsabrechnung an private Dienstleistungsunternehmen übermitteln.

3. Die KÄV ist berechtigt, durch private Abrechnungsstellen ohne ausreichende gesetzliche Ermächtigung erstellte Abrechnungen zurückzuweisen.

#### B) VOLUMEN EINES HONORARTOPFS AUFGRUND DER VERTEILUNGSERGEBNISSE BESTIMMTER BASISQUARTALE

*BSG, Beschl. v. 11.03.2009 – B 6 KA 47/08 B –*

**RID 09-03-81**

BeckRS 2009 60454

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Sachsen*, Urt. v. 02.04.2008 – L 1 KA 40/05 – wird als unbegründet zurückgewiesen.

Die Klärung ist durch die Senatsurteile vom 29.08.2007 (SozR 4-2500 § 85 Nr. 34) und vom 28.05.2008 (B 6 KA 9/07 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 42 = BSGE 100, 254) erfolgt. Der Senat hat in dem Urteil vom 28.05.2008 die Aussagen im Urteil vom 29.08.2007 noch einmal bekräftigt und zugleich in folgender Weise klargestellt: Wird das Volumen eines **Honorartopfs** unter **Bezugnahme auf die Verteilungsergebnisse bestimmter Basisquartale** festgelegt, so liegt darin keine Fortführung eines der früheren Verteilung ihrerseits zugrunde liegenden rechtswidrigen Zustandes.

Die normgebende KV kann bei der Festlegung einer **neuen Basis für Gesamtvergütungsanteile der verschiedenen Arztgruppen** stets auch **weitere Faktoren** überprüfen und berücksichtigen, wie z. B. die Morbiditätsentwicklung, das Leistungs- und Abrechnungsverhalten oder erfolgte Punktwertstützungsmaßnahmen. Die Überprüfung solcher Faktoren kann für die KV Anlass sein, nicht unverändert an bestimmte Gesamtvergütungsanteile, die sich in der Vergangenheit ergeben haben, anzuknüpfen; die Überprüfung kann aber auch zu dem Ergebnis führen, dass die Faktoren kein ausreichendes Gewicht haben und deshalb unverändert an bestimmte frühere Gesamtvergütungsanteile anzuknüpfen sei. Da solche Überlegungen **nicht offengelegt** und nicht einmal dokumentiert werden müssen - der Normgeber ist nicht gehalten, für seine Normensetzung eine Begründung zu geben (vgl. dazu BSGE 96, 53 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 23, jeweils Rn. 29 m.w.N.) -, kann eine Regelung, die bestimmte frühere Gesamtvergütungsanteile unverändert zugrunde legt, nicht schon aus diesem Grund beanstandet werden.

#### C) PRAXISBUDGETS NEUE BUNDESLÄNDER/ANGEMESSENE VERGÜTUNG

*BSG, Beschl. v. 11.03.2009 – B 6 KA 11/08 B –*

**RID 09-03-82**

juris  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Thüringen*, Urt. v. 05.12.2007 - L 4 KA 876/04 - wird zurückgewiesen (Streitgegenstand war die Höhe vertragsärztlichen Honorars in den Quartalen III/97, IV/98, I, III und IV/99).

Nach der Senatsrechtsprechung können sich einzelne Ärzte im Rahmen einer Inzidentprüfung der für die Vergütungshöhe maßgeblichen Vorschriften des EBM und des Honorarverteilungsmaßstabs entweder dann auf das **Gebot angemessener Vergütung** berufen, wenn durch eine zu niedrige

Honorierung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes - beziehungsweise zumindest hinsichtlich eines Teilgebiets - und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre, oder dann, wenn in einem - fachlichen oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist. Somit ist geklärt, dass ein bestimmtes Vergütungsniveau - neben der Gefährdung der Funktionsfähigkeit der Versorgung - ein Teilelement der Beweisführung darstellt, jedoch allein nicht geeignet ist, eine Verletzung des Grundsatzes der Angemessenheit der Vergütung zu "beweisen".

Wann eine **Norm des EBM änderungsbedürftig** ist, lässt sich - abstrakt - der Senatsrechtsprechung zur **Nachbesserungspflicht des Normgebers** entnehmen. Danach besteht eine solche dann, wenn sich im Vollzug von ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstellt, dass die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne Normadressaten unzumutbar geworden sind.

Der Senat hat in ständiger, jahrzehntelanger Rechtsprechung geklärt, dass Vertragsärzte **keinen Anspruch auf Verzinsung** rückständiger Honorarzahlungen haben.

Eine - behauptete - **fehlende Kostendeckung** bei einer einzelnen ärztlichen Leistung lässt es regelmäßig nicht zu, von außen in die Vertragsgebührenordnungen einzugreifen, die ein als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge bilden. Das BSG hat zudem mehrfach ausgesprochen, dass sich aus den Vorschriften der § 72 II, § 85 III SGB V kein subjektiver Rechtsanspruch des einzelnen Arztes auf Vergütung jeder einzelnen Leistung in einer bestimmten Höhe ableiten lässt und das vertragsärztliche Honorar nicht notwendig für jede Einzelleistung kostendeckend sein muss. Der Senat hat weiter entschieden, dass sich die Frage, ob für eine Leistung eine kostendeckende Vergütung zu erzielen ist, einer generellen Beantwortung entzieht, da es von individuell beeinflussbaren Faktoren (z.B. Kostenstruktur und Standort der Praxis, Qualität des Dienstleistungsangebots) abhängt, ob eine bestimmte Einzelleistung kostendeckend zu erbringen ist.

Eine Verletzung des **Rechts auf ein zügiges Verfahren** kann nur dann mit der Nichtzulassungsbeschwerde geltend gemacht werden, wenn der Verfahrensmangel das Urteil des LSG beeinflusst hat, dieses also auf dem Mangel beruhen könnte

#### **D) ERMÄCHTIGTER KRANKENHAUSARZT: AKTIVLEGITIMATION FÜR KOSTEN/BEILADUNG/MULTI-LEAF-KOLLIMATOR**

*BSG, Urt. v. 10.12.2008 – B 6 KA 66/07 R –*

**RID 09-03-83**

Ein **ermächtigter Krankenhausarzt** ist zur Geltendmachung von Kosten aktiv legitimiert, die im Zusammenhang mit seinen Behandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung entstehen. Seine Beeinträchtigung in eigenen Rechten (§ 54 II 1 SGG) ist nicht etwa deshalb ausgeschlossen, weil § 120 I 3 SGB V der Krankenhausträgerin eine gesetzliche Einziehungsermächtigung einräumt und diese lediglich verpflichtet ist, die von der KV gezahlte Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten "sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten" an den berechtigten Krankenhausarzt weiterzuleiten.

Der **Anspruch** bleibt trotz der gesetzlichen Einziehungsbefugnis der Krankenhausträgerin, die im Streitfall deren **notwendige Beiladung** gemäß § 75 II SGG nach sich zieht, **materiell zumindest auch dem Krankenhausarzt zugeordnet**; dieser hat ihn erforderlichenfalls gegenüber der KV und den Prüfungsgremien zu vertreten. Das gilt auch hinsichtlich geltend gemachter Kosten im Zusammenhang mit der Anwendung ärztlicher Geräte, soweit im EBM abweichend von der allgemeinen Regel deren gesonderte Vergütung vorgesehen ist. Eine Aufspaltung der Forderungszuständigkeit in einen Sachkostenanteil und einen ärztlichen Honoraranteil ist im Hinblick auf die umfassende Verantwortung des ermächtigten Krankenhausarztes für die von ihm erbrachten ambulanten Leistungen (vgl. § 95 IV SGB V) und nicht zuletzt aus Gründen der Praktikabilität gegebenenfalls durchzuführender Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht möglich.

Im Übrigen Parallelverfahren zu BSG, Urt. v. 10.12.2008 – B 6 KA 45/07 R – RID 09-03-84.

## 2. SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG: PERSONALKOSTEN FÜR MULTI-LEAF-KOLLIMATOR/BESCHIEDUNGURTEIL

*BSG, Urt. v. 10.12.2008 – B 6 KA 45/07 R – SozR 4-2500 § 106a Nr. 5*

**RID 09-03-84**

**Leitsatz:** 1. **Personalkosten**, die für die Programmierung patientenindividuell geformter Ausblendungen für die Strahlentherapie mittels **Multi-Leaf-Kollimator** anfallen, waren bereits nach dem bis zum 31.03.2005 geltenden EBM-Ä gesondert zu erstatten.

2. Bei **kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklagen** im Bereich der gebundenen Verwaltung ist ein **Bescheidungsurteil** auch nach Änderung des § 131 SGG zum 01.04.2008 statthaft. Ist eine Leistung sowohl dem Grunde nach als auch in der Höhe streitig, kann das Grundurteil um Bescheidungsvorgaben zur Leistungshöhe ergänzt werden.

## 3. DISZIPLINARRECHT: VORLAGE VON BEFUNDEN/PRIVATLIQUIDATION VON GKV-LEISTUNGEN

*BSG, Beschl. v. 11.03.2009 – B 6 KA 9/08 B –*

**RID 09-03-85**

<sup>juris</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 06.02.2008 – L 5 KA 3626/06 - wird als unbegründet zurückgewiesen.

§ 285 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. Abs. 2 SGB V ermächtigt die KV zur Datenerhebung und -speicherung, betrifft also die Befugnisse der KV. Die **Datenübermittlungspflicht des Vertragsarztes** ist ausdrücklich in der speziellen Norm des § 295 Abs. 1a SGB V geregelt. Danach sind die Vertragsärzte verpflichtet und i.S.d. § 203 StGB befugt, auf Verlangen der KV die für die Durchführung der Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB V erforderlichen Befunde vorzulegen.

Ein Vertragsarzt kann das **informationelle Selbstbestimmungsrecht seines Patienten** nicht geltend machen, um eigene Interessen zu wahren; dies ist nach BVerfG <Kammer> SozR 3-2500 § 295 Nr. 2 S. 12 ausgeschlossen.

Eine offenbar systematisch und fortgesetzt vorgenommene **Privatliquidation von GKV-Leistungen** stellt für jeden Vertragsarzt eine gröbliche Pflichtverletzung dar, die eine Zulassungsentziehung gemäß § 95 Abs. 6 SGB V rechtfertigen kann.

## 4. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG/REGRESS: NICHT VERORDNUNGSFÄHIGES ARZNEIMITTEL (WOBE MUGOS E)

*BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 63/07 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 21*

**RID 09-03-86**

**Leitsatz:** 1. Aus der arzneimittelrechtlichen Zulassung kann nur dann auf die Verordnungsfähigkeit im Rahmen der GKV geschlossen werden, wenn die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit des Arzneimittels geprüft wurden (Fortführung von BSG v. 23.07.1998 - B 1 KR 19/96 R - BSGE 82, 233 = SozR 3-2500 § 31 Nr. 5 und v. 27.09.2005 - B 1 KR 6/04 R - BSGE 95, 132 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 3).

2. Ein Vertragsarzt, der ein Arzneimittel verordnet, das mangels Überprüfung der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nicht verordnungsfähig ist, kann wegen der Verordnungskosten in Regress genommen werden.

**Parallelverfahren:** *BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 64/07 R –*

**RID 09-03-87**

Die Verfassungsbeschwerden gegen die Urteile wurden nicht zur Entscheidung angenommen, *BVerfG* 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 30.6.2009 - 1 BvR 827/09 - u. - 1 BvR 848/09 -.

*BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 3/08 R –*

**RID 09-03-88**

## 5. ZULASSUNGSENTZIEHUNG: MANDATSNIEDERLEGUNG BEI FRISTABLAUF/WOHLVERHALTEN

*BSG, Beschl. v.06.05.2009 – B 6 KA 72/07 B –*

RID 09-03-89

BeckRS

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Saarland*, Urt. v. 24.08.2007 – L 3 KA 16/06 - wird zurückgewiesen (vorausgehend: BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 1/06 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 12 = MedR 2007, 131 = SGB 2007, 498 = USK 2006-117).

Die obersten Bundesgerichte haben für die hier zu beurteilende Konstellation, dass ein Prozessbevollmächtigter unmittelbar vor Ablauf der - bereits verlängerten - Frist zur Begründung eines Rechtsmittels das **Mandat niederlegt** und keine Begründung bei Gericht einreicht, entschieden, dass in diesem Fall das **Anwaltsverschulden** mit der Vertragsbeendigung zusammentrifft und deshalb noch der vertretenen Partei zuzurechnen ist. In einem solchen Fall kann **Wiedereinsetzung** nicht gewährt werden. Dem mit seinem Rechtsmittel wegen Fristversäumnis erfolglosen Beteiligten bleibt vielmehr lediglich die Möglichkeit, Schadensersatz von seinem früheren Prozessbevollmächtigten zu verlangen, sofern die hierfür erforderlichen Voraussetzungen gegeben sind.

Nach der Rechtsprechung des Senats muss die **Prognose eines künftigen Wohlverhaltens** zweifelsfrei zur Überzeugung des Tatrichters feststehen; jeder ernstliche Zweifel darüber, dass eine Verhaltensverbesserung tatsächlich eingetreten ist, hat die Verneinung von Wohlverhalten zur Folge.

## 6. KEINE BERÜCKSICHTIGUNG DER BESONDERHEITEN "JUNGER WACHSTUMSKASSEN" NACH WORTPRG

*BSG, Beschl. v.06.05.2009 – B 6 KA 3/08 B –*

RID 09-03-90

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 19.09.2007 – L 5 KA 5139/06 – RID 08-01-104 wird als unbegründet zurückgewiesen.

Die Rechenvorgabe in Art. 2 § 1 I Nr. 1 WOrtPrG erfasst in wörtlicher Anwendung ersichtlich nur den typischen Fall, dass die "für das Jahr 2001" geltende Gesamtvergütung entsprechend § 85 II 2 SGB V tatsächlich auch das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen im **gesamten Jahr** 2001 zugunsten der davon betroffenen Mitglieder der Krankenkasse abdeckt. Ist dies nicht der Fall, weil eine Krankenkasse erst zum 01.04.2001 gegründet wurde, muss die für die künftige - ganzjährige - Versorgung ihrer Versicherten ab 2002 maßgebliche Ausgangsbasis durch ergänzende Regelungen sinngemäß auf einen **Jahresausgabenbetrag hochgerechnet** werden. Es ist damit nach dem Sinn und Zweck der Regelung des Art. 2 § 1 I 1 WOrtPrG und ihrem systematischen Zusammenhang mit § 85 II 2 SGB V nicht rechtmäßig, als Ausgangsbetrag für 2002 nur den für einen Bruchteil des Jahres 2001 gezahlten "Jahresteilbetrag" heranzuziehen.

Die konkreten **Vorgaben zur technischen Umsetzung des Wohnortprinzips** bei Vereinbarung der Gesamtvergütungen finden sich in den Anlagen 14 und 16 zum BMV-Ä. Diese Regelungen haben die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene vereinbart; sie sind für die Partner der Gesamtverträge auf regionaler Ebene kraft Gesetzes bindend (§ 82 I 2 SGB V i. V. m. § 83 SGB V).

## 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).

#### 1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

##### A) BIORESONANZVERFAHREN (CYBER-LOOP-THERAPIE)

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.03.2009 – L 11 KR 3564/08–**

**RID 09-03-91**

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

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III 1, 27 I 2 Nr. 1, 135 I 1 Nr. 1

Als nicht vom GBA empfohlene neue Methode ist die Cyber-Loop-Therapie kein Leistungsgegenstand der GKV. Dies ergibt sich schon daraus, dass das Verfahren der **Bioresonanztherapie** vom GBA nach der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung Anlage II, Nr. 17 von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen wurde.

Die **Multiple Sklerose** in **sekundär-progredienter Verlaufsform** ist **nicht als lebensbedrohliche Krankheit** im Sinne der Rechtsprechung des BVerfG einzustufen (BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 17/06 R - SGB 2007, 287).

**SG Mannheim**, Urt. v. 03.07.2008 - S 9 KR 2055/07 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

##### B) DERMODYNE LICHTTHERAPIE

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.04.2009 – L 11 KR 6054/08 -**

**RID 09-03-92**

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

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III 1, 27 I 2 Nr. 1, 135 I 1 Nr. 1

Als nicht vom GBA empfohlene neue Methode ist die **DermoDyne Lichtimpfung** kein Leistungsgegenstand der GKV.

Versicherte der GKV haben Anspruch auf eine verfassungskonforme Leistungserweiterung nur wegen solcher Krankheiten, die in absehbarer Zeit zum Verlust des Lebens oder eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion führen (BSG v. 14.05.2007 - B 1 KR 16/07 B - juris). Dies ist bei der **Neurodermitis** nicht der Fall, zumal wenn es Standardtherapien gibt, die erfolgreich zur Anwendung gekommen sind.

**SG Mannheim**, Gerichtsbb. v. 26.11.2006 - S 8 KR 2689/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

##### C) BRACHYTHERAPIE

###### AA) BRACHYTHERAPIE KEINE GKV-LEISTUNG

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.03.2009 – L 1 KR 1170/05 –**

**RID 09-03-93**

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

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III 1, 27 I 2 Nr. 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1 Nr. 1

Die **Brachytherapie** gehört weder zum vertragsärztlichen Leistungskatalog noch ist sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss empfohlen worden. Systemversagen ist nicht zu erkennen.

Ein **Kostenerstattungsanspruch** aus § 13 III 1 SGB V setzt voraus, dass dem behandelnden Arzt gegen den Versicherten, der sich die Leistung selbst verschafft hat, ein rechtswirksamer **Vergütungsanspruch** aus der Behandlung erwachsen ist. Dies ist nicht der Fall, wenn es an einer **ordnungsgemäßen Abrechnung** fehlt (vgl. BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 25/06 R -).

**SG Berlin**, Urt. v. 04.08.2005 - S 73 KR 806/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## BB) KOSTENERSTATTUNG BEI ABLEHNUNG AUCH STATIONÄRE BEHANDLUNG

*SG Düsseldorf, Urt. v. 09.10.2008 – S 34 KR 246/07 –*

RID 09-03-94

*Sprungrevision anhängig: B 1 KR 3/09 R* juris  
SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III 1, 27 I 2 Nr. 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1 Nr. 1

Die Entscheidung, die **Brachytherapie** als ambulante Leistung nicht zu gewähren, ist rechtmäßig, da es an einer Empfehlung des Bundesausschusses oder an einem diesbezüglichen Systemversagen fehlt (vgl. BSG SozR 4-2500 § 116 b Nr. 1). Es besteht aber ein **Anspruch auf Gewährung einer stationären interstitiellen Brachytherapie**.

Es besteht ein **Kostenerstattungsanspruch**, wenn die Inanspruchnahme der Brachytherapie als ambulante Leistung mit den dadurch entstandenen Kosten gerade auf der rechtswidrigen Ablehnung einer stationären Brachytherapie beruht (vgl. BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 8).

Das *SG* gab der Klage statt und verurteilte zur Zahlung von **8.612,53 EUR**.

## D) EXCIMER-LASER-BEHANDLUNG (LASIK)

*SG Stade, Urt. v. 20.01.2009 – S 1 KR 82/08 WA –*

RID 09-03-95

rechtskräftig www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 1, 28 I 1, 92 I 1 HS 1, 2 Nr. 5, 135

Die Excimer-Laser-Behandlung (Laser in situ Keratomileusis = LASIK) entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 I 3 SGB V i.V.m. 12 I SGB V) und ist daher von der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse ausgeschlossen. Die **Verfahren der refraktiven Augen Chirurgie** sind durch Beschl. des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 11.05.1993 von der Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen worden.

Eine stark ausgeprägte **Myopie** ist trotz erheblicher Beeinträchtigung des Sehvermögens nicht vergleichbar mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung.

Geeignete Hilfsmittel zum Ausgleich einer Fehlsichtigkeit sind grundsätzlich eine **Brille** oder **Kontaktlinsen**.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

Nach *BVerfG*, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 27.02.2009 – 1 BvR 2982/07 – RID 09-02-119 ist die Beschränkung auf 50 v. H. der Kosten nach § 27a SGB V verfassungsgemäß.

Nach BSG, Urt. v. 25.06.2009 – **B 3 KR 9/08 R** – ist die durch die gesetzliche Neuregelung **auf drei Versuche beschränkte Leistungspflicht** der GKV nach § 27a SGB V von Verfassungs wegen nicht zu beanstanden; nach BSG, Urt. v. 25.06.2009 – **B 3 KR 7/08 R** – betrifft die gesetzliche **Altersgrenze von 40 Jahren** auch weibliche Personen, die **nicht in der GKV versichert** sind, soweit der versicherte Ehemann Ansprüche gegen die Krankenkasse geltend macht, was verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist; 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. ferner 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) KOSTEN FÜR MAßNAHMEN DER PRIVAT KRANKENVERSICHERTEN EHEFRAU

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.06.2009 – L 9 KR 21/06 –*

RID 09-03-96

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 27a; GG Art. 3 I

Eine gesetzliche Krankenkasse ist ihrem Versicherten nicht leistungspflichtig für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, die unmittelbar und ausschließlich am Körper des nicht bei ihr versicherten Ehegatten ihres Versicherten ausgeführt werden (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 11/03 R – juris Rn. 16 ff.).

*SG Cottbus*, Urt. v. 06.12.2005 - S 10 KR 78/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## B) KRYOKONSERVIERUNG WEGEN DROHENDER EMPFÄNGNISUNFÄHIGKEIT ALS FOLGE EINER CHEMOTHERAPIE

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.02.2009 – L 1 KR 646/07 –*

RID 09-03-97

*Revision anhängig: B 1 KR 10/09 R* www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 27 I 1 u. 4, 27a I u. III

Die Lagerung von Eierstockgewebe durch Kryokonservierung wegen einer drohenden Empfängnisunfähigkeit als Folge einer Chemotherapie fällt nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach den §§ 27 I sowie 27a I SGB V.

*SG Berlin*, Urt. v. 26.10.2007 – S 36 KR 842/07 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 3. ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN: ATROPHIERTER ZAHNLOSER OBERKIEFER

#### ATROPHIERTER ZAHNLOSER OBERKIEFER

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.05.2009 – L 16 KR 51/09 –**

**RID 09-03-98**

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 85/09 B*

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

SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 2, 28 II 9, 30, 92 I

Ein atrophiertes zahnloser Oberkiefer ist nicht als Ausnahmeindikation in den BehandlRL-ZÄ aufgeführt. Die Nichtberücksichtigung der Atrophiefälle in den BehandlRL-ZÄ steht mit der Ermächtigung in § 28 II 9 SGB V in Einklang.

**SG Düsseldorf**, Gerichtsbb. v. 25.02.2009 - S 8 KR 108/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Nach BSG, Urt. v. 30.06.2009 – **B 1 KR 24/08 R** – verstößt das Erfordernis der **vorherigen Genehmigung der Versorgung mit Zahnersatz** durch die Krankenkasse nicht gegen Europarecht.

## II. Kostenerstattungsanspruch

Nach **BVerfG**, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 19.03.2009 – 1 BvR 316/09 – RID 09-02-126 können Kosten einer Therapie, die erst nach Bescheiderteilung anfallen, nicht wegen der Nichteinhaltung des gebotenen Beschaffungswegs von einer Erstattung ausgeschlossen werden.

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

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

#### 1. KAUF DES NACHFOLGEMODELLS EINES HÖRGERÄTS

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.02.2009 – L 4 KR 3191/06 –**

**RID 09-03-99**

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

SGB V §§ 2 II, 13 III, 27 I 1, 2 Nr. 3

Der Beschaffungsweg nach § 13 III SGB V wird nicht eingehalten, wenn sich eine Versicherte nach einer Entscheidung über ein Hörgerät das Nachfolgemodell selbst beschafft.

**SG Stuttgart**, Gerichtsbb. v. 22.05.2006 -S 8 KR 6697/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 2. KEINE KOSTENÜBERNAHME FÜR SERVICE EINES SELBST BESCHAFFTEN C-LEGS

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 06.08.2008 – L 4 KR 177/06 –**

**RID 09-03-100**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 1/09 R*

juris

SGB V §§ 13 III 1, 33 I

Hat ein Versicherter Vereinbarungen über die Versorgung mit einem Kniegelenk in C-Leg-Technik mit dem Hilfsmittelerbringer ohne vorherige Beteiligung seiner Krankenkasse getroffen, besteht auch für den damit verbundenen C-Leg-Service kein Kostenerstattungsanspruch.

**SG Hannover**, Urt. v. 23.03.2006 - S 44 KR 101/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### III. Stationäre Krankenhausbehandlung: Brustverkleinerung

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. FEHLENDER WIRKSAMKEITSNACHWEIS

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 10.12.2008 – L 5 KR 2638/07 –*

RID 09-03-101

*Revision zugelassen (B 1 KR 2/09 R erledigt)*

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

SGB V §§ 12 I, 27 I 1

Fehlt es schon am **Nachweis der Wirksamkeit** bzw. des therapeutischen Nutzens operativer Brustverkleinerungen für die Therapie orthopädischer Beschwerden auf Grund eines Cervikalsyndroms, so besteht kein Anspruch auf eine Brustverkleinerung. Außerdem könnte bei Abwägung eines unterstellten therapeutischen Nutzens mit möglichen gesundheitlichen Schäden und etwaigen Folgekosten für die Krankenversicherung nicht festgestellt werden, dass (**konservative orthopädische Behandlungsmethoden**, wie Physiotherapie oder Rückenschulung, ggf. ergänzt durch eine allgemeine Gewichtsreduktion, hinter der Brustverkleinerungsoperation zurücktreten müssten. Zur Behandlung einer **Hauterkrankung** (hier: submammäre Ekzem), ist eine entsprechende hautärztlichen Therapie vor der Operation an einem gesunden Organ vorrangig.

*SG Konstanz, Urt. v. 29.03.2007 – S 2 KR 1994/04 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 2. MAKROMASTIE ALS KRANKHEIT

*SG Leipzig, Urt. v. 24.07.2008 – S 1 KR 199/06 –*

RID 09-03-102

juris

SGB V §§ 13 III 1, 27 I 1, 2 Nr. 5, 39 I

**Leitsatz:** 1. Makromastie und Mamahypertrophie sind unter bestimmten Bedingungen als Krankheit anzusehen, selbst wenn die Brust als Organ nicht erkrankt ist.

2. Zur Sicht ex ante bei der gerichtlichen Überprüfung der Notwendigkeit einer bereits erfolgten Mamareduktion.

Das *SG* gab der Klage statt.

### IV. Krankenbehandlung im Ausland

Nach BSG, Urt. v. 30.06.2009 – *B 1 KR 22/08 R* – begründen die Regelungen der EWGV 1408/71 und 574/72 nicht die Anwendbarkeit des § 13 III 1 SGB V; die europarechtskonforme Auslegung des § 13 IV u. V SGB V geht § 13 III 1 SGB V vor; zur *BSG-Rspr.* vgl. zuletzt RID 07-04-B IV (S. 34); RID 06-04-B III 1 (S. 55); zur *Instanzenrspr.* vgl. zuletzt RID 09-02-B IV; RID 09-01-B IV; RID 08-04-B IV; RID 08-01-144; RID 07-04-B III (S. 41 f.); RID 07-01-B III 1 (S. 50 f.); 06-04-B III 1 (S. 55).

### V. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 30.06.2009 – *B 1 KR 5/09 R* – besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für **methylphenidathaltige Arzneimittel**, da diese nur für Kinder über sechs Jahre und Jugendliche, nicht aber für **Erwachsene** zur Behandlung von **ADHS** zugelassen sind; eine Versorgung nach den Grundsätzen des **Off-Label-Use** scheidet aus; 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 – SozR 4-2500 § 31 Nr. 9 = GesR 2008, 375 = NJW 2009, 874 = NZS 2009, 210).

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

#### 1. OFF-LABEL-USE

##### A) METOPIRON (WIRKSTOFF METYRAPON)

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 10.06.2009 – L 9 B 482/08 KR ER –*

RID 09-03-103

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

SGB V §§ 2 I 1, 12 I, 27 I 3 Nr. 1 u. 3, 31 I 1; AMG §§ 21 I, 30 IV, 73 III

Die Frage ist offen, ob **Metopiron mit dem Wirkstoff Metyrapon**, für das **keine Arzneimittelzulassung** besteht, einem strikten Importverbot unterliegt (§ 30 IV AMG) oder ob es im Wege der Einzeleinfuhr von Apotheken nach der Ausnahmenvorschrift in § 73 III AMG beschafft und abgegeben werden darf. Auf der anderen Seite erscheint es arzneimittelrechtlich durchaus vertretbar anzunehmen, dass das **Erlöschen der Zulassung** zum 31.12.1992 nicht zur entsprechenden Geltung von § 30 IV AMG führt und Metopiron so zu behandeln ist, als wäre seine Zulassung in Deutschland nie beantragt worden. Damit würde § 73 III AMG auf dieses Arzneimittel Anwendung finden mit der

Folge, dass es unter den Voraussetzungen von § 73 III AMG rechtmäßig von Apotheken importiert und abgegeben werden darf (Beschaffung geringer Mengen auf besondere Bestellung einzelner Patienten). Soweit diese **Auffassung** auch die für die Überwachung des Arzneimittelverkehrs zuständige **Landesbehörde** vertritt, erscheint es jedenfalls im Eilverfahren hinnehmbar, dass die an Morbus Cushing leidende Ast. mit dem von ihr begehrten Arzneimittel versorgt wird.

**SG Potsdam**, Beschl. v. 10.11.2008 - S 7 KR 268/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, die Ast. vorläufig bis zum 31.07.2009 mit dem Arzneimittel Metopiron 250 mg, täglich dreimal zwei Kapseln, zu versorgen und wies im Übrigen den Antrag zurück.

## **B) BEHANDLUNG ALTERSABHÄNGIGER MACULADEGENERATION NUR BEI AMD-VERTRAG DES ARZTES**

**SG Köln, Beschl. v. 02.07.2009 – S 26 KN 24/09 KR ER –**

**RID 09-03-104**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 27, 31

Eine Versicherte kann auf Behandler, für die ein zwischen der KV Nordrhein (KVNO) und den augenärztlichen Berufsverbänden geschlossener **Vertrag zur Behandlung der Neovaskularisierung unter einer altersabhängigen Makuladegeneration (AMD)** gilt, der eine **pauschalierte Kostenvergütung** von 450,- Euro für alle mit den Medikamenteneinspritzungen einhergehenden Aufwendungen (Arztkosten und Arzneimittelkosten) je Injektion vorsieht, wobei der Arzt gemeinsam mit seinem Patienten zu klären hat, welches Arzneimittel (Avastin, Lucentis oder Macugen) im Einzelfall zum Einsatz kommt, verwiesen werden. Dieser sog. AMD-Vertrag ist nicht offensichtlich rechtswidrig (vgl. SG Düsseldorf, Beschl. v. 23.08.2007 - S 2 KA 104/07 ER – RID 07-03-87, bestätigt durch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.02.2008 – L 11 (10) B 17/07 KA ER – RID 08-02-104; SG Düsseldorf, Beschl. v. 16.10.2008 – S 14 KA 121/08 ER – RID 08-04-69; SG Düsseldorf, Urt. v. 02.07.2008 – S 2 KA 181/07 – RID 08-03-80).

Begründete Zweifel an der **Arzneimittelsicherheit von Avastin** bei der **Therapie der feuchten AMD** bestehen nicht.

D. Kl. beantragte erfolglos die Behandlung durch eine Krankenhaus-GmbH mit Lucentis für drei Monate in Höhe von 5.028,66 € (Apothekenverkaufspreis von Lucentis: 1.296,22 €, für 3 Injektionen: 3.888,66 €/Ärztliches Honorar für die intravitreale Injektion: 300 €, für 3 Injektionen: 900 €/Ärztliches Honorar für die Nachbehandlung: 80 €, für 3 Injektionen: 240 €). Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

S. ferner **SG Düsseldorf**, Urt. v. 02.07.2008 – S 2 KA 181/07 – RID 08-03-80 m.w.N.

## **C) IMMUNGLOBULINE**

SGB V §§ 13 I, III, 27 I 1, 2 Nr. 3, 34 I 7, 92 I 2 Nr. 6

### **AA) IMMUNGLOBULINE BEI SCHMERZKRANKHEIT**

**LSG Thüringen, Urt. v. 21.04.2009 – L 6 KR 253/04 –**

**RID 09-03-105**

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

Die Kosten für eine Behandlung mit den Immunglobulinpräparaten Sandoglobulin® und Flebogamma® sind nicht von der Krankenkasse zu übernehmen, da diese nicht für eine Behandlung eines **atypischen Gesichtsschmerzes** bzw. einer ausgeprägten **Schmerzkrankheit** zugelassen sind und es für einen Off-Label-Use an einem Wirksamkeitsnachweis fehlt.

**SG Meiningen**, Urt. v. 16.02.2004 - S 4 KR 283/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### **BB) IMMUNGLOBULIN-THERAPIE ZUR BEHANDLUNG EINER AUGENERKRANKUNG**

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.07.2009 – L 16 B 9/09 KR ER –**

**RID 09-03-106**

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

Auch wenn im Hinblick auf eine deutliche **Sehkraftminderung** eine die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung anzunehmen ist, so kommt ein Off-Label-Use nur in Betracht, wenn keine Therapiealternativen vorhanden sind und eine entsprechende Datenlage für eine Wirksamkeit besteht.

**SG Münster**, Beschl. v. 20.01.2009 - S 16 (11) KR 160/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## CC) IMMUNGLOBULIN (OCTAGAM) BEI MULTIPLER SKLEROSE

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.06.2009 – L 24 KR 213/08 –*

RID 09-03-107

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

Bei **Bewertungen der Expertengruppe** handelt es sich lediglich um Empfehlungen an den GBA, der allein nach § 35b III SGB V berufen ist, die Verordnungsfähigkeit von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten festzustellen.

Es besteht kein Anspruch auf Versorgung mit dem Immunglobulin Octagam zur Behandlung der **Multiplen Sklerose**. Hierfür fehlt es an einem Wirksamkeitsnachweis.

*SG Berlin*, Urt. v. 15.01.2008 - S 81 KR 2785/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## D) ADHS IM ERWACHSENENALTER: MEDIKAMENTE AXURA UND EBIXA

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.05.2009 – L 1 KR 393/07 –*

RID 09-03-108

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 89/09 B*

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

SGB V §§ 13 III, 34

Es besteht kein Versorgungsanspruch auf die Medikamente Axura und Ebixa für die Diagnose "ADHS im Erwachsenenalter", da sie hierfür nicht zugelassen sind.

*SG Berlin*, Urt. v. 15.03.2007 - S 82 KR 1158/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. NICHT ZUGELASSENE ARZNEIMITTEL

### A) BEHANDLUNG DES MYELODYSPLASTISCHEN SYNDROMS MIT LENALIDOMID

*LSG Bayern, Urt. v. 13.01.2009 – L 5 KR 354/07 –*

RID 09-03-109

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

SGB V §§ 13 III, 34; GG Art. 2 I, II 1

Unter Berücksichtigung des Verfassungsrechts und insb. der von BVerfG v. 06.12.2005 - 1 BvR 47/98 - SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 formulierten Erwägungen sind die Arzneimittelkosten trotz **fehlender Arzneimittelzulassung** bei einer **lebensbedrohlichen Erkrankung**, die innerhalb weniger Wochen auch zum Tode geführt hat und zu deren Behandlung zu diesem Zeitpunkt keine anerkannten und zugelassenen Behandlungen mehr zur Verfügung gestanden haben, zu erstatten, wenn im Hinblick auf eine in den USA erfolgte Zulassung und eine beantragte Zulassung, deren Prüfung vom zuständigen Bundesausschuss schon genehmigt wurde, davon ausgegangen werden kann, dass offenbar entsprechende sog. Phase-III Studien vorliegen (hier: Behandlung des myelodysplastischen Syndroms mit Lenalidomid). Es reicht aus, dass im Einzelfall eine **Wirksamkeit** erwartet werden kann, so dass aus diesem Grund die Behandlung mit dem Medikament nicht versagt werden darf.

Der Kl. ist Ehemann und Rechtsnachfolger der 1953 geborenen Versicherten A., die am 12.06.2006 verstorben ist. Diese war im Juli 2000 an einem **Mammakarzinom** erkrankt. Nach intensiver stationärer Polychemotherapie kam es zu einer **sekundären akuten myeloischen Leukämie (AML)**. Da alle zur Verfügung stehenden palliativen Chemotherapien nicht ansprachen, eine Fremdspendertransplantation nicht in Betracht kam und ein Spender weltweit auch nicht zur Verfügung stand, beantragte der behandelnde Arzt der onkologischen Abteilung der Universitätsklinik eine Kostenzusage für einen **individuellen Therapieversuch** mit **Lenalidomid**, einem Medikament, welches in den USA zur Behandlung sämtlicher Formen des myelodysplastischen Syndroms (MDS) bereits zugelassen sei. Der MDK vertrat die Auffassung, dass es für Frau A. in der Tat weder im zugelassenen noch im Studienbereich verfügbare therapeutische Alternativen gebe. Allerdings müsse ganz klar darauf hingewiesen werden, dass es sich bei dem Einsatz von Lenalidomid bei der Indikation AML um eine **hoch experimentelle Therapie** handele, für die keine validen Daten zur Verfügung stünden. Es gebe in Deutschland kein zugelassenes wirkstoffgleiches Arzneimittel für die vorliegende Erkrankung. Allerdings sei das Arzneimittel auch in den USA nur für andere Erkrankungen zugelassen, nämlich für einen bestimmten Subtyp des MDS. Für diese Erkrankung sei inzwischen bei der EU-Zulassungsbehörde ein Zulassungsantrag gestellt worden, der zur Prüfung zugelassen worden sei. *SG Regensburg*, Urt. v. 27.06.2007 - S 14 KR 276/06 - wies die auf Erstattung der Behandlungskosten mit dem Medikament Lenalidomid in Höhe von 6.676,53 € gerichtete Klage ab, das *LSG* gab der Klage statt.

## B) DHEA (DEHYDROXYEPIANDROSTENDION) BEI SEKUNDÄRER NEBENNIERENRINDEN-INSUFFIZIENZ

*SG Würzburg, Urt. v. 24.03.2009 – S 4 KR 486/06 –*

RID 09-03-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III, 34

Ein für die vertragsärztliche Versorgung nicht zugelassenes Präparat ist bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung nur dann erforderlich, wenn es **keine Behandlungsalternativen** in der vertragsärztlichen Versorgung gibt, um ein schweres Gesundheitsrisiko auszuschließen.

Die Nutzung des **oralen DHEA-Präparates** führt insb. in Fällen einer **sekundären Nebennierenrindeninsuffizienz** noch zu weitgehend ungesicherten Ergebnissen, die nur auf einigen Studien kurzer Dauer beruhen. Die positiven Wirkungen würden das allgemeine Wohlbefinden, die Stimmung, den Antrieb und das sexuelle Interesse betreffen. Es besteht keine Verpflichtung der Krankenkasse zur Kostentragung.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 3. POTENZMITTEL VIRIDAL®

*LSG Thüringen, Urt. v. 21.04.2009 – L 6 KR 158/08 –*

RID 09-03-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 I, III, 27 I 1, 2 Nr. 3, 34 I 7, 92 I 2 Nr. 6

Das Gesetz schließt unabhängig von den Gründen ausdrücklich alle Mittel (hier: Viridal®) zur Behandlung der erektilen Dysfunktion von der Leistungspflicht aus (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.03.2007 – L 11 KR 93/06 – RID 07-02-147).

*SG Altenburg, Gerichtsbb. v. 07.12.2007 - S 30 KR 2437/05 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 4. NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE MEDIKAMENTE

*LSG Bayern, Urt. v. 13.01.2009 – L 5 KR 102/06 –*

RID 09-03-112

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 42/09 B*  
SGB V §§ 13 III, 31 I 4, 92 i 2 Nr. 6

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Auf Versorgung mit den nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten Linola Fett N Ölbad, Dermatop Basiscreme und Dermatop Basissalbe besteht kein Anspruch. Soweit Excipial U Lipolotio mit Urea in Nr. 16.4.46 AMR als Ausnahme genannt wird, gilt dies nur für die gesicherte Diagnose bei Ichtyosen; es genügt dabei nicht, dass die Erkrankung der Klägerin ein ähnliches Hautbild verursacht.

*SG München, Urt. v. 07.12.2005 - S 32 KR 641/05 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## VI. Hilfsmittel

Nach *BVerfG*, 1 Sen. 2. Ka., Beschl. v. 25.02.2009 – 1 BvR 120/09 – RID 09-02-143 (SuP 2009, 235 = Behindertenrecht 2009, 98 = PflR 2009, 290) ist 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, der Zwang zum Verharren in einer Situation der Hilflosigkeit eine schwerwiegende Einschränkung, die ihre Persönlichkeitsrechte berührt; eine **Vorwegnahme der Hauptsache** kann bei drohenden schweren und unzumutbaren Nachteilen durchaus geboten sein.

Nach BSG, Urt. v. 25.06.2009 – *B 3 KR 4/08 R* – handelt es sich bei einem **GPS-System für Blinde** nicht um einen allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, sondern um ein Hilfsmittel; es ist bei einem mit einem Blindenführhund und einem Blindenlangstock versorgten Versicherten nicht erforderlich, um das Grundbedürfnis auf Mobilität im Nahbereich der Wohnung zu erfüllen; nach BSG, Urt. v. 25.06.2009 – *B 3 KR 2 u. 19/08 R* – können beinamputierte Versicherte, die mit einer normalen Laufprothese versorgt sind, die zusätzliche Versorgung mit einer wasserfesten Prothese (**Badeprothese, Schwimmprothese**) verlangen, um sich zuhause in Bad und Dusche sowie außerhalb der Wohnung im Schwimmbad sicher und ohne Gefahr der Beschädigung der regelmäßig nicht wasserfesten Alltagsprothese bewegen zu können; nach BSG, Urt. v. 25.06.2009 – *B 3 KR 10/08 R* – stellt eine für Süßwasser geeignete Badeprothese eine ausreichende Versorgung dar; ein Anspruch auf zusätzliche Versorgung mit einer **salzwasserfesten Prothese** besteht nicht; nach BSG, Urt. v. 20.11.2008 – *B 3 KN 4/07 R* – ist eine Krankenkasse zur Ausstattung des Rollstuhls mit einem **Kraftknotensystem** 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 **Kraftknotensystem**, 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 **Kraftknotensystem** zu versorgen.

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

## 1. KEIN ANSPRUCH AUF DOPPELVERSORGUNG MIT ROLLSTUHL

**LSG Bayern, Urt. v. 22.01.2009 – L 4 KR 298/07 –**

**RID 09-03-113**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 4/09 B*  
SGB V § 33 I

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

Es besteht kein Anspruch auf eine Doppelversorgung mit einem Rollstuhl, wenn nur ein Wohnsitz besteht. Es besteht kein Bestandsschutz aus dem Umstand, dass eine Versicherte einen früher gelieferten und dann ersetzten Rollstuhl behalten und über zwei Fahrzeuge verfügen konnte.

**SG Nürnberg**, Urt. v. 23.04.2007 - S 11 KR 246/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. ROLLFIETS MIT ELEKTRO-HILFSANTRIEB

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.05.2008 – L 5 KR 2013/07 –**

**RID 09-03-114**

*Revision anhängig: B 3 KR 11/08 R (Termin: 12.08.2009)*  
SGB V §§ 12 I, 13 III, 33 I 1

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

Ein **elektrisch betriebener Rollfiets** ist nicht erforderlich, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, wenn eine **regelmäßige Krankengymnastik** nicht nur ausreicht, sondern sogar gezielter und vielseitiger die angestrebten Verbesserungen der körperlichen und seelischen Verfassung eines Behinderten erreichen kann, einschließlich der Stärkung der Muskulatur, Lungenfunktion, Körperkoordination und Balancegefühl (vgl. BSG, Urt. v. 21.11.2002 – B 3 KR 8/02 R -).

Der Einsatz eines elektrisch betriebenen Rollfiets überschreitet die Grenzen der medizinischen Rehabilitation und ist dem Bereich der **sozialen Rehabilitation** zuzuordnen.

**SG Karlsruhe**, Urt. v. 14.04.2005 - S 3 KR 2429/04 - gab der Klage der 1990 geb. Kl. statt. Nach der BSG-Rspr. könne ein Hilfsmittel, wie beispielsweise ein Therapietandem für den Fall zugesprochen werden, dass eine ganz außergewöhnliche Bewegungseinschränkung vorliege und in der konkreten Familiensituation den gemeinsamen Fahrradausflügen eine große Bedeutung zukomme. Ein solcher Einzelfall liege hier vor, die in ihrer Kommunikationsfähigkeit erheblich eingeschränkte Kl. könne sich einen eigenständigen Umgang mit gleichaltrigen Jugendlichen nicht selbst erschließen. Der erheblich eingeschränkte körperliche Freiraum erfahre eine entscheidende Erweiterung dadurch, dass sie an den für die Familien wichtigen Fahrradausflügen mitgenommen werden könne. Ohne Elektroantrieb seien wegen des zwischenzeitlichen Gewichtes der Kl. Fahrradausflüge aber nicht mehr möglich. Die Möglichkeit der Fortbewegung mit dem Fahrrad und damit die Möglichkeit der Teilnahme an Unternehmungen diene der Befriedigung eines Grundbedürfnisses. Das **LSG** wies die Klage ab.

Bei einem **Rollfiets** handelt es sich um eine Rollstuhl-Fahrrad-Kombination. Diese Kombination besteht aus einem Selbstfahrradrollstuhl mit Kunststoffsitzschale und verstellbaren Nacken- und Beinstützen sowie einem ankoppelbaren Fahrradhinterteil. Das Fahrradhinterteil ist mit dem Rollstuhl verbunden, der dann als lenkbarer Vorderteil fungiert. Das Kind sitzt im Rollstuhl, der Vater oder die Mutter auf dem Fahrradteil.

## 3. ERSATZBESCHAFFUNG EINES E-FIX ZUSATZANTRIEBS FÜR ROLLSTUHL BEI VERSORGUNG MIT ELEKTROLLSTUHL

**LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 02.02.2009 – L 1 KR 192/08 ER –**

**RID 09-03-115**

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

Unter einer **Mehrfachversorgung** (hier: E-Rollstuhl und E-Fix zum Faltrollstuhl) sind nur typengleiche Hilfsmittel zu verstehen, also etwa die Ausstattung eines Versicherten mit mehreren E-Rollstühlen. Bei einer Ausstattung mit einem E-Rollstuhl und einem Faltrollstuhl = Aktivrollstuhl, dem zwar ein Elektro-Radnabenantrieb zugeschaltet werden kann/soll, der jedoch auch zur manuellen Fortbewegung dient und damit der Kräftigung des Muskelaufbaus dienen kann, handelt es sich nicht um eine Mehrfachversorgung.

Bei einer **Ersatzbeschaffung** eines Hilfsmittels wird ein bereits bewilligtes Hilfsmittel - etwa infolge eines Defekts - austauschbedürftig. Bei der Beantragung einer Ersatzbeschaffung müssen sämtliche Tatbestandsmerkmale des § 33 SGB V ebenso geprüft und erfüllt sein wie bei der Erstausrüstung.

Etwas anderes kommt nur dann in Betracht, wenn die Krankenkasse einen Versorgungsanspruch bezüglich eines bestimmten Hilfsmittels auf Dauer anerkannt hat (BSG, Urt. v. 20.11.1996 - 3 RK 5/96 - BSGE 79, 261, 263; v. 24.05.2006 - B 3 KR 12/05 R - Rn. 17; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.06.2008 - L 1 KR 339/05 -).

Ist ein **E-Fix erforderlich**, um sich innerhalb der Wohnung leichter, vor allem aber, um sich ohne fremde Hilfe außerhalb der Wohnung begeben zu können, um die regelmäßigen Therapie-Termine wahrnehmen und die Alltagsgeschäfte in näherer Umgebung eigenständig wahrnehmen zu können, so besteht hierauf ein Versorgungsanspruch. Dem steht die **Versorgung** mit einem **Elektrollstuhl** nicht entgegen, soweit dieser innerhalb der Wohnung nicht sachgerecht verwendet werden kann.

**SG Hannover**, Beschl. v. 21.05.2008 – S 44 KR 111/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Krankenkasse, die Ast. für den von ihr genutzten Aktivrollstuhl mit einem E-Fix-Antrieb zu versorgen vorläufig und bis zum Abschluss des vor dem SG Hannover zwischen den Bet. anhängigen Hauptsache-Verfahrens unter dem Az S 44 KR 589/07.

#### 4. OBERSCHENKELPROTHESE MIT KNIEGELENKSYSTEM C-LEG

**SG Leipzig**, Urt. v. 03.07.2008 – S 1 KR 188/06 –

RID 09-03-116

juris  
SGB V § 33 I 1

**Leitsatz:** 1. Die **C-Leg-Prothese** des Herstellers Otto Bock weist wegen der Steuerung durch Mikroprozessortechnik deutliche Gebrauchsvorteile gegenüber den bisher üblichen, allein mechanisch gesteuerten Prothesen auf.

2. Soweit wesentliche und auch nutzbare **Gebrauchsvorteile zusätzlich eine Komfortverbesserung** darstellen, hindert dies nicht den Versorgungsanspruch. Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 16.09.2004 - B 3 KR 20/04 R - (Rn. 23) = SozR 4-2500 § 33 Nr. 8 lediglich klargestellt, dass ausschließliche Vorteile im Komfort des Gebrauchs oder der besseren Optik, die nicht zugleich wesentliche Gebrauchsvorteile darstellen, nicht für einen Versorgungsanspruch ausreichen.

Das **SG** gab der Klage statt.

#### 5. FESTBETRÄGE FÜR HÖRHILFEN

##### A) LEISTUNGSPFLICHT NUR IM RAHMEN DER FESTBETRÄGE FÜR HÖRHILFEN

**LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 24.09.2008 – L 5 KR 1539/07 –

RID 09-03-117

Revision anhängig: B 3 KR 20/08 R  
juris

SGB V §§ 13 III, 33, 35 V 3, VII, 36 II, III

Eine Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht mit der Übernahme des **Festbetrags für Hörgeräte**. Dieser stellt die **Obergrenze** des Leistungsanspruchs des Versicherten dar. Ein etwaiger Differenzbetrag bis zum Abgabepreis des Leistungserbringers fällt dem Versicherten zur Last (BSG, Urt. v. 23.1.2003, – B 3 KR 7/02 R –).

Gesetzliche Ermächtigung zur Festsetzung von Festbeträgen finden sich für Arznei- und Verbandmittel in §§ 35 ff. SGB V und für Hilfsmittel in § 36 SGB V. Diese Bestimmungen sind **verfassungsmäßig** und gültig (vgl. BVerfG, Urt. v. 17.12.2002, – 1 BvL 28/95 u.a. –).

Eine **einzelfallbezogene Relativierung** bzw. Einschränkung der Maßgeblichkeit (rechtswirksam) festgesetzter Festbeträge ist nicht zulässig.

**SG Mannheim**, Urt. v. 08.02.2007 – S 8 KR 1498/06 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

##### B) UNWIRKSAMKEIT DER FESTBETRÄGE FÜR HÖRHILFEN

**SG Neubrandenburg**, Urt. v. 10.06.2008 – S 4 KR 39/04 –

RID 09-03-118

juris  
SGB V §§ 12 I, 13 III 1, 33 I 5 II, 35 V 3, VII, 36 II, III; SGB IX § 15 I 4;

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

2. Die Wirksamkeit der Festbeträge kann im Streitverfahren zwischen Versichertem und gesetzlicher Krankenkasse **inzident überprüft** werden (Entgegen LSG Brandenburg, Urt. v. 28.01.2003 - L 4 KR 12/01 - RID 03-02-90).

Das **SG** gab der Klage statt.

## 6. LICHTSIGNALANLAGE

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2009 – L 1 KR 151/08 –*

RID 09-03-119

Revision zugelassen  
SGB V § 33 I

juris

Eine hochgradig schwerhörige Versicherte hat einen Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung auf eine **Lichtsignalanlage** für den Einsatz in ihrer häuslichen Wohnung.

Die Lichtsignalanlage stellt eine technische Hilfe dar, die mit dem Wohngebäude nicht fest verbunden ist, sondern aus beweglichen Einzelteilen (Blitzlampen, Kabel, Vibrationskissen, Sender) besteht, die jederzeit von ihrer Verbindung mit Telefonanlage und Türklingel wieder gelöst werden können und damit zum Ausgleich der Behinderung eines Schwerhörigen in jeder Wohnung geeignet sind.

Zur selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung gehört es, bestimmten Personen wie Bekannten oder Ärzten jederzeit und selbstständig Einlass gewähren zu können.

*SG Oldenburg*, Urt. v. 09.04.2008 - S 6 KR 102/07 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine Gehörlosennotrufanlage gemäß Kostenvoranschlag zu gewähren.

## 7. TEILHABE AM INTERNET: OFFENES COMPUTERVORLESESYSTEM NEBST BRAILLEZEILE

*SG Marburg, Urt. v. 05.03.2009 – S 6 KR 66/08 –*

RID 09-03-120

Berufung anhängig: *LSG Hessen - L 8 KR 138/09 -*  
SGB V § 33 I

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ein **offenes Vorlesesystem** vermittelt einen Behinderungsausgleich im Bereich der **Kommunikation**, weil damit, wie auch mit einem geschlossenen Lesesystem, gedruckte Texte einschließlich Tabellen und Spalten gelesen werden können. Das offene Lesesystem ermöglicht darüber hinaus aber auch den Zugang zu Informationen, die über das Internet erschlossen werden können.

Das **Grundbedürfnis der Information** im Alltag umfasst in der heutigen Zeit auch die Möglichkeit, sich Zugang zu Informationen durch Recherchen zu verschaffen. Hierzu gehört die **Teilhabe am Internet**.

Zu den allgemeinen praktizierten **Grundbedürfnissen** im Bereich der aktiven Kommunikation gehört auch die Fähigkeit, sich im **Alltag hand- oder druckschriftlich mitzuteilen**.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 8. LICHTKLINGELANLAGE

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2009 – L 1 KR 201/07 –*

RID 09-03-121

Revision anhängig: *B 3 KR 5/09 R*  
SGB V § 33 I; SGB I § 4 II Nr. 1; SGB IX §§ 4 I Nr. 4, 9 III

juris

Kann eine Versicherte akustische Signale wie eine Türklingel auch mit dem Hörgerät nicht wahrnehmen, so dient eine **Lichtklingelanlage** dem **Behinderungsausgleich**. Durch die Lichtklingelanlage wird die durch die Schwerhörigkeit ausgefallene Funktion des Aufnehmens akustischer Informationen ersetzt (vgl. BSG SozR 2200 § 182b Nr. 33). Ihrer Eignung steht nicht entgegen, dass sie das akustische Signal in ein optisches umformt (vgl. BSG SozR 2200 § 182 b Nr. 33 S. 90; BSG SozR 2200 § 182 b Nr. 26 "Schreibtelefon"). Es handelt sich auch nicht um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens.

Kann eine Hilfe bei einem Wohnungswechsel ohne wesentliche verbleibende Folgen ausgebaut werden oder mit vertretbarem Aufwand in eine neue Wohnung wieder eingebaut werden, steht die **Verbindung mit dem Gebäude** der Einstufung als Hilfsmittel nicht entgegen (BSG, Urt. v. 12.06.2008 - 3 P 6/07 R - Rn. 18). Bei der Beurteilung kommt es nicht darauf an, ob ein Gegenstand zivilrechtlich Bestandteil des Gebäudes geworden ist (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 30 S. 181).

Eine Lichtklingelanlage ist nicht mit dem Wohngebäude fest verbunden, sondern kann jederzeit wieder gelöst werden. Es handelt sich auch nicht um eine von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossene **Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes**. Dieses Hilfsmittel würde bei einem Wohnungswechsel nicht funktionslos und könnte grundsätzlich in jeder anderen Wohnung in gleicher Weise und mit im Wesentlichen unveränderter Ausführung eingesetzt werden.

*SG Aurich*, Urt. v. 31.05.2007 - S 8 KR 21/06 - wies die Klage ab, das *LSG* gab der Klage statt.

## 9. UNTERRICHT ZUM ERLERNEN LEBENSPrAKTISCHER FÄHIGKEITEN NACH ERBLINDUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.05.2009 – L 5 B 5/09 KR ER –*

RID 09-03-122

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

SGB V §§ 1, 43 I Nr. 1; SGB IX §§ 14, 55

Eine erblindete Versicherte hat einen Anspruch auf Versorgung mit **Blindenlangstöcken**, wobei der Anspruch auch die **Einweisung in den Gebrauch** umfasst (vgl. § 33 I 4 SGB V). Die Gewährung von darüber hinausgehenden Maßnahmen der **blindentechnischen Grundausbildung** - wie der Umgang mit Essbesteck, Nahrungszubereitung, Wäschewaschen - ist im Recht der GKV nicht möglich. Eine Anspruchsgrundlage findet sich auch nicht in § 14 SGB IX, der lediglich das Verfahren zur Klärung des zuständigen Rehabilitationsträgers regelt (vgl. Senat, Beschl. v. 19.12.2006 - L 5 B 66/06 KR ER). Bei einem **Unterricht zum Erlernen lebenspraktischer Fähigkeiten** handelt es sich um Hilfen nach § 55 II Nr. 3 SGB IX; zuständiger Träger ist u.a. der Träger der Sozialhilfe, nicht jedoch die gesetzlichen Krankenkassen.

*SG Duisburg*, Beschl. v. 11.01.2009 - S 7 KR 76/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

## 10. POWER-PLATE-VIBRATIONSGERÄT: GEBRAUCHSGEGENSTAND DES TÄGLICHEN LEBENS

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.06.2009 – L 5 KR 189/08 –*

RID 09-03-123

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

SGB V § 33

Ein **Power-Plate-Vibrationsgerät** stellt kein Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens** dar.

*SG Köln*, Gerichtsbb. v. 31.10.2008 - S 26 KR 149/08 - wies die Klage der Kl., die nach eigenen Angaben an vielfältigen schweren Überempfindlichkeiten in Form eines sog. Multiple-Chemical-Sensitivity-Syndroms (MCS) i.V.m. einem chronischen Müdigkeitssyndrom als Folge einer - so ihre Angaben - chronischen Vergiftung durch Amalgam-Inhaltsstoffe, Pentachlorphenol (PCP) und Formaldehyd leidet, 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 (PflR 2008, 347).

### 1. BEHANDLUNGSSICHERUNGSPFLEGE (DAUERBEATMUNG) NEBEN LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.05.2009 – L 4 KR 4793/07 –*

RID 09-03-124

*Revision anhängig: B 3 KR 7/09 R*

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

SGB V §§ 13 III, 37 II; SGB IX § 15 III

Auch nach Änderung des § 37 SGB V und des § 15 III SGB IX durch das GKV-WSG zum 01.04.2007 gilt BSG, Urt. v. 30.10.2001 - B 3 KR 2/01 R – fort, wonach der krankenversicherungsrechtliche Anspruch auf häusliche Krankenpflege in Form der **Behandlungssicherungspflege** neben dem **Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege** aus der sozialen Pflegeversicherung besteht. Insoweit gehören zur Behandlungspflege alle Pflegemaßnahmen, die durch eine bestimmte Krankheit verursacht werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder zu vermindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Heilberufe oder von Laien erbracht werden (vgl. BSG, BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 9/04 R - BSGE 94, 192 = SozR 4-2500 § 37 Nr. 3; v.10.11.2005 - B 3 KR 38/04 R - SozR 4-2500 § 37 Nr. 6).

Ist während der Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung zwangsläufig die **Beatmungskontrolle** erforderlich, besteht ein Anspruch auf Behandlungssicherungspflege für **24 Stunden**. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch dann, wenn dieser Hilfebedarf bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt wird. Damit hat der Gesetzgeber Doppelleistungen geschaffen. Es fehlt eine gesetzlich normierte Grundlage für den Abzug des Grundpflegeanteils einschließlich des Anteils für hauswirtschaftliche Versorgung.

Der 1956 geb. verheiratete Kl., dessen Ehefrau G zur Betreuerin bestellt ist, bezieht Rente wegen voller Erwerbsminderung (Rentenzahlbetrag ab März 2006 EUR 768,07) und ist berechtigt nach Pflegestufe III. Er erkrankte 2004 an einer bakteriellen Meningitis/Meningoenzephalitis. Es bestand dauernde Beatmungspflicht. Mit Bescheid (v. 30.01.2006) teilte die Bekl. mit, sie übernehme Kosten für durch den Pflegedienst durchzuführende Behandlungspflege im Umfang von gerundet 19 Stunden pro Kalendertag, was im Hinblick auf den vereinbarten Stundensatz von EUR 30,25 einen Betrag von EUR 574,75 pro Kalendertag ergebe. Aus der sozialen Pflegeversicherung erhalte der Kläger für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, auf die täglich 246 Minuten und 60 Minuten entfielen, einen monatlichen Zuschuss von EUR 1.432,00. Die übersteigenden Kosten seien durch ihn zu erbringen. Der dagegen eingelegte Widerspruch des Klägers blieb erfolglos. Den **Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung**, mit der die Bekl. verpflichtet werden sollte, ihm ab sofort Leistungen der Behandlungspflege im Umfang von 24 Stunden täglich zu gewähren, wies **SG Ulm**, Beschl. v. 26.09.2006 - S 1 KR 2964/06 ER – ab, das **LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 03.01.2007 - L 5 KR 5397/06 ER-B – die Beschwerde zurück. **SG Ulm**, Ur. v. 28.08.2007 - S 1 KR 3988/06 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung im Wesentlichen zurück und änderte den Tenor dahingehend ab, dass die Bekl. verurteilt wird, an den Kl. EUR 129.252,25 zu zahlen.

## 2. EINRICHTUNG DER STATIONÄREN SOZIALPSYCHIATRIE ALS "GEEIGNETER ORT"

**SG Hamburg, Beschl. v. 12.05.2009 – S 2 KR 445/09 ER –**

RID 09-03-125

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

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 4 Alt. 1, 37 II 1, IV; SGB XII §§ 53 ff.; SGB XI § 43; SGG § 86b II

Leistungsverpflichtungen im Rahmen **einstweiliger Anordnungen** kommen grundsätzlich nur für die **Zukunft** in Betracht, weil das Abwarten der Entscheidung in der Hauptsache über für vergangene Zeiträume wahrscheinlich bestehende Ansprüche nur dann unzumutbar erscheint, wenn die Nichterfüllung zu einer gegenwärtigen Notlage führt.

Eine **Einrichtung der stationären Sozialpsychiatrie** kann ein "geeigneter Ort" i.S.d. § 37 II 1 SGB V sein, auch wenn es sich dabei um ein Heim im Sinne des Heimgesetzes handelt.

Die Gewährung der **pauschalen Leistung** nach § 43a SGB XI schließt nicht grundsätzlich den Anspruch auf häusliche Krankenpflege aus.

Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung teilweise statt und verpflichtete die Ag., der Ast. für den Zeitraum vom 24.04. bis 31.12.2009 Krankenbehandlung in Form häuslicher Krankenpflege für zweimal tägliche Blutzuckermessungen und Insulininjektionen zu gewähren oder die Kosten für selbstbeschaffte Pflegekräfte zu erstatten bzw. die Ast. von bereits entstandenen Kosten für in diesem Zeitraum bereits selbst beschaffte Pflegekräfte freizustellen.

## VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Rehabilitation/Soziotherapie/Präventionsleistung

Nach BSG, Ur. v. 30.06.2009 – **B 1 KR 17/08 R** – ist der Minderungsbetrag nach § 62 II 3 SGB V aus einem Freibetrag von 1.824 Euro für das sächliche Existenzminimum des Kindes (Kinderfreibetrag) sowie einem weiteren Freibetrag von 1.080 Euro für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes, insgesamt 2.904 Euro, zu berechnen; werden Ehegatten zusammen veranlagt, ist der Betrag zu verdoppeln; dass die Gesetzesbegründung zu § 62 SGB V einen - mit dem Gesetz unvereinbaren - Höchstbetrag von 3.648 Euro je Kind nennt, ist dagegen ohne Belang.

nach BSG, Ur. v. 25.06.2009 – **B 3 KR 3/08 R** – ist die sog. Praxisgebühr nicht verfassungswidrig; die Krankenkassen sind nicht gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist; der Leistungskatalog der GKV darf vielmehr auch von finanziellen Erwägungen mitbestimmt sein.

Zur BSG-Rspr. s. ferner zuletzt RID 08-04 B VII (S. 41); 07-04-B VIII (S. 50); RID 06-04-B VIII (S. 67).

### 1. ZUZAHUNG: BELASTUNGSGRENZE/BERÜCKSICHTIGUNG VON KINDERFREIBETRAG

**LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 25.07.2008 – L 1 KR 22/08 –**

RID 09-03-126

Revision **B 1 KR 17/08 R** -: Termin: 30.06.2009

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

SGB V § 62 II 3; EStG § 32 VI 1 u. 2

Der sich nach § 32 VI 1 und 2 EStG ergebende Betrag i.S. von § 62 II 3 SGB V wird nach dem ausdrücklichen Wortlaut der Vorschrift aus dem für jedes Kind zu berücksichtigenden Freibetrag für das sächliche Existenzminimum des Kindes (in Höhe von 1824 Euro) und dem Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes (in Höhe von 1080 Euro) gebildet.

**SG Bremen**, Ur. v. 20.11.2007 - S 7 KR 142/05 - ab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück; **BSG**, Ur. v. 30.06.2009 - B 1 KR 17/08 R – wies die Revision zurück.

## 2. FAHRKOSTEN

### A) KEINE KOSTEN FÜR BEGLEITPERSON (VERDIENSTAUSFALL) ZU EINER AMBULANTEN BEHANDLUNG

*SG Aachen, Urt. v. 12.05.2009 – S 13 KR 164/08 –*

RID 09-03-127

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

SGB V §§ 11 III, 60, 91 I 2 Nr. 12; Krankentransport-RL

Die Kosten für eine **Begleitperson** (Verdienstaussfall) zu einer **ambulanten Behandlung** können nicht nach § 11 III SGB V beansprucht werden, da hiernach eine stationärer Behandlung Voraussetzung ist. Kosten für **Parkgebühren** können nicht als Fahrkosten übernommen werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

### B) MONATLICHE KRANKENFAHRTEN ZUM TRANSPLANTATIONSZENTRUM

*LSG Bayern, Urt. v. 26.03.2009 – L 4 KR 335/07 –*

RID 09-03-128

*Revision zugelassen*

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

SGB V §§ 60, 61, 92 I 2 Nr. 12, 115a II 4; Krankentransport-RL § 8

Die **Krankentransport-RL** gehen davon aus, dass die in ihr genannten Krankheiten wie Dialysebehandlungen sowie onkologische Strahlen- und Chemotherapien in der Regel eine **hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum** aufweisen. Es liegt nahe, diesen unbestimmten Rechtsbegriff an den Rechtsregelverhältnissen bei den vorgenannten Therapien zu messen. Diese Therapien zeichnen sich aber durch eine **Behandlungsdichte** von deutlich **mehr als durchschnittlich zweimal monatlich** aus. Die Annahme einer hohen Behandlungsfrequenz lässt sich für die monatlichen Krankenfahrten zum Transplantationszentrum nicht begründen. Die **große Entfernung** zum nächstgelegenen Zentrum sieht das Gesetz nicht als maßgeblich an.

*SG Landshut*, Urt. v. 10.05.2007 - S 4 KR 254/05 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## 3. REHABILITATION

### A) VORRANG AMBULANTER MAßNAHMEN

*LSG Bayern, Urt. v. 26.02.2009 – L 4 KR 179/08 –*

RID 09-03-129

(rechtskräftig)

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

SGB V §§ 11 II, 23, 40

Geht es um die **Verhinderung von Verschlimmerung** einer Krankheit, kommen gemäß § 11 I Nr. 2 i.V.m. § 23 SGB V medizinische Vorsorgeleistungen in Betracht, bei denen als "Ultima Ratio" auch medizinisch-stationäre Rehabilitation vorgesehen ist. Ist dagegen die Behandlung von bestehenden **Krankheiten** notwendig, richtet sich der Anspruch nach § 11 I Nr. 4 SGB V i.V.m. § 27 SGB V. Nach § 27 I Nr. 6 i.V.m. § 40 SGB V steht die aufwendige, in der Regel auf drei Wochen beschränkte stationäre Reha am Ende der Skala, ist also erst dann geboten, wenn ambulante Krankenbehandlung oder ambulante Rehabilitation nicht ausreicht.

*SG Nürnberg*, Urt. v. 12.06.2008 - S 11 KR 208/07 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) FEHLENDER ANORDNUNGSGRUND FÜR STATIONÄRE REHABILITATIONSMAßNAHME

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.05.2009 – L 16 B 13/09 KR ER –*

RID 09-03-130

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

SGB V §§ 23, 40; SGG § 86b II

Wird nicht glaubhaft gemacht, dass eine besondere Eilbedürftigkeit besteht, die ein Abwarten des Ausgangs des Hauptsacheverfahrens unzumutbar machen könnte, so kann eine Krankenkasse nicht im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes verpflichtet werden, einer Versicherten vorläufig eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu bewilligen.

*SG Düsseldorf*, Beschl. v. 12.01.2009 - S 4 KR 68/07 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

#### 4. VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE GEWÄHRUNG VON SOZIOThERAPIE

*SG Dresden, Urt. v. 30.04.2009 – S 18 KR 662/06 –*

RID 09-03-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 37a; SGG § 131 I 3

Die Leistungen der **Eingliederungshilfe** schließen nicht **Soziotherapie** im Sinne des § 37a I SGB V und der auf Grundlage von § 37a II SGB V erlassenen Soziotherapie-Richtlinien des GBA ein.

**Soziotherapie** i.S.d. § 37a SGB V ist **keine Krankenbehandlung**. Es handelt sich um eine die ambulante Krankenbehandlung (§ 27 I 2 Nr. 1 bis 4 und - mit Einschränkungen - Nr. 6 SGB V) **flankierende Leistung**, die den Versicherten durch Koordinierung der Krankenbehandlung, Anleitung und Motivation erst in die Lage versetzen soll, die ärztlichen oder ärztlich verordneten ambulanten Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie dient mithin nicht dem Ausgleich von Betreuungsdefiziten im Rahmen der Eingliederungshilfeleistungen. Sie ist **abzugrenzen** gegenüber psychosozialen Hilfen einschließlich dem Training lebenspraktischer Fähigkeiten (§ 33 VI, § 55 II Nr. 3 bis 7 und § 58 SGB IX), der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege (§ 37 SGB V i.V.m. Nr. 13 der Häusliche Krankenpflege-RL und Nr. 27a der Anlage "Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen" zu den Häusliche Krankenpflege-RL) sowie Verhaltenstherapie im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (§ 27 I 2 Nr. 1 und § 28 II SGB V i.V.m. § 15 und unter Beachtung von § 22 IV der Psychotherapie-RL).

**Voraussetzung** für die Gewährung von Soziotherapie ist ein **ärztlicher Behandlungsplan** (vgl. Nr. 3, 5 und 13.2 der Soziotherapie-Richtlinien), der einen Überblick über die zu koordinierenden Behandlungsmaßnahmen enthalten muss, der die ärztlichen oder ärztlich verordneten Leistungen zusammenfasst, zu deren selbständiger Inanspruchnahme der Versicherte durch die Soziotherapie befähigt werden soll.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### 5. PRÄVENTIONSLEISTUNGEN

##### A) KIESER TRAINING

*LSG Bayern, Beschl. v. 25.02.2009 – L 5 B 896/08 KR ER –*

RID 09-03-132

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 20 I; SGG § 86b II

Eine Krankenkasse, die nach § 20 I SGB V i.V.m. ihrer Satzung Präventionsleistungen gewährt, kann in der **Satzung** regeln, dass nur Leistungen zur **primären Prävention** bezuschusst werden. Dabei handelt es sich um Kurse die eine Hilfe zur Selbsthilfe anstoßen sollen, um ein gesundheitsbewusstes Verhalten kennen zu lernen und einüben zu können. Im Rahmen der von ihr qualifizierten Angebote können die Versicherten auswählen, wobei Dauerangebote oder regelmäßiges Training ausdrücklich ausgenommen wurden. Ein Kieser Training ist kein Kursangebot im Sinne dieser Grundsätze.

**SG München**, Beschl. v. 16.09.2008 - S 3 KR 755/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

##### B) IMPFUNGEN GEGEN HEPATITIS A UND B

*LSG Bayern, Beschl. v. 26.02.2009 – L 5 B 895/08 KR ER –*

RID 09-03-133

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 20d, 92

Gehört ein Versicherter mit seiner Erkrankung nicht zu dem nach den **Richtlinien der Impfkommision des Robert-Koch-Instituts** genannten Personenkreis, so besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme der Impfungen gegen Hepatitis A und B. Von daher besteht auch kein Anspruch auf Prozesskostenhilfe für ein entsprechendes Klageverfahren.

**SG München**, Beschl. v. 11.08.2008 - S 3 KR 678/08 ER - wies den PKH-Antrag ab, das **LSG** wies die Beschwerde 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. 30.06.2009 – **B 1 KR 24/08 R** – hat ein Krankenhaus auch bei einer Vergütung durch **Fallpauschalen** einen Vergütungsanspruch **nur für "erforderliche" KH-Behandlung**; die untere Grenzverweildauer beschreibt die Mindestverweildauer im KH ohne Vergütungsabschläge; sie knüpft nicht an medizinische Gründe des Patientenschutzes an, sondern nur an Grundsätze der statistischen Normalverteilung; nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 – **B 1 KN 1/07 KR R** – ist die frühere BSG-Rechtsprechung, wonach die **Zahlungspflicht einer Krankenkasse** für eine in Rechnung gestellte **stationäre Krankenhausbehandlung** nur zu verneinen ist, wenn schon nach dem Vorbringen des Krankenhauses von fehlender notwendiger stationärer Behandlung auszugehen ist oder wenn die Krankenkasse "substantiierte" Einwendungen gegen die Krankenhausabrechnung innerhalb der vereinbarten Zahlungsfrist erhoben hat, durch den Beschl. des Großen Senats des BSG v. 25.09.2007 überholt; abgesehen von den gesetzlich geregelten Ausnahmen und von atypischen Missbrauchskonstellationen dürfen solche nachträglichen **Einwendungen und Überprüfungsbefugnisse der Krankenkasse wie des Gerichts weder faktisch noch rechtlich ausgeschlossen** oder über die gesetzlichen Wertungen hinaus **erschwert** werden; ausgeschlossen ist es insbesondere, der in den Krankenhausabrechnungen zum Ausdruck kommenden Einschätzung des Krankenhauses über die Erforderlichkeit noch entscheidende Bedeutung für das Bestehen eines Zahlungsanspruchs beizumessen. Nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 – **B 1 KN 2 und 3/08 KR R** – ist die Auffassung, dass die **Krankenkasse** innerhalb der geltenden **Zahlungsfrist grundsätzlich uneingeschränkt zahlungspflichtig** sei, weil das Krankenhaus mit Rechnungslegung die Erforderlichkeit behauptet, nicht mehr haltbar; die Krankenkasse muss sich für die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme nicht zunächst unmittelbar an den Sozialmedizinischen Dienst wenden, sondern kann erst das Krankenhaus um sachdienliche Behandlungsunterlagen für den Sozialmedizinischen Dienst bitten; der Umstand der Entlassungen an einem Montagvormittag war hinreichender Anlass für Überprüfungen; ein in der Aufnahmeanzeige vom Krankenhaus genannter voraussichtlicher Entlassungstermin schützt nicht vor **nachträglichen Überprüfungen**; nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 – **B 1 KR 10/08 R** – ist es für das Jahr 2004 unerheblich, ob eine **Verlegung in ein anderes Krankenhaus** medizinisch zwingend notwendig war, wenn die erbrachte Behandlungsleistung die Voraussetzungen der abgerechneten Positionen als solche erfüllte; Kostenneutralität ist dadurch gesichert, dass das Vergütungssystem für 2004 budgetneutral umgesetzt wird; nach BSG, Urt. v. 20.11.2008 – **B 3 KN 1 und 4/08 R** – verliert eine **Krankenkasse** weder durch die erteilte Kostenzusage noch durch Verletzung der in der Pflegesatzvereinbarung geregelten Zahlungsfrist oder wegen eines Verstoßes gegen das im Abrechnungsverfahren allgemein geltenden Beschleunigungsverbot das Recht, **nachträgliche Beanstandungen** gegen die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung in Bezug auf die Notwendigkeit einer weiteren Krankenhausbehandlung vorzubringen, und bleibt das **Krankenhaus zur Mitwirkung bei der Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes verpflichtet**, die Gerichte müssen dennoch von Amts wegen eigene Versuche zur Aufklärung des Sachverhaltes unternehmen.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 08-04 B VIII.1 (S. 42); 07-04-B IX 1 (S. 52).

### A) VERSCHIEBEN EINER OPERATION WEGEN ANDERWEITIGER NOTFALLVERSORGUNG

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.04.2009 – L 9 KR 34/05 –**

**RID 09-03-134**

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

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 5, 39 I 2, 109 IV 2

**Medizinische Erfordernisse einer stationären Krankenhausbehandlung** können nur Umstände sein, die in der **Person des zu behandelnden Versicherten** liegen. Hieran fehlt es, wenn eine Bypass-OP des Versicherten mehrmals verschoben werden musste, weil das Krankenhaus die Notfallversorgung bei Organentnahmen in den Ländern Berlin und Brandenburg gewährleisten muss.

Die Kl. stellt die Notfallversorgung für Organentnahmen in den Ländern Berlin und Brandenburg 24 Stunden am Tag und an 365 Tagen im Jahr sicher und ist in dieser Pflichtenstellung allein stehend. Dies betrifft sowohl Organentnahmen und Transplantationen des Herzens als auch von Herz und Lunge oder Lunge. Sie verschob die zunächst für den 14.12.2000 vorgesehene Operation - das Legen eines koronaren Dreifachbypass unter Verwendung eines Biocompound-Grafts – auf den 19.12.2000, weil die Dienst habenden Chirurgen sich für mehrere Organentnahmen bei möglicher Transplantation hätten bereithalten müssen. Die Bekl. lehnte eine Zahlung für den Aufenthalt v. 13. bis 17.12.2000 (6.280,71 €) ab. **SG Berlin**, Urt. v. 08.12.2004 - S 36 KR 2334/03\*89 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## B) NOTFALLBEHANDLUNG IN NICHT ZUGELASSENEM KRANKENHAUS

*LSG Hessen, Urt. v. 15.01.2009 – L 1 KR 16/08 –*

**RID 09-03-135**

rechtskräftig (nach *Nichtzulassungsbeschwerde*; *BSG, Beschl. v. 15.06.2009 - B 3 KR 6/09 B -*) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V §§ 39 I 2, 76 I 2

**Leitsatz:** 1. Ob eine **stationäre Notfallbehandlung** vorlag, ist am Maßstab der im Beschluss des Bundessozialgerichts vom 25. September 2007 – GS 1/06 - aufgestellten Grundsätze in vollem Umfang gerichtlich überprüfbar.

2. Der **Notfallbegriff** des § 76 Abs. 1 Satz 2 umfasst neben den medizinischen Begriffsmerkmalen auch systembezogene Merkmale, durch die sichergestellt wird, dass nur Fälle des Systemversagens vergütungsfähig sind.

3. Sowohl aus medizinischer Sicht (Dringlichkeit) als auch aus systembezogener Sicht (fehlende Verfügbarkeit eines zugelassenen Leistungserbringers) liegt keine Notfallbehandlung vor, wenn der Versicherte bei einem zugelassenen Leistungserbringer versorgt werden kann. Eine **Behandlungsbedürftigkeit wegen eines Notfalls endet**, wenn der Versicherte zu einem zugelassenen Leistungserbringer verlegt werden kann.

*SG Gießen*, Urt. v. 25.11.2007 - S 9 KR 597/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

**Parallelverfahren:** *SG Gießen*, Gerichtsbb. v. 25.07.2007 - S 9 KR 359/04 -

*LSG Hessen, Urt. v. 15.01.2009 – L 1 KR 255/07 –*

**RID 09-03-136**

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 35/09 B*

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

## C) STATIONÄRE BEHANDLUNG IN PSYCHIATRISCHEM LANDESKRANKENHAUS: DOKUMENTATION

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.04.2009 – L 9 KR 1222/05 –*

**RID 09-03-137**

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

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 5, 39 I 2, 109 IV 2

Die **Dokumentation eines Krankenhauses** darf sich nicht auf das Festhalten eines Ergebnisses (Depression) beschränken, ohne dies durch Aufzählung der einzelnen Symptome zu begründen. Das Vorliegen einer (schwer-, mittel- oder leichtgradigen) **Depression** ist mittels der Patientenakte nur dadurch nachzuweisen, dass für jeden Tag, an dem die behandelnden Mitarbeiter von einer Depression des Versicherten ausgehen, die hierfür erforderlichen Symptome der Definition aufzeichnet. Erst wenn diese Symptome in einer bestimmten Anzahl vorliegen, kann daraus auf eine (schwer-, mittel- oder leichtgradige) Depression geschlossen werden.

Erst die **Beschreibung**, welche konkreten starren Reaktionen der Versicherte auf welche konkreten unterschiedlichen persönlichen und sozialen Lebenslagen zeigt und inwiefern sein Wahrnehmen, Denken, Fühlen und seine Beziehungen zu anderen im einzelnen von der Mehrheit der Bevölkerung abweicht, erlaubt es Dritten - sei es Kostenträger oder Gericht -, die Diagnose "Persönlichkeitsstörung" nachzuvollziehen. Zusätzlich ist darzulegen, aufgrund welcher konkreter Umstände beim Versicherten eine behandlungsbedürftige narzisstische Störung der Persönlichkeit vorliegt. Die bloße Übernahme einer Diagnose aus einem früheren Entlassungsbericht genügt hingegen nicht.

*SG Cottbus*, Urt. v. 25.10.2005 - S 10 KR 191/03 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## D) VORSTATIONÄRE BEHANDLUNG AUßERHALB DER 5-TAGES-FRIST NACH § 115A II 1 SGB V

*SG Altenburg, Gerichtsbb. v. 05.03.2007 – S 14 KN 445/05 KR –*

**RID 09-03-138**

rechtskräftig

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

SGB V §§ 115a II 1

Die Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung ist als vorstationäre Behandlung nur innerhalb der in § 115a II 1 SGB V genannten Frist möglich. Es kommt nicht darauf an, aus welchem Grund die Patienten im Einzelnen nicht innerhalb der 5-Tages-Frist operiert werden konnten. Die Regelung des § 115a II 1 SGB V schließt für jeden Fall die eigene Abrechnung einer vorstationären Behandlung außerhalb der 5-Tages-Frist aus.

Das *SG* wies die Klage ab.

## E) BRUSTKREBS-BEHANDLUNGSPROGRAMM

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.01.2009 – L 16 KR 188/05 –**

**RID 09-03-139**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 137 f.

Erfüllt ein Krankenhaus zu keinem Zeitpunkt die medizinischen Strukturvoraussetzungen nach Nr. 1 Anlage 2 DMP-Vertrag Brustkrebs, wobei bloße Kooperationsbereitschaft nicht ausreicht, so besteht kein Anspruch auf Teilnahme an dem Vertrag über ein **strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgung von Brustkrebspatientinnen**.

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 13.11.2003 – S 9 KR 68/03 ER - verpflichtete die Bekl. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Teilnahme der Klägerin am DMP-Vertrag-Brustkrebs v. 16.05.2003 für ein Jahr zuzustimmen. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 25.02.2004 – L 16 B 106/03 KR ER - RID 04-02-223 lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. **BVerfG**, Beschl. v. 31.03.2004 - 1 BvR 651/04 – nahm die Verfassungsbeschwerde wegen fehlender Ausschöpfung des Rechtswegs (in der Hauptsache) nicht zur Entscheidung an. **SG Duisburg**, Urt. v. 13.09.2005 - S 7 KR 213/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## F) RECHNUNGSABSCHLAG GEMÄß § 8 IX KHENTGG VERFASSUNGSGEMÄß

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 18/09 –**

**RID 09-03-140**

Revision anhängig: B 3 KR 10/09 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 108, 112 II Nr. 1, 301 III; KHEntgG § 8 IX; GG Art. 3 I, 12 I, 14 I

Nach § 8 IX 1 KHEntgG ist bei gesetzlich krankenversicherten Patienten, die nach dem 31.12.2006 entlassen werden, ein Abschlag von 0,5 % des Rechnungsbetrages vorzunehmen und auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen. Diese Vorschrift ist sowohl formell als auch materiell verfassungskonform.

Auf Bundesebene vereinbarte die DKG mit den Verbänden der Krankenkassen ("**Empfehlungsvereinbarung zur Umsetzung der Abschlagsregelung nach § 8 Abs. 9 KHEntgG**"), dass der Sanierungsbeitrag nach § 8 IX KHEntgG als Abschlag zur Fortschreibung der Anlage Datenübermittlungs-Vereinbarung gemäß § 301 III SGB V auf jeder Rechnung ausgewiesen werden solle. Dabei machte die DGK ausdrücklich folgenden Vorbehalt geltend: "Der in § 8 Abs. 9 KHEntgG geregelte **Sanierungsbeitrag**, dessen technische Realisierung ein wesentlicher Bestandteil des Nachtrags vom 13.04.2007 ist, ist **nach Einschätzung der DKG verfassungswidrig**. Er wird daher unberechtigt erhoben und von uns nicht akzeptiert. Die Nachtragsregelung zur technischen Durchführung und entsprechende Rechnungskürzungen erkennen wir daher nur vorläufig und unter dem Vorbehalt der gerichtlichen Klärung der Frage der Verfassungsmäßigkeit des Sanierungsbeitrages an." Dieser Rechtsauffassung schloss sich die KGNW mit Schreiben an die Landesverbände der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen voll inhaltlich an. Die klagende Krankenhausträgerin behielt sich ebf. gegenüber der bekl. Krankenkasse ausdrücklich die Geltendmachung der Rückerstattung der einbehaltenen bzw. zu Unrecht gekürzten Mittel vor. Für den Zeitraum vom 12.07.2007 bis 17.01.2008 übermittelte die Kl. der Bekl. 35 Schlussrechnungen, die jeweils einen Abschlag von 0,5 % des jeweiligen Rechnungsbetrages nach § 8 IX KHEntgG von zusammen 552,04 € auswiesen. Die Bekl. leistete nur die entsprechend gekürzte Vergütung. **SG Dortmund**, Urt. v. 18.12.2008 - S 40 KR 65/08 - wies die Klage auf Zahlung von Restvergütungsansprüchen in Höhe von noch 552,04 € ab, das LSG die auf noch drei Behandlungsfälle mit einem Abschlag von insgesamt 13,92 € beschränkte Berufung zurück.

**Parallelverfahren: SG Aachen**, Urt. v. 12.08.2008 – S 13 (2) KR 103/07 –

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 135/08 –**

**RID 09-03-141**

Revision eingelegt: B 1 KR 20/09 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SG Aachen**, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 119/07 – RID 08-02-203

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 87/08 –**

**RID 09-03-142**

Revision eingelegt: B 1 KR 19/09 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SG Aachen**, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 122/07 – RID 08-02-200

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 88/08 –**

**RID 09-03-143**

Revision eingelegt: B 3 KR 11/09 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

## G) GELTUNG DER PRÜFFPAUSCHALE BEI PRÜFUNG DURCH MDK

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.05.2009 – L 11 KR 5231/08 –**

**RID 09-03-144**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 275 Ic

§ 275 Ic 3 SGB V findet Anwendung auf alle Fälle, in denen die Prüfung durch den MDK ab dem 01.04.2007 erfolgt ist. Die Vorschrift ist nicht auf Fälle beschränkt, in denen der Versicherte erst nach dem 31.03.2007 stationär aufgenommen worden ist.

Der Zinsanspruch folgt aus § 286 I, II Nr. 3 Satz 1, § 288 I u. II BGB.

**SG Mannheim**, Urt. v. 08.10.2008 - S 11 KR 663/08 - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

## H) PROZESSZINSEN

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 07.05.2009– L 9 KR 262/08 –**

**RID 09-03-145**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

BGB V § 291

**Leitsatz:** § 12 Abs. 5 Krankenhausbehandlungsvertrag sieht lediglich die Entstehung von Verzugszinsen vor; über weiter gehende Prozesszinsen ist vertraglich nichts geregelt. Der Krankenhausbehandlungsvertrag im Sinne von § 112 SGB V ist insoweit abschließend und lässt eine ergänzende Geltung der BGB-Regelungen über Prozesszinsen nicht zu (Weiterführung von LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.04.2008 – L 9 KR 251/04 – RID 08-03-162).

**SG Berlin**, Urt. v. 27.05.2008 – S 81 KR 3580/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. RABATTVERTRÄGE/FESTBETRAGSFESTSETZUNG

### A) WIRKSTOFFGLEICHE PRÄPARATE/WIRKSTOFFBEZOGENE AUSSCHREIBUNG

**LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 17.02.2009– L 11 WB 381/09 –**

**RID 09-03-146**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de = ZMGR 2009, 94

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 II, 35 I 2, 35a III 1, 69 II 1 HS 2, 130° VIII, 129 I, II; GWB §§ 97 III, V, VII, 98 Nr. 2, 107

**Leitsatz:** 1. Die Entscheidung der Krankenkassen, nur solche Angebote auf Abschluss eines Rabattvertrages für Arzneimittel nach § 130a SGB V zuzulassen, die alle vom Bieter (oder der Bietergemeinschaft) in der sog. **Lauer-Taxe** gelisteten Pharmazentralnummern (PZN) eines Wirkstoffs i.S. des § 4 Abs. 19 AMG erfassen, ist vergaberechtlich nicht zu beanstanden.

2. Unterschiede zwischen **wirkstoffgleichen Präparaten** sind für die Ausschreibung nur erheblich, wenn und soweit sich die Arzneimittel (PZN) in ihrer therapeutischen Wirkung unterscheiden. Andere Kriterien wie z.B. der Markenname des Arzneimittels, dessen Preis, die Art der Wirkstofffreisetzung oder verschiedene arzneimittelrechtliche Zulassungen für mehrere Präparate mit demselben Wirkstoff sind für die Bestimmung des Beschaffungsbedarfs der Krankenkassen ohne Bedeutung.

3. Die Krankenkassen dürfen bei einer **wirkstoffbezogenen Ausschreibung** davon ausgehen, dass Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen auch den gleichen therapeutischen Nutzen haben und etwas anderes nur gilt, wenn die Arzneimittel trotz vorhandener Wirkstoffidentität unterschiedliche und für die Therapie bedeutsame Bioverfügbarkeiten aufweisen.

4. Bei der Beurteilung des therapeutischen Nutzens unterschiedlicher Bioverfügbarkeiten von Festbetragsarzneimitteln dürfen (und müssen) sich die Krankenkassen an die im Zusammenhang mit der Bildung von Festbetragsgruppen (§§ 35 Abs. 1 S. 2, 35a Abs. 3 S. 1 SGB V) ergangenen Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses orientieren.

**Vergabekammer Baden-Württemberg**, Beschl. v. 30.12.2008 – 1 VK 51/08 - gab dem Nachprüfungsantrag teilweise statt und verpflichtet die Ag., der Ast. zu gestatten, hinsichtlich des Wirkstoffs Tamsulosin ein Angebot nur für eines der beiden in der Lauer-Taxe gelisteten Präparate (alle PZN, Stand 01.09.2008 Lauer-Taxe) abzugeben. Die Ast. hat die Möglichkeit, binnen eines Monats ab Zustellung der Entscheidung, ein solches Angebot gegenüber den Antragsgegnerinnen abzugeben. Den Ag. wird aufgegeben, die Wertung dann unter Berücksichtigung des Angebots der Ast. und unter Beachtung der Rechtsauffassung der Vergabekammer zu wiederholen. Das **LSG** änderte den Beschl. ab und wies den Nachprüfungsantrag der Ast. insgesamt zurück.

## B) ZUSAMMENSCHLUSS VON KRANKENKASSEN ZU EINER "EINKAUFSGEMEINSCHAFT"/LOSLIMITIERUNG/LAUER-TAXE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.04.2009 – L 21 KR 41/09 –* RID 09-03-147  
*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.04.2009 – L 21 KR 42/09 –* RID 09-03-148  
*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.04.2009 – L 21 KR 44/09 –* RID 09-03-149

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69, 130a VIII; GWB §§ 19, 20, 97, 107 II 1; EGV Art. 81, 82

**Parallelverfahren** zu *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 26.03.2009 – L 21 KR 26/09 SFB – RID 09-02-170.

## 3. APOTHEKER

### A) SCHADENSERSATZANSPRUCH BEI FEHLERHAFTER ARZNEIMITTELVERORDNUNG

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 12.09.2007 – L 4 KR 243/05 –* RID 09-03-150

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 13/08 R*

juris

SGB V §§ 31 III, 69 S. 3, 129 II u. V; ApoBetrO §§ 2 II 2, 17 V; BGB §§ 276 II, 278 I, 433 II; BMV-Ä § 29 VII

Eine Krankenkasse kann gegen einen Apotheker einen **Anspruch auf Schadensersatz** wegen der schuldhaften Verletzung vertraglicher leistungsbegründender Nebenpflichten aus **Positiver Vertragsverletzung** der zwischen ihnen geschlossenen Kaufverträge über Arzneimittel haben. Denn nach der BSG-Rspr. können die Regelungen des Leistungserbringungsrechts über die Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen der Leistungserbringung ihre Steuerungsfunktion nicht erfüllen, wenn die rechtswidrig bewirkten Leistungen im Ergebnis dennoch vergütet werden müssten (vgl. BSG, Urt. v. 03.06.2006 – B 3 KR 6/06 R - SozR 4-2500 § 129 Nr. 2).

In der Vorlage eines Kassenrezeptes an einen Apotheker durch einen Versicherten oder seinen Vertreter ist das Angebot zum **Abschluss eines Kaufvertrages** zwischen dem Apotheker und der Krankenkasse des Versicherten unter Berücksichtigung der Vorgaben des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung und der darauf beruhenden Verträge zwischen den Krankenkassen und den Verbänden der Apotheker zu sehen (vgl. BSG, aaO.).

**Änderungen und Ergänzungen bei der Verordnung** von Arzneimitteln bedürfen einer erneuten **Arztunterschrift** mit Datumseingabe. Werden Rezepte in der geänderten Menge ohne Arztunterschrift dennoch eingelöst, so liegt ein Verstoß gegen die vertragliche Bestimmung vor.

Ist bereits auf den ersten Blick auf den ausgestellten Rezepten erkennbar, dass der Vermerk "4x" zusätzlich angebracht wurde, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die geänderte **Mengenangabe** von der **Unterschrift** des Arztes unten rechts auf dem Praxisstempel abgedeckt war, weil sie mit einem Stift in gleicher Farbe ausgeführt worden war. Denn die einfache Unterschrift und der Praxisstempel decken in den Fällen, in denen das Rezept - wie hier - zunächst mittels Computer ausgefüllt wurde, nur den ursprünglichen, mit Maschinenunterstützung ausgestellten Text. Darin liegt auch ein Verstoß gegen § 17 V 2 u. 3 ApBetrO.

Ein Apotheker hat für das **Handeln seiner Angestellten** nach § 278 I BGB einzustehen.

Der **Versicherte Sch** legte 1999 dem Facharzt für Allgemeinmedizin **Dr. G** ein **gefälschtes Arztschreiben** vor, wonach er seit 1990 als HIV positiv festgestellt worden sei und zu seiner Behandlung das Medikament INTRON A PEN mit 30 Millionen Einheiten eingesetzt werde. **Dr. G** stellte dem Versicherten **ohne eigene Untersuchung** ein **Kassenrezept** auf das Medikament aus. Der **Komplize H des Versicherten** versah das Rezept handschriftlich mit dem **Zusatz "4x"** und legte es in der **G-Apotheke** vor, die von dem Bekl. geführt wird. Dort wurde ihm das Medikament in der verfälschten Menge ausgehändigt. Dafür wurden der klagenden Krankenkasse von dem Bekl. 24.514,92 DM berechnet und von dieser auch bezahlt. Der Versicherte Sch benötigte das Medikament INTRON A nicht, weil er von dem Arzt Dr K mit einer dreifachen Kombinationstherapie mit anderen Medikamenten behandelt wurde. Dieser Vorgang **wiederholte** sich bis April 2000 13mal (nebst Vorlage eines weiteren Rezepts). Insgesamt zahlte die Kl. 349.337,61 DM. Die Vorgänge wurden wegen einer Regressandrohung an Dr. G Anfang November 2000 bekannt, der das ihm vorgelegte Arztschreiben auf Nachforschung nicht verifizieren konnte. Über die Kl. wurden polizeiliche Ermittlungen eingeleitet. Der **Sch und H**, die die **Medikamente an eben jenen Großhandelsbetrieb weiter veräußert hatten**, von dem der Bekl. die Medikamente bezogen hatte, wurden durch **LG Hannover**, Urt. v. 03.06.2003 - StK 2/40 a 27/02 - zu mehrjährigen Freiheitsstrafen wegen Betruges und Urkundenfälschung verurteilt. Die Kl. forderte den **Bekl. zur Zahlung von 349.337,61 DM (= 178.613,48 €)** auf, **weil ihm bei der Einlösung der Rezepte hätte auffallen müssen, dass die geänderten Mengenangaben jeweils nicht vom Arzt abgezeichnet worden waren.** Denn es habe sich bei dem verordneten Medikament um ein selten verschriebenes, sehr teures

Arzneimittel gehandelt. Daher hätte bereits bei dem ersten Versuch der Einlösung des verfälschten Rezeptes Rücksprache mit dem verordnenden Arzt genommen werden müssen. Der **Bekl.** wandte ein, er sei selbst Opfer einer Straftat geworden. Die Änderungen am Rezept seien offenbar mit dem gleichen Stift ausgeführt worden, mit dem auch die Unterschrift von dem ausstellenden Arzt geleistet worden sei. Daher sei die Ergänzung nicht als Änderung aufgefallen. Es habe sich um die Behandlung von AIDS gehandelt, so dass auch bezogen auf die Menge des verordneten Arzneimittels kein Anlass zu Nachforschungen bestanden habe, weil die Verordnung nach den Umständen plausibel gewesen sei. **SG Hannover**, Urt. v. 29.06.2005 – S 11 KR 1312/01 - gab der Klage überwiegend (Zahlung von 131.609,94 €) statt, das **LSG** wies die Berufung zurück und verurteilte auf Anschlussberufung den Bekl. zur Zahlung weiterer 47.003,54 €.

## B) WERBUNG FÜR VERSANDAPOTHEKE

**LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 04.06.2009 – L 5 KR 57/09 B ER –**

**RID 09-03-151**

juris

SGB V § 129; SGG § 86b II

**Leitsatz:** 1. Die Bahn-BKK ist an einen **Arzneiliefervertrag**, an dem ein BKK Landesverband beteiligt ist, gebunden, obwohl sie **weder Mitglied dieses Landesverbands** ist noch selbst an dem Vertrag beteiligt ist.

2. Hinweise der Krankenkasse an ihre Mitglieder, dass Arzneimittel bei einer **ausländischen Versandapotheke bezogen** werden können und dort ein "Bonus" bei zuzahlungspflichtigen Arzneimitteln gewährt werde, verstoßen gegen die Bestimmungen der in Rheinland-Pfalz geltenden Arzneilieferverträge.

**SG Mainz**, Beschl. v. 03.02.2009 - S 11 ER 348/08 KR – untersagte der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung unter Androhung eines Ordnungsgelds von bis zu 250.000,00 € für jeden Fall des Zuwiderhandelns, ersatzweise Ordnungshaft, zu vollziehen, an einem vertretungsberechtigten Vorstandsmitglied der Ag., im geschäftlichen Verkehr ihre **im Land Rheinland-Pfalz wohnhaften** Mitglieder durch schriftliche Werbung dahin zu beeinflussen, dass diese ihre auf Kosten der Ag. verordneten Medikamente über die E. beziehen, soweit nicht die Versicherten an einer vertraglich vereinbarten besonderen Versorgungsform teilnehmen oder die Ag. über eine Ausschreibung eine verpflichtende Vereinbarung mit der E. eingegangen ist; das **LSG** wies die Beschwerde im Wesentlichen zurück.

## C) OXYBUTYNYN-FERTIGSPRITZEN-INSTILLATIONSSETS OHNE ARZNEIMITTELZULASSUNG

**SG Hamburg, Beschl. v. 14.04.2009 – S 48 KR 310/09 ER –**

**RID 09-03-152**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; SGG § 86b II; AMG §§ 4, 21, 141 IV

Eine **Rechnungs- und Taxberichtigung** und die damit verbundene **Aufrechnung** gegen spätere Zahlungsansprüche aus Arzneimittellieferungen ist nicht nur bei sog. Abrechnungsfehlern möglich, sondern auch dann, wenn sich nachträglich herausstellt, dass ein Medikament nicht vom Leistungskatalog der GKV erfasst wird (BSG, Urt. v. 03.08.2006 - B 3 KR 7/05 R -).

**Oxybutynin-Fertigspritzen-Instillationssets** sind nicht vom Leistungskatalog der GKV erfasst. An der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Arzneytherapie fehlt es, wenn das verwendete Medikament nach den Vorschriften des Arzneimittelrechts der Zulassung nach § 21 AMG bedarf und die Zulassung nicht erteilt worden ist (BSG, Urt. v. 23.07.1998 - B 1 KR 19/96 R -). Bei einem Oxybutynin-Fertigspritzen-Instillationsset handelt es sich um ein Fertigarzneimittel, jedenfalls ist hiervon im Eilverfahren auszugehen, für das im Juli und August 2007 noch keine Zulassung (§ 21 I 1 AMG) erteilt worden war.

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

## 4. HILFSMITTELERBRINGER: ANSPRÜCHE BIS ENDE 2008 NACH ÜBERGANGSRECHT

**LSG Thüringen, Beschl. v. 22.08.2008 – L 6 KR 324/08 ER –**

**RID 09-03-153**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33, 126, 127

Verfügt ein Hilfsmittelerbringer am 31.03.2007 über eine Zulassung, ist er somit nach dem Wortlaut des § 126 II SGB V n.F. zur Versorgung der Versicherten, befristet bis zum 31.12.2008 berechtigt (ebenso LSG Baden-Württemberg, B. v. 11.06.2008 – L 11 KR 2438/08 ER-B – RID 08-03-166; LSG

Berlin-Brandenburg, B. v. 08.02.2008 – L 1 B 41/08 KR ER – RID 08-02-214). Der gegenteiligen Auffassung (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 21.07.2008 – L 16 B 10/08 KR ER - RID 08-03-168; LSG Sachsen, Beschl. v. 29.04.2008 – L 1 B 207/08 KR-ER – RID 08-02-213), die sich zur Begründung im Wesentlichen auf § 33 Abs. 6 SGB V n.F. stützt, kann nicht gefolgt werden.

**SG Gotha**, Beschl. v. 13.03.2008 - S 3 KR 825/08 ER – verpflichtete im Wege der einstweiligen Anordnung, die Ast. bis zum 31.12.2008 zur Versorgung der Versicherten der Beschwerdeführerin mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 15 zuzulassen; das **LSG** wies die Beschwerde der Krankenkasse im Wesentlichen zurück.

## 5. HEILMITTELERBRINGER: UNTERLASSUNGSBEGEHREN GEGEN PRÜFLISTE BZGL. ÄRZTLICHER HEILMITTELVERORDNUNGEN

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 09.12.2008 – L 11 KR 776/07 –**

**RID 09-03-154**

*Revision anhängig: B 1 KR 4/09 R*

juris

SGB V § 125 II; SGG § 54 V; GG Art. 19 IV 1

Für das **Unterlassungsbegehren eines Leistungserbringers von Heilmitteln** und eines Verbands von Leistungserbringern von Heilmitteln, einer **Krankenkasse zu untersagen**, a) die Abgabe und Abrechnung vertragsärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilmittel von einer vorherigen Vollständigkeitsprüfung durch den Leistungserbringer anhängig zu machen und b) gegenüber Versicherten, Vertragsärzten und Leistungserbringern zu behaupten, dass ärztliche Verordnungen für physiotherapeutische Heilmittel einer Vollständigkeitsprüfung durch den Leistungserbringer bedürfen, fehlt es bereits an einer durch öffentlich-rechtliche Vorschriften begründeten und im Verhältnis zu anderen Rechtsträgern **geschützten Rechtsposition**.

Bei einer **Prüfliste zur Überprüfung ärztlicher Heilmittelverordnungen** handelt es sich um eine bloße **Meinungsäußerung** bezüglich der Auslegung von gesetzlichen und vertraglichen. Zu einem Eingriff in eine Rechtsposition kommt es erst dann, wenn die Vergütung einer Leistung verweigert wird.

Die **Gerichte** sind aber **keine Vertragsorgane**, die dazu befugt sind, unabhängig von einem Eingriff in ein subjektivöffentliches Recht Verträge zwischen Beteiligten verbindlich oder gar ergänzend auszulegen, um bestehende Meinungsverschiedenheiten auszuräumen und vertragliche Inhalte verbindlich zu regeln.

Die bekl. Krankenkasse erstellte eine **Prüfliste für Leistungserbringer**, eine insgesamt 26 Punkte umfassende Liste "Rechnungsprüfung unvollständiger und inhaltlich fehlerhafter Heilmittelverordnungen sowie falscher Abrechnung", um die Vielzahl unvollständiger und fehlerhafter Verordnungen im Sinne einer Qualitätsverbesserung bei der Versorgung der Versicherten zu verbessern. Die Bekl. war der Auffassung, dass physiotherapeutische Leistungserbringer verpflichtet seien, die ihnen vorgelegten vertragsärztlichen Verordnungen auf die in der Prüfliste aufgeführten "Fehler" zu überprüfen und diese "Fehler", ggf. nach Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt, zu beheben. Die Bekl. kürzte von der Kl. zu 2), einer nach § 124 SGB V berechtigten Physiotherapeutin, eingereichte Rechnungen in insgesamt 14 Fällen um 1.189,92 €, weil die Verordnung einen offensichtlichen Verstoß gegen die Heilmittel-Richtlinien enthalte und/oder auf der Verordnung eine Frequenzempfehlung fehle. Hiergegen erhob die Kl. zu 2) mit der Kl. zu 1), einem Berufsverband, der mit seinem Landesverband Vertragspartner des nach § 125 II SGB V geschlossenen Rahmenvertrages (RV) ist. Mit der **Klage** tragen sie vor, die Bekl. unternehme mit ihrem Verhalten den Versuch, die Leistungserbringer quasi als **"Vorprüfstelle und Zensor" des ärztlichen Therapieverhaltens** zu missbrauchen. In § 4 III RV sei ausdrücklich normiert, dass hinsichtlich der Verordnungen keine Prüfpflicht beim Leistungserbringer liege. Diese Regelung entspreche dem historisch gewachsenen Über-/Unterordnungsverhältnis zwischen Arzt und nachgeordneten Berufsgruppen. Auf die vom GBA erlassenen Heilmittel-Richtlinien könne sich die Bekl. bei ihrer Forderung an physiotherapeutische Leistungserbringer nicht berufen, da diese für die Heilmittelerbringer keine Gültigkeit hätten. **SG Stuttgart**, Urt. v. 13.12.2006 – S 10 KR 6018/05 – RID 07-01-193 gab der Klage teilweise statt; auch der Kl. zu 1) sei berechtigt, das von ihm behauptete vertragswidrige Verhalten der Bekl. in eigenem Namen geltend zu machen. Für Erbringer physiotherapeutischer Leistungen bestehe keine Verpflichtung, vertragsärztliche Verordnungen einer vorherigen Vollständigkeitsprüfung zu unterziehen. Insoweit sei auch die Behauptung, ärztliche Verordnungen für physiotherapeutische Leistungen bedürften einer Vollständigkeitsprüfung durch den Leistungserbringer, nicht zulässig. Das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

## 6. FÖRDERANSPRUCH EINES HOSPIZDIENSTES GEGEN KRANKENKASSE

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.05.2009 – L 1 KR 146/08 –*

RID 09-03-155

Revision eingelegt: B 1 KR 15/09 R  
SGB V § 39a II

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Durch § 39a II SGB V hat der Gesetzgeber den Krankenkassen die Pflicht auferlegt, ambulante Hospizdienste zu fördern. Bei der **Förderung nach § 39a II SGB V** handelt es sich um eine öffentlich-rechtliche Subvention und nicht um eine Sozialleistung nach § 11 SGB I.

§ 6 II der **Berliner Rahmenvereinbarung** verstößt gegen § 39a II 4 SGB V, da er im Regelfall nur dann zu einer vollständigen Ausschöpfung führt, wenn die tatsächlichen Personalkosten generell höher liegen als die auszuschüttende Förderung oder zumindest exakt gleichhoch sind. Die Bestimmung enthält keine Regel für die Fälle, in denen nach der Formel ein höherer Personalkostenzuschuss zu bewilligen wäre als tatsächliche Personalkosten entstanden sind.

§ 39a II 1 u. 5 SGB V räumt im Jahr 2005 dem einzelnen ambulanten Hospizdienst ein **subjektives Recht auf eine Subvention** als angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten in der Höhe ein, dass abgesehen von Ausnahmefällen die Krankenkasse pro Versicherten 30 Ct zahlen muss: Als Subvention scheiden Ansprüche des einzelnen Hospizdienstes gegen eine **konkrete Krankenkasse**, die sich nicht unmittelbar aus der nach § 39a II SGB V getroffenen Rahmenvereinbarung ergeben, nicht von vornherein aus.

Zur Regelung der Förderung der ambulanten Hospizarbeit schlossen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die mit der Interessenwahrnehmung beauftragten Spitzenorganisationen der ambulanten Hospizdienste im September 2002 eine **"Rahmenvereinbarung" nach § 39a II 6 SGB V** zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. **§ 6 II** lautete: „Der Förderbetrag wird auf Grundlage von Leistungseinheiten ermittelt. Die Leistungseinheiten des einzelnen ambulanten Hospizdienstes errechnen sich, indem die Anzahl der am 31.12. des Vorjahres einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen mit dem Faktor 2 und die Anzahl der im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen mit dem Faktor 3 multipliziert und anschließend addiert werden. Zur Ermittlung des Förderbetrages je Leistungseinheit ist das Gesamtfördervolumen des Bundeslandes durch die Summe der Leistungseinheiten der zu fördernden ambulanten Hospizdienste des Bundeslandes zu dividieren. Der Förderbetrag ist auf die in Abs. 1 genannten Personalkosten begrenzt.“ Der kl. Träger zweier Hospize begehrte, ihm die Differenz zwischen dem für 2005 nach § 6 II Rahmenvereinbarung bewilligten Förderbetrag und dem Gesamtbetrag der notwendigen Personalkosten für die beiden ambulanten Hospizdienste zu erstatten. **SG Berlin**, Urt. v. 13.03.2008 - S 36 KR 2808/07 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete d. Bekl. über den Anspruch des Kl. auf Förderung nach § 39a II SGB V für das Kalenderjahr 2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden und wies im Übrigen die Berufung zurück.

## X. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 30.06.2009 – **B 1 KR 21/08 R** – muss der in Anspruch genommene Leistungsträger bereits beim Zugang der **Anmeldung des Erstattungsanspruchs** (§ 111 Satz 1 SGB X) ohne weitere Nachforschungen beurteilen können, ob die erhobene Forderung ausgeschlossen ist; dazu muss er Kenntnis der Umstände erlangen, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruches maßgeblich sind, einschließlich des Zeitraums, für den die Sozialleistungen erbracht wurden; 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.

### 1. WAHLTARIF FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNG

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 10.12.2008– L 5 KR 86/08 KL –*

RID 09-03-156

juris  
SGB V §§ 53 III, 140a ff.

**Leitsatz:** § 53 Abs. 3 SGB V i.d.F. ab 01.04.2007 schließt eine **Prämienregelung** zu Lasten der Versicherten aus.

Die streitgegenständliche **Satzungsbestimmung** lautete: „Die BKK regelt in dem o. a. Verzeichnis auch die Höhe der Prämie, die der Versicherte, der an der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen möchte, monatlich für die Dauer der Teilnahme zahlen bzw. erhalten soll.“ Den Antrag der Kl., diese Satzungsänderung zu genehmigen, lehnte die Bekl. ab. Die Worte „zahlen bzw.“ in Abs. 3 seien zu streichen. Zur Begründung gab sie an, dass im Rahmen von § 53 III SGB V nur Prämienzahlungen an die Versicherten möglich seien, um die Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen zu fördern. Das **LSG** wies die Klage ab.

## 2. NACHWEISPFlicht FÜR BONUS FÜR GESUNDHEITSBEWUSSTES VERHALTEN DER VERSICHERTEN

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.05.2009 – L 11 KR 3718/08 KL –*

RID 09-03-157

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 65a I, 195 I

Bestimmt die Krankenkasse nach § 65a I SGB V in ihrer Satzung, dass Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, so kann nicht auf jeglichen kontrollierbaren Nachweis hierfür verzichtet werden.

Die Kl. ist eine bundesweit tätig geschlossene Betriebskrankenkasse. Die Aufsicht lehnte die Genehmigung einer Satzungsänderung ab, mit der die Nachweispflicht ("Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Versicherten durch eine Bestätigung des Arztes bzw. des Anbieters der Leistung nachgewiesen") zur Erlangung eines Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten gestrichen wurde. Das *LSG* wies die Klage ab.

## 3. VERBANDSBEITRAG FÜR NATIONALE TV-DACHKAMPAGNE ZUR MITGLIEDERWERBUNG

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 25.03.2009 – L 5 KR 94/07 –*

RID 09-03-158

(rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 217 a.F.

Bei den in § 217 II Nr. 1 bis 9 SGB V a.F. aufgeführten Unterstützungsmaßnahmen handelte es sich nicht um einen abschließenden Katalog dergestalt, dass eine Maßnahme des Bundesverbandes nur dann rechtmäßig gewesen wäre, wenn sie in diesem Katalog aufgelistet war. Weitere können in einer Satzung mit **Öffentlichkeitsarbeit und Marketing** benannt werden. Die Durchführung einer Werbekampagne unterliegt der Öffentlichkeitsarbeit und dem Marketing. Eine der Aufgaben der Kassen ist die Mitgliederwerbung, in deren Erfüllung u. a. TV-Werbekampagnen durchgeführt werden können.

Allein der Umstand, dass die Mitgliedskassen eines Landesverbandes einzelne diesem obliegende Aufgaben auch selbst in eigener Regie durchführen können, entbindet sie nicht von der Verpflichtung, den Bundesverband durch Zahlung des **Verbandsbeitrages** mit den erforderlichen Mitteln auszustatten, damit dieser in die Lage versetzt wird, seine gesetzlichen bzw. satzungsmäßigen Aufgaben zu erfüllen.

*SG Lübeck, Urt. v. 04.09.2007 - S 8 KR 513/04 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.*

entfällt RID 09-03-159

# XI. Verfahrensrecht/Sonstiges

## 1. ÖRTLICHE ZUSTÄNDIGKEIT FÜR KRANKENHAUSVERGÜTUNGSVERFAHREN

Vgl. a. *BSG*, Beschl. v. 16.04.2009 – B 12 SF 2/09 S – RID 09-03-181; *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.

### A) VERTRÄGE AUF LANDESEBENE: ZUSTÄNDIGKEIT NACH SITZ DER LANDESREGIERUNG

#### AA) NEUFÄLLE

*LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11.12.2008 – L 4 B 79/08 KR –*

RID 09-03-160

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGG §§ 57a III, 58 I Nr. 4, 98

**Leitsatz:** Für Krankenhausvergütungsverfahren, die ab dem 01.04.2008 in der niedersächsischen Sozialgerichtsbarkeit anhängig geworden sind und anhängig werden, ist nach § 57a Abs. 3 SGG i.d.F. des Art. 1 Nr. 12 SGG ArbGGÄndG das SG Hannover zuständig.

*SG Lüneburg*, Beschl. v. 25.06.2008 - S 16 KR 131/08 - verwies den Rechtsstreit an das *SG Hannover*; *SG Hannover*, Beschl. v. 28-08.2008 - S 19 KR 414/08 – rief das *LSG* an, das als zuständiges Gericht das SG Hannover bestimmte.

**Parallelverfahren:** *SG Oldenburg*, Beschl. v. 22.07.2008, verwies den Rechtsstreit an das *SG Hannover*; *SG Hannover*, Beschl. v. 02.09.2008 - S 38 KR 536/08 – rief das *LSG* an.

*LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.01.2009 – L 1 B 73/08 KR –*

RID 09-03-161

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

## BB) ALTFÄLLE

**LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11.12.2008 – L 4 B 54/08 KR –**

**RID 09-03-162**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGG §§ 57a III, 58 I Nr. 4, 98

**Leitsatz:** Für Krankenhausausvergütungsverfahren, die bis zum 31.03.2008 in der niedersächsischen Sozialgerichtsbarkeit anhängig geworden sind, bleibt das bisher zuständige Sozialgericht weiterhin zuständig. Nach dem Grundsatz der perpetuatio fori ist die Anwendung des § 57a Abs. 3 SGG in der Fassung des Art. 1 Nr. 12 des Gesetzes zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und des Arbeitsgerichtsgesetzes vom 26.03.2008, BGBl. I S 444 (SGGArbGGÄndG) auf Verfahren beschränkt, die ab dem 01.04.2008 anhängig werden.

**SG Oldenburg**, Beschl. v. 02.07.2008 - S 6 KR 79/07 - verwies den Rechtsstreit an das SG Hannover; **SG Hannover**, Gerichts. v. 01.09.2008 - S 19 KR 414/08 – rief das **LSG** an, das als zuständiges Gericht das SG Oldenburg bestimmte.

entfällt RID 09-03-163

## B) KEINE NEUE GENERALZUSTÄNDIGKEIT NACH § 57A III SGG N.F.

**SG Dresden, Beschl. v. 05.06.2009 – S 18 KR 167/09 –**

**RID 09-03-164**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGG §§ 57 I 1, 57a III, 58 I Nr. 4, 98

§ 57a III SGG n. F. begründet **keine neue Generalzuständigkeit** dergestalt, dass die Zuständigkeit des Gerichts am Sitz der Landesregierung bereits gegeben ist, wenn die Angelegenheit Entscheidungen oder Verträge auf Landesebene nur berührt. Insbesondere sollte keine Auffangzuständigkeit für alle sonstigen Leistungserbringerstreitigkeiten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen werden (vgl. 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). Angelegenheiten "betreffen" hiernach Entscheidungen oder Verträge auf Landesebene nur, wenn eine solche Entscheidung oder ein solcher Vertrag selbst Streitgegenstand ist.

Das **SG** erklärte sich für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das örtlich zuständige SG Chemnitz.

## 2. SOZIALGERICHTLICHE ZUSTÄNDIGKEIT BEI ABTRETUNG VON ANSPRÜCHEN EINES HILFSMITTELERBRINGERS

**LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 15.07.2009 – L 5 B 101/09 KR –**

**RID 09-03-165**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ SGG § 51 I Nr. 2, II

Behauptet eine Klägerin mit ihrer Klage, durch Abtretung von Ansprüchen eines Hilfsmittelerbringers aus einem Leistungserbringervertrag mit der Rechtsvorgängerin der Beklagten Inhaberin von Ansprüchen zu sein, dann wird der zur Klagebegründung vorgetragene Sachverhalt für die aus ihm hergeleitete Rechtsfrage von Rechtssätzen des Sozialrechts geprägt (vgl. BSG, SozR 3 1500 § 51 Nr. 24). Die Klage betrifft somit einen Streit um Leistungen, für den gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 SGG die Sozialgerichte zuständig sind. Die Rechtsnatur dieses Anspruchs wird durch seine Abtretung nicht verändert (BSG, Urt. v. 19.03.1992 - 7 RAr 26/91 -, juris Rn. 22). Deshalb ist für die Klage trotz der fehlenden Leistungserbringereigenschaft der Klägerin und trotz einer fehlenden Vertragsübernahme der Sozialrechtsweg gegeben.

**SG Kiel**, Beschl. v. 17.04.2009 - S 3 KR 41/08 – verwies den Rechtsstreit an das Landgericht Essen, das LSG stellte die Zulässigkeit des Sozialrechtswegs fest.

### 3. KEIN ERSTATTUNGSANSPRUCH DES SOZIALHILFETRÄGERS GEGENÜBER KRANKENKASSE BEI KORREKTURVERFAHREN

**SG Potsdam, Urt. v. 19.09.2006 – S 3 KR 111/02 –**

**RID 09-03-166**

rechtskräftig [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V § 85; SGB X §§ 102, 104, 105; BMV-Ä § 48

Einem Leistungsträger, der irrtümlich für Krankenbehandlungskosten aufgekomen ist, fehlt es an einem **Rechtsschutzbedürfnis** für eine Klage, wenn er die falsche Abrechnung gegenüber einer Krankenkasse durch einen Korrekturantrag im Sinne des § 48 BMV-Ä berichtigen könnte, wenn dieser auch für ihn angewandt wird. Eine Korrektur der Kassenzuordnung kann im Folgequartal vorgenommen werden. Wenn nunmehr aufgrund des abgelaufenen Zeitraums eine solche Korrektur durch die KV nicht mehr erfolgt, führt dies jedoch nicht dazu, dass ein Rechtsschutzbedürfnis für die Inanspruchnahme der Sozialgerichte entsteht.

Hat eine Krankenkasse die **Gesamtvergütung** auch für den Patienten gezahlt und hat sie daher auch ihren Leistungsanspruch gegenüber ihrem Versicherten erbracht, so besteht auch ihm Rahmen der §§ 102 ff. SGB X kein weiterer Anspruch auf Kostenerstattung.

Das **SG** gab der Klage statt.

### 4. ERSTATTUNGSFÄHIGKEIT VON ANWALTSKOSTEN BEI FREISTELLUNG VOM KOSTENRISIKO

**SG Dresden, Urt. v. 30.04.2009 – S 18 KR 392/06 –**

**RID 09-03-167**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB X § 63; BRAGO § 43a

**Leitsatz:** Zur Erstattungsfähigkeit von Kosten für die Vertretung durch einen Rechtsanwalt im Vorverfahren im Rechtsstreit des Versicherten gegen die Krankenkasse auf Gewährung einer Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der Leistungserbringer dem Versicherten zuvor Freistellung vom Kostenrisiko zusichert und den Rechtsanwalt als Vertreter im Vorverfahren vermittelt hat und die Kosten der anwaltlichen Vertretung gemeinschaftlich durch einen Verbund von Leistungserbringern getragen werden, ohne dass offen gelegt wird, ob die Drittfinanzierung der Prozessvertretung unbedingt und mit befreiender Wirkung auch gegenüber der Behörde oder nur im Unterliegensfall bei Fehlen eines Erstattungsanspruchs nach § 63 SGB X eingreift.

Das **SG** wies die Klage ab.

## XII. Entscheidungen des BSG

### 1. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG: VERFASSUNGSGEMÄßE ALTERSGRENZE FÜR FRAUEN

**BSG, Urt. v. 03.03.2009 – B 1 KR 12/08 R – SozR 4-2500 § 27a Nr. 7**

**RID 09-03-168**

**Leitsatz:** Der seit dem 01.01.2004 geltende Ausschluss von Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach dem vollendeten 40. Lebensjahr der Ehefrau ist verfassungsgemäß.

### 2. HILFSMITTEL

#### A) KRAFTKNOTENSYSTEM

**BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KR 6/08 R – SozR 4-2500 § 33 Nr. 19**

**RID 09-03-169**

**Leitsatz:** Die Krankenkasse hat einen Versicherten mit einem zum Zwecke der Beförderung hinreichend sicheren Rollstuhl (hier: Befestigung mittels Kraftknotensystems) zu versorgen, wenn der Versicherte krankheitsbedingt nur im Rollstuhl sitzend transportiert werden kann und der Fahrzeugtransport entweder dem Schulbesuch dient oder zur Krankenbehandlung unerlässlich ist.

**BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KN 4/07 KR R – SozR 4-2500 § 33 Nr. 21**

**RID 09-03-170**

**Leitsatz:** 1. Die Krankenkasse kann verpflichtet sein, den Rollstuhl eines Versicherten mit Zubehörteilen zur sicheren Beförderung im Kraftfahrzeug (Kraftknotensystem) auszustatten.

2. Für die Rollstuhlbeschaffenheit zur sicheren Beförderung im Kraftfahrzeug hat die Krankenkasse nicht aufzukommen, wenn dies nur dem Besuch einer Werkstätte für behinderte Menschen dient; in solchen Fällen kann der Träger der Eingliederungshilfe leistungspflichtig sein.

**BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KR 16/08 R –**

**RID 09-03-171**

Die Ausstattung eines Rollstuhls mit einem sog Kraftknotensystem zum sicheren Behindertentransport obliegt nicht dem **Sozialhilfeträger**, sondern ist **Aufgabe der GKV**, wenn ein Versicherter nur im Rollstuhl sitzend an der Schülerbeförderung teilnehmen und anders der allgemeinen Schulpflicht nicht genügen kann.

Nach § 14 IV 1 SGB IX besteht ein den allgemeinen Erstattungsansprüchen nach dem SGB X **vorgehender Anspruch auf Erstattung der Kosten**, die der **zweitangegangene Rehabilitationsträger** für eine in die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers fallende Maßnahme aufgewendet hat (vgl. BSG v. 26.06.2007 - B 1 KR 34/06 R - BSGE 98, 267 u. v. 26.06.2007 - B 1 KR 36/06 R - BSGE 98, 277).

**B) SPEEDY-TANDEM**

**BSG, Beschl. v. 22.04.2009 – B 3 KR 54/08 B –**

**RID 09-03-172**

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 11.11.2008 – L 11 KR 1952/08 – RID 09-01-152 wird als unbegründet zurückgewiesen.

Ein Anspruch auf Versorgung mit einem **Speedy-Tandem** als Hilfsmittel der GKV ist **für Erwachsene** nicht gegeben. Der Senat hat entschieden, dass die zusätzliche Ausrüstung eines Rollstuhls mit einer fahrradgleichen mechanischen Zugvorrichtung (sog. **Rollstuhl-Bike**) jedenfalls von einem erwachsenen Menschen nicht als Hilfsmittel der GKV beansprucht werden kann (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 31). Entsprechendes gilt für ein **Therapie-Tandem**, welches dem Speedy-Tandem vergleichbar ist - allerdings mit dem Unterschied, dass die Begleitperson den hinteren Sitz einnimmt und der behinderte Mensch vor ihm sitzt (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 32 und Urt. v. 21.11.2002 - B 3 KR 8/02 R - USK 2002-88). Ausnahmsweise etwas anderes gilt nur bei Kindern und Jugendlichen, wenn es darum geht, die Integration eines Behinderten in seiner jugendlichen Entwicklungsphase zu fördern oder ihm dadurch erst der regelmäßige Schulbesuch ermöglicht wird (vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 46 - Dreirad und BSG SozR 2200 § 182b Nr. 13 - Faltrollstuhl).

**3. KRANKENHAUSLEISTUNGEN**

**A) ERFORDERLICHE BEHANDLUNG EINES VERSICHERTEN**

**BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KN 3/08 KR R – SozR 4-2500 § 109 Nr. 15**

**RID 09-03-173**

**Leitsatz:** 1. Zu den Auswirkungen des Beschlusses des Großen Senats des BSG v. 25.09.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 10 in Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen über die Vergütung von Krankenhausbehandlung.

2. Ein Krankenhaus kann von der Krankenkasse Vergütung nur für eine erforderliche Behandlung eines Versicherten beanspruchen.

3. Berufet sich die Krankenkasse ohne Rechtsmissbrauch gegenüber einem Anspruch auf Krankenhausvergütung auf die fehlende Erforderlichkeit der Behandlung, ist hierzu von Amts wegen zu ermitteln; die in der Krankenhausabrechnung enthaltene Bejahung der Notwendigkeit ist nicht ausschlaggebend.

**Parallelverfahren: BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KN 2/08 KR R –**

**RID 09-03-174**

**B) NICHTVORLAGE DER BEHANDLUNGSUNTERLAGEN**

**BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KN 4/08 KR R – SozR 4-2500 § 109 Nr. 16**

**RID 09-03-175**

**Leitsatz:** Ein Gericht darf in einem Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nur dann für das Krankenhaus nachteilige Schlüsse aus der Nichtvorlage der Behandlungsunterlagen ziehen, wenn sich aus den gesamten Umständen ergibt, dass die Vorlage dieser Unterlagen endgültig verweigert worden ist.

**Parallelverfahren: BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KN 1/08 KR R –**

**RID 09-03-176**

#### 4. RECHTSWEGZUWEISUNG ZUR UNTERSAGUNG VON RABATTVERTRÄGEN

*BSG, Beschl. v. 06.10.2008 – B 3 SF 2/08 R –*

RID 09-03-177

BeckRS 2008 57374

Die Beschwerden gegen *LSG Baden-Württemberg*, Beschl. v. 18.02.2008 - L 5 KR 528/08 B - werden zurückgewiesen.

Die Rechtswegzuweisung zu den Sozialgerichten nach § 130a IX SGB V für Streitigkeiten über Rabatte nach § 130a SGB V beansprucht umfassende Geltung und bezieht sich auch auf Klagen gegen die Untersagung von Rabattverträgen durch die Kartellbehörde.

#### 5. HÖHE DER ZU ERSTATTENDEN UMSATZSTEUER BEI NETTOPREISVEREINBARUNG (ENTERALE ERNÄHRUNG)

*BSG, Urt. v. 03.03.2009 – B 1 KR 7/08 R –*

RID 09-03-178

Für den Anspruch auf Zahlung der Umsatzsteuer ist bei einer Nettopreisvereinbarung der zu Lasten eines Leistungserbringers - hier: von Sondernahrung - von der Finanzverwaltung bindend festgesetzte Steuerbetrag maßgebend, ohne dass die Krankenkasse dessen Überprüfung im finanzgerichtlichen Verfahren verlangen kann (Anschluss an BSG, Urt. v. 17.07.2008 - B 3 KR 18/07 R – SozR 4-2500 § 69 Nr. 6

#### 6. VERGABERECHT: AUSSCHREIBUNG DER VERSORGUNG MIT ELEKTROSTIMULATIONSGERÄTEN

*BSG, Beschl. v. 22.04.2009 – B 3 KR 2/09 D –*

RID 09-03-179

juris

Ein Angebot ist zwingend nach § 25 Nr. 1 Abs. 1 Buchst d) VOL/A auszuschließen, wenn der Bieter **Änderungen oder Ergänzungen** an den Verdingungsunterlagen vorgenommen hat. Zu den Verdingungsunterlagen gehören die Leistungsbeschreibung und die Vertragsbedingungen. Änderungen oder Ergänzungen der Verdingungsunterlagen können in Form von Streichungen, Einfügungen oder durch Herausnahme von Einzelblättern erfolgen, aber auch inhaltlicher Natur sein, z.B. dadurch, dass dem Angebot ein leistungs- oder vertragsmodifizierendes Begleitschreiben beigelegt wird. Mit dem Verbot von Änderungen der Verdingungsunterlagen soll die uneingeschränkte Vergleichbarkeit der Angebote gewährleistet werden. Deshalb spielt es keine Rolle, ob die vom Bieter vorgenommenen Änderungen zentrale und wichtige oder eher nebensächliche Positionen betreffen. Ebenso wenig kommt es darauf an, ob die Abweichungen letztlich irgendeinen Einfluss auf das Wettbewerbsergebnis haben.

Will der Auftraggeber ein Angebot für Erst- und Folgeversorgungen und schreibt er für die Bildung von Wertungssummen eine bestimmte **Berechnungsweise** vor, dann haben sich die Bieter bei der Erstellung der Angebote danach zu richten, wenn ihr Angebot in die Wertung gelangen soll. Dass die Erfüllung dieser Anforderungen möglich und die Ausschreibung hinreichend verständlich war, zeigen die von den übrigen Bietern abgegebenen und formal unbeanstandet gebliebenen Angebote.

Nach der VOL/A darf der Zuschlag nicht auf ein **Angebot mit einem unangemessen niedrigen Preis** (§ 25 Nr. 2 Abs. 2, 3 VOL/A) oder auf ein Angebot erteilt werden, dessen Preis in einem offenbaren Missverhältnis zur Leistung steht (§ 25 Nr. 2 Abs. 3 VOL/A). Die Bestimmungen dienen in erster Linie dem Schutz des Auftraggebers vor der Eingehung eines wirtschaftlichen Risikos. Dieser läuft bei Zuschlagserteilung auf ein Angebot mit einem unangemessen niedrigen Preis nämlich Gefahr, dass der Anbieter entweder in eine qualitativ schlechte Leistung oder aber in unberechtigte Nachforderungen auszuweichen versucht. Demgegenüber ist es nicht Sinn der Vorschrift, dem Bieter selbst oder den Mitbietern auskömmliche Preise zu garantieren. Es liegt im Verantwortungsbereich des Bieters, wie er seine Preise kalkuliert und zu welchen Preisen er welche Leistungen des Leistungsverzeichnisses anbietet (vgl. BGH, NJW 1995, 737, 738).

Angebote für die ausgeschriebenen Gebietslose **nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis** zu der zu erbringenden Leistung, wenn die Preise für die Folgeversorgungen (1 Euro) liegen 90 % unter dem günstigsten Angebot anderer Bieter (10 Euro) liegen.

## 7. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMER: GLEICHBEHANDLUNG MIT ÖFF. RETTUNGSDIENSTEN U. HILFSORGANISATIONEN

*BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KR 25/07 R – SozR 4-2500 § 133 Nr. 3*

RID 09-03-180

**Leitsatz:** Zum Anspruch eines privaten Unternehmens gegen die Krankenkassen auf Gleichbehandlung mit öffentlichen Rettungsdiensten und Hilfsorganisationen bei der Vergütung von Krankentransportleistungen.

## 8. VERFAHRENSRECHT

### A) VERBINDLICHKEIT EINES VERWEISUNGSBESCHLUSSES AUFGRUND § 57A IV SGG N.F.

*BSG, Beschl. v. 16.04.2009 – B 12 SF 2/09 S –*

RID 09-03-181

juris

Beschlüsse nach § 98 S. 1 SGG, § 17a II GVG sind **unanfechtbar** (§ 98 S. 2 SGG) und für das Gericht, an das verwiesen wurde, bindend (§ 17a I GVG). Ein **Verweisungsbeschluss** wegen örtlicher Unzuständigkeit ist im Interesse einer möglichst zügigen sachlichen Entscheidung grundsätzlich auch dann verbindlich, wenn die Verweisung prozessuale oder materielle Vorschriften verletzt. Hiervon kann ausnahmsweise nur deshalb abgesehen werden, ein Gericht willkürlich gehandelt oder gegen elementare Verfahrensgrundsätze verstoßen hat (vgl. insgesamt BSG, Beschl. v. 27.05.2004 - B 7 SF 6/04 S - SozR 4-1500 § 57a Nr. 2 m.w.N.).

Es spricht nichts dafür, dass ein "**Vertrag auf Bundesebene**" i.S. des § 57a IV SGG in der ab 01.04.2008 geltenden Fassung ausnahmslos nur dann vorliegen könnte, wenn es sich bei jedem - oder hier zumindest gerade der auf Unterlassung in Anspruch genommenen - Vertragspartner um einen "Bundesträger" handelt.

Die Beteiligten streiten im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes über einen Unterlassungsanspruch im Kontext von § 73c SGB V. *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 31.03.2009 verwies den Rechtsstreit an das SG Köln. Die Ast. legte hiergegen Beschwerde "analog § 172 SGG" ein und machte geltend, dem Verweisungsbeschluss liege eine "krasse und offenkundige Fehlbeurteilung der Reichweite des § 57a SGG zu Grunde". Das *SG Köln* hielt seine Zuständigkeit ebf. für nicht gegeben und rief das BSG zur Bestimmung der örtlichen Zuständigkeit an. Das *BSG* bestimmte zum zuständigen Gericht das SG Köln.

### B) BEGRÜNDUNGSPFLICHT EINER ANHÖRUNGRÜGE INNERHALB EINLEGUNGSFRIST

*BSG, Beschl. v. 18.05.2009 – B 3 KR 1/09 C –*

RID 09-03-182

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

**Leitsatz:** Die Anhörungsrüge ist innerhalb der gesetzlichen Einlegungsfrist nicht nur bei Gericht anzubringen, sondern auch zu begründen.

Das *BSG* verwarf die Anhörungsrüge gegen BSG, Urt. v. 10.02.2009 – B 3 KR 14/08 B – als unzulässig.

### C) ZUGÄNGLICHMACHUNG EINER ENTSCHEIDUNG BEI SEHBEHINDERUNG/REVISIONSZULASSUNG

*BSG, Beschl. v. 03.03.2009 – B 1 KR 69/08 B – SozR 4-1500 § 160a Nr. 23*

RID 09-03-183

**Leitsatz:** 1. Unterbleibt ein gebotener richterlicher Hinweis auf den Anspruch für sehbehinderte Personen auf Zugänglichmachung einer Gerichtsentscheidung in wahrnehmbarer Form und versäumt der Berechtigte daraufhin die Berufungsfrist, so tritt bei Prüfung der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ein zusätzliches Verschulden des Berechtigten zurück.

2. Für die Zulassung der Revision ist kein Raum, wenn mit Sicherheit davon auszugehen ist, dass das angefochtene LSG-Urteil unabhängig vom Vorliegen der geltend gemachten Zulassungsgründe aus anderen als den vom Berufungsgericht angestellten Erwägungen im Ergebnis Bestand haben wird (Fortführung von BSG vom 08.02.2000 - B 1 KR 29/99 B - SozR 3-1500 § 160a Nr. 28 nach Aufgabe von BSG v. 16.11.2000 - B 4 RA 122/99 B - SozR 3-1500 § 160 Nr. 33).

3. Eine formgerechte Nichtzulassungsbeschwerde wegen Verfahrensfehlers ist bei sicherem Misserfolg des angestrebten Revisionsverfahrens unbegründet.

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. APPROBATION

##### A) RÜCKNAHME EINER VORLÄUFIGEN APPROBATION ALS PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 29.06.2009 – 8 LC 1/09 –*

RID 09-03-184

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de> = juris

AO § 165; PsychThG §§ 3, 12; VwGO § 123; VwVfG §§ 48, 52

**Leitsatz:** 1. Jedenfalls im August 1999 durfte eine Approbationsbehörde einem Bewerber, der über **kein abgeschlossenes Studium der Psychologie** verfügte, keine "vorläufige Approbation" als Psychologischer Psychotherapeut (mehr) erteilen.

2. Eine dennoch erteilte "**vorläufige Approbation**", die zudem den Zeitpunkt ihres Erlöschens nicht genau bezeichnete, ist rechtswidrig und in entsprechender Anwendung von § 3 Abs. 1 Satz 1 PsychThG zurückzunehmen.

Bestreitet der Inhaber einer solchen "vorläufigen Approbation" das Erlöschen und lässt sich wegen der mangelnden Bestimmtheit der "vorläufigen Approbation" der genaue Zeitpunkt ihres Erlöschens nicht sicher feststellen, so ist zur Klarstellung auch eine **Rücknahme** einer ggf. bereits unwirksam gewordenen "vorläufigen Approbation" zulässig.

3. Spätestens im April 2005 konnte auf den Fortbestand einer in Niedersachsen erteilten "vorläufigen Approbation" nicht mehr schutzwürdig **vertraut** werden.

##### B) WIDERRUF ERST JAHRE NACH DER TATBEGEHUNG

*VG Karlsruhe, Beschl. v. 16.07.2009 – 11 K 1455/09 –*

RID 09-03-185

juris

VwGO § 80; BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; VwVfG § 52 S. 1

Einem zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe** von zwei Jahren und sechs Monaten wegen Körperverletzung in 46 Fällen und des Betrugs verurteilter Arzt – er hatte im Rahmen seiner Abrechnung für das Quartal IV/99 bewusst wahrheitswidrig für mindestens drei Personen die hausärztliche Grundvergütung abgerechnet, in den Jahren 1999 und 2000 führte er ohne ausreichende und teilweise ohne jede Aufklärung bei seinen Patienten Impfleistungen durch, um das Volumen der abzurechnenden Kassenleistungen zu erhöhen; meistens gab er vor, es handele sich um Spritzen zur Behandlung der jeweils akuten Beschwerden; in einigen Fällen wurden die Impfungen vorgenommen, wenn sich die Patienten nach einer Magenspiegelung noch unter dem Einfluss eines Narkosemittels befanden und daher von der Impfung nichts bemerkten – kann die **Approbation entzogen** werden.

Die in einem **rechtskräftigen Strafurteil** enthaltenen tatsächlichen und rechtlichen **Feststellungen** dürfen bei einem Approbationswiderruf regelmäßig zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung der betroffenen Persönlichkeit gemacht werden, soweit sich keine gewichtigen Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit solcher Feststellungen ergeben (vgl. BVerwG, Beschl. v. 06.03.2003 - 3 B 10/03 -, juris Rn. 2).

Einem über die Jahre seit Begehung der letzten Straftaten wieder erworbenen **Vertrauen bei seinem Patientenstamm** kommt kein entscheidendes Gewicht zu, wenn die Wirkung des Verhaltens über diesen Kreis hinausreicht. Die Tatsache, dass der Widerruf erst Jahre nach den Tatbegehungen erfolgt, ist der Dauer des Strafverfahrens geschuldet. Erst mit dem für den Antragsteller negativen Abschluss des Strafverfahrens hat auch die Gefährdung des Vertrauens der Öffentlichkeit in den Ärzteberuf für den Fall einer weiteren Tätigkeit des Antragstellers eine höhere Qualität erlangt, weil nun kein bedeutsamer Zweifel mehr an den begangenen Verfehlungen bestehen kann.

Den schädlichen Wirkungen für das **Vertrauen in die Ärzteschaft** und damit für die Gesundheit der Bevölkerung wird gerade auch schon dadurch begegnet, dass ein Arzt, der erhebliche Verfehlungen begangen und sich damit als berufsunwürdig erwiesen hat, daran gehindert wird, in dem Übergangszeitraum bis zur Rechtskraft der Widerrufsverfügung zu praktizieren.

## 2. BERUFSPFLICHTEN

### A) BVERWG: WEITERGABEBOT FÜR NACHLÄSSE AUF ZAHNIMPLANTATE

*BVerwG, Urt. v. 25.03.2009 – 8 C 1/09 –*

RID 09-03-186

www.bverwg.de = juris

GG Art. 3, 12, 20 III, 74 I 1 Nr. 11; VwGO § 43 I, ZHG §§ 1 IV, 15; HeilBG-RP §§ 20, 21, 22, 23; BOZ-RP § 2 VI

**Leitsatz:** Ein Hinweis einer berufsrechtlichen Standesvertretung (Landeszahnärztekammer), dass die Annahme und das Behalten von Preisnachlässen, die über einen Barzahlungsrabatt hinaus einem Zahnarzt/einer Zahnärztin von Herstellern und Händlern von Implantaten gewährt werden, den Tatbestand des Betruges zum Nachteil des Privatpatienten bzw. der Erstattungsstellen erfüllen könnte, begründet kein feststellungsfähiges Rechtsverhältnis im Sinne des § 43 VwGO.

Das *BVerwG* wies die Klage einer Oralchirurgin mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie, die geklärt haben wollte, ob sie einer berufsrechtlichen Verpflichtung unterliegt, Nachlässe jeglicher Art, die von Herstellern oder Lieferanten auf Implantate gewährt werden, an ihre Privatpatienten weiterzugeben, sofern dabei ein Barzahlungsrabatt von 3 % der Gesteuerungskosten überschritten wird, gegen die Vorinstanzen als unzulässig zurück; es weist im Übrigen ergänzend darauf hin, dass die **Klage auch in der Sache keinen Erfolg hätte**.

„... Gegen die Auffassung des Berufungsgerichts, dass § 2 Abs. 6 der BOZ-RP vom 19. November 2005 **für wirtschaftliche Vergünstigungen ein Annahmeverbot für Zahnärzte gesetzlich begründe**, das die Klägerin für sich nicht gelten lassen möchte, wäre revisionsrechtlich nichts einzuwenden. Die Anwendung und Auslegung von irrevisiblen Landesrecht steht mit Bundesrecht, insbesondere Bundesverfassungsrecht, in Einklang.

26 Entgegen der Auffassung der Klägerin ist eine landesrechtliche Vorschrift, die Zahnärzten die Annahme von Preisnachlässen beim Bezug von Implantaten verbietet, nicht deshalb unzulässig, weil es sich bei der Regelung zahnärztlicher Gebühren um eine Materie der **konkurrierenden Bundesgesetzgebung** für das Recht der Wirtschaft (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG) handelt (vgl. BVerfG, Beschluss vom 12. Dezember 1984 1 BvR 1249/83 u.a. BVerfGE 68, 319 <327 ff.>) und der Bund von seiner Gesetzgebungsbefugnis Gebrauch gemacht hat. § 2 Abs. 6 BOZ-RP regelt nicht das zahnärztliche Honorar. Die Frage, wie sich der Zahnarzt gegenüber Herstellern und Händlern verhalten muss, liegt außerhalb des Regelungsbereichs des zahnärztlichen Gebührenrechts.

27 Die Klägerin wird auch nicht in ihrem Grundrecht auf **Berufsfreiheit** aus Art. 12 Abs. 1 GG durch ein Annahmeverbot für Nachlässe auf Zahnimplantate verletzt. Der Auffassung der Klägerin, das Verbot der Annahme wirtschaftlicher Vergünstigungen in Gestalt von Preisnachlässen beim Materialeinkauf in einer Satzung und damit in einer untergesetzlichen Norm verletze den aus dem Rechtsstaats- und Demokratieprinzip hergeleiteten Parlamentsvorbehalt, ist nicht zu folgen. Ungeachtet der Höhe des Volumens der Preisnachlässe von mehr als 80 000 €, das die Klägerin durchschnittlich pro Jahr zu erzielen glaubt, ist § 2 Abs. 6 BOZ-RP nicht als einschneidende, statusbildende Berufsausübungsregelung anzusehen. Da die § 20 Abs. 1, § 23 Abs. 1 HeilBG-RP hinreichende Rahmenregelungen für die Berufsordnung der Beklagten enthalten, kann nicht davon gesprochen werden, dass der Landesgesetzgeber sich seiner Gesetzgebungsbefugnis so weitgehend entäußert hat und seinen Einfluss auf den Inhalt der Satzungsnorm in unzulässiger Weise preisgegeben hätte (vgl. dazu: BVerfG, Beschlüsse vom 9. Mai 1972 1 BvR 518/62 u.a. BVerfGE 33, 125 <159> und vom 13. Juli 2004 1 BvR 1298/94 BVerfGE 111, 191 <216 f.>). Der Landesgesetzgeber hat in § 20 Abs. 1 HeilBG-RP das Verhältnis des Zahnarztes zum Patienten als Vertrauensverhältnis ausgestaltet. § 2 Abs. 6 BOZ-RP stellt nur eine Ausprägung dieses Vertrauensverhältnisses dar.

28 Das Verbot der Annahme wirtschaftlicher Vergünstigungen beruht auch auf sachgemäßen und vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls und ist **verhältnismäßig** (BVerfG, Beschlüsse vom 31. Oktober 1984 1 BvR 35/82 u.a. BVerfGE 68, 193 <218>, vom 19. November 1985 1 BvR 934/82 BVerfGE 71, 162 <173> und vom 15. Dezember 1999 1 BvR 1904/95 u.a. BVerfGE 101, 331 <347 ff.>). Es soll gewährleistet sein, dass der Zahnarzt sich bei der Verordnung und Empfehlung von Heil- und Hilfsmitteln, Materialien und Geräten allein von medizinischen Erwägungen im gesundheitlichen Interesse des Patienten leiten lässt. Es dient dem Vertrauen des Patienten und der Integrität des Arztes.

29 Eine unverhältnismäßige Belastung des Zahnarztes ist nicht erkennbar. Das Annahmeverbot ist geeignet, das von ihm verfolgte Ziel des Patientenschutzes zu fördern. Es ist erforderlich, um das Ziel zu erreichen. Weniger einschneidende Maßnahmen, wie eine Hinweispflicht gegenüber dem Patienten, ob und in welchem Umfang Nachlässe gewährt werden, stellen kein sicheres Mittel dar, um die zahnärztliche Unabhängigkeit und den Vertrauensschutz der Patienten zu gewährleisten. Die Grenze der Zumutbarkeit ist nicht überschritten.

30 Das Annahmeverbot verletzt auch nicht den **Gleichheitssatz**, Art. 3 Abs. 1 GG. Eine Ungleichbehandlung von Zahnärzten mit anderen Wirtschaftsteilnehmern, denen es erlaubt ist, beim Sachkauf Preisnachlässe anzunehmen und zu behalten, rechtfertigt sich im Hinblick auf das besondere Vertrauensverhältnis vom Zahnarzt zum Patienten und das Berufsbild (vgl. BVerfG, Urteil vom 30. Mai 1956 1 BvF 3/53 BVerfGE 5, 25 <30>). Art. 3 Abs. 1 GG gebietet in Ansehung der sozialen und medizinischen Schutzbedürftigkeit der Angehörigen der gesetzlichen Krankenversicherung auch nicht zwischen diesen und Privatpatienten bei der Annahme von Preisnachlässen zu differenzieren. Beide Patientengruppen haben in gleicher Weise ein Anrecht darauf, dass der sie behandelnde Zahnarzt sich bei der Auswahl des Materials in erster Linie von medizinischen Gesichtspunkten leiten lässt...“

## B) ÄRZTEKAMMERRECHTLICHE UNTERSAGUNG DER TÄTIGKEITEN EINES ARZTES IM RAHMEN VON STERBEHILFE

*VG Gera, Urt. v. 07.10.2008 – 3 K 538/08 –*

RID 09-03-187

juris = ThürVBl 2009, 40

HeilBerG TH § 5, 5a, 20, 22; ArztBerO TH § 1

**Leitsatz:** 1. Zu den Voraussetzungen einer **Erledigung der Hauptsache** im Falle der Untersagungsverfügung. (Recht der Heilberufe).

2. Zur **Mitgliedschaft** eines Arztes in **mehreren Ärztekammern**.

3. Die Ärztekammer hat für ihre Überwachungsaufgabe hinsichtlich der Erfüllung der Berufspflichten ihrer Kammerangehörigen Grundsätze des allgemeinen **Polizei- und Ordnungsrechtes** zur Gefahrenabwehr zu beachten.

4. Die Straflosigkeit der **Beihilfe zur Selbsttötung** schließt nicht aus, dass ein solches Verhalten dennoch die mit einem bestimmten **Beruf verbundenen Pflichten verletzt**.

5. Mit der ärztlichen Berufspflicht, das **menschliche Leben zu erhalten**, ist es unvereinbar, wenn ein Arzt einem gesundheitlich zu eigenverantwortlicher Entscheidung fähigen Menschen, der zum Suizid entschlossen ist, Tod bringende Mittel zur Verfügung stellen oder diesen Menschen sonst in dessen Sterbewunsch aktiv - z.B. durch die Schaffung einer Gelegenheit zur Tatausführung oder das Angebot technischer Hilfestellung - unterstützen würde.

6. Das - der Berufsordnung vorangestellte - Gelöbnis des Arztes, sein Leben in den **Dienst der Menschlichkeit** zu stellen, kann das Verbot einer aktiven Verkürzung des menschlichen Lebens auch nicht im Einzelfall aufheben.

7. An seine **ärztlichen Berufspflichten** ist ein Arzt auch dann gebunden, wenn er im Rahmen eines Vereins tätig wird, dessen Zweck es ist, Menschen mit Sterbewunsch zu unterstützen.

## C) AUFKLÄRUNGSPFLICHT BEI SCHÖNHEITS-OP (FETTABSUGUNG)

*VG Mainz, Urt. v. 30.07.2009 – BG-H 1/09 –*

RID 09-03-188

Ein Arzt muss seinen Patient, der bei ihm eine Schönheitsoperation durchführen lassen will, besonders umfassend und sorgfältig aufklären.

Der Arzt führte bei einem Patienten ambulant eine Liposuktion (Fettabsaugung) der Bauchdecke durch. Am Operationstag legte er dem Mann die Operationseinwilligung zur Unterschrift vor, in der verschiedene Komplikationsmöglichkeiten genannt waren; eine Aufklärung über mögliche Durchblutungsstörungen der Haut oder Hautnekrosen nahm er nicht vor. Postoperativ verfärbte sich die Bauchdecke des Patienten teilweise dunkel. Der Mann musste einen Monat lang stationär behandelt und dabei viermal operiert werden, mit entsprechender Entfernung der nekrotischen Bauchwand. Das VG Mainz hat dem Arzt einen Verweis erteilt und ihm eine Geldbuße in Höhe von 10.000 € auferlegt.

Nach Auffassung des Gerichts hat der Arzt schuldhaft seine Berufspflichten verletzt. Zum einen habe er seinen Patienten nicht ausreichend aufgeklärt. Vor rein kosmetischen Operationen müsse der Arzt den Patienten besonders umfassend und sorgfältig aufklären, das Für und Wider der kosmetischen Operation mit allen Konsequenzen und Risiken auch hinreichend drastisch und schonungslos darstellen. Der Patient müsse durch die Aufklärung in die Lage versetzt werden, genau abwägen zu können, ob er einen etwaigen Misserfolg oder sogar bleibende gesundheitliche Beeinträchtigungen in Kauf nehmen will, selbst wenn diese auch nur entfernt als eine Folge des Eingriffs in Betracht kommen sollten. Diese intensive Aufklärung habe der Arzt hier schuldhaft unterlassen, da er eingeräumt hat, mit seinem Patienten über mögliche Komplikationen wie Hautnekrosen oder Darmperforationen nicht gesprochen zu haben. Zudem habe er schuldhaft gegen seine Dokumentationspflicht verstoßen, die besagt, dass er über die in Ausübung seines Berufs gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen hat. Dieser Verpflichtung sei der Arzt bezüglich der Protokollierung der Operation und der Nachsorge nicht ausreichend nachgekommen.

Pressemitteilung - juris

## D) ABGABE DIÄTETISCHER LEBENSMITTEL

*LG Braunschweig, Urt. v. 02.10.2008 – 21 O 312/08 –*

RID 09-03-189

GesR 2009, 333

BO Ärztekammer Niedersachsen § 3 II; GG Art. 12

Die Abgabe diätetischer Lebensmittel durch einen Arzt stellt jedenfalls dann keinen Verstoß gegen § 3 Abs. 2 BO Ärztekammer Niedersachsen dar, wenn sie sich im Rahmen der erforderlichen Therapie bewegt.

## E) HERANZIEHUNG EINES PRIVATARZTES ZUM ÄRZTLICHEN NOTFALLDIENST

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22.06.2009 – 13 A 3775/06 –*

RID 09-03-190

juris

GG Art. 3 I, 12 I; HeilBerG NRW § 30 Nr. 2

**Leitsatz:** Pflicht zur Teilnahme am von der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten ärztlichen Notfalldienst auch für einen Privatarzt, der sich spezialisiert hat und häufig als Gutachter tätig ist.

Das *OVG* wies die Berufung d. Kl. gegen *VG Minden*, Urt. v. 31.08.2006 – 7 K 1506/06 – RID 06-04-202 zurück.

## 3. BVERWG: ANERKENNUNG AUSBILDUNGSSTÄTTE (GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE KINDER- UND JUGENDLICHE)

*BVerwG, Urt. v. 30.04.2009 - 3 C 4/08 -*

RID 09-03-191

www.bverwg.de = juris

PsychThG §§ 1 III, 6 I u. II Nr. 5, 8 III Nr. 1, 11; GG Art. 3 I, 12 I

**Leitsatz:** 1. Die wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens im Sinne des Psychotherapeutengesetzes verlangt einen nachprüfbaren Beleg der Wirksamkeit.

2. Von der wissenschaftlichen Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens zur Behandlung Erwachsener lässt sich nicht ohne weiteres auf die Wirksamkeit dieses Verfahrens zur **Behandlung von Kindern und Jugendlichen** schließen.

3. Die zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Verfahrens herangezogenen Gutachten des nach § 11 PsychThG gebildeten **Wissenschaftlichen Beirats** Psychotherapie sind als antizipierte Sachverständigengutachten mit entsprechender Richtigkeitsgewähr einzuordnen.

*VG Köln*, Urt. v. 10.11.2004 – 9 K 4647/02 – RID 05-02-189 wies die Klage ab, *OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 15.01.2008 – 13 A 5238/04 – RID 08-01-217 verpflichtete zur Neubescheidung des Antrags auf Anerkennung als Ausbildungsstätte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit vertiefter Ausbildung in Gesprächspsychotherapie, das *BVerwG* verwies die Sache an das *OVG* zurück.

## 4. WERBERECHT/WETTBEWERBSRECHT

### A) WERBUNG FÜR ZAHNARZTPRAXIS IN SUPERMÄRKTEN AN EINKAUFSWAGEN

*VG Minden, Urt. v. 14.01.2009 – 7 K 39/08 –*

RID 09-03-192

juris

Heilberufsg NRW § 6 I Nr. 6

Die generelle Untersagung, in Supermärkten in Form von an **Einkaufswagen** angebrachten Werbeschildern Werbung für seine Zahnarztpraxis - unabhängig von Größe, Inhalt, Aufmachung und Häufigkeit - zu betreiben, ist rechtswidrig. Die Werbung für eine Zahnarztpraxis auf dem Werbeträger Einkaufswagen ist für sich genommen allein aufgrund der **Wahl des Werbeträgers** nicht generell geeignet, das Vertrauen der Öffentlichkeit in die berufliche Integrität des werbenden Zahnarztes zu schmälern. Vielmehr sind auch auf dem Werbeträger Einkaufswagen in der Größe nicht zu beanstandende (kleine) Werbeschilder mit zulässigen Inhalten, wie beispielsweise einem nur für kurze Zeit erfolgenden Hinweis auf eine Praxisverlegung, wie auch in Zeitungsanzeigen erlaubt, denkbar.

### B) BERUFSWIDRIGE WERBUNG BEI VERWECHSLUNGSGEFAHR MIT DEM ZAHNÄRZTLICHEN NOTFALLDIENST

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.09.2008 – 13 B 1070/08 –*

RID 09-03-193

juris = GesR 2009, 331

HeilBerG NRW § 6 I Nr. 6

**Leitsatz:** 1. Berufswidrige Werbung durch einen privat organisierten zahnärztlichen Notdienst.

2. Berufsrechtliche Ordnungsverfügung einer Zahnärztekammer gegen einen Zahnarzt, der mit dem privatärztlichen Notdienst zusammenwirkt.

### C) KEINE IRREFÜHRENDE WERBUNG EINER ZAHNARZTPRAXIS MIT DEM ZUSATZ "ÄRZTEGEMEINSCHAFT"

*OLG Hamm, Urt. v. 24.03.2009 – 4 U 195/08 –*

RID 09-03-194

<sup>juris</sup>  
UWG §§ 3, 5 II 1 Nr. 3, 8 I, III Nr. 2

Die Werbung zweier Zahnärzte, die eine Assistenz-Ärztin angestellt haben, in der elektronischen Version des Branchentelefonbuchs "Gelbe Seiten" unter der Überschrift "Zahnarztpraxis Dr. T & G" mit dem Zusatz: "Ärztegemeinschaft T" bzw. "Ärztegemeinschaft C" ist nicht irreführend.

Ebs. bereits die Vorinstanz *LG Essen*, Urt. v. 11.08.2008 – 44 O 69/08 – RID 08-04-145.

### D) ZAHNÄRZTLICHER STRUKTURVERTRAG NACH § 73c SGB V UNTERLIEGT NICHT WETTBEWERBSRECHT

Das *LG* gab dem Antrag der antragstellenden Zahnärzte teilweise statt, das *OLG* wies ihre Berufung zurück.

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8 I, III Nr. 1; Telemediengesetz § 5; SGB V §§ 69, 73b, 73c

*LG Essen, Urt. v. 11.02.2009 – 41 O 5/09 –*

RID 09-03-195

<sup>juris</sup>

Eine **Internetwerbung** muss eine Anbieterkennung mit Informationen zur zuständigen Aufsichtsbehörde und/oder zur Kammer, welcher sie angehören und/oder zur gesetzlichen Berufsbezeichnung und dem Staat, in dem die Berufsbezeichnung verliehen worden ist und/oder zur Bezeichnung der berufsrechtlichen Regelungen und dazu, wie diese zugänglich sind, enthalten.

Es ist **unzulässig**, bei geschäftlichen Handlungen auf dem Gebiet der zahnmedizinischen Leistungserbringung

- a) für **Leistungen von Dentalhandelsgesellschaften und/oder Zahntechnikern** in seiner Funktion als approbierter Zahnarzt Werbung zu betreiben und/oder betreiben zu lassen, insbesondere mit der Aussage „Die Patienten sind sehr begeistert eigentlich, wenn ich ihnen so eine J-Variante vorschlage.“ und/oder „Die Arbeiten sind deutlich preisgünstiger, als im Internet gefertigte Arbeiten und die Patienten haben auch fünf Jahre Garantie auf diese Arbeiten und das ist natürlich etwas, was für den Patienten ganz, ganz wichtig ist.“ und/oder „Andererseits muss ich auch die Garantie vertreten können und die Arbeiten, die ich bis jetzt von J bekommen habe, sind alle perfekt und ich bin sehr zufrieden und kann auch besten Gewissens die fünf Jahre Garantie geben, auf diese Arbeit“;
- b) im Internet gegenüber Verbrauchern für **zahnärztliche Behandlungen** mit der **Werbeaussage** „Steht bei Ihnen in Kürze eine zahnärztliche Behandlung an?“ und „Möchten Sie bei Zahnersatz-Versorgungen Kosten sparen, ohne Kompromisse in der Qualität eingehen zu müssen?“ und „Wünschen Sie eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung zur Erhaltung Ihrer Zahngesundheit - ohne dafür jedes Mal tief ins eigene Portemonnaie greifen zu müssen?“ und „Legen Sie - trotz Preisbewusstsein - großen Wert auf eine fortschrittliche und servicestarke Zahnarztpraxis mit moderner technischer Ausstattung?“ und „...dann sind Sie auf diesen Seiten genau richtig!“ und „Denn hier erfahren Sie, wie Sie bei zahnärztlichen Behandlungen viel Geld sparen können, ohne auf Qualität und Sicherheit verzichten zu müssen.“ zu werben und/oder werben zu lassen;
- c) im Internet für **sein zahnärztliches Leistungsangebot mit Äußerungen Dritter**, insbesondere mit Dank-, Anerkennungs- und/oder Empfehlungsschreiben von Patienten zu werben und/oder werben zu lassen.

Zulässig ist es, sich auf einer Internetseite als **approbierter Zahnarzt** auflisten zu lassen.

Akzeptiert ein Zahnarzt Beschränkungen aufgrund von **Verträgen nach § 73c SGB V**, so wirkt er letztlich an der Ausführung des Gesetzes mit und kann sein Handeln selbst dann, wenn es möglicherweise gegen landesspezifische Verordnungen verstoßen sollte, nicht wettbewerbswidrig sein.

*OLG Hamm, Urt. v. 09.06.2009 – 4 U 53/09 –*

RID 09-03-196

<sup>juris</sup>

Die bundesweite **Werbung** einer zahnmedizinischen Klinik verbunden mit einer **Hotelempfehlung** ist zulässig.

Soweit im Rahmen der Verträge zur Erbringung von Zahnersatzleistungen und Leistungen der Individualprophylaxe der teilnehmende Zahnarzt verpflichtet wird, ausschließlich die von einer bestimmten GmbH genannten zahntechnischen **Labore oder Dentalhandelsgesellschaften** mit der

Erbringung/Beschaffung der zahntechnischen Leistungen zu beauftragen, so mag dies möglicherweise in Konflikt mit der **zahnärztlichen Therapiefreiheit** stehen. Diese Beurteilung ist den Zivilgerichten allerdings nach § 69 SGB V entzogen, wenn im Kern eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung Gegenstand der Streitigkeit ist. Dies ist der Fall, wenn sich das beanstandete Handeln gerade im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben des § 73c SGB V bewegt.

Der einzelne Zahnarzt darf das **Internet** im Hinblick auf seine Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 I GG) zur Selbstdarstellung nutzen. Es sind auch keine Gemeinwohlbelange ersichtlich, die es rechtfertigen könnten, einem Zahnarzt zu verbieten, einen **Zahnarztsuchservice** einzurichten.

#### E) TELEFONBUCHRUBRIK "PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE" UND MKG-CHIRURG

*OLG Hamm, Urt. v. 03.06.2008 – I-4 U 59/08, 4 U 59/08 –*

RID 09-03-197

juris

UWG §§ 3, 5, 8 I, III Nr. 2

Einem Facharzt für Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie mit der Zusatzqualifikation "Plastische Operationen" ist es untersagt, im Wettbewerb handelnd in Telefonbüchern unter der Rubrik "Plastische und Ästhetische Chirurgie" zu werben, wenn er nur mit dem Namen, der Anschrift und der Rufnummer verzeichnet ist.

Anders *OLG Köln, Urt. v. 15.08.2008 – 6 U 20/08 – RID 08-04-144.*

#### 5. ZIVILES VERTRAGSRECHT: AUSEINANDERSETZUNG EINER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

*LG Hagen, Beschl. v. 18.12.2006 – 8 O 474/06 –*

RID 09-03-198

MedR 2009, 352

BGB §§ 133, 157, 823 I, 1004

Leitsatz (MedR): 1. Im Fall des Vorhandenseins einer **Fortsetzungsklausel** hat der **ausscheidende Gesellschafter** jedenfalls vorläufig ärztliche Tätigkeiten in den Räumen der Gemeinschaftspraxis sowie die Nutzung der im Gesellschaftsvermögen befindlichen Praxisgegenstände und -einrichtungen zu unterlassen.

2. Der ausscheidende Gesellschafter ist nach dem Ausscheiden nicht berechtigt, die **Praxistelefonnummer** weiter zu nutzen.

3. Die ohne Einverständnis an die Patienten gerichtete **Ankündigung** des ausscheidenden Gesellschafters, der verbleibende Gesellschafter werde sich **an anderer Stelle im Stadtgebiet niederlassen**, stellt einen unzulässigen Eingriff in das Arzt/Patient-Verhältnis dar.

#### 6. KAMMERN

##### A) MKG-CHIRURG: BEITRAGSPFLICHT ZUR LANDESZAHNÄRZTEKAMMER TROTZ MDK-ANSTELLUNG

*VG Freiburg, Urt. v. 25.06.2009 – 4 K 2207/07 –*

RID 09-03-199

juris

VwGO § 43 II; VwVfG § 48 I 1; HeilBKG BW §§ 2 I Nr. 2, 26; KAG BW § 45

**Leitsatz:** Ein **Feststellungsantrag** ist nach § 43 Abs. 2 VwGO unzulässig, soweit die begehrte Feststellung ganz oder teilweise Inhalt eines bereits erlassenen Verwaltungsakts ist und die begehrte Feststellung mit dem Regelungsinhalt dieses Verwaltungsakts kollidiert.

Wenn eine Behörde einen **Bescheid über Abgaben** für die Zukunft festgesetzt hat, kann sie höhere Abgaben nur aufgrund eines geänderten Bescheids verlangen.

Die Erhebung von **Beiträgen** durch die **Landeszahnärztekammer** kann nur auf der Grundlage eines Verwaltungsakts erfolgen.

Rechtsgrundlage für die **Aufhebung eines Bescheids über die Beitragserhebung** ist § 48 Abs. 1 Satz 1 LVwVfG (offen geblieben: Anwendbarkeit der §§ 45, 3 Abs. 1 Nr. 4c KAG und der §§ 172 ff. AO).

Ein **Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg**, der als Arzt und Zahnarzt approbiert ist und in Baden-Württemberg wohnt, ist auch dann zur Zahlung des Mitgliedsbeitrags in der Landes Zahnärztekammer verpflichtet, wenn er als **Angestellter beim MDK** nur administrativ tätig ist und seine Tätigkeit den zahnärztlichen Bereich nur untergeordnet betrifft; durch die im Satzungsrecht der Landes Zahnärztekammer vorgesehenen (zweifachen) Ermäßigungen (wegen fehlender Liquidationsberechtigung und Doppelapprobation) verstößt die Beitragshöhe in seinem Fall nicht gegen den **Gleichheitssatz** und das **Äquivalenzprinzip**.

## B) APOTHEKERRKAMMERBEITRAG: BEITRAGSBEMESSUNG NACH DEM JAHRESUMSATZ

*OVG Niedersachsen, Urt. v. 25.09.2008 – 8 LC 31/07 –*

RID 09-03-200

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de> = juris

AMPreisV § 1 III Nr. 2; ApoG §§ 1 II, 2, 11a, 14 IV

**Leitsatz:** 1. Der Kammerbeitrag eines Apothekeninhabers durfte jedenfalls bis zum Jahr 2004 uneingeschränkt nach dem gesamten **Jahresumsatz** erhoben werden. Weder die Begrenzung der Beitragspflicht auf einen Höchstbeitrag noch die Privilegierung von Sonderumsätzen war verfassungsrechtlich geboten.

2. Nach §§ 25, 26 HKG (HKG ND) muss der **Beitragsatz** im Mitteilungsblatt der Kammer **bekannt gemacht** werden.

3. Die Apothekerkammer ist berechtigt, den Jahresumsatz zu **schätzen**, wenn der Apothekeninhaber keine entsprechende Erklärung abgibt.

4. Zur Auslegung von Schreiben einer Kammer als **Beitragsbescheid**.

## 7. VERSORGUNGSWERK

### A) AUSNAHMEN VON DER PFLICHTMITGLIEDSCHAFT IM ZAHNÄRZTLICHEN ALTERSVERSORGUNGSWERK

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 23.04.2009 – 8 LC 3/09 –*

RID 09-03-201

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de> = juris

Satzung für die Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung (ABH) der Zahnärztekammer Nieders.

**Leitsatz:** Nach § 8 Abs. 2 ABH ist von der Pflichtmitgliedschaft im Altersversorgungswerk der Zahnärztekammer Niedersachsen nur ausgenommen, wer zum 1. Januar 2005 das 45. Lebensjahr vollendet hat und zu diesem Zeitpunkt von der Mitgliedschaft in einem deutschen zahnärztlichen Versorgungswerk ausgenommen oder befreit worden ist.

### B) PFLICHTMITGLIEDSCHAFT IN VERSORGUNGSEINRICHTUNG

*VG Trier, Urt. v. 24.06.2009 – 5 K 185/09.TR –*

RID 09-03-202

[www.justiz.rlp.de](http://www.justiz.rlp.de)

**Leitsatz:** Eine Bezirksärztekammer ist nicht verpflichtet, einen in ihrem Zuständigkeitsbereich im **Angestelltenverhältnis tätigen Chefarzt** von der Pflichtmitgliedschaft in ihrer Versorgungseinrichtung zu befreien, weil er **außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs wohnhaft**, dort auf Honorarbasis ärztlich tätig und aufgrund einer Befreiung von der für den Wohnort zuständigen Bezirksärztekammer Mitglied einer anderen ärztlichen Versorgungseinrichtung ist.

### C) BEITRÄGE TROTZ INSOLVENZPLANS NACH EINKÜNFEN

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.06.2009 – 5 A 3363/07 –*

RID 09-03-203

juris

InsO §§ 1 S. 1, 100, 217, 227; HeilBerG NRW § 6a V

Daraus, dass in einem Insolvenzverfahren über das **Vermögen eines Mitglieds** eines zahnärztlichen Versorgungswerks ein **Insolvenzplan** aufgestellt, von der Gläubigerversammlung angenommen und durch das Insolvenzgericht bestätigt worden ist, lässt sich keine Verpflichtung des Versorgungswerks ableiten, als Bemessungsgrundlage für den Versorgungsbeitrag lediglich den aus der Insolvenzmasse an das Mitglied geleisteten **Unterhaltsbetrag** zugrunde zu legen. Im Rahmen des Heilberufsgesetzes ist zwingend vorgesehen, dass die berufsständischen Versorgungseinrichtungen von ihren Mitgliedern die zur Erbringung der Versorgungsleistungen notwendigen Beiträge erheben.

## II. Arzthaftung

### 1. BGH

#### A) MANGELNDE MITWIRKUNG DES PATIENTEN: AUFKLÄRUNG ÜBER RISIKO DER NICHTBEHANDLUNG

*BGH, Urf. v. 16.06.2009 – VI ZR 157/08 –*  
www.bundesgerichtshof.de = juris  
BGB § 823

RID 09-03-204

**Leitsatz:** Die mangelnde Mitwirkung des Patienten an einer medizinisch gebotenen Behandlung schließt einen Behandlungsfehler nicht aus, wenn der Patient über das Risiko der Nichtbehandlung nicht ausreichend aufgeklärt worden ist.

#### B) AUFKLÄRUNGSPFLICHT BEI UNKLARHEITEN IM GERICHTLICHEN SACHVERSTÄNDIGENGUTACHTEN

*BGH, Beschl. v. 21.01.2009 – VI ZR 170/08 –*  
VersR 2009, 499 = www.bundesgerichtshof.de = juris  
ZPO § 412; GG Art. 103

RID 09-03-205

**Leitsatz:** Der beklagte Arzt ist nicht verpflichtet, ein dem gerichtlichen Sachverständigengutachten entgegenstehendes Privatgutachten beizubringen. Das Gericht muss von sich aus Zweifel und Unklarheiten in den Ausführungen des gerichtlichen Gutachtens klären.

#### C) AUFKLÄRUNG VON WIDERSPRÜCHEN

*BGH, Beschl. v. 09.06.2009 – VI ZR 261/08 –*  
www.bundesgerichtshof.de = juris  
ZPO § 286 I §

RID 09-03-206

Der Tatrichter hat allen Unklarheiten, Zweifeln oder Widersprüchen von Amts wegen nachzugehen; insbesondere hat er Einwendungen einer Partei gegen das Gutachten eines gerichtlichen Sachverständigen zu berücksichtigen und die Pflicht, sich mit von der Partei vorgelegten Privatgutachten auseinander zu setzen und auf die weitere Aufklärung des Sachverhalts hinzuwirken, wenn sich ein Widerspruch zum Gerichtsgutachten ergibt.

#### D) ANHÖRUNG EINES RADIOLOGISCHEN SACHVERSTÄNDIGEN

*BGH, Beschl. v. 14.10.2008 – VI ZR 7/08 –*  
www.bundesgerichtshof.de = juris  
BGB § 823 I; ZPO §§ 287 I, 397, 402, 411 IV 2

RID 09-03-207

**Leitsatz:** 1. Das Gericht muss **auf Antrag der Partei einen radiologischen Sachverständigen anhören**, wenn das Gutachten des vom Gericht beauftragten orthopädischen Sachverständigen auf einer lediglich telefonischen Erläuterung des radiologischen Gutachtens beruhen kann.

2. Der Antrag einer Partei auf Anhörung eines (hier: radiologischen) Sachverständigen, der erst nach Ablauf einer Frist zur Stellungnahme zu dessen Gutachten gestellt wird, ist **nicht verspätet**, wenn die Partei erstmals in der mündlichen Verhandlung nach Fristablauf davon Kenntnis erhält, dass der (weitere) gerichtliche Sachverständige (hier: Orthopäde) sein Gutachten auf eine telefonische Erörterung mit dem erstgenannten Sachverständigen stützt.

3. Die Anwendung des **§ 287 Abs. 1 ZPO** ist nicht auf Folgeschäden einer Verletzung beschränkt, sondern umfasst neben einer festgestellten oder unstrittigen Verletzung des Körpers i.S.d. § 823 Abs. 1 BGB entstehende weitere Körperschäden aus derselben Schädigungsursache.

## 2. AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN

### A) AUFKLÄRUNG BEI STRAHLENTHERAPIE/HYPOTHETISCHE EINWILLIGUNG

*OLG München, Urt. v. 04.06.2009 – 1 U 4217/07 –*

RID 09-03-207a

juris  
BGB §§ 253, 823

Eine Patientin ist über die Möglichkeit einer Beeinträchtigung der Schilddrüse infolge der Strahlentherapie aufzuklären, nicht aber über das Risiko einer Strahlenzystitis.

### B) AUFKLÄRUNG DURCH TELEFONAT

*OLG München, Urt. v. 04.06.2009 – 1 U 3200/08 –*

RID 09-03-208

Revision zugelassen  
BGB § 823

Es ist zulässig, dass ein **Anästhesist** den **Vater einer minderjährigen Patientin** über die Operation **telefonisch** aufklärt. Der BGH verlangt für die Aufklärung ein vertrauensvolles Gespräch zwischen Arzt und Patient (BGH VersR 1985, 361/362). Die Verwendung von Informations- und Merkblättern ist nicht ausgeschlossen, diese sind auch durchaus üblich und für die Beteiligten vorteilhaft, sie vermögen jedoch das Gespräch nicht zu ersetzen. In einem Aufklärungsgespräch kann sich der Arzt davon überzeugen, dass der Patient die Hinweise und Informationen verstanden hat, zudem gibt ein Gespräch die Möglichkeit, auf individuelle Belange des Patienten einzugehen und eventuelle Fragen zu beantworten (BGH NJW 2000, 1784 Rn. 39). Diesen Belangen kann allerdings nicht nur in einem persönlichen Vier-Augen-Gespräch Rechnung getragen werden, auch in einem Telefonat kann sich der Arzt anhand der Reaktion oder durch Nachfrage davon überzeugen, dass der Patient die wesentlichen Punkte verstanden hat.

### C) CHIROPRAKTISCHE MANIPULATION AN DER HALSWIRBELSÄULE

*OLG Oldenburg, Urt. v. 25.06.2008 – 5 U 10/08 –*

RID 09-03-209

juris = VersR 2008, 1496  
BGB §§ 253, 823 I

**Leitsatz:** Vor einer chiropraktischen Manipulation an der Halswirbelsäule ist der Patient über die damit verbundenen Risiken aufzuklären (hier: Verletzung der Arteria vertebralis mit Durchblutungsstörungen einzelner Hirnareale).

### D) AUFKLÄRUNGSFEHLER BEI AUFKLÄRUNG DURCH EINE ARZTHELFERIN (HIER: KOLOSKOPIE)

*OLG Brandenburg, Urt. v. 27.03.2008 – 12 U 239/06 –*

RID 09-03-210

juris  
BGB § 823 I

Eine Aufklärung durch eine Arzthelferin bei bloßer Anwesenheit des Arztes im selben Raum genügt nicht den Anforderungen an eine ordnungsgemäße Aufklärung. Die Aufklärung des Patienten ist eine ärztliche Aufgabe, die nicht auf hilfsärztliches Personal delegiert werden kann.

### E) RECHTZEITIGKEIT DER AUFKLÄRUNG

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 24.02.2009 – 8 U 103/08 –*

RID 09-03-211

juris  
BGB §§ 253, 280 I

**Leitsatz:** Eine medizinische Aufklärung ist nur dann rechtzeitig, wenn der Patient ohne vermeidbaren Druck in die Lage versetzt wird, seine Entscheidung für oder gegen den Eingriff frei zu treffen. Das ist nicht mehr der Fall, wenn die Eltern eines wenige Wochen alten Kindes erst am Vorabend einer lebenswichtigen, aber nicht akut indizierten Herzoperation über deren Risiken informiert werden, nachdem das Kind schon operationsvorbereitenden Maßnahmen (u.a. Ultraschalluntersuchungen, Herzkatheder, Monitorüberwachung) unterzogen worden ist.

### 3. BEFUNDERHEBUNGS- UND BEHANDLUNGSFEHLER BEI DROHENDEM HERZINFARKT DURCH HAUSARZT

*OLG Jena, Urt. v. 18.02.2009 – 4 U 1066/04 –*

RID 09-03-212

OLGR Jena 2009, 419 = juris (nur LS)  
BGB § 823 I

**Leitsatz:** 1. Ein **Befunderhebungsfehler** - durch Unterlassen - kann dann haftungsbegründend dem behandelnden Arzt (hier Hausarzt) anzulasten sein, wenn bei weiterer (hier unterlassener) Befunderhebungen ein reaktionspflichtiger Befund festgestellt worden wäre, der seinerseits weitere Behandlungsmaßnahmen zwingend erforderlich gemacht hätte, die, falls sie unterlassen worden wären, dann ihrerseits als grob fehlerhaft zu bewerten gewesen wären mit der Folge einer Beweislastumkehr für die Patientenseite in Bezug auf die Kausalität des eingetretenen Primärschadens.

2. Grundsätzlich ist schon das **Nichterkennen einer (erkennbaren) Erkrankung** und der sie kennzeichnenden Symptome als Behandlungsfehler (in der Form eines Diagnosefehlers) zu werten. Irrtümer bei der Diagnosestellung sind jedoch nicht selten, weil die Symptome einer Erkrankung nicht immer eindeutig sind. Diagnosefehler, die objektiv auf eine Fehlbefundung zurückzuführen sind, können daher nur mit Zurückhaltung als relevante Behandlungsfehler gewertet werden; allerdings gilt dies nicht für eine **Fehlbefundung von Symptomen**, die für eine bestimmte Erkrankung kennzeichnend sind.

3. Die Unterlassung einer - angesichts der Unsicherheit der Diagnose - erforderlichen Überprüfung der Diagnose, also die **Nichterhebung gebotener weiterer Befunde** kann daher haftungsbegründend wirken, wenn der erste Befund auch den Verdacht einer Erkrankung nahe legt, die zwingend behandlungsbedürftig ist und die - auf Grund fehlerhafter Erstdiagnose - notwendige Behandlung (der nicht deutlich erkannten Krankheit) nur deshalb unterbleibt, weil der Erstbefund fehlerhaft und trotz notwendiger Abklärung eine weitere Befunderhebung unterlassen worden war. Denn für die gehörige Erhebung der faktischen Grundlagen für eine differenzierte Diagnostik und Therapie gilt - zum Wohl des Patienten - ein strenger Maßstab. Maßstab ist stets, was der (jeweilige) medizinische Standard gebietet, also was im konkreten Fall dem Qualitätsstandard einer sachgerechten Behandlung entspricht. Dabei sind bei schwerwiegenden Risiken für den Patienten - wie hier dem **drohenden Herzinfarkt** - auch vom behandelnden Arzt für unwahrscheinlich gehaltene Gefährdungsmomente auszuschließen. Bei Berücksichtigung dieses - strengen - Sorgfaltsmaßstabs darf der Arzt dem Patienten nicht die weitere Entscheidung darüber überlassen, ob dieser sich einer notwendigen klinischen Untersuchung zur differentialdiagnostischen Abklärung des Erstbefundes stellt.

4. Ein Verschulden des Arztes ist dann zu bejahen, wenn er aus seiner Sicht zur Zeit der Diagnosestellung entweder Anlass zu Zweifeln an der Richtigkeit der gestellten Diagnose hatte oder aber solche Zweifel gehabt und sie nicht beachtet hat.

### 4. DELEGATIONSFÄHIGKEIT VON INTRAVENÖSEN INJEKTIONEN AUF MTA FÜR RADIOLOGIE (MTRA)

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

RID 09-03-213

MedR 2009, 410  
BGB §§ 31, 280, 323; MTAG §§ 3 Nr. 2, 4, 9 III

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

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

### 5. DIAGNOSEFEHLER BEI SCHLAFAPNOE-SYNDROM

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.06.2009 – 8 U 240/08 –*

RID 09-03-214

juris = <http://web1.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf>  
BGB § 253

**Leitsatz:** Zum Vorliegen eines Diagnose- bzw. Befunderhebungsfehlers bei Verdacht auf ein.

## 6. SORGFALTSPFLICHTEN BEI SOG. SCHMERZMITTELPUMPE/SCHMERZENSGELD

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 10.03.2009 – 8 U 253/07 –*

RID 09-03-215

juris  
BGB §§ 249, 253, 280 I

**Leitsatz:** 1. Zu den ärztlichen Sorgfaltspflichten eines Anästhesisten/Schmerzmediziners bei der regelmäßigen Befüllung einer subkutanen sog. "**Schmerzpumpe**".

2. Erleidet ein Patient durch die unkontrollierte Ausschüttung von Schmerzmitteln aus einer undichten Schmerzpumpe erhebliche Beschwerden, die dazu führen, dass er zeitweise sogar intensivmedizinisch betreut werden muss und muss er sich wegen des Behandlungsfehlers des beklagten Schmerzmediziners eines vorzeitigen operativen Austauschs der Schmerzpumpe unterziehen, so kann ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 6.000 € gerechtfertigt sein.

## 7. NACHBLUTUNGEN NACH SCHILDDRÜSENOPERATION: HAFTUNG ANÄSTHESIST/CHIRURG

*LG Paderborn, Urt. v. 19.05.09 - 2 O 467/06 –*

RID 09-03-216

www.justiz.nrw.de/ses/nrwesearch.php  
BGB §§ 278, 823

Für Komplikationen rein chirurgischer Natur haftet nicht der **Anästhesist**.

Ist ein **chirurgischer Chefarzt** nicht selber dazu in der Lage, nach einer Schilddrüsenoperation nach der Patientin, bei der nach dem Aufwachen auf der Normalstation im Operationsgebiet Nachblutungen auftreten, die eine Atemnot verbunden mit einem Stridor (Geräusch beim Ausatmen) verursachen, muss er einen Chirurgen und keinen Anästhesisten schicken. Stirbt die Patientin, so ist ein **Schmerzensgeld** von 250.000 € angemessen

## 8. GROBER BEHANDLUNGSFEHLER BEI ELLENBOGENFRAKTUR EINES KLEINKINDES

*LG Karlsruhe, Urt. v. 20.02.2009 – 6 O 115/07 –*

RID 09-03-217

juris  
BGB § 823

**Leitsatz:** 1. Die bei einem **Kleinkind** zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung nicht sicher abklärbare Art der Fraktur in einem höchst sensiblen Gelenkbereich - hier letztlich: eine intraartikuläre transkondyläre Y-Fraktur des rechten Oberarmknochens (Humerus) - gibt Anlass zur besonderen Sorgfalt ärztlicher Behandlung.

2. Bei einer zunächst mit Gipsverband behandelten Ellenbogenfraktur eines 2 Jahre und 3 Monate alten Kindes stellt die **unterlassene Weiterverweisung** an einen Kinderchirurgen bzw. unterlassene Anordnung einer engmaschigen und zeitnahen Kontrolle einen groben Behandlungsfehler dar.

## 9. FEHLENDER KAUSALITÄTSNACHWEIS: INJEKTIONSBEHANDLUNG MIT DEM LOKALANÄSTHETIKUM XYLONEST

*OLG Düsseldorf, Urt. v. 15.01.2009 – I-8 U 66/07 –*

RID 09-03-218

www.justiz.nrw.de  
BGB §§ 611, 823 I, 847

Nach allgemeinen Grundsätzen hat ein Patient im Rahmen eines Arzthaftungsprozesses einen Behandlungsfehler des Arztes, aus dem er Schadensersatzansprüche herleitet, sowie dessen Ursächlichkeit für den bei ihm aufgetretenen Gesundheitsschaden zu **beweisen** (vgl. BGH, NJW 1995, 1618; st. Rspr.).

Der **Mangel einer ordnungsgemäßen Aufklärung** vor Verabreichung des Lokalanästhetikums Xylonest wirkt sich dann nicht negativ aus, wenn schon nicht festgestellt werden kann, dass die Injektion zu dem allergischen Zwischenfall oder zum anaphylaktischen Schock des Patienten geführt hat, insbesondere wenn die Ursache dieser Reaktion nicht geklärt werden kann.

## 10. DAUERThERAPIE MIT GLUKOKORTIKOSTEROIDEN/NICHTBEFOLGEN MEDIZINISCHER RATSCHLÄGE

*OLG Naumburg, Urt. v. 14.08.2008 – 1 U 8/08 –*  
juris = GesR 2009, 37 = MedR 2009, 292  
BGB §§ 280, 823 I

RID 09-03-219

**Leitsatz:** 1. Eine **Dauertherapie mit Glukokortikosteroiden** (hier: Dexamethason®) ist trotz der damit verbundenen Risiken erheblicher Nebenwirkungen nicht behandlungsfehlerhaft, wenn Behandlungsalternativen nicht gegeben sind bzw. vom Patienten trotz eingehender Aufklärung über die Risiken der dauerhaften Kortisonbehandlung einerseits und diejenigen der Nichtbehandlung andererseits strikt abgelehnt werden.

2. Ein Arzt (hier der Hausarzt) ist nicht verpflichtet, die Dauerbehandlung mit Glukokortikosteroiden trotz Überschreitens der sog. „Cushing-Schwellendosis“ abubrechen, wenn der Patient seinen **medizinischen Ratschlägen nicht Folge leistet**. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Entscheidung des Patienten nicht auf mangelnder Urteilkraft oder auf Unverständnis beruht, sondern auf einer bewussten Entscheidung für ein u.U. kürzeres, aber mit höherer Lebensqualität geführtes Leben.

3. Auch wenn ein medizinischer Sachverständiger eine Therapiewahlentscheidung als eine „**schwer wiegende Fehlentscheidung**“ bezeichnet, ist daraus nicht ohne Weiteres auf einen groben Behandlungsfehler zu schließen; vielmehr ist regelmäßig mit dem Sachverständigen zu erörtern, ob er den Behandlungsfehler lediglich im Hinblick auf seine konkreten Folgen als „schwer wiegend“ bewertet oder wegen des Grades der Abweichung vom medizinischen Facharztstandard.

## 11. SCHMERZENGELD: GEBRAUCHSUNTÜCHTIGKEIT DES ARMS/GEMINDERTE LEISTUNGSFÄHIGKEIT DER LUNGE

*OLG Köln, Beschl. v. 05.09.2008 – 5 W 44/08 –*  
juris = VersR 2009, 276 = www.justiz.nrw.de = MedR 2009, 346  
BGB § 253

RID 09-03-220

Kommt es infolge unsachgemäßer Lösung einer Schulterdystokie zu einer Schädigung des Plexus brachialis rechts und des Nervus phrenicus, die zu einer vollständigen Gebrauchsuntüchtigkeit des Arms und darüber hinaus zu einer um 50 % geminderten Leistungsfähigkeit des rechten Lungenflügels führt, ist ein Schmerzensgeld von 75 000 Euro angemessen.

## 12. PERSÖNLICHE HAFTUNG DES DURCHGANGSARZTES DER BG BEI FEHLERHAFTEM ÄRZTLICHEN HANDELN

*OLG Bremen, Urt. v. 27.03.2009 – 5 U 70/08 –*  
juris  
BGB § 839; GG Art. 34

RID 09-03-221

**Leitsatz:** Der so genannte Durchgangsarzt der Berufsgenossenschaft haftet nur dann für fehlerhaftes ärztliches Handeln persönlich, wenn er nicht in Erfüllung der der Berufsgenossenschaft gegenüber dem Patienten obliegenden öffentlich-rechtlichen Pflicht gemäß Art. 34 GG, § 839 BGB, sondern aufgrund eines zwischen ihm und dem Patienten zustande gekommenen zivilrechtlichen Behandlungsverhältnisses tätig geworden ist. Dies ist nicht der Fall, wenn er bei Nachschauterminen lediglich überprüft, ob die allgemeine Heilbehandlung fortgesetzt oder zu einer besonderen Heilbehandlung übergegangen werden soll.

## 13. ABLEHNUNG DES SACHVERSTÄNDIGEN WEGEN BESORGNIS DER BEFANGENHEIT

*OLG Nürnberg, Beschl. v. 06.10.2008 – 5 W 790/08 –*  
juris = MedR 2009, 413  
ZPO §§ 406 I u. II, 411 IV

RID 09-03-222

**Leitsatz (MedR):** 1. Liegt der Ablehnungsgrund im Gutachten, so dass seine Geltendmachung eine Auseinandersetzung mit dessen Inhalt erfordert, ist er im Allgemeinen innerhalb der vom Gericht zur Stellungnahme nach § 411 IV ZPO gesetzten Frist geltend zu machen. Dies gilt auch dann, wenn die Äußerungsfrist verlängert wurde.

2. Für die Ablehnung eines Sachverständigen wegen der Besorgnis der Befangenheit genügt jede Tatsache, die ein auch nur subjektives Misstrauen in die Unparteilichkeit des Sachverständigen vernünftigerweise rechtfertigen kann, wie z.B. Abweichungen des Sachverständigen vom Beweisbeschluss und/oder einseitige Übernahme von Parteivortrag.

## 14. KEINE HAFTUNG PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS BEI IMPFSCHÄDEN OHNE KAUSALITÄTSNACHWEIS

*LG München I, Urt. v. 12.01.2007 – 6 O 23277/04 –*  
ZMGR 2009, 105  
BGB §§ 823, 847

RID 09-03-223

**Leitsatz:** Eine sekundäre Impffolge, deren schädliche Wirkung hinsichtlich dieser Sekundärfolge nicht über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgeht, führt nicht zu einer Schadensersatzpflicht gemäß § 84 AMG a.F.

## 15. KEINE NEBENINTERVENTION DER GESETZLICHEN KRANKENKASSE IM HAFTPFLICHTPROZESS DES PATIENTEN

*OLG Koblenz, Beschl. v. 14.04.2009 – 5 U 309/09 –*  
juris = GesR 2009, 329 = MDR 2009, 708  
ZPO §§ 66, 68, 70; SGB X § 116

RID 09-03-224

**Leitsatz:** Der Krankenversicherer des Patienten kann dessen Haftpflichtprozess gegen den Arzt nicht als Nebenintervenient beitreten.

## 16. ZAHNÄRZTE: AUFKLÄRUNG BEI ZAHNEXTRAKTION ÜBER DAUERHAFTES SCHÄDIGUNG DES NERVUS LINGUALIS

*OLG Köln, Urt. v. 06.10.2008 – 5 U 84/08 –*  
juris = VersR 2009, 834  
BGB § 823

RID 09-03-225

**Leitsatz:** 1. Über **sehr seltene Risiken** ist nur dann **aufzuklären**, wenn sie den Patienten in der Lebensführung schwer belasten und trotz ihrer Seltenheit für den Eingriff spezifisch und für den Laien überraschend sind. Über das Risiko einer dauerhaften Schädigung des Nervus lingualis ist nicht aufzuklären, wenn dieses Risiko dem Eingriff (hier: Extraktion des Zahns 36) nicht spezifisch anhaftet (entgegen OLG Koblenz VersR 2005, 118).

2. Bei einer akuten und schmerzhaften **Entzündung im Wurzelspitzenbereich** ist die Extraktion notwendig indiziert und das sog. „Mittel der Wahl“. Einer Aufklärung über eine Wurzelspitzenresektion als alternative Behandlungsmethode bedarf es daher nicht.

3. Die ILA stellt keine echte Behandlungsalternative für die Betäubung des Operationsbereichs dar, sodass über diese - theoretisch mögliche - **Alternative zur Betäubung** nicht aufgeklärt werden muss. Dieses Verfahren ist nie gleichberechtigte Methode neben der Terminal und Leitungsanästhesie geworden, da insbesondere bei einem vorbestehenden Entzündungsprozess keine ausreichende Anästhesietiefe erzielt werden kann.

## III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

### 1. PRIVATBEHANDLUNG

#### A) ARZTVERTRAG MIT LABORARZT/MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER UNTERSUCHUNG

*OLG Brandenburg, Urt. v. 03.06.2009 – 4 U 111/08 –*  
Revision zugelassen  
BGB §§ 611 I, 612; GOÄ § 1

RID 09-03-226

Eine von einem Patienten beim Hausarzt unterschriebene „**Privatzuweisung**“, in der es u.a. heißt, „Rechnung direkt an den Patienten... Patienteninformation: Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt über die medizinische Notwendigkeit der Durchführung o.g. Laboruntersuchung informiert und erkläre mein Einverständnis hierzu. Mir ist bekannt, dass die erbrachten Laborleistungen nach der derzeit gültigen 'Gebührenordnung für Ärzte' (GOÄ) berechnet werden und ich der Rechnungsempfänger bin.“, und die an den Laborarzt weitergeleitet wird, begründet einen **Arztvertrag** und Vergütungsanspruch des Laborarztes gegen den Patienten.

Die **medizinische Notwendigkeit einer Untersuchung** kann durch einen lediglich hinzugezogenen **Laborarzt** nur dergestalt erfüllt werden, dass er prüft, ob die von dem überweisenden Arzt angeforderte Laboruntersuchung objektiv für die Befunderhebung erforderlich und geeignet ist und ob es - im Sinne der Wirtschaftlichkeit - möglicherweise kostengünstigere, ebenso geeignete Laboruntersuchungen gibt. Die medizinische Indikationsstellung für die Laboruntersuchung selbst ist von dem externen Laborarzt aber schon von vornherein nicht erfüllbar, weil er die Patientenuntersuchung und Indikationsstellung gerade nicht schuldet.

## B) ÖRTLICHE ZUSTÄNDIGKEIT BEI ÄRZTLICHER HONORARKLAGE

*LG Mannheim, Urt. v. 13.03.2009 – 1 S 142/08 –*

RID 09-03-227

Revision zugelassen  
BGB § 269; ZPO § 29

juris

**Leitsatz:** Die Honorarforderung eines Zahnarztes ist am Wohnort des Patienten zu erfüllen. Ein besonderer Gerichtsstand des Erfüllungsortes gemäß § 29 ZPO am Praxissitz des Zahnarztes besteht für den Honoraranspruch nicht.

## C) KÜNDIGUNG DES ZAHNARZTES NACH SIEBENJÄHRIGER BEHANDLUNG MIT REGULIERUNGSSCHIENE

*KG Berlin, Urt. v. 04.06.2009 – 20 U 49/07 –*

RID 09-03-228

juris  
BGB §§ 253 II, 627 II 2, 823

**Leitsatz:** 1. Der Arztbehandlungsvertrag kann als Dienstvertrag höherer Art grundsätzlich von beiden Seiten **jederzeit gekündigt** werden, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt.  
2. Eine **Schadensersatzpflicht des Arztes** kann in Betracht kommen, wenn eine **Kündigung** zur Unzeit vorliegt und die vom Patienten benötigten Dienste nicht anderweitig beschafft werden können, etwa bei einer Monopolstellung des Arztes.

## 2. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

### A) BVERFG: PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG - ÄNDERUNGEN DURCH GKV-WSG

#### AA) BASISTARIF, ALTERUNGSRÜCKSTELLUNGEN U. JAHRESARBEITSENTGELTGRENZE VERFASSUNGSGEMÄß (GKV-WSG)

*BVerfG, Urt. v. 10.06.2009 – 1 BvR 706/08 u.a. –*

RID 09-03-229

www.bundesverfassungsgericht.de = juris  
GG Art. 3 I, 9 I, 12 I, 14 I, 74 I Nr. 11

**Leitsatz:** 1. Die Einführung des **Basistarifs** durch die Gesundheitsreform 2007 zur Sicherstellung eines lebenslangen, umfassenden Schutzes der Mitglieder der privaten Krankenversicherung ist verfassungsgemäß.  
2. Der Gesetzgeber durfte zur Erleichterung des Versicherungswechsels und zur Verbesserung des Wettbewerbs in der privaten Krankenversicherung die teilweise **Portabilität der Alterungsrückstellungen** vorsehen.  
3. Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse darf auf ein dreijähriges Überschreiten der **Jahresarbeitsentgeltgrenze** ausgedehnt werden.  
4. Den Gesetzgeber trifft eine **Beobachtungspflicht** im Hinblick auf die Folgen der Reform für die Versicherungsunternehmen und die bei Ihnen Versicherten.

#### BB) KONTRAHIERUNGSZWANG BEI KLEINEREN VERSICHERUNGSVEREINEN A.G.

*BVerfG, Beschl. v. 10.06.2009 – 1 BvR 825 u. 831/08 –*

RID 09-03-230

www.bundesverfassungsgericht.de = juris  
GG Art. 9 I; VAG §§ 12 I b 1, 53 I 1; VVG § 193 V 1

**Leitsatz:** Der Kontrahierungszwang für Krankenversicherungen nach Einführung des Basistarifs durch die Gesundheitsreform 2007 greift bei kleineren Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit im Sinne von § 53 VAG in die Vereinigungsfreiheit des Art. 9 Abs. 1 GG ein. Der Kontrahierungszwang besteht deswegen nur gegenüber Antragstellern aus ihrem nach der Satzung vorgesehenen Mitgliederkreis.

## **B) BGH: BATTERIEKOSTEN FÜR EIN HÖRGERÄT (HIER: COCHLEAR IMPLANTAT)**

**BGH, Beschl. v. 13.05.2009 – IV ZR 217/08 –**

**RID 09-03-231**

www.bundesgerichtshof.de = juris

MB/KK § 1 I Buchst. a Alt. 1, 4 III

**Leitsatz:** Die Batteriekosten für ein Hörgerät (hier: Cochlear Implantat) sind nach den MB/KK 94 nicht erstattungsfähig. Die reinen Betriebskosten sind insbesondere weder Kosten der ärztlichen Behandlung noch Reparaturkosten für Hilfsmittel. Tarifvertraglichen Regelungen für eine Kostenerstattung bei Herzschrittmachern ist ein allgemeines Leistungsversprechen zur Übernahme von Energiekosten für einen Geräteeinsatz nicht zu entnehmen.

## **C) „NOTWENDIGE HEILBEHANDLUNG“ BEI NOCH UNZUREICHEND ERFORSCHTER KRANKHEIT (HIER: FIBROMYALGIE)**

**KG Berlin, Urt. v. 18.01.2008 – 6 U 72/05 –**

**RID 09-03-232**

juris

VVG § 62 II; MB/KK 1976 § 1 Nr. 2

**Leitsatz:** 1. Zur „notwendigen Heilbehandlung“ i.S.v. § 1 Nr. 2 MB/KK 76, wenn der Versicherungsnehmer an einer wissenschaftlich noch nicht zureichend erforschten Krankheit (hier: Fibromyalgie) erkrankt ist.

2. Zur Schadensminderungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 62 Abs. 1 VVG, sich einer bestimmten Heilbehandlung (hier: einer psychotherapeutischen Behandlung) zu unterziehen.

## **D) KEINE LASIK-BEHANDLUNG BEI MÖGLICHER VERSORGUNG MIT BRILLE ODER KONTAKTLINSEN**

**LG Köln, Urt. v. 13.05.09 – 23 S 53/08 –**

**RID 09-03-233**

Revision zugelassen

www.justiz.nrw.de

AVB §§ 1 II

Die **Risiken einer Lasik-Operation**, bei der ein Teil der Hornhaut mittels eines Lasers abgenommen wird, um eine Brechkraftveränderung der Hornhaut zu erzielen und so die Sehkraft zu verbessern, reichen von einer Verschlechterung des Sehvermögens bis zu einem vollständigen Verlust der Sehkraft. Es kommt hinzu, dass auch bei erfolgreichem Verlauf ein vollständiges und insbesondere dauerhaftes Ausgleichen der Fehlsichtigkeit nicht sicher erwartet werden kann, sondern vielfach lediglich eine Verbesserung der Sehfähigkeit eintritt, die weiterhin das Tragen einer Brille erforderlich macht. In Anbetracht der relativ hohen, mit der Lasik-Behandlung einhergehenden Risiken und der Unsicherheiten in Bezug auf den Behandlungserfolg muss auch die aufgrund der Fehlsichtigkeit vorliegende Belastung des Versicherungsnehmers entsprechend hoch sein. Dies ist nur dann der Fall, wenn die Fehlsichtigkeit nicht durch die **Versorgung mit einer Brille oder Kontaktlinsen** ausgeglichen werden kann oder eine solche Versorgung nicht zumutbar ist. Erst dann ist eine Lasik-Behandlung medizinisch notwendig.

## **E) FRISTLOSE KÜNDIGUNG NACH TÄUSCHUNG ÜBER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT**

**OLG Koblenz, Urt. v. 14.11.2008 – 10 U 592/07 –**

**RID 09-03-234**

NJW-RR 2009, 461 = VersR 2009, 771 = juris

ZPO §286; VVG § 12

**Leitsatz:** 1. Täuschung über Pflegebedürftigkeit ist Grund für fristlose Kündigung der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt.

2. Zum Nachweis der Leistungserschleichung; "Pseudodemenz" als Täuschungsverhalten in Abgrenzung zur subjektiven Krankheitsvorstellung.

3. Zur Verjährung von Leistungsansprüchen aus der privaten Krankenversicherung.

## **F) § 5 GOZ ÜBERSTIEGENDE VEREINBARE STEIGERUNGSSÄTZE IN ZAHNARZTRECHNUNG**

**LG Mannheim, Urt. v. 30.01.2009 – 1 S 141/05 –**

**RID 09-03-235**

NJW-RR 2009, 749

VVG a.F. § 178b; MB/KK 76 § 1

**Leitsatz (NJW-RR):** In der Krankheitskostenversicherung hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Aufwendungen für eine zahnärztliche Behandlung auch dann zu ersetzen, wenn der 5,9-fache, der 7-fache und der 8,2-fache Steigerungssatz angesetzt sind, sofern diesen Sätzen eine individuell getroffene Vergütungsvereinbarung zu Grunde liegt.

### 3. BEIHILFE

#### A) BVERWG

##### AA) KÜRZUNG DER BEIHILFE UM DIE SOG. PRAXISGEBÜHR RECHTMÄßIG

*BVerwG, Urt. v. 30.04.2009 – 2 C 127/07–*

RID 09-03-236

www.bverwg.de = juris

BhV § 12 I 2 HS 1; GG Art. 33 V

**Leitsatz:** Die Kürzung der Beihilfe um die sogenannte Praxisgebühr ist mit dem Fürsorge- und Alimentationsgrundsatz vereinbar. Die Ausgleichsregelung in Härtefällen garantiert, dass die beihilfeberechtigten Beamten nicht unzumutbar belastet werden.

Parallelverfahren: *BVerwG, Urt. v. 30.04.2009 – 2 C 11/08 –*

RID 09-03-237

##### BB) ANGEMESSENHEIT DER KOSTEN EINER STATIONÄREN BEHANDLUNG

*BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 129/07 –*

RID 09-03-238

www.bverwg.de = juris

LBG NRW § 88; BVO NRW §§ 3 I, 4 I Nr. 2; GG Art. 33 V

**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.

Parallelverfahren: *BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 130/07 –*

RID 09-03-239

*BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 131/07 –*

RID 09-03-240

*BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 132/07 –*

RID 09-03-241

*BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 133/07 –*

RID 09-03-242

##### CC) KEIN AUSSCHLUSS DER BEIHILFE FÜR BEHANDLUNG IN SCHWEIZ

*BVerwG, Urt. v. 19.02.2009 – 2 CN 1/07 –*

RID 09-03-243

www.bverwg.de = juris

BhV SH § 8 IV Nr. 8; BG SH § 100; GG Art. 3 I, 31, 80; EGFreizügAbk Schweiz; EG Art 49, 50 EG

**Leitsatz:** Der Ausschluss der Beihilfe für anlässlich einer privaten Reise in der Schweiz entstandene notwendige medizinische Aufwendungen in der Beihilfeverordnung eines Landes verstößt gegen Bundesrecht.

##### DD) ERSATZFÄHIGE AUFWENDUNGEN FÜR ARZNEIMITTEL ÜBER FESTBETRAG

*BVerwG, Urt. v. 28.05.2009 – 2 C 28/08 –*

RID 09-03-244

www.bverwg.de = juris

SGB V §§ 34 I 1 u. 6, 35; BhV § 6 I Nr. 2 Satz 2 Buchst. a

**Leitsatz:** Die Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel sind auch dann in voller Höhe beihilfefähig, wenn ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt worden ist.

In den Beihilfevorschriften nicht vorgesehene Leistungseinschränkungen lassen sich nicht auf Hinweise des Bundesministers des Innern stützen

#### B) KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

##### AA) KEINE BEIHILFE FÜR MAßNAHMEN AM KÖRPER DER EHEFRAU

*OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.06.2009 – 10 A 10309/09 –*

RID 09-03-245

juris

BhV §§ 1 IV, 6 I Nr. 13 S. 1 u. 2; SGB V § 27a

**Leitsatz:** 1. Nach den **Beihilfevorschriften des Bundes** darf bei der Erstattung von Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung das in der gesetzlichen Krankenversicherung geltende **Körperprinzip** angewandt werden. Das hat zur Folge, dass der Beamte zu den Aufwendungen, die für Maßnahmen

am Körper seiner **Ehefrau** entstehen, keine Beihilfeleistungen erhält, wenn die Ehefrau keine berücksichtigungsfähige Angehörige ist.

2. Dies gilt auch, wenn die Ehefrau von ihrem Dienstherrn (hier: das Land Hessen) keine Leistungen für die an ihrem Körper durchgeführten Maßnahmen der künstlichen Befruchtung erhält, weil die **Beihilfevorschriften des Landes das Verursacherprinzip** anwenden und die Ursache für die Unfruchtbarkeit des Ehepaares in der Person des Ehemannes liegt.

3. Aus der **allgemeinen Fürsorgepflicht** folgt auch in diesem Fall grundsätzlich kein Anspruch des Ehemannes auf Übernahme der ungedeckten Aufwendungen.

## **BB) SACHLEISTUNGSANSPRUCH DES EHEGATTEN NACH SGB V**

*OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.07.2009 – 4 B 3/08 –*

**RID 09-03-246**

juris

BhV §§ 5 IV Nr. 1 S. 3 u. Nr. 2, 6 I Nr. 1, 2 u. 13; SGB V § 27a

**Leitsatz:** 1. § 6 Abs. 1 Nr. 13 BhV ist trotz Verstoßes gegen den Vorbehalt des Gesetzes für eine Übergangszeit weiter anwendbar und materiell mit höherrangigem Recht vereinbar.

2. Gemäß § 5 Abs. 4 Nr. 1 Satz 3 Buchst. b BhV besteht bei künstlicher Befruchtung kein Anspruch auf Beihilfe, soweit der Ehegatte des Beihilfeberechtigten in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist und dort Sachleistungen (insbesondere für extrakorporale Maßnahmen) hätte in Anspruch nehmen können.

3. Der Grundsatz der Subsidiarität der Beihilfe wird im Fall des § 6 Abs. 1 Nr. 13 BhV weder durch ein Wahlrecht noch durch ein Prinzip der Kostenteilung eingeschränkt.

**Parallelverfahren:** *OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.07.2009 – 4 B 4/08 –*

**RID 09-03-247**

*OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.07.2009 – 4 B 5/08 –*

**RID 09-03-248**

## **C) LEISTUNGSAUSSCHLUSS NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER ARZNEIMITTEL**

### **AA) KONKRETISIERUNG DURCH AMR (ARZNEIMITTEL NATIL MIT WIRKSTOFF CYCLANDELAT)**

*VGH Bayern, Beschl. v. 05.03.2009 – 14 BV 06.815 –*

**RID 09-03-249**

juris

GG Art. 33 V; SGB V §§ 34 I 1, 91 I 1, 92 I 2 Nr. 6; BhV §§ 5 I 1, 6 I Nr. 2 Buchst. b, 12 II; AMR

Das **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel** Natil mit dem Wirkstoff Cyclandelat ist gemäß § 6 I Nr. 2 S. 2 Buchst. b BhV a. F. **nicht beihilfefähig**. Dieses Arzneimittel ist auch nicht in den nach dieser Regelung maßgeblichen Ausnahmetatbeständen der Nr. 16 AMR des Gemeinsamen Bundesausschusses enthalten.

Die Nrn. 16.1 bis 16.3 **AMR** sind keine eigenständigen Anspruchsgrundlagen, sie nehmen vielmehr Bezug auf § 34 I 2 SGB V und konkretisieren die im Gesetz genannten unbestimmten Rechtsbegriffe der schwerwiegenden Erkrankung und des Therapiestandards. Weitere Ausnahmen sind auch dann nicht möglich, wenn im konkreten Fall mit diesen Arzneimitteln bessere Behandlungserfolge erzielt werden, als mit verschreibungspflichtigen Medikamenten, die beihilfefähig sind (vgl. BayVGH v. 24.9.2007 - 14 ZB 06.2611 -; v. 10.11.2008 - 14 ZB 06.1346 -).

### **BB) GEWICHTSREDUZIERENDES ARZNEIMITTEL ACOMPLIA**

*VGH Bayern, Beschl. v. 20.03.2009 – 14 ZB 08.3233 –*

**RID 09-03-250**

juris

GG Art. 33 V; SGB V §§ 34 I 1, 91 I 1, 92 I 2 Nr. 6; BhV §§ 5 I 1, 6 I Nr. 2 Buchst. a, 12 II; AMR

Aufwendungen für das Arzneimittel Acomplia sind gemäß § 6 I Nr. 2 S. 2 Buchst. a BhV a.F. auch dann nicht beihilfefähig, wenn die Behandlung mit dem gewichtsreduzierenden Arzneimittel Acomplia medizinisch notwendig sein soll, um eine Diabetes-mellitus-Erkrankung abzuwenden.

## D) ZAHNÄRZTE: ANALOGBERECHNUNG BEI DENTIN-ADHÄSIV-KOMPOSITFÜLLUNG

*OVG Sachsen, Urt. v. 01.04.2009 – 2 A 86/08 –*

RID 09-03-251

juris

BhV § 5; GOZ §§ 5, 6, 10

**Leitsatz:** Zulässigkeit der Analogberechnung nach Gebührenposition 215 ff. GOZ bei Dentin-Adhäsiv-Kompositfüllung und der Anwendung des Gebührenrahmens von § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ.

## IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel

### 1. HEILMWERBG: WIRKSTOFFGLEICHES PREISGÜNSTIGES ARZNEIMITTEL/„GENERIKUM“ (CLOPIDOGREL)

*OLG Hamburg, Urt. v. 02.07.2009 – 3 U 221/08 –*

RID 09-03-252

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5; HeilmWerbG § 3; AMG § 24b II; SGB V § 129 I; ApoBetrO § 17 V; EGRL 83/2001 Art. 10 II Buchst b

**Leitsatz:** 1. Ein **wirkstoffgleiches preisgünstiges Arzneimittel** verfügt bereits dann über den „gleichen Indikationsbereich“ im Sinne des § 129 Abs. 1 S. 2 SGB V, wenn es für diejenige Einzelindikation zugelassen ist, für welche das auszutauschende Arzneimittel verordnet wurde. Ist die Substituierbarkeit wegen unterschiedlicher Indikationsbereiche unklar, darf der Apotheker das preisgünstige Arzneimittel gemäß § 17 Abs. 5 Apothekenbetriebsordnung nicht abgeben, bevor die Unklarheit – etwa durch Rücksprache mit dem verordnenden Arzt – beseitigt ist.

2. Wird ein Arzneimittel in der Werbung als „**Generikum**“ bezeichnet, so fassen die Fachkreise diese Bezeichnung aus klinisch-praktischer Perspektive und in Übereinstimmung mit der Begriffsbestimmung in Art. 10 Abs. 2 lit. b der Richtlinie 2001/83/EG dahingehend auf, dass es sich um ein nach Wirkstoff, Darreichungsform und Bioverfügbarkeit einem anderen Arzneimittel gleiches, jedoch preiswerteres Präparat handele. Nicht hingegen muss es sich nach dem Verständnis der Fachkreise um ein durch förmliche Bezugnahme auf das mittlerweile patentfreie Referenzarzneimittel zugelassenes, chemisch identisches Präparat handeln.

### 2. EUGH: FREMDBESITZVERBOT FÜR APOTHEKEN ZULÄSSIG

*EuGH, Urt. v. 19.05.2009 – C-171 u. 172/07 –*

RID 09-03-253

curia.europa.eu

Apothekerkammer des Saarlandes u.a. / Saarland, Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales

Die Art. 43 EG und 48 EG stehen einer nationalen Regelung wie der in den Ausgangsverfahren fraglichen nicht entgegen, die Personen, die keine Apotheker sind, den Besitz und den Betrieb von Apotheken verwehrt.

### 3. UMSTRITTENE GELTUNG DER ARZNEIMITTELPREIS-VERORDNUNG FÜR AUSLÄNDISCHE VERSANDAPOTHEKEN

SGB V §§ 31, 61, 62; SGG § 51 I Nr. 2, II 1; GVG § 13

*OLG Hamburg, Urt. v. 19.02.2009 – 3 U 225/06 –*

RID 09-03-254

juris = A&R 2009, 87

Auch eine ausländische Apotheke, die Medikamente an Besteller aus Deutschland versendet (hier DocMorris), ist an die deutschen Preisvorschriften für Arzneimittel gebunden. Die Werbung eines Versandhandelsunternehmens für eine Versandhandelsapotheke für eine "100-prozentige Zuzahlungsersparnis" ist unzulässig.

*OLG Köln, Urt. v. 08.05.2009 – 6 U 213/08 –*

RID 09-03-255

Revision zugelassen

juris

Es besteht keine Bindung ausländischer Versandapotheken an das deutsche Arzneimittelpreisrecht.

Nach der Vorinstanz, *LG Köln*, Urt. v. 23.10.2008 - 31 O 353/08 – juris, dass entgegen dem OLG der Wettbewerbsklage stattgab, liegt der Entscheidung folgendes **Geschäftsmodell** zugrunde: Die bekl. Apotheker verteilten einen Werbeprospekt, in dem die in E/Niederlande geschäftsansässige N Apotheke B.V. als "N Vorteil24" die Gewährung

eines **zehnprozentigen Preisvorteils** (mindestens 3,00 EUR, höchstens 25,00 EUR pro Packung gegenüber der deutschen Arzneimittelpreisverordnung) auf alle in Deutschland erhältlichen rezeptpflichtigen Medikamente - erhältlich in den Apotheken der Beklagten - auslobte. Der **Bestell- und Auslieferungsvorgang** auf diese Weise zu beziehender Arzneimittel ist derart ausgestaltet, dass der Patient in einer der Apotheken der Bekl., auf Wunsch nach Beratung, ein Formular über die Bestellung eines Medikaments bei der N Apotheke B.V. ausfüllt und dem Mitarbeiter der Beklagten das zugehörige Rezept übergibt. Dabei kann der **Kunde wählen**, ob er das geordnete Arzneimittel in den Geschäftsräumen der niederländischen Apotheke in E abholt oder letztere bevollmächtigt, einen Kurierdienst mit dem - dem Kunden mit einem Entgelt von 0,50 EUR pro Bestellung in Rechnung gestellten - Transport des geordneten Medikaments von dort zu einer der Apotheken der Beklagten zu beauftragen. Als Erfüllungsort ist nach § 7 der auf der Rückseite des Bestellformulars abgedruckten, vom Kunden zu akzeptierenden AGB der Geschäftssitz der N Apotheke B.V. vorgesehen. Das ausgefüllte Bestellformular leiten die Bekl. an die niederländische Apotheke weiter, welche die Medikamente ihrerseits von einem deutschen Großhändler bezieht. Sofern sich der Patient - wie überwiegend - für eine Auslieferung des bestellten Arzneimittels entschieden hat, wird dieses durch einen von der N Apotheke B.V. im Namen und auf Rechnung des Kunden beauftragten Kurierdienst von den Geschäftsräumen in E zu der bestimmten Apotheke eines der Beklagten überbracht. Dort kann es der Patient einen Tag nach Aufgabe der Bestellung gegen Zahlung des reduzierten Kaufpreises und unter Hinzurechnung des Transportlohns an den jeweiligen Bekl., der das Entgelt sodann an die N Apotheke B.V. weiterleitet, in Empfang nehmen.

#### 4. APOTHEKENTERMINAL UNZULÄSSIG

*OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 07.07.2009 – 6 A 11397/08 –*

RID 09-03-256

*Revision zugelassen*

Der Betrieb des Apothekenabgabeterminals Rowa visavia, über den Medikamente ohne persönlichen Kontakt mit dem Apotheker an den Kunden ausgegeben werden können, steht im Widerspruch zu dem derzeit gesetzlich ausgeformten Arzneimittelschutz.

Der klagende Apotheker hat in seiner Apotheke einen **Abgabeterminal** installiert, mit dem er Medikamente an Kunden abgeben kann, auch wenn er nicht in der Apotheke anwesend ist (etwa zur Nachtzeit). Er ist lediglich mittels eines Bildschirmtelefons mit dem Kunden verbunden. Das Land beanstandete den „kundendistanzierten Betrieb“ des Terminals. Der Apotheker erhob daher Klage auf Feststellung der Vereinbarkeit des Geräts mit dem Apotheken- und Arzneimittelrecht. Das Verwaltungsgericht hielt den Abgabeterminal für zulässig, wenn ein Drucker integriert werde, mit dem auf den Originalverschreibungen gesetzlich notwendige Angaben angebracht werden können. Auf die Berufung des Landes wies das Oberverwaltungsgericht die Klage des Apothekers jedoch ab.

Das Apotheken- und Arzneimittelrecht weise zum Schutz vor einer fehlerhaften Medikamentenabgabe einen hohen Sicherheitsstandard für den Betrieb einer Apotheke auf. Dieser werde abgesenkt, wenn mit Hilfe des Terminals eine höchstpersönliche Abgabe der Arzneimittel durch den Apotheker an den Kunden ausgeschlossen sei. Denn dem Recht liege noch immer das „Leitbild vom Apotheker in seiner Apotheke“ zugrunde. Hiervon entferne sich indes der extern elektronisch gesteuerte Arzneimittelabsatz grundlegend. Derartige Abstriche bei der Arzneimittelsicherheit könne nur der Gesetzgeber vornehmen. Der Schutz sei nicht bereits aufgrund der gesetzlichen Zulassung des Versandhandels mit Medikamenten gelockert worden. Denn dieser setze nach wie vor voraus, dass die Bereitstellung der Arzneimittel (vor dem Versand) durch pharmazeutisches Personal kontrolliert werde.

Pressemitteilung Nr. 35/2009 v. 31.07.2009 - <http://cms.justiz.rlp.de/icc/justiz/nav> = juris

#### 5. BGH: GEFAHRENABWENDUNGSPFLICHT DES HERSTELLERS VON PRODUKTEN MIT SICHERHEITSMÄNGELN (PFLEGE BETTEN)

*BGH, Urt. v. 16.12.2008 – VI ZR 170/07 –*

RID 09-03-257

BGHZ 179, 157 = NJW 2009, 1080 = KHR 2009, 49

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

BGB § 823 I; ProdHaftG § 1

**Leitsatz:** Zur Gefahrabwendungspflicht des Herstellers von Produkten mit Sicherheitsmängeln.

#### 6. AMTSPFLICHTVERLETZUNG EINER GESETZLICHEN KRANKENKASSE/VERS PÄTETE HILFSMITTELBEWILLIGUNG

*LG Ellwangen, Urt. v. 13.02.2009 – 3 O 97/08 –*

RID 09-03-258

ZMGR 2009, 114

BGB §§ 253, 254, 839; GG Art. 34; SGB V §§ 13 III, 33 I; ZPO § 287

**Leitsatz:** Der Versicherte hat gegenüber seiner gesetzlichen Krankenkasse einen **Schadenersatzanspruch aus Amtspflichtverletzung**, wenn die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nicht mit der gebotenen Sorgfalt überprüft hat und der Antrag des Versicherten auf Versorgung mit einem geeigneten Hilfsmittel dadurch erst verspätet positiv beschieden wird. Dem Versicherten ist der **Verzögerungsschaden**, hier unter anderem Schadenersatz und Schmerzensgeld, zu erstatten.

## V. Verschiedenes

### 1. EUGH

#### A) GESETZLICHE KRANKENKASSE ALS ÖFFENTLICHER AUFTRAGGEBER

*EuGH, Urt. v. 11.06.2009 – C-300/07 -*

**RID 09-03-259**

curia.europa.eu = NJW 2009, 2427 mit Anm. Kingreen, NJW 2009, 2417

Hans & Christophorus Oymanns GbR, Orthopädie Schuhtechnik, gegen AOK Rheinland/Hamburg

Vorabereitscheidungsersuchen des *OLG Düsseldorf*, Beschl. v. 23.05.2007 – VII-Verg 50/06 – RID 07-03-234

1. Art. 1 Abs. 9 Unterabs. 2 Buchst. c erster Fall der Richtlinie 2004/18 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge ist dahin auszulegen, dass eine überwiegende Finanzierung durch den Staat vorliegt, wenn die Tätigkeiten der gesetzlichen Krankenkassen hauptsächlich durch Mitgliedsbeiträge finanziert werden, die nach öffentlich-rechtlichen Regeln, wie sie im Ausgangsverfahren in Rede stehen, auferlegt, berechnet und erhoben werden. Derartige Krankenkassen sind für die Anwendung der Vorschriften dieser Richtlinie als Einrichtungen des öffentlichen Rechts und damit als öffentliche Auftraggeber anzusehen.

2. Hat ein gemischter öffentlicher Auftrag sowohl Waren als auch Dienstleistungen zum Gegenstand, besteht das für die Bestimmung, ob der fragliche Auftrag als Lieferauftrag oder als Dienstleistungsauftrag anzusehen ist, anzuwendende Kriterium im jeweiligen Wert der in diesen Auftrag einbezogenen Waren und Dienstleistungen. Bei der Zurverfügungstellung von Waren, die individuell nach den Bedürfnissen des jeweiligen Kunden hergestellt und angepasst werden und über deren Nutzung die jeweiligen Kunden individuell zu beraten sind, ist die Anfertigung der genannten Waren dem Auftragsteil der „Lieferung“ für die Berechnung des Wertes des jeweiligen Bestandteils zuzuordnen.

3. Sollte sich die Erbringung von Dienstleistungen bei dem fraglichen Auftrag als im Verhältnis zur Warenlieferung überwiegend herausstellen, ist eine zwischen einer gesetzlichen Krankenkasse und einem Wirtschaftsteilnehmer geschlossene Vereinbarung wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende, in der die Vergütung für die verschiedenen, von diesem Wirtschaftsteilnehmer erwarteten Versorgungsformen sowie die Laufzeit der Vereinbarung festgelegt werden, wobei der genannte Wirtschaftsteilnehmer die Verpflichtung übernimmt, Leistungen gegenüber den Versicherten zu erbringen, die diese bei ihm nachfragen, und die genannte Kasse ihrerseits die alleinige Schuldnerin der Vergütung für das Tätigwerden dieses Wirtschaftsteilnehmers ist, als eine „Rahmenvereinbarung“ im Sinne von Art. 1 Abs. 5 der Richtlinie 2004/18 anzusehen.

#### B) AUFENTHALT IN PFLEGEINRICHTUNG IM EU-AUSLAND IST NICHT ZU ÜBERNEHMEN

*EuGH, Urt. v. 16.07.2009 - C-208/07 -*

**RID 09-03-260**

curia.europa.eu

Petra von Chamier-Glisczinski gegen DAK

Vorabereitscheidungsersuchen LSG Bayern, Beschl. v. 15.03.2007

1. Wenn das System der sozialen Sicherheit des Mitgliedstaats, in dem eine pflegebedürftige Person wohnt, die als Familienangehörige eines Arbeitnehmers oder Selbständigen im Sinne der durch die Verordnung (EG) Nr. 118/97 des Rates vom 2. Dezember 1996 geänderten und aktualisierten Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, in der durch die Verordnung (EG) Nr. 1386/2001 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2001 geänderten Fassung versichert ist, – im Gegensatz zum System der sozialen Sicherheit des zuständigen Staates – in Fällen der Pflegebedürftigkeit wie dem dieser Person keine Sachleistungen vorsieht, verlangen die Art. 19 oder 22 Abs. 1 Buchst. b dieser Verordnung an sich nicht, dass derartige Leistungen von dem zuständigen Träger oder zu dessen Lasten außerhalb des zuständigen Staates erbracht werden.

2. Wenn das System der sozialen Sicherheit des Mitgliedstaats, in dem eine pflegebedürftige Person wohnt, die als Familienangehörige eines Arbeitnehmers oder Selbständigen im Sinne der durch die Verordnung Nr. 118/97 geänderten und aktualisierten Verordnung Nr. 1408/71 in der durch die Verordnung Nr. 1386/2001 geänderten Fassung versichert ist, – im Gegensatz zum System der sozialen Sicherheit des zuständigen Staates – bei Pflegebedürftigkeit in bestimmten Fällen keine

Sachleistungen vorsieht, steht Art. 18 EG unter Umständen wie denen des Ausgangsverfahrens einer Regelung wie der des § 34 des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs nicht entgegen, auf deren Grundlage ein zuständiger Träger es ablehnt, Kosten für einen Aufenthalt in einem Pflegeheim im Wohnmitgliedstaat unabhängig von den Regelungen des Art. 19 oder gegebenenfalls Art. 22 Abs. 1 Buchst. b dieser Verordnung für eine unbestimmte Dauer bis zu einer Höhe zu übernehmen, die den Leistungen entspricht, auf die die betreffende Person Anspruch gehabt hätte, wenn ihr dieselbe Pflege in einer zugelassenen Einrichtung im zuständigen Staat erbracht worden wäre.

**Pressemitteilung des LSG Bayern v. 16.07.2009 - juris**

Auf Vorlage des Bayerischen LSG hat der EuGH entschieden, dass der Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung im EU-Ausland nicht zu übernehmen ist.

Beim Bayerischen LSG ist ein Verfahren über die Kostenerstattung für Sachleistungen in Form der vollstationären Pflege anhängig. Die inzwischen verstorbene Klägerin war gemeinsam mit ihrem Ehemann in Deutschland pflegeversichert und bezog Leistungen aus dieser Versicherung. Da der Ehemann beabsichtigte, sich beruflich nach Österreich zu orientieren, wechselte sie in ein in Österreich staatlich anerkanntes Pflegeheim. Ihren Antrag an die beklagte deutsche Pflegekasse auf Leistungen der vollstationären Pflege in dem österreichischen Pflegeheim lehnte die Beklagte ab, da das österreichische Recht für derartige Pflegeleistungen keine Sachleistungen vorsehe. Es bestehe lediglich ein Anspruch auf Auszahlung des deutschen Pflegegeldes. Die Klage war jedoch auf die Erstattung der höheren Kosten für die Sachleistungen gerichtet.

Das Bayerische LSG hat im Kern diese Frage dem EuGH zur Vorabentscheidung vorgelegt.

Der EuGH hat nun entschieden, dass die Pflegekasse die Kostenerstattung ablehnen durfte.

Der Regelung in § 34 SGB XI, wonach der Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält, verstoße nicht gegen europäisches Recht. Auch das Recht auf Freizügigkeit in der EU verlange nicht, dass in allen Staaten gleiche Pflegeleistungsansprüche bestehen. Ein Umzug z.B. von einem deutschen in ein österreichisches Pflegeheim könne deshalb für die betroffene Person zum Anspruchsverlust führen. Die Mitgliedstaaten könnten ihre Kranken- und Pflegeversicherungssysteme frei bestimmen.

Mit dem Urteil hat der EuGH seine Rechtsprechung, die zum Krankenversicherungsrecht (insb. Rechtssache C-157/99) ergangen ist, nicht auf die Pflegeversicherung ausgedehnt. Die Ausgaben der Pflegeversicherung sind damit kalkulierbar geblieben.

## **2. BGH: MITTEILUNGSPFLICHT FÜR PATIENTENDATEN BEI INSOLVENZ EINES PSYCHIATERS**

**BGH, Beschl. v. 05.02.2009 – IX ZB 85/08 –**

**RID 09-03-261**

www.bundesgerichtshof.de = juris = NJW 2009, 1603 = GesR 2009, 266

InsO §§ 289 II 1, 290 I Nr. 5

**Leitsatz:** Die Verpflichtung, dem Insolvenzverwalter die für die Durchsetzung privatärztlicher Honorarforderungen erforderlichen Daten über die Person des Drittschuldners und die Forderungshöhe mitzuteilen, besteht auch im Insolvenzverfahren über das Vermögen eines Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse.

## **3. WEITERES ORDNUNGSGELD GEGEN MEDIZINISCHEN SACHVERSTÄNDIGEN**

**LSG Bayern, Beschl. v. 06.04.2009 – L 2 B 574/08 R –**

**RID 09-03-262**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG §§ 109, 118; ZPO §§ 407 I, 411 I, II 3; MRK Art. 6, 41

**Leitsatz:** 1. Zu den Voraussetzung eines weiteren Ordnungsgeldes und zu dessen Höhe bei wiederholter Säumnis des medizinisches Sachverständigen.

2. Zur Pflicht des Gerichts, Ordnungsgeld festzusetzen

## **4. WIDERRUF DER ERLAUBNIS ZUM FÜHREN DER BERUFSBEZEICHNUNG "KRANKENPFLEGER"**

**OVG Niedersachsen, Beschl. v. 27.05.2009 – 8 ME 62/09 –**

**RID 09-03-263**

juris

KrPflG § 2; StGB § 184b

**Leitsatz:** Zur Unzuverlässigkeit eines Krankenpflegers, der wegen des Besitzes von kinderpornographischen Bildern verurteilt worden ist.

## 5. BERUFSBEDINGTER MEHRBEDARF FÜR HÖRGERÄT EINES AUSZUBILDENDEN DURCH BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.05.2009 – L 19 B 16/09 AL –*

RID 09-03-264

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33; SGB III § 109 I; SGB IX § 14

Der i.S. von § 14 SGB IX **erstangegangene Rehabilitationsträger** ist für die Gewährung eines Hörgerätes als Hilfsmittel bzw. eines Zuschusses zu den Kosten einer Hörgeräteanpassung als Rehabilitationsleistung zuständig und hat den Anspruch nach allen in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen zu prüfen, wenn er eine fristgerechte Zuständigkeitsklärung versäumt hat.

Die zuständige **Krankenkasse** hat eine über den Festbetrag hinausgehende Leistung zu erbringen, wenn dieser für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht. In einem solchen Fall hat die **Bundesagentur für Arbeit** diejenigen Kosten für das Hilfsmittel zu übernehmen, die wegen der Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind, es sei denn, solche Leistungen können als medizinische Leistungen erbracht werden.

Eine **Leistungspflicht der Bundesagentur für Arbeit** kommt immer dann in Betracht, wenn aus ausbildungsbedingten Gründen ein höherwertiges Hörgerät, als dieses von der Krankenkasse zu leisten ist, und der Rentenversicherungsträger im Rahmen der medizinischen Rehabilitation die berufsbedingten Mehrkosten nicht zu tragen hat.

*SG Gelsenkirchen*, Beschl. v. 15.04.2009 - S 4 AL 103/08 - lehnte den Antrag auf Gewährung von Prozesskostenhilfe ab, das *LSG* gab ihm statt.

## 6. BSG: RECHTSWEG ZU SOZIALGERICHTEN BEI VERSORGUNGSVERTRAG MIT RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER

*BSG, Beschl. v. 22.04.2009 – B 13 SF 1/08 R – SozR 4-1500 § 51 Nr. 5*

RID 09-03-265

juris

SGB V § 111; SGB VI § 15 II; SGB IX § 21; SGG § 51 I Nr. 1

Für die Klage der Betreiberin einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik auf Abschluss eines Versorgungsvertrags mit einem Rentenversicherungsträger ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet, da es sich um eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit in Angelegenheiten der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 51 I Nr. 1 SGG) handelt, wenn mit der Klage geltend gemacht wird, die Beziehungen zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und den Rentenversicherungsträgern entsprächen denen zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und den Krankenkassen nach § 111 SGB V und auf dieser Grundlage eine Verurteilung zu erneuter Entscheidung unter fehlerfreier Ausübung des nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften (§ 15 II SGB VI, § 21 SGB IX) angeblich zustehenden Ermessens begehrt wird.

*SG Berlin*, Beschl. v. 19.06.2007 - S 105 R 492/05 – verwies den Rechtsstreit an das LG Berlin, *LSG Berlin-Brandenburg*, Beschl. v. 26.11.2008 - L 17 B 972/07 R – www.sozialgerichtsbarkeit.de wies die Beschwerde zurück. Das *BSG* hob beide Beschlüsse auf.

## 7. KRANKENKASSEN

### A) OFFIZIELLE KRANKENKASSE DER DEUTSCHEN OLYMPIAMANNSCHAFT

*LG Düsseldorf, Urt. v. 18.06.2009 – 31 O 128/08 –*

RID 09-03-266

WRP 2009, 1013

UWG §§ 3, 5 I Nr. 1, 8 I u. III. Nr. 2

**Leitsatz:** Die Werbung einer Krankenkasse mit dem Hinweis „offizielle Krankenkasse der deutschen Olympiamannschaft“ erweckt den falschen Eindruck, als seien alle Mitglieder der deutschen Olympiamannschaft quasi „von Amts wegen“ bei dieser Krankenkasse versichert.

### B) RECHTSWEG: MITGLIEDERWERBUNG EINER GESETZLICHEN KRANKENKASSE

*OLG Celle, Urt. v. 02.04.2009 – 13 W 16/09 –*

RID 09-03-267

WRP 2009, 867

UWG § 5; SGB V § 175 IV; GVG § 13; SGG § 51 I Nr. 2, II 1

Für Streitigkeiten über die Mitgliederwerbung einer Krankenkasse ist nach der Neufassung des UWG weiterhin der Zivilrechtsweg gegeben. Auch für Krankenkassen gilt, dass die durch einen Wettbewerbsverstoß begründete Wiederholungsgefahr nur durch die Abgabe einer strafbewehrten Unterlassungserklärung ausgeräumt wird.

## 8. KRANKENHÄUSER

### A) BVERFG: KEIN SUBJEKTIVES RECHT EINES PLANKRANKENHAUSES AUF VERMEIDUNG VON ÜBERVERSORGUNG

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.04.2009 – 1 BvR 3405/08 –*

RID 09-03-268

GesR 2009, 376 = www.bundesverfassungsgericht.de = juris

VwGO § 42 II; KHG § 8 II; GG Art. 12 I

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BVerwG*, Urt. v. 25.09.2008 – 3 C 35/07 – RID 09-01-276 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

**Leitsatz:** 1. Konkurrieren mehrere Krankenhäuser um einen bestimmten Versorgungsbedarf und trifft die Behörde unter ihnen eine Auswahl, so kann eine **Anfechtungsklage** des einen Krankenhauses gegen den an das andere Krankenhaus gerichteten begünstigenden Bescheid zulässig sein. Voraussetzung ist freilich, dass der Kläger für sich selbst eine **Planaufnahme erstreiten** und nicht lediglich eine Planherausnahme abwehren will.

2. Nimmt die Behörde ein Krankenhaus in den Plan auf, ohne eine **Auswahlentscheidung** zum Nachteil eines anderen Krankenhauses zu treffen, so werden Rechte des anderen Krankenhauses nicht berührt. Es besteht **kein subjektives Recht** eines Plankrankenhauses darauf, dass die Behörde eine Überversorgung vermeidet oder abbaut.

### B) BVERWG: KEINE UNMITTELBARE VERTRAGSKLAGE FÜR PFLEGESATZVEREINBARUNG

*BVerwG, Urt. v. 26.02.2009 – 3 C 7/08 –*

RID 09-03-269

*BVerwG, Urt. v. 26.02.2009 – 3 C 8/08 –*

RID 09-03-270

www.bverwg.de = juris = GesR 2009, 313

KHG § 18; BPfIV §§ 6 I 4 Nr. 1, 19 III; GG Art. 19 IV

**Leitsatz:** 1. Im Rechtsstreit um eine Pflegesatzvereinbarung sind mehrere Sozialleistungsträger notwendige Streitgenossen.

2. Für Rechtsstreitigkeiten um eine Pflegesatzvereinbarung und einen diesbezüglichen Schiedsspruch sieht § 18 Abs. 5 KHG die Klage gegen die behördliche Genehmigung oder deren Versagung vor. Direktklagen zwischen den Pflegesatzparteien sind ausgeschlossen.

3. Soweit § 19 Abs. 3 BPfIV die Vereinbarung nach § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 BPfIV der Zuständigkeit der Schiedsstelle entzieht, ist die Vorschrift mit § 18 Abs. 4 und 5 KHG unvereinbar und nichtig.

### C) BVERWG: KEIN ERLÖSAUSGLEICH FÜR NICHT VEREINNAHME FORDERUNGEN

*BVerwG, Urt. v. 18.03.2009 – 3 C 14/08 –*

RID 09-03-271

www.bverwg.de = juris = GesR 2009, 317

KHG § 18; BPfIV §§ 12 II 1

**Leitsatz:** Rechnungsbeträge, die das Krankenhaus (noch) nicht vereinnahmt hat, weil die jeweilige Krankenkasse ihre Zahlungspflicht bestreitet, sind keine ausgleichspflichtigen Erlöse im Sinne des § 12 Abs. 2 Satz 1 BPfIV.

### D) EINGESCHRÄNKTE RECHTSKONTROLLE ÜBER SCHIEDSSTELLENENTSCHEIDUNGEN

*VG Mainz, Urt. v. 31.03.2009 – 6 K 578/08 –*

RID 09-03-272

juris

KHEntgG §§ 4 IV, IX, 8, 11, 13, 14 I 2; KHG § 18 V 1; VwVfG § 39 I

**Leitsatz:** 1. Wegen des der **Schiedsstelle** zustehenden **Beurteilungsspielraums** unterliegt die Schiedsstellenentscheidung lediglich einer **ingeschränkten** genehmigungsbehördlichen bzw. verwaltungsgerichtlichen **Rechtskontrolle**.

2. Die Genehmigungsbehörde und das Verwaltungsgericht dürfen nur prüfen, ob die Schiedsstelle die bei ihrer Entscheidung zu beachtenden gesetzlichen Vorgaben erkannt und rechtmäßig umgesetzt hat. Letzteres setzt voraus, dass die Schiedsstelle den **Vortrag der Beteiligten** zur Kenntnis genommen und sich bei ihrer Entscheidungsfindung mit ihm inhaltlich und unter Anwendung ihrer Sachkompetenz nachvollziehbar auseinander gesetzt hat. Insoweit unterliegt die Schiedsstellenentscheidung lediglich einer **Plausibilitäts- und Willkürkontrolle**.

3. Zu den **inhaltlichen Anforderungen an die Begründung** des Schiedsstellenbeschlusses.

## 9. KOMMERZIELLE SUIZIDBEGLEITUNG ALS GEFAHR FÜR DIE ÖFFENTLICHE SICHERHEIT (FALL KUSCH)

*VG Hamburg, Beschl. v. 06.02.2009 – 8 E 3301/08 –*

RID 09-03-273

juris = BtPrax 2009, 133 = AZR 2009, 69

GG Art. 12 I; SOG Hamburg § 3 I, IIa; GewO §§ 1, 35

**Leitsatz:** Die kommerzielle betriebene Suizidbegleitung ist kein erlaubtes Gewerbe, so dass sie auf Grund der polizeirechtlichen Generalklausel unterbunden werden kann wegen Störung der öffentlichen Sicherheit. Suizidunterstützung gefährdet das Leben von Menschen, die auf sich gestellt vor dem letzten unzumutbaren Schritt zurückscheuen würden.

## 10. BEIBEHALTUNG EINER MAGENSONDE

*LG Kleve, Beschl. v. 31.03.2009 - 4 T 319/07 –*

RID 09-03-274

[www.justiz.nrw.de/ses/nrwesearch.php](http://www.justiz.nrw.de/ses/nrwesearch.php)

BGB §§ 1846, 1901

**Leitsatz:** Kommt es für die Beibehaltung einer Magensonde und die mit ihrer Hilfe ermöglichte künstliche Ernährung auf den mutmaßlichen Willen des Betroffenen an, ob dieser trotz eingetretenen irreversiblen tödlichen Verlaufs seiner Erkrankung noch lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen will, so muss die Entscheidung im Zweifel „für das weitere Leben“ lauten. Denn im umgekehrten Fall bestünde das Risiko, dass der Betroffene durch ihm aufgezwungene Umstände zu einem Zeitpunkt aus dem Leben scheiden muss, zu dem er dies noch nicht will.

## 11. HEILPRAKTIKERGESETZ

### A) SYNERGETIK-THERAPIE IST HEILKUNDE

*OVG Niedersachsen, Urt. v. 18.06.2009 – 8 LC 6/07 –*

RID 09-03-275

*OVG Niedersachsen, Urt. v. 18.06.2009 – 8 LC 9/07 –*

RID 09-03-276

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de> = juris

HPG § 1; SOG Nieders. § 11

**Leitsatz:** Synergetik-Therapeuten bzw. -profiler üben (unerlaubt) Heilkunde i.S.d. § 1 Heilpraktikergesetzes aus.

### B) HEILKUNDEERLAUBNIS EINER KJP FÜR PSYCHOTHERAPIE ERWACHSENER OHNE TEILBEREICHSÜBERPRÜFUNG

*OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 28.04.2009 – 6 A 10050/08 –*

RID 09-03-277

juris

HeilprG § 1 I, II u III; HeilprGDV 1 § 2 I Buchst. i; VwVfG § 36 II Nr. 4

**Leitsatz:** Allein aus der Weigerung einer kraft Übergangsrechtes approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, sich auf dem Teilgebiet der Psychotherapie Erwachsener einer Teilbereichsüberprüfung durch das Gesundheitsamt zu unterziehen, erwächst der Genehmigungsbehörde bei verhältnismäßiger Handhabung der Mittel zur Gefahrenerforschung grundsätzlich noch nicht das Recht, die Erlaubnis zur nicht ärztlichen Ausübung der Heilkunde auf dem fraglichen Teilgebiet zu versagen.

## 12. KEIN ERLAUBNISZWANG FÜR PHYSIOTHERAPEUTEN/KEINE BESCHRÄNKUNG AUF PHYSIOTHERAPIE

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 19.03.2009 – 9 S 1413/08 –*

RID 09-03-278

juris

MPhG § 1 I Nr. 2; HeilprG § 1 I

**Leitsatz:** 1. Der Erlaubniszwang aus § 1 Abs. 1 HeilprG findet für Behandlungen aus dem Aufgabenbereich eines Physiotherapeuten keine Anwendung, wenn sie von einer Person ausgeführt werden, der bereits eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 MPhG erteilt wurde.

2. Die Erteilung einer auf den Bereich der Physiotherapie beschränkten Heilpraktikererlaubnis kommt nicht in Betracht, weil insoweit ein hinreichend abgrenzbares und aus dem Bereich der allgemeinen Heilkunde ausdifferenziertes Gebiet nicht vorliegt (entgegen OVG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 21.11.2006 - 6 A 10271/06 - GesR 2007, 222).

### 13. BEZEICHNUNG "DIPLOMIERTER ATLAS-SPEZIALIST"

*LG Frankfurt a. M., Urt. v. 03.04.2009 – 3/12 O 20/06 –*

RID 09-03-279

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; HeilpraktikerG § 1

Die Bezeichnung "diplomierter Atlas-Spezialist" im Zusammenhang mit der Werbung für eine Heilmethode ("Atlasprofilax-Methode") erweckt den Eindruck, das "Diplom" sei auf Grund feststehender Prüfungsanforderungen und durch eine staatliche Stelle verliehen worden, bzw. es handle sich um einen akademischen Grad, der von Hochschulen bzw. Fachhochschulen verliehen werde. Dieser Eindruck ist irreführend, wenn das "Diplom" bei einer privaten schweizer Akademie erworben wird, deren Ausbildungsinhalte nicht staatlich reglementiert werden, und an deren Ausbildungsabschlüssen keine staatliche Stelle mitwirkt. Unerheblich ist, ob die Bezeichnung nach schweizer Recht verliehen werden oder in der Schweiz rechtmäßig geführt werden darf.

### 14. ABHÄNGIGE BESCHÄFTIGUNG DER EHEFRAU EINES ZAHNARZTES

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.03.2009 – L 1 KR 555/07 –*

RID 09-03-280

juris

StGB IV § 7 I 1; StGB VI § 1 I Nr. 1

**Für eine abhängige Beschäftigung** der Ehefrau eines Zahnarztes, der mit ihrem gemeinsamen Sohn eine Gemeinschaftspraxis betreibt, die als gelernte zahnmedizinische Verwaltungsassistentin seit 1973 für die Zahnarztpraxis weisungsfrei das Rechnungswesen, die Buchhaltung, die Lohnbuchhaltung und das Personalwesen betreibt, spricht, dass sie ein **Gehalt** erhalten hat, für welches **Lohnsteuer** abgeführt wurde und welches die Gemeinschaftspraxis als **Betriebsausgaben** gebucht haben, dass an ihrer Stelle eine **fremde Arbeitskraft** eingestellt hätte werden müssen, dass sie nicht an der Zahnarztpraxis als **Mitgesellschafterin** beteiligt ist und dass sie nicht **unternehmerische Entscheidungen** im Hinblick auf zahnärztliche Fragen (Art und Weise der Behandlung, Ablehnung der Übernahme von Patienten), praxisbezogene Anschaffungen, geschweige denn Entscheidungen über vertragszahnärztliche Zulassung etc. trifft.

### 15. BFH: FUNKTIONSTRAINING IN RHEUMAGRUPPEN ALS STEUERFREIE HEILBEHANDLUNG

*BFH, Urt. v. 30.04.2009 – V R 6/07 –*

RID 09-03-281

www.bundesfinanzhof.de = juris

UStG § 4 Nr. 14; EWGRL 388/77 Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst c; SGB V § 43; RehaAnglG § 5 VI

**Leitsatz:** Funktionstraining, das von den Krankenkassen nach § 43 SGB V in Verbindung mit der "Gesamtvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining" vergütet wird, kann nach § 4 Nr. 14 Satz 1 UStG steuerfrei sein

## Verzeichnis der Entscheidungen

<b>BFH</b> , Urt. v. 30.04.2009 – V R 6/07 –	RID 09-03-281
<b>BGH</b> , Beschl. v. 14.10.2008 – VI ZR 7/08 –	RID 09-03-207
BGH, Urt. v. 16.12.2008 – VI ZR 170/07 –	RID 09-03-257
BGH, Beschl. v. 21.01.2009 – VI ZR 170/08 –	RID 09-03-205
BGH, Beschl. v. 05.02.2009 – IX ZB 85/08 –	RID 09-03-261
BGH, Beschl. v. 13.05.2009 – IV ZR 217/08 –	RID 09-03-231
BGH, Beschl. v. 09.06.2009 – VI ZR 261/08 –	RID 09-03-206
BGH, Urt. v. 16.06.2009 – VI ZR 157/08 –	RID 09-03-204
<b>BSG</b> , Beschl. v. 06.10.2008 – B 3 SF 2/08 R –	RID 09-03-177
BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 63/07 R –	RID 09-03-86
BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 64/07 R –	RID 09-03-87
BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KN 1/08 R –	RID 09-03-176
BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KN 4/07 KR R –	RID 09-03-170
BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KN 4/08 R –	RID 09-03-175
BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KR 6/08 R –	RID 09-03-169
BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KR 16/08 R –	RID 09-03-171
BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KR 25/07 R –	RID 09-03-180
BSG, Urt. v. 10.12.2008 – B 6 KA 37/07 R –	RID 09-03-80
BSG, Urt. v. 10.12.2008 – B 6 KA 45/07 R –	RID 09-03-84
BSG, Urt. v. 10.12.2008 – B 6 KA 66/07 R –	RID 09-03-83
BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KN 2/08 KR R –	RID 09-03-174
BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KN 3/08 KR R –	RID 09-03-173
BSG, Urt. v. 03.03.2009 – B 1 KR 7/08 R –	RID 09-03-178
BSG, Urt. v. 03.03.2009 – B 1 KR 12/08 R –	RID 09-03-168
BSG, Beschl. v. 03.03.2009 – B 1 KR 69/08 B –	RID 09-03-183
BSG, Beschl. v.11.03.2009 – B 6 KA 9/08 B –	RID 09-03-85
BSG, Beschl. v. 11.03.2009 – B 6 KA 11/08 B –	RID 09-03-82
BSG, Beschl. v.11.03.2009 – B 6 KA 47/08 B –	RID 09-03-81
BSG, Beschl. v.16.04.2009 – B 12 SF 2/09 S –	RID 09-03-181
BSG, Beschl. v. 22.04.2009 – B 3 KR 2/09 D –	RID 09-03-179
BSG, Urt. v. 22.04.2009 – B 3 KR 54/08 R –	RID 09-03-172
BSG, Beschl. v. 22.04.2009 – B 13 SF 1/08 R –	RID 09-03-265
BSG, Beschl. v.06.05.2009 – B 6 KA 3/08 B –	RID 09-03-90
BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 3/08 R –	RID 09-03-88
BSG, Beschl. v.06.05.2009 – B 6 KA 72/07 B –	RID 09-03-89
BSG, Beschl. v. 18.05.2009 – B 3 KR 1/09 C –	RID 09-03-182
<b>BVerfG</b> , 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.04.2009 – 1 BvR 3405/08 –	RID 09-03-268
BVerfG, Urt. v. 10.06.2009 – 1 BvR 706/08 u.a. –	RID 09-03-229
BVerfG, Beschl. v. 10.06.2009 – 1 BvR 825 u. 831/08 –	RID 09-03-230
<b>BVerwG</b> , Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 129/07 –	RID 09-03-238
BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 130/07 –	RID 09-03-239
BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 131/07 –	RID 09-03-240
BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 132/07 –	RID 09-03-241
BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 – 2 C 133/07 –	RID 09-03-242
BVerwG, Urt. v. 19.02.2009 – 2 CN 1/07 –	RID 09-03-243
BVerwG, Urt. v. 26.02.2009 – 3 C 7/08 –	RID 09-03-269
BVerwG, Urt. v. 26.02.2009 – 3 C 8/08 –	RID 09-03-270
BVerwG, Urt. v. 18.03.2009 – 3 C 14/08 –	RID 09-03-271
BVerwG, Urt. v. 25.03.2009 – 8 C 1/09 –	RID 09-03-186
BVerwG, Urt. v. 30.04.2009 – 3 C 4/08 –	RID 09-03-191
BVerwG, Urt. v. 30.04.2009 – 2 C 11/08 –	RID 09-03-237
BVerwG, Urt. v. 30.04.2009 – 2 C 127/07 –	RID 09-03-236
BVerwG, Urt. v. 28.05.2009 – 2 C 28/08 –	RID 09-03-244
<b>EuGH</b> , Urt. v. 19.05.2009 – C-171 u. 172/07 -	RID 09-03-253
EuGH, Urt. v. 11.06.2009 – C-300/07 -	RID 09-03-259
EuGH, Urt. v. 16.07.2009 - C-208/07 -	RID 09-03-260
<b>KG Berlin</b> , Urt. v. 18.01.2008 – 6 U 72/05 –	RID 09-03-232
KG Berlin, Urt. v. 04.06.2009 – 20 U 49/07 –	RID 09-03-228
<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 07.05.2008 – L 5 KR 2013/07 –	RID 09-03-114
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.09.2008 – L 5 KR 1539/07 –	RID 09-03-117
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 09.12.2008 – 11 KR 776/07 –	RID 09-03-154
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 10.12.2008 – L 5 KR 2638/07 –	RID 09-03-101
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.02.2009 – L 4 KR 3191/06 –	RID 09-03-99
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 17.02.2009 – L 11 WB 381/09 –	RID 09-03-146
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.03.2009 – L 11 KR 3564/08 –	RID 09-03-91
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.04.2009 – L 11 KR 6054/08 -	RID 09-03-92
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.05.2009 – L 4 KR 4793/07 –	RID 09-03-124
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.05.2009 – L 11 KR 3718/08 KL –	RID 09-03-157
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.05.2009 – L 11 KR 5231/08 –	RID 09-03-144
<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 48/08 –	RID 09-03-04
LSG Bayern, Urt. v. 13.01.2009 – L 5 KR 102/06 –	RID 09-03-112
LSG Bayern, Urt. v. 13.01.2009 – L 5 KR 354/07 –	RID 09-03-109
LSG Bayern, Urt. v. 22.01.2009 – L 4 KR 298/07 –	RID 09-03-113
LSG Bayern, Beschl. v. 25.02.2009 – L 5 B 896/08 KR ER –	RID 09-03-132
LSG Bayern, Urt. v. 26.02.2009 – L 4 KR 179/08 –	RID 09-03-129
LSG Bayern, Beschl. v. 26.02.2009 – L 5 B 895/08 KR ER –	RID 09-03-133

LSG Bayern, Urt. v. 26.03.2009 – L 4 KR 335/07 –	RID 09-03-128
LSG Bayern, Beschl. v. 06.04.2009 – L 2 B 574/08 R –	RID 09-03-262
LSG Bayern, Beschl. v. 03.07.2009 – L 12 KA 33/09 B ER –	RID 09-03-68
<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 20.02.2009 – L 1 KR 646/07 –	RID 09-03-97
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.03.2009 – L 1 KR 555/07 –	RID 09-03-280
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.03.2009 – L 1 KR 1170/05 –	RID 09-03-93
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.03.2009 – L 7 KA 88/06 –	RID 09-03-47
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.03.2009 – L 7 KA 108/06 –	RID 09-03-51
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.04.2009 – L 7 KA 6/09 –	RID 09-03-52
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.04.2009 – L 9 KR 34/05 –	RID 09-03-134
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.04.2009 – L 9 KR 1222/05 –	RID 09-03-137
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 04.05.2009 – L 7 KA 54/09 B –	RID 09-02-75
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 12/08 –	RID 09-03-20
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 1012/05 –	RID 09-03-23
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 120/07 –	RID 09-03-21
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 126/07 –	RID 09-03-22
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 133/06 –	RID 09-03-24
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.05.2009 – L 1 KR 146/08 –	RID 09-03-155
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.05.2009 – L 1 KR 393/07 –	RID 09-03-108
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.06.2009 – L 24 KR 213/08 –	RID 09-03-107
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 10.06.2009 – L 7 KA 79/09 B ER –	RID 09-03-78
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 10.06.2009 – L 9 B 482/08 KR ER –	RID 09-03-103
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.06.2009 – L 9 KR 21/06 –	RID 09-03-96
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 07.05.2009 – L 9 KR 262/08 –	RID 09-03-145
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.07.2009 – L 7 KA 30/08 KL –	RID 09-03-69
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.07.2009 – L 7 KA 50/08 KL –	RID 09-03-70
<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 12.11.2008 – L 2 KA 6/07 –	RID 09-03-02
LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2009 – L 2 KA 17/07 –	RID 09-03-54
<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 15.01.2009 – L 1 KR 16/08 –	RID 09-03-135
LSG Hessen, Urt. v. 15.01.2009 – L 1 KR 255/07 –	RID 09-03-136
LSG Hessen, Urt. v. 29.04.2009 – L 4 KA 73/08 –	RID 09-03-43
LSG Hessen, Urt. v. 29.04.2009 – L 4 KA 76/08 –	RID 09-03-18
LSG Hessen, Urt. v. 29.04.2009 – L 4 KA 80/08 –	RID 09-03-14
LSG Hessen, Beschl. v. 25.05.2009 – L 4 KA 57/08 B ER –	RID 09-03-28
LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 3/09 –	RID 09-03-08
LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 17/08 –	RID 09-03-40
LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 85 u. 86/08 –	RID 09-03-16
LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 110/08 –	RID 09-03-15
LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 113/08 –	RID 09-03-17
LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 18/08 –	RID 09-03-41
LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 941/07 –	RID 09-03-56
LSG Hessen, Beschl. v. 30.06.2009 – L 4 KA 53/07 –	RID 09-03-44
<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 12.09.2007 – L 4 KR 243/05 –	RID 09-03-150
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.07.2008 – L 1 KR 22/08 –	RID 09-03-126
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 06.08.2008 – L 4 KR 177/06 –	RID 09-03-100
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11.12.2008 – L 4 B 54/08 KR –	RID 09-03-162
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11.12.2008 – L 4 B 79/08 KR –	RID 09-03-160
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.01.2009 – L 1 B 73/08 KR –	RID 09-03-161
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 02.02.2009 – L 1 KR 192/08 ER –	RID 09-03-115
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 18.02.2009 – L 3 KA 98/08 ER –	RID 09-03-61
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2009 – L 1 KR 151/08 –	RID 09-03-119
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2009 – L 1 KR 201/07 –	RID 09-03-121
<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Beschl. v. 25.06.2008 – L 11 B 16/07 KA ER –	RID 09-03-74
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.01.2009 – L 16 KR 188/05 –	RID 09-03-139
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.02.2009 – L 11 KA 97/08 –	RID 09-03-57
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.02.2009 – L 11 KA 98/08 –	RID 09-03-58
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.03.2009 – L 11 (10) KA 3/07 –	RID 09-03-30
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.03.2009 – L 11 (10) KA 44/07 –	RID 09-03-32
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 18/09 –	RID 09-03-140
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 87/08 –	RID 09-03-142
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 88/08 –	RID 09-03-143
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 135/08 –	RID 09-03-141
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.04.2009 – L 11 (10) KA 57/07 –	RID 09-03-03
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.04.2009 – L 11 KA 62/07 –	RID 09-03-05
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.04.2009 – L 21 KR 41/09 –	RID 09-03-147
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.04.2009 – L 21 KR 42/09 –	RID 09-03-148
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.04.2009 – L 21 KR 44/09 –	RID 09-03-149
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.05.2009 – L 16 KR 51/09 –	RID 09-03-98
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.05.2009 – L 5 B 5/09 KR ER –	RID 09-03-122
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.05.2009 – L 11 B 5/09 KA ER –	RID 09-03-59
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.05.2009 – L 16 B 13/09 KR ER –	RID 09-03-130
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.05.2009 – L 11 KA 78/08 –	RID 09-03-79
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.05.2009 – L 19 B 16/09 AL –	RID 09-03-264
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.06.2009 – L 11 B 6/09 KA ER –	RID 09-03-63
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.06.2009 – L 5 KR 189/08 –	RID 09-03-123
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 01.07.2009 – L 11 B 8/09 KA ER –	RID 09-03-42
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.07.2009 – L 16 B 9/09 KR ER –	RID 09-03-106
<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 02.04.2009 – L 5 KA 21/08 –	RID 09-03-48
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 04.06.2009 – L 5 KR 57/09 B ER –	RID 09-03-151

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 10.12.2008 – L 5 KR 86/08 KL –	RID 09-03-156
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 25.03.2009 – L 5 KR 94/07 –	RID 09-03-158
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 19.05.2009 – L 4 KA 2/08 –	RID 09-03-45
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 15.07.2009 – L 5 B 101/09 KR –	RID 09-03-165
<b>LSG Thüringen</b> , Urt. v. 21.04.2009 – L 6 KR 158/08 –	RID 09-03-111
LSG Thüringen, Urt. v. 21.04.2009 – L 6 KR 253/04 –	RID 09-03-105
LSG Thüringen, Beschl. v. 22.08.2008 – L 6 KR 324/08 ER –	RID 09-03-153
<b>LG Braunschweig</b> , Urt. v. 02.10.2008 – 21 O 312/08 –	RID 09-03-189
<b>LG Düsseldorf</b> , Urt. v. 18.06.2009 – 31 O 128/08 –	RID 09-03-266
<b>LG Ellwangen</b> , Urt. v. 13.02.2009 – 3 O 97/08 –	RID 09-03-258
<b>LG Essen</b> , Urt. v. 11.02.2009 – 41 O 5/09 –	RID 09-03-195
<b>LG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 03.04.2009 – 3/12 O 20/06 –	RID 09-03-279
<b>LG Hagen</b> , Beschl. v. 18.12.2006 – 8 O 474/06 –	RID 09-03-198
<b>LG Karlsruhe</b> , Urt. v. 20.02.2009 – 6 O 115/07 –	RID 09-03-217
<b>LG Kleve</b> , Beschl. v. 31.03.09 – 4 T 319/0 –	RID 09-03-274
<b>LG Köln</b> , Urt. v. 13.05.09 – 23 S 53/08 –	RID 09-03-233
<b>LG Mannheim</b> , Urt. v. 30.01.2009 – 1 S 141/05 –	RID 09-03-235
LG Mannheim, Urt. v. 13.03.2009 – 1 S 142/08 –	RID 09-03-227
<b>LG München I</b> , Urt. v. 12.01.2007 – 6 O 23277/04 –	RID 09-03-223
<b>LG Paderborn</b> , Urt. v. 19.05.09 – 2 O 467/06 –	RID 09-03-216
<b>OLG Brandenburg</b> , Urt. v. 27.03.2008 – 12 U 239/06 –	RID 09-03-210
OLG Brandenburg, Urt. v. 03.06.2009 – 4 U 111/08 –	RID 09-03-226
<b>OLG Bremen</b> , Urt. v. 27.03.2009 – 5 U 70/08 –	RID 09-03-221
<b>OLG Celle</b> , Urt. v. 02.04.2009 – 13 W 16/09 –	RID 09-03-267
<b>OLG Düsseldorf</b> , Urt. v. 24.07.2008 – 4 U 1857/07 –	RID 09-03-213
OLG Düsseldorf, Urt. v. 15.01.2009 – I-8 U 66/07 –	RID 09-03-218
<b>OLG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 24.02.2009 – 8 U 103/08 –	RID 09-03-211
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 10.03.2009 – 8 U 253/07 –	RID 09-03-215
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.06.2009 – 8 U 240/08 –	RID 09-03-214
<b>OLG Hamburg</b> , Urt. v. 19.02.2009 – 3 U 225/06 –	RID 09-03-254
OLG Hamburg, Urt. v. 02.07.2009 – 3 U 221/08 –	RID 09-03-252
<b>OLG Hamm</b> , Urt. v. 03.06.2008 – I-4 U 59/08, 4 U 59/08 –	RID 09-03-197
OLG Hamm, Urt. v. 24.03.2009 – 4 U 195/08 –	RID 09-03-194
OLG Hamm, Urt. v. 09.06.2009 – 4 U 53/09 –	RID 09-03-196
<b>OLG Jena</b> , Urt. v. 18.02.2009 – 4 U 1066/04 –	RID 09-03-212
<b>OLG Koblenz</b> , Urt. v. 14.11.2008 – 10 U 592/07 –	RID 09-03-234
OLG Koblenz, Beschl. v. 14.04.2009 – 5 U 309/09 –	RID 09-03-224
<b>OLG Köln</b> , Beschl. v. 05.09.2008 – 5 W 44/08 –	RID 09-03-220
OLG Köln, Urt. v. 06.10.2008 – 5 U 84/08 –	RID 09-03-225
OLG Köln, Urt. v. 08.05.2009 – 6 U 213/08 –	RID 09-03-255
<b>OLG München</b> , Urt. v. 04.06.2009 – 1 U 3200/08 –	RID 09-03-208
OLG München, Urt. v. 04.06.2009 – 1 U 3200/08 –	RID 09-03-211
OLG München, Urt. v. 04.06.2009 – 1 U 4217/07 –	RID 09-03-207a
<b>OLG Naumburg</b> , Urt. v. 14.08.2008 – 1 U 8/08 –	RID 09-03-219
<b>OLG Nürnberg</b> , Beschl. v. 06.10.2008 – 5 W 790/08 –	RID 09-03-222
<b>OLG Oldenburg</b> , Urt. v. 25.06.2008 – 5 U 10/08 –	RID 09-03-209
<b>OVG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 14.07.2009 – 4 B 3/08 –	RID 09-03-246
OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.07.2009 – 4 B 4/08 –	RID 09-03-247
OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.07.2009 – 4 B 5/08 –	RID 09-03-248
<b>OVG Niedersachsen</b> , Urt. v. 25.09.2008 – 8 LC 31/07 –	RID 09-03-200
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 23.04.2009 – 8 LC 3/09 –	RID 09-03-201
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 27.05.2009 – 8 ME 62/09 –	RID 09-03-263
OVG Niedersachsen, Urt. v. 18.06.2009 – 8 LC 6/07 –	RID 09-03-275
OVG Niedersachsen, Urt. v. 18.06.2009 – 8 LC 9/07 –	RID 09-03-276
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 29.06.2009 – 8 LC 1/09 –	RID 09-03-184
<b>OVG Nordrhein-Westfalen</b> , Beschl. v. 19.09.2008 – 13 B 1070/08 –	RID 09-03-193
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22.06.2009 – 13 A 3775/06 –	RID 09-03-190
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.06.2009 – 5 A 3363/07 –	RID 09-03-203
<b>OVG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 28.04.2009 – 6 A 10050/08 –	RID 09-03-277
OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.06.2009 – 10 A 10309/09 –	RID 09-03-245
OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 07.07.2009 – 6 A 11397/08 –	RID 09-03-256
<b>OVG Sachsen</b> , Urt. v. 01.04.2009 – 2 A 86/08 –	RID 09-03-251
<b>SG Aachen</b> , Urt. v. 12.05.2009 – S 13 KR 164/08 –	RID 09-03-127
<b>SG Altenburg</b> , Gerichtsbb. v. 05.03.2007 – S 14 KN 445/05 KR –	RID 09-03-138
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 25.03.2009 – S 83 KA 1904/06 –	RID 09-03-50
SG Berlin, Urt. v. 13.05.2009 – S 83 KA 304/06 –	RID 09-03-10
SG Berlin, Urt. v. 13.05.2009 – S 83 KA 343/06 –	RID 09-03-09
SG Berlin, Urt. v. 13.05.2009 – S 83 KA 443/06 –	RID 09-03-11
SG Berlin, Urt. v. 08.07.2009 – S 71 KA 372/07 –	RID 09-03-76
<b>SG Dortmund</b> , Beschl. v. 15.06.2009 – S 9 KA 97/07 ER –	RID 09-03-39
<b>SG Dresden</b> , Urt. v. 18.02.2009 – S 11 KA 5016/07 Z –	RID 09-03-26
SG Dresden, Urt. v. 18.02.2009 – S 11 KA 5062/05 Z –	RID 09-03-25
SG Dresden, Urt. v. 30.04.2009 – S 18 KR 392/06 –	RID 09-03-167
SG Dresden, Urt. v. 30.04.2009 – S 18 KR 662/06 –	RID 09-03-131
SG Dresden, Beschl. v. 05.06.2009 – S 18 KR 167/09 –	RID 09-03-164
<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 09.10.2008 – S 34 KR 246/07 –	RID 09-03-94
SG Düsseldorf, Urt. v. 03.11.2008 – S 2 KA 52/08 –	RID 09-03-77
SG Düsseldorf, Urt. v. 17.06.2009 – S 2 KA 47/08 –	RID 09-03-53
SG Düsseldorf, Beschl. v. 29.06.2009 – S 2 KA 87/09 ER –	RID 09-03-46

SG Düsseldorf, Urt. v. 01.07.2009 – S 2 (14) KA 173/07 –	RID 09-03-38
SG Düsseldorf, Beschl. v. 03.07.2009 – S 2 KA 119/09 ER –	RID 09-03-31
<b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 14.04.2009 – S 48 KR 310/09 ER –	RID 09-03-152
SG Hamburg, Urt. v. 06.05.2009 – S 3 KA 133/04 –	RID 09-03-06
SG Hamburg, Urt. v. 12.05.2009 – S 2 KR 445/09 ER –	RID 09-03-125
SG Hamburg, Urt. v. 20.05.2009 – S 3 KA 95/05 –	RID 09-03-07
<b>SG Hannover</b> , Beschl. v. 04.02.2009 – S 16 KA 654/08 ER –	RID 09-03-71
SG Hannover, Urt. v. 11.03.2009 – S 16 KA 52/07 –	RID 09-03-55
<b>SG Köln</b> , Beschl. v. 02.07.2009 – S 26 KN 24/09 KR ER –	RID 09-03-104
<b>SG Leipzig</b> , Urt. v. 03.07.2008 – S 1 KR 188/06 –	RID 09-03-116
SG Leipzig, Urt. v. 24.07.2008 – SG S 1 KR 199/06 –	RID 09-03-102
<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 25.03.2009 – S 2 KA 195/06 –	RID 09-03-34
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 05.03.2009 – S 6 KR 66/08 –	RID 09-03-120
SG Marburg, Urt. v. 20.05.2009 – S 12 KA 394/07 –	RID 09-03-12
SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 – S 12 KA 520/08 –	RID 09-03-36
SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 – S 12 KA 521/08 –	RID 09-03-37
SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 – S 12 KA 527/08 –	RID 09-03-35
SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 – S 12 KA 732/08 –	RID 09-03-27
SG Marburg, Urt. v. 17.06.2009 – S 12 KA 169/08 –	RID 09-03-13
SG Marburg, Urt. v. 17.06.2009 – S 12 KA 171/08 –	RID 09-03-33
SG Marburg, Urt. v. 17.06.2009 – S 12 KA 278/07 –	RID 09-03-19
SG Marburg, Urt. v. 01.07.2009 – S 12 KA 225/09 –	RID 09-03-66
SG Marburg, Urt. v. 01.07.2009 – S 12 KA 261/09 –	RID 09-03-65
SG Marburg, Urt. v. 01.07.2009 – S 12 KA 833/08 –	RID 09-03-62
SG Marburg, Urt. v. 01.07.2009 – S 12 KA 886/08 –	RID 09-03-60
SG Marburg, Beschl. v. 02.07.2009 – S 12 KA 235/09 ER –	RID 09-03-29
SG Marburg, Gerichtsbb. v. 10.07.2009 – S 12 KA 646/08 –	RID 09-03-67
SG Marburg, Beschl. v. 05.08.2009 – S 11 KA 430/09 ER –	RID 09-03-01
<b>SG München</b> , Urt. v. 13.03.2007 – S 28 KA 781/05 –	RID 09-03-49
SG München, Beschl. v. 22.06.2009 – S 38 KA 431/09 ER –	RID 09-03-64
<b>SG Neubrandenburg</b> , Urt. v. 10.06.2008 – S 4 KR 39/04 –	RID 09-03-118
<b>SG Potsdam</b> , Urt. v. 19.09.2006 – S 3 KR 111/02 –	RID 09-03-166
<b>SG Schwerin</b> , Beschl. v. 11.12.2008 – S 3 ER 367/08 KA–	RID 09-03-72
SG Schwerin, Beschl. v. 10.02.2009 – S 3 ER 367/08 KA–	RID 09-03-73
<b>SG Stade</b> , Urt. v. 20.01.2009 – S 1 KR 82/08 WA –	RID 09-03-95
<b>SG Würzburg</b> , Urt. v. 24.03.2009 – S 4 KR 486/06 –	RID 09-03-110
<b>VG Freiburg</b> , Urt. v. 25.06.2009 – 4 K 2207/07 –	RID 09-03-199
<b>VG Gera</b> , Urt. v. 07.10.2008 – 3 K 538/08 –	RID 09-03-187
<b>VG Hamburg</b> , Beschl. v. 06.02.2009 – 8 E 3301/08 –	RID 09-03-273
<b>VG Karlsruhe</b> , Beschl. v. 16.07.2009 – 11 K 1455/09 –	RID 09-03-185
<b>VG Mainz</b> , Urt. v. 31.03.2009 – 6 K 578/08 –	RID 09-03-272
VG Mainz, Urt. v. 30.07.2009 – BG-H 1/09 –	RID 09-03-188
<b>VG Minden</b> , Urt. v. 14.01.2009 – 7 K 39/08 –	RID 09-03-192
<b>VG Trier</b> , Urt. v. 24.06.2009 – 5 K 185/09.TR –	RID 09-03-202
<b>VGH Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 19.03.2009 – 9 S 1413/08 –	RID 09-03-278
<b>VGH Bayern</b> , Beschl. v. 05.03.2009 – 14 BV 06.815 –	RID 09-03-249
VGH Bayern, Beschl. v. 20.03.2009 – 14 ZB 08.3233 –	RID 09-03-250

### Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 11.08.2009. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen: B 6 KA ... R	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Honorarverteilung</b>				
Psychotherapeuten 1999 (KV Niedersachsen)	65/07 <b>Termin:</b> 11.03.2009	Wird der in Art 11 Abs 2 PsychThG/SGB 5 u. ÄndG normierte Mindestpunktwert für psychotherapeutische Leistungen in 1999 unterschritten, wenn er nur bei einer Jahresdurchschnittsbetrachtung, nicht aber in jedem einzelnen der vier Quartale eingehalten worden ist?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 26.09.2007 – L 3 KA 118/04 –	08-02-07
Keine Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen für begrenzte Zeit	4 u. 5/08 <b>Termin:</b> 28.01.2009 13/08	Hat eine Kassenärztliche Vereinigung bei individuellen Punktzahlvolumina, die sie zur Erfüllung der Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses im Zusammenhang mit der Streichung des Praxisbudgets eingeführt hat, Arztpraxen mit unterdurchschnittlichem Honorarvolumen von der Honorarbegrenzung zunächst auszunehmen?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 13.11.2007 – L 4 KA 5, 9 u. 11/07 –	08-02-12 bis 14
Leistungen von einem Weiterbildungsassistenten	13/09	Hat ein Facharzt für psychotherapeutische Medizin auch dann einen Vergütungsanspruch für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen mit dem entsprechenden Mindestpunktwert, wenn diese Leistungen von einem Weiterbildungsassistenten erbracht wurden?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 04.03.2009 – S 83 KA 1643/06	
Unzulässige Individualbudgets: Bindung an Bewertungsausschuss (KV Baden-Württemberg II/05)	43/08	Verstößt ein Honorarverteilungsvertrag, der ein nach Punkten bemessenes Individualbudget vorsieht, das auf den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres basiert und die Leistungen mit einem floatenden Punktwert vergütet, gegen die Vorgabe fester Punktwerte in § 85 Abs 4 S 7 SGB 5 (Vorgabe für Regelleistungsvolumina)? Ist sie durch die Übergangsvorschrift unter III. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 gerechtfertigt?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2054/08 –	09-01-08
KV Hessen: Bindende Vorgabe des Bewertungsausschusses für Regelleistungsvolumen (Nephrologen)	31/08 R	Ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gem § 85 Abs 4 SGB 5 mit Wirkung vom 1.1.2005 (DÄ 2004, A 3129) die Dialyseleistungen nach den Nrn 13600 bis 13621 EBM-Ä 2005 und damit die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie von den Regelleistungsvolumina ausgenommen hat und ist eine davon ggf abweichende Regelung im Honorarverteilungsvertrag rechtswidrig?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 23.04.2008 – L 4 KA 69/07 –	08-04-06
KV Hessen: Regelleistungsvolumen/Ziff. 7.5 HVV/Praxisanfänger Kinder- u. Jugendpsychiatrie	17/09	Verstößt eine Ausgleichsregelung zur Vermeidung praxisbezogener 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 für junge Praxen Beschränkungen vorsieht?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 29.04.2009 – L 4 KA 76/08 –	09-03-18
KV Hessen: 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? Ist ein Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung zu einer vom Honorarverteilungs-	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 14/08 –	09-01-17

		vertrag abweichenden Regelung zugunsten junger Praxen befugt?		
KV Hessen: Bindung an Bewertungsausschuss: Unzulässige Kürzung (Ziff. 7.5 HVV)	16, 27 u. 28/09	Verstößt ein Honorarverteilungsvertrag, der ergänzend zur Einführung von Regelleistungsvolumina eine Begrenzung von Fallwerterhöhungen oder Fallwertminderungen einer Praxis im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal auf maximal 5% vorsieht, gegen zwingende Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs 4 SGB 5 mit Wirkung zum 1.1.2005 (DÄ 2004, A 3129), und ist diese Honorarverteilungsregelung von der Ermächtigungsgrundlage in § 85 Abs 4 SGB 5 gedeckt?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 29.04.2009 - L 4 KA 80/08 – Urt. v. 24.06.2009 - L 4 KA 85 u. 86/08 -	09-03-14 u. 16
Aufschlag für Gemeinschaftspraxen	41/08 u. 15, 18 u. 19/09	Ist der Aufschlag für Gemeinschaftspraxen gemäß Nr 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBMA 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?	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 08.10.2008 - S 12 KA 409/07 – <b>SG Stuttgart</b> , Urt. v. 18.03.2009 - S 5 KA 6893/06, S 5 KA 127/07 u. S 5 KA 5958/06 -	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? Ist eine Regelung im Honorarverteilungsmaßstab, die ein Wachstum auch unterdurchschnittlich abrechnender Praxen auf Dauer nicht ausschlaggebend vom Abrechnungsverhalten des einzelnen Arztes, sondern in wesentlichem Maß von Faktoren abhängig macht, die dieser weder vorhersehen noch beeinflussen kann, rechtmäßig?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 22.01.2008, - L 4 KA 15/07 -	08-02-15
Vergütung: rheumatologische Orthopäden/Internisten	50/07 <b>Termin:</b> 28.01.2009	Verstößt die unterschiedliche Höhe der Vergütung zwischen rheumatologisch tätigen Orthopäden und rheumatologisch tätigen fachärztlichen Internisten bezüglich der kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten ab 1.7.2002, die aus dem Fehlen von Praxisbudgets für die Internisten resultierte, gegen höherrangiges Recht?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 19.09.2007 - L 5 KA 4288/06 -	08-01-04
Vergütungsanspruch bei angefochtener Genehmigung einer Arztanstellung	15/08 <b>Termin:</b> 11.03.2009	Wirkt die aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen in dreipoligen Beziehungen im Bereich des Vertragsarztes ex tunc oder ex nunc?	<b>SG Potsdam</b> , Urt. v. 19.09.2007 - S 1 KA 114/05 –	08-02-29
Erhöhung des Honorarbudgets nur für Vorbereitungs-, nicht für Weiterbildungsassistenten	28/08	Ist eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes rechtmäßig, die eine Erhöhung des Honorarbudgets für Vertragszahnärzte nur für die Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten gewährt, nicht aber für die eines Weiterbildungsassistenten?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 09.04.2008 - L 3 KA 158/06 -	08-03-18
Aufrechnungslage: Leistungserbringung oder Honorarbescheid	30/08	Entsteht bei vertragsärztlichen Honorarforderungen eine schützenswerte Aufrechnungslage schon zum Zeitpunkt der Leistungserbringung oder erst mit der Bekanntgabe des Honorarbescheides?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 28.05.2008 - S 83 KA 398/05 -	09-02-11
Degressionsförderung gegen Gemeinschaftspraxis bei Mitgliederwechsel	21/09 (NZB)	Muss ein nachträglich eingetretener Praxispartner einer Gemeinschaftspraxis davor geschützt werden, für Rückforderungen und Regresse der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung aus der Zeit vor seinem Praxiseintritt in Anspruch genommen zu werden, unabhängig davon, ob es sich um einen nachträglich in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis eintretenden Partner handelt oder ob durch den Eintritt des Praxispartners eine Gemeinschaftspraxis überhaupt erst begründet wird? Hat eine Degressionsberechnung stets jahresbezogen zu erfolgen oder ist eine Änderung der Zusammensetzung der Praxis im Laufe des Jahres dahingehend zu berücksichtigen, dass jeweils getrennte Berechnungen vorzunehmen sind?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 13.02.2008 - L 11 KA 1/06 -	08-02-34

Anrechnung einer HVM-Honorarbegrenzung auf Degressionsabzug	33, 39 u. 40/08	Wie hat der Ausgleich einer Doppelbelastung durch Honorarabzüge wegen degressionsbedingter Punktwertabsenkungen einerseits und wegen Überschreitens individueller Bemessungsgrenzen andererseits zu erfolgen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 25.06.2008 – L 11 KA 12/08, 6 u. 9/07 –	08-04-30 juris 08-04-31
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 GKVModerisierungsgesetzes (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)?	<i>SG Dresden</i> , Urt. v. 18.02.2009 - S 11 KA 5016 u. 5062/07 Z -	09-03-25

**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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 17.12.2008 – L 3 KA 316/04 –	09-02-19
Richtigstellungsbetrag bei Praxis- und Zusatzbudgets	62/07 <b>Termin:</b> 11.03.2009	Ist die Kassenärztliche Vereinigung bei nachträglicher sachlich-rechnerischer Richtigstellung von in das Praxisbudget fallenden Leistungen zu einer Honorarrückforderung nach Maßgabe der ursprünglichen Anerkennungsquote berechtigt oder hat eine Rückforderung zu unterbleiben, solange die anerkannten Leistungen das Gesamtpunktzahlvolumen des Praxisbudgets übersteigen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 04.07.2007 – L 12 KA 11/06 –	08-01-25
Vergütungsausschluss belegärztlicher Leistungen	30/07 <b>Termin:</b> 28.01.2009	Kann ein Belegarzt selbst erbrachte Laborleistungen gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung geltend machen oder hat er sich gegebenenfalls an den Krankenhausträger zu halten; wenn diese Leistungen Gegenstand des Pflegesatzes sind?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 23.05.2007 - L 3 KA 268/04 -	07-03-28
Gynäkologischer Belegarzt und Neugeborenen-Screening	8/09 (NZB)	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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 43/06 –	08-02-41
Versandkosten nach Nr. 7103 u. 7120 EBM	23/09	Kann im Falle einer fraktionierten Weitergabe von Laboruntersuchungen der die Analyse durchführende Laborarzt für die Übermittlung der Befunde an den zuweisenden Laborarzt die Kostenpauschale nach Nr 7120 EBM-Ä (Fassung bis 31.3.2005; ab 1.4.2005: Nr 40120) abrechnen, wenn der Zuweiser die Pauschalerstattung nach Nr 7103 EBM-Ä (ab 1.4.2005: Nr 40100) zum Ansatz gebracht hat?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 11.03.2009 - L 11 (10) KA 44/07 -	09-03-32

**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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 29.10.2008 – 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? Hat eine Psychologische Psychotherapeutin, die mit dem Behandlungsverfahren Verhaltenstherapie zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen ist, Anspruch auf eine Abrechnungsgenehmigung für gesprächstherapeutische Leistungen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 43/08 –	09-02-32

<b>Genehmigung der KV/Fachkunde/Notfalldienst</b>				
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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 26/07 -	08-03-46
Fachärztlich tätiger Internist und Belegarzt: 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?	<i>LSG Hessen</i> , Beschl. v. 20.01.2009 - 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> , Urt. v. 18.06.2008 - L 4 KA 1/07 -	08-03-44
Nachfolgezulassung - Ausschreibungsfrist	29/08 Revision verworfen mit Beschl. v. 13.01.2009	Handelt es sich bei der von der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausschreibung einer Nachfolgezulassung gesetzten Frist um eine behördliche Ordnungsfrist mit der Folge, dass es in ihrem pflichtgemäßen Ermessen liegt, ob eine verspätete Bewerbung noch berücksichtigt werden kann?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 23.04.2008 - 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> , Urt. v. 23.07.2008 - L 12 KA 3/08 -	09-01-36
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> , Urt. v. 11.03.2009 - L 4 KA 59/07 -	09-02-35
<b>Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress</b>				
Polyglobin im Off-Label-Use: Antragsfrist/Vertrauensschutz/Anschlussberufung	6/09	Darf auf der Grundlage des § 14 der Prüfvereinbarung für den Bereich der KÄV Berlin (Fassung 10.1.1994) gegen einen Vertragsarzt wegen von ihm im Jahr 1999 verordneter Immunglobuline für eine an einem inoperablen metastasierenden Karzinom leidende Patientin ein verschuldensunabhängiger Arzneikostenregress festgesetzt werden oder steht dem Vertrauensschutz gegenüber der Rechtsprechungsänderung zur Zulässigkeit des sog Off-Label-Use (BSGE 89, 184 = SozR 3-2500 § 31 Nr 8) bzw die Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 (SozR 4-2500 § 27 Nr 5) entgegen? Ist ein Regressbescheid bereits deshalb rechtswidrig, weil der Vorsitz im Prüfungsausschuss und im Beschwerdeausschuss von einem Vertreter der Krankenkassen wahrgenommen wurde?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.11.2008 – L 7 KA 13/05 –	09-02-43

		Ist die Anschlussberufung gem § 524 ZPO nur dann zulässig, wenn sie sich auf denselben Streitgegenstand wie die Berufung bezieht?		
Off-Label-Use: Immunglobuline	24/09	Trägt der Vertragsarzt im Rahmen der Festsetzung eines Arzneikostenregresses wegen Verordnung von Alphaglobin zur Behandlung einer schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose die objektive Beweislast dafür, dass diese Erkrankung zu den durch einen immunologischen Pathomechanismus induzierten Krankheitsbildern gehört, für die das Arzneimittel zum Zeitpunkt der Verordnung zugelassen war?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 22.04.2009 - L 7 KA 6/09 -	09-03-52
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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 28.01.2009 - L 3 KA 99/07 -	09-02-41
	14/09	Ist die vierjährige Verjährungsfrist auch bei Verordnungs- und Sprechstundenbedarfsregressen im Rahmen der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung anzuwenden?	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 28.01.2009 - S 8 KA 527/06 -	
ASI-Therapie	37/08	Ist den Prüfungsgremien bei der Festsetzung von Regressen wegen unzulässiger Verordnungen von Arzneimitteln nach strenger Einzelfallprüfung ein Beurteilungs- oder Ermessensspielraum eingeräumt und ist es ihnen auch möglich, die Regresshöhe von Verschuldungsgesichtspunkten abhängig zu machen? Liegen bei der Verordnung autologer Tumorstoffe im Rahmen einer Therapie zur sog aktivspezifischen Immunisierung (ASI) krebskranker Patienten die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Leistungspflicht der Krankenkassen ohne Empfehlung nach § 135 Abs 1 S 1 SGB 5 vor?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 27.08.2008 - L 3 KA 484/03 -	08-04-44
Sprechstundenbedarfsregress wegen koaxialer Interventionssets: Vertrauensschutz	2/08 <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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 14.11.2007 - L 11 KA 67/06 -	08-01-58
Physikalisch-therapeutische Leistungen	17/08 <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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 28.11.2007 L 6/7 KA 624/03	juris
Kostenfestsetzung durch Vorsitzenden des Berufungsausschusses	7/08 <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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 19.12.2007 - L 11 KA 33/07 -	08-01-95
<b>Zulassung und Ermächtigung</b>				
Zulassungsfähigkeit eines Facharztes für Herzchirurgie	35, 36/08 <b>Termin:</b> 02.09.2009	Kann ein Facharzt für Herzchirurgie zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 13.08.2008, - L 11 (10) KA 65/07 -, - L 11 KA 38/08 -	08-04-49 u. 50
Zulassungsantrag vor Anordnung der Überversorgung bei fehlender Arztregistereintragung	2/09	Kann einem vor Erlass einer Zulassungssperre gestellten Zulassungsantrag die Zulassungsbeschränkung entgegeng gehalten werden, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung die Eintragung in das Arztregister noch nicht vorlag, aber bereits beantragt war und später auch erfolgte? Wirkt die Rücknahme eines Antrags auf Erlass eines begünstigenden Verwaltungsakts	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 03.12.2008 - L 7 KA 132/06	09-01-54

		(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?		
Kinder- und Jugendmediziner mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie	34/08 <b>Termin:</b> 02.09.2009	Hat eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinderpneumologie einen Anspruch auf Sonderbedarfszulassung?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 13.08.2008 - L 11 KA 31/08 -	08-04-54
Sonderbedarfszulassung bei langen Wartezeiten	21/08 <b>Termin:</b> 02.09.2009	Ist es bei der Entscheidung über die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung vom Beurteilungsspielraum der Zulassungsgremien gedeckt, wenn diese einen besonderen Versorgungsbedarf vorrangig aufgrund bestehender langer Wartezeiten annehmen? Ab welcher Dauer sind im Rahmen der Ermittlung eines besonderen Versorgungsbedarfs Wartezeiten der Patienten auf einen Untersuchungstermin als unzumutbar anzusehen? (hier: mehr als zwei Monate bei Überweisung zu einem Kardiologen)	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 23.04.2008, - L 11 (10) KA 49/07 -	09-01-59
Rechtsbegriff des großräumigen Landkreises/Lokaler Sonderbedarf	22/09 (NZB)	Welche Kriterien sind maßgebend für die Einordnung eines Landkreises als großräumig iS des § 24 S 1a ÄBedarfsplRL und für die Annahme eines lokalen Sonderbedarfs? Stehen die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (juris: VÄndG) eingeführten Neuregelungen der §§ 100 Abs 3, 101 Abs 1 S 1 Nr 3a SGB 5 und des § 34a ÄBedarfsplRL der Vorschrift des § 24 S 1a ÄBedarfsplRL entgegen?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 3558/07 -	
Missbräuchliche Schaffung einer Belegarztstelle	27/08 <b>Termin:</b> 02.09.2009	Unter welchen Voraussetzungen liegt die missbräuchliche Schaffung einer Belegarztstelle vor und welche Indizien müssen für einen Missbrauchsfall vorliegen? Kommt den Zulassungsgremien bei der Bewertung, ob ein Missbrauchsfall bei der Schaffung einer Belegarztstelle vorliegt, ein Beurteilungsspielraum zu?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.11.2007 - L 10 KA 5/07 -	08-01-68
Zulassung als Belegarzt: Unzureichende Belegbettenzahl	44/08 <b>Termin:</b> 02.09.2009	Unter welchen Voraussetzungen liegt die missbräuchliche Schaffung einer Belegarztstelle vor und welche Indizien müssen für einen Missbrauchsfall vorliegen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 10.10.2007 - L 12 KA 622/04 - (nach NZB)	08-02-55
Wiederzulassung nach kollektivem Zulassungsverzicht	14 u. 16/08 <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 dabei mit anderen kommuniziert hat? Verstößt die Wiederzulassungssperre nach § 95b Abs 2 SGB 5 gegen Verfassungsrecht?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 09.04.2008 - L 3 KA 139 u. 149/06 -	08-02-85 u. 86
Zulassungsentziehung: Tätigkeit "in freier Praxis"	24/08	Ist das Gebot einer Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit "in freier Praxis" gemäß § 32 Abs 1 S 1 Ärzte-ZV hinreichend bestimmt, um eine Zulassungsentziehung - hier: eines Laborarztes wegen fehlender wirtschaftlicher bzw gesellschaftsrechtlicher Unabhängigkeit - rechtfertigen zu können?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 27.02.2008 - L 1 KA 7/06 -	09-02-69
Ermächtigung einer Tagesklinik für Psychiatrische Institutsambulanz	61/07 <b>Termin:</b> 28.01.2009	Können eigenständige Tageskliniken, die ausschließlich teilstationäre Behandlungen anbieten, aber mit ca 16, 21 bzw 35 km entfernt liegenden vollstationären Krankenhäusern Kooperationsvereinbarungen geschlossen haben, als psychiatrische Krankenhäuser gemäß § 118 Abs 1 S 1 SGB 5 für ambulante Behandlungen ermächtigt werden? Hat die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Tatbestandswirkung für die Beurteilung der Frage, ob ein Krankenhaus iS von §§ 108, 118 SGB 5 vorliegt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 17.10.2007 - L 10 KA 21/06 -	08-01-90
Defensive Konkurrentenklage gegen Sonderbedarfszulassung	25/08 <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> , Urt. v. 04.06.2008 - L 5 KA 4514/07 -	09-01-63

	38/08 <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. v. 13.08.2008 – L 11 KA 17/08 –	09-01-62
<b>Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht</b>				
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> , Urt. v. 30.01.2008 - L 1 KA 1/06 -	
Nur Rechtsaufsicht gegen Gemeinsamen Bundesausschuss (Protonentherapie im Krankenhaus)	B 6 A 1/08 R <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? 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?	04.06.2008 – L 5 KR 9/08 –	08-03-175
<b>Sonstiges/Verfahrensrecht</b>				
Bindung an Wiedereinsetzung in versäumte Widerspruchsfrist	11/08 <b>Termin:</b> 28.01.2009	Ist das Gericht an die Bestandskraft einer Entscheidung des Beschwerdeausschusses gebunden, mit der dem Kläger Wiedereinsetzung in eine versäumte Widerspruchsfrist versagt worden ist?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 14.06.2007 – L 5 KA 42/06 – (NZB)	08-03-88
Anfechtung der Feststellung fehlender Sicherstellung (§ 72a SGB V)	18/08 <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> , Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 145/06 –	08-02-109

## Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 06.08.2009. 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>				
Implantation torisch intraokularer Kontaktlinsen	B 1 KR 15/08 R <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> , Urt. v. 04.04.2008 - L 4 KR 362/05 -	09-02-113
Künstliche Befruchtung: Altersgrenze für Frauen von 40 Jahren	B 3 KR 7/08 R <b>Termin:</b> 25.06.2009	Ist die für Frauen festgesetzte Altersgrenze von 40 Jahren für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung verfassungsgemäß?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.02.2008 - L 5 KR 93/07 -	08-02-146
	B 1 KR 12/08 R <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> , Urt. v. 12.12.2007 - L 1 KR 3/07 -	08-01-136
Drei erfolglose Behandlungsmaßnahmen	B 3 KR 9/08 R <b>Termin:</b> 25.06.2009	Scheidet bei drei erfolglosen Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der künstlichen Befruchtung, die auch teilweise in einem anderen Mitgliedstaat durchgeführt wurden, ein weiterer Anspruch ausnahmslos aus und gilt dies auch im Falle einer Schwangerschaft oder Geburt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 18.03.2008 - L 5 KR 20/07 -	08-02-145
Kryokonservierung	B 1 KR 10/09 R	Wird die Lagerung von Eierstockgewebe durch Kryokonservierung wegen einer drohenden Empfängnisunfähigkeit als Folge einer Chemotherapie von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 20.02.2009 - L 1 KR 646/07 -	09-03-97
<b>Kostenerstattung</b>				
Beschränkung der Kostenerstattung nach § 13 IV 3 SGB V	B 1 KR 22/08 R <b>Termin:</b> 30.06.2009	Verstößt die Beschränkung des Anspruchs auf Kostenerstattung nach § 13 Abs 4 S 3 SGB 5 höchstens auf die Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte, gegen Europarecht?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 24.04.2008 - L 1 KR 31/07 -	juris
Keine Berücksichtigung von Apothekenrabatt bei Wahl zur Kostenerstattung	B 1 KR 1/09 R	Handelt eine Krankenkasse rechtmäßig, wenn sie bei der Erstattung von Arzneimittelkosten an Versicherte, die an Stelle des Sachleistungsprinzips die Kostenerstattung gewählt haben, die sogenannten Apotheken- und Herstellerrabatte in Abzug bringt?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 12.11.2008 - L 2 KR 18/06 -	09-01-130
<b>Auslandsrankenbehandlung</b>				
Zahnprothetische Behandlung in der Tschechischen Republik	B 1 KR 19/08 R <b>Termin:</b> 30.06.2009	Setzt der Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine zahnprothetische Behandlung in einem anderen EU-Mitgliedsstaat nach § 13 Abs 4 SGB 5 die vorherige Überprüfung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der vorgesehenen Behandlung durch die Krankenkasse voraus?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 17.09.2008 - L 4 KR 5472/07 -	08-04-95
Augenbehandlung in Kuba	B 3 KR 22/08 R <b>Termin:</b> 30.06.2009	Kostenerstattung für eine Augenbehandlung in Kuba bei Retinitis Pigmentosa?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 01.08.2007 - L 6 KR 8/06 -	09-02-134

Stationäre Krankenhausbehandlung in einem anderen EG-Mitgliedstaat	B 1 KR 14/09 R	Nach welchen Kriterien bemisst sich die Höhe der zu gewährenden Kostenerstattung gemäß § 13 Abs 4 und 5 SGB 5 für die von der Krankenkasse genehmigte stationäre Krankenhausbehandlung in einem anderen EG-Mitgliedstaat? (Hier: Versorgung mit einer bioprothetischen Aortenklappe in London im Jahr 2005 nach früher zweimal kostenmäßig übernommenen entsprechenden Herzoperationen des Versicherten).	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 13.02.2009 - L 4 KR 1697/07 -	
<b>Arzneimittel</b>				
Off-Label-Use: ADHS bei Erwachsenen	B 1 KR 5/09 R <b>Termin:</b> 30.06.2009	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> , Urt. v. 30.07.2008 - L 5 KR 6030/06 -	juris
<b>Hilfsmittel/Heilmittel</b>				
Elektrorollstuhl	B 3 KR 8/08 R <b>Termin:</b> 12.08.2009	Kann ein Versicherter auch dann auf die Nutzung eines handbetriebenen Rollstuhls anstelle des beanspruchten Elektrorollstuhls als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen werden, wenn er selbst bei der Bewegung des Rollstuhls körperlich erheblich eingeschränkt ist und familiäre Hilfe nur in beschränktem Maße erhalten kann?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 20.04.2007 - L 4 KR 4697/06 -	09-01-154
Umrüstung eines Fahrrad-Rollstuhls (Rollfiets) auf Elektrobetrieb	B 3 KR 11/08 R <b>Termin:</b> 12.08.2009	Zum Anspruch eines komplett gelähmten Jugendlichen auf Umrüstung seines manuell betriebenen Fahrrad-Rollstuhls (Rollfiets) auf Elektrobetrieb.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 07.05.2008 - L 5 KR 2013/07 -	09-03-114
Wasserfeste Prothese (Badeprothese)	B 3 KR 2/08 R <b>Termin:</b> 25.06.2009	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> , Urt. v. 11.12.2007 - L 11 KR 9/06 -	08-01-160
	B 3 KR 10/08 R <b>Termin:</b> 25.06.2009	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> , Urt. v. 18.01.2008 - L 1 KR 511/07 -	juris
	B 3 KR 19/08 R <b>Termin:</b> 25.06.2009	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> , Urt. v. 06.02.2008 - L 4 KR 72/05 -	juris
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> , Urt. v. 24.09.2008 - L 5 KR 1539/07 -	09-03-117
GPS-gestütztes Navigationssystem	B 3 KR 4/08 R <b>Termin:</b> 25.06.2009	Hat eine Krankenkasse die Kosten für ein GPS-gestütztes Navigationssystem für Blinde und Sehbehinderte im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 30.05.2007 - L 6 KR 4/06 -	juris
Lichtsignalanlage	B 3 KR 5/09 R	Hat eine an hochgradiger Schwerhörigkeit leidende Versicherte Anspruch auf Versorgung mit einer Lichtsignalanlage als Hilfsmittel der GKV?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.02.2009 - L 1 KR 201/07 -	09-03- (S. 48)
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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 06.08.2008 - L 4 KR 177/06 -	09-03-100
<b>Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe</b>				
Verabreichung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente mittels i. m.-Injektionen	B 3 KR 25/08 R <b>Termin:</b> 25.08.2009	Besteht im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Anspruch auf Kostenerstattung für die Injektion nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 30.10.2008 - L 8 KR 353/07 -	09-01-169

Behandlungssicherungspflege (Dauerbeatmung) neben Leistungen der Pflegeversicherung	B 3 KR 7/09 R	Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege "rund um die Uhr" bei Personen mit einem besonders hohen Versorgungsbedarf (hier: Dauerbeatmung), bei denen die Behandlungssicherungspflege gleichzeitig mit Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung stattfindet.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.05.2009 - L 4 KR 4793/07 -	09-03-124
<b>Fahrkosten</b>				
Fahrten zum Rehabilitationssport	B 3 KR 5/08 R <b>Termin:</b> 22.04.2009	Hat ein Versicherter einen Kostenübernahmeanspruch für Fahrten zum Rehabilitationssport?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 17.01.2008 - L 5 KR 22/07 -	08-03-149
<b>Zuzahlung</b>				
Kinderfreibetrag	B 1 KR 17/08 R <b>Termin:</b> 30.06.2009	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)?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.07.2008 - L 1 KR 22/08 -	09-03-126
Verfassungsgemäßheit der Praxisgebühr	B 3 KR 3/08 R <b>Termin:</b> 25.06.2009	Ist die Zuzahlungsregelung des § 28 Abs 4 S 1 SGB 5 (Praxisgebühr) verfassungswidrig?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 13.12.2007 - L 4 KR 297/05 -	08-02-183
<b>Rehabilitationsmaßnahmen/Soziotherapie</b>				
Soziotherapie	B 3 KR 21/08 R	Besteht bei einer über drei Jahre hinausgehenden Behandlungsbedürftigkeit mit Beginn des nächsten Drei-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Soziotherapie im Umfang von maximal 120 Stunden?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.09.2008 - L 11 KR 1171/08 -	09-01-177
<b>Krankenhauskosten</b>				
Abstimmung mit Krankenkassen für vor- und nachstationären Einsatz von Großgeräten	B 3 KR 15/08 R	Ist eine Vergütungsempfehlung im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung bei der Honorierung von Großgeräteleistungen verbindlich, wenn dort die Abrechnung der Leistungen von einer vorherigen Abstimmung zwischen den Parteien der Pflegesatzvereinbarung abhängig gemacht wird und eine Vergütungsvereinbarung (noch) nicht zustande gekommen ist?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 29.05.2008 - L 5 KR 41/06 -	08-03-158
Ambulante Operationen durch nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte	B 1 KR 13/08 R <b>Termin:</b> 05.05.2009	Hat ein Krankenhaus gegen eine Krankenkasse einen Vergütungsanspruch nach dem AOP-Vertrag (Ambulantes Operieren und stationäres Operieren im Krankenhaus) für die ambulante Operation eines Versicherten, welche im Krankenhaus durch einen von ihm beauftragten niedergelassenen Vertragsarzt durchgeführt wird?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 30.04.2008 - L 1 KR 103/07 -	08-03-154
Schlussrechnung und Korrektur der Abrechnung	B 3 KR 12/08 R	Steht Erteilung einer Schlussrechnung eines Krankenhauses der Korrektur der Abrechnung entgegen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 10.10.2007 - L 5 KR 27/07 -	08-01-185
Vergütungsanspruch nach Schlussrechnung	B 1 KR 11/09 R	Ist ein Krankenhaus deshalb gehindert, eine Vergütung für die Behandlung eines GKV-Versicherten nachzufordern, weil es eine Schlussrechnung erteilt hat?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.03.2009 - L 1 KR 59/08 -	
Sonderentgelt 11.01 u. 15.03/ Zinsanspruch der Krankenkasse	B 3 KR 4/09 R	Kann neben dem Sonderentgelt 11.01 für eine "Retropertoneale Lymphektomie" das Sonderentgelt 15.03 für die operative "Ovarektomie und/oder Salpingektomie einseitig" gesondert abgerechnet werden? Bemisst sich der Zinsanspruch der Krankenkasse bei Ansprüchen auf Rückzahlung überhöhter Krankenhausvergütungen nach den vertraglichen Regelungen für die Verzinsung des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses (hier: zwei Prozentpunkte über dem Basiszinssatz) oder ist insoweit § 288 Abs 2 BGB anzuwenden (acht Prozentpunkte	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 29.01.2009 - L 16 KR 242/06 -	09-02-166

		über dem Basiszinssatz)?		
DRG-Ziffer F49C	B 1 KR 24/08 R <b>Termin:</b> 30.06.2009	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 -	juris = KH 2009, 567
Abrechnungsprüfung durch MDK	B 3 KR 24/07 R <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 <b>Termin:</b> 18.09.2008	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
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 <b>Termin:</b> 25.08.2009	Beinhaltet die Systematik der Abgabebestimmungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel an Versicherte ein sich an den Versicherten und behandelnden Vertragsarzt richtendes Verbot, das dem Versicherten zustehende Wahlrecht bei der Apothekenauswahl dem Vertragsarzt zu überlassen und beinhaltet es eine gleichzeitige Verpflichtung für den in Anspruch genommenen Apotheker, die erfolgte Bestellungen durch den Vertragsarzt gegen seine im übrigen bestehende Abgabeverpflichtung zu ignorieren?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 15.08.2007 - L 31 KR 91/07 - Urt. v. 11.04.2008 - L 1 KR 78/07 -	09-02-175  juris
Herstellerrabattabschlag	B 1 KR 7/09 R	Waren im Jahr 2004 Blutplasmaerzeugnisse (hier: Berinert ® P) mit Blick auf § 47 Abs 1 S 1 Nr 2 AMG (juris AMG 1976) generell vom Herstellerrabattabschlag nach § 130a Abs 1 SGB 5 ausgenommen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 29.01.2009 - L 8 KR 164/07 -	09-02-178
	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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 29.01.2009 - L 8 KR 226/07 -	09-02-179
Schadensersatzanspruch bei fehlerhafter Arzneimittelverordnung	B 3 KR 13/08 R	Ist im Falle der Nichtabrechenbarkeit einer Verordnung wegen Fehlens einer zusätzlichen ärztlichen Unterschrift unter einer geänderten Verordnungsmenge trotz vertraglicher Regelung über Rechnungs- und Taxberichtigungen im Arzneimittel-Liefervertrag der zivilrechtliche Schadensersatzanspruch gem § 280 BGB anwendbar mit der Folge, dass innerhalb der mit Arzneimittel-Liefervertrag festgesetzten Frist keine Rechnungs- der Taxberichtigungen erfolgen müssen, sondern unabhängig davon ein Schadensersatzanspruch geltend gemacht werden kann? Muss sich eine Krankenkasse das Verhalten eines Vertragsarztes, der ohne eigene Untersuchung des Versicherten einem gefälschten Arztbericht blind vertraut, als Schlüsselfigur und Vertreter der Krankenkasse gem §§ 164, 166 und 278 BGB im Rahmen eines Mitverschuldens bei der Haftung des Apothekers zurechnen lassen, wenn der Versicherte falsche Angaben zu seinem Krankheitszustand und der Behandlungsnotwendigkeit macht mit der Folge, dass zu Unrecht Medikamente ärztlicherseits verordnet worden sind?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 12.09.2007 - L 4 KR 243/05 -	09-03-150
Versandapotheke: Anspruch auf Herstellerrabatt	B 3 KR 14/08 R	Hat eine in einem anderen Mitgliedstaat zugelassene Versandapotheke ab 1.1.2004 einen Anspruch auf den Herstellerrabatt nach § 130a Abs 1 S 2 SGB 5, soweit sie Verträge nach § 140e SGB 5 mit den deutschen Krankenkassen abgeschlossen hat?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 16.04.2008 - L 1 KR 16/05 -	09-02-177
Physiotherapieausbildung in anderem EU-Staat	B 3 KR 9/09 R	Verstößt die Voraussetzung einer in Deutschland durch eine Weiterbildung zu erlangenden Qualifikation bei Anbietern mit Abschlüssen aus anderen Ländern der EU gegen	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 05.03.2009	

		Europarecht (hier: Erteilung einer Abrechnungsbefugnis an einen Physiotherapeuten für die manuelle Therapie nach einer Ausbildung an der Hogeschool van Amsterdam)?	- L 1 KR 351/08 -	
Hüftprotectoren in Hilfsmittelverzeichnis	B 3 KR 11/07 R <b>Termin:</b> 22.04.2009	Sind Hüftprotectoren in das Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufzunehmen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 31.05.2007 - L 16 (5,2) KR 70/00 -	07-03-174
Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis: Geräte der nicht-invasiven Magnetfeldtherapie	B 3 KR 10/07 R <b>Termin:</b> 12.08.2009	Zur Verpflichtung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Aufnahme eines Hilfsmittels (hier: Gerät zur Elektrostimulation des Knochen- und Bindegewebes mittels pulsierender Magnetfelder - nicht-invasive Magnetfeldtherapie) in das Hilfsmittelverzeichnis.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 24.05.2007 - L 5 KR 245/00 -	07-03-173
Kein Anspruch auf Abschluss eines Vertrages	B 3 KR 26/08 R	Kann ein Hilfsmittellieferant den Abschluss eines Rahmenvertrages zu Konditionen beanspruchen, die einem anderen Hilfsmittellieferanten eingeräumt worden sind?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 26.06.2008 - L 5 KR 169/06 -	08-03-170
Streichung einer Produktgruppe aus Hilfsmittelverzeichnis (CPM-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).	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 07.05.2008 - L 5 KR 6125/06 -	08-03-165
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, a) die Abgabe und Abrechnung vertragsärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilmittel von einer vorherigen Vollständigkeitsprüfung durch den Leistungserbringer anhängig zu machen und 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> , Urt. v. 09.12.2008 - 11 KR 776/07 -	09-03-154
<b>Krankenkassen</b>				
Umlagepflicht für Fusionsbeihilfe	B 12 KR 10 u. 11/07 R <b>Termin:</b> 24.09.2008	Ist die Satzungsregelung eines Landesverbandes der Betriebskrankenkassen rechtmäßig, wonach eine Umlagepflicht besteht, um die Kosten einer Fusionsbeihilfe zur Vermeidung des Eintritts eines Haftungsfalls nach § 155 Abs 4 SGB 5 als andere aufwändige Belastung zu decken?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 25.01.2007 - L 16 KR 162/06 - - L 16 KR 214/04 -	07-02-189
Kreditfinanzierte Festgeldanlage	B 1 A 1/08 R <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> , Urt. v. 13.12.2007 - S 34 KR 95/05 -	09-01-193
Schadensersatzanspruch einer Fusionskasse gegen alten Vorstand	B 1 KR 9/08 R <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> , Urt. v. 28.11.2007 - L 4 KR 18/04 -	09-01-190
<b>Sonstiges</b>				
Erstattungsanspruch und Angabe des Umfangs	B 1 KR 21/08 R <b>Termin:</b> 30.06.2009	Muss der Erstattungsanspruch nach § 105 Abs 1 SGB 10 derart geltend gemacht werden, dass für den Erstattungsverpflichteten zumindest ersichtlich ist, in welcher ungefähren Größenordnung Erstattungsansprüche auf ihn zukommen?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 14.10.2008 - S 8 KR 222/05 -	juris
	B 3 KR 6/09 R	Stellt die Übersendung eines Antrags auf medizinische Rehabilitation innerhalb eines Sozialversicherungszweiges (hier: der gesetzlichen Rentenversicherung) eine Weiterleitung iS von § 14 Abs. 1 S 2 SGB 9 dar?	<i>LSG Berlin- Brandenburg</i> , Urt. v. 07.11.2008 - L 1 KR 111/07 -	juris