

# Rechtsprechungsinformationsdienst 09-04

Redaktion	7
Editorische Hinweise	7
Erratum	7
<b>A. VERTRAGSARZTRECHT</b>	<b>8</b>
<b>I. Honorarverteilung</b>	<b>8</b>
1. G IV-Leistungen eines psychotherapeutischen Weiterbildungsassistenten mit Mindestpunktwert	8
2. Individualbudget (KV Hamburg)	9
a) Kein kassenübergreifender Ausgleich bei praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina	9
b) Wachstumsmöglichkeit für unterdurchschnittlich große Praxen	9
c) Kein Härtefall: Niedrige Fallwerte bei hohen Fallzahlen	9
3. Keine Korrektur fehlerhafter Abrechnung der Praxisgebühr	10
4. Aufrechnung im Insolvenzverfahren mit Vorschusszahlungen	10
5. Honorarverteilung KV Hessen	10
a) Vergütung der Hautärzte im Quartal II/05/Privilegierung von Gemeinschaftspraxen/5,11 Cent	10
b) Leistungen der Schmerztherapie nach Nr. 30700 und 30701 EBM 2005	11
c) Fallzahlbegrenzung und Notdienstfälle (Quartale III/98-II/99)	11
<b>II. Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>	<b>12</b>
1. Erlöschen der Abrechnungsgenehmigung (Nr. 850 und 851 EBM) nach Wechsel des KV-Bezirks	12
2. Ultraschalleistungen ohne Genehmigung	12
3. Akupunkturleistungen fachfremd für Pneumologen	12
4. Nr. 01100, 01101 und 01210 EBM 2005 nur im organisierten Not(fall)dienst	12
5. Nr. 100 EBM 1996/Nr. 01770 EBM 2005 (Betreuung einer Schwangeren): Nur ein Vertragsarzt	13
6. Nr. 03120 EBM 2005 (Beratung): Höchstpersönliche Leistungserbringung	13
7. Bayerische Ergänzungsgesamtverträge zum DMP-Vertrag: Nr. 9274 A	13
<b>III. Arztregister/Zweigpraxis/Genehmigung/Ausschreibung zur Praxisnachfolge</b>	<b>14</b>
1. Arztregister: Keine Eintragung eines Tätigkeitsbereichs Gastroenterologie	14
2. Zweigpraxis	14
a) Keine Berücksichtigung bedarfsplanungsrechtlicher Gesichtspunkte	14
b) Kieferorthopädische Zweigpraxis in 460 km Entfernung	15
c) Keine Limitierung der Zahl der Filialen für MVZ	16
d) Anfechtungsbefugnis/Versorgungsverbesserung/Willkür/Kurze Wege	16
3. Belegarztanerkennung für MVZ	17
4. Kein schutzwürdiges Vertrauen bei Inkrafttreten einer Neuregelung	17
5. Praktische Ärztin und vollständiger psychiatrischer Status (Nr. 21210 EBM 2005)	17
6. Widerruf einer Koloskopie-Genehmigung/Anordnung der sofortigen Vollziehung	17
7. Keine Ausschreibung zur Praxisnachfolge nach Ruhen der Zulassung	18
<b>IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz</b>	<b>18</b>
1. EGMR: Überlange Verfahrensdauer für Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren	19
2. Fachübergreifende Gemeinschaftspraxis: Gemischt hausärztlich/anästhesiologische Tätigkeit	19
3. Regresse	20
a) Durchschnittsüberschreitungen im Bereich des sog. offensichtlichen Missverhältnisses	20
b) Konstitutive Bedeutung des GBA zum Ausschluss von Arzneimitteln (Acomplia®/Rimonabant)	20
c) Orale Kontrazeptiva bei katamenialen und dermatolog. Krankheitsbildern (Akne)	20
d) Dronabinol	21
e) Sprechstundenbedarf	21
aa) Keine Versordnungsfähigkeit von Aminolaevulinsäure	21
bb) Verjährungsfrist/Fristbeginn	21
4. Zahnärzte	22
a) Hinweis auf Wirtschaftlichkeit der eigenen Behandlungsweise/Stadtpraxis	22
b) Praxisbesonderheit einer besonders zahnerhaltenden Arbeitsweise	22
c) Darlegungspflicht zur Begründung einer Praxisbesonderheit	23

<b>V. Zulassungsrecht</b>	<b>23</b>
1. Lauf der Bewerbungsfrist nach Entsperrung erst ab Veröffentlichung	24
2. Sonderbedarfszulassung	25
a) Regelungen über lokalen Sonder- und Versorgungsbedarf stehen nebeneinander	25
b) Häufiger Versorgungsauftrag für gastroenterologische Leistungen	25
c) Passive Konkurrentenklage gegen Sonderbedarfszulassung als Nephrologe	26
3. Praxisnachfolge	27
a) Psychologische Psychotherapeutin als Praxisnachfolgerin in ärztliche Praxis	27
b) Prüfung des Kaufpreises mit Verkehrswert durch Zulassungsgremien	27
4. Ermächtigung	28
a) Nachbetreuung nach Magenbandoperation	28
b) Beschluss des Zulassungsausschusses mit Begründungsmangel/Anästhesieleistungen	28
<b>VI. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen</b>	<b>28</b>
Hinterbliebenenversorgung bei Ehezeit unter zwei Jahren	28
<b>VII. Gesamtvergütung/GBA/Krankenkassen</b>	<b>29</b>
1. AOP-Vertrag 2006 (Erweitertes Bundesschiedsamt) rechtswidrig	29
2. Schiedsamt: Effektiver Steigerungssatz über Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen	30
3. Keine Verwaltungsaktsbefugnis einer KZV gegenüber Ersatzkasse	30
<b>VIII. Verfahrensrecht</b>	<b>30</b>
1. BVerfG: Übermäßige Verfahrensdauer/Untätigkeit bei unklarer Beendigung der Honorarklage	30
2. BGH: Rechtsweg zu den Sozialgerichten - Vergütung bei Vertrag zur Integrierten Versorgung	31
3. Anfechtung einer Genehmigung nach § 116b SGB V	32
a) Drittschützende Wirkung von § 116b II SGB V für Vertragsärzte	32
b) Keine Drittbetroffenheit einer KV/Zuständigkeit der Spruchkörper für Krankenversicherung	33
4. Funktionelle Zuständigkeit der Spruchkörper für Vertragsarztrecht bei § 116b SGB V	33
<b>IX. Streitwert/Anwaltsvergütung</b>	<b>34</b>
1. Streitwert	34
a) Zulassung als Anästhesistin mit häufigem Versorgungsauftrag	34
b) Praxisnachfolge im einstweiligen Anordnungsverfahren: Zeitraum von einem Jahr	34
c) Erneute Zulassung nach zehn Jahren: Atypischer Fall	34
2. Kostenerstattung im Vorverfahren nach Rechtsänderung	35
<b>X. Entscheidungen des BSG</b>	<b>35</b>
1. Honorar:	35
a) Gewährleistung eines Mindesthonorarniveaus für Psychotherapeuten im Jahr 1999	35
b) Budgetierungsmaßnahmen bei unterdurchschnittlichem Umsatz	35
c) Erhöhung der Ordinationsgebühr und Praxisbudgets (Rheumatologen)	36
d) Kein Vergütungsausschluss für Laborleistungen durch Belegarzt	36
e) Vergütungsanspruch bei angefochtener Genehmigung einer Arztanstellung	36
2. Sachlich-rechnerische Berichtigung: Richtigstellungsbetrag bei Praxis- und Zusatzbudgets	36
3. Regress	36
a) Zweifel an der Richtigkeit der Datengrundlagen/Verordnungsdatum/Einsparung	36
b) Vertrauensschutz bei Verordnungsregressen/Kostenbeteiligung	36
c) Beanstandung der Beweiswürdigung kein Grund zur Revisionszulassung	37
4. Zulassungsrecht	37
a) Ermächtigung einer Tagesklinik für Psychiatrische Institutsambulanz	37
b) Sonderbedarfszulassung und häufiger Versorgungsauftrag/Zweigpraxisgenehmigung	37
c) Sexuelle Verfehlungen eines Psychotherapeuten infolge seiner Persönlichkeitsstruktur	37
d) Keine Kostenfestsetzung durch Vorsitzenden des Berufungsausschusses	38
5. Aufsicht über GBA als Rechtskontrolle/Funktionelle Zuständigkeit „Vertragsarztrecht“/Protonentherapie	38
6. Verfahrensrecht: Bestandskräftige Entscheidung über Wiedereinsetzung in Widerspruchsfrist	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) Hyperbare Sauerstofftherapie	39
b) Gamma-Knife-Behandlung	39

c) Cyberknife-Behandlung	39
2. Künstliche Befruchtung: Kryokonservierung	40
3. Kostenübernahme von Verbrauchsmaterialien für Insulinpumpe	40
4. Keine Behandlung durch Nichtvertragsarzt	40
5. Therapie bei einer nicht zur vertragstherapeutischen Versorgung zugelassenen Psychotherapeutin	40
6. Zahnärztliche Leistungen: Implantatversorgung wegen Abneigung gegen Fremdkörper im Mundbereich	41
<b>II. Kostenerstattungsanspruch</b>	<b>41</b>
1. Vorheriger Antrag/Rechnung nach Maßstäben der GOÄ	41
2. Psychotherapeutische Behandlungen bei einer Nichtvertragsbehandlerin	42
3. Über dem Festpreis liegende Kosten für digitales Hörgerät	42
4. Fehlen einer wirksamen Zahlungsverpflichtung	42
5. Zurückliegende Epilationsbehandlung in Privatklinik und bei Kosmetikerin	42
6. Wahl der Kostenerstattung: Vorlage eines Heil- und Kostenplans	42
<b>III. Stationäre Krankenhausbehandlung</b>	<b>43</b>
1. Mammareduktionsplastik	43
2. Brustaufbauoperation (Mammaaugmentationsplastik) bei Transsexualität	43
3. Kein Anspruch auf Magen-Bypass-Operation als indirekte Behandlung	43
4. Ganzkörperstraffung (Bodylift), Oberschenkel-, Brust- und Oberarmstraffung	43
5. Behandlungen der traditionellen chinesischen Medizin nach einer ganzheitlichen Methode	44
<b>IV. Krankenbehandlung im Ausland</b>	<b>44</b>
1. Stationäre Krankenhausbehandlung in einem anderen EG-Mitgliedstaat	44
2. Betreuungsleistungen aus der österreichischen Krankenversicherung bei Ruhegehalt	45
3. Ruhen des Leistungsanspruch bei Aufenthalt im Kosovo in 2000/2001	45
<b>V. Arzneimittel</b>	<b>45</b>
1. Off-Label-Use	45
a) Interessenabwägung im ER-Verfahren: „Avastin“ (Bevacizumab)	45
b) Seltenheitsfall: Spanidin zur Behandlung einer Panarteriitis nodosa	46
c) Fertigarzneimittel Concerta 36 zur Behandlung von Narkolepsie	46
d) Immunglobuline	46
aa) Intravenöse Immunglobuline zur Behandlung einer Autoimmun-Urtikaria	46
bb) Autoimmunerkrankung Myasthenia gravis	46
2. Nicht zugelassene Arzneimittel	47
a) Importarzneimittel "Flutinas®" bei Rhinosinusitis	47
b) „Algonot Plus“ bei Multipler Sklerose	47
3. Arzneimittel zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion: Caverject	47
<b>VI. Hilfsmittel/Heilmittel</b>	<b>48</b>
1. Elektrorollstuhl mit Hubfunktion	48
2. Rollstuhl-Fahrrad-Kombination (sog. Rollfiets) mit elektrischem Schiebeantrieb	49
3. Therapie-Tandem nebst Zusatzausstattung	49
4. Autoschwenksitz	50
5. Patientenlifter	50
6. Versorgung mit einer zweiten Unterschenkelprothese	50
7. Hörgeräteversorgung: Behinderungsausgleich nur mit digitalem Hörgerät	51
8. Behindertenbegleithund	51
9. Heilmittel: Fußpflege	51
<b>VII. Häusliche Krankenpflege</b>	<b>51</b>
Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme (Magensonde)	51
<b>VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Rehabilitation</b>	<b>52</b>
1. Zuzahlung: Kein Härteausgleich bei über Regelversorgung hinausgehende Zahnersatzleistungen	52
2. Fahrkosten: Fahrten zur ambulanten ärztlichen Behandlung - Behandlungsfrequenz	52
3. Rehabilitation	52
a) Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) als Fortsetzung der akutmedizinischen Behandlung	52
b) "Abmagerung" kein ausreichendes Reha-Ziel	52
<b>IX. Wahltarife</b>	<b>53</b>
Prämienzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen - Alles-oder-Nichts-Prinzip	53

<b>X. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen</b>	<b>53</b>
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	53
a) Abschluss eines Versorgungsvertrages im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin	54
b) Überprüfung der Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung/Dokumentation	54
c) Vollstationäre Krankenhausbehandlung bei Adenotomie (Rachenmandelentfernung)	55
d) Nebendiagnose als Krankheit (hier: Vorhofseptumdefekt bei Neugeborener)	55
e) Leistungen für Neugeborene im Rahmen der Entbindungsanstaltspflege	55
f) Fallzusammenführung nach unerwünschter Arzneimittelwirkung eines Chemotherapeutikums	56
g) Fallzusammenführung wegen Komplikation bei einer unvorhersehbaren Verschlimmerung	56
h) Rechnungsabschluss gemäß § 8 IX KHEntG verfassungsgemäß	56
i) Einbehalt einer Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung/Auskunftsanspruch	56
j) Aufwandspauschale nach § 275 I c SGB V	57
aa) Keine Aufwandspauschale nach § 275 I c SGB V für Altfälle	57
bb) Aufwandspauschale für Altfälle und Prüfungsbeginn durch MDK nach Stichtag	57
cc) Entfallen der Aufwandspauschale	58
k) Keine Vergütung von Krankentransportfahrten zwischen den Betriebsstätten	58
2. Rabattverträge/Festbetragsfestsetzung	58
a) Informationspflicht vor Abschluss eines Arzneimittelrabattvertrags	58
b) Verordnung von Sprechstundenbedarf (Kontrastmittel) und Grundsatz der Produktneutralität	59
c) Rahmenrabattverträge mit drei Vertragspartnern mit unterschiedlichen Rabatten	60
3. Vergabe von Forschungs-, Entwicklungs- und Beratungsdienstleistungen nach § 137a I SGB V	61
4. Apotheker: Zahlungspflicht der Krankenkasse bei gefälschtem Arzneimittelrezept	61
5. Hilfsmittelerbringer: Versorgungsvertrag für Hörhilfen im sog. verkürzten Versorgungsweg	61
6. Häusliche Pflege: Kein Vergütungsanspruch bei Leistungsablehnung gegenüber Versicherter	62
<b>XI. Angelegenheiten der Krankenkassen</b>	<b>62</b>
1. Gewährung von finanziellen Hilfen für notleidende Mitgliedskasse	62
2. Unterlassung wegen Herabwürdigung der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung	62
<b>XII. Verfahrensrecht/Sonstiges/Streitwert</b>	<b>63</b>
1. Örtliche Zuständigkeit für Krankenhausvergütungsverfahren	63
2. Streitwertfestsetzung: Rechtmäßigkeit der Kündigung eines Versorgungsvertrages	63
<b>XIII. Entscheidungen des BSG</b>	<b>63</b>
1. Neue Behandlungsmethode: Torisch intraokularer Kontaktlinsen/Notstandsähnliche Situation	63
2. ICSI-Behandlungen: Keine Kosten für Ehefrau	64
3. Fahrkosten für Rehabilitationssport	64
4. Keine Aufnahme von Hüftprotectoren in Hilfsmittelverzeichnis wegen fehlender Hilfsmittelleigenschaft	64
5. Krankenkassen	64
a) Verbot der Kreditaufnahme am Kapitalmarkt	64
b) Schadensersatzverpflichtung des Vorstands	64
<b>C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE</b>	<b>65</b>
<b>I. Ärztliches Berufsrecht</b>	<b>65</b>
1. Widerruf der Approbation	65
a) Sexuelle Übergriffe zwischen Psychotherapeut und Patientin	65
b) Unwürdigkeit bei Abrechnungsbetrug gegenüber KV	65
c) Nicht indizierte Impfungen/Anordnung der sofortigen Vollziehung	66
d) Schwerwiegendes Fehlverhalten: Betrug zum Nachteil von Patienten/Steuerhinterziehung	66
e) Widerruf der zahnärztlichen Approbation wegen "Kick-Back"-Zahlungen	67
2. Berufspflichten/Verfahrensrecht	67
a) BVerwG	67
aa) Heranziehung eines Privatarztes zum ärztlichen Notfalldienst	67
bb) Logo „MacDent“ mit Schriftzug „Geprüfte Qualitätsstandards“ eines Franchise-Unternehmens	67
b) Privat organisierter zahnärztlicher Notdienst nicht mit Zusatz „alle Kassen“	68
c) Werbung mit selbstverständlichen zahnärztlichen Leistungen	68
d) Anhörungserfordernis vor berufsrechtlicher Rüge/Inhaltliche Bestimmtheitsanforderungen	68
3. Weiterbildung: Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie/Übergangsregelung	69
4. Anerkennung einer Fortbildungsveranstaltung „Psychosomatische Grundversorgung“ in Mallorca	69
5. Werberecht/Wettbewerbsrecht	69
a) BGH: Vermittlung eines Brillenliefervertrages mit einem bestimmten Optiker	69

b) „Zuweiserprämie“: Krankenhausempfehlung in Vertrag über "sektorenübergreifende Versorgung"__	70
c) Verlängerte Öffnungszeiten kein zahnärztlicher Notdienst _____	70
d) Telefonbucheintrag in Rubrik „Zahnärzte für Kieferorthopädie“ _____	70
e) Keine Wettbewerbshandlung bei negativer Äußerung über Kollegen gegenüber Dritten _____	70
6. Mitteilung privaten Krankenversicherers über ausgeschlossene ärztliche Leistungserstattung _____	71
7. Reinigung und Desinfektion von Medizinprodukten in Zahnarztpraxis _____	71
8. Strafrecht: _____	71
a) BGH: Abgabe von Methadon zum eigenverantwortlichen Verbrauch durch Arzt selbst _____	71
b) BGH: Betrug wegen Verkauf eines angeblichen Krebsmittels (Galavit) _____	72
c) Unsichere Diagnose im Notdienst (Fahrlässige Tötung durch Unterlassen) _____	72
9. Ziviles Vertragsrecht _____	72
a) Auslegung eines bedingten Kaufvertrags nach gescheiterter Praxisnachfolge (§ 103 IV SGB V) _____	72
b) Aufhebung vertragsärztlicher Altersgrenze und Auswirkungen auf Praxiskaufvertrag _____	73
c) Partnerschaftsgesellschaft zwischen Arzt/Apotheker _____	73
10. Kammern: Beitragsgruppe für doppelapprobierte Ärzte (MKG-Chirurg) _____	73
11. Versorgungswerk: Freiwillige Zuzahlungsmöglichkeiten - Altersgrenze von 55 Jahren _____	73
12. Rettungsdienstwesen: Widerruf der Ernennung als Leitender Notarzt _____	73
<b>II. Arzthaftung _____</b>	<b>74</b>
1. BGH _____	74
a) Kritische Würdigung widersprüchlicher Aussagen eines Sachverständigen _____	74
b) Pflicht zur Aufklärung von Widersprüchen zwischen Gutachten _____	74
2. Befunderhebung bei Symptom für mehrere Krankheitsursachen _____	74
3. Übersehen eines Befundes auf Röntgenaufnahme durch Anästhesisten _____	74
4. HIV-Test während Schwangerschaft und regionaler fachärztlicher Standard _____	75
5. Verspätet erkannte Eileiterschwangerschaft _____	75
6. Erteilung der Einwilligung ad personam _____	75
7. Aufklärungspflichten _____	75
a) Implantation eines medizinischen Geräts: Keine Aushändigung der Bedienungsanleitung _____	75
b) Vorwurf der mangelnden ärztlichen Aufklärung über Polkörperdiagnostik _____	75
c) Aufklärung nur über in eigenem Fachgebiet bekannte Risiken _____	76
d) Haftungsausschluss bei Wahlleistungen/Aufklärung von Ärzten als Patienten _____	76
e) Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht im Rahmen des sog. Off-Label-Use _____	76
8. Befangenheit eines Gerichtssachverständigen _____	76
<b>III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe _____</b>	<b>77</b>
1. Privatbehandlung _____	77
a) Zur (Nicht-)Geltung der GOÄ im Verhältnis Konsiliararzt/Krankenhausträger _____	77
b) Mehrkosten bei Abweichung von schulmedizinischer Behandlung _____	77
c) Keine Herausgabe kryokonservierter Eizellen nach Tod des Ehemannes _____	77
d) Einsichtnahme von Patienten in Behandlungsunterlagen ihres Psychotherapeuten _____	78
e) Rechtsanwaltskosten für Herausgabe von Behandlungsunterlagen _____	78
2. Private Krankenversicherung _____	78
a) BGH: Keine Behandlung einer Lese-Rechtschreib-Schwäche durch einen Pädagogen _____	78
b) Beweis Notwendigkeit stationärer Behandlung nur durch Sachverständigengutachten _____	78
c) Sachverständigengutachten zur Beurteilung der Notwendigkeit einer Zahnersatzmaßnahme _____	78
d) Bei Ehemann entstandene Kosten einer In-vitro-Fertilisation _____	79
e) Krankenkasse darf auf Wucher bei Honorargestaltung hinweisen _____	79
f) Begründung beim Überschreiten des Schwellenwerts durch Zahnarzt _____	79
g) Kostenerstattung für physiotherapeutische Behandlung _____	79
3. Beihilfe _____	79
a) BVerwG: Kostenbegrenzung bis zu Aufwendungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung _____	79
b) Praxisgebühr _____	79
c) Cranio-sacrale Therapie nicht beihilfefähig _____	80
d) Beihilfefähigkeit der V.A.C.-Therapie _____	80
e) IVF-/ICSI-Behandlung bei nicht verheirateten Partnern beihilfefähig _____	80
f) Unzulässiger Ausschluss von Arzneimitteln zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (hier: Levitra) _____	80
g) Überschreiten des Schwellenwerts bei zahnärztlicher Liquidation _____	81
h) Impfung gegen Humane Papillomaviren _____	81
i) Schuppenshampoo bei Psoriasis _____	81
j) Beihilfeausschluss für Arzneimittelaufwendungen bei gesetzl. Versicherung _____	81
k) Keine Beihilfe für Behandlung durch nahe Angehörige _____	82
l) Hörgeräte _____	82

<b>IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel</b>	<b>82</b>
1. EuGH	82
a) Besitz und Betrieb einer Apotheke nur durch Apotheker	82
b) Parallelexporte aus Ländern mit niedrigen Arzneipreisen erschwert	83
2. Generalanwalt EuGH: EU-Staaten dürfen in Apothekenmarkt eingreifen	83
3. BGH	83
a) Vorlage an den EuGH: Arzneimittelpräsentation im Internet	83
b) Werbeverbot/Meinungäußerung ("Können Kassenpatienten wirklich auf Sortis® verzichten?")	84
c) Werbung eines Blutspendedienstes: Aufwandsentschädigung	84
d) Wettbewerbsverstoß eines Zahnersatzherstellers: Prämien für den Bezug von Medizinprodukten	84
4. BVerwG: Hinterbliebenenversorgung bei versorgungsnaher Ehe	84
5. Bonus-System: 3,00 € Gutschrift für Drogeriemarkt	85
6. Werbung mit Qualitätsurteil „gut“ der Stiftung Warentest	85
7. Keine Erinnerungswerbung bei Abbildung auf LKW	85
8. Arzneimittelabgabe durch einen nur über Bild- und Tonleitung mit dem Kunden verbundenen Apotheker	86
9. Clubapotheke	86
10. Arzneimittelpreisbindung auch für ausländische Versandapotheken	86
11. Arzneimittelhaftung für Medikament VIOXX: Auseinandersetzung mit Beweisangeboten	86
<b>V. Verschiedenes</b>	<b>87</b>
1. EGMR: Überlange Verfahrensdauer u.a. wegen Sachverständigengutachtens	87
2. EuGH: Ärztl. Niederlassungsfreiheit in Österreich: Bankkonto bei Landesbank	87
3. BVerfG: Eingetragene Lebenspartnerschaft in der Hinterbliebenenversorgung (hier: VBL)	87
4. BGH	87
a) Werbung für Konzept zur Qualitätssicherung von Zahnarztpraxen mit Gewinnspiel	87
b) Leasingvertrag mit niedergelassenem Arzt über TV-Multimedia-Empfangsanlage	88
5. BVerwG: Beschränkung der Heilpraktikererlaubnis auf Ausübung der Physiotherapie	88
6. Krankenhäuser	88
a) Erstattungsanspruch des Krankenhauses gegen Sozialhilfeträger	88
b) Anspruch auf Krankenhausplanaufnahme: Drittschutz gegen Auswahlentscheidung	88
c) Krankenhauspflegesätze: Berücksichtigung zusätzlicher Kosten im Einzelfall	88
7. Opferentschädigung nach Schönheitsoperation aufgrund erschlichener Einwilligung	89
8. Vertrag über Rettungsdienstleistungen und Dienstleistungskonzession	89
9. Medikamentengabe durch Rettungsassistenten	90
10. Zurückstufung eines Medizinaldirektors wegen des Besitzes kinderpornographischer Schriften	90
11. Heilpraktikererlaubnis: Multiple Choice-Prüfungsverfahren zulässig	90
12. Nennung auf dem Informationsportal "falschgutachter.info"	90
13. Keine Werbe-Emails in Arztpraxis	90
14. Wettbewerbsrecht: Matratzenverkäufer als „ärztlich geprüfter Schlafberater“	91
15. Unzulässige Bezeichnung „Spezialist für Zahnarztrecht“	91
16. Steuerrecht	91
a) BFH: Dateneinsichtsrecht der Finanzbehörden/Aufzeichnungspflichten	91
b) Vorsorgeuntersuchungen bei Führungskräften kein steuerpflichtiger Arbeitslohn	91
<b>Verzeichnis der Entscheidungen</b>	<b>92</b>
<b>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht</b>	<b>95</b>
<b>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)</b>	<b>101</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@dgtkassenarztrecht.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** wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum **15.11.2009** eingestellten Entscheidungen.

## Erratum

LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 51/07 – RID 09-03-56 wurde irrtümlich mit dem Az.: L 4 KA 941/07 angegeben.

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

können außer in juris noch in [www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de) (Rechtsprechungsdatenbank des Niedersächsischen Oberverwaltungsgerichts) eingesehen werden (irrtümlich war <http://app.olg-ol.niedersachsen.de> angegeben worden).

## A. VERTRAGSARZTRECHT

Nach BSG, Urt. v. 28.01.2009 – **B 6 KA 11/08 R** – (SozR 4-1500 § 77 Nr. 2) 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. 28.10.2009 – **B 6 KA 26/08 R** – ist die **Gliederung des EBM 2005** nach Fachgebieten im Grundsatz nicht zu beanstanden, ebenso nicht die Anknüpfung an einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt und dessen Ausrichtung auf einen Anteil am Gesamtpunktzahlvolumen für **Urologen** als Voraussetzung für eine Genehmigung zur Erbringung **proktologischer Leistungen**; nach BSG, Urt. v. 11.03.2009 – **B 6 KA 65/07 R** – (SozR 4-5500 Art 11 Nr. 2) 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** – (SozR 4-2500 § 85 Nr. 45) 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** – (SozR 4-2500 § 121 Nr. 2) 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** – (SozR 4-2500 § 87 Nr. 17) 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** – BSGE 102, 134 = SozR 4-2500 § 295 Nr. 2 = 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 KHEntgG die Einschaltung von **Verrechnungsstellen** ausdrücklich zugelassen wird, bedürfte es einer entsprechenden Vorschrift für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung; da bisher die Einschaltung privater Abrechnungsstellen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hingenommen worden ist, bedarf es einer **Übergangsregelung**, damit sich die Leistungserbringer auf die nunmehr vom BSG geklärte Rechtslage einstellen und ihre abweichende Praxis dem anpassen können (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. G IV-LEISTUNGEN EINES PSYCHOTHERAPEUTISCHEN WEITERBILDUNGSASSISTENTEN MIT MINDESTPUNKTWERT

**SG Berlin, Urt. v. 04.03.2009 – S 83 KA 1643/06 –**

**RID 09-04-01**

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 13/09 R*

juris

SGB V §§ 82 I, 85 IV 4, IVa 1 HS 2; EBM 2005 Kap. G Abschn. I; BMV-Ä § 15 I 1 u. 2; EKV-Ä § 14 I 1 u. 2

Die von den gem. § 32 Ärzte-ZV genehmigten **Weiterbildungsassistenten** erbrachten Leistungen gelten gem. § 15 I 2 BMV-Ä/§ 14 I 2 EKV-Ä **als persönliche Leistungen des Vertragsarztes**, weil sie aufgrund der dem Weiterbildungsverhältnis immanenten Überwachungspflicht des weiterbildenden Arztes diesem zugeordnet werden können. Daher gelten für die Bewertung und die Vergütung dieser Leistungen die allgemeinen Abrechnungsgrundsätze so, als hätte der Vertragsarzt die Leistungen selbst und höchstpersönlich erbracht. Für eine Unterscheidung in eigene Leistungen des Vertragsarztes und Leistungen der Weiterbildungsassistenten und deren unterschiedliche Vergütung findet sich keine Rechtsgrundlage.

Der Rechtsprechung des BSG zum **Mindestpunktwert** kann nicht entnommen werden, dass der Mindestpunktwert nicht für Weiterbildungsassistenten gelten solle.

Mit der **Obergrenze** von 561.150 Punkten, über die hinaus der Mindestpunktwert nicht beansprucht werden kann, ist es ausgeschlossen, dass ein Vertragsarzt durch die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten über Gebühr vom Mindestpunktwert profitiert und seine Praxistätigkeit und Vergütung unverhältnismäßig zu Lasten des Vergütungsanteils der Fachärzte erweitert. Auch wird sich der

Umsatz einer psychotherapeutischen Praxis ohne Weiterbildungsassistenten von einer solchen, die Weiterbildungsassistenten beschäftigt, wegen der Obergrenze nicht gravierend unterscheiden können.

Der Kl. ist seit 1999 als **Facharzt für psychotherapeutische Medizin** zugelassen und der Fachgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zugeordnet. Er verfügt über eine Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer auf dem Gebiet der psychotherapeutischen Medizin. In den streitgegenständlichen Quartalen beschäftigte er mit Genehmigung der bekl. KV gemäß § 32 II Ärzte-ZV zwei Weiterbildungsassistenten. Die Bekl. vergütete die vom Kl. selbst erbrachten antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen zum regionalen Mindestpunktwert, der in Berlin 4,4230 Cent betrug. Die von den Weiterbildungsassistenten erbrachten antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, die der Kl. gemäß den Vorgaben der Bekl. in seinen Honoraranforderungen entsprechend zu kennzeichnen hatte, vergütete die Bekl. mit ungestützten Punktwerten. Sie betragen je nach Kasse/Kassenart und Quartal zwischen 1,7928 Cent und 3,6376 Cent. Das **SG** gab der Klage statt und verpflichtete die KV unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale III u. IV/05 sowie I/06, die von dem Kl. und seinen Weiterbildungsassistenten in den genannten Quartalen erbrachten zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen bis zu einer Grenze von 561.150 Punkten pro Quartal zu dem Mindestpunktwert von 4,4230 Cent zu vergüten.

## 2. INDIVIDUALBUDGET (KV HAMBURG)

### A) KEIN KASSENÜBERGREIFENDER AUSGLEICH BEI PRAXISBEZOGENEN REGELVERSORGUNGSVOLUMINA

**SG Hamburg, Urt. v. 03.06.2009 – S 3 KA 273/04 –**  
SGB V § 85 IV

**RID 09-04-02**

Ein Individualbudget in Form praxisbezogener Regelversorgungsvolumina (pRVV), die für jede Kassengruppe auf Grundlage des anerkannten Leistungsbedarfs im Vorjahresquartal berechnet werden, mit einem festen Punktwert (4,65 Cent), während der darüber hinausgehende Leistungsbedarf nicht gesondert vergütet wird, ist nicht zu beanstanden. Zulässig ist auch die Kürzung der pRVV für jeden vollen Prozentpunkt zusätzlicher Unterschreitung um 1,25 %, wenn die Fallzahl im Abrechnungsquartal die Fallzahl im Vorjahresquartal um mehr als 20 % unterschreitet. Die Berechnung kann kassenbereichsweise erfolgen, ohne dass ein kassenübergreifender Ausgleich zu erfolgen hat. Dies gilt auch für die Fachgruppe der Anästhesisten, auch soweit sie auf Überweisung tätig werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

Nach **SG Marburg, Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 653/05 – RID 06-03-07** ist ebf. eine getrennte Budgetierung nach Primär- und Ersatzkassen zulässig

### B) WACHSTUMSMÖGLICHKEIT FÜR UNTERDURCHSCHNITTLICH GROßE PRAXEN

**SG Hamburg, Urt. v. 15.07.2009 – S 3 KA 57/06 –**  
SGB V § 85 IV

**RID 09-04-03**

Der HVV der KV Hamburg sieht für die Quartale III/04 bis II/05 eine Wachstumsmöglichkeit für unterdurchschnittlich große Praxen vor, da durch Erhöhung der Patientenzahl zumindest der durchschnittliche Umsatz der Arztgruppe erreicht werden kann. Zu einer Umsatzsteigerung bei teilweise sinkenden, in jedem Fall aber unterdurchschnittlichen Patientenzahlen besteht kein Anlass.

Das **SG** wies die Klage ab.

### C) KEIN HÄRTEFALL: NIEDRIGE FALLWERTE BEI HOHEN FALLZAHLEN

**SG Hamburg, Urt. v. 24.06.2009 – S 27 KA 417/06 –**

**RID 09-04-04**

Ein Härtefall bzgl. der Erhöhung eines Individualbudgets kann nicht mit dem Vortrag erreicht werden, ähnliche Probleme bestünden auch in anderen nervenärztlichen Praxen, da damit keine von der Typik der Arztgruppe abweichende Ausrichtung geltend gemacht wird.

Niedrige Fallwerte bei hohen Fallzahlen begründen keine Erhöhung eines Individualbudgets, da die Basis dieser Relation mit den eigenen Abrechnungen in den Bezugsquartalen gelegt wurde.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 3. KEINE KORREKTUR FEHLERHAFTER ABRECHNUNG DER PRAXISGEBÜHR

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 11 KA 18/09 –*

RID 09-04-05

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

SGB V § 95 IV; SGB X § 44; GG Art. 12 I

Eine Regelung in einem HVV, wonach eine **nachträgliche Berichtigung** oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen nicht mehr geltend gemacht werden kann, gilt auch für den Fall, dass die Abrechnung deshalb unrichtig ist, weil der Vertragsarzt in ihr - aus welchem Grund auch immer - unzutreffende Angaben zur Höhe der einzubehaltenden **Praxisgebühr** gemacht hat. Eine solche Ausschlussregelung verstößt nicht gegen höherrangiges Recht. Die Anwendung der Ausschlussregelung darf allerdings keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiegt, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zweck steht (BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 29/06 R -). Der Honorarverlust von maximal 1.660 € im Quartal bei einem Quartalshonorar von 49.790,42 € begründet keinen Ausnahmefall.

Der Kl. legte gegen die Abrechnungsbescheide für die Quartale I/04 bis III/2006 Widerspruch ein, mit dem er sich gegen den **Abzug der Praxisgebühr** wandte. Zur Begründung gab er an, aufgrund eines **Softwarefehlers** seien Probleme bei der Kennzeichnung der von der Praxisgebühr befreiten Patienten aufgetreten. Ihm sei erst jetzt aufgefallen, dass deshalb die einbehaltenen Praxisgebühren wesentlich höher seien als die von ihm eingenommenen Beträge. Die Bekl. wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 24.04.2007 wegen Verfristung als unzulässig zurück. Am 08.05.2007 beantragte der Kl. die Rücknahme der Honorarbescheide für die Quartale I/05 bis III/06 nach § 44 SGB X; wegen eines Computerfehlers, den er nicht habe erkennen können, seien in diesen Quartalen in 845 Fällen Patienten als nicht von der Praxisgebühr befreit gemeldet worden, obwohl sie tatsächlich befreit gewesen seien, weshalb zu Unrecht Praxisgebühren i.H.v. insgesamt 8.450 € angerechnet worden seien. *SG Düsseldorf*, Gerichtsbb. v. 02.03.2009 - S 2 KA 174/07 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

S.a. *LSG Hessen*, Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 70/07 – RID 09-02-09; *LSG Hessen*, Urt. v. 24.09.2008 – L 4 KA 43/07 – RID 09-01-11; RID 07-04-A.10 (S. 10) m.w.N.

### 4. AUFRECHNUNG IM INSOLVENZVERFAHREN MIT VORSCHUSSZAHLUNGEN

*LSG Hessen, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 111/08 –*

RID 09-04-06

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 43/09 B*

SGB V § 85 IV; InsO §§ 94, 95

Die **Honoraransprüche** eines Vertragsarztes und Insolvenzschuldners bestehen in ihrem rechtlichen Kern i.S.d. Insolvenzrechts bereits **vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens**, ebenso als Gegenforderung ein aufschiebend bedingter Anspruch einer KV auf Erstattung der Überzahlung aus den geleisteten Abschlägen. Die Konkretisierung des Anspruchs der Höhe nach durch Einreichung der Abrechnungsunterlagen und Festsetzung des Anspruchs durch die KV können nicht als Rechtshandlungen angesehen werden, die den durch § 95 I 1 InsO geschützten Kern der jeweiligen Ansprüche noch berühren. Eine KV ist daher berechtigt, Honorarrückforderungsansprüche wegen **zu hoher Vorschusszahlungen** vor Insolvenzeröffnung mit Honoraransprüchen des Insolvenzschuldners aufgrund nach Insolvenzeröffnung festgesetzter Honoraransprüche für die gleichen Quartale aufzurechnen.

*SG Marburg*, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 50/08 – RID 08-04-05 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 5. HONORARVERTEILUNG KV HESSEN

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

*LSG Hessen, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 55/08 –*

RID 09-04-07

*Revision eingelegt: B 6 KA 42/09 R*

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

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

Eine **Hautärztin** hat im Quartal II/05 im Bereich der KV Hessen keinen Anspruch auf Vergütung ihrer Leistungen mit einem **Punktwert von 5,11 Ct.**

Die Regelung in Ziff. 6.3 HVV zur Bildung **praxisindividueller Regelleistungsvolumina** ist grundsätzlich rechtmäßig.

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

Eine rechtswidrige **Benachteiligung von Einzelpraxen gegenüber Gemeinschaftspraxen** besteht weder durch die Regelungen des EBM 2005 (Zuschläge für Gemeinschaftspraxen beim Ordinationskomplex) noch des Beschlusses des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 oder des HVV (Zuschläge für Gemeinschaftspraxen beim Regelleistungsvolumen).

Es besteht auch kein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit unter dem Gesichtspunkt, dass die Honorarverteilung zu einer unverhältnismäßigen Benachteiligung der Facharztgruppe der Hautärzte **im Vergleich zu sonstigen Facharztgruppen** führt.

Bei der Prüfung, ob normative Regelungen der Honorarverteilung den Anforderungen des Artikel 12 I GG genügen, ist primär auf die **generelle Situation der betroffenen Arztgruppe** und nicht auf die Ertragsituation einer einzelnen vertragsärztlichen Praxis abzustellen. Die Berücksichtigung der generellen Situation einer Arztgruppe schließt zugleich aus, dass ein **Anspruch auf höhere Vergütung** mit Erfolg für nur einen kurzen Zeitraum oder für beliebig herausgegriffene Quartale geltend gemacht werden kann. Zur Erfassung der generellen Lage ist die Gesamtsituation der betroffenen Arztgruppe über einen längeren Zeitraum, nämlich über mindestens vier zusammenhängende Quartale zu betrachten (BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 Rn. 140, 141).

Die Honorarverteilung für das Quartal II/05 ist jedenfalls im Sinne einer **Anfangs- und Erprobungsregelung** nicht zu beanstanden ist.

Es kann dahingestellt bleiben, ob die Honorarverteilung für die Quartale I/03 bis III/04 und I/05 - wie dies seitens **SG Marburg**, Urt. v. 02.07.2008 – S 12 KA 445/07 – RID 08-03-14 in Fortentwicklung der BSG-Rechtsprechung angenommen wurde - im Bereich der KV Hessen rechtswidrig ist, weil sie zu Lasten der Neurologen und Psychiater gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoße. An einer Vergleichbarkeit mit dem vom SG entschiedenen Sachverhalt fehlt es auch bereits deshalb, weil sich das **Einkommen der Hautärzte** nicht wesentlich verändert hat und nicht mehr als 15 % unter den Durchschnittseinkommen vergleichbarer Arztgruppen liegt.

Die Einbehaltung von 0,117 % des Nettohonorars zur **Sicherung der allgemeinärztlichen Weiterbildung** nach Einführung getrennter Hausarzt-/Facharztöpfe ist rechtmäßig.

**SG Marburg**, Urt. v. 04.06.2008 – S 12 KA 546/07 – RID 08-03-12 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **B) LEISTUNGEN DER SCHMERZTHERAPIE NACH NR. 30700 UND 30701 EBM 2005**

**SG Marburg**, Urt. v. 16.09.2009 – S 12 KA 341/08 –

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 93/09 -  
SGB V § 85 IV

www.sozialgerichtsbarkeit.de = jurist

**RID 09-04-08**

Der Auffüllbetrag nach Ziffer 7.5 HVV muss nicht die 95 %-Grenze erreichen.

Leistungen der Schmerztherapie nach Nr. 30700 und 30701 EBM 2005 unterliegen ebf. einem Vorwegabzugs für den Honorarbereich C (Notdienst) und die Erweiterte Honorarverteilung.

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

## **C) FALLZAHLBEGRENZUNG UND NOTDIENSTFÄLLE (QUARTALE III/98-II/99)**

**LSG Hessen**, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 8/07 –

SGB V § 85 IV

**RID 09-04-09**

Die **Fallzahlbegrenzungsregelung** im HVM der KV Hessen für die Quartale III/98-II/99 ist nicht zu beanstanden. **Notdienstfälle** stellen keine eine Ausnahme oder Sonderregelung rechtfertigende Situation dar, da dem Grunde nach alle Vertragsärzte in gleicher Weise zu diesen Diensten verpflichtet sind, so dass es nicht zu beanstanden ist, wenn diese Leistungen nicht aus den zu vergleichenden Fallzahlen herausgerechnet werden.

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 27.09.2006 - S 28 KA 4498/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 11.03.2009 – **B 6 KA 62/07 R** – (SozR 4-2500 § 106a Nr. 7) 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** – (SozR 4-2500 § 106a Nr. 5) 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** – (SozR 4-2500 § 106a Nr. 4) ist die Leistung nach **Nr. 01 BEMA-Z** (Eingehende Untersuchung einschließlich Beratung) im Zusammenhang mit einem Besuch nicht neben der Leistung nach Nr. 50 GOÄ (abrechnungstechnisch für Zahnärzte Nr. 7500 BEMA-Z - Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung) berechnungsfähig.

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

### 1. ERLÖSCHEN DER ABRECHNUNGSGENEHMIGUNG (NR. 850 UND 851 EBM) NACH WECHSEL DES KV-BEZIRKS

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 19.05.2009 – L 4 KA 24/07 –**

**RID 09-04-10**

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

SGB V §§ 135 II; BMV-Ä § 11 VI; EKV-Ä § 39 VI

Eine **Abrechnungsgenehmigung** (hier: betreffend die Nrn. 850 und 851 EBM) gilt nur bis zur **Beendigung der Tätigkeit in einem KV-Bezirk** (vgl. BSG, Urt. v. 13.11.1996 - 6 RKa 87/95 - SozR 3-2500 § 135 Nr. 3 = MedR 1997, 424). Es ist jedoch unerheblich, ob der Wechsel von der KV, die die Genehmigung erteilt hat, zu einer anderen KV nach einer Unterbrechung der vertragsärztlichen Tätigkeit insgesamt oder nach einer zwischenzeitlichen Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich einer dritten KV, jedoch ohne Erbringung der genehmigungspflichtigen Leistungen erfolgt. Denn maßgeblicher Gesichtspunkt ist die Sicherung der Qualität der Leistung im Sinne einer kontinuierlichen Leistungserbringung.

**SG Kiel**, Gerichtsbb. v. 31.05.2007 - S 15 KA 76/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 2. ULTRASCHALLEISTUNGEN OHNE GENEHMIGUNG

**SG Marburg, Urt. v. 16.09.2009 – S 12 KA 785/08 –**

**RID 09-04-11**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 90/09 B -*

SGB V § 106a

Ultraschalleistungen, die ohne Genehmigung nach der Ultraschallvereinbarung erbracht werden, können sachlich-rechnerisch berichtigt werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 3. AKUPUNKTURLEISTUNGEN FACHFREMD FÜR PNEUMOLOGEN

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.05.2009 – L 3 KA 28/08 –**

**RID 09-04-12**

juris

SGB V §§ 87 I, III 35 II; EBM 2005 Nr. 30790, 30791; GG Art. 12 I; HeilBerG Bremen § 39 I

**Leitsatz:** Die Erbringung von Akupunkturleistungen nach den EBM-Ziffern 30790 und 30791 ist für Internisten mit dem Schwerpunkt Pneumologie fachfremd.

**SG Bremen**, Urt. v. 23.01.2008 - 24 KA 15/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

S.a. **SG Marburg**, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 363/07 – RID 08-02-59 zur Versagung einer Akupunkturgenehmigung für eine Augenärztin.

### 4. NR. 01100, 01101 UND 01210 EBM 2005 NUR IM ORGANISIERTEN NOT(FALL)DIENST

**SG Hamburg, Urt. v. 15.07.2009 – S 3 KA 91/06 –**

**RID 09-04-13**

SGB V § 106a

Eine Inanspruchnahme im Rahmen von Dienstsituationen, z.B. im organisierten Not(fall)dienst, bei organisierten Sprechstunden oder bei anderen Ambulanzdiensten ist nicht mit den Gebührenpositionen 01100 und 01101 EBM 2005 berechnungsfähig. Berechnungsfähig ist auch nicht Nr. 01210 EBM 2005, da diese nur im organisierten Not(fall)dienst gilt. Diese Leistungen können in einem zusätzlichen, nicht von der KV organisierten Notfalldienst nicht abgerechnet werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 5. NR. 100 EBM 1996/NR. 01770 EBM 2005 (BETREUUNG EINER SCHWANGEREN): NUR EIN VERTRAGSARZT

*LSG Bayern, Beschl. v. 30.07.2009 – L 12 B 1074/08 KA ER –*

RID 09-04-14

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106a

**Leitsatz:** Leistungen nach den Ziffern 100 EBM 1996, 01770 EBM 2005 können im Grundsatz im Quartal nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden.

*SG München*, Beschl. v. 30.10.2008 - S 38 KA 1174/08 ER - wies den Antrag des Facharztes für Frauenheilkunde auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, mit dem der Ast. im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen eine **Honorarberichtigung** für die Quartale II/03 bis II/07 auf der Grundlage einer Plausibilitätsprüfung bzgl. der Mutterschaftsvorsorgeleistungen, die zu einer Rückforderung in Höhe von 64.475,23 € gegen den Ast. führte, vor dem SG München mit dem Az.: S 38 KA 1005/08 sowie die Rückerstattung des bereits einbehaltenen Betrags in Höhe von 7.848,32 EUR begehrte, ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück. Der Ast. hatte u.a. vorgetragen, die Auffassung der Ag., dass für die Abrechenbarkeit der GOP 100 EBM 1996 bzw. 01770 EBM 2005 neben der Erstuntersuchung und -beratung mindestens eine weitere Nachfolgeuntersuchung Voraussetzung sei, finde weder im EBM noch in den Mutterschaftsrichtlinien eine Stütze. Die für die Abrechnung der genannten GOP notwendigen Leistungen habe er bereits im Rahmen des ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes erbracht. Die Leistungen seien auch nicht aufgrund eines späteren Schwangerschaftsabbruchs ausgeschlossen, da es an einer entsprechenden Ausschlussbestimmung fehle. Dass die Schwangerschaft vorzeitig beendet worden sei, was der weiteren Erbringung von Mutterschaftsvorsorgeleistungen entgegengestanden habe, ändere daran nichts. Die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch treffe allein die Patientin. Die Leistungen könnten einmal durch den vormals betreuenden Frauenarzt und einmal durch den neuen, ebenfalls betreuenden Frauenarzt innerhalb desselben Quartals in Ansatz gebracht werden.

## 6. NR. 03120 EBM 2005 (BERATUNG): HÖCHSTPERSÖNLICHE LEISTUNGSERBRINGUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 09.09.2009 – L 7 KA 61/09 B ER –*

RID 09-04-15

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106a

**Leitsatz:** Die Abrechnung der Nr. 03120 EBM 2005 ("Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, Dauer mindestens 10 Minuten") erfordert die höchstpersönliche Leistungserbringung durch einen Arzt.

*SG Berlin*, Beschl. v. 10.03.2009 - S 71 KA 109/09 ER - wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage S 71 KA 582/08 gegen einen Rückforderungsbetrag für die Quartale II/2005 bis I/2006 von insgesamt 32.333,99 € ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

## 7. BAYERISCHE ERGÄNZUNGSGESAMTVERTRÄGE ZUM DMP-VERTRAG: NR. 9274 A

*LSG Bayern, Urt. v. 27.05.2009 – L 12 KA 547/07 –*

RID 09-04-16

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 43, 73, 83, 137f

**Leitsatz:** 1. Der Hausarzt, der am Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ II (DMP-V) als koordinierender (Haus-) Arzt teilnimmt und auch die Strukturqualitätsvoraussetzungen für eine Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt erfüllt, ist nach § 4 II 2 DMP-V berechtigt, bifunktional am Programm teilzunehmen.

2. Ein solcher bifunktional teilnehmender Arzt darf die Betreuungspauschalen des diabetologisch besonders qualifizierten Arztes gem. Nr. 9274 A der bayer. DMP-Ergänzungsverträge abrechnen, wenn der DMP-Vertrag ihm die Weiterbehandlung des Patienten als koordinierender (Haus-) Arzt verbietet und eine Überweisung zum diabetologisch besonders qualifizierten Arzt zwingend vorschreibt. Dies ist der Fall, wenn der Patient eine Schnittstelle i.S. des § 1 I Nr. 1 der Ergänzungsverträge i.V.m. Anlage 1, Ziffer 1.8 der Risikostrukturausgleichsverordnung erfüllt, die dort als zwingende Überweisungsmedikation genannt ist. Die Abrechnung der Nr. 9274 A darf dann nicht aufgrund der in der Legende enthaltenen hausärztlichen Überweisungsindikation verweigert werden.

*SG München*, Urt. v. 27.05.2007 - S 43 KA 370/05 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage überwiegend ab.

### III. Arztregister/Zweigpraxis/Genehmigung/Ausschreibung zur Praxisnachfolge

Nach BSG, Urt. v. 28.10.2009 – **B 6 KA 42/08 R** – ist ein Vertragsarzt nicht berechtigt, die Erteilung der Genehmigung für eine **Zweigpraxis anzufechten**; nach BSG, Urt. v. 28.10.2009 – **B 6 KA 45/08 R** – hat ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der seine Fachkunde in der **Gesprächspsychotherapie** übergangsrechtlich nach den bis Ende 1998 - vor Inkrafttreten des PsychThG am 01.01.1999 - geltenden Vorschriften erworben hat, keinen Anspruch auf Eintragung in das Arztregister; nach BSG, Urt. v. 28.10.2009 – **B 6 KA 11/09 R** – steht einer Genehmigung zur Abrechnung gesprächspsychotherapeutischer Behandlungen auch der Beschluss des GBA vom 24.04.2008 entgegen, für die **Gesprächspsychotherapie** keine positive Empfehlung abzugeben; dieser Beschluss steht mit § 92 VIa SGB V im Einklang und verletzt auch nicht das Grundrecht einer Psychologischen Psychotherapeutin auf berufliche Betätigungsfreiheit; zur BSG-Rspr. vgl. im Übrigen zuletzt RID 07-04 A III (S. 17); zum **Bereitschaftsdienst** s. BSG, Urt. v. 06.02.2008 - B 6 KA 13/06 R – SozR 4-2500 § 75 Nr. 7 = ZMGR 2008, 213 = MedR 2009, 428 = USK 2008-18 = Breith 2009, 111.

#### 1. ARZTREGISTER: KEINE EINTRAGUNG EINES TÄTIGKEITSBEREICHS GASTROENTEROLOGIE

**SG Düsseldorf, Urt. v. 17.06.2009 – S 33 KA 49/07 –**

RID 09-04-17

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 II 2; Ärzte-ZV § 2; BMV-Ä § 59

Eine Genehmigung zur Erbringung bestimmter gastroenterologischer Leistungen des Kapitels 13.3.3 EBM sowie des proktologischen Basiskomplexes nach Nr. 30600 EBM berechtigt nicht zu einem entsprechenden Eintrag im Arztregister sowie im Online-Arztverzeichnis.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### 2. ZWEIFPRAXIS

##### A) KEINE BERÜCKSICHTIGUNG BEDARFSPLANUNGSRECHTLICHER GESICHTSPUNKTE

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.09.2009 – L 5 KA 2245/08 –**

RID 09-04-18

Revision anhängig: B 6 KA 39/09

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ärzte-ZV § 24 III; BMV-Ä § 15a

**Leitsatz:** Für die Genehmigung einer Zweigpraxis gem. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV ist es nicht (mehr) notwendig, dass eine **Bedarfsücke** in der Versorgung (eine lokale quantitative oder qualitative Unterversorgung) besteht, vielmehr reicht eine Verbesserung der Versorgung für die betroffenen Versicherten aus. Eine solche **Verbesserung der Versorgung** kann u.a. in der besseren Erreichbarkeit für die Versicherten am Ort der geplanten Zweigpraxis bestehen.

Die aus zwei **Urologen** bestehende klagende Gemeinschaftspraxis beantragte eine **Zweigpraxisgenehmigung für Bopfingen**, weil dort derzeit kein Urologe zugelassen sei; die ca. 10.000 Einwohner Bopfingens suchten Urologen entweder in Bayern oder in Schrobenhausen auf. Daraus ergebe sich, dass sich durch die Einrichtung eines Ortes, an dem vertragsärztliche Tätigkeiten angeboten würden, die Versorgung der Versicherten in Bopfingen verbessern werde. Es sei beabsichtigt, die Versorgung in der Woche an zwei Vormittagen zu jeweils vier Stunden und an einem Nachmittag zu drei Stunden durchzuführen. Dadurch werde der Umfang der Sprechstunden für die vertragsärztliche Versorgung am Vertragsarztsitz in Aalen in keiner Weise beeinträchtigt. Dort werde die vertragsärztliche Versorgung im bisherigen Umfang aufrechterhalten. **Der in Aalen tätige Urologe Dr. T.** teilte mit, in seiner Praxis bestünden freie Kapazitäten für Patienten; die Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte in B. würde mit Sicherheit die Fallzahl in seiner Praxis beeinträchtigen, da eine nicht unbeträchtliche Anzahl an Patienten, die er derzeit seit Jahren betreue, aus dieser Gegend stamme. Nach einer von der Bekl. erstellten Übersicht erreichten bei einem **Fachgruppendurchschnitt** von 1273 der **im Planungsbereich Ostalbkreis zugelassenen Fachärzte für Urologie** im Quartal IV/06 Dr. S. in Schwäbisch Gmünd (49 km von B.) eine Fallzahl von 1415, Dr. G. in Schwäbisch Gmünd eine Fallzahl von 951, Dr. T. in Aalen (20 km) eine Fallzahl von 1075, die Kl. eine Fallzahl von 1705, der Arzt Sch. in Aalen (28 km) eine Fallzahl von 618 und Dr. V. in Ellwangen eine Fallzahl 996. Die bekl. KV lehnte den Antrag u.a. deshalb ab, weil die Regelung drittschützenden Charakter habe, seien auch die Auswirkungen auf die umliegenden Fachärzte mit zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund sei der Schluss zu ziehen, dass die Gemeinde B. durch Inanspruchnahme der Kl. wie auch der umliegenden Fachärzte durchaus ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ohne die Möglichkeit des Betriebes der Nebenbetriebsstätte versorgt sei. **SG Stuttgart**, Urt. v. 02.04.2008 - S 11 KA 6646/07 - wies die Klage u.a. mit der Begründung ab, es sei den Einwohnern B.s zumutbar, die in Schwäbisch Gmünd (mit Regionalbahn und -express stündlich in ca. 50 Min. erreichbar), Ellwangen (mit Regionalbahn und -express in ca. 45 Min. erreichbar) und Aalen (mit Regionalbahn halbstündlich in ca. 25 bzw. 45 Min. erreichbar) niedergelassenen Urologen aufzusuchen. Nichts anderes gelte für die in Alten- und Pflegeheimen in B. untergebrachten Personen. Das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Genehmigung für eine Nebenbetriebsstätte zu erteilen.

**Aus den Gründen:**

„(...) 5. Da aber wie bereits oben ausgeführt wurde und die Prüfung hier auch gezeigt hat, die **Orientierung am Bedarfsplanungsrecht** die Entscheidung des Gesetzgebers für die Liberalisierung und damit auch **den Zweck des Gesetzes hinsichtlich der Niederlassungsfreiheit unterlaufe würde**, sind nach Überzeugung des Senates **eigene Kriterien** für die **"Verbesserung der Versorgung"** zu Grunde zu legen, die sich (jedenfalls) nicht allein an dem strengeren Bedarfsplanungsrecht orientieren sondern an der (auch im Gesetz so nur als Voraussetzung genannten) Verbesserung der Versorgungssituation der Versicherten. Mögliche Kriterien könnten hier sein: 1. eine Verbesserung des **Leistungsangebotes** 2. eine Verbesserung der **Organisation der Versorgung** sowie 3. **sonstiger, auch in der Person des Arztes liegender Merkmale**.

Es muss sich also um eine **qualitative Versorgungsverbesserung** (so Bäune aaO.) handeln, also eine Verbesserung, der ein gewisses Gewicht zukommt. Von einer Verbesserung des Leistungsangebotes kann immer ausgegangen werden, wenn **Versorgungslücken** geschlossen werden. Dies ist in der Regel der Fall, wenn durch die Gründung einer Zweigpraxis auch bei Fachgebietsidentität der bereits am Ort tätigen Ärzte z. B. der neu hinzugekommene Arzt über **andere Abrechnungsgenehmigungen** nach § 135 Abs. 2 SGB V verfügt oder ein **differenziertes Leistungsspektrum** anbietet. Auch die **Verkürzung von Wartezeiten** oder die **bessere Erreichbarkeit** können im Einzelfall eine Verbesserung darstellen (siehe Wollersheim, aaO. S. 284, siehe auch Bäune, aaO., § 24 Rdnr. 39). Darüber hinaus können **besondere organisatorische Maßnahmen**, wie z. B. **das Angebot von Abend- oder Wochenendsprechstunden**, zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen. Aber auch in der Person des Arztes liegende Kriterien können berücksichtigt werden.

Zur Überzeugung des Senates liegt hier zumindest in der Verbesserung der Erreichbarkeit für die in Bopfingen ansässigen Versicherten eine Verbesserung der Versorgung im Sinne von § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV vor. Es handelt sich dort im Ostalbkreis um ein eher ländlich strukturiertes Gebiet mit einer im Vergleich zu städtischen Gebieten auch eher eingeschränkten Erschließung durch den öffentlichen Personen-Nahverkehr.

6. Schließlich besteht auch **keine drittschützende Wirkung zu Gunsten der anderen zugelassenen Vertragsärzte** dahingehend, dass die oben dargestellten Kriterien nur eng anzuwenden sind oder sogar auf das noch engere Bedarfsplanungsrecht zurückzugreifen ist. Jeder zugelassene Vertragsarzt muss sich der Konkurrenz seiner anderen Kollegen stellen. Wenn wie hier die Kläger versuchen durch einen besseren Service, also dadurch, dass man den Patienten im wahrsten Sinne des Wortes entgegen kommt, die Leistungen vor Ort anbieten und den Versicherten und Patienten weitere Anreisewege damit ersparen, ist dies im Rahmen der Konkurrenz hinzunehmen. (...)"

**B) KIEFERORTHOPÄDISCHE ZWEIGPRAXIS IN 460 KM ENTFERNUNG**

*SG Magdeburg, Urtr. v. 01.07.2009 – S 13 KA 51/08 -*

**RID 09-04-19**

Zahnärzte-ZV § 24 III

„**Verbesserung**“ der Versorgung der Versicherten i. S. d. § 24 Zahnärzte-ZV ist wenigstens in dem Sinne zu verstehen, dass eine „**Bedarfsflücke**“ besteht, die zwar nicht unbedingt („Erforderlichkeit“) geschlossen werden muss, die aber nachhaltig eine durch Angebot oder Erreichbarkeit veränderte und im Sinne der vertragszahnärztlichen Versorgung verbesserte Versorgungssituation am Ort der Zweigpraxis herbeiführt (vgl. SG Marburg, Urtr. v. 07.03.2007 – S 12 KA 701/06 – RID 07-02-37). Bedarfsplanungsrechtliche Gesichtspunkte und Differenzierungen sind zu berücksichtigen. Eine allein quantitative Betrachtung und finanzielle Gesichtspunkte der Versicherten genügen nicht für die Annahme einer Versorgungsverbesserung.

**Kieferorthopädische Behandlungen** müssen als spezialisierte Versorgung nicht an jedem größeren Wohnort erbracht werden. Entfernungen von auch mehr als 25 km (vgl. BSG, Urtr. v. 19.07.2006 – B 6 KA 14/05 R – GesR 2007, 71 = MedR 2007, 127, juris Rn. 19) sind zumutbar.

Die Eröffnung einer Zweigpraxis an den Wochentagen Freitag und Samstag bedeutet wegen der **fehlenden Notfallversorgung** an den übrigen Wochentagen keine Versorgungsverbesserung.

Bei der Eröffnung einer Zweigpraxis besteht die Gefahr der Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz, wenn die einfache Fahrstrecke zwischen beiden Orten mehr als 45 Minuten Dauer beträgt. Die **Residenzpflicht** verlangt, den Vertragsarztsitz in sprechstundenfreien Zeiten in angemessener Zeit erreichen zu können.

Der seit 1992 als Kieferorthopäde in Nordrhein-Westfalen zugelassene Kl. betreibt im 460 km von seinem Praxissitz entfernt in Sachsen-Anhalt liegenden Elternhaus seit 2002 eine privat Zahnärztliche Praxis. 2007 beantragte er eine Zweigpraxisgenehmigung. Die Tätigkeit dort solle 13 Wochenstunden nicht überschreiten. Sprechzeiten beschränkten sich auf freitags bzw. das Wochenende. Bei entsprechender Auslastung käme die Anstellung eines Zahnarztes in Betracht. KZV und Zulassungsausschuss in NRW sahen keine Hinderungsgründe. Nach Änderung der BedarfspIRI-Zahnärzte besteht ein Versorgungsgrad von 100 %. Die Zulassungsgremien lehnten den Antrag ab. Das **SG** wies die Klage ab.

### C) KEINE LIMITIERUNG DER ZAHL DER FILIALEN FÜR MVZ

*LSG Sachsen, Urt. v. 24.06.2009 – L 1 KA 8/09 –*

RID 09-04-20

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de, mit Anm. Möller, jurisPR-MedizinR, 1/2009 Anm 1

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 38/09 B

Ärzte-ZV §§ 1 III Nr. 2, 24 I, III; BMV-Ä §§ 15a, 17 Ia; EKV-Ä §§ 13 VIIa, 15°; MBO § 17 II

**Leitsatz:** 1. Das Vertragsarztrecht bestimmt nicht, dass ein **MVZ** nur an höchstens zwei **weiteren Orten** - neben dem Vertragsarztsitz - seine Tätigkeit ausüben darf.

2. Die Regelung des § 17 Abs. 2 Satz 1 **BO** der Sächsischen Landesärztekammer (entspricht § 17 Abs. 2 Satz 1 MBO-Ä: "Ärztinnen und Ärzten ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein:") gilt nicht unmittelbar für das MVZ. Sie gilt auch nicht entsprechend im Vertragsarztrecht. Diese Regelung gilt nur für den einzelnen Arzt, unabhängig davon ob er in eigener Praxis tätig oder abhängig beschäftigt ist und unabhängig davon in welchem rechtlichen Rahmen er gegebenenfalls gemeinsam mit anderen Ärzten seine Tätigkeit ausübt.

*SG Dresden, Gerichtsbb. v. 27.01.2009 - S 11 KA 46/08 -* gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut über die Anträge der Kl. auf Genehmigung von Nebenbetriebsstätten an den Standorten X Straße ... und Y Straße in D. zu entscheiden hat.

### D) ANFECHTUNGSBEFUGNIS/VERSORGUNGSVERBESSERUNG/WILLKÜR/KURZE WEGE

*SG Dortmund, Urt. v. 23.07.2009 – S 9 (16) KA 125/07 –*

RID 09-04-21

Ärzte-ZV § 24 III; SGG § 54 II 1

Ein Vertragsarzt kann die **Filialgenehmigung** eines anderen Vertragsarztes nur in Fällen der willkürlichen Erteilung der Genehmigung **anfechten**. **Willkür** liegt nur dann vor, wenn die Entscheidung unter keinem denkbaren Aspekt rechtlich vertretbar ist und sich daher der Schluss aufdrängt, dass sie auf sachfremden Erwägungen beruht. Fehlerhafte Rechtsanwendung allein macht die Entscheidung nicht willkürlich (vgl. *LSG Bayern, Urt. v. 23.07.2008 – L 12 KA 3/08 – RID 09-01-36, Revision anhängig: B 6 KA 42/08 R; Termin: 28.10.2009\**).

§ 24 III *Ärzte-ZV* setzt nicht voraus, dass das gesamte **Spektrum der Hauptpraxis** in der Filiale vorgehalten wird.

Der **Begriff der Verbesserung** i.S.d. § 24 III *Ärzte-ZV* ist **losgelöst von den Kriterien der Bedarfsprüfung** zu interpretieren (Anschluss an *LSG Bayern, Urt. v. 23.07.2008 – L 12 KA 3/08 – RID 09-01-36*). Alles was in der gesamten Breite eines Facharztspektrums oder nur in einem mehr oder minder großen Teilspektrum die Versorgungsdichte oder –qualität steigert, erfüllt zunächst den Begriff der Verbesserung. Allerdings darf sich die Bestimmung der Reichweite und Inhalt des Merkmals nicht zur Bedarfsplanung als Instrument der Sicherstellung in Widerspruch setzen. Nur unter diesem Aspekt besteht Veranlassung, den Bedarfsbegriff mit zu reflektieren.

Die Vermeidung eines Regelungswiderspruchs zu der grundsätzlichen Teilnahmevorschrift in § 95 II 9 SGB V erfordert es, eine Verbesserung hinsichtlich eines Leistungsangebots nicht anzunehmen, wenn eine **Übersorgung** mit der Leistung besteht. Bei einem Nichtvorliegen eines Bedarfs i.S. einer Zuvielversorgung wird nichts verbessert, sofern nicht im seltenen Ausnahmefall ein höherer Qualitätsstandard eine Verbesserung begründet. Eine auf Teile des Gebietsspektrums beschränkte Tätigkeit ist auch im gesperrten Gebiet genehmigungsfähig, soweit keine Zuvielversorgung besteht.

**Willkür** liegt nicht vor, wenn eine Verbesserung der Versorgung für die Versicherten erfolgt, die sich in einer Filialpraxis eines Vertragsarztes behandeln lassen wollen und für die dadurch die **Wege und Anfahrtszeiten erheblich verkürzt** werden.

Das *SG* wies die Klage zweier Vertragsärzte aus D. gegen die Filialgenehmigung in D. für Endoskopien, mittwochs 11.00 Uhr bis 18.00 Uhr, eines Allgemeinmediziners in R. mit dem Schwerpunkt Colo-Gastroenterologie ab.

\* Nach *BSG, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 42/08 R –* ist ein Vertragsarzt nicht berechtigt, die Erteilung der Genehmigung für eine **Zweigpraxis anzufechten**.

### 3. BELEGARTZANERKENNUNG FÜR MVZ

**SG Berlin, Urt. v. 26.08.2009 – S 83 KA 33/08 –**

**RID 09-04-22**

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  
Ein MVZ hat einen Anspruch auf Genehmigung auf Belegarztanerkennung für einen angestellten Arzt (Anschluss an SG Marburg, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 1079/06 – RID 08-01-42, juris).

Das **SG** gab der Klage statt.

Die Entscheidung des SG Marburg wurde im Wesentlichen bestätigt durch **LSG Hessen**, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 18/08 – RID 09-03-41; s. ferner **LSG Hessen**, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 17/08 – RID 09-03-40.

### 4. KEIN SCHUTZWÜRDIGES VERTRAUEN BEI INKRAFTTRETEN EINER NEUREGELUNG

**LSG Hessen, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 39/08 –**

**RID 09-04-23**

SGB V § 135; Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie v. 29.03.2006

Das **Vertrauen** eines Vertragsarztes auf Erlangung einer Genehmigung für angiographische Leistungen ist nicht schutzwürdig; wenn er noch **keine gesicherte Rechtsposition** erworben hatte, sondern lediglich – und insoweit ohne rechtliche Bindungswirkung – auf die Möglichkeit einer Wiederholung des Kolloquiums hingewiesen worden und die bereits abgeleistete Hospitation auch nicht schon Bestandteil des Kolloquiums war.

Hat ein Vertragsarzt durch die Durchführung einer **dreimonatigen Hospitation** im Vertrauen auf die alte Rechtslage jedoch nicht unerhebliche Dispositionen getroffen hat, die durch die Rechtsänderung nachträglich entwertet wurden, liegt ein Fall unechter Rückwirkung (BVerfGE 14, 288, 297) vor. In der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie v. 29.03.2006 musste keine weitergehende Übergangsregelung geschaffen werden.

**SG Marburg**, Urt. v. 12.03.2008 – S 12 KA 495/07 – RID 08-02-49 gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

### 5. PRAKTISCHE ÄRZTIN UND VOLLSTÄNDIGER PSYCHIATRISCHER STATUS (NR. 21210 EBM 2005)

**SG Hamburg, Urt. v. 24.06.2009 – S 27 KA 465/06 –**

**RID 09-04-24**

Eine praktische Ärztin hat keinen Anspruch auf Genehmigung zur Durchführung des vollständigen psychiatrischen Status und dessen Abrechnung nach Nr. 21210, 21211, 21212 EBM 2005. Für eine „Aufstockung“ des eigenen Ordinationskomplexes nach Nr. 03110, 03111, 03112 EBM 2005 für die Fälle der Erbringung des vollständigen psychiatrischen Status fehlt es an einer möglichen Rechtsgrundlage.

Das **SG** wies die Klage ab.

Zu **Genehmigungen nach dem EBM 2005** vgl. zuletzt RID 09-02-A.III.4 (S. 20); 08-03-A.III.3.c.bb m.w.N. u. cc (S. 15).

### 6. WIDERRUF EINER KOLOSKOPIE-GENEHMIGUNG/ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG

**SG Marburg, Beschl. v. 21.08.2009 – S 12 KA 528/09 ER –**

**RID 09-04-25**

*Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 91/09 B ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2; Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 24.07.2006

Einem **Facharzt für Chirurgie** kann die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen **Koloskopie** widerrufen werden, wenn er die in der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie v. 24.07.2006 festgelegten **Mindestanforderungen** bzgl. der jährlich durchzuführenden Koloskopien wiederholt nicht erfüllt. Zeiträume, in denen die Anforderungen nicht erfüllt wurden und die vor Inkrafttreten der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung liegen, sind weiterhin zu berücksichtigen.

Die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** eines **Widerrufs der Koloskopie-Genehmigung** ist nicht zu beanstanden, wenn der Vertragsarzt seit über 4 ½ Jahren nicht den Nachweis für die Mindestzahl an Koloskopien erbracht hat.

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

## 7. KEINE AUSSCHREIBUNG ZUR PRAXISNACHFOLGE NACH RUHEN DER ZULASSUNG

*LSG Hessen, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 38/08 –*

RID 09-04-26

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 42/09 B*

SGB V § 103 IV; Ärzte-ZV § 32 I; GG Art. 3 I, 14 I

Bei Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit ist, wenn bereits vor dem Ruhen keine Abrechnungen bzw. nur Abrechnungen mit einer überaus geringen Fallzahl (3 Fälle II/02, 4 Fälle III/02) erstellt wurden, davon auszugehen, dass aufgrund des fortdauernden Ruhens der Zulassung ein Patientenstamm nicht erhalten werden konnte, weil das Ruhen nicht nur zum Stillstand der Praxis führt, sondern auch zur **Abwanderung des Patientenstamms**.

Ob ein **Ruhenszeitraum von bis zu sechs Monaten** in diesem Zusammenhang als unschädlich für den Bestand einer Praxis angesehen werden kann, wie es im Schrifttum unter Hinweis auf § 32 I Ärzte-ZV teilweise vertreten wird, bedarf hier keiner Entscheidung, da die Zulassung länger als sechs Monate ruhte, nämlich drei Jahre.

Obwohl es sich beim **Ruhen der Zulassung** also um einen Sonderfall handelt, weil der Vertragsarzt mit Genehmigung der Zulassungsgremien seiner vertragsärztlichen Tätigkeit nicht nachgegangen ist, was – je nach Dauer – quasi zwangsläufig zum Verlust auch des Patientenstamms führt und der Arzt während der Dauer des Ruhens – worauf die Vorinstanz insoweit zutreffend verweist – auch nicht zur Aufrechterhaltung von Praxisräumen und Praxisausstattung verpflichtet ist, entfällt das **Erfordernis einer fortführungsfähigen Praxis** als Voraussetzung für die Ausschreibung gem. § 103 IV 1 SGB V nicht.

Weil § 103 IV 1 SGB V allein dem Schutz der Verwertungsmöglichkeit der Praxis im zulassungsgesperren Bereich als Ausfluss des sich aus Art. 14 GG ergebenden Eigentumsschutzes dient, kommt es nur auf die **tatsächliche Existenz einer fortführungsfähigen Praxis** als verwertbares Wirtschaftsgut an, nicht jedoch darauf, ob und aus welchen Gründen die Fortführungsfähigkeit weggefallen ist. Dies gilt auch, wenn die Zulassung – wie hier – wegen einer schweren Erkrankung über längere Zeit geruht hat. Eine erweiternde Auslegung von § 103 IV SGB V ist schon wegen des Ausnahmecharakters der Vorschrift nicht möglich und auch nicht von Verfassungs wegen geboten.

*SG Marburg, Urt. v. 20.02.2008 – S 12 KA 123/07 – RID 08-02-63* gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 06.05.2009 – *B 6 KA 2/08 R* – (SozR 4-2500 § 106 Nr. 24) sind für die periradikuläre Schmerztherapie unter CT-Kontrolle benötigte **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* – (SozR 4-2500 § 106 Nr. 23) 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* (SozR 4-2500 § 106 Nr. 21 - Parallelverfahren: Urt. v. 06.05.2009 – *B 6 KA 3/08 R* –) darf ein Arzneimittel (hier: "**Wobe Mugas 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: Beschl. v. 30.06.2009 – 1 BvR 827/09 bzw. 1 BvR 848/09; nach BSG, Urt. v. 16.07.2008 - *B 6 KA 36/07 R* – (SozR 4-2500 § 106 Nr. 20) sind die Prüfungsgremien nach der zum 01.01.2003 erfolgten Änderung der §§ 117, 120 SGB V durch das Fallpauschalengesetz weiterhin zuständig für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneiverordnungen, die von Ärzten in **ermächtigten Hochschulambulanzen** getätigt worden sind. Vgl. zur *BSG-Rspr.* ferner zuletzt RID 08-04-A IV (S. 18); 07-04 A IV (S. 20); RID 06-04-A V (S. 24); RID 05-04-A IV (S. 17).

## 1. EGMR: ÜBERLANGE VERFAHRENSDAUER FÜR WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFVERFAHREN

*EGMR, Urt. v. 11.06.2009 – 17878/04 –*

RID 09-04-27

juris

MRK Art. 6, 8, 35 III u. IV; MRKZProt

Eine Rechtssache bzgl. einer Honorarkürzung in Höhe von 1.000 € aufgrund eines statistischen Kostenvergleichs ist rechtlich und sachlich von einer gewissen Komplexität.

Art 6 I MRK ist verletzt, wenn die Verfahrensdauer (hier: zehn Jahre und siebzehn Monate für das Widerspruchsverfahren und vier gerichtliche Instanzen) in Anbetracht der Umstände der Rechtssache sowie unter Berücksichtigung der Komplexität des Falles, des Verhaltens der Beschwerdeführerin und der zuständigen Behörden und der Bedeutung des Rechtsstreits, nicht als angemessen angesehen werden kann.

Die Kürzung des Quartalshonorars für eingehende Untersuchungen um 15% (hier: Zusprechung eines Quartalshonorars von 32.200 Euro anstelle von 33.200 Euro) verletzt weder Art 8 MRK noch Art 1 MRKZProt.

Der **Prüfungsausschuss** kürzte nach Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung im **August 1993** das Honorar der Bf., einer praktischen Ärztin, für Eingehende Untersuchungen im **Quartal I/93** um 15 % (1.000 €). Der Beschwerdeausschuss wies den Widerspruch der Bf. im Oktober 1994 zurück. Im **Februar 1995** erhoben die Bf. **Klage**. In der mündlichen Verhandlung im September 1997 gab das Gericht dem Beschwerdeausschuss auf, weitere Auskünfte zu Honorarkürzungen in früheren Quartalen zu erteilen. **SG Hamburg**, Urt. v. **07.10.1998** – S 3 KA 26/95 – wies die Klage ab. Einen für den März 2002 angesetzten Verhandlungstermin verschob das LSG wegen Erkrankung der Bf. auf deren Wunsch um ein Jahr. **LSG Hamburg**, Urt. v. **04.02.2003** - L 2 KA 20/98- RID 03-03-36 wies die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 11.09.2003 – B 6 KA 46/03 B – verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde, **BVerfG**, Beschl. v. 25.11.2003, nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an. Auf die **im Mai 2004 eingereichte Individualbeschwerde** entschied der EGMR: 1. Die Rüge wegen der überlangen Verfahrensdauer wurde für zulässig und die Individualbeschwerde im Übrigen für unzulässig erklärt; 2. Artikel 6 Abs. 1 der Konvention ist verletzt worden; 3.a) der beschwerdegegnerische Staat hat der Bf. binnen drei Monaten nach dem Tag, an dem das Urteil nach Artikel 44 Abs. 2 der Konvention endgültig wird, 500 EUR, zuzüglich der gegebenenfalls zu berechnenden Steuern, als Entschädigung für den immateriellen Schaden zu zahlen; b) nach Ablauf der vorgenannten Frist von drei Monaten bis zur Auszahlung fallen für den oben genannten Betrag einfache Zinsen in Höhe eines Zinssatzes an, der dem Spitzenrefinanzierungssatz (marginal lending rate) der Europäischen Zentralbank im Verzugszeitraum zuzüglich drei Prozentpunkten entspricht; 4. Im Übrigen wurden die Forderungen der Beschwerdeführerin nach gerechter Entschädigung zurückgewiesen.

## 2. FACHÜBERGREIFENDE GEMEINSCHAFTSPRAXIS: GEMISCHT HAUSÄRZTLICH/ANÄSTHESIOLOGISCHE TÄTIGKEIT

*LSG Bayern, Urt. v. 04.02.2009 – L 12 KA 27/08 –*

RID 09-04-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106; BMV-Ä § 47; EKV-Ä § 43

Es ist nicht zu beanstanden, wenn **Praxisbesonderheiten** einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis **Anästhesist/Hausärztin** bei gemischt hausärztlich-typischer und anästhesiologischer Tätigkeit der Hausärztin im Rahmen einer **Durchschnittswertprüfung der Sonderleistungen** in der Weise berücksichtigt werden, dass die nicht hausärztlich betreuten Fälle (eines Anästhesisten) von den Hausarztfällen einer Ärztin der Gemeinschaftspraxis durch die Zahl der abgerechneten **Hausarztpauschalen** ermittelt wird. Es besteht keine Verpflichtung, an die Überweisungsfallzahl als Maß der Anästhesiefälle bzw. der nicht typischen Hausarztfälle anzuknüpfen. Damit sind die Besonderheiten derjenigen Patienten, für die keine Hausarztpauschale gewährt worden ist, und der für diese als wirtschaftlich anzuerkennende Mehraufwand als erfasst und abgegolten anzusehen. Soweit hingegen seitens der geprüften Ärzte dargelegt oder seitens des Beschwerdeausschusses erkennbar ist, dass die mehraufwandsbedingenden Besonderheiten des Patientenklentels durch den Spezialvergleich nur zum Teil erfasst sind, weil darüber hinaus eine mehraufwandsbedingende Patientengruppe betreut worden ist, muss insoweit der zusätzlich anzuerkennende Mehraufwand im Rahmen der intellektuellen Prüfung und Bewertung von Praxisbesonderheiten erfolgen.

**SG München**, Urt. v. 29.11.2007 - S 39 KA 938/07 - wies die Klage gegen Honorarkürzungen in der Leistungsgruppe der Sonderleistungen nach Durchschnittswertprüfung (Quartale II/04 bis II/05) ab, das **LSG** gab der Klage statt und verpflichtete zur Neubescheidung.

### 3. REGRESSE

#### A) DURCHSCHNITTSÜBERSCHREITUNGEN IM BEREICH DES SOG. OFFENSICHTLICHEN MISSVERHÄLTNISSES

*LSG Bayern, Urt. v. 22.04.2009 – L 12 KA 20/06 –*

RID 09-04-29

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106

Die Prüfinstanzen sind bei Durchschnittsüberschreitungen im Bereich des sog. **offensichtlichen Missverhältnisses** nicht verpflichtet, in jedem einzelnen Fall konkret nachzuweisen, welche der Verordnungen über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgegangen sind. Vielmehr ist es wegen des offensichtlichen Missverhältnisses zwischen dem Verordnungsumfang und dem der Arztgruppe **Sache des geprüften Arztes**, den Prüfinstanzen die medizinische Notwendigkeit der Verordnungen anhand des Patientengutes nachvollziehbar darzulegen.

*SG München*, Urt. v. 24.02.2006 - S 38 KA 11/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### B) KONSTITUTIVE BEDEUTUNG DES GBA ZUM AUSSCHLUSS VON ARZNEIMITTELN (ACOMPLIA®/RIMONABANT)

*SG Marburg, Urt. v. 14.10.2009 – S 11 KA 243/08 –*

RID 09-04-30

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de  
SGB V § 34 I 7-9

Die Verordnung des **Abmagerungsmittels „Acomplia®/Rimonabant“** zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung war bis zum Inkrafttreten des Beschlusses des GBA vom 18.10.2006 am 13.01.2007 zulässig. Ein Verordnungsaußchluss ergibt sich nicht bereits aus Ziffer 20.1 j AMR i.d.F.v. 17.10.2006. „Acomplia®/Rimonabant“ ist als Lifestyle-Präparat einzuordnen und unterfällt ausschließlich dem Regelungskatalog von Ziffer 18 AMR.

Art. 1 Nr. 22 GMG mit der Einfügung der Sätze 7 bis 9 in § 34 I SGB V zielte darauf ab, sämtliche in Satz 8 genannte Arzneimittel zur Herstellung der Rechtssicherheit von Krankenkassen und Vertragsärzten von der Verordnungsfähigkeit auszuschließen, weil diese Arzneimittel nicht nur zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden. Ziffer 18 AMR ist aufgrund der Entstehungsgeschichte für die in § 34 I 7-9 SGB V genannten Lifestyle-Präparate damit allein maßgeblicher Regelungsmaßstab. Ein diesbezüglicher Beschluss des **GBA** hat insoweit **konstitutive** und nicht nur deklaratorische **Bedeutung**.

Eine von der **KV vorgenommen Information** der Vertragsärzte über die Verordnungsfähigkeit der Arzneimittel begründet bei diesen **Vertrauen**, auch gegenüber der Prüfungsstelle bzw. den Prüfungsgremien.

Das *SG* gab der Klage statt.

Nach *BSG*, Urt. v. 06.05.2009 – *B 6 KA 2/08 R* – (vgl. juris Rn. 17 ff.) kann die Rspr. des BSG zum **Vertrauensschutz** des Vertragsarztes bei der nachträglichen Korrektur rechtswidriger Honorarbescheide auf Verordnungsregresse nicht übertragen werden, weil hier kein Verwaltungsakt ergeht; allenfalls solche Konstellationen kommen in Betracht, in denen eine einem Verwaltungsakt vergleichbare Äußerung der für die Leistungsbewilligung zuständigen Behörde vorliegt, die sich nachträglich als falsch erweist. **Zuständig** für solche Vertrauensschutz begründenden Äußerungen sind **die Prüfungsgremien als Entscheidungsinstanz und/oder eventuell die Krankenkassen als Kostenträger**. Bevor sich die Krankenkassen als Kostenträger und ggf. die Prüfungsgremien als für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit einer bestimmten Ordnungsweise zuständigen Gremien mit einer Ordnungsweise befasst und diese gebilligt oder beanstandet haben, kann sich schutzwürdiges Vertrauen der Ärzte auf deren Korrektheit von vornherein nicht entwickeln. Soweit **Vertragsärzte** vorab Gewissheit über die Verordnungsfähigkeit erlangen wollen, **müssen sie auf verbindliche Erklärungen der Entscheidungs- bzw. Kostenträger hinwirken**. Das sind beim SSB wie bei Arzneimitteln die **Prüfungsgremien bzw. Krankenkassen, nicht aber die KV**. Nur Auskünften der Krankenkassen und der Prüfungsgremien kommt rechtserhebliche Bedeutung zu.

#### C) ORALE KONTRAZEPTIVA BEI KATAMENIALEN UND DERMATOLOG. KRANKHEITSBILDERN (AKNE)

*SG Düsseldorf, Urt. v. 29.07.2009 – S 14 KA 166/07 –*

RID 09-04-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 24a, 12 I, 31, 70 I, 106

Empfängnisverhütende Mittel in Form **oraler Kontrazeptiva** sind grundsätzlich keine Arzneimittel i.S.d. § 31 SGB V. Das gilt jedenfalls dann, wenn diese Mittel bestimmungsgemäß zur Verhinderung einer unerwünschten Schwangerschaft eingenommen werden (vgl. *BSG*, Urt. v. 31.08.2000 – B 3 KR 11/98 R - SozR 3-2500 § 35 Nr. 1 = BSGE 87, 95 = MedR 2001, 530).

Soweit ein Vertragsarzt vorträgt, die Verordnungen oraler Kontrazeptiva nicht im Hinblick auf die empfängnisverhütende Wirkung, sondern im Hinblick auf eine **Krankenbehandlung** (diverse katame-

niale und dermatologischen Krankheitsbilder) vorgenommen zu haben, rechtfertigt dies die Verordnungen nicht. Die Verordnungsfähigkeit eines Arzneimittels richtet sich nach dem Umfang der arzneimittelrechtlichen Zulassung (vgl. BSG, Urt. v. 30.09.1999 - B 8 KN 9/98 KR R - SozR 3-2500 § 27 Nr. 11 = BSGE 85, 36; v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R - SozR 3-2500 § 31 Nr. 8 = BSGE 89, 184).

Das **SG** wies die Klage ab.

#### D) DRONABINOL

**SG Hamburg, Urt. v. 08.07.2009 – S 27 KA 506-508 u. 553/06 –**

**RID 09-04-32**

SGB V § 106

Dronabinol war weder als Fertig- noch als Rezepturarztmittel in den Quartalen I bis III/04 und I und II/05 verordnungsfähig (vgl. BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R - SGB 2007, 287 = USK 2007-36).

Das **SG** gab der Klage zweier Krankenkassen statt und verpflichtete den Bekl., die Sachen zur neuen Entscheidung an die Gemeinsame Prüfungsstelle abzugeben.

S.a. **SG Marburg, Urt. v. 25.03.2009 – S 12 KA 559/08 – RID 09-02-49**

#### E) SPRECHSTUNDENBEDARF

##### AA) KEINE VERSORDNUNGSFÄHIGKEIT VON AMINOLAEVULINSÄURE

**LSG Bayern, Urt. v. 27.05.2009 – L 12 KA 60/06 –**

**RID 09-04-33**

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

SGB V § 106

**Leitsatz:** Aminolaevulinsäure ist nicht als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig.

Der klagende Urologe mit Belegbetten im Kreiskrankenhaus A-Stadt hatte im Quartal III/01 u.a. Uralyt U für 3,96 € und Aminolaevulinsäure (ALS) im Werte von 1.633,28 € als Sprechstundenbedarf verordnet. Die Prüfungsgremien setzten einen entsprechenden Regressbetrag fest. **SG München, Urt. v. 10.04.2006 - S 39 KA 967/04 -** wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

##### BB) VERJÄHRUNGSFRIST/FRISTBEGINN

**SG Mainz, Urt. v. 28.01.2009 – S 8 KA 527/06 –**

**RID 09-04-34**

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 14/09 R*

juris

SGB V §§ 84, 106; BGB § 194; GG Art. 20 III

Die **Vier-Jahres-Frist** ist auch bei **Verordnungs- und Sprechstundenbedarfsregressen** anzuwenden. Hierfür spricht entscheidend der Umstand, dass sich die vom BSG entwickelte vierjährige Ausschlussfrist insbesondere aus dem Rechtsstaatsgebot des GG ergibt und damit allgemeine Gültigkeit in allen Prüfverfahren beansprucht.

Auch bei **Verordnungsregressen** beginnt die Vier-Jahres-Frist ab dem **Erlass des Honorarbescheides**, der dasjenige Quartal betrifft, dem die Verordnungen zuzuordnen sind. Auf diese Weise wird ein "Gleichklang" des Fristlaufs für Honorar- und Verordnungsregresse erreicht, der auch deshalb sinnvoll ist, weil erst ab Erlass des Honorarbescheides abschließend beurteilt werden kann, ob ein Ordnungsmehraufwand möglicherweise durch einen Minderaufwand im Honorarbereich kompensiert wird. Ein späterer Fristbeginn, z.B. ab dem Zeitpunkt, in dem den Krankenkassen alle Unterlagen und alle statistischen Daten vorliegen, ist hingegen abzulehnen, da auf diese Weise der Vertragsarzt mit Risiken belastet wird, die dem Verantwortungsbereich der vertragsärztlichen Institutionen zuzurechnen sind.

Auch der Umstand, dass beim Sprechstundenbedarf in der Regel eine Prüfung über einen **Jahreszeitraum hinweg** vorgenommen wird, um so mögliche Unterschiede in einzelnen Quartalen auszugleichen, führt nicht dazu, dass der Beginn der Vierjahresfrist ausschließlich nach dem letzten Quartal des Jahreszeitraumes zu beurteilen wäre.

Der Kl. ist als Praktischer Arzt zugelassen. Mit Schreiben vom 24.09.2002 beantragte die Beigel. zu 2. die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise von Sprechstundenbedarf in den Quartalen I-IV/01, weil d. Kl. nach Abzug von Impfstoffen und Hilfsmitteln für das komplette Jahr 2001 Sprechstundenbedarfskosten i.H.v. 19.661,29 DM abgerechnet habe. Es liege beim Fallwert eine Überschreitung von + 316,41 % gegenüber der Fachgruppe vor. Der Kl. wurde über den Eingang dieses Antrages informiert. Gleichzeitig wurde ihm mitgeteilt, dass das Verfahren zurückgestellt werde bis zur endgültigen Klärung, ob im Prüfzeitraum eine Richtgrößenprüfung stattfindet. Mit Prüfungsbescheid vom 22.12.2005 beschloss der Prüfungsausschuss, dass keine Maßnahme gegen den Kläger erfolgt. Mit Widerspruchsbescheid vom 27.11.2006 gab der Bekl. dem Widerspruch der Beigel. zu 2. statt. Er stellte eine unwirtschaftliche Therapie mit HAES-Infusionen fest und setzte einen Regress (3.799,75 €) auf den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe plus einer Überschreitungstoleranz von 45 % fest. Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte zur Neubescheidung.

## 4. ZAHNÄRZTE

### A) HINWEIS AUF WIRTSCHAFTLICHKEIT DER EIGENEN BEHANDLUNGSWEISE/STADTPRAXIS

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 29.04.2009 – L 3 KA 84/05 –*

RID 09-04-35

juris  
SGB V § 106

**Leitsatz:** Im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten ist es nicht ausreichend, wenn die geprüfte Zahnärztin darlegt, dass die eigene Behandlungsweise wirtschaftlich sei, und dies mit allgemeinen zahnmedizinischen Ausführungen begründet.

*SG Hannover*, Urt. v. 20.04.2005 – S 35 KA 379/03 - wies die Klage gegen die Kürzung des vertragszahnärztlichen Honorars für einzelne Leistungsbereiche (Nr. 10 üZ, Nr. 25 Cp, Nr. 45 X3, Nr. 49 Excl, Nr. 106 sK) wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in den Quartalen III u. IV/00 (2.040,18 € u. 2.406,28 €) ab, das *LSG* die Berufung zurück; das LSG weist u.a. darauf hin, eine Praxisbesonderheit werde mit den Hinweisen, es handele sich bei ihrer Praxis um eine „Stadtpraxis“ und sie **behandle ihre Patienten ganzheitlich**, nicht substantiiert begründet (Rn. 44).

### B) PRAXISBESONDERHEIT EINER BESONDERS ZAHNERHALTENDEN ARBEITSWEISE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.08.2009 – L 11 KA 52/07 –*

RID 09-04-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106

Die Häufigkeit der Abrechnung der **Nrn. 8, 10, 12 und 106 Bema-Z** von über 99 % und der Nr. 39 Bema-Z von ca. 82 % der Vertragszahnärzte lassen einen **statistischen Kostenvergleich** zu. Dem **Einwand**, diese Leistungen würden z. T. **privat abgerechnet** werden, ist nicht zu folgen (vgl. bereits zu den Vorquartalen LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.03.2007 – L 11 KA 43/05 – RID 07-02-57). Die Regelungen in einer **Verfahrensordnung**, nach der über Beschwerden gegen Entscheidungen des Prüfungsausschusses innerhalb von **fünf Monaten** nach Eingang entschieden werden soll, kann nur in dem Sinne verstanden werden, dass der Beschwerdeausschuss sich im Regelfall an die vertragliche Regelung zu halten hat, die Beteiligten - insbesondere der Vertragsarzt - jedoch keinen Anspruch darauf haben und auf die Abweichung auch keinen Rechtsbehelf stützen können (s. auch Urt. d. Senats vom 07.03.2007, aaO.).

Es ist grundsätzlich Sache des geprüften Arztes, Praxisbesonderheiten oder kompensatorische Minderaufwendungen darzutun und zu belegen. Ihn trifft hinsichtlich dieser Einwendungen die **Darlegungslast** (BSG, Urt. v. 21.06.1995 - 6 RKa 35/94 -).

Bei der Behauptung, die Mitglieder der herangezogenen Vergleichsgruppe **rechneten falsch ab**, handelt es sich nicht um eine **Praxisbesonderheit**.

Das Vorbringen, **besser, sorgfältiger, gründlicher und wirtschaftlicher** als die Durchschnittspraxis zu behandeln, stellt keine Praxisbesonderheit dar.

Die Behauptung einer **besonders zahnerhaltenden Arbeitsweise** begründet keine Praxisbesonderheit und reicht auch für den Nachweis einer kompensatorischen Ersparnis im Bereich von **Zahnersatzleistungen** nicht aus, wenn bereits nicht dargelegt wird, dass ein von der Vergleichsgruppe signifikant abweichendes Patientenklientel behandelt wird. Allein aus dem geringeren Umfang von ZE-Leistungen kann nicht auf eine kompensatorische Ersparnis geschlossen werden (SG Marburg, Urt. v. 13.12.2006 – S 12 KA 797/06 – RID 07-01-77; v. 29.04.2009 – S 12 KA 98/08 – RID 09-02-61, – S 12 KA 112/08 – RID 09-02-59 u. – S 12 KA 835/08 – RID 09-02-60).

Auch wenn bei einer **Schätzung** grundsätzlich zu fordern ist, dass die dabei zugrundegelegten Faktoren dargelegt und in nachvollziehbarer Weise gewürdigt werden, gilt dies jedenfalls nicht für den Fall, in dem der Vertrags(zahn)arzt, der zunächst darlegungspflichtig ist, keine Grundlagen für eine Schätzung, die nur er kennen kann, mitteilt. In einem solchen Fall ist der Beklagte, wenn er überhaupt möglicherweise begünstigende Faktoren zu berücksichtigen gedenkt, berechtigt, eine auf seiner Fachkompetenz beruhende Schätzung vorzunehmen, ohne dabei deren Grundlagen weiter darzulegen.

*SG Münster*, Urt. v. 23.07.2007 – S 2 KA 19/06 - wies die Klage gegen die Honorarkürzung in den Quartalen I/00-IV/03 in den Leistungsbereichen Nr. 8, 10, 12, 39 und 106 Bema-Z i.H.v. 26.309,13 € ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### C) DARLEGUNGSPFLICHT ZUR BEGRÜNDUNG EINER PRAXISBESONDERHEIT

*LSG Hessen, Urt. v. 23.09.2009 - L 4 KA 6/08 -*

RID 09-04-37

*LSG Hessen, Urt. v. 23.09.2009 - L 4 KA 66/06 -*

RID 09-04-38

SGB V § 106

Zur Begründung einer **Praxisbesonderheit** muss ein **Vertragszahnarzt im Einzelnen darlegen**, wie hoch der Anteil der einen Mehraufwand begründenden Patienten im Verhältnis zur Vergleichsgruppe ist und wie die herangezogenen äußeren Umstände (Alter, Verkehrslage, Aufenthalt in einem Alten- oder Pflegeheim bzw. einer neurologischen oder psychiatrischen Klinik) sich im konkreten Behandlungsfall auf den Behandlungsbedarf in seiner Praxis auswirken (vgl. zu den Anforderungen an die Darlegung a. LSG Hessen, Urt. v. 13.07.2005 – L 6/7 KA 621/00 -).

*SG Marburg, Urt. v. 05.12.2007 – S 12 KA 197/07 – RID 08-01-63 bzw. SG Marburg, Urt. v. 13.09.2006 – S 12 KA 1166/05 – RID 06-04-53* wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 02.09.2009 – **B 6 KA 21/08 R** – ist der Berufungsausschuss bei der Bedarfsermittlung im Rahmen einer **Sonderbedarfszulassung** (hier: Kardiologie) verpflichtet zu ermitteln, ob **Wartezeiten**, die - außer in akuten und dringlichen Fällen - mehr als zwei Monate betragen und damit zu lang sind, bei der ganz überwiegenden Zahl der im Planungsbereich zugelassenen Ärzte des Gebiets im Regelfall bestehen; nach BSG, Urt. v. 02.09.2009 – **B 6 KA 34/08 R** – ist die Zusatzweiterbildung **Kinder-Pneumologie** eine besondere Qualifikation i.S. des § 24 Satz 1 Buchst. b BedarfsplRL und ist der Einführung eines **eigenen Abschnitts im EBM** erhebliche Bedeutung beizumessen; für eine **Sonderbedarfszulassung** ist aber zu ermitteln, welche Ärzte - abgesehen von der pädiatrischen Hochschulambulanz im Rahmen von Forschung und Lehre - diese Leistungen bisher erbracht und ob dadurch der Versorgungsbedarf quantitativ und qualitativ (kindgerecht und mit der dafür erforderlichen Geräteausstattung, gemessen an den Vorgaben des EBM-Konzepts) gedeckt wird; ermächtigte Ärzte und Ärzte ohne pneumologische Qualifikation - ungeachtet ihnen evtl. erteilter Abrechnungsgenehmigungen - sind außer Betracht zu lassen; bestehen **Versorgungslücken** - oder kann die Feststellung, dass der Versorgungsbedarf gedeckt ist, nicht sicher getroffen werden - **in der gesamten Breite des spezialisierten Versorgungsbedarfs** und lässt sich darauf eine **wirtschaftlich tragfähige Vertragsarztpraxis** gründen, ist die Sonderbedarfszulassung zu erteilen; nach BSG, Urt. v. 02.09.2009 – **B 6 KA 35 u. 36/08 R** – bindet die Eintragung von Ärzten unter einer bestimmten Gebietsbezeichnung in das **Arztregister** einer KV die **Zulassungsgremien** nicht in der Weise, dass diese die Ärzte für dieses Fachgebiet zur vertragsärztlichen Versorgung zulassen müssten; Angehörige solcher Arztgruppen, deren Fachgebiet keinen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung mit ihrem in § 73 SGB V beschriebenen Inhalt hat - wie etwa Ärzte für Rechtsmedizin oder Anatomie - können unter dieser Fachgebietsbezeichnung nicht zugelassen werden; bei einem unmittelbar patientenbezogenen Fachgebiet wie der **Herzchirurgie** hängt die **Zulassungsfähigkeit** davon ab, ob die wesentlichen Bereiche der zu dieser Disziplin gehörenden Leistungen ambulant erbracht werden können oder der Versorgung im Krankenhaus vorbehalten sind; die **Prüfung durch den GBA**, ob mehr als 1.000 Ärzte zugelassen sind und ob das betroffene Fachgebiet, wobei mehrere Fachgebiete zusammengefasst werden können, zu einer der bestehenden Arztgruppen im Sinne des Bedarfsplanungsrechts gehört, setzt voraus, dass er sich eine Auffassung dazu bildet, ob eine Arztgruppe zulassungsfähig ist. Der **Bewertungsausschuss** ist befugt, über die Festlegung des Katalogs der in der vertragsärztlichen Versorgung erbringbaren Leistungen (§ 87 II SGB V) mittelbar Einfluss auf die Zulassungsfähigkeit einer Arztgruppe zu nehmen; nach BSG, Urt. v. 02.09.2009 – **B 6 KA 27/08 R** – ist eine Zulassung nach § 103 VII SGB V nur möglich, wenn die **belegärztliche Tätigkeit** tatsächlich in **nennenswertem Umfang** ausgeübt werden kann und soll; zu berücksichtigen ist die **Zahl der Belegbetten** für den Bewerber unter Einbeziehung der Festsetzungen der **Landeskrankenhausplanung** für die betroffene (Beleg-)Abteilung, da die Zulassungsgremien an die Vorgaben der Krankenhausplanung gebunden sind; wenn - wie im hier zu beurteilenden Fall - eine Belegabteilung nur über insgesamt **vier Planbetten für die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde** verfügt, kann die Zulassung nicht mit der Begründung versagt werden, vier Betten reichten für eine ernstlich ausgeübte belegärztliche Tätigkeit nicht aus. Dies gilt selbst dann, wenn - wie vorliegend - in der Belegabteilung bereits ein weiterer Belegarzt tätig ist, da der Gesetzgeber das **kooperative Belegarztwesen** unterstützt und im Interesse einer umfassenden Versorgung der Patienten angezeigt ist, dass je Belegabteilung zumindest zwei Belegärzte kooperieren. Die **Ausschreibung der Belegarztstelle** muss nicht öffentlich, sondern kann in Form eines persönlichen Anschreibens an alle zu berücksichtigenden Vertragsärzte erfolgen; nach BSG, Urt. v. 02.09.2009 – **B 6 KA 44/08 R** – stellt die Zahl von nur **drei Belegbetten kein absolutes Ausschlusskriterium** dar und lässt für sich genommen noch nicht den Schluss auf eine nicht wirklich gewollte belegärztliche Tätigkeit und damit auf eine Umgehung der Zulassungsbeschränkungen zu; bei 30 Betten und zehn Belegärzten muss der Krankenhausträger allerdings konkret darlegen, weshalb er einen weiteren Belegarzt an sich binden will; eine **schlüssige Begründung für die Einbindung eines weiteren Belegarztes** kann beispielsweise darin liegen, dass die schon vorhandenen Belegärzte den Umfang ihrer Tätigkeit vermindern wollen oder der Krankenhausträger neue Operationsschwerpunkte setzen will, die die bisherigen Ärzte qualitativ nicht hinreichend abdecken; 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 BedarfspRL 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 BedarfspRL **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 7/08 R** – (SozR 4-1300 § 63 Nr. 9) 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** – (SozR4-2500 § 96 Nr. 1) 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** – (BSGE 102, 219 = SozR 4-2500 § 118 Nr. 1) 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. LAUF DER BEWERBUNGSFRIST NACH ENTSPERRUNG ERST AB VERÖFFENTLICHUNG

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.09.2009 – L 5 KA 1375/09 –**

**RID 09-04-39**

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

SGB V §§ 95, 103; Ärzte-ZV § 16b; BedarfspRL-Ä § 23

**Leitsatz:** Die Bewerbungsfrist gem. § 23 Abs. 3 Satz 1 BedarfspRL-Ärzte für Anträge auf Zulassung in einem Planungsbereich, für den die Zulassungssperre (teilweise) aufgehoben wurde, beginnt erst mit der Veröffentlichung des Beschlusses des hierfür zuständigen Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im Ärzteblatt

Der **Landesausschuss** hob mit Beschluss vom 04.04.2007 arztgruppenbezogen für bestimmte Planungsbereiche Zulassungsbeschränkungen auf mit der Auflage, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist; über Zulassungsanträge war zu entscheiden, die nebst den nach § 18 Ärzte-ZV erforderlichen Unterlagen innerhalb einer **Bewerbungsfrist von acht Wochen nach Bekanntgabe der Aufhebung** der Zulassungsbeschränkung eingegangen sind. Der Beschluss ging am 11.04.2007 bei der KV ein und wurde in der Ausgabe 5/2007 des Ärzteblattes, die Mitte Mai ausgeliefert wurde, veröffentlicht. Um die Zulassung als Anästhesist in Tuttlingen bewerben sich u.a. die 1945 geb., seit 1972 approbierte **Kl. am 22.06.2007**, eine seit 1982 anerkannte Fachärztin, die seit 1992 als Praktische Ärztin bzw. Ärztin für Allgemeinmedizin in Freiburg i. B. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Sie beantragte die Zulassung mit einem halben Versorgungsauftrag i.V.m. der gleichzeitigen Erklärung, im Falle der Zulassung ihren Versorgungsauftrag als Allgemeinärztin in Freiburg entsprechend zu beschränken. Ferner bewarb sich am 12.04.2007 der 1955 geb. **Beigel. zu 1)**, approbiert seit 1986, Facharzt seit 1993, Assistenzarzt am Kreiskrankenhaus Tuttlingen. Der **Zulassungsausschuss** ließ die Kl. mit halbem Versorgungsauftrag zu und lehnte, da damit wieder eine Überversorgung bestanden habe, die weiteren Zulassungsanträge ab. Auf Widerspruch des **Beigel. zu 1)** lehnte der bekl. **Berufungsausschuss** den Antrag der Kl. ab und ließ stattdessen den **Beigel. zu 1)** zu. Ferner ordnete er den Sofortvollzug seiner Entscheidung an. Zur Begründung führte er aus, der Zulassungsantrag d. Kl. sei außerhalb der vom 11.04.-06.06.2007 laufenden Bewerbungsfrist eingegangen. Für die Prüfung des Beginns der Bewerbungsfrist sei der Beschl. des Landesausschusses vom 04.04.2007 maßgeblich, nicht aber der - nicht mehr feststellbare - Zeitpunkt der Veröffentlichung im Ärzteblatt. **SG Reutlingen**, Urt. v. 25.11.2008 - S 1 KA 4938/07 - gab der Klage statt und verurteilte den Bekl., über den Widerspruch des **Beigel. zu 1)** erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des SG zu entscheiden; das **LSG** wies die Berufung des Bekl. zurück.

## 2. SONDERBEDARFSZULASSUNG

### A) REGELUNGEN ÜBER LOKALEN SONDER- UND VERSORGUNGSBEDARF STEHEN NEBENEINANDER

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 3558/07 –*

RID 09-04-40

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 22/09 R*

juris

SGB V §§ 95, 101 BedarfsPIRL Nr. 24a

Die Anwendung des unbestimmten Rechtsbegriffs "**großräumiger Landkreis**" in § 24 S. 1a BedarfsPIRL-Ä unterliegt uneingeschränkter gerichtlicher **Rechtskontrolle** (vgl. u.a. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.11.2002 - L 5 KA 1247/02 - RID 05-01-71).

Die mit dem VÄndG eingeführte **Feststellung lokalen Sonderbedarfs** durch die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen tritt neben die **Feststellung lokalen Sonderbedarfs** durch die Zulassungsgremien nach Maßgabe des § 101 I Nr. 3 SGB V bzw. des § 24 S. 1a BedarfsPIRL-Ä.

Ein rechtlicher Zusammenhang zwischen **§ 100 III SGB V** und dem **Begriff des lokalen Versorgungsbedarfs in Nr. 24 Satz 1a BedarfsPIRL-Ä** besteht nicht. Der dieser Vorschrift zu Grunde liegende gesetzliche Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss in § 101 I 1 Nr. 3 SGB V lautet, Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze zu beschließen, so weit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind. In Konkretisierung dieses Auftrags ist der Gemeinsame Bundesausschuss zu dem Ergebnis gekommen, dass bei einem nachweislich lokalen Versorgungsbedarf u.a. in Teilen eines großräumigen Landkreises durch die Zulassung benötigter Ärzte die Qualität der ärztlichen Versorgung verbessert werden kann. § 101 I 1 Nr. 3 SGB V regelt somit in Verbindung mit § 24 S. 1a BedarfsPIRL-Ä ein weiteres Strukturelement des Sicherstellungsauftrags.

Der 1964 geb. Kl., (u.a.) studierte Sinologin, wurde 2002 durch das C. G. J Institut das Diplom in analytischer Psychologie verliehen. Im Juli 2002 erhielt sie die Approbation als psychologische Psychotherapeutin. Der Zulassungsausschuss **ermächtigte** d. Kl. unter Berufung auf § 24 Satz 1a BedarfsPIRL-Ä zur Erbringung und Abrechnung von Behandlungsleistungen der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie bei Erwachsenen in Einzelbehandlung (Nr. 860 bis 862, 866, 868, 870 bis 872 und 877 EBM) für die Zeit vom 01.07.2003 bis 30.06.2006. Der **Widerspruch der KV** führte zur Aufhebung des Beschlusses des Zulassungsausschusses. **SG Freiburg**, Beschl. v. 09.07.2004 - S 1 KA 1578/04 ER - lehnte einen **Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz** ab. Die dagegen eingelegte Beschwerde wies der **Senat** mit Beschl. v. 28.10.2004 (L 5 KA 3274/04 ER-B) zurück. Die **Klage** wies **SG Freiburg**, Urt. v. 26.10.2005 - S 1 KA 1012/04 –zurück. **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 17.05.2006 – L 5 KA 5224/05 – RID 06-04-60 wies die Berufung zurück. Bereits im April 2005 ließ der **Zulassungsausschuss** die Kl. zu. Die **Zulassung** wurde auf die Gemeinde S sowie die Durchführung der analytischen Psychotherapie bei Erwachsenen beschränkt und für eine Übergangszeit von 5 Jahren (bis 31.03.2010) ausgesprochen. Der Beschl. wurde vom **Bekl.** ebf. aufgehoben. **SG Freiburg**, Urt. v. 18.04.2007 - S 1 KA 3997/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### B) HÄLFTIGER VERSORGENSAUFTRAG FÜR GASTROENTEROLOGISCHE LEISTUNGEN

*LSG Sachsen, Beschl. v. 30.07.2009 – L 1 B 786/08 KA-ER –*

RID 09-04-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 100 III, 101 I 1 Nr. 3 u. 4; Bedarfspl-RL §§ 23a ff.; SGG §§ 70 Nr. 4, 71 IV, 86b I 1 Nr. 1

Die **Wirksamkeit** eines in Zulassungssachen geschlossenen **Vergleichs** kann nicht davon abhängen, dass im Vertragstext eine Begründung dafür gegeben wird, aus welchen Erwägungen die vertragsschließende Behörde von ihrer Beurteilungsermächtigung Gebrauch gemacht hat. Vielmehr muss es genügen, wenn diese Erwägungen mit hinreichender Deutlichkeit aus dem Kontext des Vertragsschlusses hervorgehen. Zudem muss es in Anlehnung an § 41 II SGB X ausreichen, wenn eine Begründung für die im Vergleichsvertrag getroffene Regelung später gegeben wird.

Vergleiche in einem gerichtlichen Verfahren können auch durch den **Vorsitzenden** des Berufungsausschusses geschlossen werden.

Es ist sachgerecht, die Feststellung eines zusätzlichen **lokalen Versorgungsbedarfs** nach § 100 III SGB V ist bei der **Sonderbedarfszulassung** nach § 101 I 1 Nr. 3 SGB V i.V.m. § 24 BedarfsPIRL-Ä zu berücksichtigen. Der Verwertung steht nicht entgegen, wenn im Beschluss ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nicht im gesamten Fachgebiet der Inneren Medizin, sondern lediglich für Leistungen des Schwerpunktes Gastroenterologie festgestellt wird.

Nach der Neufassung des § 25 I 1 BedarfspIRL-Ä durch den Beschluss des GBA vom 13.09.2007 trifft es nicht mehr uneingeschränkt zu, dass für eine Sonderbedarfszulassung eine **Kumulation von lokalem und qualitativem Versorgungsdefizit** nicht ausreicht.

Der **Planungsbereich** stellt nicht zwingend die Bezugsregion für den **qualitativen Versorgungsbedarf** dar. Dies kann nicht nur für den Fall gelten, dass Gebiete in die Überlegungen einbezogen werden, die an den Planungsbereich angrenzen, sondern muss auch auf den Fall zutreffen, dass sich die Überlegungen auf Teile des Planungsbereichs beschränken.

Jedenfalls bei **gastroenterologischen Leistungen**, bei denen weite Anfahrten medizinisch problematisch sind, erscheint es vertretbar, aus der ungleichen Verteilung von Leistungserbringern in einem lang gestreckten Planungsbereich mit einer Nord-Süd-Ausdehnung von über 55 km und einer Ost-West-Ausdehnung von etwa 36 km auf ein qualitatives Versorgungsdefizit im Sinne des § 24 Satz 1 Buchst. b BedarfspIRL-Ä zu schließen.

Es spricht viel dafür, dass beim **lokalen Versorgungsbedarf** die Versorgung in benachbarten Planungsbereichen berücksichtigt werden darf, weil es dafür auf die lokalen und insoweit nicht durch die Grenzen des Planungsbereichs beschränkten Gegebenheiten ankommt (vgl. SG Marburg, Urte. v. 10.09.2008 – S 12 KA 49/08 – RID 08-04-55, juris Rn. 37).

Die frühere Rechtsprechung, wonach eine Sonderbedarfszulassung erst in Betracht kommt, wenn das festgestellte Versorgungsdefizit den Umfang einer **wirtschaftlich tragfähigen Vertragsarztpraxis erreicht** (vgl. BSG, Urte. v. 19.03.1997 - 6 RKA 43/96 - SozR 3-2500 § 101 Nr. 1 S. 6) ist mit Einführung der **Teilzulassung** infolge der Neufassung des § 95 III 1 SGB V durch das VÄndG überholt (so zu Recht LSG Nordrhein-Westfalen, Urte. v. 11.02.2009 – L 11 KA 98/08 – RID 09-03-58, juris Rn. 60).

**SG Dresden**, Beschl. v. 20.10.2008 - S 11 KA 535/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** ordnete die sofortige Vollziehung der erteilten Sonderbedarfszulassung bis zum Abschluss des gegen diesen Beschluss gerichteten Hauptsacheverfahrens an.

### C) PASSIVE KONKURRENTENKLAGE GEGEN SONDERBEDARFSZULASSUNG ALS NEPHROLOGE

**LSG Bayern, Beschl. v. 10.10.2008 – L 12 B 439/08 KA ER –**

**RID 09-04-42**

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

SGB V §§ 73 Ia 2, 101 I Nr. 3; BedarfspIRL § 24 Buchstabe e; SGG § 86b II; GG art. 2, 12 I

Der Senat neigt zu der Einschätzung, dass der Sonderbedarfszulassung nach § 24 Buchstabe e BedarfspIRL-Ä **drittschützende Wirkung** nicht zukommt.

Bei einer Sonderbedarfszulassung nach § 24 Buchstabe e BedarfspIRL-Ä kommt vor allem dem Aspekt der Erleichterung der Behandlung der Patienten vorrangige Bedeutung zu. Ist schon eine Dialysebehandlung als solche eine erhebliche Belastung für den Patienten, so steigt diese Belastung noch an insbesondere im Falle ungünstiger Straßenverhältnisse und großer Entfernungen. Die Notwendigkeit einer Förderung **wohnortnaher Versorgung von Dialysepatienten** ist nicht erst dann zu bejahen, wenn die bestehende Versorgung für die Patienten unzumutbar ist.

Der Ast. ist Facharzt für **Innere Medizin/Nephrologie**. Der Zulassungsausschuss erteilte ihm eine **Sonderbedarfszulassung**. Die Beigel. zu 8. (ermächtigte Einrichtung KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. Dialysezentrum) und zu 9. betreiben seit 1985 bzw. 1987 Dialysezentren in dem räumlichen Versorgungsbereich, in welchem auch der Ast. tätig werden will. Beide Zentren haben seit 2003 einen Versorgungsauftrag für 30 bzw. 150 Patienten, die ihnen hierfür erteilte Ermächtigung hat noch bis 30.06.2013 Bestand. Die Beigel. zu 8., ebs. die Beigel. zu 9., legte **Widerspruch** ein, weil in den benachbarten Standorten keine 90 %ige Auslastung gegeben sei. Gemäß § 6 der Anlage 9.1 des BMÄ-Ä/EKV seien Neuzulassungen generell nur zu erteilen, wenn eine solche kontinuierliche Auslastung in den bestehenden Einrichtungen gegeben sei. Der **Berufungsausschuss** hob die Zulassung auf. **SG München**, Beschl. v. 13.03.2008 – S 43 KA 1015/07 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** ließ den Ast. im Wege einer einstweiligen Anordnung bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens in der Hauptsache im Rahmen einer qualitätsbezogenen Sonderbedarfsfeststellung nach § 101 I Nr. 2 SGB V i.V.m. § 24 Buchstabe e) BedarfspIRL-Ä für Z. als Vertragsarzt zu und gemäß § 73 Ia 2 SGB V an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen mit der Maßgabe, dass diese Zulassung auf den Versorgungsauftrag beschränkt ist, der durch die Genehmigung der KV Bayerns zur Durchführung eines Versorgungsauftrags für die nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten mit Dialyseleistungen definiert ist.

### 3. PRAXISNACHFOLGE

#### A) PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN ALS PRAXISNACHFOLGERIN IN ÄRZTLICHE PRAXIS

*LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 05.05.2009 – L 5 KA 599/09 ER-B –*

RID 09-04-43

juris

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

Die für die Auswahl bzw. Zulassung eines Praxisnachfolgers maßgeblichen (besonderen) **Kriterien** sind in § 103 IV SGB V abschließend festgelegt. Dort nicht vorgesehene zusätzliche Kriterien oder Anforderungen dürfen die Zulassungsgremien nicht aufstellen.

Mit dem eher weiter gefassten Merkmal der „**beruflichen Eignung**“ in § 103 IV 4 SGB V ist nicht gefordert, dass zwischen Praxisübergeber und Praxisübernehmer eine nach Maßgabe des (landesrechtlichen) ärztlichen Weiterbildungsrechts festzulegende „**Fach(gebiets)identität**“ bestehen muss. **Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten** erbringen psychotherapeutische Behandlungsleistungen für gesetzlich Versicherte nach Maßgabe der dafür geltenden Psychotherapierichtlinien. Zur Anwendung der dort genannten „Richtlinienverfahren“ sind ärztliche und psychologische Psychotherapeuten grundsätzlich in gleichem Maße beruflich geeignet. Eine psychologische Psychotherapeutin kann daher die Praxis eines ärztlichen Psychotherapeuten als Praxisnachfolgerin übernehmen.

*SG Freiburg*, Beschl. v. 29.12.2008 - S 1 KA 5875/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* gab ihm statt und gab dem Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung auf, die Ast. vorläufig als Praxisnachfolgerin des Beigel. Nr. 7 für dessen Vertragspsychotherapeutensitz zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zuzulassen.

Vgl. bereits *SG Marburg*, Urtr. v. 11.10.2006 – S 12 KA 732/06 – RID 06-04-63 und *LSG Hessen*, Beschl. v. 23.05.2007 – L 4 KA 72/06 – RID 07-03-65; *SG Marburg*, Beschl. v. 09.06.2008 – S 12 KA 151/08 ER – RID 08-03-67.

#### B) PRÜFUNG DES KAUFPREISES MIT VERKEHRSWERT DURCH ZULASSUNGSGREMIEN

*SG Reutlingen, Urtr. v. 25.11.08 – S 1 KA 618/08 –*

RID 09-04-44

*Berufung anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 5 KA 1323/09 -*

SGB V § 103 IV

Die Zulassungsgremien prüfen auch im Falle der Einigkeit über den Kaufpreis die Übereinstimmung dieses **Kaufpreises** mit dem **Verkehrswert** und dürfen ggf. diesen festsetzen. Das ist zumindest dann der Fall, wenn berechtigte Zweifel bestehen, dass der Kaufpreis in etwa dem Verkehrswert entspricht, d.h. umgekehrt Gründe für die Annahme bestehen, dass letztlich die Zulassung und nicht (nur) die Praxis bezahlt wird.

Die zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassene Kl. einigte sich bzgl. einer Praxisnachfolge mit den Beigel. Ziff. 1 und 2 über einen **Kaufpreis von 45.000 €**, nicht aber mit der Beigel. Ziff. 3. Der **Zulassungsausschuss** entschied, die Beigel. Ziff. 3 als am besten geeignete Bewerberin zur Fortführung der Praxis auszuwählen, die Entscheidung über ihre Zulassung zu vertagen und die Anträge auf Auswahl und Zulassung der weiteren Bewerber abzulehnen. Es gebe keine Einigung über den Kaufpreis, dieser erscheine auch dem Zulassungsausschuss zu hoch, die Beigel. Ziff. 3 sei aber zur Bezahlung des Verkehrswerts bereit. Die abgelehnten Bewerber legten **Widerspruch** ein. Die Kl. legte ein Gutachten vor, das den Verkehrswert mit insgesamt 56.404 € bezifferte. In einer Sitzungspause des Bekl. einigten sich die Beteiligten auf einen Verkehrswert von 40.000 €. Der Bekl. sah diesen Betrag als überhöht an. Die Sitzung wurde deshalb sodann zur Verkehrswertermittlung vertagt. Der hiergegen beantragte einstweilige Rechtsschutz blieb erfolglos (*LSG Baden-Württemberg*, B. v. 22.11.2007 – L 5 KA 4107/07 ER-B – RID 08-01-69). Die **Verkehrswertermittlung** durch einen Sachverständigen ergab auf einen Gesamtwert der Praxis von 35.560 €, davon 2.940 € für den materiellen Wert. Der Bekl. setzte den **Verkehrswert der Praxis auf 2.940 € fest** und ließ den Beigel. Ziff. 3 zu. Das *SG* wies die gegen die Festsetzung des Verkehrswerts gerichtete Klage ab.

## 4. ERMÄCHTIGUNG

### A) NACHBETREUUNG NACH MAGENBANDOPERATION

*LSG Hessen, Urt. v. 23.09.2009 - L 4 KA 82/08 -*

**RID 09-04-45**

SGB V §§ 27, 116

**Morbide Adipositaspatienten** bedürfen nach einer operativen Behandlung grundsätzlich auch für den Zeitraum über zwei Jahre hinaus der ärztlichen Betreuung, insbesondere im Fall von Komplikationen. Diese Nachbehandlung kann in qualitativer Hinsicht von den niedergelassenen Ärzten nicht ausreichend geleistet werden. Davon ausgenommen sind regelmäßige Routinekontrollen, die ohne besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse über die Behandlung von morbidem Adipositaspatienten erfolgen können. Die Überweisungsmöglichkeit muss nicht auf Fachärzte begrenzt werden.

Bei Erfüllung der engen Indikationsvoraussetzungen besteht eine **Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung** für eine operative Behandlung morbidem Adipositaspatienten (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2003 – B 1 KR 1/02 R- BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 1 = NZS 2004, 140), ebenso für Folge- und Nachbehandlungen ohne zeitliche Begrenzung auf zwei Jahre nach der Operation.

*SG Marburg, Urt. v. 30.04.2008 – S 12 KA 509/07 – RID 08-02-94* wies die Klage der KV ab, das *LSG* änderte den Beschl. des Bekl. und das Urt. dahingehend ab, dass die Ermächtigung in Ziff. 2.3 des Beschlusses nicht regelmäßige Routinekontrollen umfasst, die ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse des Beigel. über die Behandlung morbidem Adipositaspatienten erfolgen können.

### B) BESCHLUSS DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES MIT BEGRÜNDUNGS- MANGEL/ANÄSTHESIELEISTUNGEN

*SG Marburg, Beschl. v. 12.08.2009 – S 12 KA 428/08 ER –*

**RID 09-04-46**

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

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a; SGG § 86b Abs. 2

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

Ist ein Beschluss des Zulassungsausschusses wegen unzureichender Begründung der Ablehnung einer Ermächtigung (hier: Facharzt für Anästhesie) **rechtswidrig**, so besteht dennoch kein Anordnungsanspruch, wenn es an einer hinreichenden **Erfolgsaussicht** des Widerspruchs fehlt.

Werden **Anästhesieleistungen** nach dem AOP-Vertrag zu § 115b Abs. 1 SGB V vergütet, so besteht hierfür kein Bedarf für eine Ermächtigung.

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

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

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

### HINTERBLIBENENVERSORGUNG BEI EHEZEIT UNTER ZWEI JAHREN

*SG Marburg, Urt. v. 16.09.2009 – S 12 KA 514/08 –*

**RID 09-04-47**

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

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen § 6 I Buchst. a; SGB VI § 46 Abs. 2a

Für die Auslegung von § 6 Abs. 1 Buchst. a Satz 3 GEHV, nach der auch bei einer kürzeren Ehezeit von zwei Jahren eine Hinterbliebenenversorgung geleistet werden kann, wenn ein „besonderer Fall“ vorliegt, kann die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 46 Abs. 2a SGB VI herangezogen werden (vgl. BSG, Urt. v. 05.05.2009 - B 13 R 55/08 R – SozR 4-2600 § 46 Nr. 6 = juris Rn. 20 ff.).

Das *SG* wies die Klage ab.

## VII. Gesamtvergütung/GBA/Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 06.05.2009 – **B 6 A 1/08 R** – (SozR 4-2500 § 94 Nr. 2) sind die **aufsichtsrechtlichen Befugnisse des BMG** gegenüber dem **GBA** auf eine **Rechtskontrolle** beschränkt; der Beschluss des GBA v. 16.11.2004 zur Protonentherapie beim Mammakarzinom ist rechtmäßig; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 55/07 R - (SozR 4-2500 § 83 Nr. 5) ist eine **Krankenkasse** grundsätzlich nicht berechtigt, im Rechtsstreit mit einer KV die **Rechtmäßigkeit eines für sie maßgeblichen Gesamtvertrages** zur gerichtlichen Nachprüfung zu stellen; nach der Einführung des Wohnortprinzips für die Vereinbarung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen verhandelt die KV mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die Höhe der Gesamtvergütung für alle Versicherten der jeweiligen Kassenart mit Wohnsitz im Bezirk der KV; das Ergebnis dieser Verhandlungen muss auch eine Krankenkasse gegen sich gelten lassen, die auf die Verhandlungen nicht einmal mittelbar Einfluss nehmen konnte, weil sie dem zuständigen Landesverband nicht angehört; ob die Krankenkassen ab dem Jahr 2002 durch zusätzliche Zahlungen zur Schaffung eines angemessenen **Vergütungsniveaus für die zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen** beitragen müssen bzw. dürfen, ist gesetzlich nicht eindeutig geregelt; eine auf begrenzte Beteiligung der Krankenkassen gerichtete gesamtvertragliche Vereinbarung kann deshalb keinen "qualifizierten Rechtsverstoß" im Sinne der bisherigen Rechtsprechung des Senats darstellen.

Zur **integrierten Versorgung** s. BSG, Urt. v. 06.02.2008 - B 6 KA 27/07 R – (Barmer Hausarztvertrag) BSGE 100, 52 = 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 (Parallelscheidungen: 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. AOP-VERTRAG 2006 (ERWEITERTES BUNDESSCHIEDSAMT) RECHTSWIDRIG

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 15.07.2009 – L 7 B 74/08 KA ER –**

**RID 09-04-48**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)= juris (unter L 7 B 74/08 AS ER)

SGB V §§ 71, 85 IIIa 4, 89, 115b; SGG § 86b I; GG Art. 83 ff.

**Leitsatz:** Die Vergütungsregelung in § 7 Abs. 1 des durch Schiedsspruch des erweiterten Bundesschiedsamtes festgesetzten AOP-Vertrages 2006 verstößt gegen §§ 115b Abs. 1 Nr. 2, 85 Abs. 1-3a und 71 SGB V und ist deshalb rechtswidrig; darüber hinaus dürfte sie gegen das verfassungsrechtliche Verbot der Mischverwaltung verstoßen.

**SG Berlin**, Beschl. v. 08.07.2008 – S 79 KA 977/06 ER – RID 08-04-67 wies den Antrag der Bundesverbände der Krankenkassen bzw. jetzt Spitzenverband Bund, die aufschiebende Wirkung der Klage wiederherzustellen, ab. Das **LSG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage im Hinblick auf § 7 Abs. 1 des durch die Entscheidung des Landesschiedsamts (Ag.) v. 15.09.2006 festgesetzten AOP-Vertrages an und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

**Bearbeitung RID:** Die Vergütungsregelung in § 7 I **AOP-Vertrag 2006** ist rechtswidrig. Eine Rechtswidrigkeit der Bestimmung über die Vergütung von Sachkosten in § 9 VII AOP-Vertrag 2006 ist dagegen nicht zu erkennen; ein Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist insofern nur behauptet, aber in keiner Weise substantiiert dargelegt worden. Dass diese Regelung zu höheren Kosten für die Krankenkassen führen wird als die entsprechende Regelung im AOP-Vertrag 2005, steht fest, ohne dass sich allein daraus aber ihre Rechtswidrigkeit ableiten ließe. Da gegen die übrigen Bestimmungen des AOP-Vertrages 2006 keine Einwendungen erhoben worden sind, ist die aufschiebende Wirkung nur hinsichtlich der Vergütungsregelung in § 7 I AOP-Vertrag 2006 anzuordnen.

Die von den in § 115b SGB V genannten Vertragspartnern zu schließende Vereinbarung hat eine Doppelnatur: sie ist zum einen ein **dreiseitiger koordinationsrechtlicher öffentlich-rechtlicher Vertrag** i.S.d. § 53 I 1 SGB X, zum anderen **untergesetzliches Bundesrecht**. Die dreiseitige Vereinbarung stellt also ebenso wie die Bundesmantelverträge einen Normsetzungsvertrag auf Bundesebene dar.

Ein **Schiedsamt** muss die Grenzen einhalten, die § 115b SGB V den Vertragspartnern dieser Vorschrift gezogen hat, weil ihm durch § 115b III i.V.m. § 89 SGB V weiterreichende Kompetenzen nicht eingeräumt worden sind. Mit der **Festsetzung der Punktwerte** können nicht die **Gesamtvertragspartner** beauftragt, ihnen Maßstäbe bei der Festsetzung vorgeschrieben und ihnen die Bereinigung der Gesamtvergütungen für ambulant durchführbare Operationen und stationärsersetzender Eingriffe aufgegeben werden, weil damit nicht die drei in § 115b SGB V genannten Vertragspartner, sondern nur die Krankenkassen und KVen die Bestimmung vereinbaren. Dadurch erfolgt auch eine **unzulässige Delegation der Normsetzungsbefugnis**. Es handelt sich ferner um eine **unzulässige Mischverwaltung**.

Aus dem Rechtsstaatsgebot des Art. 20 GG und den speziellen Regelungen zur Delegation von Normsetzungsbefugnissen im deutschen Verfassungsrecht in Art. 71 und 80 GG ist abzuleiten, dass Normgeber ihre **Rechtssetzungsbefugnis** nicht ohne gesetzliche Ermächtigung an andere Träger staatlicher Gewalt **delegieren** dürfen.

§ 115b SGB V stellt keine Rechtsgrundlage dafür dar, dass niedergelassene **Vertragsärzte** auch effektiv für ihre Leistungen das gleiche **Honorar** ausgezahlt bekommen wie die **Krankenhäuser**. Um gleiche Wettbewerbsbedingungen herzustellen und stationäre Krankenhausbehandlungen der Versicherten zu substituieren, reicht es nämlich aus, dass die Krankenkassen für ambulant durchführbare Operationen und stationärsersetzende Eingriffe im Außenverhältnis zu den Leistungserbringern das gleiche Entgelt für die gleiche Leistung erbringen müssen. In welcher Höhe dieses Entgelt an die jeweiligen Leistungserbringer auszuzahlen ist, unterliegt den für sie geltenden Vergütungsregelungen: Auch die Leistungen für ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe unterliegen den Regelungen über Individualbudgets und Regelleistungsvolumina, zur Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit und anderen Regelungen der Honorarverteilung sowie der Wirtschaftlichkeitsprüfung (in diesem Sinne auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.08.2007 – L 11 KA 62/06 – RID 07-04-03).

Die Vergütungsregelungen in § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag 2006 verletzt wegen des Fehlens einer **Mengenbegrenzungsregelung** den Grundsatz der **Beitragssatzstabilität**.

## 2. SCHIEDSAMT: EFFEKTIVER STEIGERUNGSSATZ ÜBER VERÄNDERUNGSRATE DER BEITRAGSPFLICHTIGEN EINNAHMEN

*LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 30.01.2008 - L 1 KA 1/06 -*

RID 09-04-49

Revision anhängig: B 6 KA 4/09 R

juris

SGB V §§ 71, 82, 83, 85, II, IIa, 89 I

Eine **unbudgetierte Herausnahme von Leistungen aus der Gesamtvergütung** ist grundsätzlich rechtswidrig (vgl. BSG, Urt. v. 02.10.1996 - 6 RKA 28/96 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 17).

Der Einwand, dass § 85 II 7 SGB V durch einen Schiedsspruch nicht beachtet werde, ist, solange die festgesetzte Gesamtvergütung den Anforderungen des § 85 III und § 71 I SGB V (**Beitragsatzstabilität**) genügt, unbeachtlich. Haben auch die Vertragsparteien im Vorjahr entsprechende Regelungen getroffen, so nimmt das Schiedsamt keinen weiteren Gestaltungsspielraum in Anspruch als die Beteiligten und hält sich daher im Rahmen des von ihm zu füllenden Gestaltungsspielraumes (vgl. BSG, Urt. v. 18.09.1993 - 6 R KA 11/72 -).

Es kann zulässig sein, bei einer **Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen** der Mitglieder der Krankenkassen von 1,87 v.H. für das Jahr 2002 die Gesamtvergütung um 1,8 % zu erhöhen und weitere Leistungen „auszudeckeln“ mit einem insgesamt **effektiven Steigerungssatz** von ca. 3,50 v.H., da der Grundsatz der Beitragsatzstabilität in § 73 I 1 SGB V als verbindliche gesetzliche Vorgabe nicht absolut gilt und „ausgedeckelte“ Leistungen bei einem niedrigeren Punktwert möglicherweise nicht kostendeckend erbracht werden könnten.

Nach Scheitern der Verhandlungen über die Gesamtvergütung 2002 setzte das bekl. Landesschiedsamt diese fest. Die **kl. Kassen** waren u.a. der Auffassung, dass unter Berücksichtigung der äußerst angespannten Finanzsituation der Ersatzkassen, die im Bereich der neuen Bundesländer insgesamt mit einem Defizit von 285 Mio DM (VdAK) und 10,1 Mio DM (AEV) abgeschlossen hätten und unter Berücksichtigung der Belastungen durch den Risikostrukturausgleich (RSA) nur eine **Absenkung der Gesamtvergütung** im Jahre 2002 in Frage komme. Zu berücksichtigen sei ferner, dass die **Ersatzkassen wesentlich höhere Gesamtvergütungen** für die Versorgung der Patienten zahlten als die Primärkassen. Im **Schiedsspruch** wurde die **Gesamtvergütung um 1,80 v.H. angepasst**. Der Anpassungsbetrag setzt sich zusammen aus 1,01 v.H. Tarifierhöhungen der Arzthelferinnen, 0,50 v.H. schrittweiser Abbau von Versorgungsdefiziten und 0,29 v.H. Berücksichtigung der veränderten Altersstruktur. Zusätzlich wurden außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütung noch weitere Leistungsvergütungen festgesetzt ("ausgedeckelt"). **SG Schwerin**, Urt. v. 30.11.2005 - S 3 KA 119/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 3. KEINE VERWALTUNGSAKTSBEFUGNIS EINER KZV GEGENÜBER ERSATZKASSE

*SG Marburg, Urt. v. 30.09.2009 – S 12 KA 464/07 –*

RID 09-04-50

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; EKV-Z §§ 17, 21

Eine KZV ist nicht berechtigt, gegenüber einer Ersatzkasse die Festsetzung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen gegenüber einzelnen Vertragszahnärzten durch Verwaltungsakt abzulehnen.

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

## VIII. Verfahrensrecht

### 1. BVERFG: ÜBERMÄßIGE VERFAHRENSDAUER/UNTÄTIGKEIT BEI UNKLARER BEENDIGUNG DER HONORARKLAGE

*BVerfG, Beschl. v. 24.09.2009 – 1 BvR 1304/09 –*

RID 09-04-51

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 19 IV; BVerfGG §§ 23 I 2, 90 II 1, 92, 93c I 1

Die Untätigkeit des **SG Gotha** hinsichtlich des von der Bf. mit Schriftsatz v. 02.04.2000 im Verfahren S 7 KA 35/00 (später S 7 KA 2206/00) anhängig gemachten Klagebegehrens verletzt die Bf. in ihrem Grundrecht aus Art. 19 IV GG. Im Übrigen wird die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

Für die verfassungsrechtliche Bewertung der **Untätigkeit** eines bereits sechs Jahre dauernden erstinstanzlichen Verfahrens ist von Bedeutung, dass das Verfahren vor dem LSG seinerseits knapp dreieinhalb Jahre gedauert hat, ohne dass hierfür ein sachlicher Grund ersichtlich ist.

Mit **zunehmender Verfahrensdauer** verdichtet sich die mit dem Gebot effektiven Rechtsschutzes verbundene Pflicht des Gerichts, sich nachhaltig um eine Beschleunigung des Verfahrens und seine Beendigung zu bemühen (vgl. BVerfG, Beschl. der 3. Kammer des Ersten Senats v. 20.09.2007 - 1 BvR 775/07 -, NJW 2008, 503 <504> m.w.N.).

Es ist aus rechtsstaatlichen Gründen nicht hinnehmbar, wenn ein Beteiligter eines wirksam anhängig gemachten gerichtlichen Verfahrens trotz verschiedener Erinnerungen an eine Sachentscheidung vom dem Gericht, bei dem sein Verfahren mutmaßlich weiterhin anhängig ist, über Jahre im Ungewissen darüber gelassen wird, dass das Gericht das Verfahren bereits für abgeschlossen hält. Geht ein Beteiligter für das Gericht ersichtlich nicht davon aus, das Verfahren sei bereits beendet, so ist den Grundsätzen von Rechtssicherheit und Rechtsklarheit nur entsprochen, wenn der Betroffene über den **Umstand der entfallenen Rechtshängigkeit** zumindest einen gerichtlichen Hinweis erhält. Dann kann der Beteiligte, sofern er die Auffassung des Gerichts nicht teilt, sachdienlich reagieren und die Fortsetzung des Verfahrens beantragen, um sein Klagebegehren weiterzuverfolgen. In diesem Fall hat das Gericht eine rechtsförmige Entscheidung darüber zu treffen, mit der entweder die Feststellung der Beendigung des Rechtsstreits oder - anderenfalls - eine Sachentscheidung getroffen wird

Mit Schriftsatz v. 02.04.2000 **ergänzte** die Bf. eine bereits beim SG anhängige **Klage** (S 7 KA 35/00) um eine Klage gegen die Honorarbescheide für die **Quartale I bis III/98** sowie um einen Wiedereinsetzungsantrag hinsichtlich des Honorarbescheids für das **Quartal IV/97**. Im Januar 2004 verband das SG das Verfahren mit weiteren Verfahren der Bf. In dem nun unter dem Az. S 7 KA 2206/00 geführten Verfahren fand am im April 2004 eine mündlichen Verhandlung statt, in der die Bf. weder anwesend noch vertreten war. Das SG legte seinem klageabweisenden **Urteil** einen Klageantrag zugrunde, der sich **nicht auf die Bescheide für die Quartale IV/1997 bis III/1998 bezog**. Gegen das im September 2004 zugestellte Urteil legte die unvertretene Bf. **Berufung** zum LSG u.a. wegen der Auslassung einer Entscheidung über die Quartale IV/97 bis III/98 ein. In einem Erörterungstermin im Februar 2006 wies das LSG darauf hin, dass eine Entscheidung der Berufungsinstanz hinsichtlich der Quartale I bis III/98 unzulässig sei, weil das SG hierüber nicht entschieden habe, sondern noch entscheiden müsse; das Verfahren werde insoweit abgetrennt werden. Die Beteiligten erklärten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung. Die Trennung der Berufungsverfahren erfolgte im November 2006. Im Dezember 2007 fand die mündliche Verhandlung statt, aufgrund der das LSG die Berufung als unzulässig verwarf, weil es an einer erstinstanzlichen Entscheidung fehle. Im April 2008 wurde das Urteil der Bf. zugestellt. Die Bf. erhob Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision zum BSG. Außerdem stellte sie beim LSG Anträge auf Protokollberichtigung, Urteilsergänzung und Urteilsberichtigung. Das LSG entschied über den Antrag auf Protokollberichtigung im Mai 2008, über den Antrag auf Urteilsergänzung im Dezember 2008 (zugestellt im April 2009) und über den Antrag auf Urteilsberichtigung im April 2009. Das BSG verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde im März 2009. In der Zeit seit dem Erörterungstermin im Februar 2006 erinnerte die Beschwerdeführerin das SG verschiedentlich an die ausstehende Entscheidung über die Honorarbescheide für die Quartale IV/1997 bis III/1998, so im August 2007, im März 2008, im April/Mai 2008 und im März 2009. Verfahrensfördernde Maßnahmen ergriff das Sozialgericht nicht; eine Entscheidung ist nicht ergangen. Bei dem zweiten mit der Verfassungsbeschwerde angegriffenen Verfahren handelt es sich um eine Untätigkeitsklage gegen die Bekl., die seit März 2008 beim SG anhängig ist.

## **2. BGH: RECHTSWEG ZU DEN SOZIALGERICHTEN - VERGÜTUNG BEI VERTRAG ZUR INTEGRIERTEN VERSORGUNG**

**BGH, Beschl. v. 04.12.2008 – I ZB 31/08 –**

**RID 09-04-52**

www.bundesgerichtshof.de = juris = GesR 2009, 370

GVG § 17 IV 4; SGG § 51 I Nr. 2 u. II 1; SGB V § 140c

**Leitsatz:** Für Streitigkeiten über die Vereinbarkeit einer nach § 140c SGB V zwischen den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern im Rahmen der integrierten Versorgung vereinbarten Vergütung mit berufsrechtlichen Vorschriften der Ärzte ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet.

### 3. ANFECHTUNG EINER GENEHMIGUNG NACH § 116B SGB V

Zur fehlenden **Klagebefugnis** einer KV gegen eine Genehmigung nach § 116b SGB V s. **SG Hannover**, Beschl. v. 04.02.2009 – S 16 KA 654/08 ER – RID 09-03-71, bestätigt durch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 25.05.09 - L 4 KR 116/09 B ER - RID 09-04-54 (s. nachstehend); z.T. anders **SG Schwerin**, Beschl. v. 11.12.2008 – S 3 ER 367/08 KA – RID 09-03-72 u. v. 10.02.2009 – S 3 ER 367/08 KA – RID 09-03-73; zur fehlenden Klagebefugnis der KBV gegen einen Beschl. des GBA zu § 116b SGB V s. **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 15.07.2009 – L 7 KA 30/08 KL – RID 09-03-69 u. - L7 KA 50/08 KL – RID 09-03-70 (Revision eingelegt: B 6 KA 30 u. 31/09 R); eine KV hat nach **LSG Hamburg**, Beschl. v. 11.02.2008 – L 2 B 485/07 ER KA – RID 08-03-85 keinen Anspruch auf Beteiligung an der Krankenhausplanung auch nicht aufgrund der Neuregelung des § 116b II SGB V.

#### A) DRITTSCHÜTZENDE WIRKUNG VON § 116B II SGB V FÜR VERTRAGSÄRZTE

**SG Dresden, Beschl. v. 29.09.2009 – S 11 KA 114/09 ER –**

**RID 09-04-53**

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

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

In Anwendung des Maßstabes nach **BSG**, Urt. v. 02.07.2007 - B 6 KA 8/06 R - SozR 4-1500 § 54 Nr. 10 wäre eine Anfechtungsbefugnis eines Vertragsarztes gegen eine Genehmigung nach § 116b SGB V nicht gegeben, da § 116b II SGB V nicht zur Voraussetzung hat, dass für die fraglichen Leistungen ein nicht gedeckter **Versorgungsbedarf** besteht.

Eine **drittschützende Wirkung** von § 116b II SGB V ist trotz des nicht ausdrücklich einfach-gesetzlich mit § 116b II SGB V festgelegten Vorrangs der niedergelassenen Vertragsärzte gegeben. Diese Auslegung ist durch die **Grundrechte** eines Vertragsarztes aus Art. 12 I und Art. 19 IV GG geboten. Der Drittschutz ist unter Würdigung von Sinn und Zweck der Regelung und dessen Wortlaut aus einer verfassungsrechtlichen Würdigung der Wettbewerbsbedingungen im staatlich regulierten Gesundheitsmarkt abzuleiten. Die Bestimmung des Krankenhauses greift in die Berufsausübungsfreiheit eines Vertragsarztes ein, der in demselben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen anbietet, indem es die Erwerbsmöglichkeiten über das dem Vertragsarztrecht immanente Maß hinaus einschränkt. Die von BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 17.08.2004 – 1 BvR 378/00 - RID 04-04-48 als maßgeblichen Ausgangspunkt zu bewertenden Grundsätze für die Drittanfechtung einer Ermächtigung gelten vorliegend entsprechend.

Der Gesetzgeber hat der bestehenden Struktur mit der Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte und der **vorhandenen Versorgungssituation** eine grundlegende Funktion beigemessen, die auch mit einer Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung nicht gefährdet werden sollte. Die mit § 116b Abs. 2 SGB V vorgesehene ambulante Leistungserbringung der Krankenhäuser mit hochspezialisierten Leistungen, zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen soll vielmehr eine Ergänzung der ambulanten Versorgung durch die niedergelassenen Vertragsärzte darstellen. Damit wird deutlich, dass die bestehende vertragsärztliche Versorgungslage auch mit der Bestimmung des Krankenhauses gewährleistet und weder beeinträchtigt noch gefährdet werden soll. Die Formulierung „**unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation**“ in § 116b II SGB V normiert in Zusammenhang mit der Erteilung der Bestimmung **ein Gebot der Rücksichtnahme auf die Interessen der bereits niedergelassenen Vertragsärzte**, die in demselben räumlichen Bereich wie das nachsuchende Krankenhaus bereits jetzt eine Position am Markt der Leistungserbringer innehaben.

Die **Anfechtungsbefugnis eines Vertragsarztes** setzt voraus, dass er und das neu zur Leistungserbringung zugelassene Krankenhaus in räumlicher Nähe gleiche Leistungen erbringen.

Der **Ast.** ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt „Gynäkologische Onkologie“ und „onkologisch verantwortlicher Arzt“ nach den Onkologie-Vereinbarungen. Im **MVZ B.** werden durch Prof. Dr. E., Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie, ebenfalls Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren behandelt. Trägerin des MVZ ist die **Poliklinik A. GmbH**, die eine **Tochtergesellschaft der Beigel. zu 1)** ist. Die Praxisräume des MVZ befinden sich direkt in der Frauenklinik der Beigel. zu 1). **Die Ag. bestimmte die Beigel. zu 1)** zur ambulanten Diagnostik und Versorgung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie mit gynäkologischen Tumoren **gemäß § 116b II SGB V.** Hiergegen erhob der Ast. Klage beim SG Dresden (S 11 KA 115/09). Auf Antrag des Beigel. zu 1) ordnete der Ag. die sofortige Vollziehung an. Der **Ast. trug u.a. vor**, er sei noch keine 16 Quartale niedergelassen. Die Praxis befinde sich noch in der Aufbauphase. Für den Kauf und Einrichtung habe er insgesamt etwa 300.000 € investiert. Es stünden 10 Infusionsplätze zur Verfügung. Zwei onkologische Fachschwestern und eine Studynurse seien eingestellt worden. Aufgrund deren Qualifikationen bestünden höhere Lohnkosten. Die Tilgung für die erforderlichen Kredite laufe noch. Neben den laufenden Praxiskosten für Miete, Personal etc. habe er die laufenden Fortbildungen für sich selbst und die Schwestern zu finanzieren. Den Schwerpunkt der onkologischen Tätigkeit bilde die tumorspezifische intravasale zytostatische Tumorthapie.

Alle Fälle würden nach der Operation im Brustzentrum des B. Krankenhauses im Rahmen des wöchentlichen interdisziplinären Tumorboards besprochen und die ambulante Behandlungstherapie abgestimmt. Nur sehr seltene Fälle, in denen eine ambulante Behandlung aus medizinischer Sicht nicht möglich sei, würden mit einer stationären bzw. teilstationären Behandlung im Krankenhaus weiter behandelt. Seine onkologische Schwerpunktpraxis befinde sich nur etwa 7 km vom Standort der Beigel. zu 1) entfernt. Die Erfahrung zeige, dass Patientinnen nach Tumoroperation die ambulante Weiterbehandlung im Krankenhaus vornehmen lassen würden. Die freie Arztwahl habe nach einer Tumoroperation praktisch keine Relevanz. Die von der Diagnose geschockte Patientin habe sich erfahrungsgemäß mit einer weiteren ambulanten und wohnortnahen Therapiemöglichkeit nicht befasst und sei auf Informationen angewiesen. Diese Informationen würden künftig entfallen, weil das Krankenhaus kein Interesse daran haben werde, die Patientinnen auf ambulante Behandlungsalternativen in der vertragsärztlichen Versorgung aufmerksam zu machen. Das *SG* gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt.

## **B) KEINE DRITTBETROFFENHEIT EINER KV/ZUSTÄNDIGKEIT DER SPRUCHKÖRPER FÜR KRANKENVERSICHERUNG**

*LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 25.05.2009 - L 4 KR 116/09 B ER -*

**RID 09-04-54**

SGB V §§ 75 I, 116b II; SGG §§ 10 II, 31 II, 54 I, 86a I, II Nr. 4

Die **Anfechtungsklage** einer KV gegen einen Genehmigungsbescheid nach § 116b II SGB V entfaltet aufschiebende Wirkung. Denn die Bestimmung nach § 116b II SGB V gehört nicht zu den in § 86a II SGG genannten Ausnahmetatbeständen, in denen die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage entfällt.

**Funktionell zuständig** für Streitigkeiten nach § 116b II SGB V sind die **Spruchkörper für Sozialversicherung (Krankenversicherung)** und nicht für Vertragsarztrecht, da es sich um eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. *LSG Hamburg, Beschl. v. 11.02.2008 - L 2 B 485/07 ER KA - RID 08-03-85*) und um eine solche, die in den Bereich der Krankenhausplanung fällt, handelt. Sie ist zu Gunsten des Krankenhauses zu erteilen, wenn es für die Durchführung der beabsichtigten Behandlungen geeignet ist. Es wird ausdrücklich betont, dass eine Bedarfsprüfung nicht erfolgt (vgl. *BT-Drs. 16/3100, S. 139 li. Sp.*). Damit handelt es sich um eine Angelegenheit, die den Beziehungen der Krankenkassen zu zugelassenen Krankenhäusern zuzuordnen ist und nicht dem Vertragsarztrecht.

Bei Entscheidungen nach § 116b II SGB V besteht **keine Drittbetroffenheit einer KV**, weil diese als Körperschaft des öffentlichen Rechts nicht Trägerin von Grundrechten sein kann.

*SG Hannover*, Beschl. v. 04.02.2009 – S 16 KA 654/08 ER – RID 09-03-71 gab dem Antrag der Klinik auf Anordnung des Sofortvollzuges statt, das *LSG* wies die Beschwerde der KV zurück.

*Anders SG Wiesbaden*, Beschl. v. 25.09.2009 – S 17 KR 212/08 – RID 09-04-55 (nachstehend); ausführlich zur **Abgrenzung der funktionellen Zuständigkeiten** der Spruchkörper für Sozialversicherung (Krankenversicherung) und für Vertragsarztrecht jetzt *BSG*, Urt. v. 06.05.2009 - *B 6 A 1/08 R* – (Protonentherapie) juris Rn. 19-31; **z.T. ausdrücklich anderer Ansicht BSG**, Urt. v. 12.08.2009 - *B 3 KR 10/07 R* - juris Rn. 10-13, zu § 116b SGB V führt der 3. Senat des BSG aus:

„13 bb) Der 6. Senat hat in seinem Urteil vom 6.5.2009 (- B 6 A 1/08 R -, RdNr 25, zum Abdruck in BSGE und SozR vorgesehen) in einem weiteren **obiter dictum** ausgeführt, auch Streitverfahren über die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante **Leistungen gemäß § 116b Abs 2 SGB V seien solche des Vertragsarztrechts iS des § 10 Abs 2 SGG**. Dieser Rechtsauffassung **widerspricht der 3. Senat in Abstimmung mit dem 1. Senat des BSG**. Zum einen hat der Gesetzgeber diese neue Versorgungsform "zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen", aber auch zur Förderung des Wettbewerbs geschaffen (BT-Drucks 15/1525, S 74); es geht nicht um "Vertragsarztrecht im prozessualen Sinne" - wie der 6. Senat meint - und erst recht nicht in materiell-rechtlicher Hinsicht. Zum anderen ist keine Zulassungsentscheidung durch den Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) erforderlich und auch deshalb kein Vertragsarztrecht betroffen (anders etwa in § 116 SGB V - Ermächtigung von Krankenhausärzten), denn "ein zugelassenes Krankenhaus ... ist berechtigt" (§ 116b Abs 2 Satz 1 SGB V). Im Übrigen richten sich die maßgeblichen Voraussetzungen nach der regionalen Krankenhausplanung und damit ausschließlich nach Landesrecht.“

## **4. FUNKTIONELLE ZUSTÄNDIGKEIT DER SPRUCHKÖRPER FÜR VERTRAGSARZTRECHT BEI § 116B SGB V**

*SG Wiesbaden, Beschl. v. 25.09.2009 - S 17 KR 212/08 -*

**RID 09-04-55**

SGB V § 116b II; SGG § 57a I u. II; AusfG zum SGG Hessen § 5 II

Bei einem Rechtsstreit um den Status nach § 116b II SGB V handelt es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts.

Das *SG* verwies die Klage gegen die Ablehnung einer Genehmigung nach § 116b II SGB V an das *SG Marburg*.

*Anders LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 25.05.2009 - L 4 KR 116/09 B ER - RID 09-04-54 (vorstehend).

## IX. Streitwert/Anwaltsvergütung

Vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2006, 1; NZS 2003, 568; NZS 2001, 57; *Straßfeld*, SGB 2008, 119 u. 191; s.a. Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit/Streitwertkatalog 2009, NZS 2009, 427 u. 491; Streitwertkatalog 2009 unter [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) (rechts unten auf der Startseite ist link vorhanden); Die Sozialgerichtsbarkeit Nordrhein-Westfalen; Kompendium zum kostenrechtlichen Symposium am 11. Juni 2008, [http://www.lsg.nrw.de/aktuelles/kompendium\\_symposium.pdf](http://www.lsg.nrw.de/aktuelles/kompendium_symposium.pdf).

Nach *BSG*, Beschl. v. 28.01.2009 – **B 6 KA 66/07 B** – RID 09-02-112 ist der Streitwert für eine Klage auf höheres Honorar pro Quartal auf den Regelstreitwert festzusetzen, soweit keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine konkrete Abschätzung des wirtschaftlichen Werts des Begehrens ersichtlich sind; nach *BSG*, Beschl. v. 28.01.2009 – **B 6 KA 38/08 B** – juris Rn. 14 – RID 09-02-138 ist in **Anfechtungsverfahren gegen Schiedssprüche** der Streitwert aus der Differenz zwischen dem Ergebnis der Schiedsgerichtsentscheidung und dem vom Kläger geltend gemachten Betrag zu ermitteln, zielt die Klage nur auf einen neuen Schiedsspruch mit ungewissem Inhalt, so erfolgt die Bemessung auf die Hälfte des optimal erlangbaren Betrags; nur wenn finanziell nicht messbare Grundsatzfragen im Streit stehen, ist der Regelwert anzusetzen; nach *BSG*, Urt. v. 16.07.2008 – **B 6 KA 57/07 R** – (BSGE 101, 130 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 19, jeweils 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. STREITWERT

#### A) ZULASSUNG ALS ANÄSTHESISTIN MIT HÄLFTIGEM VERSORGENSAUFTRAG

*LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 23.09.2009 – **L 5 KA 1375/09** – RID 09-04-39

Für den Streitwert in Verfahren um die Zulassung als Anästhesistin ist im Hinblick auf die Inhomogenität der Fachgruppe auf die Durchschnittswerte aller Ärzte zurückzugreifen (hier für 2007: jährlich 70.000 € bei Bruttohonorar 173.385 € u. Betriebsausgaben 102.000 €, für 3 Jahre: 210.000 €). Bei einem Begehren auf nur einen hälftigen Versorgungsauftrag ist nur die Hälfte dieses Wertes als Streitwert festzusetzen (hier: 105.000 €).

#### B) PRAXISNACHFOLGE IM EINSTWEILIGEN ANORDNUNGSVERFAHREN: ZEITRAUM VON EINEM JAHR

*LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 07.09.2009 – **L 11 B 6/09 KA ER** –

RID 09-04-56

GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 1; SGB V §§ 96 IV 2, 103 IV; SGG § 86b I 1 Nr. 2

In Fällen, in denen eine **KV Klägerin** ist, kann deren wirtschaftliches Interesse – spiegelbildlich – durch das wirtschaftliche Interesse anderer Verfahrensbeteiligter bestimmt werden, wenn ein eigenes wirtschaftliches Interesse der KV weder ersichtlich noch vorgetragen wird.

In einstweiligen Anordnungsverfahren bzgl. einer Zulassung als Vertragsarzt ist nicht vom Wert des Hauptsacheverfahrens abzüglich eines Abschlags, sondern von dem Zeitraum bis zum typischerweise zu erwartenden rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens auszugehen. Der dann wie im Hauptsacheverfahren maßgebliche Zeitraum von drei Jahren würde jedoch zu einem unzumutbaren Kostenrisiko führen, weshalb ein **Zeitraum von einem Jahr** anzusetzen ist.

Bei einer Praxisnachfolge ist auf den Durchschnitt der **Praxisumsätze** der letzten drei Jahre abzustellen (abzüglich der Kostenquote). Eine beabsichtigte Tätigkeit als **Durchgangsarzt** ist nicht zu berücksichtigen.

Das *LSG* setzte den Streitwert auf 30.943,91 € fest.

Zum einstweiligen Anordnungsverfahren s. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 17.06.2009 – **L 11 B 6/09 KA ER** – RID 09-03-63.

#### C) ERNEUTE ZULASSUNG NACH ZEHN JAHREN: ATYPISCHER FALL

*LSG Hessen*, Beschl. v. 16.10.2009 – **L 4 KA 61/09 B** –

RID 09-04-57

SGB V § 95

Ein 1927 geb. und mithin nunmehr bereits 82 Jahre alter Zahnarzt, für den nach Vollendung seines achtundsechzigsten Lebensjahres die Beendigung seiner Zulassung als Vertragszahnarzt mit Ablauf des 31.12.1998 festgestellt worden war und der somit ca. 10 Jahre ohne vertragszahnärztliche Zulassung war, wenn auch (teilweise) als Assistent tätig, und der glaubhaft vorgetragen hat, dass seine Vertragszahnarztpraxis einschließlich seines ehemaligen Patientenstamms auf seine Kinder übergegangen sei und er im Rahmen seiner erneuten vertragszahnärztlichen Zulassung in der Gemeinschaftspraxis nur noch in erheblich eingeschränktem Umfang vertragszahnärztlich tätig sein werde, stellt mit seiner Klage wegen der ursprünglichen Ablehnung der Neuerteilung einer Zulassung

als Vertragszahnarzt einen **atypischen Fall** dar, in dem zumindest wahrscheinlich ist, dass er nicht im üblichen Umfang vertragsärztlich tätig werden wollte. In einem solchen Fall ist es daher sachgerecht, das konkrete wirtschaftliche Interesse dahin zu bewerten, dass für jedes der zwölf Quartale des Drei-Jahres-Zeitraums i.S. des § 42 III GKG der **Regelwert** von 5.000 € anzusetzen ist (vgl. zu diesem Maßstab auch BSG, Beschl. v. 12.09.2006 – B 6 KA 70/05 B – m.w.N.).

**SG Marburg**, Gerichtsb. v. 03.06.2009 - S 12 KA 298/08 – setzte den Streitwert auf 260.331 € fest, das **LSG** auf 60.000 €.

## 2. KOSTENERSTATTUNG IM VORVERFAHREN NACH RECHTSÄNDERUNG

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.05.2009 – L 3 KA 85/06 –**

**RID 09-04-58**

Revision anhängig: B 6 KA 29/09 R

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X § 63 I 1; VwVfG § 80 I

**Leitsatz:** Für die Beantwortung der Frage, ob der Widerspruch erfolgreich im Sinne des § 63 SGB X war, kommt es nicht auf eine kausale Verknüpfung zwischen Widerspruch und Abhilfeentscheidung an (Abgrenzung zu: BSG v. 21.07.1992 - 4 RA 20/91 - SozR 3-1300 § 63 Nr. 3; BSG v. 29.01.1998 - B 12 KR 18/97 R - SozR 3-1500 § 144 Nr. 13). Deshalb hat eine Kostenerstattung auch zu erfolgen, wenn die Abhilfe auf einer zwischenzeitlich eingetretenen **Rechtsänderung** zu Gunsten des Widerspruchsführers beruht.

Der Kl., ein als Facharzt für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Nephrologie zugelassener Vertragsarzt, betrieb mit dem Internisten Dr. F. eine Gemeinschaftspraxis in Gestalt einer sog. Job-Sharing-Praxis. Eine Sonderbedarfszulassung lehnte der Zulassungsausschuss im Mai 2001 ab. Nach Änderung des § 24 BedarfspRL-Ä zum 01.07.2002 erteilte der bekl. Berufungsausschuss dem Kl. die Sonderbedarfszulassung unter Hinweis auf die Rechtsänderung und genehmigte die Gemeinschaftspraxis mit Dr. G. Den Antrag auf Kostenerstattung lehnte der Bekl. ab, da in beiden Widerspruchsverfahren die vom Kl. eingelegten Widersprüche für seine Entscheidung nicht kausal geworden seien. **SG Hannover**, Gerichtsb. v. 13.03.2006 – S 24 KA 267/03 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte den Bekl., dem Kl. die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung notwendigen Aufwendungen in den Verfahren zu erstatten und die Zuziehung eines Rechtsanwalts als notwendig zu bestimmen.

## X. Entscheidungen des BSG

### 1. HONORAR:

#### A) GEWÄHRLEISTUNG EINES MINDESTHONORARNIVEAUS FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN IM JAHR 1999

**BSG, Urt. v. 11.03.2009 – B 6 KA 65/07 R – SozR 4-5500 Art 11 Nr. 2**

**RID 09-04-59**

**Leitsatz:** Für die Honorierung der Psychotherapeuten im Jahr 1999 war ein Mindesthonorarniveau gewährleistet, das an die Auszahlungspunktwerte für ärztliche Beratungs- und Betreuungsleistungen anknüpfte und quartalsbezogen zu berechnen war.

#### B) BUDGETIERUNGSMABNAHMEN BEI UNTERDURCHSCHNITTLICHEM UMSATZ

**BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 5/08 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 45**

**RID 09-04-60**

**Leitsatz:** 1. Durch Regelungen der Honorarverteilung dürfen **Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz** nicht daran gehindert werden, ihr Honorar innerhalb von fünf Jahren bis zum Durchschnittsumsatz ihrer Fachgruppe zu steigern.

2. Auch unterdurchschnittliche Praxen (außerhalb der "Aufbauphase") dürfen für einen begrenzten Zeitraum von jeglicher **Wachstumsmöglichkeit** ausgeschlossen werden, sofern sie in der innerhalb des Fünf-Jahres-Zeitraums verbleibenden Zeit die realistische Möglichkeit haben, den Durchschnittsumsatz zu erreichen.

3. Die gebotene Prüfung, ob ein Erreichen des Durchschnittsumsatzes innerhalb des Fünf-Jahres-Zeitraums möglich ist, macht es erforderlich, auch die Honorarverteilungsregelungen mit in den Blick zu nehmen, die für nachfolgende, prozessual nicht streitbefangene, jedoch innerhalb dieses Zeitraums liegende **Folgequartale** Geltung beanspruchen.

**Parallelverfahren: BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 4/08 R**

**RID 09-04-61**

### **C) ERHÖHUNG DER ORDINATIONSGEBÜHR UND PRAXISBUDGETS (RHEUMATOLOGEN)**

*BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 50/07 R – SozR 4-2500 § 87 Nr. 17*

**RID 09-04-62**

**Leitsatz:** Es ist nicht gleichheitswidrig, wenn die Erhöhung der Ordinationsgebühr für Ärzte mit Schwerpunkt Rheumatologie den Orthopäden, für die von 1997 bis 2003 Praxisbudgets festgelegt waren, dann kein zusätzliches Honorar erbrachte, wenn sie das Budget ausgeschöpft hatten.

### **D) KEIN VERGÜTUNGSAUSSCHLUSS FÜR LABORLEISTUNGEN DURCH BELEGARZT**

*BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 30/07 R – SozR 4-2500 § 121 Nr. 2*

**RID 09-04-63**

**Leitsatz:** Die Vergütung der von Belegärzten erbrachten oder veranlassten Laborleistungen, die im Belegpflegesatz des Krankenhauses nicht berücksichtigt sind, darf in einem Honorarverteilungsmaßstab nicht ausgeschlossen werden.

### **E) VERGÜTUNGSANSPRUCH BEI ANGEFOCHTENER GENEHMIGUNG EINER ARZTANSTELLUNG**

*BSG, Urt. v. 11.03.2009 – B 6 KA 15/08 R – SozR 4-2500 § 96 Nr. 1*

**RID 09-04-64**

**Leitsatz:** Bei statusbegründenden Entscheidungen im Vertragsarztrecht tritt die aufschiebende Wirkung eines von einem Dritten gegen eine begünstigende Entscheidung erhobenen Rechtsbehelfs erst (ex nunc) mit dem Zeitpunkt ein, in dem der Begünstigte hiervon Kenntnis erlangt (teilweise Änderung der bisherigen Rechtsprechung, vgl. BSG v. 28.01.1998 - B 6 KA 41/96 R - SozR 3-1500 § 97 Nr. 3).

## **2. SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG: RICHTIGSTELLUNGSBETRAG BEI PRAXIS- UND ZUSATZBUDGETS**

*BSG, Urt. v. 11.03.2009 – B 6 KA 62/07 R – SozR 4-2500 § 106a Nr. 7*

**RID 09-04-65**

**Leitsatz:** Für die Berechnung der Rückforderung aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellung im Falle von Budgetierungen bleibt der **praxisindividuelle Punktwert** maßgebend, der sich auf der Grundlage des vom Arzt in Ansatz gebrachten Punktzahlvolumens ergeben hat. Es erfolgt keine Neuberechnung des Punktwerts auf der Grundlage des korrigierten Punktzahlvolumens. Eine andere Berechnungsweise kann in Ausnahmefällen zur Vermeidung eines Verstoßes gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz in Betracht kommen.

## **3. REGRESS**

### **A) ZWEIFEL AN DER RICHTIGKEIT DER DATENGRUNDLAGEN/VERORDNUNGSDATUM/EINSPARUNG**

*BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 17/08 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 23*

**RID 09-04-66**

**Leitsatz:** 1. Die Prüfungsgremien sind bei Vorliegen substantiiertem Zweifel an der Richtigkeit der Datengrundlagen - je nach Art und Umfang der Einwendungen - zur Beiziehung der erweiterten Arznei- bzw. Heilmitteldateien, zum Abzug fraglicher Verordnungsbeträge und ggf. zur Heranziehung der Originalverordnungsblätter bzw. Printimages verpflichtet (Fortführung von BSG vom 16.7.2008 - B 6 KA 57/07 R = BSGE 101, 130 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 19).

2. Die Zurechnung der Kosten einer Verordnung zum Nachfolgequartal ist beim Auseinanderfallen des Ordnungsquartals und des Einlösedatums rechtmäßig.

3. Bei Abzug eines Minderaufwands in voller Höhe bedarf es keiner (weiteren) Quantifizierung der kompensierenden Einsparungen.

### **B) VERTRAUENSCHUTZ BEI VERORDNUNGSREGRESSEN/KOSTENBETEILIGUNG**

*BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 2/08 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 24*

**RID 09-04-67**

**Leitsatz:** 1. Ein Regress wegen unzulässiger Verordnung von **Sprechstundenbedarf** setzt kein **Verschulden** des Vertragsarztes voraus.

2. Die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zum **Vertrauensschutz** gegenüber der nachträglichen Berichtigung fehlerhafter Honorarbescheide durch die KÄV sind auf die Festsetzung von Regressen wegen rechtswidriger Sprechstundenbedarfsverordnungen nicht ohne weiteres übertragbar.

3. Ein Hauptbeteiligter, der selbst kein Rechtsmittel einlegt, muss sich im Anwendungsbereich des § 197a SGG auch dann nicht an den **Kosten des Rechtsstreits** beteiligen, wenn er in der Sache unterliegt. Tritt er dem erfolglosen Hauptantrag des die Revision führenden Beigeladenen bei, hat er keinen Anspruch auf Erstattung seiner außergerichtlichen Kosten.

### C) BEANSTANDUNG DER BEWEISWÜRDIGUNG KEIN GRUND ZUR REVISIONSZULASSUNG

**BSG, Beschl. v. 17.06.2009 – B 6 KA 6/09 B –**

**RID 09-04-68**

<sup>juris</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 26.11.2008 – L 12 KA 5008/07 – RID 09-02-55 (Anwesenheit bei Gutachtererstellung/Untersuchung durch Prothetikausschuss) wird als ganz überwiegend unzulässig und im Übrigen unbegründet zurückgewiesen.

Der Vorhalt, im Urteil des LSG werde rechtsfehlerhaft nicht zwischen der für das Beißen erforderlichen Normalkraft aufgrund der Konuskronen und der kontraproduktiv hebelnden Kraft der Zunge der Patientin unterschieden, ist keinem der Zulassungsgründe des § 160 II SGG zugeordnet. Soweit damit die Beweiswürdigung des Berufungsgerichts beanstandet werden soll, kann dies gemäß § 160 II Nr. 3 HS 2 SGG nicht zur Revisionszulassung führen.

## 4. ZULASSUNGSRECHT

### A) ERMÄCHTIGUNG EINER TAGESKLINIK FÜR PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ

**BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 61/07 R – BSGE 102, 219 = SozR 4-2500 § 118 Nr. 1**

**RID 09-04-69**

**Leitsatz:** Durch die Aufnahme einer Klinik in den Krankenhausplan des Landes steht der Status als Krankenhaus auch im Sinne von §§ 107 ff, 118 SGB V fest. Dies gilt auch für Einrichtungen, die nur teilstationäre Krankenhausbehandlungen durchführen (Tageskliniken, Nachtkliniken).

### B) SONDERBEDARFSZULASSUNG UND HÄLFTEIGER VERSORGENAUFTRAG/ZWEIGPRAKIS-GENEHMIGUNG

**BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 10/09 B –**

**RID 09-04-70**

**BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 11/09 B –**

**RID 09-04-71**

<sup>BeckRS 2009 72464 u. 72465</sup>

Die Revision (Az: B 6 KA 36 u. 37/09 R) gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 47/08 – u. – L 11 KA 48/08 – RID 09-02-66 u. 67 wird zugelassen.

### C) SEXUELLE VERFEHLUNGEN EINES PSYCHOTHERAPEUTEN INFOLGE SEINER PERSÖNLICHKEITS-STRUKTUR

**BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 14/09 B –**

**RID 09-04-72**

<sup>juris BeckRS 2009 72995</sup>

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 08.10.2008 – L 12 KA 354/07 – RID 09-02-71 wird als unbegründet zurückgewiesen.

Ohne Erfolg beanstandet der Kläger, dass das LSG seine Nichteignung **mit mehr als 20 Jahre zurückliegenden Vorgängen** begründet, aber nach der Rechtsprechung des BSG eine Zulassungsentziehung wegen gröblicher Pflichtverletzung nur ausnahmsweise auf länger als fünf Jahre zurückliegende Vorgänge gestützt werden dürfe (siehe dazu BSG, Urt. v. 19.07.2006 - B 6 KA 1/06 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 12 Rn. 15) und ein Wohlverhalten von fünf Jahren, aus dem sich eine zweifelsfrei positive Prognose ergebe, der Aufrechterhaltung einer Zulassungsentziehung entgegenstehe (vgl. hierzu BSG aaO. Rn. 18). Diesem Vorbringen mangelt es schon an der Einbindung in eine ordnungsgemäß dargelegte Beschwerderüge. Zudem geht die Beanstandung des Klägers inhaltlich fehl. Denn das LSG hat die Nichteignung nicht allein mit dem mehr als 20 Jahre zurückliegenden Fall D. begründet, vielmehr zusätzlich darauf abgestellt, dass sich das darin zum Ausdruck kommende Persönlichkeitsdefizit des Klägers später, nämlich im Fall W. (2003/04), erneut bestätigt habe (LSG-Urteil S. 39 f). Zudem seien keine Anstrengungen des Klägers zur Behebung des Defizits z. B. durch eigene Lehrtherapie, Supervisionsmaßnahmen o. Ä. erkennbar geworden (aaO. S. 39, 40). Soweit der Kläger in seinen nachträglichen Ausführungen vom 27.07.2009 eine unzulässige „Fortschreibung“ lange zurückliegender Vergangenheitsvorgänge in die Gegenwart hinein sieht und dafür anführt, dass es im Fall W. gerade an jedem sexuellen Bezug fehle, trifft dies nicht den Kern der Begründung des LSG. Das LSG hat für seine Annahme der weiterhin andauernden Nichteignung des Klägers für therapeutische Tätigkeiten nach dem Kontext seines Urteils bereits allein ausreichen lassen, dass dem Kläger nach den früheren gravierenden Regelverstößen erneut in jüngerer Zeit äußerlich in ähnliche Richtung weisende Fehlleistungen unterlaufen waren. Angesichts dieses

Begründungskerns des LSG trifft die Berufung darauf, im Fall W. habe es aber am Sexualbezug gefehlt, nicht den entscheidungserheblichen Punkt.

Es gibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass eine **Nichteignung** i.S.d. § 21 Ärzte-ZV - oder eine **gröbliche Pflichtverletzung** - nur im Falle **strafbaren Verhaltens (§ 174c StGB)** angenommen werden dürfte. Solches ist weder dem § 95 VI SGB V noch der dazu ergangenen umfänglichen Rechtsprechung des BSG zu entnehmen. Daraus ist ohne weiteres zu folgern, dass ein Verhalten, das früher noch nicht strafbar war, durchaus einen so gewichtigen Unwert darstellen kann, dass daraus das Fehlen der Eignung zur Ausübung der Psychotherapie abzuleiten ist.

#### D) KEINE KOSTENFESTSETZUNG DURCH VORSITZENDEN DES BERUFUNGSAUSSCHUSSES

*BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 7/08 R – SozR 4-1300 § 63 Nr. 9*

RID 09-04-73

**Leitsatz:** Über eine Kostenfestsetzung nach Abschluss des Verfahrens vor dem Berufungsausschuss hat der Ausschuss in vollständiger Besetzung zu entscheiden.

#### 5. AUFSICHT ÜBER GBA ALS RECHTSKONTROLLE/FUNKTIONELLE ZUSTÄNDIGKEIT „VERTRAGSARZTRECHT“/PROTONENTHERAPIE

*BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 1/08 R – SozR 4-2500 § 94 Nr. 2*

RID 09-04-74

**Leitsatz:** 1. Für Streitigkeiten über die Rechtmäßigkeit von Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses einschließlich der Aufsichtsstreitigkeiten sind die Kammern bzw. Senate für **Vertragsarztrecht** zuständig. Den Kammern bzw. Senaten für Sozialversicherung kommt insoweit nur außerhalb des Leistungserbringerrechts - soweit Verfahren von Versicherten geführt werden - oder im Rahmen einer Inzidentprüfung von Richtlinien eine Entscheidungsbefugnis zu.

2. Hat im Berufungsverfahren ein **unzuständiger Fachsenat entschieden**, so ist dies im Revisionsverfahren nicht von Amts wegen, sondern nur auf Rüge hin zu berücksichtigen (Bestätigung von BSG vom 16.7.1996 - 1 RS 1/94 = BSGE 79, 41 = SozR 3 2500 § 34 Nr. 5 und Abgrenzung zu BSG vom 8.11.2007 - B 9/9a SB 3/06 R = BSGE 99, 189 = SozR 4-1500 § 155 Nr. 2).

3. Dem Bundesministerium für Gesundheit steht gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss in Bezug auf den Erlass einzelner Richtlinien nur eine **Rechtsaufsicht** zu. Weitergehende Mitwirkungsbefugnisse bestehen im Rahmen der Genehmigung der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

4. Die Bewertung der Wirksamkeit einer **Behandlungsmethode** hat sektorenübergreifend für die ambulante und stationäre Versorgung nach denselben Maßstäben zu erfolgen.

5. Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahr 2004 beschlossene Ausschluss der **Protonentherapie** bei der Indikation Mammakarzinom von den im Rahmen einer Krankenhausbehandlung anwendbaren Methoden ist rechtmäßig. Die Durchführung klinischer Studien zu dieser Methode im Krankenhaus bleibt gleichwohl möglich.

**anderer Ansicht** zur Zuständigkeit *BSG, Urt. v. 12.08.2009 - B 3 KR 10/07 R* - juris Rn. 10-13, s.o. unter A.VII.3.b).

#### 6. VERFAHRENSRECHT: BESTANDSKRÄFTIGE ENTSCHEIDUNG ÜBER WIEDEREINSETZUNG IN WIDERSPRUCHSFRIST

*BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 11/08 R – SozR 4-1500 § 77 Nr. 2*

RID 09-04-75

**Leitsatz:** 1. Die Behörde, die für die Entscheidung über einen Widerspruch und über die Wiedereinsetzung in eine versäumte Widerspruchsfrist zuständig ist, darf in besonders gelagerten Fällen vorab **isoliert über die Wiedereinsetzung entscheiden**.

2. Versagt die zuständige Behörde die Wiedereinsetzung, kann diese Entscheidung **bestandskräftig** werden und bindet dann auch die Gerichte in einem Streitverfahren über die Entscheidung in der Sache selbst.

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 05.05.2009 - *B 1 KR 15/08 R (SozR 4-2500 § 27 Nr. 16)* – 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) HYPERBARE SAUERSTOFFTHERAPIE

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III 1, 27 I 2 Nr. 1, 135 I 1 Nr. 1  
*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.12.2008 – L 5 KR 81/08 –*  
rechtskräftig [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 09-04-76

Die Kosten einer hyperbaren Sauerstofftherapie (hier: 21.012,- Euro) sind nicht zu erstatten. Die hyperbare Sauerstofftherapie gehört zu den **nicht anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** (Anlage II Nr. 16 der NUB-RL). Die hyperbare Sauerstofftherapie kann mithin grundsätzlich nicht als ambulante ärztliche Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch genommen werden.

Für einen an der genetisch bedingten und autosomal dominant vererbaren Nervenkrankheit **Chorea Huntington** leidenden Versicherten fehlt es bzgl. der hyperbaren Sauerstofftherapie an einer auf Indizien gestützten, nicht ganz entfernt liegenden Aussicht auf Heilung bzw. wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

*SG Detmold*, Urt. v. 03.04.2008 - S 3 (22) KR 28/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

*SG Aachen, Urt. v. 29.09.2009 – S 13 KR 125/09 –*  
*Berufung anhängig: L 16 KR 207/09*

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

RID 09-04-77

Bei der hyperbaren Sauerstofftherapie handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode i.S.v. §§ 92 I, 135 SGB V, die ambulant nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen ist, wenn bereits zum Zeitpunkt der Behandlung eine positive Empfehlung des Bundesausschusses vorliegt. Hieran fehlt es. Die hyperbare Sauerstofftherapie gehört zu den **nicht anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** (Anlage II Nr. 16 der NUB-RL). Sog. **Systemversagen** liegt nicht vor.

Das *SG* wies die Klage ab.

##### B) GAMMA-KNIFE-BEHANDLUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.08.2009 – L 9 KR 241/06 –*  
[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V §§ 13 III, 135

RID 09-04-78

Die Gamma-Knife-Behandlung ist eine neue und nicht anerkannte Behandlungsmethode. Kosten hierfür sind von der Krankenkasse nicht zu erstatten.

*SG Cottbus*, Urt. v. 28.03.2006 - S 10 KR 377/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

##### C) CYBERKNIFE-BEHANDLUNG

*LSG Bayern, Urt. v. 28.05.2009 – L 4 KR 297/07 –*  
rechtskräftig [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 2 I 2, 13 I u. III

RID 09-04-79

Die Cyberknife-Behandlung gehört auch nicht zu den Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen sind. Denn der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Methode (bislang) nicht als vertragsärztliche Leistung anerkannt.

*SG München*, Urt. v. 24.07.2007 – S 2 KR 1121/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG: KRYOKONSERVIERUNG

*SG Aachen, Urt. v. 03.11.2009 – S 13 KR 115/09 –*

RID 09-04-80

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 27a

Die Kryokonservierung vorsorglich gewonnener Samenzellen (wegen drohender Zeugungsunfähigkeit nach Hodenkrebsoperation und Chemotherapie) ist keine Krankenbehandlung im Sinne von §§ 27, 27a SGB V, die die GKV zu leisten hätte. Dies ergibt sich aus Ziffer 4 der "Richtlinien über künstliche Befruchtung" des GBA, des Weiteren aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urt. v. 25.05.2000 - B 8 KN 3/99 KR R -; Beschl. v. 09.11.2004 - B 1 KR 95/03 B -; Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 11/03 R -; Beschl. v. 16.02.2009 - B 1 KR 87/08 B -).

Das *SG* wies die Klage ab.

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 Verfassungen 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 09-03-B I 2 (S. 40); 09-02-B I 2 (S. 53); 09-01-B I 2 (S. 44) u. 08-04-B I 2 (S. 32); 08-02-B I 2 (S. 48 f.).

## 3. KOSTENÜBERNAHME VON VERBRAUCHSMATERIALIEN FÜR INSULINPUMPE

*LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 20.08.2009 – L 5 B 429/09 KR ER –*

RID 09-04-81

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 13 III; SGG § 86b II 2

**Leitsatz:** 1. Führt der **Einsatz einer Insulinpumpe** erkennbar (z.B. durch die vorgelegten Tagebücher) zu einer **Verbesserung der Blutzuckerwerte**, so kann dies, insb. im Zusammenhang mit dem Vorliegen eines sog Dawn-Phänomens (Blutzuckeranstieg in den frühen Morgenstunden), einen Leistungsanspruch im Rahmen einer einstweiligen Anordnung hinsichtlich der Verbrauchsmaterialien begründen.

2. Das Vorhandensein von **Vermögen** in Form von **Fondsanteilen** steht dem Vorliegen eines Anordnungsgrundes nicht zwingend entgegen, wenn deren Veräußerung mit finanziellen Nachteilen verbunden ist.

*SG Lübeck*, Beschl. v. 29.05.2009 - S 33 KR 148/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* gab dem Antrag statt und verpflichtete die Ag., vorläufig die Ast. mit Insulin-Reservoirren und Kathetern für ihre Insulinpumpe MiniMed Paradigm 522 bis zur Entscheidung des Klageverfahrens S 33 KR 149/09 durch das SG Lübeck zu versorgen.

## 4. KEINE BEHANDLUNG DURCH NICHTVERTRAGSARZT

*SG Aachen, Urt. v. 29.09.2009 – S 13 (21) KR 82/07 –*

RID 09-04-82

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 27 I, 72, 76 I 1 u. 2, 95

Auf Behandlung durch einen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt besteht kein Anspruch. Unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten können die Versicherten frei wählen (§ 76 I 1). Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden (§ 76 I 2 SGB V).

Das *SG* wies die Klage ab.

## 5. THERAPIE BEI EINER NICHT ZUR VERTRAGSTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG ZUGELASSENEN PSYCHOTHERAPEUTIN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 12.10.2009 – L 16 B 50/09 KR ER –*

RID 09-04-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 27 I, 72, 76 I 1 u. 2; SGG § 86b II

An einem **Anordnungsgrund** fehlt es jedenfalls dann, wenn nicht überwiegend wahrscheinlich und damit glaubhaft ist, dass eine beantragte **Therapie** nur erfolgreich **bei einer nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Psychotherapeutin** durchgeführt werden kann.

Der Versicherte kann, ohne unzumutbaren Nachteilen ausgesetzt zu sein, auf bestehende Therapiemöglichkeiten bei zugelassenen Leistungserbringern verwiesen werden. Ihm ist zuzumuten, das für eine erfolgreiche Behandlung bei diesen Stellen erforderliche Vertrauensverhältnis aufzubauen.

Der Anspruch auf notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche psychotherapeutische Behandlung, als kostenfreie Sach- und Dienstleistung durch zugelassene Leistungserbringer, ist bereits dann erfüllt, wenn **Vertragstherapeuten verfügbar** und leistungsbereit sind (vgl. BSG, Urt. v. 18.07.2006 - B 1 KR 9/05 R - juris).

**SG Köln**, Beschl. v. 24.07.2009 - S 34 KR 24/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

s.a. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 20.08.2009 - L 16 KR 132/09 - RID 09-04-86.

## 6. ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN: IMPLANTATVERSORGUNG WEGEN ABNEIGUNG GEGEN FREMDKÖRPER IM MUNDBEREICH

**LSG Hessen**, Urt. v. 02.07.2009 - L 1 KR 197/07 -

RID 09-04-84

rechtskräftig [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris = <http://web2.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform>  
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 2a, 28 II 8 u. 9; Behandl-RL-ZÄ

Ein Versicherter, der wegen seiner seelischen Erkrankung an einer unüberwindbaren **Abneigung gegen Fremdkörper im Mundbereich** leidet, welche heftiges Würgen auslöst, unterfällt nicht unter eine Ausnahmeindikation zur Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt B VII Nr. 2 der Behandl-RL-ZÄ, da ihm eine vegetativ und/oder psychomotorisch bedingte Störung in der Motorik der Schlundmuskulatur zu Grunde liegt, also der Halsbereich betroffen ist und gerade keine muskuläre Fehlfunktion im Mund- und Gesichtsbereich gegeben ist.

Auch wenn die gesetzlich ausgeschlossene Art der Zahnersatzversorgung als einzig medizinisch sinnvolle Leistung in Betracht kommt, genügen § 28 II 9 SGB V und die darauf beruhenden Richtlinien den **verfassungsrechtlichen Anforderungen** (BSG, Urt. v. 13.07.2004 - B 1 KR 37/02 R - USK 2004-103; Beschl. v. 05.10.2005 - B 1 KR 42/05 B - bestätigt durch BVerfG v. 09.01.2006 - 1 BvR 2344/05 - u. v. 23.05.2007 - B 1 KR 27/07 B - juris).

**SG Kassel**, Urt. v. 06.06.2007 - S 12 KR 295/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 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. 08.09.2009 - **B 1 KR 1/09 R** - besteht bei einer von einer Versicherten gewählten Kostenerstattung kein Anspruch darauf, dass bei der Erstattung **Apotheken- und Herstellerrabatte** zu ihren Gunsten unberücksichtigt bleiben; der Anspruch auf Erstattung besteht vielmehr höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte; nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 - **B 1 KR 2/08 R** (SozR 4-2500 § 13 Nr. 20) - ist zu prüfen, wenn eine Krankenkasse auch eine Magenbandoperation in Form einer Krankenhausbehandlung versagt hat, ob die selbst beschaffte Leistung der von der Krankenkasse **seinerzeit abgelehnten stationären Magenbandoperation "entsprochen" hat**, ob der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung und der Selbstbeschaffung durchweg bestanden hat, ob die selbst beschaffte Leistung notwendig i.S. des § 12 I SGB V gewesen ist und ob und in welchem Umfang der Klägerin durch die abgelehnte Naturalleistungsgewährung erstattungsfähige Kosten entstanden sind; nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 - **B 1 KR 11/08 R** (SozR 4-2500 § 13 Nr. 19) - ist **Krankenhausbehandlung** nicht schon bereits deshalb **notwendig**, weil eine bestimmte Leistung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zwar ambulant erbracht werden kann, aber nicht zu Lasten der GKV vertragsärztlich erbracht werden darf. Zur BSG-Rspr. s. ferner zuletzt RID 07-04-B II (S. 40).

## 1. VORHERIGER ANTRAG/RECHNUNG NACH MAßSTÄBEN DER GOÄ

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 05.08.2009 - L 9 KR 80/08 -

RID 09-04-85

juris  
SGB V § 13 V

**Leitsatz:** Eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V kommt nicht in Betracht, wenn der Versicherte die Durchführung einer Operation (hier: Entfernung einer Fettschürze) vertraglich vereinbart, bevor er die Übernahme der Kosten bei seiner Krankenversicherung beantragt. Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist zudem eine ärztliche Rechnung, die den Maßstäben der GOÄ genügt.

Das **SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 07.01.2008 - S 36 KR 1248/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGEN BEI EINER NICHTVERTRAGSBEBANDLERIN

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.08.2009 – L 16 KR 132/09 –**

**RID 09-04-86**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III, 27 I, 76 I 2

Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlungen bei einer Nichtvertragsbehandlerin.

Ein Notfall im Sinne des § 76 I 2 SGB V kann wegen der zwingenden Abrechnung der Leistung über die KV nicht zu Kosten bei Versicherten führen.

Liegen zwischen der ärztlichen Verordnung der Psychotherapie und dem Beginn der Behandlung drei Wochen, so liegt ein Notfall nicht vor.

**SG Detmold**, Urt. v. 19.05.2009 - S 3 KR 76/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.  
s.a. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 12.10.2009 – L 16 B 50/09 KR ER – RID 09-04-83.

## 3. ÜBER DEM FESTPREIS LIEGENDE KOSTEN FÜR DIGITALES HÖRGERÄT

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.10.2009 – L 11 KR 1229/09 –**

**RID 09-04-87**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III, 33

**Leitsatz:** Anspruchsgrundlage für eine Erstattung der über dem Festpreis liegenden Kosten für ein digitales Hörgerät ist § 13 Abs. 3 SGB V (vgl. BSG, Urt. v. 21.08.2008 - B 13 R 33/07 R - SozR 4-3250 § 14 Nr. 7). Der danach vorgeschriebene **Beschaffungsweg** ist nicht eingehalten, wenn der Antrag auf Erstattung der Mehrkosten erst gestellt wird, nachdem der Hörgeräteakustiker das Hörgerät angepasst und dem Versicherten den Mehrbetrag in Rechnung gestellt hat.

**SG Mannheim**, Urt. v. 13.02.2009 - S 4 KR 788/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 4. FEHLEN EINER WIRKSAMEN ZAHLUNGSVERPFLICHTUNG

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.09.2009 – L 9 KR 92/08 –**

**RID 09-04-88**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 13 SGB V; GOÄ §§ 10, 12

Gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen dem **Versicherten** und seiner **Krankenkasse** über den Leistungsanspruch sind nur in zwei Konstellationen denkbar: Entweder der Versicherte klagt auf Gewährung einer noch ausstehenden Behandlung als **Sachleistung** oder er hat sich die Behandlung zunächst privat auf eigene Rechnung beschafft und verlangt von der Krankenkasse die **Erstattung** der Kosten. Konnte er hingegen im Zeitpunkt der Behandlung davon ausgehen, er erhalte die Leistungen als Kassenpatient zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so kann eine eigene **Zahlungsverpflichtung** gegenüber dem Leistungserbringer nicht entstehen; der Leistungserbringer muss einen etwaigen Streit über die Leistungspflicht der Krankenkasse dann unmittelbar mit dieser austragen. Das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 III SGB V bietet daher keine Handhabe, die Leistungspflicht der Krankenkasse losgelöst von einer tatsächlichen Kostenbelastung allein im Interesse des Leistungserbringers abstrakt klären zu lassen und diesem damit einen eigenen Prozess zu ersparen (BSGE 89, 39 m.w.N.).

**SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 16.01.2008 - S 36 KR 642/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 5. ZURÜCKLIEGENDE EPILATIONSBEHANDLUNG IN PRIVATKLINIK UND BEI KOSMETIKERIN

**LSG Bayern, Urt. v. 07.05.2009 – L 4 KR 465/07 –**

**RID 09-04-89**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 98/09 B  
SGB V §§ 13 III 1, 27 I 2 Nr. 1 u. 3, 28 I, 32 I, 33 I

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**Leitsatz:** Zu den Erfordernissen einer Kostenerstattung für zurückliegende Epilationsbehandlung in einer Privatklinik und bei einer Kosmetikerin.

**SG München**, Urt. v. 23.08.2007 - S 18 KR 688/06 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 6. WAHL DER KOSTENERSTATTUNG: VORLAGE EINES HEIL- UND KOSTENPLANS

**SG Augsburg, Gerichtsbb. v. 13.03.2009 – S 10 KR 304/04 –**

**RID 09-04-90**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: LSG Bayern - L 5 KR 131/09 NZB -  
SGB V a.F. §§ 13 II, 30

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Auch bei Wahl der Kostenerstattung bestand bis Ende 2004 die Pflicht, durch die Vorlage eines Heil- und Kostenplans es der Beklagten zu ermöglichen, die Notwendigkeit des Zahnersatzes vor der Behandlung zu prüfen.

Das **SG** wies die Klage ab.

### III. Stationäre Krankenhausbehandlung

Zur *BSG-Rspr.* vgl. zuletzt RID 08-04-B III (S. 34); 06-04-B III 1 (S. 55); zur *Instanzenrspr.* vgl. zuletzt RID 09-03-B III; 08-03 B III (S. 44); 07-04-B III (S. 41 f.); RID 07-01-B III 1 (S. 50 f.); 06-04-B III 1 (S. 55).

#### 1. MAMMAREDUKTIONSPLASTIK

*SG Bremen, Urt. v. 25.01.2008 – S 4 KR 239/06 –*

*Berufung: LSG Niedersachsen-Bremen – L 1 KR 61/08 v. 01.07.2009*

SGB V §§ 12 I, 13 III, 27 I 1

RID 09-04-91

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Es gibt nach allgemeiner Anschauung **keine „idealtypische“ Größe der Brust.**

Eine **"mittelbare Behandlung" orthopädischer Beschwerden** durch eine Mammareduktionsplastik bedarf einer besonderen Rechtfertigung, bei der eine Abwägung zwischen dem voraussichtlichen medizinischen Nutzen und möglichem gesundheitlichen Schaden erfolgen muss. Wird dabei in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen, sind besonders strenge Anforderungen zu stellen, wobei Art und Schwere der Erkrankung, das Risiko und der eventuelle Nutzen der Therapie gegeneinander abzuwägen sind (BSG SozR 4-2500, § 137 c Nr. 1).

Das *SG* wies die Klage ab.

#### 2. BRUSTAUFBAUOPERATION (MAMMAAUGMENTATIONSPLASTIK) BEI TRANSSEXUALITÄT

*SG Aachen, Urt. v. 22.09.2009 – S 13 KR 100/09 –*

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I, 13 III, 27 I 1

RID 09-04-92

Eine **Mikromastie** kann schon deshalb nicht als behandlungsbedürftige **Krankheit** bewertet werden, weil damit keine körperliche Fehlfunktion verbunden ist. Allein das fehlende Fettgewebe macht den Zustand der Brüste nicht zu einem krankhaften.

Eine **Transsexualität** begründet keinen Anspruch auf eine Brustaufbauoperation. Einer transsexuellen Versicherten steht nicht jegliche Art von geschlechtsangleichender operativer Maßnahme im Sinne einer möglichst großen Annäherung an ein vermeintliches Idealbild zu, wie sich gerade am Beispiel der Brustvergrößerung zeigt (LSG Sachsen, Urt. v. 03.02.1999 - L 1 KR 31/98 -; BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 3/03 R -).

Das *SG* wies die Klage ab.

#### 3. KEIN ANSPRUCH AUF MAGEN-BYPASS-OPERATION ALS INDIREKTE BEHANDLUNG

*LSG Bayern, Urt. v. 20.03.2009 – L 5 KR 182/08 –*

rechtskräftig nach Nichtzulassungsbeschwerde: B 1 KR 103/09 B

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 5, 39 I 2, 137c

RID 09-04-93

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**Leitsatz:** Magen-Bypass-Operation als indirekte Behandlung krankhafter Adipositas ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

*SG Würzburg, Urt. v. 29.04.2008 – S 6 KR 71/08 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 4. GANZKÖRPERSTRAFFUNG (BODYLIFT), OBERSCHENKEL-, BRUST- UND OBERARMSTRAFFUNG

*SG Aachen, Urt. v. 08.09.2009 – S 13 KR 85/09 –*

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 205/09 -*

SGB V §§ 12 I, 13 III, 27 I 1

RID 09-04-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Infolge der Reduzierung des Körpergewichts von 140 kg auf 70 kg entstandene Hautlappenüberschüsse, im Bauchbereich im Sinne einer sog. **Fettschürze**, können schon deshalb nicht als behandlungsbedürftige **Krankheit** bewertet werden, weil damit **keine körperliche Fehlfunktion** verbunden ist. Eine Regelwidrigkeit ließe sich allenfalls im Hinblick auf durch die überhängende Bauchdecke hervorgerufene Hautreizungen begründen.

Um eine Entstellung annehmen zu können, genügt nicht jede körperliche Anormalität.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 5. BEHANDLUNGEN DER TRADITIONELLEN CHINESISCHEN MEDIZIN NACH EINER GANZHEITLICHEN METHODE

*LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2009 – L 5 KR 254/08 –*

RID 09-04-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 107 ff.

Für eine Behandlung in einer **nicht zugelassenen Klinik** besteht kein Kostenerstattungsanspruch. Stehen für eine Schmerz- und Osteoporosebehandlung mehrfache Möglichkeiten zur Verfügung, mit Methoden und Medikamenten zu behandeln, die in der medizinischen Wissenschaft anerkannt sind, so besteht kein Kostenerstattungsanspruch für Behandlungen der **traditionellen chinesischen Medizin** nach einer ganzheitlichen Methode.

*SG Landshut, Urt. v. 05.06.2008 – S 4 KR 108/07 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 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).

### 1. STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG IN EINEM ANDEREN EG-MITGLIEDSTAAT

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.02.2009 - L 4 KR 1697/07 -*

RID 09-04-96

*Revision anhängig: B 1 KR 14/09 R*  
SGB V § 13 IV 3 u. 6, V

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Kann eine ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung der Krankheit rechtzeitig bei einem zugelassenen **Leistungserbringer im Inland** erlangt werden, so steht die **Zustimmung zur Kostenübernahme im EU-Ausland im Ermessen** der Krankenkasse. Das Ermessen kann in rechtlich nicht zu beanstandender Weise dahingehend ausgeübt werden, dass die stationären Krankenhausbehandlungskosten nur unter der Einschränkung übernommen werden, dass die hierdurch verursachten Kosten anteilig unter Beachtung der **Vertragssätze**, die in einem vergleichbaren Vertragskrankenhaus in Deutschland entstanden wären, übernommen werden, und zwar unter Beachtung der gesetzlichen Zuzahlung und des Verwaltungskostenabschlags.

Der 1939 geb. Kl. wurde 1982 und 1992 in der **Klinik "R", einer Einrichtung des britischen staatlichen Gesundheitsdienstes**, am Herz operiert. Dabei wurde ihm **1982 eine bioprothetische Aortenklappe** eingesetzt. Bei der Operation im Jahr **1992** handelte es sich um eine **Re-Operation** mittels Homograft. Seither fanden jährlich Kontrolluntersuchungen im R statt. Im Juli 2005 wurde der Kl. im Städtischen Klinikum K stationär behandelt. Es wurde ein "konservatives Procedere" mit regelmäßigen kardiologischen Kontrolluntersuchungen vorgeschlagen. Im September 2005 wurde der Kl. ambulant im R untersucht. Nach dem Befundbericht des Kardiologen Dr. G habe sich hierbei das Erfordernis einer weiteren Aortenklappenoperation gezeigt. Der Kl. **beantragte die Kostenübernahme (GBP 22.000,00) für diese Herzoperation im R**. Der MDK gab die Einschätzung ab, dass aufgrund der Progredienz der vorliegenden kardiologischen Erkrankung aus sozialmedizinischer Sicht eine erneute Operation indiziert sei. Die geplante Operation könne in einer Klinik mit entsprechender Indikation in Deutschland durchgeführt werden. Die bekl. Krankenkasse gab eine **Kostenzusage bis zu den Vertragssätzen**, die in einem vergleichbaren Vertragskrankenhaus in Deutschland entstünden. Zudem werde die gesetzliche **Zuzahlung** abgezogen sowie ein **Verwaltungskostenabschlag** in Höhe von 6,5 v. H. erhoben. Mit den Vertragssätzen seien sämtliche Leistungen, die von der Klinik und den behandelnden Ärzten erbracht würden, abgegolten. Nach der Operation erstattete die Bekl. dem Kl. vom Rechnungsbetrag der Krankenhausbehandlung von € 36.595,12 insgesamt € 23.990,38 unter Berücksichtigung der gesetzlichen Zuzahlung von € 90,00 und dem Verwaltungskostenabschlag von € 30,00. *SG Karlsruhe, Urt. v. 30.01.2007 - S 3 KR 1769/06 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. BETREUUNGSLEISTUNGEN AUS DER ÖSTERREICHISCHEN KRANKENVERSICHERUNG BEI RUHEGEHALT

*LSG Bayern, Urt. v. 10.06.2009 – L 4 KR 285/07 –*

RID 09-04-97

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 104/09 B*

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

SGB V §§ EWG-VO 1408/71 Art. 28

Ein Versicherter, der ein Ruhegehalt nach dem **Beamtenversorgungsrecht** bezieht, ist nicht nach Art. 28 EWG-VO 1408/71 berechtigt, Sozialleistungen bei Krankheit durch die Krankenkasse als Betreuungsleistungen im Auftrag der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse in Anspruch zu nehmen, da Anhang VI Teil D (Deutschland) Nr. 22 der Änderungsverordnung Nr. 1606/98 erfüllt ist. Hier ist geregelt, dass Art. 27 EWG-VO 1408/71 auf Personen anwendbar ist, die sowohl auf ein Ruhegehalt nach dem Beamtenversorgungsrecht als auch auf eine Rente nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedsstaates Anspruch haben.

*SG Landshut, Urt. v. 04.04.2007 - S 1 KR 2/06 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. RUHEN DES LEISTUNGSANSPRUCH BEI AUFENTHALT IM KOSOVO IN 2000/2001

*LSG Bayern, Urt. v. 28.05.2009 – L 4 KR 35/08 –*

RID 09-04-98

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

SGB V a.F. § 16 I Nr. 1; SozSichAbk YUG, SozSichAbkDVbg YUG

Nach § 16 I Nr. 1 SGB V **ruht** der Anspruch auf Leistungen - auch im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 SGB V -, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkrankten, soweit im SGB nichts Abweichendes bestimmt ist. Das **deutsch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen** ist aufgrund der politischen Situation im Verhältnis zum Kosovo seit dem Jahr 2000 ausgesetzt, so dass es hier grundsätzlich bei der Regelung des § 16 SGB V verbleibt.

*SG München, Gerichtsbb. v. 01.02.2008 - S 18 KR 1398/05 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## V. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 08.09.2009 – *B 1 KR 1/09 R* – gehört das Präparat "**Orthomol vision diabet**" nicht zum Leistungskatalog der GKV, unabhängig davon, ob es als Arznei- oder Lebensmittel einzustufen ist. Als Arzneimittel wäre die Therapie weder zweckmäßig noch wirtschaftlich, denn sie erfolgte mit einem Fertigarzneimittel **ohne** die erforderliche **arzneimittelrechtliche Zulassung**; ein Einzelimport, der ausnahmsweise zu einer Leistungspflicht der GKV führen kann, wäre arzneimittelrechtlich nicht zulässig, da es keinen Anhaltspunkt dafür gibt, dass das Mittel in einem ausländischen Staat überhaupt als Arzneimittel zulässig in Verkehr gebracht werden darf, insbesondere zugelassen ist; 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) INTERESSENABWÄGUNG IM ER-VERFAHREN: „AVASTIN“ (BEVACIZUMAB)

*SG Dresden, Beschl. v. 30.09.2008 – S 8 KR 343/08 ER –*

RID 09-04-99

juris

SGB V § 31 I; SGG § 86b II; GG Art. 2 I u. II 2, 19 IV, 20 I

**Leitsatz:** Sind bei Vorwegnahme der Hauptsache im Wege des vorläufigen Rechtsschutzes und Ablehnung einer für den Versicherten substanziellen Leistung die Erfolgsaussichten einer Hauptsache wegen ungeklärter medizinischer Sachfragen nicht absehbar, hat eine **Interessenabwägung** zu erfolgen (hier: finanzielles Interesse der Versichertengemeinschaft mit grundgesetzlich geschützten Rechtsgütern auf Leben und körperliche Unversehrtheit des Versicherten).

Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, die Kosten für die Versorgung der Ast. mit dem Medikament „AVASTIN“ (Bevacizumab) im Zusammenhang mit der Chemotherapie im 6. Behandlungszyklus in einem Umfang von 10 mg pro Kilogramm Körpergewicht von mindestens 6 Gaben zu übernehmen.

Zu einer Elektrotiefenhyperthermie im Zusammenhang mit Chemotherapie (Avastin) s. *LSG Nordrhein-Westfalen*, B. v. 22.02.2007 – L 5 B 8/07 KR ER – RID 07-02-115.



Atemlähmungen und Schluck- und Sprechstörungen, leidenden Versicherten kann die Therapie mit Immunglobulinen als **ultima ratio** im konkreten Einzelfall nicht verwehrt werden.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.252,95 Euro plus Zinsen zu zahlen und die Kl. von den Kosten für die ab Antragstellung erfolgten Behandlungen mit Immunglobulinen freizustellen und sie für die Zukunft mit ärztlich verordneten Immunglobulinen zur Behandlung der Myasthenia gravis zu versorgen.

## 2. NICHT ZUGELASSENE ARZNEIMITTEL

### A) IMPORTARZNEIMITTEL "FLUTINASE®" BEI RHINOSINUSITIS

**LSG Hessen, Urt. v. 15.06.2009 – L 1 KR 236/07 –**

**RID 09-04-104**

rechtskräftig

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

SGB V §§ 13 III, 31 I 1

"Flutinase®" ist als Fertigarzneimittel nicht von der Leistungspflicht der GKV nach § 31 I 1 SGB V umfasst. Die erforderliche (§ 21 I AMG) arzneimittelrechtliche deutsche oder europäische **Zulassung** ist für das Arzneimittel nicht erteilt worden.

Bei der chronisch rezidivierenden polypösen **Rhinosinusitis** handelt es sich auch in Kombination mit einem Asthma bronchiale mit entsprechenden Komplikationen nicht um eine Krankheit, die nur extrem selten auftritt.

**SG Gießen**, Urt. v. 16.07.2007 - S 21 KR 13/06 - wies die auf Kostenerstattung für das Arzneimittel "Flutinase®" in Höhe von 1.095,51 EUR gerichtete Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### B) „ALGONOT PLUS" BEI MULTIPLER SKLEROSE

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.08.2009 – L 5 KR 100/08 –**

**RID 09-04-105**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: **B 1 KR 128/09 B**

juris

SGB V §§ 13 III 1, 31 I 2; AMG §§ 4 I, 21 I, 73 III

**Leitsatz:** Die Versorgung mit dem Mittel "Algonot Plus" bei Multipler Sklerose fällt nicht in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Die seit 1996 an einer sekundär progredienten MS erkrankte Kl. beantragte die Übernahme der Kosten für das Mittel "Algonot plus" in Höhe von 132 € pro Quartal ab 1 März 2005. Der MDK teilte in seiner Stellungnahme mit, "Algonot plus" werde in den **USA** als Nahrungsergänzungsmittel in speziellen Vitaminshops verkauft und solle gegen alle möglichen Erkrankungen, u.a. auch MS, helfen; **in Deutschland sei es weder als Nahrungsergänzungsmittel noch als zugelassenes Arzneimittel auf dem Markt**; qualifizierte Studien über seine Wirksamkeit lägen nicht vor. Daraufhin lehnte die Bekl. den Antrag ab. **SG Trier**, Urt. v. 16.07.2008 - S 5 KR 118/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 3. ARZNEIMITTEL ZUR BEHANDLUNG EINER EREKTILEN DYSFUNKTION: CAVERJECT

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.09.2009 – L 16 (5) KR 195/08 –**

**RID 09-04-106**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 9, 92 I 2 Nr. 6

Ein Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Behandlung einer **erektilen Dysfunktion** besteht seit der Anfügung von § 34 I 7 bis 9 durch das GKV-ModernisierungsG mit Wirkung v. 01.01.2004 nicht mehr. Der Gesetzgeber hat nach dem eindeutigen und einer anderen Auslegung nicht zugänglichen Wortlaut der **Neufassung von § 34 I SGB V** nicht hinsichtlich der Ursachen einer erektilen Dysfunktion unterschieden, so dass eine Verordnung der ausgeschlossenen Arzneimittel auch dann nicht in Betracht kommt, wenn die Beschwerden **Folge einer Erkrankung** sind, die eine uneingeschränkte Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach den allgemeinen Bestimmungen begründet (vgl. bereits LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.02.2005 – L 16 KR 313/04 – RID 05-02-117, Revision zurückgewiesen durch BSG, Urt. v. 18.07.2006 – B 1 KR 10/05 R - USK 2006-139).

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 23.09.2008 – S 16 (5) KR 195/08 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## VI. Hilfsmittel/Heilmittel

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. 12.08.2009 – **B 3 KR 8/08 R** – ist es wesentliches Ziel der Hilfsmittelversorgung, den behinderten Menschen von der Hilfe anderer Menschen unabhängig zu machen und ihm eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen; deshalb besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Versorgung mit einem **Elektrollstuhl**, wenn ein Versicherter nicht (mehr) in der Lage ist, den Nahbereich der Wohnung mit einem vorhandenen Aktivrollstuhl aus eigener Kraft zu erschließen; ein Verweis auf die Möglichkeiten der familiären Schiebehilfe ist unzulässig; nach BSG, Urt. v. 12.08.2009 – **B 3 P 4/08 R** – zählen **Deckenliftanlagen** zur Kategorie der Hilfsmittel, da sie von der konkreten Wohnsituation eines Versicherten unabhängig sind und trotz ihrer Befestigung an Deckenschienen bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können; sie können im Einzelfall zur Förderung der Mobilität und damit zum Behinderungsausgleich dienen, aber auch zur Pflegeerleichterung; grundsätzlich sind derartige Hilfsmittel von der GKV zu gewähren, weil die Pflegeversicherung nur subsidiär zuständig ist; ein Anspruch auf ein Pflegehilfsmittel besteht nur dann, wenn dieses allein oder ganz überwiegend einem der in § 40 I 1 SGB XI genannten Zwecken dient; nach BSG, Urt. v. 12.08.2009 – **B 3 KR 11/08 R** – gehören die Ermöglichung des Fahrradfahrens und die Wahrnehmung von Geschwindigkeit und Raum ebenso wenig zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens wie der Wunsch, das bereits zur Verfügung stehende **Rollfiets** zur Realisierung von Familienaktivitäten zu nutzen bzw. den eigenen Aktionsradius auf Gebiete außerhalb des Nahbereichs der Wohnung zu erweitern, weshalb auf eine Zusatzausstattung des Rollfiets mit einem elektrischen Antrieb kein Anspruch besteht; der früher vom 8. Senat vertretenen Auffassung, dass ein Hilfsmittel auch dann zu gewähren sei, wenn bei einer Anhäufung von behinderungsbedingten Defiziten die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und damit vor allem die möglichst vollständige Einbindung in den familiären Verbund im Vordergrund stehe (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 25 und 28), ist der nunmehr ausschließlich für das Hilfsmittelrecht der GKV zuständige 3. Senat nicht gefolgt und hat diese Rechtsprechung ausdrücklich aufgegeben; 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 KR R** (BSGE 102, 90 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 21) – 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** (SozR 4-2500 § 33 Nr. 19) – 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. ELEKTROLLSTUHL MIT HUBFUNKTION

*LSG Sachsen, Beschl. v. 13.08.2009 – L 1 KR 41/09 B ER –*

RID 09-04-107

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

SGB V §§ 27 I, 33 I; SGB IX § 14; SGG § 86b II

Der Zweck des § 14 SGB IX, das **Rehabilitationsverfahren** dadurch zu beschleunigen, dass im Außenverhältnis zum Rehabilitanden Zuständigkeitsstreitigkeiten und damit das Hinausschieben von Sachentscheidungen vermieden werden sollen, lässt es weder zu, dass der Rehabilitationsantrag an den sich für unzuständig haltenden, zuerst angegangenen Rehabilitationsträger zurückverwiesen wird, und zwar auch dann nicht, wenn der erstangegangene Rehabilitationsträger seine Unzuständigkeit zu Unrecht verneint hat – im Übrigen entbehrt § 14 I SGB IX dafür jeglicher Grundlage –, noch darf der Rehabilitationsantrag einfach an einen dritten Rehabilitationsträger weiterverwiesen werden.

Die **Funktion des Greifens** ist – wie das Stehen und das Gehen – ein von § 33 SGB V erfasstes Grundbedürfnis.

Wird die Hubfunktion eines Elektrollstuhls benötigt, um mit ihr in zumutbarer Weise über das Niveau der Rollstuhllarmlehnen hinaus die Hände und Arme anzuheben und wird dadurch das **schmerz-**

**freie bzw. ein schmerzreduziertes Greifen** ermöglicht, das sich auf unvermeidbare Alltagssituationen, insbesondere auf das Betätigen von Lichtschaltern und das Öffnen von Türen bezieht und sich damit nicht nur abstrakt-generell, sondern im konkret-individuellen Tagesablauf als Grundbedürfnis darstellt, so besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem Elektrorollstuhl mit Hubfunktion.

**SG Leipzig**, Beschl. v. 30.01.2009 - S 8 KR 429/08 ER - verpflichtete die Ag., der Ast. vorläufig bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens einen Elektrorollstuhl – Modell C 5001-6 – mit den im Angebot des 'L. - Gesundheitshauses, Orthopädie- und Rehathechnik' vom 21.12.2007 benannten Zusatzausrüstungen zu einem Preis von insgesamt 16.448,32 EUR vorläufig zur Verfügung zu stellen, das **LSG** wies die Beschwerde im Wesentlichen zurück und verpflichtete die Ag., der Ast. vorläufig bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens einen für sie angepassten Elektro-Hubrollstuhl einschließlich Beleuchtung, Vollgummirädern, elektrischer Sitzkantelung, elektrischer Verstellung der Rückenlehne (90° bis 150°), elektrischer Verstellung der Beinstützen (90° bis 165°) mit Einkürzung der Beinschienen um 26 cm, Stoffkopfstütze, Schiebhandgriffen sowie Gurt- und Schnappverschluss zur Verfügung zu stellen

## 2. ROLLSTUHL-FAHRRAD-KOMBINATION (SOG. ROLLFIETS) MIT ELEKTRISCHEM SCHIEBEANTRIEB

**SG Detmold**, Urt. v. 05.08.2009 – S 5 KR 323/07 –

RID 09-04-108

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 33 I

Ein 1995 geb. Versicherter hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einer **Rollstuhl-Fahrrad-Kombination (sog. Rollfiets)** versehen mit einem elektrischen Schiebeantrieb, wenn aufgrund der **Versorgung mit zwei Aktivrollstühlen** die Befriedigung des Grundbedürfnisses der Fortbewegung ausreichend gewährleistet ist.

**Radfahren** stellt kein **Grundbedürfnis** dar, für dessen Befriedigung die gesetzliche Krankenversicherung als Rehabilitationsträgerin aufzukommen hat.

**Freizeitaktivitäten in der Familie** sind auch ohne die Nutzung von Fahrrädern möglich, wenngleich sicherlich dabei an die Eltern zusätzliche organisatorische Anforderungen gestellt werden und den Geschwisterkindern eine gewisse Rücksichtsmaßnahme zugemutet wird.

Die **Integration eines Jugendlichen** in den Kreis der gleichaltrigen Kinder und Jugendlichen ist mit einem Rollfiets nicht zu gewährleisten, da das Hilfsmittel ohne einen Erwachsenen nicht benutzt werden kann.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 3. THERAPIE-TANDEM NEBST ZUSATZAUSSTATTUNG

**SG Aachen**, Urt. v. 29.09.2009 – S 13 KR 57/09 –

RID 09-04-109

Berufung anhängig: L 16 KR 211/09  
SGB V § 33 I

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ein **Therapie-Tandem** ist nicht erforderlich, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern; hierfür ist regelmäßige **Krankengymnastik** geeigneter. Auch zur Befriedigung eines Grundbedürfnisses im Sinne der Erschließung eines gewissen **körperlichen Freiraums** ist ein Tandem nicht erforderlich, wenn der Nahbereich entweder mit dem vorhandenen Rollstuhl oder mit dem vorhandenen Therapie-Dreirad ausreichend erschließbar ist. Auch zur Befriedigung des Grundbedürfnisses der **sozialen Integration** in Gruppen Gleichaltriger ist die Versorgung mit einem Therapie-Tandem nicht geeignet, da stets die Anwesenheit einer aufsichtsführenden Begleitperson erforderlich und somit der durch die Versorgung erzielbare Effekt im Hinblick auf die Integration gering einzuschätzen ist (vgl. BSG, Urt. v. 16.09.1999 - B 3 KR 9/98 R = SozR 3-2500 § 33 Nr. 32).

Das **SG** wies die Klage ab.

#### 4. AUTOSCHWENKSITZ

*SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.09.2009 – S 25 KR 435/09 ER –*

RID 09-04-110

SGB V § 33; SGB IX § 31 I Nr. 3; SGG § 86b II

Ein schwenkbarer Autositz kann ein **Hilfsmittel** im Sinne des § 33 I 1, Alternative 3 SGB V sein kann, wenn es einem Versicherten dadurch ermöglicht wird, einen PKW zu benutzen und damit die Unfähigkeit zu gehen auszugleichen (BSG, Urt. v. 26.02.1991 – 8 RKn 13/90 – SozR 3-2500 § 33 Nr. 3; v. 16.09.2004 – B 3 KR 19/03 R – SozR 4-2500 § 33 Nr. 7).

Wird ein Autoschwenksitz ganz überwiegend zur **Erweiterung des persönlichen Aktionsradius**, um nicht jeweils auf eine Transportperson angewiesen zu sein, benötigt, so besteht hierauf kein Versorgungsanspruch. Das Autofahren bzw. der Besitz eines eigenen PKW zählen heute zwar zum normalen Lebensstandard und sind Ausdruck des inzwischen erlangten allgemeinen Wohlstandsniveaus, doch gehört es nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, den Besitz eines PKW oder dessen Benutzung für Behinderte zu ermöglichen.

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

#### 5. PATIENTENLIFTER

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.08.2009 – L 11 KR 96/07 –*

RID 09-04-111

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

SGB V §§ SGB XI §§ 43a, 71 II u. IV

Die Pflicht der gesetzlichen **Krankenversicherung** zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln endet nach der Konzeption des SGB V und des SGB XI dort, wo bei vollstationärer Pflege die Pflicht des **Heimträgers** auf Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln einsetzt. Bei vollstationärer Pflege hat der Träger des Heimes für die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel zu sorgen, weil er verpflichtet ist, die Pflegebedürftigen ausreichend und angemessen zu pflegen und sozial zu betreuen. Die Heime müssen das für die vollstationäre Pflege notwendige Inventar bereithalten. Die **Abgrenzung der Leistungsverpflichtung** der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen von der Vorhaltepfllicht des Heimträgers hat danach zu erfolgen, ob noch eine Krankenbehandlung und ein Behinderungsausgleich i.S. medizinischer Rehabilitation stattfindet oder aber ganz überwiegend die Pflege im Vordergrund steht, weil eine Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht mehr möglich ist (BSG, Urt. v. 10.02.2000 - B 3 KR 17/99 R u. B 3 KR 26/99 R -, v. 06.06.2002 - B 3 KR 67/01 R u. B 3 KR 5/02 R -, v. 28.05.2003 - B 3 KR 30/02 R – u. v. 22.07.2004 - B 3 KR 5/03 R -).

Ein **Lifter** ist von dem Heim, in dem der Versicherte untergebracht ist, bzw. dessen Träger als notwendiges Inventar vorzuhalten. Er ist den Mobilitätshilfen zuzuordnen; er ermöglicht die Grundpflege (Lagerung, Transfer, Mobilisation) bzw. erleichtert die Pflege.

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 17.10.2007 – S 28 KR 121/06 - gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, die Kosten für den selbst beschafften elektrischen Patientenlifter Viktor 3000 ECL inklusive Zubehör laut Rechnung zu erstatten, das **LSG** wies die Klage ab.

#### 6. VERSORGUNG MIT EINER ZWEITEN UNTERSCHENKELPROTHESE

*LSG Bayern, Urt. v. 07.05.2009 – L 4 KR 459/07 –*

RID 09-04-112

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

SGB V § 33

Auf eine Versorgung mit einer zweiten Unterschenkelprothese besteht kein Anspruch. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob **während der Reparatur** vom Lieferanten nicht eine - wenngleich sicher etwas einfachere - Prothese leihweise als Übergangshilfe zur Verfügung gestellt werden kann oder kurzfristig die Beweglichkeit mit Unterarmstützen bei einem 32-jährigen ausreichend gewährleistet ist.

**SG Würzburg**, Urt. v. 09.10.2007 - S 4 KR 545/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 7. HÖRGERÄTEVERSORGUNG: BEHINDERUNGS AUSGLEICH NUR MIT DIGITALEM HÖRGERÄT

*SG Leipzig, Urt. v. 31.03.2009 – S 8 KR 245/07 –*

RID 09-04-113

juris

SGB V §§ 12, 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 33 I 1, 35 V 1, 36

**Leitsatz:** Zwar erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht grundsätzlich bereits mit dem Festbetrag; eine darüber hinausgehende Versorgung mit digitalen Hörhilfen ist jedoch nicht ausgeschlossen, wenn nur dadurch der erforderliche Behinderungsausgleich zu erzielen ist.

Das *SG* gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, dem Kläger die Mehrkosten für die Hörgeräteversorgung mit dem Typ „Elevea 411 dAZ“ in Höhe von 3.014,18 € zu erstatten.

## 8. BEHINDERTENBEGLEITHUND

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.09.2009 – L 5 KR 60/08 –*

RID 09-04-114

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 39/09 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 12, 33

**Leitsatz:** Es besteht in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich kein Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit einem Behindertenbegleithund.

*SG Kiel, Urt. v. 17.04.2008 - S 19 KR 206/06 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 9. HEILMITTEL: FUßPFLEGE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.08.2009 – L 16 B 26/09 KR –*

RID 09-04-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 32 I, 34 II u. V, 92 I 2 Nr. 6 u. VI; Heilmittel-RL

Der Behandlungs- und Versorgungsanspruch umfasst auch Heilmittel wie die **podologische Therapie**, allerdings nur, soweit sie nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind. Über die in den Heilmittel-RL genannte Indikation des diabetischen Fußes hinaus enthält III 17 B einen zulässigen Leistungsauschluss.

*SG Köln, Beschl. v. 30.03.2009 S 5 KR 1/09 -* wies den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## VII. Häusliche Krankenpflege

Nach BSG, Urt. v. 25.08.2009 – *B 3 KR 25/08 R* – sind auch die Kosten der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes für die Verabreichung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente mittels intramuskulärer Injektionen erstattungsfähig; der Umfang der von der GKV zu leistenden Behandlungspflege in Form der häuslichen Krankenpflege wird nicht durch die Neuregelung des § 34 II SGB V zum 01.01.2004 beschränkt. Zur weiteren 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).

## VERRICHTUNGSBEZOGENE KRANKHEITSSPEZIFISCHE PFLLEGEMAßNAHME (MAGENSONDE)

*LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 02.11.2009 – L 11 KR 4504/09 ER-B –*

RID 09-04-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37; SGG § 86b II

**Leitsatz:** Ein Pflegebedürftiger (Stufe III) kann gegen die Krankenkasse einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege zur Überprüfung, Reinigung und eventuellen Neulegung einer Magensonde haben (sog verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme).

*SG Stuttgart, Beschl. v. 01.09.2009 - S 16 KR 5709/09 ER -* wies den Antrag der im Juli 2005 geb. Ast, die als ehemalige Frühgeborene der 25. Schwangerschaftswoche an einer schweren Entwicklungsbehinderung und einer schweren Infantilparese, einem mit Shunt versorgtem posthämorrhagischem Hydrocephalus, einer schweren Sehbehinderung nach Netzhautkomplikation sowie einer Hüftdysplasie beidseits leidet und ergänzend über eine Magensonde bei zusätzlich bestehender Fütter-/Ess-Problematik ernährt wird, auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. über den 31.07.2009 hinaus Leistungen der häuslichen Behandlungspflege im Umfang der ärztlichen Verordnungen des Dr. K. zu gewähren. Die weitere Bewilligung über den 30.11.2009 hinaus erfolgt unter dem Vorbehalt, dass die Leistungen ärztlich verordnet werden. Die einstweilige Anordnung gilt längstens bis zur Rechtskraft der Entscheidung der von dem SG Stuttgart unter dem Az. S 16 KR 5661/09 anhängigen Klage.

## VIII. Zuzahlung/Fahrkosten/Rehabilitation

Nach BSG, Urt. 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, Urt. 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. ZUZAHLUNG: KEIN HÄRTEAUSGLEICH BEI ÜBER REGELVERSORGUNG HINAUSGEHENDE ZAHNERSATZLEISTUNGEN

**SG Würzburg, Urt. v. 03.11.2009 – S 4 KR 137/08 –**

**RID 09-04-117**

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

SGB V §§ 55 II 2 Nr. 2, IV, 56

Wählt eine Versicherte anstelle von nur einseitig verblendeten Kronen voll verblendete Kronen, wodurch Mehrkosten in Höhe von 145,49 € entstehen, so hat sie die Mehrkosten gegenüber den als Regelversorgung vorgesehenen Leistungen nach § 56 IV SGB V selbst zu tragen. Die Härtefallregelung nach § 55 II SGB V geht § 55 IV SGB V nicht vor. Es ist an keiner Stelle erkennbar, dass für die vom Versicherten selbst zu tragenden Mehrkosten irgendein Härteausgleich durch den Gesetzgeber begründet werden sollte.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 2. FAHRKOSTEN: FAHRTEN ZUR AMBULANTEN ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG - BEHANDLUNGSFREQUENZ

**LSG Bayern, Beschl. v. 06.05.2009 – L 4 KR 196/08 –**

**RID 09-04-118**

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

SGB V §§ 60 I, 92 I 2 Nr. 12; Krankentransport-RL § 8

Fahrten zur ambulanten ärztlichen Behandlung nicht am Wohnort des Versicherten sind nicht erstattungsfähig. Die Ausnahmemöglichkeit einer hohen Behandlungsfrequenz liegt nicht vor, wenn die Behandlung ca. einmal im Quartal vorgenommen wird. Von einer hohen Behandlungsfrequenz ist nur auszugehen, wenn eine Behandlung mindestens einmal wöchentlich ansteht (LSG Bayern, Urt. v. 26.03.2009 – L 4 KR 335/07 – RID 09-03-128).

**SG Würzburg**, Urt. v. 01.07.2008 - S 4 KR 67/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 3. REHABILITATION

#### A) ERWEITERTE AMBULANTE PHYSIOTHERAPIE (EAP) ALS FORTSETZUNG DER AKUTMEDIZINISCHEN BEHANDLUNG

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 23.07.2009 – L 1 KR 451/08 –**

**RID 09-04-119**

Revision eingelegt: **B 1 KR 23/09 R**

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

SGB X § 105 I; SGB V §§ 11 II, 40; SGB VI §§ 10 I, 13 II; SGB IX §§ 26 II u. III

Die erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) stellt keine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation nach § 9 I SGB VI, sondern eine Fortsetzung der akutmedizinischen Behandlung dar und ist deshalb dem Verantwortungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen.

**SG Berlin**, Urt. v. 16.10.2008 - S 72 KR 210/06 - RID 09-01-194 gab der Klage des Unfallversicherungsträgers statt und verurteilte den beigel. Rentenversicherungsträger, an die Kl. 1.663,60 € zu zahlen; das **LSG** verurteilte hierzu die bekl. Krankenkasse.

#### B) "ABMAGERUNG" KEIN AUSREICHENDES REHA-ZIEL

**LSG Bayern, Urt. v. 25.06.2009 – L 4 KR 69/09 –**

**RID 09-04-120**

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

SGB V §§ 11 I Nr. 2 u. 4, 23, 27 I Nr. 6, 39, 40

**Leitsatz:** Eine bloße "Abmagerung" stellt i.d.R. kein ausreichendes Reha-Ziel für eine stationäre Maßnahme dar.

**SG München**, Gerichtsbb. v. 22.01.2009 - S 2 KR 92/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## IX. Wahltarife

### PRÄMIENZAHUNG BEI NICHTINANSPRUCHNAHME VON LEISTUNGEN - ALLES-ODER-NICHTS-PRINZIP

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.06.2009 – L 1 A 4797/08 –*

RID 09-04-121

*Revision anhängig: B 1 A 1/09 R*

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

SGB V § 53

**Leitsatz:** In der Beitragssatzung einer gesetzlichen Krankenkasse kann nach § 53 Abs. 2 SGB V die Gewährung einer Prämienzahlung („Gesundheitsbonus“) wegen der Nichtinanspruchnahme von Leistungen nur dann erfolgen, wenn mit Ausnahme der in der Vorschrift genannten prämienschädlichen Leistungen keinerlei Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen werden (Prinzip des „Alles oder Nichts“).

Die klagende bundesweit tätige geschlossene Betriebskrankenkasse beschloss folgende Satzungsänderung: „Die Inanspruchnahme folgender Leistungen wird wie folgt auf die Prämienzahlung angerechnet: Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung mit einer Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln im Kalenderjahr mindert die Prämienzahlung nach Abs. IV um 40 €, zwei entsprechende Verordnungen im Kalenderjahr mindern die Prämie um 80 €. Jede weitere Verordnung schließt eine Prämienzahlung aus.“ Die Bkl. lehnte eine Genehmigung ab. *SG Stuttgart*, Urt. v. 06.08.2008 – S 6 A 7715/07 – gab der Klage statt und verpflichtete d. Bkl. zur Neubescheidung; das *LSG* wies die Klage ab.

## X. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen

Nach BSG, Urt. v. 27.10.2009 – *B 1 KR 4/09 R* – muss der **Heilmittelbringer** den **Inhalt der ärztlichen Verordnung** insoweit **prüfen**, als er Leistungen zu Lasten der Krankenkassen nur erbringen darf auf Basis einer gültigen Verordnung mit den für eine wirksame und wirtschaftliche Heilmitteltherapie notwendigen ärztlichen Angaben; nach BSG, Urt. v. 27.10.2009 – *B 1 KR 7/09 R* – unterliegt die **Abgabe von Blutzubereitungen durch Apotheker** an Patienten dem Herstellerrabatt; nach BSG, Urt. v. 12.08.2009 – *B 3 KR 10/07 R* – besteht dann kein Anspruch auf Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis, wenn es sich um ein **Hilfsmittel für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** handelt, die noch nicht anerkannt ist; die Antragsbefugnis des Spitzenverbandes aus § 135 I 1 SGB V verdickeht sich zu einer auch im Interesse der Leistungserbringer wahrzunehmenden - und im Verfahren nach § 139 SGB V notfalls im Wege der Leistungsklage durchsetzbaren - Antragspflicht, sobald nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse eine positive Abschätzung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens durch den GBA wahrscheinlich ist und im Übrigen eine positive Bewertung der Methode nicht aus anderen Gründen (z.B. mangelhafte Wirtschaftlichkeit) ausgeschlossen erscheint (hier für **Magnetodyn®-Verfahren** verneint); 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. 08.09.2009 – *B 1 KR 11/09 R* – ist ein **Krankenhausträger** nach Treu und Glauben mit einer nach beglichener Endabrechnung erhobenen **Nachforderung** ausgeschlossen, wenn er weder wegen der auslegungsbedingten Abrechnungsunsicherheit in der ersten "Endabrechnung" einen Vorbehalt machte noch zeitnah den nicht offen zutage liegenden Abrechnungsfehler korrigierte; nach BSG, Urt. v. 08.09.2009 – *B 1 KR 8/09 R* – kann eine Krankenkasse gegenüber einem Krankenhausträger **Verzugszinsen** auf die zurückzuzahlende Krankenhausvergütung aus § 69 Satz 3 SGB V i.V.m. § 286 BGB verlangen (Anschluss an Rspr. des 3. Senats); der höhere **Zinssatz** nach § 288 II BGB ist lediglich für "Rechtsgeschäfte" vorgesehen, nicht aber für öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche; vorrangig zum gesetzlichen Zinssatz ist eine vertragliche Zinsregelung; nach BSG, Urt. v. 30.06.2009 – *B 1 KR 24/08 R* (SozR 4-2500 § 109 Nr. 17) – 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* (BSGE 102, 173 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 13) – ist die frühere BSG-Rechtsprechung, wonach die **Zahlungspflicht einer Krankenkasse** für eine in Rechnung gestellte **stationäre Krankenhausbehandlung** nur zu verneinen ist, wenn schon nach dem Vorbringen des Krankenhauses von fehlender notwendiger stationärer Behandlung auszugehen ist oder wenn die Krankenkasse "substanziierte" Einwendungen gegen die Krankenhausbrechnung 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 Krankenhausbrechnungen 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* (BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 15) – ist die Auffassung, dass die **Krankenkasse** innerhalb der geltenden **Zahlungsfrist grundsätzlich uneingeschränkt zahlungspflichtig** sei, weil das Krankenhaus mit Rechnungslegung die Erforderlichkeit behauptet, nicht mehr haltbar; die

Krankenkasse muss sich für die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme nicht zunächst unmittelbar an den Sozialmedizinischen Dienst wenden, sondern kann erst das Krankenhaus um sachdienliche Behandlungsunterlagen für den Sozialmedizinischen Dienst bitten; der Umstand der Entlassungen an einem Montagvormittag war hinreichenden Anlass für Überprüfungen; ein in der Aufnahmeanzeige vom Krankenhaus genannter voraussichtlicher Entlassungstermin schützt nicht vor **nachträglichen Überprüfungen**; nach BSG, Urt. v. 16.12.2008 – **B 1 KR 10/08 R** (SozR 4-2500 § 109 Nr. 14) – ist es für das Jahr 2004 unerheblich, ob eine **Verlegung in ein anderes Krankenhaus** medizinisch zwingend notwendig war, wenn die erbrachte Behandlungsleistung die Voraussetzungen der abgerechneten Positionen als solche erfüllte; Kostenneutralität ist dadurch gesichert, dass das Vergütungssystem für 2004 budgetneutral umgesetzt wird; nach BSG, Urt. v. 20.11.2008 – **B 3 KN 1 und 4/08 KR R** (SozR 4-2500 § 109 Nr. 16) – verliert eine **Krankenkasse** weder durch die erteilte Kostenzusage noch durch Verletzung der in der Pflegesatzvereinbarung geregelten Zahlungsfrist oder wegen eines Verstoßes gegen das im Abrechnungsverfahren allgemein geltenden Beschleunigungsverbot das Recht, **nachträgliche Beanstandungen** gegen die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung in Bezug auf die Notwendigkeit einer weiteren Krankenhausbehandlung vorzubringen, und bleibt das **Krankenhaus zur Mitwirkung bei der Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes verpflichtet**, die Gerichte müssen dennoch von Amts wegen eigene Versuche zur Aufklärung des Sachverhalts unternehmen.  
Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 08-04 B VIII.1 (S. 42); 07-04-B IX 1 (S. 52).

## A) ABSCHLUSS EINES VERSORGUNGSVERTRAGES IM FACHGEBIET PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.07.2009 – L 11 KR 2751/07 –*

RID 09-04-122

*Revision anhängig: B 1 KR 18/09 R*

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

SGB V §§ 108 III, 109 I 1 u. III 1 Nr. 1 u. 2, III 2, 212 IV; KHG §§ 1, 6; GG Art. 12 I, II

**Leitsatz:** 1. Der Vorrang der staatlichen Krankenhausplanung hat zur Folge, dass der Abschluss eines Versorgungsvertrages (VV) nach § 108 Nr. 3, § 109 SGB V ausscheidet, solange im Einzugsbereich der den Abschluss eines VV anstrebenden Klinik Anträge anderer Krankenhäuser auf Aufnahme in den Krankenhausplan vorliegen, die noch nicht bestandskräftig beschieden sind (Abweichung von BSG v. 29.05.1996 - 3 RK 23/95 - BSGE 78, 233 = SozR 3-2500 § 109 Nr. 1, BSG v. 29.05.1996 - 3 RK 26/95 - BSGE 78, 243 = SozR 3-2500 § 109 Nr. 2 u. BSG v. 20.11.1996 - 3 RK 7/96 - SozR 3-2500 § 109 Nr. 3).

2. Der Krankenhausplanung ist ein Gestaltungsspielraum einzuräumen, jedenfalls dann, wenn ein Anspruch eines Krankenhausträgers auf Abschluss eines VV im Streit steht, der durch ein paralleles Vorgehen vor den Verwaltungsgerichten gegen die Feststellungen der Aufnahme anderer Krankenhäuser in den Krankenhausplan vorgeht bzw. die eigene Aufnahme in den Krankenhausplan betreibt und damit die Bestandskraft des Krankenhausplanes verhindert.

*SG Stuttgart, Urt. v. 25.04.2007 – S 10 KR 4246/03* - gab der Klage teilweise statt und verpflichtete d. Bekl., das Angebot der Kl. auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach den §§ 108 Nr. 3, 109 SGB V im Umfang von insgesamt 52 Betten zur stationären Krankenhausbehandlung im Fachgebiet der Psychotherapeutischen Medizin durch Erweiterung des Versorgungsvertrages um 10 Betten zur stationären Krankenhausbehandlung anzunehmen; das *LSG* wies die Klage vollumfänglich ab.

## B) ÜBERPRÜFUNG DER ERFORDERLICHKEIT EINER KRANKENHAUSBEHANDLUNG/DOKUMENTATION

*SG Leipzig, Urt. v. 08.07.2008 – S 8 KR 295/06 –*

RID 09-04-123

juris

SGB V §§ 27 I 1, 29 I 1 u. 2, 109 IV, 275 I Nr. 1; BpflV §§ 1 I, 2 I u. II, 14 I u. II; KHG § 16

**Leitsatz:** Der Krankenhausträger hat die Erforderlichkeit weiterer stationärer Behandlung durch eine entsprechende Dokumentation nachzuweisen. Die bloße Einschätzung der behandelnden Krankenhausärzte zur Notwendigkeit einer Behandlung mit den spezifischen Mitteln des Krankenhauses allein reicht nicht aus.

Das *SG* wies die Klage ab; streitig waren die Kosten für eine weitere Entwöhnungsbehandlung nach erfolgreicher Entgiftung; das *SG* führt u.a. aus, die Kl. habe selbst eingeräumt, dass die weitere stationäre Unterbringung den Patienten in die Lage versetzen sollte, insbesondere seinen Partnerschaftskonflikt zu bewältigen und Kontakt zu seinem Arbeitgeber aufzunehmen. Deshalb sei eine weitere stationäre Unterbringung und -behandlung medizinisch jedoch noch nicht indiziert gewesen. Eine Dokumentation, die die medizinische Erforderlichkeit einer stationären Behandlung und -unterbringung hätte nachweisen können, liege nicht vor.

### C) VOLLSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG BEI ADENOTOMIE (RACHENMANDELENTFERNUNG)

*SG Dresden, Urt. v. 30.04.2009 – S 18 KR 58/06 –*

RID 09-04-124

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 39 I; KHEntGG § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b I 3

Die **Gefahr postoperativer Blutungen** nach der **Entfernung der Rachenmandeln** ist deutlich geringer und in ihren Auswirkungen - statistisch gesehen - weniger gravierend als bei der Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie), bei der generell eine mehrtägige stationäre Aufnahme empfohlen wird. Gleichwohl handelt es sich um ein für den Eingriff typisches Risiko, das sich ungeachtet seiner geringen statistischen Häufigkeit wiederholt schicksalhaft verwirklicht.

Eine **Ausnahme vom Regelfall der ambulanten Durchführung der Operation** liegt vor, wenn sich aus dem in den Krankenunterlagen dokumentierten Alter des Versicherten ohne Weiteres das (zusätzliche) Vorliegen der Kriterien nach Nr. F.3 der Kriterien in Anlage 2 der Empfehlungen zum Prüfungsverfahren nach § 17c KHG (Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten) bzw. Abschnitt 2 zweiter Absatz Buchst. a der Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b SGB V (fehlende Kommunikationsmöglichkeit des Patienten im Fall von postoperativen Komplikationen) ergibt.

Eine schematische Anwendung abstrakter Kriterien für die Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit verbietet sich bei **Kindern im Alter von drei Jahren** von selbst.

Das **SG** gab der Klage des Krankenhauses auf den Differenzbetrag zwischen der stationären Versorgung (11./12.04.2005) und den ambulanten Operationskosten statt und verurteilte zur Zahlung von 333,97 € nebst Zinsen.

### D) NEBENDIAGNOSE ALS KRANKHEIT (HIER: VORHOFSEPTUMDEFEKT BEI NEUGEBORENER)

*SG Dresden, Urt. v. 30.04.2009 – S 18 KR 32/07 –*

RID 09-04-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 39 I; KHEntGG § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b I 3

Nach den Kriterien der Deutschen Kodierrichtlinien steht der Verschlüsselung eines Vorhofseptumdefekts entgegen, dass der im Rahmen der Echokardiografie gefundene "minimale Links-rechts-Shunt im Sinne eines persistierenden Foramen ovale" im Zeitpunkt der Untersuchung **keinen Krankheitswert** aufweist. Bei einer zwei Wochen und zwei Tage alten Versicherten stellt ein persistierendes Foramen ovale keinen pathologischen Befund dar.

War der erhobene Befund schon **nicht als Krankheit** zu verschlüsseln, so kommt es auf die Frage des dadurch verursachten diagnostischen oder therapeutischen **Aufwandes** nicht an. Bei diesem Kriterium handelt es sich um eine notwendige, nicht aber um eine allein hinreichende **Voraussetzung für die Verschlüsselung**. Gesundheitliche Störungen oder Beschwerden sind nur dann als Haupt- oder Nebendiagnose zu kodieren, wenn sie sowohl Krankheitswert aufweisen als auch ressourcenrelevante Konsequenzen für die stationäre Behandlung nach sich ziehen. Anamnestiche Diagnosen oder Zufallsfunde ohne therapeutische Relevanz sind ebenso wenig verschlüsselungsfähig wie Befunde, Eigenschaften oder Umstände, die im Einzelfall sogar Auswirkungen auf das konkrete Behandlungssetting oder die Patientenversorgung haben mögen, jedoch nicht krankheitswertig und damit Ausdruck des versicherten Risikos sind, das die Höhe der von der Krankenversicherung im konkreten Fall bereit zu stellenden Entgelte bestimmt.

### E) LEISTUNGEN FÜR NEUGEBORENE IM RAHMEN DER ENTBINDUNGSANSTALTSPFLEGE

*SG Dresden, Urt. v. 17.10.2008 – S 8 KR 235/06 –*

RID 09-04-126

juris

SGB V § 39 II; RVO §§ 195 I Nr. 3, 197 S. 1; KHG § 17b I 1; KFPV § 1 I 1, V

**Leitsatz:** Nach der KFPV 2004 war im Rahmen der Entbindungsanstaltspflege der Kostenträger der Mutter auch für die Versorgung des Neugeborenen zuständig, wenn Mutter und Kind gemeinsam aus dem Krankenhaus entlassen worden sind. Dies gilt unabhängig davon, ob das Kind gesund zur Welt gekommen ist.

Das **SG** gab der Klage statt.

## F) FALLZUSAMMENFÜHRUNG NACH UNERWÜNSCHTER ARZNEIMITTELWIRKUNG EINES CHEMOTHERAPEUTIKUMS

*SG Dresden, Gerichtsbb. v. 14.08.2009 – S 18 KR 252/07 –*

RID 09-04-127

*Berufung anhängig: LSG Sachsen - L 1 KR 158/09 -*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 39 I; KHEntGG §§ 7 S. 1 Nr. 1, 8 V 1; KHG § 17b I 3; FPV 2006 § 2 III 1

Wird die **Wiederaufnahme** eines Versicherten auf Grund unerwünschter Arzneimittelwirkungen des beim ersten Krankenhausaufenthalt verabreichten Chemotherapeutikums erforderlich, so handelt es sich um eine **Komplikation** i.S.v. § 8 V 1 KHEntG und § 2 III Satz 1 FPV 2006, wonach das Krankenhaus, wenn Patienten, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts, wieder aufgenommen werden, eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen hat.

## G) FALLZUSAMMENFÜHRUNG WEGEN KOMPLIKATION BEI EINER UNVORHERSEHBAREN VERSCHLIMMERUNG

*SG Dresden, Urt. v. 17.10.2008 – S 8 KR 33/07 –*

RID 09-04-128

juris

SGB V §§ 27 I, II Nr. 5, 39 I, 109 IV 2, 275 I 1 Nr. 1; KHG § 17b II 1, VII; FPV 2006 §§ 2, 8

**Leitsatz:** Eine Fallzusammenführung wegen einer Komplikation ist nur bei einer unvorhersehbaren (unwahrscheinlichen) Verschlimmerung statthaft. Bei häufig auftretenden Nebenwirkungen ist somit eine Zusammenfassung der Falldaten nicht gerechtfertigt.

Das **SG** gab der Klage statt.

## H) RECHNUNGSABSCHLAG GEMÄß § 8 IX KHENTGG VERFASSUNGSGEMÄß

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 16 KR 7/09 –*

RID 09-04-129

*Revision anhängig: B 1 KR 24/09 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 108, 112 II Nr. 1, 301 III; KHEntG § 8 IX; GG Art. 3 I, 12 I, 14 I

Nach § 8 IX 1 KHEntG 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.

*SG Dortmund, Urt. v. 18.12.2007 - S 40 KR 296/07 -* wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelverfahren** zu *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) und drei weiteren Verfahren (RID 09-03-141 bis 143).

**Parallelverfahren:** *SG Dortmund, Urt. v. 29.07.2008 – S 48 KR 111/07 –*

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 16 KR 14/09 –*

RID 09-04-130

*Revision anhängig: B 3 KR 14/09 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de

*SG Aachen, Urt. v. 29.07.2008 – S 13 (2, 21) KR 99/07 –*

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 16 KR 136/08 –*

RID 09-04-131

*Revision anhängig: B 1 KR 25/09 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de

## I) EINBEHALT EINER ANSCHUBFINANZIERUNG FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNG/AUSKUNFTSANSPRUCH

*LSG Sachsen, Urt. v. 24.06.2009 – L 1 KR 76/08 –*

RID 09-04-132

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 37/09 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 85 II, 140a, 140b, 140d

Neben dem Erfordernis der leistungssektorenübergreifenden Versorgung sind **Verträge nach § 140b I SGB V** nur dann solche der integrierten Versorgung, wenn durch sie auch Leistungen, die bislang Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, künftig ersetzt werden.

Mit § 140d I 1 SGB V wäre es nicht vereinbar, dass Krankenkassen pauschal und ohne näheren Hinweis auf Inhalt und finanzielles Volumen von Integrationsverträgen zunächst Gesamtvergütungsbestandteile einbehielten und allenfalls auf der Grundlage des § 140d I 5 SGB V nach drei Jahren (ganz oder anteilig) zurückerstatteten (gegen LSG Brandenburg, Beschl. v. 01.11.2004 - L 5 B 105/04 KA ER – MedR 2005, 62). Daraus folgt, dass den KVen und den Krankenhäusern, die zur Anschubfinanzierung eines Vertrages der integrierten Versorgung herangezogen werden, ein **Anspruch auf**

**Auskunft** gegen die daran beteiligte Krankenkasse einzuräumen ist, auch wenn eine entsprechende Anspruchsgrundlage gesetzlich nur für Versicherte fixiert ist. Ein Anspruch auf Kenntniserlangung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen, insbesondere der Einblick in Kalkulationsgrundlagen, ergibt sich daraus aber nicht.

Der **Umfang des Auskunftsanspruchs** erstreckt sich **nicht auf Einsicht in die Vertragsunterlagen**. Dem Einsichtsrecht wird durch die am 01.01.2004 in Kraft getretene Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V (**BQS-Vereinbarung**) im Wesentlichen Rechnung getragen. Besteht Streit darüber, ob überhaupt ein Vertrag vorliegt, der eine integrierte Versorgung zum Gegenstand hat, so besteht ein Anspruch auf **detailliertere Informationen**. Der Auskunftsanspruch geht jedoch nur soweit, wie es nötig ist, um die grundsätzliche Verpflichtung zur Duldung des Einbehalts zu überprüfen.

Daneben besteht ein **weiter gehender Auskunftsanspruch**, wenn der von der Krankenkasse angemeldete finanzielle Bedarf zur Finanzierung der vertraglich vereinbarten integrierten Versorgung auch unter Berücksichtigung des erheblichen Prognosespielraums der Krankenkasse nicht mehr nachvollziehbar ist. Dies setzt aber voraus, dass derjenige, der den Auskunftsanspruch geltend macht, seinerseits plausibel darlegt, warum der prognostizierte Finanzierungsbedarf als nicht mehr vertretbar angesehen werden kann.

Die Regelung der **Anschubfinanzierung** aufgrund § 140d I 1 SGB V ist **verfassungsgemäß**.

**SG Dresden**, Urt. v. 31.01.2008 – S 25 KR 1413/04 – RID 08-03-161 (s. dort zum Sachverhalt) gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

#### **J) AUFWANDSPAUSCHALE NACH § 275 IC SGB V**

SGB V §§ 39, 275 Ic 3

S.a. **SG Kassel**, Urt. v. 18.02.2009 – S 12 KR 126/08 – RID 09-02-164.

#### **AA) KEINE AUFWANDSPAUSCHALE NACH § 275 IC SGB V FÜR ALTFÄLLE**

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 24.09.2009 – L 5 KR 83/09 –

RID 09-04-133

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

§ 275 Ic SGB V mit dem Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale in Höhe von 100 € findet auf **Behandlungsfälle**, in denen die **Krankenhausbehandlung vor dem 01.04.2007 abgeschlossen** wurde, keine Anwendung. Dies folgt zum einen aus dem Regelungsgehalt der Norm. § 275 I SGB V enthält spezielle Regelungen für Prüfungen durch den MDK bei Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V. Entscheidend ist mithin das Vorliegen einer Krankenhausbehandlung. Ausgehend davon, dass der Vorschrift keine Rückwirkung zukommt (vgl. BSG, Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KN 3/08 KR R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 15; Urt. v. 30.11.2008 - B 3 KN 4/08 KR R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 16), werden vor dem 01.04.2007 abgeschlossene stationäre Behandlungen nicht erfasst werden (vgl. ebenso **LSG Sachsen**, Beschl. v. 25.04.2008 – L 1 B 198/08 KR-ER – RID 08-03-163; **SG Koblenz**, Urt. v. 24.09.2008 – S 6 KR 328/07 – RID 09-02-165). Soweit die Auffassung vertreten wird, § 275 SGB V stelle auf die Prüfung durch den MDK ab und die Regelung gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V finde deshalb auf alle Fälle Anwendung, in denen die Prüfung durch den MDK ab dem 01.04.2007 erfolgt sei (vgl. **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 19.05.2009 – L 11 KR 5231/08 – RID 09-03-144; **SG München**, Urt. v. 28.02.2008 – S 43 KR 806/07 – RID 09-01-180; **SG Köln**, Urt. v. 29.07.2009 - S 34 (5) KR 514/08 -), vermag diese Ansicht nicht zu überzeugen.

**SG Dortmund**, Urt. v. 17.03.2009 - S 8 KR 5/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren: **SG Dortmund**, Urt. v. 01.04.2009 - S 8 KR 277/07 -

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 24.09.2009 – L 5 KR 81/09 –

RID 09-04-134

#### **BB) AUFWANDSPAUSCHALE FÜR ALTFÄLLE UND PRÜFUNGSBEGINN DURCH MDK NACH STICHTAG**

**LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 06.08.2009 – L 5 KR 149/08 –

RID 09-04-135

juris

**Leitsatz:** Die Aufwandspauschale nach dem zum 01.04.2007 in Kraft getretenen § 275 Ic 3 SGB V ist in allen Fällen zu zahlen, in denen die **Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung unter Einschaltung des Krankenhauses nach dem 31.03.2007 durchgeführt** wurde, unabhängig davon, ob die Krankenhausbehandlung bereits früher begonnen oder sogar abgeschlossen wurde oder die Rechnung nach diesem Zeitpunkt der Krankenkasse zugeht.

**SG Koblenz**, Urt. v. 24.09.2008 - S 6 KR 247/07 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 100 € nebst Zinsen zu zahlen.

## CC) ENTFALLEN DER AUFWANDSPAUSCHALE

*SG Koblenz, Urt. v. 05.08.2009 – S 6 KR 495/08 –*  
juris

RID 09-04-136

**Leitsatz:** Aufwandspauschale entfällt bei Überprüfung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung **während dieser stationären Behandlung**, auch wenn später die Rechnung beanstandungsfrei beglichen wird.

Das *SG* wies die Klage ab.

*SG Koblenz, Urt. v. 05.08.2009 – S 6 KR 414/08 –*  
juris

RID 09-04-137

SGB V § 275 I c 3

**Leitsatz:** Die Aufwandspauschale fällt nicht bei einer Prüfung eines stationären Aufenthalts wegen einer **Entbindung** an.

Das *SG* wies die Klage ab.

*SG Koblenz, Urt. v. 05.08.2009 – S 6 KR 405/08 –*  
juris

RID 09-04-138

SGB V § 275 I c 3

**Leitsatz:** Bei unvollständiger Erledigung des Prüfauftrags durch den MDK fällt bei **späterer vollständiger Prüfung** eine zweite Aufwandspauschale nicht an.

Das *SG* wies die Klage ab.

entfällt RID 09-04-139

## K) KEINE VERGÜTUNG VON KRANKENTRANSPORTFAHRTEN ZWISCHEN DEN BETRIEBSSTÄTTEN

*SG Dortmund, Urt. v. 21.07.2009 – S 8 KR 89/08 –*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

RID 09-04-140

SGB V §§ 60 I, II 1 Nr. 1, 107 I Nr. 2, 108 Nr. 2, 109 I 4; KHEntgG § 8 I; BpflV § 4

Es handelt sich um **Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses** und nicht um eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn es sich um **Betriebsstätten** handelt, die für sich jeweils allein nicht den Krankenhausbegriff erfüllen. Dies ist dann der Fall, wenn die Abteilungen für sich allein keinen in § 107 I Nr. 2 SGB V vorausgesetzten Versorgungsauftrag haben und zudem das Hospital als ganzes in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen ist. Der Krankenhausträger hat daher keinen Anspruch auf Vergütung von Krankentransportfahrten zwischen den Betriebsstätten.

Das *SG* wies die Klage ab.

entfällt RID 09-04-141

## 2. RABATTVERTRÄGE/FESTBETRAGSFESTSETZUNG

### A) INFORMATIONSPFLICHT VOR ABSCHLUSS EINES ARZNEIMITTEL-RABATTVERTRAGS

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.09.2009 – L 21 KR 53/09 SFB –*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

RID 09-04-142

SGB V §§ 69 II 1 HS 2, 129 I 3; GWB §§ 98, 99, 107 III; VgV a.F. § 13 S. 6

Es kann nicht darauf abgestellt werden, dass ein **Wettbewerbsvorteil** unabhängig von der **Ersetzungspflicht** nach § 129 I 3 SGB V eingetreten sei, weil Apotheker im Hinblick auf das preiswertere Arzneimittel F® auch ohne Rabattvereinbarung bereits gemäß § 129 I 1 Nr. 1, S. 2 SGB V zur Ersetzung verpflichtet seien. Knüpft die Ersetzungspflicht an die Existenz eines Vertrages nach § 130a VIII SGB V an, so entsteht hierdurch ein Wettbewerbsvorteil für den Arzneimittellieferanten.

Die **Vereinbarung einer Lieferpflicht** ist für die Annahme eines **öffentlichen Auftrages** nicht erforderlich, auch wenn in Rabattverträgen typischerweise vertragsstrafenbewehrte Leistungs- und Lieferpflichten vereinbart werden. Ausschlaggebend für die Annahme eines öffentlichen Auftrages ist allein, ob ein Auftraggeber Leistungen gegen Entgelt erwirbt. In dieser Auffassung liegt kein Widerspruch zu LSG Baden-Württemberg, B. v. 28.10.2008 – L 11 KR 4810/08 ER-B – RID 08-04-119.

Ein Arzneimittelrabattvertrag ist aus einer entsprechenden Anwendung des § 13 S. 6 VgV a.F. nichtig, wenn Bieter, deren Angebote nicht berücksichtigt werden sollen, der Name des für den Zuschlag

vorgesehenen Bieters und die Gründe für die Nichtberücksichtigung des Angebotes nicht mitgeteilt werden. Die **Information** hat zwingend vor dem Abschluss des Vertrages zu erfolgen.

Die Ag. - eine gesetzliche Krankenkasse - schloss am 16.12.2008 für die Zeit ab 01.01.2009 ohne vorherige Durchführung eines Vergabeverfahrens mit dem Beigel., einem pharmazeutischen Unternehmen, einen Arzneimittelrabattvertrag nach § 130a VIII SGB V über das **Fertigarzneimittel F®**, das den Wirkstoff **Interferon-β-1b** enthält und europaweit zur Behandlung der **Multiplen Sklerose (MS)** zugelassen ist. Es wird seit dem 01.01.2009 vertrieben. Gegenstand des Vertrages ist die **Gewährung eines Rabattes für Packungen** von F®, die durch die Beigel. vertrieben und zu Lasten der Ag. an ihre Versicherten über öffentliche Apotheken oder Versandapotheken abgegeben werden (§§ 1, 2 Rabattvertrag). **Die Ast. vertreibt das Fertigarzneimittel C®**, das ebenfalls den Wirkstoff Interferon-β-1b enthält. C® und F® sind von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) als **identisch** eingestuft worden. Beide Arzneimittel werden durch den selben Hersteller (Chiron) in den USA produziert. Die Ast. bietet C® im Zusammenhang mit einem sog. "Schwesternprogramm" an, bei dem die mit dem Medikament behandelten Patienten im Verlauf der Therapie durch speziell ausgebildete Krankenschwestern betreut werden. Das Arzneimittel kann auch ohne das "Schwesternprogramm" verordnet und verabreicht werden. Angebote der Ast. hatte die Ag. abgelehnt. **Vergabekammer des Bundes**, Beschl. v. 22.05.2009 - VK 1-77/09 -, berichtigt mit Beschl. v. 27.05.2009, stellte fest, dass die zwischen der Ag. und der Ast. abgeschlossene Rabattvereinbarung nichtig sei und gab der Ag. auf, bei fortbestehender Beschaffungsabsicht die Vergabe unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung der VK durchzuführen sowie unverzüglich nach Bestandskraft des Beschlusses der IFA sowie den angeschriebenen Ärzten und Versicherten mitzuteilen, dass die Rabattvereinbarung unwirksam sei. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## **B) VERORDNUNG VON SPRECHSTUNDENBEDARF (KONTRASTMITTEL) UND GRUNDSATZ DER PRODUKTNEUTRALITÄT**

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.08.2009 – L 21 KR 45/09 SFB –**

**RID 09-04-143**

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

SGB V §§ 69 II 1 HS 2, 129 I 3; GWB §§ 97 ff., 128; VOL/A §§ 8 Nr. 3 Abs. 3 u. 5, 8a Nr. 5

Ein Verstoß gegen den **Grundsatz der Produktneutralität** liegt nicht bei Ausschreibung nach der Lauer-Taxe mit den dort "gelisteten" PZN vor, wenn alle in Betracht kommenden PZN Gegenstand der Ausschreibung sind. Wie Private können auch gesetzliche Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber die zu vergebende Leistung und den Auftragsgegenstand autonom bestimmen. Das Vergaberecht greift erst nach dieser Entscheidung ein.

Bei der **Verordnung von Sprechstundenbedarf** besteht für Vertragsärzte keine Ersetzungspflicht. Von daher macht es keinen Sinn, den Krankenkassen wirkstoff- oder indikationsbezogene Ausschreibungen vorzugeben. Die Krankenkassen dürfen die von Radiologen erhobenen Bedenken im Hinblick auf etwaige allergische - möglicherweise tödliche - Reaktionen bei ausschließlich wirkstoffbezogenen Verordnungen aufgreifen und diese Gesichtspunkte bei der Bestimmung ihres Beschaffungsbedarfs einbeziehen. Würde man jedoch Vertragsärzten unter abstrakter Berufung auf das Wirtschaftlichkeitsgebot eine Substitutionspflicht für die Verordnung von Kontrastmitteln auferlegen, sähen sich diese mit einer über die Vorgaben des § 129 Abs. 1 SGB V hinausgehenden Verpflichtung konfrontiert.

**Die Ast.** - eine pharmazeutische Unternehmerin, die auf den Gebieten Entwicklung, Herstellung und Vertrieb von Kontrastmitteln tätig ist - wendet sich gegen aus ihrer Sicht bestehende Vergabefehler im Rahmen einer Ausschreibung für Kontrastmittel. Die Ag. sind gesetzliche Krankenkassen und haben die "Lieferung von Kontrastmitteln" für radiologisch tätige Vertragsarztpraxen im Freistaat Sachsen in einem EU-weit bekannt gemachten offenen Verfahren in insgesamt 12 Ausschreibungen mit jeweils ca. 90 Fachlosen für eine Vertragslaufzeit vom 01.04.2009 bis 30.06.2010 ausgeschrieben. Jedes **Fachlos** bezieht sich auf eine **Pharmazentralnummer (PZN)**. Die PZN wird von der Informationsstelle für Arzneimittelspezialitäten GmbH (IFA) an die dort gemeldeten, in Deutschland oder EU-weit zugelassenen Fertigarzneimittel unter Angabe der Arzneimittelbezeichnung, des Arzneimittelherstellers, des Wirkstoffs, der Wirkstoffmenge, der Darreichungsform und der Packungsgröße vergeben. Die jedem Fertigarzneimittel zugeordnete PZN erlaubt die Identifizierung sämtlicher Arzneimittel nach den dargestellten Kriterien. Nicht von den Ausschreibungen erfasst sind die nach Maßgabe des EBM abgegoltenen vertragsärztlichen Leistungen. Die Ag. beabsichtigen, **pro Fachlos jeweils einen Rahmenvertrag (RV) mit dem obsiegenden Bieter zu schließen**. Die RV sollen die Belieferung und die Bezugspreise der jeweiligen Einzelaufträge bestimmen. Das Angebot der Bieter zum Abschluss der Rahmenvereinbarung soll dessen Bezugspreis je Verpackungseinheit für die jeweilige PZN bestimmen. Als Bezugspreis ist der in den jeweiligen Angeboten genannte Angebotseinheitsnettopreis je Verpackungseinheit der jeweiligen PZN einschließlich sämtlicher Nebenkosten für die Dauer der RV vorgesehen. Alleiniges **Zuschlagskriterium** für die Vergabe ist der **Preis**. Kontrastmittel sind Arzneimittel, die gemäß § 47 I 1 Nr. 2 lit.

d) AMG nicht an den Bezugsweg über öffentliche Apotheken gebunden sind. Radiologisch tätige Vertragsärzte beziehen Kontrastmittel i.d.R. über Hersteller, Großhändler und Händler (Leistungserbringer), indem sie die ärztliche Verordnung bei den Krankenkassen einreichen und diese sodann die Belieferung durch Leistungserbringer veranlassen. Nach Abschluss der RV sollen die Leistungserbringer die radiologischen Praxen auf Basis der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, den Verdingungsunterlagen sowie der Einzelaufträge mit den angeforderten Kontrastmitteln beliefern und unmittelbar mit der Ag. zu 1) als Kostenträger für Kontrastmittel im Freistaat Sachsen abrechnen. Ein Austausch mit wirkstoffgleichen Arzneimitteln soll nicht durchgeführt werden. **Vergabekammer des Bundes**, Beschl. v. 17.04.2009 - VK 1-35/09 -, untersagte den Ag., auf der Grundlage der streitgegenständlichen Vergabeverfahren Zuschläge zu erteilen und gab auf, bei fortbestehender Beschaffungsabsicht die Vergabe unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung der VK durchzuführen. Das LSG wies den Nachprüfungsantrag zurück.

### C) RAHMENRABATTVERTRÄGE MIT DREI VERTRAGSPARTNERN MIT UNTERSCHIEDLICHEN RABATTEN

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.09.2009 – L 21 KR 51/09 SFB –**

**RID 09-04-144**

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

SGB V §§ 69 II 1 HS 2, 129; GWB §§ 97 ff., 128; Richtlinie 2004/18/EG (Vergabekoordinierungsrichtlinie)

Der Abschluss von Rabattverträgen kann vergaberechtlich als die **Lieferung preisvergünstigter Arzneimittel** durch pharmazeutische Unternehmer an die Krankenkassen begriffen werden.

Es ist zulässig, in einem Rabattvertrag der **Apotheke unter mehreren rabattbegünstigten Arzneimitteln ein freies Wahlrecht einzuräumen**. Auch hier bleibt die Bindung an die allgemeinen Grundsätze des SGB V, etwa die in § 70 SGB V normierten Grundsätze, erhalten. Gerade deshalb hat der Apotheker bei seiner Entscheidung über das im konkreten Einzelfall abzugebende Arzneimittel auch in der Person des Versicherten liegende Gesichtspunkte, wie z.B. den der Compliance oder den der Verträglichkeit (Nebenwirkungen bei gleichem Wirkstoff aber unterschiedlichen Trägersubstanzen), zu beachten. Es kann nicht unterstellt werden, der Apotheker werde pflichtwidrig allein das Arzneimittel abgeben, das - aus welchen Gründen auch immer - seiner Apotheke den höchsten Profit oder andere Vorteile einbringt.

Ein Verstoß gegen das **Wettbewerbsprinzip** (§ 97 I GWB) liegt nicht vor, wenn der Abschluss von **Rahmenrabattverträgen mit drei Vertragspartnern** vorgesehen ist, die den Krankenkassen unterschiedlich hohe Rabatte einräumen. Die **Auffassung** in **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 26.03.2009 – L 21 KR 26/09 SFB – RID 09-02-170, die Einbeziehung mehrerer Vertragspartner behindere massiv den Wettbewerb, wird in dieser Absolutheit nicht aufrecht erhalten. Wo weitere Kriterien für den Auftraggeber wesentlich sind, wie etwa die Gesichtspunkte der Lieferfähigkeit (Verfügbarkeit) sowie der Einräumung von Auswahlmöglichkeiten unter den Produkten verschiedener Hersteller (Gesichtspunkte der Akzeptanz eines Arzneimittels durch den Versicherten oder die Verträglichkeit bei unterschiedlichen Trägerstoffen derselben Wirkstoffe), muss dies anders beurteilt werden. Eine **Ruheregelung** für den Fall, dass der Apothekenverkaufspreis (AVP) abzüglich des Rabattes eines vom Rabattvertrag erfassten Arzneimittels höher ist als der AVP von drei austauschfähigen Arzneimitteln (anderer Hersteller), ist nicht zu beanstanden.

Die Ausschreibung der Krankenkassen (Ag.) umfasste **18 - jeweils auf einen Wirkstoff bezogene - Lose** (Los 1 Amitriptylin; Los 2 Atenolol; Los 3 Bisoprolol; Los 4 Carvedilol; Los 5 Citalopram; Los 6 Clozapin; Los 7 Doxepin; Los 8 Fentanyl; Los 9 Gabapentin; Los 10 Levodopa/Carbidopa; Los 11 Lorazepam; Los 12 Metoprololsuccinat; Los 13 Metoprololtartrat; Los 14 Mirtazapin; Los 15 Opipramol; Los 16 Risperidon; Los 17 Sotalol; Los 18 Trimipramin). Es war vorgesehen, **Rabattverträge mit jeweils drei Bietern je Los** zu schließen. Die Verträge (die ursprünglich zum 01.05.2009 in Kraft treten sollten) haben eine **Laufzeit** von zwei Jahren mit einer zweimaligen einseitigen Verlängerungsmöglichkeit durch die Ag. von je einem Jahr. **Mindestabnahmemengen** von Arzneimitteln werden nicht garantiert. Der Auftragnehmer gewährt absolute **Rabatte** auf alle Arzneimittel eines Wirkstoffs, die Vertragsgegenstand geworden sind. Der Rabatt ist (zwar) für jedes Los (jeden Wirkstoff) einheitlich anzubieten, jedoch besteht keine Verpflichtung, jedes von dem betreffenden Unternehmen produzierte Arzneimittel des betreffenden Wirkstoffs (jede Pharmazentralnummer - PZN) anzubieten. Die Wirtschaftlichkeit der Angebote beurteilt sich nach den Verdingungsunterlagen ausschließlich an Hand des Kriteriums der erzielbaren Einsparungen. § 10 Abs. 1 des Vertragsentwurfs regelt den Eintritt des **Ruhens** des Vertrages für den Fall, dass der Apothekenverkaufspreis (AVP) abzüglich des Rabattes der von diesem Vertrag erfassten Arzneimittel höher ist als der drittgünstigste AVP der austauschfähigen Arzneimittel. Die Ast. sowie die zum Konzern gehörige Fa. T rügten das Vergabeverfahren und gaben jeweils Angebote zu den Losen 4 und 9 ab. **Vergabekammer des Bundes**, Beschl. v. 19.05.2009 - VK 2-15/09 -, verpflichtete die Ag., bei Fortbestehen der Vergabeabsicht das Vergabeverfahren unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung der VK spätestens ab der Aufforderung zur Angebotsabgabe zu wiederholen. Das **LSG** wies den Nachprüfungsantrag zurück.

### 3. VERGABE VON FORSCHUNGS-, ENTWICKLUNGS- UND BERATUNGSDIENSTLEISTUNGEN NACH § 137A I SGB V

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 06.08.2009 – L 21 KR 52/09 SFB –*

RID 09-04-145

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

SGB V §§ 69 II 1 HS 2, 137a; GWB §§ 97 ff., 107 II, 128;

Die von § 137a I SGB V geforderte "**fachliche Unabhängigkeit**" der Institution, der der Auftrag - im Rahmen eines Vergabeverfahrens - erteilt werden soll, stellt eine bieterschützende Vorschrift im Sinne des § 97 VII GWB dar.

Der Begriff der fachlichen Unabhängigkeit in § 137a I 1 SGB V wird in einer Aufgabenbeschreibung zutreffend durch die vier "Elemente" der "**Weisungsfreiheit**", der "**organisatorischen Unabhängigkeit**", der "**wirtschaftlichen Unabhängigkeit**" sowie der "**Freiheit von Interessenkollisionen**" beschrieben.

Der Ag. schrieb 2007 die geplante Vergabe von Forschungs-, Entwicklungs- und Beratungsdienstleistungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung im Gesundheitswesen nach § 137a I SGB V im Verhandlungsverfahren mit vorgeschaltetem Teilnahmewettbewerb europaweit aus. Die Ast. ist eine gemeinnützige GmbH, die seit Anfang 2001 für den Ag. die Qualitätssicherung im stationären Bereich durchführt. Die Beigel. ist eine GmbH, deren Hauptgesellschafter und Geschäftsführer zugleich Direktor des Instituts für B des Universitätsklinikums I ist; ein weiterer (Minderheits-)Gesellschafter ist Institutsleiter und Professor an der Universität G. Im Februar 2009 teilte der Ag. der Ast. mit, er beabsichtige, den Zuschlag auf das Gebot der Beigel. zu erteilen, weil das Angebot der Ast. unter Berücksichtigung der bekanntgegebenen Wertungskriterien nicht die bestmögliche Leistungserbringung gemäß § 16 Abs. 4 der Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen (VOF) erwarten lasse. *Vergabekammer des Bundes*, Beschl. v. 15.05.2009 - VK 2-21/09 – wies den Nachprüfungsantrag teilweise als unzulässig, teilweise als unbegründet zurück. Das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

entfällt RID 09-04-146

### 4. APOTHEKER: ZAHLUNGSPFLICHT DER KRANKENKASSE BEI GEFÄLSCHTEM ARZNEIMITTELREZEPT

*SG Leipzig, Urt. v. 22.04.2008 – S 8 KR 164/07 –*

RID 09-04-147

juris

SGB V § 129 V; BGB §§ 276 I 2, 278

**Leitsatz:** Der Apotheker hat aus einem gefälschten Arzneimittelrezept dann keinen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse, wenn - bei Anlegung eines objektiven Maßstabes - die Fälschung bei Beachtung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.

Das *SG* wies die Klage.

### 5. HILFSMITTELERBRINGER: VERSORGUNGSVERTRAG FÜR HÖRHILFEN IM SOG. VERKÜRZTEN VERSORGUNGSWEG

*SG Hamburg, Beschl. v. 24.04.2009 – S 2 KR 87/09 ER –*

RID 09-04-148

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

SGB V §§ 127 II u. IIa, 128 IV; SGG § 86b II; GG Art. 3 I, 12 I; GWB §§ 19-21

Ein **Hilfsmittelerbringer** hat bereits deshalb keinen **Anspruch auf Vertragsverhandlungen** und Vertragsabschluss mit den beehrten Inhalten, die den verkürzten Versorgungsweg möglich machen, wenn weder eine entsprechende Ausschreibung nach § 127 I SGB V noch eine öffentliche Bekanntmachung nach § 127 II SGB V erfolgt.

Dass seit 01.04.2009 § 128 IV SGB V die **Mitwirkung von Vertragsärzten** an der Versorgung mit Hilfsmitteln ausdrücklich nur noch auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen der Ärzte selbst mit den Krankenkassen unter der Bedingung der unmittelbaren Vergütung der zusätzlichen Leistungen durch die Krankenkassen an die Vertragsärzte möglich ist, zeigt nicht nur die Skepsis des Gesetzgebers gegenüber dem sog. verkürzten Versorgungsweg, wenn er auch nach wie vor zulässig ist, sondern ist ein weiterer Aspekt, der die Begründung eines Anspruchs auf Abschluss eines konkreten Vertrages zur Ermöglichung der Versorgung im verkürzten Versorgungsweg zu verhindern geeignet ist.

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

## 6. HÄUSLICHE PFLEGE: KEIN VERGÜTUNGSANSPRUCH BEI LEISTUNGSABLEHNUNG GEGENÜBER VERSICHERTER

*LSG Bayern, Urt. v. 12.03.2009 - L 4 KR 69/07 -*

RID 09-04-149

rechtskräftig  
SGB V a.F. §§ 37, 133  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

Eine Leistungspflicht der Krankenkasse entfällt, wenn einer **Versicherten gegenüber bestandskräftig entschieden** worden ist, dass die Voraussetzungen für die Gewährung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nicht gegeben sind.

*SG Nürnberg, Urt. v. 19.10.2006 - S 7 KR 622/05 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück; *BSG, Beschl. v. 13.07.2009 - B 3 KR 17/09 B -* wies die Nichtzulassungsbeschwerde ab.

## XI. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach *BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 21/08 R* (SozR 4-1300 § 111 Nr. 5) – 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* (SozR 4-2400 § 35a Nr. 4) – 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* (SozR 4-2500 § 222 Nr. 1) – 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. GEWÄHRUNG VON FINANZIELLEN HILFEN FÜR NOTLEIDENDE MITGLIEDSKASSE

*SG München, Urt. v. 08.10.2008 - S 3 KR 549/05 -*

RID 09-04-150

juris = NZS 2009, 448 m. Anm. Klose  
SGB V §§ 265a I u. II

Ein **Umlagemodus innerhalb eines Kassenverbandes**, dessen Folge ist, dass er alle Kassen nötigt, die sich unter der Schwelle von 13,1 Beitragssatzpunkten befinden, ihre Beitragssätze auf diese Schwelle anzuheben, ist rechtswidrig. Die Folge ist, dass die Vorauszahlungen der Betriebskrankenkassen mit niedrigeren Beitragssätzen im Vergleich zur Endabrechnung tendenziell geringer ausfallen. Damit wird den betroffenen Betriebskrankenkassen die Möglichkeit gegeben, im weiteren Jahresverlauf rechtzeitig den Beitragssatz anzupassen, um somit der Zahlungsverpflichtung bei der Endabrechnung zu entgehen oder sie zu minimieren.

### 2. UNTERLASSUNG WEGEN HERABWÜRDIGUNG DER VERTRÄGE ZUR HAUSARZTZENTRIERTEN VERSORGUNG

*LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 02.11.2009 - L 11 KR 3727/09 ER-B -*

RID 09-04-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB I §§ 13 ff.; SGB V § 69; UWG §§ 12 II; SGG § 86b II;

**Leitsatz:** 1. Die Regelung in **§ 12 Abs. 2 UWG**, wonach zur Sicherung der in diesem Gesetz bezeichneten Ansprüche auf Unterlassung einstweilige Verfügungen auch ohne die Darlegung und Glaubhaftmachung der in §§ 935 und 940 ZPO bezeichneten Voraussetzungen erlassen werden können, findet im sozialgerichtlichen Verfahren **keine Anwendung** (Anschluss an *LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.05.2008 - L 5 B 8/08 KR ER - RID 08-02-222 u. Beschl. v. 27.05.2008 - L 11 B 6/08 KR ER - RID 08-03-176*).

2. Die Grenzen des Wettbewerbs zwischen gesetzlichen Krankenkassen bestimmen sich nicht nach dem **UWG** (vgl. *BSG, Urt. v. 31.03.1998 - B 1 KR 9/95 R - BSGE 82, 78, 79*).

3. Zur Frage, inwieweit sich Krankenkassen (negativ) zur hausarztzentrierten Versorgung äußern dürfen.

Die **Ast.**, eine Trägerin der gesetzlichen **Krankenversicherung**, bietet ihren **Mitgliedern im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V ein "A.-Hausarzt Programm"** an. Die **Ag.** sind zwei Betriebskrankenkassen und eine Innungskrankenkasse. Auf der **Homepage der Ag.** zu 2 war bis zum 12.05.2009 ein **Informationsblatt** unter der Rubrik "hausarztzentrierte Versorgung - Schlucken Sie nicht jede Pille! - Wichtige Infos zu den umstrittenen Hausarztmodellen" zum Herunterladen eingestellt. Als Herausgeber firmierten neben den **Ag.** zu 1 und 3 der **VdEK**. Die **Ast.** verlangte von den **Ag.** erfolglos die **Unterlassung**

**folgender Äußerungen:** "1. In Hausarztmodellen sind Sie in der Wahl Ihres Arztes eingeschränkt! Wir schreiben Ihnen die Wahl Ihres Arztes nicht vor. 2. Therapiefreiheit für Ihren Hausarzt! In Hausarztmodellen wird auf die Therapiefreiheit von Ärzten aktiv Einfluss genommen." *SG Stuttgart*, Beschl. v. 29.07.2009 - S 16 KR 3783/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde wegen Fehlens eines Anordnungsgrundes zurück. Weiter führt das LSG aus, ein Anordnungsanspruch sei nach summarischer Prüfung eher wahrscheinlich; der Senat lässt aber offen, ob der geltend gemachte Unterlassungsanspruch besteht. Die Ag. könnten mit den beanstandeten Aussagen gegen das öffentlich-rechtliche Gebot der Rücksichtnahme und die Pflicht zur sachbezogenen Information verstoßen:

„Schon der Umstand, dass die Antragsgegner **die hausarztzentrierte Versorgung nahezu ausschließlich negativ darstellen**, dürfte mit einer sachbezogenen Information kaum vereinbar sein, da es sich dabei um eine besondere Versorgungsform handelt, die nicht nur im Gesetz vorgesehen ist, sondern die nach § 73b Abs. 1 SGB V alle Krankenkassen anbieten müssen. Darüber hinaus spricht viel dafür, dass die Antragsgegner mit diesen Äußerungen **den Eindruck erwecken, den Versicherten werde die Wahl ihres Arztes vorgeschrieben**. Dabei ist die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig (§ 73b Abs. 3 Satz 1 SGB V). Die **Aussagen zur Therapiefreiheit** in Hausarztmodellen entspricht wohl ebenfalls nicht den Tatsachen. Denn die ärztliche Therapiefreiheit darf in der hausarztzentrierten Versorgung nicht eingeschränkt werden und wird es auch nicht. Die Behauptung der Antragsgegner, das Informationsblatt sei als interne Argumentationshilfe für Mitarbeiter herausgegeben worden, dürfte schon durch die Überschrift widerlegt werden. Darin werden die Ausführungen als "Versicherten-Information Ihrer Krankenkassen" bezeichnet; außerdem werden die Versicherten auch an anderer Stelle direkt angesprochen.“

## XII. Verfahrensrecht/Sonstiges/Streitwert

### 1. ÖRTLICHE ZUSTÄNDIGKEIT FÜR KRANKENHAUSVERGÜTUNGSVERFAHREN

*SG Ulm, Beschl. v. 19.10.2009 – S 13 KR 529/09 -*

RID 09-04-153

juris

SGB V § 112; SGG § 57a III

**Leitsatz:** Die Zuständigkeitsregelung in § 57a Abs. 3 SGG greift nicht allein dann ein, wenn ein Rechtsstreit sich ausschließlich auf den Bestand oder die Auslegung eines Landesvertrages bezieht.

Das *SG* verwies den Rechtsstreit an das *SG Stuttgart*.

Vgl. zuletzt RID 09-03 B XI sowie *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.

### 2. STREITWERTFESTSETZUNG: RECHTMÄßIGKEIT DER KÜNDIGUNG EINES VERSORGUNGSVERTRAGES

*LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 14.07.2009 – L 5 KR 19/09 B ER –*

RID 09-04-154

juris

SGG § 197a I 1; GKG §§ 42 III 1, 47 I 1, 52 I, 63 II; SGB V § 132a II

**Leitsatz:** Der Streitwert für Verfahren, in denen es um die Rechtmäßigkeit der Kündigung eines Versorgungsvertrages mit einer Pflegeeinrichtung geht, bemisst sich ausgehend vom Gewinn der Einrichtung, nicht unter Zugrundelegung des Umsatzes (Abweichung von *BSG* vom 12.06.2008 - B 3 P 2/07 R - SozR 4-3300 § 79 Nr. 1).

## XIII. Entscheidungen des BSG

### 1. NEUE BEHANDLUNGSMETHODE: TORISCH INTRAOKULARER KONTAKTLINSEN/NOTSTANDS-ÄHNLICHE SITUATION

*BSG, Urt. v. 05.05.2009 – B 1 KR 15/08 R – SozR 4-2500 § 27 Nr. 16*

RID 09-04-155

**Leitsatz:** Eine hochgradige Sehstörung (starke Kurzsichtigkeit kombiniert mit Astigmatismus bei Kontaktlinsen- und Brillenunverträglichkeit) begründet keine notstandsähnliche Situation, die eine grundrechtsorientierte Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung rechtfertigt.

## 2. ICSI-BEHANDLUNGEN: KEINE KOSTEN FÜR EHEFRAU

**BSG, Beschl. v. 17.06.2009 – B 1 KR 2/09 B –**

**RID 09-04-156**

BeckRS 2009 67902

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hessen**, Urtr. v. 30.10.2008 – L 1 KR 143/07 – RID 09-01-126 wird als unzulässig zurückgewiesen.

Das BSG hat bereits wiederholt ausdrücklich entschieden, dass eine Krankenkasse gegenüber ihrem Versicherten nicht leistungspflichtig ist für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, die unmittelbar und ausschließlich am Körper des nicht bei ihr versicherten Ehegatten ihres Versicherten ausgeführt werden (vgl. zuletzt: BSG, Urtr. v. 17.06.2008 - B 1 KR 24/07 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 17 Rn. 18 m.w.N.; BSG SozR 4-2500 § 27a Nr. 1 Rn. 20 m.w.N.; BSGE 88, 51, 54 f = SozR 3-2500 § 27a Nr. 2 S. 14; BSG SozR 3-2500 § 27a Nr. 3 S. 26).

## 3. FAHRKOSTEN FÜR REHABILITATIONSSPORT

**BSG, Urtr. v. 22.04.2009 – B 3 KR 5/08 R –**

**RID 09-04-157**

Fahrkosten, die im Zusammenhang mit der Teilnahme eines Versicherten am Rehabilitationssport entstanden sind, gehören nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (so bereits Urteil des 1. Senats des BSG vom 22.04.2008 - B 1 KR 22/07 R - SozR 4-2500 § 60 Nr. 4).

## 4. KEINE AUFNAHME VON HÜFTPROTECTOREN IN HILFSMITTELVERZEICHNIS WEGEN FEHLENDER HILFSMITTELEIGENSCHAFT

**BSG, Urtr. v. 22.04.2009 – B 3 KR 11/07 R – SozR 4-2500 § 33 Nr. 22**

**RID 09-04-158**

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

2. Eine **Behinderung droht**, wenn ohne ärztliche Behandlungsmaßnahmen aus einem bestimmten Krankheitsbild bei natürlichem Verlauf in absehbarer Zeit mit einiger Wahrscheinlichkeit ein Dauerzustand in Form einer sonst nicht mehr behebbaren konkreten Funktionseinschränkung erwachsen kann.

3. Die **Eintragung eines Hilfsmittels** in das Hilfsmittelverzeichnis (einschließlich des Pflegehilfsmittelverzeichnisses) konnte auch schon vor dem 1.4.2007 nur vom **Hersteller**, nicht aber vom **Vertreiber** des Produkts beantragt werden.

## 5. KRANKENKASSEN

### A) VERBOT DER KREDITAUFNAHME AM KAPITALMARKT

**BSG, Urtr. v. 03.03.2009 – B 1 A 1/08 R – SozR 4-2500 § 222 Nr. 1**

**RID 10-01-**

**Leitsatz:** 1. Krankenkassen dürfen ohne gesetzliche Erlaubnis keine **Kredite am Kapitalmarkt** aufnehmen, auch keine sog Kassenverstärkungskredite.

2. Krankenkassen sind vorrangig verpflichtet, ihre **Betriebsmittel** in einer jederzeit verfügbaren Form und sicher **anzulegen**, während die Erzielung eines Ertrags demgegenüber nachrangig ist.

3. **Anlageformen mit spekulativem Charakter** (hier: kreditfinanzierte Anlage) sind den Krankenkassen nicht erlaubt.

### B) SCHADENSERSATZVERPFLICHTUNG DES VORSTANDS

**BSG, Urtr. v. 05.05.2009 – B 1 KR 9/08 R – SozR 4-2400 § 35a Nr. 4**

**RID 09-04-160**

**Leitsatz:** 1. Ein **Krankenkassen-Vorstand** hat den **Schaden zu ersetzen**, der aus einer Verletzung seiner Pflicht erwächst, seine Krankenkasse zutreffend über ihre Vermögenssituation zu informieren.

2. Hauptamtliche Krankenkassenvorstände unterfallen nicht dem **Haftungsregime** des § 42 SGB IV.

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. WIDERRUF DER APPROBATION

##### A) SEXUELLE ÜBERGRIFFE ZWISCHEN PSYCHOTHERAPEUT UND PATIENTIN

*VG Stuttgart, Urt. v. 01.10.2009 – 4 K 597/09 –*

RID 09-04-161

juris

PsychThG §§ 2 I Nr. 3, 3 II 1

**Leitsatz:** Sexuelle Übergriffe im besonders schutzwürdigen Bereich des direkten Verhältnisses zwischen Psychotherapeut und Patientin stellen eine schwerwiegende Verfehlung dar, aus der sich die Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt.

Der 1946 geb. Kl. wurde mit **rechtskräftigem Urteil des AG S. v. 23.07.2008 - 1 Ls 41 Js 30495/07 -** wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses in sieben Fällen zu der Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und drei Monaten verurteilt. Der Verurteilung wurde zugrunde gelegt, dass der Kl. bei fünf Patientinnen im Rahmen von Entspannungs- bzw. Atemübungen diesen Patientinnen unter die Kleidung gegriffen und deren Brüste betastet hatte und zweimal im Rahmen einer Hypnosebehandlung, bei der die Patientin jedoch nicht in einen hypnotischen Zustand geraten war, deren Brüste einmal über und einmal unter ihrem BH betastet hatte. Unter Bezugnahme auf sein Vorbringen im Rahmen des sozialgerichtlichen Verfahrens zum Entzug der Kassenzulassung **führte der Kl. u.a. aus**, eine Wiederholungsgefahr bestehe nicht, nachdem er seit dem letzten Vorfall von Januar 2007 bis Oktober 2008 beanstandungsfrei praktiziere und die Therapieanteile bei hypnosuggestiven Verfahren und Atementspannung, die Berührungen beinhalteten, nicht mehr durchführe. Es bestehe keine Bindung an das strafgerichtliche Urteil. Dieses beruhe auf einem Deal, auf den er sich eingelassen habe, weil eine Freiheitsstrafe ohne Bewährung gedroht habe, ohne die sich daraus ergebenden Folgen berufsrechtlicher Art zu übersehen. Die strafrechtlichen Feststellungen seien nicht zutreffend. Sie fänden auch keine ausreichende Grundlage in den Aussagen der Zeuginnen. Es sei nicht zu Missbrauch gekommen, sondern es lägen Fehlwahrnehmungen vor. Das **Landesgesundheitsamt entzog die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut**. Das *VG* wies die Klage ab und führte u.a. aus:

„(...) 17 Das Verhalten des Klägers, das der **strafgerichtlichen Verurteilung** durch das Amtsgericht S. zugrunde liegt, stellt ein derart **schwerwiegendes Fehlverhalten** dar. Nach dessen Feststellungen hat der Kläger in fünf Fällen im Rahmen von Entspannungs- bzw. Atemübungen seinen Patientinnen unter die Kleidung gegriffen und deren Brüste betastet sowie zweimal im Rahmen einer Hypnosebehandlung, bei der die Patientin jedoch nicht in einen hypnotischen Zustand geraten war, deren Brüste einmal über und einmal unter ihrem BH betastet. Diese Feststellungen legt das Verwaltungsgericht auch seiner Entscheidung zugrunde. Nachdem selbst die in einem rechtskräftigen Strafbefehl enthaltenen tatsächlichen und rechtlichen Feststellungen regelmäßig zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung der betroffenen Persönlichkeit gemacht werden dürfen, soweit sich nicht gewichtige Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit solcher Feststellungen ergeben, gilt dies erst Recht für ein auf der Grundlage einer Hauptverhandlung ergangenes Strafurteil (vgl. BVerwG, Beschl. v. 03.03.2003, 3 B 10/03 -, <juris> und Urt. v. 26.09.2002 - 3 C 37.01, NJW 2003, 913). (...)

20 Soweit der Kläger darauf hinweist, es sei zu seinen Gunsten zu berücksichtigen, dass **er sich in der letzten Zeit nichts mehr habe zuschulden kommen lassen**, so dass nicht mit der Begehung weiterer Straftaten zu rechnen sei, räumt dieser Gesichtspunkt seine Unwürdigkeit zur Ausübung seines Berufs nicht aus. Davon abgesehen, dass es eine Selbstverständlichkeit darstellen sollte, dass er sich nicht wieder zu Lasten seiner Patientinnen strafbar gemacht hat, ist der Widerruf der Approbation nicht auf den Grund der Unzuverlässigkeit gestützt worden, der eine negative Prognose voraussetzt, sondern auf die Tatsache, dass der Kläger sich als **unwürdig** im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 3 PsychThG erwiesen hat. (...)

##### B) UNWÜRDIGKEIT BEI ABRECHNUNGSBETRUG GEGENÜBER KV

BÄO §§ 3, 5; GG Art. 12

*VG Bayern, Beschl. v. 27.07.2009 – 21 ZB 08.2988 –*

RID 09-04-162

juris

Der Antrag auf Zulassung der Berufung gegen *VG München*, Urt. v. 30.09.2008 – M 16 K 08.741 – wird abgelehnt.

Ein Arzt, der wegen sich über einen Zeitraum von fast vier Jahren erstreckender 15 tatmehrheitlicher Fälle des Abrechnungsbetrugs im besonders schweren Fall, durch den der gesetzlichen Krankenversicherung ein Gesamtschaden in Höhe von 164.292,60 € entstanden ist, zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe** von 12 Monaten auf Bewährung (drei Jahre) und einer Gesamtgeldstrafe von 360 Tagessätzen zu je 80,00 € **verurteilt** worden ist, hat sich als unwürdig zur weiteren Ausübung des ärztlichen Berufs erwiesen.

**OVG Niedersachsen, Beschl. v. 02.02.2009 – 8 LA 99/09 –**

**RID 09-04-163**

www.dbovg.niedersachsen.de = juris

Der Antrag auf Zulassung der Berufung gegen **VG Hannover**, Urt. v. 25.03.2009 – 5 A 7411/06 – wird abgelehnt.

Wird die Untragbarkeit einer weiteren Berufsausübung bejaht, so bedarf es keiner weitergehenden **Prognose** zu konkret von dem Betroffenen in Zukunft zu erwartenden Verstößen.

Zwar mag den Angehörigen der Heilberufe heute nicht mehr in jeder Beziehung eine integere Lebensführung auferlegt sein und allein die Begehung eines (einzelnen) Vermögensdelikts durch einen Arzt noch nicht zu dessen Unwürdigkeit führen. **Unwürdigkeit** ist aber jedenfalls dann zu bejahen, wenn der Arzt vorsätzlich eine schwere, gemeingefährliche oder gemeinschädliche oder gegen die Person gerichtete, von der Allgemeinheit besonders missbilligte, ehrenrührige Straftat begangen hat (vgl. a. VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 01.12.2003 – 9 S 1138/03 – RID 04-02-249, NJW 2003, 3647 ff.).

Der Widerruf der Approbation ist zu Recht bei einem Arzt erfolgt, der über einen Zeitraum von fünf Jahren in einem Umfang von fast 240.000 € zu Unrecht Leistungen gegenüber der KV abgerechnet hat und deshalb wegen gewerbsmäßig begangenen **Betruges** rechtskräftig verurteilt worden ist.

### **C) NICHT INDIZIERTE IMPFUNGEN/ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG**

**VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 29.09.2009 – 9 S 1783/09 –**

**RID 09-04-164**

juris = [http://lrhw.juris.de/cgi-bin/laender\\_rechtsprechung](http://lrhw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung)

VwGO § 80; BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; VwVfG § 52 S. 1

**Leitsatz:** 1. Wer in zahlreichen Fällen **vorsätzliche Körperverletzungen** dadurch begeht, dass er **zum Zwecke der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen Impfungen** durchführt, die entweder nicht medizinisch indiziert sind, über die er seine Patienten nicht sachgerecht aufgeklärt hat oder die er vornimmt, indem er seine ihm vertrauenden Patienten über sein tatsächliches Tun im Unklaren lässt, zerstört das ihm als Arzt entgegengebrachte Vertrauen.

2. Entsprechend der besonderen Bedeutung des **Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient** gehört es zu den grundlegenden **Berufspflichten**, dass Ärzte dem ihnen entgegengebrachten Vertrauen entsprechen und weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patienten stellen.

3. Die Frage, ob ein Arzt durch sein Verhalten nicht mehr das Ansehen und das Vertrauen besitzt, das für die Ausübung seines Berufes unabdingbar nötig ist, und ob er deshalb der Ausübung seines **Berufes unwürdig** ist, unterliegt objektiven Beurteilungsmaßstäben und ist von zufälligen Umständen des Einzelfalles - auch der Treue seines Patientenstammes - unabhängig.

4. In Fällen der offensichtlichen Rechtmäßigkeit des Widerrufs der Approbation wegen nachträglicher Unwürdigkeit ist die Verhältnismäßigkeit der **Anordnung der sofortigen Vollziehung** der Entscheidung in der Regel zu bejahen.

Der **VGH** wies die Beschwerde gegen **VG Karlsruhe**, Beschl. v. 16.07.2009 – 11 K 1455/09 – RID 09-03-185 zurück.

### **D) SCHWERWIEGENDES FEHLVERHALTEN: BETRUG ZUM NACHTEIL VON PATIENTEN/STEUERHINTERZIEHUNG**

**OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.08.2009 – 13 A 1178/09 –**

**RID 09-04-165**

juris

BÄO § 5 II; ZHG § 4 II 1

Der Antrag auf Zulassung der Berufung gegen **VG Düsseldorf**, Urt. v. 20.04.2009 – 7 K 17/08 – wird abgelehnt. Ein Arzt hat sich die ihm zum Nachteil reichenden Tatsachenfeststellungen in den **strafgerichtlichen Verfahren** und Entscheidungen auch im Verfahren zur Entziehung der Approbation gegen sich gelten zu lassen. Etwas anderes könnte nur dann gelten, wenn gewichtige Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der tatsächlichen und rechtlichen Feststellungen in den strafgerichtlichen Entscheidungen gegeben sind.

Strafrechtliche Verurteilungen wegen mehrfachen **Betruges zum Nachteil von Patienten** und wegen in Zusammenhang mit der Berufsausübung stehender **Steuerhinterziehungen** sowie mehrere strafrechtliche Ermittlungsverfahren wegen Vorenthaltens und Veruntreuens von **Arbeitsentgelt** und wegen rückständiger **Sozialversicherungsbeiträge** rechtfertigen die Annahme eines schwerwiegenden Fehlverhaltens bei der Einhaltung der beruflichen Verpflichtungen als Arzt.

Die Bezeichnung eines Verhaltens als rücksichtsloses bzw. als "übersteigertes" **Gewinnstreben** begegnet keinen Bedenken, weil diese Bezeichnungen bei Betrugshandlungen gegenüber Patienten in

einem Ausmaß von über 27.000 DM und bei einer Steuerhinterziehung von mehr als 78.000 Euro in vier Jahren durchaus berechtigt sind.

Dass die einem Arzt zur Last gelegten Handlungen zum Zeitpunkt des Abschlusses des Widerspruchsverfahrens bereits **einige Jahre zurück** lagen, führt nicht dazu, den Widerruf der Approbation als rechtswidrig anzusehen. Maßgeblich für den Widerruf der Approbation sind die konkreten Umstände und im Hinblick auf die Zuverlässigkeit der vor allem durch die Art, Schwere und Zahl der Verstöße gegen die Berufspflichten manifest gewordene Charakter des Arztes. Im Rahmen dieser umfassenden Wertung ist der **Zeitablauf** lediglich ein Faktor unter anderen, dem je nach Lage des Falles eine mehr oder weniger große Bedeutung zukommen kann (vgl. BVerwG, Beschl. v. 16.07.1996 - 3 B 44.96 - Buchholz 418.00 Ärzte Nr. 95).

Dem **Alter eines Arztes** kommt bezüglich der Rechtmäßigkeit des Widerrufs der Approbation gleichfalls keine Bedeutung zu. Wer in fortgeschrittenem Alter strafbare Handlungen begeht, die zu berufsrechtlichen Konsequenzen führen (können), kann sich, wenn diese Konsequenzen tatsächlich eintreten, nicht darauf berufen, diese seien wegen seines Alters nicht verhältnismäßig.

## E) WIDERRUF DER ZAHNÄRZTLICHEN APPROBATION WEGEN "KICK-BACK"-ZAHLUNGEN

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.04.2009 – 13 A 9/08 –*

RID 09-04-166

juris

BÄO § 5 II; ZHG § 4 II 1

Der Antrag auf Zulassung der Berufung gegen *VG Düsseldorf*, Ur. v. 09.11.2007 – 26 K 2443/07 – wird abgelehnt.

**Leitsatz:** 1. Die Möglichkeit des Widerrufs einer (zahn-)ärztlichen Approbation wegen Fehlverhaltens knüpft an die Unzuverlässigkeit oder Unwürdigkeit des Betreffenden an.

2. Stellt das Verwaltungsgericht bei seiner Entscheidung wegen Widerrufs der Approbation auf beide Widerrufstatbestände ab, muss der Antrag auf Zulassung der Berufung Darlegungen zu beiden Tatbeständen enthalten.

Zur Strafverurteilung d. Kl. wegen gewerbs- und bandenmäßigen Betruges in 36 Fällen in Zusammenhang mit sog. "Kick-Back"-Zahlungen von der Firma H. s. BGH, Ur. v. 16.11.2006 – 3 StR 204/06 – RID 09-02-218.

## 2. BERUFSPFLICHTEN/VERFAHRENSRECHT

### A) BVERWG

#### AA) HERANZIEHUNG EINES PRIVATARZTES ZUM ÄRZTLICHEN NOTFALLDIENST

*BVerwG, Beschl. v. 17.09.2009 – 3 B 67/09 –*

RID 09-04-167

www.bverwg.de = juris

GG Art. 3 I, 12 I; HeilBerG NRW § 30 Nr. 2

Die Beschwerde gegen *OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 22.06.2009 – 13 A 3775/06 – RID 09-03-190 wegen Nichtzulassung der Revision wird zurückgewiesen.

Die Einrichtung und Durchführung eines **gemeinsamen Notfalldienstes der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigung** verfolgt den Zweck, eine unnötige Doppelgleisigkeit im Notfalldienst zu vermeiden (Ur. v. 09.06.1982 - BVerwG 3 C 21.81 - BVerwGE 65, 362 <366> = Buchholz 418.00 Ärzte Nr. 54 S. 17). Der dahinstehende Gemeinwohlbelang eines effektiv organisierten ärztlichen Notfalldienstes ist geeignet, geringfügige Belastungen zu rechtfertigen; hierzu gehört, sich evtl. ein **Gerät zum Einlesen der Krankenkassenkarten** zu beschaffen und sich über **Diagnoseschlüssel** und die Abrechenbarkeit von Medikamenten informieren zu müssen.

#### BB) LOGO „MACDENT“ MIT SCHRIFTZUG „GEPRÜFTE QUALITÄTSSTANDARDS“ EINES FRANCHISE-UNTERNEHMENS

*BVerwG, Ur. v. 24.09.2009 – 3 C 4/09 –*

RID 09-04-168

BeckRS 2009 40450

GG Art. 12 I; HeilBerG NRW § 6; BO Zahnärztekammer Westfalen-Lippe § 6

**Leitsatz:** Es ist mit dem Grundrecht der **freien Berufsausübung** nicht vereinbar, einem niedergelassenen Zahnarzt die **Verwendung eines Logos zu untersagen**, mit dem schlagwortartig auf die Einhaltung geprüfter Qualitätsstandards eines Franchise-Unternehmens hingewiesen und zugleich eine Internetadresse angegeben wird, die nähere Informationen über die Standards und ihre Kontrolle enthält.

## B) PRIVAT ORGANISierter ZAHNÄRZTLICHER NOTDIENST NICHT MIT ZUSATZ „ALLE KASSEN“

*VG Gelsenkirchen, Urt. v. 03.03.2009 – 7 K 2610/08 –*

RID 09-04-169

juris

GG Art. 3 I; HeilBerG NRW § 6 I Nr. 6

Eine Verletzung des **Gleichbehandlungsgrundsatzes** des Art. 3 I GG liegt mit Blick darauf, dass der **öffentlich-rechtliche zahnärztliche Notdienst** - anders als ein privat organisierter Notdienst - nicht verpflichtet ist, auf seine **Organisationsform hinzuweisen**, nicht vor. Eine Ungleichbehandlung ist insoweit jedenfalls schon deshalb nicht gegeben, weil das Fehlen des Zusatzes beim öffentlich-rechtlich organisierten zahnärztlichen Notdienst nicht zu einer Irreführung der Patienten führt. Der durchschnittlich informierte Patient geht davon aus, dass es sich bei einem nicht durch weitere Zusätze gekennzeichneten zahnärztlichen Notdienst um denjenigen handelt, für dessen Organisation regelmäßig die jeweilige Heilberufskammer zuständig ist.

## C) WERBUNG MIT SELBSTVERSTÄNDLICHEN ZAHNÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

*VG Münster, Urt. v. 07.10.2009 – 5 K 777/08 –*

RID 09-04-170

juris

GG Art. 12 I; BO NRW § 21 I

Eine Werbung ist als **berufswidrig** anzusehen, die **Selbstverständlichkeiten** hervorhebt. Von einer Werbung mit Selbstverständlichkeiten ist auszugehen, wenn in der Werbung Eigenschaften einer Leistung, die notwendigerweise zu ihrem Wesen gehören oder gesetzlich vorgeschrieben sind, besonders betont werden. Diese Werbeaussage ist dann trotz ihrer objektiven Richtigkeit irreführend, wenn der angesprochene Personenkreis das Selbstverständliche der Eigenschaft nicht erkennt und deshalb zu Unrecht von einem Vorzug der beworbenen Leistung vor vergleichbaren anderen Angeboten ausgeht. Derartige Eigenschaften, die den entsprechenden Angeboten der Mitbewerber ebenfalls eigen sind, dürfen deshalb nicht als Besonderheiten des eigenen Angebots hingestellt werden, um zu vermeiden, dass der angesprochene Personenkreis irreführt wird (OLG Hamm, Urt. v. 06.09.2001 - 4 U 77/01 - Apothekenrecht 2003, 11-17 - Gliederungsnr. 49 - Werbung mit dem Motto "Beratung ist unsere Stärke").

Anzeigen, die darauf abzielen, mögliche Patienten darüber zu informieren, dass die Zahnärzte den **Standardzahnersatz** im Sinne der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung anbieten, bewerben eine selbstverständliche Leistung, wie sie von allen anderen Zahnärzten angeboten wird. Wird der Patient erst dann, wenn er gleichsam schon im Behandlungsstuhl sitzt, darüber informiert, dass er nur die Kassenleistung erhält und jede über der Standardausführung hinausgehende Versorgung zusätzlich bezahlen muss, so steht bei dieser Art der Werbung die Anpreisung von zahnärztlichen Regelleistungen und nicht die Information über die Leistung selbst im Vordergrund.

Angaben in Anzeigen über **Zahnersatz " aus deutschem Meisterlabor"** und "Made in Germany" sind dann berufswidrig, wenn sie objektiv falsch sind, da nur ca. 80% des Zahnersatzes der werbenden Zahnärzte in der Bundesrepublik Deutschland angefertigt wird.

Bei einem **Angebot von Sonderaktionen** in Form einer "**Sommeraktion**" steht der "Verkauf" zahnärztlicher Leistungen in einem bestimmten Zeitraum und nicht die sachlich angemessene Information über Zahnersatzleistungen im Vordergrund. Die werbenden Zahnärzte treten nach außen insoweit wie jeder Anbieter gewerblicher Leistungen mit saisonalen Angeboten auf. Dies ist mit den Gemeinwohlbelangen einer ordnungsgemäßen zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung und der Erhaltung des Vertrauens in die berufliche Integrität von Zahnärzten nicht vereinbar, weil auch insoweit die Information von möglichen Patienten eindeutig hinter das Ziel der Verkaufsförderung zurück tritt.

## D) ANHÖRUNGSERFORDERNIS VOR BERUFSRECHTLICHER RÜGE/INHALTLICHE BESTIMMTHEITSANFORDERUNGEN

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.09.2009 – 6t A 2297/07.T –*

RID 09-04-171

Landesberufsgericht für Heilberufe Münster

juris

HeilBerG NW § 58a

**Leitsatz:** 1. Vor der Erteilung einer Rüge muss der Betroffene angehört werden.

2. Die Rüge muss die vorgeworfene Berufspflichtverletzung - nicht anders als der Antrag auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens - eindeutig benennen und die Grenzen des dazu herangezogenen Tatsachenstoffs genau umreißen.

### 3. WEITERBILDUNG: FACHARZTBEZEICHNUNG ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE/ÜBERGANGSREGELUNG

*VG Münster, Urt. v. 13.02.2009 – 10 K 746/08 –*

RID 09-04-172

juris  
GG Art. 12 I

Regelungen über **Facharztbezeichnungen** sind, da sie die Tätigkeit im Grundsätzlichen nicht tangieren, solche der **Berufsausübung**. Gemäß Art. 12 I 2 GG kann die Berufsausübung durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes geregelt werden. Während die statusbildenden Regelungen des Facharztwesens durch ein förmliches Gesetz festgelegt werden müssen, kann die genaue Ausgestaltung der Facharztweiterbildung durch das Satzungsrecht der Ärztekammern vorgenommen werden (vgl. BVerfG, Beschl. v. 09.05.1972 - 1 BvR 518/62 - BVerfGE 33, 125, 167).

Die Regelungen über die **Zulassung zur Prüfung für die Anerkennung der Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie** verstoßen nicht gegen Art. 12 I GG. Die Gemeinwohlbelange, die mit den Zulassungsvoraussetzungen verfolgt werden, liegen darin, dass Weiterbildungsordnungen mit vorgesehenen Facharztbezeichnungen eine größere Erkennbarkeit und Transparenz der Qualifikation eines Arztes bewirken und damit letztlich dem Schutz des Patienten dienen, weil dieser mit einer Facharztbezeichnung eine besondere medizinische Qualifikation des Arztes verbindet. Zur Erreichung dieses Zwecks ist es erforderlich, die Zulassung zur Prüfung von der Absolvierung einer bestimmten **Weiterbildungszeit** abhängig zu machen, in der der Arzt die mit der Facharztbezeichnung verbundenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erwirbt. Auch die **Übergangsregelung**, die es Ärzten, die im Besitz der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie oder im Besitz der Facharztanerkennung Orthopädie sind, ermöglicht, die Zulassung zur Prüfung zu beantragen, wenn sie nachweisen, dass sie innerhalb der letzten acht Jahre vor der Einführung mindestens zwei Jahre regelmäßig und überwiegend in der Orthopädie und Unfallchirurgie tätig waren, begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Insbesondere die **Acht-Jahres-Frist** erweist sich als verhältnismäßig. Die Übergangsregelung, die lediglich eine **zweijährige regelmäßige und überwiegende Tätigkeit** in der Orthopädie und Unfallchirurgie fordert, stellt eine deutliche Erleichterung gegenüber den allgemeinen Voraussetzungen für die Zulassung zur Prüfung dar, nach denen eine Weiterbildungszeit von sechs Jahren abzuleisten ist. Diese geringeren Anforderungen der Übergangsregelung sind nur deshalb gerechtfertigt, weil durch eine Fristenregelung (innerhalb der letzten acht Jahre) gewährleistet wird, dass die vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten in der praktischen Arbeit innerhalb der letzten Jahre eingesetzt worden sind und deshalb noch präsent sind.

### 4. ANERKENNUNG EINER FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG „PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG“ IN MALLORCA

*VG Düsseldorf, Urt. v. 18.03.2009 – 7 K 1885/07 –*

RID 09-04-173

juris  
HeilBerG NRW § 47; WBO NRW § 4 VIII

Wurde eine Fortbildungsveranstaltung, die durch ein Mitglied der Ärztekammer durchgeführt wird, durch die **zuständige Ärztekammer anerkannt**, so ist dieses für die anderen Kammern bindend. Dem kann nicht entgegeng gehalten werden, dass eine Bindungswirkung deshalb entfällt, weil die Fortbildungsveranstaltung im Ausland (hier: Mallorca) stattgefunden hat.

### 5. WERBERECHT/WETTBEWERBSRECHT

#### A) BGH: VERMITTLUNG EINES BRILLENLIEFERVERTRAGES MIT EINEM BESTIMMTEN OPTIKER

*BGH, Urt. v. 09.07.2009 – I ZR 13/07 –*

RID 09-04-174

(Brillenversorgung) [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris  
UWG §§ 3, 4 Nr. 11; NdsBOA §§ 3 II, 34 V; MBO §§ 3 II, 34 V

**Leitsatz:** Allein der Wunsch des Patienten, sämtliche Leistungen aus einer Hand zu erhalten, reicht nicht aus, um eine Verweisung an einen bestimmten Optiker sowie eine Abgabe und Anpassung der Brille durch den Augenarzt zu rechtfertigen.

## B) „ZUWEISERPRÄMIE“: KRANKENHAUSEMPFEHLUNG IN VERTRAG ÜBER "SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG"

*OLG Düsseldorf, Urt. v. 01.09.2009 – I-20 U 121/08 –*

RID 09-04-175

[www.justiz.nrw.de/nrwe](http://www.justiz.nrw.de/nrwe)

UWG §§ 3, 4 Nr. 1 u. 11, 8 I 11, III Nr. 2; BO NRW § 31

Der Abschluss eines Vertrages über die "**sektorenübergreifende Versorgung**" stellt sich als **Beihilfe** zu einem Verstoß gegen §§ 3, 4 Nr. 1 UWG dar, wenn sie ein Verhalten des Vertragsarztes ermöglicht, welches sich als unangemessener **Druck auf seine Patienten** darstellt, sich zur stationären Behandlung in ein bestimmtes Krankenhaus zu begeben. Krankenhausträger und Chefarzt des Krankenhauses können daher auf Unterlassung des Abschlusses von solchen Verträgen in Anspruch genommen werden.

Schon allein die **Verpflichtung** des Vertragsarztes zur **Empfehlung des Krankenhauses** reicht für Untersagung des Vertrages aus.

Es ist ohne weiteres damit zu rechnen, dass zumindest ein erheblicher Teil der Ärzte bei mehreren in Betracht kommenden, qualitativ gleichwertigen Alternativen seinem Patienten diejenige empfehlen wird, von der er selbst einen **wirtschaftlichen Vorteil** hat (so a. OLG Stuttgart, Urt. v. 10.05.2007 - 2 U 176/06 - BeckRS 2007 08769). Die **Empfehlung** eines Arztes für ein bestimmtes Haus, die auch darauf beruht, dass ihm ein Vorteil zufließt, ist aber mit dem Grundsatz einer allein nach ärztlichen Gesichtspunkten zu treffenden Entscheidung nicht zu vereinbaren (vgl. BGH, GRUR 2005, 1059, 1060 - Quersubventionierung von Laborgemeinschaften). Die Aussicht für den Arzt, in einem erheblichen Teil der Fälle beauftragt zu werden, genügt zur Annahme eines Zusammenhangs zwischen den von ihm insgesamt ausgesprochen Empfehlungen und dem sich aus seiner Beteiligung an der "Sektorenübergreifenden Versorgung" ergebenden Zusatzverdienst.

## C) VERLÄNGERTE ÖFFNUNGSZEITEN KEIN ZAHNÄRZTLICHER NOTDIENST

*OLG Hamm, Urt. v. 16.06.2009 – I-4 U 22/09 –*

RID 09-04-176

WRP 2009, 1421

UWG § 5

Das Angebot einer Zahnarztpraxis mit verlängerten Öffnungszeiten ist kein „Zahnärztlicher Notdienst“. Patienten erwarten unter dieser Bezeichnung einen rund um die Uhr erreichbaren öffentlich-rechtlich organisierten Notdienst von mehreren zusammengeschlossenen Zahnarztpraxen.

## D) TELEFONBUCHEinTRAG IN RUBRIK „ZAHNÄRZTE FÜR KIEFERORTHOPÄDIE“

*OLG Karlsruhe, Urt. v. 09.07.2009 – 4 U 169/07 –*

RID 09-04-177

juris

UWG § 8 I 1, III Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Lässt sich eine Zahnärztin in einem Telefonbuch unter der **Rubrik „Zahnärzte für Kieferorthopädie“** eintragen, so kann dies irreführend sein, wenn die Zahnärztin zwar im Bereich der Kieferorthopädie tätig, aber nicht berechtigt ist, die **Gebietsbezeichnung** „Fachzahnärztin für Kieferorthopädie“ zu führen.

2. Eine Zahnärztin muss die Art und Weise der Eintragung im Telefonbuch vollständig und exakt vorgeben. Ist der schriftliche Auftrag unvollständig (weil beispielsweise die Rubriken-Überschrift, unter der die Eintragung erscheinen soll, nicht genau angegeben ist), muss sie die Gestaltung der Eintragung an Hand eines Korrekturabzugs **kontrollieren**. Geschieht dies nicht, ist die Zahnärztin für daraus resultierende Fehler und Ungenauigkeiten des Telefonbucheintrags wettbewerbsrechtlich verantwortlich.

## E) KEINE WETTBEWERBSHANDLUNG BEI NEGATIVER ÄUßERUNG ÜBER KOLLEGEN GEGENÜBER DRITTEN

*OLG Karlsruhe, Urt. v. 09.07.2009 – 4 U 188/07 –*

RID 09-04-178

juris

BGB § 1004 I 2; UWG § 2 I Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Äußert sich ein Arzt in einem Schreiben an einen Dritten nachteilig über einen anderen Arzt (Mitbewerber), so kommt es auf die **Umstände des Einzelfalles** an, ob eine geschäftliche Handlung im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 1 UWG vorliegt. An einer geschäftlichen Handlung kann es

fehlen, wenn das Schreiben nicht an einen Patienten gerichtet und auch nicht zur Weiterleitung an potentielle Patienten gedacht war.

2. Ein Unterlassungsanspruch bei Verletzung des Persönlichkeitsrechts (§ 1004 Abs. 1 Satz 2 BGB) setzt eine **Wiederholungsgefahr** voraus. Nach einer Verletzungshandlung kann die Vermutung der Wiederholungsgefahr im Einzelfall auch ohne strafbewehrte Unterlassungserklärung widerlegt werden, wenn sich dies aus den Umständen des Falles ergibt.

## 6. MITTEILUNG PRIVATEN KRANKENVERSICHERERS ÜBER AUSGESCHLOSSENE ÄRZTLICHE LEISTUNGSERSTATTUNG

*OLG Hamm, Urt. v. 05.12.2008 - I-9 U 89/08 -*

RID 09-04-179

juris = GesR 2009, 439

BGB §§ 823 I, 824 I, 826; MB/KK 1994 § 5 I Buchst. c S. 1; UWG §§ 3 I, 8 I 1, III Nr. 1

**Leitsatz:** Die - an sich zutreffende - Behauptung eines privaten Krankenversicherers, der auf Unterlassung der Äußerung klagende Arzt sei von der Leistungserstattung ausgeschlossen, ist kein rechtswidriger "betriebsbezogener" Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb (§ 823 I BGB).

## 7. REINIGUNG UND DESINFEKTION VON MEDIZINPRODUKTEN IN ZAHNARZTPRAXIS

*VG Düsseldorf, Urt. v. 02.09.2009 - 16 K 1693/08 -*

RID 09-04-180

*VG Düsseldorf, Urt. v. 02.09.2009 - 16 K 823/08 -*

RID 09-04-181

juris

MPBetreibV § 4 II; MPG §§ 26 II, 28 II

Nach § 4 II 1 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) ist die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird. Bei der **Validierung** handelt es sich um ein dokumentiertes und reproduzierbares Verfahren zum Erbringen, Aufzeichnen und Interpretieren der Ergebnisse, die für den Nachweis benötigt werden, dass ein Verfahren beständig Produkte liefert, die den vorgegebenen Zielen (insbesondere Sauberkeit, Keimarmut/Sterilität und Funktionalität) entsprechen. Gibt es ein solches zwingend vorausgesetztes validiertes Verfahren für ein - 16 K 1693/08 - manuelles Reinigungs- und Desinfektionsverfahren bzw. - 16 K 823/08 - Reinigungs- und Desinfektionsgerät und zusätzlich angewendetes chemische Eintauchverfahren nicht, so entspricht diese standardisierte Methode nicht den gesetzlichen Vorgaben.

## 8. STRAFRECHT:

### A) BGH: ABGABE VON METHADON ZUM EIGENVERANTWORTLICHEN VERBRAUCH DURCH ARZT SELBST

*BGH, Beschl. v. 28.07.2009 - 3 StR 44/09 -*

RID 09-04-182

www.bundesgerichtshof.de = juris

BtMG §§ 3, 5 VIII, 13, 19 I Nr. 1, 6 u. 14

Die **Abgabe von Methadon zum eigenverantwortlichen Verbrauch für mehrere Tage** - hier: der niedergelassene, auch in der Drogensubstitution tätige Arzt gab das Substitutionsmittel Methadon in 146 Fällen an (zwölf) Privatpatienten in der Weise ab, dass er ihnen alsbald nach Behandlungsbeginn, zum Teil bereits nach wenigen Tagen, ohne ausreichende Kontrolle etwa im Hinblick auf den Beikonsum anderer Betäubungsmittel und/oder trotz anderweitiger offensichtlicher Unzuverlässigkeiten eine für mehrere Tage bemessene Dosis des Substitutionsmittels als Gesamtmenge zur eigenverantwortlichen Einnahme unmittelbar aus seinem Praxisbestand aushändigte und neben dem Einkaufspreis des Methadons monatliche Pauschalbeträge in Höhe zwischen 90 Euro und 113 Euro in Rechnung stellte - ist nach § 13 II BtMG dem **Apotheker** auf der Grundlage einer den Anforderungen der BtMVV genügenden ärztlichen Verschreibung **vorbehalten**. Eine entsprechende Regelung für eine unmittelbare Abgabe der Substitutionsmittel durch Ärzte enthält das BtMG nicht.

Gibt ein Arzt die Betäubungsmittel über den Einstandspreis hinaus zu monatlichen (Behandlungs-) Pauschalen an die Patienten ab, so kann von einem eigennützigem Handeln und einer Strafbarkeit wegen (gewerbsmäßigen) **Handeltreibens mit Betäubungsmitteln** ausgegangen werden.

## B) BGH: BETRUG WEGEN VERKAUF EINES ANGEBLICHEN KREBSMITTELS (GALAVIT)

*BGH, Beschl. v. 29.07.2009 – 2 StR 91/09 –*

RID 09-04-183

www.bundesgerichtshof.de = juris  
StGB §§ 53, 263

Das Landgericht Kassel hat am 15.07.2008 die fünf Angeklagten, **drei Kaufleute** sowie ein **Chefarzt** und ein **Wissenschaftsjournalist**, jeweils wegen gewerbsmäßigen Bandenbetrugs in 132 tateinheitlich zusammentreffenden Fällen zu teils mehrjährigen Freiheitsstrafen verurteilt.

Die Angeklagten führten in den Jahren 2000 und 2001 im Klinikum Carolinum in Bad Karlshafen an **Krebspatienten Spritzenkuren zum Preis von 16.800,-- DM pro Behandlungseinheit** mit dem aus Russland stammenden und **in Deutschland nicht zugelassenen Präparat Galavit** durch. Dieses bezogen sie zu einem Bruchteil ihres eigenen Abgabepreises vom russischen Hersteller über verschiedene internationale Apotheken in Deutschland. Auch die **Patienten, die sich überwiegend bereits im Endstadium ihrer Erkrankung befanden**, hätten auf diesem Wege das Präparat ohne weiteres zu dem deutlich geringeren Preis erwerben können. Dies wussten die Angeklagten. Gleichwohl behaupteten sie in Werbebroschüren und im Rahmen von Informationsveranstaltungen wahrheitswidrig, Galavit sei in Deutschland nur schwer und wegen der Preisgestaltung des russischen Herstellers jedenfalls nicht unter dem von ihnen verlangten Preis erhältlich. Darüber hinaus täuschten die Angeklagten ihre Patienten mit der unrichtigen Behauptung, die Wirksamkeit von Galavit sei aufgrund von in Russland durchgeführten Studien wissenschaftlich belegt. Nach diesen Studien bewirke das Medikament, wenn nicht gar eine Heilung der Krebserkrankung, so doch zumindest eine Verbesserung des Krankheitsbildes und der Lebensqualität. Zudem veranlassten sie einen bekannten Schauspieler, in der Öffentlichkeit wahrheitswidrig vorzugeben, Galavit habe ihn von Prostatakrebs geheilt. Wie den Angeklagten bekannt war, existierten keinerlei wissenschaftlich belastbare Nachweise für die von ihnen behaupteten Wirkungen; auch war der Schauspieler nie an Prostatakrebs erkrankt gewesen.

Der 2. Strafsenat des Bundesgerichtshofs hat mit Beschluss vom 29. Juli 2009 die Schuldsprüche bestätigt und die auf Verfahrens- und Sachrügen gestützten Revisionen der Angeklagten insoweit verworfen. Die jeweiligen Strafaussprüche mussten gleichwohl aufgehoben werden, weil das Landgericht die der Strafzumessung zugrunde gelegte Schadenshöhe nicht rechtsfehlerfrei begründet hatte. Das Landgericht wird nunmehr erneut über die Höhe der Strafen zu entscheiden haben.

Pressemitteilung v. 31.08.2009

## C) UNSICHERE DIAGNOSE IM NOTDIENST (FAHRLÄSSIGE TÖTUNG DURCH UNTERLASSEN)

*LG Potsdam, Urt. v. 25.08.2008 – 27 Ns 96/07 –*

RID 09-04-184

juris = ZMGR 2009, 257  
StGB §§ 13, 222

**Leitsatz:** Bei unklarer Diagnose hat ein Notarzt seinen Überlegungen die vital bedrohlichste Erkrankung zugrunde zu legen. Fahrlässig handelt auch derjenige Arzt, der einen Patienten bei unsicherer Diagnose nicht unter Annahme der vital bedrohlichsten Erkrankung in eine Spezialklinik einweist, wenn hierdurch der Tod des Patienten früher eintritt.

## 9. ZIVILES VERTRAGSRECHT

### A) AUSLEGUNG EINES BEDINGTEN KAUFVERTRAGS NACH GESCHEITERTER PRAXISNACHFOLGE (§ 103 IV SGB V)

*KG Berlin, Urt. v. 20.07.2009 – 12 U 36/08 –*

RID 09-04-185

Revision anhängig: VIII ZR 208/09  
BGB §§ 133, 157, 158 I

juris

**Leitsatz:** Die in einem Kaufvertrag über eine Augenarztpraxis enthaltene **Bedingung** "der Abschluss dieses Vertrages erfolgt unter der aufschiebenden Bedingung der Zulassung des Erwerbers als Vertragsarzt" kann dahingehend auszulegen sein, dass damit gerade die Zulassung im Nachbesetzungsverfahren nach dem bisherigen Betreiber der Praxis gemeint ist und nicht jedwede Zulassung als Vertragsarzt zum Bedingungseintritt ausreicht.

## **B) AUFHEBUNG VERTRAGSÄRZTLICHER ALTERSGRENZE UND AUSWIRKUNGEN AUF PRAXISKAUFVERTRAG**

*LG Bochum, Urt. v. 22.12.2008 – 6 O 543/08 –*

**RID 09-04-186**

juris = MedR 2009, 539

BGB §§ 133, 157, 313 I; SGB V § 97 VII 3

Gelingt es einem Praxiskäufer nicht nachzuweisen, dass die Parteien auf eine vertragsärztliche **Konkurrenzschutzklausel** bewusst **verzichtet** haben, da sie übereinstimmend davon ausgegangen sind, dass der Praxisverkäufer mit Ablauf des 68. Lebensjahres nicht mehr vertragsärztlich tätig sein darf, so hat er keinen Unterlassungsanspruch, in einem Umkreis von 2 km Luftlinie zu seiner Arztpraxis vertragsärztlich tätig zu werden.

## **C) PARTNERSCHAFTSGESELLSCHAFT ZWISCHEN ARZT/APOTHEKER**

*LG Essen, Beschl. v. 25.6.2009 – 7 T 170/09 –*

**RID 09-04-187**

GesR 2009, 557

PartGG § 1 II

**Leitsatz** (GesR): Ein Arzt und Apotheker können sich zum Zweck medizinischer und pharmazeutischer Beratung in einer Partnerschaftsgesellschaft zusammenschließen.

## **10. KAMMERN: BEITRAGSGRUPPE FÜR DOPPELAPPROBIERTE ÄRZTE (MKG-CHIRURG)**

*VGH Bayern, Urt. v. 14.09.2009 – 21 BV 06.3084 –*

**RID 09-04-188**

juris

VwGO § 68 I; HKG Bay Art. 6, 43 II Nr. 2, 46 I §

Ein **MKG-Chirurg** ist innerhalb der **Zahnärztekammer** in die Beitragsgruppe für doppelapprobierte Ärzte, die überwiegend den ärztlichen Beruf ausüben und deshalb den vollen Beitrag zur Landesärztekammer aufbringen, einzustufen. Der volle Beitrag im Sinn der Beitragsordnung wird dann entrichtet, wenn dieser entsprechend der Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer auf Grund der Selbstauskunft des Arztes festgesetzt wird. Auf die Frage, ob die Selbsteinschätzung offensichtlich unrichtig gewesen sei, kommt es daher nicht an. Es ist auch unerheblich, dass die Landesärztekammer zeitweise den grundsätzlich nach der Beitragsordnung geschuldeten Betrag erlassen hat. Denn der Erlass ändert nichts daran, dass von der Festsetzung des vollen Beitrags zur Landesärztekammer im Sinn der Beitragsgruppe 5 der Beitragsordnung der Zahnärztekammer auszugehen ist.

## **11. VERSORGUNGSWERK: FREIWILLIGE ZUZAHLUNGSMÖGLICHKEITEN - ALTERSGRENZE VON 55 JAHREN**

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 01.09.2009 – 9 S 576/08 –*

**RID 09-04-189**

juris

GG Art. 3 I, 14 I 1; EGRL 78/2000 Art. 6 I 1; AGG § 10 S. 3 Nr. 4;

**Leitsatz:** Ein verfassungsrechtlich abgesicherter Anspruch auf ungeschmälernten Fortbestand der freiwilligen Zuzahlungsmöglichkeiten in das berufsständische Alterssicherungssystem besteht nicht. Die im vorliegenden Fall festgeschriebene Altersgrenze von 55 Jahren ist durch das Interesse an der Funktionsfähigkeit und Leistungsfähigkeit des Alterssicherungssystems gerechtfertigt und verstößt nicht gegen das Verbot der Diskriminierung wegen des Alters.

## **12. RETTUNGSDIENSTWESEN: WIDERRUF DER ERNENNUNG ALS LEITENDER NOTARZT**

*VG Darmstadt, Beschl. v. 29.09.2009 – 3 L 105/09 –*

**RID 09-04-190**

juris

VwVfG HE § 49 I u. II Nr. 1; GemO HE § 21 II 3; VwGO § 80 V; AusführungsVO zu §§ 5 u. 6 G zur Neuordnung des Rettungsdienstes in Hessen § 16 I Nr. 3 der

**Leitsatz:** Der Widerruf der Ernennung eines Notarztes unter Berufung in das Ehrenbeamtenverhältnis als Leitender Notarzt ist verhältnismäßig, wenn das Vertrauensverhältnis zerstört ist.

## II. Arzthaftung

### 1. BGH

#### A) KRITISCHE WÜRDIGUNG WIDERSPRÜCHLICHER AUSSAGEN EINES SACHVERSTÄNDIGEN

*BGH, Beschl. v. 22.09.2009 – VI ZR 32/09 –*

RID 09-04-191

juris

BGB § 823; GG Art. 103 I; ZPO § 544

Sind den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass es sich bei der unterlassenen Krankenseinweisung um einen eindeutigen Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse und damit um einen **Fehler** handeln könnte, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf, so darf sich das Berufungsgericht **nicht ohne Weiteres der Angabe des Sachverständigen anschließen, ein grober Behandlungsfehler sei nicht anzunehmen**, weil der auf dem EKG erkennbare Infarkt mehr als 12 Stunden zurück gelegen habe und eine Behandlung des Gefäßverschlusses deshalb nicht mehr möglich gewesen sei. Es hat die Äußerungen des Sachverständigen zum Gewicht des Behandlungsfehlers vielmehr **kritisch zu überprüfen** und den soeben aufgezeigten Zweifeln an der Bewertung des Behandlungsgeschehens durch Erörterung sowohl des für eine solche Behandlung geltenden Sorgfaltsmaßstabs als auch des Begriffs des Behandlungsfehlers mit dem Sachverständigen, ggf. durch Einholung eines neuen Gutachtens, nachzugehen. Der Tatrichter muss berücksichtigen, dass medizinische Sachverständige Behandlungsfehler nicht selten nur zurückhaltend ansprechen oder bewerten (vgl. BGHZ 172, 254, 259; Senatsbeschl. v. 09.06.2009 - VI ZR 261/08 -).

#### B) PFLICHT ZUR AUFKLÄRUNG VON WIDERSPRÜCHEN ZWISCHEN GUTACHTEN

*BGH, Beschl. v. 09.06.2009 – VI ZR 138/08 –*

RID 09-04-192

www.bundesgerichtshof.de = juris = VersR 2009, 1405

BGB § GG Art. 103

Leitsatz (VersR): Die Ausführungen eines toxikologischen Sachverständigen dürfen nicht mit der Begründung unberücksichtigt bleiben, ihm fehle der erforderliche Sachverstand auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet, wenn der Toxikologe Symptome beurteilt, bei denen es sich um „medizinisches Allgemeinut“ handelt.

### 2. BEFUNDERHEBUNG BEI SYMPTOM FÜR MEHRERE KRANKHEITSURSACHEN

*OLG München, Beschl. v. 22.09.2009 – 1 U 2732/09 –*

RID 09-04-193

juris

BGB § 823 I

Allein die Tatsache, dass für ein Symptom **mehrere Krankheitsursachen** in Betracht kommen, begründet noch keine Verpflichtung des Arztes, vor Erstellung einer Erstdiagnose und Behandlung andere denkbare Gründe für das Beschwerdebild mit Hilfe von Laboruntersuchungen und/oder bildgebenden Verfahren sicher auszuschließen. Welche Befunderhebung fachlich geboten ist, hängt vielmehr von dem konkreten klinischen Bild und dem Ergebnis der Erstuntersuchung ab.

### 3. ÜBERSEHEN EINES BEFUNDES AUF RÖNTGENAUFNAHME DURCH ANÄSTHESISTEN

*OLG Brandenburg, Urt. v. 27.08.2009 – 12 U 233/08 –*

RID 09-04-194

juris

BGB § 823 I

Ein auf einer Röntgenaufnahme der Lunge erkennbarer Lungenrundherd - eine flau ca. 2 cm große rundliche unscharfe Verdichtung im rechten Unterfeld der Lunge - ist durch weitere differentialdiagnostische Maßnahmen abzuklären, weil sie tumorverdächtig ist. Diese Verdichtung kann durch mannigfaltige Gründe verursacht worden sein, ist aber immer als krankhafter oder zumindest kontrollbedürftiger Befund zu bewerten. Die Verdichtung ist auch für einen Anästhesisten, der mit Röntgenaufnahmen der Lunge zu tun hat, erkennbar.

#### 4. HIV-TEST WÄHREND SCHWANGERSCHAFT UND REGIONALER FACHÄRZTLICHER STANDARD

*LG München I, Urt. v. 09.06.2008 – 9 O 14628/04 –*

RID 09-04-195

juris = NJW-RR 2009, 898 = VersR 2009, 1234 = MedR 2009, 603  
BGB § 823

**Leitsatz (VersR):** 1. Die Formulierung in den **Mutterschaftsrichtlinien**, nach der bei jeder Schwangeren gegebenenfalls ein HIV-Test durchgeführt werden sollte, schließt nicht aus, dass die Durchführung des Tests zum fachärztlichen Standard gehört. Entscheidend ist der **regionale fachärztliche Standard** (hier: einer süddeutschen Großstadt). Das **Nichtangebot des HIV-Tests an die Schwangere** kann den regionalen fachärztlichen Standard verletzen.

2. Der fachärztliche Standard kann mittels einer **repräsentativen Befragung** sämtlicher regionaler Fachärzte ermittelt werden.

#### 5. VERSPÄTET ERKANNT EILEITERSCHWANGERSCHAFT

*OLG Brandenburg, Urt. v. 18.06.2009 – 12 U 213/08 –*

RID 09-04-196

juris  
BGB §§ 253, 823 I

Ein Behandlungsfehler in Form eines **Befunderhebungsfehlers** ist gegeben, wenn bei der Diagnose einer gestörten intrauterinen Schwangerschaft eine **extrauterine Gravidität** nicht in Betracht gezogen und durch Bestimmung des  $\beta$ -HCG Wertes überprüft wird.

Bei teilweiser Entfernung des linken Eileiters sowie einer Verlängerung einer Eileiterschwangerschaft um einen Zeitraum von 13 Tagen kann ein **Schmerzensgeld** von 4.000,00 € gerechtfertigt sein.

#### 6. ERTEILUNG DER EINWILLIGUNG AD PERSONAM

*OLG Köln, Urt. v. 25.08.2008 – 5 U 28/08 –*

RID 09-04-197

juris = GesR 2009, 268 = VersR 2009, 785 = MedR 2009, 478  
BGB §§ 280 I, 823 I, 249 I, 253 I u. II

**Leitsatz:** Wenn der voroperierende Arzt dem Patienten auf entsprechende Frage nach erneuter stationärer Aufnahme erklärt, er werde, sofern möglich, auch die Nachoperation selbst durchführen, darf der Patient darauf vertrauen, dass **dieser Arzt ihn auch tatsächlich operiert**, falls ihm nichts Gegenteiliges mitgeteilt wird.

Die Klinik hat durch geeignete organisatorische Maßnahmen (Vermerk in den Behandlungsunterlagen o.Ä.) sicherzustellen, dass eine solche **Absprache** bei der Aufstellung des **Operationsplans** (Einteilung der Operateure) berücksichtigt wird.

30.000,- € **Schmerzensgeld** für Schädigung des Peroneusnervs mit dauerhafter Beeinträchtigung der Geh- und Stehfähigkeit sowie eingeschränkter schmerzhafter Beweglichkeit des linken Kniegelenks einer 52 Jahre alten Frau.

#### 7. AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN

##### A) IMPLANTATION EINES MEDIZINISCHEN GERÄTS: KEINE AUSHÄNDIGUNG DER BEDIENUNGSANLEITUNG

*OLG München, Urt. v. 23.10.2008 - 1 U 2046/08 -*

RID 09-04-198

juris = VersR 2009, 503 = GesR 2009, 444  
BGB §§ 253, 280, 823, 831

**Leitsatz:** Es besteht keine Verpflichtung des Arztes, einem Patienten vor der Implantation eines medizinischen Geräts die Bedienungsanleitung auszuhändigen.

##### B) VORWURF DER MANGELNDEN ÄRZTLICHEN AUFKLÄRUNG ÜBER POLKÖRPERDIAGNOSTIK

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 18.08.2009 – 8 U 178/07 –*

RID 09-04-199

juris  
BGB § 823

Vorteile der **Präimplantationsdiagnostik** gegenüber der **Polkörperdiagnostik** bestehen nicht. Sind aber beide Verfahren im Ergebnis gleichwertig, so besteht keine Veranlassung, die Präimplantationsdiagnostik als die vorzugswürdigere Methode darzustellen.

### C) AUFKLÄRUNG NUR ÜBER IN EIGENEM FACHGEBIET BEKANNTE RISIKEN

*OLG Brandenburg, Urt. v. 09.07.2009 – 12 U 75/08 –*

RID 09-04-200

juris

BGB §§ 253, 278, 280 I

Eine fehlende Kenntnis eines im **Krankenhausbereich** eingesetzten **Anästhesisten** vom Risiko des Entstehens eines subduralen Hygroms als Folge einer Spinalanästhesie im Oktober 2003 ist nicht vorwerfbar, sodass das Unterlassen einer entsprechenden Aufklärung der Patientin einen (schuldhaften) Behandlungsfehler nicht begründet. Ist aber von einer faktischen Unkenntnis eines medizinischen Risikos in dem betroffenen ärztlichen Fachbereich auszugehen und sind insbesondere aussagekräftige Studien zu der Problematik nicht existent, so kann eine entsprechende **Kenntnis** von einem im Krankenhaus tätigen Arzt nicht verlangt werden. Zugleich ist es unerheblich, ob in einem anderen Fachbereich bei einer ähnlich gelagerten Problematik eine Kenntnis gefordert werden muss. Von einem Arzt kann nicht verlangt werden, dass er sämtliche medizinische Fachbereiche bis in ihre Feinheiten hinein beherrscht.

### D) HAFTUNGSAUSSCHLUSS BEI WAHLEISTUNGEN/AUFKLÄRUNG VON ÄRZTEN ALS PATIENTEN

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 12.03.2009 – 15 U 18/08 –*

RID 09-04-201

MedR 2009, 532 (= GesR 2009, 529 – Rspr. kompakt)

BGB §§ 823, 280

Leitsatz (MedR): 1. Zum **Haftungsausschluss** beim **gespaltenen Krankenhausvertrag**.

2. Es ist Aufgabe des Arztes, der den Eingriff vornimmt und damit nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes eine tatbestandsmäßige Körperverletzung begeht, sich einer wirksamen **Einwilligung** des Patienten zu versichern.

3. Das gilt auch gegenüber einem **fachlich gebildeten Patienten** (hier: einem Arzt), es sei denn, es liegt auf der Hand oder es ist dem aufklärungspflichtigen Arzt bekannt, dass der Patient ausreichende eigene Kenntnisse besitzt.

### E) UMFANG DER ÄRZTLICHEN AUFKLÄRUNGSPFLICHT IM RAHMEN DES SOG. OFF-LABEL-USE

*AG Essen, Urt. v. 16.04.2009 – 21 C 486/08 –*

RID 09-04-202

MedR 2009, 540

BGB §§ 249 II 1, 253 II, 278, 280 I, 6121, 823 I u. II; STGB § 230

Leitsatz (MedR): 1. Für den behandelnden Arzt besteht bei der Anwendung eines Medikamentes, welches für die beabsichtigte Therapie arzneimittelrechtlich nicht zugelassen ist, eine umfassende **Aufklärungspflicht**.

2. Der **Off-Label-Use** entspricht einem Heilversuch, so dass die Aufklärung auf den Versuchscharakter sowie den Chancen- und Risikovergleich abstellen muss.

3. Muss sich ein Patient innerhalb kurzer Zeit erneut einem Eingriff unterziehen, kann die **Wiederholung der Eingriffsaufklärung** entfallen.

### 8. BEFANGENHEIT EINES GERICHTSSACHVERSTÄNDIGEN

*OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 12.01.2009 - 8 W 78/08 –*

RID 09-04-203

juris = GesR 2009, 502

ZPO §§ 3, 42, 46, 406

**Leitsatz:** 1. Ein **Gerichtssachverständiger** darf sich gegen **Angriffe einer Partei** im Bezug auf seine Feststellungen grundsätzlich auch in akzentuierter Form verteidigen. Das darf ihn aber nicht dazu veranlassen, das Gebot der Sachlichkeit zu verlassen und in einer Weise sprachlich zu entgleisen, die von einer vernünftigen Partei nur noch als Ausdruck seiner Voreingenommenheit interpretiert werden kann.

2. Der **Wert des Ablehnungsverfahrens** gegen einen Sachverständigen entspricht demjenigen der Hauptsache.

*OLG Jena, Beschl. v. 03.09.2009 – 4 W 373/09 –*

RID 09-04-204

juris  
ZPO § 406 I

**Leitsatz:** 1. Ein (gerichtlich bestellter) **Sachverständiger** kann aus den gleichen Gründen wie ein Richter wegen **Besorgnis der Befangenheit** abgelehnt werden (§ 406 Abs. 1 ZPO). Für die Besorgnis der Befangenheit genügt jede Tatsache, die auch ein nur subjektives Misstrauen der Partei in die Unparteilichkeit des Sachverständigen vernünftigerweise rechtfertigen kann. Ob der Sachverständige tatsächlich voreingenommen ist, ist unerheblich.

2. Ein Grund für die Besorgnis der Befangenheit kann auch eine **besondere berufliche Nähe des Sachverständigen zu einer Partei** sein, die – wie hier – ihren Ausdruck in dem beruflichen Werdegang des Sachverständigen in der Einrichtung der Beklagten gefunden hat. Dabei kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass der Sachverständige vor/bei seiner Beauftragung (auf Vorschlag der Beklagten) diese berufliche Nähe verschwiegen hatte.

### III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

#### 1. PRIVATBEHANDLUNG

##### A) ZUR (NICHT-)GELTUNG DER GOÄ IM VERHÄLTNIS KONSILIARARZT/KRANKENHAUSTRÄGER

*OLG Zweibrücken, Urt. v. 10.03.2009 - 5 U 15/08 -*

RID 09-04-205

juris = GesR 2009, 415 = KHR 2009, 127 = KH 2009, 954  
GOÄ §§ 1 I, 2 I, II, III, 5 III, 6a I 2, 11; BPFIV § 2 II 2 Nr. 2

**Leitsatz:** Zur (Nicht-)Geltung der GOÄ im Verhältnis eines niedergelassenen **Konsiliararztes** und einem **Krankenhaussträger** betreffend die **kassenärztliche Abrechnung radiologischer Leistungen** und zur Wirksamkeit der (mündlichen) Vereinbarung der GOÄ als Rahmenvertrag im Sinne eines Konsiliararztvertrages, insb. hinsichtlich des Steigerungssatzes für die Gebühren des Gebührenverzeichnisses.

##### B) MEHRKOSTEN BEI ABWEICHUNG VON SCHULMEDIZINISCHER BEHANDLUNG

*AG Osterholz-Scharmbeck, Urt. v. 5.5.2009 – 15 C 1144/06 –*

RID 09-04-206

GesR 2009, 556  
BGB §§ 307 ff., 611

**Leitsatz (GesR):** Erklärt der Arzt dem Patienten vor Behandlungsbeginn, dass er umfangreicher als der durchschnittliche Schulmediziner behandle und dass deshalb nicht gesichert sei, dass seine Therapie ganz oder teilweise von privaten Krankenversicherungen erstattet werde, so kann der Patient nicht mit dem **Einwand** gehört werden, eine Vielzahl der vorgenommenen Maßnahmen sei **medizinisch nicht indiziert** gewesen.

##### C) KEINE HERAUSGABE KRYOKONSERVIERTER EIZELLEN NACH TOD DES EHEMANNES

*LG Neubrandenburg, Urt. v. 12.08.2009 – 2 O 111/09 –*

RID 09-04-207

juris  
BGB §§ 275, 1004; ESchG § 4 I Nr. 3

Der aus dem Eigentumsrecht resultierenden Anspruch einer Patientin, die sich mit ihrem zwischenzeitlich verstorbenen Ehemann einer Behandlung zur In-vitro-Fertilisation unterzogen und die kryokonservierten Eizellen zur Einlagerung übergeben hat, auf **Herausgabe der Eizellen** gegen den **Behandler als Besitzer der Eizellen** ist gem. § 275 I BGB zu dem angestrebten Zweck einer Fortsetzung der Behandlung in Polen ausgeschlossen. Er zielt auf eine rechtlich unmögliche Leistung ab. Der beabsichtigten Nutzung der kryokonservierten Eizellen steht § 4 I Nr. 3 ESchG entgegen. Nach dieser Vorschrift ist strafbar, wer wissentlich eine Eizelle mit dem Samen eines Mannes nach dessen Tod künstlich befruchtet.

## D) EINSICHTNAHME VON PATIENTEN IN BEHANDLUNGSUNTERLAGEN IHRES PSYCHOTHERAPEUTEN

*LG Bremen, Urt. v. 25.07.2008 – 3 O 2011/07 –*

RID 09-04-208

MedR 2009, 480  
BGB § 242

**Leitsatz (MedR):** 1. Ein **therapeutischer Vorbehalt gegen die Einsichtnahme von Patienten** in Behandlungsunterlagen ihres Psychotherapeuten gilt auch nach der neueren Rechtsprechung des BVerfG (NJW 2006, 1116) fort. Dem therapeutischen Vorbehalt kann dadurch Rechnung getragen werden, dass die Einsichtnahme durch einen anderen sachkundigen Arzt/Fachbehandler/Nachbehandler erfolgt.

2. Ein Einsichtsrecht in die **persönlichen Aufzeichnungen des Psychotherapeuten** besteht nur so weit, wie das Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten dem nicht entgegensteht. Der Psychotherapeut ist berechtigt, durch Schwärzung oder Überdeckung persönliche Informationen unkenntlich zu machen, die ihn in seinem Persönlichkeitsrecht betreffen.

## E) RECHTSANWALTSKOSTEN FÜR HERAUSGABE VON BEHANDLUNGSUNTERLAGEN

*LG Bochum, Urt. v. 14. 11. 2008 – I-5 S 149/08 –*

RID 09-04-209

MedR 2009, 601  
BGB §§ 249, 271, 280 I u. II, 286, 810; MBOÄ § 10 II 1

**Leitsatz (MedR):** Bedient sich ein Patient zur Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen gegen einen Arzt wegen einer möglicherweise fehlerhaften Behandlung sofort anwaltlicher Hilfe, stellen die Kosten im Zusammenhang mit dem Verlangen nach Herausgabe der Behandlungsdokumentation keinen **Verzugsschaden** dar.

## 2. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

### A) BGH: KEINE BEHANDLUNG EINER LESE-RECHTSCHREIB-SCHWÄCHE DURCH EINEN PÄDAGOGEN

*BGH, Beschl. v. 11.02.2009 – IV ZR 28/08 –*

RID 09-04-210

www.bundesgerichtshof.de = juris = NJW-RR 2009, 746 = VersR 2009, 533  
BGB § 307; MB/KK § 4 II

**Leitsatz:** 1. Die Klausel in den Tarifbedingungen eines Krankenversicherers, wonach sich der Versicherungsschutz auch auf die Psychotherapie sowie eine logopädische Behandlung erstreckt, soweit erstere durch Ärzte oder Diplompsychologen, letztere durch Ärzte oder Logopäden durchgeführt wird, kann nicht dahin ausgelegt werden, dass der zugesagte Versicherungsschutz auch die therapeutische Behandlung einer Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) durch Pädagogen umfasst.

2. Die genannte Klausel hält der Inhaltskontrolle insoweit stand.

### B) BEWEIS NOTWENDIGKEIT STATIONÄRER BEHANDLUNG NUR DURCH SACHVERSTÄNDIGEN-GUTACHTEN

*OLG Koblenz, Beschl. v. 30.04.2009 – 10 U 959/08 –*

RID 09-04-211

*OLG Koblenz, Beschl. v. 09.07.2009 – 10 U 959/08 –*

RID 09-04-212

juris  
ZPO §§ 286, 373; MB/KK §§ 1 Nr. 2, 4 Nr. 4

**Leitsatz:** Zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit stationärer Heilbehandlung ist das **Zeugnis des behandelnden Arztes** grundsätzlich kein geeignetes Beweismittel, vielmehr die Beurteilung durch einen **Sachverständigen** erforderlich; insbesondere kann der letzteren nicht zu ihrer Entkräftung das Zeugnis des behandelnden Arztes entgegengesetzt werden.

### C) SACHVERSTÄNDIGENGUTACHTEN ZUR BEURTEILUNG DER NOTWENDIGKEIT EINER ZAHNERSATZMAßNAHME

*LG Saarbrücken, Urt. v. 07.07.2009 – 14 S 2/07 –*

RID 09-04-213

juris  
BGB §

**Leitsatz:** Zur Frage, ob die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Zahnersatzmaßnahme ohne Einholung eines Sachverständigengutachtens zulässig ist.

#### D) BEI EHEMANN ENTSTANDENE KOSTEN EINER IN-VITRO-FERTILISATION

*LG Mannheim, Urt. v. 28.08.2009 – 1 S 78/09 –*

RID 09-04-214

juris  
MB/KK 94 § 1

**Leitsatz:** Der infertile verheiratete Mann hat gegen seine private Krankenversicherung keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten einer In-vitro-Fertilisation, bei der die Eizellen seiner Ehefrau mit dem Samen eines Dritten befruchtet werden.

#### E) KRANKENKASSE DARF AUF WUCHER BEI HONORARGESTALTUNG HINWEISEN

*OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 20.08.2009 – 8 U 107/09 –*

RID 09-04-215

juris  
BGB §§ 823, 824, 1004

**Leitsatz:** Zur Abgrenzung Meinungsäußerung/Tatsachenbehauptung bei Äußerungen einer Krankenversicherung zum zahnärztlichen Honorarraumen in einer Kostenübernahmeerklärung.

#### F) BEGRÜNDUNG BEIM ÜBERSCHREITEN DES SCHWELLENWERTS DURCH ZAHNARZT

*VG Stuttgart, Urt. v. 21.09.2009 – 12 K 6383/07 –*

RID 09-04-216

juris = [http://lrw.juris.de/cgi-bin/laender\\_rechtsprechung](http://lrw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung)  
GOZ §§ 4 III, 5 I u. II, 10 III, Nr. 200, 203, 610; GOÄ Nr. 75, 510, 2697; BEB Nr. 0706

**Leitsatz:** Zu den Anforderungen an die Begründung beim Überschreiten des Schwellenwerts durch den Zahnarzt.

#### G) KOSTENERSTATTUNG FÜR PHYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

*AG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.03.2009 – 29 C 2041/07-86 –*

RID 09-04-217

MedR 2009, 606  
VVG §§ 1 ff.

**Leitsatz (MedR):** Die Erstattungspflicht einer privaten Krankenversicherung für physikalisch-medizinische Maßnahmen ist nicht durch die beihilfefähigen Höchstsätze begrenzt.

### 3. BEIHILFE

#### A) BVERWG: KOSTENBEGRENZUNG BIS ZU AUFWENDUNGEN FÜR KRANKENHÄUSER DER MAXIMALVERSORGUNG

*BVerwG, Beschl. v. 19.08.2009 – 2 B 19/09 –*

RID 09-04-218

[www.bverwg.de](http://www.bverwg.de) = juris  
BhV § 6

BVerwG, Urt. v. 22.01.2009 - BVerwG 2 C 129/07 - hat entschieden, dass eine Begrenzung bei Krankenhausaufenthalten auf die Kosten des Klinikums der Maximalversorgung in dem Begriff der Angemessenheit der Kosten angelegt ist, der durch § 6 I Nr. 6 Satz 2 BhV lediglich konkretisiert wird. Der **Begriff der Angemessenheit** knüpft an die medizinische Notwendigkeit der Aufwendungen an. Er begrenzt deren Erstattungsfähigkeit auf die preisgünstigste von mehreren medizinisch gleichermaßen geeigneten Behandlungen (BVerwG, Urt. v. 18.02.2009 - BVerwG 2 C 23/08 - juris Rn. 9). Die Angemessenheit der Kosten einer stationären Behandlung orientiert sich daher nicht nach der Vergütung, die nach dem Behandlungsvertrag geschuldet ist. Der Dienstherr ist nicht verpflichtet, die Beihilfavorschriften so auszugestalten, dass die Wahl des Krankenhauses durch den Beamten immer für den Beamten wirtschaftlich neutral ausfällt. Die **strukturellen Unterschiede zwischen Privatkliniken und Krankenanstalten**, die in öffentlich-rechtliche Strukturen eingebunden sind, beeinflussen den beihilferechtlichen Angemessenheitsmaßstab nicht; das gilt auch für die Erhebung der Mehrwertsteuer. Hieraus folgt zwangsläufig, dass in den Beihilfavorschriften eine Kostenbegrenzung auf die Kosten für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung zulässig ist.

#### B) PRAXISGEBÜHR

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 12.08.2009 – 5 LA 208/07 –*

RID 09-04-219

[www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)  
BhV § 12 I 2

**Leitsatz:** Die Kürzung der Beihilfe um die so genannte Praxisgebühr verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

### C) CRANIO-SACRALE THERAPIE NICHT BEIHILFEFÄHIG

*VG München, Urt. v. 30.06.2009 – M 21 K 07.3367 –*

RID 09-04-220

juris

BhV Bayern § 5 I 1 Nr. 1, I 4

Die cranio-sacrale Therapie ist nicht beihilfefähig, da erhebliche Zweifel an der Reproduzierbarkeit und Verifizierbarkeit von Effekten der cranio-sacralen Therapie bestehen und davon ausgegangen werden muss, dass es sich hierbei nicht um eine dem Grunde nach "notwendige" Behandlungsform im Sinne des § 5 I 1 Nr. 1 BhV Bayern handelt.

### D) BEIHILFEFÄHIGKEIT DER V.A.C.-THERAPIE

*VG Stuttgart, Urt. v. 03.08.2009 – 12 K 409/09 –*

RID 09-04-221

juris = [http://lrbw.juris.de/cgi-bin/laender\\_rechtsprechung](http://lrbw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung)

BhV BW §§ 5 I 1, 6 I Nr. 2

**Leitsatz:** Zu den Anforderungen an die Begründung beim Überschreiten des Schwellenwerts durch den Zahnarzt.

Orientierungssatz (juris): 1. Der Angemessenheit der Aufwendungen steht nicht entgegen, dass es - möglicherweise - andere billigere Behandlungsmethoden gab. Denn es ist Sache des Arztes, die nach seiner ärztlichen Entscheidung am Besten geeignete Behandlungsmethode aus den zulässigen Behandlungsmethoden auszuwählen, ohne dass dabei wirtschaftliche Erwägungen berücksichtigt werden müssten.

2. Bei der V.A.C.-Therapie handelt es sich, wenn sie als Verbandmittel zum Einsatz kommt, um eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode.

### E) IVF-/ICSI-BEHANDLUNG BEI NICHT VERHEIRATETEN PARTNERN BEIHILFEFÄHIG

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 29.06.2009 – 4 S 1028/07 –*

RID 09-04-222

juris

GG Art. 3 I; BG BW § 101; SGB V § 27a; BhV BW §§ 3 I, 5 I, 6 I Nr. 1 u. II

**Leitsatz:** 1. Die In-vitro-Fertilisation in Kombination mit der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (IVF-/ICSI-Behandlung) ist im Falle einer Fertilitätsstörung auch dann eine zur Behandlung einer Krankheit notwendige medizinische Leistung, wenn sie bei nicht verheirateten Partnern der Herbeiführung einer Schwangerschaft dient. Eine selbstbestimmte Entscheidungsbefugnis für ein gemeinsames Kind steht auch **nichtehelichen Lebenspartnern** zu (im Anschluss an BFH, Urt. v. 10.05.2007 - III R 47/05 - NJW 2007, 3596).

2. Zur Frage, ob der Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine IVF-/ICSI-Behandlung bei nicht verheirateten Beamten mit dem **Gleichheitssatz** des Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar ist (vgl. BVerfG, Urteil vom 28.02.2007 - 1 BvL 5/03 -, BVerfGE 117, 316).

3. Ein Leistungsausschluss für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bei unverheirateten Beamten kann nicht durch eine **Verwaltungsvorschrift** festgesetzt werden, da er sich nicht zumindest dem Grunde nach bereits aus dem „Programm“ der Beihilfevorschriften des Landes selbst ergibt. Nr. 3 der Verwaltungsvorschrift zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BVO ist daher insoweit unwirksam.

### F) UNZULÄSSIGER AUSSCHLUSS VON ARZNEIMITTELN ZUR BEHANDLUNG DER EREKTILEN DYSFUNKTION (HIER: LEVITRA)

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 23.06.2009 – 4 S 87/08 –*

RID 09-04-223

juris

GG Art. 20 I, III, 80 I; Ver BW Art. 61 I; BG BW § 141; SGB V § 12; HFürsV BW §§ 2 IV u. V, 10 I

**Leitsatz:** 1. § 141 Abs. 2 BG BW stellt keine ausreichende **Ermächtigungsgrundlage** für den Erlass einer **Heilfürsorgeverordnung** dar. Die Heilfürsorgeverordnung vom 21.04.1998 (GBl. S. 281) ist jedoch für eine Übergangszeit weiterhin anzuwenden.

2. **Verwaltungsvorschriften** zur Heilfürsorgeverordnung dürfen nicht **Leistungsausschlüsse** oder Leistungsbegrenzungen festsetzen, die sich nicht bereits zumindest dem Grunde nach aus dem Programm der Heilfürsorgevorschriften selbst ergeben.

3. Der **generelle Ausschluss von Arzneimitteln zur Behandlung der erektilen Dysfunktion** (hier: Levitra), wie ihn die **Verwaltungsvorschrift** zur Heilfürsorgeverordnung über den Verweis auf die Arzneimittel-Richtlinien vorsieht, ist unwirksam.

## G) ÜBERSCHREITEN DES SCHWELLENWERTES BEI ZAHNÄRZTLICHER LIQUIDATION

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 12.08.2009 – 5 LA 368/08 –*

RID 09-04-224

[www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)

BhV § 5 I 1; GOZ §§ 5, 10 III 1 u. 2

**Leitsatz:** 1. Der Zahnarzt kann die in einer Liquidation niedergelegte **Begründung** für das Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes (Schwellenwert) **ergänzen, nachholen oder korrigieren**. Dies kann auch noch im Verlaufe eines verwaltungsgerichtlichen Verfahrens geschehen. Für den Beihilfeanspruch ist allein maßgeblich, ob das Überschreiten des Schwellenwertes sachlich gerechtfertigt ist.

2. An die **schriftliche Begründung**, die der Zahnarzt bei dem Überschreiten des Schwellenwertes zu fertigen hat, sind keine überzogenen Anforderungen zu stellen. Es genügt in der Regel, stichwortartig das Vorliegen von Umständen, die das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen können, nachvollziehbar zu machen.

## H) IMPFUNG GEGEN HUMANE PAPILLOMAVIREN

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 09.07.2009 – 10 S 465/09 –*

RID 09-04-225

juris = [http://lrw.juris.de/cgi-bin/laender\\_rechtsprechung](http://lrw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung)

BhV BW §§ 5 I 1, 10 IV

**Leitsatz:** 1. Die auf eine bestimmte Altersgruppe (12 bis 17 Jahre) beschränkte Impfpflicht der STIKO für die Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) schließt die beihilferechtliche Notwendigkeit der **Impfung für Frauen jenseits dieser Altersgrenze** nach der bis 31.12.2008 geltenden Rechtslage in Baden-Württemberg nicht aus. Die beihilferechtliche Notwendigkeit ist für eine 21jährige Frau jedenfalls dann zu bejahen, wenn der Impfung ein HPV-Test vorausging, der das Nichtbestehen einer Vorinfektion ergeben hatte.

2. Der Beihilfestelle steht bei der Beurteilung der Notwendigkeit der Impfung **kein Beurteilungs- oder Ermessensspielraum** zu. Eine Typisierungs- oder Gestaltungsbefugnis ist dem Verordnungsgeber vorbehalten.

## I) SCHUPPENSHAMPOO BEI PSORIASIS

*VG für das Saarland, Urt. v. 25.08.2009 – 3 K 347/09 –*

RID 09-04-226

juris

AMG § 2; BhV SL § 5 I Nr. 6 S. 1 u. 4; MPG § 3 Nr. 1a

**Leitsatz:** Dem saarländischen Beihilferecht liegt ein enger Arzneimittelbegriff zugrunde, der eine Beihilfegewährung zu den Aufwendungen für ein Schuppenshampoo auch dann ausschließt, wenn dieses im Einzelfall zur Linderung und Eindämmung der Folgen einer Erkrankung (hier: Psoriasis) eingesetzt wird.

## J) BEIHLFEAUSSCHLUSS FÜR ARZNEIMITTELAUFWENDUNGEN BEI GESETZL. VERSICHERUNG

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.09.2009 – 3 A 1938/07 –*

RID 09-04-227

juris

BhV NW § 3 III 1 u. 2; SGB V § 13 II

**Leitsatz:** Nach § 3 Abs. 3 Satz 1 und 2 BhV NW sind auch solche Aufwendungen für Arzneimittel nicht beihilfefähig, die dem Beihilfberechtigten oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen dadurch entstehen, dass er als Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung oder Ersatzkasse statt Dienst- und Sachleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V **Kostenerstattung** gewählt hat, die zu Deckungslücken bei der Erstattung von bestimmten Arzneimittelkosten führt. Dies gilt auch wenn eine angestrebte Rückkehr zu einer privaten Krankenversicherung wegen einer schweren Erkrankung nicht mehr möglich ist.

## K) KEINE BEIHILFE FÜR BEHANDLUNG DURCH NAHE ANGEHÖRIGE

*VG für das Saarland, Urt. v. 23.07.2009 – 3 K 512/09 –*

RID 09-04-228

juris

GG Art. 3 I, 33 V; BhV SL § 4 VIII

**Leitsatz:** 1. § 4 Abs. 8 BhVO (BhV SL) (Saarland) schließt eine Beihilfe durch Aufwendungen für die Behandlung des Beihilfeberechtigten durch einen nahen Angehörigen aus, ohne dass im Einzelfall geprüft werden muss, ob die Honorarforderung des Behandlers ernsthaft und unabhängig von einer Kostenerstattung durch Dritte (Beihilfe, Versicherung) erfolgt.

2. Die Vorschrift ist mit höherrangigem Recht, insbesondere mit der Fürsorgepflicht des Dienstherrn aus Art. 33 Abs. 5 GG und mit dem Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG, vereinbar.

## L) HÖRGERÄTE

*VG Ansbach, Urt. v. 11.08.2008 – 13 A 6152/08 –*

RID 09-04-229

juris

BBG § 79; BhV § 6 IV

Der mit Wirkung ab 30.01.2003 eingeführte Höchstbetrag soll die Beihilfestelle von einer aufwendigen Überprüfung im Einzelfall zur medizinischen Notwendigkeit einer besonders teuren Ausführung bzw. der digitalen Technik entlasten. Mehr als der **Höchstbetrag** ist nach den Beihilfavorschriften für Hörgeräte nicht beihilfefähig, auch wenn die Kosten für Hörgeräte regelmäßig höher sind

Entscheidet sich der Dienstherr für ein **Mischsystem aus Eigenleistungen des Beamten und Beihilfen**, muss gewährleistet sein, dass dieser nicht mit erheblichen Aufwendungen belastet bleibt, die er auch über eine ihm zumutbare Eigenvorsorge nicht abzusichern vermag. Grundsätzlich lässt sich ein Beihilfeanspruch nicht unmittelbar auf die Fürsorgepflicht stützen, wenn die die Fürsorgepflicht bereits konkretisierenden Beihilfavorschriften eine Beschränkung, wie im vorliegenden Fall für Hörhilfen, vorsehen. Eine Ausnahme gilt nur dann, wenn sonst die Fürsorgepflicht in ihrem Wesenskern verletzt wäre (BVerwG, Urt. v. 24.08.1995, ZBR 1996, 46, 48).

Betragen die in Höhe des Beihilfesatzes noch ungedeckten Kosten für ein Hörgerät **6 % des jährlichen Nettoeinkommens**, so ist damit der amtsangemessene Lebensunterhalt nicht mehr gewährleistet.

*VG Hannover, Urt. v. 11.08.2008 – 13 A 6152/08 –*

RID 09-04-230

www.dbovg.niedersachsen.de

BhV § 6 IV

Der Auffassung von *VG Ansbach*, Urt. v. 11.08.2008 – 13 A 6152/08 – RID 09-04-229 ist grundsätzlich zu folgen (hier jedoch keine Verletzung der Fürsorgepflicht).

## IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel

### 1. EUGH

#### A) BESITZ UND BETRIEB EINER APOTHEKE NUR DURCH APOTHEKER

*EuGH, Beschl. v. 19.05.2009 - C-531/06 -*

RID 09-04-231

Kommission/Italien

curia.europa.eu

EG Art. 43, 56

Leitsatz (NJW 2009, 2803): 1. Eine Regelung, die besagt, dass das Recht auf den Betrieb einer privaten Apotheke natürlichen Personen mit Apothekendiplom und Betriebsgesellschaftern, deren Gesellschafter Apotheker sind, vorbehält, ist europarechtskonform.

2. Eine Regelung, die es Unternehmen, die pharmazeutische Produkte vertreiben, unmöglich macht, Beteiligungen an Gesellschaften zu erwerben, die kommunale Apotheken erwerben, verstößt nicht gegen Gemeinschaftsrecht.

## B) PARALLELEXPORTE AUS LÄNDERN MIT NIEDRIGEN ARZNEIPREISEN ERSCHWERT

*EuGH, Urt. v. 06.10.2009 – C-501/06 – u.a.*

RID 09-04-232

curia.europa.eu = juris

Die Rechtsmittel der GlaxoSmithKline Services Unlimited, vormals Glaxo Wellcome plc, der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, der European Association of Euro Pharmaceutical Companies (EAEPC) und der Asociación de exportadores españoles de productos farmacéuticos (Aseprofar) werden zurückgewiesen.

## 2. GENERALANWALT EUGH: EU-STAAATEN DÜRFEN IN APOTHEKENMARKT EINGREIFEN

*Generalanwalt EuGH, Antrag v. 30.09.2009 - C-570/07 u. C-571/07 -*

RID 09-04-233

curia.europa.eu

José Manuel Blanco Pérez und María del Pilar Chao Gómez (Vorabentscheidungsersuchen des Tribunal Superior de Justicia de Asturias [Spanien])

EG Art. 43

Art. 43 EG steht einer innerstaatlichen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen entgegen, wonach für die Einrichtung einer neuen **Apotheke** eine **Erlaubnis** erforderlich ist und diejenigen **Personen bevorzugt** werden, die zuvor in einem Teil des Hoheitsgebiets des betreffenden Mitgliedstaats tätig waren.

Art. 43 EG steht einer innerstaatlichen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen entgegen, wonach die **Erlaubnis** für die Einrichtung einer neuen Apotheke von der Erfüllung eines **an die Bevölkerungszahl anknüpfenden Erfordernisses** abhängt und die das Ziel verfolgt, die Einrichtung von Apotheken in schwächer besiedelten Gebieten zu fördern, wenn dieses Ziel nicht einheitlich und kohärent verfolgt wird, namentlich, wenn diese Regelung diejenigen, die Apotheken in unterversorgten Gebieten eröffnen, nicht eindeutig besser stellt als diejenigen, die einfach nur auf eine Chance in einem lukrativen Gebiet warten, und wenn aufgrund der Regelung pharmazeutische Zulassungen zu einem Vermögenswert werden, so dass die Wirksamkeit der Anreizregelung in Frage gestellt wird.

Hinsichtlich des Erfordernisses einer **Mindestentfernung zwischen den Apotheken** ist es Sache des nationalen Gerichts, zu entscheiden, ob die konkret festgelegte Entfernung gerechtfertigt ist, wobei es den Umfang der Beeinträchtigung des Niederlassungsrechts, die Natur des geltend gemachten Allgemeininteresses sowie die Möglichkeit zu berücksichtigen hat, inwieweit angesichts der Anzahl und der Verteilung der Apotheken in der Region sowie der Bevölkerungsverteilung und -dichte eine flächendeckende Versorgung auch durch ein weniger einschneidendes Mittel erreicht werden könnte.

## 3. BGH

### A) VORLAGE AN DEN EUGH: ARZNEIMITTELPRÄSENTATION IM INTERNET

*BGH, Beschl. v. 16.07.2009 – I ZR 223/06 –*

RID 09-04-234

www.bundesgerichtshof.de = juris

EGRL 83/2001 Art. 88 I Buchst. a; HeilMWerbG § 10 I

**Leitsatz:** Dem Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften wird zur Auslegung der Richtlinie 2001/83/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel folgende Frage zur Vorabentscheidung vorgelegt: Erfasst Art. 88 Abs. 1 lit. a der Richtlinie 2001/83/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel auch eine Öffentlichkeitswerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel, wenn sie allein Angaben enthält, die der Zulassungsbehörde im Rahmen des Zulassungsverfahrens vorgelegen haben und jedem, der das Präparat erwirbt, ohnehin zugänglich werden, und wenn die Angaben dem Interessenten nicht unaufgefordert dargeboten werden, sondern nur demjenigen im Internet zugänglich sind, der sich selbst um sie bemüht (Rn.12)?

## **B) WERBEVERBOT/MEINUNGSÄUßERUNG ("KÖNNEN KASSENPATIENTEN WIRKLICH AUF SORTIS® VERZICHTEN?")**

**BGH, Urt. v. 26.03.2009 – I ZR 213/06 –**

**RID 09-04-235**

(Festbetragsfestsetzung) [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris  
UWG §§ 3, 4 Nr. 11; HeilMVerbG §§ 1 I, 4 III 1, 10 I, 11 I 1 Nr. 2 u. Nr. 7; GG Art. 5 I 1

**Leitsatz:** 1. Eine Anzeige enthält auch dann eine produktbezogene Werbung für ein bestimmtes Arzneimittel i.S. von § 1 Abs. 1 HWG, wenn mit ihr zwar ein gesundheitspolitisches Ziel verfolgt wird, die auf ein konkretes Arzneimittel bezogene werbende Aussage aber für das angesprochene Publikum erkennbar bleibt.

2. Eine Publikumswerbung für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel, die an sich die Voraussetzungen eines Verstoßes gegen das Werbeverbot nach § 10 Abs. 1, § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 7 HWG erfüllt, kann durch Art. 5 Abs. 1 Satz 1 GG gerechtfertigt sein, wenn die wirksame Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung die Nennung des Arzneimittels erfordert.

3. Das Gebot zur Angabe des Pflichthinweistextes nach § 4 Abs. 3 Satz 1 HWG gilt auch dann, wenn abweichend von § 10 Abs. 1 HWG die Werbung für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel außerhalb der Fachkreise ausnahmsweise erlaubt ist.

## **C) WERBUNG EINES BLUTSPENDEDIENSTES: AUFWANDSENTSCHÄDIGUNG**

**BGH, Urt. v. 30.04.2009 – I ZR 117/07 –**

**RID 09-04-236**

Blutspendedienst [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris  
BGB §

**Leitsatz:** Der bloße Hinweis in der Werbung eines Blutspendedienstes, dass den Spendern eine Aufwandsentschädigung gewährt werden kann, die sich am unmittelbaren Aufwand orientiert (§ 10 Satz 2 Transfusionsgesetz), verstößt nicht gegen das Werbeverbot nach § 7 Abs. 3 HWG.

## **D) WETTBEWERBSVERSTOß EINES ZAHNERSATZHERSTELLERS: PRÄMIEN FÜR DEN BEZUG VON MEDIZINPRODUKTEN**

**BGH, Urt. v. 26.03.2009 – I ZR 99/07 –**

**RID 09-04-237**

(DeguSmiles & more) [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris  
HeilMVerbG §§ 1 I Nr. 1a, 7 I; UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8 III Nr. 1

**Leitsatz:** Das Ausloben und Gewähren von Prämien für den Bezug von Medizinprodukten stellt beim Vorliegen der weiteren Voraussetzungen des § 7 Abs. 1 HWG eine produktbezogene und daher nach § 1 Abs. 1 Nr. 1a, § 7 HWG verbotene Werbung dar unabhängig davon, ob die für die Gewährung der Prämien erforderlichen Prämienpunkte allein für genau benannte Medizinprodukte, für eine nicht näher eingegrenzte Vielzahl von Medizinprodukten oder sogar für das gesamte, neben Medizinprodukten auch andere Produkte umfassende Sortiment angekündigt wird

## **4. BVERWG: HINTERBLIEBENENVERSORGUNG BEI VERSORGUNGSNAHER EHE**

**BVerwG, Urt. v. 27.05.2009 - 8 CN 1/09 –**

**RID 09-04-238**

[www.bverwg.de](http://www.bverwg.de) = juris = NJW 2009, 3316  
GG Art. 1 I, 3 II, II, 6 I, 14 I; SGB VI § 46 IIa; BeamtVG §§ 19 I, 22 I; RAVersorgG RP § 15 S. 2 Nr. 3

**Leitsatz:** Ein berufsständisches Versorgungswerk verstößt nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz, wenn es die Gewährung von Hinterbliebenenversorgung (Witwen-, Witwerrente) bei sog. versorgungsnahen Ehen, bei denen das versorgungsberechtigte Mitglied im Zeitpunkt der Eheschließung das 62. Lebensjahr vollendet hatte, an die Voraussetzung einer Mindestehebstandszeit von drei Jahren knüpft und die Möglichkeit der Widerlegung ausschließt, es habe sich um eine Versorgungsehe gehandelt.

## 5. BONUS-SYSTEM: 3,00 € GUTSCHRIFT FÜR DROGERIEMARKT

UWG §§ 3, 4 Nr. 1 u. 11, 8 I; AMG § 78 II; AMPPreisVO §§ 1 III, 3; HWG § 7

*LG Stuttgart, Urt. v. 13.10.2009 – 32 O 27/09 –*

RID 09-04-239

juris

Die Bewerbung von Verbrauchern mit einem **Bonus-System einer niederländischen Versandapotheke**, wonach diese für jeden rezeptpflichtigen Artikel (Arzneimittel) einen Gutschein von 3,00 € erhalten, einlösbar bei einem späteren Kauf jeglicher Ware in einem Geschäft einer Drogeriemarktkette, verstößt nicht gegen das Arzneimittelpreisrecht, da auf das gesetzlich festgelegte Preisgefüge nicht unmittelbar eingewirkt wird (anders OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 29.11.2007 – 6 U 26/07 – RID 08-03-246). Ein Verstoß gegen das Heilmittelwerberecht liegt nicht vor, da eine unsachliche Beeinflussung des Patienten nicht ersichtlich ist. Wettbewerbsrechtlich ist dies nicht zu beanstanden, da bei einem durchschnittlich verständigen Verbraucher die eigene Gesundheit einen so hohen Stellenwert hat, dass er vernünftigerweise seine Kaufentscheidung nicht an kleineren geldwerten Vorteilen ausrichtet.

*LG Ulm, Urt. v. 13.08.2009 – 10 O 77/09 KfH –*

RID 09-04-240

juris

Die Bewerbung von Verbrauchern mit einem Bonus-System einer niederländischen Versandapotheke, wonach diese für jeden rezeptpflichtigen Artikel (Arzneimittel) einen Gutschein von 3,00 € erhalten, einlösbar bei einem späteren Kauf jeglicher Ware in einem Geschäft einer Drogeriemarktkette, ist **nicht zu beanstanden**. Eine bloße abstrakte Befürchtung einer Gesundheitsgefahr durch Medikamentenfehlgebrauch oder Medikamentenmehrgebrauch reicht zur Einschränkung der Grundrechte nicht aus.

*LG Darmstadt, Urt. v. 12.08.2009 – 22 O 400/08 –*

RID 09-04-241

juris

Die Bewerbung von Verbrauchern mit einem Bonus-System einer niederländischen Versandapotheke, wonach diese für jeden rezeptpflichtigen Artikel (Arzneimittel) einen Gutschein von 3,00 € erhalten, einlösbar bei einem späteren Kauf jeglicher Ware in einem Geschäft einer Drogeriemarktkette, **verstößt nicht gegen deutsche Arzneimittelvorschriften**.

## 6. WERBUNG MIT QUALITÄTSURTEIL „GUT“ DER STIFTUNG WARENTEST

*OLG Naumburg, Urt. v. 19.12.2008 - 10 U 25/08 –*

RID 09-04-242

A&R 2009, 190

UWG §§ 3, 5 I, II 2, 8 I 1, 12 I 2

Leitsatz (A&R): **Wirbt** eine Versandapotheke mit dem **Qualitätsurteil „gut“** der „Stiftung Warentest“, so ist davon auszugehen, dass die Verbraucher diese Bewertung auf sämtliche von der Apotheke angebotenen Leistungen bezieht.

Die Werbung ist irreführend, wenn die Apotheke eine **ingeschränkte Gültigkeit des Test-Qualitätssiegels** verschweigt. Dies ist der Fall, wenn sie über eine kooperierende Apotheke auch Rezepte bedient, diese Leistung aber bei dem Qualitätstest nicht geprüft wurde, weil die Apotheke zum Zeitpunkt des Tests noch keine Rezepte annahm.

## 7. KEINE ERINNERUNGSWERBUNG BEI ABBILDUNG AUF LKW

*OLG Stuttgart, Urt. v. 30.07.2009 – 2 U 4/09 –*

RID 09-04-243

juris

BGB §

Bei der Werbung auf Seitenwänden von Lkws durch die Abbildung von vier Umverpackungen von Arzneimitteln, denen der einleitende Satz „Erkältung? Da gibt's doch was von ...“ vorangestellt ist, handelt es sich um **produktbezogene Absatzwerbung**. Es ist der Anwendungsbereich des § 4 HWG eröffnet und sind die Pflichtangaben sowie der Hinweis „Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen sie die Packungsbeilage und fragen sie ihren Arzt oder Apotheker“ anzubringen.

## 8. ARZNEIMITTELABGABE DURCH EINEN NUR ÜBER BILD- UND TONLEITUNG MIT DEM KUNDEN VERBUNDENEN APOTHEKER

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 28.07.2009 – 9 S 2852/08 –*

RID 09-04-244

juris = DVBl 2009, 1327 (Ls.)

ApoG §§ 7, 8; ApoBetrO § 17 V, VI 1 Nr. 2

**Leitsatz:** 1. Der Einsatz eines **Medi-Terminals zur Ausgabe von Arzneimitteln** durch einen mit dem Kunden nur über Bild- und Tonleitung verbundenen Apotheker als Zusatzangebot einer bestehenden und in ihren Öffnungszeiten unveränderten Apotheke stellt neben der Zulassung eines „Autoschalters“ und des Versandhandels mit Arzneimitteln eine weitere Modifikation des gesetzgeberischen Leitbildes des „Apothekers in seiner Apotheke“ dar.

2. Diese Modifikation ist auch ohne gesetzgeberische Maßnahme mit Sinn und Zweck der einschlägigen apothekenrechtlichen Normen insbesondere auch zur Kundenberatung und -Information und dem einzusetzenden Apothekenpersonal vereinbar, soweit die Ausgabe des Arzneimittels nicht auf der Vorlage einer Verschreibung beruht.

3. Die Abgabe von **verschreibungspflichtigen oder verschriebenen Arzneimitteln** ist dagegen über ein Medi-Terminal, das eine Bild- und Tonübertragung zwischen dem abgebenden Apotheker und dem Kunden herstellt, nicht zulässig. Entgegen § 17 Abs. 5 und Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 ApoBetrO fehlt die erforderliche unmittelbare handschriftliche Abzeichnung des für die Ausgabe des Arzneimittels Verantwortlichen auf der Verschreibung.

## 9. CLUBAPOTHEKE

*LG Münster, Urt. v. 10.06.2009 – 021 O 74/09 –*

RID 09-04-245

WRP 2009, 1426

UWG §§ 4 Nr. 11, 8 III Nr. 2; HWG §§ 1 I Nr. 1, 4

Wird in dem Katalog eines Buchclubs für das Angebot einer „Clubapotheke“ mit besonderen Vorteilen für die Mitglieder des Buchclubs geworben, so erwarten die Verbraucher, dass die Apotheke Bestandteil des Buchclubs ist und von ihm betrieben wird. Ist dies wie vorliegend nicht der Fall, ist die Bezeichnung zur Irreführung geeignet.

## 10. ARZNEIMITTELPREISBINDUNG AUCH FÜR AUSLÄNDISCHE VERSANDAPOTHEKEN

*OLG München, Urt. v. 02.07.2009 - 29 U 3992/08 -*

RID 09-04-246

juris = A&R 2009, 184

EG Art. 30; TDG §§ 3 II, 4 V Nr. 3 TDG; BGBEG Art. 34; AMG § 78 II 2; AMPreisV § 3 I; UWG § 4 Nr. 1 u. 11

**Leitsatz (Treuebonus II):** Die deutschen Vorschriften zur Arzneimittelpreisbindung sind auch auf ausländische Versandapotheken anzuwenden, soweit diese sich an Endverbraucher im Inland wenden.

## 11. ARZNEIMITTELHAFTUNG FÜR MEDIKAMENT VIOXX: AUSEINANDERSETZUNG MIT BEWEISANGEBOTEN

*OLG München, Urt. v. 03.08.2009 – 19 U 2171/09 –*

RID 09-04-247

juris

BGB § 823 I; AMG § 84 II

Eine Klage wegen Arzneimittelschäden (§ 84 II AMG) ist schlüssig, wenn vorgetragen wird, dass ein bestimmtes Medikament während einer bestimmten Zeit eingenommen worden ist und dass die Einnahme dieses Medikaments ursächlich für den geltend gemachten Arzneimittelschaden ist. An die **Substantiierungslast** sind keine erhöhten Anforderungen zu stellen, um ein weitgehendes Leerlaufen der Vorschriften über die Haftung für Arzneimittelschäden zu vermeiden. Sind für die Behauptungen Medikamenteneinnahme und Ursächlichkeit der Medikamenteneinnahme für einen bestimmten Arzneimittelschaden **Beweismittel angeboten** worden, dann ist das erkennende Gericht nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung verpflichtet, Beweis zu erheben (BGH, NJW 1991, 2351; BGH, NJW 2008, 2994). Ohne Darlegung einer eigenen medizinischen Sachkunde, ohne Einvernahme der behandelnden Ärzte und ohne medizinisches Sachverständigengutachten konnte das Landgericht nicht zum Ergebnis gelangen, die Behauptung, einen Herzinfarkt und Schlaganfall erlitten zu haben, sei nicht ausreichend dargelegt und bewiesen worden.

## V. Verschiedenes

### 1. EGMR: ÜBERLANGE VERFAHRENSDAUER U.A. WEGEN SACHVERSTÄNDIGENGUTACHTENS

*EGMR, Ur. v. 16.07.2009 – 1126/05 -*

RID 09-04-248

curia.europa.eu  
MRK Art. 6 I

Art. 6 I MRK ist verletzt, wenn die **Gesamtdauer des Verfahrens** (hier: dreizehn Jahre und fast acht Monate für das verwaltungsrechtliche Widerspruchsverfahren und vier gerichtliche Instanzen) in Anbetracht der Umstände der Rechtssache sowie unter Berücksichtigung der erheblichen Komplexität der Materie, des Verhaltens des Beschwerdeführers und der zuständigen Behörden und der Bedeutung des Rechtsstreits, nicht als angemessen angesehen werden kann.

Wird die lange **Verfahrensdauer** vor dem Sozialgericht größtenteils durch den **Sachverständigen** verursacht, der sein Gutachten erst nach zwei Jahren und drei Monaten vorlegt – hier: Verfahrensdauer sieben Jahre allein beim Sozialgericht und weitere fünf Jahre beim Landessozialgericht -, so ist daran zu erinnern, dass es in Fällen, in denen die Zusammenarbeit mit einem Sachverständigen erforderlich ist, den innerstaatlichen Gerichten obliegt sicherzustellen, dass das Verfahren nicht übermäßig in die Länge gezogen wird (siehe u.a. EGMR, Ur. v. 04.04.2002 - 45181/99 - Rn. 39).

### 2. EUGH: ÄRZTL. NIEDERLASSUNGSFREIHEIT IN ÖSTERREICH: BANKKONTO BEI LANDESBANK

*EuGH, Ur. v. 25.09.2009 – C-356/08 -*

RID 09-04-249

curia.europa.eu = juris  
Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Republik Österreich  
EG Art. 43, 49, 50, 56

Die Republik Österreich hat dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus Art. 49 EG verstoßen, dass sie jeden Arzt, der sich in Oberösterreich niederlässt, dazu verpflichtet, ein Bankkonto bei der Österreichischen Landesbank in Linz zu eröffnen, auf das die im Rahmen der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit von den Krankenkassen gezahlten Sachleistungshonorare zu überweisen sind.

### 3. BVERFG: EINGETRAGENE LEBENSPARTNERSCHAFT IN DER HINTERBLIEBENENVERSORGUNG (HIER: VBL)

*BVerfG, Beschl. v. 07.07.2009 – 1 BvR 1164/07 –*

RID 09-04-250

www.bundesverfassungsgericht.de = juris  
GG Art. 3 I, 6 I; ATV § 10; EG Art. 13

**Leitsatz:** 1. Die Ungleichbehandlung von Ehe und eingetragener Lebenspartnerschaft im Bereich der betrieblichen Hinterbliebenenversorgung für Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes, die bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder zusatzversichert sind, ist mit Art. 3 Abs. 1 GG unvereinbar.

2. Geht die Privilegierung der Ehe mit einer Benachteiligung anderer Lebensformen einher, obgleich diese nach dem geregelten Lebenssachverhalt und den mit der Normierung verfolgten Zielen der Ehe vergleichbar sind, rechtfertigt der bloße Verweis auf das Schutzgebot der Ehe gemäß Art. 6 Abs. 1 GG eine solche Differenzierung nicht.

## 4. BGH

### A) WERBUNG FÜR KONZEPT ZUR QUALITÄTSSICHERUNG VON ZAHNARZTPRAXEN MIT GEWINNSPIEL

*BGH, Ur. v. 26.02.2009 – I ZR 222/06 –*

RID 09-04-251

(MacDent) www.bundesgerichtshof.de = juris  
UWG §§ 3, 4 Nr. 11; ZÄBerufsO SH

**Leitsatz:** Wirbt ein Unternehmen für ein von ihm entwickeltes Konzept zur Qualitätssicherung von Zahnarztpraxen mit einer Aufforderung zur Teilnahme an einem Gewinnspiel, so fehlt es an der Vermittlung sachlicher Informationen i.S. von § 21 Abs. 2 SchlHZÄBerufsO (Fassung 2006) nicht bereits deshalb, weil in der Werbemaßnahme das Unternehmenskonzept nur schlagwortartig umrissen und für weitere Informationen auf eine angegebene Internetadresse verwiesen wird.

## **B) LEASINGVERTRAG MIT NIEDERGELASSENEM ARZT ÜBER TV-MULTIMEDIA-EMPFANGSANLAGE**

*BGH, Urt. v. 08.07.2009 – VIII ZR 327/08 –*

**RID 09-04-252**

www.bundesgerichtshof.de = juris

BGB §§ 133, 157, 320, 305c I, 611

**Leitsatz:** Zur Frage eines sich aus der wirtschaftlichen Einheit eines Leasingvertrages mit einem Dienstleistungsvertrag ergebenden Leistungsverweigerungsrechts.

## **5. BVERWG: BESCHRÄNKUNG DER HEILPRAKTIKERERLAUBNIS AUF AUSÜBUNG DER PHYSIOTHERAPIE**

*BVerwG, Urt. v. 26.08.2009 – 3 C 19/08 –*

**RID 09-04-253**

www.bverwg.de = juris

HeilprG § 1; HeilprGDV 1 § 2; MPhG §§ 1, 8

**Leitsatz:** Die Heilpraktikererlaubnis kann auf die Ausübung der Physiotherapie beschränkt werden. Ein ausgebildeter Physiotherapeut muss sich zur Erlangung einer solchen Erlaubnis einer eingeschränkten Überprüfung seiner Kenntnisse und Fähigkeiten unterziehen.

## **6. KRANKENHÄUSER**

### **A) ERSTATTUNGSANSPRUCH DES KRANKENHAUSES GEGEN SOZIALHILFETRÄGER**

*BSG, Urt. v. 19.05.2009 - B 8 SO 4/08 R(SozR 4-3500 § 25 Nr. 1) –*

**RID 09-04-254**

SGB II §§ 5 II 1, 28 I, 37 II; SGB XII §§ 2, 21

**Leitsatz:** Ein Erstattungsanspruch des Krankenhauses nach den Vorschriften des SGB XII gegen den Sozialhilfeträger ist bei der Notfallbehandlung eines Arbeitslosengeld-II- bzw. Sozialgeldberechtigten, der keinen Antrag auf diese Leistung gestellt hat und diese Leistung nicht erhält, nicht gesetzlich ausgeschlossen.

### **B) ANSPRUCH AUF KRANKENHAUSPLANAUFNABME: DRITTSCHUTZ GEGEN AUSWAHLENTSCHEIDUNG**

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.05.2009 - 13 A 2002/07 -*

**RID 09-04-255**

juris = GesR 2009, 417

GG Art. 12; VwGO § 42 II; KHG § 8 II; KHGestG NW § 12 II 2

**Leitsatz:** 1. Der die Aufnahme in den Krankenhausplan feststellende Bescheid enthält mehrere Regelungselemente, die (u.a.) die Gebiete, die Anzahl der Betten und das jeweilige Bezugsobjekt betreffen können.

2. § 12 Abs. 2 Satz 2 KHGG NRW (KHGestG NW) kommt drittschützende Wirkung zu.

### **C) KRANKENHAUSPFLEGESÄTZE: BERÜCKSICHTIGUNG ZUSÄTZLICHER KOSTEN IM EINZELFALL**

*VG Frankfurt a. M., Urt. v. 22.06.2009 – 5 K 1699/08 –*

**RID 09-04-256**

KHEntgG § 4 IV 4, 9 I Nr. 3

Nach dem KHEntgG ist die Berücksichtigung **zusätzlicher Kosten** im Einzelfall möglich, wenn diese nicht durch die Fallpauschalen gedeckt werden, wie beispielsweise bei Transplantationen und anderen Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil oder bei der Eröffnung einer größeren organisatorischen Einheit. Die Vergrößerung der Bettenzahl in der Neonatologie um zwei Drittel stellt zwar keine Eröffnung einer größeren organisatorischen Einheit dar und es geht auch nicht um Fallpauschalen mit einem hohen Sachkostenanteil. Die Berücksichtigung der im Wesentlichen anfallenden **Personalkosten** ist gleichwohl gerechtfertigt, da der Gesetzgeber es nicht bei der Aufzählung bestimmter Fallkonstellationen belassen, sondern diese nur beispielhaft dargelegt hat.

## 7. OPFERENTSCHÄDIGUNG NACH SCHÖNHEITSOPERATION AUFGRUND ERSCHLICHENER EINWILLIGUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.05.2008 – L 10 VG 6/07 –*

**RID 09-04-257**

*Revision anhängig: B 9 VG 1/09 R*  
OEG § 1 I 1; StGB §§ 223, 229

juris = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = MedR 2009, 433

Weist ein Arzt vor dem operativen Eingriff bewusst nicht darauf hin, dass angesichts der Vorerkrankungen mit einem **erheblichen Gesundheitsrisiko**, ggf. sogar mit Todesfolge, während und nach den Operationen zu rechnen ist, weil er befürchtet, die Patientin würde bei ordnungsgemäßer Aufklärung von einer Operation absehen, so liegt ein **tätlicher Angriff** im Sinne von § 1 I 1 OEG vor. Der Auffassung, dass **ärztliche Kunstfehler** "naturgemäß" nicht unter den **Schutz des OEG** fallen, da sie durch polizeilichen Schutz nicht gedeckt seien, tritt der Senat entgegen. Dies gilt für den Fall, dass der Arzt nicht (erst) aufgrund eines Behandlungsfehlers vorsätzlich, rechtswidrig und tötlich in die körperliche Unversehrtheit der Klägerin eingegriffen hat, sondern bereits mit dem **Beginn seiner beiden Operationen in Kenntnis des Fehlens einer (wirksamen) Einwilligung**. Zudem gibt es für eine derartig einschränkende Auslegung im Gesetz kein Anhaltspunkte.

Es trifft nicht zu, die Entscheidung des Senats bewirke, dass nahezu alle ärztlichen Behandlungsfehler zu Folgeansprüchen nach dem OEG führten. Im Regelfall wird der Arzt seinen Patienten ordnungsgemäß aufklären. Im Übrigen ist es für die Entscheidung des vorliegenden Falls unerheblich, wie andere Sachverhalte rechtlich zu beurteilen sind. Hier geht es ausschließlich um die besondere Fallkonstellation, dass in Kenntnis einer durch vorsätzlich unzureichende und falsche Aufklärung erschlichenen Einwilligung operiert worden ist.

## 8. VERTRAG ÜBER RETTUNGSDIENSTLEISTUNGEN UND DIENSTLEISTUNGSKONZESSION

*OLG München, Beschl. v. 02.07.2009 – Verg 05/09 –*

**RID 09-04-258**

juris = VergabeR 2009, 781

EG Art. 234 I; EGRL 18/2004 Art. 1 II Buchst. a u. d, IV

**Leitsatz:** Dem Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften werden zur Auslegung der Richtlinie 2004/18/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge (im folgenden Richtlinie) gemäß Art. 234 Abs. 1 EG folgende Fragen vorgelegt:

1. Ist ein Vertrag über Dienstleistungen (hier: Rettungsdienstleistungen), nach dessen Inhalt eine unmittelbare Entgeltzahlung des öffentlichen Auftraggebers an den Auftragnehmer nicht erfolgt, sondern
  - a) im Wege von Verhandlungen zwischen dem Auftragnehmer und Dritten, die ihrerseits öffentliche Auftraggeber sind (hier: Sozialversicherungsträger), das Benutzungsentgelt für die zu erbringenden Leistungen festgesetzt wird,
  - b) im Falle einer Nichteinigung die Entscheidung einer hierfür vorgesehenen Schiedsstelle vorgesehen ist, deren Entscheidung zur Überprüfung durch staatliche Gerichte gestellt wird, und
  - c) das Entgelt nicht unmittelbar von den Nutzern, sondern von einer Zentralen Abrechnungsstelle, deren Dienste der Auftragnehmer nach dem Gesetz in Anspruch nehmen muss, in regelmäßigen Abschlagszahlungen an den Auftragnehmer ausgezahlt wird,allein aus diesem Grund als Dienstleistungskonzession im Sinne des Art. 1 Abs. 4 der Richtlinie – in Abgrenzung zum Dienstleistungsauftrag im Sinne von Art. 1 Abs. 2 lit.a und d der Richtlinie anzusehen?
2. Falls die erste Vorlagefrage mit Nein zu beantworten ist, liegt eine Dienstleistungskonzession dann vor, wenn das mit der öffentlichen Dienstleistung verbundene Betriebsrisiko eingeschränkt ist,
  - a) weil nach einer gesetzlichen Regelung den Benutzungsentgelten für die Leistungserbringung die nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen ansatzfähigen Kosten zugrunde zu legen sind, die einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung, einer wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung sowie einer leistungsfähigen Organisation entsprechen, und
  - b) weil die Benutzungsentgelte von solventen Sozialversicherungsträgern geschuldet werden,
  - c) das Entgelt nicht unmittelbar von den Nutzern, sondern von einer Zentralen Abrechnungsstelle, deren Dienste der Auftragnehmer nach dem Gesetz in Anspruch nehmen muss, in regelmäßigen Abschlagszahlungen an den Auftragnehmer ausgezahlt wird,der Auftragnehmer aber dieses eingeschränkte Risiko vollständig übernimmt?

## 9. MEDIKAMENTENGABE DURCH RETTUNGSASSISTENTEN

*ArbG Koblenz, Urt. v. 07.11.2008 – 2 Ca 1567/08 –*

RID 09-04-259

juris = NZA-RR 2009, 419 m. Bespr. Heuchemer/Bolsinger = MedR 2009, 542

BGB § 626; StGB §§ 13, 34, 223 ff., 229; HeilPrG § 1; RettAssG § 3

**Leitsatz (MedR):** 1. Der am Einsatzort bei Abwesenheit eines Notarztes handelnde **Rettungsassistent** verfügt über einen echten Beurteilungs- und Ermessensspielraum ex ante bezüglich der Entscheidung über die Vergabe von Medikamenten am Notfallort. Einen generellen Arztvorbehalt gibt es diesbezüglich nicht. Das Handeln des Rettungsassistenten wird durch § 3 RettAssG legitimiert und ist nicht an § 34 StGB zu messen.

2. Einzig einschränkend für die Handlungsbefugnis des Rettungsassistenten sind insoweit die **Einwilligung oder mutmaßliche Einwilligung der Patienten** sowie die sichere Beherrschung der indizierten Maßnahme.

3. Statuieren interne Anweisungen des Arbeitgebers ein **generelles Verbot der Vergabe von Medikamenten** durch den Rettungsassistenten bei Abwesenheit eines Notarztes, so lässt sich eine Kündigung auf den Verstoß gegen diese Anweisung nicht stützen; sie ist unwirksam. Die Garantenstellung des Rettungsassistenten (§ 13 StGB) geht vor.

## 10. ZURÜCKSTUFUNG EINES MEDIZINALDIREKTORS WEGEN DES BESITZES KINDERPORNOGRAPHISCHER SCHRIFTEN

*VG Ansbach, Urt. v. 17.08.2009 – 6a D 09.00232 –*

RID 09-04-260

juris

BDG §§ 9, 13, 60

Für das gerichtliche Disziplinarverfahren können die im strafgerichtlichen Strafbefehlsverfahren getroffenen tatsächlichen Feststellungen der Entscheidung ohne erneute Prüfung zugrunde gelegt werden. Ein Medizinaldirektor, der sich den Besitz kinderpornographischer Schriften verschafft hat, kann um eine Stufe in das Amt eines Medizinaloberrates (A 14) zurückgestuft werden.

## 11. HEILPRAKTIKERERLAUBNIS: MULTIPLE CHOICE-PRÜFUNGSVERFAHREN ZULÄSSIG

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.08.2009 – 13 A 3785/05 –*

RID 09-04-261

juris = DVBl 2009, 1328

HeilprG §§ 1 I u. II, 2 I; HeilprGDV § 2 I Buchst. i

**Leitsatz:** Die Durchführung der schriftlichen Überprüfung für die Erteilung einer Heilpraktikererlaubnis im Antwort-Wahl-Verfahren ("multiple choice") ist zulässig.

## 12. NENNUNG AUF DEM INFORMATIONSPORTAL "FALSCHGUTACHTER.INFO"

*LG Hamburg, Urt. v. 05.08.2009 – 325 O 9/09 –*

RID 09-04-262

juris

BGB §§ 823 I, 1004; GG Art. 1 I, 2 I

Ein Zahnarzt muss die namentliche Nennung auf dem Informationsportal "falschgutachter.info" nicht hinnehmen, wenn die Online-Berichterstattung sich auf ein knapp sieben Jahre altes Gutachten bezieht, mit dem der Zahnarzt einmalig zum Zweck einer Gerichtsverhandlung tätig wurde.

## 13. KEINE WERBE-EMAILS IN ARZTPRAXIS

*AG München, Urt. v. 09.07.2009 - 161 C 6412/09 –*

RID 09-04-263

juris

BGB §§ 823 I 1004; UWG § 7 II Nr. 3

**Leitsatz:** 1. Bei einem einmaligen Email-Kontakt kann ein Unternehmer nicht automatisch davon ausgehen, dass eine Einwilligung in die Übersendung von Werbe-Emails erteilt wurde.

2. Eine Werbe-Email ohne vorherige Einwilligung stellt eine unzumutbare Belästigung dar.

## 14. WETTBEWERBSRECHT: MATRATZENVERKÄUFER ALS „ÄRZTLICH GEPRÜFTER SCHLAFBERATER“

*LG Braunschweig, Urt. v. 17.07.2009 – 9 O 78/09 (005) –*  
WRP 2009, 1303  
UWG §§ 5 I Nr. 3, 6

RID 09-04-264

**Leitsatz:** Wird ein Matratzenverkäufer als „ärztlich geprüfter Schlafberater“ und „Ergopraktiker“ bezeichnet, so erweckt dies den unzutreffenden Eindruck einer besonderen Qualifikation im Sinne eines allgemein anerkannten Ausbildungsganges mit der entsprechenden ärztlichen Abschlussprüfung.

## 15. UNZULÄSSIGE BEZEICHNUNG „SPEZIALIST FÜR ZAHNARZTRECHT“

*OLG Karlsruhe, Urt. v. 13.05.2009 - 6 U 49/08 –*  
BeckRS 2009, 26540 = NJW-Spezial 2009, 686  
BORA § 7 I 2, II; UWG §§ 4 Nr. 11, 5 I, 8 I, III Nr. 2 u. 3

RID 09-04-265

Mit dem Hinweis „Spezialist für Zahnartztrecht“ in der Werbung wird ein qualifizierender Zusatz i.S.d. § 7 I 2 BORA verwendet. Dies ist nur zulässig, wenn die dafür gestellten Voraussetzungen erfüllt werden. Die Beweislast dafür trägt der Rechtsanwalt auch im Zivilprozess.

Wer sich als Spezialist bezeichnet, bringt dadurch auch zum Ausdruck, dass er bevorzugt, wenn nicht gar ausschließlich einen Teilbereich des Vollberufs bearbeitet (BVerfG, NJW 2004, 2656, 2558). Von einem Rechtsanwalt, der weit überwiegend Fälle aus einem bestimmten Bereich bearbeitet, erwartet das Publikum umfassende Kenntnisse, die theoretische Durchdringung und große praktische Erfahrung auf dem betreffenden Gebiet. Der Verkehr erwartet vom „Spezialisten“ zumindest die Expertise eines Fachanwalts (hier: Fachanwalt für Medizinrecht).

## 16. STEUERRECHT

### A) BFH: DATENEINSICHTSRECHT DER FINANZBEHÖRDEN/AUFZEICHNUNGSPFLICHTEN

*BFH, Urt. v. 24.06.2009 – VIII R 80/06 –*  
www.bundesfinanzhof.de

RID 09-04-266

AO §§ 145 II, 146 V 1 u. VI, 147 I Nr. 5 u. VI, 200 I 2; GG Art. 2 I, 20 III

**Leitsatz:** 1. Die Befugnisse aus § 147 Abs. 6 AO stehen der Finanzbehörde nur in Bezug auf Unterlagen zu, die der Steuerpflichtige nach § 147 Abs. 1 AO aufzubewahren hat.

2. Die Verpflichtung zur geordneten Aufbewahrung von Unterlagen nach § 147 Abs. 1 AO trifft auch Steuerpflichtige, die gemäß § 4 Abs. 3 EStG als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen.

3. Der sachliche Umfang der Aufbewahrungspflicht in § 147 Abs. 1 AO ist grundsätzlich abhängig vom Bestehen und vom Umfang einer gesetzlichen Aufzeichnungspflicht. Aufzubewahren sind danach alle Unterlagen, die zum Verständnis und zur Überprüfung der für die Besteuerung gesetzlich vorgeschriebenen Aufzeichnungen im Einzelfall von Bedeutung sein können. § 147 Abs. 1 Nr. 5 AO ist mit dieser Maßgabe einschränkend auszulegen.

4. Das Recht, nach § 146 Abs. 5 Satz 1 AO eine bestimmte Form der Aufzeichnung und der Aufbewahrung zu wählen, ist ausgeübt, wenn sich der Steuerpflichtige entschieden hat, Aufzeichnungen sowohl in Papierform als auch in elektronischer Form zu führen und wenn er die notwendigen Unterlagen ebenfalls in beiden Formen aufbewahrt. In diesem Fall erstreckt sich die Pflicht zur Aufbewahrung nach § 147 Abs. 1 AO auf sämtliche Aufzeichnungen und Unterlagen.

5. Führt der Steuerpflichtige Aufzeichnungen, zu denen er gesetzlich nicht verpflichtet ist, so sind die Aufzeichnungen dann nicht gemäß § 146 Abs. 6 AO "für die Besteuerung von Bedeutung", wenn sie der Besteuerung nicht zugrunde zu legen sind.

### B) VORSORGEUNTERSUCHUNGEN BEI FÜHRUNGSKRÄFTEN KEIN STEUERPFLICHTIGER ARBEITSLOHN

*FG Düsseldorf, Urt. v. 30.09.2009 – 15 K 2727/08 L –*  
juris = www.justiz.nrw.de  
EStG §§ 8, 19 I Nr. 1

RID 09-04-267

Übernimmt ein Arbeitgeber die Kosten für die Vorsorgeuntersuchungen seiner leitenden Angestellten, so liegt hierin jedenfalls dann kein steuerpflichtiger Arbeitslohn, wenn die Angestellten krankenversichert sind und selbst nichts für die Untersuchungen hätten aufwenden müssen. Das eigene betriebliche Interesse an den Maßnahmen kommt bereits dadurch zum Ausdruck, dass der Arbeitgeber ausschließlich Führungskräfte unentgeltlich untersuchen lässt.

## Verzeichnis der Entscheidungen

AG Essen, Urt. v. 16.04.2009 – 21 C 486/08 –	RID 09-04-202
AG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.03.2009 – 29 C 2041/07-86 –	RID 09-04-217
AG München, Urt. v. 09.07.2009 – 161 C 6412/09 –	RID 09-04-263
AG Osterholz-Scharmbeck, Urt. v. 5.5.2009 – 15 C 1144/06 –	RID 09-04-206
ArbG Koblenz, Urt. v. 07.11.2008 – 2 Ca 1567/08 –	RID 09-04-259
BFH, Urt. v. 24.06.2009 – VIII R 80/06 –	RID 09-04-266
BGH, Beschl. v. 04.12.2008 – I ZB 31/08 –	RID 09-04-52
BGH, Beschl. v. 11.02.2009 – IV ZR 28/08 –	RID 09-04-210
BGH, Urt. v. 26.02.2009 – I ZR 222/06 –	RID 09-04-251
BGH, Urt. v. 26.03.2009 – I ZR 99/07 –	RID 09-04-237
BGH, Urt. v. 26.03.2009 – I ZR 213/06 –	RID 09-04-235
BGH, Urt. v. 30.04.2009 – I ZR 117/07 –	RID 09-04-236
BGH, Beschl. v. 09.06.2009 – VI ZR 138/08 –	RID 09-04-192
BGH, Urt. v. 08.07.2009 – VIII ZR 327/08 –	RID 09-04-252
BGH, Urt. v. 09.07.2009 – I ZR 13/07 –	RID 09-04-174
BGH, Beschl. v. 16.07.2009 – I ZR 223/06 –	RID 09-04-234
BGH, Beschl. v. 28.07.2009 – 3 Str 44/09 –	RID 09-04-182
BGH, Beschl. v. 29.07.2009 – 2 Str 91/09 –	RID 09-04-183
BGH, Beschl. v. 22.09.2009 – VI ZR 32/09 –	RID 09-04-191
BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 4/08 R	RID 09-04-61
BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 5/08 R –	RID 09-04-60
BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 11/08 R –	RID 09-04-75
BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 30/07 R –	RID 09-04-63
BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 50/07 R –	RID 09-04-62
BSG, Urt. v. 28.01.2009 – B 6 KA 61/07 R –	RID 09-04-69
BSG, Urt. v. 03.03.2009 – B 1 A 1/08 R –	RID 09-04-159
BSG, Urt. v. 11.03.2009 – B 6 KA 15/08 R –	RID 09-04-64
BSG, Urt. v. 11.03.2009 – B 6 KA 62/07 R –	RID 09-04-65
BSG, Urt. v. 11.03.2009 – B 6 KA 65/07 R –	RID 09-04-59
BSG, Urt. v. 22.04.2009 – B 3 KR 5/08 R –	RID 09-04-157
BSG, Urt. v. 22.04.2009 – B 3 KR 11/07 R –	RID 09-04-158
BSG, Urt. v. 05.05.2009 – B 1 KR 9/08 R –	RID 09-04-160
BSG, Urt. v. 05.05.2009 – B 1 KR 15/08 R –	RID 09-04-155
BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 A 1/08 R –	RID 09-04-74
BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 2/08 R –	RID 09-04-67
BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 7/08 R –	RID 09-04-73
BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 17/08 R –	RID 09-04-66
BSG, Urt. v. 19.05.2009 – B 8 SO 4/08 R –	RID 09-04-254
BSG, Beschl. v. 17.06.2009 – B 1 KR 2/09 B –	RID 09-04-156
BSG, Beschl. v. 17.06.2009 – B 6 KA 6/09 B –	RID 09-04-68
BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 10/09 B –	RID 09-04-70
BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 11/09 B –	RID 09-04-71
BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 14/09 B –	RID 09-04-72
BVerfG, Beschl. v. 07.07.2009 – 1 BvR 1164/07 –	RID 09-04-250
BVerfG, Beschl. v. 24.09.2009 – 1 BvR 1304/09 –	RID 09-04-51
BVerwG, Urt. v. 27.05.2009 – 8 CN 1/09 –	RID 09-04-238
BVerwG, Beschl. v. 19.08.2009 – 2 B 19/09 –	RID 09-04-218
BVerwG, Urt. v. 26.08.2009 – 3 C 19/08 –	RID 09-04-253
BVerwG, Beschl. v. 17.09.2009 – 3 B 67/09 –	RID 09-04-167
BVerwG, Urt. v. 24.09.2009 – 3 C 4/09 –	RID 09-04-168
EuGH, Beschl. v. 19.05.2009 – C-531/06 –	RID 09-04-231
EuGH, Urt. v. 25.09.2009 – C-356/08 –	RID 09-04-249
EuGH, Urt. v. 06.10.2009 – C-501/06 – u.a.	RID 09-04-232
EGMR, Urt. v. 11.06.2009 – 17878/04 –	RID 09-04-27
EGMR, Urt. v. 16.07.2009 – 1126/05 –	RID 09-04-248
FG Düsseldorf, Urt. v. 30.09.2009 – 15 K 2727/08 L –	RID 09-04-267
Generalanwalt EuGH, Antrag v. 30.09.2009 – C-570/07 u. C-571/07 –	RID 09-04-233
KG Berlin, Urt. v. 20.07.2009 – 12 U 36/08 –	RID 09-04-185
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.02.2009 – L 4 KR 1697/07 –	RID 09-04-96
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 05.05.2009 – L 5 KA 599/09 ER-B –	RID 09-04-43
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.06.2009 – L 1 A 4797/08 –	RID 09-04-121
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.07.2009 – L 11 KR 2751/07 –	RID 09-04-122
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.09.2009 – L 5 KA 1375/09 –	RID 09-04-39
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.09.2009 – L 5 KA 2245/08 –	RID 09-04-18
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.10.2009 – L 11 KR 1229/09 –	RID 09-04-87
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 3558/07 –	RID 09-04-40
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 02.11.2009 – L 11 KR 3727/09 ER-B –	RID 09-04-151
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 02.11.2009 – L 11 KR 4504/09 ER-B –	RID 09-04-116
LSG Bayern, Beschl. v. 10.10.2008 – L 12 B 439/08 KA ER –	RID 09-04-42
LSG Bayern, Urt. v. 04.02.2009 – L 12 KA 27/08 –	RID 09-04-28
LSG Bayern, Urt. v. 12.03.2009 – L 4 KR 69/07 –	RID 09-04-149
LSG Bayern, Urt. v. 20.03.2009 – L 5 KR 182/08 –	RID 09-04-93
LSG Bayern, Urt. v. 22.04.2009 – L 12 KA 20/06 –	RID 09-04-29
LSG Bayern, Beschl. v. 06.05.2009 – L 4 KR 196/08 –	RID 09-04-118
LSG Bayern, Urt. v. 07.05.2009 – L 4 KR 459/07 –	RID 09-04-112
LSG Bayern, Urt. v. 07.05.2009 – L 4 KR 465/07 –	RID 09-04-89
LSG Bayern, Urt. v. 27.05.2009 – L 12 KA 60/06 –	RID 09-04-33
LSG Bayern, Urt. v. 27.05.2009 – L 12 KA 547/07 –	RID 09-04-16
LSG Bayern, Urt. v. 28.05.2009 – L 4 KR 35/08 –	RID 09-04-98
LSG Bayern, Urt. v. 28.05.2009 – L 4 KR 297/07 –	RID 09-04-79
LSG Bayern, Urt. v. 10.06.2009 – L 4 KR 285/07 –	RID 09-04-97
LSG Bayern, Urt. v. 25.06.2009 – L 4 KR 69/09 –	RID 09-04-120
LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2009 – L 5 KR 254/08 –	RID 09-04-95
LSG Bayern, Beschl. v. 30.07.2009 – L 12 B 1074/08 KA ER –	RID 09-04-14
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 15.07.2009 – L 7 B 74/08 KA ER –	RID 09-04-48
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 23.07.2009 – L 1 KR 451/08 –	RID 09-04-119

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.08.2009 – L 9 KR 80/08 –	RID 09-04-85
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.08.2009 – L 9 KR 241/06 –	RID 09-04-78
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 09.09.2009 – L 7 KA 61/09 B ER –	RID 09-04-15
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.09.2009 – L 9 KR 92/08 –	RID 09-04-88
<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 15.06.2009 – L 1 KR 236/07 –	RID 09-04-104
LSG Hessen, Urt. v. 02.07.2009 – L 1 KR 197/07 –	RID 09-04-84
LSG Hessen, Urt. v. 23.09.2009 - L 4 KA 6/08 -	RID 09-04-37
LSG Hessen, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 8/07 –	RID 09-04-09
LSG Hessen, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 38/08 –	RID 09-04-26
LSG Hessen, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 39/08 –	RID 09-04-23
LSG Hessen, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 55/08 –	RID 09-04-07
LSG Hessen, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 111/08 –	RID 09-04-06
LSG Hessen, Urt. v. 23.09.2009 - L 4 KA 66/06 -	RID 09-04-38
LSG Hessen, Urt. v. 23.09.2009 - L 4 KA 82/08 -	RID 09-04-45
LSG Hessen, Beschl. v. 16.10.2009 - L 4 KA 61/09 B -	RID 09-04-57
<b>LSG Mecklenburg-Vorpommern</b> , Urt. v. 30.01.2008 - L 1 KA 1/06 -	RID 09-04-49
<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 29.04.2009 – L 3 KA 84/05 –	RID 09-04-35
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 25.05.2009 - L 4 KR 116/09 B ER -	RID 09-04-54
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.05.2009 – L 3 KA 28/08 –	RID 09-04-12
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.05.2009 – L 3 KA 85/06 –	RID 09-04-58
<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 11.12.2008 – L 5 KR 81/08 –	RID 09-04-76
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.05.2008 – L 10 VG 6/07 –	RID 09-04-257
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 06.08.2009 – L 21 KR 52/09 SFB –	RID 09-04-145
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.08.2009 – L 11 KA 52/07 –	RID 09-04-36
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.08.2009 – L 16 B 26/09 KR –	RID 09-04-115
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.08.2009 – L 16 KR 132/09 –	RID 09-04-86
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.08.2009 – L 21 KR 45/09 SFB –	RID 09-04-143
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.08.2009 – L 11 KR 96/07 –	RID 09-04-111
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.09.2009 – L 21 KR 51/09 SFB –	RID 09-04-144
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.09.2009 – L 11 B 6/09 KA ER –	RID 09-04-56
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 16 KR 7/09 –	RID 09-04-129
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 16 KR 14/09 –	RID 09-04-130
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 11 KA 18/09 –	RID 09-04-05
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 16 KR 136/08 –	RID 09-04-131
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.09.2009 – L 21 KR 53/09 SFB –	RID 09-04-142
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.09.2009 – L 5 KR 81/09 –	RID 09-04-134
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.09.2009 – L 5 KR 83/09 –	RID 09-04-133
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.09.2009 – L 16 (5) KR 195/08 –	RID 09-04-106
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.10.2009 – L 16 KR 60/07 –	RID 09-04-101
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 12.10.2009 – L 16 B 50/09 KR ER –	RID 09-04-83
<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Beschl. v. 14.07.2009 – L 5 KR 19/09 B ER –	RID 09-04-154
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.08.2009 – L 5 KR 149/08 –	RID 09-04-135
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.08.2009 – L 5 KR 100/08 –	RID 09-04-105
<b>LSG Sachsen</b> , Urt. v. 24.06.2009 – L 1 KA 8/09 –	RID 09-04-20
LSG Sachsen, Urt. v. 24.06.2009 – L 1 KR 76/08 –	RID 09-04-132
LSG Sachsen, Beschl. v. 30.07.2009 – L 1 B 786/08 KA-ER –	RID 09-04-41
LSG Sachsen, Beschl. v. 13.08.2009 – L 1 KR 41/09 B ER –	RID 09-04-107
<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 19.05.2009 – L 4 KA 24/07 –	RID 09-04-10
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 20.08.2009 – L 5 B 429/09 KR ER –	RID 09-04-81
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.09.2009 – L 5 KR 60/08 –	RID 09-04-114
<b>LG Bochum</b> , Urt. v. 22.12.2008 – 6 O 543/08 –	RID 09-04-186
LG Bochum, Urt. v. 14. 11. 2008 – 1-5 S 149/08 -	RID 09-04-209
<b>LG Braunschweig</b> , Urt. v. 17.07.2009 – 9 O 78/09 (005) –	RID 09-04-264
<b>LG Bremen</b> , Urt. v. 25.07.2008 – 3 O 2011/07 –	RID 09-04-208
<b>LG Darmstadt</b> , Urt. v. 12.08.2009 – 22 O 400/08 –	RID 09-04-241
<b>LG Essen</b> , Beschl. v. 25.6.2009 – 7 T 170/09 –	RID 09-04-187
<b>LG Hamburg</b> , Urt. v. 05.08.2009 – 325 O 9/09 –	RID 09-04-262
<b>LG Mannheim</b> , Urt. v. 28.08.2009 – 1 S 78/09 –	RID 09-04-214
<b>LG München I</b> , Urt. v. 09.06.2008 – 9 O 14628/04 –	RID 09-04-195
<b>LG Münster</b> , Urt. v. 10.06.2009 – 021 O 74/09 –	RID 09-04-245
<b>LG Neubrandenburg</b> , Urt. v. 12.08.2009 – 2 O 111/09 –	RID 09-04-207
<b>LG Potsdam</b> , Urt. v. 25.08.2008 – 27 Ns 96/07 –	RID 09-04-184
<b>LG Saarbrücken</b> , Urt. v. 07.07.2009 – 14 S 2/07 –	RID 09-04-213
<b>LG Stuttgart</b> , Urt. v. 13.10.2009 – 32 O 27/09 –	RID 09-04-239
<b>LG Ulm</b> , Urt. v. 13.08.2009 – 10 O 77/09 KfH –	RID 09-04-240
<b>OLG Brandenburg</b> , Urt. v. 18.06.2009 – 12 U 213/08 –	RID 09-04-196
OLG Brandenburg, Urt. v. 09.07.2009 – 12 U 75/08 –	RID 09-04-200
OLG Brandenburg, Urt. v. 27.08.2009 – 12 U 233/08 –	RID 09-04-194
<b>OLG Düsseldorf</b> , Urt. v. 01.09.2009 – 1-20 U 121/08 –	RID 09-04-175
<b>OLG Frankfurt a. M.</b> , Beschl. v. 12.01.2009 - 8 W 78/08 –	RID 09-04-203
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 12.03.2009 – 15 U 18/08 –	RID 09-04-201
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 18.08.2009 – 8 U 178/07 –	RID 09-04-199
OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 20.08.2009 – 8 U 107/09 –	RID 09-04-215
<b>OLG Hamm</b> , Urt. v. 05.12.2008 - I-9 U 89/08 -	RID 09-04-179
OLG Hamm, Urt. v. 16.06.2009 – I-4 U 22/09 –	RID 09-04-176
<b>OLG Jena</b> , Beschl. v. 03.09.2009 – 4 W 373/09 –	RID 09-04-204
<b>OLG Karlsruhe</b> , Urt. v. 13.05.2009 - 6 U 49/08 –	RID 09-04-265
OLG Karlsruhe, Urt. v. 09.07.2009 – 4 U 169/07 –	RID 09-04-177
OLG Karlsruhe, Urt. v. 09.07.2009 – 4 U 188/07 –	RID 09-04-178
<b>OLG Koblenz</b> , Beschl. v. 30.04.2009 – 10 U 959/08 –	RID 09-04-211
OLG Koblenz, Beschl. v. 09.07.2009 – 10 U 959/08 –	RID 09-04-212
<b>OLG München</b> , Urt. v. 02.07.2009 - 29 U 3992/08 -	RID 09-04-246
OLG München, Beschl. v. 02.07.2009 – Verg 05/09 –	RID 09-04-258
OLG München, Urt. v. 03.08.2009 – 19 U 2171/09 –	RID 09-04-247
OLG München, Beschl. v. 22.09.2009 – 1 U 2732/09 –	RID 09-04-193
OLG München, Urt. v. 23.10.2008 - 1 U 2046/08 -	RID 09-04-198
<b>OLG Naumburg</b> , Urt. v. 19.12.2008 - 10 U 25/08 -	RID 09-04-242
<b>OLG Stuttgart</b> , Urt. v. 30.07.2009 – 2 U 4/09 –	RID 09-04-243
<b>OLG Zweibrücken</b> , Urt. v. 10.03.2009 - 5 U 15/08 -	RID 09-04-205
<b>OVG Niedersachsen</b> , Beschl. v. 02.02.2009 – 8 LA 99/09 –	RID 09-04-163

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 12.08.2009 – 5 LA 208/07 –	RID 09-04-219
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 12.08.2009 – 5 LA 368/08 –	RID 09-04-224
<b>OVG Nordrhein-Westfalen</b> , Beschl. v. 02.04.2009 – 13 A 9/08 –	RID 09-04-166
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.05.2009 - 13 A 2002/07 -	RID 09-04-255
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.08.2009 – 13 A 3785/05 –	RID 09-04-261
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.08.2009 – 13 A 1178/09 –	RID 09-04-165
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.09.2009 – 3 A 1938/07 –	RID 09-04-227
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.09.2009 – 6t A 2297/07.T –	RID 09-04-171
<b>SG Aachen</b> , Urt. v. 08.09.2009 – S 13 KR 85/09 –	RID 09-04-94
SG Aachen, Urt. v. 22.09.2009 – S 13 KR 100/09 –	RID 09-04-92
SG Aachen, Urt. v. 29.09.2009 – S 13 KR 57/09 –	RID 09-04-109
SG Aachen, Urt. v. 29.09.2009 – S 13 (21) KR 82/07 –	RID 09-04-82
SG Aachen, Urt. v. 29.09.2009 – S 13 KR 125/09 –	RID 09-04-77
SG Aachen, Urt. v. 03.11.2009 – S 13 KR 115/09 –	RID 09-04-80
<b>SG Augsburg</b> , Gerichtsbb. v. 13.03.2009 – S 10 KR 304/04 –	RID 09-04-90
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 04.03.2009 – S 83 KA 1643/06 –	RID 09-04-01
SG Berlin, Urt. v. 26.08.2009 – S 83 KA 33/08 –	RID 09-04-22
SG Bremen, Urt. v. 25.01.2008 – S 4 KR 239/06 –	RID 09-04-91
<b>SG Detmold</b> , Urt. v. 05.08.2009 – S 5 KR 323/07 –	RID 09-04-108
<b>SG Dortmund</b> , Urt. v. 21.07.2009 – S 8 KR 89/08 –	RID 09-04-140
SG Dortmund, Urt. v. 23.07.2009 – S 9 (16) KA 125/07 –	RID 09-04-21
<b>SG Dresden</b> , Urt. v. 30.04.2009 – S 18 KR 32/07 –	RID 09-04-125
SG Dresden, Urt. v. 30.04.2009 – S 18 KR 58/06 –	RID 09-04-124
SG Dresden, Gerichtsbb. v. 14.08.2009 – S 18 KR 252/07 –	RID 09-04-127
SG Dresden, Beschl. v. 29.09.2009 – S 11 KA 114/09 ER –	RID 09-04-53
SG Dresden, Beschl. v. 30.09.2008 – S 8 KR 343/08 ER –	RID 09-04-99
SG Dresden, Urt. v. 17.10.2008 – S 8 KR 33/07 –	RID 09-04-128
SG Dresden, Urt. v. 17.10.2008 – S 8 KR 235/06 –	RID 09-04-126
<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 17.06.2009 – S 33 KA 49/07 –	RID 09-04-17
SG Düsseldorf, Urt. v. 29.07.2009 – S 14 KA 166/07 –	RID 09-04-31
<b>SG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 14.04.2008 – S 25 KR 2180/04 –	RID 09-04-100
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 18.08.2008 – S 25/20 KR 3376/04 –	RID 09-04-102
SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.09.2009 – S 25 KR 435/09 ER –	RID 09-04-110
<b>SG Hamburg</b> , Beschl. v. 24.04.2009 – S 2 KR 87/09 ER –	RID 09-04-148
SG Hamburg, Urt. v. 03.06.2009 – S 3 KA 273/04 –	RID 09-04-02
SG Hamburg, Urt. v. 24.06.2009 – S 27 KA 417/06 –	RID 09-04-04
SG Hamburg, Urt. v. 24.06.2009 – S 27 KA 465/06 –	RID 09-04-24
SG Hamburg, Urt. v. 08.07.2009 – S 27 KA 506-508 u. 553/06 –	RID 09-04-32
SG Hamburg, Urt. v. 15.07.2009 – S 3 KA 57/06 –	RID 09-04-03
SG Hamburg, Urt. v. 15.07.2009 – S 3 KA 91/06 –	RID 09-04-13
<b>SG Koblenz</b> , Urt. v. 05.08.2009 – S 6 KR 405/08 –	RID 09-04-138
SG Koblenz, Urt. v. 05.08.2009 – S 6 KR 414/08 –	RID 09-04-137
SG Koblenz, Urt. v. 05.08.2009 – S 6 KR 495/08 –	RID 09-04-136
<b>SG Leipzig</b> , Urt. v. 22.04.2008 – S 8 KR 164/07 –	RID 09-04-147
SG Leipzig, Urt. v. 08.07.2008 – S 8 KR 295/06 –	RID 09-04-123
SG Leipzig, Urt. v. 31.03.2009 – S 8 KR 245/07 –	RID 09-04-113
<b>SG Lübeck</b> , Urt. v. 14.07.2009 – S 1 KR 1425/07 –	RID 09-04-103
<b>SG Magdeburg</b> , Urt. v. 01.07.2009 – S 13 KA 51/08 -	RID 09-04-19
<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 28.01.2009 – S 8 KA 527/06 –	RID 09-04-34
<b>SG Marburg</b> , Beschl. v. 12.08.2009 – S 12 KA 428/08 ER –	RID 09-04-46
SG Marburg, Beschl. v.21.08.2009 – S 12 KA 528/09 ER –	RID 09-04-25
SG Marburg, Urt. v. 16.09.2009 – S 12 KA 341/08 –	RID 09-04-08
SG Marburg, Urt. v. 16.09.2009 – S 12 KA 514/08 –	RID 09-04-47
SG Marburg, Urt. v. 16.09.2009 – S 12 KA 785/08 –	RID 09-04-11
SG Marburg, Urt. v. 30.09.2009 – S 12 KA 464/07 –	RID 09-04-50
SG Marburg, Urt. v. 14.10.2009 – S 11 KA 243/08 –	RID 09-04-30
<b>SG München</b> , Urt. v. 08.10.2008 - S 3 KR 549/05 -	RID 09-04-150
<b>SG Reutlingen</b> , Urt. v. 25.11.08 – S 1 KA 618/08 –	RID 09-04-44
<b>SG Ulm</b> , Beschl. v. 19.10.2009 – S 13 KR 529/09 -	RID 09-04-153
<b>SG Wiesbaden</b> , Beschl. v. 25.09.2009 – S 17 KR 212/08 –	RID 09-04-55
<b>SG Würzburg</b> , Urt. v. 03.11.2009 – S 4 KR 137/08 –	RID 09-04-117
<b>VG Ansbach</b> , Urt. v. 11.08.2008 – 13 A 6152/08 –	RID 09-04-229
VG Ansbach, Urt. v. 17.08.2009 – 6a D 09.00232 –	RID 09-04-260
<b>VG Darmstadt</b> , Beschl. v. 29.09.2009 – 3 L 105/09 –	RID 09-04-190
<b>VG Düsseldorf</b> , Urt. v. 18.03.2009 – 7 K 1885/07 –	RID 09-04-173
VG Düsseldorf, Urt. v. 02.09.2009 – 16 K 823/08 –	RID 09-04-181
VG Düsseldorf, Urt. v. 02.09.2009 – 16 K 1693/08 –	RID 09-04-180
<b>VG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 22.06.2009 – 5 K 1699/08 –	RID 09-04-256
<b>VG Gelsenkirchen</b> , Urt. v. 03.03.2009 – 7 K 2610/08 –	RID 09-04-169
<b>VG Hannover</b> , Urt. v. 11.08.2008 – 13 A 6152/08 –	RID 09-04-230
<b>VG München</b> , Urt. v. 30.06.2009 – M 21 K 07.3367 –	RID 09-04-220
<b>VG Münster</b> , Urt. v. 13.02.2009 – 10 K 746/08 –	RID 09-04-172
VG Münster, Urt. v. 07.10.2009 – 5 K 777/08 –	RID 09-04-170
<b>VG für das Saarland</b> , Urt. v. 23.07.2009 – 3 K 512/09 –	RID 09-04-228
VG für das Saarland, Urt. v. 25.08.2009 – 3 K 347/09 –	RID 09-04-226
<b>VG Stuttgart</b> , Urt. v. 03.08.2009 – 12 K 409/09 –	RID 09-04-221
VG Stuttgart, Urt. v. 21.09.2009 – 12 K 6383/07 –	RID 09-04-216
VG Stuttgart, Urt. v. 01.10.2009 – 4 K 597/09 –	RID 09-04-161
<b>VGH Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 23.06.2009 – 4 S 87/08 –	RID 09-04-223
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 29.06.2009 – 4 S 1028/07 –	RID 09-04-222
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 09.07.2009 – 10 S 465/09 –	RID 09-04-225
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 28.07.2009 – 9 S 2852/08 –	RID 09-04-244
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 01.09.2009 – 9 S 576/08 –	RID 09-04-189
VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 29.09.2009 – 9 S 1783/09 –	RID 09-04-164
<b>VGH Bayern</b> , Beschl. v. 27.07.2009 – 21 ZB 08.2988 –	RID 09-04-162
VGH Bayern, Urt. v. 14.09.2009 – 21 BV 06.3084 –	RID 09-04-188

### Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 04.11.2009. 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>				
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?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 04.03.2009 - S 83 KA 1643/06	09-04-01 (S. 8)
Unzulässige Individualbudgets: Bindung an Bewertungsausschuss (KV Baden-Württemberg II/05)	43/08	Verstößt ein Honorarverteilungsvertrag, der ein nach Punkten bemessenes Individualbudget vorsieht, das auf den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres basiert und die Leistungen mit einem floatenden Punktwert vergütet, gegen die Vorgabe fester Punktwerte in § 85 Abs 4 S 7 SGB 5 (Vorgabe für Regelleistungsvolumina)? Ist sie durch die Übergangsvorschrift unter III. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 gerechtfertigt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 2054/08 –	09-01-08
Abschlags- und Zuschlagsregelung im Kap O III EBM	33/09	Verstoßen die Ausgestaltung der Abschlags- und Zuschlagsregelung im Kap O Abschn III des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen sowie die Kombination aus Anwendung des Abschlags und Verweigerung des Zuschlags gegen höherrangiges Recht	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 27.05.2009 – L 12 KA 16/05 -	
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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v.23.04.2008 - L 4 KA 69/07 –	08-04-06
KV Hessen: Regelleistungsvolumen/Ziff. 7.5 HVV	26/09	Ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina (DÄ 2004, A 3129) die Leistungen für ärztliche Berichte, ärztliche Briefe und Gebühren für Mehrfertigungen nach den Nrn 01600, 01601 und 01602 EBM-Ä 2005 von den Regelleistungsvolumina ausgenommen hat, und ist eine davon ggf abweichende Regelung im Honorarverteilungsvertrag rechtswidrig? 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 besonders ertragreiche Praxen betrifft?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 24.06.2009 - L 4 KA 110/08 –	09-03-15
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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 29.04.2009 - L 4 KA 76/08 -	09-03-18

KV Hessen: Ausgleichsregelung nach EBM 2005: 5 %-Schwankungs- breite/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 Honorarverteilungsvertrag abweichenden Regelung zugunsten junger Praxen befugt?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 14/08 –	09-01-17
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
Anästhesieleistungen bei Belegarztfällen nicht im Regelleistungsvolumen	25/09	Ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss durch den Beschluss zur Festlegung von Regelleistungsvolumina durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gem § 85 Abs 4 SGB 5 mit Wirkung vom 1.1.2005 (DÄ 2004, A 3129) generell alle stationären (belegärztlichen) Leistungen sowie Anästhesieleistungen auf belegärztliche Überweisung hin aus den Regelleistungsvolumina ausgenommen hat, und ist eine davon ggf abweichende Regelung im Honorarverteilungsvertrag rechtswidrig?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 113/08 –	09-03-17
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
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: Leistungserbrin- gung 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
Degressionsforderung 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-Honorar- begrenzung auf Degressionsabzug	33, 39 u. 40/08	Wie hat der Ausgleich einer Doppelbelastung durch Honorarabzüge wegen degressionsbedingter Punktwertabsenkungen einerseits und wegen Überschreitens	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 25.06.2008	08-04-30 juris

		individueller Bemessungsgrenzen andererseits zu erfolgen?	- L 11 KA 12/08, 6 u. 9/07 -	08-04-31
Degressionsregelung Kieferorthopäden	9 u. 10/09	Ist die Differenzierung der Degressionsregelungen des § 85 Abs 4b SGB 5 zwischen Vertragszahnärzten und Kieferorthopäden in der ab 1.1.2004 gültigen Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG - vom 14.11.2003, BGBl I 2003, 2190) rechtmäßig und mit Art 12 Abs 1 und Art 3 Abs 1 GG vereinbar (betr. Streitjahr 2006)?	<b>SG Dresden</b> , Urt. v. 18.02.2009 - S 11 KA 5016 u. 5062/07 Z -	09-03-25
	34 u. 35/09	Verstoßen die Degressionsregelungen nach § 85 Abs 4b SGB 5 insoweit gegen höherrangiges Recht, als sie nur für Kieferorthopäden und nicht für Oralchirurgen Sonderregelungen enthalten?	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 08.07.2009 - S 2 KA 108/08 - u. - S 2 KA 380/07 -	
MKG-Chirurgen	32/09	Verstößt die unterschiedliche Behandlung der Kieferorthopäden und der MKG-Chirurgen nach § 85 Abs 4b SGB 5 in den Fassungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (juris: GMG) und des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) gegen Art 3 Abs 1 und/oder Art 12 Abs 1 GG?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 20.05.2009 - L 7 KA 133/06 -	09-03-24

**Sachlich-rechnerische Berichtigung**

Honorarrückforderung gegenüber Gemeinschaftspraxis bei Gestaltungsmissbrauch	7/09	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung im Falle des Gestaltungsmissbrauchs einer nach außen hin mit Genehmigung des Berufungsausschusses betriebenen Gemeinschaftspraxis berechtigt, die Honorarabrechnungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zu korrigieren bzw. überzahltes Honorar zurückzufordern und hat sie die Wahl, ob sie diese Honorarrückforderungen gegen die frühere Gemeinschaftspraxis oder einen oder alle ehemaligen Gesellschafter in ihrer Eigenschaft als Gesamtschuldner richtet?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 17.12.2008 - L 3 KA 316/04 -	09-02-19
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?	<b>LSG Hessen</b> , 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 11.03.2009 - L 11 (10) KA 44/07 -	09-03-32

**Arztregister**

Keine Eintragung in Arztregister für Gesprächspsychotherapeut	45/08 <b>Termin:</b> 28.10.2009	Hat ein Psychotherapeut einen Anspruch auf Eintragung in das Arztregister, wenn er seine Fachkunde ausschließlich in der psychotherapeutischen Behandlungsmethode der "Gesprächspsychotherapie" erworben hat?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 2851/06 -	09-01-32
	11/09 <b>Termin:</b> 28.10.2009	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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 11.03.2009 - L 4 KA 43/08 -	09-02-32

**Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notfalldienst**

Zweigpraxis: Keine Berücksich-	39/09	Ist bei der Erteilung der Genehmigung für eine beabsichtigte Zweigpraxis die Auslegung	<b>LSG Baden-Württemberg</b> ,	09-04-18
--------------------------------	-------	--	--------------------------------	----------

tigung bedarfsplanungsrechtlicher Gesichtspunkte		des Begriffs "Verbesserung der Versorgung" iS von § 24 Abs 3 S 1 Nr 1 Ärzte-ZV idF vom 22.12.2006 unabhängig von den bedarfsplanungsrechtlichen Bestimmungen vorzunehmen?	Urt. v. 23.09.2009 – L 5 KA 2245/08 –	(S. 14)
Allgemeinmediziner und chirurgische Leistungen	22/08 <b>Termin:</b> 28.10.2009	Ergeben sich aus der ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen zum 1.4.2005 (EBM-Ä 2005) bzw aus dem allgemeinen oder besonderem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen das Recht, die Erbringung und Abrechnung einzelner Leistungen bei entsprechendem Versorgungsbedarf, abweichend vom EBM-Ä 2005, zu gestatten?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 26/07 -	08-03-46
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?	<b>LSG Hessen</b> , Beschl. v. 20.01.2009 - L 4 KA 44/07 -	09-02-33
„Versorgungsschwerpunkt“ nach Ziff. 30600 EBM 2005	26/08 <b>Termin:</b> 28.10.2009	Hat ein als Facharzt für Urologie zugelassener Vertragsarzt einen Anspruch auf Abrechnung von proktologischen Leistungen nach der Nr 30600 EBM-Ä 2005, wenn er nicht über die geforderte einjährige spezifische Weiterbildung verfügt und sein Punktezahlanteil weniger als 30 Prozent beträgt?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 18.06.2008 - L 4 KA 1/07 -	08-03-44
Keine defensive Konkurrentenklage gegen Zweigpraxis	42/08 <b>Termin:</b> 28.10.2009	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?	<b>LSG Bayern</b> , 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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 59/07 –	09-02-35

**Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress**

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? Ist die Anschlussberufung gem § 524 ZPO nur dann zulässig, wenn sie sich auf denselben Streitgegenstand wie die Berufung bezieht?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 26.11.2008 – L 7 KA 13/05 –	09-02-43
--	------	--	---	----------

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
	20/09	Darf gegen einen Vertragsarzt wegen von ihm im Jahr 2000 verordneter Immunglobuline für einen an einem inoperablen Karzinom leidenden Patienten ein Arzneikostenregress festgesetzt werden oder stehen dem ein Verschuldenserfordernis oder Vertrauensschutz bei sog Off-Label-Use oder andere Gründe entgegen?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.03.2009 - L 7 KA 108/06 -	09-03-51
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
Regress gegen Gemeinschaftspraxis	38/09 (NZB)	Müssen sich Ansprüche aus einem Regress wegen einer Arzneimittelverordnung durch Ärzte einer Gemeinschaftspraxis auch nach deren Auflösung gegen die Gemeinschaftspraxis selbst richten?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 26.11.2008 - L 7 KA 63/07 -	09-01-51
	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 -	09-04-34 (S. 21)
ASI-Therapie	37/08	Ist den Prüfungsgremien bei der Festsetzung von Regressen wegen unzulässiger Verordnungen von Arzneimitteln nach strenger Einzelfallprüfung ein Beurteilungs- oder Ermessensspielraum eingeräumt und ist es ihnen auch möglich, die Regresshöhe von Verschuldensgesichtspunkten abhängig zu machen? 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

### Zulassung und Ermächtigung

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 (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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 03.12.2008 - L 7 KA 132/06	09-01-54
Häufige Zulassung und Umfang einer Nebentätigkeit	40/09	Sind die Zulassungsgremien berechtigt, einen Antrag auf häufige Zulassung im Bereich der vertragspsychotherapeutischen Versorgung an die Bedingung zu knüpfen, dass der Antragsteller sein Dienstverhältnis als Beamter auf höchstens 26 Stunden wöchentlich reduzieren muss?	<b>SG Magdeburg</b> , Urt. v. 26.08.2009 S 1 KA 168/07	

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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , 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)	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , 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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 3558/07 -	09-04-40 (S. 25)
Sonderbedarfszulassung u: hälftiger Versorgungsauftrag/Zweipraxisgenehmigung	36 u. 37/09 (NZB)	Dürfen sich die Zulassungsgremien bei der Entscheidung über eine Sonderbedarfszulassung darauf beschränken, die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen am konkreten Ort zu ermitteln oder müssen sie sog Ein- und Auspendler heraus- bzw hereinrechnen? Wie sind die Versorgungsangebote von (evtl rechtswidrig genehmigten?) Zweipraxen zu berücksichtigen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 47/08 – u. – L 11 KA 48/08 –	09-02-66 u. 67
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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , 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?	<b>LSG Bayern</b> , 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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 139 u. 149/06 –	08-02-85 u. 86
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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 13.08.2008 – L 11 KA 17/08 –	09-01-62

**Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA**

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?	<b>LSG Mecklenburg-Vorpommern</b> , Urt. v. 30.01.2008 - L 1 KA 1/06 -	09-04-49 (S. 30)
--	------	---	--	---------------------

GBA: Keine Klagebefugnis der KBV gegen Beschlüsse (§ 116b SGB V)	30/09	Hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen einer Normfeststellungsklage ein Klagebefugnis, wenn sie sich gegen die Rechtmäßigkeit von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses wendet, bei deren Zustandekommen die Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überstimmt worden sind?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 15.07.2009 – L 7 KA 30/08 KL –	09-03-69
<b>Sonstiges/Verfahrensrecht</b>				
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
Klagebefugnis der KBV gegen GBA	31/09	Hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen einer Normfeststellungsklage eine Klagebefugnis, wenn sie sich gegen die Rechtmäßigkeit von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses wendet, bei deren Zustandekommen die Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überstimmt worden sind?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 15.07.2009 – L 7 KA 50/08 KL –	09-03-70
Kostenerstattung im Vorverfahren nach Rechtsänderung	29/09	Liegt ein Erfolg des Widerspruchs vor, wenn während des Widerspruchsverfahrens eine Rechtsänderung die vom Widerspruchsführer begehrte Staturerlangung (hier: Dialyse-Sonderbedarfszulassung) ermöglicht?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 27.05.2009 – L 3 KA 85/06 –	09-04-58

## Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 04.11.2009. 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 <b>Termin:</b> 08.09.2008	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 -	09-04-96 (S. 44)
<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

Treppensteighilfe	B 3 KR 13/09 R	Hat ein auf einen Rollstuhl angewiesener Versicherter, der ebenerdig wohnt, einen Anspruch auf Kostenübernahme für ein Scalamobil (Treppensteighilfe)?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 03.03.2009 – L 1 KR 39/08 –	09-02-149
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 –	09-03-121
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

### Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

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

### Fahrkosten

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
----------------------------------	--	--	--	-----------

### Zuzahlung

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
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
Berücksichtigung privater Rente	B 1 KR 16/09 R	Ist bei der Bestimmung der Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB 5 eine private Rente zu berücksichtigen, die durch einen Hausverkauf nach dem Bezug von Altersrente finanziert ist?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 24.06.2009 – L 5 KR 22/08 –	

### Rehabilitationsmaßnahmen/Soziotherapie

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) als Fortsetzung der akutmedizinischen Behandlung	B 1 KR 23/09 R	Handelt es sich bei der "erweiterten ambulanten Physiotherapie" (EAP) um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur (akuten) Krankenbehandlung oder eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 23.07.2009 – L 1 KR 451/08 –	09-04-119 (S. 52)
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	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.09.2008	09-01-177

		maximal 120 Stunden?	- L 11 KR 1171/08 -	
<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 stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus) für die ambulante Operation eines Versicherten, welche im Krankenhaus durch einen von ihm beauftragten niedergelassenen Vertragsarzt durchgeführt wird?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 30.04.2008 - L 1 KR 103/07 -	08-03-154
Schlussrechnung und Korrektur der Abrechnung	B 3 KR 12/08 R	Steht Erteilung einer Schlussrechnung eines Krankenhauses der Korrektur der Abrechnung entgegen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 10.10.2007 - L 5 KR 27/07 -	08-01-185
Vergütungsanspruch nach Schlussrechnung	B 1 KR 11/09 R <b>Termin:</b> 08.09.2009	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 -	juris
Abschluss eines Versorgungsvertrages im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin	B 1 KR 18/09 R	Kann ein psychotherapeutisch orientiertes Krankenhaus Anspruch gegen eine Krankenkasse auf Abschluss eines Versorgungsvertrages haben, wenn die Landeskrankenhausplanung insoweit von einem gedeckten Bedarf ausgeht? Schließt der Vorrang der staatlichen Krankenhausplanung - abweichend von BSG SozR 3-2500 § 109 Nr 2, 3, u.a. - eine gerichtliche Überprüfung der Bedarfssituation aus?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 07.07.2009 - L 11 KR 2751/07 -	09-04-122 (S. 54)
Sonderentgelt 11.01 u. 15.03/ Zinsanspruch der Krankenkasse	B 3 KR 4/09 R	Kann neben dem Sonderentgelt 11.01 für eine "Retroperitoneale Lymphektomie" das Sonderentgelt 15.03 für die operative "Ovarektomie und/oder Salphingektomie 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 über dem Basiszinssatz)?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 29.01.2009 - L 16 KR 242/06 -	09-02-166
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 <b>Termin:</b> 08.09.2008	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>				
Herstellerrabattabschlag	B 1 KR 7/09 R	Waren im Jahr 2004 Blutplasmaprodukte (hier: Berinert ® P) mit Blick auf § 47 Abs 1 S	<i>LSG Hessen</i> ,	09-02-178

	<b>Termin:</b> 27.10.2009	1 Nr 2 AMG (juris AMG 1976) generell vom Herstellerrabattabschlag nach § 130a Abs 1 SGB 5 ausgenommen?	Urt. v. 29.01.2009 - L 8 KR 164/07 -	
	B 3 KR 3/09 R	Folgt aus der Möglichkeit des Direktvertriebs eines Arzneimittels an Krankenhäuser und Ärzte nach § 47 Abs 1 S 1 Nr 2 Buchst a AMG (juris: AMG 1976) die Entbindung der pharmazeutischen Unternehmen von der Verpflichtung zur Leistung des Herstellerrabattes im Falle der Abgabe des Arzneimittels durch öffentliche Apotheken an Versicherte?	<b>LSG Hessen,</b> 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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> 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?	<b>LSG Sachsen,</b> 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 Europarecht (hier: Erteilung einer Abrechnungsbefugnis an einen Physiotherapeuten für die manuelle Therapie nach einer Ausbildung an der Hogeschool van Amsterdam)?	<b>LSG Berlin- Brandenburg,</b> Urt. v. 05.03.2009 - 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 31.05.2007 - L 16 (5,2) KR 70/00 -	07-03-174
Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis: Geräte der nicht-invasiven Magnetfeldtherapie	B 3 KR 10/07 R <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.	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 24.05.2007 - L 5 KR 245/00 -	07-03-173
Kein Anspruch auf Abschluss eines Vertrages	B 3 KR 26/08 R	Kann ein Hilfsmittellieferant den Abschluss eines Rahmenvertrages zu Konditionen beanspruchen, die einem anderen Hilfsmittellieferanten eingeräumt worden sind?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 26.06.2008 - L 5 KR 169/06 -	08-03-170
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).	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 07.05.2008 - L 5 KR 6125/06 -	08-03-165
Unterlassungsanspruch gegen Krankenkasse	B 1 KR 4/09 <b>Termin:</b> 27.10.2009 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	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 09.12.2008 - 11 KR 776/07 -	09-03-154

		anhängig zu machen und b) gegenüber Versicherten, Vertragsärzten und Leistungserbringern zu behaupten, dass ärztliche Verordnungen für physiotherapeutische Heilmittel einer Vollständigkeitsprüfung durch den Leistungserbringer bedürfen?		
<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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 25.01.2007 - L 16 KR 162/06 – - L 16 KR 214/04 -	07-02-189
Kreditfinanzierte Festgeldanlage	B 1 A 1/08 R <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?	<b>SG Düsseldorf</b> , 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?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , 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?	<b>SG Düsseldorf</b> , 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?	<b>LSG Berlin- Brandenburg</b> , Urt. v. 07.11.2008 - L 1 KR 111/07 -	juris