

Rechtsprechungsinformationsdienst 10-01

Redaktion	8
Editorische Hinweise	8
A. VERTRAGSARZTRECHT	9
I. Honorarverteilung	9
1. EBM 2009 Regelleistungsvolumen: Fachgruppendurchschnitt/Abstaffelungsausnahmen	9
2. Kein Mindestpunktwert für ermächtigte psychotherapeutische Ausbildungsstätten	11
3. Benachteiligung der Einzelpraxen: Aufschlag zum Ordinationskomplex/Regelleistungsvolumen	11
4. Laborreform 1999: Kombination aus Abschlags- und Zuschlagsregelung	11
5. Individualbudget: Neuberechnung des Honorars und Vertrauensschutz	12
6. Praxisbudget bei sog. Doppelzulassung (Kinder- und Jugendmedizin/Kinderkardiologie)	12
7. Überweisung von Zahnärzten an MKG-Chirurgin	12
8. Honorarverteilung KV Hessen	13
a) Honorargruppe bei sog. Doppelzulassung	13
b) Hausärztliche Grundvergütung (Ziff. 03000 EBM 2005)/Koloskopie-Vergütung	13
c) Sonderregelung Regelleistungsvolumen: Abgestaffelte Vergütung bei hoher Fallzahl	14
d) Nachträgliche sachlich-rechnerische Berichtigung des Ausgleichsbetrags nach Ziff. 7.5 HVV	14
9. Erneute Vorlage der Kontoauszüge (Abrechnungsunterlagen)	14
10. Erlass einer einstweiligen Anordnung: Anordnungsgrund	15
11. Zahnärzte	15
a) Absenkung der degressionsfreien Punktmenge: Oralchirurgen	15
b) Abschlagszahlungen/Aufrechnung	15
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	16
1. Fehlende Genehmigung nach Neuniederlassung eines Nuklearmediziners	16
2. Nrn. 157 EBM bzw. 01730 EBM 2005 (Früherkennung von Krebserkrankungen)	16
3. Plausibilitätsprüfung	17
a) Tagesprofile: Nebeneinanderabrechnung der Ziffern 04110/04111 mit 04120 EBM 2005	17
b) Praxisgemeinschaft und sog. Doppeleinlesungen	17
III. Arztregister/Zweigpraxis/Genehmigung/Notfalldienst/Auskunft	18
1. Zweigpraxis	18
a) Reduzierte Wartezeiten/Erweiterung der freien Arztwahl	18
b) Keine Versorgungsverbesserung ohne Tätigkeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde	18
c) Kinderkardiologie: Wegstrecke 128 km/1 ½ Stunden Fahrzeit	18
d) Orthopäde: 10 km-Entfernung von Hauptpraxis/Keine Eröffnung von Wettbewerbsmöglichkeiten	19
2. BVerfG: Widerruf Substitutionsgenehmigung/Telweise Aufhebung des Sofortvollzugs	19
3. Analytische Psychotherapie: In Österreich anerkannte deutsche Ausbildung	20
4. Fachliche Beschränkung bei Doppelqualifikation auf Ordinationskomplex (Nr. 6.1 Allg. Best.)	20
5. Notdienst	20
a) 14,5-stündige Anwesenheit während des Notfalldienstes in zentraler Notfallpraxis	20
b) Verpflichtung zur Teilnahme am Sitz der Zweigpraxis	21
c) Keine Befreiung wegen belegärztlicher Tätigkeit	22
d) Anfechtungsbefugnis gegen Notdienstplan/Anspruch auf ermessensfehlerfreie Bescheidung	22
e) Zuständigkeit des Notdienst-Obmanns/Ablehnung eines Bewerbers	22
f) Keine Notdienstumlage von Privatärzten	23
g) Abzug eines Betriebskostenanteils: Beschluss der Notdienstgemeinschaft (KV Hessen)	23
6. Anfechtung eines Hausverbots der KZV gegen ein Mitglied	23
7. Allgemeinmedizinischer Weiterbildungsassistent muss Fördermittel rückerstatten	23
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	24
1. Arzneikostenregresse	24
a) Eingeschränkte Einzelfallprüfung: Unwirtschaftlichkeit/Ermessen	24
b) Keine Suche nach kompensatorischen Einsparungen	25
c) Unwirksame AMR (Organhydrolysat Thym-Uvocal)	25
d) Bagatell-Arzneimittel Locabiosol (Negativliste)	26
e) Off-Label-Use	26

aa) Kein Off-Label-Use bei Palliativversorgung (Megestat bei Männern)	26
bb) Intraglobin F zur Behandlung Multipler Sklerose	27
f) Fiktive Zulassung von LeukoNorm	27
g) Sprechstundenbedarfsregress durch KV: Röntgenkontrastmittel für CT (ohne Standortgenehmigung)	27
h) Abtretung einer Regressforderung an eine Krankenkasse	28
2. Übergangsrecht 2003/Vermeidung von OPs keine Praxisbesonderheit (physik.-therap. Leistungen)	28
3. Verordnungsfähigkeit eines Tragestuhlwagens als Mietwagen	29
4. Mitteilung über das Beratungsergebnis/Bekanntgabe der Entscheidung	29
5. Zahnärzte	29
a) Quantifizierung des Mehraufwands bei anerkannten Praxisbesonderheiten	29
b) Vertagungsgesuch/ZE-Fälle keine Praxisbesonderheit	30
c) Kein erhöhter Behandlungsaufwand bei älteren Patienten	30
d) Kein nachgeholt Vortrag im Gerichtsverfahren/Drogenabhängige	30
e) Kieferorthopädische Leistungen: Beginn der Ausschlussfrist/Dokumentation	31
f) ZE-Regress: Feststellungen trotz Nachbehandlung	31
V. Zulassungsrecht	31
1. Kein zahnärztliches MVZ	31
2. Neben hälftigem Versorgungsauftrag keine Vollzeitätigkeit	32
3. Sonderzulassung als Belegarzt	32
4. Genehmigung der Verlegung eines Vertragsarztsitzes/Einstweiliges Anordnungsverfahren	33
5. Genehmigungspflicht einer Nebentätigkeit eines Vertragsarztes im Krankenhaus	33
6. 68-Jahresgrenze	33
a) Generalanwalt EuGH: 68-Jahresgrenze europarechtskonform	33
b) EuGH: Altersgrenze nach BSG-Auslegung europarechtskonform	34
7. Entziehung der Zulassung nach Abrechnungsbetrug	34
a) Missbrauch von Versichertenkarten/Sofortige Vollziehung	34
b) Krebsvorsorgeuntersuchungen/Sofortige Vollziehung	35
c) Entziehung der Zulassung eines MVZ wegen Falschabrechnung/Sofortige Vollziehung	35
d) Abrechnungsbetrug/Grundsätze über die Führung einer Praxisgemeinschaft	35
8. Keine selbstschuldnerische Bürgschaft von Alt-MVZ	36
9. Ermächtigung	36
a) Ermächtigung einer bei Pro Familia angestellten Ärztin	36
b) Hochspezialisierter Krankenhausarzt und überregionaler (bundesweiter) Bedarf/Interessenabwägung	37
10. Überlastung der konkurrierenden Praxis	37
11. Genehmigung nach § 121a SGB V	37
12. Keine Statusentscheidung im Eilverfahren/Aussetzung der Vollziehung	38
VI. Gesamtvergütung/Schiedsstelle/GBA/Krankenkassen	38
1. Bekanntgabe der durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen	38
a) Weiterbestehende Verpflichtung des Bundesministeriums für Gesundheit	38
b) Keine weiterbestehende Verpflichtung zur Festlegung	39
2. Kürzung der Abschlagszahlung auf die Gesamtvergütung wegen Hausarztvertrag (Bayern)	39
3. Schiedsstellenentscheidung über Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	40
4. Vertragsarztrechtsangelegenheiten/Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie	40
5. Kein Anspruch auf Übermittlung unverschlüsselter Abrechnungsdaten	43
6. Pauschalvergütungsfestsetzung für psychiatrische Institutsambulanz durch Schiedsstelle	43
7. Härtefall-Versicherte: Anstatt Regelversorgung günstigerer gleichartiger Zahnersatz	43
VII. Streitwert/Anwaltsvergütung/Kosten des Widerspruchverfahrens	43
1. Streitwert	44
a) Hälftiger Regressbetrag bei Bescheidungsurteil	44
b) Bedingung/Hälftige Zulassung	44
2. Praxisnachfolgeverfahren: Gebührensatz/Streitwert	44
3. Kosten für Widerspruchsverfahren: Ursächliche Verknüpfung	44
4. Erhebung von Gerichtsgebühren nach später Streitwertfestsetzung	45
5. Verjährung des Anspruchs auf Zahlung von Gerichtskosten	45
VIII. Entscheidungen des BSG	45
1. Honorar:	45
a) Psychotherapeuten: 90 %-Grenze als Stützungsvoraussetzung	45
b) MKG-Chirurgen in der Honorargruppe „sonstige Ärzte“	45
c) Honorartopf bei kleiner Fachgruppe (3 bzw. 4 Hämatologen/Onkologen)	46

d) Individualbudget	46
aa) Erhöhung eines Individualbudgets bei neuem Betätigungsfeld	46
bb) Individuelle Punktzahlvolumina für Augenärzte	47
cc) Quotierung auf 90% des Bemessungszeitraums	47
e) Feste Vergütung für Einzelleistung	47
f) Laborreform 1999: Höchstwertregelung nach Nr. 4624 EBM	48
g) Einbehalt von Honorarauszahlungen wegen geltend gemachter Gegenansprüche	48
h) Ersetzen eines Degressionsbescheids (§ 96 SGG)/Anhörungsrüge	48
2. Zulassungsrecht	49
a) Keine Zulassungsfähigkeit eines Facharztes für Herzchirurgie	49
b) Wiederzulassungssperre nach kollektivem Zulassungsverzicht	49
c) Einheitliche Fachgruppe der Internisten	49
d) Bedarfsunabhängige Zulassung als psychologische Psychotherapeutin (Zeitfenster)	49
e) Sonderbedarfszulassung	50
aa) Kinder- und Jugendmediziner mit Schwerpunktbezeichnung Pneumologie	50
bb) Versorgungsbedarf aufgrund zu langer Wartezeiten	50
cc) Defensive Konkurrentenanfechtung	50
dd) Defensive Konkurrentenklage nach eigener Sonderbedarfszulassung	50
3. Anfechtung der Feststellung fehlender Sicherstellung (§ 72a SGB V)	50
4. Verfahrensrecht	51
a) Gehörsverletzung bei unterlassener Ladung des Bevollmächtigten aufgrund Versehens	51
b) Keine Revision bei Einzelfallbesonderheiten (Honorarrückforderung Job-Sharing-praxis)	51

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT **52**

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung **52**

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	52
a) Rheopherese-Therapie bei trockener altersabhängiger Maculadegeneration	52
b) Gamma-Knife-Behandlung	52
2. Künstliche Befruchtung: Kryokonservierung	52
a) Keine Kryokonservierung wegen befürchteter Zeugungsunfähigkeit durch Krebsbehandlung	52
b) Keine gesonderte Vergütung für Chondrocytenzüchtung bei Krankenhausaufenthalt	53
3. Liposuktion der Beine	53
4. Zahnärztliche Leistungen	53
a) Implantantgestützter Zahnersatz	53
b) Kieferorthopädische Behandlungen bei Erwachsenen	53

II. Kostenerstattungsanspruch **53**

1. Zinsanspruch	53
2. Behandlung in Privatkrankenhaus	54
3. Einhaltung des Beschaffungswegs	54
4. Antrag für stationäre Behandlung unerheblich bei ambulanter Durchführung	54

III. Stationäre Krankenhausbehandlung **54**

IV. Krankenbehandlung im Ausland **54**

V. Arzneimittel: Off-Label-Use **55**

1. Verabreichung einer ausgeeinzelten Dosis Lucentis	55
2. Injektion des Fertigarzneimittels Triamcinolon bei Makulaödem kein Off-Label-Use	55
3. Immunglobuline: Octagam bei CMV-Infektionen erwachsener HIV-Infizierter AIDS-Patienten	55

VI. Hilfsmittel/Heilmittel **56**

1. Rollstuhl für im Heim untergebrachten Versicherten	56
2. Sportrollstuhl für Teilnahme am Rollstuhl-Basketball	56
3. Lagerungsrollstuhl bei vollstationärer Unterbringung in einem Pflegeheim	56
4. Therapedreirad: Verlust der Gehfähigkeit vorbeugen	57
5. Kraftknoten	57
6. Myoelektrische Armprothese mit i Limb-Hand	57
7. Hörgeräte	57
a) Hörgeräteversorgung über Festbetrag hinaus/Regressanspruch gegenüber Hörgeräteakustiker	57
b) Keine notwendige Beiladung des Hörgeräteakustikers	58

8. Barcode-Lesegerät mit digitaler Sprachausgabe (Einkaufsfuchs)	58
9. Rahmenvereinbarung über Inkontinenzhilfen: Ansprüche bis Ende 2008 nach Übergangsrecht	58
VII. Häusliche Krankenpflege	59
Einrichtung der stationären Sozialpsychiatrie als „geeigneter Ort“	59
VIII. Zuzahlung/Rehabilitation/Sonstiges	59
1. Zuzahlung: Berücksichtigung privater Rente	59
2. Dermatologische Reha-Maßnahme bei psychischer Verursachung der Hauterkrankungen	59
3. Kein Anspruch auf zweite Versicherungskrankenkarte	59
IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen	60
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	60
a) Objektive Vertretbarkeit der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	60
b) Einbringung eines Magenbandes: Fehlender Leistungsanspruch des Versicherten	60
c) Zeitnahe Überprüfung der Notwendigkeit stationärer Behandlung	61
d) Andauernde latente Suizidalität	61
e) Vergütungsabzug wegen Integrationsvertrag: Beweislastverteilung	61
f) Aufwandspauschale nach § 275 I c SGB V	62
aa) Zahlung bei falscher Krankenhausabrechnung ohne Minderung des Abrechnungsbetrages	62
bb) Höherer Rechnungsbetrag nach Beanstandung	62
cc) Prüfung vor Abrechnung	62
2. Rabattverträge/Festbetragsfestsetzung	63
a) Zusammenschluss von Krankenkassen zu einer "Einkaufsgemeinschaft"/Loslimitierung/Lauer-Taxe	63
b) Vergabe der Einzelaufträge durch den Apotheker	63
c) Ausschreibung von Elektrostimulationsgeräten	64
3. Apotheker	64
a) Nicht zugelassenes Arzneimittel (hier: Thalidomid) ohne Genehmigung der Krankenkasse	64
b) Erledigung durch angenommenes Anerkenntnis/Vollstreckung	65
4. Arzneimittelhersteller: Neufassung Festbetragsgruppe "Antiaämika, andere" (Epoetin alfa)	65
5. Hilfsmittelerbringer	66
a) Herausgabe von Verordnungen bei Nichtteilnahme an Hilfsmittelversorgung	66
b) Auskunftsanspruch gegen Augenoptiker bei Verdacht auf Abrechnungsmanipulationen	67
c) Pauschale für Haus- oder Krankenhausbesuche	67
d) Informationsrecht über Hilfsmittelvertrag	68
e) Ausreichende Fachkenntnisse ohne Weiterbildung zum Stromtherapeuten	68
6. Heilmittelerbringer	68
a) Physiotherapieausbildung in anderem EU-Staat	68
b) Physiotherapeuten: Abrechnungsbefugnis für Präventionsleistungen (Pilates-Kurse)	68
7. Häusliche Krankenpflege: Entscheidung unabhängiger Schiedsperson kein Verwaltungsakt	69
8. Reha-Modellvorhaben: Abschluss eines Vergütungsvertrages	69
9. Hebammenvergütungsvereinbarung: Nr. 230 des Leistungsverzeichnisses (Beratung)	69
X. Angelegenheiten der Krankenkassen	70
Umlagebescheide eines Landesverbandes für notleidende Betriebskrankenkassen	70
XI. Verfahrensrecht/Kosten	70
1. Statusstreitigkeit nach § 116b II SGB V ist Vertragsarztrecht	70
2. Auferlegung von Kosten für unterlassene Ermittlungen (§ 194 IV SGG)	70
XII. Entscheidungen des BSG	71
1. Künstliche Befruchtung	71
a) Altersgrenzen verfassungskonform	71
b) Beschränkung auf drei Behandlungszyklen verfassungskonform	71
2. Wahl von Kostenerstattung: Maßstab des Anspruchs auf Naturalleistung	71
3. Auslandskrankenbehandlung	71
a) Sachleistungsersetzende Kostenerstattungsansprüche/Keine Ansprüchen nach § 13 III SGB V	71
b) Kostenerstattungsanspruch für im EG-Ausland beschafften Zahnersatz	71
4. Off-Label-Use: ADHS bei Erwachsenen	73
5. Hilfsmittel	73
a) Rollstuhl-Fahrrad-Kombination mit Elektrohilfsmotor	73
b) Elektrorollstuhl	73
c) Wasserfeste Prothese (Badeprothese)	73

d) Salzwasserfeste Prothese (Badeprothese)	73
e) GPS-System für blinde und sehbehinderte Menschen	73
6. Häusliche Krankenpflege bei nicht verschreibungspflichtigem Arzneimittel	74
7. Zuzahlungen/Praxisgebühr	74
a) Praxisgebühr verfassungsgemäß	74
b) Belastungsgrenze für Zuzahlungen: Freibeträge	74
8. Krankenhäuser	74
a) Krankenhaus-Vergütung im Fallpauschalensystem (DRG-Ziffer F49C)	74
b) Einhaltung des Krankenhausüberprüfungsvertrages durch Krankenhaus	74
c) Weitere Vergütung nach Begleichung der Endabrechnung	74
d) Anspruch auf Verzugszinsen bzgl. zurückzahlender Krankenhausvergütung	75
9. KR-Zuständigkeit/Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis und neue Behandlungsmethode	75
10. Erstattungsanspruch zwischen Krankenkassen	75
11. Mitentscheidung einer wegen Befangenheit abgelehnten RichterIn	75
12. Zuständigkeit der Spruchkörper für Krankenversicherung	76

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE 79

I. Ärztliches Berufsrecht 79

1. Berücksichtigung strafgerichtlicher Verurteilungen aus Bundeszentralregister	79
2. Widerruf der Approbation	79
a) BVerfG: Anordnung der sofortigen Vollziehung – Unwürdigkeit/Vertrauen der Allgemeinheit	79
b) BVerwG: Rücknahme einer vorläufigen Approbation als Psychologischer Psychotherapeut	80
c) Wiederaufnahme eines rechtskräftig abgeschlossenen Strafverfahrens	80
d) Heimlicher Abtreibungsversuch bei Lebensgefährtin	80
e) Verurteilung wegen gemeinschaftlichen Betrugs: Unwürdigkeit/Unzuverlässigkeit	81
f) Fortgesetzte (Einkommen-)Steuerhinterziehung	81
3. Ruhen der Approbation bei Zweifel an der gesundheitlichen Eignung und Weigerung zur Begutachtung	82
4. Berufspflichten/Verfahrensrecht	82
a) Behandlungsfehler bei der Ausübung des ärztlichen Notdienstes	82
b) Geldbuße gegen Psychiater (Hessischer Steuerfahnder-Fall)	82
5. Zahnärztliche Werbung für eine Behandlung unter Vollnarkose und von Gesichtsfalten	83
6. Amtshaftungsanspruch gegen KV wegen Entscheidung der Zulassungsgremien	83
a) Zulassungsausschuss: Beratungsgeheimnis zu Lasten KV/Verjährung	83
b) Versagung einer Ermächtigung durch Berufungsausschuss	84
7. Strafrecht	84
a) Strafbarkeit nach § 174c II StGB nur bei Psychotherapeuten	84
b) Strafbarkeit der Präimplantationsdiagnostik	84
8. Ziviles Vertragsrecht	85
a) Kündigung eines Belegarztvertrages trotz Nutzungsvertrag für Praxisräume	85
b) Mobbing-Vorwürfe eines Patienten in psychotherap. Attest: Keine Unterlassung durch Arbeitgeber	85
9. Kammern	85
a) BVerwG: Tätigkeit als klinische Psychologin begründet Pflichtmitgliedschaft	85
b) Verwaltungsleiter eines Krankenhauses übt „ärztliche“ Tätigkeit aus	86
10. Versorgungswerk	86
a) Veröffentlichungsgebot/Absenkung Anwartschaft lediger Mitglieder (Zahnärztekammer Nieders.)	86
b) Kein vorzeitiges Altersruhegeld für schwerbehinderten Pflichtteilnehmer	86

II. Arzthaftung 86

1. BGH	86
a) Beweislastumkehr bei einem groben Behandlungsfehler durch unterlassene Befunderhebung	86
b) Beweislastumkehr für den selbstständigen Ausgleichsanspruch eines Gesamtschuldners	86
c) Verletzungen begründen noch keine grob fahrlässige Unkenntnis von ärztlichen Behandlungsfehlern	87
d) Ergebnis der Beweisaufnahme und rechtliches Gehör	87
2. Haftung eines Durchgangsarztes	87
3. Aufklärungspflichten	87
a) Aufklärung bei mehreren gleichwertigen Behandlungsmethoden	87
b) Grenzen der Aufklärungspflicht bei Hepatitis-A-Impfung	88
4. Besorgnis der Befangenheit eines Sachverständigen	88
a) Verspätete Ablehnung eines Sachverständigen	88
b) Ablehnung eines Sachverständigen und berufliche Beziehungen	88
c) Äußerungen zur Wirksamkeit einer Aufklärung	88

5. Einsicht in beigezogene Originalkrankenakten _____	88
6. Einsicht in nachträglich erstellten Unfallbericht des Krankenhauses für dessen Haftpflichtversicherung _____	89
7. Erstattungsfähigkeit der Kosten für vorprozessuales Privatgutachten _____	89
8. Krankenhaus _____	89
a) Haftung für Sprung aus Fenster _____	89
b) Sprung aus dem Fenster des Patientenzimmers: Beweis eines Diagnosefehlers _____	89
c) Sturz eines Patienten aus dem Bett/Anbringung von Bettgittern _____	90
III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe _____	90
1. Behandlungsvertrag _____	90
a) BGH _____	90
aa) Beauftragung eines externen Laborarztes _____	90
bb) Radiologische Krankenhausleistungen durch Niedergelassene nicht nach GOÄ _____	90
b) Angemessenheit der Vergütung Sache des Ordnungsgebers _____	90
c) Gebühr bei „intravitrealer operativer Medikamenteneingabe (VOM)“ _____	91
d) Zur Anwendung der BGH-Rspr. zu § 4 IIa GOÄ auf orthopädische Standardoperationen _____	91
e) Erfüllungsort für Entgeltforderungen bei Krankenhausaufnahmevertrag _____	91
f) Zahnärzte _____	92
aa) Vergütungsanspruch trotz Verschluckens des provisorisch eingebrachten Zahnersatzes _____	92
bb) Kein Anspruch auf Kostenvorschuss für anderweitig geplante Revisionsbehandlung _____	92
2. Private Krankenversicherung _____	92
a) Behandlung einer Rosacea mit Fruchtsäure- und Lasertherapie _____	92
b) Entgeltregulierung nach § 17 Abs. 1 S. 5 KHEntgG in Privatkliniken _____	92
3. Beihilfe _____	93
a) Beihilfefähigkeit des Neugeborenen-Screenings _____	93
b) Zulässigkeit von Festbetragsregelung/Ausgleich von Härtefällen _____	93
c) Eigenbeteiligung bei Verbandmittel nur einmal pro Verordnung _____	93
d) Zahnärztliche Behandlung _____	93
aa) Beihilfefähigkeit von kieferorthopädischen Leistungen: Ohne kieferchirurgische Behandlung _____	93
bb) Faktor 2,3 auch bei schwierigen Fällen _____	94
e) Zur vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Heilmaßnahme _____	94
IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel _____	94
1. EuGH: Haftung für fehlerhafte Produkte _____	94
2. Arzneimittelhaftung für Medikament VIOXX: _____	95
a) Nachweis der Haftungsvoraussetzungen _____	95
b) Auskunftsanspruch _____	95
3. Arzneimitteldatenbank mit Pharmawerbung kostenlos für Ärzte _____	96
V. Verschiedenes _____	96
1. EGMR _____	96
a) Angemessenheit der Verfahrensdauer (9 Jahre 11 Monate) noch angemessen (BERzGG) _____	96
b) Mehr als drei Jahre und neun Monate für Anberaumung mündlicher Verhandlung _____	96
c) Gesamtdauer von 18 Jahren und 8 ½ Monate für vier gerichtliche Instanzen/§ 109 SGG _____	97
2. BVerfG _____	97
a) Gesetzgebungsverfahren: Kein Gesetzesinitiativrecht des Vermittlungsausschusses (PBefG) _____	97
b) Besonderes öffentliches Interesse für sofortige Vollziehung eines Verwaltungsaktes _____	98
c) Verfassungsbeschwerde gegen Versagung von Prozesskostenhilfe/SGB II-Leistungen _____	98
d) Prozesskostenhilfe: Abwarten paralleler Revisionsverfahren zumutbar _____	98
3. BVerwG _____	99
a) Multiple Choice-Prüfungsverfahren zulässig (Heilpraktikerprüfung) _____	99
b) Tätigkeit eines Masseurs und medizinischen Bademeisters keine Heilkunde _____	99
4. BGH _____	99
a) Rettungsdienst in Hessen öffentlich-rechtlicher Natur/Rechtsweg zu Verwaltungsgerichten _____	99
b) Partnerschaftsgesellschaft: Haftung für vor Eintritt begangene berufliche Fehler _____	100
c) Verfahrensverzögerung bei der Zumessung berufsrechtlicher Maßnahme _____	100
d) Zustellung des erstinstanzlichen Urteils später als fünf Monate nach dessen Verkündung _____	101
5. Krankenhäuser: Personalbemessung für psychiatrische Tagesklinik _____	101
6. Krankenkassen _____	102
a) BVerfG: Keine Befugnis zur Verfassungsbeschwerde (Wortmarke „IKK Nordrhein-Westfalen“) _____	102
b) Kündigung eines Vorstandsstellungsvertrags aus wichtigem Grund (AOK Niedersachsen) _____	102
7. Widerruf der Erlaubnis zum Führen der geschützten Berufsbezeichnung „Logopädin“ _____	102
8. Rechtmäßigkeit der hessischen Weiterbildungs- und Prüfungsordnung im Bereich der Osteopathie _____	103

9. Öffentlichkeitsarbeit bzw. Werbekampagne der Bayerischen Apothekerkammer und der ABDA _____	103
10. Vergabe des Dienstleistungsauftrages „Durchführung des Rettungsdienstes im Landkreis M“ _____	103
11. Förderung von Beratungsstellen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz _____	104
12. Wettbewerbsrecht _____	104
a) Bandansage einer Warteschleife mit dem Begriff „Klinikgruppe“ _____	104
b) „Tierklinik“ ohne Erfüllung der Kammerrichtlinien _____	104
13. Kündigung eines Anstellungsverhältnisses in BGB-Gesellschaft _____	104
14. Rechtsweg zu Arbeitsgerichten: Ausbildungsvertrag an psychotherapeutischer Institutsambulanz _____	105
15. Rundfunkgebühren für ein Radio in Arzt-Kraftfahrzeug _____	105
16. Heranziehung von Freiberuflern (Anästhesisten) zu IHK-Beiträgen _____	105
17. Steuerrecht _____	105
a) BFH: Einkommenssteuerliche Behandlung einer Praxisausfallversicherung _____	105
b) Umsätze aus LASIK-Behandlungen sind umsatzsteuerfrei _____	106
c) Aufwendungen für In-Vitro-Fertilisationen als außergewöhnliche Belastungen _____	106
Verzeichnis der Entscheidungen _____	106
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht _____	110
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht) _____	116

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

REDAKTION: Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen

e-mail: pawlita@web.de;

Telefon: 0641/201 776 oder 06421/1708-34 (SG Marburg);

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar:

www.dg-kassenarztrecht.de.

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

Editorische Hinweise

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

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 **14.02.2009** eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 30/08 R** – gebietet der Rechtsgedanke des § 140 III **InsO**, für den maßgeblichen Zeitpunkt des Eintritts der Wirkungen der Rechtshandlung nicht (erst) auf den Zeitpunkt der Wirksamkeit des **Honorarbescheides**, sondern auf den Abschluss des jeweiligen Quartals, in dem die vertragsärztlichen Leistungen erbracht worden sind, sowie die Vorlage der entsprechenden Abrechnung des Vertragsarztes abzustellen; der Arzt hat mit der Erbringung seiner vertragsärztlichen Leistungen und der Abgabe der Abrechnung alles ihm Mögliche für seinen Vergütungsanspruch gegen die KV getan; damit ist bereits ein genereller Anspruch des Arztes auf Teilhabe an der Honorarverteilung und insofern schon dem Grunde nach ein Vergütungsanspruch des Arztes entstanden; nur die Höhe und Fälligkeit dieses Anspruchs (im Sinne eines "konkreten" Honoraranspruchs) hängen von Inhalt und Zeitpunkt des Erlasses des Honorarbescheides ab; dieser Erlass entspricht insoweit dem Eintritt einer Bedingung i.S. des § 140 III **InsO**; nach BSG, Urt. v. 16.12.2009 - **B 6 KA 33/08 R** – (Parallelverfahren: - **B 6 KA 39 u. 40/08 R** – ist die **Degressionsabführung** entsprechend Senatsurt. v. 21.05.2003 (SozR 4-2500 § 85 Nr. 2) an die Krankenkassen vorrangig und unabhängig von der Ausgestaltung der Honorarverteilung; die Degressionsabführung an die Krankenkassen und der Degressionsabzug gegenüber dem Zahnarzt muss nicht notwendigerweise unter Zugrundelegung derselben Punktwerte erfolgen; die Bemessung des Degressionsabzugs gegenüber dem Zahnarzt muss nicht nach den konkreten Auszahlungspunktwerten erfolgen; nach BSG, Urt. v. 16.12.2009 - **6 KA 10/09 R** – (Parallelverfahren: - **B 6 KA 9/09 R** -) verstößt die zum 01.01.2004 in Kraft getretene, allein **Kieferorthopäden** betreffende **Absenkung der degressionsfreien Punktmenge** sowie der Degressionschwellen nicht gegen höherrangiges Recht.

Vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 09-04-A (S. 8); 08-04-A I (S. 7); 07-04 A I (S. 6); 06-04 A I (S. 6); RID 05-04-A I (S. 7).

1. EBM 2009 REGELLEISTUNGSVOLUMEN: FACHGRUPPENDURCHSCHNITT/ABSTAFFELUNGS-AUSNAHMEN

LSG Hessen, Beschl. v. 21.12.2009 – L 4 KA 77/09 B ER –

RID 10-01-01

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

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

Honorarverteilungsrechtliche Bestimmungen können jedenfalls im Wege der inzidenten Prüfung der Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns Gegenstand der **gerichtlichen Überprüfung** im Rahmen eines **einstweiligen Rechtsschutzverfahrens** sein.

Die der vorgenommenen Zuweisung des RLV zugrunde liegende untergesetzliche Regelung des HVV 2009 ist nicht evident rechtswidrig und lückenhaft, weil eine **ausdrückliche Regelung zu Wachstumsmöglichkeiten** für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen im HVV 2009 selbst fehlt.

Der HVV 2009 bestimmt das **arztgruppenspezifische RLV** (vereinfacht dargestellt) eines Arztes als Produkt des arztgruppenspezifischen Fallwertes und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Dies bedeutet, dass eine unterdurchschnittliche Fallzahl im Aufsatzquartal des Vorjahres – wie auch bei der Antragstellerin – zu einem unterdurchschnittlichen RLV führt, was – auch bei durchschnittlicher oder höherer Fallzahl – im entsprechenden Quartal 2009 eine im Verhältnis zur Fachgruppe niedrigere Vergütung zur Folge hat. Ausgehend von einer Fortschreibung der Regelungssystematik für das Folgejahr 2010 führt die Bezugnahme auf einen Aufsatzzeitraum im Vorjahr jedoch dazu, dass **bereits innerhalb eines Jahres** – bezogen auf das RLV – **durchschnittliche Honorarwerte** erreicht werden können. Damit ist den Regelungen des HV 2009 die Möglichkeit eines Honorarwachstums auf durchschnittliche Werte innerhalb eines absehbaren Zeitraums von nur einem Jahr immanent. Es erscheint daher fraglich, ob angesichts dessen eine spezielle Regelung für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen noch erforderlich ist.

Nach den Kriterien zu **Ausnahmen von der Abstufung** können über das arzt-/praxisbezogene RLV hinaus Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Es handelt sich bei dem Begriff des **"außergewöhnlichen Grundes"** um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der gerichtlich voll überprüfbar ist. Der Auffassung, nach Sinn und Zweck der Regelung könne es nur ein dem aufgeführten Beispiel der **Krankheit** gleichwertiger Grund sein, aus dem heraus die ärztliche Tätigkeit über einen gewissen Zeitraum nicht ausgeübt wurde, der eine Mindestzeit von zwei Wochen erreichen müsse, weil ansonsten eine merkliche Fallzahlminderung im Aufsatzquartal nicht verursacht werden könne, kann nicht gefolgt werden; eine solche

Auslegung erweist sich als zu restriktiv. Denkbar sind auch **Fälle einer länger andauernden Erkrankung** mit intensivem regelmäßigem Behandlungsbedarf (z.B. Dialyse-Behandlungen, Chemotherapie), die aufgrund ihrer Schwere dazu führen, dass über einen längeren Zeitraum eine Praxisführung nur unter eingeschränkten (zeitlichen) Bedingungen möglich ist, ohne dass es dabei zu einer Praxisschließung kommen muss. **Andere Fallgestaltungen** können daher zu berücksichtigen sein, wenn sie eine vergleichbare – außergewöhnliche - Qualität haben, wobei es ausdrücklich auf ein **Verschulden nicht ankommt**. Wie an dem Beispiel Krankheit ersichtlich, müssen solche Gründe jedoch nicht so außergewöhnlich sein, dass sie praktisch nie vorkommen oder völlig unvorhersehbar sind.

Außergewöhnliche Gründe für die niedrigen Fallzahlen sind gegeben, wenn **beeengte räumlich und zeitlich eingeschränkte gerätetechnische Verhältnisse** eine Praxis daran hinderten, auskömmliche Fallzahlen zu erbringen. Ohne funktionierende radiologische Geräte bzw. mit nur begrenzten Gerätezeiten können nicht in größerem Maße Fallzahlen erbracht werden. Es ist irrelevant, ob und inwieweit die äußeren Umstände durch die Ärzte der Praxisgemeinschaft verschuldet wurden oder ggf. durch anderes – wirtschaftlich geschickteres - Verhalten hätten abgewendet werden können.

Angesichts einer existenzbedrohenden wirtschaftlichen Situation einer Praxis ist das **Entschließungsermessen** einer KV, ob eine **Sonderregelung** – nachdem alle tatbestandlichen Voraussetzungen erfüllt sind - zu treffen ist, eingeschränkt. Vor dem Hintergrund eines im Verhältnis zur Gesamtvergütung niedrigen Honorarvolumens und unter Berücksichtigung des Umstands, dass die Bildung von arzt- und praxisbezogenen RLV eine übermäßige – nicht jedoch eine auch nur durchschnittliche - Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit verhindern soll, überragen deutlich die Interessen einer Praxis.

Eine echte **Vorwegnahme der Hauptsache** liegt nur dann vor, wenn die Maßnahme nachträglich nicht mehr für die Vergangenheit korrigierbar ist. Die ist bei Honorarzahlungen nicht der Fall.

Die Ast. ist eine radiologische Gemeinschaftspraxis mit Vorhaltung von CT und MRT. Zwei ihrer Radiologen betrieben gemeinsam schon seit 2004 eine Praxis an unterschiedlichen Standorten. Seit dem 01.01.2008 kam eine dritte Radiologin hinzu und liegt der Praxissitz an einem neuen Standort. Nach einigen zeitlichen Verzögerungen hat die Ast. ihre Praxisräume – für die Investitionen in einer Größenordnung von 6,5 Mio. € getätigt wurden – nunmehr fertig gestellt und ihre Tätigkeit aufgenommen. Für die betriebenen Geräte liegt bisher noch keine Abrechnungsgenehmigung vor. Diese ist jedoch in den nächsten Tagen zu erwarten. Im Juni 2009 erhielt die Ast. zudem die Genehmigung, eine Zweigpraxis zu betreiben. Die Ag. wies der Ast. auf der Grundlage der Fallzahlen aus dem Jahr 2008 mit Bescheid v. 27.05.2009 ein Regelleistungsvolumen in Höhe von 3.700,09 € für das Quartal III/09 zu. Die Ag. nahm dabei auf Grundlage des neuen Honorarvertrages eine Addition der RLV aller drei Ärzte vor. Aus verschiedenen Gründen übten die Ärzte der Ast. im Jahr 2008 nur in sehr eingeschränktem Umfang ihre vertragsärztliche Tätigkeit aus. Sie waren im privatärztlichen Bereich tätig und übernahmen Praxisvertretungen. Gegen den Bescheid legte die Ast. Widerspruch ein. Auch für die vorausgegangenen Quartale, in denen die neue Gemeinschaftspraxis jedoch noch nicht betrieben wurde, ging die Ag. entsprechend vor und billigte der Ast. für das Quartal I/09 ein RLV von 19.870,12€ und für das Quartal II/09 ein RLV von 1.479,44€ zu. Gegen die entsprechenden Bescheide läuft jeweils das Widerspruchsverfahren. Ein Antrag v. 13.01.2009 auf Zubilligung eines RLV, das dem Fachgruppenschnitt bezogen auf das Leistungsspektrum der Praxis mit Vorhaltung von MRT und CT entspricht, beschied die Ag. bisher nicht. Das **SG Marburg**, Beschl. v. 05.08.2009 – S 11 KA 430/09 ER – RID 09-03-01 gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung weitgehend statt und stellte fest, dass der Ast. ab dem Zeitpunkt des Vorliegens der Abrechnungsgenehmigung für die betriebenen Geräte das Recht zusteht, Leistungen im Fachgebiet der Radiologie bis zur Höhe des Fachgruppenschnitts vergütet zu erhalten. Das **LSG** änderte auf Beschwerde der KV den Beschl. ab und verpflichtete die Ag., der Ast. für das Quartal III/09 ein Regelleistungsvolumen auf der Basis von 379 Fällen und für das Quartal IV/09 ein Regelleistungsvolumen auf der Basis von 1.500 Fällen zuzuerkennen; im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

2. KEIN MINDESTPUNKTWERT FÜR ERMÄCHTIGTE PSYCHOTHERAPEUTISCHE AUSBILDUNGSSTÄTTEN

SG Berlin, Urt. v. 09.09.2009 – S 71 KA 351/07 –

RID 10-01-02

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 41/09 R

juris

SGB V a. F. §§ 85 IV 4, 117 II 2, 120 I; PsychThG § 6

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 93./96. Sitzung zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung mit Hilfe eines regionalen Mindestpunktwertes für zeitgebundene antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Kapitels G Abschn. IV EBM gilt nicht für ermächtigte Ausbildungsstätten i.S. des § 117 II SGB V.

Das **SG** wies die Klage (Quartale I/01 bis IV/02) ab.

Anders für Weiterbildungsassistenten **SG Berlin**, Urt. v. 04.03.2009 – S 83 KA 1643/06 – RID 09-04-01 (Sprungrevision anhängig: B 6 KA 13/09 R).

3. BENACHTEILIGUNG DER EINZELPRAXEN: AUFSCHLAG ZUM ORDINATIONSKOMPLEX/REGEL- LEISTUNGSVOLUMEN

SG Stuttgart, Urt. v. 01.10.2009 - S 11 KA 5960/06 –

RID 10-01-03

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 44/09 R

juris

SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87; SGG § 54 I 2, II

Die Kammer lässt es offen, ob der Kläger durch eine – unterstellte – Rechtswidrigkeit der von ihm monierten Regelung über den Aufschlag auf die Fallpunktzahl bei Gemeinschaftspraxen beschwert und damit klagebefugt sein kann. Denn es liegt nicht notwendig auf der Hand, dass er bei Nichtigkeit der entsprechenden Regelung ein höheres Honorar erhalten würde, weil nicht erkennbar ist, wie die Normgeber des EBM auf eine eventuelle Feststellung der Unwirksamkeit der Begünstigungsregelung reagieren würden (BSG, Beschl. v. 28.01.2004 – B 6 KA 112/03 B – juris Rn. 11; BSG, Beschl. v. 10.05.2004 – B 6 KA 129/03 B – juris Rn. 1).

Eine rechtswidrige Benachteiligung der Einzelpraxen gegenüber den Gemeinschaftspraxen ist weder im EBM 2005 (Aufschlag zum Ordinationskomplex) noch im HVV Bezirksdirektion Karlsruhe (Zuschlag zum Regelleistungsvolumen, Übernahme von Teil III Nr. 3.2.2 BRLV) zu erkennen.

Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren: SG Stuttgart, Urt. v. 01.10.2009 - S 11 KA 5163/06 –

RID 10-01-04

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 43/09 R

juris

SG Stuttgart, Urt. v. 18.03.2009 - S 5 KA 127/07 –

RID 10-01-05

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 18/09 R

juris

SG Stuttgart, Urt. v. 18.03.2009 - S 5 KA 5958/06 –

RID 10-01-06

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 19/09 R

juris

SG Stuttgart, Urt. v. 18.03.2009 - S 5 KA 6893/06 –

RID 10-01-07

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 15/09 R

juris

Zu weiteren Revisionsverfahren s. **SG Marburg**, Urt. v. 08.10.2008 - S 12 KA 409/07 – RID 08-04-20 (B 6 KA 41/08 R) und **LSG Hessen**, Urt. v. 26.08.2009 - L 4 KA 55/08 – RID 09-04-07 (B 6 KA 42/09 R).

4. LABORREFORM 1999: KOMBINATION AUS ABSCHLAGS- UND ZUSCHLAGSREGELUNG

LSG Bayern, Urt. v. 27.05.2009 – L 12 KA 16/05 –

RID 10-01-08

Revision anhängig: B 6 KA 33/09 R

juris

SGB V §§ 87 IIa; GG Art. 3 I, 12 I; EBM 1999 Kap. O III

Die 20 %ige Abschlagsregelung ab einer Überschreitung einer Parameterzahl von 450.000 Leistungen nach der Laborreform 1999 (LSG Bayern, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 445/04 –, Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt – B 6 KA 8/09 B –) und die ab dem Quartal IV/99 zusätzlich in die Präambel zu Kapitel O III aufgenommene Zuschlagsregelung, die einen Wegfall des 24%igen Zuschlags mit Überschreitung der 450.000-Parameter-Grenze (ab der ersten Leistung) vorsieht (vgl. BSG, Urt. v. 23.05.2007 – B 6 KA 2/06 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 15 = GesR 2007, 577 = USK 2007-46) sowie die Kombination aus Anwendung des Abschlags und Verweigerung des Zuschlags verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht.

SG München, Urt. v. 20.10.2004 - S 38 KA 1588/02 – verpflichtete zur Neubescheidung des Honoraranspruchs (Quartale I/00 u. II/01), das **LSG** wies die Klage ab.

Zur Laborreform 1999 s. zuletzt RID 09-02-03 (S. 9) m.w.N.

5. INDIVIDUALBUDGET: NEUBERECHNUNG DES HONORARS UND VERTRAUENSCHUTZ

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.10.2009 – L 11 KA 3/08 –

RID 10-01-09

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 84 IV

Wird keine nachträgliche sachlich-rechnerische Berichtigung der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen vorgenommen, sondern lediglich das **Honorar** unter Berücksichtigung des HVM **berechnet**, so gelten keine **Vertrauensschutzregelungen**. Eine KV ist nur an das zu hoch angesetzte Individualbudget gebunden, wenn sie - unabhängig von einem Honorarbescheid - mit einem Bescheid das Budget bestandskräftig festgelegt hätte. Wird lediglich das ermittelte Punktzahlvolumen edv-technisch "hinterlegt" und den betroffenen Ärzten davon Mitteilung gemacht, ohne eine "Regelung" i.S.d. § 31 SGB X zu treffen, liegt eine Budgetfestsetzung nicht vor.

SG Düsseldorf, Urt. v. 05.12.2007 - S 14 KA 202/04 - verpflichtete zur Neubescheidung (Quartal IV/2003), das *LSG* verpflichtete auf Berufung der KV zur Neubescheidung unter Beachtung seiner Rechtsauffassung.

entfällt RID 10-01-10

6. PRAXISBUDGET BEI SOG. DOPPELZULASSUNG (KINDER- UND JUGENDMEDIZIN/KINDER-KARDIOLOGIE)

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 06.10.2009 – L 4 KA 21/07 –

RID 10-01-11

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V 85 IV; EBM 1996

Das Praxisbudget eines Arztes mit sog. **Doppelzulassung** mit einem **Fachgebiet, für das kein Praxisbudget** vorgesehen ist, kann nicht nach A I. Teil B 1.6.2 Satz 1 EBM (**arithmetischer Mittelwert**) berechnet werden. Gemäß der Regelung unter A I. Teil B 1.6.2 Satz 2 EBM ist Nr. 1.6.1 entsprechend anzuwenden. Darin ist für die Berechnung der Fallpunktzahlen fachübergreifender Gemeinschaftspraxen geregelt, dass Ärzte der Gebietsbezeichnungen, die in Nr. 1.5 nicht aufgeführt sind, unberücksichtigt bleiben. Das zweite Fachgebiet ist bei der Prüfung der Gewährung und Erweiterung von Zusatzbudgets und der Erweiterung des Praxisbudgets besonders zu berücksichtigen. Die Erbringung auch sehr spezieller kardiologischer Leistungen (u.a. zweidimensionale farbcodierte Dopplerechokardiographische Untersuchung nach Nr. 618 EBM, Elektrokardiographie nach Nr. 616 EBM-Ä, Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer nach Nr. 606 EBM) weicht von der Typik der Fachgruppe der Kinderärzte deutlich ab.

SG Kiel, Urt. v. 24.01.2007 - S 16 KA 178/04 – verurteilte die Bekl. zur Neubescheidung, das *LSG* verurteilte auf Anschlussberufung des Kl. die Bekl., den Antrag des Kl. (Arzt für Kinder- und Jugendmedizin und Arzt für Kinderkardiologie) auf Erweiterung seines Praxisbudgets (Quartale I bis III/02, I u. II/03) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

7. ÜBERWEISUNG VON ZAHNÄRZTEN AN MKG-CHIRURGIN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.12.2009 – L 11 (10) KA 39/07 –

RID 10-01-12

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 85 IV 1-3; BMV-Ä § 24 X; EKV-Ä § 27 X

Infolge der zum 01.01.2004 wirksam gewordenen Änderungen des § 24 X BMV-Ä bzw. § 27 X EKV-Ä sind vom Vertragszahnarzt ausgestellte formlose **Überweisungen** nur noch an einen auftragnehmenden Vertragsarzt nach § 13 IV BMV-Ä bzw. § 7 IV EKV-Ä zulässig. Eine **Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie** rechnet hierzu nicht. Es besteht kein Anspruch darauf, dass die Abrechnung (hier: 117 Behandlungsfälle aus dem Quartal II/04) in späteren Quartalen gleichsam nachgeholt wird bzw. bei einer angebotenen Nachholung die Abrechnung zu den HVM-Modalitäten des Quartals II/04 erfolgt.

SG Düsseldorf, Urt. v. 23.05.2007 - S 14 KA 24/06 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

8. HONORARVERTEILUNG KV HESSEN

Nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 31/08 R** – durfte der HVV KV Hessen die **Nephrologen** und die von ihnen erbrachten **Dialyseleistungen** nicht in **Regelleistungsvolumina** (RLVa) einbeziehen; dies war unvereinbar mit den höherrangigen **Vorgaben des Bewertungsausschusses** (BewA), die sich wiederum im Rahmen des Gestaltungsspielraums des BewA hielten; nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 1/09 R** – stellt die im HVV KV Hessen vorgegebene Berechnung des **Auffüllbetrages** auf der Basis vorjähriger Fallzahlen eine rechtswidrige Benachteiligung **junger Praxen** in ihrer Aufbauphase dar, soweit diese im Referenzzeitraum weder die durchschnittliche Fallzahl noch den durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe erreicht hatten; dies ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung hinzunehmen; das strukturelle Erfordernis, auch bei komplexen und vorab in ihren Auswirkungen schwer übersehbaren Regelungen eine Benachteiligung neu gegründeter Praxen zu vermeiden, entspricht langjähriger Rechtsprechung des Senats; der Auffüllbetrag stellt einen wesentlichen Anteil an der Gesamthonorarforderung der einzelnen Praxen dar, und seine Berechnung wirkt für die im Aufbau befindlichen Praxen im Vergleich mit den anderen Praxen **wie eine Zuwachsbegrenzungsregelung**; diesen Anforderungen ist durch **Regelungen im HVV selbst** Rechnung zu tragen und kann die Entscheidung nicht allein dem Vorstand der KV überlassen werden.

A) HONORARGRUPPE BEI SOG. DOPPELZULASSUNG

SG Marburg, Urt. v. 28.10.2009 - S 11 KA 522/07 –
SGB V § 85 IV

RID 10-01-13

In einem Honorarverteilungsvertrag kann eine **Honorargruppe für Nervenärzte sowie Neurologen und Psychiater (Doppelzulassung)** für die Ärzte, die nach der alten Weiterbildungsordnung einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie erworben hatten, vorgesehen werden, in die keine neuen Ärzte aufgenommen werden.

Nach dem Beschluss des **Bewertungsausschusses** v. 29.10.2004 ist einem Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, die Fallzahlobergrenze gemäß 3.3.1 nach dem **Versorgungsauftrag**, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, zuzubilligen. Die Aufnahme des **Tätigkeitsschwerpunktes** als Eingruppierungskriterium weicht hiervon in rechtswidriger Weise ab. Vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit muss für Ärzte mit zwei Fachgebieten gewährleistet werden, dass sie ein Honorar erhalten, das ihrem Versorgungsauftrag unabhängig vom Tätigkeitsschwerpunkt gerecht wird (Anschluss an SG Marburg, Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 45/05 – RID 06-03-08). Die Vorgabe des § 6 Nr. 6.2 HVV KV Hessen am Ende ist deshalb rechtswidrig.

Ein Vertragsarzt, der **als Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie** eine Zulassung für zwei Fachgebiete hat (sog. Doppelzulassung), der in die Fachgruppe der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit Leistungsanteil an Richtlinien-PT von höchstens 30 % eingruppiert ist, hat einen Anspruch darauf, dass seine **neurologische Ausrichtung** bei der Berechnung der Fallzahlgrenzen im Rahmen des Regelleistungsvolumens Berücksichtigung findet.

Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung und wies im Übrigen die Klage ab.

B) HAUSÄRZTLICHE GRUNDVERGÜTUNG (ZIFF. 03000 EBM 2005)/KOLOSKOPIE-VERGÜTUNG

SG Marburg, Urt. v. 09.12.2009 – S 12 KA 285/08 –

RID 10-01-14

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 101/09 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 85 IV, 87 IIa; EBM 2005 Ziff. 03000, 13250, 13251 bis 13254, 13421

Die **hausärztliche Grundvergütung** nach Ziff. 03000 EBM 2005 ist auch in den Fällen zuzuerkennen, bei denen in einer **versorgungsebenenübergreifenden Gemeinschaftspraxis** (hier: Fachärztin für Allgemeinmedizin und fachärztlich tätiger Internist) zugleich fachärztliche Leistungen abgerechnet worden sind. § 2 Unterabschnitt 2.10.1 **HVV KV Hessen** ist insoweit **rechtswidrig**.

Die Höhe der Vergütung der Leistungen der **kurativen Koloskopie** für die Quartale I und II/06 ist im Bereich der KV Hessen insoweit zu beanstanden, als Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 in einem einheitlichen, versorgungsbereichsübergreifenden Fachgruppentopf vergütet werden. Für den **hausärztlichen Versorgungsbereich** fehlt es hieran an einer Grundlage im HVV. Es besteht keine Rechtspflicht einer KV, eine zunächst falsch abgerechnete Leistung durch die mögliche Leistung zu **ersetzen** (hier: Leistungen nach Nrn. 13251 bis 13254 EBM 2005 in Nr. 13250 EBM 2005).

Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung.

C) SONDERREGELUNG REGELLEISTUNGSVOLUMEN: ABGESTAFFELTE VERGÜTUNG BEI HOHER FALLZAHL

LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 99/08 –

RID 10-01-15

SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87

Für die Beurteilung des **Sicherstellungsbedarfs** im Zusammenhang mit der Bildung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens fehlt es an rechtlichen Vorgaben. Es ist davon auszugehen, dass dem Vorstand der KV ein Beurteilungsspielraum, auf welchen räumlichen Bereich abzustellen ist, zusteht - neben ggf. weiteren zu berücksichtigenden Gesichtspunkten, der gerichtlich jedoch voll überprüfbarer ist (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 82/07 – RID 09-02-15).

Die Erbringung von **fachgruppentypischen Leistungen** für eine hohe Anzahl von Patienten kann nicht zur Annahme einer Spezialisierung oder atypischen Praxisausrichtung führen. Werden zahlreiche Leistungen im Vergleich zu der Fachgruppe nur unterdurchschnittlich häufig erbracht, so spricht dies zusätzlich gegen eine Spezialisierung bzw. von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung.

Eine **seit Jahren sehr hohe Fallzahl** im Vergleich zu den durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe spricht gegen eine - eine Ausnahmeregelung gebietende - überraschende Änderung der Versorgungsstruktur.

Der **HVV der KV Hessen** (ab II/05) enthält unter **Ziff. 7.5 HVV** bereits eine ausreichende **Härtefallregelung** für den Fall eines EBM-bedingten Fallwertverlustes von mehr als 5 % im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Vorjahres (so bereits LSG Hessen, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 82/07 – RID 09-02-15).

Selbst der **Nachweis operativer Schwerpunkte bzw. eingeschränkter Sprechstundenzeiten der benachbarten Ärzte** würde noch keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür begründen, dass nicht auch von diesen Ärzten die als „Grundversorgung“ bezeichnete ärztliche Versorgung in ausreichendem Umfang erbracht werden kann.

SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 84/08 – RID 08-04-27 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

D) NACHTRÄGLICHE SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG DES AUSGLEICHSBETRAGS NACH ZIFF. 7.5 HVV

SG Marburg, Urt. v. 10.02.2010 – S 12 KA 639/09 –

RID 10-01-16

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

SGB V §§ 85 IV, 106

Die KV Hessen ist zur nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigung des Ausgleichsbetrags nach Ziff. 7.5 HVV berechtigt. Vertrauensschutzgesichtspunkte stehen nicht entgegen.

Das **SG** wies die Klage ab.

9. ERNEUTE VORLAGE DER KONTOAUSZÜGE (ABRECHNUNGSUNTERLAGEN)

SG Marburg, Beschl. v. 06.01.2010 – S 11 KA 97/09 ER –

RID 10-01-17

SG Marburg, Beschl. v. 08.01.2010 – S 12 KA 644/09 ER –

RID 10-01-18

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

SGG §§ 86b Abs. 2, 197a; VwGO § 161; SGB X §§ 25, 83 I 1 Nr. 1; SGB V § 95 III 1; Hess. DSG §§ 8 I Nr. 1, 18 III 1 Nr. 1

Eine Kassenärztliche Vereinigung ist verpflichtet, einem Vertragsarzt erneut die Kontoauszüge (Abrechnungsunterlagen) zu übersenden.

Das **SG** legte der KV die Verfahrenskosten auf.

10. ERLASS EINER EINSTWEILIGEN ANORDNUNG: ANORDNUNGSGRUND

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 06.11.2009 – L 7 KA 104/09 B ER –

RID 10-01-19

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85 IV; SGG § 86b II

Ein Anordnungsgrund kann im Vertragsarztrecht regelmäßig nur beim Drohen erheblicher irreparabler Rechtsnachteile angenommen werden, die bei honorarrelevanten Maßnahmen insbesondere dann zu bejahen sind, wenn ohne Maßnahmen des einstweiligen Rechtsschutzes der notwendige Lebensunterhalt oder die Existenz der Praxis gefährdet wäre (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 21.10.2003 - L 3 KA 447/03 R - juris). Es reicht nicht aus vorzutragen, die Verrechnung entziehe dem Praxisbetrieb die kalkulatorischen Grundlagen, wenn hierzu nichts Näheres vorgetragen wird, aus dem sich ein irreparabler Rechtsnachteil ergeben würde.

SG Potsdam, Beschl. v. 15.06.2009 - S 1 KA 38/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

11. ZAHNÄRZTE

A) ABSENKUNG DER DEGRESSIONSFREIEN PUNKTMENGE: ORALCHIRURGEN

SG Mainz, Urte. v. 08.07.2009 – S 2 KA 108/08 –

RID 10-01-20

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 34/09 R

juris

SGB V § 85 IVb

Die in § 85 IVb SGB V normierte degressionsfreie Punktmenge für Vertragszahnärzte erfasst auch die Oralchirurgen und erfordert anders als bei den Kieferorthopäden keine Sonderregelungen (vgl. BSG, Urte. v. 29.11.2006 - B 6 KA 23/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 27).

Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren: SG Mainz, Urte. v. 08.07.2009 – S 2 KA 380/07 –

RID 10-01-21

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 35/09 R

juris

Nach BSG, Urte. v. 16.12.2009 - **6 KA 10/09 R** – (Parallelverfahren: - B 6 KA 9/09 R -) verstößt die zum 01.01.2004 in Kraft getretene, allein **Kieferorthopäden** betreffende **Absenkung der degressionsfreien Punktmenge** sowie der Degressionsschwellen nicht gegen höherrangiges Recht.

B) ABSCHLAGSZAHLUNGEN/AUFRECHNUNG

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 08.10.2009 – L 3 KA 60/09 B ER –

RID 10-01-22

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 85 IV 2 u- 9; BGB §§ 387, 394 S. 1; ZPO §§ 850, 850c, 850e

Leitsatz: 1. Zum Anspruch eines Vertragszahnarztes auf Zahlung monatlicher Abschläge auf seinen Honoraranspruch.

2. Fehlt es diesbezüglich an besonderen Vorschriften im Honorarverteilungsvertrag, kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihr zustehende Honorarrückforderungsansprüche gegen Ansprüche auf monatliche Abschlagszahlungen nach den §§ 387ff BGB aufrechnen. Dabei hat sie die in den Pfändungsfreigrenzen liegenden Beschränkungen zu beachten, die sich aus der Anwendung der §§ 394 S 1 BGB, 850c ZPO ergeben.

SG Hannover, Beschl. v. 24.07.2009 - S 35 KA 52/09 ER – verpflichtete die Ag., auf die Abschlagszahlung für Mai 2009 und die Resthonorarzahlung für das Quartal I/09 einen Restbetrag von 5.056,57 € sowie bis 1. Oktober 2009 ein Viertel der errechneten Abschläge auszuzahlen; das **LSG** änderte auf die Beschwerden der Ast. und der Ag. den Beschluss des SG ab und verpflichtete die AG., der Ast. ab Juli 2009 monatliche Honorarabschläge in Höhe von jeweils 5.398,35 € gutzuschreiben, und wies im Übrigen die Beschwerden zurück und lehnte den Antrag ab.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 11.03.2009 – **B 6 KA 62/07 R** – (BSGE 103, 1 = 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 09-04-A II (S. 12); 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. FEHLENDE GENEHMIGUNG NACH NEUNIEDERLASSUNG EINES NUKLEARMEDIZINERS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 (10) KA 41/06 – **RID 10-01-23**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde - B 6 KA 46/09 R – durch Vergleich erledigt juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 82 I, 87 I, II; BMV-Ä § 45 II 1

Ein Schreiben, mit dem ein **Vorschuss auf die erste Honorarzahlung beantragt** wird, beinhaltet nicht konkludent die Beantragung einer Genehmigung für **genehmigungspflichtige Leistungen**; mit der Honorarzahlung wird die Genehmigung nicht erteilt.

Es ist die **Obliegenheit** eines Vertragsarztes, sich Kenntnis davon zu verschaffen, welche **Voraussetzungen für die Leistungserbringung** erforderlich sind und für deren Vorliegen Sorge zu tragen.

Seit dem Quartal III/01 ist der Kl. als Facharzt für Nuklearmedizin zugelassen. Seine Honoraranforderungen für die streitigen Quartale III/01 und IV/01 wurden dahingehend berichtigt, dass Ultraschalluntersuchungen, Leistungen der nuklearmedizinischen In-vivo-Diagnostik sowie MRT-Untersuchungen gestrichen wurden, weil diese nach den jeweiligen Vereinbarungen erst nach Vorliegen entsprechender Genehmigungen abrechnungsfähig seien und diese **Genehmigungen für den streitigen Zeitraum nicht erteilt** worden seien. Zur **Begründung** seiner dagegen gerichteten erfolglosen **Widersprüche** trug der Kläger vor, die formellen und materiellen Voraussetzungen zur Erteilung der Genehmigungen hätten zum Zeitpunkt der Leistungserbringungen vorgelegen. Die erforderlichen **Anträge habe er nach seiner Zulassung im Juli 2001 gestellt**. Er habe seinerzeit mitgeteilt, dass er nuklearmedizinische und sonographische Leistungen erbringen werde und zugleich eine Abschlagszahlung erbeten. Damit habe er unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass er diese genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und abrechnen wolle. Der Bezirksstelle E habe als zuständiger Genehmigungsstelle klar sein müssen, dass er mit seinem Begehren die noch fehlenden Genehmigungen beantrage. Die Bezirksstelle habe zwar die begehrten Abschlagszahlungen geleistet, es jedoch versäumt, ihm auch die Genehmigungen zu erteilen. Erst auf erneute Anträge seien die Genehmigungen mit Wirkung ab dem Quartal I/02 erteilt worden. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 09.08.2006 - S 33 KA 241/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück und lehnte den vom Kl. hilfsweise gestellte Antrag auf Verurteilung der Bekl. zur Zahlung von 138.923,44 Euro ab.

2. NRN. 157 EBM BZW. 01730 EBM 2005 (FRÜHERKENNUNG VON KREBSERKRANKUNGEN)

SG Düsseldorf, Urt. v. 04.11.2009 – S 2 KA 108/09 – **RID 10-01-24**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 25, , 92 I 2 Nr. 3 u. 4, 106a; EBM 1996 Nr. 157; EBM 2005 Nr. 01730

Nach § 25 II SGB V haben Versicherte höchstens **einmal jährlich Anspruch** auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Diese Vorgabe im Bereich des Leistungsrechts ist somit auch im Bereich des Leistungserbringungsrechts unmittelbar von Bedeutung (sog. Einheit von Leistungs- und Leistungserbringungsrecht; vgl. BSG, Urt. v. 28.01.2009 - B 6 KA 61/07 R - BSGE 102, 219 = SozR 4-2500 § 118 Nr. 1 m.w.N.). Dies bedeutet, dass die Nrn. 157 EBM bzw. 01730 EBM 2005 für den die Früherkennungsuntersuchungen durchführenden Vertragsarzt ebenfalls nur höchstens einmal jährlich abrechenbar sind. Jährlich bedeutet nicht zwingend kalenderjährlich, aber in Abständen von jeweils 12 Monaten.

Das **SG** gab der Klage teilweise – bzgl. der Quartale III/03 bis II/04 wegen Überschreitens der vierjährigen Ausschlussfrist - statt.

S. bereits **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 03.07.2009 – S 2 KA 119/09 ER – RID 09-03-31.

3. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG

A) TAGESPROFILE: NEBENEINANDERABRECHNUNG DER ZIFFERN 04110/04111 MIT 04120 EBM 2005

SGB V § 106a; SGB X §§ 24, 35; EBM 2005 04110, 04111, 04120

LSG Hessen, Beschl. v. 10.11.2009 – L 4 KA 70/09 B ER –

RID 10-01-25

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Für eine **Anhörung** reicht die Übersendung der Tagesprofile mit einem Anhörungsschreiben aus, denn die Tageszeitprofile erbringen den Indizienbeweis für die implausible Abrechnung (vgl. BSG, Urt. v. 24.11.1993 – 6 RKa 70/91 – SozR 3-2500 § 95 Nr. 4 - juris, Rn. 25), so dass für die Anhörung im Sinne von § 24 Abs. 1 SGB X grundsätzlich keine weitergehende Darstellung der entscheidungserheblichen Tatsachen erforderlich ist.

Einer Darstellung, bei **welchen Behandlungsfällen eine Nebeneinanderberechnung** der Ziffern 04110 und 04111 mit der Ziffer 04120 EBM 2005 bei der Erstellung der Tagesprofile erfolgte, ist nicht erforderlich.

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

SG Marburg, Beschl. v. 02.07.2009 – S 12 KA 235/09 ER – RID 09-03-29 gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies den Antrag ab.

SG Marburg, Urt. v. 13.01.2010 – S 12 KA 238/09–

RID 10-01-26

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de

SGB V § 106a; SGB X §§ 24, 35; EBM 2005 04110, 04111, 04120

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

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

Das *SG* wies die Klage ab.

B) PRAXISGEMEINSCHAFT UND SOG. DOPPELEINLESUNGEN

SG Hannover, Urt. v. 25.11.2009 – S 16 KA 47/05 –

RID 10-01-27

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a; BMV-Ä § 45 II

Leitsatz: Zum Nachweis der Missbräuchlichkeit bei der Ausgestaltung einer Praxisgemeinschaft genügt nicht die Feststellung der Höhe des Anteils der gemeinsam behandelten Patienten. Im Einzelfall kann es notwendig sein, die berechtigt abgerechneten Fälle der gemeinsam behandelten Patienten herauszurechnen.

Die Beklagte kürzte zu Lasten des Kl. K. insgesamt 138.594,96 €, zu Lasten des Kl. M. 132.275,46 € und zu Lasten des L. 128.573,04 €, weil diese wie in einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammen gearbeitet hätten. Sie seien deshalb auch honorarmäßig wie eine Berufsausübungsgemeinschaft zu behandeln. Dementsprechend sei das Honorar so zu bemessen, als ob sie eine Berufsausübungsgemeinschaft betrieben hätten.

Das *SG* gab der Klage statt.

III. Arztregister/Zweigpraxis/Genehmigung/Notfalldienst/Auskunft

Vgl. zuletzt die Hinweise in RID 09-04-A III (S. 14)

1. ZWEIGPRAXIS

A) REDUZIERTER WARTENZEITEN/ERWEITERUNG DER FREIEN ARZTWahl

SG Düsseldorf, Beschl. v. 25.11.2009 – S 2 KA 247/09 ER –

RID 10-01-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ärzte-ZV § 24 III 1 u. 2; SGG §§ 86a I 1, 86b I 1 Nr. 1

Nach der Entscheidung des BSG vom 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R - ist ein **Dritter** nicht berechtigt, die Erteilung der Genehmigung für eine Zweigpraxis **anzufechten**.

Willkür bei einer Genehmigung für eine Zweigpraxis liegt nicht vor, wenn ein HNO-Arzt mit seiner Zweigpraxis ein eingeschränktes Pensum im Umfang von etwa 1/3 eines vollen Praxisumfangs beisteuert und in Teilbereichen eine **andere Praxisausrichtung** als ein bereits am Zweigpraxisort ansässiger HNO-Arzt hat. Dies könnte sich sowohl quantitativ (reduzierte Wartezeiten für die Patienten) als auch qualitativ (anderes Therapiespektrum, Erweiterung der freien Arztwahl für die Patienten) als Verbesserung der Versorgung darstellen.

Der Beigel. legte erfolglos Widerspruch ein und erhob Klage gegen die dem Ast. erteilte Zweigpraxisgenehmigung. Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und ordnete die sofortige Vollziehung des dem Ast. erteilten Bescheides vom 09.01.2009 über die Genehmigung einer Zweigpraxis an.

B) KEINE VERSORGUNGSVERBESSERUNG OHNE TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT KINDERZAHNHEILKUNDE

LSG Hessen, Urt. v. 23.09.2009 – L 4 KA 119/08 –

RID 10-01-29

Revision anhängig: B 6 KA 49/09 R

Zahnärzte-ZV § 24

Auch bei fehlenden planungsrechtlichen Einschränkungen gelten nicht alle zusätzlichen quantitativen und qualitativen Tätigkeiten als **Verbesserung der Versorgung** der Versicherten. Es ist auf das Leistungsangebot, das vom Vertragszahnarzt selbst erbracht werden kann, abzustellen, nicht auf das Leistungsangebot, das er nur im Zusammenwirken mit seinem Praxispartner erbringen kann. Nach § 6 VI 4 bis 6 BMV-Z/§ 8a I 4 bis 6 EKV-Z liegt eine Verbesserung der Versorgung an den weiteren Orten in der Regel dann vor, wenn in der Zweigpraxis spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, die im Planungsbereich nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden.

Grundsätzlich können auch vertragszahnärztliche Tätigkeiten mit dem **Tätigkeitsschwerpunkt "Kinderzahnheilkunde"** eine qualitative Verbesserung der Versorgung darstellen, wenn die Voraussetzungen zum Führen des Tätigkeitsschwerpunktes "Kinderzahnheilkunde" nach der Weiterbildungsordnung nachgewiesen werden. Allein das zusätzliche Angebot von Leistungen der Kinderzahnheilkunde im Rahmen einer Zweigpraxis oder der behauptete größere Umfang der Behandlung von Kindern und Jugendlichen reichen für die Annahme einer qualitativen Verbesserung der Versorgung nicht aus, sofern diese Leistungen auch von anderen niedergelassenen Vertragszahnärzten aufgrund ihrer Ausbildung erbracht werden können und erbracht werden. Kinderzahnheilkunde gehört zur Ausbildung aller Zahnärzte.

SG Marburg, Urt. v. 05.11.2008 – S 12 KA 375/07 – RID 08-04-38 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Im **einstweiligen Anordnungsverfahren** hatte *SG Marburg*, Beschl. v. 27.08.2007 – S 12 KA 374/07 ER – RID 07-03-39 den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurückgewiesen, *LSG Hessen*, Beschl. v. 29.11.2007 – L 4 KA 56/07 ER – RID 08-01-41 hatte die Ag. verpflichtet, dem Ast. vorläufig die Tätigkeit als Vertragszahnarzt an einem weiteren Ort in der C-Straße in C-Stadt bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren zu gestatten.

C) KINDERKARDIOLOGE: WEGSTRECKE 128 KM/1 ½ STUNDEN FAHRZEIT

SG Marburg, Urt. v. 10.02.2009 – S 12 KA 160/09 –

RID 10-01-30

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

Ärzte-ZV § 24

Bei einer Entfernung zwischen Praxissitz und Zweigpraxissitz eines Kinderkardiologen von 128 km und einer Fahrzeit von eineinhalb Stunden pro Wegstrecke liegt eine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes i. S. d. § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV i.d.F. d. VÄndG vor.

Das **SG** wies die Klage ab.

D) ORTHOPÄDE: 10 KM-ENTFERNUNG VON HAUPTPRAXIS/KEINE ERÖFFNUNG VON WETTBEWERBSMÖGLICHKEITEN

SG Marburg, Urt. v. 10.02.2009 – S 12 KA 824/09 –

RID 10-01-31

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

Die Gründung einer Zweigpraxis eines Orthopäden mit der Zusatzbezeichnung Chirotherapie in einer Entfernung von 10 km vom Hauptpraxissitz bedeutet keine Versorgungsverbesserung i. S. d. § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV i.d.F. d. VÄndG.

Auf eine behindertengerechte Ausgestaltung der Zweigpraxisräume ist nicht abzustellen, weil es für die Beurteilung einer Versorgungsverbesserung ausschließlich auf das zu behandelnde Krankheitsspektrum der Patienten ankommt und keine Verpflichtung der Krankenkassen besteht, den Zugang zu den Praxisräumen zu gewährleisten.

Mit dem Tatbestandsmerkmal der Versorgungsverbesserung stellt der Gesetzgeber ausschließlich auf Versorgungsgesichtspunkte ab und damit nicht primär auf verbesserte „Marktchancen“ des einzelnen Vertragsarztes. Wettbewerbsmöglichkeiten sollten damit nicht eröffnet werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. BVERFG: WIDERRUF SUBSTITUTIONSGENEHMIGUNG/TELWEISE AUFHEBUNG DES SOFORTVOLLZUGS

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 27.10.2009 – 1 BvR 1876/09 –

RID 10-01-32

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 12 I, 19 IV; SGB X § 24; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Der Verfassungsbeschwerde gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 01.07.2009 – L 11 B 8/09 KA ER – RID 09-03-42 wird stattgegeben.

Bei einem **Widerruf einer Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen** handelt es sich um einen Eingriff in die **Berufsausübungsfreiheit**, der aber nicht die Berufsfreiheit in einem Maße einschränkt, der in seiner Wirkung der Beschränkung der Berufswahl nahe kommt. Ein Vertragsarzt, der auf der Grundlage der nun widerrufenen Genehmigung eine ausschließlich auf die Durchführung von Substitutionsbehandlungen spezialisierte Praxis betreibt, wird durch die sofortige Vollziehung des Widerrufs in der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit **erheblich beeinträchtigt**. Er verliert seinen Patientenstamm und ist gezwungen, seine Praxis auf die Behandlung anderer Patientengruppen auszurichten.

Greift eine Behörde durch die Anordnung der sofortigen Vollziehung in dieser Weise in die Berufsfreiheit eines Betroffenen ein, so muss dieser nach Art. 19 IV GG die Möglichkeit haben, eine gerichtliche Entscheidung über die Rechtmäßigkeit dieser Anordnung herbeizuführen. Im **Verfahren nach § 86b I 1 Nr. 2 SGG** hat das Gericht zu prüfen, ob die Anordnung der sofortigen Vollziehung nach § 86a II Nr. 5 SGG den formellen Anforderungen entspricht und ob in materieller Hinsicht überwiegende öffentliche Belange es rechtfertigen, den Rechtsschutzanspruch des Betroffenen gegen die Grundverfügung - ganz oder teilweise - einstweilen zurückzustellen, um unaufschiebbare Maßnahmen im Interesse des allgemeinen Wohls rechtzeitig in die Wege zu leiten. Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, hängt von einer **Gesamtwürdigung der Umstände des Einzelfalls** und hier insbesondere davon ab, ob eine weitere Berufstätigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der Substitutionsgenehmigung während des laufenden Hauptsacheverfahrens konkrete Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter befürchten lässt (vgl. BVerfGE 44, 105 <118>; BVerfGK 2, 89 <94>).

Stellt das Gericht im Verfahren nach § 86b I 1 Nr. 2 SGG fest, dass die genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, so genügt es dem Anspruch des Betroffenen auf effektiven Rechtsschutz nicht, wenn es die **aufschiebende Wirkung** des Widerspruchs oder der Klage nicht **vollumfänglich anordnet**. Soweit § 86b I 1 Nr. 2 SGG die Möglichkeit einer nur **teilweisen Anordnung** der aufschiebenden Wirkung vorsieht, kommt das im Hinblick auf Art. 19 IV GG nur in Betracht, wenn der Sofortvollzug hinsichtlich des verbleibenden Teils formell rechtmäßig angeordnet und materiell jedenfalls in diesem Umfang nach den dargestellten Grundsätzen durch überwiegende öffentliche Belange gerechtfertigt ist. Stellt das Gericht kein Überwiegen öffentlicher Belange für die teilweise Aufrechterhaltung der angeordneten sofortigen Vollziehung fest und ordnet es die aufschiebende Wirkung dennoch nur eingeschränkt an, so hält es einen präventiven Eingriff in Grundrechte des Betroffenen ohne Rechtfertigung teilweise aufrecht und verwehrt so den grundgesetzlich garantierten effektiven

Rechtsschutz. Entsprechendes gilt für die Anordnung einer Auflage oder Befristung nach § 86b Abs. 1 Satz 3 SGG durch das Gericht.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 12.03.2009 - S 33 KA 47/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, *LSG Nordrhein-Westfalen* ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage (S 33 KA 49/09 SG Düsseldorf) mit der Maßgabe an, dass die vom Kläger vertragsärztlich durchzuführenden Substitutionsbehandlungen auf 50 Fälle begrenzt werden; das BVerfG stellte fest, dass die im Beschl. des LSG enthaltene Maßgabe, dass die vom Bf. vertragsärztlich durchzuführenden Substitutionsbehandlungen auf 50 Fälle begrenzt werden, den Bf. in seinen Grundrechten aus Art. 19 IV und Art. 12 I GG verletzt.

3. ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE: IN ÖSTERREICH ANERKANNTE DEUTSCHE AUSBILDUNG

LSG Hessen, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 6/07 –

RID 10-01-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95c; EBM 2005 Nr. 35131 bis 35141, 35150 und 35210

Für den **Fachkundenachweis** reicht es aus, dass die Weiterbildung der Form und dem Inhalt nach den Anforderungen genügt hat, die bis zum 31.12.1998 an eine den **Kriterien der Psychotherapie-Vereinbarung** entsprechende Ausbildung zu stellen waren (hierzu im Einzelnen BSG, Beschl. v. 28.04.2004 - B 6 KA 110/03 B - juris Rn. 8 ff.).

Die Anerkennung einer in Deutschland absolvierten beruflichen **Qualifikation in Österreich** durch eine Aufnahme in die österreichische Psychotherapeutenliste, mit der die Berechtigung zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie in Österreich einhergeht, sowie die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung "**Psychoanalyse**", kann nicht durch erneute Gleichwertigkeitsanerkennung zum Zugang zur Abrechnungsberechtigung führen, wenn deren Voraussetzungen nach deutschem Recht nicht gegeben sind.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.08.2006 - S 28 KA 3251/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. FACHLICHE BESCHRÄNKUNG BEI DOPPELQUALIFIKATION AUF ORDINATIONSKOMPLEX (NR. 6.1 ALLG. BEST.)

LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 31/07 –

RID 10-01-34

Revision anhängig: B 6 KA 2/10 R

SGB V § 87; EBM 2005 Nr. 6.1 Allgemeine Bestimmungen

Die Beschränkung von Ärzten mit **Doppelzulassung** auf die Abrechnung des **Ordinationskomplexes auf nur einem Fachgebiet** in Nr. 6.1 i.V.m. Nr. 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 ist bereits deshalb rechtswidrig, weil sie einen ungerechtfertigten Eingriff in die durch Artikel 12 I 2 GG geschützte Berufsausübungsfreiheit darstellt und damit gegen höherrangiges Recht verstößt.

SG Marburg, Urt. v. 25.04.2007 – S 12 KA 1057/06 – RID 07-02-39 gab der Klage einer als Augenärztin und Neurologin zugelassenen Kl. statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

5. NOTDIENST

A) 14,5-STÜNDIGE ANWESENHEIT WÄHREND DES NOTFALLDIENSTES IN ZENTRALER NOTFALLPRAXIS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 11 KA 49/07 –

RID 10-01-35

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 51/09 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 75 I 1 u. 2; Heilberufsgesetz NRW §§ 6 I Nr. 3, 30 Nr. 2, 31 I

Bei der Ausgestaltung des Notfalldienstes kommt den KVen und Ärztekammern eine weite **Gestaltungsfreiheit** zu. Der Vertragsarzt kann die Entscheidung der KV grundsätzlich nur eingeschränkt gerichtlich nachprüfen lassen. Angesichts der Gestaltungsfreiheit der KV als Normgeber und der ihr obliegenden Verantwortung für eine angemessene Versorgung der Versicherten auch zu den sprechstundenfreien Zeiten kann der einzelne Arzt durch die Entscheidung der KV grundsätzlich nur in seinen Rechten verletzt sein, wenn diese **nicht mehr von sachbezogenen Erwägungen getragen** wird und einzelne Arztgruppen oder Ärzte **willkürlich** benachteiligt werden

(vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 43/05 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 5 = MedR 2007, 504). Der uneingeschränkten Überprüfung durch das Gericht obliegt es jedoch, ob die angegriffene Regelung/Maßnahme eine ausreichend **Rechtsgrundlage** hat.

Verlangt die als Satzung erlassene Notdienstordnung während des Notfalldienstes keine ständige Präsenz des diensthabenden Arztes, so kann dies der Vorstand einer KV nicht anordnen.

Der Kläger ist als Arzt für **Allgemeinmedizin** seit 1985 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er wird von der Bekl. regelmäßig zu Fahr- und Sitzdiensten in der zentralen Notfallpraxis am St. B Krankenhaus in T/Kreis F eingeteilt. Die einschlägigen Dienstpläne für den ärztlichen Notfalldienst im Kreis F sahen im Anschluss an den - von der Beklagten und der Beigeladenen aufgestellten - bis zum 31.03.2005 geltenden Organisationsplan Dienstzeiten von 7:30 Uhr bis 23:00 Uhr bzw. mittwochs von 13:00 Uhr bis 23:00 Uhr vor. Nach 23:00 Uhr könne der diensthabende Arzt nach Rücksprache mit der Arztnotrufzentrale (ARZ) die Notfallpraxis verlassen. Er müsse dann für die ARZ erreichbar sein und im Bedarfsfall unverzüglich in die Praxis zurückkehren. Die Bekl. teilte den Kl. zu Fahrdiensten sowie Sitzdiensten ein und übersandte den mit Wirkung ab 01.07.2005 umgesetzten Organisationsplan, der u.a. in § 2 für die Notfalldienstpraxen an Wochenenden **Öffnungszeiten von 7:30 Uhr bis 22:00 Uhr** vorsah und weiterhin bestimmte, dass der zum Dienst eingeteilte Arzt zu den Öffnungszeiten der Notfallpraxis **ständig anwesend sein** müsse. Der Widerspruch des Kl. war erfolglos. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 20.06.2007 - S 33 KA 337/05 - wies die Klage mit dem Antrag festzustellen, dass seine Heranziehung zum Notfalldienst hinsichtlich der Dienstzeiten am Wochenende sowie der Forderung einer ständigen Anwesenheitspflicht rechtswidrig gewesen ist, ab, das **LSG** gab der Klage statt und stellte unter Abänderung des SG-Urteils fest, dass die Anordnung, in der Notfallpraxis am St. B Krankenhaus in T während des Notfalldienstes ständig anwesend sein zu müssen, unter Geltung der Notfalldienstordnung vom 01.01.2002 rechtswidrig war.

B) VERPFLICHTUNG ZUR TEILNAHME AM SITZ DER ZWEIGPRAXIS

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.12.2009 – L 11 B 19/09 KA ER –

RID 10-01-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 75 I 2, 95 I, III; SGG §§ 86^e II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2; HeilberG NRW §§ 30 Nr. 2, 31 I

Die Verpflichtung zur Teilnahme am organisierten Notdienst betrifft im Bereich der KV Westfalen-Lippe Vertragsärzte nicht nur hinsichtlich ihres Stammsitzes, sondern auch hinsichtlich der von ihnen geführten **Zweigpraxis**. Die verstößt weder gegen Art. 12 I GG noch gegen Art. 3 I GG.

Die dem Vertragsarzt auferlegte Verpflichtung, seinen **Patienten umfassend zur Verfügung zu stehen**, betrifft naturgemäß nicht nur die Patienten des Praxissitzes (§ 17 I BO), sondern auch jene am Ort der Zweigpraxis. Selbst wenn Residenz- und Präsenzpflicht bezogen auf die Zweigpraxis gemindert sind, verbleibt die **übergreifende Pflicht**, umfassend zur Verfügung zu stehen. Dem kommt der Vertragsarzt nach, wenn er kontinuierlich in 24-stündiger Bereitschaft steht oder aber jedenfalls am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnimmt. Alles andere liefe darauf hinaus, dass Inhaber einer Zweigpraxis einseitig die pekuniären Vorteile des erweiterten Tätigkeitsbereichs in Anspruch nehmen, damit verbundene Verpflichtungen indessen negieren. Dem Gesetz geht es jedoch, was keiner weiteren Erörterung bedarf, um eine Verbesserung der Patientenversorgung und nicht darum, dass Ärzte sich weitere Einkommensquellen erschließen.

Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst ist Folge der aus der vertragsärztlichen Zulassung resultierenden **Teilnahmeverpflichtung**. Grundsätzlich zumutbar ist es daher, einen mehrere Praxen betreibenden Arzt auch mehrfach am Notfalldienst zu beteiligen.

Ist ein mehrere (Zweig)Praxen betreibender Vertragsarzt grundsätzlich verpflichtet, für jede seiner Praxen gesondert am ärztlichen Notfalldienst teilzunehmen, schließt das eine **Befreiung im Einzelfall** wegen unzumutbarer Belastung durch die mehrfache Heranziehung nicht aus.

Eine Regelung, dass **am Stammsitz nur zu 50 % am Notfalldienst teilzunehmen** ist, erscheint als **fragwürdig**. Denn dies führt dazu, dass sich die notfallmäßige Versorgungssituation im Bezirk des Stammsitzes (quantitativ) verschlechtert, also die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes beeinträchtigt wird (§ 24 III 1 Nr. 2 Ärzte-ZV). Das wiederum bedeutet, dass die Zweigpraxisgenehmigung möglicherweise nicht hätte erteilt werden dürfen.

Die sofortige Vollziehung kann nicht auf abgeschlossene **Zeiträume in der Vergangenheit** bezogen werden.

Die Ast. sind als Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in E zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie führen eine Gemeinschaftspraxis. Die Ag. erteilte ihnen die Genehmigung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in der **Zweigpraxis Raesfeld** mit der Maßgabe von Sprechstundenzeiten von 21 Stunden. Ungeachtet dessen hat die Ag. im Genehmigungsbescheid ausgeführt: "Zur Teilnahme am organisierten Notfalldienst am Ort

der Zweigpraxis sind o.g. Ärzte augenblicklich bei einem Sprechstundenangebot von unter 19 Stunden nicht verpflichtet." Eine weitere Zweigpraxis führen die Antragsteller in **Gladbeck-Zweckel**. Auf Antrag reduzierte die Ag. die Sprechstundenzeiten für die Zweigpraxis Raesfeld auf 17 Stunden. Nachdem die Ag. zunächst Zweigpraxen nicht zum Notdienst herangezogen hatte, galt ab Juli 2008 Folgendes: Jeder Vertragsarzt, der eine Zweigpraxis betreibt, sei - unabhängig vom Umfang der angebotenen Sprechstunden - neben der Teilnahme am organisierten Notfalldienst am Vertragsarztsitz auch mit dem Faktor 0,5 zusätzlich am Ort der Zweigpraxis notfalldienstverpflichtet. Dies gelte auch, wenn der Vertragsarztsitz und die Zweigpraxis im selben Notfalldienstbezirk lägen. Vertragsärzte, die eine genehmigte Zweigpraxis betreiben, seien an Notfalldienstkosten des Filialortes mit dem Faktor 0,5 zusätzlich zu beteiligen. Diese Verpflichtung werde erstmalig mit der Einteilung zum Notfalldienst am Ort der Zweigpraxis durch den zuständigen Bezirkstellenleiter wirksam. Über Anträge auf Befreiung zum Notfalldienst entscheide der für den jeweiligen Ort (Vertragsarztsitz/Zweigpraxis) zuständige Bezirkstellenleiter. **Die Ast. wurden zusätzlich mit dem Faktor 0,5 am Ort der Zweigpraxen Gladbeck und Raesfeld zum Notdienst eingeteilt.** Hiergegen legten die Ast. erfolglos Widerspruch ein. Die Ag. ordnete die **sofortige Vollziehung der Notfalldienstpläne** Gladbeck (Gynäkologen) und Borken (allgemeiner Notfalldienst) für den Zeitraum vom 04.02.2009 bis 31.01.2010 bzw. 01.04.2009 bis 01.07.2009 an. **SG Dortmund**, Beschl. v. 03.08.2009 - S 9 KA 68/09 ER – ordnete die aufschiebende Wirkung der Hauptsacheklage an und hob die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Notfalldienstpläne Gladbeck und Borken für den Zeitraum vom 04.08.2009 bis 31.01.2010 auf; das **LSG** wies auf Beschwerde der KV die Anträge der Ast. zurück und änderte den Widerspruchsbescheid der Ag. zu Ziffer 2. klarstellend dahin, dass die sofortige Vollziehung der Notfalldienstpläne Gladbeck (Gynäkologen) und Borken (allgemeiner Notfalldienst) für den Zeitraum 20.05.2009 bis 31.01.2010 bzw. 20.05.2009 bis 01.07.2009 angeordnet wird.

C) KEINE BEFREIUNG WEGEN BELEGÄRZTLICHER TÄTIGKEIT

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.09.2009 – L 5 KA 20/08 –

RID 10-01-37

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 75 I 2, 95 III

Leitsatz: Eine belegärztliche Tätigkeit neben einer Praxistätigkeit mit erheblichem Honorarumsatz rechtfertigt grundsätzlich nicht die Befreiung vom vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst.

SG Mainz, Urt. v. 14.05.2008 – S 2 KA 213/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

D) ANFECHTUNGSBEFUGNIS GEGEN NOTDIENSTPLAN/ANSPRUCH AUF ERMESSENSFEHLERFREIE BESCHIEDUNG

SG Marburg, Urt. v. 09.12.2009 – S 12 KA 82/09 –

RID 10-01-38

www.sozialgerichtsbarkeit.de = [juris = www.lareda.hessenrecht.de](http://juris.lareda.hessenrecht.de)
SGB V § 75 I 2

Ein **Notdienstplan** kann einen **Verwaltungsakt** darstellen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 13.12.2005 – L 7 B 1035/05 KA ER – RID 06-02-29). Dies ist der Fall, wenn die Übersendung des Notdienstplans durch ein Anschreiben des Obmanns erfolgt.

Für die Teilnahme am vertragsärztlichen Notdienst in anderen Notdienstbezirken als dem des Praxissitzes besteht lediglich ein Anspruch auf **ermessensfehlerfreie Bescheidung**.

Das **SG** wies die Klage ab.

E) ZUSTÄNDIGKEIT DES NOTDIENST-OBMANNS/ABLEHNUNG EINES BEWERBERS

SG Marburg, Beschl. v. 13.01.2010 – S 12 KA 54/10 ER –

RID 10-01-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de = [juris = www.lareda.hessenrecht.de](http://juris.lareda.hessenrecht.de)
SGG §§ 86b Abs. 2; SGB V § 75 I 2

Im Bereich der KV Hessen ist der **Notdienst-Obmann** zuständig für die Einteilung zum Notdienst. Dies schließt die Berechtigung ein, einen Bewerber zum Notdienst in seinem Notdienstbezirk nicht zuzulassen.

Bei der Ablehnung eines Bewerbers zum Notdienst ist berücksichtigungsfähig, ob es gehäuft zu Beschwerden durch Patienten oder anderen Komplikationen bei der Abwicklung der Notdienste kommt (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 14.01.2009 – L 4 KA 122/08 B ER – RID 09-01-44).

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

F) KEINE NOTDIENSTUMLAGE VON PRIVATÄRZTEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 11 (10) KA 62/07 –

RID 10-01-40

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 50/09 B
SGB V § 77 III

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Eine **Privatärztin** kann im Bereich der KV Nordrhein wegen fehlender Rechtsgrundlage nicht zu einer Kostenpauschale für die Durchführung des ärztlichen Notfalldienstes in einer Notfalldienstpraxis in den Quartalen II bis IV/2005 herangezogen werden.

Die Kl. ist als Ärztin für Psychotherapie und Psychoanalyse niedergelassen und privatärztlich tätig. Sie nimmt an dem von der Bekl. und der Ärztekammer Nordrhein gemeinsam organisierten ärztlichen Notfalldienst teil. Bis einschließlich des Quartals I/04 wurde die Kl. zu den "Kosten Notfallpraxis" mit 0,7 % ihres über die Bekl. abgerechneten Honorars herangezogen. Ab dem Quartal II/04 und damit auch für die streitbefangenen Quartale II bis IV/05 verfügte die Bekl. eine pauschale Kostenbeteiligung an den "Kosten Notfallpraxis" in Höhe von 450,- EUR je Quartal. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 24.10.2007 – S 2 KA 128/06 – RID 07-04-36 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

G) ABZUG EINES BETRIEBSKOSTENANTEILS: BESCHLUSS DER NOTDIENSTGEMEINSCHAFT (KV HESSEN)

SG Marburg, Urt. v. 10.02.2009 – S 12 KA 800/08 –

RID 10-01-41

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

Der Abzug eines Betriebskostenanteils in Höhe von 35 % anstatt von 15 % des Umsatzes während des Notdienstes zur Finanzierung des von der KV Hessen organisierten Notdienstes in den Notdienstbezirken Main-Kinzig-West, Seligenstadt und Hanau war in den Quartalen III/03 bis einschließlich IV/07 (Hanau streitbefangen ab 2005) rechtmäßig. Es liegen entsprechende Beschlüsse der Notdienstgemeinschaften vor.

Das *SG* wies die Klage (174.870,75 €) ab.

6. ANFECHTUNG EINES HAUSVERBOTS DER KZV GEGEN EIN MITGLIED

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 10.09.2009 – L 5 KA 38/09 B ER –

RID 10-01-42

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§

Leitsatz: 1. Das von einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung gegen eines ihrer Mitglieder verhängte Hausverbot ist öffentlich-rechtlicher Natur; für die Anfechtung ist der **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten gegeben (vgl. BSG v. 01.04.2009 - B 14 SF 1/08 R - SozR 4-1500 § 51 Nr. 6).

2. Bei dem **Hausverbot** handelt es sich um einen **Verwaltungsakt**, der Widerspruch hiergegen hat aufschiebende Wirkung.

3. Bei der Anweisung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung an ein Mitglied, nur über einen von ihr beauftragten Rechtsanwalt mit ihr **Kontakt aufzunehmen**, handelt es sich um einen **Verwaltungsakt**, der Widerspruch hiergegen hat aufschiebende Wirkung.

SG Mainz, Beschl. v. 30.07.2009 - S 2 KA 117/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung eines Vertragszahnarztes ab, das *LSG* stellte fest, dass die Widersprüche des Ast. gegen das gegen ihn von der Ag. am 16.09.2008 verhängte unbefristete Hausverbot und die am 30.09.2008 ausgesprochene Verpflichtung, Telefonate und Korrespondenz ausschließlich an den von der Ag. beauftragten Rechtsanwalt L. zu richten, aufschiebende Wirkung haben, und gab der Ag. auf, den Vollzug beider Maßnahmen umgehend zu beenden.

7. ALLGEMEINMEDIZINISCHER WEITERBILDUNGSASSISTENT MUSS FÖRDERMITTEL RÜCKERSTATTEN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 29.10.2008- L 5 KA 1079/08 -

RID 10-01-43

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 45/09 R juris
SGB X §§ 45 I, II, IV 1, 50 I 1, II, ; SGB V § 73 I; BGB § 780 S. 1; GKV-SolGV Art. 8 II

Eine von einem Arzt unterschriebene Erklärung, wonach Fördermittel für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bei Abbruch der Weiterbildung an die betreffende Kassenzahnärztliche

Vereinigung zurückzuerstatten sind, ist rechtlich bindend und gilt auch, wenn Adressat des Bewilligungsbescheides und Unterzeichner personenverschieden sind.

Der 1961 geb. Kl.; Arzt für Innere Medizin, wurde als hausärztlicher Internist in Gemeinschaftspraxis mit Dr. G., Facharzt für Allgemeinmedizin, durch Beschluss Juli 2001 zugelassen. Dr. G. beantragte im Dezember 2000 die Genehmigung des Kl. als Weiterbildungsassistenten im Fach Allgemeinmedizin und die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für die Zeit vom 01.02.2001 bis 31.07.2002. Dem Antrag beigelegt war ein vom Kl. unterschriebener **Erklärungsvordruck**, in dem ausgeführt wurde, dass er den Abschluss seiner Weiterbildung der Bekl. und seinem Arbeitgeber unverzüglich mitteilen werde, ihm bekannt sei, dass seine Tätigkeit nur für die Dauer der nach der Weiterbildungsordnung anrechnungsfähigen Weiterbildungsabschnitte zulässig sei, er unverzüglich der Bekl. mitteile, soweit seine Ausbildung nicht mit dem Facharzt für Allgemeinmedizin abgeschlossen werde, sondern eine andere Fachrichtung gewählt oder die Ausbildung abgebrochen werde, und er sich gleichzeitig verpflichte, den Förderbetrag an die Beklagte zurückzuzahlen, sowie eine Verpflichtung zur Rückzahlung auch bestehe, wenn die Fördermittel im Rahmen der fünfjährigen Weiterbildung gewährt würden und die Weiterbildung nach der dreijährigen Weiterbildungsordnung abgeschlossen werde. Die Bekl. bewilligte die Beschäftigung als Weiterbildungsassistenten für die Zeit vom 01.02.2001 bis zum 31.01.2002 und für die Zeit vom 01.02.2001 bis 31.12.2001 auch einen monatlichen Förderbetrag in Höhe von 4.000,- DM. Dr. G teilte dann der Bekl. mit, die Weiterbildung habe im Juli 2001 geendet. Daraufhin widerrief die Bekl. gegenüber Dr. G. die Genehmigung zur Beschäftigung des Kl. als Weiterbildungsassistenten zum 30.06.2001 und forderte von Dr. G. die bereits ausbezahlten Förderbeträge in Höhe von 28.000, DM (14.316,17,- Euro) zurück, weil der Kl. seine Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmediziner abgebrochen habe. Auf Klage des Dr. G schloss dieser im Juni 2005 mit der Bekl. einen Vergleich dahingehend, dass die Bekl. die Förderung lediglich mit Wirkung zum 01.07.2001 widerrufen werde. Zwischenzeitlich hatte die Bekl. im Nov. 2004 auch vom Kläger die Förderleistungen zurückgefordert. **SG Stuttgart**, Urt. v. 31.01.2008 - S 11 KA 4718/05 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage hinsichtlich des Rückforderungszeitraums 1. Februar bis 30. Juni 2001 ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 37/08 R** – sind **autologe Tumorstoffe** nicht verordnungsfähig; es handelt sich um sog. **Rezepturmittel**, die keiner arzneimittelrechtlichen Zulassung bedürfen, sodass die bei der Zulassung von Fertigarzneimitteln erfolgende Überprüfung der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit hier nicht stattfindet; im Behandlungszeitpunkt 1998/99 lag auch noch keine Anerkennung oder Nichtanerkennung der Arzneimitteltherapie vor, in deren Rahmen die Verordnungen erfolgten (sog aktiv-spezifische Immunisierung - Impfungen mit eigenem Körperzellmaterial); das Verfahren gemäß § 135 I SGB V war damals noch beim Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anhängig; es ist erst im April 2000 abgeschlossen worden (mit ablehnender Entscheidung); die **Verordnungsfähigkeit im Behandlungszeitpunkt** war daher danach zu beurteilen, wie sich die Erkenntnislage damals hinsichtlich der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Therapiemethode im Einzelnen darstellte: Maßgebend war und ist, ob diese Kriterien auf der Grundlage einer Beurteilung anhand einer ausreichenden Anzahl von Behandlungsfällen als erfüllt angesehen werden konnten; das war indessen nicht der Fall; gegen einen auf § 106 SGB V gestützten **Verordnungsregress** greifen, wie bereits im Wesentlichen durch die Senatsurteile vom 05.11.2008 geklärt ist, Beanstandungen nicht durch wie z.B., dem Arzt sei **kein Verschulden** anzulasten, das Prüfungsgremien hätte **Ermessen** ausüben müssen, dem Arzt komme **Vertrauensschutz** zu oder der Regress verletze das verfassungsrechtliche **Übermaßverbot**.

Vgl. zur **BSG-Rspr.** ferner zuletzt RID 09-04-A IV (S. 18); 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. ARZNEIKOSTENREGRESSE

A) EINGESCHRÄNKTE EINZELFALLPRÜFUNG: UNWIRTSCHAFTLICHKEIT/ERMESSEN

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.10.2009 – **L 7 KA 131/06** –

RID 10-01-44

Revision zugelassen
SGB V § 106

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Leitsatz: 1. Eine **eingeschränkte Einzelfallprüfung** kann auch dann zulässig sein, wenn ein statistischer Vergleich von Arzneimittelverordnungen (hier: für selektive β -Blocker) das Aufgreifkriterium bildet.

2. Beanstanden die Prüfungsgremien, dass der Vertragsarzt ein bestimmtes Arzneimittel verordnet hat, obwohl therapeutisch gleichwertige, jedoch **preiswertere Arzneimittel** zur Verfügung gestanden hätten, steht ihnen bei der Prüfung der Unwirtschaftlichkeit **kein** - gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer - **Beurteilungsspielraum** zu. Die **Prüfung der Unwirtschaftlichkeit erfolgt wirkstoffbezogen**.

3. Über die Rechtsfolge der Unwirtschaftlichkeit treffen die Prüfungsgremien eine **Ermessensentscheidung**, in deren Rahmen in einem ersten Schritt der beanstandeten Verordnung ein konkret zu bezeichnendes **Alternativpräparat** (und nicht nur ein Wirkstoff) gegenüberzustellen und die **therapeutische Gleichwertigkeit** beider Arzneimittel durch einen auf den betroffenen Versicherten bezogenen Vergleich möglicher Nebenwirkungen sowie ggf. pharmakodynamischer und -kinetischer Eigenschaften zu klären ist. Erweisen sich beide Arzneimittel als therapeutisch gleichwertig, ist in einem zweiten Schritt anhand eines **Wirkstärkenvergleichs** zu prüfen, welches Arzneimittel preiswerter ist. Weitere Umstände des Einzelfalls, wie z.B. Besonderheiten der Dosierung oder der bereits erfolgte Einsatz weiterer Alternativpräparate, können Berücksichtigung verlangen. In einem dritten Schritt ist schließlich zu prüfen, ob im Hinblick auf eine als ausreichend erachtete Beratung von der Festsetzung eines Regresses abzusehen ist oder ob bei der Entscheidung über die Höhe des Regresses weitere **Besonderheiten des Einzelfalls** (z.B. Unsicherheit über die Schadenshöhe, Anfängerpraxis) zu berücksichtigen sind.

SG Berlin, Urt. v. 31.05.2006 - S 79 KA 270/05 - gab der Klage gegen einen Regress in Höhe von 22,17 € wegen der Verordnung des Arzneimittels Nebilet (Betablocker) zur Behandlung eines hyperkinetischen Herzsyndroms mit arteriellem Hypertonus im Quartal III/03 statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Parallelverfahren: **SG Berlin**, Urt. v. 31.05.2006 - S 79 KA 270/05 -
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.10.2009 – L 7 KA 119/07 –
Revision zugelassen www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 10-01-45

B) KEINE SUCHE NACH KOMPENSATORISCHEN EINSPARUNGEN

LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 7/09 –
SGB V § 106

RID 10-01-46

Die Prüfungsgremien sind nicht verpflichtet, im Rahmen des ihnen insoweit zustehenden Ermessensspielraums **kompensatorische Einsparungen** im Zusammenhang mit der möglicherweise fehlerhaften Verordnung von Impfstoffen als **patientenbezogenen Einzelfall statt Sprechstundenbedarf** zu prüfen und ggf. schadensmindernd zu berücksichtigen. Es ist nicht Aufgabe der Prüfungsgremien, zu kompensatorischen Einsparungen weitreichende hypothetische Überlegungen anzustellen oder gar die einzelnen Behandlungsausweise auf konkrete Kompensationsmöglichkeiten hin durchzusehen. Einsparungen sind nur dann zu berücksichtigen, wenn sie sich anhand der Abrechnungsstatistik eindeutig belegen lassen oder aus anderen Gründen auf der Hand liegen (so: BSG, Urt. v. 28.10.1992 – 6 RKA 3/92 - BSGE 71, 194 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 15).

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 23.11.2005 – S 5 KA 1249/01 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

C) UNWIRKSAME AMR (ORGANHYDROLYSAT THYM-UVOCAL)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.10.2009 – L 7 KA 20/07 –
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 34 V, 92 I 2 Nr. 6, 106

RID 10-01-47

Leitsatz: Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen war bis zum 31. Dezember 2003 nicht hinreichend ermächtigt, ein Arzneimittel (hier: Thym-Uvocal als Organhydrolysat) grundsätzlich in den nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V erlassenen Arzneimittelrichtlinien von der Erstattungsfähigkeit auszuschließen.

SG Berlin, Urt. v. 01.12.2006 - S 83 KA 43/06 – wies die Klage gegen einen Regress in Höhe von 408,90 € wegen der Verordnung von Thym-Uvocal-Injektionslösung in den Quartal I-III/02 ab, das **LSG** gab der Klage statt und hob den Bescheid auf.

Parallelverfahren: **SG Potsdam**, Urt. v. 17.01.2007 - S 1 KA 49/06 – gab der Klage statt.

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.10.2009 – L 7 KA 33/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 10-01-48

SG Potsdam, Urt. v. 17.01.2007 - S 1 KA 79/06 – gab der Klage statt.

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.10.2009 – L 7 KA 34/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 10-01-49

Vgl. bereits **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 21.12.2005 – L 11 KA 104/04 – u. 90/04 - RID 06-01-29 u. 30; anders **LSG Thüringen**, Urt. v. 28.06.2004 – L 6 KR 696/01 – RID 05-03-98.

D) BAGATELL-ARZNEIMITTEL LOCABIOSOL (NEGATIVLISTE)

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 07.07.2009 – L 4 KA 18/07 –

RID 10-01-50

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31, 93 I, 106 II 4, 129 V; AMR Ziff. 13

Das **Medikament Locabiosol** ist gemäß § 3 der Verordnung von der Versorgung gemäß § 31 SGB V ausgeschlossen (hier: Quartal I/01), da der **Wirkstoff Fusafungin** in der Anlage 2 der Verordnung nach § 34 III SGB V ohne jegliche Beschränkung auf bestimmte Therapierichtungen enthalten ist. Es greift auch nicht der Ausnahmetatbestand des § 4 der Verordnung ein (vgl. SG Düsseldorf, Urt. v. 17.11.2004 – S 17 KA 220/03 – RID 05-01-48).

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Verordnung nach § 34 III SGB V bestehen nach der Rechtsprechung des BVerfG nicht (vgl. Beschl. v. 25.02.1999 – 1 BvR 1472/91, 1 BvR 1510/91 - NJW 1999, 3404).

Die Festsetzung eines **sonstigen Schadens** ist nicht wegen eines Anspruchs gegenüber dem Apotheker ausgeschlossen, wenn die Voraussetzungen eines **Retaxierungsanspruchs** gegenüber dem Apotheker nicht vorliegen. Verlangt der Arzneimittellieferungsvertrag, dass das Präparat – auch - in der Übersicht nach § 93 I SGB V enthalten ist, dann besteht ein Abgabeverbot für den Apotheker erst dann, wenn das Arzneimittel selbst in der Übersicht nach § 93 I SGB V enthalten ist.

SG Kiel, Urt. v. 27.04.2007 - S 15 KA 151/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

E) OFF-LABEL-USE

AA) KEIN OFF-LABEL-USE BEI PALLIATIVVERSORGUNG (MEGESTAT BEI MÄNNERN)

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v 06.10.2009. – L 4 KA 34/08 –

RID 10-01-51

Revision anhängig: B 6 KA 47/09 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 106

Die Voraussetzungen eines zulassungsüberschreitenden Einsatzes auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung liegen jedenfalls dann nicht vor, wenn es zu dem Zeitpunkt der Behandlung an einer aufgrund der Datenlage begründeten **Erfolgsaussicht** gefehlt hat. Für das **Medikament Megestat** fehlt es hieran im Zeitraum IV/00 und I/01 bezogen auf die Verordnung bei anderen Krebserkrankungen als denen, auf die sich die Zulassung bisher bezieht (Mamma- und Endometriumkarzinome).

Die Behandlung von Anorexie und Kachexie im Endstadium von (Bronchial-)Krebserkrankungen mit Megestat unterfällt nicht nach den in der Rechtsprechung entwickelten Voraussetzungen eines sog. **Seltenheitsfalles** der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Eine "auf Indizien gestützte" nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (vgl. BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5) besteht dann nicht, wenn die Medikation nicht die Heilung zum Ziel hat, sondern es ausschließlich um die **Verbesserung der Lebensqualität** der Patienten **in der verbleibenden Lebensspanne** geht (hier: Appetitsteigerung und damit verbunden einer Gewichtssteigerung als "spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf"). Eine grundrechtsorientierte, erweiternde Auslegung der Vorschriften des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung ist geboten, wenn eine durch nahe Lebensgefahr gekennzeichnete individuelle **Notlage** (BVerfG, Beschl. v. 30.06.2008 – 1 BvR 1665/07 - juris Rn. 10) bzw. eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik besteht, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist (BSG, Urt. v. 14.12.2006 - B 1 KR 12/06 - SozR 4-2500 § 31 Nr. 8, juris Rn. 20). Eine damit vergleichbare Situation besteht bei der Behandlung von Patienten mit Arzneimitteln, die nicht die Lebenserhaltung, sondern ausschließlich die Erhaltung der Lebensqualität zum Ziel haben, nicht.

Die hier vorgenommene Auslegung dahin, dass die Behandlung der Heilung oder einer spürbaren positiven Einwirkung auf den Krankheitsverlauf mit dem Ziel einer Verlängerung der Lebensdauer dienen muss, vermeidet, dass bei der **ambulanten Palliativversorgung** von Versicherten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung (vgl. § 37b I 1 SGB V) das **Erfordernis der Zulassung der angewandten Arzneimittel weitgehend an Bedeutung verliert**. Dabei geht der Senat davon aus, dass gerade lebensbedrohlich erkrankte Versicherte mit begrenzter Lebenserwartung nicht inakzeptablen und

unkalkulierbaren Risiken ausgesetzt werden dürfen. Der Vermeidung dieser Risiken dient gerade die arzneimittelrechtlich vorgesehene Kontrolle der Sicherheit und Qualität.

Der Kl. ist **Chefarzt des onkologischen Schwerpunktes des Krankenhauses G** – Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie. Außerdem nimmt er als **Arzt für innere Medizin und Pulmologie** an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der **Prüfungsausschuss** setzte für die Quartale IV/00 bis II/01 einen Schadensersatz in Höhe von insgesamt 4.154,51 € gegen den Kl. fest wegen Verordnung des Arzneimittels **Megestat**, das zur palliativen Behandlung von fortgeschrittenen Karzinomen der Brust und der Gebärmutter zugelassen ist, bei männlichen Patienten. Den **Widerspruch** begründete der Kl. damit, dass er das Medikament Megestat bei Patienten mit fortgeschrittenen bösartigen Tumoren der Thoraxorgane oder fortgeschrittenen Bronchialkarzinomen mit bereits stattgehabter Metastasierung eingesetzt habe. Für die Patienten hätten zum Zeitpunkt der Verordnung keine kurativen Behandlungsmöglichkeiten mehr bestanden. Die Patienten hätten im Zusammenhang mit der Tumorerkrankung unter einer zunehmenden Tumorkachexie mit Asthenie, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust gelitten. Für die Behandlung dieser speziellen Tumorsymptomatik gebe es kein zugelassenes Präparat, das in der Wirkung dem Präparat Megestat gleichzusetzen sei. Der **Bekl.** lehnte den Widerspruch auf der Grundlage eines MDK-Gutachtens ab, weil lediglich ein palliativer Behandlungserfolg eingetreten sei. Für eine abschließende Beurteilung sei dies jedoch nicht ausreichend. Es hätte eines größeren Patientenkreises bedurft. **SG Kiel**, Urt. v. 30.04.2008 - S 14 KA 39/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren: **SG Kiel**, Urt. v. 30.04.2008 - S 14 KA 34/06 -

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 06.10.2009. – L 4 KA 35/08 –

Revision anhängig: B 6 KA 48/09 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

RID 10-01-52

BB) INTRAGLOBIN F ZUR BEHANDLUNG MULTIPLER SKLEROSE

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.10.2009 – L 7 KA 135/06 –

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 106

Die Verordnung von Intraglobin F zur Behandlung Multipler Sklerose im Rahmen eines Off-Label-Uses zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist unzulässig.

SG Berlin, Urt. v. 31.05.2006 - S 79 KA 50/04 - wies die Klage (Arzneimittelregress in Höhe von 7.006,80 €, Verordnung I/01) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

RID 10-01-53

F) FIKTIVE ZULASSUNG VON LEUKONORM

SG Bremen, Urt. v. 05.08.2009 – S 1 KA 9/08 –

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31, 106 II Ziff. 2 S. 4, III

Die **Verordnung von LeukoNorm** in den Quartalen I und II/07 war nicht zulässig, weil dieses Arzneimittel nicht mehr im Rahmen der GKV verordnet werden durfte. Für LeukoNorm genügte eine Anzeige mit der Mitteilung über die bisherige Anwendung des Arzneimittels, damit es weiterhin als **zugelassen galt**. Mit Bescheid vom 22.12.2006 wurde die Verlängerung der Zulassung zwar abgelehnt, jedoch blieb zunächst die Verkehrsfähigkeit i.S. des AMG erhalten, weil die Versagung der Verlängerung noch nicht vollzogen wurde. Der Hersteller hatte hiergegen ein Klageverfahren anhängig gemacht, das aufschiebende Wirkung entfaltete.

Verordnungsfähigkeit ist eine Basisvoraussetzung, deren Fehlen automatisch und unzweifelhaft Unwirtschaftlichkeit nach sich zieht.

Das **SG** wies die Klage ab.

RID 10-01-54

G) SPRECHSTUNDENBEDARFSREGRESS DURCH KV: RÖNTGENKONTRASTMITTEL FÜR CT (OHNE STANDORTGENEHMIGUNG)

LSG Hessen, Urt. v. 09.12.2009 – L 4 KA 107/08 –

SGB V § 106

In § 21 Abs. 7 EKV-Ä a.F. wird die sachlich-rechnerische Richtigstellung auch dem Kompetenzbereich der KV zugewiesen. Nach den gesamtvertraglichen Regelungen in Hessen sind hiervon auch die Verordnungen anderer als der nach der Sprechstundenbedarfsregelung zulässigen Mittel als Sprechstundenbedarf betroffen. Wenn es danach nicht um die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit der Verordnung im Sinne von § 12 SGB V geht, sondern allein darum, ob ein Mittel **zulässigerweise als Sprechstundenbedarf verordnet werden darf**, obwohl es im Zusammenhang mit einer Maßnahme steht, die der Vertragsarzt (allein) wegen des Fehlens einer entsprechenden

RID 10-01-55

Genehmigung nicht zu Lasten der KV – mithin nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – abrechnen darf, ist **die KV zuständig**.

Röntgenkontrastmittel konnte nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden, wenn das Kontrastmittel einzig im Zusammenhang mit dem Betrieb des Computertomographen eingesetzt wurde, für den die seinerzeit noch erforderliche Standortgenehmigung nicht erteilt worden war.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 23.07.2008 - S 28 KA 2253/04 - wies die Klage (Quartale I/93 bis II/94, 55.467,18 €) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

H) ABTRETUNG EINER REGRESSFORDERUNG AN EINE KRANKENKASSE

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 22.10.2009 – L 7 KA 34/09 B ER –

RID 10-01-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 106ZPO § 769 I 1; SGB X § 66; SGG § 86b I u. II; BGB § 398

Wird eine öffentlich-rechtliche **Vollstreckung** wegen einer Geldforderung im Sinne des § 66 SGB X i.V.m. den §§ 1 bis 5 VwVG betrieben, so richtet sich der **Rechtsschutz** gegen Maßnahmen der Zwangsvollstreckung auch nach diesen Rechtsvorschriften. Der Rückgriff auf zivilprozessuale Rechtsbehelfe in der Zwangsvollstreckung verbietet sich, da das SGG insoweit ausreichend Rechtsschutz bietet.

Ohne vollstreckbaren **Leistungsbescheid** kann nicht vollstreckt werden.

Die **Abtretung einer Regressforderung** an eine Krankenkasse setzt eine Willenserklärung voraus, also eine auf die Vornahme eines Rechtsgeschäfts gerichtete Erklärung. Es muss zu erkennen sein, dass die Ansprüche nicht an eine AG der Verbände der Krankenkassen, sondern an die einzelnen ausgleichsberechtigten Krankenkassen abgetreten werden sollen. Es ist eine Bestimmung, in welcher Höhe ein Anspruch abgetreten werden soll, erforderlich.

Die Ast. nahm bis März 2007 als praktische Ärztin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Wegen der **Überschreitung von Richtgrößen** setzte der Beschwerdeausschuss im September 2006 für das Kalenderjahr **2001 einen Regress in Höhe von 76.533,32 EUR** und für das **Kalenderjahr 2002 einen in Höhe von 134.574,71 EUR** fest. Hiergegen erhob die Ast. Klagen zum SG Potsdam (S 1 KA 217/06 u. S 1 KA 226/06), über die noch nicht entschieden ist. Die KV teilte der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen mit, wegen des Zulassungsendes finde § 52 II BMV-Ä bzw. § 48 II EKV Anwendung. Danach **trete die KV den Anspruch auf Regress- und Schadensersatzbeträge an die Krankenkassen zur unmittelbaren Einziehung ab**. Im Dezember 2007 bat die Ag. die Ast. ohne Ergebnis, die auf ihre Kasse entfallenden Anteile in Höhe von 9.261,81 € für das Kalenderjahr 2001 und in Höhe von 16.400,43 € für das Kalenderjahr 2002 binnen vier Wochen zu überweisen. Im Oktober 2008 erhob **die Ast.** eine weitere **Klage** zum Az.: S 1 KA 12/09 mit dem Begehren, die Zwangsvollstreckung aus den Bescheiden des Beschwerdeausschusses bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung für unzulässig zu erklären. Sie machte geltend, die erfolgte Abtretung sei unwirksam, da sie gegen § 48 II EKV-Ä verstoße. Danach dürften nur unanfechtbare Schadensersatzforderungen zur unmittelbaren Einziehung an die Krankenkasse abgetreten werden. Auch sei die Vollstreckung wegen ihres Gesundheitszustands einzustellen. *SG Potsdam*, Beschl. v. 17.02.2009 - S 1 KA 187/08 ER – gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und untersagte der Ag., bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache weitere Zwangsvollstreckungsmaßnahmen durchzuführen. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

2. ÜBERGANGSRECHT 2003/VERMEIDUNG VON OPS KEINE PRAXISBESONDERHEIT (PHYSIK.-THERAP. LEISTUNGEN)

LSG Hessen, Urt. v. 09.12.2009 – L 4 KA 11/09 –

RID 10-01-57

SGB V § 106

Ein zwischenzeitlich **ausgeschiedener ärztlicher Vorsitzender** des bis Ende 2003 paritätisch besetzten Beschwerdeausschusses kann noch nach seinem Ausscheiden die Ausfertigung des noch 2003 getroffenen Beschlusses **unterschreiben**.

Ein Tätigkeitsschwerpunkt allein stellt nicht schon eine **Praxisbesonderheit** dar. Der Vortrag, mit den verordneten physikalisch-therapeutischen Leistungen werde die Vermeidung von Operationen angestrebt, kann nicht zur Anerkennung als Praxisbesonderheit führen; denn alle Orthopäden sind bemüht - und auch dazu verpflichtet -, Operationen nach Möglichkeit zu vermeiden. Ebenso wenig ergibt der Gesichtspunkt belegärztlicher Tätigkeit eine Praxisbesonderheit, weil auch darin keine erhebliche Abweichung von den übrigen Orthopäden liegt (vgl. *LSG Hessen*, Urt. v. 28.11.2007 - L 6/7 624/03 - und nachgehend *BSG*, Urt. v. 06.05.2009 - B 6 KA 17/08 R -).

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 23.11.2005 - S 5/28 KA 911/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab; s. a. unter Streitwert.

3. VERORDNUNGSFÄHIGKEIT EINES TRAGESTUHLWAGENS ALS MIETWAGEN

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 24.11.2009 – L 7 B 62/08 KA NZB –

RID 10-01-58

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 60, 73 II Nr. 7; SGG § 144 I u. II

Leitsatz: Ob ein Mietwagen in Form eines **Tragestuhlwagens verordnungsfähig** ist, hängt von den Umständen des zu entscheidenden Einzelfalles ab. Liegen die erforderlichen Genehmigungen nach den §§ 19 Abs. 1, 21 StVZO hinsichtlich des Kraftfahrzeugs und den §§ 15, 2 Abs. 1, 4, 46, 49 PBefG hinsichtlich des Unternehmers vor, so entfalten diese tatbestandliche Wirkung, so dass die **ordnungsbehördlichen Voraussetzungen** für den Betrieb von Tragestuhlwagen nicht durch die Sozialgerichte zu prüfen sind.

Welches der möglichen **Krankenförderungsmittel** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung benutzt werden kann, richtet sich darüber hinaus gemäß § 60 Abs. 1 S. 2 SGB V und § 4 der Krankentransport-Richtlinien unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

SG Berlin, Urt. v. 18.06.2006 - S 83 KA 253/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

4. MITTEILUNG ÜBER DAS BERATUNGSERGEBNIS/BEKANNTGABE DER ENTSCHEIDUNG

LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 50/06 –

RID 10-01-59

SGB V § 106; SGB X §§ 33 II 2, 37 SGG §§ 67, 84, 85; GG Art. 19 IV

In der **telefonischen Bekanntgabe des Tenors** und damit des wesentlichen Inhalts des Beschlusses des Prüfungsausschusses an den Prozessbevollmächtigten durch die bei der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses tätige Angestellte ist eine Bekanntgabe im Sinne des § 84 I 1 SGG zu sehen, noch bevor der Beschluss den Beteiligten in der Fassung der Ausfertigung förmlich zugestellt wird. Ein Einverständnis mit bzw. unmittelbare Veranlassung der Bekanntgabe durch das Prüfungsgremium oder dessen Vorsitzenden ist hierfür nicht zwingend notwendig.

SG Marburg, Urt. v. 31.05.2006 – S 12 KA 606/05 – RID 06-03-51 wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte zur Neubeschcheidung.

5. ZAHNÄRZTE

A) QUANTIFIZIERUNG DES MEHRAUFWANDS BEI ANERKANNTEN PRAXISBESONDERHEITEN

LSG Bayern, Urt. v. 29.07.2009 – L 12 KA 5009/07 –

RID 10-01-60

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Erkennt der Beschwerdeausschuss als **Praxisbesonderheiten** "die dargelegten schweren Behandlungsfälle, die bei Berücksichtigung der unter dem Durchschnitt liegenden Fallzahl eine gewisse statistische Verzerrung in der gesamten Abrechnung hervorrufen" und „die Tatsache, dass der Rentneranteil gegenüber dem Landesdurchschnitt erhöht ist“, da durch ein erfahrungsgemäß vom Durchschnitt abweichenden Behandlungsbedarf dieser Patientengruppe im konservierenden Bereich entstehe, an, so reicht es nicht aus, hierfür einen **Mehraufwand** von insgesamt 20 % des Fallwerts im Wege der Schätzung anzuerkennen, wenn hierfür in den Bescheiden jegliche **Begründung**, auf welcher Grundlage der Beschwerdeausschuss zu der Schätzung gelangt ist, fehlt.

Hat ein Zahnarzt **umfangreiche Patientenlisten vorgelegt** mit namentlicher Nennung, Befund, Behandlungskosten und Entwicklung in den Folgequartalen, so muss sich der Beschwerdeausschuss damit auseinandersetzen. Mit dem Hinweis, dass es dem Zahnarzt nicht gelungen sei, einen Beweis für die durch die anerkannte Praxisbesonderheit konkret entstandene Abweichung gegenüber dem Landesdurchschnitt der Höhe nach schlüssig und zweifelsfrei zu erbringen, überspannt der Beschwerdeausschuss die Anforderung an die Darlegungslast des Zahnarztes.

Der bekl. Beschwerdeausschuss kürzte das Honorar des klagenden Zahnarztes im konservierend-chirurgischen Bereich im Quartal III/97 um 25 % der Gesamtabrechnung (8.621,60 €). *SG München*, Urt. v. 09.01.2003 - S 33 KA 5057/00 – verpflichtete zur Neubeschcheidung. D. Bekl. setzte die Kürzung erneut fest. *SG München*, Urt. v. 09.03.2007 - S 39 KA 5247/03 - wies die Klage ab. Entsprechende Verfahren wurden für das Quartal IV/97 geführt. Ferner wies das SG die Klagen bzgl. der Quartale I/98-III/99 ab. Das *LSG* verurteilte in den neun verbundenen Verfahren zur Neubeschcheidung.

B) VERTAGUNGSGESUCH/ZE-FÄLLE KEINE PRAXISBESONDERHEIT

LSG Hessen, Beschl. v. 23.11.2009 – L 4 KA 10/06 –

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 2/10 B

SGB V § 106

RID 10-01-61

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach im Regelfall die – auch vermehrte - Abrechnung von **Zahnersatz-Fällen** keine **Praxisbesonderheit** bei der Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen begründet, da ZE-Fälle auch als Behandlungsfälle in die Statistik der konservierend-chirurgischen Behandlung eingehen und Begleitleistungen der ZE-Fälle nicht notwendig zu erhöhten durchschnittlichen Kosten führen, ist zutreffend.

Die für Gerichtsverfahren strengen Maßstäbe der Rechtsprechung zur Glaubhaftmachung einer **Verhandlungsunfähigkeit wegen Erkrankung** gelten auch für **Vertagungsgesuche** gegenüber einem **Beschwerdeausschuss**. Verhandlungsunfähigkeit kann nicht durch praktische Ärzte und Fachärzte für Allgemeinmedizin glaubhaft gemacht werden, da sie in der Regel nicht qualifiziert sind, die Verhandlungsfähigkeit eines Patienten fachgerecht zu beurteilen, zumal wenn die psychische Fähigkeit zur Teilnahme an einer Berufungssitzung des Beschwerdeausschusses in anwaltlicher Begleitung bei bestehender Arbeitsfähigkeit als Zahnarzt zu beurteilen ist. Der Beschwerdeausschuss ist daher auch nicht verpflichtet, sich fernmündlich bei den ausstellenden Ärzten über die näheren der Erkrankung und die psychische Leistungsfähigkeit des Zahnarztes im Hinblick auf die anstehende Sitzung zu informieren.

SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 48/05 – RID 06-01-35 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

entfällt RID 10-01-62

C) KEIN ERHÖHTER BEHANDLUNGSAUFWAND BEI ÄLTEREN PATIENTEN

SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 – S 12 KA 808/08 –

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 1/10 -

SGB V § 106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de

RID 10-01-63

Ältere Patienten bedürfen im **konservierend-chirurgischen Bereich** nicht schon wegen ihres Alters eines erhöhten Behandlungsaufwands (vgl. *SG Marburg*, Urt. v. 05.12.2007 – S 12 KA 197/07 – RID 08-01-63, juris Rn. 36; anders *LSG Hessen*, Urt. v. 23.09.2009 – L 4 KA 6/08 – RID 09-04-37, Umdruck S. 11; *LSG Hessen*, Urt. v. 23.09.2009 - L 4 KA 66/06 - RID 09-04-38, Umdruck S. 12). Allein aus der Zugehörigkeit zu einem **Altenheim** kann aus diesem Grund ebf. nicht ein erhöhter Versorgungsbedarf angenommen werden. Es gehört zum zahnmedizinischen Standard seit Jahrzehnten, auch älteren Patienten oder Heiminsassen die notwendige zahnmedizinische Versorgung zukommen zu lassen. Im Übrigen werden auch durch die Vergleichsgruppe Patienten aus Altenheimen betreut.

Das **SG** wies die Klage ab.

D) KEIN NACHGEHOLTER VORTRAG IM GERICHTSVERFAHREN/DROGENABHÄNGIGE

SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 – S 12 KA 137/09 –

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 99/09 -

SGB V § 106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de

RID 10-01-64

Es entspricht allgemeiner zahnmedizinischer Erfahrung, dass **Drogenabhängige** bereits im Rahmen des Drogenentzugs umfassend zahnmedizinisch versorgt werden (vgl. *SG Marburg*, Urt. v. 29.04.2009 – S 12 KA 139/08 – RID 09-02-62, juris Rn. 51).

Ein Vertrags(zahn)arzt ist in zeitlicher Hinsicht darauf beschränkt, seiner **Darlegungslast** bzgl. des Bestehens von **Praxisbesonderheiten** und kompensatorischen Ersparnissen im Verwaltungsverfahren **bis zur Entscheidung des Beschwerdeausschusses nachzukommen** (vgl. *BSG*, Urt. v. 15.11.1995 - 6 RKA 58/94 – SozR 3-1300 § 16 Nr. 1 = USK 95137, juris Rn. 26).

Das **SG** wies die Klage ab.

E) KIEFERORTHOPÄDISCHE LEISTUNGEN: BEGINN DER AUSSCHLUSSFRIST/DOKUMENTATION

SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 – S 12 KA 73/09 –

RID 10-01-65

Berufung anhängig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de

SGB V § 106; BMV-Z § 5

Die nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung **kieferorthopädischer Leistungen** ist nur hinsichtlich der geplanten Behandlungsmaßnahme, nicht aber hinsichtlich der **tatsächlich ausgeführten Maßnahme**, soweit diese vom Behandlungsplan abweicht, ausgeschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 05.08.1992 - 14a/6 RKA 61/91 – USK 92162, juris Rdnr. 23). Liegt ein Nachantrag bzw. eine weitere Genehmigung nicht vor, so trägt der Zahnarzt das Risiko, ggf. auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungen nachweisen zu müssen.

Für den Erlass von Prüfbescheiden in Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren gilt eine **vierjährige Ausschlussfrist**, innerhalb derer der Prüfbescheid dem Betroffenen bekannt gegeben werden muss (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 40/05 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 15 = BSGE 97, 84 = GesR 2007, 174 = USK 2006-114, juris Rdnr. 12 m.w.N.). Der **Beginn des Laufs der Ausschlussfrist** ist der Zeitpunkt des Abschlusses der kieferorthopädischen Behandlung (vgl. SG Marburg, Urt. v. 05.12.2007 - S 12 KA 114/07 – RID 08-01-65, juris Rdnr. 32 ff. für die Verjährung eines sonstigen Schadens).

Fehlt es bereits an der Dokumentation einer kieferorthopädischen Leistung, so fehlt es an einer Begründung, weshalb weitere Kosten angefallen sind (so bereits SG Marburg, Urt. v. 05.12.2007 - S 12 KA 114/07 – RID 08-01-65, juris Rdnr. 40).

Das **SG** wies die Klage ab.

F) ZE-REGRESS: FESTSTELLUNGEN TROTZ NACHBEHANDLUNG

SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 – S 12 KA 193/08 –

RID 10-01-66

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 98/09 -
www.lareda.hessenrecht.de

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris =

SGB V § 106; BMV-Z § 2 III; BMV-Z Anlage 12

Der Einwand eines Zahnarztes, die vom Gutachter festgestellten Mängel seien nicht durch ihn, sondern durch Nachbehandler entstanden, greift dann nicht durch, wenn aufgrund der Feststellungen eines Sachverständigen feststeht, dass bereits die zahntechnische Herstellung des Zahnersatzes fehlerhaft war (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 21.11.2007 – L 7 KA 18/03 – RID 08-02-82).

Das **SG** wies die Klage ab.

V. Zulassungsrecht

Vgl. zuletzt RID 09-04-A V (S. 23); 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. KEIN ZAHNÄRZTLICHES MVZ

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.10.2009 – L 11 KA 94/08 –

RID 10-01-67

rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 I 1-3

Im Bereich der **vertragszahnärztlichen Versorgung** existieren **keine verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen**. Die Gebietsbezeichnungen "Kieferorthopädie", "Oralchirurgie", "Parodontologie" und "Öffentliches Gesundheitswesen" erfüllen die Voraussetzung des § 95 I 3 SGB V - nämlich "Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen" - nicht. Trotz der Bezeichnung als "Fachzahnärztin oder Fachzahnarzt" handelt es sich - anders als im ärztlichen Bereich - nicht um eine Facharztbezeichnung, mit der Gebiete der Zahnmedizin voneinander abgegrenzt werden. Dies ergibt sich bereits daraus, dass keine Regelung besteht, nach der die Gebietsbezeichnung einen Fachzahnarzt ausschließlich oder schwerpunktmäßig auf dieses Gebiet beschränkt.

Voraussetzung für die Zulassung eines (zahn)medizinischen Versorgungszentrums, sofern dies überhaupt als zulässig erachtet wird, ist jedenfalls, dass zumindest zwei **Zahnärzte mit verschiedenen Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung** in dem MVZ tätig sein sollen.

Ein **MKG-Chirurg** und ein Oralchirurg, die einen Zahnarzt und einen weiteren MKG-Chirurgen als angestellte Zahnärzte beschäftigen, können kein MVZ gründen. Der MKG-Chirurg ist nämlich ein ärztlicher Facharzt (vgl. z.B. Nr. 17 MWBO). Seine Berechtigung zur Teilnahme an der zahnvertragsärztlichen Versorgung beruht darauf, dass die Anerkennung als MKG-Chirurg das

zahnärztliche Staatsexamen (§ 17 MWBO) voraussetzt und er als Zahnarzt approbiert ist (vgl. dazu BSG, Urt. v. 17.11.1999 - B 6 KA 15/99 R -).

Bei der Gründung eines MVZ durch Ärzte und Zahnärzte ist eine **Genehmigung/Zulassung beider Zulassungsgremien** erforderlich.

SG Münster, Urt. v. 01.09.2008 – S 2 KA 2/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. NEBEN HÄLFTIGEM VERSORGUNGS-AUFTRAG KEINE VOLLZEIT-TÄTIGKEIT

SG Magdeburg, Urt. v. 26.08.2009 – S 1 KA 168/07 –

RID 10-01-68

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 40/09 R

juris

SGB V §§ 82 I, 95 II; Ärzte-ZV §§ 19a II, 20 I 1, 32 II Nr. 2; BMV-Ä § 17 Ia 1 u. 2; GG Art. 12 I

Bei einer **Halbierung des Versorgungsauftrags** darf die **weitere Beschäftigung** oder Erwerbstätigkeit den Vertragsarzt bzw. -psychotherapeuten nicht mehr als zwei Drittel der üblichen wöchentlichen Arbeitszeit, mithin **26 Stunden** in der Woche, in Anspruch nehmen. Jedenfalls ist ausgeschlossen, dass neben einer vertragspsychotherapeutischen Zulassung noch ein vollzeitiges Beschäftigungsverhältnis bestehen bleibt.

Eine vertragsärztliche bzw. – psychotherapeutische Zulassung darf auch nach Schaffung eines hälftigen Versorgungsauftrags nicht den Charakter eines (untergeordneten) „Nebenjobs“ haben.

Der 1963 geb. Kl., psychologischer Psychotherapeut, ist als beamteter Psychologe und Psychotherapeut **vollzeitig in einer Strafvollzugseinrichtung** tätig. Dort arbeitet er als Leiter einer Abteilung und behandelt Strafgefangene, die wegen Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten in Haft einsitzen. Seinen Antrag auf Zulassung als ambulant tätiger psychologischer Psychotherapeut im Umfang eines **halben Versorgungsauftrages** mit der Begründung, es sei schwierig, für die entlassenen Straftäter einen Psychotherapeuten zu finden, der die im Vollzug begonnene Behandlung nach der Entlassung fortsetzen könne, um eine Rückfälligkeit zu vermeiden, weshalb er diesen Personenkreis in einer "kleinen" Praxis weitertherapieren wolle, gab der Zulassungsausschuss u.a. unter der auflösenden Bedingung statt, dass der Kl. sein Dienstverhältnis bei der Sozialtherapeutischen Anstalt bis spätestens zum Tage der Niederlassung auf höchstens 26 Stunden pro Woche reduziere. Dies habe er durch Vorlage des geänderten Arbeitsvertrags nachzuweisen. Seinen Widerspruch wies der bekl. Berufungsausschuss zurück. Auf Hinweis des Gerichts, dass möglicherweise Unvereinbarkeit gemäß § 20 II 1 Ärzte-ZV bestehe, erklärte der Kl., er werde keine entlassenen Strafgefangenen behandeln, die er schon zuvor in der Anstalt therapiert habe. Vielmehr wolle er lediglich "normale" Patienten in Halle psychotherapeutisch behandeln, so dass keine Überschneidung im Patientenstamm zu befürchten sei. Das *SG* wies die Klage ab.

3. SONDERZULASSUNG ALS BELEGARZT

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 17.11.2009 – L 4 KA 25/07 –

RID 10-01-69

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 VII

Die Zulassung nach § 103 VII SGB V ist nicht davon abhängig, dass die bereits in dem Krankenhaus tätigen Belegärzte nicht in der Lage sind, die vom Krankenhausträger erwartete Tätigkeit hinsichtlich Umfang und Inhalt zu erbringen. Gerade wenn die im Krankenhaus bereits tätigen Belegärzte zur Erbringung weiterer Leistungen zwar in der Lage wären, ihre **Kapazitäten jedoch mit Blick auf die Budgetierung der Vergütung** im Honorarverteilungsmaßstab **einschränken**, kann dem Krankenhaus und dem die **Sonderzulassung** begehrenden Arzt nicht entgegengehalten werden, dass es dem Ziel der Budgetierung entsprechen würde, die Ausweitung des ärztlichen Angebotes zu verhindern. Eine Bedarfsplanung bei der Zulassung nach § 103 VII SGB V ist nicht vorgesehen.

Die Entscheidung des Krankenhausträgers, eine Abteilung belegärztlich zu führen, ist im Rahmen der gerichtlichen Kontrolle von Zulassungsentscheidungen nach § 103 VII SGB V nicht darauf zu prüfen, ob sie mit dem Krankenhausrecht des jeweiligen Landes übereinstimmt (BSG, Urt. v. 14.03.2001 - B 6 KA 34/00 R - BSGE 88, 6 = SozR 3-2500 § 103 Nr. 6). Damit ist es ausgeschlossen, Fragen der **Krankenhausbedarfsplanung** in die Prüfung der Zulassungsentscheidung einzubeziehen. Vielmehr sind die Zulassungsgremien an die Vorgaben der Krankenhausplanung gebunden (BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 27/08 R - Rn. 41).

SG Kiel, Urt. v. 25.04.2007 - S 16 KA 98/05 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

4. GENEHMIGUNG DER VERLEGUNG EINES VERTRAGSARZTSITZES/EINSTWEILIGES ANORDNUNGSVERFAHREN

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 15.10.2009 – L 3 KA 73/09 B ER –

RID 10-01-70

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de
Ärzte-ZV § 24 VII; SGG § 86b II 2

Leitsatz: 1. Die Zulassungsgremien können die Genehmigung der **Verlegung eines Vertragsarztsitzes** nicht wegen eines "lokalen Versorgungsbedarfs" am bisherigen Praxisort versagen, ohne hierzu eingehende **Ermittlungen** angestellt zu haben.

2. § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV ist als Erlaubnisnorm mit Verbotsvorbehalt ausgestaltet. Im **Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung** kann deshalb im Einzelfall ein Anordnungsanspruch auf vorläufige Genehmigung bejaht werden, obwohl den Zulassungsgremien ein Beurteilungsspielraum hinsichtlich der dort genannten „Gründe der vertragsärztlichen Versorgung“ zusteht.

SG Hannover, Beschl. v. 28.08.2009 – S 16 KA 293/09 ER – verpflichtete auf Antrag eines Facharztes für radiologische Diagnostik den Ag., die beantragte Verlegung des Vertragsarztsitzes zu genehmigen, das *LSG* verpflichtete den Ag., bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache dem Ast. die Verlegung seines Vertragsarztsitzes von C. nach D., E., zu genehmigen und wies im Übrigen die Beschwerde des Ag. zurück.

5. GENEHMIGUNGSPFLICHT EINER NEBENTÄTIGKEIT EINES VERTRAGSARZTES IM KRANKENHAUS

SG Gelsenkirchen, Urtr. v. 03.09.2009 – S 16 KA 3/08 –

RID 10-01-71

SGB V § 95 III; Ärzte-ZV §§ 19, 20 I u. II

Die Zulassungsgremien sind **zuständig** für die Erteilung von Genehmigungen für eine Tätigkeit in einem Krankenhaus.

Die Neufassung des § 20 II Ärzte-ZV sieht keine Einschränkungen für die **Tätigkeit eines Vertragsarztes in einem Krankenhaus** vor. Soweit durch die operative Tätigkeit des Vertragsarztes das Leistungsspektrum des Krankenhauses erfolgt, ist dies nicht im Rahmen des Vertragsarztesrechtes im Rahmen der Genehmigung einer Nebentätigkeit zu prüfen, sondern es handelt sich hierbei um eine leistungsrechtliche Frage, die im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse geklärt werden muss.

Der klagende Chirurg vereinbarte, zwei bis vier Wochenstunden in seiner stundenfreien Zeit (dienstags und donnerstags zwischen 13.00 bis 15.00 Uhr) Diagnostik u. ggf. Therapie bei speziellen coloproktologischen Fragestellungen im Rahmen der Fachabteilung Chirurgie des Krankenhauses, zusätzlich dort eine wöchentliche Sprechstunde einschl. konsiliarischer Leistungen für stationäre Patienten anzubieten, bei einem Honorar von 100 € pro Stunde; die Verantwortung in allen medizinischen Fragen liege beim Chefarzt der Fachabteilung Chirurgie. Der Berufungsausschuss lehnte die Genehmigung der Nebentätigkeit ab, weil die Tätigkeit über eine Konsiliartätigkeit hinausgehe. Es sei nicht zweifelsfrei erkennbar, dass der Kl. als Angestellter tätig werden wolle. Das *SG* gab der Klage statt.

Nach *LSG Sachsen*, Urtr. v. 30.04.2008 – L 1 KR 103/07 – RID 08-03-154 (Revision <B 1 KR 13/08 R> durch Zurücknahme der Klage erledigt, vgl. Terminsbericht d. BSG Nr. 24/09 v. 05.05.2009) hat ein Krankenhaus keinen Vergütungsanspruch für Leistungen, die von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden.

6. 68-JAHRESGRENZE

A) GENERALANWALT EUGH: 68-JAHRESGRENZE EUROPARECHTSKONFORM

Generalanwalt EuGH, Antrag v. 03.09.2009 - C-341/08 -

RID 10-01-72

Domnica Petersen gegen Berufungsausschuss für Zahnärzte für den Bezirk Westfalen-Lippe

curia.europa.eu

Vorabentscheidungsersuchen SG Dortmund, Beschl. 25.06.2008 – S 16 KA 117/07 – RID 08-03-68

Die Art. 2 Abs. 2 Buchst. a und 5 sowie 6 Abs. 1 der Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen, wonach die Zulassung zur Ausübung der Tätigkeit eines Vertragszahnarztes mit Ablauf des Kalendervierteljahres endet, in dem der Vertragszahnarzt das 68. Lebensjahr vollendet, nicht entgegenstehen.

B) EUGH: ALTERSGRENZE NACH BSG-AUSLEGUNG EUROPARECHTSKONFORM

EuGH, Urt. v. 12.10.2010 - C-341/08 -

RID 10-01-73

curia.europa.eu

Domnica Petersen gegen Berufungsausschuss für Zahnärzte für den Bezirk Westfalen-Lippe
Vorabentscheidungsersuchen SG Dortmund, Beschl. 25.06.2008 – S 16 KA 117/07 – RID 08-03-68
SGB V § 95 VII a.F.; EGRL 78/2000

curia.europa.eu

1. Art. 2 Abs. 5 der Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf ist dahin auszulegen, dass er einer nationalen Maßnahme wie der im Ausgangsverfahren fraglichen, mit der für die Ausübung des Berufs eines Vertragszahnarztes eine Höchstaltersgrenze, im vorliegenden Fall 68 Jahre, festgelegt wird, entgegensteht, wenn diese Maßnahme nur das Ziel hat, die Gesundheit der Patienten vor dem Nachlassen der Leistungsfähigkeit von Vertragszahnärzten, die dieses Alter überschritten haben, zu schützen, da diese Altersgrenze nicht für Zahnärzte außerhalb des Vertragszahnarzt-systems gilt.

Art. 6 Abs. 1 der Richtlinie 2000/78 ist dahin auszulegen, dass er einer solchen Maßnahme nicht entgegensteht, wenn diese die Verteilung der Berufschancen zwischen den Generationen innerhalb der Berufsgruppe der Vertragszahnärzte zum Ziel hat und wenn sie unter Berücksichtigung der Situation auf dem betreffenden Arbeitsmarkt zur Erreichung dieses Ziels angemessen und erforderlich ist.

Es ist Sache des vorliegenden Gerichts, festzustellen, welches Ziel mit der Maßnahme zur Festlegung dieser Altersgrenze verfolgt wird, indem es den Grund für ihre Aufrechterhaltung ermittelt.

2. Wenn eine Regelung wie die im Ausgangsverfahren streitige unter Berücksichtigung des mit ihr verfolgten Ziels gegen die Richtlinie 2000/78 verstößt, muss das nationale Gericht, bei dem ein Rechtsstreit zwischen einem Einzelnen und einem Verwaltungsorgan wie dem Berufungsausschuss für Zahnärzte für den Bezirk Westfalen-Lippe anhängig ist, diese Regelung selbst dann unangewendet lassen, wenn sie vor dem Inkrafttreten der Richtlinie erlassen wurde und das nationale Recht die Nichtanwendung einer solchen Regelung nicht vorsieht.

7. ENTZIEHUNG DER ZULASSUNG NACH ABRECHNUNGSBETRUG

A) MISSBRAUCH VON VERSICHERTENKARTEN/SOFORTIGE VOLLZIEHUNG

SG Nürnberg, Beschl. v. 31.03.2009 – S 1 KA 3/09 ER –

RID 10-01-74

Beschwerde anhängig: LSG Bayern – L 12 KA 21/09 B-ER
SGB V § 95 VI; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

Der **Missbrauch von Versichertenkarten** unter Einbeziehung von Patienten und Mitarbeiterinnen kann Grundlage für eine Entziehung der Zulassung sein. Die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** kann gerechtfertigt sein, weil es sich beim Versichertenkartenmissbrauch um einen besonderen Fall der Verletzlichkeit des Vertragsarztsystems handelt, der in der Regel auch im Nachhinein meist nicht mehr konkret aufgeklärt werden kann.

Die 1941 geb. Ast. ist als Allgemeinärztin zugelassen. Sie las Versichertenkarten ein, obwohl die Versicherten zu diesem Zeitpunkt nicht oder überhaupt nicht in Behandlung waren. Bei weiteren Patienten rechnete sie nicht erbrachte Leistungen ab. Im November 2004 wurde gegen sie eine Disziplinarbuße von 8.000 € verhängt. Der Rückforderungsbetrag belief sich auf 132.897,58 €. Ein Betrugsverfahren wurde gegen 5.000 € wegen fehlenden öffentlichen Interesses eingestellt. Im Dezember 2008 entzog der **Zulassungsausschuss** die Zulassung und ordnete die sofortige Vollziehung an. *SG Nürnberg*, Beschl. v. 15.01.2009 – S 1 KA 42/08 ER – ordnete wegen fehlender Kompetenz des Zulassungsausschusses die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs an. Der **Berufungsausschuss** wies den Widerspruch zurück und ordnete die sofortige Vollziehung an, weil frühere Sanktionen nicht zu einer Verhaltensumstellung geführt hätten und wegen der Verletzlichkeit des Vertragsarztsystems beim Kartenmissbrauch. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

B) KREBSVORSORGEUNTERSUCHUNGEN/SOFORTIGE VOLLZIEHUNG

SG Nürnberg, Beschl. v. 16.12.2009 – S 1 KA 20/09 ER –

RID 10-01-75

SGB V § 95 VI; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

Wiederholte Verstöße gegen das Gebot der peinlich genauen Abrechnung und die fehlende Bereitschaft, das Verhalten nachhaltig zu korrigieren, rechtfertigen die Entziehung der Zulassung.

Der 1960 geb. Ast ist seit Juli 2002 als Frauenarzt und seit Juli 2006 als praktischer Arzt zugelassen. In den Quartalen I/03 bis IV/06 rechnete er Krebsvorsorgeuntersuchungen mehr als einmal im Kalenderjahr und bei Patientinnen unterhalb der Altersgrenze ab, wofür er insgesamt 38.184,67 € zu Unrecht an Honorar erhielt. AG Coburg v. 04.04.2008 – Cs 108 Js 10749/06 – verurteilte ihn nach § 263 StGB zu einer Geldstrafe von 16.000 € (rechtskräftig). Im August 2008 wurde die **Approbation widerrufen**. Im April 2009 wurde ihm die Zulassung entzogen. Der Widerspruch blieb erfolglos. Der bekl. **Berufungsausschuss** wies auf das Strafurteil, zu Unrecht abgerechnete Hausbesuche im Zeitraum 2003 bis 2006 sowie die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen in elf Fällen im Quartal II/03 hin. Der Ast. habe auch nach Bekanntgabe der ersten Plausibilitätsprüfung (im Juli 2005) die Abrechnung mehrfach bei 100 Patientinnen vorgenommen. Die Schadenshöhe betrage 51.339,51 €. Er ordnete die **sofortige Vollziehung** an. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

C) ENTZIEHUNG DER ZULASSUNG EINES MVZ WEGEN FALSCHABRECHNUNG/SOFORTIGE VOLLZIEHUNG

SG Berlin, Beschl. v. 20.11.2009 – S 83 KA 673/09 ER –

RID 10-01-76

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VI; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Eine **Falschabrechnung** (hier: in IV/08 807 Scheine, 2.304 Gebührenordnungspositionen) auf nicht vergebenen Arztnummern, auf Arztnummern nicht oder noch nicht mit Genehmigung beschäftigter Ärzte bzw. von Leistungen auf dem Konto eines Arztes, der die Leistungen selbst gar nicht erbracht hat, lassen eine Fortsetzung der Tätigkeit mit einem MVZ unzumutbar erscheinen, weil hier erhebliche öffentliche Interessen finanzieller Art und das Vertrauensverhältnis zwischen Leistungserbringer und vertragsärztlichen Institutionen in seinem sensibelsten Bereich betroffen sind.

Die **Trägersgesellschaft eines MVZ** bzw. ihre Gesellschafter sind Zulassungsinhaber und Abrechnungsberechtigte. Dieser **Abrechnungsberechtigung** steht die Verantwortung für eine rechtlich und tatsächlich einwandfreie Abrechnung gegenüber. Die Abrechnung gegenüber der KV ist Teil der kaufmännischen Praxisführung, die der Geschäftsführung und damit der Gesellschaft selbst obliegt. Sie ist gerade nicht Bestandteil der Leistungserbringung im engeren Sinn, die in der Behandlung von Patienten besteht. Bezogen auf die Richtigkeit der Abrechnung beschränkt sich die Verantwortung der angestellten Ärzte darauf, die zur Abrechnung an die Geschäftsführung bzw. Buchhaltung übermittelten Leistungspositionen auch tatsächlich, vollständig und persönlich erbracht zu haben.

Durch **Austausch der ärztlichen Leitung und des Standortmanagers** kann nach erheblichen Abrechnungsfehlern durch die Geschäftsleitung das **Vertrauen** der vertragsärztlichen Institutionen in die die Abrechnungsgenehmigung innehabende GmbH und deren Gesellschafter nicht wiederhergestellt werden.

Da nach § 95 VI 1 3. Alt. SGB V gröbliche Pflichtverletzungen zwingend und ohne Ermessen den Entzug der Zulassung zur Folge hat, ist die **Verhältnismäßigkeit** durch eine restriktive Auslegung des Tatbestandsmerkmals der gröblichen Pflichtverletzung zu wahren. Eine solche Auslegung hat der Tatbestand durch die Rechtsprechung des BSG erfahren. Ist aber unter diesen Vorgaben dennoch eine gröbliche Pflichtverletzung zu bejahen, so ist keine Unverhältnismäßigkeit gegeben.

Das **SG** ordnete auf Antrag der KV die sofortige Vollziehung der vom Berufungsausschuss bestätigten Entziehung der Zulassung des MVZ, wogegen ein Klageverfahren anhängig ist, an.

D) ABRECHNUNGSBETRUG/GRUNDSÄTZE ÜBER DIE FÜHRUNG EINER PRAXISGEMEINSCHAFT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urte. v. 28.10.2009 – L 11 KA 60/08 –

RID 10-01-77

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 8/10 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 VI

Liegen in gravierendem Maße Verstöße u.a. gegen die Grundsätze über die Führung einer Praxisgemeinschaft (BSG, Urte. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R -), gegen die Pflicht zu einer peinlich genauen Leistungsabrechnung (z.B. BSG, Urte. v. 24.11.1993 - 6 RKA 70/91 - m.w.N.) und die Dokumentationspflicht (z.B. § 5 I BMV-Z) vor, so kommt als einzige Reaktion darauf nur die Entziehung der Zulassung in Betracht.

SG Dortmund, Urte. v. 27.03.2008 - S 16 KA 59/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

8. KEINE SELBSTSCHULDNERISCHE BÜRGSCHAFT VON ALT-MVZ

LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 10/08 –

RID 10-01-78

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 II 6, VI 1, 103 IVa 2; SGB X § 32

Bei der Verpflichtung eines MVZ zur Vorlage von **Bürgschaftserklärungen**, die mit der Androhung der Entziehung der Zulassung verbunden wurde, handelt es sich um eine einem Verwaltungsakt beigefügte selbständige, belastende **Nebenbestimmung**.

Unzulässig sind Nebenbestimmungen, die mit dem Verwaltungsakt in keinem sachlichen (inneren) **Zusammenhang** stehen. An einem solchen inneren Zusammenhang fehlt es bei einer Verpflichtung zur Vorlage einer Bürgschaftserklärung bei einer Entscheidung über die Übernahme eines weiteren Vertragsarztsitzes durch ein MVZ.

Ist die Zulassung als Hauptverwaltungsakt bereits bestandskräftig, so ist eine einschränkende **Änderung der bestandskräftigen Zulassungsentscheidung** erforderlich nach §§ 44 ff. SGB X. Fehlt es hieran, so bedarf es keiner Entscheidung, ob die Zulassungsgremien berechtigt sind, auch von MVZ, die bereits vor dem 01.01.2007 bestandskräftig zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, die Vorlage selbstschuldnerischer Bürgschaftserklärungen nach § 95 II 6 SGB V zu verlangen, oder ob in diesem Fall ein nach verfassungsrechtlichen Maßstäben unzulässiger, rückwirkender Eingriff in die bestandskräftige Zulassung im Sinne eines vollständig abgeschlossenen Sachverhalts gegeben ist.

SG Marburg, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 395/07 – RID 08-01-84 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung mit der Maßgabe zurück, dass die mit der Androhung des Widerrufs der Zulassung verbundene Auflage, nach der die Kl. zur Vorlage selbstschuldnerischer Bürgschaften ihrer Gesellschafter verpflichtet wird, aufgehoben wird.

9. ERMÄCHTIGUNG

A) ERMÄCHTIGUNG EINER BEI PRO FAMILIA ANGESTELLTEN ÄRZTIN

LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 64/08 –

RID 10-01-79

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 24a, 24b, 75 IX; Ärzte-ZV § 31 Abs. 2; BMV-Ä § 5 I; EKV-Ä § 9 I; EBM 2005 Nr. 01820, 01821, 01900

Besondere Fallkonstellationen können vor Ort von den Zulassungsgremien bei der Entscheidung berücksichtigt werden, insb. der Gesichtspunkt, dass **Versicherte bestimmter sozialer Schichten** unter Umständen niedergelassene Ärzte nicht aufsuchen und somit eine **qualitativ-zielgruppenorientierte Versorgungslücke** besteht (s. bereits *LSG Hessen*, Beschl. v. 29.02.2008 – L 4 KA 16/08 ER – RID 08-02-93 unter Hinweis auf *BSG*, Urt. v. 01.07.1998 - B 6 KA 64/97 R -).

Die Zulassungsgremien dürfen nicht von vornherein - ohne weitere Ermittlungen zu den Gegebenheiten im konkreten Fall durchgeführt zu haben - den in der Rechtsprechung anerkannten Gesichtspunkt, dass Versicherte bestimmter sozialer Schichten auch heute noch unter Umständen niedergelassene Ärzte - gerade im äußerst sensiblen Bereich der **Schwangerenkonfliktberatung** und Beratung im Rahmen der **Empfängnisregelung** – nicht aufsuchen und in der Folge medizinisch ggf. unversorgt bleiben, negieren. Aufgrund der sozialpädagogischen Ausrichtung der Pro Familia-Einrichtung ist überhaupt erst die Voraussetzung gegeben, die betroffenen Frauen und Mädchen medizinisch zu versorgen.

Bei Entscheidungen mit nur eingeschränkt überprüfbarem **Beurteilungsspielraum** kann eine **Ergänzung der Abwägungsentscheidung** zwar vorgenommen werden, jedoch nur wenn und soweit sie durch Bescheid erfolgt. Alleiniger Sachvortrag im gerichtlichen Verfahren reicht nicht aus.

SG Marburg, Urt. v. 18.06.2008 – S 12 KA 129/08 – RID 08-03-76 gab der Klage statt und verurteilte zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung der beigel. KV zurück.

S. bereits *SG Marburg*, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 1021/06 – (rechtskräftig) RID 08-01-87, das die Klage der KV weitgehend abwies; *LSG Hessen*, Beschl. v. 29.02.2008 – L 4 KA 16/08 ER – RID 08-02-93 ordnete die sofortige Vollziehung der Ermächtigung an, soweit die Ast. hierin ermächtigt wurde, unter Nr. 2 a) ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft im Sinne von § 24b SGB V nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses, abzurechnen nach Nr. 01900 EBM 2005 mit Ausnahme der Leistungen, die von der Einrichtung, bei der die Ast. beschäftigt ist, nach deren Vertrag nach § 13 SchKG erbracht werden dürfen sowie unter Nr. 2 b) ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelungen im Sinne von § 24a SGB V, abzurechnen nach den Nrn. 01820 und 01821 EBM 2005, zu erbringen.

B) HOCHSPEZIALISIERTER KRANKENHAUSARZT UND ÜBERREGIONALER (BUNDESWEITER) BEDARF/INTERESSENABWÄGUNG

LSG Hessen, Beschl. v. 26.11.2009 – L 4 KA 92/09 –

RID 10-01-80

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

Die Erfolgsaussichten der Berufung sind offen, zunächst weil die Frage der Berücksichtigung **überregionaler, über angrenzende bzw. benachbarte Bereiche hinausgehende, auch bundesweite Planungsbereiche** durch den Berufungsausschuss im Rahmen seiner Ermächtigungsentscheidung gemäß § 116 SGB V i.V.m. § 31a I Ärzte-ZV weder in der Rechtsprechung des Senats noch in der höchstrichterlichen Rechtsprechung geklärt sind, nachdem BSG, Urt. v. 19.07.2006 - B 6 KA 14/05 – SozR 4-2500 § 116 Nr. 3 – juris Rn. 19 lediglich ausgeführt hat, dass die Einbeziehung in anderen Planungsbereichen bestehender Versorgungsangebote und –defizite nur in Ausnahmefällen in Betracht komme. Ob der Fall eines hochspezialisierten Krankenhausarztes ebf. eine solche Ausnahmekonstellation darstellt, ist auf der Grundlage der Ausführungen des SG durchaus erwägenswert. Die diesbezügliche Prüfung muss jedoch letztlich der Entscheidung im Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben.

Besteht nur ein eng umgrenzter Ermächtigungsbereich mit einer Fallzahlbegrenzung und sind auch die Folgen einer Zuweisung aus anderen Planungsbereichen – ggf. sogar **bundesweiten Zuweisungen** – für die übrigen im Bundesgebiet niedergelassenen Ärzte mit der Fachgebietsbezeichnung Radiologie und Teilgebietsbezeichnung Neuroradiologie als insgesamt gering einzuschätzen, so ist eine qualitativspezielle Versorgungslücke unter Berücksichtigung des ansonsten entstehenden Risikos einer Unterversorgung des speziellen Patientengutes unter dem Gesichtspunkt von Art. 2 I 1 GG als höherrangig einzustufen, so dass im Ergebnis die **Interessenabwägung** zugunsten einer Ermächtigung zu erfolgen hat.

SG Marburg, Urt. v. 01.07.2009 – S 12 KA 225/09 – RID 09-03-66 wies die Klage der KV gegen eine dem beigel. Krankenhausarzt erteilte Ermächtigung ab; das *LSG* ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Ag. hinsichtlich der Überweisungsmöglichkeit durch HNO-Ärzte und MKG-Chirurgen sowie der Ermächtigung für maximal 300 Fälle im Quartal aus den übrigen Planungsbereichen bis zur Entscheidung über die Berufung der KV im Verfahren vor dem LSG Hessen - L 4 KA 68/09 -, längstens jedoch bis zum 30.06.2010, an und lehnte im Übrigen den Antrag ab.

10. ÜBERLASTUNG DER KONKURIERENDEN PRAXIS

LSG Bayern, Beschl. v. 23.11.2009 – L 12 KA 43/09 B ER –

RID 10-01-81

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 116

Leitsatz: Der Bedarf an der Teilnahme eines Krankenhausarztes gem. § 116 SGB V für bestimmte Strahlentherapieleistungen ist (weiterhin) zu bejahen, wenn die Übernahme der Versorgungslast des seit Jahren Ermächtigten durch die das Gerät ebenfalls vorhaltende einzige ortsansässige Praxis dort zur **Einführung eines Mehrschichtbetriebs von 17 Stunden führen würde** und darüber hinaus vorgeschriebene Gerätewartungszeiten bzw. anfallende Reparaturen nur durch planungsbereichsferne Praxen aufgefangen werden könnten.

SG München, Beschl. v. 30.07.2009 - S 28 KA 532/09 ER – gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies die Beschwerde der Praxis der niedergelassenen Radiologen, die gegen die erteilte Ermächtigung geklagt hatten, zurück.

11. GENEHMIGUNG NACH § 121A SGB V

SG Düsseldorf, Urt. v. 13.11.2002 – S 14 (25) KA 82/01 -

RID 10-01-82

SGB V § 121a

Bei der Beurteilung des Bedarfs für eine Genehmigung nach § 121a SGB V ist die Richtlinie „Künstliche Befruchtungen“ heranzuziehen, die von einer flächendeckenden Versorgung ausgeht. Von daher hat die Bedarfsprüfung **planungsbereichsbezogen** zu erfolgen und gelten die **Maßstäbe für eine Sonderbedarfszulassung**.

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

12. KEINE STATUSENTSCHEIDUNG IM EILVERFAHREN/AUSSETZUNG DER VOLLZIEHUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.12.2009 – L 7 KA 143/09 ER –

RID 10-01-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de =juris
SGG §§ 86b II, 175, 199 II

Es besteht in aller Regel kein eiliges Regelungsbedürfnis und damit kein Anordnungsgrund für eine einstweilige Anordnung, mit der einem Antragsteller ein **vertragsärztlicher Status** - z.B. eine Zulassung, Ermächtigung oder die Gestattung der Durchführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen - zugesprochen wird. Denn ein Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes zielt darauf ab, vorläufige Regelungen herbeizuführen, während Statusentscheidungen stets **endgültigen Charakter** haben und damit die Hauptsache vorwegnehmen; zumindest die während der Dauer ihrer vorübergehenden Geltung erbrachten Leistungen können nachträglich nicht vollständig rückabgewickelt werden (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.09.2006 – L 7 B 18/06 KA ER – RID 07-01-51). Um eine solche Statusentscheidung handelt es sich auch bei einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung **belegärztlicher Leistungen**.

SG Berlin, Beschl. v. 02.09.2009 - S 83 KA 469/09 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* setzte auf Antrag der Ast. die Vollstreckung bis zur Entscheidung des Senats über die Beschwerde der Ast. des vorliegenden Verfahrens gegen diesen Beschluss aus.

VI. Gesamtvergütung/Schiedsstelle/GBA/Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - *B 6 KA 30 u. 31/09 R* – sind zuständig für die Entscheidung über Klagen von Trägerorganisationen des GBA gegen diesen die sozialgerichtlichen Spruchkörper für das **Vertragsarztrecht**; soweit der 1. und 3. Senat des BSG dazu teilweise abweichende Auffassungen geäußert haben, ist eine **Anrufung des Großen Senats** des BSG weder geboten noch möglich; die **KBV** kann sowohl in ihrer Funktion als eine von vier Trägerorganisationen des GBA als auch im Hinblick auf den ihr gesetzlich zugewiesenen Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Entscheidungen des GBA **in eigenen Rechten betroffen** sein; soweit das der Fall ist, ist sie befugt, die Rechtmäßigkeit von Entscheidungen und Richtlinien des GBA gerichtlich überprüfen zu lassen; eine **generelle Klagebefugnis** steht ihr allerdings nicht zu; rechtlich geschützte Belange der KBV hat der GBA bei der Neufassung der **Richtlinien zu § 116b IV SGB V** für die Diagnose und Behandlung von onkologischen Erkrankungen, Multipler Sklerose (MS) und Tuberkulose (TBC) nicht verletzt; allgemeine Beeinträchtigungen der wirtschaftlichen Lage der Vertragsärzte, die die KBV im Zuge der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen nach § 116b II SGB V befürchtet, stellen keine Beeinträchtigung von Rechten der KBV dar; die Entscheidung über die Öffnung der Krankenhäuser hat der Gesetzgeber selbst getroffen und die Neufassung der Richtlinie nimmt der KBV keine Regelungsbefugnisse und auch **den Vertragsärzten keine Behandlungsberechtigungen**; der Senat lässt offen, ob der KBV unter dem Gesichtspunkt einer evident rechtswidrigen Kompetenzüberschreitung des GBA („**ultra vires**“) eine von einer konkreten Rechtsbeeinträchtigung unabhängige Klagebefugnis zukommen kann; für eine solche Überschreitung des gesetzlich zugewiesenen Regelungsauftrags bestehen hier keine greifbaren Anhaltspunkte.

Zur weiteren BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-A VII (S. 29); 08-04 A VII (S. 26); 07-04 A VIII (S. 29).

1. BEKANNTGABE DER DURCHSCHNITTlichen VERÄNDERUNGSRATEN DER BEITRAGSPFLICHTIGEN EINNAHMEN

A) WEITERBESTEHENDE VERPFLICHTUNG DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT

SG Dresden, Beschl. v. 16.07.2009 – S 11 KA 38/09 ER –

RID 10-01-84

SGB V §§ 71, 87c I, 267 I Nr. 2, 313; SGG § 86b II

Die Verpflichtung des **Bundesministeriums für Gesundheit** nach § 71 II, III SGB V, die **durchschnittlichen Veränderungsdaten** der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen, auch für die neuen Bundesländer, festzustellen, gilt auch nach dem GKV-WSG weiterhin. Unmöglichkeit liegt nicht vor, da die Erhebung der Daten eine eigenständige, vom Risikostrukturausgleich unabhängige Verpflichtung der Krankenkassen betrifft und es Sache des Bundesministeriums ist, die Daten abzufordern.

Das *SG* gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und verpflichtete die Ag., unter teilweiser Aufhebung der Feststellung vom 02.09.2008 die nach § 71 I u. II SGB V anzuwendenden durchschnittlichen Veränderungsdaten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder je Mitglied — getrennt nach dem gesamten Bundesgebiet, dem Gebiet der in Art. 1 I des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet — für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Jahres 2007 und der ersten Hälfte des Jahres 2008 festzustellen und die Feststellungen im Bundesanzeiger bekannt zu machen (§ 71 III SGB V), und wies im übrigen den Antrag – der auch auf die Folgejahre gerichtet war - ab.

B) KEINE WEITERBESTEHENDE VERPFLICHTUNG ZUR FESTLEGUNG

SG Schwerin, Beschl. v. 21.07.2009 – S 3 ER 104/09 KA –

RID 10-01-85

SGB V §§ 71, 72 II, 87c I, 267 I Nr. 2, 313°; SGG § 86b II

Bei fehlender Einigung über die Gesamtvergütung entscheidet das **Schiedsamt**. Sieht sich das Schiedsamt nicht in der Lage, eine Gesamtvergütung über die vom Bundesministerium für Gesundheit festgestellte Veränderungsrate „Bundesgebiet“ festzulegen, ist diese Entscheidung durch die KZV anfechtbar. Von daher besteht kein **Anordnungsgrund** für den Antrag, dem Bundesministerium für Gesundheit aufzugeben, die nach § 71 SGB V anzuwendenden durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen, getrennt u.a. auch für die neuen Bundesländer, festzulegen.

Im Übrigen besteht kein **Anordnungsanspruch**, da dies nach dem Wegfall der Erhebung der beitragspflichtigen Einnahmen unterschieden nach alten und neuen Bundesländern unmöglich ist.

Eine Verpflichtung des Gesetzgebers zur Beibehaltung des **Systems der getrennten Veränderungsrate** ist nicht offensichtlich. Diskrepanzen wären nur dann nicht mehr hinnehmbar, wenn die Vergütung unangemessen wäre.

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

2. KÜRZUNG DER ABSCHLAGSZAHUNG AUF DIE GESAMTVERGÜTUNG WEGEN HAUSARZTVERTRAG (BAYERN)

SGB V §§ 73b IV u. VII 2, 87a III 2, 87b

SG München, Beschl. v. 29.05.2009 – S 28 KA 432/09 ER –

RID 10-01-86

juris = MedR 2009, 437

Zwischen der Krankenkasse und einigen bayerischen Hausärzten wurde über den Vertragspartner der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e.G. (HÄVG) ein **Selektivvertrag** im Rahmen eines **Hausärztevertrages** nach § 73b SGB V geschlossen. Wenn ein solcher Vertrag geschlossen wird, ist der Behandlungsbedarf nach § 87a III 2 SGB V gem. § 73b VII 2 SGB V zwingend zu bereinigen.

Der **Bewertungsausschuss** hat in einem Beschluss zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs die Einschaltung des **Schiedsamtes** vorgesehen. Dieses Verfahren ist einzuhalten.

Der Gesetzgeber fordert ein weitestgehend exaktes und sachgerechtes Verfahren der Bereinigung der Gesamtvergütung in den Gesamtverträgen für die in die Einzelverträge übergehenden ambulanten vertragsärztlichen Leistungen. Summarische Datengrundlagen reichen hierfür nicht aus. Da diese Regelung technisch hoch kompliziert und sehr konfliktbeladen ist, hat der Gesetzgeber ausdrücklich das Schiedsamt als eine Ebene der Konfliktlösung vorgesehen. Sofern, wie von allen Parteien übereinstimmend vorgetragen wurde, ein solches Schiedsamt noch nicht besteht, kann nicht im Wege der Vorwegnahme die Abschlagszahlung seitens der Krankenkasse gekürzt werden, sondern es muss zunächst der **formale Weg der Installierung des Schiedsamtes** mit der anschließenden Anrufung desselben beschritten werden. Zudem kann eine Bereinigung auch mangels Vorgaben des Bewertungsausschusses für rechtskonforme Bereinigungslösungen für die Regelleistungsvolumina derzeit noch nicht durchgeführt werden.

Da der Anordnungsanspruch bereits mangels Rechtsgrundlage für die Kürzung der Abschlagszahlung wegen der Nichteinhaltung des formalen Verfahrens zu bejahen ist, bedurfte es im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes keiner Erörterung des Einwandes, der Hausarztvertrag sei wegen seines **Abschlusses mit einem nicht privilegierten Vertragspartner** nichtig.

Der **Anordnungsgrund** liegt vorliegend in der Gefahr der Inanspruchnahme der KV durch die Vertragsärzte, die gegen die KV einen Anspruch auf Auszahlung der Gesamtvergütung haben. Die KV hat glaubhaft dargelegt, dass sie zum 11.05.2009 die Abschlagszahlungen an die Vertragsärzte zu leisten hatte. Mit Einbehalt der 40 Millionen Euro werden der KV Gesamtvergütungsanteile vorenthalten, die diese nach § 5 I der Abrechnungsbestimmungen der Antragstellerin in voller Höhe an ihre Mitglieder zu erbringen hat.

LSG Bayern, Beschl. v. 27.06.2009 – L 12 KA 33/09 B ER –

RID 10-01-87

juris = GesR 2009, 477 = MedR 2009, 759 m. Anm. Steinhilper

Aus § 73b VII 2 SGB V als auch aus dem konkretisierenden Beschluss des Bewertungsausschusses ergibt sich eindeutig, dass eine Änderung des nach §§ 87a III 2, 87c IV SGB V gesamtvertraglich festgesetzten Behandlungsbedarfs allein durch eine andere **gesamtvertragliche Regelung** statthaft ist,

welche einvernehmlich zu vereinbaren oder im Falle der Nichteinigung durch das **Landesschiedsamt** festzusetzen ist.

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

Angesichts der äußerst robusten Verfasstheit des Anordnungsanspruchs der KV sind an die **Eilbedürftigkeit** des Regelungserlasses grundsätzlich nur geringe Anforderungen zu stellen. Das gewichtige Interesse der Krankenkasse an der Vermeidung einer Illiquidität einerseits und das Interesse der KV am ungeminderten Erhalt der vereinbarten Vergütung bringt der Senat dergestalt zum Ausgleich, dass im Rahmen des Anordnungsgrunds eine Eilbedürftigkeit der KV an der Anordnung einer ungeminderten Abschlagszahlung bejaht wird, soweit aller Voraussicht nach der Gesamtvergütungsteil nicht später zurückzuzahlen ist.

Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und verpflichtete die Ag., im Wege der einstweiligen Anordnung an die antragstellende KV unverzüglich den von dem Abschlag auf die Gesamtvergütung für den Monat April 2009 einbehaltenen Betrag von insgesamt 40 Millionen Euro nebst Prozesszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen. Das **LSG** änderte wegen neuer Bewertung der Eilbedürftigkeit den Beschl. des SG ab und verpflichtete die Ag., an die Ast. unverzüglich von dem einbehaltenen Teil der Abschlagszahlung auf die Gesamtvergütung für den Monat April 2009 (in Höhe von 40 Millionen Euro) einen Betrag von 25 Millionen Euro zu bezahlen und wies den weitergehenden Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab und im Übrigen die Beschwerde der Ag. zurück.

3. SCHIEDSSTELLENENTSCHEIDUNG ÜBER VERGÜTUNG AMBULANTER KRANKENHAUSLEISTUNGEN

LSG Bayern, Urt. v. 10.03.2009 – L 5 KR 102/07 –

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 36/09 B
SGB V § 120; KHG § 18a

RID 10-01-88

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach der **Schiedsstelle** im Konfliktfall die Entscheidung über die **Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen** vollständig überantwortet worden ist und sie nach der gesetzlichen Regelung nicht nur den Inhalt der Vergütungsvereinbarung, sondern die Vergütung selbst festsetzt und sie als autonome Einrichtung mit der Kompetenz ausgestattet ist, im Rahmen eines weiten Ermessens die jeweiligen Vergütungen für ambulante - vorliegend zahnärztlich ambulante - Leistungen zu bestimmen, ist nicht zu beanstanden, ebenso wenig wie die Auffassung, in der Folge ist der Prüfungsumfang des Gerichts eingeschränkt, es gilt nicht der Amtsermittlungsgrundsatz, sondern der **Beibringungsgrundsatz**, so dass die gerichtliche Entscheidung lediglich auf der Grundlage der beigebrachten Unterlagen des getätigten Vorbringens zu treffen ist.

Die **Begründung des Schiedsspruches** muss sich auf das Wesentliche konzentrieren und muss nicht alle vorgebrachten Argumente und Meinungen wiedergeben.

Allein aus einer knapp 30 %igen Erhöhung der Vergütung kann kein Verstoß gegen den Grundsatz der **Beitragsatzstabilität** geschlossen werden. Dieser Grundsatz dürfte auch für Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 18a KHG gelten.

SG München, Urt. v. 23.11.2006 - S 2 KR 862/05 - wies die Klage der Krankenkassen bzw. deren Verbände ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. VERTRAGSARZTRECHTSANGELEGENHEITEN/ARZNEIMITTEL DER ANTHROPOSOPHIE UND HOMÖOPATHIE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.11.2009 – L 11 KA 101/06 –

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 5/10 B
SGB V §§ 2 I 2, 34 I, 35, 94 I

RID 10-01-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Zu den Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände rechnen auch die Streitigkeiten über Entscheidungen der gemeinsamen Gremien. Das entsprach schon immer - vor allem bezogen auf den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (nunmehr **Gemeinsamer Bundesausschuss**) der Rechtsprechung des BSG. Klagen von Arzneimittelherstellern gegen die Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses in dessen vor Erlass des GRG vom 20.12.1988 bestehender Form sind deshalb als **Vertragsarztrechts-**

angelegenheiten angesehen worden (vgl. BSG, Urt. v. 20.09.1988 - Rka 3/88 – u. 31.05.2006 - B 6 KA 69/04 R -). Zutreffend hat der 6. Senat des BSG daran auch nach der Neuausrichtung des GBA durch § 91 SGB V i.d.F. des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG – v. 14.11.2003) festgehalten (BSG, Urt. v. 31.05.2006 - B 6 KA 13/05 R – u. 06.05.2009 - B 6 A 1/08 R -).

Die **AMR** dürfen nicht gegen das Gebot der **Normenklarheit** und gegen die Vorgaben des § 34 I 2 bzw. 3 SGB V verstoßen.

Der klagende GBA legte den ersten Entwurf der Ausnahmeliste nach § 34 I 3 SGB V dem bekl. BMG im Dezember 2003 vor. Nach Auskunftserteilung des BMG beschloss der GBA Ziff. 16.5 AMR („Für die in diesen Richtlinien im Abschnitt F aufgeführten Indikationsgebiete kann der Arzt bei schwerwiegenden Erkrankungen auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnen, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist. Der Arzt hat zur Begründung der Verordnung die zugrunde liegende Diagnose in der Patientendokumentation aufzuzeichnen.“). 2004 fügte der GBA nach dem Wort "Indikationsgebiete" die Worte "und Anwendungsvoraussetzungen" ein, was das BMG beanstandete. **SG Köln**, Urt. v. 26.07.2006 - S 19 KA 29/05 - wies die Klage ab, das **LSG** wies die Feststellungsklage des Kl. ab.

Aus den Gründen:

„(...)29 Soweit der **3. Senat des BSG** diese Rechtsauffassung nicht teilt, kann dem nicht gefolgt werden. Der 3. Senat hat im Urteil vom 12.08.2009 - B 3 KR 10/07 R - zunächst ausgeführt, dass der Begriff "Vertragsarztrecht" weder im SGG noch im - SGB V - definiert ist. Schon das trifft nicht zu. Vielmehr enthält § 10 Abs. 2 SGG eine solche Legaldefinition. Ausgehend von der Annahme, eine solche Definition existiere nicht, nimmt der 3. Senat - insoweit durchaus folgerichtig - an, das entscheidende Abgrenzungskriterium sei nicht im SGG, sondern im materiellen Recht insbesondere des SGB V zu finden. Dieser Auffassung ist indessen angesichts des **§ 10 Abs. 2 SGG** die Grundlage entzogen. Dies gilt umso mehr, als sich der 3. Senat mit dem Regelungsgehalt dieser Vorschrift nicht auseinandergesetzt hat, sie vielmehr nur am Rande und nur im Zusammenhang mit der von ihm angegriffenen Entscheidung des 6. Senats erwähnt.

30 Auch soweit der 3. Senat meint, die Zuordnung von Streitigkeiten des Leistungs- und des Leistungserbringerrechts zu den **Spruchkörpern für Krankenversicherung sei der Regelfall**, trifft dies nicht zu. Bereits die dem zu Grunde liegende Prämisse geht fehl. Nicht das materielle Recht, sondern das **Verfahrensrecht (§ 10 Abs. 2 SGG) bestimmt**, was unter "**Vertragsarztrecht**" zu verstehen ist. Zu dem behaupteten Regel-Ausnahmeverhältnis gibt das SGG nichts her. Die insoweit vom 3. Senat in Bezug genommene Vorschrift des § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG trägt dessen Auffassung nicht. Die Vorschrift betrifft den Rechtsweg. Insoweit ist zu unterscheiden zwischen der Frage der Rechtswegzuständigkeit und der des jeweiligen Spruchkörpers. Welcher Rechtsweg eröffnet ist, wird abstrakt durch die jeweiligen Prozessordnungen (§ 40 VwGO, § 51 SGG und § 33 FGO) und konkret durch Art des anspruchsbegründenden Rechtsverhältnisses auf der Grundlage von Klagevortrag und Klageantrag bestimmt (BVerwG NVwZ 1993, 359; OLG Köln NJW-RR 1993, 639.). Ist der Rechtsweg auf dieser Grundlage geklärt, kann es für die nachfolgende Abgrenzung der Spruchkörperzuständigkeit naturgemäß nicht mehr darauf ankommen, dass der Anspruch materiell-rechtlich dem Dritten Kapitel des SGB V (Leistungen der Krankenversicherung) und nicht dem Vierten Kapitel (Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern) zuzuordnen ist. Folgerichtig stellen §§ 10, 31 SGG hiervon abweichende und insoweit weiterführende Kriterien auf, die belegen, unter welchen Voraussetzungen ein Rechtsstreit dem Vertragsarztrecht zuzurechnen ist (vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 09.07.2004 - L 10 B 6/04 KA ER -). Dies wird durch die **Entstehungsgeschichte des § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG** bestätigt. Der Regelungsgehalt beschränkt sich auch unter historischem Blickwinkel allein darauf, für die dort genannten Streitverfahren den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit zu eröffnen. Die Vorschrift ist mehrfach geändert und durch das 6. SGGÄndG vom 17.08.2001 (BGBl. I S. 2144) übersichtlicher gestaltet worden. § 51 Abs. 1 SGG fasst die öffentlich-rechtlichen Streitigkeiten seither zusammen und gliedert sie nach den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung und den weiteren Rechtsbereichen. Hingegen spezifizierte § 51 Abs. 2 Satz 1 SGG a.F. dergestalt, dass die in den Nrn. 1 bis 3 genannten und nach dem SGB V entstandenen Angelegenheiten den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit zugewiesen sind. § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG a.F. betraf u.a. Entscheidungen aller Bundesausschüsse und damit auch jene des seinerzeitigen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 6. Auflage, 1998, § 51 Rdn. 33). Geregelt war hiernach eindeutig und allein, dass in derartigen Streitverfahren der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet ist. Die weitergehende Frage danach, welcher Fachspruchkörper zuständig ist, bestimmte sich nach § 10 Abs. 2 SGG a.F. ... Die Vorschrift hatte folgenden Wortlaut:

31 Für die in § 51 Abs. 2 Satz 1 genannten Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht) sind eigene Kammern zu bilden.

32 Durch die Bezugnahme auf § 51 Abs. 2 Satz 1 SGG war wiederum klargestellt, dass die dort genannten Angelegenheiten (u.a. jene der Nr. 2) im Sinne der vormaligen Terminologie "Kassenarztrecht" waren. Hieran hat das 6. SGGÄndG nichts geändert. Infolge Änderung des § 51 SGG a.F. war allerdings die Bezugnahme nicht mehr möglich. Demzufolge enthält nunmehr § 10 Abs. 2 SGG eine eigenständige Definition des Begriffs "Vertragsarztrecht", die mit dem materiell-rechtlichen Verständnis des Begriffs "Vertragsarztrecht" i.S.d. SGB V nicht deckungsgleich sein muss (vgl. Frehe in Handbuch des Vertragsrechts, 2. Auflage, 2006, § 23 Rdn. 8). Nach der Systematik des SGB V ist das Vertragsarztrecht Teil des im Vierten Kapitel (§§ 69 - 140h SGB V) geregelten Leistungserbringerrechts. Hiernach wären alle Angelegenheiten, die dem Zweiten Abschnitt des Vierten Kapitels (§§ 72 - § 106a SGB V) zuzuordnen sind, solche des Vertragsarztrechts, da dort die Beziehungen der Krankenkassen (vgl. die Überschrift des Vierten Kapitels) zu den Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten geregelt werden. Gesetzessystematisch wären dem mithin auch die den GBA betreffenden Vorschriften zuzuordnen (§§ 91, 92 SGB V). Konsequenterweise müssten unter Zugrundbelegung der Auffassung des 3. Senats alle den GBA betreffenden Streitverfahren jedenfalls dann solche des Vertragsarztrechts sein, wenn dieser Hauptbeteiligter des Verfahrens ist. Indessen ist das materielle Recht des SGB V für die Klärung der Frage, welcher Fachspruchkörper zuständig ist, allenfalls von sekundärer Bedeutung. Maßgebend ist - wie dargestellt - zunächst allein der Regelungsgehalt des § 10 Abs. 2 SGG. Dies gilt umso mehr, als die Gesetzesmaterialien zum 6. SGGÄndG auch nicht

ansatzweise etwas dafür hergeben, dass der Gesetzgeber die durch §§ 10 Abs. 2, 51 Abs. 2 Satz 1 SGG a.F. vorgegebene und jahrzehntelange unstreitige Abgrenzung zwischen Vertragsarztrecht und Krankenversicherungsrecht aufgeben wollte. Das Gegenteil ist der Fall. Diese bewährten Abgrenzungskriterien hat der Gesetzgeber mangels einer gegenteiligen Willensäußerung in das SGG in der Fassung des 6. SGGÄndG einbezogen. M.a.W.: Nicht das materielle Recht bestimmt die Spruchkörperzuständigkeit; entscheidend ist allein das Prozessrecht (vgl. Frehse a.a.O.).

33 Soweit der 3. Senat darüber hinaus meint, maßgebend für die Frage, ob der Rechtsstreit dem Vertragsarztrecht oder dem Krankenversicherungsrecht zuzuordnen ist, könne entgegen der Auffassung des 6. Senats nicht sein, **ob der GBA Hauptbeteiligter ist**, trifft auch dies nicht zu. Richtigerweise geht der 3. Senat zwar davon aus, dass mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I 2190) am 01.01.2004 die verschiedenen Bundesausschüsse in bewusster Abkehr von der alten Rechtslage zu einem einheitlichen und sektorübergreifenden Steuerungsgremium zusammengefasst worden ist. Dem kann aber nicht entnommen werden, dass der Rechtsstreit nunmehr dem Krankenversicherungsrecht zuzuordnen ist. Dem steht schon entgegen, dass der Gesetzgeber des GMG im Zusammenhang mit der Neuregelung des § 91 SGB V allein eine sektorenübergreifende Rechtssetzungseinrichtung für untergesetzliche Normen schaffen wollte, um eine Stärkung des sektorübergreifenden Bezugs von Versorgungsentscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene, eine Straffung und Vereinfachung der Entscheidungsabläufe und einen effektiveren Einsatz der personellen und sächlichen Mittel erreichen wollte (vgl. FraktE-GMG, BT-Drs. 15/1525, 106). Eine Regelungsabsicht des Gesetzgebers dahingehend, Streitigkeiten über Entscheidungen dieser Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung anlässlich ihrer erweiterten personellen Zusammensetzung aus der bisherigen Zuständigkeit der Kammern bzw. Senate für Vertragsarztangelegenheiten (hierzu u.a. BSG, Urteile vom 31.05.2006 - B 6 KA 69/04 R - und 20.09.1988 - 6 RKA 3/88 -) auszugliedern und nunmehr den Spruchkörpern für Angelegenheiten der Sozialversicherung zuzuweisen, ist auch nicht ansatzweise in den Materialien des Gesetzgebungsverfahrens erkennbar. Das aber wäre angesichts gefestigter höchstrichterlicher Rechtsprechung notwendig gewesen (zutreffend BSG, Urteil vom 06.05.2009 - B 6 A 1/08 R - m.w.N.). Mit diesen Erwägungen hat sich der 3. Senat nicht auseinandergesetzt. Er verkennt überdies, dass die personale Neustrukturierung des GBA durch das GMG für die Frage, ob ein ihn als Hauptbeteiligter betreffender Rechtsstreit dem Vertragsarztrecht oder dem Krankenversicherungsrecht zuzuordnen ist, letztlich irrelevant ist. Der GBA ist eine Anstalt des öffentlichen Rechts (BSG, Urteil vom 20.03.1996 - 6 RKA 62/94 -). Das Beschlussgremium des GBA besteht seit 01.01.2004 aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern (§ 91 Abs. 2 SGB V). Ungeachtet dessen, dass nunmehr auch die DKG Träger des GBA ist, handelt es sich dennoch weiterhin um eine **Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen**. Dies folgt schon daraus, dass dem GBA - weiterhin - aufgegeben ist, die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten zu beschließen (§ 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die §§ 91, 92 SGB V betreffen die "Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten" i.S. § 10 Abs. 2 SGG. Diese Normen legen fest, dass Krankenkassen und Vertragsärzte (§ 91 SGB V) mittels des aus Rechtsgründen notwendigen Instruments "GBA" zur Sicherung der ärztlichen Versorgung Richtlinien zu erlassen haben (§ 92 SGB V). Hierbei handelt es sich lediglich um eine Konkretisierung des durch § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgelegten Prinzips, wonach Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammenwirken. Die Vorgabe "zusammenwirken zu müssen", bedingt notwendigerweise, dass die Adressaten des Normbefehls (u.a. Ärzte und Krankenkassen) real "in Beziehung" zueinander treten, um die ihnen auferlegte Aufgabe erfüllen zu können. M.a.W.: Ärzte und Krankenkassen müssen miteinander kommunizieren und im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des GBA u.a. untergesetzliche Regelwerke schaffen (vgl. § 72 Abs. 2 SGB V). Hieraus herrührende Streitigkeiten sind demzufolge solche des Vertragsarztrechts. Nichts anderes gilt dann für Streitverfahren, in die der GBA als Hauptbeteiligter einbezogen ist. Immer handelt es sich um eine Streitigkeit aufgrund der Beziehung zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten (§ 10 Abs. 2 SGG), mithin um Vertragsarztrecht. Im Ergebnis zutreffend nimmt deswegen der 6. Senat des BSG an, dass die Erweiterung der Mitgliederstruktur des GBA um Vertreter des DKG keinen Einfluss auf die Zuordnung entsprechender Streitverfahren zum Vertragsarztrecht hat. Im Übrigen: Bei den in § 91 Abs. 5 und Abs. 6 SGB V genannten Beschlüssen wirkt die DKG nicht mit. Ausgehend von der Auffassung des 3. Senats, der seine vom 6. Senat abweichende Position im Wesentlichen mit der Neustrukturierung des GBA durch das GMG ab 01.01.2004 begründet, müsste insoweit Vertragsarztrecht auf der Grundlage der vom 6. Senat in ständiger Rechtsprechung zuvor herausgearbeiteten Grundsätze anzunehmen sein. Konsequenterweise müsste der 3. Senat dann zum Ergebnis kommen, dass §§ 91 Abs. 5 und 6 SGB V betreffende Verfahren solche des Vertragsarztrechts sind. Soweit es hingegen um Beschlüsse nach § 91 Abs. 7 SGB V geht, bei denen anstelle der insgesamt fünf Vertreter der KBV und KZBV weitere Vertreter der DKG mitwirken, würde es sich um Krankenversicherungsrecht handeln. Schon die solchermaßen gebotene Differenzierung verdeutlicht, dass der Ansatz des 3. Senats zumindest fragwürdig ist.

34 Auch soweit der 3. Senat zur Begründung seiner Auffassung auf den **Geschäftsverteilungsplan des BSG** abstellt, trägt dies nicht. Ausgangspunkt jeglicher Erwägungen zur Abgrenzung, ob der jeweilige Rechtsstreit dem Bereich der Krankenversicherung oder dem Vertragsarztrecht zuzuordnen ist, können nur §§ 10, 31 SGG sein. Denn hierdurch wird die Zuständigkeit der Spruchkörper gesetzlich umrissen. Ein Geschäftsverteilungsplan eines Gerichtspräsidiums kann hieran nichts ändern (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 09.07.2004 - L 10 B 6/04 KA ER -). Ergibt sich mithin aus dem SGG (§ 10 Abs. 2 SGG), dass ein Streitverfahren dem Vertragsarztrecht zuzuordnen ist, sieht hingegen der Geschäftsverteilungsplan des betreffenden Gerichts eine Zuordnung zu Spruchkörpern der Sozialversicherung (§ 10 Abs. 1 SGG) vor, ist der Geschäftsverteilungsplan wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht insoweit rechtswidrig und ggf. nichtig. Das Präsidium bestimmt die Besetzung der Spruchkörper, regelt die Vertretung und verteilt die Geschäfte (§ 21e Abs. 1 Gerichtsverfassungsgesetz (GVG)). Die gesetzlichen Zuständigkeitsregelungen kann das Präsidium nicht ändern. Das Präsidium ist daher nicht befugt, eine vertragsarztrechtliche Streitigkeit einem Spruchkörper für Streitsachen der Krankenversicherung zuzuweisen. Gegenläufig gilt nichts anderes. Im Ergebnis gilt daher mit dem 6. Senat des BSG (Urteil vom 06.05.2009 - B 6 A 1/08 R -):

35 Zu den in § 10 Abs 2 SGG genannten Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzten einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände rechnen auch die Streitigkeiten über Entscheidungen der gemeinsamen Gremien von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern und Krankenkassen ... An der Zugehörigkeit prinzipiell aller Streitsachen, die Entscheidungen des GBA betreffen, zum Vertragsarztrecht iS des § 10 Abs 2 SGG hat sich durch die zum 1.1.2004 geänderte Struktur dieses Gremiums nichts geändert. Seitdem gehört die DKG zu den Trägerorganisationen des GBA, der damit nicht mehr nur von Ärzten/Zahnärzten (entsandt von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen) und Krankenkassen getragen wird. (...)

S.a. unter BSG, Beschl. v. 18.11.2009 – B 1 KR 74/08 B – RID 10-01-206 m.w.N.

5. KEIN ANSPRUCH AUF ÜBERMITTLUNG UNVERSCHLÜSSELTER ABRECHNUNGSDATEN

SG München, Urt. v. 07.07.2009 – S 38 KA 5148/07 –

RID 10-01-90

SGB V §§ 82 I, 87 I, 106a, 195 III, 293, 295; Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern v. 20.02.1995 und v. 31.01.2008 (jeweils Bundesschiedsamt)

Eine **Krankenkasse** hat keinen Anspruch, die **Abrechnungsdaten für einen Zahnarzt** ab dem Quartal IV/06 fortlaufend unverschlüsselt übermittelt zu erhalten; die Zahnarzt Nummer kann sie nicht unverschlüsselt erhalten. Aus § 295 II Ziff. 2 SGB V folgt ein solcher Anspruch nicht, da lediglich in § 293 IV SGB V die unverschlüsselte Zahnarzt Nummer genannt wird. Im Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern v. 31.01.2008 ist ausdrücklich in § 2 II Ziff. 5 vorgesehen, dass die Übermittlung der Zahnarzt Nummer verschlüsselt stattfindet.

Das **SG** wies die Klage der AOK gegen die KZV ab.

6. PAUSCHALVERGÜTUNGSFESTSETZUNG FÜR PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ DURCH SCHIEDSSTELLE

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.11.2009 – L 5 KR 142/08 KL –

RID 10-01-91

Revision zugelassen

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 120 IV

Leitsatz: 1. Die Schiedsstelle nach § 120 Abs. 4 SGB V kann auch eine pauschalierte Vergütung festsetzen.

2. Die Schiedsstelle ist berechtigt und verpflichtet, ggf. auch eine andere als die von dem Antragsteller beantragte Vergütung festzusetzen.

Das **LSG** gab der Klage statt und verurteilte zur Neubescheidung.

7. HÄRTEFALL-VERSICHERTE: ANSTATT REGELVERSORGUNG GÜNSTIGERER GLEICHARTIGER ZAHNERSATZ

SG Berlin, Urt. v. 22.04.2009 – S 79 KA 207/06 –

RID 10-01-92

SGB V §§ 55 I 2, 106a; EKV-Z § 17

Für den Härtefall-Versicherten, der anstatt der Regelversorgung einen gleichartigen Zahnersatz gewählt hat, ist die Versorgung auf den **doppelten Festzuschuss** begrenzt. Der Gesetzgeber hat hier in Kauf genommen, dass ausgehend von der Regelversorgung auch der Fall eintreten kann, dass bei der gleichartigen Versorgung diese günstiger ist und dennoch der doppelte Festzuschuss gewährt wird. Aus § 55 SGB V ergibt sich keine Berechtigung der KZV auf eine sog. Neuberechnung.

Das **SG** wies die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage der DAK gegen die KZV, die auf eine sachlich-rechnerische Berichtigung in elf Behandlungsfällen (insgesamt 2.058,52 €) gerichtet war, ab.

Nach **SG Marburg**, Urt. v. 30.09.2009 – S 12 KA 464/07 – RID 09-04-50 (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 94/09 – ist eine KZV nicht berechtigt, gegenüber einer Ersatzkasse die Festsetzung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen gegenüber einzelnen Vertragszahnärzten durch Verwaltungsakt abzulehnen.

VII. Streitwert/Anwaltsvergütung/Kosten des Widerspruchverfahrens

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 (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.

Zur BSG-Rspr. s. ferner zuletzt RID 09-04-A IX (S. 34); 08-04 A IX (S. 27); 07-04 A X (S. 31).

1. STREITWERT

A) HÄLFTIGER REGRESSBETRAG BEI BESCHIEDUNGSRURTEIL

LSG Hessen, Urt. v. 09.12.2009 – L 4 KA 11/09 – RID 10-01-57

Der Regressbetrag (hier: 8.256,03 €) ist nach der ständigen Rechtsprechung des Senats (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 25.04.2007 - L 4 KA 28/06 - sowie LSG Hessen, Beschl. v. 05.10.2005 – L 4 B 79/05 KA – RID 06-01-68 u. v.10.10.2005 - L 4 B 70/05 KA -) zu halbieren, wenn Gegenstand des Berufungsverfahrens nur ein Bescheidungsurteil ist, mit dem gerade noch nicht die vollständige Aufhebung der Honorarberichtigung erreicht werden kann. Es handelt sich um ein „Weniger“ gegenüber einem Antrag auf vollständige Aufhebung des Regresses. Dem eingeschränkten wirtschaftlichen Interesse entspricht es daher, für die Bildung des Streitwerts den Kürzungsbetrag auf die Hälfte zu reduzieren (LSG Hessen, Beschl. v. 20.12.2007 - L 4 B 153/07 KA -, a.A. *BSG*, Urt. v. 16.07.2008 - B 6 KA 57/07 R - juris, Rn. 28).

B) BEDINGUNG/HÄLFTIGE ZULASSUNG

SG Magdeburg, Urt. v. 26.08.2009 – S 1 KA 168/07 – RID 10-01-69

Der Streitwert bezüglich der **Anfechtung einer Bedingung der Zulassung** wird wegen der Sperrwirkung der Nebenbestimmung wie der Wert des eigentlichen Zulassungsbegehrens beurteilt (Abschnitt C Ziff. IX. Nr. 16. 4 und 16. 7 Streitwertkatalog der Sozialgerichtsbarkeit, www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Für den Wert einer Zulassung ist der durchschnittliche Umsatz der Arztgruppe abzüglich des Praxiskostenanteils für einen Zeitraum von drei Jahren zugrunde zu legen. Bei einer **hälftigen Zulassung** ist dieser Betrag zu teilen (hier Streitwert: 39.849,00 €).

2. PRAXISNACHFOLGEVERFAHREN: GEBÜHRENSATZ/STREITWERT

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 30.10.2008 – S 16 KA 12/08 –

RID 10-01-93

MedR 2009, 691

SGB X § 45 II; GKG § 12 I; RVG §§ 13, 14

Leitsatz (MedR): 1. Für Praxisnachfolgeverfahren ist unter Berücksichtigung der Kriterien des §14 RVG ein Gebührensatz in Höhe von 2,0 angemessen.

2. Verfahrensbeteiligte dürfen auf eine ihnen günstige Kostengrundentscheidung auch bei Änderung der Rechtsprechung vertrauen.

3. Im Praxisnachfolgeverfahren sind für die Streitwertbemessung grundsätzlich die durchschnittlichen Honorareinnahmen der Mitglieder des betroffenen Fachgebiets im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung zu Grunde zu legen, ohne dass die individuellen Verhältnisse der erstattungsberechtigten Partei von Belang sind.

3. KOSTEN FÜR WIDERSPRUCHSVERFAHREN: URSÄCHLICHE VERKNÜPFUNG

SG Marburg, Urt. v. 13.01.2010 – S 12 KA 546/09 –

RID 10-01-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de

SGB X § 63 I 1, II

Ein Widerspruch ist nur dann erfolgreich i.S. des § 63 I 1 SGB X, wenn zwischen Rechtsbehelf und begünstigender Entscheidung der Behörde eine ursächliche Verknüpfung im Rechtssinne besteht (vgl. *BSG* v. 21.07.1992 - 4 RA 20/91 - SozR 3-1300 § 63 Nr. 3, juris Rdnr. 18; *BSG* v. 29.01.1998 - B 12 KR 18/97 R - SozR 3-1500 § 144 Nr. 13, juris Rdnr. 23; anders LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.05.2009 – L 3 KA 85/06 – RID 09-04-58, juris Rn. 24, Revision anhängig: B 6 KA 29/09 R).

Das *SG* wies die Klage ab.

4. ERHEBUNG VON RICHTSGBÜHREN NACH SPÄTER STREITWERTFESTSETZUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.12.2009 – L 7 KA 130/09 B –

RID 10-01-95

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

GKG §§ 10, 25

Leitsatz: Das Recht zur Erhebung von Gerichtskosten und Festsetzung des Streitwerts ist nicht allein deshalb verwirkt, weil das Sozialgericht erst ca. 15 Monate nach Erledigung des Rechtsstreits den Streitwert festsetzt.

SG Berlin, Beschl. v. 26.06.2009 - S 83 KA 247/03 – setzte den Regelstreitwert fest, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

5. VERJÄHRUNG DES ANSPRUCHS AUF ZAHLUNG VON RICHTSKOSTEN

LSG Hessen, Beschl. v. 29.12.2009 – L 4 SF 372/09 E –

RID 10-01-96

GKG §§ 5 I 1, III 2, 66 I

Gemäß § 5 I 1 GKG verjähren Ansprüche auf Zahlung von (Gerichts-)Kosten in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem das Verfahren durch rechtskräftige Entscheidung über die Kosten, durch Vergleich oder in sonstiger Weise beendet ist. Durch die Aufforderung zur Zahlung der Gerichtskosten durch eine Kostenrechnung ist gemäß § 5 III 2 GKG von einem erneuten Beginn der Verjährung auszugehen.

Das **LSG** wies die Erinnerung d. Kl. zurück.

VIII. Entscheidungen des BSG

1. HONORAR:

A) PSYCHOTHERAPEUTEN: 90 %-GRENZE ALS STÜTZUNGSVORAUSSETZUNG

BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 30/09 B –

RID 10-01-97

BeckRS 2009 74159

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 22.04.2009 – L 11 (10) KA 57/07 – RID 09-03-03 wird zurückgewiesen.

Ein praktische Arzt, der nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätig ist und lediglich einen Praxisschwerpunkt im Bereich psychotherapeutischer Behandlungen gelegt hat, ohne dabei einen Anteil von 90% seiner Gesamtleistungen zu erreichen, hat keinen Rechtsanspruch, dass die KV die Punktwerte für die psychotherapeutischen Leistungen ihm gegenüber so stützt, dass sie auch im Rahmen der ihrer selbst gewählten Spezialisierung auf psychotherapeutische Behandlungen den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe der praktischen Ärzte und Allgemeinmediziner erreichen können (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 35 S 278).

Parallelverfahren: BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 29/09 B –

RID 10-01-98

BeckRS 2009 74158

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 22.04.2009 – L 11 (10) KA 56/07 – wird als unbegründet zurückgewiesen.

B) MKG-CHIRURGEN IN DER HONORARGRUPPE „SONSTIGE ÄRZTE“

BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 33/08 B –

RID 10-01-99

BeckRS 2009 74263

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 06.03.2008 – L 5 KA 41/07 – RID 09-01-73 wird zurückgewiesen.

Es ist zulässig, die Gruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen einem „Auffangtopf“ für „sonstige Ärzte“ zuzuschlagen, da es sich um eine sehr kleine Arztgruppe handelt, die im Übrigen ganz überwiegend ihre Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnet.

C) HONORARTOPF BEI KLEINER FACHGRUPPE (3 BZW. 4 HÄMATOLOGEN/ONKOLOGEN)

BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 61/08 B –

RID 10-01-100

BeckRS 2009 74779

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 12.06.2008 – L 5 KA 43/07 – wird zurückgewiesen.

Bei Honorarverteilungsregelungen besteht ein weiter Gestaltungsspielraum. Dieser umfasst sowohl die Zusammensetzung der maßgeblichen Arztgruppen als auch die Bestimmung der Höhe des maßgeblichen Honorarkontingents. Allerdings ist der Normgeber verpflichtet, die Situation und die weitere Entwicklung zu beobachten sowie im Falle erheblicher Verwerfungen im Honorargefüge zu reagieren (vgl. hierzu u. a. BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 17 Rn. 23 m.w.N.; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 40 Rn. 20; grundlegend zur Beobachtungs- und Reaktionspflicht: BSGE 83, 1, 4 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr. 26 S. 186 ff). Eine Reaktionspflicht bei der Honorarverteilung kann danach gegeben sein, wenn sich bei einer Arztgruppe ein auf das Honorar mindernd auswirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15% unter das sonstige Durchschnittsniveau ergibt, von dem Punktwertverfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen ist, die dem Punktwertverfall zugrunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten ist und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden (zusammenfassend BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 40 Rn. 20, m.w.N.). Eine gesteigerte Beobachtungspflicht besteht bei einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern zugeordnet und der zudem in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen ist (BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12, jeweils Rn. 31).

Eine KV muss auf die Erhöhung der Zahl der ärztlichen Leistungserbringer, deren Leistungen aus einem bestimmten Honorartopf vergütet werden, grundsätzlich nicht mit einer Erhöhung dieses Topfes reagieren, sofern der Erhöhung der Ärztezahl nicht ein gesteigener Bedarf zugrunde liegt (BSG, Beschl. v. 23.05.2007 - B 6 KA 85/06 B - juris Rn. 9 unter Hinweis auf BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12). Damit ist die Frage geklärt, wie der Normgeber auf Veränderungen der Zahl der Mitglieder einer Arztgruppe zu reagieren hat.

D) INDIVIDUALBUDGET

AA) ERHÖHUNG EINES INDIVIDUALBUDGETS BEI NEUEM BETÄTIGUNGSFELD

BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 50/08 B –

RID 10-01-101

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 (10) KA 34/06 – RID 08-03-03 wird als unbegründet zurückgewiesen.

Budgeterhöhungen bzw. -erweiterungen sind einem Arzt im Rahmen eines **Individualbudgets** dann zu bewilligen, wenn er entweder seine Praxis in seiner **Struktur neu** ausrichtet auf Leistungen, die er bisher nicht angeboten hat und für die ein Versorgungsbedarf besteht, oder - ohne Neuausrichtung seiner Praxis - wenn die von ihm angebotenen Leistungen plötzlich dadurch erheblich mehr nachgefragt werden, weil ein **anderer Versorger ausfällt** (vgl. BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S. 210 zur Änderung der Behandlungsausrichtung von allgemein Zahnärztlicher zu oralchirurgischer Tätigkeit; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr. 10 Rn. 30, 32 zu einer Praxisstruktur, die durch operative Tätigkeit vom Durchschnitt der Arztgruppe deutlich abweicht; BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S. 210 zum plötzlichen Tod eines Kieferorthopäden in einer kleineren Stadt). Unzureichend ist hingegen eine **bloße Verlagerung des Leistungsschwerpunkts** ohne strukturelle Änderungen, z.B. von traditionell Zahnärztlichen zu zahnhaltebehandlungen oder zu vermehrten Wurzelbehandlungen (BSG USK 99119 S. 689). Die **Härtefall-Zuerkennung** erfordert im Übrigen außer dem Vorliegen eines besonders gelagerten Einzelfalls auch eine Ermessensausübung, die aber nur dann zur Bewilligung einer Budgeterhöhung führen darf, wenn sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet ist als auch ein unabweisbarer Bedarf zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung besteht.

Zu Honorierungsfragen speziell im Zusammenhang mit der vermehrten Erbringung ambulanter Operationen hat das BSG ebenfalls bereits grundsätzliche Klärungen vorgenommen.

BB) INDIVIDUELLE PUNKTZAHLVOLUMINA FÜR AUGENÄRZTE

BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 24/08 B –

RID 10-01-102

BeckRS 2009 74262

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Schleswig-Holstein*, Urt. v. 13.11.2007 – L 4 KA 9/06 – RID 08-02-16 wird als unbegründet zurückgewiesen.

In der Rechtsprechung des Senats ist geklärt, dass ein Honorarverteilungssystem, wie es die Bekl. mit der **arztgruppenbezogenen Zuweisung von individuellen Punktzahlvolumen (IPZV)** praktiziert hat, prinzipiell mit höherrangigem Recht vereinbar ist. Das hat der Senat speziell im Hinblick auf den hier zu beurteilenden HVM unter dem Aspekt der Wachstumsmöglichkeiten von unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen mit zwei Urteilen vom 28.01.2009 (B 6 KA 4/08 R und B 6 KA 5/08 R, letzteres zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 85 Nr. 45 vorgesehen) entschieden.

Die Notwendigkeit und die Reichweite von **Härtefallregelungen** im HVM bzw. in Honorarverteilungsverträgen von KVen sind in der Rechtsprechung des Senats durch eine Vielzahl von Entscheidungen geklärt (st. Rspr. seit BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S 210; zuletzt Urteil vom 28.01.2009 - B 6 KA 5/08 R - zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 85 Nr. 45 Rn. 42 vorgesehen). Ihre Ausgestaltung im Einzelnen und ihre Anwendung auf die unterschiedlichen Praxen der jeweiligen Arztgruppen in den einzelnen Quartalen haben in der Regel keine über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung und bedürfen deshalb nicht der Klärung in einem Revisionsverfahren.

CC) QUOTIERUNG AUF 90% DES BEMESSUNGSZEITRAUMS

BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 42/08 B –

RID 10-01-103

BeckRS 2010 65255

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Sachsen*, Urt. v. 02.04.2008 – L 1 KA 10/06 wird zurückgewiesen.

In den Grundzügen geklärt ist, dass es rechtmäßig ist, bei Einführung von Individualbudgets eine sog. Quotierung vorzunehmen, d.h. das dem einzelnen Arzt zugewiesene Budget auf eine Quote - hier 90% - des Abrechnungsvolumens der Praxis im Bemessungszeitraum abzusenken, um so die nötigen Finanzmittel für diejenigen Ärzte verfügbar zu haben, die z.B. wegen Praxisaufbaus oder wegen bisher nur unterdurchschnittlicher Abrechnungsmengen einen Anspruch auf Wachstum bis zum Durchschnitt der Fachgruppe haben (zu solcher Quotierung grundsätzlich z.B. BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5, jeweils Rn. 14; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 6 Rn. 12).

Das BSG hat bisher nicht ausdrücklich dazu Stellung genommen, wie eine solche Quotierung auf 90% im Einzelnen ausgestaltet werden kann. Wird das praxisindividuelle persönliche Punktmengenvolumen (PMV) auf 90% des Abrechnungsvolumens der Praxis im Bemessungszeitraum begrenzt, so kann das zur Folge haben, dass - vorbehaltlich von Vergütungen außerhalb des PMV - zwei Praxen dasselbe Honorar erhalten, wenn sie in einem Quartal 90% bzw. 100% ihres Abrechnungsvolumens aus dem Bemessungszeitraum erreichen. Soweit die Kl. daran als leistungsfeindlich beanstandet, dass ein größeres Abrechnungsvolumen einer Praxis nicht immer auch zu mehr Honorar führt, wendet sie sich prinzipiell gegen das System von Punktmengengrenzen. Dessen Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht ist indessen in der Rechtsprechung seit Langem geklärt.

Parallelverfahren: *LSG Sachsen*, Urt. v. 02.04.2008 – L 1 KA 9/06 - RID 08-03-06

BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 51/08 B –

RID 10-01-104

BeckRS 2010 65256

E) FESTE VERGÜTUNG FÜR EINZELLEISTUNG

BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 21/08 B –

RID 10-01-105

BeckRS 2009 74221

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 14.11.2007 – L 12 KA 275/05 – RID 08-03-07 wird zurückgewiesen.

In der Rechtsprechung des Senats ist geklärt, dass die Partner der Gesamtverträge Vereinbarungen schließen dürfen, in denen sich die Krankenkassen verpflichten, einzelne vertragsärztliche Leistungen, die besonders förderungswürdig sind und bei denen die Qualität der Leistungserbringung aus der Sicht der Krankenkassen besondere Bedeutung hat, **besonders zu vergüten**. Die besonderen Anreize können in Form von **Zuschlägen**, von **Pauschalzahlungen** oder auch in Form einer Vergütung nach festen, gesamtvertraglich vereinbarten **Punktwerten** und **ohne mengenbegrenzende Komponenten** gesetzt werden.

Die Gesamtvertragspartner sind jedenfalls grundsätzlich berechtigt, besonders attraktive Vergütungsbedingungen für bestimmte wichtige ambulante Leistungen zu schaffen. Ein **Vertragsarzt** ist nach der Rechtsprechung des Senats nicht berechtigt, gesamtvertragliche Vereinbarungen über die Höhe der **Gesamtvergütung gerichtlich überprüfen zu lassen** (BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 21 Rn. 19 ff). Das gilt auch, soweit ein Teil der Gesamtvergütung als echte Einzelleistungsvergütung für ausgewählte Leistungen vereinbart worden ist.

F) LABORREFORM 1999: HÖCHSTWERTREGELUNG NACH NR. 4624 EBM

BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 15/09 B –

RID 10-01-106

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 227/05 – RID 09-02-23 wird als teils unzulässig, im Übrigen unbegründet zurückgewiesen.

Die generelle Zulässigkeit von **Abstaffelungsregelungen** und **mengenbegrenzenden Vergütungsvorgaben** im EBM ist seit langem geklärt. Ebenso ist geklärt, dass die **Laborärzte** trotz ihrer Bindung an den Überweisungsauftrag in gewissen Grenzen den Umfang der von ihnen erbrachten Leistungen selbst (mit) bestimmen können, sodass mengenbegrenzende Regelungen nicht nur bei den überweisenden Ärzten, sondern auch bei den Laborärzten ansetzen dürfen.

G) EINBEHALT VON HONORARAUSZAHLUNGEN WEGEN GELTEND GEMACHTER GEGENANSPRÜCHE

BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 56/08 B –

RID 10-01-107

BeckRS 2009 74483

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 04.06.2008 – L 5 KA 4245/06 – wird zurückgewiesen.

Ein HVM kann einen Honorareinbehalt über Jahre hinweg in den Fällen vorsehen, in denen weitaus höhere mögliche Gegenforderungen der KV gegen den Arzt - ebenfalls über Jahre hinweg - im Raum stehen. Ein solcher Honorareinbehalt dient dem Interesse der Vertragsärzteschaft daran, die allen Ärzten zustehenden Gesamtvergütungen gerecht zu verteilen und die Ärzteschaft gegen Honorarausfälle abzusichern, indem Honorarauszahlungen an Ärzte, die später möglicherweise ihrerseits zu Rückzahlungen verpflichtet sind, bis zur abschließenden rechtlichen Klärung einbehalten werden. Dieses Interesse stellt einen ausreichend gewichtigen Sachgrund dar, um die Beschränkungen der durch Art. 12 I GG geschützten beruflichen Betätigungsfreiheit zu rechtfertigen.

H) ERSETZEN EINES DEGRESSIONSBESCHEIDS (§ 96 SGG)/ANHÖRUNGSRÜGE

BSG, Beschl. v. 17.06.2009 – B 6 KA 36/08 B –

RID 10-01-108

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 472/03 – juris wird zurückgewiesen.

Es liegt ein **Fall nach § 96 SGG** vor, wenn ein einziger Bescheid sowohl den vorläufigen Degressionsbescheid als auch den vorläufigen Honorarbescheid ersetzt.

Das **Unterlassen einer Verbindung** mehrerer separat anhängig gemachter Streitsachen begründet keinen Verfahrensmangel, auf dem die Sachentscheidung zu den verschiedenen Streitgegenständen beruhen kann. Hat der Kläger einer Verbindung der Verfahren ausdrücklich widersprochen, so kann kein pflichtwidriges Unterlassen der Verbindung angenommen werden.

BSG, Beschl. v. 11.09.2009 – B 6 KA 1/09 C –

RID 10-01-109

juris

Die für die Zulässigkeit des außerordentlichen Rechtsbehelfs einer **Anhörungsrüge** erforderliche Darlegung des Vorliegens der Voraussetzungen einer Verletzung des Anspruchs auf **rechtliches Gehör** muss den Gehalt des Gebots berücksichtigen; es bedarf mithin einer in sich schlüssigen Darstellung, dass trotz der genannten Grenzen des Prozessgrundrechts eine Verletzung des rechtlichen Gehörs in entscheidungserheblicher Weise vorliegt.

Das BVerfG betont in ständiger Rechtsprechung, dass das Gebot der Gewährung rechtlichen Gehörs die Gerichte nicht verpflichtet, der **Rechtsansicht eines Prozessbeteiligten** zu folgen (vgl. BVerfG <Kammer>, Beschl. v. 20.02.2008 - 1 BvR 2722/06 - juris Rn. 11, 14, 16, 20, 23, 25 unter Hinweis auf BVerfGE 64, 1, 12; 87, 1, 33). Die Behauptung, eine richterliche Entscheidung sei - am einfachen Recht gemessen - objektiv fehlerhaft, vermag deshalb grundsätzlich keinen Verstoß gegen Art 103 I

GG zu begründen (so bereits BVerfGE 22, 267, 273; s auch BVerfGK 6, 88, 91). Denn das Verfahren der Anhörungsrüge dient nicht dazu, das Gericht unabhängig vom Vorliegen eines Gehörsverstößes zur Überprüfung einer dem Rechtsmittelführer ungünstigen Rechtsauffassung zu veranlassen (BVerfGK 7, 115, 116).

2. ZULASSUNGSRECHT

A) KEINE ZULASSUNGSFÄHIGKEIT EINES FACHARZTES FÜR HERZCHIRURGIE

BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 35/08 R – SozR 4-2500 § 95 Nr. 15

RID 10-01-110

Leitsatz: 1. Die Zulassungsgremien sind durch den Arztregistereintrag nicht gebunden, einen Arzt unter der eingetragenen Bezeichnung zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen.

2. Die Zulassungsfähigkeit einer Arztgruppe hängt davon ab, ob die Leistungen, die das jeweilige Fachgebiet prägen, zu einem relevanten Teil Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind und ambulant erbracht werden können.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 36/08 R –*

RID 10-01-111

B) WIEDERZULASSUNGSSPERRE NACH KOLLEKTIVEM ZULASSUNGSVERZICHT

BSG, Urt. v. 17.06.2009 – B 6 KA 16/08 R – SozR 4-2500 § 95b Nr. 2

RID 10-01-112

Leitsatz: 1. Alle Vertragsärzte, die an einer Aktion zum kollektiven Verzicht auf die Zulassung teilnehmen, können frühestens nach sechs Jahren erneut zugelassen werden, wenn die Aufsichtsbehörde zumindest für einen Planungsbereich aufgrund der Verzichtsaktion eine Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung der Versicherten festgestellt hat.

2. Die - mit dem Grundgesetz vereinbare - Wiederzulassungssperre tritt unabhängig davon ein, ob ein Teilnehmer an der Kollektivverzichtsaktion seinen Praxissitz gerade in dem Bereich hatte, für den eine solche Feststellung getroffen worden ist, und muss im gesamten Bundesgebiet beachtet werden.

3. Der einzelne Vertragsarzt kann die Feststellung der Aufsichtsbehörde nicht gerichtlich anfechten, sondern nur in dem Rechtsstreit über seine eigene Wiederzulassung zur gerichtlichen Überprüfung stellen, ob er persönlich an einer rechtswidrigen Kollektivverzichtsaktion teilgenommen hat.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 17.06.2009 – B 6 KA 14/08 R –*

RID 10-01-113

C) EINHEITLICHE FACHGRUPPE DER INTERNISTEN

BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 69/08 B –

RID 10-01-114

^{juris}
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2414/08 – wird als unbegründet zurückgewiesen.

Ein **Lungenfacharzt** (bzw. synonym: Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde) fällt unter die Zulassungsbeschränkungen für **Internisten**.

Die Einbeziehung pneumologisch tätiger Ärzte in die einheitliche bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe fachärztlich tätiger Internisten bzw. die **Zusammenfassung höchst heterogener internistischer Tätigkeiten unterschiedlicher Schwerpunkte** zu einer einheitlichen Arztgruppe ist mit höherrangigem Recht vereinbar. Nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 - B 6 KA 10/08 R - juris Rn. 14 kann in einem Planungsbereich mit Zulassungsbeschränkungen für fachärztliche Internisten ein Internist mit Schwerpunkt Pneumologie nur bei Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs zugelassen werden.

D) BEDARFSUNABHÄNGIGE ZULASSUNG ALS PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN (ZEITFENSTER)

BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 1/09 B –

RID 10-01-115

^{juris}
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 26.11.2008 – L 4 KA 81/07 – RID 09-02-63 wird zurückgewiesen.

Eine **Teilnahme** i.S.d. § 95 X 1 Nr. 3 SGB V ist nur gegeben, wenn die Zahl der Behandlungsstunden für Versicherte der Krankenkassen entweder in einem halben Jahr des Zeitfensters durchschnittlich mindestens 11,6 je Woche oder im letzten Vierteljahr durchschnittlich mindestens 15 je Woche betrug;

diese Härtefallregelung ermöglicht eine flexible, allen Umständen des Einzelfalls gerecht werdende Handhabung (vgl. BSG, Beschl. v. 05.11.2003 - B 6 KA 66/03 B - juris Rn. 11 m.w.N.). Die Regelung ist verfassungsgemäß und bedarf keiner weitergehender Übergangsregelung. Die Vergabe einer eigenen Abrechnungsnummer vor dem Zeitfenster ist für die Feststellung, ob ein Psychotherapeut an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der GKV teilgenommen hat, ohne Bedeutung.

E) SONDERBEDARFSZULASSUNG

AA) KINDER- UND JUGENDMEDIZINER MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNG PNEUMOLOGIE

BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 34/08 R – SozR 4-2500 § 101 Nr. 7

RID 10-01-116

Leitsatz: 1. Bei der Entscheidung über einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung sind grundsätzlich alle bis zur letzten mündlichen Verhandlung im gerichtlichen Verfahren eintretenden Tatsachen- und Rechtsänderungen zu berücksichtigen. Dies gilt auch, wenn die KÄV die Zulassungserteilung an den Arzt anfecht.

2. Die Prüfung eines Versorgungsdefizits als Voraussetzung für eine Sonderbedarfszulassung ist an der realen Versorgungslage auszurichten. Nachrangige Leistungsangebote anderer Leistungserbringer (z.B. ermächtigter Krankenhausärzte) sind außer Betracht zu lassen.

3. Der von den im Planungsbereich bereits zugelassenen Ärzten nicht gedeckte Versorgungsbedarf muss dauerhaft erscheinen, sich auf die gesamte Breite des spezialisierten Bereichs erstrecken und für eine wirtschaftlich tragfähige Praxis ausreichen.

BB) VERSORGUNGSBEDARF AUFGRUND ZU LANGER WARTEZEITEN

BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 21/08 R – SozR 4-2500 § 101 Nr. 6

RID 10-01-117

Leitsatz: Die Beurteilung, ob der für eine Sonderbedarfszulassung erforderliche Versorgungsbedarf vorliegt, kann auch anhand der bei den Vertragsärzten bestehenden Wartezeiten erfolgen.

CC) DEFENSIVE KONKURRENTENANFECHTUNG

BSG, Urt. v. 17.06.2009 – B 6 KA 38/08 R – SozR 4-2500 § 101 Nr. 5

RID 10-01-118

Leitsatz: 1. Vertragsärzte sind grundsätzlich berechtigt, die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung anzufechten.

2. Eine Anfechtungsberechtigung setzt ein reales Konkurrenzverhältnis voraus, dessen Grundlagen der anfechtende Arzt darzulegen hat, wenn sie nicht offensichtlich sind.

DD) DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE NACH EIGENER SONDERBEDARFSZULASSUNG

BSG, Urt. v. 17.06.2009 – B 6 KA 25/08 R – SozR 4-1500 § 54 Nr. 16

RID 10-01-119

Leitsatz: 1. Vertragsärzte sind berechtigt, die Zulassung anderer Ärzte anzufechten, wenn deren Zulassung davon abhängt, dass der Versorgungsbedarf durch die bereits zugelassenen nicht gedeckt ist.

2. Auch Vertragsärzte, die selbst wegen eines besonderen Versorgungsbedarfs zugelassen wurden, können Sonderbedarfszulassungen gerichtlich überprüfen lassen.

3. ANFECHTUNG DER FESTSTELLUNG FEHLENDER SICHERSTELLUNG (§ 72A SGB V)

BSG, Urt. v. 17.06.2009 – B 6 KA 18/08 R – SozR 4-1500 § 54 Nr. 15

RID 10-01-120

Leitsatz: 1. Der an einer Aktion zum kollektiven Verzicht auf die Zulassung beteiligte Vertrags(zahn)arzt ist nicht berechtigt, den feststellenden Bescheid der Aufsichtsbehörde anzufechten, dass aufgrund der Kollektivverzichtsaktion die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung in einer Region nicht mehr sichergestellt sei.

2. Der feststellende Bescheid der Aufsichtsbehörde nach § 72a SGB 5 ist für das Wiederzulassungsverfahren des (Zahn-)Arztes bindend. Dort ist in Bezug auf das Eingreifen der Wiederzulassungssperre gesondert nur zu prüfen, ob ein Kollektivverzicht vorlag, an dem der (Zahn-)Arzt persönlich teilnahm.

4. VERFAHRENSRECHT

A) GEHÖRSVERLETZUNG BEI UNTERLASSENER LADUNG DES BEVOLLMÄCHTIGTEN AUFGRUND VERSEHENS

BSG, Beschl. v. 16.12.2009 – B 6 KA 37/09 B –

RID 10-01-121

BeckRS 2010 65558

LSG Thüringen, Urt. v. 13.09.2009 – L 4 KA 303/05 - wird aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Das Gebot des rechtlichen Gehörs hat auch zum Inhalt, dass die Beteiligten ausreichend Gelegenheit zur Abgabe sachgemäßer Erklärungen haben müssen. Vor allem in der mündlichen Verhandlung, dem „Kernstück“ des gerichtlichen Verfahrens (vgl. BSGE 44, 292, 293 = SozR 1500 § 124 Nr. 2; BSG SozR 3-1500 § 160 Nr. 33), ist den Beteiligten Gelegenheit zu geben, sich zum gesamten Streitstoff zu äußern. Wird aufgrund mündlicher Verhandlung entschieden, müssen die Beteiligten daher die Möglichkeit haben, hieran teilzunehmen. Hiergegen wird verstoßen, wenn ein Klägerbevollmächtigter entgegen § 73 VI 5 SGG nicht zum Termin, in dem verhandelt und entschieden wird, geladen wird und auch nicht erscheint. Wird der Kläger allein geladen, ist die Ladung nicht wirksam. Dass das Gericht keine Kenntnis von der Bevollmächtigung hatte, weil die Vollmacht offenbar durch ein gerichtsorganisatorisches Versehen in die falsche Akte gelangt war, vermag daran nichts zu ändern.

B) KEINE REVISION BEI EINZELFALLBESONDERHEITEN (HONORARRÜCKFORDERUNG JOB-SHARING-PRAXIS)

BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 68/08 B –

RID 10-01-122

BeckRS 2009 74431

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 853/07 – wird zurückgewiesen.

Ist der zugrunde liegende Sachverhalt so sehr von Einzelfallumständen geprägt (hier: Wechsel des Job-Sharing-Partners mitten im Quartal), dass anhand des vorliegenden Sachverhalts Klärungen grundsätzlicher Art nicht möglich sind, kommt eine Revisionszulassung nicht in Betracht.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B I (S. 39); 07-04-B I (S. 34).

1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

A) RHEOPHERESE-THERAPIE BEI TROCKENER ALTERSABHÄNGIGER MACULADEGENERATION

LSG Bayern, Urt. v. 8.10.2009 – L 4 KR 107/08 –

RID 10-01-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I, 13 III, 27 I, 135 I

Bei der **Rheophere-*Therapie*** bei trockener altersabhängiger **Maculadegeneration** handelt es sich um eine bisher wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethode und damit um keine zugelassene Behandlungsmethode im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, sondern um eine **außervertragliche Leistung**. Ein sog. **Systemversagen** liegt nicht vor.

Die beidseits trockene altersabhängige **Maculadegeneration** mit Drusenbildung ist **nicht lebensbedrohlich** oder gar regelmäßig tödlich verlaufend. Sie kann noch von ihrer Schwere und dem Ausmaß der aus ihr folgenden Beeinträchtigungen her solchen Krankheiten nicht gleichgestellt werden, so dass auch nicht eine gleichzusetzende "Notstandssituation" in Betracht kommt. Sie führt zu Sehbehinderungen, jedoch nie zur völligen Erblindung (für eine Gleichstellung mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung bei Gefahr akut drohender Erblindung bei einem Kind wohl BSG, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 12/04 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 7 = BSGE 96, 153, Rn. 31 und 14.12.2006 - B 1 KR 12/06 - SozR 4-2500 § 31 Nr. 8).

SG Würzburg, Urt. v. 11.03.2008 - S 6 KR 573/06 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

B) GAMMA-KNIFE-BEHANDLUNG

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 10.12.2009 – L 5 KR 84/09 –

RID 10-01-124

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

SGB V §§ 27, 135

Leitsatz: Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben keinen Anspruch auf eine Gamma-Knife-Behandlung, wenn mit der stereotaktischen Bestrahlung durch einen Linearbeschleuniger eine gleichwertige anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht.

SG Koblenz, Urt. v. 25.02.2009 - S 5 KR 442/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG: KRYOKONSERVIERUNG

A) KEINE KRYOKONSERVIERUNG WEGEN BEFÜRCHTETER ZEUGUNGSUNFÄHIGKEIT DURCH KREBSBEHANDLUNG

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 49/09 -

RID 10-01-125

Revision anhängig: B 1 KR 26/09 R

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

SGB V §§ 27 I 4, 27a I

Das **Einfrieren und Lagern männlichen Samens** wegen befürchteter Zeugungsunfähigkeit durch eine kombinierte Chemo- und Bestrahlungstherapie ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, weil die Kryokonservierung und Lagerung von Samenzellen nicht geeignet ist, die Krankheit eines Versicherten (hier: Rektumkarzinom) zu beeinflussen. Auch § 27a SGB V scheidet als Rechtsgrundlage für den Anspruch aus, da eine Kryokonservierung einschließlich anschließender Lagerung nicht zu den Maßnahmen gehört, die dem einzelnen Zeugungsakt entsprechen und unmittelbar der Befruchtung dienen.

SG Koblenz, Gerichtsbb. v. 09.01.2009 - S 5 KR 361/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) KEINE GESONDERTE VERGÜTUNG FÜR CHONDROCYTENZÜCHTUNG BEI KRANKENHAUSAUFENTHALT

LSG Bayern, Urt. v. 10.09.2009 – L 4 KR 227/08 –

RID 10-01-126

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 III; BPfIV § 2 I 1

Die Herstellung des Knochenzellentransplantats (Chondrocytenzüchtung) ist keine gesonderte Leistung eines Vertragskrankenhauses, sondern diese Leistung ist durch die Pflegesätze bzw. Zahlung der DRG-Fallpauschale abgegolten.

SG Würzburg, Urt. v. 31.03.2008 - S 3 KR 45/05 - wies die Klage einer Versicherten auf Übernahme von Kosten für die Anzüchtung und Lieferung von autologen Chondrocyten in Höhe von 4.173 € ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. LIPOSUKTION DER BEINE

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.11.2009 – L 9 KR 29/08 –

RID 10-01-127

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I, 13 III, 27 I 1, 39 I 2, 135 I 1

Ein Anspruch auf eine ambulante ärztliche Liposuktion scheidet daran, dass der GBA diese neue Methode der Fettabsaugung weder ärztlich empfohlen hat noch ein Ausnahmefall vorliegt, bei welchem dies entbehrlich ist (BSG, Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KR 11/08 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 19).

SG Berlin, Urt. v. 16.11.2007 - S 86 KR 2662/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt *LSG Bayern, Urt. v. 13.11.2008 – L 4 KR 437/07 – RID 09-01-123;* zur operativen Brustkorrektur mittels Liposuktion *SG Aachen, Urt. v. 03.03.2009 – S 13 KR 157/08 – RID 09-02-118.*

4. ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

A) IMPLANTANTGESTÜTZTER ZAHNERSATZ

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.12.2009 – L 11 KR 4668/09 –

RID 10-01-128

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 28 II 9, 92

Leitsatz: Anspruch eines gesetzlich Krankenversicherten auf implantologische Leistungen bei einer dauerhaft bestehenden Xerostomie nach einer Tumorbehandlung.

SG Karlsruhe, Urt. v. 24.08.2009 - S 5 KR 4043/08 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück, da beim Kl. ein besonders schwerer Fall, mithin eine Ausnahmeindikation für Implantate, vorliege und eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich sei; die einzig in Betracht kommende Brückenversorgung sichere keinen dauerhaften Behandlungserfolg.

B) KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNGEN BEI ERWACHSENEN

LSG Bayern, Urt. v. 12.11.2009 – L 4 KR 277/08 –

RID 10-01-129

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 159/09 B
SGB V § 29 I

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Leitsatz: Nur bei erheblichen Beeinträchtigungen der in § 29 Abs. 1 SGB V genannten Funktionen ist die Krankenkasse zur Versorgung von kieferorthopädischen Leistungen verpflichtet.

SG Landshut, Urt. v. 06.08.2008 - S 4 KR 220/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. Kostenerstattungsanspruch

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B II (S. 41)); 07-04-B II (S. 40).

1. ZINSANSPRUCH

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.12.2009 – L 1 KR 5/09 –

RID 10-01-130

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 II; SGB I § 44; SGB IV §§ 24, 25

Es besteht keinerlei sachlicher Grund, einem Versicherten, der ursprünglich einen **Sachleistungsanspruch** hatte, diesen aber, wie es Anspruchsvoraussetzung z.B. des § 13 III SGB V ist, die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie (wie hier ein C-Leg) die Leistung zunächst zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten Kosten entstanden sind, die

Verzinsung nicht zu gewähren. Ein solcher Versicherter ist ebenso einem Zinsverlust für das aufgebrauchte Geld ausgesetzt wie ein Versicherter, dem eine Leistung, die von Anfang an eine Geldleistung war, wie z. B. eine Rente, zu Unrecht vorenthalten wurde.

SG Cottbus, Urt. v. 15.11.2008 - S 10 KR 27/06 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. 2.041,66 EUR zu zahlen.

2. BEHANDLUNG IN PRIVATKRANKENHAUS

SG Bremen, Urt. v. 17.11.2009 – S 4 KR 208/06 –

RID 10-01-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 III

Ein **sozialrechtlicher Herstellungsanspruch** ist vor dem Hintergrund der abschließenden Regelung des § 13 III SGB V ausgeschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 02.11.2007 - B 1 KR 14/07 R -).

Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht auch dann nicht, wenn die als **Sachleistung** erbrachte Leistung in einer zugelassenen Klinik sogar **teurer** gewesen wäre als im Privatkrankenhaus (vgl. BSG, Urt. v. 13.11.1995 - 1 RK 5/94 - SozR 3-2500 § 13 Nr. 9).

Das **SG** wies die Klage ab.

3. EINHALTUNG DES BESCHAFFUNGSWEGS

SG Düsseldorf, Urt. v. 19.05.2009 – S 9 KR 159/07 –

RID 10-01-132

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 III

Erfolgt die Versorgung mit multifokalen Linsen im Zeitraum vom 13.06.2007 bis 20.06.2007, wird aber ein Antrag auf Kostenübernahme erst im Juli 2007 gestellt, so besteht gemäß § 13 III SGB V kein Kostenerstattungsanspruch, da hierfür der Versicherte **vor Inanspruchnahme der Leistung Kontakt mit seiner Krankenkasse** aufgenommen haben muss. Denn nur wenn es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Ablehnung durch die Krankenkasse und dem eingeschlagenen Beschaffungsweg gibt, kommt ein Kostenerstattungsanspruch in Betracht (vgl. zum sog. Beschaffungsweg BSG v. 18.01.1996, SozR 3-2500 § 13 Nr. 10; BSG v. 15.04.1997, SozR 3-2500 § 13 Nr. 15 oder NZS 1997, 569).

Das **SG** wies die Klage ab.

4. ANTRAG FÜR STATIONÄRE BEHANDLUNG UNERHEBLICH BEI AMBULANTER DURCHFÜHRUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.09.2009 – L 9 KR 1022/05 –

RID 10-01-133

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 III

Hat ein auf eine **ambulant durchgeführte Mastektomie** gerichtetes **Verwaltungsverfahren** nicht stattgefunden, so besteht kein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 III SGB V. Die Antragstellung für eine **stationäre Durchführung** einer Behandlungsmaßnahme reicht nicht aus; sie stellt gegenüber der ambulanten Durchführung ein rechtliches Aliud dar (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 25.09.2008 – L 9 KR 22/08 – RID 09-01-174). Dies folgt aus den unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen, den (in der Regel) unterschiedlichen Leistungserbringern sowie den unterschiedlichen Vergütungs- und Qualitätssicherungsvoraussetzungen der beiden Leistungssektoren.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 04.05.2005 - S 72 KR 400/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Stationäre Krankenhausbehandlung

Zur **BSG-Rspr.** vgl. zuletzt RID 08-04-B III (S. 34); 06-04-B III 1 (S. 55); zur **Instanzenrspr.** vgl. zuletzt RID 09-04-B III (S. 43 f.); 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).

IV. Krankenbehandlung im Ausland

Zur **BSG-Rspr.** vgl. zuletzt RID 09-04-B IV (S. 44); 06-04-B III 1 (S. 55); zur **Instanzenrspr.** vgl. zuletzt RID 09-04-B IV m.w.N.

V. Arzneimittel: Off-Label-Use

Zur **BSG-Rspr.** s. zuletzt RID 09-04-B V (S. 45); 08-04 B IV (S. 36); 07-04-B V (S. 44).

1. VERABREICHUNG EINER AUSGEEINZELTEN DOSIS LUCENTIS

SG Halle, Urt. v. 21.12.2009 – S 25 KR 277/09 ER –

RID 10-01-134

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27, 31

Eine Versicherte kann nicht auf bestimmte **Kliniken** verwiesen werden, mit denen die Krankenkasse einen **Vertrag zur Vergütung der Injektionstherapien mittels der Präparate Lucentis** und Macugen geschlossen hat, soweit dort eine **Auseinzelung** vorgenommen wird, da sich die Zulassung des Wirkstoffes Ranibizumab lediglich auf den einmaligen Gebrauch bezieht. Diese Auseinzelung ist in der medizinischen Fachwelt äußerst umstritten und es wird hier von einem Off-Label-Use mit den damit verbundenen Haftungsrisiken ausgegangen.

Der Umstand der **ungeklärten Risiken** der Verabreichung einer ausgeeinzelten Dosis Lucentis ist höher zu werten als die Gefahr möglicherweise zu Unrecht erbrachter Leistungen.

Das **SG** verpflichtete die Ag., die Kosten für die Behandlung der feuchten Makuladegeneration am linken Auge der Ast. mit drei Lucentisinjektionen durch die Fachärzte für Augenheilkunde Dr. H., Dr. W. und S. in Höhe von 1.546,22 je Injektion (1.296,22 EUR für die Einzeldosis Lucentis sowie 250,00 EUR für die ärztliche Leistung je Injektion), insgesamt bis zu einer Höhe von 4.638,66 EUR zu übernehmen und wies im Übrigen den Antrag ab.

Zu Lucentis s. zuletzt **SG Köln**, Beschl. v. 02.07.2009 – S 26 KN 24/09 KR ER – RID 09-03-104 m.w.N.

2. INJEKTION DES FERTIGARZNEIMITTELS TRIAMCINOLON BEI MAKULAÖDEM KEIN OFF-LABEL-USE

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 26.10.2009 – L 5 KR 77/08 –

RID 10-01-135

juris
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; AMG § 21; GG Art. 2 I

Leitsatz: Das Fertigarzneimittel "Triamcinolon" ist für eine Injektion in das Auge nicht zugelassen; die Voraussetzungen für einen "Off-Label-Use" dieses Arzneimittels zur Behandlung eines Makulaödems sind auch unter Berücksichtigung einer verfassungskonformen Auslegung des Leistungsrechts nicht gegeben.

SG Trier, Urt. v. 10.06.2009 - S 1 KR 126/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. IMMUNGLOBULINE: OCTAGAM BEI CMV-INFEKTIONEN ERWACHSENER HIV-INFIZIERTER AIDS-PATIENTEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.12.2009 – L 16 B 37/09 KR ER –

RID 10-01-136

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 I, III, 27 I 1, 2 Nr. 3, 34 I 7, 92 I 2 Nr. 6; SGG § 86b II

Die nach dem AMG erteilte **Zulassung für "Octagam"** beschränkt sich im Wesentlichen auf die Substitutionstherapie primärer Immundefizienzkrankheiten sowie auf die Behandlung von Kindern mit angeborenem AIDS und rezidivierenden Infektionen. Für die Behandlung von CMV-Infektionen **erwachsener HIV-Infizierter Patienten mit AIDS** fehlt damit dem Fertigarzneimittel "Octagam" die Zulassung. Die Voraussetzungen für einen zulässigen Off-Label-Use sind nicht erfüllt, weil eine hinreichende Erfolgsaussicht einer Behandlung der CMV-Infektion mit "Octagam" nicht gegeben ist.

SG Münster, Beschl. v. 18.05.2009 – S 16 KR 45/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt zu Immunglobulin (Octagam) bei Multipler Sklerose **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 04.06.2009 – L 24 KR 213/08 – RID 09-03-107.

VI. Hilfsmittel/Heilmittel

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2009 – **B 3 KR 20/08 R** – haben die Krankenkassen zum Ausgleich von Hörbehinderungen grundsätzlich für die Versorgung mit solchen **Hörgeräten** aufzukommen, die nach dem Stand der Medizintechnik die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlauben und gegenüber anderen Hörhilfen erhebliche Gebrauchsvorteile im Alltagsleben bieten; daran müssen auch die **Festbeträge** in der Hilfsmittelversorgung ausgerichtet werden; demzufolge begrenzt der für ein Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag die Leistungspflicht der Krankenkasse dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht; das beurteilt sich nach den Versorgungsanforderungen der jeweils betroffenen Gruppe von Versicherten, hier etwa 125.000 Personen mit einem Hörverlust von nahezu 100%; sie konnten zur Überzeugung des Senats mit den für Baden-Württemberg im Jahr 2004 geltenden Festbeträgen nicht ausreichend versorgt werden.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B VI (S. 48); 07-04-B VI (S. 46).

1. ROLLSTUHL FÜR IM HEIM UNTERGEBRACHTEN VERSICHERTEN

SG Dresden, Urt. v. 24.06.2009 – S 18 KR 2/09 –

RID 10-01-137

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I 1 u. 2

Eine Krankenkasse hat einem Versicherten einen **Rollstuhl** zur Verfügung zu stellen, damit dieser im Rahmen regelmäßiger **Spazierfahrten** mit seinen Angehörigen sowohl im als auch außerhalb des **Heimgeländes** am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Entscheidend ist allein, ob der Versicherte ohne die Bereitstellung des Hilfsmittels sein Recht auf Erschließung eines körperlichen Freiraums verwirklichen kann oder nicht. Wenn nein, ist die Krankenkasse selbst dann leistungspflichtig, wenn die gewährte Sachleistung faktisch auch **im Pflegebetrieb eingesetzt** wird.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die bekl. Krankenkasse, dem Kl. einen Rollstuhl mit Sicherheitsgurt zu gewähren.

2. SPORTROLLSTUHL FÜR TEILNAHME AM ROLLSTUHL-BASKETBALL

SG Detmold, Urt. v. 05.08.2009 – S 5 KR 220/07 –

RID 10-01-138

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I 1 u. 2; SGB IX § 44

Die Teilnahme am **Rollstuhl-Basketball** gehört nicht zu den Grundbedürfnissen im Rahmen des § 33 SGB V. Auf die Versorgung mit einem Sportrollstuhl besteht kein Anspruch. Bei § 44 I Nr. 3 SGB IX handelt es sich um einen Anspruch, der über die medizinische Rehabilitation hinausgeht und dieser unmittelbar nicht mehr zuzurechnen ist. Infolgedessen kann die **Bewilligung von Rehabilitationssport** nicht dazu führen, die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 33 SGB V einer erweiternden Auslegung zuzuführen.

Der Bereich des **Rehabilitationssports** wird dann verlassen, wenn die sportliche Betätigung auf **Wettkampfebene** erfolgt und dem **Leistungssport** zuzuordnen ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

3. LAGERUNGSROLLSTUHL BEI VOLLSTATIONÄRER UNTERBRINGUNG IN EINEM PFLEGEHEIM

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 20.01.2010 – L 9 KR 356/09 B ER –

RID 10-01-139

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33; SGG § 86b II

Ein Anspruch auf Versorgung mit einem **Lagerungsrollstuhl** ist nicht ausgeschlossen, wenn der Versicherte in einem **Pflegeheim** vollstationär untergebracht ist. Es kommt darauf an, ob die Versorgung mit dem Rollstuhl auf eine Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet ist (BSG SozR 4-2500 § 33 Nr. 5). Der **Gesetzgeber** ist jedoch dieser Auslegung entgegengetreten und hat in § 33 I 2 SGB V ausdrücklich bestimmt, dass der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich bei stationärer Pflege **nicht davon abhängt, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist** (vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 102). Jedoch sollten die übrigen Abgrenzungskriterien, die das BSG entwickelt hatte, weiter Anwendung finden (vgl. BT-Drs. 16/4247, S. 32), damit nicht eine unbeabsichtigte Kostenverlagerung zu Lasten der GKV eintritt. Daher wurde mit dem 2. Halbsatz der Vorschrift angeordnet, dass die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, hiervon unberührt bleiben.

Dass die **Teilnahme am Gemeinschaftsleben** nur **passiv** erfolgt, ist nach der Gesetzesänderung unerheblich.

SG Berlin, Beschl. v. 16.10.2009 - S 86 KR 1057/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* verpflichtete den Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. vorläufig mit einem Lagerungsrollstuhl zu versorgen.

4. THERAPIEDREIRAD: VERLUST DER GEHFÄHIGKEIT VORBEUGEN

LSG Hessen, Urt. v. 17.12.2009 – L 8 KR 311/08 –

RID 10-01-140

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de
SGB V §§ 13 III, 33 I

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

SG Marburg, Urt. v. 11.11.2008 – S 6 KR 101/07 – gab der Klage teilweise statt, das *LSG* wies die Berufung d. Bekl. zurück.

5. KRAFTKNOTEN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.12.2009 – L 11 KR 4915/07 –

RID 10-01-141

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

Versicherte behinderte Kinder (hier: Folgen eines frühkindlichen Hirnschadens mit Cerebralparese und Tetraspastik) haben Anspruch auf Hilfe zur Mobilität über den Nahbereich hinaus, wenn sie nur im Rollstuhl sitzend an der Schülerbeförderung teilnehmen und anders der allgemeinen Schulpflicht nicht genügen können (BSG, Urt. v. 20.11.2008 - B 3 KR 6/08 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 19 Rn. 15). Diesem Anspruch stehen haftungsrechtliche Erwägungen nicht entgegen.

SG Ulm, Urt. v. 28.07.2007 - S 1 KR 3052/06 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Krankenkasse, der Kl. für die Anschaffung des Kraftknotens "AMF-System-Anbau" 588,50 € zu erstatten.

6. MYOELEKTRISCHE ARMPROTHESE MIT I LIMB-HAND

SG Frankfurt a. M., Gerichtsab. v. 14.12.2009 – S 25 KR 479/08 –

RID 10-01-142

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33

Eine **myoelektrische Armprothese** mit i-Limb-Hand ist geeignet und erforderlich, um eine angeborene Fehlbildung des linken Unterarmes mit nur kurzstumpfig angelegtem Unterarm und **fehlender linker Hand** in nicht unwesentlichem Umfang auszugleichen. Sie überschreitet weder das Maß des Notwendigen noch ist sie unwirtschaftlich. Nach der Rechtsprechung des BSG sind Versicherte zur Sicherstellung eines allgemeinen Grundbedürfnisses mit dem Hilfsmittel auszustatten, das die bestehende Behinderung, soweit wie nach dem Stand von Wissenschaft und Technik möglich, ausgleicht (Urt. v. 06.06.2002 – B 3 KR 68/01 R – SozR 3 – 2500 § 33 Nr. 44 – C-Leg; Urt. v. 16.09.2004 – B 3 KR 20/04 R – SozR 4 – 2500 § 33 Nr. 8 – C-Leg).

Das *SG* gab der Klage statt.

7. HÖRGERÄTE

Zur Hörgeräteversorgung s. nunmehr BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R –.

A) HÖRGERÄTEVERSORGUNG ÜBER FESTBETRAG HINAUS/REGRESSANSPRUCH GEGENÜBER HÖRGERÄTEAKUSTIKER

SG Würzburg, Urt. v. 12.05.2009 – S 4 KR 116/07 –

RID 10-01-143

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I 1, II, 27 I 1 u. 2

Eine Versorgung mit einem **Hörgerät** wird dann als nicht ausreichend angesehen, wenn es Geräte gibt, die ein wesentlich besseres Hörverständnis und einen Verständniszuwachs von über 20 % ermöglichen oder wenn ein bestimmter notwendiger **Behinderungsausgleich** – hier eine Alltags Sprachverständlichkeit – noch nicht erreicht ist. Das Gericht folgt in vergleichbaren Verfahren regelmäßig der Darlegung, dass beim Einsilbersprachverständnis noch entsprechende Einbußen hinnehmbar erscheinen, weil trotzdem ein wesentlich höheres Sprachverständnis erreichbar ist (vgl. *SG Würzburg*, Urt. v. 19.08.2008 - S 4 KR 695/06 -). Wenn aber auch das Sprachverständnis bei 75 % begrenzt bleibt, d.h. jeder vierte Satz im

Zusammenhang nicht korrekt erfasst wird, liegt ein ausreichender Behinderungsausgleich nur vor, wenn tatsächlich keine anderweitigen Verbesserungsmöglichkeiten mehr bestehen. In § 12 II SGB V ist zwar festgelegt, dass die Krankenkassen ihre Leistungspflicht mit dem **Festbetrag** erfüllen, wenn für eine Leistung ein Festbetrag festgelegt ist. Eine Krankenkasse wird aber im Fall einer zu Unrecht erfolgten Ablehnung einer bestimmten Versorgung aufgrund dieser Vorschrift von einer Leistungsverpflichtung im Rahmen des § 13 SGB V nicht freigestellt. Es kann entsprechend der Systematik des SGB V nicht Aufgabe eines Versicherten sein, im Verhältnis zum Leistungserbringer die Erbringung einer bestimmten konkreten Leistung zum Festbetrag einklagen zu müssen. Vielmehr eröffnet im Fall einer Verurteilung zur Kostenerstattung im Rahmen des § 13 SGB V die Vorschrift des § 12 II SGB V einen **Regressanspruch gegenüber dem Leistungserbringer** (im Ergebnis so auch der Grundgedanke LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 18.03.2009 – L 11 R 5494/08 B – RID 10-01-144).

Das **SG** gab der Klage im Wesentlichen (mit Ausnahme der Zuzahlung nach § 61 SGB V) statt und verurteilte die bekl. Krankenkasse, der Kl. für die angeschafften Hörgeräte, Typ Syncro VC, nebst Zubehör die Kosten voll, d.h. auch bezüglich des Eigenanteils von 3.411 Euro (ohne die gesetzliche Zuzahlung), zu erstatten, und wies im Übrigen die Klage ab.

B) KEINE NOTWENDIGE BEILADUNG DES HÖRGERÄTEAKUSTIKERS

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 18.03.2009 – L 11 R 5494/08 B –

RID 10-01-144

www.sozialgerichtsbarkeit.de = MedR 2009, 406 (Ls.)
SGG § 75

Leitsatz: 1. Im Streit zwischen Versicherten und Krankenkasse um die Gewährung eines Hilfsmittels (hier: Hörgerät) ist der Leistungserbringer (hier: Hörgeräteakustiker) nicht notwendig beizuladen.

2. Im Fall der Beschwerde gegen eine vom SG abgelehnte einfache Beiladung (§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGG) trifft das Beschwerdegericht eine eigene Ermessensentscheidung.

SG Mannheim, Beschl. v. 05.11.2008 - S 9 R 1818/07 - wies den Antrag der Bekl. zu 2) ab, den Hörgeräteakustiker – sie trug vor, im Fall ihrer Verurteilung, der Kl. das begehrte digitale Hörgerät zu gewähren, einen Regressanspruch gegen diesen geltend zu machen - beizuladen, das **LSG** die Beschwerde zurück.

8. BARCODE-LESEGERÄT MIT DIGITALER SPRACHAUSGABE (EINKAUFSFUCHS)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urtr. v. 11.11.2009 – L 4 KR 17/08 –

RID 10-01-145

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I, 33 I 1, 34 IV

Leitsatz: 1. Die hauswirtschaftliche Versorgung des eigenen Haushalts einschließlich des Einkaufens gehört zu den menschlichen Grundbedürfnissen.

2. Ein Barcode-Lesegerät mit digitaler Sprachausgabe (sog. Einkaufsfuchs), der es einer erblindeten Versicherten ermöglicht, die hauswirtschaftliche Versorgung des eigenen Haushalts einschließlich des Einkaufens weitgehend selbständig auszuführen, ist ein Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V.

SG Hannover, Urtr. v. 04.12.2007 - S 44 KR 1219/04 - ab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

S.a. **SG Detmold**, Urtr. v. 03.12.2008 – S 5 KR 207/07 – RID 09-01-164.

9. RAHMENVEREINBARUNG ÜBER INKONTINENZHILFEN: ANSPRÜCHE BIS ENDE 2008 NACH ÜBERGANGSRECHT

SG Dresden, Urtr. v. 23.09.2009 – S 25 KR 603/08 –

RID 10-01-146

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 III 1 Alt. 2, 33 VI, 126 II, 127 I

Hat die Krankenkasse **Verträge nach § 127 I SGB V** über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist (Satz 2). Die **Übergangsvorschrift** nach § 126 II SGB V n.F. kommt dann nicht zur Anwendung, wenn die Krankenkasse einen Vertrag gemäß § 127 I SGB V mit einem Ausschreibungsgewinner geschlossen hat (Anschluss an LSG Sachsen, Beschl. v. 29.04.2008 – L 1 B 207/08 KR-ER – RID 08-02-213; LSG Sachsen, Beschl. v. 13.10.2008 – L 1 B 614/08 KR-ER - RID 09-01-183).

Das **SG** wies die Klage ab.

VII. Häusliche Krankenpflege

Nach BSG, Urt. v. 25.08.2009 – **B 3 KR 25/08 R** – SozR 4-2500 § 37 Nr. 10 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 09-04-B VII (S. 52); 06-04-B VII (S. 64).

EINRICHTUNG DER STATIONÄREN SOZIALPSYCHIATRIE ALS „GEEIGNETER ORT“

LSG Hamburg, Beschl. v. 12.11.2009 – L 1 B 202/09 ER KR –

RID 10-01-147

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die Gemeinsamkeiten der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ohne Anspruch auf Behandlungspflege mit betreuten Wohnformen rechtfertigen es, diese Wohneinrichtungen als geeignete Orte i.S.v. § 37 II 1 SGB V anzusehen, wenn man sie nicht bereits als besondere Ausprägung des betreuten Wohnens versteht. Nicht entscheidend ist, ob die Einrichtung unter das HeimG fällt (a.A. LSG Niedersachsen-Bremen v. 24.04.2009 – L 8 SO 1/07 - juris; SG Hamburg v. 17.12.2007 – S 56 SO 365/07; SG Hamburg, Beschl. v. 03.02.2009 – S 48 KR 1330/08 ER – RID 09-02-155).

SG Hamburg, Beschl. v. 12.05.2009 – S 2 KR 445/09 ER – RID 09-03-125 gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung teilweise statt und verpflichtete die Ag., der Ast. für den Zeitraum vom 24.04. bis 31.12.2009 Krankenbehandlung in Form häuslicher Krankenpflege für zweimal tägliche Blutzuckermessungen und Insulininjektionen zu gewähren oder die Kosten für selbstbeschaffte Pflegekräfte zu erstatten bzw. die Ast. von bereits entstandenen Kosten für in diesem Zeitraum bereits selbst beschaffte Pflegekräfte freizustellen; das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

VIII. Zuzahlung/Rehabilitation/Sonstiges

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B VIII (S. 52); 08-04 B VII (S. 41); 07-04-B VIII (S. 50); RID 06-04-B VIII (S. 67).

1. ZUZAHLUNG: BERÜCKSICHTIGUNG PRIVATER RENTE

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 24.06.2009 - L 5 KR 22/08 -

RID 10-01-148

Revision anhängig; **B 1 KR 16/09 R** (Termin: 17.02.2010)

juris

SGB V § 62 I 2, II 1 u. 4; RVO § 180 IV

Bei der Bestimmung der Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V ist eine private Rente zu berücksichtigen, die durch einen Hausverkauf nach dem Bezug von Altersrente finanziert ist.

SG Lübeck, Urt. v. 18.12.2007 – S 1 KR 119/07 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

2. DERMATOLOGISCHE REHA-MAßNAHME BEI PSYCHISCHER VERURSACHUNG DER HAUTERKRANKUNGEN

LSG Bayern, Urt. v. 11.08.2009 – L 5 KR 194/08 –

RID 10-01-149

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 1 Nr. 6, 40

Für eine Klage auf eine stationäre dermatologische Reha-Maßnahme fehlt ein **Rechtsschutzbedürfnis**, wenn mittlerweile die Krankenkasse die mit der Klage begehrte **Reha bewilligt** und die Versicherte diese auch durchgeführt hat. Es ist dabei unerheblich, wenn eine mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung führend für die Behandlungen war, sofern auch ein atopisches Ekzem, allergische Rhinitis und die rezidivierende Herpes-Simplex-Infektion als haut- und allergiebezogene Behandlungsdiagnosen gestellt wurden und im Vordergrund die psychische Verursachung der Hauterkrankungen standen.

SG Bayreuth, Gerichtsbb. v. 19.06.2008 - S 8 KR 306/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. KEIN ANSPRUCH AUF ZWEITE VERSICHERUNGSKRANKENKARTE

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.12.2009 – L 1 KR 270/09 –

RID 10-01-150

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 15

Ein Versicherer hat keinen Anspruch auf Ausstellung einer zweiten Versicherungskrankenkarte.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 11.08.2009 - S 112 KR 765/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B X (S. 53); 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. 17.12.2009 – **B 3 KR 12/08 R** – kann grundsätzlich trotz § 9 des rheinland-pfälzischen Vertrages über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV) eine sog. **Schlussrechnung nachträglich noch geändert** werden, wenn sie sich als objektiv falsch herausstellt; Differenzbeträge können dann auch zu Lasten der Krankenkassen noch nachgefordert werden; dieses Recht zur **Rechnungskorrektur** ist ohne betragsmäßige Beschränkungen möglich innerhalb von sechs Wochen nach Erstellung der Schlussrechnung durch das Krankenhaus, was aus dem im Abrechnungswesen allgemein zu beachtenden **Beschleunigungsgebot** folgt; danach nur noch ausnahmsweise, wenn es sich um offensichtliche Schreib- oder Codierfehler handelt und eine Bagatellgrenze von mindestens 5% des ursprünglichen Rechnungsbetrages erreicht wird; letzteres folgt aus dem Gebot zur **gegenseitigen Rücksichtnahme zwischen Krankenhaus und Krankenkasse** und der Verpflichtung zum wirtschaftlichen Handeln und berücksichtigt den Verwaltungsaufwand, den die Krankenkasse bei nachträglichen Rechnungskorrekturen zu bewältigen hätte; in diesem Rahmen kommt auch eine **Verwirkung** des Rechts auf Rechnungskorrektur in Betracht, wenn es sich z.B. um eine Fallkonstellation handelt, wie sie dem I. Senat bei seiner Entscheidung v. 08.09.2009 zugrunde gelegen hat.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B X.1 (S. 53); 08-04 B VIII.1 (S. 42); 07-04-B IX 1 (S. 52).

A) OBJEKTIVE VERTRETBARKEIT DER KRANKENHAUSBEHANDLUNGSBEDÜRFTIGKEIT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.05.2008 – L 11 KR 61/07 –

RID 10-01-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 12, 39 I, 107 I; SGG § 54 V

Die Annahme der Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit muss nach medizinischen Maßstäben objektiv vertretbar gewesen sein. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 I 1 SGB V erstreckt sich auch auf die Krankenhausbehandlung. Maßgeblich ist daher, ob es aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen vertretbar war, dass der einweisende oder behandelnde Krankenhausarzt in seiner vorausschauenden Betrachtungsweise die **Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung** annahm. Die Notwendigkeit kann **unabhängig von der Vertragslage**, die nach § 112 II Nr. 2 SGB V zwischen den Beteiligten gestaltet wurde, auch noch nachträglich verneint werden.

Die 1980 geb. KQ wurde am 02.03.2004 in der dem Kl. zugehörigen X Klinik E zur stationären Behandlung aufgenommen; entlassen wurde sie am 25.05.2004. **Behandlungsdiagnosen** waren Bulimia nervosa (F50.2), mittelgradige depressive Episode (F32.1), histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4). Zur Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung holte die Bekl. ein **Gutachten des MDK** ein, worin Zweifel an der Stringenz der Behandlung geäußert wurden. Seit dem 08.05.2004 werde von umfangreichen Unternehmungen berichtet, um die von KQ angemietete Wohnung zu möblieren. Deren Umzug therapeutisch zu begleiten, falle nicht in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Kostenübernahme bis zum 19.05.2004 sei vertretbar; für diesen Tag sei vermerkt, dass KQ noch eine ambulante Therapie benötige. Die Bekl. übernahm darauf die Kosten der stationären Behandlung der KQ bis einschließlich 18.05.2004. **SG Münster**, Urt. v. 20.06.2007 - S 9 KR 61/05 - wies nach Einholung eines Gutachtens die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) EINBRINGUNG EINES MAGENBANDES: FEHLENDER LEISTUNGSANSPRUCH DES VERSICHERTEN

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.11.2009 – L 9 KR 11/08 –

RID 10-01-152

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV

Ein Anspruch des Versicherten auf stationäre Behandlung setzt eine **vertragsärztliche Verordnung** von Krankenhausbehandlung voraus.

Die Gewährung von Krankenhausbehandlung zum Zwecke der Einbringung eines **Magenbandes** bei bestehender Adipositas ist nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

Die Implantation eines Magenbandes kommt nur als **Ultima Ratio** und nur bei Patienten in Betracht, die eine Reihe von **Bedingungen** für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen: "BMI größer als 40 kg/m² oder kleiner als 35 kg/m² mit erheblichen Begleiterkrankungen, Erschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten, tolerables Operationsrisiko, ausreichende Motivation, keine manifeste psychiatrische Erkrankung, Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung" (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2003 - B 1 KR 1/02 R - SozR 4-2500 § 137c Nr. 1 = BSGE 90, 289 = NZS 2004, 140; BSG, Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KR 2/08 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 20 = Breith 2009, 488).

Sind die **konservativen Behandlungsmöglichkeiten** nicht erschöpft, besteht kein Leistungsanspruch eines Versicherten.

SG Neuruppin, Urt. v. 21.04.2006 - S 9 KR 253/04 - wies die Klage des Krankenhausträgers auf Zahlung von 19.287, 86 € nebst Zinsen ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) ZEITNAHE ÜBERPRÜFUNG DER NOTWENDIGKEIT STATIONÄRER BEHANDLUNG

SG Augsburg, Urt. v. 22.07.2009 – S 12 KR 35/09 –

RID 10-01-153

Berufung zugelassen www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 69 S. 3, 109 IV 3, 275 I Nr. 1; BGB §§ 387 ff.

Die **Fälligkeit von Forderungen** im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse ergibt sich aus § 11 (Zahlungs- und andere Abrechnungsbestimmungen) der Vereinbarung für den Pflegesatzzeitraum 2008 nach § 11 I KHEntgG. Aus dieser Vorschrift ist zu schließen, dass bei Beanstandungen, und zwar selbst dann, wenn sie unbestritten sind, die Rückforderung nicht schon mit Beanstandung und Fristsetzung **fällig** wird, sondern erst, nachdem das Krankenhaus von sich aus die Rechnung storniert hat. Auch wenn eine Forderung bestritten ist, tritt keine sofortige Fälligkeit ein. Eine Forderung ist nicht schon dann fällig, wenn sie von der Krankenkasse begründet beanstandet wird und (bei Fristsetzung) das Krankenhaus nicht mit einer Stornierung reagiert.

Dass sich ein Versicherter nur **etwas mehr als drei Stunden im Krankenhaus** aufgehalten hat und danach in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde, schließt einen **stationären Aufenthalt** nicht aus.

Die **objektive Beweislast** dafür, dass eine stationäre **Krankenhausbehandlung notwendig** war, trägt auch im Falle einer **Aufrechnung** das Krankenhaus (s. BSG v. 16.12.2008 - B 1 KN 2/08 KR R -).

Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V ist eine **Prüfung zeitnah durchzuführen**. Die Prüfung ist spätestens 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen (§ 275 I c 1 u. 2 SGB V). Wird diese 6-Wochen-Frist nicht eingehalten, so kann die Überprüfung nur nachgeholt werden, solange sich der andere Vertragspartner hierauf einstellen kann und muss. Die Einleitung des Verfahrens unter Einschaltung des MDK ist deshalb dann notwendig, wenn die Krankenkasse Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit hat. Unterlässt sie die Einschaltung des MDK, so ist sie mit solchen Einwendungen ausgeschlossen, die vorrangig einer Nachprüfung durch den MDK zugänglich sind (vgl. BSG v. 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R - SozR 3-2500 § 112 Nr. 2).

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Bekl., an die Klägerin 513,83 € zuzüglich Zinsen zu zahlen.

§ 11 II der Vereinbarung für den Pflegesatzzeitraum 2008 lautet: "Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Begleichung der Rechnung geltend gemacht werden. Stellt sich im Nachhinein heraus, dass durch das Krankenhaus eine unberechtigte Rechnungslegung erfolgte, storniert das Krankenhaus die ursprüngliche Rechnung, stellt eine neue Rechnung aus und zahlt den zu viel erhaltenen Betrag innerhalb von drei Wochen zurück. Im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung beträgt die Rückzahlungsfrist des zu viel erhaltenen Betrages drei Wochen ab Rechtskraft der Entscheidung. Ab Überschreitung der Zahlungsfrist sind Verzugszinsen in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu entrichten."

D) ANDAUERENDE LATENTE SUIZIDALITÄT

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.11.2009 – L 9 KR 17/08 –

RID 10-01-154

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39, 69 S. 3, 109 IV 3

Bei einer **psychiatrischen Erkrankung** kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Geräten in den Hintergrund treten und allein der notwendige Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen (BSG, Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R - BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 13).

Die Notwendigkeit einer weiteren stationären Behandlung kann sich aus einer bestehenden latenten **Suizidalität** der Versicherten und damit auf Grund der Notwendigkeit der ständigen ärztlichen Überwachung, die in einer Betreuungsseinrichtung nicht gewährleistet ist, ergeben.

SG Cottbus, Urt. v. 19.09.2006 - S 10 KR 349/04 – verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. einen Betrag in Höhe von 9.323,63 € zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

E) VERGÜTUNGSABZUG WEGEN INTEGRATIONSVERTRAG: BEWEISLASTVERTEILUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.09.2009 – L 9 KR 470/08 –

RID 10-01-155

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 109 IV 2 u. 3, 140a I 1, 140d I; SGG § 119 I

Leitsatz: Im Streit um die Rechtmäßigkeit eines einprozentigen **Einbehalts nach § 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V** ist es in einem ersten Schritt ausreichend, das Bestehen von Verträgen im Sinne der §§ 140a ff. SGB V durch Vorlage von **Meldebestätigungen** der Registrierungsstelle bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) nachzuweisen.

Die Frage, ob ein relevanter Vertrag der integrierten Versorgung vorliegt, unterliegt der **vollen gerichtlichen Kontrolle**.

In einem zweiten Schritt sind bloße Meldebestätigungen der Registrierungsstelle im Prozess nicht ausreichend und **geschlossene Verträge vollständig** vorzulegen, wenn das Vorliegen von Verträgen integrierter Versorgung **substantiiert bestritten** wird oder sich schon aus den Meldebestätigungen der Registrierungsstelle selbst **Zweifel** an der rechtlichen Qualität der Verträge ergeben.

SG Berlin, Urt. v. 30.10.2008 - S 36 KR 1271/07 - RID 09-01-178 gab der Klage statt und verurteilte die AOK Brandenburg, an den Krankenhausträger 3.201,50 € nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz aus verschiedenen Teilbeträgen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Sachsen**, Urt. v. 24.06.2009 - L 1 KR 76/08 - RID 09-04-132; **SG Dresden**, Urt. v. 31.01.2008 - S 25 KR 1413/04 - RID 08-03-161.

F) AUFWANDSPAUSCHALE NACH § 275 I c SGB V

S.a. RID 09-04-B X 1 j (S. 57 f.); **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 19.05.2009 - L 11 KR 5231/08 - RID 09-03-144.

AA) ZAHLUNG BEI FALSCHER KRANKENHAUSABRECHNUNG OHNE MINDERUNG DES ABRECHNUNGSBETRAGES

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 139/08 -

RID 10-01-156

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 1/10 R

juris

SGB V §§ 275 I c

Leitsatz: Die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1 c S 3 SGB V ist auch dann zu zahlen, wenn die Abrechnung der Krankenhausbehandlung zwar falsch war, die Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung jedoch nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt.

Die von der bekl. Krankenkasse veranlasste Prüfung der Abrechnung der Kl. durch den MDK ergab, dass die Hauptdiagnose vom Krankenhaus nicht korrekt kodiert worden war. Eine Änderung des Rechnungsbetrags ergab sich aus der korrigierten Kodierung nicht. Die von der Kl. verlangte Aufwandspauschale in Höhe von 100 € zahlte die Bekl. nicht mit der Begründung, bei der Prüfung sei eine falsche Abrechnung festgestellt worden; in einem solchen Fall bestehe kein Anspruch auf die Aufwandspauschale. **SG Koblenz**, Urt. v. 24.09.2008 - S 6 KR 347/07 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

BB) HÖHERER RECHNUNGSBETRAG NACH BEANSTANDUNG

SG Darmstadt, Urt. v. 23.09.2009 - S 10 KR 119/08 -

RID 10-01-157

Berufung eingelegt: LSG Hessen - L 8 KR 286/09 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §

Wird eine unter der DRG-Ziffer F60A abgegebene ursprünglich Rechnung (hier: über 4.665,42 €) von der Krankenkasse nach Einschaltung des MDK vollständig beanstandet und storniert, da die darin enthaltene Angabe, insbesondere die für den Rechnungsbetrag maßgebliche **DRG-Ziffer, unzutreffend ausgewiesen** wurde und damit ein völlig falscher Rechnungsbetrag verlangt worden war, so bedeutet dies deren vollständige **Zurückweisung**, was ein mehr gegenüber einer Kürzung der Rechnung darstellt. Ein Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale lässt sich daher nicht begründen, zumal die vollständige Zahlung (hier: 21.288,07 €) erst aufgrund einer in wesentlichen Teilen, nämlich der DRG-Ziffer (F67B), geänderten neuen Rechnung erfolgt ist.

Die **Aufwandspauschale** soll letztlich nur dann entstehen, wenn die von der Krankenkasse eingeleitete Einzelfall-Prüfung durch den MDK dazu geführt hat, dass dieser die Rechnung - sei es hinsichtlich der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung, sei es in Bezug auf die Verweildauer, sei es aber auch hinsichtlich der richtigen Daten - nicht beanstandet hat, vielmehr **für ausdrücklich richtig ansieht**. Denn dann - und nur dann - waren der von dem Krankenhaus zur Vorlage der Unterlagen an den MDK notwendige Aufwand nicht gerechtfertigt und damit die dafür - pauschalierten - Kosten dem Krankenhaus zu erstatten.

Das **SG** wies die Klage ab.

CC) PRÜFUNG VOR ABRECHNUNG

LSG Hessen, Urt. v. 12.11.2009 - L 1 KR 90/09 -

RID 10-01-158

Revision anhängig: B 1 KR 30/09 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de

SGB V §§ 39, 275 I c 3

Voraussetzung für die Verpflichtung zur Entrichtung der Aufwandspauschale ist nach dem Wortlaut des § 275 I c SGB V, dass die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. Damit kann die Pauschale erst anfallen, wenn bereits eine **Abrechnung erfolgt** ist. Fälle, in denen Notwendigkeit und Dauer einer stationären Behandlung **unabhängig von einer erstellten Rechnung überprüft** werden, werden von dieser Vorschrift hingegen nicht erfasst. Dies gilt insbesondere für die Prüfung seitens der Krankenkasse, ob die medizinischen Voraussetzungen für die Verlängerung einer

stationären Behandlung vorliegen. Denn die **Prüfung der Verweildauer** ist keine Abrechnungsüberprüfung. Diese Prüfung erfolgt vielmehr vor der Erstellung einer Abrechnung. Sie kann mithin nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen.

SG Kassel, Urt. v. 18.02.2009 – S 12 KR 126/08 – RID 09-02-164 gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

entfällt RID 10-01-159

2. RABATTVERTRÄGE/FESTBETRAGSFESTSETZUNG

A) ZUSAMMENSCHLUSS VON KRANKENKASSEN ZU EINER "EINKAUFSGEMEINSCHAFT"/LOSLIMITIERUNG/LAUER-TAXE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.10.2009 – L 21 KR 39/09 SFB –

RID 10-01-160

rechtskräftig www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 69 II 1 HS 1; GWB §§ 19, 20, 97 ff.

Im Anschluss an OLG Düsseldorf (vgl. Beschl. v. 10.04.2002 - Verg 6/02 - NZBau 2002, 583) wird daran festgehalten, dass im Hinblick auf eine geltend gemachte Verletzung kartellrechtlicher Vorschriften der **Rechtsweg** in das Nachprüfungs- und Beschwerdeverfahren nicht eröffnet ist (vgl. bereits LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.01.2009 – L 21 KR 1/08 SFB – RID 09-01-181).

Eine Krankenkasse ist nicht gehalten, den Abschluss derartiger Rahmenverträge - bezogen auf ein Gebiets- und Fachlos - mit **mehr als nur einem pharmazeutischen Unternehmer** vorzusehen.

Die Ag. hat gemeinsam mit den weiteren an der Ausschreibung beteiligten AOKen in sämtlichen Fach- und Gebietslosen Zuschläge erteilt, nachdem u.a. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.04.2009 – L 21 KR 27/09 SFB – RID 09-02-171 Anträge auf Verlängerung der aufschiebenden Wirkung und LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.03.2009 – L 21 KR 26/09 SFB – RID 09-02-170 u. v. 02.04.2009 – L 21 KR 35/09 SFB – RID 09-02-172 sofortige Beschwerden anderer Bieter zurückgewiesen hatte. Die Ast. gab u.a. zu dem Gebietslos 1 (AOK Bayern) und dem Fachlos Nr. 6 (Amlodipin) ein Angebot ab. Sie beanstandete ferner gegenüber der Ag. mehrere Vergaberechtsverstöße, denen die Ag. im Wesentlichen nicht abhalf. **Vergabekammer des Bundes**, Beschl. v. 18.03.2009 - VK 3-55/09 – hat den Nachprüfungsantrag zurückgewiesen. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Parallelverfahren: Vergabekammer des Bundes, Beschl. v. 22.05.2009 – 3 VK-46/09 – wies den Nachprüfungsantrag wegen der Vergabe der Rabattverträge für die Wirkstoffe Enalapril (Fachlos Nr. 21) zu dem Gebietslos 2 (AOK Rheinland-Hamburg) und Hydrochlorotiazid (Fachlos Nr. 28) zu dem Gebietslos 1 (AOK Bayern) zurück, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.10.2009 – L 21 KR 44/09 SFB –

RID 10-01-161

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Vergabekammer des Bundes, Beschl. v. 16.03.2009 –VK 3-37/09 – wies den Nachprüfungsantrag wegen der Vergabe der Rabattverträge für die Wirkstoffe Cefaclor (Fachlos Nr. 13), Ciprofloxacin (Fachlos Nr. 15) und Roxithromycin (Fachlos Nr. 54) jeweils zu allen 5 Gebietslosen zurück, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.10.2009 – L 21 KR 26/09 SFB –

RID 10-01-162

www.sozialgerichtsbarkeit.de

B) VERGABE DER EINZELAUFTRÄGE DURCH DEN APOTHEKER

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.11.2009 – L 21 KR 55/09 SFB –

RID 10-01-163

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 69 II 1 HS 1; GWB §§ 19, 20, 97 ff.

Es ist nicht vergaberechtswidrig, dass die Vergabe der **Einzelaufträge**, nämlich die **Abgabe** der von den Rabattverträgen erfassten Arzneimittel **an die jeweiligen Versicherten** durch den Apotheker nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen und vertraglichen Regelungen erfolgt. Die Rabattvertragsregelung "*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 (vgl. § 4 Rahmenvertrag gemäß § 129 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, abzurufen unter www.vdak-aev.de), kann der Vertrag durch einseitige Erklärung der Kooperationskassen zum Ruhen gebracht werden. Der Vertrag ruht sodann ab Veröffentlichung durch die ABDATA für das betroffene Fertigarzneimittel.*" verstößt nicht gegen Vergaberecht. Dass die **Arzneimittel durch Apotheker als "Dritte" an Versicherte abgegeben** werden, ist vergaberechtlich

ebenso wenig zu beanstanden wie der Umstand, dass die Krankenkasse Rabatte für das allein von der Ast. vertriebene Fertigarzneimittel Opipramol 150mg nicht nachgefragt haben.

Vergabekammer des Bundes, Beschl. v. 22.05.2009 - VK 2-17/09 – 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.

C) AUSSCHREIBUNG VON ELEKTROSTIMULATIONSGERÄTEN

LSG Hessen, Beschl. v. 15.12.2009 – L 1 KR 337/09 ER Verg –

RID 10-01-164

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de

GWB §§ 102 ff, 116 ff.

Bei einer **Rahmenvereinbarung** muss das **Auftragsvolumen** nicht abschließend festgelegt werden. Vielmehr kann bei der Leistungsbeschreibung auf den objektiven Empfängerhorizont eines verständigen und sachkundigen Bieters abgestellt werden, der mit Beschaffungsleistungen der entsprechenden Art vertraut ist. Vertragsbedingte Ungewissheiten sind von den Bietern hinzunehmen, solange diese eine kaufmännisch vernünftige Kalkulation des Angebotspreises nicht unzumutbar machen.

Vergabekammer des Landes Hessen, Beschl. v. 05.11.2009 - 69 d-VK-39/2009 – hat den Nachprüfungsantrag zurückgewiesen. Das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

3. APOTHEKER

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2009 – *B 3 KR 14/08 R* – haben **Rabattzahlungen** einer **ausländischen Versandapotheke** an die Krankenkassen "in entsprechender Anwendung des § 130a SGB V" in den (hier streitigen) **Jahren 2003-2005** nur auf Vertrag beruht; dies kann deshalb keine Rechtsgrundlage für den aus § 130a I 2 SGB V abgeleiteten Erstattungsanspruch gegen den pharmazeutischen Unternehmer sein; europarechtlich ist das nicht zu beanstanden (im Grundsatz Anschluss an die einfach-rechtlichen Ausführungen des 1. Senats im Urt. v. 28.07.2008, BSGE 101, 161); nach BSG, Urt. v. 17.12.2009 – *B 3 KR 13/08 R* – kann trotz gravierender Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Verpflichtungen von einem Apotheker die Vergütung nicht zurückverlangt werden, wenn die Krankenkasse eine in einem Arznei-Liefervertrag normierte **dreimonatige Prüfungspflicht des Apothekereinspruchs** hat verstreichen lassen und hierzu keine Stellungnahme abgegeben hat, weshalb der jegliche Erstattungspflicht verneinende Einspruch als anerkannt galt; der Senat hat dieses Verfahren im Übrigen zum Anlass genommen, seine Rechtsprechung zur Beurteilung der rechtlichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Apothekern zu modifizieren und seine frühere Rechtsprechung zur entsprechender Anwendung kaufvertraglicher Anspruchsgrundlagen aufzugeben.

A) NICHT ZUGELASSENES ARZNEIMITTEL (HIER: THALIDOMID) OHNE GENEHMIGUNG DER KRANKENKASSE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.12.2009 – L 11 KR 389/09 –

RID 10-01-165

Revision anhängig: *B 1 KR 3/10 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 II 3, 129 II, V; BMV-Ä § 29 I; EKV-Ä § 15 I; ApBetrO § 17 IV; AMG 3 73 III; SGB IV § 19 S. 1

Die von der Krankenkasse gezahlten **Arzneimittelvergütungen** können vom Apotheker (wieder) **zurückgefordert** werden, wenn zwischen der Apotheke und der gesetzlichen Krankenkasse kein wirksamer Beschaffungsvertrag für das Arzneimittel (hier: Thalidomid) zustande gekommen ist (BSG, Urt. v. 03.08.2006 - B 3 KR 6/06 R - SozR 4-2500 § 129 Nr. 2).

Die Bestimmung in einem Arzneilieferungsvertrages "Verordnungen von Produkten gemäß § 73 Absatz 3 Arzneimittelgesetz, es sei denn, der Versicherte legt der Apotheke eine entsprechende Genehmigung der Ersatzkasse vor, dürfen nicht zu Lasten der Ersatzkassen beliefert werden, es sei denn, sie sind bei bestimmten Indikationsstellungen ordnungs- und erstattungsfähig" bedeutet nicht, dass eine Abgabe des (grundsätzlich importfähigen) Arzneimittels Thalidomid durch einen Apotheker nur gestattet ist, wenn dies zuvor von der **Krankenkasse genehmigt** worden war. Entscheidend ist nur, ob die Verordnungsfähigkeit des Arzneimittels bei Abgabe vorgelegen hat.

Versicherte können in **notstandähnlichen Situationen** unter engen Voraussetzungen von ihrer Krankenkasse die Versorgung mit arzneimittelrechtlich in Deutschland nicht zugelassenen Import-Fertigarzneimitteln beanspruchen (BSG, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 7/05 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 4 - Tomudex).

Der **klagende Apotheker** gab an die 1936 geb. und im Mai 2007 verstorbene Versicherte nach Vorlage vertragsärztlicher Rezepte das zum damaligen Zeitpunkt nicht zugelassene Arzneimittel Thalidomid ab. Dafür erhielt er von der Bekl. den Abgabepreis in Höhe von insgesamt 20.051,50 €. Die Versicherte litt an einem multiplen Myelom (Knochenmarkstyp IgG-Kappa Stadium III b) mit Metastasen im Bereich des gesamten Knochens und Blutarmut. Dabei handelt es sich um eine besonders aggressive Form von Knochenmarkkrebs.

Diese lebensbedrohliche Krankheit galt jedenfalls im Jahr 2005 bis auf wenige Ausnahmen als unheilbar. **Thalidomid** war bis 1961 unter der Produktbezeichnung **Contergan®** als Schlafmittel zugelassen. Die Substanz wirkt beim Menschen hochgradig teratogen (fruchtschädigend). In den 1950er und zu Beginn der 1960er Jahre wurde Contergan® u.a. von schwangeren Frauen als Seditativum (Beruhigungsmittel) sowie gegen Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft eingenommen. In Folge der fruchtschädigenden Wirkung wurden Tausende Kinder mit schwerwiegenden, durch Thalidomid verursachten Fehlbildungen geboren. Später zeigte sich, dass die Substanz Thalidomid bei der Behandlung des multiplen Myeloms wirksam ist. In Australien und den USA erfolgte eine Zulassung für Thalidomid zur Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom in den Jahren 2003 bzw. 2006, in Deutschland wie in den übrigen Mitgliedsländern der Europäischen Union (EU) erst im Jahr 2008. In der Zulassungsentscheidung der Europäischen Kommission wurden die EU-Mitgliedstaaten verpflichtet, in ihrem nationalen Zuständigkeitsbereich die Einhaltung entsprechender Auflagen für ein Sicherheitskonzept sicherzustellen. Aufgrund der mit Wirkung vom 08.03.2009 erfolgten Einfügung von § 3a AMVV dürfen Arzneimittel, welche den Wirkstoff Thalidomid enthalten, nur noch auf ein Sonderrezept gemäß einem Vordruck des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte abgegeben werden. Die Zulassung von Thalidomid gilt für die Erstlinienbehandlung von Personen mit unbehandeltem multiplem Myelom ab einem Alter von 65 Jahren bzw. von Patienten, für die eine hochdosierte Chemotherapie nicht in Frage kommt. Die **Bekl. beanstandete die Arzneimittellabgabe**, weil diese entgegen dem Arzneimittellieferungsvertrag erfolgt sei, nämlich **ohne dass die Versicherte die bei Einzelimporten erforderliche Genehmigung der Kasse vorgelegt** habe. Eine **nachträgliche Genehmigung**, die der Versicherten im Mai 2006 erteilt worden sei, könne für bereits belieferte Verordnungen nicht akzeptiert werden. **SG Konstanz**, Urt. v. 25.09.2008 - S 2 KR 3402/06 - gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, an den Kl. 20.051,50 € nebst Zinsen in Höhe von 8 % über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Nach **SG Darmstadt**, Urt. v. 18.12.2006 – S 13 KR 99/05 – RID 07-02-140 (Berufung eingelegt: LSG Hessen - L 8 KR 46/07 -) hat eine Versicherte keinen Anspruch auf Versorgung mit einem thalidomidhaltigen Medikament.

B) ERLEDIGUNG DURCH ANGENOMMENES ANERKENNTNIS/VOLLSTRECKUNG

LSG Thüringen, Beschl. v. 10.06.2009 – L 6 B 23/09 KR –

RID 10-01-166

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ SGG § 103 III

Die Feststellung eines SG über die Erledigung durch angenommenes **Anerkenntnis** kann mit der Beschwerde entsprechend § 102 III SGG nicht angefochten werden.

Fehlt es an der durch § 724 ZPO gebotenen Erteilung einer **Vollstreckungsklausel** für ein grundsätzlich als Titel taugliche Anerkenntnis (§ 199 Abs. 1 Nr. 3 SGG), so kann hieraus nicht vollstreckt werden.

Der Kl., ein **Apothekenverband**, hatte im Hauptsacheverfahren (Az.: S 3 KR 2497/05) beantragt, die Bekl. zu verurteilen, es unter Androhung eines Ordnungsgeldes bis zu 250.000 €, ersatzweise Ordnungshaft, zu unterlassen, ihre Versicherten entsprechend dem Schreiben vom März 2005 zum Bezug von Arzneimitteln durch die "Europa Apotheek V." aufzufordern. Zur Begründung hatte er ausgeführt, die Bekl. habe Ende März 2005 eine Werbekampagne zu deren Gunsten veranstaltet. Im August 2006 hat die Bekl. das Klagebegehren anerkannt, soweit der Kl. beantragt hat, sie "zu verurteilen, es zu unterlassen, ihre Versicherten entsprechend dem Schreiben vom 29.03.2005 zum Bezug von Arzneimitteln durch die "Europa Apotheek V." aufzufordern." Die Klageforderung bezüglich der Androhung von Ordnungsgeld, ersatzweise Ordnungshaft für jeden Fall der Zuwiderhandlung werde nicht anerkannt. Im September 2006 hat der Kl. die Hauptsache für erledigt erklärt, den Antrag auf Androhung von Ordnungsgeld für den Fall der Zuwiderhandlung aber aufrechterhalten. Im November 2006 hat die Bekl. der Erledigungserklärung zugestimmt. **SG Gotha**, Beschl. v. 09.12.2008 - S 3 KR 2497/05 – tenorierte wie folgt: 1. Das Verfahren ist durch angenommenes Anerkenntnis erledigt. 2. Der Beklagten wird für jede Zuwiderhandlung ein Ordnungsgeld in Höhe von bis zu 250.000 EUR angedroht. 3. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. 4. Der Streitwert wird auf 100.000 € festgesetzt. Das **LSG** verwarf die Beschwerde gegen Ziff. 1 als unzulässig und im Übrigen als unbegründet; den Streitwert setzte es auf 5.000 € fest.

4. ARZNEIMITTELHERSTELLER: NEUFASSUNG FESTBETRAGSGRUPPE "ANTIAÄMIKA, ANDERE" (EPOETIN ALFA)

SG Berlin, Urt. v. 08.12.2009 – S 81 KR 1781/07 –

RID 10-01-167

juris

SGB V § 35, 98 I 2 Nr. 6; AMRL Anl. 2

Der im Bundesanzeiger Nr. 88 vom 11.05.2007, S. 4880, bekannt gemachte Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 07.05.2007 – Neufestsetzung des Festbetrags für die Festbetragsgruppe der „Antianämika, andere“, für die Standardpackung von 197 € auf 144,45 € bei

einer Wirkstärkenvergleichsgröße von 0,24 - verstößt nicht gegen höherrangiges Recht. Den Einwänden von **LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 17.12.2007 – L 1 B 435/07 KR ER – RID 08-01-192 ist **nicht zu folgen**. Denn die Defined Daily Dose (DDD) sind sowohl nach den Angaben der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO), als auch nach den Angaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nur für einen Vergleich der Kosten zweier unterschiedlicher Darreichungsformen desselben Wirkstoffs geeignet, wurden hingegen nicht festgelegt, um therapeutisch äquivalente Dosen verschiedener Wirkstoffe zu definieren. Der Auffassung des LSG Berlin-Brandenburg widerstreitet auch der Gesetzeswortlaut und vor allem aber die Entstehungsgeschichte der Regelungen zur Vergleichsgröße.

SG Berlin, Beschl. v. 11.06.2007 - S 81 KR 1781/07 ER - wies den Antrag der Ast., eine Tochtergesellschaft des J Konzerns und ein pharmazeutisches Unternehmen, das u.a. "Erypo" in unterschiedlichen Dosierungen vertreibt, ab, **LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 17.12.2007 – L 1 B 435/07 KR ER – RID 08-01-192 die Beschwerde zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

5. HILFSMITTELERBRINGER

A) HERAUSGABE VON VERORDNUNGEN BEI NICHTTEILNAHME AN HILFSMITTELVERSORGUNG

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 08.12.2009 – L 11 KR 5031/09 ER-B –

RID 10-01-168

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 69 I 3, 72, 126, 127 I, 275 III 1; SGG § 86b II; BGB § 1004; SGB IV § 19 S. 1

Für Streitigkeiten zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Hilfsmittellieferanten über die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen an gesetzlich Krankenversicherte ist der **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten gegeben.

Eine Hilfsmittellieferantin, die an der Vergabe von Hilfsmitteln nicht teilnimmt, hat mit den von Vertragsärzten ausgestellten Verordnungen über die Abgabe von Hilfsmitteln etwas ohne Rechtsgrund erlangt, was nicht ihr, sondern der Krankenkasse zusteht. Sie ist daher verpflichtet, die in ihrem Besitz befindlichen Verordnungen über Hilfsmittel an die Krankenkasse herauszugeben (**öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch**). Außerdem kommt als Rechtsgrundlage auch ein **Beseitigungsanspruch** analog § 1004 BGB in Betracht. Die Krankenkasse muss in ihrer Eigenschaft als öffentliche Auftraggeberin darauf achten, dass sie Verträge mit Hilfsmittellieferanten, die erfolglos an der Ausschreibung teilgenommen haben, nur schließt, wenn sie gesetzlich hierzu verpflichtet ist. Denn die Vorschriften des Vierten Teils des GWB sind Marktverhaltensregeln i.S. von § 4 Nr. 11 UWG und schränken die Vertragsfreiheit der öffentlichen Auftraggeber ein. Mit der Zurückhaltung der Verordnungen wird die Krankenkasse an der Einhaltung von Marktverhaltensregeln gehindert. Zur Beseitigung dieser Störung kann die Antragstellerin deshalb die Herausgabe der Verordnungen analog § 1004 BGB verlangen.

Bis zur **Leistungsbewilligung** durch die Krankenkasse ist der Versicherte nicht berechtigt, die Verordnung bei einem Leistungserbringer einzureichen. Nach dem dargestellten Regelprinzip steht daher die ärztliche Verordnung auf jeden Fall bis zu einer Entscheidung über die Bewilligung der Leistung der Krankenkasse zu. Es kann ein genereller Verzicht der Krankenkasse auf eine vorherige Kostenübernahmeerklärung vereinbart werden kann (BSG, Urt. v. 17.04.1996 - 3 RK 19/95 - SoZR 3-2500 § 19 Nr. 2).

Die Ast., eine Krankenkasse, vergab die Versorgung ihrer Versicherten mit Elektrostimulationsgeräten (Produktgruppe - PG - 09 des Hilfsmittelverzeichnisses) in neun Regionallosen. Die Ag., die im gesamten Bundesgebiet Elektrostimulationsgeräte vertreibt und über eine Zulassung nach § 126 SGB V a.F. verfügte, erhielt keinen Zuschlag. Auch nach dem 01.04.2009 erhielt die Ag. direkt, d.h. ohne Übermittlung durch die Versicherten, von Vertragsärzten Verordnungen für Versicherte der Ast. über Hilfsmittel der PG 09 übersandt. Die Ag. teilte daraufhin den Versicherten mit, dass die Ast. dafür die Kosten nicht mehr übernehmen werde. Trotzdem werde die Ag. das Hilfsmittel zusenden. Sie habe die Ast. bereits über ihre Vorleistung informiert und hoffe auf eine moralische Entscheidung der Ast. im Sinne ihrer Patienten. Die Ast. forderte die Ag. mit nur teilweisem Erfolg auf, eine bestimmte, vorformulierte Unterlassungserklärung abzugeben und die Verordnungen herauszugeben. **SG Konstanz**, Beschl. v. 23.09.2009 - S 2 KR 1807/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, alle im Besitz der Ag. befindlichen oder zukünftig in deren Besitz gelangenden Verordnungen über Hilfsmittel der Produktgruppe 09 - mit Ausnahme des Anwendungsgebietes Haut - für Versicherte der Ast. an die Ast. herauszugeben.

B) AUSKUNFTSANSPRUCH GEGEN AUGENOPTIKER BEI VERDACHT AUF ABRECHNUNGSMANIPULATIONEN

SG Aachen, Urt. v. 08.12.2009 – S 13 KR 136/07 –

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen L 16 KR 265/09
SGB V §§ 69, 127 I, 197°; BGB §§ 651, 666, 675 I

RID 10-01-169

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ein aufgrund von § 127 I SGB V a.F. geschlossener **Rahmenvertrag** zwischen den Krankenkassen(verbänden) und den Augenoptiker(verbände)n trägt Züge eines öffentlich-rechtlichen **Sachlieferungsvertrages** nach § 69 SGB V i.V.m. § 651 BGB, aber auch eines öffentlich-rechtlichen **Geschäftsbesorgungsvertrages** nach § 69 SGB V i.V.m. § 675 I BGB, auf den u.a. die Vorschrift des § 666 BGB Anwendung. Danach ist der Beauftragte verpflichtet, dem Auftraggeber die erforderlichen Nachrichten zu geben, auf Verlangen über den Stand des Geschäfts Auskunft zu erteilen und nach der Ausführung des Auftrags Rechenschaft abzulegen.

Nach ständiger Rechtsprechung des BGH gebieten es Treu und Glauben, dem Anspruchsberechtigten einen **Auskunftsanspruch** zuzubilligen, wenn die zwischen den Parteien bestehenden Rechtsbeziehungen es mit sich bringen, dass der Anspruchsberechtigte in entschuldbarer Weise über das Bestehen oder den Umfang seines Rechts im Ungewissen ist, und der Verpflichtete in der Lage ist, unschwer die zur Beseitigung dieser Ungewissheit erforderliche Auskunft zu erteilen (BGH, Urteil vom 06.02.2007 - X ZR 117/07 - NJW 2007, 1806 m.w.N.).

Der Auskunftsanspruch unterliegt einer **vierjährigen Verjährungsfrist**, die mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste, beginnt.

Das **SG** gab der Klage der Techniker Krankenkasse – diese war auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 197a SGB V federführend für einen Steuergausschuss "Abrechnungsmanipulation" der Ersatzkassen bei einem Sonderprüfverfahren in Bezug auf Optiker tätig - statt und verurteilte die bekl. Augenoptikerfirma Auskunft zu erteilen über sämtliche Leistungs- und Abrechnungsvorgänge, in denen die Beklagte im Abrechnungszeitraum 01.01.2001 bis 31.12.2003 Leistungen über Berechtigungsscheine sowie aufgrund vertragsärztlicher Verordnungen für Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK), der Barmer Ersatzkasse (Barmer) und der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) abgerechnet hat, durch Vorlage der diesbezüglichen Kundenunterlagen und -daten, insbesondere der betreffenden Auszüge aus der Kundendatei, Lieferscheine, Lieferantenrechnungen und Kundenrechnungen, in denen zu den nachstehend aufgelisteten - nach Name und Geburtsdatum der Versicherten, Ausstellungsdatum der Verordnung (VO) oder des Berechtigungsscheins (BS) und der zuständigen Krankenkasse spezifizierten - Sehhilfenversorgungen folgende Angaben enthalten sind: - Befundwerte, (Fern- und Nahbereich; rechts und links; sphärisch, Zylinder; Achse; Prisma) inklusive Refraktionsprotokoll, - Grund der Abgabe der Sehhilfe, - Art und Umfang der erbrachten Leistung inklusive Fassungs- und Glashersteller, - die mit dem Versicherten abgerechnete Leistung, - Datum der Bestellung der Sehhilfe beim Lieferanten, sowie (aus dem jeweiligen Lieferschein des Lieferanten): - genaue Bezeichnung des gelieferten Artikels nach Artikelnummer, Artikelbezeichnung und Material, - technische Spezifizierungen und Werte des Artikels, wie z.B. Radien-Brechwert-Zylinder, Achse oder Durchmesser, - Anzahl der jeweils gelieferten Artikel.

Parallelverfahren: SG Aachen, Urt. v. 08.12.2009 – S 13 (2) KR 114/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 10-01-170**

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen L 16 KR 265/09

SG Aachen, Urt. v. 08.12.2009 – S 13 (2) KR 112/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 10-01-171**

C) PAUSCHALE FÜR HAUS- ODER KRANKENHAUSBESUCHE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2009 – L 16 KR 155/08 –

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 36, 127

RID 10-01-172

Ein **Landesvertrag** kann für **Orthopädie-Techniker** das Recht begründen, unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenkasse neben dem Festbetrag für Hilfsmittel auch eine bestimmte **Pauschale für Haus- oder Krankenhausbesuche** zu fordern.

SG Dortmund, Urt. v. 19.08.2008 - S 44 KR 170/06 - wies die Klage ab, das **LSG** stellte fest, dass die Mitglieder der Kl. zu 1) für die Zeit vom 01.01.2005 bis zum 30.06.2009 berechtigt waren, zusätzliche Pauschalen gemäß § 5 IX des Landesvertrages vom 10.11.1993 für Haus- oder Krankenhausbesuche auch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 08 (Einlagen), 17 (Hilfsmittel zur Kompressionstherapie) und 29 (Hilfsmittel zur Stomaversorgung) abzurechnen, auch soweit für diese Hilfsmittel Festbeträge nach § 36 SGB V festgesetzt waren; die Bekl. verurteilte es, dem Kl. zu 2) 130,10 € nebst Zinsen zu zahlen.

D) INFORMATIONSRECHT ÜBER HILFSMITTELVERTRAG

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 02.10.2009 – L 4 KR 254/09 B ER –

RID 10-01-173

juris

SGB V §§ 126, 127 II 4; GG Art. 12 I; SGG § 86b II

Leitsatz: § 127 Abs. 2 S. 4 SGB V in der ab 01.01.2009 geltenden Fassung des Art. 1 Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15.12.2008 (BGBl I, 2426) sieht für andere Hilfsmittelerbringer ein **umfassendes Informationsrecht** über den Inhalt von Hilfsmittelverträgen vor.

2. Das Informationsrecht der anderen Hilfsmittelerbringer bezieht sich auf den gesamten Inhalt des Hilfsmittelvertrages.

SG Osnabrück, Beschl. v. 11.06.2009 - S 3 KR 115/09 ER - gab dem Antrag eines Hilfsmittelerbringerin auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

Nach *SG Hamburg*, Beschl. v. 26.02.2009 – S 34 KR 164/09 ER – RID 09-02-181 ist über die "Inhalte abgeschlossener Verträge" zu informieren.

E) AUSREICHENDE FACHKENNTNISSE OHNE WEITERBILDUNG ZUM STROMTHERAPEUTEN

LSG Bayern, Beschl. v. 28.12.2009 – L 4 KR 439/09 ER –

RID 10-01-174

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 36, 71, 127 II; SGG § 86b II

Leitsatz: Da nicht auszuschließen ist, dass ein ausgebildeter Orthopädie-Techniker weiterhin ausreichende Fachkenntnisse für die Abgabe von Stromartikeln besitzt bzw. ohne besondere Weiterbildung von Stromtherapeuten nachweisen kann, ist es gerechtfertigt, ihn vorläufig zur Abgabe solcher Artikel zuzulassen.

SG München, Urt. v. 01.04.2009 - S 47 KR 291/09 - wies die Klage ab, das *LSG* verpflichtete die Krankenkassen, der Ast. bis zur Entscheidung der Hauptsache (L 4 KR 200/09), längstens bis 30.06.2010, zu gestatten, die Versicherten der Ag. mit Hilfsmitteln und Verbandsmitteln zur Stoma-Versorgung nach Maßgabe des Vertrages der Bekl. zu versorgen, ohne dafür Stomatherapeuten anzustellen oder einen Mitarbeiter zur Weiterbildung zum Stomatherapeuten anzumelden.

6. HEILMITTELERBRINGER

A) PHYSIOTHERAPIEAUSBILDUNG IN ANDEREM EU-STAAT

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.03.2009 - L 1 KR 351/08 -

RID 10-01-175

Revision anhängig: B 3 KR 9/09 R

juris

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 6, 125 I u. II; HeilmRL Abschn. III Buchst. A Nr. 17.A Abs. 2, Ziff. 2.7; EWGRL 48/89 u. 51/92

Die Voraussetzung einer in Deutschland durch eine Weiterbildung zu erlangenden Qualifikation bei Anbietern mit Abschlüssen aus anderen Ländern der EU verstößt nicht gegen Europarecht (hier: Erteilung einer Abrechnungsbefugnis an einen Physiotherapeuten für die manuelle Therapie nach einer Ausbildung an der Hogeschool van Amsterdam).

SG Berlin, Urt. v. 02.07.2008 – S 111 KR 2961/07 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) PHYSIOTHERAPEUTEN: ABRECHNUNGSBEFUGNIS FÜR PRÄVENTIONSLEISTUNGEN (PILATES-KURSE)

LSG Hessen, Beschl. v. 27.10.2009 - L 8 KR 155/09 B ER –

RID 10-01-176

SGB V §§ 20, 124 I; SGG § 86b II

Bei dem Begehren eines **Physiotherapeuten**, zur Versorgung mit Versicherten mit Leistungen der **Prävention** i.S.d. § 20 SGB V (hier: **Pilates-Kurse**) zugelassen zu werden und die medizinische Trainingstherapie am Gerät nach § 20 SGB V durch ihn anzuerkennen, handelt es sich nicht um eine Frage der Zulassung nach § 124 SGB V, sondern – nur – um die Frage der leistungsspezifischen **Abrechnungsbefugnis** innerhalb einer schon bestehenden Zulassung.

Die Zulassung eines Physiotherapeuten als Heilmittelerbringer nach § 124 SGB V qualifiziert diesen nicht automatisch für die Erbringung bestimmter Präventionsleistungen nach § 20 SGB V. Der Physiotherapeut muss die **Qualifikationsvoraussetzungen** nach den **Richtlinien** des Spitzenverbands der Krankenkassen („Leitfaden Prävention“) nachweisen.

SG Marburg, Beschl. v. 08.04.2009 - S 6 KR 136/08 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

7. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE: ENTSCHEIDUNG UNABHÄNGIGER SCHIEDSPERSON KEIN VERWALTUNGSAKT

LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2009 – L 8 KR 325/07 –

RID 10-01-177

Revision anhängig: B 3 KR 1/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 71 I, 132a II; SGB X § 31; ZPO § 1029; BGB §§ 317, 319

Eine **Anfechtungs- und Leistungsklage** nach § 54 I 1, IV SGG gegen einen **Schiedsspruch** ist unzulässig, da die Schiedsperson nach § 132a II 6 und 7 SGB V im Rahmen des Schiedsverfahrens nicht als Behörde i.S.v. § 1 II SGB X handelt. Der Schiedsspruch nach § 132a II SGB V ist kein Verwaltungsakt i.S.v. § 31 SGB X (so a. LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 29.08.2007 – L 1 B 311/07 KR ER – RID 07-04-144; LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 26.07.2007 – L 24 KR 408/07 ER – RID 07-03-178).

Der Grundsatz der **Beitragsstabilität** gilt auch bei Vergütungsfestsetzungen nach § 132a SGB V.

SG Wiesbaden, Urt. v. 18.09.2007 - S 2 KR 170/07 - RID 07-04-143 wies die Klage der Kassen bzw. -verbände ab, das **LSG** die Berufung d. Kl. und die Anschlussberufung d. beigel. Verbände der Liga der freien Wohlfahrtspflege zurück.

8. REHA-MODELLVORHABEN: ABSCHLUSS EINES VERGÜTUNGSVERTRAGES

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.11.2009 – L 9 KR 115/04 –

RID 10-01-178

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 40 I 1, 64 I, 107, 111

Keine zugelassene Leistungserbringerin i.S.v. § 64 I SGB V ist, wer ambulante Rehabilitationsleistungen nach dem SGB V erbringen will, aber nicht über die erforderliche **Zulassung** verfügt. Eine Zulassung ist auch nicht entbehrlich, wenn die Leistungserbringerin zur Erbringung **stationärer geriatrischer Krankenhausleistungen** zugelassen ist. Zwar könnte der Wortlaut von § 64 I SGB V („mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern“) nahe legen, dass zum Abschluss eines auf ein Modellvorhaben bezogenen Vertrages jede beliebige Zulassung als Leistungserbringer nach dem SGB V ausreicht. Dem steht jedoch die Systematik des SGB V in seinem Zweiten bis Achten Abschnitt des Vierten Kapitels entgegen, wonach die Zugangsvoraussetzungen für die einzelnen Arten von Leistungserbringern höchst unterschiedlich ausgestaltet sind. Diese Grenzen zwischen den einzelnen Leistungsbereichen und -sektoren würden verwischt, ließe man **Modellvorhaben durch Leistungserbringer anderer Leistungsbereiche** zu. Auf die Sachnähe zwischen dem Leistungsbereich, für den die Klägerin zugelassen ist, und den angestrebten ambulanten geriatrischen Rehabilitationsleistungen kann es nicht ankommen, da eine solche auch zugelassene Reha-Kliniken, Heilmittelerbringer oder Vertragsärzte für sich in Anspruch nehmen könnten. Eine sinnvolle Grenzziehung wäre kaum mehr möglich.

Die Durchführung von **Modellvorhaben** steht im **Ermessen der einzelnen Krankenkassen**. Diesen steht im Rahmen von § 63, § 64 SGB V ein besonders weites Ermessen zu, insbesondere dann, wenn die für das Modellvorhaben vorgesehene Leistung bereits im Rahmen der Regelversorgung nach § 40, § 111 SGB V erbracht werden könnte oder bereits wird.

SG Berlin, Urt. v. 08.04.2004 - S 86 KR 2657/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

9. HEBAMMENVERGÜTUNGSVEREINBARUNG: NR. 230 DES LEISTUNGSVERZEICHNISSES (BERATUNG)

SG Darmstadt, Urt. v. 03.12.2009 – S 18 KR 42/09 –

RID 10-01-179

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 134a

Die Gebühr Nr. 230 fällt in Höhe von je 5,10 € für jede Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmitteln an. In den ersten 10 Tagen nach der Geburt ist die Gebühr Nr. 230 ohne Einschränkung abrechenbar. Eine Beschränkung ergibt sich insbesondere nicht aus dem Buchstaben b) der "Allgemeinen Bestimmungen" des Abschnitts C. des Leistungsverzeichnisses.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, an die kl. Hebamme 10,20 € nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13.01.2009 zu zahlen.

X. Angelegenheiten der Krankenkassen

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B XI (S. 62).

UMLAGEBESCHIED EINES LANDESVERBANDES FÜR NOTLEIDENDE BETRIEBSKRANKENKASSEN

SG Stuttgart, Urt. v. 26.11.2009 – S 16 KR 84/07 –

RID 10-01-180

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V a.F. §§ 220 I u. II, 265a; SGB IV §§ 67 I, 68 I, 70 V; SGB X §§ 24 I, 32; AO §§ 1 III, 2 II

Die **Zustimmungserklärung eines Landesverbandes** nach § 265a II 2 SGB V in der bis zum 26.10.2006 gültigen Fassung (a.F.) stellt keinen **Verwaltungsakt** i.S. des § 31 SGB X dar. Sie kann nicht mit einer **Bedingung** versehen werden. Eine unzulässige Bedingung in der Zustimmungserklärung hat deren **Nichtigkeit** zur Folge. Eine nachträgliche **Heilung** erfolgt nicht.

Es ist unerheblich, dass ein **anderer Landesverband** seine Zustimmung zur Hilfgewährung konditioniert hat mit der Folge, dass keine wirksame Zustimmung i.S. des § 265a II 2 SGB V a.F. vorliegt und deren Mitgliedskassen an dem Ausgleichsverfahren nicht teilnehmen (a.A. SG Dortmund, Urt. v. 20.12.2007 - S 12 KR 45/05 -).

Ein Landesverband der Betriebskrankenkassen ist berechtigt, gem. § 265a I 1 SGB V a.F. i.V. mit § 1 I AO 2004 finanzielle Hilfen an Krankenkasse zu leisten, die sich aufgrund **verbotener Kreditaufnahmen** verschuldet haben. Die Funktion der Erhaltung einer in Not geratenen Krankenkasse kann nur verwirklicht werden, wenn ursachenneutral überschuldeten Krankenkassen geholfen wird.

§ 3 Ausgleichsordnung 2004 Landesverband BKK Baden-Württemberg verstößt nicht gegen einfaches Gesetzesrecht.

Das **SG** gab der Klage z.T. statt.

entfällt RID 10-01-181

XI. Verfahrensrecht/Kosten

1. STATUSSTREITIGKEIT NACH § 116B II SGB V IST VERTRAGSARZTRECHT

SG Fulda, Beschl. v. 23.12.2009 – S 11 KR 48/09 -

RID 10-01-182

SGB V § 116b II; SGG § 10 II

Statusstreitigkeiten nach § 116b II SGB V sind als Angelegenheiten des Vertragsarztrechts anzusehen.

Das **SG** verwies die Anfechtungsklage eines Vertragsarztes (Innere Medizin/Onkologie u Hämatologie) gegen den Feststellungsbescheid nach § 116b II SGB V für ein Klinikum an das SG Marburg.

2. AUFERLEGUNG VON KOSTEN FÜR UNTERLASSENE ERMITTLUNGEN (§ 194 IV SGG)

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11.08.2009 – L 4 KR 108/09 B –

RID 10-01-183

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 192 IV 1

Leitsatz: 1. § 192 Abs. 4 Satz 1 SGG, in Kraft getreten am 1.4.2008, ist auch in Verfahren anzuwenden, die vor dem 1.4.2008 anhängig geworden sind.

2. Die Anwendung des § 192 Abs. 4 Satz 1 SGG setzt nicht voraus, dass die vom Gericht nachgeholtten Ermittlungen zu einem anderen Ergebnis kommen als die vom Versicherungsträger im Verwaltungsverfahren durchgeführten ungenügenden Ermittlungen.

SG Aurich, Beschl. v. 17.03.2009 - 8 KR 25/08 – verpflichtete die bekl. Krankenkasse, die Kosten für das vom SG eingeholte Gutachten des Dr. C. gem. § 192 IV SGG zu übernehmen, weil das Gutachten des MDK aus dem Verwaltungsverfahren nicht ausreichend gewesen sei, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

XII. Entscheidungen des BSG

1. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

A) ALTERSGRENZEN VERFASSUNGSKONFORM

BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 7/08 R – SozR 4-2500 § 27a Nr. 8

RID 10-01-184

Leitsatz: 1. Ein Anspruch auf Leistungen zur künstlichen Befruchtung besteht für beide Eheleute nicht, wenn ein Ehepartner die für ihn maßgeblichen Altersgrenzen nicht erfüllt. Das gilt auch für den Fall, dass der betreffende Ehepartner der gesetzlichen Krankenversicherung nicht angehört.

2. Der seit dem 1.1.2004 geltende Ausschluss von Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach dem vollendeten 40. Lebensjahr der Ehefrau ist verfassungskonform (Anschluss an BSG vom 3.3.2009 - B 1 KR 12/08 R = SozR 4-2500 § 27a Nr. 7).

B) BESCHRÄNKUNG AUF DREI BEHANDLUNGSZYKLEN VERFASSUNGSKONFORM

BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 9/08 R – SozR 4-2500 § 27a Nr. 9

RID 10-01-185

Leitsatz: Der seit dem 1.1.2004 geltende Ausschluss von Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach drei erfolglos durchgeführten Behandlungszyklen ist verfassungskonform.

2. WAHL VON KOSTENERSTATTUNG: MAßSTAB DES ANSPRUCHS AUF NATURALLEISTUNG

BSG, Urt. v. 08.09.2009 – B 1 KR 1/09 R – SozR 4-2500 § 13 Nr. 22

RID 10-01-186

Leitsatz: 1. Eine Krankenkasse muss ihren Versicherten, die Kostenerstattung anstelle der Sach- oder Dienstleistung gewählt haben, nur Kosten solcher selbstbeschaffter Behandlungen erstatten, welche die Krankenkassen allgemein in Natur zu erbringen haben.

2. Wählen Versicherte Kostenerstattung, verstößt es nicht gegen das Grundgesetz, dass die Erstattungshöhe durch den bei einer Naturalleistung der Krankenkasse zu gewährenden Apotheken- und Herstellerrabatt begrenzt ist.

3. Versicherte können nichtverschreibungspflichtige Fertigarzneimittel im Rahmen gesetzlicher Ausnahmeregelungen von ihrer Krankenkasse nur beanspruchen, wenn es sich um Arzneimittel handelt, die der Art nach wegen ihrer arzneimittelrechtlichen Zulassung oder als Einzelimport überhaupt verordnungsfähig sind.

3. AUSLANDSKRANKENBEHANDLUNG

A) SACHLEISTUNGSERSETZENDE KOSTENERSTATTUNGSANSPRÜCHE/KEINE ANSPRÜCHEN NACH § 13 III SGB V

BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 22/08 R – SozR 4-2500 § 13 Nr. 23

RID 10-01-187

Leitsatz: 1. Der Anspruch Versicherter gegen ihre Krankenkasse auf Krankenbehandlung als Naturalleistung in einem anderen EG-Mitgliedstaat aufgrund des europäischen koordinierenden Sozialrechts umfasst auch sachleistungsersetzende Kostenerstattungsansprüche.

2. Beansprucht ein Versicherter von seiner Krankenkasse Kostenerstattung wegen unaufschiebbar notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung in einem anderen EG-Mitgliedstaat unter Ausübung seines Rechts auf passive Dienstleistungsfreiheit, darf ihm das Fehlen der vorherigen Zustimmung zu dieser Behandlung nicht entgegengehalten werden, soweit und solange er an der Einholung der Zustimmung gehindert ist.

3. Die europarechtskonform auszulegenden Regelungen des deutschen Kostenerstattungsrechts, die zur Umsetzung der passiven EG-Dienstleistungsfreiheit ergangen sind, schließen Ansprüche nach § 13 Abs. 3 SGB 5 wegen europarechtswidrigen Systemversagens aus.

B) KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCH FÜR IM EG-AUSLAND BESCHAFFTEN ZAHNERSATZ

BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 19/08 R – SozR 4-2500 § 13 Nr. 21

RID 10-01-188

Leitsatz: 1. Der Anspruch auf Kostenerstattung für einen im EG-Ausland beschafften Zahnersatz setzt die Genehmigung der Versorgung nach Prüfung einer einem Heil- und Kostenplan vergleichbaren Unterlage durch die Krankenkasse vor der Behandlung voraus.

2. Das Erfordernis der vorherigen Genehmigung der zahnprothetischen Versorgung verstößt nicht gegen Europarecht.

4. OFF-LABEL-USE: ADHS BEI ERWACHSENEN

BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 5/09 R – SozR 4-2500 § 31 Nr. 15

RID 10-01-189

Leitsatz: In der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Erwachsene haben grundsätzlich keinen Anspruch auf zulassungsüberschreitende Anwendung eines nur zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen Arzneimittels unter erleichterten Voraussetzungen, selbst wenn eine gleiche Wirksamkeit des Mittels unterstellt wird.

5. HILFSMITTEL

A) ROLLSTUHL-FAHRRAD-KOMBINATION MIT ELEKTROHILFSMOTOR

BSG, Urt. v. 12.08.2009 – B 3 KR 11/08 R – SozR 4-2500 § 33 Nr. 25

RID 10-01-190

Leitsatz: Ein Versicherter hat im Rahmen der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen keinen Anspruch auf Ausstattung eines Rollfiets (Rollstuhl-Fahrrad-Kombination) mit einem Elektro-Hilfsmotor, um Fahrradausflüge mit der Familie zu ermöglichen (Aufgabe von BSG vom 29.9.1997 - 8 RKn 27/96 = SozR 3-2500 § 33 Nr. 25 und vom 13.5.1998 - B 8 KN 13/97 R = SozR 3-2500 § 33 Nr. 28).

B) ELEKTROLLSTUHL

BSG, Urt. v. 12.08.2009 – B 3 KR 8/08 R – SozR 4-2500 § 33 Nr. 27

RID 10-01-191

Leitsatz: Die Krankenkasse hat einen gehunfähigen Versicherten mit einem Elektrorollstuhl zu versorgen, wenn er den Nahbereich um seine Wohnung mit einem Aktivrollstuhl nicht (mehr) aus eigener Kraft erschließen kann.

C) WASSERFESTE PROTHESE (BADEPROTHESE)

BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 2/08 R – SozR 4-2500 § 33 Nr. 24

RID 10-01-192

Leitsatz: 1. Hat das Landessozialgericht über eine Berufung verfahrensfehlerhaft durch den bestellten Berichterstatler des Senats entschieden, kann im Revisionsverfahren von einer Zurückverweisung abgesehen und durch entschieden werden, wenn feststeht, dass der Rechtsstreit in einer ganz bestimmten Weise zu entscheiden ist (Ergänzung zu BSG vom 8.11.2007 - B 9/9a SB 3/06 R = SozR 4-1500 § 155 Nr. 2).

2. Ein beinamputierter Versicherter, der mit einer normalen Laufprothese ausgestattet ist, kann von der Krankenkasse grundsätzlich die zusätzliche Versorgung mit einer wasserfesten Prothese (Badeprothese) beanspruchen (Weiterentwicklung zu BSG vom 10.10.1979 - 3 RK 30/79 = SozR 2200 § 182 Nr. 55).

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 19/08 R –*

RID 10-01-193

D) SALZWASSERFESTE PROTHESE (BADEPROTHESE)

BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 10/08 R – SozR 4-2500 § 33 Nr. 23

RID 10-01-194

Leitsatz: Ein beinamputierter Versicherter kann von der Krankenkasse lediglich die Versorgung mit einer normalen (süßwasserfesten) Badeprothese verlangen. Die Mehrkosten einer salzwasserfesten Ausführung hat der Versicherte selbst zu tragen.

E) GPS-SYSTEM FÜR BLINDE UND SEHBEHINDERTE MENSCHEN

BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 4/08 R – SozR 4-2500 § 33 Nr. 26

RID 10-01-195

Leitsatz: 1. Ein GPS-System für blinde und sehbehinderte Menschen kann als Teilhabeleistung zu gewähren sein, wenn dies zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Einzelfall erforderlich ist.

2. In der GKV besteht Anspruch auf Versorgung mit einem GPS-System, wenn sich ein blinder oder erheblich sehbehinderter Versicherter ohne diese Unterstützung im Nahbereich um die eigene Wohnung nicht zumutbar orientieren kann.

6. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE BEI NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGEM ARZNEIMITTEL

BSG, Urt. v. 25.08.2009 – B 3 KR 25/08 R – SozR 4-2500 § 37 Nr. 10

RID 10-01-196

Leitsatz: Ein Versicherter kann gegen die Krankenkasse einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege durch einen Pflegedienst in Form der intramuskulären Injektion eines medizinisch erforderlichen Arzneimittels auch dann haben, wenn dieses nicht verschreibungspflichtig und deshalb vom Vertragsarzt nur auf Privatrezept verordnet worden ist.

7. ZUZAHLUNGEN/PRAXISGEBÜHR

A) PRAXISGEBÜHR VERFASSUNGSGEMÄß

BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 3/08 R – SozR 4-2500 § 28 Nr. 3

RID 10-01-197

Leitsatz: Die Pflicht zur Zuzahlung von 10 Euro je Kalendervierteljahr für den Arztbesuch ("Praxisgebühr") verstößt nicht gegen verfassungsrechtlich geschützte Rechte der Versicherten.

B) BELASTUNGSGRENZE FÜR ZUZAHLUNGEN: FREIBETRÄGE

BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 17/08 R – SozR 4-2500 § 62 Nr. 8

RID 10-01-198

Leitsatz: Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um die Freibeträge sowohl für das sächliche Existenzminimum jedes Kindes des Versicherten und seines Lebenspartners als auch für den Betreuungs-, Erziehungs- und Ausbildungsbedarf zu vermindern.

8. KRANKENHÄUSER

A) KRANKENHAUS-VERGÜTUNG IM FALLPAUSCHALENSYSTEM (DRG-ZIFFER F49C)

BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 24/08 R – SozR 4-2500 § 109 Nr. 17

RID 10-01-199

Leitsatz: 1. Ein Krankenhausträger kann Vergütung auch im Fallpauschalensystem nur für die erforderliche Krankenhausbehandlung Versicherter beanspruchen.

2. Begehrt ein Krankenhausträger eine Fallpauschalenvergütung, darf die Krankenkasse hiervon Abschläge geltend machen, wenn die erforderliche Verweildauer des Versicherten die untere Grenzverweildauer unterschreitet.

3. Beahlt eine Krankenkasse eine Krankenhausbehandlung ihres Versicherten bei vertraglich vereinbarter umgehender Zahlungspflicht nach Rechnungseingang unter dem Vorbehalt medizinischer Überprüfung, verbleibt die Beweislast für die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung beim Krankenhausträger.

B) EINHALTUNG DES KRANKENHAUSÜBERPRÜFUNGSVERTRAGES DURCH KRANKENHAUS

BSG, Urt. v. 22.04.2009 – B 3 KR 24/07 R – SozR 4-2500 § 109 Nr. 18

RID 10-01-200

Leitsatz: 1. Die Ärzte eines Krankenhauses sind zur Befolgung von gesetzlich vorgesehenen und landesvertraglich konkretisierten Auskunfts- und Mitwirkungspflichten "befugt" i.S. von § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB.

2. Die Auskunfts- und Mitwirkungspflichten eines Krankenhauses im Abrechnungsverfahren mit der Krankenkasse gelten uneingeschränkt auch dann, wenn ein Versicherter belegärztlich versorgt wird und die Aufnahmeentscheidung deshalb nicht durch einen Krankenhausarzt erfolgt.

3. Werden Auskunfts- und Mitwirkungspflichten im Abrechnungsverfahren durch das Krankenhaus nachhaltig und dauerhaft verletzt, reduziert dies die Amtsermittlungspflicht der Sozialgerichte.

C) WEITERE VERGÜTUNG NACH BEGLEICHUNG DER ENDABRECHUNG

BSG, Urt. v. 08.09.2009 – B 1 KR 11/09 R – SozR 4-2500 § 109 Nr. 19

RID 10-01-201

Leitsatz: Ein Krankenhausträger kann von einer Krankenkasse nach Begleichung einer "Endabrechnung" eine weitere Vergütung wegen der bereits abgerechneten Leistung nur unter Beachtung von Treu und Glauben geltend machen, soweit vertraglich nichts Näheres geregelt ist.

D) ANSPRUCH AUF VERZUGSZINSEN BZGL. ZURÜCKZUZAHLENDER KRANKENHAUSVERGÜTUNG

BSG, Urt. v. 08.09.2009 – B 1 KR 8/09 R –

RID 10-01-202

Eine Krankenkasse hat Anspruch auf Verzugszinsen bzgl. zurückzuzahlender Krankenhausvergütung. Hinsichtlich der Zinshöhe käme nach den gesetzlichen Regelungen allenfalls ein Zinssatz von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz in Betracht (§ 288 I 2 BGB). Der höhere Zinssatz nach § 288 II BGB ist lediglich für "Rechtsgeschäfte" vorgesehen, nicht aber für öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche wegen irrtümlicher Überzahlung gesetzlich begründeter Krankenhausvergütung. Der gesetzliche Zinssatz wird aber durch vorrangige vertragliche Zinsregelungen verdrängt.

9. KR-ZUSTÄNDIGKEIT/AUFNAHME IN HILFSMITTELVERZEICHNIS UND NEUE BEHANDLUNGSMETHODE

BSG, Urt. v. 12.08.2009 – B 3 KR 10/07 R – SozR 4-2500 § 139 Nr. 2

RID 10-01-203

Leitsatz: 1. Streitigkeiten über die Aufnahme eines Hilfsmittels in das GKV-Hilfsmittelverzeichnis fallen auch dann nicht in die Zuständigkeit der Kammern bzw. Senate für Vertragsarztrecht, wenn der G-BA am Verfahren beteiligt ist (Abgrenzung zu BSG vom 6.5.2009 - B 6 A 1/08 R = SozR 4-2500 § 94 Nr. 2).

2. In das GKV-Hilfsmittelverzeichnis kann ein Hilfsmittel nicht aufgenommen werden, wenn die zu Grunde liegende Behandlungsmethode ohne positive Empfehlung des G-BA in der ambulanten Versorgung nicht angewandt werden darf und eine solche Empfehlung nicht vorliegt (Bestätigung von BSG vom 31.8.2000 - B 3 KR 21/99 R = BSGE 87, 105 = SozR 3-2500 § 139 Nr. 1 und von BSG vom 28.9.2006 - B 3 KR 28/05 R = BSGE 97, 133 = SozR 4-2500 § 139 Nr. 2).

3. Einen Anspruch auf Einleitung eines Verfahrens zur Überprüfung der Behandlungsmethode beim G-BA durch die zur Führung des Hilfsmittelverzeichnisses zuständigen Stellen hat ein Hilfsmittelhersteller nur dann, wenn die Studienlage eine positive Abschätzung des Nutzens der Methode als wahrscheinlich erscheinen lässt und ihre positive Bewertung auch nicht aus anderen Gründen als ausgeschlossen erscheint (Weiterentwicklung von BSG vom 31.8.2000 - B 3 KR 21/99 R = BSGE 87, 105 = SozR 3-2500 § 139 Nr. 1).

10. ERSTATTUNGSANSPRUCH ZWISCHEN KRANKENKASSEN

BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 21/08 R – SozR 4-1300 § 111 Nr. 5

RID 10-01-204

Leitsatz: Hat eine unzuständige Krankenkasse Sachleistungen an einen vermeintlich bei ihr Versicherten erbracht, muss sie, um ihren Erstattungsanspruch zur Vermeidung des Ausschlusses nach § 111 SGB X rechtswirksam "geltend zu machen", dem in Anspruch genommenen Leistungsträger zumindest ihren Rechtssicherungswillen, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruchs maßgeblichen Umstände einschließlich der zugrunde liegenden Diagnose und den Zeitraum verdeutlichen, für den die Sozialleistungen erbracht worden sind.

11. MITENTSCHEIDUNG EINER WEGEN BEFANGENHEIT ABGELEHNTEN RICHTERIN

BSG, Beschl. v. 27.10.2009 – B 1 KR 51/09 B –

RID 10-01-205

^{juris}
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 12.02.2009 – L 1 KR 361/07 – ist begründet; die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen.

Ein fortwirkender Verstoß gegen das **Gebot des gesetzlichen Richters** und zugleich eine "Entziehung" des gesetzlichen Richters durch ein Gericht liegt vor, wenn eine abgelehnte Richterin vor der Verkündung des Urteils an dem von ihr in der öffentlichen Sitzung verkündeten Beschluss mitgewirkt, der das gegen sie gerichtete Befangenheitsgesuch als unzulässig verworfen hat, da das Befangenheitsgesuch "nicht substantiiert begründet" worden sei und die Ausführungen des LSG in diesem Beschluss auf grob fehlerhaften Erwägungen beruhen und darauf hindeuten, dass das LSG die Tragweite der Verfassungsgarantie des Art. 101 I 2 GG grundlegend verkannt hat.

Bei strenger Beachtung der Voraussetzungen des Vorliegens eines gänzlich untauglichen oder rechtsmissbräuchlichen **Ablehnungsgesuchs** gerät eine **Selbstentscheidung** mit der Verfassungsgarantie des Art 101 I 2 GG nicht in Konflikt, weil die Prüfung keine Beurteilung des eigenen Verhaltens des abgelehnten Richters voraussetzt und deshalb keine Entscheidung in eigener

Sache ist (vgl. BVerfGK 5, 269, 281 f = NJW 2005, 3410, 3412). Es ist aber eine enge Auslegung der Voraussetzungen geboten. Ein vereinfachtes Ablehnungsverfahren soll nur **echte Formalentscheidungen** ermöglichen oder einen offensichtlichen Missbrauch des Ablehnungsrechts verhindern. Eine völlige Ungeeignetheit eines Ablehnungsgesuchs in diesem Sinne ist anzunehmen, wenn für eine Verwerfung als unzulässig jedes Eingehen auf den Gegenstand des Verfahrens entbehrlich ist. Ist hingegen eine - wenn auch nur geringfügige - Befassung mit dem Verfahrensgegenstand erforderlich, scheidet eine Ablehnung als unzulässig aus. Eine gleichwohl erfolgende Ablehnung ist dann willkürlich. Über eine bloß formale Prüfung hinaus darf sich der abgelehnte Richter nicht durch Mitwirkung an einer näheren inhaltlichen Prüfung der Ablehnungsgründe zum Richter in eigener Sache machen. Diese Voraussetzungen für eine Selbstentscheidung des abgelehnten Richters über den ihn betreffenden Befangenheitsantrag sind verfassungsrechtlich durch Art 101 I 2 GG vorgegeben (vgl. BVerfG, Beschl. v. 20.07.2007 - 1 BvR 2228/06 -, juris Rn. 20 ff. m.w.N. = NJW 2007, 3771 ff.).

Eine abgelehnte Richterin darf nicht über das gegen sie gerichtete Befangenheitsgesuch mit zwei anderen Richterinnen entscheiden, weil sie es lediglich **nicht für "substantiiert begründet" hält**. Damit wird das Selbstentscheidungsrecht auf Fälle der mangelnden Begründetheit eines Ablehnungsgesuchs ausgedehnt. Um einen sonst vorliegenden Verstoß gegen Art 101 I 2 GG zu vermeiden, darf ein derart vereinfachtes Ablehnungsverfahren demgegenüber nicht einmal auf Situationen "offensichtlicher Unbegründetheit" des Ablehnungsgesuchs erstreckt werden (vgl. BVerfGK 5, 269 = NJW 2005, 3410, juris Rn. 55 m.w.N.).

12. ZUSTÄNDIGKEIT DER SPRUCHKÖRPER FÜR KRANKENVERSICHERUNG

BSG, Beschl. v. 18.11.2009 – B 1 KR 74/08 B –

RID 10-01-206

^{juris}
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hamburg*, Urt. v. 30.04.2008 – L 1 KR 4/08 – wird als unzulässig zurückgewiesen.

Für die Klage eines **gesetzlich krankenversicherten Klägers** mit dem Ziel, den beklagten Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zu verurteilen, in seinen Richtlinien festzulegen, dass die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel "Thioctacid 600 HR" und "Milgamma mono 150" zur Behandlung seiner polyneuropathischen Erkrankung ausnahmsweise vertragsärztlich verordnet werden dürfen, sind die **Spruchkörper für Krankenversicherung** der Sozialgerichte zuständig.

Das **Fehlen von Entscheidungsgründen** liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn ein Urteil nicht **innen fünf Monaten nach Verkündung** schriftlich niedergelegt, von den beteiligten Berufsrichtern unterschrieben und der Geschäftsstelle übergeben worden ist (GmSOGB SozR 3-1750 § 551 Nr. 4; BSG SozR 4-1500 § 120 Nr. 1 Rn. 4 m.w.N.; BSG, Beschl. v. 17.02.2009 - B 2 U 189/08 B – Rn. 5). Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Übergabe an die Geschäftsstelle. Auf den Tag der Zustellung kommt es dagegen nicht an (BVerwG NVwZ 2001, 1150).

Wenn eine Entscheidung über ein **Ablehnungsgesuch wegen Befangenheit** fehlt und - wie hier - die Tatsachenfeststellungen ausreichen, kann das Beschwerdegericht die Ablehnungsgründe prüfen und darüber entscheiden. In einem solchen Fall steht einer Überprüfung nicht der Umstand entgegen, dass der abgelehnte Richter sich zum Inhalt des Ablehnungsgesuchs bisher nicht geäußert hat (vgl. ausführlich BSG SozR 4-1500 § 60 Nr. 4 Rn. 11 f. m.w.N.).

Aus den Gründen:

(...) 4 1. Der erkennende 1. Senat des BSG ist zur Entscheidung des Rechtsstreits berufen, weil eine Angelegenheit der Sozialversicherung (§ 10 Abs 1, § 12 Abs 2 Satz 1, § 31 Abs 1 Satz 1, § 40 Satz 1 SGG), nämlich der Krankenversicherung, und nicht des Vertragsarztrechts (§ 10 Abs 2, § 12 Abs 2, § 31 Abs 2, § 40 Satz 2 SGG) betroffen ist, für die der 6. Senat des BSG zuständig wäre.

5 Maßgeblich für die Zuordnung von Streitigkeiten ist, **ob die begehrte Rechtsfolge nach ihren einschlägigen materiell-rechtlichen Grundlagen dem Bereich der Krankenversicherung oder des Vertragsarztrechts zuzuordnen ist** (ebenso: 3. Senat des BSG, Urteil vom 12.8.2009 - B 3 KR 10/07 R, RdNr 10 ff, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; aA 6. Senat des BSG, Urteil vom 6.5.2009 - B 6 A 1/08 R - RdNr 21 f, zum Abdruck in BSGE und SozR vorgesehen). Soweit die begehrte Rechtsfolge im SGB V wurzelt, handelt es sich grundsätzlich um eine Angelegenheit der Krankenversicherung. Die Zuordnung von Streitigkeiten des Leistungs- und des Leistungserbringerrechts zu den Spruchkörpern für Krankenversicherung (§ 51 Abs 1 Nr 2 SGG) ist der **Regelfall**. Nur ausnahmsweise geht es dennoch um Vertragsarztrecht, soweit nämlich Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzten einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände betroffen sind (§ 10 Abs 2 SGG). Streitigkeiten aus diesem Teilbereich des Leistungserbringerrechts begründen eine abweichende Besetzung der Richterbank mit ehrenamtlichen Richtern ggf aus den Kreisen der Krankenkassen und jedenfalls der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Psychotherapeuten (§ 12 Abs 3, § 31 Abs 2, § 33, § 40 Satz 2 SGG). Für die übrigen Teile des Leistungserbringerrechts sind ebenso wie im Leistungsrecht des SGB V Rechtsfragen grundsätzlich in derselben und für das SGB V typischen Besetzung der

Spruchkörper zu entscheiden, nämlich mit einem Vorsitzenden, (bei den Senaten) zwei weiteren Berufsrichtern und je einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 12 Abs 2, § 31 Abs 1 Satz 1, § 33, § 40 Satz 1 SGG).

6 Ein Streit darüber, ob **der GBA eine spezielle Richtlinie nach § 34 Abs 1 Satz 2 SGB V zu erlassen hat**, zählt zu den Sachen der **Krankenversicherung und nicht des Vertragsrechts. Ganz unabhängig davon, wer den Erlass einer solchen Richtlinie begehrt, sei es ein Versicherter, ein Vertragsarzt, der Hersteller, eine Vereinigung von Vertragsärzten wie die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung, eine Krankenkasse, ein Krankenkassenverband oder der Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder auch ein Dritter**: In keinem Fall geht es um Vertragsarztrecht im Sinne des § 10 Abs 2 SGG.

7 Das ergibt sich aus Wortlaut, Gesetzssystematik, Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck der dafür einschlägigen prozess- und materiell-rechtlichen Grundlagen. Ein Streit über eine Pflicht des GBA zum Erlass von Richtlinien gehört schon nach dem Wortlaut grundsätzlich nicht zu den besonderen Streitigkeiten nach § 10 Abs 2 SGG, sondern zum Krankenversicherungsrecht. Ihm liegen Regelungen des SGB V zugrunde, der Streit besteht gerade nicht lediglich "aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzten einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände". Nur wegen einer Beteiligung des GBA sind nicht ausschließlich und speziell die Rechte und Pflichten von "Vertragsärzten" in ihrer Beziehung zu den Krankenkassen berührt. Vielmehr hat der GBA eine umfassende Steuerungsfunktion. Seine Beschlüsse und Richtlinien entfalten gleichermaßen verbindliche Wirkung gegenüber Versicherten, ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern (so § 91 Abs 6 SGB V idF des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378, anknüpfend an bereits zuvor ergangene Rechtsprechung des BSG, zB BSGE 78, 70, 75 = SozR 3-2500 § 92 Nr 6 S 30 <6. Senat>; BSGE 87, 105, 111 = SozR 3-2500 § 139 Nr 1 S 8 sowie BSG SozR 4-2500 § 37 Nr 7 RdNr 20 <3. Senat>; BSGE 81, 73, 81 = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 S 56 <1. Senat>). Leistungsrecht und Leistungserbringerrecht des SGB V stehen in keinem Vorrang/Nachrang-Verhältnis. Vielmehr ist - wie nicht zuletzt auch § 91 Abs 6 SGB V zeigt - von einer Einheit beider Teilbereiche auszugehen (zB BSGE 81, 54, 77 ff = SozR 3-2500 § 135 Nr 4 S 14 ff).

8 Das belegt auch die Entstehungsgeschichte des § 91 SGB V jedenfalls seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.1.2004 (§ 91 SGB V idF des GKV-Modernisierungsgesetzes <GMG> - vom 14.11.2003, BGBl I 2190, dort Art 1 Nr 70). Seither sind die verschiedenen Bundesausschüsse in bewusster Abkehr von der alten Rechtslage zu einem einheitlichen und sektorübergreifenden Steuerungsgremium zusammengefasst (vgl Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum GMG, BT-Drucks 15/1525 S 106 zu Nr 70). Nach § 91 Abs 2 Satz 1 SGB V (in der ab 1.7.2008 geltenden GKV-WSG < aaO>) werden sogar nur noch drei der dreizehn Mitglieder des Beschlussgremiums von der Kassenärztlichen bzw Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gestellt (neben drei unparteiischen Mitgliedern sowie Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen). Es ist auch vor diesem Hintergrund nicht angebracht, ein begehrtes oder angegriffenes Handeln des GBA dem Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung von Vertragsärzten und Krankenkassen zuzuordnen, (anders: 6. Senat des BSG, Urteil vom 6.5.2009, aaO, RdNr 21 ff).

9 Auch Sinn und Zweck der Sonderregelungen im SGG für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts (§ 12 Abs 3, § 31 Abs 2, § 33, § 40 Satz 2 SGG) schließen die Zuordnung der den GBA betreffenden Streitigkeiten zum Vertragsarztrecht aus. Von der Intention her sollen im Segment "Vertragsarztrecht" nur solche Personen im Spruchkörper mitwirken, die sachkundig und mit der besonderen Materie sowie den tatsächlichen Verhältnissen in der vertragsärztlichen Versorgung vertraut sind (vgl BSGE 23, 105, 110; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl 2008, § 12 RdNr 6). Letztlich repräsentieren die besonderen Gruppen der ehrenamtlichen Richter im Vertragsarztrecht diejenigen, die es angeht. Dies ist zB der Fall, wenn der Streitgegenstand etwa den rechtlichen Status als Vertragsarzt, Fragen der vertragsärztlichen Zulassung oder der Honorierung einschließlich der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung betrifft. Die dargestellte umfassende Aufgabenstellung des GBA als untergesetzlicher Normgeber und seine zentrale Rolle für das gesamte Leistungsrecht wie für das Leistungserbringerrecht stehen einer Zuordnung der ihn betreffenden Streitigkeiten zum Vertragsarztrecht deshalb entgegen, zumal selbst das Vertragsarztrecht nur ein Teilelement des Leistungserbringerrechts ist. Es bliebe gänzlich unbeachtet, dass die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe hat, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 Satz 1 SGB V); sie besteht nicht in erster Linie wegen der Behandlungsberechtigung durch Vertragsärzte.

10 Einer **Anrufung des Großen Senats** bedarf es vorliegend trotz der aufgezeigten Rechtsprechung des 6. Senats mangels Entscheidungserheblichkeit nicht. Auch der 6. Senat geht nämlich jedenfalls davon aus, dass Streitigkeiten zwischen Versicherten und dem GBA zu den Streitigkeiten der Krankenversicherung gehören: Die besondere funktionelle Zuständigkeit der Kammern bzw Senate für Vertragsarztrecht im Sinne der § 10 Abs 2, § 57a SGG bestehe - unausgesprochen, aber selbstverständlich - nur insoweit, als ein Bezug zum Leistungserbringerrecht gegeben sei (Urteil des BSG vom 6.5.2009, aaO, RdNr 29). (...)

Der Geschäftsverteilungsplan des BSG sah für 2009 folgende Zuständigkeit des 6. Senats vor:

Streitigkeiten auf Grund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten und Vertragszahnärzten unter Einschluss der Zahntechniker (Vertragsarztrecht) einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände. Dazu rechnen auch Streitigkeiten aus dem SGB V

- zwischen Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und anderen an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen (z.B. medizinische Versorgungszentren im Sinne des § 95 Abs. 1 SGB V) und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie Krankenkassen,
- auf Grund von Entscheidungen der gemeinsamen Gremien von Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzten (einschließlich Zahntechniker) und Krankenkassen, auch soweit andere Leistungserbringer sowie sachkundige Personen aus den Kreisen der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen mitwirken,
- auf Grund der Regelungen in
 - § 73 b Abs. 2 in der bis zum 31. März 2007 geltenden Fassung, § 73 b Absätze 4 - 8 in der bis zum 30. Juni 2009 geltenden Fassung, § 73b Abs. 4, 4a - 8 in der ab dem 01. Juli 2009 geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 1f GKV-OrgWG, § 73 c Absätze 4 - 6 in der Fassung des Art. I Nr. 46 GKV-WSG, § 73 d Abs. 2 - 5 in der Fassung des Art. I Nr. 47

GKV-WSG, § 75 Absätze 3 a - 3 c in der Fassung des Art. I Nr. 48 GKV-WSG, § 115, § 115 b, § 116 b, § 118 Abs. 2, § 121 a Abs. 2 - 4,

- § 137 b in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung,
- § 137 d,
- § 137 e in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung,
- §§ 139 a – c, §§ 140 a – d,
- § 140 e, soweit die ambulante Versorgung von Versicherten mit Leistungen von Ärzten, Psychotherapeuten, Zahnärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen betroffen ist,
- § 140 f sowie
- § 311 SGB V.

Der Geschäftsverteilungsplan des BSG sieht für 2010 folgende Zuständigkeit vor:

Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten und Vertragszahnärzten - unter Einschluss der Zahntechniker - sowie anderen an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände (Vertragsarztrecht).

Nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 30 u. 31/09 R** – sind zuständig für die Entscheidung über Klagen von Trägerorganisationen des GBA gegen diesen die sozialgerichtlichen Spruchkörper für das **Vertragsarztrecht**; solche Klagen zählen - wie die Klagen von Leistungserbringern gegen Richtlinien des GBA und solche des GBA gegen Aufsichtsmaßnahmen - zu den Angelegenheiten des Vertragsarztrechts i.S. des § 10 II SGG; das stellt der Senat im Anschluss an sein Urteil vom 06.05.2009 - B 6 A 1/08 R - klar. Soweit der 1. und der 3. Senat des BSG dazu teilweise abweichende Auffassungen geäußert haben, ist eine **Anrufung des Großen Senats des BSG** weder geboten noch möglich. Für die Anrufung wegen Divergenz liegen die Voraussetzungen nicht vor. Die Auffassungen des 3. Senats im Urteil vom 12.08.2009 und des 1. Senats in einem Beschluss vom 18.11.2009 sind für die dort getroffenen Entscheidungen nicht tragend; für Streitigkeiten über die Aufnahme in das GKV-Hilfsmittelverzeichnis (Urteil des 3. Senats) und von Versicherten gegen den GBA (Beschluss des 1. Senats) sind auch nach Auffassung des 6. Senats die Spruchkörper für das Vertragsarztrechts nicht zuständig. Eine Vorlage an den Großen Senat wegen grundsätzlicher Bedeutung zur Fortbildung des Rechts oder Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung ist nicht geboten, weil weder in der Praxis der Instanzgerichte noch in der Wissenschaft die bisherige, langjährige Rechtsprechung des 6. Senats zur Abgrenzung der Angelegenheiten des Vertragsarztrechts i.S. des § 10 II SGG von denen der Sozialversicherung i.S. des § 10 I SGG in Frage gestellt worden ist.

S.a. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 11.11.2009 – L 11 KA 101/06 – RID 10-01-89.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. BERÜCKSICHTIGUNG STRAFGERICHTLICHER VERURTEILUNGEN AUS BUNDESZENTRALREGISTER

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 10.12.2009 – 8 LA 185/09 –

RID 10-01-207

www.dbovg.niedersachsen.de

BÄO § 3; BZRG §§ 30, 41, 51, 52 I Nr. 4

Leitsatz: Die Approbationsbehörde kann bei der Entscheidung über die Eignung eines Bewerbers als Arzt auch strafgerichtliche Verurteilungen - hier u.a. wegen Totschlages - berücksichtigen, die zwar nicht mehr in ein Führungszeugnis aufzunehmen, aber weiterhin im Bundeszentralregister enthalten sind.

2. WIDERRUF DER APPROBATION

A) BVERFG: ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG – UNWÜRDIGKEIT/VERTRAUEN DER ALLGEMEINHEIT

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.11.2009 – 1 BvR 2709/09 –

RID 10-01-208

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG art. 12 I, 19 IV; BVerfGG §§ 32, 93d II; VwGO § 80; BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Bei einem Approbationsentzug ist namentlich zu prüfen, ob ausreichend berücksichtigt wurde, dass die Anordnung der sofortigen Vollziehung nicht allein auf eine **offensichtliche Rechtmäßigkeit** der Grundverfügung gestützt werden kann. Auch erscheint fraglich, ob das durch einen Approbationswiderruf wegen **Unwürdigkeit** geschützte Vertrauen in die Ärzteschaft ein Gemeinwohlinteresse ist, dessen Bedeutung in angemessenem Verhältnis zur Schwere des Eingriffs steht (zweifelnd zum Merkmal der Unwürdigkeit bereits *BVerfG*, Beschl. der 3. Kammer des Ersten Senats vom 18.05.2005 - 1 BvR 1028/05 -, juris; Beschl. der 3. Kammer des Ersten Senats vom 28.08.2007 - 1 BvR 1098/07 -, juris). Ferner wird zu prüfen sein, ob für den Fall einer weiteren Berufstätigkeit des Beschwerdeführers bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens hinreichend konkrete Gefahren für dieses Gemeinwohlinteresse festgestellt und ob die schwerwiegenden Folgen, die für den Beschwerdeführer mit der Anordnung des Sofortvollzugs verbunden sind, in angemessener Weise gegen das öffentliche Interesse abgewogen wurden.

Erginge die einstweilige Anordnung nicht, erwiese sich die Verfassungsbeschwerde aber als begründet, so entstünden dem Beschwerdeführer durch den **Sofortvollzug des Approbationswiderrufs schwere und nahezu irreparable berufliche Nachteile**. Er könnte mit sofortiger Wirkung seinen Beruf als Arzt nicht mehr ausüben. Infolgedessen würde er angesichts der monatlichen Fixkosten seine Praxis aufgeben und seinen Angestellten kündigen müssen. Zugleich würde er seinen Patientenstamm verlieren. Diese schwerwiegenden Konsequenzen wären bei einem späteren Erfolg der Verfassungsbeschwerde praktisch kaum noch rückgängig zu machen. Erginge die einstweilige Anordnung, hätte die Verfassungsbeschwerde später aber keinen Erfolg, so könnte der Beschwerdeführer seine Praxis einstweilen weiter betreiben. Für die von ihm versorgten **Patienten** drohen hierdurch nach den im Ausgangsverfahren getroffenen Feststellungen **keine Gefahren**. Es ist danach nicht anzunehmen, dass der Beschwerdeführer bei einer weiteren Berufstätigkeit seine beruflichen Pflichten verletzen wird; eine **Wiederholungsgefahr wurde verneint**. Der Antragsgegner des Ausgangsverfahrens und die Fachgerichte gehen allerdings davon aus, dass durch die fortgesetzte berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers das **Vertrauen der Allgemeinheit in die Ärzteschaft** und das Ansehen desselben auch schon während des laufenden Hauptsacheverfahrens beeinträchtigt werden. Selbst wenn diese Annahme ungeachtet der Einwände des Beschwerdeführers für die Entscheidung über den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zugrunde gelegt wird, ist allerdings zu berücksichtigen, dass der mit den angegriffenen Entscheidungen angestrebte Schutz des Vertrauens in die Ärzteschaft **durch eine einstweilige Anordnung nicht vereitelt, sondern nur aufgeschoben wird**. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass gerade während der Dauer des Verfassungsbeschwerdeverfahrens ein unwiederbringlicher Vertrauensverlust der Allgemeinheit in die Ärzteschaft eintreten könnte.

VG Karlsruhe, Beschl. v. 16.07.2009 – 11 K 1455/09 – RID 09-03-185 lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen den für sofort vollziehbar erklärten Widerruf der Approbation als Arzt ab. **VGH Baden-Württemberg**, Beschl. v. 29.09.2009 – 9 S 1783/09 – RID 09-04-164 wies die Beschwerde zurück (nach dem **Sachverhalt** hat der Ast. nach den Feststellungen LG Mannheim, Urt. v. 25.07.2008 - 2 KLS 616 Js 3682/01 -, das seit dem die Revision verwerfenden Beschluss des BGH vom 19.02.2009 - 1 StR 25/09 - rechtskräftig ist, **in 46 Fällen vorsätzliche Körperverletzungen** dadurch begangen, dass er zum Zwecke der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen **Impfungen** durchführte, die entweder nicht indiziert waren, über die er seine Patienten nicht sachgerecht aufgeklärt hatte oder die er vornahm, indem er seine ihm vertrauenden Patienten über sein tatsächliches Tun im Unklaren ließ; nach den Feststellungen des Urteils war es dem Antragsteller „gleichgültig, ob die Patienten nach einer ordnungsgemäßen Aufklärung mit der Impfung einverstanden gewesen wären oder nicht und ob die Impfungen dem Interesse oder dem Wohl der Patienten dienen oder ihnen sogar schaden. Maßgebend war für ihn vielmehr der finanzielle Profit, den er aus den Impfungen zog.“ Zu diesen 46 Fällen, von denen 18 Personen betroffen waren, und die mit Einsatzstrafen von je sechs Monaten (25 Fälle), 150 Tagessätzen (4 Fälle) bzw. 100 Tagessätzen (17 Fälle) geahndet wurden, kamen noch 20 Vorgänge, die nach § 154 Abs. 2 StPO eingestellt wurden. Hinzu kam ein mit einer Einsatzstrafe von 20 Tagessätzen wegen Betrugs berücksichtigter Tatkomplex, weil der Ast. von **Personen**, die einen Patienten ins Sprechzimmer **begleiten** und ihm dort Bestand leisten wollten, verlangt hatte, dass sie gleichfalls ihre **Versichertenkarte** vorlegten, die er dann zur Abrechnung der sog. **hausärztlichen Grundvergütung** auch hinsichtlich dieser Begleitpersonen nutzte. Lehnten sie die Vorlage ihrer Versichertenkarte ab, wurde ihnen der Zugang zum Sprechzimmer verweigert). Das **BVerfG** setzte die sofortige Vollziehung vorläufig aus.

B) BVERWG: RÜCKNAHME EINER VORLÄUFIGEN APPROBATION ALS PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT

BVerwG, Urt. v. 10.11.2009 – 3 B 66/09 –

RID 10-01-209

www.bverwg.de = juris

AO § 165; PsychThG §§ 3, 12; VwGO § 123; VwVfG §§ 48, 52

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch OVG Niedersachsen, Beschl. v. 29.06.2009 – 8 LC 1/09 – RID 09-03-184 wird zurückgewiesen.

Eine unklare und zwischen den Beteiligten umstrittene Fortgeltung der vorläufigen Approbation kann durch deren Rücknahme verbindlich geregelt werden.

C) WIEDERAUFNAHME EINES RECHTSKRÄFTIG ABGESCHLOSSENEN STRAFVERFAHRENS

OVG Sachsen, Beschl. v. 23.11.2009 – 4 B 446/09 –

RID 10-01-210

juris

VwGO § 146 IV 1; GG Art. 12 I; Verf Sachsen Art. 28 I

Wird die **Wiederaufnahme eines rechtskräftig abgeschlossenen Strafverfahrens** (hier: Verurteilung zu einer Geldstrafe von 150 Tagessätzen wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses) und die Erneuerung der Hauptverhandlung (§ 370 II StPO) angeordnet, sind die tatsächlichen Feststellungen des vorangegangenen Strafurteils nicht mehr geeignet, eine Unwürdigkeit für den ärztlichen Beruf zu begründen. Ein - nach wie vor bestehender - Verdacht, der Arzt habe zwischen 2004 und 2007 sexuelle Übergriffe gegenüber Patienten begangen, reicht nicht aus, um den mit der sofortigen Vollziehung des Approbationsentzugs verbundenen schweren Eingriff in die Berufsfreiheit (Art. 12 I GG, Art. 28 I SächsVerf) zu rechtfertigen.

D) HEIMLICHER ABTREIBUNGSVERSUCH BEI LEBENSGEFÄHRTIN

VG Gelsenkirchen, Urt. v. 21.10.2009 – 7 K 49/08 –

RID 10-01-211

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Im **Approbationswiderriefverfahren** besteht für die Verwaltungsgerichte grundsätzlich keine Veranlassung, die in einem rechtskräftigen **Strafbefehl** getroffenen tatsächlichen Feststellungen erneut zu überprüfen, wenn der Arzt den Strafbefehl in Kenntnis der möglichen berufsrechtlichen Konsequenzen akzeptiert hat, indem er gegen diesen nicht rechtzeitig Einspruch eingelegt hat oder den eingelegten Einspruch zurückgenommen hat.

Die Öffentlichkeit besitzt das für die Ausübung des ärztlichen Berufes unabdingbar erforderliche Vertrauen nicht mehr, wenn ein Arzt mehrmals **heimlich und gegen den Willen einer Frau** versucht hat, eine **Abtreibung** durchzuführen und hierdurch zudem eine schwere Körperverletzung gegenüber der Schwangeren begangen hat. Es ist unerheblich, dass die Taten nicht im Rahmen der Behandlung eines Patienten begangen wurden. Der Anwendungsbereich des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BÄO erstreckt

sich nicht nur auf das Verhalten eines Arztes bei der Behandlung von Patienten, also auf den Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit. Er erfasst darüber hinaus **alle berufsbezogenen**, d. h. mit der eigentlichen **ärztlichen Tätigkeit in nahem Zusammenhang stehenden Handlungen** und Unterlassungen, und abhängig von der Schwere des Deliktes, auch Straftaten außerhalb des beruflichen Wirkungskreises.

E) VERURTEILUNG WEGEN GEMEINSCHAFTLICHEN BETRUGS: UNWÜRDIGKEIT/UNZUVERLÄSSIGKEIT

VGH Bayern, Beschl. v. 27.11.2009 – 21 ZB 09.1589 –

RID 10-01-212

juris

VwGO § 124 II Nr. 1-3; BÄO §§ 3 I Nr. 2, 5 II

Der Antrag auf Zulassung der Berufung gegen *VG Regensburg*, Urt. v. 16.03.2009 - RO 5 K 08.626 - wird abgelehnt.

Die Ausübung des ärztlichen Berufs und die entsprechende Einschätzung durch die Patientenschaft und die Öffentlichkeit umfasst nicht nur eine fachlich beanstandungsfreie Behandlung des Patienten, sondern auch die **Einhaltung der sonstigen ärztlichen Berufspflichten**.

Unwürdigkeit ist dann anzunehmen, wenn der Arzt vorsätzlich eine schwere, gemeingefährliche oder gemeinschädliche oder gegen die Person gerichtete, von der Allgemeinheit besonders missbilligte ehrenrührige Straftat begangen hat (vgl. VGH BW v. 28.07.2003, NJW 2003, 3647 ff.). Dies ist bei einem rechtskräftigen Strafbefehl wegen 21 Fällen des gemeinschaftlichen Betrugs gemäß §§ 263 I, III, 25 II, 53 StGB nachgewiesen, wobei der Gesamtschaden für die AOK 1.005.347,16 Euro betragen hat und deshalb eine Gesamtstrafe von einem Jahr verhängt wurde.

Es entspricht der ständigen obergerichtlichen Rechtsprechung (vgl. u.a. BVerwG vom 06.03.2003 - 3 B 10/03 - juris), dass im Rahmen eines **Approbationswiderrufsverfahrens** regelmäßig die in einem rechtskräftigen **Strafbefehl** enthaltenen tatsächlichen und rechtlichen Feststellungen zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung der betroffenen Persönlichkeit gemacht werden dürfen, soweit sich nicht gewichtige Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit solcher Feststellungen ergeben.

Der unbestimmte Rechtsbegriff der **Unzuverlässigkeit** ist durch eine Prognose gekennzeichnet. Sie ist gegeben, wenn der Arzt nicht die Gewähr dafür bietet, dass er seinen Beruf in der Zukunft ordnungsgemäß ausüben wird. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, der Arzt werde entsprechend seinem bisherigen Verhalten in der Vergangenheit auch in der Zukunft die berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten nicht beachten (BayVGH v. 15.02.2000 - 21 B 96.1637 juris). Maßgeblich für die Zukunftsprognose sind nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts die konkreten Umstände, nämlich die Situation des Arztes im Zeitpunkt der Prognosestellung und sein vor allem durch die Art, Schwere und Zahl der Verstöße gegen die Berufspflichten manifest gewordener Charakter (vgl. BVerwG v. 16.07.1996 - 3 B 44/96 - juris).

F) FORTGESETZTE (EINKOMMEN-)STEUERHINTERZIEHUNG

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 04.12.2009 – 8 LA 197/09 –

RID 10-01-213

www.dbovg.niedersachsen.de/Entscheidung

BÄO §§ 1, 3, 3; AO § 371; GewO § 12

Der Antrag auf Zulassung der Berufung gegen *VG Hannover*, Urt. v. 19.08.2009 - 5 A 4059/08 – wird abgelehnt.

Nur ein **schwerwiegendes, beharrliches steuerliches Fehlverhalten** rechtfertigt die Annahme, der Approbierte setze sich im eigenen finanziellen Interesse in einem solchem Maße auch über strafbewehrte, im Interesse der Allgemeinheit bestehende Bestimmungen hinweg, dass er schon deshalb als Arzt untragbar ist. Wo im Einzelnen die Grenze zu ziehen ist (vgl. OVG Münster, Beschl. v. 31.8.2006 - 13 A 1190/05 - ZGMR 2007, 51 ff. zur einer Freiheitsstrafe von mehr als drei Jahren wegen Steuerhinterziehung), kann offen bleiben. Jedenfalls liegt ein zur **"Unwürdigkeit"** führendes Fehlverhalten dann vor, wenn der Arzt über ein Jahrzehnt hinweg von 1994 bis zum Jahr 2004 erhebliche Teile seiner Praxiseinnahmen vorsätzlich nicht in seine jährlichen Einkommensteuererklärungen einbezogen hat (hier: Steuerrückstände von 877.000 €) und deshalb für die Steuerjahre 2000 bis 2004 zu einer zweijährigen Freiheitsstrafe verurteilt worden ist. Wer als Arzt dem Fiskus Steuern mit solcher Beharrlichkeit entzieht, verliert auch **ohne unmittelbar berufsbezogenes Fehlverhalten** das notwendige Vertrauen in die vorrangig am Wohl seiner Patienten und nicht an seiner eigenen finanziellen Lage orientierte (§ 1 BÄO) ärztliche Berufsausübung und ist deshalb "unwürdig".

3. RUHEN DER APPROBATION BEI ZWEIFEL AN DER GESUNDHEITLICHEN EIGNUNG UND WEIGERUNG ZUR BEGUTACHTUNG

VG München, Urt. v. 22.09.2009 – M 16 K 09.2145 –

RID 10-01-214

^{juris}
ZHG §§ 2 I 1 Nr. 3, 5 I Nr. 3

Zweifel an der gesundheitlichen Eignung des Arztes in psychischer Hinsicht im Sinne von § 5 I Nr. 3 ZHG bestehen dann, wenn glaubhafte, schlüssige Hinweise darauf vorliegen, der Zahnarzt leide unter irgendeiner psychischen Störung. Die Anforderungen an den Stärkegrad des Zweifels dürfen hierbei nicht überspannt werden. Nach dem Wortlaut des § 5 I Nr. 3 ZHG werden besondere Anforderungen an die Verdichtung der Zweifel nicht gestellt. Insbesondere bedarf es nicht „ernstlicher“ oder „begründeter“ Zweifel oder eines „dringenden Verdachts“. Dies entspricht auch der Zielrichtung des § 5 I ZHG, der Aufsichtsbehörde ein rasches Eingreifen zur **präventiven Abwehr konkreter Gefahren für Patienten** zu ermöglichen. Eine weite Auslegung der Vorschrift des § 5 I Nr. 3 ZHG hinsichtlich des Grades der Zweifel, der vorliegen muss, um die ermessensgeleitete Ruhensanordnungsbefugnis auszulösen, ist deshalb sachgerecht, weil zu dem Tatbestandsmerkmal der bestehenden Zweifel die **Weigerung des betroffenen Arztes** treten muss, diese Zweifel auszuräumen. Andererseits wäre die Annahme von Zweifeln nicht gerechtfertigt bei willkürlichen, aus der Luft gegriffenen Verdächtigungen ohne Anlass oder bei einer anonymen, nicht näher substantiierten Anzeige oder fadenscheinigen, in sich nicht schlüssigen Hinweisen auf eine psychische Störung des Zahnarztes.

Hinsichtlich einer angeordneten **Untersuchung** besteht **keine freie Arztwahl**.

Weigert sich der Arzt, sich auf Anordnung der zuständigen Behörde **fachärztlich begutachten zu lassen**, obwohl objektive Zweifel an seiner gesundheitlichen Eignung vorliegen und er auch keine stichhaltigen Gründe für eine wiederholte Weigerung oder Gründe, die geeignet sind, die Zweifel zu widerlegen, anführt, ist regelmäßig die **Ruhensanordnung** geboten.

4. BERUFSPFLICHTEN/VERFAHRENSRECHT

A) BEHANDLUNGSFEHLER BEI DER AUSÜBUNG DES ÄRZTLICHEN NOTDIENSTES

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.09.2009 – 6t A 2159/08.T –

RID 10-01-215

^{juris}

Ein Arzt, der während des Notdienstes bei einer nur 30 kg wiegenden, 10jährigen Patientin eine **dreifach überhöhte Dosis an Paspertin** (MCP) verabreicht und der, obwohl er die Patientin zusätzlich mit Tramadol behandelt hat, keine **angemessene Überwachung** der Patientin durchgeführt hat, und der die Eltern nicht, wie es auch im Notdienst geboten gewesen wäre, hinreichend über die Medikation und die damit verbundenen Nebenwirkungen sowie über Behandlungsalternativen **aufgeklärt** hat, verstößt in mehrfacher Hinsicht gegen seine Berufspflichten.

Uneinsichtigkeit eines Beschuldigten kann bei Bemessung der Disziplinarmaßnahme beachtet werden.

B) GELDBÜßE GEGEN PSYCHIATER (HESSISCHER STEUERFAHNDER-FALL)

VG Gießen, Urt. v. 16.11.2009 – 21 K 1220/09 –

RID 10-01-216

^{juris}

HeilBG Hessen § 22; BO Hessen § 25 Satz 1

Ein Arzt verstößt gegen seine Berufspflicht, bei der **Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse** mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen, wenn er **Standards für psychiatrische Begutachtungen nicht einhält**. Dazu zählt das Stellen der klinischen Diagnosen nach einem von zwei aktuell international anerkannten Klassifikationssystemen. Ferner bedarf es einer differenzierten psychischen und psychopathologischen Befunderhebung, die das Kernstück der psychiatrischen Begutachtung darstellt. In Fällen, in denen es um psychoreaktive Störungen und/oder Persönlichkeitsstörungen geht, entspricht es heutigem Standard, den zusätzlichen Erkenntnisgewinn durch die testpsychologische Untersuchung in ein Sachverständigengutachten mit einzubeziehen. Die Einbeziehung von Berichten über frühere psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische ambulante und stationäre Therapien ist bei der Begutachtung unerlässlich.

Das *VG* verhängte eine Geldbuße von 12 000 € und sprach einen Verweis aus.

5. ZAHNÄRZTLICHE WERBUNG FÜR EINE BEHANDLUNG UNTER VOLLNARKOSE UND VON GESICHTSFALTEN

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.11.2009 – 13 B 993/09 –

RID 10-01-217

juris

HeilberG NRW § 6 I Nr. 6

Die Werbung für eine Behandlung unter Vollnarkose und auf Behandlungen von Gesichtsfalten durch Unterspritzungen in der Zeitschrift "Brigitte" ist nicht berufswidrig

6. AMTSHAFTUNGSANSPRUCH GEGEN KV WEGEN ENTSCHEIDUNG DER ZULASSUNGSGREMIEN

A) ZULASSUNGS-AUSSCHUSS: BERATUNGS-GEHEIMNIS ZU LASTEN KV/VERJÄHRUNG

OLG München, Urt. v. 05.11.2009– 1 U 5235/08 –

RID 10-01-218

Revision zugelassen

juris

BGB § 839 I; GG Art. 34

In der **Klageerhebung einer KV** gegen eine Entscheidung des Berufungsausschusses zum Sozialgericht liegt keine Amtspflichtverletzung, da die KV berechtigt ist, von ihr als falsch angesehene Widerspruchsbescheide einer gerichtlichen Kontrolle zu unterziehen.

Eine **KV** muss für die **Entscheidungen des Zulassungsausschusses eintreten**. Soweit nach BGH, Beschl. v. 12.04.2006 - III ZR 35/05 - RID 06-02-182 dies nur für den Fall der Einstimmigkeit der Entscheidungen des Ausschusses gilt und eine Aufklärung wegen des Beratungsgeheimnisses nicht möglich ist, geht Letzteres zu Lasten der KV. Demjenigen, der die Zulassung nicht erhalten hat, wird es wegen des Beratungsgeheimnisses in aller Regel nicht möglich sein, das Abstimmungsverhältnis (beweiskräftig) namhaft zu machen. Würde er in diesem Fall beweisfällig bleiben, wäre eine Haftung für Entscheidungen des Zulassungsausschusses durch das Beratungsgeheimnis faktisch generell ausgeschlossen.

Für die Frage der **Vorwerfbarkeit** kommt es auf die **Gründe des Zulassungsausschusses** an. Soweit bei einer Entfernung zwischen Wohnort und der Belegklinik von ca. 30 km die Versorgung der Patienten gemäß § 39 IV Nr. 3 BMV-Ä, 31 IV Nr. 3 EKV-Ä nur gerade noch gewährleistet ist, ist es unerheblich, ob der Zulassungsausschuss die Zulassung zwar nicht rechtsfehlerfrei, aber schuldlos unter diesem Gesichtspunkt versagen konnte, wenn diese Frage nur ausgesprochen beiläufig, oberflächlich und floskelhaft in wenigen Zeilen am Ende der Entscheidungen abgehandelt wird.

Ein durch eine Entscheidung des Zulassungsausschusses Geschädigter muss gemäß § 839 III BGB nur unmittelbar gegen die schädigende Amtshandlung vorgehen. Erhebt die KV nach erfolgreichem Widerspruch Klage, ist er nicht verpflichtet, den **Erllass einer einstweiligen Anordnung** zu beantragen.

Vor **Abschluss eines sozialgerichtlichen Verfahrens** muss keine Amtshaftungsklage vor den Zivilgerichten erhoben werden (vgl. BGH, Urt. v. 11.07.1985 III ZR 62/84 -). Die **Verjährungsfrist** läuft sowohl nach § 852 BGB a.F. als auch nach § 199 I Nr. 2 BGB n.F. erst in dem Zeitpunkt an, in dem der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder nach der Neufassung ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Es ist anerkannt, dass die Zumutbarkeit, eine Amtshaftungsklage zu erheben, Element der vorgenannten Kenntnis ist.

Die Kl. wurde 2007 in das Partnerschaftsregister eingetragen. Partner der Kl. sind die Fachärzte für Chirurgie G., P. und S. Die Partner stellten 2001 bei dem **Zulassungsausschuss** erfolglos einen **Antrag auf Zulassung** zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen der **Belegarztzulassung** gemäß § 103 VII SGB V. Die Ablehnung der Anträge P. und S. und hilfsweise die Ablehnung des Antrags G. wurden damit begründet, dass es sich bei § 103 VII SGB V um eine Ausnahmeregelung handle, die eine **Bedarfsprüfung** erlaube. Diese habe ergeben, dass die chirurgische Versorgung der Versicherten im Zulassungsbereich durch die bereits zugelassenen niedergelassenen Vertragsärzte gesichert sei. Außerdem müsse einer Umgehung der gesetzlichen Zulassungsbeschränkungen durch Umwandlung stationärer Abteilungen in eine Belegarztabteilung entgegengewirkt werden. Auch sei die Entfernung zwischen den Wohnorten der Partner der Klägerin und der Belegabteilung mit einer Fahrzeit von ca. 30 Minuten zu groß, um eine zureichende Versorgung der Belegbettpatienten zu gewährleisten. Der Antrag Dr. G. wurde an erster Stelle mit der Begründung abgelehnt, dass die erforderliche Arztregistereintragung nicht beigebracht worden sei. Der **Berufungsausschuss** gab dem Antrag statt. Die (hier) **bekl. KV erhob Klage**. *SG München*, Urt. v. 16.03.2004 wies die Klage in Sachen S. als unbegründet ab. Daraufhin nahm die Bekl. im Juli 2004 die Klagen in Sachen G. und P. zurück. Die Kl. macht mit ihrer **Klage** geltend, aufgrund der **um drei Jahre verzögerten Zulassung** der Partner, die die Beklagte

amtspflichtwidrig verschuldet habe, sei ein **Schaden** in Höhe von 1.185.786 € entstanden. Es sei mündlich vereinbart worden, dass sämtliche Ansprüche aus der früheren Gemeinschaftspraxis der jetzigen Partner Gesellschaftsvermögen der Partnerschaft würden. **LG München I**, Urt. v. 15.10.2008 - 15 O 18835/07 - wies die Klage als verjährt ab. Das **OLG** gab der Berufung d. Kl. statt und wies zur Ermittlung der streitigen Höhe des der Kl. zustehenden Anspruches das Betragsverfahren gemäß § 538 II 1 Nr. 4 ZPO an das Landgericht zurück.

B) VERSAGUNG EINER ERMÄCHTIGUNG DURCH BERUFUNGSAUSSCHUSS

OLG Hamm, Urt. v. 03.07.2009 – I-11 U 25/09 –

RID 10-01-219

GesR 2009, 596

BGB § 839 I; GG Art. 34; SGB V §§ 96, 97, 116; Ärzte-ZV § 31a I

Aufgrund der paritätischen Besetzung der Prüfungsgremien kommt grundsätzlich eine – ggf. auch gesamtschuldnerische – **Haftung** sowohl der **KV** als auch der **Krankenkassen** in Betracht, während eine Haftung der KV dann zweifelhaft sein könnte, wenn die beanstandete Entscheidung gegen die Stimmen ihrer Vertreter zustande gekommen ist. Die Weisungsfreiheit der Ausschussmitglieder ändert hieran nichts.

Beruhet eine ablehnende Entscheidung nach § 116 SGB V auf einer **unzureichenden Sachverhaltsermittlung** der KV, so begründet dies zugleich auch den **Vorwurf schuldhafter Amtspflichtverletzung**.

Kann nicht festgestellt werden, dass einem Arzt bereits zuvor eine später im Vergleichswege erreichte (umfassendere) Ermächtigung hätte erteilt werden müssen, so kann ein **Schaden** nicht durch Gegenüberstellung der später erzielten Vergütung mit der zuvor erzielten Vergütung ermittelt werden. Auch sind Krankenhausabgaben abzuziehen.

Der Kl. wandte sich gegen die Einschränkung seiner Ermächtigung. Seit es den **Facharzt für Kinderchirurgie** gäbe, müsse der Bedarf nach dieser Spezialisierung beurteilt werden. Im gesamten Planungsbereich, dem er angehöre, gäbe es keinen Facharzt für Kinderchirurgie. Deshalb sei es rechtlich und sachlich falsch, seine Ermächtigung für vertragsärztliche Tätigkeiten durch das Erfordernis der Überweisung durch Gebietsärzte zu beschränken. **SG Dortmund**, Urt. v. 23.10.2003 – S 14 KA 208/01 - RID 04-02-92 wies die Klage ab. Die Sprungrevision endete mit einem Vergleich, im Widerspruchsverfahren bzgl. des Folgezeitraums weiter abzuklären, für welche chirurgischen Leistungen an Kindern eine Ermächtigung d. Kl. erforderlich sei. Dies führte vor dem Berufungsausschuss zu einem Vergleich, mit dem dem Kl. eine inhaltlich deutlich erweiterte Ermächtigung erteilt wurde. Der Kl. machte zunächst gegenüber dem Zulassungsausschuss, dann durch Klageumstellung gegenüber der KV Schadensersatz wegen erlittener Einkommenseinbußen geltend. **LG Dortmund**, Urt. – 8 O 129/07 – wies die Klage ab, das **OLG** wies die Berufung zurück.

7. STRAFRECHT

A) STRAFBARKEIT NACH § 174c II STGB NUR BEI PSYCHOTHERAPEUTEN

BGH, *Beschl. v. 29.09.2009 – 1 StR 426/09 –*

RID 10-01-220

www.bundesgerichtshof.de = juris

StGB § 174c II; PsychThG §§ 1, 5, 6; HeilPrG § 1

Leitsatz: Täter des § 174c Abs. 2 StGB kann nur sein, wer zum Führen der Bezeichnung "Psychotherapeut" berechtigt ist und sich bei der Behandlung wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren bedient.

B) STRAFBARKEIT DER PRÄIMPLANTATIONS-DIAGNOSTIK

KG Berlin, *Beschl. v. 09.10.2008 – 3 Ws 139/08 –*

RID 10-01-221

juris = GesR 2009, 191 = NSiZ 2009, 293 = MedR 2010, 36

ESchG §§ 1 I Nr. 2, 2 I

Leitsatz: Zur Frage der Strafbarkeit der Präimplantationsdiagnostik nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 und § 2 Abs. 1 des Embryonenschutzgesetzes.

8. ZIVILES VERTRAGSRECHT

A) KÜNDIGUNG EINES BELEGARZTVERTRAGES TROTZ NUTZUNGSVERTRAG FÜR PRAXISRÄUME

OLG München, Urt. v. 28.10.2009 – 20 U 2836/09 –

RID 10-01-222

juris
BGB § 313 I

Ist in einem Belegarztvertrag geregelt, dass der Vertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen ist und nach Ablauf von sechs Monaten mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss des Kalenderjahres gekündigt werden kann, so ist eine Kündigung wirksam und steht dem ein Nutzungsvertrag, der dem Belegarzt den Betrieb einer fachärztlichen Praxis in den Räumen des Klinikums ermöglicht und bis zum 31.12.2017 fest geschlossen wird, nicht entgegen.

B) MOBBING-VORWÜRFE EINES PATIENTEN IN PSYCHOTHERAP. ATTEST: KEINE UNTERLASSUNG DURCH ARBEITGEBER

LG Köln, Urt. v. 29.10.2009 – 8 O 365/08 –

RID 10-01-223

juris
BGB §§ 823 I, 1004; StGB § 203 I Nr. 2; stopp § 53 I Nr. 3

Äußerungen innerhalb besonders geschützter Vertrauenssphären können nicht rechtswidrig sein, soweit sie nicht gerade innerhalb dieser Sphäre verletzend wirken. Aufgrund der rechtlich nach §§ 203 I Nr. 2 StGB, 53 I 1 Nr. 3 StPO geschützten besonderen **Vertraulichkeit des Psychologen-Patienten-Verhältnisses** wird man auch hier von einer **geschützten Vertrauenssphäre** ausgehen müssen (abs. für das Ärzte-Patienten-Verhältnis OLG Koblenz, Urt. v. 24.04.2008 - 6 U 81/08 – juris Rn. 29).

Sinn und Zweck des rechtlichen Schutzes des Psychologen-Patienten-Verhältnisses ist auch die Sicherung der **Effektivität der psychotherapeutischen Behandlung**. Diese Effektivität würde stark in Mitleidenschaft gezogen, sofern sich der Psychologe wegen möglicher Ansprüche des Arbeitgebers gegenüber dem Patienten in Bezug auf dessen Gesundheitszustand nicht mehr frei äußern dürfte.

Der BGH geht in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass **ärztliche Diagnosen** sich als **Werturteile** darstellen und Widerrufs- oder Unterlassungsansprüchen nicht zugänglich sind (BGH Urt. v. 03.05.1988 - VI ZR 276/87 -; Urt. v. 11.04.1989 - VI ZR 293/88 -). Nichts Anderes kann für psychotherapeutische Diagnosen gelten.

Die Kl. ist eine staatlich anerkannte Ersatzschule für die Primar- und Sekundarstufe I. Der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt in der sozialen und emotionalen Entwicklung der Schüler. Die Bekl. ist Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Zu ihren Patientinnen gehört eine ehemalige Mitarbeiterin der Kl., Frau H., seit 1991 als pädagogische Fachkraft für die kl. Einrichtung tätig. Aufgrund persönlicher Umstände, war Frau H zunächst eine längere Zeit arbeitsunfähig und konnte nicht mehr im Nachtdienst eingesetzt werden. Es kam in der Folge zu mehreren Veränderungen im Rahmen des Arbeitsverhältnisses, die zu Spannungen und Streitigkeiten zwischen Frau H und den Mitarbeitern der Kl. sowie einer Klageerhebung seitens der Frau H gegen eine Versetzung/Umsetzung innerhalb des kl. Betriebs vor dem Arbeitsgericht führten. Im Sommer des Jahres 2007 begab sich Frau H bei der Bekl. in Behandlung. Die Kl. wandte sich erfolglos gegen eine von der Bekl. ausgestellte "fachärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Anwalt" mit dem Vortrag, diese enthalte unwahre Tatsachenbehauptungen.

Parallelverfahren: *LG Köln, Urt. v. 29.10.2009 – 8 O 140/09 – juris*

RID 10-01-224

LG Köln, Urt. v. 29.10.2009 – 8 O 141/09 – juris

RID 10-01-225

9. KAMMERN

A) BVERWG: TÄTIGKEIT ALS KLINISCHE PSYCHOLOGIN BEGRÜNDET PFLICHTMITGLIEDSCHAFT

BVerwG, Beschl. v. 29.12.2009 – 8 B 46/09 –

RID 10-01-226

www.bverwg.de = juris

HeilBerG RP §§ 1 II 2, 15 I, 107 I u. II; GG Art. 72 I, 74 I Nr. 19; PsychThG § 1 III

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **OVG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 09.12.2008 – 6 A 10726/08 – RID 09-01-224 hat keinen Erfolg.

Die Klärung der Rechtmäßigkeit der beitragsrechtlichen Veranlagung einer Psychologin zur Landespsychotherapeutenkammer beurteilt sich allein nach dem landesrechtlichen Heilberufsgesetz. Soweit der Landesgesetzgeber bei dessen Auslegung auf Begriffe des Psychotherapeutengesetzes des Bundes zurückgreift, handelt es sich dabei um Fragen des irrevisiblen Landesrechts, die einer Überprüfung des Bundesverwaltungsgerichts in einem Revisionsverfahren nicht unterliegen.

B) VERWALTUNGSLEITER EINES KRANKENHAUSES ÜBT „ÄRZTLICHE“ TÄTIGKEIT AUS

OVG Niedersachsen, Urt. v. 23.11.2009 – 8 LA 200/09 –

RID 10-01-227

www.dbovg.niedersachsen.de

Beitragsordnung Ärztekammer Niedersachsen § 3 IV; HKG Ns. §§ 1, 2 I

Leitsatz: Auch der Verwaltungsleiter eines Krankenhauses übt i. S. d. der Beitragsordnung der Niedersächsischen Ärztekammer eine "ärztliche" Tätigkeit aus.

10. VERSORGUNGSWERK

A) VERÖFFENTLICHUNGSGEBOT/ABSENKUNG ANWARTSCHAFT LEDIGER MITGLIEDER (ZAHNÄRZTEKAMMER NIEDERS.)

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 21.10.2009 – 8 LC 13/09 –

RID 10-01-228

juris

EG Art. 141; HKG Niedersachsen §§ 12, 26; EWGRL 7/79; VwGO §§ 47, 113 V 2; VwVfG § 35

Leitsatz: 1. § 15 Abs. 2 ABH ist unwirksam, weil die für die Berechnung der Rentenanwartschaft in Bezug genommenen "bis zum 31.12.2006 geltenden Rechnungsgrundlagen" des Altersversorgungswerkes für die Jahre 2000 bis 2006 nicht amtlich veröffentlicht worden sind.

2. Höherrangiges Recht gebietet die in § 15 Abs. 2 Satz 2 ABH erfolgte Absenkung der Rentenanwartschaft lediger Mitglieder auf das Leistungsniveau von verheirateten Mitgliedern nicht.

B) KEIN VORZEITIGES ALTERSRUHEGELD FÜR SCHWERBEHINDERTEN PFLICHTTEILNEHMER

VG Sigmaringen, Urt. v. 23.11.2009 – 8 K 1232/07 –

RID 10-01-229

juris

GG Art. 3 I u. II, 19 IV; VwGO § 43; ÄVersorgAnstG BW §§ 2, 9; SGB VI §§ 37, 236a

Leitsatz: 1. Zum besonderen Rechtsschutzinteresse bei einer vorbeugenden Normerlassklage.

2. Eine berufsständische Versorgungsanstalt ist nicht verpflichtet, im Hinblick auf das vorzeitige Altersruhegeld eines schwerbehinderten Pflichtteilnehmers entsprechende satzungsrechtliche Regelungen zu treffen, wie sie in der gesetzlichen Rentenversicherung gelten (§§ 37, 236a SGB VI).

II. Arzthaftung

1. BGH

A) BEWEISLASTUMKEHR BEI EINEM GROBEN BEHANDLUNGSFEHLER DURCH UNTERLASSENE BEFUNDERHEBUNG

BGH, Urt. v. 02.12.2009 – VI ZR 251/08 –

RID 10-01-230

www.bundesgerichtshof.de = juris = GesR 2010, 19

BGB § 823 I; ZPO § 286

Leitsatz: Für die Beweislastumkehr hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs zwischen ärztlichem Fehler und Gesundheitsschaden reicht es aus, dass die Unterlassung einer aus medizinischer Sicht gebotenen Befunderhebung einen groben ärztlichen Fehler darstellt. Das Unterlassen der gebotenen Therapie ist im Falle der Nichterhebung medizinisch gebotener Befunde nicht Voraussetzung für die Annahme eines groben Behandlungsfehlers mit der Folge der Beweislastumkehr zugunsten des Patienten

B) BEWEISLASTUMKEHR FÜR DEN SELBSTSTÄNDIGEN AUSGLEICHANSPRUCH EINES GESAMTSCHULDNERS

BGH, Urt. v. 06.10.2009 – VI ZR 24/09 –

RID 10-01-231

www.bundesgerichtshof.de = juris = GesR 2010, 16

BGB § 426 I

Leitsatz: Zur Frage der Beweislastumkehr aufgrund eines groben ärztlichen Behandlungsfehlers für den selbstständigen Ausgleichsanspruch eines Gesamtschuldners nach § 426 Abs. 1 BGB.

C) VERLETZUNGEN BEGRÜNDEN NOCH KEINE GROB FAHRLÄSSIGE UNKENNTNIS VON ÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSFEHLERN

BGH, Urt. v. 10.11.2009 – VI ZR 247/08 –

RID 10-01-232

www.bundesgerichtshof.de = juris
BGB § 199 I Nr. 2

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen der grob fahrlässigen Unkenntnis eines Patienten von den einen Schadensersatzanspruch wegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers begründenden Umständen.

D) ERGEBNIS DER BEWEISAUFNAHME UND RECHTLICHES GEHÖR

BGH, Beschl. v. 10.11.2009 – VI ZR 325/08 –

RID 10-01-233

www.bundesgerichtshof.de = juris
ZPO § 286; GG Art. 103 I

Leitsatz: 1. Nach allgemeinem Grundsatz macht sich eine Partei die bei einer Beweisaufnahme zutage tretenden ihr günstigen Umstände regelmäßig zumindest hilfsweise zu Eigen.

2. In der Nichtberücksichtigung eines Beweisergebnisses, das sich eine Partei als für sie günstig zu Eigen gemacht, kann eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör liegen

2. HAFTUNG EINES DURCHGANGSARZTES

OLG Bremen, Beschl. v. 29.10.2009 – 5 U 12/09 –

RID 10-01-234

juris = GesR 2010, 21
BGB §§ 253 II, 280 I, 839

Leitsatz: 1. Der **Durchgangsarzt haftet** für Fehler bei der Eingangsuntersuchung, Erstversorgung und der von ihm übernommenen weiteren Behandlung des Patienten im Rahmen der besonderen Heilbehandlung persönlich aus Vertragspflichtverletzung bzw. aus Delikt (offen gelassen von BGH NJW 2009, 993).

2. Das gilt auch dann, wenn sich im Rahmen der weiteren (besonderen) Heilbehandlung lediglich der ursprüngliche **Fehler der mangelhaften Diagnose** fortsetzt (abweichend von OLG Schleswig NJW-RR 2008, 41 und in Ergänzung zu OLG Bremen, GesR 2009, 500).

3. Dabei kommt es nicht darauf an, ob der Durchgangsarzt bei einem von den **Berufgenossenschaften** getragenen Verein angestellt ist und die Behandlung in einer Einrichtung der Berufsgenossenschaft erfolgt (offen gelassen von BGH NJW 1975, 589).

3. AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN

A) AUFKLÄRUNG BEI MEHREREN GLEICHWERTIGEN BEHANDLUNGSMETHODEN

OLG München, Urt. v. 05.11.2009 – 1 U 3028/09 –

RID 10-01-235

juris
BGB § 823

Ein einfacher **Befunderhebungsfehler** kann in einen groben Behandlungsfehler umschlagen, wenn ein Befund hinreichend wahrscheinlich ist, auf den nicht zu reagieren grob fehlerhaft wäre.

Grundsätzlich ist der Arzt in der **Wahl der Behandlungsmethode** frei. Die Auswahl der Behandlungsmethode ist primär Sache des Arztes. Der Arzt ist, sofern es mehrere, gleich erfolgsversprechende übliche Behandlungsmethoden gibt, nicht stets verpflichtet, dem Patienten alle medizinischen Möglichkeiten darzustellen und seine Wahl dem Patienten gegenüber zu begründen. Unter mehreren gleichwertigen Behandlungsmethoden kann der Arzt vielmehr diejenige auswählen, in der er am besten geübt ist oder die er für die bessere hält. Der Arzt muss den Patienten nur dann aufklären, wenn **mehrere Behandlungsalternativen** zur Verfügung stehen, die unterschiedliche Risiken und Chancen bieten. Dabei begründet, da unterschiedliche Behandlungen häufig auf der Risiko- und Chancenebene nicht völlig gleichgelagert verlaufen werden, nicht jeder Unterschied schon eine Aufklärungspflicht. Vielmehr muss, damit die Aufklärungspflicht des Arztes und dessen Haftungsrisiko nicht unbillig ausgeweitet und verhindert wird, dass der Arzt eine ansonsten in Anbetracht der Vielgestaltigkeit der modernen Medizin zwangsläufige, aber weder ihm noch dem Patienten dienliche weitreichende Vortragstätigkeit über medizinische Fachfragen entfalten muss, die **Risiko- und Chancenstruktur signifikant in Punkten, die für den Patienten Bedeutung haben, abweichen**. Dies ist bei den hier in Frage stehenden Varianten konservativer Frakturbehandlung nicht der Fall.

B) GRENZEN DER AUFKLÄRUNGSPFLICHT BEI HEPATITIS-A-IMPfung

OLG Köln, Urt. v. 29.10.2008 – 5 U 88/08 –

RID 10-01-236

juris = VersR 2009, 1269 = MedR 2009, 669
BGB §§ 280, 823

Leitsatz (VersR): Der Impfarzt war jedenfalls im Jahr 2001 nicht verpflichtet, den Patienten vor einer Hepatitis-A-Impfung über das Risiko aufzuklären, er könne dadurch eine Multiple Sklerose erleiden.

4. BESORGNIS DER BEFANGENHEIT EINES SACHVERSTÄNDIGEN

A) VERSPÄTETE ABLEHNUNG EINES SACHVERSTÄNDIGEN

OLG Köln, Beschl. v. 21.12.2008 – 321 O 411/06 –

RID 10-01-237

MedR 2009, 735
ZPO §§ 42 I, 406

Leitsatz (MedR): 1. Selbst eine aus fachlicher Sicht offensichtlich unzutreffende Auffassung einer Partei ist durch einen Sachverständigen sachlich zu beurteilen.

2. Wenn sich eine Partei, nachdem ihr Sachvortrag vom medizinischen Sachverständigen in einem Verhandlungstermin als „frech“ bezeichnet wurde, gleichwohl weiterhin auf die Anhörung des Sachverständigen einlässt, ohne die Rüge der Besorgnis der Befangenheit zu erheben, dann ist die spätere Ablehnung des Sachverständigen gestützt auf diesen Grund gem. § 43 ZPO präkludiert. Dem steht nicht entgegen, dass die ablehnende Partei vorbringt, sie habe sich über die Ausführungen des Sachverständigen zunächst mit einem Privatgutachter beraten müssen.

B) ABLEHNUNG EINES SACHVERSTÄNDIGEN UND BERUFLICHE BEZIEHUNGEN

OLG Stuttgart, Beschl. v. 19.01.2010 – 1 W 5/10 –

RID 10-01-238

juris
ZPO §§ 42 II, 406 I

Leitsatz: Die Ablehnung eines gerichtlichen Sachverständigen wegen Besorgnis der Befangenheit gemäß §§ 406 Abs. 1, 42 Abs. 2 ZPO kann grundsätzlich nicht allein darauf gestützt werden, dass der Sachverständige und die Gegenpartei in beruflichen Beziehungen zu einem Dritten stehen.

C) ÄUßERUNGEN ZUR WIRKSAMKEIT EINER AUFKLÄRUNG

OLG Dresden, Beschl. v. 18.12.2009 – 4 W 1282/09 –

RID 10-01-239

juris
ZPO §§ 42, 406

Leitsatz: 1. Wird im Arzthaftungsprozess die Klage sowohl auf Behandlungsfehler als auch auf die Verletzung einer Aufklärungspflicht gestützt, kann die Besorgnis der Befangenheit eines Sachverständigen nicht daraus hergeleitet werden, dass dieser sich zur Wirksamkeit einer Aufklärung äußert, obwohl der zugrunde liegende Beweisbeschluss sich allein auf Behandlungsfehler bezieht.

2. Im Einzelfall kann der Sachverständige sogar gehalten sein, das Gericht von sich aus darauf hinzuweisen, dass dessen Auffassung zur Frage der Aufklärung aus medizinischer Sicht Bedenken begegnet.

5. EINSICHT IN BEIGEZOGENE ORIGINALKRANKENAKTEN

LG Berlin, Beschl. v. 02.09.2009 – 13 O 19/09 –

RID 10-01-240

ZMGR 2009, 397
ZPO § 299 I

Leitsatz (ZMGR): Der Kläger eines Arzthaftungsprozesses hat nicht das Recht, beigezogene Originalkrankenakten in das Anwaltszimmer zwecks Akteneinsicht nach § 299 Abs. 1 ZPO mitzunehmen, wenn der Eigentümer dieser Originalkrankenakten dem widersprochen hat. Die Geschäftsstelle ist nach § 299 Abs. 1 ZPO nicht verpflichtet, von den beigezogenen Originalkrankenakten für den Kläger Kopien fertigen zu lassen.

6. EINSICHT IN NACHTRÄGLICH ERSTELLTEN UNFALLBERICHT DES KRANKENHAUSES FÜR DESSEN HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

LG Bonn, Urt. v. 02.09.2009 – 5 S 19/09 -

RID 10-01-241

ZMGR 2009, 391
BGB §§ 242, 611, 810

Leitsatz (ZMGR): 1. Ein Krankenhauspatient hat keinen Anspruch auf Einsicht in einen Unfallbericht, den das Krankenhaus zur Information über ein Schadensereignis an seine Haftpflichtversicherung erstellt und weiter gegeben hat.

2. Wenn eine Krankenschwester einen Bericht über das Sturzereignis in der Klinik sieben Monate später erstellt hat, so folgt aus diesem zeitlichen Aspekt, dass die Stellungnahme nicht in Erfüllung der pflegerischen Dokumentationspflicht gerechtfertigt worden ist.

7. ERSTATTUNGSFÄHIGKEIT DER KOSTEN FÜR VORPROZESSUALES PRIVATGUTACHTEN

OLG Hamm, Urt. v. 19.06.2009 – 25 W 171/09 –

RID 10-01-242

juris = www.justiz.nrw.de = GesR 2009, 613
ZPO § 91 I

Auslagen einer Partei für ein vor Prozessbeginn eingeholtes Gutachten sind nicht schon dann im Sinne von § 91 I ZPO notwendig, wenn das Gutachten irgendwann in einem Rechtsstreit verwendet wird, sondern erst dann, wenn es sich auf den konkreten Rechtsstreit bezieht und gerade mit Rücksicht auf diese konkrete gerichtliche Auseinandersetzung in Auftrag gegeben wurde. Diese Voraussetzungen liegen dann nicht vor, wenn der eigentliche Zweck eines Privatgutachtens darin liegt, im Vorfeld eine mögliche Ersatzberechtigung der klagenden Partei zu prüfen

8. KRANKENHAUS

A) HAFTUNG FÜR SPRUNG AUS FENSTER

LG München I, Urt. v. 02.09.2009 – 9 O 23635/06 –

RID 10-01-243

BeckRS 2009 24153
BGB §§ 280 I, 249, 823 I; SGB X § 116

Wird eine an einer Psychose erkrankte Patientin entgegen den anerkannten Regeln der fachpsychiatrischen und fachpsychotherapeutischen Kunst ohne jedwede Überwachung oder sonstige Sicherung in einem Patientenzimmer im 1. Stock untergebracht, wäre aber aufgrund der unklaren Krankheitssituation indessen eine Überwachung der Patientin, mindestens aber eine Unterbringung in einem Zimmer mit Fenstersicherungen veranlasst gewesen und ist dies unterblieben, so stellt dies einen Behandlungsfehler und damit einen Sorgfaltspflichtverstoß dar. Eine Krankenkasse kann dann vom Krankenhausträger und dem behandelnden Arzt Ersatz für Krankenversicherungsleistungen verlangen.

B) SPRUNG AUS DEM FENSTER DES PATIENTENZIMMERS: BEWEIS EINES DIAGNOSEFEHLERS

OLG Naumburg, Urt. v. 17.12.2009 – 1 U 41/09 –

RID 10-01-244

juris
BGB §§ 280 I, 823 I

Leitsatz: 1. Der Beweis eines Diagnosefehlers in Gestalt einer unvertretbaren Fehlinterpretation setzt eine gesicherte Rekonstruktion der Befundlage zur Zeit der Diagnosestellung durch den behandelnden Arzt voraus. Misslingt der Nachweis solcher für den Arzt erkennbarer Symptome, aus denen aus ex ante-Sicht des Arztes auf die Herausbildung eines Volldelirs und eine potenzielle Eigengefährdung durch einen Sprung aus dem Fenster des Patientenzimmers geschlossen werden konnte, bleibt der Patient beweisfällig.

2. Eine Entzugssymptomatik, die sich in innerer Unruhe, Bettflüchtigkeit und Schlaflosigkeit zeigt, nicht jedoch in vegetativen Ausfällen, rechtfertigt eine - vorsorgliche - Fixierung des Patienten regelmäßig nicht.

C) STURZ EINES PATIENTEN AUS DEM BETT/ANBRINGUNG VON BETTGITTERN

OLG Bremen, Urt. v. 22.10.2009 – 5 U 25/09 –

RID 10-01-245

juris = GesR 2010, 25

BGB §§ 253 II, 280 I, 823, 831

Leitsatz: Der Kläger, der das Krankenhaus wegen eines Sturzes aus dem Bett auf Schmerzensgeld in Anspruch nimmt, trägt im Regelfall die volle Darlegungs- und Beweislast für die konkreten Umstände, aufgrund derer die Anbringung von Bettgittern indiziert gewesen wäre.

III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. BEHANDLUNGSVERTRAG

A) BGH

AA) BEAUFTRAGUNG EINES EXTERNEN LABORARZTES

BGH, Urt. v. 14.01.2010 – III ZR 173/09 –

RID 10-01-246

www.bundesgerichtshof.de = juris

BGB §§ 164 I, 167 I; GOÄ § 1 II 1

Leitsatz: Der Umfang einer Innenvollmacht, die der Patient dem ihn behandelnden Arzt zum Zwecke der Beauftragung eines externen Laborarztes mit einer Blutuntersuchung stillschweigend erteilt, richtet sich grundsätzlich danach, was im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich ist.

BB) RADIOLOGISCHE KRANKENHAUSLEISTUNGEN DURCH NIEDERGELASSENE NICHT NACH GOÄ

BGH, Urt. v. 12.11.2009 – III ZR 110/09 –

RID 10-01-247

www.bundesgerichtshof.de = juris = GesR 2010, 28

GOÄ § 1 I; KHEntgG § 2 II 2 Nr. 2; BO Rheinland-Pfalz §§ 12, 31

Leitsatz: Vereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und niedergelassenen Ärzten über deren Zuziehung im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen unterliegen nicht den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte.

Der BGH wies die Revision gegen *OLG Zweibrücken*, Urt. v. 10.03.2009 - 5 U 15/08 - RID 09-04-205 (MedR 2009, 672) zurück.

B) ANGEMESSENHEIT DER VERGÜTUNG SACHE DES VERORDNUNGSGEBERS

OLG Köln, Beschl. v. 12.01.2009 – 5 U 163/08 –

RID 10-01-248

juris = MedR 2009, 736

BGB §

Auch wenn die in Nr. 3184 für Lebertransplantationen vorgesehene Vergütung aus heutiger Sicht als unangemessen niedrig anzusehen wäre, verlöre dieser Gebührentatbestand dadurch gleichwohl nicht seinen Regelungscharakter. Denn es ist **Sache des Verordnungsgebers** darüber zu befinden, welche Vergütung er für welche Behandlung für angemessen hält und in dem Gebührenverzeichnis der GOÄ festschreibt (BGH, Urt. v. 18.09.2003 - III ZR 389/02 - VersR 2004, 338, juris Rn. 21; BGH, Urt. v. 13.05.2004 - III ZR 344/03 - BGHZ 159, 142, juris Rn. 17).

Bei der ärztlichen Gebührenordnung handelt es sich um ein für alle Ärzte **verbindliches Preisrecht** (vgl. etwa: BGH, Urt. v. 23.03.2006 - III ZR 223/05 - VersR 2006, 935, juris Rn. 10 m.w.N. auf die Rspr. des BVerfG).

Zu einer **Lebertransplantation** gehören die Explantation einer Spenderleber, einschließlich Perfusion, die Explantation der erkrankten Leber, ggf. einschließlich Bypassmaßnahmen sowie die Implantation der Spenderleber.

Aus den Gründen

„(...) Mit Art. 12 Abs. 1 GG unvereinbar sind Gebührentatbestände nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts lediglich dann, wenn den Ärzten **unangemessen niedrige Einkünfte zugemutet** werden und auf der Grundlage der bestehenden Vergütungsregelungen eine **wirtschaftliche Existenz generell nicht möglich** ist (BVerfG, Kammerbeschluss vom 25. Oktober 2004, 1 BvR 1437/02, NJW 2005, 1036, Juris-Rn. 20 m. w. N. - st. Rspr.). Dass die in Nr. 3184 vorgesehene **Vergütung für Lebertransplantationen** in diesem Sinne nicht auskömmlich wäre, hat der Kläger nicht mit hinreichender Substanz vorgetragen und ist auch sonst nicht ersichtlich. Der Hinweis darauf, dass die in Nr. 3184 vorgesehene Vergütung für Lebertransplantationen in Fachkreisen als zu niedrig angesehen wird, vermag **substanzierten Vortrag** zu dieser Frage nicht zu ersetzen. Weder dem Vortrag des Klägers noch dem Akteninhalt im übrigen können hinreichende Anhaltspunkte dafür entnommen werden, dass die in Nr. 3184 vorgesehene Vergütung für Lebertransplantationen so niedrig wäre, dass nur der Verlust des Regelungscharakters von Nr. 3184 sowie eine dadurch eröffnete Neubewertung durch den Richter zu

einem aus der Sicht des behandelnden Arztes hinnehmbaren Ergebnis führen könnte. Es bestand auch für das Landgericht und besteht für den Senat keine Veranlassung, zu dieser Frage ein Sachverständigengutachten einzuholen. Denn mangels substantiierten Vortrages des Klägers insoweit bedeutete die Einholung eines Gutachtens einen unzulässigen Ausforschungsbeweis. (...)"

C) GEBÜHR BEI „INTRAVITREALER OPERATIVER MEDIKAMENTENEINGABE (VOM)“

AG Fürth, Urt. v. 01.07.2009 – 370 C 471/09 –

RID 10-01-249

ZMGR 2009, 325

GOÄ §§ 5, 5

Leitsatz (ZMGR): Bei privatärztlicher Abrechnung des augenchirurgischen Eingriffs „intravitreale operative Medikamenteneingabe (VOM)“ zur Behandlung der feuchten Makuladegeneration analog GOÄ-Ziff. A1383 ist der liquidierende Arzt nicht auf den Einfachsatz des Gebührenrahmens der GOÄ beschränkt.

D) ZUR ANWENDUNG DER BGH-RSPR. ZU § 4 IIA GOÄ AUF ORTHOPÄDISCHE STANDARDOPERATIONEN

LG Regensburg, Urt. v. 24.03.2009 – 2 S 78/08 –

RID 10-01-250

MedR 2009, 744 = <http://www.iww.de/quellenmaterial/dokumente/092099>

GOÄ §§ 4 IIA, 5 II, 12 III; BGB §§ 611, 612

Leitsatz (MedR): 1. Die Ausführungen des BGH, Urt. v. 5.6.2008 – III ZR 239/07 – zur Auslegung des sog. Zielleistungsprinzips in § 4 Abs. 2a GOÄ sind Grundlage für die Beurteilung der Frage, ob einzelne ärztliche **Leistungen bei orthopädischen Standardoperationen**, zu denen die endoprothetische Versorgung des Hüft- bzw. des Kniegelenks zu zählen ist, **separat berechnet** werden können.

2. Alle diejenigen operativen ärztlichen Leistungen, die bei der endoprothetischen Versorgung des Hüft- und/oder des Kniegelenks **nicht typischerweise bzw. regelhaft anfallen**, sind neben den Nrn. 2151 und 2153 GOÄ separat berechenbar, nachdem bei der Auslegung von § 4 Abs. 2a GOÄ ein abstrakt-genereller Maßstab anzulegen ist. Dies gilt insbesondere für die Nrn. 2103, 2113, 2258 und 2405 GOÄ.

3. Die **separate Berechenbarkeit** dieser Leistungsziffern kann hinsichtlich der Nrn. 2103, 2113 und 2258 GOÄ auch mit deren Bewertung im Gebührenverzeichnis zur GOÄ im Verhältnis zur Nr. 2151 GOÄ begründet werden.

4. **Beschlüsse der Bundesärztekammer zur Auslegung der Gebührenordnung** für Ärzte sind für die gebührenrechtliche Auslegung durch die ordentlichen Gerichte nicht maßgeblich.

5. Nach der Entscheidung des BGH vom 5.6.2008 kommt es bei der Beurteilung der Frage, ob eine ärztliche Leistung neben einer anderen ärztlichen Leistung separat berechnet werden kann, nicht mehr darauf an, **ob diese ärztliche Leistung eigenständig medizinisch indiziert** gewesen ist.

6. Es erscheint fraglich, ob bei operativen ärztlichen Leistungen, bei denen der **Zugangsweg bereits** im Rahmen einer anderen ärztlichen Leistung **eröffnet** worden ist, mehr als der Regelsatz (2,3-fach) durch den Arzt berechnet werden kann.

E) ERFÜLLUNGORT FÜR ENTGELTFORDERUNGEN BEI KRANKENHAUSAUFNAHMEVERTRAG

OLG Karlsruhe, Urt. v. 09.12.2009 – 13 U 126/09 –

RID 10-01-251

juris

ZPO § 29; BGB § 269

Der Senat schließt sich der zutreffenden Auffassung der herrschenden Meinung an, wonach bei einem Krankenhausaufnahmevertrag **Erfüllungsort** auch für Entgeltforderungen gegen den Patienten der **Sitz der Klinik** ist. Die herrschende Meinung ist auch nach den Entscheidungen des BGH zum Erfüllungsort für Gebührenforderungen von Rechtsanwälten (BGH, Beschl. v. 11.11.2003 - X ARZ 91/03 – u. Urt. v. 04.03.2004 - IX ZR 101/03 -) der Auffassung, dass der Sitz der Klinik Erfüllungsort sei. Der Gegenmeinung (OLG Zweibrücken NJW-RR 2007, 1145) hat sich das Landgericht angeschlossen.

F) ZAHNÄRZTE

AA) VERGÜTUNGSANSPRUCH TROTZ VERSCHLUCKENS DES PROVISORISCH EINGEBRACHTEN ZAHNERSATZES

LG Dortmund, Urt. v. 11.11.2009 – 4 S 192/08 –

RID 10-01-252

^{juris}
BGB §§ 611, 628

Leitsatz: Wenn der Patient den provisorisch eingebrachten Zahnersatz verschluckt, behält der Zahnarzt seinen Vergütungsanspruch ohne Neuherstellung, es sei denn der Patient beweist, dass ihn an dem Verschlucken kein Verschulden trifft.

BB) KEIN ANSPRUCH AUF KOSTENVORSCHUSS FÜR ANDERWEITIG GEPLANTE REVISIONSBEHANDLUNG

OLG Koblenz, Beschl. v. 18.06.2009 – 5 U 319/09 –

RID 10-01-253

^{juris} = GesR 2009, 555 = VersR 2009, 1542
BGB §§ 281, 323, 325, 326 II 2, IV, 611, 637 III, 812

Leitsatz: 1. Da eine § 637 Abs. 3 BGB entsprechende Vorschrift dem Recht des Dienstvertrages fremd ist, steht dem Patienten kein Anspruch auf Kostenvorschuss für die **anderweitig geplante Revisionsbehandlung** zu.

2. Lässt der Patient einen **Mangel durch einen anderen Zahnarzt beseitigen**, ohne dem erstbehandelnden Arzt zuvor ergebnislos eine Frist zur Nacherfüllung gesetzt zu haben, kann er nicht gem. § 326 Abs. 2 Satz 2, Abs. 4 BGB (analog) die Erstattung der vom zuerst tätigen Arzt ersparten Aufwendungen für die Mangelbeseitigung verlangen.

3. Seinen **Honoraranspruch** verliert der Arzt nur dann, wenn seine Leistung derart unbrauchbar ist, dass sie der völligen Nichtleistung gleichsteht (hier verneint).

2. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

A) BEHANDLUNG EINER ROSACEA MIT FRUCHTSÄURE- UND LASERTHERAPIE

AG Köln, Urt. v. 21.10.2009 – 118 C 513/07 –

RID 10-01-254

^{juris}
MB-KK § 1 II; AVB § 1 II

Die Behandlung einer Rosacea papulo-pustulosa bzw. Rosacea conglobata mit Fruchtsäure- und Lasertherapie (Dioden- und Excimerlaser) ist kontraindiziert, da sie die Gefahr von Irritationen der Haut mit sich bringt und damit sogar zu einer Verschlechterung der Rosacea führen kann. Die Lasertherapie (Excimerlaser und Diodenlaser) kann allenfalls als eine die klassischen Therapien ergänzende Methode eingesetzt werden. Damit steht fest, dass die Behandlung in der vorgenommenen Art und Weise gerade nicht medizinisch notwendig gewesen ist.

B) ENTGELTREGULIERUNG NACH § 17 ABS. 1 S. 5 KHENTGG IN PRIVATKLINIKEN

LG Hamburg, Zwischenurt. v. 20.03.2009 – 321 O 411/06 –

RID 10-01-255

MedR 2009, 736
KHEntgG § 17 I; SGB V § 107 I; MB/KK § 4 IV

Leitsatz (MedR): 1 Der **Verband der privaten Krankenversicherung e. V.** ist gemäß § 17 Abs. 1 S. 5 KHEntgG **prozessführungsbefugt** für eine Klage vor den Zivilgerichten und kann Inhaber eines materiell-rechtlichen Anspruchs auf Entgeltherabsetzung sein.

2. Es kommt für die **Anwendung des KHEntgG** nicht darauf an, ob eine Station eines Plankrankenhauses formell von einer selbstständigen juristischen Person in Gestalt einer GmbH betrieben wird, da die Vorschriften des KHEntgG neben dem Schutz des Krankenhauspatienten auch Aspekte der Krankenhausplanung zwecks zuverlässiger Versorgung der Bevölkerung umfassen.

3. Es liegt keine **echte Privatklinik** vor, wenn die Gesellschaft nicht über eigene Kapazitäten im Hinblick auf die Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen verfügt, sondern in den Betrieb des Plankrankenhauses eingebunden ist.

3. BEIHILFE

A) BEIHILFEFÄHIGKEIT DES NEUGEBORENEN-SCREENINGS

VG Hannover, Urt. v. 27.10.2009 – 13 A 2968/09 –

RID 10-01-256

^{juris}
BhV § 10 I Nr. 1; SGB V § 73

Das Neugeborenen-Screening zählt nicht zu den sog. allgemeinen Krankenhausleistungen in einer Belegarztklinik. Nach § 73 SGB V zählen in diesem Fall die Maßnahmen zur Früherkennung, wenn sie vom Belegarzt erbracht werden, zur kassenärztlichen Versorgung. D.h., sie gehören dann nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, sondern können vom Belegarzt separat als kassenärztliche Versorgung abgerechnet werden. Nichts anderes kann gelten, wenn es sich um einen Privatpatienten handelt.

B) ZULÄSSIGKEIT VON FESTBETRAGSREGELUNG/AUSGLEICH VON HÄRTEFÄLLEN

VG für das Saarland, Urt. v. 24.11.2009 – 3 K 648/09 –

RID 10-01-257

^{juris}
GG Art. 3 I, 33 V; SGB V § 35; BhV Saarland § 5 I Nr. 6; BG Saarland § 67 III 7

Leitsatz: 1. Die in § 5 Abs. 1 Nr. 6 BhVO (Saarland) vorgenommene Beschränkung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Arzneimittel auf den in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen **Festbetrag** begegnet weder mit Blick auf den Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG noch im Hinblick auf die Fürsorgepflicht des Dienstherrn nach Art. 33 Abs. 5 GG verfassungsrechtlichen Bedenken.

2. Es bedarf allerdings aus Gründen der Fürsorgepflicht des Dienstherrn einer ergänzenden Regelung zum Ausgleich von **Härtefällen**. Diese können im Einzelfall entstehen, wenn der Beihilfeberechtigte - etwa infolge einer chronischen Erkrankung - auf Dauer auf ein Medikament angewiesen ist, dessen Kosten über dem Festpreis liegen, und aus medizinischen Gründen ein Ausweichen auf ein "Festbetragsmedikament" für ihn nicht zumutbar ist.

3. **Bis zur Einführung einer entsprechenden Härtefallregelung** ist im Rahmen der Fürsorgepflicht § 15 Abs. 7 Satz 1 BhVO entsprechend anzuwenden.

C) EIGENBETEILIGUNG BEI VERBANDMITTEL NUR EINMAL PRO VERORDNUNG

VG Würzburg, Urt. v. 29.10.2009 – W 1 K 09.923 –

RID 10-01-258

^{juris}
BG Bayern Art. 96 III 5 Nr. 2

Leitsatz: Die Eigenbeteiligung des Beihilfeberechtigten (Art. 96 Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 BayBG) fällt bei einem in einer bestimmten Menge verordneten Verbandmittel nur einmal pro Verordnung an; dass die verordnete Menge in mehreren Packungen abgegeben wird, ist unerheblich.

D) ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

AA) BEIHILFEFÄHIGKEIT VON KIEFERORTHOPÄDISCHEN LEISTUNGEN: OHNE KIEFERCHIRURGISCHE BEHANDLUNG

VG Hannover, Urt. v. 03.11.2009 – 13 A 2970/09 –

RID 10-01-259

^{juris}
BhV § 6 I Nr. 1; BG Niedersachsen §§ 87c, 120 I

Gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1 BHV i.V.m. Nr. 2 der Anlage 2 zu dieser Vorschrift sind Aufwendungen für **kieferorthopädische Leistungen** ohne Altersbegrenzung jedoch nur dann beihilfefähig, wenn eine so **schwere Kieferanomalie** vorliegt, dass eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erforderlich ist. Dies ist beim Kläger nicht der Fall. Ist eine kieferchirurgische Behandlung nicht vorgesehen und auch nicht erforderlich, dann liegen die Voraussetzungen der BhV zur Anerkennung der Beihilfefähigkeit nicht vor.

BB) FAKTOR 2,3 AUCH BEI SCHWIERIGEN FÄLLEN

VG Hannover, Gerichtsbs. v. 07.12.2009 – 13 A 2981/09 –

RID 10-01-260

juris
BhV § 5 I

Ein „nur“ erhöhter Aufwand allein kann zwar dazu führen, dass der Zahnarzt berechtigterweise bis an die Grenze des 2,3fachen gehen darf, rechtfertigt jedoch noch keine Überschreitung des Schwellenwertes. Der **Faktor 2,3 gibt nicht das Normalmaß bzw. den Durchschnitt vor**, sondern die Gebührenordnung setzt auch unterhalb des Schwellenwertes lediglich einen Rahmen, von ganz einfachen über durchschnittlichen bis hin zu schwierigen und verstärkt schwierigen Fällen. Erst für letztere darf der Faktor 2,3 angesetzt werden. Dass ein Gebührenansatz bis zum 2,3fachen nicht besonders vom Zahnarzt begründet zu werden braucht und deshalb sowohl der Patient als auch die Beihilfestelle in der Regel die Gebührenansätze bis zum 2,3fachen einschließlich so hinnehmen müssen (und dieser Umstand auch dazu geführt hat, dass oft von Ärzten ohne Not grundsätzlich der Gebührenrahmen bis eben zu dieser Grenze immer ausgeschöpft wird), ändert am grundsätzlichen System des Gebührenrechts nichts. Liegt der Aufwand nach alledem über den Durchschnitt, so mag dies einen Ansatz bis hin zum Gebührenfaktor 2,3 rechtfertigen. Eine Überschreitung dieses Schwellenwertes jedoch ist außergewöhnlichen Einzelfällen vorbehalten, die von der Masse der Behandlungsfälle abweichen.

E) ZUR VORHERIGEN ANERKENNUNG DER BEIHILFEFÄHIGKEIT EINER HEILMAßNAHME

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 17.12.2009 – 4 S 1909/07 –

RID 10-01-261

juris
BhV BW §§ 8 V 2 Nr. 2, 17 IX 1

Leitsatz: Ist die **vorherige Anerkennung** der Beihilfefähigkeit einer Heilmaßnahme (hier: einer Heilkur nach § 8 Abs. 5 Satz 2 Nr. 2 BVO) erforderlich, darf der Beihilfeberechtigte - will er seinen Beihilfeanspruch nicht verlieren - auch bei (rechtmäßiger wie rechtswidriger) Ablehnung der Voranerkennung die Behandlung nur dann beginnen, wenn deren **sofortige Durchführung aus medizinischen Gründen geboten** ist, und ihm deshalb selbst die Durchführung eines einstweiligen Rechtsschutzverfahrens aus Zeitgründen nicht zugemutet werden kann. Ansonsten muss er zuvor ein einstweiliges Rechtsschutzverfahren mit dem Ziel durchführen, die Behandlung antreten zu dürfen, ohne dass dies einem für ihn positiven Ergebnis des späteren Hauptsacheverfahrens auf Beihilfegewährung entgegensteht (wie BVerwG, Urteil vom 05.11.1998 - 2 A 6.97 - und Beschluss vom 23.07.1991 - 2 B 21.91 -, ZBR 1991, 350).

IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel

1. EUGH: HAFTUNG FÜR FEHLERHAFTE PRODUKTE

EuGH, Urt. v. 02.12.2009 - C-358/08 -

RID 10-01-262

Aventis Pasteur SA gegen OB (Ersuchen um Vorabentscheidung: House of Lords - Vereinigtes Königreich)
EWGRL 374/1985

curia.europa.eu = juris

Art. 11 der Richtlinie 85/374/EWG des Rates vom 25. Juli 1985 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Haftung für fehlerhafte Produkte ist dahin auszulegen, dass er einer nationalen Regelung, die während eines gerichtlichen Verfahrens einen Beklagtenwechsel zulässt, entgegensteht, soweit sie so angewandt wird, dass ein Hersteller im Sinne von Art. 3 der Richtlinie nach Ablauf der in dieser Vorschrift vorgesehenen Frist als Beklagter in einem während dieser Frist gegen eine andere Person eingeleiteten gerichtlichen Verfahren in Anspruch genommen werden kann.

Jedoch ist Art. 11 der Richtlinie 85/374 einerseits so auszulegen, dass das nationale Gericht in Fällen, in denen es feststellt, dass tatsächlich der Hersteller des fraglichen Produkts bestimmt hat, dass es in den Verkehr gebracht wird, nicht durch diese Vorschrift daran gehindert ist, in dem Gerichtsverfahren, das innerhalb der in dieser Vorschrift genannten Frist gegen die hundertprozentige Tochtergesellschaft des Herstellers im Sinne von Art. 3 Abs. 1 der Richtlinie eingeleitet worden ist, davon auszugehen, dass diese Tochtergesellschaft durch diesen Hersteller ersetzt werden kann.

Andererseits ist Art. 3 Abs. 3 der Richtlinie 85/374 so auszulegen, dass in den Fällen, in denen der durch ein als fehlerhaft angesehenes Produkt Geschädigte den Hersteller dieses Produkts bei verständiger Betrachtung nicht feststellen konnte, bevor er seine Ansprüche gegenüber seinem Lieferanten geltend machte, dieser Lieferant namentlich für die Zwecke des Art. 11 der Richtlinie als „Hersteller“ zu behandeln ist, wenn er dem Geschädigten nicht von sich aus und ohne Säumen den Hersteller oder seinen eigenen Lieferanten benannt hat, was das nationale Gericht unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu prüfen hat.

2. ARZNEIMITTELHAFTUNG FÜR MEDIKAMENT VIOXX:

S.a. OLG München, Urt. v. 03.08.2009 – 19 U 2171/09 – RID 09-04-247.

A) NACHWEIS DER HAFTUNGSVORAUSSETZUNGEN

OLG München, Urt. v. 25.11.2009 – 20 U 3065/09 –

RID 10-01-263

juris

BGB § 823 I; AMG §§ 84, 84a

Der **Auskunftsanspruch** gemäß § 84a AMG verjährt mangels Sonderregelung selbstständig in der regelmäßigen **dreijährigen Verjährungsfrist** des § 195 BGB.

Einem Patienten, dem sein Arzt im Januar 2002 das Medikament VIOXX wegen ständiger Schmerzen im Rücken- und Schulterbereich in Folge eines Bänderrisses verordnet hat, steht ein **Schadensersatzanspruch** gemäß § 84 AMG gegen den Arzneimittelvertreiber nicht zu, wenn ihm weder der Nachweis der tatbestandsmäßigen Haftungsvoraussetzungen noch der eines Ursachenzusammenhanges zwischen der Einnahme von VIOXX und der von ihm erlittenen Beschwerden gelungen ist.

S.a. OLG München, Urt. v. 03.08.2009 – 19 U 2171/09 – RID 09-04-247.

entfällt RID 10-01-264

B) AUSKUNFTSANSPRUCH

AMG § 84a

OLG Brandenburg, Urt. v. 11.11.2009 – 13 U 73/07 –

RID 10-01-265

juris

Da es Zweck des Auskunftsanspruches nach § 84a AMG ist, dem Geschädigten die erforderlichen Erkenntnisse zu verschaffen, dürfen für die Begründetheit des Auskunftserteilungsanspruches **keine Tatsachen verlangt werden, die erst umfängliche sachverständige Stellungnahmen oder Sachverständigenbeweis erfordern**. Ein schlüssiger Sachvortrag zu einem begründeten Schadensverdacht, die dem Richter eine Plausibilitätsprüfung ermöglicht, wird im Regelfall genügen. Die **Schwierigkeiten der Sachverhaltsaufklärung für den Geschädigten** sind dabei angemessen zu berücksichtigen. Ausreichend ist daher, dass insoweit die „begründete Annahme“ bzw. „ernsthafte Möglichkeit“ eines Zusammenhangs besteht.

Für einen Auskunftsanspruch ist es unerheblich, ob das Mittel auch „bestimmungsgemäß“ angewendet wurde.

LG Köln, Urt. v. 29.07.2009 – 25 O 305/08 –

RID 10-01-266

juris

Für einen Auskunftsanspruch nach § 84a AMG ist es irrelevant, dass **keine Verordnung** über das Medikament vorliegt, weil es sich um eine unverkäufliche Musterpackung handelte.

Es ist zu berücksichtigen, dass der Auskunftsanspruch die Geltendmachung des Haftungsanspruchs vorbereiten soll, der schon eingreift, wenn das Arzneimittel im Einzelfall geeignet ist, den Schaden zu verursachen. Die Anforderungen an die Darlegung des Auskunftsanspruches dürfen nicht strenger sein. Erst recht können **nicht solche Tatsachen verlangt werden, die einen umfänglichen Sachverständigenbeweis erforderten**, weil der Auskunftsanspruch gerade der Gewinnung von Tatsachen und Erkenntnissen dient. Es dürfen also keine übertriebenen Anforderungen an die Substantiierungspflicht gestellt werden

KG Berlin, Teilurt. v. 08.06.2009 – 10 U 262/06 -

RID 10-01-267

juris = ZMGR 2009, 397 m. Anm. Heynemann

Leitsatz (ZMGR): Der Auskunftsanspruch nach § 84a AMG erfordert das Vorliegen von **Tatsachen**, die die Annahme begründen, dass ein Arzneimittel den Schaden verursacht hat.

2. Dem Richter obliegt dabei eine **Plausibilitätsprüfung**, ob die vorgetragenen Tatsachen den Schluss auf eine Ursache-Wirkung-Beziehung zulassen. Ausreichend ist die „begründete Annahme“ bzw. die

„ernsthafte Möglichkeit“ eines solchen Zusammenhangs. Der Anspruchssteller muss hierfür keine umfangreichen sachverständigen Stellungnahmen oder gar ein Sachverständigengutachten einreichen. Indizien können das Vorliegen von Parallelerkrankungen anderer Verbraucher, ebenso ein plausibler zeitlicher Zusammenhang zwischen Schadenseintritt und Arzneimittelanwendung sein.

BGH, Beschl. v. 01.07.2008 – VI ZR 287/07– RID 08-03-239 hatte auf die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückverwiesen. Das KG verurteilte nunmehr zur Auskunft.

3. ARZNEIMITTELDATENBANK MIT PHARMAWERBUNG KOSTENLOS FÜR ÄRZTE

OLG München, Urt. v. 03.12.2009 – 29 U 3781/09 –

RID 10-01-268

juris

HeilMWerbG § 7 I; UWG §§ 3, 4 Nr. 1. u. Nr. 11; ÄBerufsO BY § 32, 33 II, SGB V § 73 VIII 7 u.8

Leitsatz: Zur wettbewerbsrechtlichen Beurteilung, wenn ein Datenbankanbieter eine Arzneimitteldatenbank, die Werbung von Pharmaunternehmen enthält, Ärzten kostenlos zur Verfügung stellt.

V. Verschiedenes

1. EGMR

A) ANGEMESSENHEIT DER VERFAHRENSDAUER (9 JAHRE 11 MONATE) NOCH ANGEMESSEN (BERZGG)

EGMR, Entsch. v. 10.02.2009 – 30209/05 -

RID 10-01-269

juris

MRK Art. 6 I

Die **Angemessenheit der Verfahrensdauer** ist nach den **Umständen des Falls** sowie unter Berücksichtigung folgender **Kriterien** zu beurteilen: der **Komplexität** des Falls, des **Verhaltens** des Beschwerdeführers und der zuständigen Behörden sowie der **Bedeutung** des Rechtsstreits für den Beschwerdeführer.

Eine **Zeitspanne von etwa fünf Monaten**, die zwischen dem vollständigen Anerkenntnis des Beklagten und dem endgültigen Urteil des Bundessozialgerichts lag, kann den nationalen Behörden nicht angelastet werden.

Ein verbleibender maßgeblicher Zeitraum von **neun Jahren und elf Monaten**, in dem das Verfahren **vier Instanzen** durchlief und darin eine **Zurückverweisung** erfolgte, bedeutet eine durchschnittlich je Instanz und für das Verwaltungsverfahren benötigte Zeit von jeweils etwa zwei Jahren. Die Gesamtverfahrensdauer war zumindest teilweise auf die auf verfassungswidrigen Bestimmungen des Bundeserziehungsgeldgesetzes beruhende systemische Ungerechtigkeit und die daraus resultierende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, mit der es für alle anhängigen Kinder- und Erziehungsgeldsachen eine Übergangsfrist einräumte, zurückzuführen. Bei Würdigung der besonderen Umstände des Falls insgesamt ist die Gesamtverfahrensdauer noch als angemessen im Sinne von Art. 6 I MRK anzusehen.

B) MEHR ALS DREI JAHRE UND NEUN MONATE FÜR ANBERAUMUNG MÜNDLICHER VERHANDLUNG

EGMR, Entsch. v. 22.12.2009 – 21061/06 -

RID 10-01-270

juris

MRK Art. 6 I

Die **Angemessenheit der Verfahrensdauer** ist nach den **Umständen des Falls** sowie unter Berücksichtigung folgender **Kriterien** zu beurteilen: der **Komplexität** des Falls, des **Verhaltens** des Beschwerdeführers und der zuständigen Behörden sowie der **Bedeutung** des Rechtsstreits für den Beschwerdeführer.

Eine Zeitspanne von mehr als drei Jahre und neun Monate, ehe eine mündliche Verhandlung in der Sache stattgefunden hat, ist überlang und entspricht dem Erfordernis der „angemessenen Frist“ nicht. Demnach ist Art. 6 I MRK verletzt worden. Ein immaterieller Schaden ist mit 3.000 € zu entschädigen.

C) GESAMTDAUER VON 18 JAHREN UND 8 ½ MONATE FÜR VIER GERICHTLICHE INSTANZEN/§ 109 SGG

EGMR, *Entsch. v. 08.10.2009 – 47757/06 -*

RID 10-01-271

juris

MRK Art. 6 I

Art. 6 I MRK ist verletzt, wenn die Gesamtdauer des Verfahrens (hier: achtzehn Jahre und achteinhalb Monate für vier gerichtliche Instanzen) in Anbetracht der **Umstände** der Rechtssache sowie unter Berücksichtigung der **Komplexität** der Materie, des **Verhaltens** des Beschwerdeführers sowie der zuständigen Behörden und der **Bedeutung** des Rechtsstreits, nicht als angemessen angesehen werden kann.

Einem Beschwerdeführer kann nicht vorgeworfen werden, ein gesetzlich vorgesehenes Recht in Anspruch genommen zu haben. Für die aufgrund eines Antrags auf Erstellung eines **Sachverständigengutachtens nach § 109 SGG verursachte Dauer** (hier: fast drei Jahre und drei Monate) kann ein Beschwerdeführer nicht verantwortlich gemacht werden.

Das Verhalten der Parteien entbindet die Gerichte nicht davon, das nach Art. 6 I MRK erforderliche **zügige Verfahren** sicherzustellen.

Ein immaterieller Schaden ist mit 14.000 € zu entschädigen.

2. BVERFG

A) GESETZGEBUNGSVERFAHREN: KEIN GESETZESINITIATIVRECHT DES VERMITTLUNGSAUSSCHUSSES (PBFEFG)

BVerfG, Beschl. v. 08.12.2009 – 2 BvR 758/07 –

RID 10-01-272

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 2 I, 19 III, 20 II, 38 I 2, 42 I 1 u. 76 I

Den **Kompetenzen des Vermittlungsausschusses** werden durch das Grundgesetz (Art. 20 II, 38 I 2, 42 I 1 u. 76 I GG) Grenzen gesetzt. Der Vermittlungsausschuss kann nicht eigene Vorschläge in das Gesetzgebungsverfahren einführen, ohne dass der Deutsche Bundestag in verfassungsgemäßer Weise beteiligt wird.

Der Vermittlungsausschuss hat **kein eigenes Gesetzesinitiativrecht**, sondern ihm kommt lediglich die Aufgabe zu, auf der Grundlage des Gesetzesbeschlusses und des vorherigen Gesetzgebungsverfahrens **Änderungsvorschläge** zu erarbeiten, die sich ausgehend vom Anrufungsbegehren im Rahmen der parlamentarischen Zielsetzung des Gesetzgebungsvorhabens bewegen und die jedenfalls im Ansatz sichtbar gewordenen politischen Meinungsverschiedenheiten zwischen Deutschem Bundestag und Bundesrat ausgleichen. Der Vermittlungsvorschlag muss dem Deutschen Bundestag aufgrund der dort geführten parlamentarischen Debatte zurechenbar sein.

Die **Einbringung des Koch/Steinbrück-Papiers** in das parlamentarische Verfahren des Deutschen Bundestages und seine Behandlung in dessen Ausschüssen sowie im Plenum eröffneten dem Vermittlungsausschuss nicht die Kompetenz, eine Änderung des Personenbeförderungsgesetzes in den Vermittlungsvorschlag aufzunehmen. Die Vorschläge des Koch/Steinbrück-Papiers waren - zumindest in Bezug auf die Kürzung von Finanzhilfen - bereits nach Struktur und Umfang angemessener parlamentarischer Beratung nicht zugänglich und nach der Art ihrer Einbringung und Behandlung darauf auch gar nicht angelegt. Der gesamte Verfahrensgang war vielmehr erkennbar darauf ausgerichtet, unter Vermeidung der Öffentlichkeit der parlamentarischen Debatte und einer hinreichenden Information der Mitglieder des Deutschen Bundestages den von vornherein als notwendig erkannten politischen Kompromiss erst im Vermittlungsausschuss herbeizuführen.

Die Art der Einbringung des Koch/Steinbrück-Papiers in das parlamentarische Verfahren genügte darüber hinaus nicht den Anforderungen an die **Förmlichkeit des Gesetzgebungsverfahrens**; denn das Koch/Steinbrück-Papier wurde nicht als **Bundesratsinitiative** (Art. 76 I GG) in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht.

B) BESONDERES ÖFFENTLICHES INTERESSE FÜR SOFORTIGE VOLLZIEHUNG EINES VERWALTUNGSAKTES

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 30.10.2009 - 1 BvR 2395/09 – –

RID 10-01-273

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 19 IV; SGB II §§ 15 I 6, 39 Nr. 1 Alt. 2; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die Verfassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 03.09.2009 - L 9 AS 861/09 B ER - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Art. 19 IV GG gewährleistet nicht die **aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen** schlechthin (vgl. BVerfGE 35, 382 <402>; 67, 43 <58>; 69, 220 <227 f.>; BVerfG, Beschl. der 3. Ka. des 1. Sen. v. 24.02.2009 - 1 BvR 165/09 - NVwZ 2009, S. 581 <583>). Der Gesetzgeber ist vielmehr berechtigt, **Ausnahmen** von der grundsätzlich aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Anfechtungsklage zu normieren (vgl. BVerfGE 35, 382 <402>; 69, 220 <228>; 80, 244 <252>). Mit Blick auf Art. 19 IV GG ist es erforderlich, aber auch ausreichend, dass der Betroffene trotz einer von Gesetzes wegen fehlenden aufschiebenden Wirkung seines Widerspruchs oder seiner Klage die Möglichkeit hat, **effektiven** - das heißt hier auch vorläufigen - **Rechtsschutz** durch eine **gerichtliche Anordnung der aufschiebenden Wirkung** zu erhalten (vgl. BVerfGE 80, 244 <252>).

Diese Möglichkeit ist durch **§ 86b I 1 Nr. 2 SGG** hinreichend gewährleistet. Dass die Gerichte hierbei das **Suspensivinteresse des Bürgers mit dem Vollzugsinteresse der Allgemeinheit abwägen** und dabei auch die **Erfolgsaussichten des Rechtsbehelfes**, dessen aufschiebende Wirkung begehrt wird, berücksichtigen, ist aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden (vgl. BVerfGE 38, 52 <60>; 69, 220 <230>; BVerfG, Beschl. der 3. Ka. des 2. Sen. v. 12.09.1995 - 2 BvR 1179/95 - NVwZ 1996, S. 58 <59>; Beschl. der 1. Ka. des 2. Sen. v. 27.05.1998 - 2 BvR 378/98 - NVwZ-RR 1999, 217 <218>; Beschl. der 3. Ka. des 1. Sen. v. 24.02.2009 - 1 BvR 165/09 - NVwZ 2009, 581 <583>), soweit sie beachten, dass für die sofortige Vollziehung eines Verwaltungsaktes ein **besonderes öffentliches Interesse erforderlich** ist, das über jenes hinausgeht, das den Verwaltungsakt selbst rechtfertigt (vgl. BVerfGE 35, 382 <402>; 38, 52 <58>; 69, 220 <228>; BVerfG, Beschl. der 3. Ka. des 2. Sen. v. 12.09.1995 - 2 BvR 1179/95 - NVwZ 1996, 58 <59>).

C) VERFASSUNGSBESCHWERDE GEGEN VERSAGUNG VON PROZESSKOSTENHILFE/SGB II-LEISTUNGEN

BVerfG, Beschl. v. 25.11.2009 – 1 BvR 2515/09 –

RID 10-01-274

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

Die Verfassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Beschl. v. 17.09.2009 - L 20 AS 1078/09 B PKH- gegen die Versagung von Prozesskostenhilfe bei Ablehnung von SGB II-Leistungen für Schönheitsreparaturen wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Es wird nicht über eine schwierige, bislang ungeklärte Rechtsfrage im Prozesskostenhilfverfahren entschieden (vgl. insoweit BVerfGE 81, 347 <359>), indem das LSG einen Anspruch der Beschwerdeführer auf Leistungen für die Renovierung ihrer Küche mit der Begründung verneint hat, es fehle an einer wirksamen mietvertraglichen Verpflichtung zur Durchführung von Schönheitsreparaturen und es lägen auch keine besonderen Umstände vor, die eine Übernahme der Kosten trotz fehlender mietvertraglicher Pflichten rechtfertigen könnten.

D) PROZESSKOSTENHILFE: ABWARTEN PARALLELER REVISIONSVERFAHREN ZUMUTBAR

BVerfG, Beschl. v. 18.11.2009 – 1 BvR 2455/08 –

RID 10-01-275

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

Die Verfassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Beschl. v. 17.06.2008 – L 5 B 89/08 R - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Art. 3 I GG i.V.m. Art. 20 III GG steht einer Besserstellung desjenigen, der seine Prozessführung nicht aus eigenen Mitteln bestreiten muss und daher im vorliegenden, sozialgerichtlichen Ausgangsverfahren kein Kostenrisiko trägt, gegenüber dem Bemittelten, der sein Kostenrisiko abwägen muss, entgegen. Ein sein Kostenrisiko vernünftig abwägender Bürger, der die Prozesskosten aus eigenen Mitteln finanzieren muss, wird ein Verfahren nicht (weiter) betreiben, solange dieselbe Rechtsfrage bereits in anderen Verfahren in der Revisionsinstanz als unechtes Musterverfahren anhängig ist. Im Fall einer für ihn positiven Entscheidung des Revisionsgerichts profitiert er ohne eigenes, weiteres Kostenrisiko vom Ausgang dieser Verfahren. Bei negativem Prozessausgang der

Revisionsverfahren kann er sein eigenes Verfahren weiter verfolgen. Es reicht aus verfassungsrechtlicher Sicht aus, wenn dem Betroffenen nach Ergehen der Musterentscheidung noch alle prozessualen Möglichkeiten offenstehen, umfassenden gerichtlichen Schutz zu erlangen. Solange aber ein Betreiben des eigenen Verfahrens in zumutbarer Weise zurückgestellt oder ruhend gestellt werden kann, ist es nicht zu beanstanden, wenn die Fachgerichte davon ausgehen, dass eine anwaltliche Vertretung nicht erforderlich ist. Waren – wie hier – die unechten Musterverfahren zum Zeitpunkt der Klageerhebung bereits beim Revisionsgericht anhängig, gelte dies regelmäßig auch für die Klageerhebung selbst.

3. BVERWG

A) MULTIPLE CHOICE-PRÜFUNGSVERFAHREN ZULÄSSIG (HEILPRAKTIKERPRÜFUNG)

BVerwG, Urt. v. 17.11.2009 – 3 B 85/09 –

RID 10-01-276

www.bverwg.de = juris = DVBl. 2009, 1328 (Ls.)

HeilprG §§ 1 I u. II, 2 I; HeilprGDV § 2 I Buchst. i

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in **OVG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 19.08.2009 - 13 A 3785/05 - wird zurückgewiesen.

Das Fehlen einer ausdrücklichen Ermächtigungsgrundlage hindert eine Anwendung des Antwort-Wahl-Verfahrens für die Erteilung einer Heilpraktikererlaubnis nicht.

B) TÄTIGKEIT EINES MASSEURS UND MEDIZINISCHEN BADEMEISTERS KEINE HEILKUNDE

BVerwG, Beschl. v. 28.10.2009 – 3 B 39/09 –

RID 10-01-277

www.bverwg.de = juris

HeilprG § 1 II; MPhG § 1 I Nr. 1

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **VGH Baden-Württemberg**, Urt. v. 19.03.2009 – 9 S 2518/08 – juris wird zurückgewiesen.

Der rechtliche Ausgangspunkt des Berufungsgerichts wirft keine grundsätzlichen Rechtsfragen auf. Es ist in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung davon ausgegangen, dass unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit nur solche Heiltätigkeiten der **Erlaubnispflicht** des Heilpraktikergesetzes unterfallen, die **gesundheitliche Schäden** verursachen können; heilkundliche Verrichtungen, die keine nennenswerten Gesundheitsgefahren zur Folge haben, fallen nicht unter die Erlaubnispflicht des Heilpraktikergesetzes, auch wenn sie ärztliche Fachkenntnisse erfordern (s. nur Urteil vom 25. Juni 1970 - BVerwG 1 C 53.66 - BVerwGE 35, 308 <311> = Buchholz 418.04 Heilpraktiker Nr. 10 S. 23). In tatsächlicher Hinsicht hat das Berufungsgericht angenommen, dass von der Tätigkeit eines **Masseurs und medizinischen Bademeisters** keine nennenswerten Gefahren ausgehen.

4. BGH

A) RETTUNGSDIENST IN HESSEN ÖFFENTLICH-RECHTLICHER NATUR/RECHTSWEG ZU VERWALTUNGSGERICHTEN

BGH, Beschl. v. 17.12.2009 – III ZB 47/09 –

RID 10-01-278

www.bundesgerichtshof.de = juris

GVG § 13; RettDG Hessen § 3 I

Leitsatz: Die Wahrnehmung der rettungsdienstlichen Notfallversorgung ist in Hessen öffentlich-rechtlicher Natur, auch wenn sie von einer privatrechtlichen Organisation ausgeführt wird. Für Streitigkeiten über das Entgelt für die Notfallversorgung ist der Rechtsweg nicht zu den ordentlichen Gerichten, sondern zu den Verwaltungsgerichten eröffnet.

B) PARTNERSCHAFTSGESELLSCHAFT: HAFTUNG FÜR VOR EINTRITT BEGANGENE BERUFLICHE FEHLER

BGH, Urt. v. 19.11.2009 – IX ZR 12/09 –

RID 10-01-279

www.bundesgerichtshof.de = juris
PartGG § 8 I, II

Leitsatz: Ist ein Partner mit der Bearbeitung eines Auftrags befasst, so kann er auch für vor seinem Eintritt in die Partnerschaft begangene berufliche Fehler eines anderen mit dem Auftrag befassten Partners haften; selbst wenn er sie nicht mehr korrigieren kann

C) VERFAHRENSVERZÖGERUNG BEI DER ZUMESSUNG BERUFSRECHTLICHER MAßNAHME

BGH, Urt. v. 07.12.2009 – StBSt (R) 2/09 –

RID 10-01-280

www.bundesgerichtshof.de = juris
MRK Art. 6 I 1; GG Art. 20; StBerG § 90

Leitsatz: Zur Kompensation rechtsstaatswidriger Verzögerung im berufsrechtlichen Verfahren der Steuerberater.

Aus den Gründen:

(...)1. Der rechtsstaatliche Grundsatz, unangemessene Belastungen durch eine lange Dauer des Verfahrens zu vermeiden, gilt auch im berufsrechtlichen Verfahren der Steuerberater. Dies folgt bereits aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip des Grundgesetzes. Zu dem damit gewährleisteten fairen, rechtsstaatlichen Verfahren gehört auch die **Herstellung von Rechtssicherheit innerhalb angemessener Zeit** (vgl. BVerfGE 88, 118, 124). Denn auch ein stets die wirtschaftliche Existenzgrundlage berührendes berufsrechtliches Verfahren kann den Steuerberater – zumal dann, wenn die Dauer durch vermeidbare Verzögerungen der Justizorgane bedingt ist – zusätzlichen fühlbaren Belastungen aussetzen (vgl. zum anwaltsgerichtlichen Verfahren BGHR MRK Art. 6 Abs. 1 S. 1 Verfahrensverzögerung 18; zum beamtenrechtlichen Disziplinarverfahren BVerfGE 46, 17, 29; BVerfG [Kammer] NJW 1992, 2472, 2473; Kloepfer, JZ 1979, 209, 214). Diese können mit zunehmender Verfahrensdauer unvereinbar sein mit dem aus dem Rechtsstaatsgebot abgeleiteten **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz**, wonach die Rechtsfolge insbesondere in einem gerechten Verhältnis zur Verfehlung des Steuerberaters stehen muss (vgl. BVerfGE 46, 17, 29; BVerfG [Kammer] wistra 2009, 307, 308). Aus diesem Grund muss sich auch im berufsrechtlichen Verfahren eine rechtsstaatswidrige Verzögerung bei der Zumessung der berufsrechtlichen Maßnahme auswirken (vgl. BVerfG [Kammer] NSTZ 1997, 591; NJW 2003, 2225).

2. Mit diesem grundrechtlichen Schutz der durch berufsrechtliche Maßnahmen betroffenen Steuerberater korrespondiert nach der jüngeren Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte der ebenfalls zu berücksichtigende konventionsrechtliche Schutz durch **Art. 6 Abs. 1 Satz 1 MRK** (vgl. BVerfGE 74, 358, 370; 111, 307, 324; BGHSt 52, 124, 137). Berufsrechtliche „Disziplinarverfahren“, bei denen – wie hier (vgl. § 90 Abs. 1 Nr. 4 StBerG) – die Ausübung des Berufs auf dem Spiel steht, unterfallen danach jedenfalls als Streitigkeiten über einen zivilrechtlichen Anspruch regelmäßig dessen sachlichem Geltungsbereich (vgl. EGMR-E 2, 208, 215 – Fall Albert u. Le Compte v. Belgien; EGMR ÖJZ 1988, 220 – Fall H. v. Belgien; EGMR ÖJZ 2000, 728, 729 – Fall W.R. v. Österreich; EGMR ÖJZ 2003, 855, 856 – Fall Malek v. Österreich; Esser, Auf dem Weg zu einem europäischen Strafverfahrensrecht [2002] S. 73 f. m.N.; Grabenwarter, Europäische Menschenrechtskonvention 4. Aufl. § 24 Rdn. 23 [Fn. 110]). Auch konventionsrechtlich ist mithin eine Verhandlung in angemessener Frist im berufsrechtlichen Verfahren geboten und ein Verstoß hiergegen gegebenenfalls zu kompensieren.

3. Die revisionsrechtliche Beanstandung einer überlangen, rechtsstaatswidrigen Verfahrensdauer greift durch. (...)

4. Die jeweils angemessene Dauer des Verfahrens ist nach den Umständen des Einzelfalls zu bestimmen (vgl. BVerfG [Kammer] NJW 2003, 2225; BGHR MRK Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Verfahrensverzögerung 21). Solche, **in die Gesamtwürdigung einzustellende Gesichtspunkte** sind etwa der durch die Justiz verursachte Zeitraum der Verfahrensverlängerung, die Gesamtdauer des Verfahrens, die Schwere des Tatvorwurfs, die Schwierigkeit des Verfahrensgegenstandes, mögliche Ursachen im Verhalten des Betroffenen für die Verfahrensdauer sowie das Ausmaß der mit der Dauer des schwebenden Verfahrens für ihn verbundenen besonderen Belastungen (vgl. BGHR aaO; IntKommEMRK-Kühne 11. Lfg. [2009] Art. 6 Rdn. 329 ff.; Esser aaO S. 302 ff.). Inwiefern der Beschwerdeführer eine Verzögerung vor der ersten berufsrechtlichen Inculpation bereits im Zusammenhang mit dem parallelen Strafverfahren geltend machen kann, ist im Hinblick auf eine insoweit fehlende Tatsachengrundlage hier nicht zu entscheiden.

Zu berücksichtigen war durch den Senat zunächst der lange Zeitraum von etwa zweieinhalb Jahren zwischen Abfassung der Anschuldigungsschrift und Erlass des Eröffnungsbeschlusses durch das Landgericht. Beides hatte der Senat als Verfahrensvoraussetzung von Amts wegen zur Kenntnis zu nehmen. Angesichts der durchschnittlichen Schwierigkeit der Sach- und Rechtslage und der Gesamtdauer liegt jedenfalls eine der Justiz zuzurechnende beträchtliche Verfahrensverzögerung vor. Bei der Feststellung einer rechtsstaatswidrigen Verfahrensverzögerung muss indes immer auch die Gesamtverfahrensdauer in Rechnung gestellt werden, zumal durch eine besondere Beschleunigung in späteren Verfahrensabschnitten Verfahrensverzögerungen in anderen Verfahrensabschnitten kompensiert werden können (BGHR MRK Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Verfahrensverzögerung 9 und 21). Dies gilt hier insbesondere, weil nur einen Monat nach Eröffnung des Verfahrens das landgerichtliche Urteil erging. Andererseits lag zudem noch ein Zeitraum zwischen diesem erstinstanzlichen Urteil und dem Berufungsurteil von mehr als eineinhalb Jahren. Insbesondere mit Rücksicht auf die weitgehend geständige Einlassung des Steuerberaters erkennt der Senat in der Zusammenschau beider Verfahrensabschnitte eine rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung von jedenfalls zwei Jahren als belegt.

Bei dieser Sachlage durfte sich das Oberlandesgericht im Rahmen der Zumessung einer berufsrechtlichen Maßnahme (§ 90 StBerG) nicht damit begnügen, die Umstände, dass das „berufswidrige Verhalten schon lange zurückliegt“, sich der Steuerberater „der Einwirkung eines recht langen berufsgerichtlichen Verfahrens ausgesetzt sah“ und „weiterer Zeitablauf“ seit der Entscheidung des Landgerichts eingetreten ist, lediglich pauschal in Ansatz zu bringen.

5. Trotz der angesichts des festgestellten berufsrechtswidrigen Verhaltens eher moderaten Maßnahmezumessung sieht der Senat hier Anlass, auf die festgestellte Verfahrensverzögerung selbst – um eine weitere Verfahrensverzögerung zu vermeiden – zu reagieren. Hierfür gelten folgende **Grundsätze**:

a) In **leichten Fällen** wird es ausreichen, eine rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung in den Urteilsgründen ausdrücklich festzustellen und gegebenenfalls ihre konkreten Auswirkungen, insbesondere bei einem großen zeitlichen Abstand zwischen Tat und Urteil, im Rahmen der allgemeinen Rechtsfolgenbemessung zu berücksichtigen (vgl. BGHSt 52, 124, 146; BGH wistra 2009, 347; Schäfer/Sander/van Gemmeren, Praxis der Strafzumessung 4. Aufl. Rdnr. 443c m.N.).

b) In **schwerer wiegenden Fällen** wird sich der Tatrichter im berufsrechtlichen Verfahren der Steuerberater an der Rechtsprechung der Strafsenate des Bundesgerichtshofes zur sogenannten Vollstreckungslösung (vgl. BGHSt 52, 124) zu orientieren haben. Danach ist eine

Entschädigung für die durch staatliche Stellen verursachte Verzögerung in einem gesonderten Schritt nach der eigentlichen Strafzumessung vorzunehmen. Der Ausgleich für das erlittene Verfahrensrecht wird auf diese Weise von Fragen des Unrechts, der Schuld und der Sanktionshöhe abgekoppelt (vgl. BGH aaO S. 137/138). Die notwendige Kompensation für eine rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung ist sodann mit den Mitteln vorzunehmen, die das jeweils anwendbare materielle oder formelle Recht zur Verfügung stellt (vgl. BGHSt 52, 124, 134).

Auch im berufsgerichtlichen Verfahren kann auf diese Weise die Entscheidung über die im Einzelfall angemessene berufsrechtliche Maßnahme nach § 90 StBerG freigehalten werden von berufsrechtsfremden Erwägungen. Maßgeblich hat sie den Berufsmittler zukünftig zu einem berufsgemäßen Verhalten zu veranlassen. Das Maß der persönlichen Schuld tritt im Rahmen dieser Prognoseerwägungen in den Hintergrund, im Mittelpunkt stehen vornehmlich das Interesse der Allgemeinheit an einer funktionstüchtigen Rechtspflege und die Wahrung des Vertrauens des Rechtsuchenden in die Integrität des Berufsstandes (vgl. BGH HFR 1998, 1025; Kuhls/Schäfer, StBerG 2. Auflage § 90 Rdn. 62 ff.; Gehre/von Bostel, Steuerberatungsgesetz 5. Auflage § 90 Rdn. 5 f.).

Eine von solchen Rechtsfolgenabwägungen strukturell abgesetzte, am Rechtsgedanken des § 51 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 Satz 2 StGB orientierte Entschädigung im Sinne von BGHSt 52, 124 steht uneingeschränkt einerseits im Einklang mit den Zielen des berufsgerichtlichen Verfahrens, gewährleistet andererseits den im Einzelfall gebotenen Ausgleich objektiven Verfahrensrechts und damit die Beseitigung der Opfereigenschaft nach Art. 34 MRK.

6. Diese Grundsätze sind wie folgt umzusetzen:

a) In Fällen besonders schwer wiegender Verfahrensverzögerung käme im Einzelfall eine Verfahrenseinstellung nach §§ 153, 153a StPO in Verbindung mit § 153 StBerG in Betracht. Ein Verfahrenshindernis begründen auch im berufsgerichtlichen Verfahren nur ein außergewöhnlich großes Ausmaß der Verfahrensverzögerung und damit verbundene besonders schwere Belastungen des Steuerberaters (vgl. BVerfG [Vorprüfungsausschuss] NSTZ 1984, 128; BGHSt 35, 137; BGHR MRK Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Verfahrensverzögerung 12, 13 und 21).

b) Eine direkte Übertragung der sogenannten Vollstreckungslösung kommt im Rahmen des § 90 Abs. 1 Nr. 3 StBerG, der Verhängung einer Geldbuße von bis zu 25.000 €, in Betracht. Ist auf eine Geldbuße erkannt worden, so wird diese in angemessener Höhe für das konkrete berufswidrige Verhalten im Urteil ausgesprochen. Zugleich wird in der Urteilsformel festgesetzt, dass ein zu beziffernder Teil der zugemessenen Geldbuße zur Kompensation erlittener rechtsstaatswidriger Verfahrensverzögerung als bereits vollstreckt gilt (vgl. zur Geldstrafe BGHSt 52, 124, 145). Ein daneben verhängter Verweis (§ 90 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 StBerG) bleibe hiervon unberührt.

c) Eine entsprechende Kompensation wird auch beim Ausschluss aus dem Beruf nach § 90 Abs. 1 Nr. 4 StBerG grundsätzlich möglich sein. Ist diese schärfste Maßnahme trotz des erheblichen Zeitablaufs zur Überzeugung des Tatgerichts weiterhin die angemessene berufsrechtliche Reaktion auf das Fehlverhalten des Steuerberaters, so besteht insoweit nur eine höchst begrenzte Möglichkeit der Kompensation rechtsstaatswidriger Verfahrensdauer. Um einen effektiven Ausgleich innerhalb des berufsrechtlichen Verfahrens zu ermöglichen, lässt sich dies hier in einer Abkürzung der Mindestausschlussfrist des § 48 Abs. 1 Nr. 2 Alt. 2 StBerG finden, wonach erst frühestens acht Jahre nach rechtskräftigem Ausschluss aus dem Beruf eine Wiederbestellung zum Steuerberater erfolgen kann. Eine in Fortentwicklung geltenden Gesetzesrechts zur effektiven Umsetzung der nach höherrangigem Recht verfolgten Anliegen gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 MRK und dem Rechtsstaatsgebot des Grundgesetzes vorzunehmende Abkürzung ermöglicht es, den Steuerberater hinsichtlich einer Wiederbestellung so zu stellen, wie er bei fristgerechter Erledigung des Verfahrens gestanden hätte. Hierzu wird die Mindestausschlussfrist um einen in der Urteilsformel festzusetzenden Zeitraum zu vermindern sein.

d) In Fällen, in denen allein die berufsrechtlichen Maßnahmen der Warnung und des Verweises (§ 90 Abs. 1 Nr. 1 und 2 StBerG) in Betracht kommen, und Anlass weder für eine Verfahrenseinstellung (oben 6 a) noch eine bloße Feststellung der Verfahrensverzögerung (oben 5a) besteht, wird auf entsprechender Rechtsgrundlage in der Urteilsformel ausgesprochen werden können, dass zur Kompensation rechtsstaatswidriger Verfahrensdauer ein konkret bezifferter Zeitraum der für die berufsgerichtliche Verurteilung vorgesehenen Tilgungsfrist nach § 152 Abs. 1 Satz 1 StBerG bereits als verstrichen gilt. Die Verurteilung ist dann entsprechend vorzeitig aus den bei der zuständigen Berufskammer bzw. den Finanzbehörden geführten Akten zu tilgen. (...)

D) ZUSTELLUNG DES ERSTINSTANZLICHEN URTEILS SPÄTER ALS FÜNF MONATE NACH DESSEN VERKÜNDUNG

BGH, Urt. v. 09.07.2009 – IX ZR 197/08 –

RID 10-01-281

www.bundesgerichtshof.de = juris = MDR 2009, 1238

ZPO §§ 315 II, 538 II 2 Nr. 12, 547 Nr. 6

Leitsatz: Ein erstinstanzliches Urteil unterliegt nicht allein deshalb der Aufhebung, weil es der beschwerten Partei nicht innerhalb von fünf Monaten, gerechnet von der Verkündung an, zugestellt worden ist.

5. KRANKENHÄUSER: PERSONALBEMESSUNG FÜR PSYCHIATRISCHE TAGESKLINIK

VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 30.11.2009 – 9 S 906/08 –

RID 10-01-282

juris

KHG §§ 18 IV, V; BPfIV §§ 6 I 4 Nr. 4, 19; Psych-PV §§ 3 III, IV 1, 5 I; Anl 1 Psych-PV

Leitsatz: 1. In einer Tagesklinik als psychiatrischer Einrichtung für Erwachsene werden regelmäßig psychisch Kranke behandelt, die nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig sind.

2. **Besondere Verhältnisse** im Sinne des § 3 Abs. 4 Satz 1 Psych-PV, die eine von diesem Regeldienst abweichende Feststellung der Zahl der Personalstellen erlauben, liegen vor, wenn in einer solchen Klinik auch akut psychisch Erkrankte aufgenommen werden.

3. **Schiedsstellenentscheidungen**, die das Maß der im konkreten Fall gebotenen Abweichung feststellen, sind gerichtlich nur darauf zu überprüfen, ob diese Feststellung auch von den an einer Pflegesatzvereinbarung Beteiligten selbst hätte im Wege der Vereinbarung getroffen werden können.

4. Vereinbarungen können auch im Fall des § 3 Abs. 4 Satz 1 Psych-PV in der Form getroffen werden, dass die vorgesehenen **Behandlungszeiten pro Patient und Woche** (Minutenwerte) von den für den Regeldienst vorgegebenen Werten abweichen.

6. KRANKENKASSEN

A) BVERFG: KEINE BEFUGNIS ZUR VERFASSUNGSBESCHWERDE (WORTMARKE „IKK NORDRHEIN-WESTFALEN“)

BVerfG, 1. Sen. 3.Ka., Beschl. v. 11.12.2008 – 1 BvR 1665/08 –

RID 10-01-283

www.bundesverfassungsgericht.de = juris = NVwZ-RR 2009, 361

GG Art. 19 III, 101 I 2; BVerfGG §§ 23, 92; MarkenG § 8 II Nr. 1 u. 2

Die Verfassungsbeschwerde gegen BundespatentG – 33 W (pat) 154/05 - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Eine Krankenkasse ist als juristische Person des öffentlichen Rechts hinsichtlich der von ihr als verletzt gerügten Rechte aus Art. 3 I, Art. 12 I, Art. 19 IV GG zur Erhebung einer Verfassungsbeschwerde nicht befugt (Art. 19 III GG).

Der **Schutz in Fällen von Krankheit** ist in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine der **Grundaufgaben des Staats**. Ihm ist der Gesetzgeber nachgekommen, indem er durch Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung als öffentlichrechtlicher Pflichtversicherung für den Krankenschutz eines Großteils der Bevölkerung Sorge getragen und die Art und Weise der Durchführung dieses Schutzes geregelt hat (vgl. BVerfGE 68, 193 <209>). Die Hauptaufgabe der gesetzlichen **Krankenkassen** besteht im Vollzug einer zwecks Erfüllung dieser staatlichen Grundaufgabe geschaffenen detaillierten Sozialgesetzgebung (vgl. BVerfGE 39, 302 <313>). Es lässt sich nicht feststellen, dass die **Einführung wettbewerblicher Elemente** in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 173 SGB V) an der Funktion der Krankenkassen als Träger öffentlicher Verwaltung etwas mit der Folge geändert haben sollte, dass nunmehr die Zuerkennung einer (partiellen) Grundrechtsfähigkeit der Krankenkassen zu erwägen wäre. Die Hauptaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen besteht nach wie vor darin, als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung öffentlichrechtlich geregelten Krankenversicherungsschutz für die Versicherten zu gewähren (vgl. BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Zweiten Senats vom 9. Juni 2004 - 2 BvR 1248/03 u.a. -, NVwZ 2005, S. 572 <573>). Der Umstand, dass die gesetzlichen Krankenkassen nach § 4 Abs. 1 SGB V rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung sind, rechtfertigt keine andere Beurteilung.

Die Verfassungsbeschwerde richtete sich gegen Entscheidungen des Deutschen Patent- und Markenamts (DPMA) und des Bundespatentgerichts, mit denen der Bf., einer regional schwerpunktmäßig im Rheinland tätigen Innungskrankenkasse, die Anmeldung der Wortmarke "IKK Nordrhein-Westfalen" versagt worden war.

B) KÜNDIGUNG EINES VORSTANDSANSTELLUNGSVERTRAGS AUS WICHTIGEM GRUND (AOK NIEDERSACHSEN)

OLG Celle, Urt. v. 11.11.2009 – 9 U 31/09 –

RID 10-01-284

juris

BGB § 626

Leitsatz: Es kann einen die fristlose Kündigung des Anstellungsvertrags rechtfertigenden Grund darstellen, wenn ein Vorstand privat unentgeltliche Dienstleistungen (hier: Verschaffung von Großkundenrabatten für Sanitärausstattung eines Bauvorhabens) eines Vertragspartners seiner Anstellungskörperschaft entgegennimmt.

7. WIDERRUF DER ERLAUBNIS ZUM FÜHREN DER GESCHÜTZTEN BERUFSBEZEICHNUNG „LOGOPÄDIN“

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 27.11.2009 – 8 ME 196/09 –

RID 10-01-285

juris

GG Art. 12; LogopG §§ 2, 3; VwGO § 80 V

Leitsatz: Zum vorläufigen Rechtsschutz gegen den Widerruf der "Berufserlaubnis" beim dringenden Verdacht, dass eine gegenwärtig nicht berufstätige Logopädin an einer Psychose leidet.

Aus den Gründen:

„(...) Da aber derzeit - wie dargelegt - immerhin **erhebliche Anhaltspunkte** dafür bestehen, dass die gesundheitliche Eignung der Antragstellerin gegenwärtig nicht gegeben ist, führt die erforderliche **Interessenabwägung** dazu, der Antragstellerin bis auf weiteres die **logopädische Behandlung von Kindern zu untersagen**. Denn insoweit kann im Interesse der Gesundheit von kindlichen Patienten der Antragstellerin nicht weiter abgewartet werden. Bei einer von der Antragstellerin beabsichtigten Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit bestünde bezogen auf Kinder die konkrete Gefahr von gesundheitlichen Schäden für ihre kindlichen Patienten, sei es durch eine krankheitsbedingt unzureichende Behandlung, sei es aber auch durch

verbale Entgleisungen anlässlich der Behandlung. Da es sich bei der Gesundheit von Kindern um ein Schutzgut von höchstem Range handelt, dürfen die Anforderungen an die Wahrscheinlichkeit des Eintritts der Gefahr nicht überspannt werden. Vorliegend liegen mehrere Beschwerden gerade im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern vor.

(...) Den Belangen der Antragstellerin wird hinreichend dadurch Rechnung getragen, dass im Übrigen, d.h. hinsichtlich der **Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen die aufschiebende Wirkung der Klage wiederhergestellt wird** und sie vorläufig auch im Besitz der Urkunde über die Erlaubnis zum Führen der geschützten Berufsbezeichnung bleibt, um ihr so eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit zumindest in einem **Angestelltenverhältnis** zu ermöglichen. Dass die Antragstellerin in diesem eingeschränkten Umfang weiterhin erwerbstätig sein kann, erscheint verantwortlich. Jugendliche und erwachsene Patienten einer Logopädin sind besser als Kinder in der Lage, psychische Auffälligkeiten zu erkennen und angemessen zu reagieren, insbesondere die Behandlung abbrechen. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass dies wegen anderer als logopädisch behandlungsbedürftiger Krankheiten oder Behinderungen auch den älteren Patienten der Antragstellerin unmöglich ist, bestehen nicht.“

8. RECHTMÄßIGKEIT DER HESSISCHEN WEITERBILDUNGS- UND PRÜFUNGSORDNUNG IM BEREICH DER OSTEOPATHIE

VGH Hessen, Urt. v. 18.06.2009 – 3 C 2604/08.N -

RID 10-01-286

juris

MPhG § 3; GG Art. 12 I, 72 I, 74 I Nr. 19; HeilberG HE § 1

Leitsatz: Die hessische Sozialministerin war berechtigt, die Weiterbildung und Prüfung in der Osteopathie für Physiotherapeuten, Masseure und medizinische Bademeister sowie Heilpraktiker durch eine Rechtsverordnung zu regeln und die Weiterbildungsbezeichnung "Osteopath" einzuführen.

BVerwG, Beschl. v. 20.11.2009 – 3 BN 1/09 –

RID 10-01-287

www.bverwg.de = juris

HeilprG §§ 1 I u. II, 2 I; HeilprGDV § 2 I Buchst. i

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch *VGH Hessen*, Urt. v. 18.06.2009 – 3 C 2604/08.N - wird zurückgewiesen.

Durch die Erlaubnis nach § 17 I WPO-Osteo wird nicht die Ausübung der Osteopathie monopolisiert, sondern die Führung der Bezeichnung Personen mit einer Weiterbildung vorbehalten.

9. ÖFFENTLICHKEITSARBEIT BZW. WERBEKAMPAGNE DER BAYERISCHEN APOTHEKERSKAMMER UND DER ABDA

VG München, Urt. v. 22.09.2009 – M 16 K 09.1201 –

RID 10-01-288

juris

HeilberG Bayern Art. 2 I, 59

Die **Mitgliedschaft einer Apothekerkammer** in der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände ABDA ist zulässig.

Eine **Kampagne** durch die ABDA, die im Wesentlichen dazu dient, den Berufsstand der Apotheker als Gesundheitsdienstleister zu positionieren und ihm Image und Aufmerksamkeit zu verschaffen, ist zulässig.

10. VERGABE DES DIENSTLEISTUNGS-AUFTRAGES „DURCHFÜHRUNG DES RETTUNGSDIENSTES IM LANDKREIS M“

OLG Naumburg, Beschl. v. 03.09.2009 – 1 Verg 4/09 –

RID 10-01-289

juris = VergabeR 2009, 933

GWB §§ 97 VII, 101a I, II, III 1; VgV § 13

Leitsatz (Rettungsdienstleistungen V): 1. **Zum Begriff des Bieters.**

Der Begriff des Bieters knüpft allgemein an einen formellen Status in einem Vergabeverfahren an: Bieter ist derjenige Beteiligte an einem Vergabeverfahren, der ein auf einen Vertragsschluss gerichtetes Angebot gelegt hat. Bieter i.S. von § 13 VgV ist ein Beteiligter des Vergabeverfahrens, der Träger subjektiver Rechte ist und dem grundsätzlich ein Zugang zum Nachprüfungsverfahren zur Durchsetzung dieser Rechte eröffnet ist (hier: zur Bieterstellung eines Unternehmens, welches nach Ablauf der Angebotsfrist, jedoch vor Zuschlagserteilung ein Angebot abgegeben hat sowie zu einer der Bieterstellung entsprechenden Stellung eines Unternehmens, welches innerhalb der Angebotsfrist geltend gemacht hat, durch die Ausschreibungsbedingungen an der Abgabe eines chancenreichen Angebotes gehindert worden zu sein).

2. Der Vergabestelle, die sich auf eine Präklusion der Rüge berufen möchte, obliegt der Nachweis einer **Überschreitung der Rügefrist** und mithin der Nachweis eines früheren Zeitpunktes der

Erlangung der positiven Kenntnis vom gerügten Vergabeverstoß, als vom Antragsteller eingeräumt. Für diesen Nachweis genügt ein bloßes Bestreiten der Angaben des Antragstellers nicht. Nach § 107 Abs. 3 Satz 1 GWB a.F. war es jedem Interessenten an der Ausschreibung überlassen, wann er mit der Bearbeitung der Verdingungsunterlagen beginnt; bindend war lediglich die Angebotsfrist als Ausschlussfrist für die Abgabe eines wertungsfähigen Angebotes.

3. Bei der **Auswahl der Zuschlagskriterien** dürfen nur leistungsbezogene Kriterien Berücksichtigung finden. Aus Gründen des fairen Wettbewerbs, der Nichtdiskriminierung und der Transparenz muss abstrakt ausgeschlossen sein, dass ein "Weniger" an Wirtschaftlichkeit eines Angebotes durch ein "Mehr" an Eignung ausgeglichen wird und zu einer Veränderung der Bieterreihenfolge führen kann.

11. FÖRDERUNG VON BERATUNGSSTELLEN NACH DEM SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKTGESETZ

VGH Hessen, Urt. v. 06.11.2009 – 10 C 2691/08.N –

RID 10-01-290

juris

BeratungsG § 4; SchKGAG § 4; VwGO § 47

Leitsatz: § 1 Abs. 1 der Verordnung über die Förderung von Beratungsstellen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz vom 22. Dezember 2006 (GVBl. I S. 779) ist mit höherrangigem Recht vereinbar.

12. WETTBEWERBSRECHT

A) BANDANSAGE EINER WARTESCHLEIFE MIT DEM BEGRIFF „KLINIKGRUPPE“

LG Dortmund, Beschl. v. 15.04.2009 – 10 O 133/07 –

RID 10-01-291

WRP 1/2010, 163

ZPO § 890

Leitsatz: Wurde im Rahmen eines Unterlassungsprozesses einer Werbegemeinschaft von Kliniken die Verwendung des Begriffes „Klinikgruppe“ für rechtlich selbständig nebeneinander stehende Kliniken untersagt, so liegt ein Verstoß gegen diese Unterlassungsverpflichtung auch dann vor, wenn der Begriff „Klinikgruppe“ in der Warteschleife einer Telefonhotline der Werbegemeinschaft weiter verwendet wird.

B) „TIERKLINIK“ OHNE ERFÜLLUNG DER KAMMERRICHTLINIEN

LG Amberg, Urt. v. 13.10.2009 – 41 HKO 47/09 –

RID 10-01-292

WRP 1/2010, 162

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, § 5 I Nr. 3

Leitsatz (WRP): Der Betreiber einer Tierarztpraxis verschafft sich gegenüber anderen Tierärzten einen Wettbewerbsvorteil, wenn er sich als „Tierklinik“ bezeichnet, die Voraussetzungen der Klinikrichtlinien der Tierärztekammer aber nicht erfüllt.

13. KÜNDIGUNG EINES ANSTELLUNGSVERHÄLTNISSSES IN BGB-GESELLSCHAFT

LAG Niedersachsen, Urt. v. 11.12.2009 – 10 SA 594/09 –

RID 10-01-293

juris

BGB §§ 125 S. 1, 126, 157, 623, 714

Leitsatz: 1. **Unterzeichnet nur einer von mehreren Gesellschaftern** einer BGB-Gesellschaft die Kündigung eines Arbeitsverhältnisses, so muss das Vertretungsverhältnis in der Urkunde deutlich zum Ausdruck kommen.

2. Unterschreibt nur ein Gesellschafter und fügt er **keinen Vertretungszusatz** hinzu, ist nicht auszuschließen, dass die Unterzeichnung der Urkunde auch durch die anderen Gesellschafter vorgesehen war und deren Unterschrift noch fehlt. In diesem Fall ist zu prüfen, ob die Urkunde erkennen lässt, dass die Unterschrift des Gesellschafters auch im Namen der anderen erfolgt ist.

3. Für die Frage, ob jemand eine **Erklärung auch in fremdem Namen** abgibt, kommt es auf deren objektiven Erklärungswert an. Zu berücksichtigende Anhaltspunkte sind zum Beispiel: die dem Rechtsgeschäft zugrunde liegenden Lebensverhältnisse, die Interessenlage, der Geschäftsbereich, dem der Erklärungsstand angehört, und verkehrstypische Verhaltensweisen.

4. Die gesetzliche Schriftform ist gewahrt, wenn der so ermittelte rechtsgeschäftliche Vertretungswille in der Urkunde, wenn auch unvollkommen, Ausdruck gefunden hat.

14. RECHTSWEG ZU ARBEITSGERICHTEN: AUSBILDUNGSVERTRAG AN PSYCHOTHERAPEUTISCHER INSTITUTSAMBULANZ

LAG Köln, Beschl. v. 14.10.2009 – 10 Ta 255/09 –

RID 10-01-294

juris
ArbGG §§ 2, 5

Leitsatz: Die sich aus dem Ausbildungsvertrag zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin herleitenden wechselseitigen Rechte und Pflichten rechtfertigen die Anwendung der §§ 2 Abs. 1 Nr. 3 a, 5 Abs. 1 ArbGG und damit die Zuständigkeit der Arbeitsgerichte.

15. RUNDFUNKGEBÜHREN FÜR EIN RADIO IN ARZT-KRAFTFAHRZEUG

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 12.11.2009 – 4 LB 559/07 –

RID 10-01-295

juris
BGB § 242; GG Art. 3 I; RundfunkGebVtr §§ 3 I 1, 5 II 1

Leitsatz: 1. Die Nutzung eines Kraftfahrzeugs für tägliche Fahrten zwischen der Wohnung eines Arztes und seiner Praxis hat nach § 5 Abs. 2 Satz 1 RGebStV den Ausschluss der Gebührenfreiheit für das im Kraftfahrzeug vorhandene Autoradio zur Folge.

2. Die Einrede der Verjährung stellt eine unzulässige Rechtsausübung dar, wenn der Rundfunkteilnehmer seiner Pflicht zur Anzeige des Rundfunkempfangsgeräts nicht nachgekommen ist.

16. HERANZIEHUNG VON FREIBERUFLERN (ANÄSTHESISTEN) ZU IHK-BEITRÄGEN

OVG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 06.11.2009 – 2 L 252/08 –

RID 10-01-296

juris
EstG §§ 15 III Nr. 1, 18 I Nr. 1; GewStG § 2 I; IHKG § 2 I u. II, 3 IV 3

Leitsatz: 1. Wird eine Personenmehrheit nach § 2 Abs. 1 GewStG zur Gewerbesteuer veranlagt, ist aufgrund der gesetzlichen Systematik grundsätzlich ohne weitere Prüfung davon auszugehen, dass sie auch ein Gewerbe betreibt (BVerwG, Beschl. v. 06.05.1983 – 5 B 51.81 –, GewArch 1983, 260). Dies bedeutet zugleich, dass sie keinen freien Beruf ausübt und § 2 Abs. 2 IHKG von vorn herein nicht zur Anwendung kommt.

2. Einer sich aus der Mitgliedschaft sowohl in der Industrie- und Handelskammer als auch in einer Kammer freier Berufe (hier Ärztekammer) ergebenden Doppelbelastung bei der Beitragspflicht trägt § 3 Abs. 4 Satz 3 IHKG in ausreichendem Maß Rechnung.

Die Gesellschafter der Kl. sind Ärzte, die eine Arztpraxis für Anästhesiologie betreiben. Die Kl. **beschäftigt dabei auch ärztliche Angestellte**, die nicht in den Räumen der Arztpraxis, sondern vor Ort bei operierenden Ärzten Anästhesien durchführen. Deshalb wurde sie vom Finanzamt A-Stadt I **zur Gewerbesteuer veranlagt**. Mit Bescheid v. 23.04.2008 setzte die Beklagte für die Jahre 1998 bis 2006 IHK-Beiträge in Höhe von insgesamt 3.717,67 € fest. *VG Magdeburg*, Ur. v. 04.09.2008 – 3 A 129/08 – wies die Klage ab, das *LSG* den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

17. STEUERRECHT

A) BFH: EINKOMMENSSTEUERLICHE BEHANDLUNG EINER PRAXISAUSFALLVERSICHERUNG

BFH, Ur. v. 19.05.2009 – VIII R 6/07 –

RID 10-01-297

www.bundesfinanzhof.de = BFHE 225, 119 = DStR 2009, 1632 = NJW 2009, 3054 = GesR 2009, 602
EstG §§ 4 I u. IV, 12 Nr. 1

Leitsatz: 1. Eine sogenannte **Praxisausfallversicherung**, durch die im Falle einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit des Steuerpflichtigen die fortlaufenden Kosten seines Betriebes ersetzt werden, gehört dessen Lebensführungsbereich an. Die Beiträge zu dieser Versicherung stellen daher keine Betriebsausgaben dar, die Versicherungsleistung ist nicht steuerbar.

2. Wird neben dem privaten Risiko der Erkrankung zugleich das betriebliche Risiko der Quarantäne, also der ordnungsbehördlich verfügten Schließung der Praxis, versichert, so steht § 12 Nr. 1 EStG dem Abzug der hierauf entfallenden Versicherungsbeiträge als Betriebsausgaben nicht entgegen.

B) UMSÄTZE AUS LASIK-BEHANDLUNGEN SIND UMSATZSTEUERFREI

FG Münster, Urt. v. 8.10.2009 - 5 K 3452/07 U -

RID 10-01-298

juris
 UStG §§ 4 Nr. 14, 19

Die **Laserbehandlung** dient der Beseitigung der Fehlsichtigkeit und führt damit **operativ zur Heilung** einer Krankheit. Anders als die **Hilfsmittel „Brille“ und „Kontaktlinsen“** bietet diese Behandlung eine Heilung der Krankheit. Soweit durch diese Behandlung sich das Tragen der vorgenannten Hilfsmittel erübrigt, mag dies für den einzelnen Patienten u.U. auch einen ästhetischen und **kosmetischen Zweck** erfüllen. Dieser überlagert aber in keinem Fall den vorrangigen Zweck der dauerhaften Heilung der Fehlsichtigkeit. Ein Vergleich mit medizinisch nicht indizierten Schönheitsoperationen scheidet daher aus, da diese gerade nicht dem Zweck der Heilung oder Linderung einer Krankheit dienen. Der Umstand, dass die **Kosten** der Lasik-Behandlungen von den **Krankenkassen nicht übernommen** werden, steht dem vorgenannten Ergebnis nicht entgegen. Zwar stellt die Übernahme der Kosten einer Behandlung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen ein gewichtiges Indiz für die medizinische Indikation der Behandlung dar. Es kann aber im Umkehrschluss aus einer **Nichtaufnahme einer Behandlung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nicht geschlossen werden**, dass eine medizinische Indikation nicht vorliegt. Die Frage der Übernahme von Behandlungskosten – gerade auch bei neuen und kostenintensiven Verfahren – richtet sich **nicht in jedem Fall nach der medizinischen Notwendigkeit**, sondern ist auch von **finanziellen Kostengesichtspunkten** beherrscht. So werden medizinisch indizierte Kosten zum Teil auf die Patienten umgelegt (Praxisgebühr, Zuzahlungen bei Medikamenten, Zahnbehandlungen und Hilfsmitteln). Neue und kostenintensive Behandlungsmethoden werden oftmals erst nach geraumer Zeit und einer gerichtlichen Klärung in den Leistungskatalog aufgenommen.

C) AUFWENDUNGEN FÜR IN-VITRO-FERTILISATIONEN ALS AUßERGEWÖHNLICHE BELASTUNGEN

FG Hannover, Urt. v. 20.10.2009 – 15 K 495/08 –

RID 10-01-299

juris
 EStG § 33 I; GG Art. 3, SGB V § 27a III

Die Kosten für künstliche Befruchtungen (hier: In vitro-Fertilisation) einer 44 Jahre alten, empfangnisunfähigen Steuerpflichtigen, für die ein Erstattungsanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Wertung des Gesetzgebers wegen **Überschreitens der Altersgrenze** durch § 27a III SGB V ausgeschlossen ist, können als **außergewöhnliche Belastung** zu berücksichtigen sein.

Die **Einschränkung von Versicherungsleistungen** für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung der Schwangerschaft für weibliche Versicherte aus, die das 40. Lebensjahr bereits vollendet haben, **verstößt nicht gegen das Grundgesetz** (Anschluss an *BSG, Urt. v. 03.03.2009 - B 1 KR 12/08 R - SozR 4-2500 § 27a Nr. 7*).

Verzeichnis der Entscheidungen

AG Fürth, Urt. v. 01.07.2009 – 370 C 471/09 –	RID 10-01-249
AG Köln, Urt. v. 21.10.2009 – 118 C 513/07 –	RID 10-01-254
BFH, Urt. v. 19.05.2009 – VIII R 6/07 –	RID 10-01-297
BGH, Urt. v. 09.07.2009 – IX ZR 197/08 –	RID 10-01-281
BGH, Beschl. v. 29.09.2009 – I StR 426/09 –	RID 10-01-220
BGH, Urt. v. 06.10.2009 – VI ZR 24/09 –	RID 10-01-231
BGH, Urt. v. 10.11.2009 – VI ZR 247/08 –	RID 10-01-232
BGH, Beschl. v. 10.11.2009 – VI ZR 325/08 –	RID 10-01-233
BGH, Urt. v. 12.11.2009 – III ZR 110/09 –	RID 10-01-247
BGH, Urt. v. 19.11.2009 – IX ZR 12/09 –	RID 10-01-279
BGH, Urt. v. 02.12.2009 – VI ZR 251/08 –	RID 10-01-230
BGH, Urt. v. 07.12.2009 – StBSt (R) 2/09 –	RID 10-01-280
BGH, Beschl. v. 17.12.2009 – III ZB 47/09 –	RID 10-01-278
BGH, Urt. v. 14.01.2010 – III ZR 173/09 –	RID 10-01-246
BSG, Urt. v. 22.04.2009 – B 3 KR 24/07 R –	RID 10-01-200
BSG, Urt. v. 17.06.2009 – B 6 KA 14/08 R –	RID 10-01-113
BSG, Urt. v. 17.06.2009 – B 6 KA 16/08 R –	RID 10-01-112
BSG, Urt. v. 17.06.2009 – B 6 KA 18/08 R –	RID 10-01-120
BSG, Urt. v. 17.06.2009 – B 6 KA 25/08 R –	RID 10-01-119
BSG, Beschl. v. 17.06.2009 – B 6 KA 36/08 B –	RID 10-01-108
BSG, Urt. v. 17.06.2009 – B 6 KA 38/08 R –	RID 10-01-118
BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 2/08 R –	RID 10-01-192
BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 3/08 R –	RID 10-01-197
BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 4/08 R –	RID 10-01-195
BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 7/08 R –	RID 10-01-184
BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 9/08 R –	RID 10-01-185

BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 10/08 R –	RID 10-01-194
BSG, Urt. v. 25.06.2009 – B 3 KR 19/08 R –	RID 10-01-193
BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 5/09 R –	RID 10-01-189
BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 17/08 R –	RID 10-01-198
BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 19/08 R –	RID 10-01-188
BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 21/08 R –	RID 10-01-204
BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 22/08 R –	RID 10-01-187
BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 24/08 R –	RID 10-01-199
BSG, Urt. v. 12.08.2009 – B 3 KR 8/08 R –	RID 10-01-191
BSG, Urt. v. 12.08.2009 – B 3 KR 10/07 R –	RID 10-01-203
BSG, Urt. v. 12.08.2009 – B 3 KR 11/08 R –	RID 10-01-190
BSG, Urt. v. 25.08.2009 – B 3 KR 25/08 R –	RID 10-01-196
BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 1/09 B –	RID 10-01-115
BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 15/09 B –	RID 10-01-106
BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 21/08 R –	RID 10-01-117
BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 34/08 R –	RID 10-01-116
BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 35/08 R –	RID 10-01-110
BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 36/08 R –	RID 10-01-111
BSG, Beschl. v. 02.09.2009 – B 6 KA 69/08 B –	RID 10-01-114
BSG, Urt. v. 08.09.2009 – B 1 KR 1/09 R –	RID 10-01-186
BSG, Urt. v. 08.09.2009 – B 1 KR 8/09 R –	RID 10-01-202
BSG, Urt. v. 08.09.2009 – B 1 KR 11/09 R –	RID 10-01-201
BSG, Beschl. v. 11.09.2009 – B 6 KA 1/09 C –	RID 10-01-109
BSG, Beschl. v. 27.10.2009 – B 1 KR 51/09 B –	RID 10-01-205
BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 21/08 B –	RID 10-01-105
BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 24/08 B –	RID 10-01-102
BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 29/09 B –	RID 10-01-98
BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 30/09 B –	RID 10-01-97
BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 33/08 B –	RID 10-01-99
BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 42/08 B –	RID 10-01-103
BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 50/08 B –	RID 10-01-101
BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 51/08 B –	RID 10-01-104
BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 56/08 B –	RID 10-01-107
BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 61/08 B –	RID 10-01-100
BSG, Beschl. v. 28.10.2009 – B 6 KA 68/08 B –	RID 10-01-122
BSG, Beschl. v. 18.11.2009 – B 1 KR 74/08 B –	RID 10-01-206
BSG, Beschl. v. 16.12.2009 – B 6 KA 37/09 B –	RID 10-01-121
BVerfG , 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 27.10.2009 – 1 BvR 1876/09 –	RID 10-01-32
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 30.10.2009 – 1 BvR 2395/09 –	RID 10-01-273
BVerfG, Beschl. v. 18.11.2009 – 1 BvR 2455/08 –	RID 10-01-275
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.11.2009 – 1 BvR 2709/09 –	RID 10-01-208
BVerfG, Beschl. v. 25.11.2009 – 1 BvR 2515/09 –	RID 10-01-274
BVerfG, Beschl. v. 08.12.2009 – 2 BvR 758/07 –	RID 10-01-272
BVerfG, 1. Sen. 3.Ka., Beschl. v. 11.12.2008 – 1 BvR 1665/08 –	RID 10-01-283
BVerwG , Beschl. v. 28.10.2009 – 3 B 39/09 –	RID 10-01-277
BVerwG, Urt. v. 10.11.2009 – 3 B 66/09 –	RID 10-01-209
BVerwG, Urt. v. 17.11.2009 – 3 B 85/09 –	RID 10-01-276
BVerwG, Beschl. v. 20.11.2009 – 3 BN 1/09 –	RID 10-01-287
BVerwG, Beschl. v. 29.12.2009 – 8 B 46/09 –	RID 10-01-226
EuGH , Urt. v. 12.10.2010 - C-341/08 -	RID 10-01-73
EuGH, Urt. v. 02.12.2009 - C-358/08 -	RID 10-01-262
EGMR , Entsch. v. 10.02.2009 – 30209/05 -	RID 10-01-269
EGMR, Entsch. v. 08.10.2009 – 47757/06 -	RID 10-01-271
EGMR, Entsch. v. 22.12.2009 – 21061/06 -	RID 10-01-270
FG Hannover , Urt. v. 20.10.2009 – 15 K 495/08 –	RID 10-01-299
FG Münster , Urt. v. 8.10.2009 - 5 K 3452/07 U -	RID 10-01-298
Generalanwalt EuGH , Antrag v. 03.09.2009 - C-341/08 -	RID 10-01-72
KG Berlin , Teilurt. v. 08.06.2009 – 10 U 262/06 -	RID 10-01-267
KG Berlin, Beschl. v. 09.10.2008 – 3 Ws 139/08 –	RID 10-01-221
LAG Köln , Beschl. v. 14.10.2009 – 10 Ta 255/09 –	RID 10-01-294
LAG Niedersachsen , Urt. v. 11.12.2009 – 10 SA 594/09 –	RID 10-01-293
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 1079/08 -	RID 10-01-43
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 18.03.2009 – L 11 R 5494/08 B –	RID 10-01-144
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 08.12.2009 – L 11 KR 5031/09 ER-B –	RID 10-01-168
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.12.2009 – L 11 KR 389/09 –	RID 10-01-165
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.12.2009 – L 11 KR 4668/09 –	RID 10-01-128
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.12.2009 – L 11 KR 4915/07 –	RID 10-01-141
LSG Bayern , Urt. v. 10.03.2009 – L 5 KR 102/07 –	RID 10-01-88
LSG Bayern, Urt. v. 27.05.2009 – L 12 KA 16/05 –	RID 10-01-08
LSG Bayern, Beschl. v. 27.06.2009 – L 12 KA 33/09 B ER –	RID 10-01-87
LSG Bayern, Urt. v. 29.07.2009 – L 12 KA 5009/07 –	RID 10-01-60
LSG Bayern, Urt. v. 11.08.2009 – L 5 KR 194/08 –	RID 10-01-149
LSG Bayern, Urt. v. 10.09.2009 – L 4 KR 227/08 –	RID 10-01-126
LSG Bayern, Urt. v. 8.10.2009 – L 4 KR 107/08 –	RID 10-01-123
LSG Bayern, Urt. v. 12.11.2009 – L 4 KR 277/08 –	RID 10-01-129
LSG Bayern, Beschl. v. 23.11.2009 – L 12 KA 43/09 B ER –	RID 10-01-81
LSG Bayern, Beschl. v. 28.12.2009 – L 4 KR 439/09 ER –	RID 10-01-174
LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 05.03.2009 - L 1 KR 351/08 -	RID 10-01-175
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.09.2009 – L 9 KR 470/08 –	RID 10-01-155
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.09.2009 – L 9 KR 1022/05 –	RID 10-01-133
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.10.2009 – L 7 KA 20/07 –	RID 10-01-47
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.10.2009 – L 7 KA 33/07 –	RID 10-01-48
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.10.2009 – L 7 KA 34/07 –	RID 10-01-49
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.10.2009 – L 7 KA 135/06 –	RID 10-01-53
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 22.10.2009 – L 7 KA 34/09 B ER –	RID 10-01-56
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.10.2009 – L 7 KA 119/07 –	RID 10-01-45
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.10.2009 – L 7 KA 131/06 –	RID 10-01-44
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.11.2009 – L 9 KR 115/04 –	RID 10-01-178
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 06.11.2009 – L 3 KA 447/03 R –	RID 10-01-19
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.11.2009 – L 9 KR 11/08 –	RID 10-01-152

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.11.2009 – L 9 KR 17/08 –	RID 10-01-154
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.11.2009 – L 9 KR 29/08 –	RID 10-01-127
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 24.11.2009 – L 7 B 62/08 KA NZB –	RID 10-01-58
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.12.2009 – L 1 KR 5/09 –	RID 10-01-130
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.12.2009 – L 7 KA 130/09 B –	RID 10-01-95
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.12.2009 – L 7 KA 143/09 ER –	RID 10-01-83
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.12.2009 – L 1 KR 270/09 –	RID 10-01-150
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 20.01.2010 – L 9 KR 356/09 B ER –	RID 10-01-139
LSG Hamburg , Beschl. v. 12.11.2009 – L 1 B 202/09 ER KR –	RID 10-01-147
LSG Hessen , Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 6/07 –	RID 10-01-33
LSG Hessen, Urt. v. 23.09.2009 – L 4 KA 119/08 –	RID 10-01-29
LSG Hessen, Beschl. v. 27.10.2009 – L 8 KR 155/09 B ER –	RID 10-01-176
LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 7/09 –	RID 10-01-46
LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 10/08 –	RID 10-01-78
LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 31/07 –	RID 10-01-34
LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 50/06 –	RID 10-01-59
LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 64/08 –	RID 10-01-79
LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 99/08 –	RID 10-01-15
LSG Hessen, Beschl. v. 10.11.2009 – L 4 KA 70/09 B ER –	RID 10-01-25
LSG Hessen, Urt. v. 12.11.2009 – L 1 KR 90/09 –	RID 10-01-158
LSG Hessen, Beschl. v. 23.11.2009 – L 4 KA 10/06 –	RID 10-01-61
LSG Hessen, Beschl. v. 26.11.2009 – L 4 KA 92/09 –	RID 10-01-80
LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2009 – L 8 KR 325/07 –	RID 10-01-177
LSG Hessen, Urt. v. 09.12.2009 – L 4 KA 11/09 –	RID 10-01-57
LSG Hessen, Urt. v. 09.12.2009 – L 4 KA 107/08 –	RID 10-01-55
LSG Hessen, Beschl. v. 15.12.2009 – L 1 KR 337/09 ER Verg –	RID 10-01-164
LSG Hessen, Urt. v. 17.12.2009 – L 8 KR 311/08 –	RID 10-01-140
LSG Hessen, Beschl. v. 21.12.2009 – L 4 KA 77/09 B ER –	RID 10-01-01
LSG Hessen, Beschl. v. 29.12.2009 – L 4 SF 372/09 E –	RID 10-01-96
LSG Niedersachsen-Bremen , Beschl. v. 11.08.2009 – L 4 KR 108/09 B –	RID 10-01-183
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 02.10.2009 – L 4 KR 254/09 B ER –	RID 10-01-173
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 08.10.2009 – L 3 KA 60/09 B ER –	RID 10-01-22
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 15.10.2009 – L 3 KA 73/09 B ER –	RID 10-01-70
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 11.11.2009 – L 4 KR 17/08 –	RID 10-01-145
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 09.04.2008 – L 11 (10) KA 41/06 –	RID 10-01-23
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.05.2008 – L 11 KR 61/07 –	RID 10-01-151
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 11 KA 49/07 –	RID 10-01-35
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 – L 11 (10) KA 62/07 –	RID 10-01-40
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.10.2009 – L 21 KR 26/09 SFB –	RID 10-01-162
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.10.2009 – L 21 KR 39/09 SFB –	RID 10-01-160
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.10.2009 – L 21 KR 44/09 SFB –	RID 10-01-161
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.10.2009 – L 11 KA 3/08 –	RID 10-01-09
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.10.2009 – L 11 KA 60/08 –	RID 10-01-77
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.10.2009 – L 11 KA 94/08 –	RID 10-01-67
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.11.2009 – L 11 KA 101/06 –	RID 10-01-89
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.11.2009 – L 21 KR 55/09 SFB –	RID 10-01-163
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.12.2009 – L 11 (10) KA 39/07 –	RID 10-01-12
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2009 – L 16 KR 155/08 –	RID 10-01-172
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.12.2009 – L 16 B 37/09 KR ER –	RID 10-01-136
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.12.2009 – L 11 B 19/09 KA ER –	RID 10-01-36
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.08.2009 – L 5 KR 49/09 –	RID 10-01-125
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.08.2009 – L 5 KR 139/08 –	RID 10-01-156
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.09.2009 – L 5 KA 20/08 –	RID 10-01-37
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 10.09.2009 – L 5 KA 38/09 B ER –	RID 10-01-42
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 26.10.2009 – L 5 KR 77/08 –	RID 10-01-135
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.11.2009 – L 5 KR 142/08 KL –	RID 10-01-91
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 10.12.2009 – L 5 KR 84/09 –	RID 10-01-124
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 24.06.2009 – L 5 KR 22/08 –	RID 10-01-148
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 07.07.2009 – L 4 KA 18/07 –	RID 10-01-50
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 06.10.2009 – L 4 KA 21/07 –	RID 10-01-11
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 06.10.2009 – L 4 KA 34/08 –	RID 10-01-51
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 06.10.2009 – L 4 KA 35/08 –	RID 10-01-52
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 17.11.2009 – L 4 KA 25/07 –	RID 10-01-69
LSG Thüringen , Beschl. v. 10.06.2009 – L 6 B 23/09 KR –	RID 10-01-166
LG Amberg , Urt. v. 13.10.2009 – 41 HKO 47/09 –	RID 10-01-292
LG Berlin , Beschl. v. 02.09.2009 – 13 O 19/09 –	RID 10-01-240
LG Bonn , Urt. v. 02.09.2009 – 5 S 19/09 –	RID 10-01-241
LG Dortmund , Beschl. v. 15.04.2009 – 10 O 133/07 –	RID 10-01-291
LG Dortmund, Urt. v. 11.11.2009 – 4 S 192/08 –	RID 10-01-252
LG Hamburg , Zwischenurt. v. 20.03.2009 – 321 O 411/06 –	RID 10-01-255
LG Köln , Urt. v. 29.07.2009 – 25 O 305/08 –	RID 10-01-266
LG Köln, Urt. v. 29.10.2009 – 8 O 140/09 –	RID 10-01-224
LG Köln, Urt. v. 29.10.2009 – 8 O 141/09 –	RID 10-01-225
LG Köln, Urt. v. 29.10.2009 – 8 O 365/08 –	RID 10-01-223
LG München I , Urt. v. 02.09.2009 – 9 O 23635/06 –	RID 10-01-243
LG Regensburg , Urt. v. 24.03.2009 – 2 S 78/08 –	RID 10-01-250
OLG Brandenburg , Urt. v. 11.11.2009 – 13 U 73/07 –	RID 10-01-265
OLG Bremen , Urt. v. 22.10.2009 – 5 U 25/09 –	RID 10-01-245
OLG Bremen, Beschl. v. 29.10.2009 – 5 U 12/09 –	RID 10-01-234
OLG Celle , Urt. v. 11.11.2009 – 9 U 31/09 –	RID 10-01-284
OLG Dresden , Beschl. v. 18.12.2009 – 4 W 1282/09 –	RID 10-01-239
OLG Hamm , Urt. v. 19.06.2009 – 25 W 171/09 –	RID 10-01-242
OLG Hamm, Urt. v. 03.07.2009 – I-11 U 25/09 –	RID 10-01-219
OLG Karlsruhe , Urt. v. 09.12.2009 – 13 U 126/09 –	RID 10-01-251
OLG Koblenz , Beschl. v. 18.06.2009 – 5 U 319/09 –	RID 10-01-253
OLG Köln , Urt. v. 29.10.2008 – 5 U 88/08 –	RID 10-01-236
OLG Köln, Beschl. v. 21.12.2008 – 321 O 411/06 –	RID 10-01-237
OLG Köln, Beschl. v. 12.01.2009 – 5 U 163/08 –	RID 10-01-248
OLG München , Urt. v. 28.10.2009 – 20 U 2836/09 –	RID 10-01-220
OLG München, Urt. v. 05.11.2009 – 1 U 3028/09 –	RID 10-01-235

OLG München, Urt. v. 05.11.2009 – 1 U 5235/08 –	RID 10-01-218
OLG München, Urt. v. 25.11.2009 – 20 U 3065/09 –	RID 10-01-263
OLG München, Urt. v. 03.12.2009 – 29 U 3781/09 –	RID 10-01-268
OLG Naumburg , Beschl. v. 03.09.2009 – 1 Verg 4/09 –	RID 10-01-289
OLG Naumburg, Urt. v. 17.12.2009 – 1 U 41/09 –	RID 10-01-244
OLG Stuttgart , Beschl. v. 19.01.2010 – 1 W 5/10 –	RID 10-01-238
OVG Niedersachsen , Beschl. v. 21.10.2009 – 8 LC 13/09 –	RID 10-01-228
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 12.11.2009 – 4 LB 559/07 –	RID 10-01-295
OVG Niedersachsen, Urt. v. 23.11.2009 – 8 LA 200/09 –	RID 10-01-227
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 27.11.2009 – 8 ME 196/09 –	RID 10-01-285
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 04.12.2009 – 8 LA 197/09 –	RID 10-01-213
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 10.12.2009 – 8 LA 185/09 –	RID 10-01-207
OVG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 23.09.2009 – 6t A 2159/08.T –	RID 10-01-215
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.11.2009 – 13 B 993/09 –	RID 10-01-217
OVG Sachsen , Beschl. v. 23.11.2009 – 4 B 446/09 –	RID 10-01-210
OVG Sachsen-Anhalt , Beschl. v. 06.11.2009 – 2 L 252/08 –	RID 10-01-296
SG Aachen , Urt. v. 08.12.2009 – S 13 (2) KR 112/07 –	RID 10-01-171
SG Aachen, Urt. v. 08.12.2009 – S 13 (2) KR 114/07 –	RID 10-01-170
SG Aachen, Urt. v. 08.12.2009 – S 13 KR 136/07 –	RID 10-01-169
SG Augsburg , Urt. v. 22.07.2009 – S 12 KR 35/09 –	RID 10-01-153
SG Berlin , Urt. v. 22.04.2009 – S 79 KA 207/06 –	RID 10-01-92
SG Berlin, Urt. v. 09.09.2009 – S 71 KA 351/07 –	RID 10-01-02
SG Berlin, Beschl. v. 20.11.2009 – S 83 KA 673/09 ER –	RID 10-01-76
SG Berlin, Urt. v. 08.12.2009 – S 81 KR 1781/07 –	RID 10-01-167
SG Bremen , Urt. v. 05.08.2009 – S 1 KA 9/08 –	RID 10-01-54
SG Bremen, Urt. v. 17.11.2009 – S 4 KR 208/06 –	RID 10-01-131
SG Darmstadt , Urt. v. 23.09.2009 – S 10 KR 119/08 –	RID 10-01-157
SG Darmstadt, Urt. v. 03.12.2009 – S 18 KR 42/09 –	RID 10-01-179
SG Detmold , Urt. v. 05.08.2009 – S 5 KR 220/07 –	RID 10-01-138
SG Dresden , Urt. v. 24.06.2009 – S 18 KR 2/09 –	RID 10-01-137
SG Dresden, Beschl. v. 16.07.2009 – S 11 KA 38/09 ER –	RID 10-01-84
SG Dresden, Urt. v. 23.09.2009 – S 25 KR 603/08 –	RID 10-01-146
SG Düsseldorf , Urt. v. 13.11.2002 – S 14 (25) KA 82/01 –	RID 10-01-82
SG Düsseldorf, Urt. v. 19.05.2009 – S 9 KR 159/07 –	RID 10-01-132
SG Düsseldorf, Urt. v. 04.11.2009 – S 2 KA 108/09 –	RID 10-01-24
SG Düsseldorf, Beschl. v. 25.11.2009 – S 2 KA 247/09 ER –	RID 10-01-28
SG Frankfurt a. M. , Gerichtsbb. v. 14.12.2009 – S 25 KR 479/08 –	RID 10-01-142
SG Fulda , Beschl. v. 23.12.2009 – S 11 KR 48/09 –	RID 10-01-182
SG Hannover , Urt. v. 25.11.2009 – S 16 KA 47/05 –	RID 10-01-27
SG Gelsenkirchen , Urt. v. 30.10.2008 – S 16 KA 12/08 –	RID 10-01-93
SG Gelsenkirchen, Urt. v. 03.09.2009 – S 16 KA 3/08 –	RID 10-01-71
SG Halle , Urt. v. 21.12.2009 – S 25 KR 277/09 ER –	RID 10-01-134
SG Magdeburg , Urt. v. 26.08.2009 – S 1 KA 168/07 –	RID 10-01-68
SG Mainz , Urt. v. 08.07.2009 – S 2 KA 108/08 –	RID 10-01-20
SG Mainz, Urt. v. 08.07.2009 – S 2 KA 380/07 –	RID 10-01-21
SG Marburg , Urt. v. 28.10.2009 – S 11 KA 522/07 –	RID 10-01-13
SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 – S 12 KA 73/09 –	RID 10-01-65
SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 – S 12 KA 137/09 –	RID 10-01-64
SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 – S 12 KA 193/08 –	RID 10-01-66
SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 – S 12 KA 808/08 –	RID 10-01-63
SG Marburg, Urt. v. 09.12.2009 – S 12 KA 82/09 –	RID 10-01-38
SG Marburg, Urt. v. 09.12.2009 – S 12 KA 285/08 –	RID 10-01-14
SG Marburg, Beschl. v. 06.01.2010 – S 11 KA 97/09 ER –	RID 10-01-17
SG Marburg, Beschl. v. 08.01.2010 – S 12 KA 644/09 ER –	RID 10-01-18
SG Marburg, Beschl. v. 13.01.2010 – S 12 KA 54/10 ER –	RID 10-01-39
SG Marburg, Urt. v. 13.01.2010 – S 12 KA 238/09 –	RID 10-01-26
SG Marburg, Urt. v. 13.01.2010 – S 12 KA 546/09 –	RID 10-01-94
SG Marburg, Urt. v. 10.02.2009 – S 12 KA 160/09 –	RID 10-01-30
SG Marburg, Urt. v. 10.02.2010 – S 12 KA 639/09 –	RID 10-01-16
SG Marburg, Urt. v. 10.02.2009 – S 12 KA 824/09 –	RID 10-01-31
SG Marburg, Urt. v. 10.02.2009 – S 12 KA 800/08 –	RID 10-01-41
SG München , Beschl. v. 29.05.2009 – S 28 KA 432/09 ER –	RID 10-01-86
SG München, Urt. v. 07.07.2009 – S 38 KA 5148/07 –	RID 10-01-90
SG Nürnberg , Beschl. v. 31.03.2009 – S 1 KA 3/09 ER –	RID 10-01-74
SG Nürnberg, Beschl. v. 16.12.2009 – S 1 KA 20/09 ER –	RID 10-01-75
SG Schwerin , Beschl. v. 21.07.2009 – S 3 ER 104/09 KA –	RID 10-01-85
SG Stuttgart , Urt. v. 18.03.2009 – S 5 KA 127/07 –	RID 10-01-05
SG Stuttgart, Urt. v. 18.03.2009 – S 5 KA 5958/06 –	RID 10-01-06
SG Stuttgart, Urt. v. 18.03.2009 – S 5 KA 6893/06 –	RID 10-01-07
SG Stuttgart, Urt. v. 01.10.2009 – S 11 KA 5163/06 –	RID 10-01-04
SG Stuttgart, Urt. v. 01.10.2009 – S 11 KA 5960/06 –	RID 10-01-03
SG Stuttgart, Urt. v. 26.11.2009 – S 16 KR 84/07 –	RID 10-01-180
SG Würzburg , Urt. v. 12.05.2009 – S 4 KR 116/07 –	RID 10-01-143
VG Gelsenkirchen , Urt. v. 21.10.2009 – 7 K 49/08 –	RID 10-01-211
VG Gießen, Urt. v. 16.11.2009 – 21 K 1220/09 –	RID 10-01-216
VG Hannover , Urt. v. 27.10.2009 – 13 A 2968/09 –	RID 10-01-256
VG Hannover, Urt. v. 03.11.2009 – 13 A 2970/09 –	RID 10-01-259
VG Hannover, Gerichtsbb. v. 07.12.2009 – 13 A 2981/09 –	RID 10-01-260
VG München , Urt. v. 22.09.2009 – M 16 K 09.1201 –	RID 10-01-288
VG München, Urt. v. 22.09.2009 – M 16 K 09.2145 –	RID 10-01-214
VG für das Saarland , Urt. v. 24.11.2009 – 3 K 648/09 –	RID 10-01-257
VG Sigmaringen , Urt. v. 23.11.2009 – 8 K 1232/07 –	RID 10-01-229
VG Würzburg , Urt. v. 29.10.2009 – W 1 K 09.923 –	RID 10-01-258
VGH Baden-Württemberg , Beschl. v. 30.11.2009 – 9 S 906/08 –	RID 10-01-282
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 17.12.2009 – 4 S 1909/07 –	RID 10-01-261
VGH Bayern , Beschl. v. 27.11.2009 – 21 ZB 09.1589 –	RID 10-01-212
VGH Hessen , Urt. v. 18.06.2009 – 3 C 2604/08.N –	RID 10-01-286
VGH Hessen, Urt. v. 06.11.2009 – 10 C 2691/08.N –	RID 10-01-290

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 04.02.2010. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen: B 6 KA ... R	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
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
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 -	10-01-08
Psychotherapie: Ausbildungsstätten	41/09	Gilt der durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 93. bzw. 96. Sitzung festgelegte regionale Mindestpunktwert für zeitgebundene antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Kap G Abschn IV EBM-Ä auch bei ermächtigten Ausbildungsstätten nach § 117 Abs 2 SGB 5?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 09.09.2009 - S 71 KA 351/07 -	10-01-02
KV Hessen: Bindende Vorgabe des Bewertungsausschusses für Regelleistungsvolumen (Nephrologen)	31/08 R Termin: 03.02.2010	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?	LSG Hessen , 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 Termin: 03.02.2010	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?	LSG Hessen , 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?	LSG Hessen , Urt. v. 29.04.2009 - L 4 KA 80/08 - Urt. v. 24.06.2009 - L 4 KA 85 u. 86/08 -	09-03-14 u. 16
Aufschlag für Gemeinschaftspraxen	41/08 u. 15, 18 u. 19/09	Ist der Aufschlag für Gemeinschaftspraxen gemäß Nr 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBMÄ 2005 (Bestimmung der Höhe des Ordinationskomplexes) sowie gemäß Nr 3.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zur Bestimmung des Regelleistungsvolumens) mit höherrangigem Recht vereinbar?	SG Marburg , Urt. v. 08.10.2008 - S 12 KA 409/07 - SG Stuttgart , Urt. v. 18.03.2009 - S 5 KA 6893/06, S 5 KA 127/07 u. S 5 KA 5958/06 -	08-04-20
Aufschlag für Gemeinschaftspraxen/Punktwert Regelleistungsvolumen	42, 43, 44/09	Ist der Aufschlag für Gemeinschaftspraxen gemäß Nr 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBMÄ 2005 (Bestimmung der Höhe des Ordinationskomplexes) sowie gemäß Nr 3.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zur Bestimmung des Regelleistungsvolumens) mit höherrangigem Recht vereinbar und sind Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina ausnahmslos zu einem im Vorhinein fest vereinbarten Punktwert zu vergüten?	LSG Hessen , Urt. v. 26.08.2009 - L 4 KA 55/08 - SG Stuttgart , Urt. v. 01.10.2009 - S 11 KA 5960/06 - - S 11 KA 5163/06 -	09-04-07
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?	LSG Hessen , Urt. v. 24.06.2009 - L 4 KA 113/08 -	09-03-17
Aufrechnungslage: Leistungserbrin- gung oder Honorarbescheid	30/08 Termin: 03.02.2010	Entsteht bei vertragsärztlichen Honorarforderungen eine schützenswerte Aufrechnungslage schon zum Zeitpunkt der Leistungserbringung oder erst mit der Bekanntgabe des Honorarbescheides?	SG Berlin , Urt. v. 28.05.2008 - S 83 KA 398/05 -	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,	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 13.02.2008 - L 11 KA 1/06 -	08-02-34

		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?		
Anrechnung einer HVM-Honorarbegrenzung auf Degressionsabzug	33, 39 u. 40/08 Termin: 16.12.2009	Wie hat der Ausgleich einer Doppelbelastung durch Honorarabzüge wegen degressionsbedingter Punktwertabsenkungen einerseits und wegen Überschreitens individueller Bemessungsgrenzen andererseits zu erfolgen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 25.06.2008 – L 11 KA 12/08, 6 u. 9/07 –	08-04-30 juris 08-04-31
Degressionsregelung Kieferorthopäden	9 u. 10/09 Termin: 16.12.2009	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)?	SG Dresden , Urt. v. 18.02.2009 - S 11 KA 5016 u. 5062/07 Z -	09-03-25
Oralchirurgen	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?	SG Mainz , Urt. v. 08.07.2009 - S 2 KA 108/08 – u. - S 2 KA 380/07 -	10-01-20 u. 21
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?	LSG Berlin-Brandenburg , 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , 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?	LSG Hessen , 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 11.03.2009 - L 11 (10) KA 44/07 -	09-03-32

Arztregister

Keine Eintragung in Arztregister für Gesprächspsychotherapeut	45/08 Termin: 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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2851/06 –	09-01-32
---	------------------------------------	---	--	----------

	11/09 Termin: 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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 43/08 –	09-02-32
Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notfalldienst				
Zweigpraxis: Keine Berücksichtigung bedarfsplanungsrechtlicher Gesichtspunkte	39/09	Ist bei der Erteilung der Genehmigung für eine beabsichtigte Zweigpraxis die Auslegung 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 23.09.2009 – L 5 KA 2245/08 –	09-04-18
Zweigpraxis: Keine Versorgungsverbesserung ohne Tätigkeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde	49/09	Zur Auslegung des Begriffs "Verbesserung der Versorgung" iS von § 24 Abs 3 S 1 Nr 1 Zahnärzte-ZV idF vom 22.12.2006 bei Geltendmachung des Tätigkeitsschwerpunktes "Kinderzahnheilkunde" durch den antragstellenden Vertragszahnarzt.	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 23.09.2009 – L 4 KA 119/08 –	10-01-29
Allgemeinmediziner und chirurgische Leistungen	22/08 Termin: 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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 26/07 -	08-03-46
Fachärztlich tätiger Internist und Belegarzt: Genehmigung gastroenterologischer, pneumologischer und hausärztlicher Leistungen im stationären Bereich	3/09	Hat ein für den fachärztlichen Versorgungsbereich zugelassener und auch als Belegarzt tätiger Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt Anspruch darauf, dass ihm die KÄV aus Gründen der Sicherstellung die Erbringung und Abrechnung solcher gastroenterologischer, pneumologischer und hausärztlicher Leistungen im stationären Bereich sowie im Rahmen der Notfallversorgung genehmigt, welche gemäß Kap 13.3.3 und 13.3.7 EBM-Ä 2005 den Internisten mit entsprechendem Schwerpunkt bzw gemäß Kap 3.1 EBM-Ä 2005 den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten vorbehalten sind?	<i>LSG Hessen</i> , Beschl. v. 20.01.2009 - L 4 KA 44/07 -	09-02-33
„Versorgungsschwerpunkt“ nach Ziff. 30600 EBM 2005	26/08 Termin: 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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 18.06.2008 - L 4 KA 1/07 -	08-03-44
Keine defensive Konkurrentenklage gegen Zweigpraxis	42/08 Termin: 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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 23.07.2008 – L 12 KA 3/08 –	09-01-36
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	12/09	Ermächtigt die Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Anl I Nr 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) eine Kassenärztliche Vereinigung, durch Verwaltungsakt gegenüber dem Vertragsarzt die Beendigung einer Substitutionsbehandlung wegen des Beigebrauchs von Suchtstoffen anzuordnen oder die künftige Nichtvergütung der Substitutionsbehandlung anzukündigen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 59/07 –	09-02-35
Rückforderung von Fördermitteln für Weiterbildung zum Facharzt für	45/09	Ist eine von einem Arzt unterschriebene Erklärung, wonach Fördermittel für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bei Abbruch der Weiterbildung an	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 29.10.2008	10-01-43

Allgemeinmedizin		die betreffende Kassenärztliche Vereinigung zurückzuerstatten sind, rechtlich bindend und gilt dies auch, wenn Adressat des Bewilligungsbescheides und Unterzeichner personenverschieden sind?	- L 5 KA 1079/08 -	
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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urtr. v. 26.11.2008 – L 7 KA 13/05 –	09-02-43
Off-Label-Use Palliativversorgung	in 47/09	Kann der Off-Label-Use eines Arzneimittels, das zur palliativen Behandlung von Versicherten mit begrenzter Lebenserwartung, deren Ziel allein die Steigerung der Lebensqualität und nicht eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufs wenigstens iS einer Verzögerung oder gar Heilung ist, bei anderen Tumorerkrankungen gestattet sein? Liegt insoweit eine notstandsähnliche Situation vor, die den Vertragsarzt vor einem Arzneikostenregress schützt?	LSG Schleswig-Holstein , Urtr. v. 06.10.2009. – L 4 KA 34/08 –	10-01-51
	48/09	Liegt bei einer zulassungsüberschreitenden Verordnung von Arzneimitteln zur palliativen Behandlung von Versicherten mit begrenzter Lebenserwartung, deren Ziel allein die Steigerung der Lebensqualität und nicht eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufs wenigstens iS einer Verzögerung oder gar Heilung ist, eine notstandsähnliche Situation vor, die den Vertragsarzt vor einem Arzneikostenregress schützt?	LSG Schleswig-Holstein , Urtr. v. 06.10.2009 – L 4 KA 35/08 –	10-01-52
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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urtr. 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, Urtr. 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urtr. 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urtr. 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?	SG Mainz , Urt. v. 28.01.2009 - S 8 KA 527/06 -	09-04-34
ASI-Therapie	37/08 Termin: 03.02.2010	Ist den Prüfungsgremien bei der Festsetzung von Regressen wegen unzulässiger Verordnungen von Arzneimitteln nach strenger Einzelfallprüfung ein Beurteilungs- oder Ermessensspielraum eingeräumt und ist es ihnen auch möglich, die Regresshöhe von Verschuldungsgesichtspunkten abhängig zu machen? Liegen bei der Verordnung autologer Tumorzellen 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.08.2008 - L 3 KA 484/03 -	08-04-44

Zulassung und Ermächtigung

Zulassungsantrag vor Anordnung der Überversorgung bei fehlender Arztregistrierung	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?	LSG Berlin-Brandenburg , 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?	SG Magdeburg , Urt. v. 26.08.2009 S 1 KA 168/07	10-01-68
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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 3558/07 -	09-04-40
Sonderbedarfszulassung u: häufiger Versorgungsauftrag/Zweigpraxis-genehmigung	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?) Zweigpraxen zu berücksichtigen?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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 Termin: 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.11.2007 - L 10 KA 5/07 -	08-01-68
Zulassung als Belegarzt: Unzureichende Belegbettenzahl	44/08 Termin: 02.09.2009	Unter welchen Voraussetzungen liegt die missbräuchliche Schaffung einer Belegarztstelle vor und welche Indizien müssen für einen Missbrauchsfall vorliegen?	LSG Bayern , Urt. v. 10.10.2007 - L 12 KA 622/04 - (nach NZB)	08-02-55

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?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 30.01.2008 - L 1 KA 1/06 -	09-04-49
Klagebefugnis der KBV gegen GBA	30, 31/09 Termin: 03.02.2010	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 30/08 KL - - L 7 KA 50/08 KL -	09-03-69 u. 70
Sonstiges/Verfahrensrecht				
Kostenerstattung im Vorverfahren nach Rechtsänderung	29/09	Liegt ein Erfolg des Widerspruchs vor, wenn während des Widerspruchsverfahrens eine Rechtsänderung die vom Widerspruchsführer begehrte Staterlangung (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: 04.02.2010. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Kryokonservierung	B 1 KR 10/09 R Termin: 17.02.2010	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 1 KR 26/09 R	Sind die Kosten der Kryokonservierung und (künftigen) Lagerung von Samenzellen wegen drohender Empfängnisunfähigkeit als Folge einer kombinierten Chemo- und Bestrahlungstherapie von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstatten?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 49/09 -	10-01-125
Kostenerstattung				
Auslandsrankenbehandlung				
Augenbehandlung in Kuba	B 1/3 KR 22/08 R	Kostenerstattung für eine Augenbehandlung in Kuba bei Retinitis Pigmentosa?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 01.08.2007 - L 6 KR 8/06 -	09-02-134
Stationäre Krankenhausbehandlung in einem anderen EG-Mitgliedstaat	B 1 KR 14/09 R Termin: 17.02.2010	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
Arzneimittel				
Hilfsmittel/Heilmittel				
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 Termin: 17.12.2009	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
Kind und digitales Hörgerät	B 3 KR 15/09 R	Hat ein versichertes Kind einen Anspruch auf Versorgung mit einem digitalen Hörgerät?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.11.2009 - L 5 KR 867/07 -	
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

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 Behandlungspflege 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

Zuzahlung

Berücksichtigung privater Rente	B 1 KR 16/09 R Termin: 17.02.2010	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 -	10-01-148
---------------------------------	---	--	---	-----------

Rehabilitationsmaßnahmen/Soziotherapie

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) als Fortsetzung der akutmedizinischen Behandlung	B 1 KR 23/09 R Termin: 17.02.2010	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
Zuständigkeit für Reha bei Freistellungsphase eines Altersteilzeitblockmodells	B 1 KR 32 u. 33/09 R	Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 12 Abs 1 Nr 4a SGB 6 ausgeschlossen und ist die jeweilige Krankenkasse nach § 40 SGB 5 zuständig, wenn sich der Versicherte in der Freistellungsphase eines Altersteilzeitblockmodells befindet?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 20.11.2009 - L 1 KR 436 u. 454/08 -	
Soziotherapie	B 1/3 KR 21/08 R	Besteht bei einer über drei Jahre hinausgehenden Behandlungsbedürftigkeit mit Beginn des nächsten Drei-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Soziotherapie im Umfang von maximal 120 Stunden?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.09.2008 - L 11 KR 1171/08 -	09-01-177

Krankenhauskosten

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
Schlussrechnung und Korrektur der Abrechnung	B 3 KR 12/08 R Termin: 17.12.2009	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
Einsichtnahme in	B 3 KR 16/09 R	Kann eine gesetzliche Krankenkasse die Gewährung von Einsichtnahme in die vollständi-	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> ,	

Behandlungsunterlagen		gen Behandlungsunterlagen eines Patienten vom Träger eines Krankenhauses nach § 294a SGB 5 zur Prüfung und ggf zum Nachweis eines Behandlungsfehlers beanspruchen?	Urt. v. 11.11.2009 - L 1 KR 152/08 -	
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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 07.07.2009 - L 11 KR 2751/07 -	09-04-122
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 Salpingektomie einseitig" gesondert abgerechnet werden? Bemisst sich der Zinsanspruch der Krankenkasse bei Ansprüchen auf Rückzahlung überhöhter Krankenhausvergütungen nach den vertraglichen Regelungen für die Verzinsung des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses (hier: zwei Prozentpunkte über dem Basiszinssatz) oder ist insoweit § 288 Abs 2 BGB anzuwenden (acht Prozentpunkte über dem Basiszinssatz)?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 29.01.2009 - L 16 KR 242/06 -	09-02-166
Sanierungsbeitrag (Abschlag von 0,5%)	B 1 KR 19, 20, 24, 25/09 R B 3 KR 10, 11/09 R	Ist der im Krankenhausbereich eingeführte Abschlag in Höhe von 0,5% des Rechnungsbetrages gem § 8 Abs 9 S 1 KHEntgG idF des GKV-WSG vom 26.3.2007 (BGBl I 2007, 378) sowohl formell als auch materiell verfassungskonform?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 87/08 u. 135/08; v. 09.09.2009 - L 16 KR 7/09 - u. - L 16 KR 136/08 – v. 26.03.2009 - L 16 KR 18/09 v. 26.03.2009 – L 16 KR 88/08 -	09-03-142 u. 141 09-04-129 u. 131 09-03-140 09-03-143
	B 3 KR 14/09 R	Verstößt die durch Art 19 Nr 2 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (juris: GKV-WSG) eingeführte Regelung des § 8 Abs 9 KHEntgG (Sanierungsbeitrag) gegen Art 3 Abs 1, 12 Abs 1 oder 14 Abs 1 GG?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 09.09.2009 - L 16 KR 14/09 –	09-04-130
Aufwandspauschale nach § 275 I c 3 SGB V	B 1 KR 29/09 R	Fällt die Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1 c S 3 SGB 5 idF vom 26.3.2007 auch in den Fällen an, in denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nach dem 31.3.2007 eingeschaltet wurde, die Krankenhausbehandlung aber bereits vor dem 1.4.2007 beendet war?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 20/09 -	
	B 1 KR 1/10 R	Ist die Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1 c S 3 SGB 5 auch dann zu zahlen, wenn die Abrechnung der Krankenhausbehandlung lediglich falsch codiert war und, die Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 139/08 -	10-01-156
	B 1 KR 30/09 R	Ist die Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1 c S 3 SGB 5 auch dann zu zahlen, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung noch während der Dauer der Krankenhausbehandlung (zur Überprüfung der Verweildauer) und damit vor dem Eingang der Abrechnung eingeschaltet worden ist?	LSG Hessen , Urt. v. 12.11.2009 - L 1 KR 90/09 –	10-01-158
Weitere Leistungserbringer				
Herstellerrabattabschlag	B 1 KR 7/09 R Termin: 27.10.2009	Waren im Jahr 2004 Blutplasmaerzeugnisse (hier: Berinert ® P) mit Blick auf § 47 Abs 1 S 1 Nr 2 AMG (juris AMG 1976) generell vom Herstellerrabattabschlag nach § 130a Abs 1 SGB 5 ausgenommen?	LSG Hessen , Urt. v. 29.01.2009 - L 8 KR 164/07 -	09-02-178
	B 3 KR 3/09 R	Folgt aus der Möglichkeit des Direktvertriebs eines Arzneimittels an Krankenhäuser und Ärzte nach § 47 Abs 1 S 1 Nr 2 Buchst a AMG (juris: AMG 1976) die Entbindung der	LSG Hessen , Urt. v. 29.01.2009	09-02-179

		pharmazeutischen Unternehmen von der Verpflichtung zur Leistung des Herstellerrabattes im Falle der Abgabe des Arzneimittels durch öffentliche Apotheken an Versicherte?	- L 8 KR 226/07 -	
Schadensersatzanspruch bei fehlerhafter Arzneimittelverordnung	B 3 KR 13/08 R Termin: 17.12.2009	Ist im Falle der Nichtabrechenbarkeit einer Verordnung wegen Fehlens einer zusätzlichen ärztlichen Unterschrift unter einer geänderten Verordnungsmenge trotz vertraglicher Regelung über Rechnungs- und Taxberichtigungen im Arzneimittel-Liefervertrag der zivilrechtliche Schadensersatzanspruch gem § 280 BGB anwendbar mit der Folge, dass innerhalb der mit Arzneimittel-Liefervertrag festgesetzten Frist keine Rechnungs- der Taxberichtigungen erfolgen müssen, sondern unabhängig davon ein Schadensersatzanspruch geltend gemacht werden kann? Muss sich eine Krankenkasse das Verhalten eines Vertragsarztes, der ohne eigene Untersuchung des Versicherten einem gefälschten Arztbericht blind vertraut, als Schlüsselfigur und Vertreter der Krankenkasse gem §§ 164, 166 und 278 BGB im Rahmen eines Mitverschuldens bei der Haftung des Apothekers zurechnen lassen, wenn der Versicherte falsche Angaben zu seinem Krankheitszustand und der Behandlungsnotwendigkeit macht mit der Folge, dass zu Unrecht Medikamente ärztlicherseits verordnet worden sind?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 12.09.2007 - L 4 KR 243/05 -	09-03-150
Retaxierung: Nicht zugelassenes Arzneimittel (hier: Thalidomid) ohne Genehmigung der Krankenkasse	B 1 KR 3/10 R	Hat die Krankenkasse einen Erstattungsanspruch gegen einen Apotheker (Retaxierung), der aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung ein im Wege des Einzelimports nach § 73 Abs 3 AMG beschafftes EU-weit nicht zugelassenes Arzneimittel ohne vorherige Zustimmung der Krankenkasse an eine Versicherte abgibt, wenn die Versicherte bei einer grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungsrechts der GKV Anspruch auf dieses Arzneimittel hat (hier: Thalidomid zur Behandlung von Knochenmarkkrebs im Jahr 2005).	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.12.2009 - L 11 KR 389/09 -	10-01-165
Versandapotheke: Anspruch auf Herstellerrabatt	B 3 KR 14/08 R Termin: 17.12.2009	Hat eine in einem anderen Mitgliedstaat zugelassene Versandapotheke ab 1.1.2004 einen Anspruch auf den Herstellerrabatt nach § 130a Abs 1 S 2 SGB 5, soweit sie Verträge nach § 140e SGB 5 mit den deutschen Krankenkassen abgeschlossen hat?	LSG Sachsen , Urt. v. 16.04.2008 - L 1 KR 16/05 -	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)?	LSG Berlin- Brandenburg , Urt. v. 05.03.2009 - L 1 KR 351/08 -	10-01-175
	B 3 KR 12/09 R	Verstößt es gegen Art 12 Abs 1 GG, wenn die Zulassung eines Leistungserbringers zur medizinischen Fußpflege nach § 124 Abs 2 Nr 1 SGB 5 von der Ausbildung abhängig gemacht wird, die die Führung der Berufsbezeichnung "Podologe" erlaubt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. - L 2 KN 2/05 KR -	
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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).	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 07.05.2008 - L 5 KR 6125/06 -	08-03-165
Unterlassungsanspruch gegen Krankenkasse	B 1 KR 4/09 Termin: 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 anhängig zu machen und	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 09.12.2008 - 11 KR 776/07 -	09-03-154

		b) gegenüber Versicherten, Vertragsärzten und Leistungserbringern zu behaupten, dass ärztliche Verordnungen für physiotherapeutische Heilmittel einer Vollständigkeitsprüfung durch den Leistungserbringer bedürfen?		
Förderanspruch eines Hospizdienstes gegen Krankenkasse	B 1 KR 15/09 R Termin: 17.02.2010	Verstößt § 6 Abs 2 der Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den mit der Interessenwahrnehmung beauftragten Spitzenorganisationen der ambulanten Hospizdienste zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3.9.2002 gegen § 39a Abs 2 S 4 und 5 SGB 5?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.05.2009 - L 1 KR 146/08 -	09-03-155

Krankenkassen

Sonstiges

Weiterleitung eines Reha-Antrags	B 1/3 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?	LSG Berlin- Brandenburg, Urt. v. 07.11.2008 - L 1 KR 111/07 -	juris
	B 1 KR 28/09 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme einem Rentenversicherungsträger unter Berücksichtigung des § 14 Abs 4 SGB 9 auch dann zu erstatten, wenn der betreffende Rehabilitationsantrag wegen Unzuständigkeit zunächst innerhalb des Rentenversicherungsbereichs weitergeleitet wurde?	LSG Berlin- Brandenburg, Urt. v. 09.10.2009 - L 1 KR 226/08 -	
Teilübernahme der Versorgungslasten	B 1 KR 27/09 R (alt: B 3 KR 8/09 R)	Ist eine Krankenkasse bei Übernahme von Angestellten durch die Rentenversicherungsträger in das Beamtenverhältnis zur Teilübernahme der Versorgungslasten verpflichtet?	LSG Berlin- Brandenburg, Urt. v. 10.06.2009 - L 1 KR 165/07 -	juris