

# Rechtsprechungsinformationsdienst 10-04

<b>Redaktion</b>	<b>7</b>
<b>Editorische Hinweise</b>	<b>7</b>
<b>Erratum</b>	<b>7</b>
<b>A. Vertragsarztrecht</b>	<b>8</b>
<b>I. Honorarverteilung</b>	<b>8</b>
1. Honorarverteilung 2010	8
a) Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses: Länderquote/Regionaler Kostenfaktor	8
b) EBM 2010 und Regelleistungsvolumen: Fachgruppendurchschnitt in Aufbauphase	9
2. Psychotherapeutenvergütung	10
a) Psychotherapeutenvergütung zu niedrig (KV Berlin Quartale I/95 – I/98)	10
b) Kein Stützpunktwert bei Honoraranteil unter 90 %	10
3. BVerfG: Laborreform 1999/Abstaffelungsregelung nach Präambel zu Kapitel O III EBM	11
4. Individualbudget: Keine grundsätzlichen Einwände in Sonderregelungsverfahren	11
5. HVM und Verteilungsregelung eines Ärztenetzes/Honoraropfunterteilung	11
6. Teilbudgets in HVM	12
a) Ausnahmeregelung wegen einer Praxisschließung ohne Praxismachfolge	12
b) Fortgeltung von Teilbudgets (Quartal I/01)	12
c) Fortgeltung von Teilbudgets (Quartal I u. II/01)/Härteklausel	12
d) Unterbudget für MRT-Leistungen zulässig	13
7. Angemessene Vergütung und Sonderbedarfzulassung	13
8. Nr. 3450 u. 3452 EBM i.d.F. vom 01.07.1999: „Hämatologie und Onkologie“	13
9. Notfallvergütung eines Krankenhauses nach EBM 2008 rechtmäßig	14
10. Honorarverteilung KV Hessen	14
a) Regelleistungsvolumen und Sonderregelung	14
aa) Ermessensausübung bei Sonderregelung (Kinderkardiologie)	14
bb) Schmerztherapeutische Praxis: Anästhesiologen und Allgemeinmediziner	15
cc) Keine Sonderregelung bei Überschreitung des Regelleistungsvolumens unter 25 %	15
b) Ausgleichsregelung und extrabudgetäre Leistungen	15
c) Abgestaffelte Vergütung bei Fallzahl von über 150%/MKG-Chirurgen	15
11. Abrechnungsrichtlinien als KV-Satzung	16
a) 6-Wochenfrist für nachträgliche Abrechnungskorrektur: Fehler im Abrechnungsprogramm	16
b) Abrechnungsgebühr wegen Verspätung	16
12. Gesamtschuldnerische Haftung jedes Gesellschafters auch bei „Scheingesellschaft“	16
<b>II. Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>	<b>17</b>
1. Kontoaufstellung/Aufschiebende Wirkung eines Widerspruchs	18
2. Hemmung der Ausschlussfrist durch Vergleichsverhandlungen bis zum „Einschlafenlassen“	18
3. Job-Sharing	19
a) EBM-bedingte Korrektur des Anpassungsfaktors/Leistungsanteil/Rückforderungsberechnung	19
b) EBM-Anpassung für 1. Leistungsjahr/Vertrauen/Falschberatung	20
c) Isolierte Quartalsberichtigung/zweijährige Ausschlussfrist unzulässig	20
d) Vertrauensschutz gegen Honorarrückforderung/Gemeinschaftspraxis	20
4. Keine Vergütung von Leistungen aus Bereich § 115a SGB V aufgrund Ermächtigung	21
5. Gemeinschaftspraxis: Keine fachärztliche Leistung durch hausärztlichen Gesellschafter	21
6. Einstweiliges Rechtsschutzverfahren: Sicherheitsleistung bei offenem Ausgang	21
7. Zahnärzte: Verwaltungsaktsbefugnis einer KZV gegenüber Ersatzkasse	22
<b>III. Zweigpraxis/Praxisausschreibung/Genehmigung/Notfalldienst</b>	<b>22</b>
1. Zweigpraxis	22
a) Eilverfahren und Vorrang Verwaltungsentscheidung/Keine Drittanfechtung	22
b) Keine Zweigpraxisgenehmigung für reproduktionsmed. Beratungs- und Diagnostikleistungen	23
2. Keine Ausschreibung einer Psychotherapiepraxis bei geringer Tätigkeit	23
3. Widerruf einer Koloskopie-Genehmigung: Nachweis von 200 Koloskopien	23
4. Notdienst	24
a) Keine Befreiung vom Notdienst wegen belegärztlicher Tätigkeit	24
b) Ablehnung eines Bewerbers wegen verschiedener Beschwerden	24
c) Keine Anfechtungsbefugnis gegen Neustrukturierung von Notdienstbezirken	24

<b>IV. Disziplinarrecht</b>	<b>24</b>
<b>V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz</b>	<b>24</b>
1. Arzneikostenregress	25
a) Off-Label-Use	25
aa) Sildenafil bei pulmonaler Hypertonie (2001 bis 2005)	25
bb) Interleukin 2 (Proleukin) zur kombinierten inhalativ-subkutanen Anwendung	25
cc) Versorgungsforschung/Cellcept zur Behandlung von Morbus Crohn	26
b) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	26
aa) Ausnahmeregelung nur für Monopräparate (milgamma®)	26
bb) Kombinationspräparate mit Eisen-(II)-Verbindungen (Ferro-Folsan und Folicombin)	26
cc) Verschreibungspflichtiges Arzneimittel unwirtschaftlich ggü. rezeptfreiem (Voltaren Emulgel)	27
c) Verordnung übergroßer Mengen	27
d) Kein Vorrang einer Beratung bei unzweifelhafter Unwirtschaftlichkeit (Dronabinol)	27
2. Transurethrale Ballonkatheter (Dauerkatheter) kein Sprechstundenbedarf	27
3. Zahnärzte	28
a) Kein nachgeholtter Vortrag zu Praxisbesonderheiten im Gerichtsverfahren	28
b) Kassenregress wegen Verordnung von Arzneimitteln nach Zulassungsende (68-Jahresgrenze)	28
4. Einstweilige Anordnung gegen Regressbescheid nur bei Existenzgefährdung	29
<b>VI. Zulassungsrecht</b>	<b>29</b>
1. Ausschlussfrist für Bewerbung nach „Teilentsperrung“ eines Planungsbereichs	30
2. Keine Wiederzulassung nach Zulassungsentziehung	30
3. MVZ: Ärztlicher Leiter muss nicht zur Versorgung der Patienten beitragen	31
4. Keine Praxisverlegung für ein Fachgebiet bei „Doppelzulassung“	31
5. Praxisnachfolge: Interessenabwägung bei Drittwiderspruch	31
6. Sonderbedarfzulassung	32
a) Drittanfechtung der Genehmigung einer Dialysepraxis	32
b) Keine Bedarfsprüfung bei Zulassung eines zweiten Nephrologen	32
7. Nachbesetzung einer ärztlichen Psychotherapeutenstelle durch psychologischen Psychotherapeuten	32
8. Altersgrenze von 68 Jahren (Kein Fortsetzungsfeststellungsinteresse)	33
9. Zulassungsentziehung	34
a) Anordnung der sofortigen Vollziehung bei Gefahr weiterer Falschabrechnung	34
b) Anordnung der sofortigen Vollziehung bei Abrechnungsbetrug	34
10. Zweigpraxis	35
a) Keine Zweigpraxis bei sehr guter Versorgungslage	35
b) Künstliche Befruchtungen nach § 121a SGB V durch weiblichen Arzt	35
11. Ermächtigung	35
a) Hochspezialisierter Krankenhausarzt und überregionaler (bundesweiter) Bedarf	35
b) Zwei Bewerber für ein Sozialpädiatrisches Zentrum: Auswahlentscheidung	36
c) Entziehung: Kieferorthopäde zwingt zur sog. professionellen Zahnreinigung	36
<b>VII. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen</b>	<b>37</b>
Beitrag nach Umsatz/Keine Beitragsbemessungsgrenze/Erreichen des Höchstsatzes	37
<b>VIII. Gesamtvertrag/GBA/Selektivvertrag/KV</b>	<b>37</b>
1. Aufsichtsklage gegen Bundesversicherungsamt wegen Beanstandung des Landesschiedsamts	38
2. GBA/Arzneimittelhersteller: Kein subjektives Recht auf bestimmte Interpretation der AMR	39
3. Selektivverträge	39
a) Bestimmung einer Schiedsperson für Hausarztvertrag	39
b) Keine Vorlagepflicht von Verträgen besonderer Versorgungsformen	40
4. Veröffentlichung der sog. Me-too-Liste (Actonel®)	40
<b>IX. Verschiedenes/Verfahrensrecht</b>	<b>40</b>
1. Drittanfechtung einer Genehmigung nach § 116b II SGB V	41
a) Krankenversicherung/Drittenschutz/Keine Bedarfsprüfung	41
b) „Drittbeschützte“ Wirkung/Erforderliche Bedarfsprüfung/Anhörung	41
c) Kein Anordnungsgrund gegen Anordnung der sofortigen Vollziehung	42
2. Vertragsarztrecht/Unterlassungsanspruch einer Krankenkasse gegen Ärzteverband	42
3. Kein Anspruch gegen Krankenkasse für ärztliche Begleitung bei Verlegungsfahrten	43
4. Verfahrensrecht	43
a) Vertragsarztrecht: Verträge einer KV mit Lieferanten von Sprechstundenbedarf	43
b) Hinweis auf Wiedereinsetzung/Amtsermittlungspflicht	44
c) Zulässige Einrichtung eines Widerspruchsausschusses	44

<b>X. Streitwert</b>	<b>45</b>
1. Zweigpraxis	45
2. Sonderbedarfszulassung	45
3. Vorläufige Rechtsschutzverfahren: Generell Hälfte des Streitwerts in der Hauptsache	46
4. Einstweilige Anordnung bzgl. Zulassung: Hälfte des Gegenstandswertes anstatt Verfahrensdauer	46
<b>XI. Entscheidungen des BSG</b>	<b>47</b>
1. Honorar	47
a) Bindung an Vorgabe des Bewertungsausschusses/Übergangsvorschrift	47
b) Privilegierung von Gemeinschaftspraxen: Ordinationskomplex/Regelleistungsvolumina	47
c) Insolvenz und Aufrechnung von Honoraranprüchen	47
2. Berichtigung: Leistungen nach Nr. 05310 nicht neben Nr. 05320, 05330, 05341 u. 31831 EBM	47
3. Off-Label-Use: Keine Revisionsentscheidung für jedes Präparat notwendig	48
4. Zulassungsrecht	48
a) Rechtmäßigkeit der Altersgrenze von 68 Jahren	48
b) Zurückweisung eines Widerspruchs ohne mündliche Verhandlung zulässig	49
5. GBA: Keine Klagebefugnis der KBV gegen Beschlüsse (§ 116b SGB V)/Vertragsarztrecht	49
<b>B. Krankenversicherungsrecht</b>	<b>50</b>
<b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>	<b>50</b>
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	50
a) Implantation von Intraokularlinsen bei Anisometropie	50
b) Hyperthermiebehandlung	50
aa) Anspruch auf Hyperthermie in Kombination mit Chemotherapie bei Pankreascarcinom	50
bb) Kein Anspruch wegen Ausschluss durch GBA	51
c) Tender-Point-Operation bei Fibromyalgie	51
d) Krampfaderoperation nach der CHIVA-Methode	51
2. Rechtswidrige Lücke in Richtlinien über künstliche Befruchtung	51
<b>II. Kostenerstattungsanspruch</b>	<b>52</b>
<b>III. Stationäre Krankenhausbehandlung</b>	<b>52</b>
1. Beidseitige Mamma-Amputation und Sofortrekonstruktion	52
2. Entfernung eines Brustimplantats ohne Ersetzung des Implantats	52
3. Magenbypassoperation: Kein Hinweispflicht auf alternative Behandlungsmöglichkeit	52
4. Vergütungsabrede zwischen Krankenhausoperatoren und Patienten unzulässig	52
5. Fertilitätsprüfung dient der Erkennung einer Krankheit	53
<b>IV. Krankenbehandlung im Ausland</b>	<b>53</b>
Keine stationäre Auslandsbehandlung für nicht anerkannte Behandlungsmethode	53
<b>V. Arzneimittel</b>	<b>53</b>
1. Fehlende arzneimittelrechtliche Zulassung (Rezepturarzneimittel 4-Aminopyridin)	53
2. Marinol (Wirkstoff Dronabinol)	54
a) Fehlende arzneimittelrechtliche Zulassung	54
b) Anspruch auf Dronabinol als Rezepturarzneimittel im Ausnahmefall	54
3. Diätetische Nahrungsmittel	55
4. Festbetragsfestsetzung: Pharmakologisch-therapeutische Vergleichbarkeit (Atorvastatin/„Sortis“)	55
<b>VI. Hilfsmittel</b>	<b>56</b>
1. CPM-Kniebewegungsschienen: Fehlende GBA-Empfehlung	56
2. Hubschwenksitz: Mittelbarer Behinderungsausgleich/Andere Hilfsmittel/Fahrkosten	56
3. Echthaarteilersatz für Männer bei operationsbedingtem Verlust des Haupthaares	57
4. Anspruch auf Einkaufsfuchs für Blinde	57
5. Hörgeräteversorgung: Anspruch auf Optimalversorgung	57
6. Camouflage zur Behandlung eines entstellenden Feuermals	58
<b>VII. Häusliche Krankenpflege</b>	<b>58</b>
<b>VIII. Rehabilitation/Fahrkosten</b>	<b>58</b>
1. Adipositasstherapie ist Maßnahme der medizinischen Rehabilitation	58
2. Fahrkosten	58
a) Fahrt mit einem Taxi zur Krankenbehandlung	58
b) Krankentransport: Trageleistung der Feuerwehr aus Wohnung	59
3. Keine Fahrtkosten zum Besuch eines erkrankten Versicherten	60

<b>IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen</b>	<b>60</b>
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	60
a) Geriatriische Leistungen im Krankenhaus ohne Abteilung „Geriatric“ möglich	61
b) Schwelle zur Intensivmedizin bei hämatologisch-onkologischer Behandlung nicht erreicht	61
c) Abrechnung von Fallpauschalen: Neben Prozeduren auch Diagnosen	61
d) Medikamentengabe keine Leistung einer psychiatrischen Institutsambulanz	62
e) Keine Aufwandspauschale für Überprüfung einer Entbindung nach § 197 RVO	62
f) Abzug für integrierte Versorgung: Abzug erst nach Vertragsschluss	62
g) Fällige Vergütung bei Nichteinleitung eines Prüfverfahrens	63
2. Kein Herstellerrabatt für niederländische Versandhandelsapotheke (2003 bis 2005)	63
3. Arzneimittelhersteller	64
a) Unzulässiges Drohpotential zur Einhaltung des Bezugsweges von Vergabevertrag (Impfstoffe)	64
b) BVerfG: Kosten in vergaberechtlichen Verfahren	64
4. Hilfsmittelerbringer	65
a) Beitritt nur zu konkretem Vertrag über die Lieferung von Hilfsmitteln	65
b) Hörgerät: Einstweiliges Anordnungsverfahren wegen Zuzahlung - Anordnungsgrund	65
5. Häusliche Krankenpflege: Zugang der Originalverordnung bei der Krankenkasse	65
6. Hebammen: Vergütungsanspruch einer Beleghebamme	66
<b>X. Angelegenheiten der Krankenkassen</b>	<b>66</b>
1. Kein Unterlassungsanspruch gegen Formulierung einer Rechtsansicht	66
2. Zulassung eines DMP-Brustkrebs: Einschränkung vor Ablehnung	67
<b>XI. Verfahrensrecht</b>	<b>67</b>
Anordnung des persönlichen Erscheinens	67
<b>XII. Entscheidungen des BSG</b>	<b>68</b>
1. Hilfsmittel	68
a) Lichtsignalanlage (Klingelleuchte)	68
b) Notwendige Wartungen und technische Kontrollen von Hilfsmitteln	68
2. Umfang einer Soziotherapie	68
3. Zuzahlung: Abzugsfähige Belastungen	68
4. Leistungserbringer und Arzneimittelhersteller	68
a) Keine Aufwandspauschale nach § 275 Ic SGB V bei fehlerhafter Abrechnung	68
b) Aufwandspauschale nach § 275 Ic SGB V erst bei Behandlung ab März 2007	68
c) Ambulante Hospizdienste: Verteilung des Sollfördevolumens	69
d) Apotheker: Fehlende ärztliche Bestätigung auf Änderung des Kassenrezepts	69
e) Arzneimittelstellerrabatt für aus Blutplasma gewonnenen Fertigarzneimittel	69
f) Hilfsmittelversorgung: Nachvollziehbare Auswahlentscheidung zum Kreis der Lieferanten	69
5. Krankenkassen: Wahltarif nicht mit Staffelung der Prämien nach Leistungsumfang/Unternehmen	69
6. Verfahrensrecht/Gerichtsgebühren	70
a) Anhörung § 109 SGG/Keine Feststellung überlanger Dauer des Verfahrens	70
b) Keine Gerichtsgebühren für sofortige Beschwerden nach § 142a SGG	70
c) Nichtbeachtung der Bindungswirkung nach § 170 V SGG durch LSG	70
<b>C. Entscheidungen anderer Gerichte</b>	<b>71</b>
<b>I. Ärztliches Berufsrecht</b>	<b>71</b>
1. Approbation/Berufserlaubnis	71
a) BVerwG: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg/Approbation als Zahnarzt erforderlich	71
b) Berufserlaubnis nur bei beschränkter Ausübungserlaubnis (ukrain. Internatur)	71
c) Widerruf der Approbation/Berufserlaubnis	71
aa) Sexueller Missbrauch/Antragsbefugnis des Ärztekammerpräsidenten	71
bb) Psych. Psychotherapeut: Widerruf nicht auf Behandlung weiblicher Patientinnen beschränkbar	72
cc) Unrichtige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Erstattung der Lohnfortzahlung	72
dd) Fehlende gesundheitliche Voraussetzungen/Certificate of Good Standing	73
2. Berufspflichten	73
a) Behandlung unheilbarer Krebspatienten mit dubiosem Therapieverfahren: Höhe der Geldbuße	73
b) Verbot sexueller Kontakte: Kuss auf den Mund durch Psychotherapeuten	73
c) Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienstplan an jedem Ort ambulanter ärztlicher Tätigkeit	74
d) Berufspflichten eines Arztes im organisierten KV-Notdienst/Erreichbarkeit	74
e) „Der Nasenchirurg. Privatpraxis für funktionelle und ästhetische Nasenchirurgie“	74
f) Berufsrechtliche Rüge gegenüber MKG-Chirurg	74
3. Keine Anerkennung als Ausbildungsstätte (Gesprächspsychotherapie Kinder- und Jugendliche)	75
4. BGH: Unzulässige Bewerbung des verkürzten Versorgungswegs mit Brillen	75

5. Keine Amtshaftung der KV wegen HVM-Begrenzung einer übermäßigen Ausdehnung	75
6. Reinigung und Desinfektion von Medizinprodukten in Zahnarztpraxis	76
7. Strafrecht: BGH	76
a) Ärztliche Verantwortung bei tödlich verlaufenem Brechmitteleinsatz gegen Drogen-Kleindealer	76
b) Embryonenschutzgesetz: Keine Strafbarkeit einer Präimplantationsdiagnostik	76
c) Betrügerische Arztrechnung als einheitliche Tat bei zweifacher Vorlage	76
8. Ziviles Vertragsrecht/Arbeitsrecht	77
a) BGH	77
aa) Auseinandersetzung nach Ausscheiden aus Gemeinschaftspraxis	77
bb) Vorausverfügungen über ärztliche Vergütungsansprüche bei Insolvenz	77
b) Haftung einer Gemeinschaftspraxis gegenüber Krankenhaus bei Kooperationsvertrag	77
c) Ansprüche gegen Mitgesellschafter bei Aufgabe des Vertragsarztsitzes	77
d) Verzicht auf kassenärztliche Zulassung - Wertersatz bei Kündigung des Arbeitsverhältnisses	78
e) Keine Kündigung eines angestellten Arztes wegen Beteiligung an Sonderbedarfszulassung	78
9. Kammern: Unterschiedliche Bemessung der Beitragshöhe nach Umfang der Heilbehandlung	78
10. Versorgungswerke	78
a) Berufsunfähigkeitsrente: Einstellung der ärztlichen Tätigkeit	78
b) Ausschluss einer sog. Versorgungsehe	79
c) Wegfall einer Berufsunfähigkeitsrente bei Wegfall der Berufsunfähigkeit	79
<b>II. Arzthaftung</b>	<b>79</b>
1. BGH	79
a) Schadenshöhe: Verdienstausfall von Kindern	79
b) Arzthaftungsprozess: Gehörsverletzung bei der Behandlung eines Feststellungsantrags	79
c) Keine Aufklärung über Risiken anderer Spezialgebiete	80
2. Bedeutung von Leitlinien ärztlicher Fachgremien	80
3. Anforderung an schlüssiges Klagevorbringen/Verjährung für Ersatzansprüche	80
4. Geburten	81
a) Umfang pränataler Diagnostik	81
b) Angestellte Ärzte eines Krankenhauses haften nicht für Fehler von Hebammen	81
c) Unzureichende Klinikausstattung für Frühgeburt (Echokardiographie)	81
5. Umstechungsligatur lege artis bei Revisionsoperation	81
6. Medizinische Indikation für rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch	82
7. Verletzung der Schweigepflicht durch Übergabe der Atteste an Ehefrau	82
8. Keine Haftung bei Suizidversuch	82
9. Aufklärungspflichten	83
a) Laser-Operation am Auge bei Kurzsichtigkeit ohne zwingende Indikation	83
b) Aufklärungspflicht des Operateurs bei Krebsangst/Schmerzengeld bei Mastektomie	83
c) Intraartikuläre Injektion	84
10. Sachverständige	84
a) Haftung des gerichtlichen Sachverständigen (§ 839a BGB) nur bei grober Fahrlässigkeit	84
b) Haftung des Gutachters einer Unfallversicherung: Kein Schutz Dritter	84
c) Sachverständigenablehnung	84
aa) Anforderungen an begründeten Befangenheitsantrag	84
bb) Abwertende Äußerungen über die Prozessbevollmächtigten	85
cc) Keine Ablehnung des Sachverständigen wegen Vorbefassung	85
11. Behandlung deutscher Patienten in Schweizer Kantonsspitalern nach Schweizer Recht	85
12. Anrechnung häuslicher Verpflegungskosten bei Sondennahrung	85
13. Zahnärzte: Schadensersatz bei mangelhafter Prothetik	85
<b>III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe</b>	<b>86</b>
1. Privatbehandlung: Erstattung von Sachkosten in der Wahlarztkette	86
2. Beihilfe	86
a) Keine Beihilfefähigkeit der Hyperbaren Sauerstofftherapie bei Hörsturz mit Tinnitus	86
b) Bioresonanztherapie keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode	86
c) Beihilfefähigkeit eines Neugeborenen-Screenings	86
d) Zahnärzte	86
aa) Begründung der Schwellenwertüberschreitungen	86
bb) Abrechnung von Einlagefüllungen nach Dentin-Adhäsiv-Technik/Steigerungsfaktor	87
<b>IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte</b>	<b>87</b>
1. EuGH	87
a) Nationale Regelung der Öffnungszeiten von Apotheken	87
b) Europarechtskonformität einer Bedarfsplanung für Apotheken	88

2. BVerfG: Apothekenrabatt von 16 % und Erstattung durch Arzneimittelhersteller	88
3. BGH	89
a) Abgrenzung Arzneimittel - Medizinprodukt (Golly Telly)/Marktverhaltensregelungen	89
b) Wettbewerbsverstoß/Funktionsarzneimittel (Ginkgo-Extrakt)	89
c) Erinnerungswerbung im Internet	89
d) Rabatte durch Apotheker	90
aa) Einkaufsgutschein von 5 € für Rezepteinlösung unzulässig	90
bb) Bonuspunkte für Rezepteinlösung im Wert von 1 € zulässig/Geringwertigkeit	90
cc) Anwendbarkeit des Arzneimittelpreisrechts auf Versandhandel aus EU-Staaten	90
e) Inverkehrbringen von In-vitro-Diagnostika (Blutzuckerteststreifen)	91
4. BVerwG	91
a) Nachzulassung eines homöopathischen Arzneimittels/Auflage niedrigere Dosierung	91
b) Apothekenterminal unzulässig	91
5. Verfassungsmäßigkeit des apothekenrechtlichen Selbstbedienungsverbots	91
6. Irreführende Werbung mit „Hervorragende lokale Verträglichkeit“	91
7. Clopidogrel-haltiges Generikum: „Die Salzform spielt keine Rolle!“	92
8. Irreführende Werbung mit Preisvorteil	92
9. Keine Werbung für homöopathische Arzneimittel mit Anwendungsgebieten in Fachkreisen	92
10. Produkthaftung für potenziell funktionsuntüchtige Herzschrittmacher	92
11. Zulassungspflicht im Falle eines Nahrungsergänzungsmittels	93
12. Abgrenzung Arzneimittel/Medizinprodukt bei „Infektblockern“ aus Zubereitungen aus Zistrose	93
13. Natriumfluoridhaltige Dentalprodukte als Medizinprodukte/Abgrenzung Arzneimittel	93
14. Beihilfe	93
a) Heilkräutierzubereitungen der Traditionellen Chinesischen Medizin	93
b) Beihilfe für Medizinprodukte	94
<b>V. Verschiedenes</b>	<b>94</b>
1. EGMR	94
a) Überlange Verfahrensdauer: Pilotverfahren gegen Deutschland	94
b) Überlange Verfahrensdauer/Ruhe/Abwarten obergerichtlicher Entscheidung	95
c) Überlange Verfahrensdauer/Abwarten Entscheidung des BVerfG	96
2. EuGH	96
a) Krankenhausbehandlung in anderem EU-Staat/Keine zusätzliche Kostenerstattung	96
b) Kostenerstattung einer Auslandsbehandlung: Genehmigung für Großgeräteleistung	96
3. BVerfG	97
a) Prüfung der Vorlagepflicht an EuGH	97
b) Überlange Verfahrensdauer verletzt Recht auf effektiven Rechtsschutz	97
c) Angemessenheit der Dauer eines Verfahrens	98
d) Überlange Verfahrensdauer/Hinweis u. Beschluss über Verfahrensbeendigung	99
e) Überlange Verfahrensdauer/Beschleunigungsgebot	99
4. BGH	100
a) Gerechtfertigte Sterbehilfe durch Behandlungsabbruch/Anwalt freigesprochen	100
b) Nachholung der Entscheidung über Zulassung der Berufung durch Berufungsgericht	100
c) Voraussetzungen einer Zwangsmedikation	100
5. BSG: Kosmetischer Eingriff als tätlicher Angriff i.S.d. Opferentschädigungsgesetzes	100
6. Krankenhäuser	101
a) Kündigung eines Hebammen-Belegvertrags durch Krankenhausträger	101
b) Keine Aufnahme in den Krankenhausplan trotz Versorgungsvertrag (Psychotherap. Medizin)	101
c) Schließungsförderung wegen Herausnahme einzelner Betten	101
d) Strukturänderung zur Behebung von Missständen	101
7. Veröffentlichung eines Transparenzberichts über Pflegeheim	102
8. Krankenkassen	103
a) PostBKK: Prüfung einer Rechnung	103
b) Rechtsweg: Mitgliederwerbung einer gesetzlichen Krankenkasse	103
9. Apothekenbezogene Öffentlichkeitsarbeit einer Apothekerkammer	103
10. Heilpraktikergesetz	104
a) BVerwG: Synergetik-Therapie ist Heilkunde	104
b) Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) ist Heilkunde	104
c) Widerruf einer Heilpraktikererlaubnis: Keine Inanspruchnahme notwendiger ärztlicher Hilfe	104
d) Cannabiskonsum unvereinbar mit Tätigkeit als Heilpraktiker auf dem Gebiet der Psychotherapie	104
11. Keine Opferentschädigung für Contergangeschädigte: Fehlender Angriff (§ 1 OEG)	105
12. Teilhabeleistung: Heilpädagogisches Reiten in Abgrenzung zur Hippotherapie	105

<b>Verzeichnis der Entscheidungen</b>	<b>105</b>
---------------------------------------	------------

<b>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht</b>	<b>109</b>
<b>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)</b>	<b>115</b>
<b>Anhang III: Anhängige Rechtsfragen des Großen Senats und weiterer Senate</b>	<b>119</b>

## Redaktion

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

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

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

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

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

**www.dg-kassenarztrecht.de.**

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

## Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum **14.11.2010** eingestellten Entscheidungen.

## Erratum

**BGH**, Urt. v. 29.09.2009 – VI ZR 251/08 – RID 10-01-230 wurde irrtümlich mit Datum vom 02.12.2009 angezeigt.

**LSG Schleswig-Holstein**, Beschl. v. 18.06.2010 – L 5 KR 95/10 B ER – RID 10-03-101 wurde irrtümlich mit Datum vom 18.08.2010 angezeigt.

## A. VERTRAGSARZTRECHT

### I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 13.10.2010 - **B 6 KA 34 u. 35/09 R** – hält der Senat an seiner bisherigen Rechtsprechung im Urt. v. 29.11.2006 fest, dass die für alle Zahnärzte mit Ausnahme der Kieferorthopäden geltenden Punktmengengrenzen (**Degressionsregelung**) auch auf **oralchirurgisch tätige Zahnärzte** Anwendung finden und dass das Verfassungsrecht keine weiteren Differenzierungen innerhalb der Gruppe der Vertragszahnärzte gebietet; nach BSG, Urt. v. 13.10.2010 - **B 6 KA 32/09 R** - wird das GG nicht dadurch verletzt, dass **MKG-Chirurgen** hinsichtlich ihrer vertragszahnärztlichen Tätigkeit den für alle Zahnärzte - mit Ausnahme der Kieferorthopäden - geltenden **Punktmengengrenzen** unterworfen werden; nach BSG, Urt. v. 05.05.2010 - **B 6 KA 21/09 R** - hat die **Degressionsberechnung** nicht quartalsbezogen, sondern jahresbezogen zu erfolgen, jedoch sind aus Sachgründen in **Ausnahmefällen** Abweichungen von diesem Grundsatz geboten, etwa dann, wenn ein Vertragszahnarzt im Laufe eines Kalenderjahres die Praxis wechselt, z.B. - wie hier - von einer Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis oder zwischen verschiedenen Gemeinschaftspraxen; in derartigen Fällen bedarf es einer **zeitanteiligen sowie nach Praxen getrennten Degressionsberechnung**; nach BSG, Urt. v. 17.03.2010 - **B 6 KA 43/08 R** - (SozR 4-2500 § 85 Nr. 54) entspricht die **Honorarverteilung** ab II/05 im Bereich der **KV Baden-Württemberg** - eine Honorierung nach Maßgabe von Individualbudgets, die auf der Basis der Abrechnungswerte der einzelnen Praxis aus dem Jahr 2002 berechnet waren - nicht den gesetzlichen Vorgaben; nach BSG, Urt. v. 17.03.2010 - **B 6 KA 13/09 R** - (SozR 4-2500 § 85 Nr. 51) sind die zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen **Leistungen eines Psychotherapeuten**, auch soweit sie von einem genehmigten **Weiterbildungsassistenten** erbracht wurden, bis zu der maßgeblichen Obergrenze von 561.150 Punkten mit dem Mindestpunktwert von 4.423 Cent zu vergüten; bei ihrer erneuten Entscheidung wird die KV allerdings zu prüfen haben, ob bzw. in welchem Umfang diese Zurechnung gerechtfertigt ist, die nämlich eine ausreichende Überwachung und Anleitung des Assistenten voraussetzt; nach BSG, Urt. v. 17.03.2010 - **B 6 KA 41/08 R** - (SozR 4-2500 § 87 Nr. 21) **u. B 6 KA 15-19/09 R** - sind umfangmäßig begrenzte **Privilegierungen von Gemeinschaftspraxen** hinsichtlich der Zahl der berechnungsfähigen Punkte im Verhältnis zu Einzelpraxen auch für die Zeit ab dem Quartal II/05 zulässig; die Grenze einer nicht mehr gerechtfertigten Ungleichbehandlung wird erst erreicht, wenn die Benachteiligung von Einzelpraxen so gravierend ist, dass diese nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden können; die Entscheidung des Bewertungsausschusses, das Ziel der Förderung von Gemeinschaftspraxen durch einen für alle Praxen gleich hohen Zuschlag statt durch eine prozentuale Erhöhung des Ordinationskomplexes zu verfolgen, ist nicht zu beanstanden; nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 30/08 R** - (SozR 4-2500 § 85 Nr. 52) 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 39/08 R** (SozR 4-2500 § 85 Nr. 49) **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 - **B 6 KA 10/09 R** - (SozR 4-2500 § 85 Nr. 48) (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 Degressionswellen 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. HONORARVERTEILUNG 2010

##### A) BESCHLÜSSE DES (ERWEITERTEN) BEWERTUNGS-AUSSCHUSSES: LÄNDERQUOTE/REGIONALER KOSTENFAKTOR

**SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 11 KA 340/09 –**

**RID 10-04-01**

*Sprungrevision zugelassen*

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

SGB V §§ 87, 87a, 87b, 87c

**Leitsatz:** 1. Die **Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses** vom 27./28.8.2008, 17.10.2008 und 23.10.2008 stehen in großen Teilen in Einklang mit der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage, §§ 87ff. SGB V.

2. Das bisher bestehende **Vergütungssystem nach Rechtskreisen** wird im Rahmen der Vorgaben des Gesundheitsfonds relativiert. Aufgrund der spezifischen Ausgestaltung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wirkt der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen bestehende Rechtskreis unmittelbar in den Rechtskreis von Vertragsarzt zur Kassenärztlichen Vereinigung hinein.

3. Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss hat die Bildung eines bundeseinheitlichen **Orientierungswertes** nach § 87a SGB V sowie die Bildung der **morbiditätsbedingten**

**Gesamtvergütung** im Rahmen seines Gestaltungsspielraums in nicht zu beanstandender Weise vorgenommen.

4. In diesem Rahmen war er auch zur Bildung **länderspezifischer Honorarverteilungsquoten** berechtigt.

5. Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss durfte im Rahmen der Bildung von **Regelleistungsvolumina Vorwegabzüge für bestimmte Leistungen**, die als besonders förderungswürdig angesehen werden, zu Lasten aller Fachgruppen vorsehen. Jedenfalls hat er diesbezüglich seiner **Beobachtungspflicht** Genüge getan.

6. Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss hätte auf der Grundlage der §§ 87ff. SGB V **Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur** in den einzelnen Bundesländern festlegen müssen. Diesbezüglich bestand kein Ermessensspielraum. Die Nichtbeachtung dieser gesetzlichen Vorgaben führt zur Rechtswidrigkeit der o. g. Beschlüsse. Insoweit besteht jedoch keine Rechtsverletzung der vertragsärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft, deren Rechtskreis nicht berührt wird, da es im Ermessen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene liegt zu bestimmen, ob und in welcher Weise die Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten in die regionale Euro-Gebührenordnung einfließen.

Das **SG** wies die Klage einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis mit vier Fachärzten für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde gegen den **RLV-Zuweisungsbescheid** für das **Quartal I/09** ab.

## **B) EBM 2010 UND REGELLEISTUNGSVOLUMEN: FACHGRUPPENDURCHSCHNITT IN AUFBAUPHASE**

**SG Marburg, Beschl. v. 01.09.2010 – S 11 KA 604/10 ER -**

**RID 10-04-02**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = MedR 2010, 738

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

Eine Zuweisung des Regelleistungsvolumens ist schon dann rechtswidrig, wenn der **Zuweisungsbescheid** entgegen den ausdrücklichen gesetzlichen Vorgaben in § 87b V 1 SGB V nicht spätestens **vier Wochen vor Quartalsbeginn** erlassen wird. Nach § 87b V 4 SGB V gilt dann das bisherige Regelleistungsvolumen vorläufig fort. Dies bedeutet, dass ein ggf. zu hohes (fortgeltendes) Regelleistungsvolumen nicht mehr nachträglich korrigiert werden darf.

Das BSG hat wiederholt klargestellt, dass umsatzmäßig **unterdurchschnittlich abrechnende Praxen** die Möglichkeit haben müssen, zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen (u.a. BSGE 83, 52, 58 f. = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S. 206 ff.; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 27 S. 195; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 48 S. 411; BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5, jeweils Rn. 19; zuletzt Ur. v. 03.02.2010 - B 6 KA 1/09 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 50).

Für eine **Aufbaupraxis** gebietet es der **Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit**, jegliche Fallzahlbegrenzungen bis zum Durchschnitt der Fachgruppe in der Aufbauphase zu unterlassen. Diese letztlich aus Art. 3 I GG abgeleitete Rechtsprechung gilt auch für die mit dem GKV-WSG geschaffenen Regelleistungsvolumina.

Es bestehen erhebliche Zweifel daran, dass der **Bewertungsausschuss bzw. Erweiterte Bewertungsausschuss** überhaupt berechtigt ist, Regelungen zu den Praxen in der Aufbauphase selbst nur subsidiär vorzusehen und im Übrigen an die Gesamtvertragsparteien auf regionaler Ebene zu **delegieren**.

**HVV 2010 KV Hessen** berücksichtigt nicht hinreichend die Rspr. des BSG zu Praxen in der Aufbauphase. Wer im Vorjahresquartal als Aufsatzquartal bereits zugelassen war, kann nach dem Wortlaut der Vorschrift nur die seinerzeit abgerechnete Fallzahl, unabhängig davon, ob und in welchem Umfang sie unter der durchschnittlichen Fallzahl liegt, erhalten. Eine **Steigerung** des Regelleistungsvolumens im Folgejahr ist daher nur möglich, wenn im aktuellen Quartal die **Fallzahl** im Vergleich zum Vorjahresquartal **regelleistungswidrig gesteigert** werden kann. Dies widerspricht nicht nur dem Zweck, möglichst auch eine Leistungsausweitung zu verhindern, sondern zwingt den Vertragsarzt dazu, zunächst vergütungslos Leistungen zu erbringen, um im Folgejahr seine Vergütung steigern zu können. Je geringer die RLV-relevante Fallzahl ist, um so prozentual höher ist der Teil der Leistungen, der zunächst ohne Vergütung erbracht werden muss. Zwar sind damit theoretisch enorme Umsatzsprünge denkbar. Dies gilt aber im Übrigen auch für durchschnittlich bzw. überdurchschnittliche Praxen; insofern greift dann nur ab 150 % der durchschnittlichen Fallzahl die Abstufungsregelung (Nr. 3.2.1 HVV 2010). Damit gibt der HVV einen Weg vor, der es Praxen in der Aufbauphase nicht ermöglicht, **abrechnungskonform, also ohne nennenswerte Honorareinbußen, ein durchschnittliches Regelleistungsvolumen zu erhalten**. Dies hält das

Gericht im Anschluss an seine Rspr. (**SG Marburg**, Beschl. v. 05.08.2009 – S 11 KA 430/09 ER – RID 09-03-01) für rechtswidrig (insofern abweichend, aber ohne Thematisierung der aufgezeigten Problematik die Beschwerdeentscheidung **LSG Hessen**, Beschl. v. 21.12.2009 – L 4 KA 77/09 B ER – RID 10-01-01).

Hat eine Aufbaupraxis ihre Fallzahlen erheblich gesteigert, so ist es mit dem **Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit** unvereinbar, sie im Folgequartal unter Hinweis auf das Vorjahresquartal mit einer wesentlich geringeren Fallzahl (hier 373 Fälle für Quartal III/10 bei einer Fallzahl von 2.656 Fällen im Quartal II/10) auszustatten, obwohl offensichtlich ist, dass sie damit weiterhin mehr als 80% der Praxistätigkeit vorfinanzieren muss. Jedenfalls muss ihr die **durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe** (hier: bei drei Behandlern ca. 3.500) zugebilligt werden.

Die Ast. hat seit Aufnahme der Praxistätigkeit über die Höhe des zugewiesenen Regelleistungsvolumens für sämtliche Quartale einstweilige Anordnungsverfahren durchgeführt. Für die Quartale III/09 und IV/09 wurden ihr durch LSG Hessen, Beschl. v. 21.12.2009 – L 4 KA 77/09 B ER – RID 10-01-01 (s. dort zum Sachverhalt) jeweils Regelleistungsvolumina auf der Grundlage einer Fallzahl von 1.500 Fällen zugebilligt. Diese Rspr. setzte die 10. Kammer des SG Marburg für das Quartal I/10 fort (Beschl. v. 17.05.2010 - S 10 KA 188/10 ER -). Das für das Quartal II/10 durchgeführte einstweilige Anordnungsverfahren haben die Beteiligten im Termin zur mündlichen Verhandlung am 24.08.2010 durch Vergleich beendet. Die Ag. hatte der Ast. für dieses Quartal einen Betrag von 54.000 € ausgezahlt. Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. für das **Quartal III/10** vorläufig, d.h. bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, ein Regelleistungsvolumen auf der Basis der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe zuzuerkennen.

## 2. PSYCHOTHERAPEUTENVERGÜTUNG

### A) PSYCHOTHERAPEUTENVERGÜTUNG ZU NIEDRIG (KV BERLIN QUARTALE I/95 – I/98)

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.06.2010 – L 7 KA 26/04 –**

**RID 10-04-03**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 85 IV

Die Vergütung der zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen Leistungen nach Kapitel G IV EBM a.F. ist rechtswidrig, wenn die KV zur Ermittlung des Punktwerts für diese Leistungen nicht nur den durchschnittlichen Umsatz derjenigen Berliner Allgemeinmediziner zugrunde gelegt hat, die während des gesamten Kalenderjahres vertragsärztlich tätig waren. Die Einbeziehung solcher Ärzte, die typischerweise nur in geringerer Höhe vertragsärztliches Honorar erwirtschaften als ihre während des gesamten Kalenderjahres tätigen Kollegen, senkt den statistischen Durchschnittswert (hier: bei einer durchschnittlichen Punktmenge von 312.675 Punkten ergibt sich eine Nachzahlung von immerhin über 1.100 €).

**SG Berlin**, Urt. v. 05.05.2004 – S 71 KA 151/00 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die KV zur Neubescheidung über die Honoraransprüche der Kl. für die Quartale I/95 – I/98.

**Parallelverfahren: SG Berlin**, Urt. v. 11.08.2004 – S 79 KA 257/00 – (Quartale I/95 – II/96)

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.06.2010 – L 7 KA 5/05 –**

**RID 10-04-04**

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

### B) KEIN STÜTZPUNKTWERT BEI HONORARANTEIL UNTER 90 %

**SG Hamburg, Urt. v. 16.06.2010 – S 7 KA 238/06 –**

**RID 10-04-05**

SGB V § 85 IV

Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen einer Allgemeinärztin, deren Honoraranteil weniger als 90 % (hier: 16,6 %) beträgt, müssen nicht mit einem gestützten Punktwert vergütet werden.

Das **SG** wies die Klage (Quartale III/03-III/05) ab.

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

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.08.2010 – 1 BvR 1141/10 –*

RID 10-04-06

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

SGB V §§ 85 IV, 87 IIa 7; Nr. 3454 EBM; GG Art. 3 I, 12 I, 19 IV

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 8/09 B – RID 10-02-84 und *LSG Bayern*, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 445/04 – RID 09-02-03 u.a. wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Ob bei der Anwendung der parlamentarischen **Ermächtigungsgrundlage** deren Vorgaben, insbesondere die mit ihr verfolgten Zwecke, hinreichend berücksichtigt und umgesetzt wurden, ist eine inhaltliche Frage, die bei der Frage der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs zu erörtern ist.

Dass die Anforderungen der „**Wesentlichkeitstheorie**“ nicht beachtet wurden, liegt keineswegs auf der Hand, denn das BVerfG hat in seinen einschlägigen Entscheidungen (vgl. etwa BVerfGE 33, 125 <160>; 171 <183>) ausdrücklich zwischen Beschränkungen der Berufswahl und Berufsausübung differenziert und nur für Regelungen im erstgenannten - hier nicht einschlägigen - Bereich besonders strenge Maßstäbe angelegt. Für **Eingriffe in die Berufsausübung** macht es den Umfang, in dem der parlamentarische Gesetzgeber selbst Regelungen treffen muss, von der **Eingriffsintensität** abhängig.

Die **Abstaffelungsregelung** ist nur eine Teilregelung im Rahmen des **Gesamtregelungskonzepts** der Laborreform 1999 und nicht isoliert zu betrachten. Bei der Einordnung und Bewertung der Vorschrift ist vielmehr zu berücksichtigen, dass durch die Reform insgesamt im Wesentlichen kleinere, nur regional tätige Laborpraxen mit einer gegenüber Großlaboren ungünstigeren Kostenstruktur belastet wurden (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 11.10.2006 - B 6 KA 46/05 R - juris, Rn. 40). Die Absicht, auch große Praxen an den Kürzungen angemessen zu beteiligen und zu vermeiden, dass regional tätige Laborpraxen gar nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden können, läuft weder dem Gesetzeszweck, Kosten einzusparen, zuwider noch handelt es sich dabei um ein eigenständiges, völlig neues Ziel.

Ein Beschwerdeführer hat sich mit dem Umstand auseinanderzusetzen, dass dem **Bewertungsausschuss als Normgeber** ein weiter Gestaltungsspielraum bei der Regelung von Sachverhalten zukommt (BVerfGK 4, 131 <136>). Mit diesem Gestaltungsspielraum ist die Forderung, Kürzungsgrenzvolumen und Höhe der Kürzungen müssten ausschließlich nach betriebswirtschaftlichen Kriterien erfolgen und andere Gesichtspunkte dürften keine Berücksichtigung finden, nicht vereinbar.

Die durch die Bildung einer **großen Gemeinschaftspraxis** eintretenden erheblichen Kosteneinsparungen kommen ersichtlich als Grund für eine unterschiedliche Behandlung in Betracht.

### 4. INDIVIDUALBUDGET: KEINE GRUNDSÄTZLICHEN EINWÄNDE IN SONDERREGELUNGSVERFAHREN

*SG Hamburg, Urt. v. 16.12.2009 – S 3 KA 250/06 –*

RID 10-04-07

SGB V § 85 IV

Mit einem Antrag auf eine Ausnahmeentscheidung zu praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina aufgrund einer Ausnahmeregelung kann nicht die Aufspaltung in eine überwiegend nervenärztlich und überwiegend psychotherapeutisch tätige Arztgruppe verlangt werden, da dies gleichermaßen alle Vertragsärzte der jetzigen Arztgruppe betreffen würde. Solche grundsätzlichen Einwände können nur gegen den jeweiligen Honorarbescheid vorgebracht werden.

Das *SG* wies die auf Neubescheidung des Antrags auf Erhöhung des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens gerichtete Klage (ab Quartal III/04) eines Neurologen und Psychiaters ab.

### 5. HVM UND VERTEILUNGSREGELUNG EINES ÄRZTENETZES/HONORARTOPFUNTERTEILUNG

*SG Hamburg, Urt. v. 12.08.2009 – S 3 KA 91/05 –*

RID 10-04-08

SGB V § 85 IV

Die vom Vorstand einer KV genehmigte und als Anlage zum HVM genommene Verteilungsregelung eines Ärztenetzes mit einem eigenen Honorarkontingent ist für die dem Ärztenetz beigetretenen Vertragsärzte und die KV verbindlich, wenn der HVM vorsieht, dass die Verteilungsregelung Bestandteil des HVM ist.

Die Aufteilung eines Unterkontingents für radiologische Leistungen in CT- und MRT-Leistungen einerseits und übrige Leistungen andererseits ist zulässig.

Das *SG* wies die Klage einer radiologischen Gemeinschaftspraxis (Quartal III/03) ab.

## 6. TEILBUDGETS IN HVM

### A) AUSNAHMEREGLUNG WEGEN EINER PRAXISSCHLIEßUNG OHNE PRAXISNACHFOLGE

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.10.2010 – L 7 KA 107/06 –*

RID 10-04-09

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 74/10 B*  
SGB V § 85 IV

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

Ein Vertragsarzt (hier: Neurologe und Psychiater) hat Anspruch auf Neufestsetzung seines Individualbudgets, wenn es in den streitigen Quartalen wegen einer Praxisschließung ohne Praxisnachfolge in seinem Umfeld, auch außerhalb des KV-Bezirks, und entsprechender Patientenübernahme zu vermehrten Patientenzahlen gekommen ist. Maßgeblich für die Bestimmung des Individualbudgets ist nicht etwa der auf ein bestimmtes und umgrenztes Gebiet bezogene Sicherstellungsauftrag der KV, sondern die reale Inanspruchnahme eines Arztes durch eine bestimmte Anzahl von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung.

*SG Berlin*, Urt. v. 28.06.2006 – S 71 KA 172/04 - gab der Klage statt und verurteilte die Beklagte zur Neuberechnung des klägerischen Individualbudgets für die Quartale III/03 bis II/04, das *LSG* wies die Berufung zurück.

### B) FORTGELTUNG VON TEILBUDGETS (QUARTAL I/01)

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.05.2010 – L 7 KA 5/06 –*

RID 10-04-10

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V § 85 IV

Die KV Berlin war berechtigt, in ihren HVM (hier: Quartal I/01) auch die nicht durch den EBM 1997 budgetierten Leistungen mengenbegrenzenden Regelungen zu unterwerfen. Es begegnet keinen rechtlichen Bedenken, dass sie hierzu auf bewährte Maßnahmen eines außer Kraft getretenen EBM zurückgegriffen hat, die nunmehr nicht als bundesrechtliche Norm, sondern als landesrechtliche Satzungsbestimmung die Honorarverteilung regelte. Denn der am 01.07.1997 in Kraft getretene EBM enthält weder ein ausdrückliches noch aus dem Regelungssystem der Budgetierungsmaßnahmen abzuleitendes Verbot an den Satzungsgeber, die außer Kraft getretenen (**EBM-Teilbudgets**) im Rahmen der Honorarverteilung als **Honorarverteilungsmaßnahme** fortgelten zu lassen, zumal an der Rechtmäßigkeit der Teilbudgets selbst im Hinblick auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit keine Bedenken bestehen (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 16/99 R - BSGE 86, 30 = SozR 3-2500 § 83 Nr. 1).

*SG Berlin*, Urt. v. 15.06.2005 – S 79 KA 30/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### C) FORTGELTUNG VON TEILBUDGETS (QUARTAL I U. II/01)/HÄRTEKLAUSEL

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.05.2010 – L 7 KA 136/06 –*

RID 10-04-11

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 85 IV

Eine KV ist berechtigt, in ihrem HVM auch die nicht durch den EBM 1997 budgetierten Leistungen **mengenbegrenzenden Regelungen** zu unterwerfen. Es begegnet keinen rechtlichen Bedenken, dass die KV hierzu auf bewährte Maßnahmen eines außer Kraft getretenen EBM zurückgegriffen hat, die nunmehr nicht als bundesrechtliche Norm, sondern als landesrechtliche Satzungsbestimmung die Honorarverteilung regelte. Es ist zulässig, auf den EBM 1996 zu verweisen (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2).

Auf eine **Kostendeckung** durch den einzelnen Arzt kommt es nicht an.

Eine Sonderregelung für **Anfängerpraxen** oder eine **allgemeine Härteklausele** ist nicht erforderlich, wenn die Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV zur „Weiterentwicklung der Reform des EBM“ v. 07.08.1996 (DÄ A-2815 f.) angewandt wird.

*SG Berlin*, Urt. v. 18.10.2006 – S 83 KA 343/03 - wies die Klage eines Internisten (Honorarbescheide I u. II/01) ab, das *LSG* die Berufung zurück.

**Parallelverfahren:** *SG Berlin*, Urt. v. 15.06.2005 – S 79 KA 78/03 -

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.05.2010 – L 7 KA 6/06 –*

RID 10-04-12

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

## D) UNTERBUDGET FÜR MRT-LEISTUNGEN ZULÄSSIG

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.06.2010 – L 7 KA 81/06 –*

RID 10-04-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 85 IV

Ein HVM kann ein Teilbudget für Radiologen/Strahlentherapeuten/Nuklearmediziner mit jeweiligen Fachgruppenunterbudgets vorsehen und aus dem Budget der Radiologen ein **Unterbudget** für Leistungen des EBM-Abschnitts R (**MRT-Leistungen**) ausgliedern (hier ab Quartal II/99, Honorarbasis I u. II/98), ohne eine Regelung zur etwaigen Stützung des Punktwerts im MRT-Unterbudget.

Eine **Reaktionspflicht** setzt einen **Punktwertabfall** von einer gewissen Dauerhaftigkeit voraus. Dies kann im Regelfall frühestens nach Vorliegen der Daten aus mindestens zwei Quartalen angenommen werden (so BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17, juris Rn. 32).

*SG Berlin*, Urt. v. 15.02.2006 – S 83 KA 45/01 - wies die Klage einer Gemeinschaftspraxis (2 Ärzte) für Radiologie und Neuroradiologie (Honorarbescheide II u. III/99) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 7. ANGEMESSENE VERGÜTUNG UND SONDERBEDARFSZULASSUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.10.2010 – L 7 KA 15/06 –*

RID 10-04-14

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 72 II, 85 IV; GG Art. 3 I, 12 I

Aus dem objektiv-rechtlichen **Gebot der angemessenen Vergütung** ärztlicher Leistungen (§ 72 II SGB V) kann ein Vertragsarzt keinen Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen in einer bestimmten Höhe herleiten; dem steht das vom Gesetz vorgegebene gesamtvertragliche Vergütungssystem entgegen (BSG SozR 3-2500 § 72 Nr. 5; SozR 3-2500 § 85 Nr. 10; SozR 3-2500 § 85 Nr. 12; SozR 3-2500 § 85 Nr. 30).

Eine KV ist nicht verpflichtet, einen **gesonderten Honorartopf** für (ausschließlich) **angiologisch tätige Internisten** zu schaffen.

Auf den stark am Willkürverbot des Art. 3 I GG orientierten Grundsatz der **Honorarverteilungsgerechtigkeit** bleibt es nicht ohne Auswirkungen, dass eine **Sonderbedarfszulassung** für das Teilgebiet Angiologie besteht, wenn sich der Sachverhalt so stark von dem der ohne Abrechnungsbeschränkung zugelassenen Fachärzte unterscheidet, so dass erhebliche Differenzierungen bei ihrer Vergütung (hier: im Jahr 2001 nur ca. 62 % des Honorars der Berliner Fachärzteschaft <208.289 DM/336.196 DM>) nicht zwingend willkürlich sind; Ungleiches darf ungleich behandelt werden. Eine **geringere Vergütung** im Vergleich zu anderen Facharztgruppen ist nämlich mit der Sonderbedarfszulassung gleichsam vorprogrammiert, wenn der strukturelle Nachteil nicht durch eine besonders hohe Fallzahl wettgemacht wird. Eine Sonderbedarfszulassung ist wie eine bewusst enge **fachliche Spezialisierung** zu bewerten. Spezialisiert sich aber ein Arzt innerhalb seines Gebietes oder Teilgebietes auf wenige ausgewählte Leistungen mit der Folge, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen einer größeren Zahl von Leistungen nicht mehr möglich ist, so muss er das Risiko der mangelnden Rentabilität der von ihm betriebenen Spezialpraxis tragen (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.1996 - 6 RKA 6/95 - SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1, juris Rn. 17).

*SG Berlin*, Urt. v. 28.09.2005 - S 79 KA 27/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 8. NR. 3450 U. 3452 EBM I.D.F. VOM 01.07.1999: „HÄMATOLOGIE UND ONKOLOGIE“

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.05.2010 – L 7 KA 21/04 –*

RID 10-04-15

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 85 IV

Bei der Anwendung der Nr. 3450 u. 3452 EBM i.d.F. vom 01.07.1999 ist eine Ärztin für innere Medizin, deren Praxis als **onkologische Schwerpunktpraxis** anerkannt ist, nicht in die für sie erheblich günstigere Arztgruppe der fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet) Hämatologie und Onkologie zuzuordnen, sondern der Arztgruppe der **fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkt** (Teilgebiet). Maßgeblich ist insoweit das berufsrechtliche Verständnis des Begriffspaars „Hämatologie und Onkologie“. Auf die tatsächlichen Gegebenheiten kommt es nicht an.

*SG Berlin*, Urt. v. 21.04.2004 – S 71 KA 231/02 - wies die Klage einer onkologischen Schwerpunktpraxis einer Ärztin für innere Medizin (Honorarbescheide III/99-II/00) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 9. NOTFALLVERGÜTUNG EINES KRANKENHAUSES NACH EBM 2008 RECHTMÄßIG

*SG Hamburg, Urt. v. 25.08.2010 – S 3 KA 289/09 –*

RID 10-04-16

SGB V § 85 IV

Der **Ausschluss der Krankenhäuser** von der Abrechnung nach den Nr. 01100, 01101, 07210, 07211 und 07212 EBM 2008 ist keine sachwidrige Ungleichbehandlung, da Krankenhäuser grundsätzlich nicht an der vertragsärztlichen Vergütung teilnehmen. Die **Vergütung einer Notfallambulanz** eines Krankenhauses nach den Nr. 01210 ff. EBM 2008 ist nicht zu beanstanden, da die Notfallambulanz damit nunmehr eine Vergütung erhält, die derjenigen der Vertragsärzte entspricht.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 10. HONORARVERTEILUNG KV HESSEN

### A) REGELLEISTUNGSVOLUMEN UND SONDERREGELUNG

#### AA) ERMESSENSAUSÜBUNG BEI SONDERREGELUNG (KINDERKARDIOLOGE)

*LSG Hessen, Urt. v. 19.05.2010 – L 4 KA 32/08 –*

RID 10-04-17

SGB V § 85 IV, IVa; EBM 2005 Nr. 33075; Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004

Für die **Sicherstellung der ärztlichen Versorgung** im Rahmen der Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen nach **Ziff. 6.3** letzter Absatz **HVV** sind die Bewertung der vertragsärztlichen Versorgung in einem regionalen Bereich sowie die Feststellung von quantitativen und/oder qualitativen Versorgungsdefiziten von maßgeblicher Bedeutung. Dabei ist eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen (z. B. Anzahl und Leistungsangebot der niedergelassenen und ermächtigten Ärzte, Bevölkerungs- und Mobilitätsstruktur, Umfang und räumliche Verteilung der Nachfrage aufgrund der vorhandenen Verkehrsverbindungen). Diese Aspekte sind in gleicher Weise bei der Frage von Bedeutung, ob die ärztliche Versorgung ausreichend sichergestellt ist. Der KV steht bei der Gewichtung dieser Kriterien ein **Beurteilungsspielraum** zu.

Die **Sicherstellung** ist **gewährleistet**, wenn es für die Versicherten unter Berücksichtigung der festgestellten Nachfrage nach den streitgegenständlichen Leistungen entweder im Planungsbereich selbst oder zumindest in den unmittelbar angrenzenden Planungsbereichen eine in zumutbarer Zeit erreichbare ausreichende Zahl von Behandlern gibt, die in der Lage wären, die notwendige Versorgung – im vorliegenden Fall mit kinder-kardiologischen Leistungen - zeitnah sicherzustellen (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2009 – L 4 KA 25, 28 u. 29/08 – RID 10-02-05, -03 u. 04).

Bezüglich der Ermittlung und **Quantifizierung der Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen** obliegt der KVH ein **Ermessen**, das gemäß § 54 II SGG nur einer eingeschränkten gerichtlichen Prüfung zugänglich ist.

Zwar sind die von der Vorinstanz zur Ermittlung des Umfangs einer Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen aufgezeigten Vorschläge grundsätzlich sachgerecht. Darüber hinaus sind aber durchaus auch andere **sachgemäße Ermessenserwägungen** möglich (vgl. z. B. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 80/03 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 10).

Orientiert sich die KVH bei der Bemessung des Regelleistungsvolumens für einen **Kinderkardiologen** bei ihrer Ermessensausübung an der fachlich am nächsten stehenden ärztlichen Fachgruppe (fachärztlich tätige **Internisten mit dem Schwerpunkt Kardiologie**) und billigt sie das Doppelte zu, so handelt sie ermessensfehlerfrei.

Es kann dahinstehen, ob Leistungen nach **Nr. 33075 EBM 2005** zu berücksichtigen sind. Es spricht Einiges für die Auffassung der KVH, wonach der Zuschlag nach Nr. 33075 EBM 2005 nicht gesondert abrechenbar ist.

*SG Marburg, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 1271/05 – RID 08-01-11* gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## BB) SCHMERZTHERAPEUTISCHE PRAXIS: ANÄSTHESIOLOGEN UND ALLGEMEINMEDIZINER

LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 52/08 –

RID 10-04-18

Revision eingelegt: B 6 KA 36/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV, IVa; EBM 2005 Nr. 01601; Beschluss des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004

Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats ist der HVV 2005 mit höherrangigem Recht insoweit unvereinbar, als eine **allgemeine Härtefallregelung** fehlt, die im Fall einer in besonderer Weise spezialisierten Praxis eine Ausnahme von Regelleistungsvolumen zulässt (vgl. im Einzelnen LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2010 - L 4 KA 25, 28 u. 29/08 – RID 10-02-05, 03 u. 04, jeweils Revision anhängig: B 6 KA 17, 18 u. 19/10 R).

Bei einer **eindeutigen Spezialisierung auf schmerztherapeutische Leistungen** liegt ein Härtefall vor, weil das zuerkannte Regelleistungsvolumen die besondere, vom Durchschnitt der Arztgruppe der Anästhesisten deutlich abweichende Praxisstruktur nicht berücksichtigt (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 80/03 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 10, juris Rn. 42, zu einer auf ambulante Operationen spezialisierten Augenarztpraxis), die sich auch aus den innerhalb des Regelleistungsvolumens abgerechneten speziellen schmerztherapeutischen Leistungen nach dem Kapitel 30.7. EBM 2005 ergibt.

SG Marburg, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 18/07 – RID 08-03-09 gab der Klage statt, das LSG wies die Berufung zurück.

## CC) KEINE SONDERREGELUNG BEI ÜBERSCHREITUNG DES REGELLEISTUNGSVOLUMENS UNTER 25 %

SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 422/09 –

RID 10-04-19

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Eine **Sonderregelung** bzgl. der Festsetzung eines **Regelleistungsvolumens** (hier: Quartale IV/05 bis I/07, Fachärzte für innere Medizin, fachärztlich tätig) scheidet aus, wenn das Regelleistungsvolumen über mehrere Quartale hinweg um weniger als 25 % überschritten wird, da eine Überschreitung in dieser Höhe in der Systematik der Bildung der Regelleistungsvolumina liegt und dieser Überschreitungssatz alle Vertragsärzte gleichermaßen trifft. Der Kammer ist diese rückblickende Betrachtung nicht verwehrt (vgl. a. LSG Hessen, Urt. v. 19.05.2010 – L 4 KA 32/08 – RID 10-04-17, Umdruck S. 16), da sie nach den Grundsätzen der Amtsermittlung vom Sach- und Kenntnisstand der letzten mündlichen Verhandlung auszugehen hat.

Das SG wies die Klage ab.

## B) AUSGLEICHSREGELUNG UND EXTRABUDGETÄRE LEISTUNGEN

SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 12 KA 734/08 –

RID 10-04-20

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 85 IV, IVa

Der **Vorstandsbeschluss** der KV Hessen v. 20.08.2007, wonach die **Ausgleichsregelung nach § 5 IV HVV** keine Anwendung findet bei Praxen, die € 1.000,00 und mehr im Bereich der Leistungen gem. § 115b SGB V sowie im Verhältnis zu ihrer Fachgruppe mehr extrabudgetäres Honorar vergütet bekommen, ist **rechtswidrig**. Er unterläuft die einzelfallbezogene Härtefallregelung nach § 5 IV HVV, indem sie eine pauschalierende Regelung trifft, die dem Sinn und Zweck des § 5 IV HVV widerspricht (Anschluss an SG Marburg, Urt. v. 31.03.2010 – S 11 KA 98/09 – RID 10-02-10).

Das SG gab der Klage (Quartale II u. III/07) statt und verurteilte zur Neubescheidung.

## C) ABGESTAFFELTE VERGÜTUNG BEI FALLZAHL VON ÜBER 150%/MKG-CHIRURGEN

SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 172/10 –

RID 10-04-21

Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 74/10 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 85 IV, IVa, 87

Die **abgestaffelte Vergütung** bei Überschreiten der Fallzahl von über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal ist nicht zu beanstanden (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 08.10.2008 - S 12 KA 84/08 - RID 08-04-27, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 99/08 – RID 10-01-15). Dies gilt auch für **MKG-Chirurgen**.

Das Vorliegen eines **Ausnahmetatbestandes** kann nicht mit dem Vortrag begründet werden, es müsse auf die individuelle Fallzahl abgestellt werden.

Das SG wies die Klage ab.

## 11. ABRECHNUNGSRICHTLINIEN ALS KV-SATZUNG

### A) 6-WOCHENFRIST FÜR NACHTRÄGLICHE ABRECHNUNGSKORREKTUR: FEHLER IM ABRECHNUNGSPROGRAMM

*SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 732/09 –*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 85 IV

RID 10-04-22

Eine Kassenärztliche Vereinigung kann durch **Satzung Abrechnungsrichtlinien** erlassen, in denen eine **nachträgliche Honorarkorrektur** nach Ablauf einer sechswöchigen Frist nur in Ausnahmefällen möglich ist. Dies gilt jedenfalls dann, wenn sie im Honorarverteilungsvertrag allgemein zum Erlass der Abrechnungsrichtlinien ermächtigt wird.

**Fehler im Abrechnungsprogramm** einer Vertragsärztin stellen einen solchen Ausnahmefall nicht dar.

Das **SG** wies die Klage gegen die Ablehnung einer nachträglichen Korrektur der Abrechnung für das Quartal IV/08 (Wert: 2.860,23 €) ab.

### B) ABRECHNUNGSGEBÜHR WEGEN VERSPÄTUNG

*SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 251/10 –*  
*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 75/10 -*  
SGB V §§ 79 III 1 Nr. 1, 85 IV 2

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

RID 10-04-23

**Abrechnungsregelungen** einer KV können auch in einer **Satzung** jedenfalls dann geregelt werden, soweit der Honorarverteilungsvertrag keine abweichende Regelung trifft.

Die Erhebung einer **Abrechnungsgebühr** in Höhe von 50,00 € für jeden verspäteten Tag ist auch nicht unverhältnismäßig.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 12. GESAMTSCHULDNERISCHE HAFTUNG JEDES GESELLSCHAFTERS AUCH BEI „SCHEINGESELLSCHAFT“

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.09.2010 – L 11 KA 70/10 B ER –*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 75 II 2, 85 IV; BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä 34 IV 1 u. 2; Ärzte-ZV § 33 II 2

RID 10-04-24

Die **Berufsausübungsgemeinschaft** (BAG) als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) gilt für schwebende Auseinandersetzungen um Forderungen und Verbindlichkeiten als **fortbestehend**. Hieraus folgt, dass die früheren Gesellschafter auch auf Rückforderungsansprüche der KV aus Honorarleistungen an die BAG gesamtschuldnerisch haften, mithin gehalten sind, eine **Bürgschaft** mit gesamtschuldnerischer Haftung beizubringen (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.2007 - B 6 KA 6/06 R - BSGE 98, 89 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 31). Dies gilt auch für den Fall eines Gestaltungsmissbrauchs.

Die KV muss bei der **Abrechnung** der geltend gemachten ärztlichen Leistungen nicht zwingend davon ausgehen, dass es sich um Leistungen einer **Gemeinschaftspraxis** handelt. Denn eine Gemeinschaftspraxis besteht nur, wenn die konstitutiv und statusbegründend wirkende Genehmigung nach § 33 II 2 Ärzte-ZV vorliegt und sich zusätzlich die Vertragsärzte, denen die Führung einer Gemeinschaftspraxis genehmigt worden ist, tatsächlich zur gemeinsamen und gemeinschaftlichen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit verpflichtet haben und diese auch tatsächlich gemeinsam ausüben (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 34/02 R - SozR 4-5520 § 33 Nr. 2).

Hat keine Gemeinschaftspraxis bestanden, liegt mithin ein **Gestaltungsmissbrauch** vor, ist die KV dem Grunde nach zu einer sachlich-rechnerischen **Berichtigung** verpflichtet (hierzu u.a. BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R - BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr. 6; Beschl. v. 05.11.2008 - B 6 KA 17/07 B - juris; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 17.12.2008 – L 3 KA 316/04 – RID 09-02-19; v. 08.06.2007 – L 3 KA 9/07 ER – RID 07-03-26; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.12.2006 – L 11 KA 82/05 – RID 07-01-29). Auf den Rückforderungsanspruch **haftet jeder Gesellschafter einer „Scheingesellschaft“** gesamtschuldnerisch (s. LSG Niedersachsen-Bremen, aa.O.; LSG Bayern, Urt. v. 10.05.2006 – L 12 KA 10/03 – RID 06-04-26)

Die Ast. und der Beigel., beides Fachärzte für Diagnostische Radiologie, betrieben von 2001 **bis zum 31.12.2009** eine **Berufsausübungsgemeinschaft** (BAG). Der Honorarbescheid für das **Quartal III/09** vom 26.01.2010 weist für die frühere BAG ein **Restguthaben** in Höhe von 71.743,38 € aus. Die Ag. verweigerte die

Auszahlung. Die Ast. beantragte den Erlass einer einstweiligen Anordnung. Sie sei seit dem 01.01.2010 Rechtsnachfolgerin der bisherigen BAG. Der Gesellschaftsvertrag sehe vor, dass Geschäftsführung und Vertretung der Gemeinschaftspraxis allein bei ihr liegen. Da lediglich ein Gesellschafter ausgeschieden und die Gesellschaft nicht aufgelöst sei, folge aus dem Gesellschaftsvertrag vom 15.07.2001 ihre Aktivlegitimation. Im Vertrag sei geregelt, dass das Vermögen der Gemeinschaftspraxis ohne Liquidation mit Aktiva und Passiva auf den verbleibenden Gesellschafter übergehe, der berechtigt sei, die Praxis alleine oder mit einem neuen Kollegen weiterzuführen. Obwohl zwischenzeitlich eine Erklärung des Beigel. vorliege, nach der er mit der Auszahlung des Restguthabens für das Quartal III/09 auf das bisherige Geschäftskonto der BAG einverstanden sei, verweigere die Ag. nach wie vor die Auszahlung. Das derzeitige Defizit betrage 130.000 €. Ohne Privatentnahmen beliefen sich die monatlichen Kosten der Praxis auf etwa 50.000 €. *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 20.05.2010 – S 14 KA 85/10 ER – verpflichtete die KV, das Resthonorar für das Quartal III/09 der ehemaligen BAG gemäß Abrechnungsbescheid in Höhe von 71.743,38 € an die BAG auf das Konto der BAG unter der Auflage zu zahlen, dass die Ast. und der Beigel. in Höhe des vorgenannten Resthonorars eine Sicherheit durch schriftliche, unwiderrufliche, unbedingte und unbefristete Bürgschaft eines im Inland zum Geschäftsbetrieb befugten Kreditinstituts leisten, und der Ast. vorläufig bis zum 31.12.2010 Abschlagszahlungen rückwirkend ab 01.01.2010 in einer Höhe von 15.900 € zu zahlen; im Übrigen wies es die Anträge (Hauptantrag: Auszahlung an die Ast. und Anträge ohne Auflage) zurück. Das *LSG* wies die Beschwerde des Beigel. zurück.

S. jetzt *BSG*, Urt. v. 23.06.2010 – B 6 KA 7/09 R –, das die Revision gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 17.12.2008 – L 3 KA 316/04 – zurückgewiesen hat.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach *BSG*, Urt. v. 18.08.2010 – *B 6 KA 23/09 R* – konnte eine **Laborärztin** die Nr. 7120 EBM (**Pauschalerstattung für den Transport von Briefen**) in den Fällen nicht berechnen, in denen sie die Untersuchungen auf Anforderungen von anderen Laborärzten durchführte; nach *BSG*, Urt. v. 23.06.2010 – *B 6 KA 7/09 R* – wird die ärztliche Tätigkeit jedenfalls dann nicht mehr in **freier Praxis** ausgeübt, wenn ein Kooperationspartner weder das wirtschaftliche Risiko der Praxis mit trägt noch am Wert der Praxis beteiligt ist; weder der **Status** des beigeladenen Arztes als Vertragsarzt noch die ebenfalls statusbegründende Genehmigung der Gemeinschaftspraxis stehen der Berechtigung der KV entgegen, aus der gesetzwidrigen Gestaltung der beruflichen Kooperation die notwendigen vergütungsrechtlichen Folgerungen zu ziehen; einer vorherigen rückwirkenden Beseitigung des Status bedarf es hierzu nicht. Die **Statusentscheidungen** sichern die vertragsärztliche Tätigkeit im **Rechtsverhältnis zu Dritten** ab; die Versicherten können sich darauf verlassen, durch einen zugelassenen Arzt im Rahmen des Sachleistungsprinzips behandelt zu werden; die ausgestellten Verordnungen sind wirksam. Solange der Status nicht beseitigt ist, wird der Arzt im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt und darf seine organschaftlichen Mitwirkungsrechte innerhalb der KV wahrnehmen. Im **Innenverhältnis zur KV** schützt der rechtswidrig erlangte bzw. genutzte Status den Arzt jedoch zumindest in vergütungsrechtlicher Hinsicht nicht. Die Richtigstellung fehlerhafter vertragsärztlicher Abrechnungen setzt grundsätzlich kein Verschulden des Vertragsarztes voraus; nach *BSG*, Urt. v. 23.06.2010 – *B 6 KA 8/09 R* – sind die nach dem Verlassen des Kreißaales im Krankenhaus aufgenommenen **Säuglinge** nicht Patienten des **gynäkologischen Belegarztes**. Abgesehen von ausdrücklich geregelten Fällen - insbesondere U-1 Untersuchungen - sowie von Notfallbehandlungen, können die Leistungen gegenüber Säuglingen, die zusammen mit ihrer noch krankenhauspflegebedürftigen Mutter nach der Geburt im Krankenhaus verbleiben, nur von **Kinderärzten** erbracht werden; die Verneinung eines Honoraranspruchs des gynäkologischen Belegarztes ist unabhängig davon, ob das Krankenhaus einen Kinderarzt beschäftigt oder als Belegarzt an sich gebunden hat; 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. KONTOAUFSTELLUNG/AUFSCHIEBENDE WIRKUNG EINES WIDERSPRUCHS

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.03.2010 – L 11 B 25/09 KA ER –*

RID 10-04-25

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

SGB V § 85 IV 9; SGG § 86a I 1, 86b I 1; SGB X §§ 31, 35

In einer **Kontoaufstellung** über das Honorar ist der eigentliche Bescheidtenor (Verfügungssatz) die Aussage über das „**Restguthaben**“. Alle anderen Positionen des Bescheides hingegen stellen keine Regelung i.S.d. § 31 Satz 1 SGB X dar. Es handelt sich um schlichte Begründungselemente. Dies gilt auch für einen Rechnungsposten „Einbehalt für Rückforderung“.

Die **aufschiebende Wirkung** eines Widerspruchs schließt die **Aufrechnung** mit einer Gegenforderung aus (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 16.04.2003 – L 10 B 21/02 KA ER - RID 04-02-35).

Die Aussetzung der Vollziehung eines Bescheides bewirkt ebenso wie der Suspensiveffekt (§ 86a I SGG) die **aufschiebende Wirkung** des gegen den Bescheid eingelegten Rechtsbehelfs (BFH vom 31.08.1995 - VII R 58/94 -).

Im Februar 1997 eröffnete der Ast. in einer Zeit, in der er sich wegen einer Freiheitsstrafe von November 1996 bis Februar 1999 im offenen Strafvollzug befand, eine **privatzahnärztliche Praxis**. Einen Teil der Praxisräumlichkeiten überließ er dem Zahnarzt S, der im Nov. 1997 als Vertragszahnarzt zugelassen wurde. In der Folgezeit rechnet **S als „Strohmann“** Leistungen ab, die der Ast. bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht hatte. Für den Zeitraum vom 12.01.1998 bis 10.04.2000 zahlte die KV Honorar und Kosten auf vom Zahnarzt S unterzeichnete Abrechnungen aus. **LG Düsseldorf**, Urt. v. 20.12.2001 verurteilte den Ast. wegen gemeinschaftlichen Betrugs und versuchten gemeinschaftlichen Betrugs zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren (bestätigt durch **BGH**, Urt. v. 05.12.2002 - 3 StR 161/02 - RID 03-01-112). Der Schaden beläuft sich nach den Berechnungen des LG auf 1.011.244,50 DM (517.041,11 €). Mit bestandskräftig gewordenem Neufestsetzungs- und Rückforderungsbescheid vom 01.06.2004 forderte die Ag. zu Unrecht ausgezahlte Vergütungen bzw. zu Unrecht erstattete Kosten für die Quartale IV/1997 bis I/2000 in Höhe von 517.041,11 € von Zahnarzt S zurück. Hiervon realisierte sie einen Teilbetrag von 20.681,36 EUR. Der Berufungsausschuss ließ den Ast. zum 01.07.2006 zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung zu. Nach Streit um eine Rückzahlungsverpflichtung des Ast. kündigte die Ag. an, dass sie von künftigen Zahlungsansprüchen Einbehalte in Höhe von 10 % vornehmen werde, das auszuzahlende Honorar III/08 werde sie um den Einbehalt von 337,84 € reduzieren. Hiergegen legte der Ast. erfolglos Widerspruch ein. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 16.11.2009 – S 2 KA 165/09 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt (Antrag: festzustellen, dass die Klage gegen den Widerspruchsbescheid <S 2 KA 172/09> aufschiebende Wirkung hat), das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## 2. HEMMUNG DER AUSSCHLUSSFRIST DURCH VERGLEICHVERHANDLUNGEN BIS ZUM „EINSCHLAFENLASSEN“

*SG Berlin, Urt. v. 22.09.2010 – S 71 KA 552/09 –*

RID 10-04-26

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

BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä 34 IV 2; BGB §§ 203 ff.

Für sachlich-rechnerische Berichtigungen gilt eine **vierjährige Ausschlussfrist**, innerhalb derer der Richtigstellungsbescheid dem Betroffenen bekannt gegeben werden muss (BSG, Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 40/05 – BSGE 97, 84 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 15, juris Rn. 12 m.w.N.). Die verjährungsrechtlichen **Hemmungsvorschriften** – insbesondere §§ 203 ff. BGB – finden über § 45 II SGB I auf die Ausschlussfrist entsprechende Anwendung (vgl. hierzu a. BSG, Urt. v. 20.09.1995 – 6 RKa 40/94 – BSGE 76, 285 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 30, juris Rn. 27).

Wenn schon der einseitige Erlass eines Verwaltungsaktes gegenüber dem Betroffenen ausreicht, um die Wirkung der Hemmung herbeizuführen, so muss es ebf. ausreichen, wenn zwischen den Beteiligten **Verhandlungen** geführt werden. Auch in diesem Fall besteht kein Vertrauensschutz auf den Bestand des Status quo.

Eine Hemmung wird aber beendet, wenn die **Vergleichsverhandlungen** zwischen den Beteiligten „einschlafen“. Ein Abbruch der Verhandlungen durch ein solches „**Einschlafenlassen**“ ist dann anzunehmen, wenn der Berechtigte den Zeitpunkt versäumt, zu dem eine Antwort auf die letzte Anfrage des Ersatzpflichtigen spätestens zu erwarten gewesen wäre, falls die Verhandlungen mit verjährungshemmender Wirkung hätten fortgesetzt werden sollen (zuletzt: BGH, Urt. v. 06.11.2008 - IX ZR 158/07 juris m.w.N.).

Jedenfalls die **Untätigkeit** einer der an Vergleichsverhandlungen beteiligten Parteien über neun Monate hinweg führt zu einem „Einschlafen“ der Vergleichsverhandlungen mit der Folge, dass die Ausschlussfristen für eine Honorarrückforderung nicht weiter gehemmt werden.

Der Kl. nimmt seit Juli 1995 als Facharzt für innere Medizin im hausärztlichen Bereich an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Bis zum 30.09.2004 war er mit Herrn K G, Facharzt für innere Medizin im hausärztlichen Bereich, in einer Praxisgemeinschaft tätig. Seit dem 01.10.2004 ist er u.a. gemeinsam mit Herrn G in einem MVZ tätig. Der **Honorarfestsetzungsbescheid** für das Quartal III/02 über 75.959,02 € ist dem Kläger am **04.04.2003 zugestellt** worden. Im Sommer 2004 führte der Plausibilitätsausschuss eine Plausibilitätsprüfung durch und wies auf einen außergewöhnlich hohen Anteil an gemeinsamen Patienten zwischen der Praxis des Kl. und der Praxis des Herrn G hin. Zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts forderte der Plausibilitätsausschuss den Kl. zu einer Stellungnahme auf. Von 601 „gemeinsamen Patienten“ seien nur 86 plausibel. Vergleichsweise schlug er die Rückzahlung von 16.242,32 € vor, was der Kl. der Höhe nach ablehnte. Im April 2008 bot die Bekl. an, das Plausibilitätsverfahren gegen Zahlung einer Schadenswiedergutmachung in Höhe von 5.000 € (brutto) einzustellen. Der Kl. erklärte, dass er das Vergleichsangebot annehmen werde, wenn keine Verjährung des Anspruchs vorliege. Hierüber stritten die Bet. weiter und es kam zur Ablehnung des Angebots. Mit Bescheid vom 13.08.2008 korrigierte die Bekl. den Honorarbescheid um 5.614,75 € brutto. Hinsichtlich der Verjährung vertrat die Bekl. die Auffassung, dass diese durch Vergleichsverhandlungen in der Zeit vom 22.09.2006 bis zum 22.05.2008 gehemmt worden sei. Das **SG** gab der Klage statt.

### 3. JOB-SHARING

#### A) EBM-BEDINGTE KORREKTUR DES ANPASSUNGSFAKTORS/LEISTUNGSANTEIL/RÜCKFORDERUNGSBERECHNUNG

**SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 – S 12 KA 555/09 –**

**RID 10-04-27**

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

SGB V §§ 85 IV, 101 I 1 Nr. 4 u. 5, 106; BedarfspIRL-Ä § 23c ff., 23f

Der Anpassungsfaktor (Nr. 3.4 Angestellten-Ärzte-RL bzw. § 23f BedarfspIRL-Ä) soll EBM-bedingte, von der Leistungserbringung der Job-Sharing-Praxis unabhängige Punktzahlausweitungen ermöglichen. Aufgrund der **ungleichzeitigen Berechnung des Anpassungsfaktors** – Vergleich des Abrechnungsvolumens der Praxis vor Einführung des EBM 2005 mit dem Fachgruppendurchschnitt nach Einführung des EBM 2005 - kommt es aber zu einer Fehlberechnung. Dieser strukturelle Fehler setzt sich zudem in allen folgenden Leistungsjahren fort. Dies kann zu einer gleichheitswidrigen Benachteiligung einer Job-Sharing-Praxis mit den Job-Sharing-Praxen, deren Anpassungsfaktor vor dem Quartal II/05 berechnet wird oder deren Aufsatzquartale nach dem Quartal I/05 liegen, führen. Von daher ist Nr. 3.4 AÄRL bzw. § 23f BedarfspIRL-Ä dahingehend verfassungskonform auszulegen, dass die Berechnung des Anpassungsfaktors auf der Grundlage identischer Aufsatzquartale (hier: Quartale I bis IV/04) vorzunehmen ist.

Partner einer Job-Sharing-Praxis können zu gleichen **Leistungsanteilen** berücksichtigt werden, soweit die Festsetzung des Zulassungsausschusses hiervon ausgeht.

Für die **Berechnung der Rückforderung** aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellung im Falle von Budgetierungen bleibt der praxisindividuelle Punktwert maßgebend (vgl. BSG, Urt. v. 11.03.2009 – B 6 KA 62/07 R - BSGE 103, 1 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 7 = USK 2009-11). Die gilt auch für eine Rückforderung aufgrund der Überschreitung einer Obergrenze für eine Job-Sharing-Praxis.

Das **SG** hob auf Klage der Gemeinschaftspraxis zweier Hautärzte die sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxisumfangs bei Beschäftigung eines ganztags angestellten Hautarztes im Rahmen eines sog. Job-Sharings in Höhe von noch 38.359,59 € brutto für die vier Quartale III/06 bis II/07 (2. Leistungsjahr) insoweit auf, als ein den Betrag von 14.276,26 € brutto übersteigender Berichtigungsbetrag festgesetzt wurde, und wies im Übrigen die Klage ab.

**Parallelverfahren: SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 – S 12 KA 559/09 –**

**RID 10-04-28**

Das **SG** hob auf Klage der Gemeinschaftspraxis (eine hausärztlich tätige Internistin und ein fachärztlich tätiger Internist) die sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitens des Praxisumfangs bei Beschäftigung einer halbtags angestellten Ärztin (hausärztlich tätige Internistin) im Rahmen eines sog. Job-Sharings in Höhe von 35.995,40 € netto für die acht Quartale III/05 bis II/07 (1. Leistungsjahr: 12.527,86 € brutto; 2. Leistungsjahr: 24.568,17 €) insoweit auf, als im 2. Leistungsjahr ein den Betrag von 5.570,57 € brutto übersteigender Berichtigungsbetrag festgesetzt wurde, und wies im Übrigen die Klage ab.

## B) EBM-ANPASSUNG FÜR 1. LEISTUNGSJAHR/VERTRAUEN/FALSCHBERATUNG

**SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 – S 12 KA 841/09 –**

**RID 10-04-29**

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

SGB V §§ 85 IV, 101 I 1 Nr. 4 u. 5, 106; BedarfspIRL-Ä § 23c ff., 23f

Liegt eine aufgrund der Einführung des EBM 2005 **fehlerhafte Berechnung des Anpassungsfaktors** (§ 23f BedarfspIRL-Ä) vor (vgl. SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 – S 12 KA 555/09 -, s. vorstehend), so ist mit Hilfe des Anpassungsfaktors auch die Leistungsobergrenze einer sog. Job-Sharing-Praxis für das **1. Leistungsjahr** anzupassen, soweit die Job-Sharing-Praxis ansonsten nicht an der EBM-bedingten allgemeinen Punktzahlerhöhung teilnimmt.

Weist die KV eine Job-Sharing-Praxis auf erhebliche Überschreitungen in einzelnen Quartalen des 1. Leistungsjahres hin und wird das Abrechnungsverhalten nicht geändert, so kann ein **Vertrauen** darauf, wegen Nichttätigwerden der KV bestehe eine Leistungsüberschreitung nicht, weder im 1. Leistungsjahr noch in den Folgejahren entstehen.

Auch eine – hier unterstellte – **Falschberatung** bzgl. der Anrechnung extrabudgetärer Leistungen führt nicht zur Rechtswidrigkeit eines Rückforderungsbescheids wegen Überschreitens der Leistungsobergrenze einer Job-Sharing-Praxis.

Das **SG** hob die sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitens des Praxisumfangs im Rahmen eines sog. Job-Sharings einer aus zwei Ärzten für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Lungen- und Bronchialkunde bzw. Pneumologie bestehenden Gemeinschaftspraxis, die die Praxis mit ab 2005 möglichen Schlaflaborleistungen ausgebaut hatte, in Höhe von 632.107,38 € netto für die zwölf Quartale II/05 bis I/08 (1. Leistungsjahr: 113.777,32 € brutto; 2. Leistungsjahr: 255.018,33 €; 3. Leistungsjahr: 274.253,89 €) insoweit auf, als in den jeweiligen Leistungsjahren ein Betrag von 82.378,94 €, 193.480,70 € bzw. 206.879,89 € brutto übersteigender Berichtigungsbetrag festgesetzt wurde, und wies im Übrigen die Klage ab.

## C) ISOLIERTE QUARTALSBERICHTIGUNG/ZWEIJÄHRIGE AUSSCHLUSSFRIST UNZULÄSSIG

**SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 – S 12 KA 455/10 –**

**RID 10-04-30**

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

SGB V §§ 85 IV, 101 I 1 Nr. 4 u. 5, 106; BedarfspIRL-Ä § 23c ff., 23f

Wird eine sog. Job-Sharing-Praxis nach dem **ersten Quartal eines Leistungsjahres** beendet, so kann für dieses Quartal im Fall der Überschreitung der Leistungsobergrenze eine Honorarrückforderung erfolgen, obwohl keine Möglichkeit des Ausgleichs mit den übrigen Quartalen des Leistungsjahres besteht.

Eine KV ist nicht berechtigt, in ihrem **Honorarverteilungsmaßstab** (hier: Quartal III/04) die nach Bundesrecht geltende **Ausschlussfrist** von vier Jahren für sachlich-rechnerische Berichtigungen (vgl. BSG Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKA 57/94 – SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1 = USK 95136, juris Rn. 10) auf zwei Jahre zu verkürzen.

Das **SG** wies die Klage einer Gemeinschaftspraxis zweier Frauenärzte, die bis zum Quartal II/05 bestand, gegen eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitens des Praxisumfangs bei Beschäftigung einer angestellten Ärztin im Rahmen eines sog. Job-Sharings in Höhe von 19.128,73 € netto für das Quartal III/04 (5. Leistungsjahr) ab.

## D) VERTRAUENSCHUTZ GEGEN HONORARRÜCKFORDERUNG/GEMEINSCHAFTSPRAXIS

**SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 126/10 –**

**RID 10-04-31**

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 71, 72 u 73/10 -*

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

SGB V §§ 85 IV; BedarfspIRL-Ä §§ 23c, 23e, 23f; BGB § 705 ff.

**Adressat einer Honorarberichtigung** kann eine **Gemeinschaftspraxis** in ihrer aktuellen Zusammensetzung sein, auch wenn sie sich auf Quartale bezieht, in denen die Gemeinschaftspraxis z. T. andere Mitglieder hatte.

Eine **Jobsharingpraxis** kann gegen eine Honorarrückforderung wegen Überschreitens der Leistungsbegrenzung **Vertrauensschutz** geltend machen, wenn die KV über Jahre hinweg mit dem Quartalshonorarbescheid ankündigt, bezüglich der Prüfung der Abrechnung im Hinblick auf die Einhaltung der Punktzahlobergrenze im Rahmen des Job-Sharings werde sie die Praxis jeweils nach Ablauf eines kompletten Leistungsjahres mit einem gesonderten Schreiben informieren, aber untätig bleibt.

Das **SG** gab der Klage einer radiolog. Gemeinschaftspraxis gegen eine Honorarrückforderung von 344.799,14 € wegen Überschreitens der Leistungsbeschränkung im Rahmen eines sog. Jobsharing-Verhältnisses für den Zeitraum II/04 bis I/07 (fünftes bis siebtes Leistungsjahr) statt.

#### 4. KEINE VERGÜTUNG VON LEISTUNGEN AUS BEREICH § 115A SGB V AUFGRUND ERMÄCHTIGUNG

*SG Marburg, Urt. v. 24.08.2010 – S 11 KA 649/08 –*

RID 10-04-32

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 69/10 –*

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

SGB V §§ 39 I 1, 115a, 115b, 116; Ärzte-ZV § 31a I; KHEntgG § 8 II Nr. 4

Eine Ermächtigung nach § 116 SGB V, § 31a I Ärzte-ZV ist nur für Leistungen aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung möglich. Aus dem Verhältnis der Vorschriften der §§ 116 und 115a SGB V zueinander ergibt sich ein grundsätzlicher Ausschluss dergestalt, dass eine **Ermächtigung nach § 116 SGB V nicht für Leistungen nach § 115a SGB V** erteilt werden kann.

Klassische **Nachsorgeleistungen** wie Ordinations- und Konsultationskomplex sowie Röntgenleistungen unterfallen der gesetzlichen Definition nach § 115a SGB V, da sie dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Nach § 8 II Nr. 4 KHEntgG dürfen derartige nachstationäre Leistungen zusätzlich zu einer Fallpauschale nur berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt. Ist dies nicht der Fall, ist die nachstationäre Behandlung durch einen ermächtigten Krankenhausarzt bereits durch die Fallpauschale abgegolten.

Ist die nachstationäre Behandlung bereits durch die **Fallpauschale** abgegolten, kann eine zusätzliche Abrechnung im Rahmen einer Ermächtigung nicht erfolgen und würde dies eine Doppelabrechnung der Leistungen bedeuten.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### 5. GEMEINSCHAFTSPRAXIS: KEINE FACHÄRZTLICHE LEISTUNG DURCH HAUSÄRZTLICHEN GESELLSCHAFTER

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 31.08.2010 – L 5 KA 18/10 –*

RID 10-04-33

*Revision anhängig: B 6 KA 31/10 R*

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

SGB V §§ 73 I 2, Ia 1 Nr. 3 u. 5, 87 II a 2, 106 II 1; Ärzte-ZV §§ 3 II, 32 I 2 u. 5, 33 II; BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä 34 IV 2

**Leitsatz:** In einer **versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxis** darf der Gesellschafter, der nur zur hausärztlichen Versorgung zugelassen ist, auch im Vertretungsfall keine Leistungen abrechnen, deren Abrechnung dem fachärztlichen Versorgungsbereich vorbehalten ist.

**SG Mainz**, Urt. v. 13.01.2010 – S 11 KA 181/08 - wies die Klage gegen die Streichung der Nr. 13400 EBM 2005 (31x) (Quartale IV/06, I u. III/07) der Gemeinschaftspraxis mit einem Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie und einem hausärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 6. EINSTWEILIGES RECHTSSCHUTZVERFAHREN: SICHERHEITSLAISTUNG BEI OFFENEM AUSGANG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.04.2009 – L 11 KA 7/09 ER –*

RID 10-04-34

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

SGB V § 85 IV 9; SGG §§ 86a, 86b I 1 Nr. 2, 197°; VwGO § 154 I

Die **sofortige Vollziehung** ist zunächst bei der **Verwaltung** zu beantragen. Erst wenn ein solcher Antrag erkennbar aussichtslos ist, besteht ein **Rechtsschutzbedürfnis** für eine Entscheidung des Gerichts. Der gegenteiligen Entscheidung des BSG vom 17.10.2007 - B 6 KA 4/07 R - SozR 4-1935 § 17 Nr. 1 folgt der Senat nicht.

Sind die **Erfolgsaussichten** einer Klage gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung wegen Falschabrechnung **nicht offensichtlich**, kommt eine Aussetzung der sofortigen Vollziehung nur gegen **Sicherheitsleistung** in Betracht. Das Regel-Ausnahme-Verhältnis des § 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG i.V.m. § 95 Abs. 4 Satz 9 SGB V spricht grundsätzlich für den Vollzug.

Hätte ein Kläger schon durch eine im Verwaltungsverfahren mittels einer der Beklagten zu stellenden Sicherheitsleistung Aufschub erlangen können, so hat er die **Kosten des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens** zu tragen.

Das **LSG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an, sofern der Kl. der Bekl. bis zum 18.05.2009 eine Sicherheit in Höhe von 126.000 € durch selbstschuldnerische Bürgschaft stellt; im Übrigen lehnte es den Antrag ab; die Kosten des Verfahrens legte es dem Kl. auf.

## 7. ZAHNÄRZTE: VERWALTUNGSAKTSBEFUGNIS EINER KZV GEGENÜBER ERSATZKASSE

*LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 94/09 –*

RID 10-04-35

*Revision anhängig: B 6 KA 30/10 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; EKV-Z §§ 17, 21

Nach der BSG-Rspr. kann auch im Verhältnis zwischen verschiedenen öffentlich-rechtlichen Körperschaften eine **Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten** bestehen, wenn durch Gesetz einer Verwaltungsstelle eine hoheitliche Kompetenz zugewiesen ist und das Gesetz gleichzeitig anordnet, dass diese hoheitliche Kompetenz auch für betroffene öffentlich-rechtliche Rechtsträger gilt, also insoweit ein Über-Unterordnungsverhältnis gelten soll (BSG, Urt. v. 21.04.1993 - 14 RKA 6/92 - SozR 3-5555 § 15 Nr. 1, juris Rn. 34 m.w.N.).

Eine **KZV** ist berechtigt, gegenüber einer **Ersatzkasse** die **Festsetzung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen** gegenüber einzelnen Vertragszahnärzten durch Verwaltungsakt abzulehnen. Eine solche Kompetenz ergibt sich aus § 106a II SGB V i.V.m. §§ 17, 21 EKV-Z.

*SG Marburg*, Urt. v. 30.09.2009 – S 12 KA 464/07 – RID 09-04-50 gab der Klage teilweise statt, das *LSG* wies die Klage auf Berufung der bekl. KZV insgesamt ab.

## III. Zweigpraxis/Praxisausschreibung/Genehmigung/Notfalldienst

Nach BSG, Urt. v. 23.06.2010 – *B 6 KA 29/09 R* – ist die methadon-gestützte Behandlung eines heroinabhängigen Patienten fehlerhaft, die nicht mit der **Richtlinie des GBA zur Substitutionsbehandlung** in Einklang steht; steht aus der Sicht der **KV** fest, dass die Fortsetzung einer langjährigen Behandlung mit Methadon wegen eines kontinuierlichen Beigebrauchs - z.B. von Benzodiazepin - nach § 8 der Richtlinie nicht mehr statthaft ist, kann und muss sie das dem Vertragsarzt umgehend mitteilen; Versicherte haben keinen generellen Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf Verabreichung eines Heroin-Ersatzstoffs, sondern nur nach Maßgabe der Richtlinie des GBA auf eine substitutionsgestützte Behandlung; nach BSG, Urt. v. 17.03.2010 - *B 6 KA 3/09 R* – (SozR 4-2500 § 121 Nr. 4) gelten die Vorgaben des **EBM 2005**, soweit **gastroenterologische und pneumologische Leistungen** nur von Vertragsärzten abgerechnet werden dürfen, die entsprechende **Schwerpunktbezeichnungen** führen, auch für die **belegärztliche Tätigkeit** eines Vertragsarztes; der Krankenhausträger, der einen Belegarzt an sich bindet, findet die Leistungs- und Abrechnungsbedingungen dieses Arztes vor und muss die Abläufe einer Belegabteilung danach ausrichten; vgl. zuletzt die Hinweise in RID 09-04-A III (S. 14)

### 1. ZWEIGPRAXIS

#### A) EILVERFAHREN UND VORRANG VERWALTUNGSENTSCHEIDUNG/KEINE DRITTANFECHTUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.05.2010 – S 14 KA 59/09 ER –*

RID 10-04-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB 35X §§ Ärzte-ZV § 24 III 1 u. 2; SGG §§ 86a I, 86b I 1 Nr. 1

Die **sofortige Vollziehung** ist zunächst bei der **Verwaltung** zu beantragen. Erst wenn ein solcher Antrag erkennbar aussichtslos ist, besteht ein **Rechtsschutzbedürfnis** für eine Entscheidung des Gerichts. Der gegenteiligen Entscheidung des BSG vom 17.10.2007 - B 6 KA 4/07 R - SozR 4-1935 § 17 Nr. 1 folgt der Senat nicht. Ergeht allerdings **nach zwei Monaten noch keine Verwaltungsentscheidung**, besteht ein Rechtsschutzbedürfnis für eine gerichtliche Entscheidung.

Eine „**Verbesserung der Versorgung**“ (§ 24 III 1 Nr. 1 Ärzte-ZV) liegt vor, wenn die angegebenen Sprechstundenzeiten am Mittwochnachmittag und Samstagvormittag für schulpflichtige Kinder und Jugendliche eine Verbesserung bedeuten können.

Eine **unvollständige Sachverhaltsaufklärung** stellt - vorbehaltlich des § 42 SGB X - einen Verfahrensfehler dar, der grundsätzlich zur Aufhebung des streitbefangenen Bescheides und zur Verpflichtung führt, die Angelegenheit neu zu entscheiden.

Die **fehlerhafte Begründung** einer Zweigpraxisgenehmigung kann grundsätzlich geheilt werden.

Ein **Dritter** ist (materiell) nicht berechtigt, die Erteilung der Genehmigung für eine Zweigpraxis **anzufechten**. Dies gilt jedenfalls, wenn Willkür auszuschließen ist.

*SG Düsseldorf*, Beschl. v. 11.05.2009 – S 14 KA 59/09 ER - gab dem Antrag einer Fachärztin für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies die Beschwerde des beigel. Vertragsarztes, der Widerspruch gegen die Erteilung der Zweigpraxisgenehmigung eingelegt hatte, zurück.

## B) KEINE ZWEIGPRAXISGENEHMIGUNG FÜR REPRODUKTIONSMED. BERATUNGS- UND DIAGNOSTIKLEISTUNGEN

*SG Düsseldorf, Urt. v. 10.02.2010 – S 2 KA 2/09 –*

**RID 10-04-37**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
Ärzte-ZV § 24 III 1 u. 2

Im Angebot, ausschließlich **Beratungen von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch**, deren gynäkologische und sonographische Untersuchungen sowie die entsprechende endokrinologische Diagnostik durchzuführen, liegt keine echte Erweiterung des Leistungsangebots zum Vorteil für die Versicherten in qualitativer Hinsicht, da diese Leistungen im Kern bereits zu den **Weiterbildungsinhalten der Facharztweiterbildung** im Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ gehören und demzufolge auch von solchen Gynäkologen erbracht werden können, die nicht über die Schwerpunktkompetenz „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ verfügen.

Wenngleich bei Zweigpraxisgenehmigungsverfahren nach **BSG**, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 42/08 R – SozR 4-5520 § 24 Nr. 3 zwar keine Bedarfsprüfung stattfindet, so darf jedoch die **Versorgungssituation** an dem „weiteren Ort“ nicht außer Betracht bleiben. Der Ablehnung der Erneuerung und Erweiterung der Ermächtigung eines Universitätsklinikums weist auf eine qualitativ und quantitativ ausreichende Versorgung hin.

Eine **wohnortnähere Versorgung** spielt bei Kinderwunschpaaren nur eine untergeordnete Rolle und interessierte Paare suchen erfahrungsgemäß nach individueller Beratung und Information den Spezialisten ihrer Wahl auf, ohne der Entfernung nennenswert Rechnung zu tragen.

Die kl. Ärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ ist Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft in H, die sich auf diesen Schwerpunkt spezialisiert hat. Die Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte im Stadtzentrum von Düsseldorf, in der keine operativen Leistungen erbracht werden sollten, lehnte d. Bekl. ab, da die in Düsseldorf zugelassenen Gynäkologen, die reproduktionsmedizinische Leistungen anböten, freie Kapazitäten hätten. Das **SG** wies die Klage ab.

Zur **Ablehnung einer Zweigpraxisgenehmigung bzgl. reproduktionsmedizinischer Leistungen** s.a. **SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 20.10.2010 – S 12 KA 283/09 – RID 10-04-70; **SG Marburg, Urt. v. 17.03.2010** – S 12 KA 282/09 – RID 10-02-61.; zur **Zweigpraxis** s. zuletzt RID 10-03-A.III.1 (S. 19 f.); 10-02-A.III.1 (S. 14 f.) u. VI.8 (S. 28); RID 10-03-A.III.1 (S. 18 f.); RID 09-04-A.2 (S. 14 ff.).

## 2. KEINE AUSSCHREIBUNG EINER PSYCHOTHERAPIEPRAXIS BEI GERINGER TÄTIGKEIT

*SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 12 KA 708/09 –*

**RID 10-04-38**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 97 VII, 103 IV

Bei einer in vier Quartalen durchschnittlichen Fallzahl von 1,25 Fällen mit einer im Quartal durchschnittlichen Behandlungszeit von 5 Stunden und 5 Minuten liegt keine verkehrsfähige Praxis eines Psychotherapeuten vor, die zum Verkauf ausgeschrieben werden könnte.

Ein Wegzug führt zur Beendigung der vertragsärztlichen Zulassung und Aufgabe einer fortführungsfähigen Praxis, die deshalb nicht mehr zum Verkauf ausgeschrieben werden kann.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 3. WIDERRUF EINER KOLOSKOPIE-GENEHMIGUNG: NACHWEIS VON 200 KOLOSKOPIEN

*SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 495/09 –*

**RID 10-04-39**

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 76/10 -*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB § 135 II; Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 24.07.2006

Soweit eine nach dem Übergangsrecht erteilte Koloskopiegenehmigung wegen des fehlenden Nachweises von 200 Koloskopien widerrufen wird (§ 6 Abs. 2 Buchst. g Satz 1 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 24.07.2006), darf für den erstmaligen Nachweis nur auf einen **Zeitraum nach Genehmigungserteilung** abgestellt werden.

Das **SG** gab der Klage gegen einen Widerruf der Koloskopie-Genehmigung statt.

#### 4. NOTDIENST

##### A) KEINE BEFREIUNG VOM NOTDIENST WEGEN BELEGÄRZTLICHER TÄTIGKEIT

**SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 12 KA 186/10 –**

**RID 10-04-40**

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

Eine belegärztliche Tätigkeit rechtfertigt grundsätzlich nicht die Befreiung vom vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst.

Das **SG** wies die Klage ab.

##### B) ABLEHNUNG EINES BEWERBERS WEGEN VERSCHIEDENER BESCHWERDEN

**SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 – S 12 KA 287/10 –**

**RID 10-04-41**

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

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

Die KV kann bei der Vergabe von Diensten an außerhalb des Notdienstbezirks niedergelassene Ärzte neben organisatorischen auch andere sachgerechte Gründe haben, die einer zeitlich gleichmäßigen Vergabe an außerbezirkliche Ärzte entgegenstehen. Neben der fachlichen Qualifikation ist auch berücksichtigungsfähig, ob es gehäuft zu **Beschwerden** durch Patienten oder anderen Komplikationen bei der Abwicklung der Notdienste kommt, ohne dass dies bereits für einen vollständigen Ausschluss vom Bereitschaftsdienst ausreichen muss (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 14.01.2009 – L 4 KA 122/08 B ER – RID 09-01-44).

Der Obmann für den Notdienstbezirk teilte dem Kläger im Dezember 2009 mit, dass er im Jahr 2010 nicht zu Diensten eingeteilt werde. Es sei schon vor der Diensterteilung für das Jahr 2009 zu Patientenbeschwerden gekommen. Im Einzelnen führte er sechs Behandlungsfälle aus dem Zeitraum 02.05.2008 bis 13.09.2009 auf. Widerspruch und ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (**SG Marburg**, Beschl. v. 13.01.2010 – S 12 KA 54/10 ER – RID 10-01-39) waren erfolglos. Das **SG** wies die Klage (Antrag: isolierte Aufhebung des Ablehnungsbescheids, hilfsweise festzustellen, dass der Ablehnungsbescheid rechtswidrig war) im Hauptantrag als unzulässig und im Hilfsantrag als unbegründet ab.

S. a. bereits **SG Marburg**, Urt. v. 09.12.2009 – S 12 KA 82/09 – RID 10-01-38.

##### C) KEINE ANFECHTUNGSBEFUGNIS GEGEN NEUSTRUKTURIERUNG VON NOTDIENSTBEZIRKEN

**SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 12 KA 287/10 –**

**RID 10-04-42**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 75 I 2; SGG § 84 I; SGB X § 31

Bei der Neustrukturierung bzw. Zusammenlegung von Notdienstbezirken handelt es sich um einen Organisationsakt und keinen Verwaltungsakt, da eine unmittelbare Rechtswirkung nach außen fehlt. Ein dagegen eingelegter Widerspruch ist unzulässig.

Das **SG** wies die Klage ab.

## IV. Disziplinarrecht

### V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 13.10.2010 - **B 6 KA 47 u. 48/09 R** - lagen die Voraussetzungen für einen **Off-Label-Use** oder die abgeschwächten Anforderungen gemäß der Rspr. des BVerfG für Verordnungen von **Megestat** für den Einsatz auch bei Männern mit Bronchialkrebs und **Dronabinol** nicht vor; nach BSG, Urt. v. 18.08.2010 - **B 6 KA 14/09 R** - beginnt die **vierjährige Ausschlussfrist**, die grundsätzlich für Maßnahmen gemäß § 106 SGB V gilt, nach dem **Ende des geprüften Verordnungszeitraums**, also im Grundsatz jeweils nach dem Ende des Quartals, dem die Verordnung bei der Prüfung kostenmäßig zugeordnet wurde (das kann bei einem Auseinanderfallen des Verordnungs- und des Einlösezeitpunkts je nach der Prüfpraxis dasjenige Quartal sein, in dem die Verordnung ausgestellt, oder das Quartal, in dem diese eingelöst wurde); handelt es sich allerdings um einen Fall, in dem die Vorgabe besteht, eine **Verordnungsprüfung über einen Gesamtzeitraum** mehrerer aufeinander folgender Quartale durchzuführen, so beginnt die Vier-Jahres-Frist erst nach dem Ende des Gesamtzeitraums; nach BSG, Urt. v. 05.05.2010 - **B 6 KA 6/09 R** u. **B 6 KA 20/09 R** - durfte **Polyglobin** im streitbefangenen Zeitraum (1999 bzw. 2000) zur unterstützenden Behandlung eines Krebsleidens nicht verordnet werden,

weil das Mittel dafür nicht zugelassen war; nach BSG, Urt. v. 05.05.2010 - **B 6 KA 24/09 R** - war **Alphaglobin** im Jahr 1999 für die Behandlung der Multiplen Sklerose nicht zugelassen und konnte nicht verordnet werden; nach BSG, Urt. v. 05.05.2010 - **B 6 KA 5/09 R** - unterliegen Regresse wegen fehlender Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln einer **Ausschlussfrist**; auf **Verjährungsvorschriften** kann auch bei Regressen wegen solcher Verordnungen, die die Grenzen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht eingehalten haben, nicht zurückgegriffen werden; die Ausschlussfrist von vier Jahren ist in entsprechender Anwendung des § 45 III SGB I durch den Prüfantrag der Krankenkasse unterbrochen, wenn der Arzt über diesen unterrichtet ist und über den Grund informiert wird, weshalb mit einer zügigen Entscheidung nicht gerechnet werden kann; nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 37/08 R** - (SozR 4-2500 § 106 Nr. 26) sind **autologe Tumorkvakzine** nicht ordnungsfähig; es handelt sich um sog. **Rezepturarzneimittel**, 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 aktivspezifische 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. ARZNEIKOSTENREGRESS

### A) OFF-LABEL-USE

#### AA) SILDENAFIL BEI PULMONALER HYPERTONIE (2001 BIS 2005)

**LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 46/08 –**

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 53/10 B*  
SGB V § 106

**RID 10-04-43**

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

Einer Patientin, die an einer pulmonalen Hypertonie erkrankt ist, konnte im Zeitraum September 2001 bis April 2005 nicht **Sildenafil** im Rahmen eines sog. Off-Label-Use verordnet werden. Aufgrund der Datenlage bestand keine hinreichend begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg. Als **Behandlungsalternative** kam eine Behandlung mit dem Wirkstoff Epoprostenol in Betracht.

**SG Marburg**, Urt. v. 16.04.2008 – S 12 KA 390/07 – RID 08-02-70 wies die Klage der Krankenkasse mit ihrer Regressforderung von 24.044,02 € ab, das **LSG** verurteilte zur Neubescheidung.

#### BB) INTERLEUKIN 2 (PROLEUKIN) ZUR KOMBINIERTEN INHALATIV-SUBKUTANEN ANWENDUNG

**LSG Hamburg, Urt. v. 02.12.2009 – L 2 KA 58/06 -**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 106; AMG § 22

**RID 10-04-44**

Die Behandlung eines in die Lunge und in die Pleura bzw. in die Lunge metastasierten Nierenzellkarzinoms Interleukin 2 (Proleukin) zur kombinierten inhalativ-subkutanen Anwendung erfolgt im sog. Off-Label-Use, da Proleukin im Verordnungszeitraum (III/99-I/01) zwar zur Behandlung des metastasierten Nierenzellkarzinoms zugelassen war, jedoch ausschließlich zur intravenösen Verabreichung als Dauerinfusion.

Eine die Qualität einer Phase-III-Studie besitzende Untersuchung zur Wirksamkeit der kombinierten subkutan-inhalativen Anwendung oder der ausschließlich inhalativen Anwendung von Proleukin lag im Verordnungszeitpunkt nicht vor. Es gibt eine solche bis zum heutigen Tage nicht.

Die Kl. ist eine gemäß § 117 SGB V zur ambulanten Versorgung von Versicherten ermächtigte Poliklinik (Hochschulklinik). Sie klagte gegen einen Regresse in Höhe von 50.493,84 DM (= 25.817,09 €) für das Quartal III/99, in Höhe von 43.950,86 DM (= 22.471,72 €) für das Quartal IV/00 und in Höhe von 69.432,94 DM (= 35.500,50 €) für das Quartal I/01 für die kombinierte inhalativ-subkutane Immuntherapie bei zwei Patienten, denen zur Behandlung eines in die Lunge und in die Pleura bzw. in die Lunge metastasierten Nierenzellkarzinoms Interleukin 2 (Proleukin) zur kombinierten inhalativ-subkutanen Anwendung verordnet worden war. **SG Hamburg**, Urt. v. 04.10.2006 - S 27 KA 566-568/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 18.08.2010 – B 6 KA 21/10 B – RID 10-04-103, juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

## CC) VERSORGUNGSFORSCHUNG/CELLCEPT ZUR BEHANDLUNG VON MORBUS CROHN

*SG Hamburg, Urt. v. 02.12.2009 – S 3 KA 448/06 –*

RID 10-04-45

SGB V § 106; AMG §§ 40, 41

Für die Zeit der **klinischen Prüfung** scheidet die vertragsärztliche Verordnungsfähigkeit eines Arzneimittels zu Lasten der GKV grundsätzlich aus (st. Rspr. seit BSG, Urt. v. 08.03.1995 – 1 RK 8/94 – SozR 3-2500 § 31 Nr. 3 - Edelfosin, Verfassungsbeschwerde nicht angenommen, BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.03.1997 – 1 BvR 1071/95 – juris).

Die Verordnung von **Cellcept** zur Behandlung von **Morbus Crohn** erfolgt im Off-Label-Use und ist nicht nach Ziff. 24 AMR zulässig. Im Quartal IV/00 fehlte es an der erforderlichen Erfolgsaussicht der Behandlung.

Das **SG** wies die Klage gegen einen Arzneimittelregress in Höhe von 1.392,91 € (Quartal IV/00) des ermächtigten Kinderarztes ab. Cellcept ist als Immunmodulator zur Prophylaxe von akuter Transplantatabstoßung bei Patienten mit allogener Nieren-, Herz- oder Lebertransplantation zugelassen.

## B) NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL

### AA) AUSNAHMEREGLUNG NUR FÜR MONOPRÄPARATE (MILGAMMA®)

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 10.06.2010 – L 7 B 156/07 KA NZB –*

RID 10-04-46

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

SGB V § 106

Nr. 44 Anlage I AMR a.F. lässt den Einsatz wasserlöslicher Vitamine, Benfotiamin und Folsäure - und damit auch die hier verordneten Arzneimittel - nur als Monopräparate zu. Eine Verordnung von milgamma® und milgamma® NA ist danach ausgeschlossen, weil diese neben Benfotiamin auch Pyridoxin-HCl als Wirkstoff enthalten und damit kein Monopräparat im Sinne dieser Vorschrift sind.

**SG Berlin**, Gb. v. 14.09.2007 – S 83 KA 148/05-2 - wies die Klage gegen einen Regress von 141,92 € ab, das **LSG** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

**Parallelverfahren:** *SG Berlin*, Gb. v. 14.09.2007 – S 83 KA 148/05-1 – (Regress von 41,16 €)

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 10.06.2010 – L 7 B 158/07 KA NZB –*

RID 10-04-47

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

### BB) KOMBINATIONSPRÄPARATE MIT EISEN-(II)-VERBINDUNGEN (FERRO-FOLSAN UND FOLICOMBIN)

*LSG Sachsen, Urt. v. 28.10.2009 – L 1 KA 4/08 –*

RID 10-04-48

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

SGB V §§ 31 I 1, 34 I, 106

Die Verordnung der **nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel** Ferro-Folsan und Folicombin ist unzulässig. Sie sind auch nicht ausnahmsweise nach den Arzneimittel-Richtlinien ordnungsfähig. Die **Ausnahme** nach Nr. 16.4.14 AMR gilt nur für Eisen-(II)-Monopräparate, nicht aber für Kombinationspräparate mit Eisen-(II)-Verbindungen.

Eine **bundsmantelvertragliche** Regelung von Gegenständen der Prüfungsvereinbarungen lässt sich mit der Kompetenzzuweisung in § 106 II 4 SGB V nicht vereinbaren. Daher ist die Bestimmung des § 48 BMV-Ä nur insoweit nicht kompetenzwidrig, als sie der Abgrenzung von den Schadensregressen anderer Art im Sinne des § 49 BMV-Ä dient, die nicht der Regelungskompetenz der Parteien der Prüfungsvereinbarungen unterfallen. Gleiches auch für § 44 EKV-Ä im Zusammenhang mit § 45 EKV-Ä.

Dem Schadensersatzanspruch einer Krankenkasse wegen unzulässiger Arzneimittelverordnungen kann nicht der **Einwand ersparter Aufwendungen** entgegengehalten werden.

**SG Dresden**, Urt. v. 26.03.2008 – S 18 KA 830/07 - wies die Klage der KV gegen einen Regress (55,83 €) gegen den beigel. Vertragsarzt ab, das **LSG** die Berufung der KV zurück. **BSG**, Beschl. v. 23.06.2010 – B 6 KA 6/10 B – BeckRS 2010, 74901, wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

## **CC) VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGES ARZNEIMITTEL UNWIRTSCHAFTLICH GGÜ. REZEPTFREIEM (VOLTAREN EMULGEL)**

**SG Marburg, Urt. v. 14.07.2010 – S 10 KA 602/08 –**

**RID 10-04-49**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 12, 34 I 1, 106

Voltaren Schmerzgel fällt als rezeptfreies Medikament gemäß § 34 I 1 SGB V nicht in die Leistungspflicht der Krankenkasse und ist somit die kostengünstigere Versorgungsform gegenüber einer Verordnung von Voltaren Emulgel (mit Ausnahme für das Anwendungsgebiet „Thrombophlebitis superficialis <Entzündung oberflächlicher Venen>“, für das nur Voltaren Emulgel zugelassen ist). Vor diesem Hintergrund ist die Verordnung eines teureren und dazu verschreibungspflichtigen Medikaments evident unwirtschaftlich. Dies folgt aus § 12 SGB V, ohne dass es eines Rückgriffs auf Ziffer 16.8 AMR bedarf. Die AMR stellen insoweit lediglich eine Auslegungshilfe da.

Das **SG** wies die Klage ab.

## **C) VERORDNUNG ÜBERGROßER MENGEN**

**SG Hamburg, Urt. v. 28.07.2010 – S 3 KA 137/08 –**

**RID 10-04-50**

SGB V § 106; AMR Ziff. 35 S. 1, 36 S. 1

Bei Verordnungen sind **Art und Menge** der dem Versicherten bereits verordneten Arzneimittel zu berücksichtigen (Ziff. 35 S. 1 AMR). Eine Wiederholung setzt die Prüfung der Erforderlichkeit voraus (Ziff. 36 S. 1 AMR). Der Einwand, der Patient habe **keine Vorräte mehr**, ist unbeachtlich, da die Unwirtschaftlichkeit dann darin liegt, dass ihm weiterhin hochwirksame Arzneimittel verordnet werden, die er offensichtlich nicht entsprechend dem Dosierungsschema anwenden kann. Die Medikamenteneinnahme muss dann engmaschig überwacht werden oder es ist ggf. der Pflegedienst einzuschalten.

Das **SG** wies die Klage eines Facharztes für Kinderheilkunde gegen einen Arzneikostenregress in Höhe von 2.394,64 € (Quartale III u. IV/04, antiretrovirale Medikamente Epir, Videx und Viramune bei HIV-Infektion eines 14-jährigen Patienten) ab.

## **D) KEIN VORRANG EINER BERATUNG BEI UNZWEIFELHAFTER UNWIRTSCHAFTLICHKEIT (DRONABINOL)**

**LSG Hamburg, Urt. v. 19.05.2010 – L 2 KA 34/07 –**

**RID 10-04-51**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 38/10 B*  
SGB V §§ 106, 125

**Dronabinol** ist als **Rezepturarzneimittel** wegen fehlender Empfehlung des GBA nicht verordnungsfähig. Eine Offenkundigkeit des Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsverbot folgt bereits aus der fehlenden Verordnungsfähigkeit. Diese war auch jedem Arzt erkennbar.

Der Vorrang einer **Beratung** gilt nicht für den Fall unzweifelhafter Unwirtschaftlichkeit (vgl. BSG, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 63/07 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 21 Rn. 27).

**SG Hamburg, Urt. v. 27.06.2007 – S 3 KA 172/06 – RID 08-01-60** wies die Klage der Krankenkasse (Quartale II-IV/03 u. II-IV/04) gegen eine Entscheidung des Beschwerdeausschusses, in der dieser in der Verordnung von Dronabinol als Rezepturarzneimittel wegen fehlender Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsverbots gesehen, als Maßnahme aber nur eine Beratung angeordnet hatte, ab. Das **LSG** verurteilte zur Neubescheidung.

## **2. TRANSURETHRALE BALLONKATHETER (DAUERKATHETER) KEIN SPRECHSTUNDENBEDARF**

**SG Hamburg, Urt. v. 28.04.2010 – S 3 KA 195/09 –**

**RID 10-04-52**

SGB V § 106

Transurethrale Ballonkatheter (Dauerkatheter) können nicht im Rahmen des Sprechstundenbedarfs verordnet werden, wenn die Sprechstundenbedarfsvereinbarung dies nicht vorsieht. Spätere Änderungen der Vereinbarung sind unbeachtlich.

Das **SG** wies die Klage des Urologen gegen einen Regress in Höhe von 346,94 € (Quartal III/01) ab.

### 3. ZAHNÄRZTE

#### A) KEIN NACHGEHOLTER VORTRAG ZU PRAXISBESONDERHEITEN IM RICHTSVERFAHREN

*LSG Hessen, Urt. v. 07.07.2010 – L 4 KA 99/09 –*

RID 10-04-53

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 45/10 B*  
SGB V § 106

Es kann dahingestellt bleiben, ob **Parodontose-Fälle** eine **Praxisbesonderheit** für die Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Behandlungsbereichs begründen können und ob grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass **Drogenabhängige** erfahrungsgemäß bereits im Rahmen des Drogenentzugs umfassend zahnmedizinisch versorgt werden. Entscheidend ist, dass Praxisbesonderheiten im Verwaltungsverfahren nicht hinreichend substantiiert vorgetragen wurden und im Rahmen der Belegfallprüfung nicht festgestellt werden konnten.

Es ist grundsätzlich **Sache des Vertrags(zahn)arztes**, den durch die Feststellung eines **offensichtlichen Missverhältnisses** erbrachten **Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit** seines Verhaltens durch die Geltendmachung von **Praxisbesonderheiten** oder **kompensatorischen Minderaufwendungen** zu widerlegen. Ihn trifft hinsichtlich der Einwendungen die **Darlegungslast**. Die zumutbaren Ermittlungsmöglichkeiten des Beschwerdeausschusses im Rahmen der Amtsermittlungspflicht enden dort, wo Tatsachen beurteilungsrelevant werden, die mit den nicht von außen erkennbaren individuellen Praxisgegebenheiten des Arztes zusammenhängen. Alle bedeutsamen Umstände des Praxisbetriebes und die Zusammensetzung der Patientenschaft müssen vom Arzt vorgetragen werden. Behauptungen reichen dafür nicht aus. Die Prüforgane müssen nicht in die Praxis hinein ermitteln. Die Mitwirkungspflicht des Vertragszahnarztes ist gerichtet auf die umfassende Darlegung aller internen Umstände nebst deren vollständiger Verifizierung. Denn ebenso wie im privaten Geschäftsverkehr eine Rechnung ausreichend spezifiziert sein muss, ist auch der Vertragsarzt verpflichtet, seine Honorarforderung für die vertragsärztliche Tätigkeit, insbesondere einen außergewöhnlichen Mehraufwand zu begründen und zu belegen (BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 45/02 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 3, juris, Rn. 26 m.w.N.).

Die **Darlegung von Praxisbesonderheiten** oder kompensatorischen Einsparungen in den Prüfverfahren kann insbesondere wegen des den Prüfungsgremien zustehenden Ermessensspielraums, aber auch wegen der gesamten Struktur des Verfahrens zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit vertrags(zahn)ärztlicher Leistungserbringung, in zeitlicher Hinsicht **nur im Verwaltungsverfahren** bis zur Entscheidung des Beschwerdeausschusses erfolgen und **im Gerichtsverfahren nicht nachgeholt** werden.

*SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 – S 12 KA 137/09 –* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### B) KASSENREGRESS WEGEN VERORDNUNG VON ARZNEIMITTELN NACH ZULASSUNGSENDE (68-JAHRESGRENZE)

*LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 36/10 –*

RID 10-04-54

*PKH-Verfahren: B 6 KA 1/10 BH*

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

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31, 73 II Nr. 7; SGB V a.F. § 95 VII; EKV-Ä §§ 43, 44, 45; EGV Art. 13; Richtlinie 2000/78 EG  
Ein Arzt, dessen **Zulassung** wegen Vollendung des 68. Lebensjahres zum 30.09.2002 **endete**, war nach diesem Zeitpunkt **nicht mehr berechtigt, Arzneimittel** für Versicherte zu **verordnen**. Er verstößt gegen entsprechende (nachwirkende) **Unterlassungspflichten**, die in dem Gesamtzusammenhang des vormaligen Vertragsarztverhältnisses gründen und gegenüber der **Krankenkasse** eine **öffentlich-rechtliche Schadensersatzpflicht** begründen, die die Krankenkasse mangels fortbestehender Zulassung und Regelungsgewalt der vertragsärztlichen Institutionen unmittelbar geltend machen kann (vgl. zur Festsetzung eines Schadensregresses wegen mangelhafter prothetischer Behandlung BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 64/03 R - SozR 4-5555 § 12 Nr. 1; zum Schadensersatzanspruch der Krankenkassen wegen Verordnungen eines Arztes, der wegen Vorspiegelung falscher Tatsachen als Vertragsarzt zugelassen worden war, BSG, Urt. v. 21.06.1995 - 6 RKA 60/94 – SozR 3-2500 § 95 Nr. 5 = BSGE 76, 153 = NJW 1996, 3102 = USK 9587, juris Rdnr. 13 ff.).

Die Auffassung, die Zulassung habe trotz der Altersgrenze aus Gründen des **Europarechts**, konkret wegen des primärrechtlichen Verbots der **Diskriminierung wegen des Alters** und der hierzu ergangenen Richtlinie 2000/78/EG vom 27.11.2000 geendet, ist rechtsirrig. Das **Gemeinschaftsrecht** enthält kein **Verbot der Diskriminierung aus Gründen des Alters**, dessen Schutz die Gerichte der Mitgliedstaaten zu gewährleisten haben, wenn die möglicherweise diskriminierende Behandlung

keinen **gemeinschaftsrechtlichen Bezug** aufweist. Ein solcher gemeinschaftsrechtlicher Bezug wird weder durch Artikel 13 EGV hergestellt noch durch die Richtlinie 2000/78 EG vor Ablauf der dem betreffenden Mitgliedstaat für die Umsetzung dieser Richtlinie gesetzten Frist (vgl. EuGH, Urt. v. 23.09.2008 - C-427/06 - (Bartsch), Slg. 2008, I - 7245; Urt. v. 19.01.2010 - C-555/07 - (Küçükdeveci), NJW 2010,427 = ZESAR 2010, 180). Die für die Bundesrepublik Deutschland geltende Umsetzungsfrist hinsichtlich der Richtlinie 2000/78/EG war am 30.09.2002 noch nicht abgelaufen.

Auch in Kenntnis der (anders lautenden) Entscheidung **LSG Bayern**, Beschl. v. 20.07.2006 – L 12 B 835/06 KA ER – RID 07-03-75 vertritt der Senat weiterhin (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 15.12.2004 – L 7 KA 412/03 ER – RID 05-03-41) die Auffassung, dass das Ende der Zulassung mit Erreichen der Altersgrenze **kraft Gesetzes** eingetreten ist.

**SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 23.04.2010 – S 12 KA 222/09 – RID 10-02-43 verurteilte auf Klage der Krankenkasse den Nachlassverwalter des zwischenzeitlich verstorbenen Arztes zur Regresszahlung wegen Verordnung von Arzneimitteln nach Beendigung der vertragsärztlichen Zulassung aufgrund der 68-Jahresgrenze in Höhe von 3.520,31 €; das **LSG** wies die Berufung zurück.

**Parallelverfahren: SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 23.04.2010 – S 12 KA 877/08 – RID 10-02-42 (Regress: 6.101,57 €)

**LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 35/10 –**

**RID 10-04-55**

*PKH-Verfahren: B 6 KA 3/10 BH*

**SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 23.04.2010 – S 12 KA 224/09 – RID 10-02-42 (Regress:

18.172,73 €)

**LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 37/10 –**

**RID 10-04-56**

*PKH-Verfahren: B 6 KA 2/10 BH*

#### 4. EINSTWEILIGE ANORDNUNG GEGEN REGRESSBESCHIED NUR BEI EXISTENZGEFÄHRDUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.03.2009 – L 11 B 20/08 KA ER –**

**RID 10-04-57**

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

SGB V § 106; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Ist ein angefochtene **Regressbescheid nicht offensichtlich rechtswidrig**, kommt angesichts des durch § 86a II Nr. 4 SGG i.V.m. § 106 Va 11 SGB V formulierten Regel-Ausnahmeverhältnisses eine Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung allenfalls dann in Betracht, **wenn besondere Umstände** vorliegen (BVerfG, Beschl. v. 10.10.2003 - 1 BvR 2025/03 -). Das wiederum wäre ggf. dann anzunehmen, wenn die Voraussetzungen für einen Anordnungsgrund im Sinn des § 86b II SGG derart dargetan sind, dass ohne einstweilige Regelung die berufliche Existenz gefährdet ist bzw. trotz Ratenzahlungsbewilligung die berufliche Existenz akut gefährdet wird. Bei eingeräumter Ratenzahlung ist Prüfungsmaßstab nicht die Frage, zu welchen Auswirkungen der Regress als solcher führt.

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 08.08.2008 - S 33 KA 90/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## VI. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 23.06.2010 – **B 6 KA 22/09 R** – kann ein **Versorgungsbedarf** nicht allein mit Hinweis darauf verneint werden, dass einige **Psychotherapeuten** nur wenige Wochenstunden vertragsärztlich tätig sind. Ferner kann im Falle eines Bedarfs nach **psychoanalytischen Behandlungen** nicht auf **verhaltenstherapeutische Angebote** verwiesen werden, weil nach der PsychotherapieRL diese verschiedenen Behandlungsverfahren nicht kombiniert werden dürfen. Sowohl bei der Neubewertung der **Großräumigkeit** als auch bei der Neubeurteilung des Bedarfs ist zu berücksichtigen, dass die Verweisung von Versicherten auf **Versorgungsangebote, die 25 km entfernt sind**, nicht tragfähig ist; diese Vorgabe, die der Senat im Zusammenhang mit einem Ermächtigungsbegehren ausgesprochen hat, gilt entsprechend für Entscheidungen über Sonderbedarfszulassungen. Zu prüfen ist auch § 24 Satz 1 Buchst b Bedarfspl-RL. Die **Spezialisierung auf ein Richtlinien-Verfahren** steht der Qualifikation durch einen **Schwerpunkt** o.ä. gleich. Für die Beurteilung, ob ein besonderer Versorgungsbedarf besteht, gelten die gleichen Anforderungen, wie sie beim lokalen Sonderbedarf im Sinne des Buchst a aaO zu beachten sind. Nach BSG, Urt. v. 05.05.2010 - **B 6 KA 2/09 R** – entfaltet eine **Zulassungsbeschränkung** nur dann keine Wirkung, wenn vor deren Inkrafttreten ein vollständiger **Zulassungsantrag**, zu dem ein Nachweis über die Eintragung in das Arztregister gehört, gestellt wird; Ausnahmen können nur in engen Grenzen zugelassen werden.

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. AUSSCHLUSSFRIST FÜR BEWERBUNG NACH „TEILENTSPERRUNG“ EINES PLANUNGSBEREICHS

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.05.2010 – L 11 KA 64/09 –*

RID 10-04-58

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 69/10 B*

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

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 9; 95 II, 103 III; SGB X § 27 V; Ärzte-ZV § 16b; BedarfspRL-Ä § 23

Eine „**Teilentperrung**“ eines Planungsbereichs durch Beschluss des Landesausschusses ist zulässig (vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 81/03 R - BSGE 94, 181 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 2).

Nach § 23 III Nr. 2 S. 2 BedarfspRL-Ä hat der Zulassungsausschuss nur die nach der Bekanntmachung des Beschlusses des Landesausschusses fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge zu berücksichtigen. Bei der Frist handelt es sich um eine absolut wirkende **Ausschlussfrist**. Eine **Wiedereinsetzung** kommt nicht in Betracht (§ 27 V SGB X). Die Versäumung einer Ausschlussfrist ist allerdings dann **unbeachtlich**, wenn dies auf ein grob rechtswidriges, z.B. vorsätzliches Verhalten dessen zurückzuführen ist, der durch die Ausschlussfrist begünstigt wird (BSG, Urt. v. 10.05.2007 - B 10 KR 1/05 R - BSGE 98, 238 = SozR 4-1300 § 111 Nr. 4). Als **Fristbeginn** kann abstrakt die Veröffentlichung bestimmt werden (hier: im Westfälischen Ärzteblatt).

Wie die Zulassungsgremien die „**Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit**“ werten, unterliegt letztlich ihrem Beurteilungsspielraum. Grundsätzlich wird dabei davon ausgegangen werden können, dass eine längere ärztliche Tätigkeit dem betreffenden Bewerber zum Vorteil gereicht. Indessen ist dies nicht zwingend. Die Zulassungsgremien können nach sorgsamer Abwägung auch zu einem gegenteiligen Ergebnis kommen.

Der Landesausschuss hob in C die Zulassungsbeschränkungen für Radiologen bis zum erneuten Eintreten einer Überversorgung auf mit der Maßgabe, dass der Zulassungsausschuss unter denjenigen Antragstellern eine Auswahl zu treffen habe, deren Zulassungsanträge innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Veröffentlichung eingegangen sind. Dies wurde im Westfälischen Ärzteblatts vom 04.08.2006 bekanntgegeben. Daraufhin beantragten der Kl. am 13.11.2006 und der Beigel. am 11.08.2006 ihre Zulassung, die beide in anderen Planungsbereichen bereits zugelassen waren, der Beigel. als Facharzt für Nuklearmedizin; sein Antrag auf Genehmigung zum Fachgebietswechsel von Nuklearmedizin in Radiologie war bisher erfolglos (SG Detmold, Urt. v. 28.04.2010 - S 5 KA 10/07 -). Der Zulassungsausschuss ließ den Beigel. als Facharzt für Radiologie zu und lehnte den Antrag d. Kl. ab. Der Widerspruch war erfolglos. **SG Detmold**, Urt. v. 02.09.2009 – S 5 KA 11/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. KEINE WIEDERZULASSUNG NACH ZULASSUNGSENTZIEHUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.05.2010 – L 11 KA 24/09 –*

RID 10-04-59

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 49/10 B*

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

SGB V § 95 I, VI; Zahnärzte-ZV § 21

Hat sich ein Arzt in der Vergangenheit als ungeeignet für die vertrags(zahn)ärztliche Tätigkeit erwiesen, so lässt dies in der Regel auch auf seine **fehlende Eignung in der Zukunft** schließen (BSG, Urt. v. 20.12.1983 - 6 RKA 6/82 - USK 83-181); mithin ist der Arzt zunächst solange als ungeeignet anzusehen, als das Vertrauen der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen, der Arzt werde zukünftig seine vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten erfüllen, noch nicht wiederhergestellt ist. Eine „**Bewährungszeit**“ von **fünf Jahren** ist eine lange Zeit, die nur in besonders gravierenden Fällen überschritten werden sollte (BSG, Urt. v. 29.10.1986 - 6 RKA 32/86 - USK 86-179). Ein solcher **besonders gravierender Fall** liegt vor, wenn ein Zahnarzt auch neun Jahre nach Bestandskraft der Entscheidung über die Entziehung seiner Zulassung nicht bereit ist, sich in das vertragszahnärztliche System zu integrieren. Eine Nichteignung wird belegt, wenn es an einer Einsichtsfähigkeit und Bereitschaft mangelt, sich von den Pflichtverstößen in der Vergangenheit zu distanzieren.

1994 verfügte der Disziplinarausschuss gegen den 1951 in Griechenland geb. und seit 1983 zugelassenen Kl. das **Ruhen der Zulassung** für 6 Monate wegen Verletzung seiner vertragszahnärztlichen Pflichten (dauernde Unwirtschaftlichkeit, mangelnde Mitwirkung im Gutachterverfahren, mangelhafte Röntgendiagnostik). Der Zulassungsausschuss **entzog dem Kl. 1996 seine Zulassung**. 1998 wies der Bekl. den Widerspruch zurück. Dagegen erhobene Klage, Berufung und Nichtzulassungsbeschwerde blieben erfolglos (SG Dortmund, Urt. v. 21.10.1999 - S 14 KA 165/98 -; Urt. d. Sen. v. 18.10.2000 - L 11 KA 197/99 -; BSG, Beschl. v. 27.06.2001 - B 6 KA 7/01 B -). Nach den Feststellungen des Senats hatte der Kläger eine **Reihe gröblicher Pflichtverletzungen begangen, die den Entzug seiner Zulassung rechtfertigten**: der Kl. sei, so der Sen., zwischen 1983 und dem Quartal II/95 fortwährend - mit Ausnahme eines Quartals - Maßnahmen der vertragszahnärztlichen **Wirtschaftlichkeitsprüfung** ausgesetzt gewesen, habe im **Gutachterverfahren** unzulänglich mitgewirkt und zwar auch dann noch, nachdem dieses Verhalten bereits Gegenstand einer disziplinarischen Maßnahme gewesen sei, habe **mangelhafte Röntgenaufnahmen** vorgelegt und sei der Auflage des ZA, einen **Kurs in**

**Röntgendiagnostik** zu besuchen, nicht sachgerecht nachgekommen, habe entweder in seiner Praxis einen **Assistenten** ohne die erforderliche Genehmigung beschäftigt oder aber den Sachverhalt so verschleiert, dass deshalb ein Vertrauen in die Integrität und Ehrlichkeit des Klägers zerstört worden sei, im Berufungsverfahren L 11 KA 99/97 habe er eine **manipulierte Urkunde** vorgelegt, um Zweifel an der ordnungsgemäßen Zustellung der Entscheidung des ZA zu begründen, habe in der Vergangenheit keine vollständigen **Abrechnungen** vorgelegt und habe in einem konkreten Behandlungsfall aus jüngerer Zeit erhebliche Defizite in der **Diagnosestellung und Vorbereitung der Behandlungsplanung** gezeigt hat. Zwei Restitutionsklagen blieben in allen Instanzen erfolglos, obs. eine Schadensersatzklage wegen Amtspflichtverletzungen im Zusammenhang mit der Zulassungsentziehung. Der Antrag vom April 2006 auf Zulassung wurde abgelehnt. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 28.10.2008 – S 9 (16) KA 12/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 3. MVZ: ÄRZTLICHER LEITER MUSS NICHT ZUR VERSORGUNG DER PATIENTEN BEITRAGEN

**LSG Sachsen, Urt. v. 11.08.2010 – L 1 KA 54/09 –**

**RID 10-04-60**

*Revision eingelegt: B 6 KA 33/10 R*

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

SGB V §§ 77 III, 95 I 2; SGG §§ 54 IV, 55 I Nr. 1; GG Art. 12 I

**Leitsatz:** Der ärztliche Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums muss nicht vertragsärztlich tätig sein.

**SG Dresden**, Gerichtsbb. v. 02.12.2009 – S 18 KA 132/09 – RID 10-02-46 gab der Klage statt und stellte fest, dass die Übertragung der ärztlichen Leitung des MVZ auf Dr. W. B. zulässig ist; das **LSG** wies die Berufung zurück. Den **Streitwert** setzte das LSG wie die Vorinstanz auf den dreifachen Regelstreitwert fest.

### 4. KEINE PRAXISVERLEGUNG FÜR EIN FACHGEBIET BEI „DOPPELZULASSUNG“

**LSG Hessen, Urt. v. 07.07.2010 – L 4 KA 83/08 –**

**RID 10-04-61**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 44/10 B*

SGB V § 95 III; Ärzte-ZV § 24 VII

Die Möglichkeit der **Ausübung der ärztlichen Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes**, für den der Arzt zugelassen ist, ist nur in den ausdrücklich geregelten Fällen möglich. Für eine Abkehr des Gesetzgebers vom **einheitlichen Vertragsarztsitz** ergeben sich auch nach Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes am 01.01.2007 keine Anhaltspunkte. Aus dem Fehlen einer ausdrücklichen Regelung über die Zulässigkeit der Ausübung **ärztlicher Tätigkeit auf mehreren Fachgebieten** an mehreren Vertragsarztsitzen kann nicht gefolgert werden, dass daraus ein Anspruch aus der verfassungsrechtlich geschützten Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 I 2 GG abgeleitet werden kann.

Eine Vertragsärztin mit einer **Zulassung für zwei Fachgebiete** hat einen einheitlichen vollen Versorgungsauftrag als Vertragsärztin auf beiden Fachgebieten. Sie kann den **Vertragsarztsitz** für ein **Fachgebiet** allein **nicht verlegen**.

**SG Marburg**, Urt. v. 10.09.2008 – S 12 KA 207/08 – RID 08-04-64 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 5. PRAXISNACHFOLGE: INTERESSENABWÄGUNG BEI DRITTWIDERSPRUCH

**SG Marburg, Beschl. v. 18.10.2010 – S 12 KA 801/10 ER –**

**RID 10-04-62**

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

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

Im Rahmen einer aufgrund einer **offenen Rechtsfrage** (hier: ob die Auffassung des BSG, dass im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung den psychoanalytisch begründeten und den verhaltenstherapeutischen Behandlungsverfahren je eigenständige Bedeutung entsprechend einem Schwerpunkt im Sinne des § 24 Buchst. b BedarfspRL-Ä zuzumessen ist <vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2010 – B 6 KA 22/09 R – juris Rdnr. 38>, auf ein Praxisnachfolgeverfahren übertragen werden kann) vorzunehmenden **Interessenabwägung** überwiegen die Interessen eines Praxisnachfolgers nach § 103 IV SGB V gegenüber denen einer Mitbewerberin, die Widerspruch eingelegt hat, da auch im Erfolgsfall des Widerspruchs der Mitbewerberin durch die sofortige Vollziehung einer Zulassungsentscheidung keine weiteren Nachteile entstehen.

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

## 6. SONDERBEDARFSZULASSUNG

### A) DRITTANFECHTUNG DER GENEHMIGUNG EINER DIALYSEPRAXIS

*LSG Bayern, Urt. v. 28.04.2010 – L 12 KA 72/08 –*

RID 10-04-63

*Revision anhängig: B 6 KA 27/10 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de 0 JURIS

SGB V §§ 82 I, 98 II Nr. 11, 101 I 1 Nr. 3; Ärzte-ZV § 31 II

Der **Teilnahmestatus** des nach § 31 II Ärzte-ZV i.V.m. § 2 VII BMV-Ä, §§ 9, 10 Anl. 9.1 BMV-Ä ermächtigten Instituts ist **nachrangig** gegenüber einer Sonderbedarfszulassung.

Die §§ 4 I 2 Nr. 3, 6 Anl. 9.1 BMV-Ä dienen nicht dem Schutz des Teilnehmers vor Konkurrenz, sondern dem **Allgemeininteresse** an einer Versorgungsstruktur, die Überkapazitäten vermeidet und durch eine effektive Auslastung eine hochwertige, aber zugleich wirtschaftliche Versorgung sicherstellt. Alleiniger Zweck ist mithin die Sicherung fachlich fundierter Behandlung unter zumutbaren Bedingungen und Kosten (vgl. § 2 Abs. 7 BMV-Ä) (vgl. bereits Senatsbeschl. v. 10.10.2008 - L 12 KA 438/08 ER – juris).

Es besteht mangels **drittschützenden Rechts** keine Anfechtungsberechtigung einer zur Dialyse ermächtigten Einrichtung gegen eine Sonderbedarfszulassung.

*SG München, Urt. v. 20.02.2008 – S 39 KA 1516/06* - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### B) KEINE BEDARFSPRÜFUNG BEI ZULASSUNG EINES ZWEITEN NEPHROLOGEN

*SG Kiel, Urt. v. 17.02.2010 – S 16 KA 55/07 –*

RID 10-04-64

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 26/10 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 98 II Nr. 11, 101 I 1 Nr. 3; Ärzte-ZV § 31 II; BedarfspIRL-Ä § 24e

Bei der Erteilung der Sonderbedarfszulassung nach Nr. 24e der BedarfspIRL-Ä i.V.m. § 5 VIIc Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren kommt es nicht darauf an, ob insoweit eine wohnortnahe Versorgung mit Dialyseleistungen in der Nähe von 8 km ebf. möglich gewesen wäre. Eine solche **Bedarfsprüfung** hinsichtlich der Sicherstellung der Dialyseversorgung ist angesichts des Regelwerks des festgeschriebenen Arzt-Patienten-Schlüssels jedenfalls dann nicht zu überprüfen, wenn lediglich ein zweiter Arzt in die Dialysepraxis eintreten möchte.

Der Kl. erhob erfolglos gegen die Sonderbedarfszulassung des beigel. Nephrologen Widerspruch. Das **SG** wies die Klage ab.

## 7. NACHBESETZUNG EINER ÄRZTLICHEN PSYCHOTHERAPEUTENSTELLE DURCH PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.06.2010 – L 11 B 26/09 KA ER –*

RID 10-04-65

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 II, 101 I, IV 1, 103 IV, IVa 5; SGG § 86b II

Alle **Einschränkungen des Schutzbereichs der Art. 12 I 1 GG und Art. 14 I GG** müssen dem einfachrechtlichen Gesetz (hier: § 103 IV SGB V) mit „der notwendigen Klarheit“ entnommen werden. Das ist nicht der Fall, soweit es die Auffassung anlangt, zwischen Übergeber (ärztlicher Psychotherapeut) und Übernehmer (psychologischer Psychotherapeut) müsse „berufliche Identität“, jedenfalls aber „Fachgebietsidentität“ bestehen.

Das Kriterium der „**Fachidentität**“ bzw. der an das jeweils einschlägige Weiterbildungsrecht geknüpften „Fachgebietsidentität“ von Praxisübergeber und Praxisnachfolger ist in § 103 IV SGB V als Auswahl- und damit als Zulassungskriterium - anders als etwa in den Richtlinienermächtigungen des § 101 I Nr. 4 und 5 SGB V - nicht ausdrücklich genannt und damit nicht gesetzmäßig.

Mit dem weiter gefassten Merkmal der „**beruflichen Eignung**“ in § 103 IV 4 SGB V ist nicht gefordert, dass zwischen Praxisübergeber und Praxisübernehmer eine nach Maßgabe des (landesrechtlichen) ärztlichen Weiterbildungsrechts festzulegende „Fachgebietsidentität“ oder „Zulassungsidentität“ bestehen muss (vgl. a. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.11.2005 – L 10 KA 29/05 – RID 06-03-56). Maßgebend ist vielmehr die partielle oder gänzliche Identität des Tätigkeitsspektrums (Senat, Beschl. v. 17.06.2009 - L 11 B 6/09 KA ER -).

§ 101 IV 1 SGB V bestimmt, dass überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten eine Arztgruppe bilden. Diese grundsätzliche **Wertung des Gesetzgebers** gilt mangels anderweitiger gesetzlicher Vorgaben auch für die Nachfolgebesezung, sodass grundsätzlich

ein **psychologischer Psychotherapeut** den Vertragsarztsitz eines **ärztlichen Psychotherapeuten** einnehmen kann (so zutreffend LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 05.05.2009 – L 5 KA 599/09 ER-B – RID 09-04-43; LSG Hessen, Beschl. v. 23.05.2007 – L 4 KA 72/06 – RID 07-03-65 im Anschluss an SG Marburg, Urt. v. 11.10.2006 – S 12 KA 732/06 – RID 06-04-63). Zu beachten sind dabei lediglich die ergänzenden Regelungen in § 101 IV 5 SGBV. Mit deren Neufassung durch das GKV-OrgWG zum 01.01.2009 hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass psychologische Psychotherapeuten anstelle ärztlicher Psychotherapeuten tätig werden können. Die Rechtsauffassung, wonach der Vertragsarztsitz eines ärztlichen Psychotherapeuten nicht von einem psychologischen Psychotherapeuten eingenommen werden kann, ist jedenfalls dann, wenn nur ein Bewerber vorhanden ist, damit unvereinbar.

Erst wenn die **25%-Grenze der Zulassung** eines psychologischen Psychotherapeuten entgegenstehen würde, darf die Nachfolgebesetzung mit einem psychologischen Psychotherapeuten versagt werden (so zutreffend LSG Baden-Württemberg aaO.).

Die Ast. ist Trägerin eines MVZ. Sie beantragte die Genehmigung der Anstellung von Dipl.-Psych. E in Nachfolge der Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. M und von Dipl.-Psych. C in Nachfolge der psychotherapeutisch tätigen Ärztin N. Diese Anträge lehnten die Zulassungsgremien ab, denn für die Nachbesetzung einer angestellten Ärztin sei grundsätzlich eine fachliche Identität zwischen ausscheidendem und anzustellendem Leistungserbringer erforderlich. Die Absicht des Gesetzgebers, einen bestimmten Anteil von ärztlichen Psychotherapeuten an der psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, werde konterkariert, wenn nichtärztliche Psychotherapeuten Arztstellen in Anspruch nehmen könnten; hierdurch werde ihnen der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht, obwohl der Planungsbereich für sie gesperrt sei. Hiergegen ist die Klage anhängig (S 14 KA 184/09). **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 16.11.2009 – S 14 KA 183/09 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das **LSG** wies die Beschwerde der Beigel. zu 7) mit der Maßgabe zurück, dass die vom SG ausgesprochene Verpflichtung unter dem weiteren Vorbehalt steht, dass die Nachbesetzung der beiden streitbefangenen Arztstellen im MVZ der Antragstellerin durch Dipl.-Psych. C und Dipl.-Psych. E die den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutischen Ärzten vorbehaltenen Versorgungsanteil von mindestens 25 % der allgemeinen Verhältniszahl nicht beeinträchtigt.

## 8. ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN (KEIN FORTSETZUNGSFESTSTELLUNGSINTERESSE)

**LSG Hessen, Beschl. v. 19.08.2010 – L 4 KA 23/10 –**

**RID 10-04-66**

SGB V a.F. § 95 VII

Das Fortsetzungsfeststellungsinteresse für eine Klage gegen die Beendigung der Zulassung als Vertragsarzt wegen Erreichens der Altersgrenze von 68 Jahren liegt auch im Hinblick auf einen Amtshaftungsanspruch nicht vor, weil solche Ansprüche nicht ernsthaft in Betracht kommen, da bereits der Anwendungsbereich des europäischen Diskriminierungsverbots bezüglich des Alters nicht eröffnet ist. Die Auffassung, die Zulassung habe trotz der Altersgrenze aus Gründen des **Europarechts**, konkret wegen des primärrechtlichen Verbots der **Diskriminierung wegen des Alters** und der hierzu ergangenen Richtlinie 2000/78/EG vom 27.11.2000 geendet, ist rechtsirrig. Das **Gemeinschaftsrecht** enthält kein **Verbot der Diskriminierung aus Gründen des Alters**, dessen Schutz die Gerichte der Mitgliedstaaten zu gewährleisten haben, wenn die möglicherweise diskriminierende Behandlung keinen **gemeinschaftsrechtlichen Bezug** aufweist.

Der 1934 geb. Kl. war seit 1974 zur vertragsärztlichen Versorgung niedergelassen. Im Dez. 2004 hat er seine Approbation als Arzt zurückgegeben. Die Zulassungsgremien stellten das Ende der Zulassung zum Sept. 2002 wegen Erreichens der Altersgrenze fest. Dagegen erhob d. Kl. zunächst Anfechtungs- und Verpflichtungsklage mit dem Ziel einer weiteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Nach der Rückgabe seiner Approbation stellte er diese Klage in eine Fortsetzungsfeststellungsklage um. Einen Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes wies **SG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 18.03.2003 - S 29 KA 51/03 ER – ab, die Beschwerde wies **LSG Hessen**, Beschl. v. 15.12.2004 – L 7 KA 412/03 ER – RID 05-03-41 zurück. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 15.06.2005 – S 5/29 KA 89/03 – wies die Klage ab, **LSG Hessen**, Urt. v. 15.03.2006 – L 4 KA 32/05 – RID 06-02-53 die Berufung zurück. Auf die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers wies **BSG**, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 34/06 B – RID 07-01-115 den Rechtsstreit an das LSG zurück, weil der Vorsitz im Berufungssenat länger als sechs Monate unbesetzt war. Der Kl. verstarb 2008. Das **LSG** wies die Klage mit der Maßgabe zurück, dass die Klage als unzulässig verworfen wird.

S. bereits **LSG Hessen**, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 36/10 – RID 10-04-54.

## 9. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

### A) ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG BEI GEFAHR WEITERER FALSCHABRECHNUNG

*LSG Bayern, Beschl. v. 12.08.2010 – L 12 KA 14/10 B ER –*

RID 10-04-67

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

Ein Arzt, der einer „Selbstabrechnung“ von Gebührenordnungspositionen in ungewöhnlich hoher Zahl über Jahre hinweg hilflos gegenübersteht, erscheint absolut **ungeeignet** für eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

Besteht die **Gefahr** einer weiterhin **fehlerhaften Abrechnung** und ist eine **Schadenskompensation durch entsprechende Kontrollverfahren nachträglich nicht möglich** oder durchsetzbar (hier: Einzelfallprüfung in Gestalt einer Nachfrage bei der durch den Eingriff psychisch belasteten Patientinnen), so ist die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** nicht zu beanstanden.

Der 1956 geb. Ast., ein Frauenarzt, legte erfolglos Widerspruch gegen die Entziehung der Zulassung ein. Der Ag. sah es als erwiesen an, dass der Ast. in einer Vielzahl von Behandlungsfällen Schwangerschaftsabbrüche sowohl als GKV-Leistung (rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch bei kriminologischer oder medizinischer Indikation) - für die Quartale I/04-I/07 betrage der Schaden wegen fehlender Indikation 43.697,83 € - als auch im Rahmen des Schwangerschaftshilfegesetzes (Gesetz zur Hilfe bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen v. 21.08.1995) abgerechnet habe. Angesichts einer Schuldenlast des Arztes von 400.000 € bestünden Zweifel, ob der Arzt zukünftig peinlich genau abrechnen werde, weshalb er die sofortige Vollziehung anordnete. *SG Nürnberg, Beschl. v. 12.01.2010 – S 1 KA 23/09 ER* - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

### B) ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG BEI ABRECHNUNGSBETRUG

*SG Berlin, Beschl. v. 04.05.2010 – S 22 KA 145/10 ER –*

RID 10-04-68

www.sozialgerichtsbarkeit.de = MedR 2010, 664

SGB V §§ 95 VI, 97 IV; SGG §§ 86, 86b I 1 Nr. 2

Eine ausdrückliche Regelung zu den **Entscheidungskompetenzen** des Zulassungsausschusses findet sich nur für Entscheidungen im Rahmen der mündlichen Verhandlung (vgl. § 41 I 1 i.V.m. § 45 III Ärzte-ZV). Sitzungsvorbereitende Entscheidungen sind dagegen im Grundsatz dem Vorsitzenden zugewiesen (§ 36 I 1 i.V.m. § 45 III Ärzte-ZV). Das Verfahren vor dem Zulassungsausschüssen ist insoweit den Prozessordnungen nachempfunden, die entsprechende Entscheidungen der in Rede stehenden Art (Terminsverlegungen und Aufhebungen) regelmäßig dem **Vorsitzenden** zuweisen (vgl. nur § 202 SGG i.V.m. § 227 IV 1 ZPO).

Gerade bei **Abrechnungsmanipulationen**, die eine erhebliche Vielzahl von Fällen betreffen und ein besonders zielstrebiges Handeln mit erheblicher krimineller Energie offenbaren, wie es der Gebrauch von sog. „Phantompatienten“ darstellt, kann lediglich eine **Disziplinarmaßnahme nicht ausreichen**.

Die **Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Zulassungsentziehung** stellt einen zusätzlichen Eingriff in die Berufsfreiheit dar, für dessen Rechtfertigung die hohe Wahrscheinlichkeit, dass das Hauptsacheverfahren zum Nachteil des Betroffenen ausgehen wird, nicht ausreicht (vgl. zuletzt BVerfG, 1. Ka. 2. Sen., Beschl. v. 15.03.2010 – 1 BvR 722/10 – RID 10-02-58). Gefordert werden hinreichend **konkrete Tatsachenfeststellungen**, die **konkrete Gefährdungen gerade während des laufenden Hauptsacheverfahrens** begründen (BVerfG, 1. Sen. 3.Ka., Beschl. v. 19.12.2007 – 1 BvR 2157/07 – RID 08-03-190 m.w.N.). Auch im Fall des Abrechnungsbetruges ist daher für die Anordnung der sofortigen Vollziehung in der Regel erforderlich, dass konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Betroffene seine ärztliche Tätigkeit zu vermögensschädigenden Handlungen zu Lasten Dritter ausnutzt (BVerfG, 1. S., 2. Ka., B. v. 29.12.2004 – 1 BvR 2820/04 u. 2851/04 - RID 05-02-184). Ist mangels entgegenstehender Anhaltspunkte von einem korrekten Abrechnungsverhalten während des laufenden Hauptsacheverfahrens auszugehen, kann eine sofortige Vollziehung einer Zulassungsentziehung nicht angeordnet werden.

Der 1949 geb. Ast. ist seit Juni 1997 als Facharzt für Orthopädie vertragsärztlich tätig. Mit rechtskräftigem Urteil des AG v. 05.05.2009 wurde er wegen **Abrechnungsbetrugs** in 33 Fällen zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten** verurteilt, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. In der Entscheidung des SG heißt es hierzu, nach den Feststellungen im Urteil des AG habe der Ast. über einen Zeitraum von einem halben Jahr unter Verwendung fremder Karteikarten, die ein Mittäter besorgt habe, der als Geschäftsführer eines Sanitätshauses tätig war, orthopädische Hilfsmittel für Patienten verordnet, deren Krankengeschichte er erfunden habe. Über die Krankenkassen seien diese Hilfsmittel, die tatsächlich nicht geliefert worden seien, sodann abgerechnet worden. Die Patienten hätten den Ast. nie

aufgesucht und seien ihm auch unbekannt. Auf Antrag der KV Berlin **entzog ihm der Zulassungsausschuss** daraufhin die **Zulassung**. Der Berufungsausschuss lehnte eine Terminverlegung wegen Verhinderung des allein informierten und bearbeitenden Anwalts des Ast. ab und wies den Widerspruch zurück. Zugleich wurde die **sofortige Vollziehbarkeit angeordnet**, weil die weitere Teilnahme des Ast. an der vertragsärztlichen Versorgung nicht hinnehmbar sei. Den Beitragszahlern könne ein weiterer Verbleib im System des öffentlich-rechtlich getragenen Gesundheitssystems und der darin gegebenen Manipulationsmöglichkeiten nicht vermittelt werden. Auch der KV sei eine weitere Zusammenarbeit mit dem Ast. nicht zuzumuten. Dies auch, weil er sich nicht einmal mit dieser wegen der Wiedergutmachung des Schadens in Verbindung gesetzt habe. Ebenso wie bei der Verübung erheblicher Straftaten gegen den Arbeitgeber bzw. Dienstherrn käme auch unter Berücksichtigung der grundgesetzlich geschützten Freiheit nur die sofortige Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in Betracht. Mit Datum v. 15.02.2010 hat der Ast. den Verzicht auf die Zulassung zum 01.06.2010 erklärt. Der Verzicht solle erst dann wirksam werden, wenn der Praxisnachfolger rechtskräftig zugelassen und die Praxis von ihm übergeben worden sei. Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage (S 22 KA 144/10) an.

## 10. ZWEIGPRAXIS

### A) KEINE ZWEIGPRAXIS BEI SEHR GUTER VERSORGUNGS-LAGE

**SG Hamburg, Urt. v. 25.08.2010 – S 27 KA 129/09 –**  
Ärzte-ZV § 24 III

RID 10-04-69

Die Versorgung in **Hamburg** mit der Erbringung **periradikulärer Therapien** muss als sehr gut bezeich- net werden, weshalb eine Ermächtigung zum Führen einer Zweigpraxis nicht zulässig ist.

Das **SG** hob auf Klage der KV den Beschluss des bekl. Berufungsausschusses auf, mit dem die beigel. Fachärztin für Anästhesiologie mit Praxissitz in Niedersachsen zur Durchführung schmerztherapeutischer Vertragsarztleistungen nach Nr. 30731 EBM in der Praxis eines Hamburger Radiologen ermächtigt worden war.

### B) KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNGEN NACH § 121A SGB V DURCH WEIBLICHEN ARZT

**SG Marburg, Gerichtsbb. v. 20.10.2010 – S 12 KA 283/09 –**  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
Ärzte-ZV § 24; SGB V § 121a

RID 10-04-70

Eine „qualifizierte Versorgungsverbesserung“ i.S. des § 24 Ärzte-ZV (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R – BSGE 105, 10 = SozR 4-5520 § 24 Nr. 3, juris) liegt nicht bereits dann vor, wenn die gleichen Leistungen – hier: spezielle gynäkologische Leistungen gemäß § 121a SGB V - am Standort der Zweigpraxis von einem anderen Leistungserbringer bei freien Kapazitäten ebf. angeboten werden. Die Behauptung einer Gynäkologin, der die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V erteilt wurde, sie gewährleiste die persönliche Betreuung durch einen weiblichen Arzt, stellt kein solches spezifisches Versorgungskonzept dar.

Weitere Hinweise s. bei **SG Düsseldorf**, Urt. v. 10.02.2010 – S 2 KA 2/09 – RID 10-04-37.

## 11. ERMÄCHTIGUNG

### A) HOCHSPEZIALISIERTER KRANKENHAUSARZT UND ÜBERREGIONALER (BUNDESWEITER) BEDARF

**LSG Hessen, Urt. v. 20.10.2010 – L 4 KA 68/09 –**  
Revision zugelassen  
SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 10-04-71

Eine **bundesweit geltende Ermächtigung ist rechtlich möglich**. Diese räumliche Erstreckung ist auf der Grundlage von § 31a III i.V.m. § 31 VII Ärzte-ZV zulässig.

Es sind ausreichenden **Sachverhaltsfeststellungen** zu treffen, welche eine Feststellung erlauben, dass bundesweit eine ausreichende ärztliche Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse des zu ermächtigenden Arztes nicht sichergestellt ist. Hierbei ist zu beachten, dass die für die Einräumung eines Beurteilungsspielraums bedeutsame Vermutung, der **fachkundig besetzte Berufungsausschuss** verfüge über besondere Kenntnisse hinsichtlich der medizinischen Versorgung, in erster Linie auf die **Situation im Planungsbereich** bezogen ist. Soweit der Berufungsausschuss die Versorgungssituation in darüber hinaus gehenden Gebieten beurteilt, bedarf es der besonderen Darlegung, woher sein diesbezügliches Wissen resultiert. Zudem hat die Erteilung einer räumlich uneingeschränkten Ermächtigung eines Krankenhausarztes durch die Zulassungsgremien mittelbare Auswirkungen auf andere Beteiligte der vertragsärztlichen Versorgung

im Bundesgebiet. Die niedergelassenen Ärzte in den übrigen Planungsbereichen erhalten mit der bundesweit wirkenden Ermächtigung einen potentiellen Konkurrenten. Für die KVen in anderen Bundesländern ergeben sich zudem finanzielle Verpflichtungen aufgrund des Fremdkassenausgleichs. Die **Angaben des Arztes** bedürfen der **Objektivierung**. Die Tatsache der aus dem ganzen Bundesgebiet erfolgenden Überweisungen reicht für den Nachweis eines entsprechenden Bedarfs nicht aus. Zur Klärung der **Sicherstellungsproblematik** ist eine **Befragung der KVen in anderen Bundesländern** – insbesondere solcher, aus denen dem Arzt Patienten überwiesen werden – zu der Frage vorzunehmen, ob dort im niedergelassenen Bereich Ärzte vorhanden sind, die das besondere Behandlungsangebot anbieten. Denkbar erscheint auch eine Befragung der **Fachgesellschaften** (hier: Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie) hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich für die angesprochenen speziellen Krankheitsbilder und ob die Expertenrolle des Arztes bestätigt werden kann. Schließlich können auch die vom Arzt angegebenen **weiteren Spezialisten** in der Bundesrepublik befragt werden.

**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** hob unter Abänderung des SG-Urteils den Beschluss des Bekl. auf, soweit darin unter Punkt 2. eine Ermächtigung für maximal 300 Fälle im Quartal aus den übrigen Planungsbereichen erteilt worden ist und unter Punkt 3. beschlossen worden ist, dass dem Beigeladenen zu 1) 80 % der zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung entstandenen notwendigen Kosten zu erstatten sind. Es wies im Übrigen die Berufung zurück.

## B) ZWEI BEWERBER FÜR EIN SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM: AUSWAHLENTSCHEIDUNG

**LSG Bayern, Beschl. v. 21.07.2010 – L 12 KA 65/09 B ER –**

RID 10-04-72

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V § 119

Sind zwei Bewerber für ein Sozialpädiatrisches Zentrum vorhanden, besteht aber Bedarf für nur eines, so haben die Zulassungsgremien eine **Auswahlentscheidung** vorzunehmen. Es besteht ein **Beurteilungsspielraum**. Die für maßgeblich gehaltenen Auswahlkriterien müssen genannt und dann auf die Bewerber angewandt werden. Im Rahmen der Gesamtabwägung muss ggf. nach Gewichtung der Einzelkriterien ausreichend klar zum Ausdruck kommen, aufgrund welcher Umstände bzw. Kriterien dem ausgewählten Bewerber der Vorzug einzuräumen ist. Wird auf das Kriterium einer besseren Konzeption abgestellt, ist die bessere Geeignetheit darzustellen.

Der bekl. Berufungsausschuss ermächtigte den Ast. für ein Sozialpädiatrisches Zentrum und lehnte den Antrag des Beigel. ab. Der Beigel. erhob gegen beide Entscheidungen Klage (S 38 KA 462/09). **SG München**, Beschl. v. 02.11.2009 – S 38 KA 720/09 ER - wies den Antrag des Ast. auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Zu § 119 SGB V s. zuletzt **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 09.12.2009 – L 3 KA 29/08 – RID 10-02-63 m.w.N.

## C) ENTZIEHUNG: KIEFERORTHOPÄDE ZWINGT ZUR SOG. PROFESSIONELLEN ZAHNREINIGUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.07.2010 – L 11 KA 68/07 –**

RID 10-04-73

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 72/10 B*

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

SGB V §§ 95 IV 3, VI 1, 140f III 1; SGG §§ 12 III; EMRK Art. 6; GG Art. 97 I

Die Besetzung der Spruchkörper nach § 12 III SGG mit **ehrenamtlichen Richtern** ist mit europäischem Recht vereinbar.

**Patientenvertreter** sind bei der Entziehung der Zulassung bzw. der Ermächtigung nicht zu beteiligen. Für die Entziehung reicht bereits aus, dass ein Kieferorthopäde ein perfides System entwickelt und umgesetzt hat, mit dem er gesetzlich Versicherte dahingehend manipuliert hat, dass sie, um eine im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geschuldete vertragszahnärztliche Leistung zu erlangen, gezwungen wurden, eine **Zusatzvereinbarung zur sog. professionellen Zahnreinigung** zu schließen und ihm dafür fortlaufend monatlich nicht unerhebliche Geldleistungen zu erbringen.

Die **Beschäftigung eines Assistenten** - gleich ob eines Dauer-, Weiterbildungs-, Entlastungs- oder Vorbereitungsassistenten - bedarf der Genehmigung der KZV (§ 32 II Zahnärzte-ZV); ohne diese darf der Assistent in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht tätig sein, die Genehmigung darf auch nicht nachträglich erteilt werden (BSG, Urt. v. 28.03.2007 - B 6 KA 30/06 R - SozR 4-2500 § 98 Nr. 4).

Der 1944 geb. Kl., **Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**, gründete 1978 eine eigene kieferorthopädische **Privatpraxis**. 1986 wurde er zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung für den Bereich Kieferorthopädie **ermächtigt**. 1991 legte der **Disziplinarausschuss** dem Kl. insb. mit der Begründung, eine

Behandlung abgelehnt zu haben, eine Geldbuße i.H.v. 4.000 DM auf. Eine weitere Geldbuße i.H.v. 15.000 DM wurde dem Kläger im Jahr 2000 auferlegt, weil er systematisch überhöhte diagnostische und therapeutische Leistungen in Ansatz gebracht hatte. Im anschließenden Klageverfahren wurde die Geldbuße im Wege eines Vergleichs auf 5.000 DM reduziert. Die Klage gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung nahm er zurück. 2003 erhielt er eine Geldbuße i.H.v. 8.500 € im Wesentlichen mit der Begründung, er habe Kassenpatienten in die privatärztliche Behandlung gedrängt. Im Berufungsverfahren wurde die Geldbuße durch Vergleich auf 4.000 € herabgesetzt. Mit der Begründung, dass der Kl. die Abrechnungsbestimmungen zu den BEMA-Positionen 119 (Umformung eines Kiefers) und/oder 120 (Einstellung des Unterkiefers) missachtet und damit eine unzulässige Erhöhung der Anzahl der nach dem HVM kontingentbildenden Fälle herbeigeführt habe, ordnete der Disziplinarausschuss im Januar 2005 das Ruhen der Zulassung für die Dauer von sechs Monaten an. Seine dagegen erhobene Klage nahm der Kl. zurück. Wegen der aufschiebenden Wirkung der Klage wurde die Anordnung des Ruhens der Zulassung nicht umgesetzt (*SG Düsseldorf*, Beschl. v. 06.02.2006 – S 2 KA 20/06 ER – RID 06-02-37 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück. Das *LSG* stellte fest, dass die Zulassung des Ast. zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung im Bereich Kieferorthopädie in der Zeit vom 14.12.2005 bis 13.06.2006 nicht ruht.). Bereits zuvor hatte die Beigel. zu 5) **beantragt**, dem Kl. die **Ermächtigung** zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung zu **entziehen**, weil er durch **massive Einflussnahme auf Patienten bzw. deren Eltern von diesen zusätzliche Zahlungen bzw. zusätzliche Leistungen zu erwirken suche**, insb. eine **sog. professionelle Zahnreinigung**. Der Antrag führte zur Entziehung der Ermächtigung unter Anordnung der sofortigen Vollziehung. Der einstweilige Rechtsschutz blieb ohne Erfolg (SG Köln, Beschl. v. 30.05.2006 - S 19 KA 6/06 ER -, Senatsbeschl. v. 27.06.2006 - L 11 B 32/06 KA ER -). *SG Köln*, Ur. v. 17.10.2007 – S 19 KA 19/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Das LSG weist auf einen **umfassenden Katalog schikanöser Maßnahmen** hin und führt zusammenfassend **beispielhaft folgende Maßnahmen** an: Es können weiter Nachmittags-Termine gegeben werden, wenn Unterschrift für den Einzug vorhanden ist. Wurde die Vereinbarung zurückgezogen: Vormittags-Termine. Wurde die Vereinbarung zurückgezogen: Behandlungsbeginn hinhalten und verzögern, z.B. Akte nicht auffindbar. Dann Behandlungsplan schreiben, so dass er vom Gutachter abgelehnt werden muss. Wurde die Vereinbarung zurückgezogen: Röntgen in der Zahnklinik. Wurde die Vereinbarung zurückgezogen: Keine Behandlung mit Multiband bzw. bei HG kein weiteres Multiband, auch wenn im Plan vorgesehen. Kein weiteres Multiband, möglichst MB ex und Behandlung nur mit herausnehmbaren Geräten weiterführen, mit schnellem Ende. Wurde die Vereinbarung zurückgezogen: Alle 2 Jahre ZM - OPG bei z.B. Dr. X. Alle 4 - 5 Monate neue Geräte. In der Regel pro Quartal nur ein Kontrolltermin, häufiger Wechsel von herausnehmbaren Geräten.

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

Zur BSG-Rspr. vgl. zuletzt RID 08-04-A VI (S. 25); zur Instanzenrspr. s. zuletzt RID 10-02-A.VII (S. f.); *SG Marburg*, Ur. v. 16.09.2009 – S 12 KA 514/08 – RID 09-04-47.

### BEITRAG NACH UMSATZ/KEINE BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE/ERREICHEN DES HÖCHSTSATZES

*SG Marburg*, Ur. v. 08.09.2010 – S 12 KA 507/09 –

RID 10-04-74

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

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen i.d.F. v. 26.06.2004; GG Art. 3 I Es ist nicht zu beanstanden, dass nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (hier: Quartal II/04) die **Beitragshöhe** an die Honorarhöhe und damit an den **Umsatz** des jeweiligen Vertragsarztes anknüpft und eine Beitragsbemessungsgrenze nicht vorgesehen ist, auch wenn aus Sicht des einzelnen Vertragsarztes nach Erreichen des Höchstsatzes eine **Erhöhung der Anwartschaft** nicht mehr möglich ist (vgl. BSG, Ur. v. 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - SozR 4-2500 § 72 Nr. 2 = BSGE 94, 50 = GesR 2005, 307 = MedR 2005, 538 = Breith 2005, 817, juris, Rdnr. 122 bis 127; BSG, Ur. v. 16.07.2008 - B 6 KA 38/07 R - BSGE 101, 106 = SozR 4-2500 § 85 Nr. = USK 2008-65, juris Rdnr. 65 ff.).

Das *SG* wies die Klage ab.

## VIII. Gesamtvertrag/GBA/Selektivvertrag/KV

Nach BSG, Ur. v. 23.06.2010 – *B 6 KA 4/09 R* – ist es nicht zu beanstanden ist, dass in einem **Schiedsspruch** die Gesamtvergütung teilweise nach **Kopfpauschalen** und teilweise auf der Grundlage von **Einzelleistungen** bemessen wird; hierzu sind das Schiedsamt ebenso wie die Vertragspartner befugt. Die teilweise Bestimmung nach Einzelleistungen hätte aber gemäß § 85 II 7 SGB V ergänzend erfordert, auch den Betrag des dadurch zu erwartenden **Ausgabenvolumens** zu bestimmen und eine Regelung zur Vermeidung einer Überschreitung dieses Betrags zu treffen. Ein Krankenkassenverband ist nicht gehindert, diesen Rechtsverstoß des beklagten Schiedsamtes im gerichtlichen Verfahren geltend zu machen. Dabei ist ohne Bedeutung, ob er für andere Zeiträume Vereinbarungen der hier von ihm beanstandeten Art abgeschlossen hat. Unschädlich ist auch, dass der Kläger im vorliegenden Fall nicht schon in der Verhandlung beim Schiedsamt auf die Beachtung des § 85 II 7 SGB V gedrungen hat. Nach BSG, Ur. v. 03.02.2010 - *B 6 KA 30 u. 31/09 R* - (BSGE 105, 243 = SozR 4-2500 § 116b Nr. 2) 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. AUFSICHTSKLAGE GEGEN BUNDESVERSICHERUNGSAMT WEGEN BEANSTANDUNG DES LANDESSCHIEDSAMTS

*LSG Hessen, Urt. v. 29.09.2010 – L 4 KA 54/09 KL –*

**RID 10-04-75**

*Revision anhängig: B 6 KA 32/10 R*

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

SGB V §§ 71 IV, 89 IV, V 1 u. 6; SGG §§ 29 II Nr. 1, 54 III, 78 I 1 u. 2, IV; GG Art. 83, 86 S. 1

**Leitsatz:** 1. Die **Klage einer Kassenärztlichen Vereinigung** als Partnerin eines Honorarverteilungsvertrages gegen eine aufsichtsrechtliche Beanstandung der vereinbarungsersetzenden Entscheidung eines **Landesschiedsamts** durch das **Bundesversicherungsamt** ist in entsprechender Anwendung von § 54 Abs. 3 SGG als **Aufsichtsklage** im Sinne eines Unterfalls der Anfechtungsklage statthaft. Im Rahmen der entsprechenden Anwendung der Vorschriften über die Anfechtungsklage (§ 89 Abs. 5 Satz 6 SGB V) ist die Durchführung eines Vorverfahrens entbehrlich.

2. Eine solche Beanstandung ist nicht durch § 71 Abs. 4 SGB V gedeckt, denn es handelt sich bei dem beanstandeten Schiedsspruch nicht um eine „Vereinbarung über die Vergütung“ im Sinne dieser Vorschrift, sondern um eine „**Entscheidung eines Schiedsamtes über die Vergütung**“ nach § 89 Abs. 5 Satz 4 SGB V.

3. Nach § 89 Abs. 5 Satz 1 SGB V führen für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden die Aufsicht über die Landesschiedsämter, die Entscheidungen der **Landesschiedsämter** sind somit den **Aufsichtsbefugnissen des Bundesversicherungsamts entzogen**. Die so genannte zweigleisige Rechtsaufsicht im Bereich der Ersatzkassen für - regionale - Vergütungsvereinbarungen (s. dazu in einem obiter dictum BSG, Urteil vom 17. November 1999 - B 6 KA 10/99 R - SozR 3-2500 § 71 Nr. 1, zitiert nach juris Rdnr. 21) besteht daher nicht gegenüber Entscheidungen der Landesschiedsämter.

4. Dieses gesetzlich vorgegebene **aufsichtsrechtliche Kompetenzgefüge** entspricht der föderalen Kompetenzaufteilung bezüglich der Ausführung von Bundesgesetzen nach Art. 83, 86 Satz 1 GG; es kann nicht dadurch unterlaufen werden, dass auf dem Umweg der Beanstandung gegenüber einem aufsichtsunterworfenen Versicherungsträger der Spruch eines einer anderen Aufsichtsbehörde unterworfenen Schiedsamtes beanstandet wird. Dabei kann vorliegend offen bleiben, ob das Bundesversicherungsamt als rechtsaufsichtsführende Behörde ihren aufsichtsunterworfenen Krankenkassen im Rahmen der allgemeinen Rechtsaufsicht eine Weisung dahingehend erteilen kann, Rechtsmittel gegen den Schiedsspruch den Landesschiedsamtes einzulegen.

Die **klagende KV** rief das beigel. Landesschiedsamt wegen des HVV 2009 an. Die **bekl. Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren - zum Verfahren beigel. - Krankenkassen** beanstandete Teile des Schiedsspruchs. Zur Begründung führte die Bekl. aus, das Schiedsamt hätte nicht festsetzen dürfen, dass auch die Leistungen der Kapitelabschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6 EBM mit einem Zuschlagspunktwert in Höhe von 0,005709 Euro vergütet würden, weil diese Leistungen nicht in Beschlussteil H Nr. 5 Abs. 1 Satz 2 i.d.F. des Beschl. des erweiterten Bewertungsausschusses vom 17.03.2009 aufgeführt gewesen seien, so dass die Festsetzung nicht durch diesen Beschl. gedeckt sei. Ferner verstoße Anl. 2 Nr. 2 des HVV 2009 gegen Vorgaben des Bewertungsausschusses. Danach erfolge die Bildung der Rückstellungen und ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung durch die KV im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die Festsetzung des Schiedsamts, wonach die KV allein - ohne ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herzustellen - über die Bildung und Auflösung bzw. Rückführung der Rückstellungen entscheiden dürfe, verstoße gegen den klaren Wortlaut des Beschlusses. Die Beanstandung bzgl. der Anlage 2 Nr. 2 HVV 2009 nahm die Bekl. zurück. Das **LSG** gab der Klage statt.

## 2. GBA/ARZNEIMITTELHERSTELLER: KEIN SUBJEKTIVES RECHT AUF BESTIMMTE INTERPRETATION DER AMR

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.08.2010 – L 7 KA 11/10 KL ER –*

RID 10-04-76

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

SGB V §§ 92 I 1 HS 3 u. Satz 2 Nr. 6; BGB § 1004; GG Art. 12 I; AMR § 16 I, II; AMR Anl. III Nr. 38

Auch der direkt mit dem Normgeber GBA geführte Streit um die Interpretation der Arzneimittelrichtlinie ist eine **Angelegenheit des Vertragsarztrechts** (vgl. etwa BSG, Urt. v. 31.05.2006 - B 6 KA 13/05 R - BSGE 96, 261 = SozR 4-2500 § 92 Nr. 5; v. 06.05.2009 - B 6 A 1/08 R - BSGE 103, 106 = SozR 4-2500 § 94 Nr. 2 ; v. 03.02.2010 - B 6 KA 31/09 R - BSGE 105, 243 = SozR 4-2500 § 116b Nr. 2).

Ein Arzneimittelhersteller hat **kein subjektives Recht auf Unterlassung einer bestimmten Interpretation der Arzneimittelrichtlinie durch den Normgeber GBA**. Grundsätzlich hat die Rechtsauffassung eines Normgebers zur Interpretation der von ihm erlassenen Normen im Rechtsverkehr keine verbindliche Bedeutung, weshalb eine bestimmte und abstrakte Interpretation gültigen Rechts auch nicht im Klagewege beansprucht werden kann. Rechtsbehelfe erscheinen nur denkbar gegen die Norm an sich oder gegen das Handeln der Normanwender; nur insoweit können rechtlich geschützte Interessen berührt sein (vgl. bereits LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 17.03.2010 – L 7 KA 125/09 KL – RID 10-03-63, Revision anhängig: B 6 KA 29/10 R).

Es spricht alles für die Richtigkeit der Interpretation von Nr. 38 der Anlage III AMR, wonach **Otobacid® N** auch als **Kombipräparat nicht verordnungsfähig** ist.

Die Ast. ist ein pharmazeutisches Unternehmen und Herstellerin der Ohrentropfen Otobacid® N, zugelassen für die Behandlung bei Entzündungen des äußeren Gehörgangs. Nach Nr. 38 der Anlage III der AMR i.V.m. § 16 I-III AMR und § 92 I 1 HS 3 SGB V sind von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen „Otologica – ausgenommen Antibiotika oder Corticosteroide bei Entzündungen des äußeren Gehörganges“. Die Ast. bat erfolglos den Ag. (GBA) um Klarstellung – auch gegenüber den KVen –, dass Verordnungsfähigkeit für Otologica bei Entzündungen des äußeren Gehörganges auch dann bestehe, wenn – wie bei Otobacid® N – neben einem Corticosteroid auch andere Wirkstoffe enthalten seien, die nicht unter die in Nr. 38 der Anlage III der AMR genannten zwei Wirkstoffgruppen fielen. Das **LSG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

## 3. SELEKTIVVERTRÄGE

### A) BESTIMMUNG EINER SCHIEDSPERSON FÜR HAUSARZTVERTRAG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.10.2010 – L 11 KA 61/10 B ER –*

RID 10-04-77

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

SGB V §§ 73 Ia, 73b, 95a, 103 IV 6; GWB § 99; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Dem Begriff „**Allgemeinarzt**“ i.S.v. § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V unterfallen nicht sämtliche an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte, sondern nur die für die hausärztliche Versorgung zugelassenen Fachärzte für Allgemeinmedizin und die Fachärzte für innere und Allgemeinmedizin, die nach den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern die Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin oder für Allgemeinmedizin tragen dürfen. Die Gruppe der „praktischen Ärzte“ sowie die Gruppe der Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung sind nicht in das Quorum einzubeziehen. (so auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 22.09.2010 - L 3 KA 68/10 B ER -). Fachärzte für Allgemeinmedizin und innere Medizin sind aber nicht nur dann in das Quorum einzubeziehen, wenn jeweils eine **fünfjährige Weiterbildungszeit** nachgewiesen ist.

Weder aus dem Gesetz noch aus der Gesetzesbegründung kann abgeleitet werden, dass jeweils eine **Abschlussvollmacht** vorliegen muss. Ausreichend ist eine **Verhandlungsvollmacht**.

Maßgebend für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist der Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung. **Nachträgliche Änderungen des Repräsentationsgrades** der Gemeinschaft sind damit rechtlich irrelevant (so auch LSG Niedersachsen-Bremen, ebd.).

Die **Schiedsperson** muss mit Bedeutung, Funktion und Struktur der Gesetzlichen Krankenversicherung vertraut sein (**fachliche Qualität**). Hinzu tritt die **persönliche Eignung**. So ergibt sich aus der Natur der Sache, dass die Schiedsperson in der Lage sein muss, das Verfahren neutral und ausgewogen zu führen, um divergierende Interessen auszugleichen.

Es ist nicht zu beanstanden, wenn für die Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils einheitlich **nur wenige Schiedspersonen** bestimmt werden.

Eine **bundesweit einheitliche Bestimmung einer Schiedsperson** für einzelne Krankenkassen erscheint als wenig zweckmäßig.

Die Bestimmung einer Schiedsperson muss **nicht öffentlich ausgeschrieben** werden.

**SG Dortmund**, Beschl. v. 28.04.2010 – S 9 KA 29/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (1. die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid der Ag. v. 09.12.2009 über die Bestellung von Herrn H X als Schiedsperson in den Vertragsverhandlungen zwischen dem Hausärzterverband Westfalen-Lippe e.V. und der Bahn-BKK für die Region der KV Westfalen-Lippe anzuordnen, 2. hilfsweise anzuordnen, dass die durch die Schiedsperson Herrn X festgesetzten Vertragsinhalte nicht vor rechtskräftiger Entscheidung über die Klage in Kraft treten können) ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## B) KEINE VORLAGEPFLICHT VON VERTRÄGEN BESONDERER VERSORGUNGSFORMEN

**SG Berlin**, *Urt. v. 30.06.2010 – S 79 KA 7/06 –*

**RID 10-04-78**

SGB V §§ 78 I, III 1, 81 I 2, 140a ff.

Eine KV kann ihre Mitglieder auch nicht durch Satzung verpflichten, ihr bei Teilnahme an Modellvorhaben, Verträgen zur integrierten Versorgung und sonstigen von den Krankenkassen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Versorgungsformen die entsprechenden Verträge mit den Krankenkassen vorzulegen. Hierfür gibt es weder eine Ermächtigungsgrundlage, noch steht eine solche Pflicht im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen. Sie verstößt gegen die §§ 140 a ff SGB V.

Die kl. KV hat in ihrer Satzung unter Rechte und Pflichten der Mitglieder die Regelung, dass die Teilnahme an Modellvorhaben, Verträgen zur integrierten Versorgung und sonstigen von den Krankenkassen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Versorgungsformen schriftlich anzuzeigen ist. Die Vertreterversammlung änderte 2005 die Vorschrift folgendermaßen: „...die **Teilnahme** an Modellvorhaben, Verträgen zur integrierten Versorgung und sonstigen von den Krankenkassen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Versorgungsformen **unverzüglich schriftlich anzuzeigen und die entsprechenden Verträge mit den Krankenkassen auf Verlangen vorzulegen**.“ Die bekl. Aufsichtsbehörde lehnte die Genehmigung der Satzungsänderung ab. Das **SG** wies die Klage ab.

## 4. VERÖFFENTLICHUNG DER SOG. ME-TOO-LISTE (ACTONEL®)

**SG Düsseldorf**, *Urt. v. 28.07.2010 – S 14 KA 60/07 –*

**RID 10-04-79**

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

SGB V §§ 31 II, 35b, 84, 92; SGG § 86b

Hinreichende **Rechtsgrundlage** für die Veröffentlichung der sog. Me-too-Liste ist § 84 I SGB V (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 14.12.2006 – L 10 B 21/06 KA ER – RID 07-01-101). Der Me-Too-Liste stehen ferner weder § 35b SGB V noch die EG-Richtlinie 89/105/EWG entgegen.

Die Bewertung von **Actonel® 5/35** als Me-too-Präparat im Sinne der Me-too-Listen 2006 bis 2010 ist zutreffend.

Die Aufnahme dieses Präparates **Actonel® 30** in die Me-too-Liste des Jahres 2006 war unzutreffend, denn die Verantwortung für die Richtigkeit der in der Me-too-Liste enthaltenen Informationen obliegt der KV.

Das **SG** stellte fest, dass die Aufnahme des Arzneimittels Actonel® 30 in der Liste patentgeschützter Analogpräparate durch die bekl. KV im Zusammenhang mit ihrer Arzneimittelvereinbarung 2006, in der sog. Me-too-Liste für 2006, rechtswidrig war, und wies im Übrigen die Klage ab; die Kl. trägt von den Kosten des Verfahrens 5/6, die Bekl. 1/6.

## IX. Verschiedenes/Verfahrensrecht

Nach BSG, *Urt. v. 13.10.2010 - B 6 KA 29/09 R* – hält der Senat an der bisherigen Rspr. des BSG fest, dass ein Anspruch nach § 63 SGB X auch voraussetzt, dass zwischen dem **Widerspruch** und der **begünstigenden Entscheidung** ein **ursächlicher Zusammenhang** im Rechtssinne bestehen muss; eine solche Verknüpfung entfällt aber nicht immer schon dann, wenn sich im Laufe des Widerspruchsverfahrens die **Rechtslage** zugunsten des Widerspruchsführers **ändert**. Für den Erstattungsanspruch ist ohne Bedeutung, ob der Widerspruch gerade aus den Gründen Erfolg hatte, auf die sich der Widerspruchsführer gestützt hatte. Es ist daher grundsätzlich auch nicht maßgeblich, ob eine mit seinem rechtlichen Vortrag möglicherweise sogar übereinstimmende Normänderung zum Erfolg des Widerspruchs führt.

## 1. DRITTANFECHTUNG EINER GENEHMIGUNG NACH § 116B II SGB V

Eine **drittschützenden Wirkung** von § 116b II SGB V **bejahen** bisher: *LSG Sachsen*, Beschl. v. 03.06.2010 – L 1 KR 94/10 B ER – RID 10-03-68; *SG Dresden*, Beschl. v. 29.09.2009 – S 11 KA 114/09 ER – RID 09-04-53; *SG Dresden*, Beschl. v. 18.05.2010 – S 18 KA 10/10 ER – RID 10-03-69; *SG Hannover*, Beschl. v. 24.08.2010 – S 61 KA 358/1 ER – RID 10-03-69c; offen gelassen: *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 20.08.2010 – S 2 KA 386/10 ER –; Zur fehlenden Drittbetroffenheit einer KV s. *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 25.05.2009 - L 4 KR 116/09 B ER - RID 09-04-54; *LSG Hamburg*, Beschl. v. 11.02.2008 – L 2 B 485/07 ER KA – RID 08-03-85; zu **Statusstreitigkeiten** nach § 116b II SGB V als **Angelegenheiten des Vertragsarztrechts** s. *SG Fulda*, Beschl. v. 23.12.2009 – S 11 KR 48/09 - RID 10-01-182; *SG Wiesbaden*, Beschl. v. 25.09.2009 – S 17 KR 212/08 – RID 09-04-55; weitere Nachweise in RID 09-04-A VIII 3 (S. 32).

Zur **Klagebefugnis der KBV** gegen den GBA bei Neufassung der Richtlinien zu § 116b IV SGB V s. *BSG*, Urt. v. 03.02.2010 - B 6 KA 30 u. 31/09 R – (BSGE 105, 243 = SozR 4-2500 § 116b Nr. 2).

### A) KRANKENVERSICHERUNG/DRITTSCHUTZ/KEINE BEDARFSPRÜFUNG

*LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 01.11.2010 – L 4 KR 468/10 B ER –*  
SGB V § 116b II

RID 10-04-80

Für Streitigkeiten nach § 116b II SGB V sind die **Spruchkörper für Krankenversicherung** zuständig (s. *LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 25.05.2009 - L 4 KR 116/09 B ER - RID 09-04-54*).

Bei einer Bestimmung zur ambulanten Erbringung von Leistungen nach § 116b II SGB V handelt es sich um einen **Verwaltungsakt mit Drittwirkung gegenüber niedergelassenen Ärzten**. Es kann **Anfechtungsklage** durch einen niedergelassenen Arzt erhoben werden, die **aufschiebende Wirkung** hat.

§ 116b II SGB V ist mit **höherrangigem Recht vereinbar**.

Den **Belangen der niedergelassenen Ärzte** kann in einer Vereinbarung des Krankenhauses mit der Verpflichtung zur Selbstbeschränkung (hier: 500 Fälle je Quartal) Rechnung getragen werden. Eine Bedarfsprüfung i.S.d. Zulassungsrechts hat im Rahmen des § 116b II SGB V nicht zu erfolgen.

Es fehlt an einer Glaubhaftmachung, dass die wirtschaftliche Position eines niedergelassenen Arztes bei Erteilung einer Bestimmung nach § 116b II SGB V gefährdet ist, wenn nur etwa 1/5 seines Umsatzes davon betroffen wird.

Ist die **Erfolgsaussicht einer Klage** gegen eine Bestimmung nach § 116b II SGB V eher gering, so überwiegt das Interesse des Krankenhauses an der Anordnung des Sofortvollzuges.

Die Ag. zu 2) ließ die Ast. zur Durchführung ambulanter Behandlung von HIV/Aids-Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf gemäß § 116b III Nr. 2 SGB V zu, wogegen der Ag. zu 1), ein Facharzt für Allgemeinmedizin, der in einer Gemeinschaftspraxis tätig ist und dort den Schwerpunkt HIV/Aids-Erkrankungen und Substitutionsbehandlungen betreut, Klage (S 61 KA 294/10) erhob. *SG Hannover*, Beschl. v. 24.08.2010 – S 61 KA 358/10 ER – RID 10-03-69c ordnete die sofortige Vollziehung des Bescheids bis 28.02.2011 mit der Maßgabe an, dass ambulante Leistungen ausschließlich gegenüber Patienten erbracht werden dürfen, deren ambulante Betreuung durch die Ast. vor der Bekanntgabe dieser Entscheidung begonnen worden ist und wies im Übrigen die Anträge ab. Das *LSG* ordnete die sofortige Vollziehung des Zulassungsbescheids vorläufig bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens vor dem SG Hannover an und wies im Übrigen die Beschwerde (Hauptantrag: Feststellung fehlender aufschiebender Wirkung) zurück.

Das LSG setzte den **Streitwert** (hier: 150.000 €) auf der Grundlage der Hälfte (einstweiliges Anordnungsverfahren) des dreifachen Jahresumsatzes abzüglich der Kosten fest.

### B) „DRITTSCHÜTZENDE“ WIRKUNG/ERFORDERLICHE BEDARFSPRÜFUNG/ANHÖRUNG

*SG Duisburg, Beschl. v. 19.08.2010 – S 19 KA 14/10 ER –*  
SGB V § 116b; SGG §§ 86b I 1 Nr. 2, 98; GVG § 17 II 1

RID 10-04-81

Vertragsärzte, die sich im regionalen Einzugsbereich einer zur Erbringung ambulanter Leistungen bestimmten Klinik befinden (hier: 8,9 km entfernt) und eigenen Angaben zu Folge dieselben Leistungen anbieten, haben die Befugnis zur sog. **defensiven Konkurrentenklage** gegen den Bestimmungsbescheid (*LSG Sachsen, Beschl. v. 03.06.2010 – L 1 KR 94/10 B ER – RID 10-03-68*; vgl. bereits BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 17.08.2004 – 1 BvR 378/00 - RID 04-04-48).

Die Bestimmung einer Klinik nach § 116b II SGB V impliziert einen sog. **mittelbaren faktischen Grundrechtseingriff**, indem sie einen Vertragsarzt in dessen durch Art. 12 I GG geschützte Ausübung des Berufs als niedergelassener vertragsärztlicher Internist mit dem Schwerpunkt „Hämatologie und internistische Onkologie“ beeinträchtigen.

Es spricht einiges dafür, das auch im Rahmen von § 116b II SGB V eine **Prüfung des Bedarfs** für die beantragten diagnostischen und therapeutischen Leistungen durchzuführen ist.

In einem **Bestimmungsbescheid** muss die **Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation erkennbar** sein; eine Auskunft der KV muss erkennbar verwertet werden. Das Krankenhaus ist zur Stellungnahme aufzufordern, in welcher Weise es mit den niedergelassenen Ärzten zusammenarbeiten wird.

§ 116b II SGB V entfaltet angesichts des Schutzes des Art. 12 I GG „**drittschützende**“ **Wirkung** zugunsten eines Vertragsarztes.

Ein betroffener **Vertragsarzt** ist vor Erlass eines Bestimmungsbescheids **anzuhören**. Es ist fraglich, ob die Anhörung der KV die Nichtanhörung des Vertragsarztes zu kompensieren vermag.

Das **SG** stellte die aufschiebende Wirkung der Klage (S 19 KA 15/10) einer onkolog. Gemeinschaftspraxis gegen einen Genehmigungsbescheid nach § 116b II 1 SGB V zu Gunsten der beigel. Klinik mit der Maßgabe her, dass es der beigel. Klinik gestattet bleibt, die aufgrund der angefochtenen Bescheide eingeleiteten diagnostischen Maßnahmen, ambulanten Chemotherapie-Zyklen und sonstigen ambulanten Behandlungsmaßnahmen bis zu deren Abschluss fortzusetzen. Die Ast. hatte u.a. vorgetragen, die internist. Onkologie mache 80 % ihres Kassenumsatzes aus. Ein Wegbruch der Chemotherapie-Patienten entspräche einem Umsatzverlust von 200.000 € oder 50 %.

### C) KEIN ANORDNUNGSGRUND GEGEN ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG

*SG Düsseldorf, Beschl. v. 20.08.2010 – S 2 KA 379/10 ER –*

**RID 10-04-82**

*Beschwerde anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen L 11 KA 97/10 B ER*  
SGB V § 116b; SGG §§ 86b I 1 Nr. 2, 98; GVG § 17 II 1

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

**Parallelverfahren** zu *SG Düsseldorf, Beschl. v. 20.08.2010 – S 2 KA 386/10 ER – RID 10-03-69a*.

## 2. VERTRAGSARZTRECHT/UNTERLASSUNGSANSPRUCH EINER KRANKENKASSE GEGEN ÄRZTEVERBAND

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 06.09.2010 – L 11 KA 3/10 B ER –*

**RID 10-04-83**

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

SGB V §§ 69, 73b; SGG §§ 10 II, 31 II, 86b; UWG § 12; StGB § 194 III; BGB §§ 823 II, 1004

Bei einer Streitigkeit einer Krankenkasse gegen einen Verband (auch) der Vertragsärzte handelt es sich um eine Streitigkeit des **Vertragsarztrechts**. Eine solche Streitigkeit kann auch entstehen, wenn Dritte, die nicht an dieser Rechtsbeziehung beteiligt sind, behaupten, durch eine zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten getroffene Regelung in ihren Rechten unmittelbar oder mittelbar berührt zu sein (Senat, Beschl. v. 27.06.2006 – L 11 B 30/06 KA ER – RID 06-03-69 u. v. 11.02.2008 – L 11 (10) B 17/07 KA ER – RID 08-02-104).

Die zur Gewährung **einstweiligen Rechtsschutzes** zu beachtenden Voraussetzungen sind (allein) in § 86b SGG normiert (Senat, Beschl. v. 27.05.2008 – L 11 B 6/08 KR ER – RID 08-03-176; vgl. a. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.05.2008 – L 5 B 8/08 KR ER – RID 08-02-222). § 12 II **UWG** gilt nicht.

Für die Glaubhaftmachung eines **Anordnungsgrunds** sind nicht allein wirtschaftliche Beeinträchtigungen maßgebend. Es kann sich um Nachteile jeglicher Art handeln, sofern sie nur wesentlich sind.

Eine **Krankenkasse** kann sich auf **zivilrechtlichen Ehrenschutz** berufen (vgl. BGH, Urt. v. 02.12.2008 - VI ZR 219/06 - und 22.06.1982 - VI ZR 251/80 -). Es wird das Ziel verfolgt, dasjenige Mindestmaß an öffentlicher Anerkennung zu gewährleisten, das erforderlich ist, damit die betroffene Einrichtung ihre Funktion erfüllen kann und das unerlässliche Vertrauen in die Integrität öffentlicher Stellen nicht in Frage gestellt wird.

Einer Behörde kann zudem ein **Anspruch auf Richtigstellung** zustehen, wenn die konkrete Äußerung geeignet ist, die Behörde schwerwiegend in ihrer Funktion zu beeinträchtigen (BGH, Urt. v. 22.04.2008 - VI ZR 83/07 -). Konsequenterweise kann sie unter dieser Voraussetzung - als Minus - auch einen **Unterlassungsanspruch** geltend machen.

Der Rechtsprechung des BGH in sog. **Äußerungssachen** ist zu folgen.

*SG Düsseldorf, Beschl. v. 07.12.2009 - S 2 KA 171/09 ER -* wies den Antrag der AOK Baden-Württemberg gegen den Ag., einer Interessenvertretung der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland, auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, *LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.07.2010 – L 11 KA 3/10 B ER – RID 10-03-70a* gab dem Ag. auf, es unter Androhung eines in jedem Fall der Wiederholung festzusetzenden Ordnungsgeldes bis zu 250.000 €, ersatzweise Ordnungshaft, oder Ordnungsgeld bis zu sechs Monaten, bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens L 11 KA 3/10 B ER zu unterlassen, die nachfolgend wiedergegebenen

Äußerungen zu verbreiten und/oder verbreiten zu lassen, a) „Stattdessen drängen Hausärzte und auch die Allgemeine Ortskrankenkasse hier in Baden-Württemberg uns Kinder- und Jugendärzte in einen Vertrag, der keinerlei kindgerechte Leistungen beinhaltet“ und/oder b) „Der Vergleich mit dem bayerischen PzV <Anm.: pädiatriezentrierten Vertrag> zeigt die mangelnde Berücksichtigung der kinder- und jugendmedizinischen Inhalte.“ und/oder c) „Diese (Allgemeinmediziner) können in der Regel keine kindgerechte Praxisausstattung vorweisen. Säuglingswaage, Wärmelampen, altersgerechte Manschetten oder pädiatrische Notfallkoffer - all diese Geräte sind Hausarztpraxen kaum vorhanden.“ Das **LSG** gab nunmehr dem Ag. wiederum die Unterlassung nach a) und c) auf und ersetzte b) durch: „Vor allem der seit Juli 2008 gültige Hausarztvertrag in Baden-Württemberg (hausarztzentrierter Vertrag - kurz HzV) ist Pädiatern und Eltern ein Dorn im Auge. Der Vergleich mit dem bayerischen PzV zeigt die mangelnde Berücksichtigung der kinder- und jugendmedizinischen Inhalte.“

### 3. KEIN ANSPRUCH GEGEN KRANKENKASSE FÜR ÄRZTLICHE BEGLEITUNG BEI VERLEGUNGSFAHRTEN

**LSG Bayern, Ur. v. 24.06.2010 – L 4 KR 167/08 –**

**RID 10-04-84**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 97/10 B*

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

SGB V §§ 60, 85 I, 133; KHEntg § 2 II

Verlangt eine Vertragsärztin für die ärztliche Begleitung bei Verlegungsfahrten innerhalb eines Krankenhauses von der Krankenkasse eine Vergütung, so gelten die **Regelungen des Vertragsarztrechts**, wonach eine Abrechenbarkeit der Arztbegleitung im **Verhältnis Arzt/Krankenkasse** nicht möglich ist. Lediglich in denjenigen Fällen, wo Verträge zwischen einzelnen Vertragsärzten und den gesetzlichen Krankenkassen geschlossen worden sind (z.B. Modellvorhaben gem. §§ 63 ff. SGB V), erfolgt eine Honorierung der vertraglich vereinbarten Leistungen unmittelbar durch die GKV an den Vertragsarzt.

Die **Arztbegleitung** ist in den **allgemeinen Krankenhausleistungen** gemäß § 2 II KHEntgG enthalten. Auf jeden Fall muss das Krankenhaus, zumindest im Verhältnis zur Vertragsärztin, für deren Leistungen dieser gegenüber aufkommen. Ob die Arztbegleitung nun über diese Vorschrift abgegolten ist oder die Krankenkasse diese dem Krankenhaus gesondert zu vergüten hat, ist ausschließlich im Verhältnis Krankenhaus/Krankenkasse zu klären.

Die Kl. ist eine **zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin** und leitende Notärztin. In den Jahren 2002 und 2003 erbrachte sie insbesondere für gesetzlich krankenversicherte Mitglieder der Bekl. deren **ärztliche Begleitung bei Verlegungsfahrten innerhalb der M. Krankenhäuser D. und Klinikum R.** Bis 2002 vergütete die Bekl. diese Leistungen, änderte aber dann, nachdem sich das System der Krankenhausvergütung durch Einführung von Pauschalen geändert hatte, diese Praxis. Ihre Honoraransprüche machte die Kl. zunächst gegenüber dem D. und dem Klinikum R. geltend. Mit Endurt. v. 08.09.2004 wies das **Landgericht** die Klage ab. Während des zivilrechtlichen Verfahrens verkündete die Kl. der Bekl. den Streit. Die Berufung wies das **Oberlandesgericht** mit Ur. v. 28.07.2005 rechtskräftig zurück. **SG München**, Ur. v. 14.02.2008 - S 18 KR 1498/05 - wies die auf Zahlung von Vergütung für ärztliche Begleitung bei Verlegungsfahrten in Höhe von 15.329,08 € in den Jahren 2002 und 2003 gerichtete Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur **Abgrenzung Vertragsarztrecht/Krankenversicherung** und Zuständigkeit der entsprechenden Spruchkörper s. zuletzt **BSG**, Ur. v. 03.02.2010 – B 6 KA 31/09 R – RID 10-03-92 (BSGE 105, 243 = SozR 4-2500 § 116b Nr. 2); RID 10-02-A.VIII.2 (S. 32) m.w.N.

### 4. VERFAHRENSRECHT

#### A) VERTRAGSARZTRECHT: VERTRÄGE EINER KV MIT LIEFERANTEN VON SPRECHSTUNDENBEDARF

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.06.2010 – L 11 KA 37/10 B –**

**RID 10-04-85**

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

SGB V §§ 72, 75, 77, 106 II 4, III; SGG §§ 10 II, 31 II, 51 I Nr. 2, II 1

Der Streit um das **Verhalten einer KV**, die als Vertreterin der gesetzlichen Kostenträger **Verträge mit den Lieferanten von Sprechstundenbedarf**, der von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern bezogen wird, abschließt (sog. Lieferantenverträge), ist eine **Angelegenheit der Krankenversicherung**. Von nachrangiger Bedeutung ist hingegen der Vortrag, dass dem Handeln der KV wettbewerbs- oder arzneimittelrechtliche Regelungen o.ä. entgegenstünden. Auch bei Klage eines Pharmazieunternehmens handelt es sich um eine Angelegenheit des

**Vertragsarztrechts.** „Aufgrund“ der Beziehung zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten kann eine Streitigkeit auch entstehen, wenn Dritte, die nicht an dieser Rechtsbeziehung beteiligt sind, behaupten, durch eine zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten getroffene Regelung in ihren Rechten unmittelbar oder mittelbar berührt zu sein (LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 27.06.2006 – L 11 B 30/06 KA ER – RID 06-03-69).

Die klagende KV schloss mit den Kassen eine Sprechstundendenbedarfsvereinbarung, ferner eine **Umlagevereinbarung**. Nach der Umlagevereinbarung überprüft die KV im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen/-verbände die von den SSB-Lieferanten, Apotheken sowie in begründeten Ausnahmefällen von einzelnen Ärzten nach den Vorgaben der geschlossenen Lieferantenverträge eingehenden Rechnungen und begleicht diese unter Berücksichtigung ggf. erforderlicher Berichtigungen und nimmt die Kostenumlage unter den Krankenkassen/-verbänden nach im Einzelnen geregelten Modalitäten vor. Zur Deckung ihrer Investitions- und laufenden Betriebskosten zur Umsetzung sowohl dieser Vereinbarung als auch jener der Lieferantenverträge erhält die Klägerin einen pauschalen Kostenersatz für die Kalenderjahre 2009 und 2010 i.H.v. 0,7 v.H. des verordneten SSB sowie der verordneten Impfstoffe, höchstens jedoch 1.400.000 je Kalenderjahr. Seit Januar 2009 schließt die Kl. als Vertreterin der gesetzlichen Kostenträger **Verträge mit den Lieferanten von SSB** ab. In diesen Verträgen verpflichtet sich der Lieferant, die Vertragsärzte der Klägerin entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen des Vertrages zu beliefern; die erbrachten SSB-Lieferungen werden zwischen Klägerin und Lieferant abgerechnet; sofern nicht anderes vereinbart ist, gilt der aktuelle Herstellerabgabepreis. Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Lieferung von SSB ist unzulässig; die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für den Bezug von SSB durch den Lieferanten muss an die Kl. zurückgeführt werden. Die **Bekl., ein pharmazeutisches Unternehmen**, teilte der Kl. mit, dass diese aufgrund ihrer Vermittlungstätigkeit Großhandel i.S.d. § 4 Abs. 22 AMG betreibe, ohne dafür die nach § 52a Abs. 1 AMG erforderliche Erlaubnis zu besitzen. Nach § 96 Nr. 14 AMG sei der Vertrieb von Arzneimitteln ohne Großhandelserlaubnis strafbar; gleichzeitig stelle dieses Verhalten einen Verstoß gegen § 3 UWG dar, da sich die Kl. einen Wettbewerbsvorteil durch Rechtsbruch verschaffe. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 14.01.2010 - S 2 KA 121/09 – erklärte den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für zulässig; das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## B) HINWEIS AUF WIEDEREINSETZUNG/AMTSERMITTLUNGSPFLICHT

**SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 903/09 –**

**RID 10-04-86**

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

SGG § 67; SGB X § 20; GG Art. 19 IV

Eine Behörde hat, wenn das Vorbringen einer Widerspruchsführerin oder die sonstigen Umstände auf das Vorhandensein von Tatsachen hindeuten, die den Wiedereinsetzungsantrag begründet erscheinen lassen könnten, diese Tatsachen **von Amts wegen** aufzuklären (Anschluss an BSG, Urt. v. 24.10.1957 - 10 RV 285/55 - SozR Nr. 13 zu § 67 SGG = NJW 1957, 1944 = SGB 1958, 117, juris Rdnr. 14). Dies gilt auch, wenn der Widerspruch zunächst verfristet eingeht. Eine Behörde ist dann verpflichtet, auf die **Möglichkeit zur Wiedereinsetzung** und deren Voraussetzungen **hinzuweisen**.

Das **SG** gab der Klage wegen Zurückweisung des Widerspruchs gegen den Bescheid zur Festsetzung des Regelleistungsvolumens für das Quartal III/09 als verfristet statt.

## C) ZULÄSSIGE EINRICHTUNG EINES WIDERSPRUCHSAUSSCHUSSES

**SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 638/09 –**

**RID 10-04-87**

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

SGG § 85

Eine KV kann durch Satzung bestimmen, dass über einen Widerspruch ein bei ihr eingerichteter Widerspruchsausschuss entscheidet.

Das **SG** wies die Klage um die Höhe des Honorars und hierbei um Zuordnung des Kl. zu einer anderen Honorar(unter)gruppe für die drei Quartale I und II/04 sowie I/05ab.

## X. Streitwert

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

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. ZWEIGPRAXIS

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.07.2010 – L 11 B 16/09 KA ER –**

**RID 10-04-88**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 4

Das wirtschaftliche Interesse einer defensiven Konkurrentenklage gegen eine unbefristete Zweigpraxisgenehmigung lässt sich nicht präzisieren (vgl. Senat, Beschl. v. 19.05.2009 - L 11 B 10/09 KA ER - zur defensiven Konkurrentenklage). In Fällen, in denen eine **KV Klägerin** oder Antragstellerin ist, kann deren wirtschaftliches Interesse - spiegelbildlich - durch das wirtschaftliche Interesse anderer Verfahrensbeteiligter bestimmt werden, wenn ein eigenes wirtschaftliches Interesse der KV weder ersichtlich ist noch vorgetragen wird (vgl. BSG, Beschl. v. 12.09.2006 - B 6 KA 70/05 B - SozR 4-1920 § 47 Nr. 1). Diese Erwägungen sind auf die Fallkonstellation eines von den Beigeladenen begehrten **defensiven Rechtsschutzes** zu übertragen.

Bei für die Zweigpraxis mitgeteilten Sprechstundenzeiten (freitags von 8 bis 12 Uhr und 14 bis 17 Uhr) sowie der dort angebotenen Leistungen (augenärztliche Sprechstunde) ist der Streitwert - im Hauptsacheverfahren - auf 60.000 € (5.000 € je Quartal x 12 Quartale) festzusetzen (hierzu LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.12.2009 – L 11 B 7/09 KA – RID 10-02-79). Der Streitwert in Verfahren auf Genehmigung einer Zweigpraxis ist nicht generell in dieser Höhe festzusetzen. Ausgehend vom Auffangstreitwert kann es in Betracht kommen, diesen ggf. nur moderat zu erhöhen. Maßgebende Faktoren für die **Schätzung** sind dabei grundsätzlich das in der Zweigpraxis angebotene **Zeitkontingent** sowie Art und Umfang der zur Verfügung gestellten **ärztlichen Leistungen**.

Soweit es ein Hauptsacheverfahren auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung anlangt, ist von einem Drei-Jahres-Zeitraum auszugehen (BSG, Beschl. v. 12.10.2005 - B 6 KA 47/04 B - MedR 2006, 236; Beschl. v. 01.09.2005 - B 6 KA 41/04 R - SozR 4-1920 § 52 Nr. 1). Geht es um **einstweiligen Rechtsschutz in Zulassungssachen**, wird teilweise die Auffassung vertreten, dass von dem fiktiven Wert des solchermaßen in zeitlicher Hinsicht fixierten Hauptsacheverfahrens ein Abschlag vorzunehmen ist (vgl. SG Dresden, Beschl. v. 15.07.2004 - S 11 KA 279/04 ER -; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 19.11.2003 - L 11 B 28/00 KA -; LSG Thüringen, Beschl. v. 12.03.2004 - L 4 B 15/01 KA -). Der Senat folgt dem nicht. Für die Wertberechnung ist vielmehr ein (fiktives) Hauptsacheverfahren zu Grunde zu legen. Insoweit ist die Länge des Zeitraums zu schätzen, die bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens typischerweise zu erwarten ist (LSG Bayern, Beschl. v. 09.12.2004 - L 12 B 202/04 KA - und v. 25.04.2005 - L 12 B 203/04 KA -: zwei Jahre). Der Senat nimmt insoweit mit dem BSG drei Jahre an. Wegen des Kostenrisikos und Art. 19 IV GG kann in einstweiligen Rechtsschutzverfahren grundsätzlich ein Zeitraum von **einem Jahr** angesetzt werden.

Die für den **Streitwertkatalog** verantwortlichen Präsidenten/-innen der Landessozialgerichte sind schon aus Rechtsgründen nicht befugt, den Spruchkörpern „Empfehlungen“ zu geben.

Das **LSG** setzte den Streitwert auf 20.000 € fest.

**Parallelverfahren: LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.06.2010 – L 11 B 15/09 KA ER – RID 10-04-89**

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

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.05.2010 – L 11 B 14/09 KA ER – RID 10-04-90**

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

### 2. SONDERBEDARFSZULASSUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.07.2010 – L 11 KA 44/10 B –**

**RID 10-04-91**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 4; SGB V § 95

Im Streit um eine unbefristete Sonderbedarfszulassung wird das wirtschaftliche Interesse des Antragstellers durch die Höhe des in einem **Drei-Jahres-Zeitraum** (BSG, Beschl. v. 12.10.2005 - B 6 KA 47/04 B - MedR 2006, 236; Beschl. v. 01.09.2005 - B 6 KA 41/04 R - SozR 4-1920 § 52 Nr. 1) zu

erzielenden **Umsatzes** abzüglich des **Praxiskostenanteils** (vgl. BSG, Beschl. v. 12.09.2006 - B 6 KA 70/05 B - SozR 4-1920 § 47 Nr. 1) bestimmt.

Begrenzungen durch eine **Individualbudgetierung** sind nicht zu berücksichtigen, da nach der Rechtsprechung des BSG auf die von der KBV veröffentlichten Daten zurückzugreifen und der erzielbare Umsatz maßgebender Anknüpfungspunkt ist (vgl. BSG v. 12.09.2006 - B 6 KA 70/05 B -; Beschl. des 10. Senats v. 24.02.2006 - L 10 B 21/05 KA - und 10.12.2007 - L 10 B 39/06 KA -).

**SG Duisburg**, Beschl. v. 22.02.2010 – S 19 KA 15/08 – setzte den Streitwert auf 483.000 € fest, das **LSG** auf 481.747,50 €.

### 3. VORLÄUFIGE RECHTSSCHUTZVERFAHREN: GENERELL HÄLFTE DES STREITWERTS IN DER HAUPTSACHE

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 22.06.2010 – L 7 KA 41/10 B –**

RID 10-04-92

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 4; SGB V § 106

Für vorläufige Rechtsschutzverfahren auf dem Gebiet des Vertragsarztrechts ist, abgesehen von zulassungsrechtlichen Streitigkeiten, gemäß §§ 52 I, 53 III Nr. 4 GKG der im Hauptsacheverfahren maßgebliche Wert für das **vorläufige Rechtsschutzverfahren auf die Hälfte zu reduzieren**. Mit dieser typischen Konstellationen Rechnung tragenden Rechtsprechung zur Festsetzung des Wertes von Verfahrensgegenständen bezweckt der Senat insbesondere, den Rechtsschutzsuchenden, den sie beratenden und vertretenden Rechtsanwälten und den Sozialgerichten einen möglichst **einfachen und voraussehbaren Maßstab** an die Hand zu geben, um den Wert dieser Verfahren bzw. das mit ihnen verbundene wirtschaftliche Risiko zu bestimmen; dies lässt eine weitere Differenzierung der Streitwertfestsetzung in vorläufigen Rechtsschutzverfahren generell unzulässig erscheinen. Ob dies allerdings im Hinblick auf die vorstehenden Erwägungen zum Grundrechtsschutz in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch dann gelten kann, wenn - etwa in Verfahren betreffend Richtgrößenprüfungen - der **Streitwert im Hauptsacheverfahren 200.000 € übersteigt**, oder ob der Wert des Verfahrensgegenstandes in einem solchen Fall mit steigendem Wert **degressiv zu vermindern** sein wird, wird der Senat dann zu entscheiden haben, wenn sich diese Frage in einem konkreten vorläufigen Rechtsschutzverfahren stellt.

**SG Berlin**, Beschl. v. 16.12.2009 – S 79 KA 528/09 ER -; das **LSG** änderte den Beschl. und setzte den Streitwert auf 20.737,33 € fest.

### 4. EINSTWEILIGE ANORDNUNG BZGL. ZULASSUNG: HÄLFTE DES GEGENSTANDSWERTES ANSTATT VERFAHRENSDAUER

**LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 07.06.2010 – L 5 KA 974/09 W-B –**

RID 10-04-93

juris = JurBüro 2010, 251

SGB V § 95; SGG §§ 86b II, 197a; GKG § 52 I

Bei einer Streitigkeit über den Fortbestand der Zulassung als ärztlicher Psychotherapeut orientiert sich der Streitwert an dem voraussichtlich erzielten Gewinn für drei Jahre. Für ein Verfahren des **einstweiligen Rechtsschutzes** ist regelmäßig die **Hälfte** des Gegenstandswertes des Hauptsacheverfahrens anzusetzen.

**SG Freiburg**, Beschl. v. 03.02.2009 – S 1 KA 3567/08 W-A – setzte den Streitwert für das Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes endgültig auf 94.044 € fest, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Aus den Gründen:

(...) Abweichend von der für einstweilige Anordnungsverfahren unter Nr. B 7.1 des Streitwertkatalogs für die Sozialgerichtsbarkeit allgemeinen ausgesprochenen Empfehlung ist für einstweilige Anordnungen in vertrags(zahn)ärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Zulassungsverfahren auf die **Höhe der Einnahmen, die während der wahrscheinlichen Verfahrensdauer zu erzielen wären, abzustellen** (Wenner/Bernard, NZS 2001, 57, 59 unter Hinweis auf LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.10.1999, - L 11 B 36/99 -). Der Streitwertkatalog empfiehlt folgerichtig unter Hinweis auf die genannten Abhandlungen von Wenner/Bernard (a. a. O.) sowie deren Darlegungen in NZS 2006, 1, 3 f.) in Nr. C IX 16.2 für Verfahren dieser Art den Streitwert mit der Höhe der Einnahmen während der voraussichtlichen **Verfahrensdauer von 1 Jahr ohne Abschlag** anzunehmen. Diesem **Ansatz vermag sich der Senat jedoch nicht anzuschließen**. Er erfordert zum einen eine höchst problematische Schätzung, bei der der zu erwartende Umsatz einer einzelnen Praxis mit all ihren (möglicherweise umstrittenen) Besonderheiten und den individuellen Fähigkeiten des Zulassungsbewerbers im Wege der Prognose festzulegen ist, zum anderen geht er von einer Verfahrensdauer aus, die auch bei zügig arbeitenden Gerichten häufig nicht einzuhalten ist.

Größere Rechtssicherheit insbesondere hinsichtlich der voraussichtlich anfallenden Kosten bietet die bisherige langjährige Rechtsprechung des Senats, wonach in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes **regelmäßig die Hälfte des Gegenstandswertes des Hauptsacheverfahrens** anzusetzen ist (Beschluss vom 9. November 2001 L 5 KA 1455/01 W-B;

vgl. auch Knittel in: Hennig u. a., Kommentar zum SGG, § 193 Rdnr. 151). Dieser Pauschalabzug erübrigt zum einen Überlegungen, wie lange das Hauptsacheverfahren gedauert hätte. Das Abstellen auf den durchschnittlichen Gewinn der Fachgruppe vermeidet zum anderen aufwändige Ermittlungen im Einzelfall und gibt den Anwälten bei ihrer Beratung schon vor der Einleitung eines Verfahrens des einstweiligen Rechtsschutzes eine brauchbare Grundlage für die Schätzung der voraussichtlich anfallenden Kosten. Auch kann im Regelfall im Streitwertverfahren die Prüfung entfallen, ob die Hauptstreitpunkte der Hauptsache auch schon im einstweiligen Anordnungsverfahren entscheidungserheblich sind. Der Senat hält deshalb an seiner bisher praktizierten Rechtsprechung (vgl. zuletzt Beschluss vom 24.07.2006 - L 5 KA 2736/06 W-A) fest. (...)

## XI. Entscheidungen des BSG

### 1. HONORAR

#### A) BINDUNG AN VORGABE DES BEWERTUNGS-AUSSCHUSSES/ÜBERGANGSVORSCHRIFT

*BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 43/08 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 54*

RID 10-04-94

**Leitsatz:** 1. Der **Bewertungsausschuss** durfte den Partnern der Honorarverteilungsverträge für eine Übergangszeit unter engen Voraussetzungen gestatten, von der Einführung arztgruppenbezogener **Regelleistungsvolumina** abzusehen.

2. Die vom Bewertungsausschuss geschaffene **Übergangsvorschrift**, dass vorübergehend bisherige abweichende Regelungen der Honorarverteilung fortgeführt werden können, ließ nur Bestimmungen zu, die nicht von der Zielrichtung der Regelleistungsvolumina wegführten.

#### B) PRIVILEGIERUNG VON GEMEINSCHAFTSPRAXEN: ORDINATIONSKOMPLEX/REGELLEISTUNGS-VOLUMINA

*BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 41/08 R – SozR 4-2500 § 87 Nr. 21*

RID 10-04-95

**Leitsatz:** Die Privilegierung von Gemeinschaftspraxen (Berufsausübungsgemeinschaften) gegenüber Einzelpraxen bei der Höhe des Ordinationskomplexes und der Regelleistungsvolumina in dem ab dem 1.4.2005 geltenden vertragsärztlichen Vergütungssystem ist rechtmäßig.

**Parallelverfahren:** *BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 19/09 R –*

RID 10-04-96

*BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 18/09 R –*

RID 10-04-97

*BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 15/09 R –*

RID 10-04-98

#### C) INSOLVENZ UND AUFRECHNUNG VON HONORARANSPRÜCHEN

*BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 30/08 R – BSGE 105, 224 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 52*

RID 10-04-99

**Leitsatz:** Bei Aufrechnungen gegen vertragsärztliche Honoraransprüche bestimmen der Abschluss des Quartals sowie die Vorlage der vertragsärztlichen Abrechnung und nicht der Termin der Wirksamkeit des Honorarbescheids den für die insolvenzrechtliche Anfechtung maßgeblichen Zeitpunkt.

### 2. BERICHTIGUNG: LEISTUNGEN NACH NR. 05310 NICHT NEBEN NR. 05320, 05330, 05341 U. 31831 EBM

*BSG, Beschl. v. 23.06.2010 – B 6 KA 31/09 B –*

RID 10-04-100

BeckRS 2010, 71431

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 27.05.2009 – L 3 KA 72/07 – wird zurückgewiesen.

Die Wendungen „neben“ und „nebeneinander“ werden, wie sie auch in den Leistungslegenden zu den Nr. 05310 („präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation des Abschnitts 31.2“) und 31831 EBM enthalten sind, im EBM regelmäßig im Sinne eines **Ausschlusses der Berechnungsfähigkeit** verschiedener Positionen der Gebührenordnung gebraucht und haben keinen Bezug zur zeitlichen Reihenfolge der Erbringung der betroffenen Leistungen (BSG SozR 3-5533 Nr. 443 Nr. 1 S. 3 f.). Die Leistungen, die bei lebensnaher Betrachtung in einem notwendigen **funktionalen Zusammenhang** stehen, dürfen nicht unter Berufung auf eine zeitliche Unterbrechung der Behandlung in zwei getrennte Leistungen aufgespalten werden (BSG, Urt. v. 24.08.1994 - 6 RKa 40/92 - USK 94137). Eine Unterbrechung des Arzt-Patienten-Kontakts (im Sinne einer Wartezeit) hebt einen bestehenden funktionalen Zusammenhang nicht auf, sodass die jeweils in Rede stehenden Leistungen nicht nebeneinander abrechenbar sind.

### 3. OFF-LABEL-USE: KEINE REVISIONSENTSCHEIDUNG FÜR JEDES PRÄPARAT NOTWENDIG

**BSG, Beschl. v. 18.08.2010 – B 6 KA 20/10 B –**

**RID 10-04-101**

BeckRS 2010, 73582

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hamburg**, Urt. v. 02.12.2009 – L 2 KA 57/06 - wird zurückgewiesen.

Bei **Arzneikostenregressen**, denen unzulässige Verordnungen zugrunde liegen, wie dies etwa bei einem **Off-Label-Use** (hier: Arzneimittel Proleukin <Interleukin-2>, statt intravenös als Dauerinfusion in kombinierter subkutan-inhalativer Anwendung) der Fall ist, kann eine **Unwirtschaftlichkeit** nur bejaht oder verneint werden (s. hierzu BSG, Urt. v. 03.02.2010 - B 6 KA 37/08 R - Rn. 23 m.w.N.).

Zur Problematik des Off-Label-Use liegt umfangreiche Rechtsprechung vor. Es besteht kein Bedürfnis, zu jedem Versicherten und zu jedem Präparat eine **Entscheidung durch ein Revisionsverfahren** herbeizuführen.

**Parallelverfahren: BSG, Beschl. v. 18.08.2010 – B 6 KA 23/10 B –**

**RID 10-04-102**

BeckRS 2010, 73622

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hamburg**, Urt. v. 02.12.2009 – L 2 KA 61/06 - wird zurückgewiesen.

**BSG, Beschl. v. 18.08.2010 – B 6 KA 21/10 B –**

**RID 10-04-103**

BeckRS 2010, 73464 = juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hamburg**, Urt. v. 02.12.2009 – L 2 KA 58/06 – RID 10-04-44 wird zurückgewiesen.

### 4. ZULASSUNGSRECHT

#### A) RECHTMÄßIGKEIT DER ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN

**BSG, Beschl. v. 18.08.2010 – B 6 KA 18/10 B –**

**RID 10-04-104**

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

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 27.01.2010 – L 3 KA 29/09 – RID 10-02-59 wird zurückgewiesen.

Nach der Rechtsprechung des BVerfG und des erkennenden Senats ist die Altersgrenze für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit mit Vollendung des 68. Lebensjahres gemäß § 95 VII 3 SGB V (i.d.F. des GMG vom 14.11.2003, BGBl I 2190) **mit dem GG vereinbar**. Einer verfassungsrechtlichen Neubewertung bedarf es auch nicht deshalb, weil der Gesetzgeber die Altersgrenze für Vertragsärzte durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG vom 15.12.2008, BGBl I 2426) zum 01.10.2008 aufgehoben hat.

Durch die Rechtsprechung des **EuGH** ist geklärt, dass die Regelung des § 95 VII 3 SGB V a.F. mit europäischem Recht vereinbar ist. Der EuGH hat mit Urteil vom 12.01.2010 (C - 341/08 - Petersen) entschieden, dass Art. 6 I der Richtlinie 2000/78 EG des Rates vom 27.11.2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf dahin auszulegen ist, dass er einer **Altersgrenze** für Vertragszahnärzte 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. Dass die Altersgrenze für Vertragsärzte diese Zielrichtung hat, hat der Senat in seiner Rechtsprechung mehrfach ausgeführt (BSGE 83, 135, 141 ff = SozR 3-2500 § 95 Nr. 18 S. 69 ff.; SozR 3-2500 § 95 Nr. 32 S. 154 ff.; BSGE 100, 43 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 14 Rn. 11, Rn. 18 ff. in Bezug auf Art. 6 der Richtlinie sowie § 10 AGG). Im System der versorgungsgradabhängigen Bedarfsplanung mit örtlichen Zulassungssperren dient sie der Wahrung der Berufszugangschancen für jüngere, an der Zulassung interessierte Ärzte, die die Möglichkeit haben sollen, eine vertragsärztliche Tätigkeit auch in wegen Überversorgung gesperrten Gebieten aufzunehmen.

## B) ZURÜCKWEISUNG EINES WIDERSPRUCHS OHNE MÜNDLICHE VERHANDLUNG ZULÄSSIG

**BSG, Beschl. v. 18.08.2010 – B 6 KA 17/10 B –**

**RID 10-04-105**

BeckRS 2010, 73463

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 09.12.2009 – L 3 KA 117/08 – RID 10-02-54 wird zurückgewiesen.

§ 45 II Ärzte-ZV gestattet die Zurückweisung eines Widerspruchs ohne mündliche Verhandlung; diese Vorschrift ist auch auf Verfahren der Zulassungsentziehung anzuwenden ist (BSG, Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 9/07 B – RID 08-02-134, juris Rn. 8 ff.).

## 5. GBA: KEINE KLAGEBEFUGNIS DER KBV GEGEN BESCHLÜSSE (§ 116B SGB V)/VERTRAGS- ARZTRECHT

**BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 31/09 R –**

**RID 10-04-106**

*BSGE 105, 243 = SozR 4-2500 § 116b Nr. 2 = GesR 2010, 376 = USK 2010-19*

**Leitsatz:** 1. Für Streitverfahren von Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) gegen diesen sind die sozialgerichtlichen **Spruchkörper für das Vertragsarztrecht zuständig** (Fortführung von BSG vom 6.5.2009 - B 6 A 1/08 R = BSGE 103, 106 = SozR 4-2500 § 94 Nr. 2 und Abgrenzung zu BSG vom 12.8.2009 - B 3 KR 10/07 R = BSGE 104, 95 = SozR 4-2500 § 139 Nr. 4).

2. Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** kann die Wirksamkeit von Richtlinien des GBA nur dann gerichtlich überprüfen lassen, wenn sie einen Verstoß des GBA gegen die ihr als Trägerorganisation des GBA oder als Trägerin des Sicherstellungsauftrags für die vertragsärztliche Versorgung gesetzlich zugewiesenen Kompetenzen geltend machen kann.

3. Die Regelungen über den **Überweisungsvorbehalt** in der Richtlinie des GBA zur Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen nach § 116b SGB V beruhen nicht auf einer offensichtlichen Kompetenzverletzung im Sinne eines „ausbrechenden Rechtsakts“.

**Parallelverfahren: BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 30/09 R –**

**RID 10-04-107**

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 28.09.2010 – **B 1 KR 26/09 R** – besteht kein Anspruch auf **Kryokonservierung** und Lagerung der Samenzellen; der Anspruch auf Krankenbehandlung zielt lediglich darauf ab, die Fähigkeit ganz oder teilweise wiederherzustellen, auf natürlichem Wege eine Schwangerschaft herbeizuführen; Maßnahmen der künstlichen Befruchtung sind nur solche, die dem einzelnen natürlichen Zeugungsakt entsprechen und unmittelbar der Befruchtung dienen, nicht aber mittelbare Maßnahmen weit im Vorfeld einer Befruchtung wie hier die Tiefkühlkonservierung und Lagerung von Samenzellen; nach BSG, Urt. v. 28.09.2010 – **B 1 KR 5/10 R** – besteht bei **Zisidentität** kein Anspruch auf operative Vergrößerung der Klitoris und die Versorgung mit Schamlippenimplantaten; nach BSG, Urt. v. 20.04.2010 – **B 1/3 KR 22/08 R** – SozR 4-1500 § 109 Nr. 3 - besteht ein Anspruch auf Beauftragung eines medizinischen **Sachverständigen** auch für die Anerkennung **neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** (hier: Fragestellung "Ist die Wirksamkeit der Kubatherapie ausreichend nachgewiesen?") und ist die Benennung eines **Sachverständigen aus Italien** bei EU-rechtskonformer Betrachtung unschädlich; nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 – **B 1 KR 10/09 R** - SozR 4-2500 § 27 Nr. 18 - wird die Lagerung von Eierstockgewebe durch **Kryokonservierung** wegen einer drohenden Empfängnisunfähigkeit als Folge einer Chemotherapie von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst.

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

### 1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

#### A) IMPLANTATION VON INTRAOOKULARLINSEN BEI ANISOMETROPIE

**SG Aachen, Urt. v. 05.10.2010 – S 13 KR 157/10 –**

**RID 10-04-108**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die **Implantation von Intraokularlinsen** bei Anisometropie zählt nicht zu den vertragsärztlichen Leistungen. Die Einpflanzung einer Intraokularlinse hat nur zur Behandlung des sog. Grünen oder Grauen Stars Eingang in den EBM gefunden. Im Übrigen ist die Intraokularlinsenimplantation als neue Behandlungsmethode im Sinne des § 135 I SGB V anzusehen. Sie zählt zu den Verfahren der **refraktiven Augen Chirurgie**. Diese hat der Rechtsvorgänger des GBA bereits 1993 von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### B) HYPERTHERMIEBEHANDLUNG

Vgl. zuletzt **BVerfG**, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 29.11.2007 – 1 BvR 2496/07 – SozR 4-2500 § 27 Nr. 17 - RID 08-02-137; **LSG Bayern**, Urt. v. 22.10.2009 – L 4 KR 279/07 – RID 10-02-100; **SG Stuttgart**, Beschl. v. 05.02.2010 – S 8 KR 7849/09 ER – RID 10-02-101 (Hyperthermietherapie im einstweiligen Rechtsschutz); **LSG Nordrhein-Westfalen**, B. v. 22.02.2007 – L 5 B 8/07 KR ER – RID 07-02-115; **SG Duisburg**, Urt. v. 18.10.2006 – S 11 KR 134/06 ER – RID 06-04-111 m.w.N.

#### AA) ANSPRUCH AUF HYPERTHERMIE IN KOMBINATION MIT CHEMOTHERAPIE BEI PANKREASCARCINOM

**SG Münster, Urt. v. 26.08.2010 – S 11 KR 108/08 –**

**RID 10-04-109**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27 I

**Chemotherapie** hat bei einem inoperablen **Pankreascarcinom** ausschließlich einen palliativen Charakter. Eine Chemotherapie allein führt in der Regel nur zu einer Überlebensdauer von weniger als einem Jahr. In Anbetracht dieser Umstände ist die Chemotherapie nicht als Option im Sinne von BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 anzusehen.

Ernsthafte Hinweise darauf, dass die **Kombination von Chemotherapie und Hyperthermie** zu einer zumindest spürbar positiven Einwirkung auf den Krankheitsverlauf führt, ergeben sich aus dem Krankheitsverlauf der Kl., aber auch aus der wissenschaftlichen Literatur.

Soweit der **GBA eine negative Bewertung abgegeben** hat, sieht die Kammer im Gegensatz zu BSG, Urt. v. 07.11.2006 – B 1 KR 24/06 R - BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 12 - darin jedoch keinen Grund, die vom BVerfG entwickelten Grundsätze nicht mehr anzuwenden (vgl. BVerfG, Beschl. v. 29.11.2007 -1 BvR 2496/07 - SozR 4-2500 § 27 Nr. 17; s.a. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22.02.2007 – L 5 B 8/07 KR ER – RID 07-02-115).

Das **SG** gab der Klage der 1940 geb. Kl., bei der im August 2007 der dringende Verdacht auf inoperables Pankreaskarzinom bestätigt und eine Chemotherapie eingeleitet worden war, teilweise statt u. verurteilte die

Bekl., a) der Kl. Kosten in Höhe von 14.950,08 € zu erstatten, b) die Kl. von den noch offenen Forderungen von Dr. L. für die durchgeführt Hyperthermiebehandlung freizustellen und c) die künftigen Kosten der Hyperthermiebehandlung zu übernehmen, soweit sie begleitend zur Chemotherapie stattfindet.

## **BB) KEIN ANSPRUCH WEGEN AUSSCHLUSS DURCH GBA**

**SG Würzburg, Urt. v. 29.06.2010 – S 6 KR 46/08 –**

**RID 10-04-110**

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

SGB V §§ 2 I 3, 27 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Es besteht kein (Sachleistungs-)Anspruch, wenn die behandelnden **Ärzte** nicht zur vertragsärztlichen **Versorgung zugelassen** sind, § 76 I 1 SGB V.

Die **Hyperthermiebehandlung** ist in Nr. 42 der Anl. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung genannt und damit ausdrücklich von der Versorgung ausgeschlossen.

Die Diagnose eines **Glioblastoms** stellt eine lebensbedrohliche und regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung dar. Für eine Hyperthermiebehandlung als zusätzliche Therapie im Rahmen einer erfolgreich durchgeführten Chemotherapie gibt es keinen medizinischen Grund, wenn ein stabiler Tumorbefund vorliegt.

Das **SG** wies die Klage ab.

## **C) TENDER-POINT-OPERATION BEI FIBROMYALGIE**

**LSG Bayern, Urt. v. 22.04.2010 – L 4 KR 305/08 –**

**RID 10-04-111**

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

SGB V § 135 I Nr. 1

Auf eine in der Schweiz durchgeführte Tender-Point-Operation bei Fibromyalgie als neue Untersuchung- und Behandlungsmethode besteht kein Anspruch.

**SG München**, Urt. v. 23.09.2008 – S 19 KR 1493/06 - RID 09-01-118 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **D) KRAMPFADEROPERATION NACH DER CHIVA-METHODE**

**LSG Sachsen, Urt. v. 27.05.2009 – L 1 KR 82/08 –**

**RID 10-04-112**

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

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

Die Kosten für eine **Krampfaderoperation nach der CHIVA-Methode** einschließlich voraus- und nachgehender ärztlicher Maßnahmen in der Zeit vom 19.01. bis 20.03.2006 sind nicht erstattungsfähig, da es sich um keine anerkannte Behandlungsmethode handelt. Systemversagen liegt nicht vor.

**SG Leipzig**, Urt. v. 11.06.2006 – S 13 KR 442/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Das **BSG** verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde mit Beschl. v. 13.01.2010 - B 1 KR 107/09 B - BeckRS 2010, 65799.

## **2. RECHTSWIDRIGE LÜCKE IN RICHTLINIEN ÜBER KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG**

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.05.2010 – L 5 KR 46/08 –**

**RID 10-04-113**

Revision anhängig: B 1 KR 18/10 R

juris

SGB V §§ 27 I 1, 27a I, IV, 92 I 2 Nr. 10

Die **Richtlinien des GBA über künstliche Befruchtung verstoßen gegen § 27a SGB V**, soweit ein Versicherter nach ihnen von sämtlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ausgeschlossen ist, wenn keine ICSI-Behandlung stattfindet, obwohl nach medizinischer Einschätzung hinreichende Aussicht auf Erfolg besteht (hier: für eine IVF ist das Spermium zu schlecht, für eine ICSI-Behandlung aber zu gut – ohne eine ICSI-Behandlung kann aber keine IVF durchgeführt werden). Das Abstellen bei der Festlegung der Indikation für ICSI auf das starre Kriterium der Progression wird den Fällen nicht gerecht, bei denen eine sehr geringe Spermienkonzentration vorliegt (weit unter 10 Millionen/Milliliter). Das Zusammenspiel der verschiedenen Spermienparameter muss beachtet werden, weil sonst ein Verstoß gegen die Wertungen des § 27a SGB V vorläge.

Diese **Lücke** kann durch **Rückgriff auf die Wertungen des materiellen Rechts** geschlossen werden. Die Entscheidung über den Leistungsanspruch des Versicherten richtet sich dann nach der Auslegung der materiell-rechtlichen Anspruchsgrundlage.

**SG Kiel**, Urt. v. 08.04.2008 – S 5 KR 7/06 - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

## II. Kostenerstattungsanspruch

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B II (S. 41)); 07-04-B II (S. 40); zur Instanzenpraxis zuletzt RID 10-03-108; RID 10-02-B.II.

## 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 10-03-B.III (S. 49); 10-02-B III (S. 44); 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).

### 1. BEIDSEITIGE MAMMA-AMPUTATION UND SOFORTREKONSTRUKTION

**SG Kassel, Beschl. v. 01.11.2010 – S 12 KR 34/10 ER –**

**RID 10-04-114**

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

SGB V §§ 12, 27, 39; SGG § 86b II

Ohne ein **leitlinienkonformes Vorgehen** und - soweit die Voraussetzungen hierfür vorliegen - ohne den Gentest ist ein Anspruch auf eine Brustamputation als ultima ratio und damit letztes Mittel nicht begründet.

Eine **psychische Belastung** rechtfertigt nicht eine beidseitige Mamma-Amputation und anschließenden sofortigen Wiederaufbau der Brüste im Sinne einer Sofortrekonstruktion.

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

### 2. ENTFERNUNG EINES BRUSTIMPLANTATS OHNE ERSETZUNG DES IMPLANTATS

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.08.2010 – L 5 KR 59/10 –**

**RID 10-04-115**

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

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 5, 39 I

**Leitsatz:** Muss das wegen einer Brustvergrößerungsoperation, welche die gesetzliche Krankenkasse der Versicherten als Sachleistung gewährt hatte, eingesetzte Implantat aus medizinischen Gründen entfernt werden, hat die Versicherte nur Anspruch auf Entfernung des Implantats, aber nicht auf Einsetzung eines neuen, nicht aus medizinischen Gründen notwendigen Implantats.

**SG Koblenz**, Urt. v. 08.02.2010 – S 16 KR 557/08 - verurteilte d. Bekl., die Kosten einer Brustoperation zum Implantatwechsel zu übernehmen, das **LSG** wies die Klage ab.

### 3. MAGENBYPASSOPERATION: KEIN HINWEISPFLICHT AUF ALTERNATIVE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEIT

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.08.2010 – L 5 KR 101/10 –**

**RID 10-04-116**

juris

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III 1 Alt. 2, 27 I 1 u. 2 Nr. 5, 39 I; SGB I § 15 I

**Leitsatz:** Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, ihren Versicherten ungefragt konkrete vorrangige Behandlungsmöglichkeiten zu benennen.

**SG Trier**, Urt. v. 25.03.2010 – S 1 KR 12/09 – verurteilte d. Bekl., der Kl. die Kosten der Magenbypassoperation in Höhe von 5.378,16 € abzüglich gesetzlicher Zuzahlungen zu erstatten, das **LSG** wies die Klage ab.

### 4. VERGÜTUNGSABREDE ZWISCHEN KRANKENHAUSOPERATEUREN UND PATIENTEN UNZULÄSSIG

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.07.2010 – L 9 KR 534/06 –**

**RID 10-04-117**

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

SGB V § 13 III; BGB § 134; KHEntg §§ 1 I, 2 II, 7, 17; GOÄ §§ 1, 6a, 12 II

**Leitsatz:** Werden allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntG) unter stationären Bedingungen erbracht, steht der Vergütungsanspruch hierfür - von belegärztlichen Leistungen abgesehen - ausschließlich dem Krankenhaus zu. Eine Vergütungsabrede zwischen den für das Krankenhaus tätigen Operateuren und dem Patienten verstößt gegen §§ 1 Abs. 1, 2 Abs. 1 und 2, 7 KHEntG und ist gemäß § 134 BGB nichtig.

**SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 30. 11.2006 - S 36 KR 2728/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 5. FERTILITÄTSPRÜFUNG DIENT DER ERKENNUNG EINER KRANKHEIT

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.06.2010 – L 9 KR 14/09 –**

**RID 10-04-118**

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

SGB V §§ 27 I 1, 27a, 39 I 2

Eine Fertilitätsprüfung dient der Erkennung einer Krankheit und ist keine Maßnahme der künstlichen Befruchtung. Das Behandlungsziel kann auch nicht durch ambulante Behandlung erreicht werden.

**SG Cottbus**, Urt. v. 25.11.2008 - S 18 KR 135/06 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, dem Kl. Krankenhausbehandlung zum Zwecke der Prüfung der Fertilität bei bestehender Querschnittlähmung im Klinikum der R.-Karl-Universität in Heidelberg zu gewähren und wies im Übrigen die (im Hauptantrag auf Behandlung in der Unfallklinik gerichtete) Berufung zurück.

## IV. Krankenbehandlung im Ausland

Nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 – B 1 KR 14/09 – (SozR 4-2500 § 13 Nr. 24) kann Kostenerstattung für die **Behandlung in anderen EG-Staaten** nach § 13 IV 3 SGB V - EG-rechtskonform - höchstens in Höhe der Vergütung verlangt werden, die von der Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen wäre; dass der Kläger sich auf besonderes Vertrauen in die Londoner Ärzte beruft, bedeutet auch nicht, dass die Solidargemeinschaft dafür voll aufkommen muss; die freie Arztwahl der Versicherten ist bei stationärer Krankenhausbehandlung allgemein eingeschränkt.

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.

### KEINE STATIONÄRE AUSLANDSBEHANDLUNG FÜR NICHT ANERKANNTE BEHANDLUNGSMETHODE

**SG Aachen, Urt. v. 23.09.2010 – S 13 KR 10/10 –**

**RID 10-04-119**

*Berufung anhängig: L 16 KR 566/10*

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

SGB V §§ 13 IV u. V, 39

Die Inanspruchnahme von **Krankenhausleistungen** nach § 39 SGB V im **Ausland** - hier: der Schweiz - kann durch die Krankenkasse versagt werden, wenn eine Versicherte zwar nicht die gleiche, aber eine für sie wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechende Behandlung ihrer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland hätte erlangen können.

Spezielle Kenntnisse oder Fähigkeiten eines ausländischen Arztes oder eine besondere Operationstechnik können erst dann eine Inanspruchnahme zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung rechtfertigen, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen, das nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Teil einer zweckmäßigen medizinischen Behandlung der betreffenden Krankheit ist, im Inland aber nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung steht (BSG, Urt. v. 17.02.2010 - B 1 KR 14/09 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 24). Dies trifft auf die **laparoskopische Neurolyse der sakralen Nervenwurzeln zur Behandlung der Endometriose** nicht zu. Bei ihr handelt es sich um ein experimentelles Verfahren, also um eine neue, wissenschaftlich (noch) nicht anerkannte Behandlungsmethode.

Das **SG** wies die Klage ab.

## V. Arzneimittel

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. FEHLENDE ARZNEIMITTELRECHTLICHE ZULASSUNG (REZEPTURARZNEIMITTEL 4-AMINOPYRIDIN)

**LSG Sachsen, Urt. v. 07.01.2009 – L 1 KR 100/07 –**

**RID 10-04-120**

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

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

Fertigarzneimittel sind nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, wenn ihnen die erforderliche **arzneimittelrechtliche Zulassung fehlt** (vgl. BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 12/04 R - BSGE 96, 153 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 7 Rn. 22 m.w.N. – D-Ribose; v. 04.04.2006 – B 1 KR 7/05 R - BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 4 Rn. 15 – Tomudex).

Eine **neuartige Therapie** mit einem Rezepturarztmittel, die vom GBA bisher nicht empfohlen ist, kann grundsätzlich nicht gewährt werden, da die Krankenkassen an das Verbot des § 135 I 1 SGB V und die das Verbot konkretisierenden Richtlinien des GBA gebunden sind (vgl. BSG, Urt. v. 27.03.2007 – B 1 KR 30/06 R – juris Rn. 12 = SGB 2007, 287, 288 - Cannabinol; v. 19.11.1996 – 1 RK 15/06 – BSGE 82, 233, 237 f. - SozR 3–2500 § 31 Nr. 5 S. 18 ff. – Jomol).

**SG Chemnitz**, Urt. v. 07.06.2007 – S 13 KR 258/03 - wies die Klage auf Übernahme der Kosten für die Behandlung mit dem Rezepturarztmittel 4-Aminopyridin – der Kl. leidet, nachdem 1994 die ersten Symptome einer Parese aufgetreten waren, mittlerweile unter einer ausgeprägten spastischen Tetraparese; trotz umfangreicher Diagnostik sei es nicht gelungen, deren Ursache zu klären - ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. MARINOL (WIRKSTOFF DRONABINOL)

### A) FEHLENDE ARZNEIMITTELRECHTLICHE ZULASSUNG

**LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 05.08.2010 – L 5 KR 46/10 –

RID 10-04-121

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 125/10 B*

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

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

Mangels arzneimittelrechtlicher Zulassung des Fertigarzneimittels Marinol (Wirkstoff Dronabinol) in Deutschland kommt dessen zulassungsüberschreitende Anwendung von vornherein nicht in Betracht (vgl. bereits BSG, Urt. 18.05.2004 - B 1 KR 21/02 R - BSGE 93, 1 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 1 Rn 22).

**SG Speyer**, Urt. v. 18.01.2010 - S 7 KR 212/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### B) ANSPRUCH AUF DRONABINOL ALS REZEPTURARZNEIMITTEL IM AUSNAHMEFALL

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 22.09.2010 – L 9 KR 268/06 –

RID 10-04-122

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

SGB V §§ 13 III, 31 I 1, 92 I 2 Nr. 6, 135 I; AMG §§ 21 II, 73 III

Leistungsrechtlich dürfen die Krankenkassen eine **neuartige Therapie mit einem Rezepturarztmittel**, die vom GBA noch nicht empfohlen worden ist, nicht gewähren, weil sie an das sich aus § 135 I 1 SGB V ergebende Verbot und die das Verbot konkretisierenden Richtlinien des GBA gebunden sind (BSG, Urt. v. 27.03.2007 – B 1 KR 30/06 R -). Für die Therapie von Übelkeit und/oder Erbrechen oder speziell eines unstillbaren Erbrechens bei zentralem Lagerungsschwindel nach hypertensiver Kleinhirnblutung hat der GBA bislang keine Empfehlung für Dronabinol erteilt.

Eine Versorgung mit nicht zugelassenen Fertigarzneimitteln oder Rezepturarztmitteln ohne Anwendungsempfehlung des GBA ist zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung **ausnahmsweise** möglich, wenn eine **notstandsähnliche Situation** vorliegt, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden aktuellen Behandlungsbedarf typisch ist (BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 12/04 R - BSGE 96, 153 = SozR 4–2500 § 27 Nr. 7 - im Anschluss an BVerfG, Urt. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - SozR 4-2500 § 27 Nr. 5). Ein Ausnahmefall liegt vor, wenn unbehandelt konkrete Lebensgefahr besteht, weil der bestehende erhebliche Bluthochdruck die Gefahr einer erneuten Gehirnblutung mit sich bringt, welche die Möglichkeit eines tödlichen Verlaufs einschließt, und die Behandlung durch Übelkeit und Erbrechen erschwert ist.

Der Senat verkennt in diesem Zusammenhang nicht, dass in der bisherigen **obergerichtlichen Rechtsprechung** ein Anspruch von Versicherten der GKV auf **Versorgung mit Dronabinol** regelmäßig abgelehnt wurde (BSG, Urt. v. 27.03.2007 – B 1 KR 30/06 R -; LSG Bayern, Urt. v. 11.09.2007 – L 5 KR 132/06 – RID 08-01-148; v. 13.12.2007 – L 4 KR 150/06 -; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.02.2008 – L 5 KR 25/06 – RID 08-02-164; LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.12.2008 – L 5 KR 52/08 -). Diesen Entscheidungen ist aber nicht der Rechtssatz zu entnehmen, dass ein Anspruch auf Versorgung mit Dronabinol unter keinen Umständen gegeben sein könnte. Maßgebend sind vielmehr die konkreten Verhältnisse des jeweiligen zu entscheidenden Sachverhaltes, die aufzuklären sind und sich dann anders als in den schon entschiedenen Fällen darstellen können (vgl. schon LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 04.03.2008 – L 9 B 462/07 KR PKH – RID 08-02-166).

**SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 16.05.2006 – S 86 KR 1764/02 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

### 3. DIÄTETISCHE NAHRUNGSMITTEL

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.07.2010 - L 5 KR 2103/09 -**

**RID 10-04-123**

Revision anhängig: B 1 KR 20/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III 1, 31 I 1 u. 2, V 1 u. 2, 92 I 2 Nr. 6, 316; AMRL a. F. Kap. E Nr. 15.2.5 S. 2, AMRL § 6; AMG § 2 I Nr. 1, III Nr. 1; LFGB § 2 II; DiätV § 1 IVa

Diätetische Nahrungsmittel, die aufgrund der Fettstoffwechselerkrankung Leucinose (Ahornsirupkrankheit) benötigt werden, sind weder als Arzneimittel im Sinne von § 31 I 1 SGB V noch als eine bilanzierte Diät zur enteralen Versorgung i.S.v. § 31 V 1 SGB V erstattungsfähig.

Der 1988 geb. Kl. (GdB von 80 und Merkzeichen „H“) leidet an einer seltenen angeborenen Stoffwechselstörung, der sog. **Ahornsirupkrankheit (Leucinose)**. Bei dieser Erkrankung kommt es zu Störungen im Abbau der Aminosäuren Leucin, Iso-Leucin und Valin. Die Erkrankung bedarf einer Behandlung durch Gabe von künstlichen Aminosäuremischungen verbunden mit einer **lebenslangen Diät** mit verminderter Zufuhr von verzweigtkettigen Aminosäuren. Ohne Einhaltung der diätetischen Ernährung kommt es - auch im Erwachsenenalter - zu Stoffwechseldekompensationen, die sehr schnell mit erheblichen allgemeinen und neurologischen Symptomen einhergehen, wobei es sehr rasch zu **lebensbedrohlichen Krisen**, wie etwa Ataxien oder Bewusstseins Einschränkungen bis hin zum Koma, **kommen kann**. Hinzu kommt, dass der Kläger ohne die hier im Streit stehenden künstlichen Lebensmittel seinen **Kalorienbedarf nicht vollständig decken** kann. Nimmt er nur allgemein erhältliche Lebensmittel zur Deckung seines Kalorienbedarfes zu sich, hat dies bei der Schwere seiner Stoffwechselstörung stets zur Folge, dass die maximal tolerierte Leucinmenge mit der Folge von Vergiftungserscheinungen überschritten wird. Nach den Angaben seiner Mutter kann er praktisch nichts essen außer Gemüse und Obst in geringen Portionen, mit denen er aber seinen Kalorienbedarf nicht vollständig decken kann. Die Kosten für die diätetischen Lebensmittel wurden ebenso wie die Kosten für Aminosäuremischungen und Eiweißhydrolysate zunächst bis April 2004, dann bis zum 18. Lebensjahr von der Bekl. übernommen. **SG Heilbronn**, Urt. v. 23.03.2009 - S 12 KR 770/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Zur **Begründung der Zulassung der Revision** führt das LSG aus:

„Der Kläger kann sich mit Hilfe der auf allgemeinen Märkten erhältlichen und für ihn noch verträglichen Lebensmittel nicht in ausreichendem Maße ernähren und benötigt die künstlichen Lebensmittel (mit den entsprechenden lebenslang anfallenden Mehrkosten), um überhaupt überleben zu können. Insoweit wird er von den gesetzlichen Beschränkungen des Leistungskatalogs des SGB V (vgl. dazu BSG Urt. v. 28.2.2008 - B 1 KR 16/07 R - BSGE 100, 103 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 9, Juris Rn 46) in weit stärkerem Maße betroffen als die Kläger in den vom BSG bisher entschiedenen Fällen und auch stärker als andere Versicherte, die bei weit weniger schweren Erkrankungen weitaus höhere Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Eine grundrechtsorientierte Auslegung (vgl. dazu BSG Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KN 3/07 KR R - USK 2008-73, Juris Rn 32) lässt der klare Wortlaut von § 31 Abs. 5 Satz 1 SGB V nicht zu und auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nehmen (entsprechend den gesetzlichen Vorgaben) eine auf die vorliegende Erkrankung anwendbare Konkretisierung nicht vor.“

### 4. FESTBETRAGSFESTSETZUNG: PHARMAKOLOGISCH-THERAPEUTISCHE VERGLEICHBARKEIT (ATORVASTATIN/„SORTIS“)

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.02.2010 - L 9 KR 104/08 -**

**RID 10-04-124**

Revision anhängig: B 1 KR 10/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 35, 92 I 2 Nr. 6, 217fI; AMG § 25 II Nr. 4; SGG § 54 I 2

Im Rahmen einer **Klage** gegen eine Festbetragsfestsetzung kann die **Gruppenbildung** in vollem Umfang zur Überprüfung gestellt werden (BSG, Urt. v. 24.11.2004 - B 3 KR 23/04 R - BSGE 94, 1 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 3, juris Rn. 16).

Ein **Versicherter** mit einer vertragsärztlichen Verordnung für Atorvastatin ist unmittelbar und aktuell von der Festbetragsfestsetzung **betroffen**, denn sie löst grundsätzlich einen Sachleistungsanspruch für Atorvastatin gemäß § 27 I 2 Nr. 3 SGB V aus. Vor diesem Hintergrund ist der Versicherte jedenfalls in seiner Handlungsfreiheit aus Art. 2 I GG berührt, weil die Freiheit zur Auswahl unter Arznei- und Hilfsmitteln, die ihm als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden, eingeengt wird (vgl. insoweit BVerfG, Urt. v. 17.12.2002 - 1 BvL 28, 29, 30/95 - SozR 3-2500 § 35 Nr. 2, juris Rn. 125).

Die Allgemeinverfügung v. 07.04.2008 zur **Festbetragsfestsetzung für Atorvastatin** ist rechtmäßig.

Der 1954 geb. Kl. leidet an erhöhten Blutfettwerten (Hyperlipoproteinämie) und beginnender geringer Arteriosklerose in den Halsschlagadern. Seine Therapie hat die Absenkung des LDL-Cholesterin-Werts zu verfolgen. Seit dem Jahr 2003 erfolgte die Therapie mit Sortis® 20 mg/d (Wirkstoff Atorvastatin). Seit dem Jahr 2005 erfolgt eine Therapie mit dem Kombipräparat Inegy® 10/20, zusammengesetzt aus den Wirkstoffen Ezetimib und Simvastatin. Auch unter dieser Therapie wurde der Zielwert von unter 70 mg/dl LDL-Cholesterin erreicht. Der GBA nahm im Juli 2004 in die Festbetragsgruppe der Stufe 2 „HMG-CoA-Reduktasehemmer“ nach Anl. 2 AMR u.a. den Wirkstoff Atorvastatin auf. Daraufhin setzten die Spitzenverbände der Krankenkassen im Oktober 2004 einen Festbetrag fest. Der Apothekenpreis des Wirkstoffs Atorvastatin lag und liegt seit Inkrafttreten der Festbetragsregelung deutlich über dem Festbetrag. Mit seiner Klage machte der Kl. u.a. geltend,

Unter dem Festbetrag von 57,08 € müsse er für eine N3-Packung Sortis® 20 mg (Apothekenverkaufspreis: 150,12 €) nun 93,04 € zuzahlen. Für die indizierte Reduzierung des Herzinfarkttrisikos wiesen die übrigen Statine keine therapeutische Vergleichbarkeit auf; es fehle überdies an der chemischen Verwandtschaft. **SG Berlin**, Urt. v. 22.01.2008 – S 112 234/07 - wies die Klage ab. Nach Berufungseinlegung wurde der Festbetrag auf 13,48 € abgesenkt, wogegen allein sich der Kl. noch wandte. Das **LSG** wies die Klage ebf. ab.

S.a. **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 24.02.2010 – L 9 KR 351/09 – RID 10-03-148 (Revision anhängig: B 1 KR 13/10) u. **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 16.12.2009 – L 9 KR 8/08 – RID 10-03-147 (Revision anhängig: B 1 KR 7/10 R).

## VI. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 07.10.2010 – **B 3 KR 5/10 R** – liegt die Tatbestandsvariante „Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung“ vor, wenn zur Verbesserung der Mobilität und zur Unterstützung der ärztlich verordneten Krankengymnastik ein sich zyklisch wiederholendes Bewegungstraining benötigt wird, das durch andere Therapiemethoden - etwa einen Hometrainer - nicht oder nur unzureichend geboten werden kann; nach BSG, Urt. v. 10.03.2010 – **B 3 KR 1/09 R** – SozR 4-2500 § 33 Nr. 29 - haben die Krankenkasse auch für die notwendigen Kosten einer **Hilfsmittelwartung**, nicht nur für die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln aufzukommen; nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 - **B 1 KR 23/09 R** – (BSGE 105, 271 = SozR 4-2500 § 40 Nr. 5) ist die „**Erweiterte Ambulante Physiotherapie**“ (**EAP**) keine ärztliche Behandlung und keine Versorgung mit Heilmitteln i.S. des SGB V, sondern der ambulanten medizinischen **Rehabilitation** zuzuordnen; nach BSG, Urt. v. 17.12.2009 – **B 3 KR 20/08 R** – (BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2) 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. CPM-KNIEBEWEGUNGSSCHIENEN: FEHLENDE GBA-EMPFEHLUNG

**LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 16.06.2010 – **L 5 KR 4929/07** –

**RID 10-04-125**

Revision anhängig: **B 3 KR 11/10 R**

juris

SGB V §§ 2 II 1, 13 III 1 Alt. 1, 33 I, 135 I, 139 I u. IV, 275 III Nr. 1; BMV-Ä § 30 VIII

**CPM-Kniebewegungsschienen** dürfen in der ambulanten Versorgung als Leistungen der Krankenkassen nicht erbracht werden, weil es insoweit an einer **positiven Empfehlung des GBA** gemäß § 135 I SGB V fehlt. Erforderlich ist der **Nachweis des medizinischen Nutzens** jedenfalls dann, wenn dem Hilfsmittel die Funktion zukommt, den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern.

Die Bewegungsschienen sind Teil eines **Behandlungskonzeptes**, das offensichtlich in den Krankenhäusern umgesetzt wird und das darin besteht, nach Operationen Bewegungsübungen mit Hilfe von CPM-Bewegungsschienen unter der Aufsicht von Krankengymnasten durchzuführen. Diese Behandlungsmethode scheint in Krankenhäusern weitgehend üblich zu sein. Die Besonderheiten im ambulanten Bereich liegen darin, dass das Gerät dem Patienten im häuslichen Bereich (unkontrolliert) zur Verfügung gestellt wird bzw. - wie hier - mit der Maßgabe, die Übungen (unabhängig vom Verlauf des Heilungsprozesses) stets mit der gleichen Belastung auszuführen.

**SG Heilbronn**, Urt. v. 27.06.2007 – S 2 KR 4016/06 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

### 2. HUBSCHWENKSITZ: MITTELBARER BEHINDERUNGS-AUSGLEICH/ANDERE HILFSMITTEL/FAHRKOSTEN

**LSG Sachsen-Anhalt**, Urt. v. 24.02.2010 – **L 10 KR 47/07** –

**RID 10-04-126**

juris

SGB V §§ 2 I 3, 13 III 1 u. 2, 27 I 2 Nr. 3, 33 I 1 u. 5; SGB IX §§ 5 Nr. 1, 15 I 3 u. 4, 26 I Nr. 1, II Nr. 6; GG Art. 2 I

**Leitsatz:** 1. Die gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat im Rahmen des mittelbaren Behinderungsausgleichs u.a. die **Erschließung eines körperlichen Freiraums** in dem Radius zu gewährleisten, den ein Gesunder üblicherweise noch zu Fuß bewältigt.

2. Soweit im Hinblick auf die Erschließung des körperlichen Freiraums eine darüber hinausgehende Leistungspflicht der GKV in Betracht gezogen wird, setzt dies jedenfalls zusätzliche **qualitative Momente** voraus (vgl. BSG v. 16.09.2004 - B 3 KR 19/03 R - BSGE 93, 176 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 7).

3. Kommt danach die Ausstattung mit einem **Hubschwensitz** als PKW-Einstiegshilfe in Betracht, ist als weitere Voraussetzung zu prüfen, ob der Versicherte das Hilfsmittel auch in Anbetracht bereits zur Verfügung stehender **anderweitiger Hilfsmittel** tatsächlich für die Fahrten benötigt.

4. Die Ausstattung mit einem Hubschwensitz kann in Betracht kommen, wenn dadurch mit hinreichender Sicherheit **Aufwendungen** der Krankenkasse für **Fahrkosten** erheblich verringert werden (hier: Anspruch verneint).

5. Über Ansprüche aus dem SGB XII (Eingliederungshilfe etc.) war nicht zu entscheiden.

*SG Dessau*, Urt. v. 09.05.2007 – S 4 KR 61/06 – verurteilte die Krankenkasse, die Kl. nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung mit einem Hubschwensitz für ihren Pkw zu versorgen, das **LSG** wies die Klage ab.

### 3. ECHTHAARTEILERSATZ FÜR MÄNNER BEI OPERATIONSBEDINGTEM VERLUST DES HAUPTHAARES

*LSG Sachsen-Anhalt*, Urt. v. 21.01.2010 – L 10 KR 22/07 –

RID 10-04-127

juris

SGB V §§ 2 I 3, 13 III 1 u. 2, 27 I 2 Nr. 3, 33 I 1 u. 5; SGB IX §§ 5 Nr. 1, 15 I 3 u. 4, 26 I Nr. 1, II Nr. 6; GG Art. 2 I

**Leitsatz:** 1. Eine Versorgung mit **Haarersatz** dient regelmäßig nur dem mittelbaren Ausgleich (Basisausgleich) der **Folgen einer Behinderung** (Entstellung).

2. Ein Hilfsmittel, das den Ausgleich einer Entstellung bezweckt (hier Teilhaarersatz), dient der medizinischen **Rehabilitation** (§§ 5 Nr. 1, 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX). Anspruchsgrundlage für die Erstattung der Kosten einer Selbstbeschaffung ist daher gemäß § 13 Abs. 3 S. 2 SGB V ausschließlich § 15 Abs. 1 SGB IX.

3. Die Versorgung mit einer „Echthaarperücke“ umfasst auch Echthaarersatz in Form von sog. „**Micro Lines**“. Werden diese nach Ablehnung einer beantragten „Echthaarperücke“ selbst beschafft, handelt es sich um die entsprechende, zuvor abgelehnte Leistung; Mehrkosten hat der Versicherte zu tragen (§ 33 Abs. 1 S. 5 SGB V).

4. **Einzelfallentscheidung** zu der Frage, ob ein Mann eine Versorgung mit Teilhaarersatz aus Echthaar anstelle von Kunsthaar zum Ausgleich einer operationsbedingten Entstellung beanspruchen kann.

*SG Halle*, Urt. v. 15.01.2007 – S 4 KR 27/06 - wies die Klage ab, soweit sie über die zugesagte (und noch nicht gezahlte) Kostenbeteiligung von 390 € hinausging, das **LSG** verurteilte zur Zahlung weiterer 760 €.

### 4. ANSPRUCH AUF EINKAUFSFUCHS FÜR BLINDE

*LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 16.07.2010 – L 1 KR 188/09 –

RID 10-04-128

Revision anhängig: B 3 KR 9/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33

Die Versorgung mit dem Einkaufs-Fuchs als Hilfsmittel läuft nicht dem aus § 12 I SGB V folgenden Wirtschaftlichkeitsgebot zuwider (so a. *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 11.11.2009 – L 4 KR 17/08 – RID 10-01-145). Eine Versicherte muss sich nicht darauf verweisen lassen, dass nach dem heutigen Stand der Technik ein modernes Smartphone mit den entsprechenden Applikationsprogrammen („Apps“) theoretisch dieselben Aufgaben übernehmen kann.

*SG Berlin*, Gerichtsbb. v. 02.09.2009 - S 72 KR 3222/07 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

S.a. *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 11.11.2009 – L 4 KR 17/08 – RID 10-01-145; *SG Detmold*, Urt. v. 03.12.2008 – S 5 KR 207/07 – RID 09-01-164.

### 5. HÖRGERÄTEVERSORGUNG: ANSPRUCH AUF OPTIMALVERSORGUNG

*SG Aachen*, Urt. v. 03.08.2010 – S 13 KR 128/09 –

RID 10-04-129

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33

Der Anspruch auf Hörgeräteversorgung ist ein Anspruch auf **Optimalversorgung**, nicht lediglich auf einen Basisausgleich. Dem steht nicht entgegen, dass der so umrissene Anspruch im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots des § 12 I SGB V u.a. durch Festbetragsregelungen und Versorgungsverträge begrenzt ist. Diese stellen allerdings nur eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebotes dar, legitimieren aber nicht zu grundsätzlichen Einschnitten in den GKV-Leistungskatalog (BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R - BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, Rn. 21 und 23).

Das **SG** gab der Klage teilweise statt und verurteilte die Bekl., den Kl. eigenanteilsfrei (mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung) beidseits mit Hörgeräten zu versorgen, die nach dem Stand der Hörgerätetechnik einen möglichst weitgehenden Ausgleich des Hörverlustes - auch in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgerauschen - ermöglichen.

## 6. CAMOUFLAGE ZUR BEHANDLUNG EINES ENTSTELLENDEN FEUERMALS

**LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 21.04.2010 – L 10 KR 14/10 NZB –**

**RID 10-04-130**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 31 I, 33 I; SGG § 144, 145

**Leitsatz:** Es ist keine Frage von grundsätzlicher Bedeutung, ob die Krankenkasse in einem Einzelfall Camouflage (stark pigmentiertes Deckmittel zur Auftragung auf die Haut) als Hilfsmittel zur Behandlung eines entstellenden Feuermals leisten muss.

**SG Dessau, Urt. v. 13.01.2010 - S 4 KR 88/08 -** gab der Klage statt, das **LSG** wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

## 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).

## VIII. Rehabilitation/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 02.11.2010 – **B 1 KR 8/10 R** – besteht ein Anspruch auf Gewährung von ärztlich verordnetem **Reha-Sport** in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung; die dazu geschlossene **Rahmenvereinbarung** ist nicht geeignet, einen höchstzulässigen Leistungsumfang zu begründen; der Reha-Sport ist zeitlich nicht begrenzt; das Gesetz gewährt Reha-Sport ausdrücklich „in Gruppen“ und misst so der Betätigung behinderter Menschen gerade in einer Sportgruppe besonderen Stellenwert bei. Ein Versicherter kann nicht auf seine **Kenntnisse als Übungsleiter** auf von ihm „allein“ vorzunehmende sportliche Aktivitäten verwiesen werden; nach BSG, Urt. v. 20.04.2010 – **B 1/3 KR 21/08 R** – SozR 4-2500 § 37a Nr. 1 - beschränkt § 37a I 3 SGB V die Gewährung von **Soziotherapie** in einem Zeitraum von drei Jahren je Krankheitsfall auf 120 Stunden, lässt es aber anschließend in einem neuen Dreijahreszeitraum auch bei andauernder Erkrankung zu, erneut Soziotherapie zu gewähren; nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 – **B 1 KR 23/09 R** – BSGE 105, 271 = SozR 4-2500 § 40 Nr. 5 ist die „Erweiterte Ambulante Physiotherapie“ (EAP) keine ärztliche Behandlung und keine Versorgung mit Heilmitteln i.S. des SGB V, sondern der ambulanten medizinischen Rehabilitation zuzuordnen. Zur weiteren 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. ADIPOSITASTHERAPIE IST MAßNAHME DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

**SG Hildesheim, Urt. v. 29.06.2010 – S 14 R 473/08 –**

**RID 10-04-131**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27 I 5; SGB VI §§ 9 II, 10 I Nr. 1, Nr. 2 Buchst. b, 15; SGB IX § 26

**Leitsatz:** Eine stationäre Adipositas-Therapie ist keine Krankenhausbehandlung i.S. des § 27 Abs. 1 SGB V, sondern eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation.

Das **SG** verurteilte den bekl. Rentenversicherungsträger, dem Kl. eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die eine Adipositasbehandlung umfasst, einschließlich ambulanter Nachbehandlung zur Behandlung der Adipositas und der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu bewilligen und ihn im Übrigen hinsichtlich Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Maßnahme unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu bescheiden u. wies im Übrigen die Klage ab.

### 2. FAHRKOSTEN

#### A) FAHRT MIT EINEM TAXI ZUR KRANKENBEHANDLUNG

**LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.06.2010 – L 10 KR 1/09 –**

**RID 10-04-132**

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 II 1, 13 III, 60, 133; SGB IX §§ 14, 53; KrTRL § 8 III

Bei der **Fahrt mit einem Taxi zur Krankenbehandlung** handelt es sich, ebenso wie z.B. bei Fahrten des Versicherten im privaten PKW oder Benutzung öffentlicher Nahverkehrsmitteln (vgl. BSG, Urt. v. 28.07.2008 – **B 1 KR 27/07 R** - SozR 4-2500 § 60 Nr. 5), um Transporte, die einer Krankenkasse bei wirklichkeitsnaher Betrachtung von vornherein nicht als „eigene“ bzw. eigenorganisierte Naturalleistung zugerechnet werden können.

Nimmt ein Versicherter auf der Grundlage einer (zu Recht erteilten) ärztlichen Verordnung für eine Krankenfahrt daher ein Taxi in Anspruch, ohne dass ihm erkennbar ist, dass und ggfs. welche Taxiunternehmen einen besonderen Leistungserbringervertrag mit seiner Krankenkasse haben, darf er sich **an jedes Taxiunternehmen wenden**.

In der Rechtsprechung nicht vollständig geklärt ist, wann eine **Krankenhausbehandlung** trotz einer an ihrer Stelle tatsächlich durchgeführten ambulanten Behandlung noch als „**an sich geboten**“ i.S.v. § 60 II 1 Nr. 4 SGB VI angesehen werden kann. Kann das Behandlungsziel im Einzelfall tatsächlich auch durch ambulante Behandlung erreicht werden, ist ein Anwendungsbereich verschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 18.02.1997 – 1 RK 23/96 - SozR 3-2500 § 60 Nr. 1). Die anspruchsbegründende **Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung** ist gem. den zu § 39 I 2 SGB V entwickelten Kriterien zu bestimmen.

Ein Zeitraum von sechs Wochen ist kein **längerer Erkrankungszeitraum** i.S.v. § 8 III 3 KrTRL.

Der 1977 geb. Kl. wurde wegen eines Beckenringbruchs stationär behandelt und am 10.02.2006 im Rollstuhl entlassen mit dem Arztbrief: „Fortsetzen der Mobilisierung im Rollstuhl für insgesamt drei Wochen ab dem 08.02.2006.“ Am 16.02.2006 fuhr der Kläger – im Rollstuhl sitzend – mit dem Taxi von seinem damaligen Wohnort in W. zu dem Chirurgen B. nach H. zur weiteren Versorgung seiner Beckenringfraktur. Am 23.03.2006 reichte er bei der Bekl. eine undatierte „Verordnung einer Krankenförderung“ der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. B. ein. Die Übernahme der Fahrkosten von 50,60 € lehnte die Bekl. ab. **SG Halle**, Urt. v. 09.06.2007 - S 4 KR 256/06 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, den Kl. von den Kosten der Taxifahrt unter Berücksichtigung der Zuzahlung freizustellen; das **LSG** wies die Klage ab.

## B) KRANKENTRANSPORT: TRAGELEISTUNG DER FEUERWEHR AUS WOHNUNG

**LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.06.2010 – L 10 KR 59/08 –**

RID 10-04-133

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 1 u. IV, 13 III, 60, 133; BrSchG Sachsen-Anhalt § 22 IV Nr. 3

Ein von der Krankenkasse geschuldeter **Krankentransport** umfasst grundsätzlich auch die Trageleistungen von der Wohnung auf die Straße und umgekehrt. Leistungen einer Feuerwehr sind ebf. zu ersetzen, es sei denn, es handelt sich um einen Bergungseinsatz (Brand eines Hauses, der Bergung aus einem verunfallten und unzugänglichen Kfz oder aus Bergnot usw.). Eine Unterscheidung nach dem Beförderungsmittel (keine Leistungspflicht bei Einsatz von Schleifkorbtrage, Drehleiter, Lastensystem der Feuerwehr), nach dem Leistungsvermögen der Leistungserbringer oder nach dem Gesichtspunkt der Gefahrenabwehr scheidet aus.

Maßgebliche **Abgrenzungsmerkmale** sind demgegenüber einerseits der in § 60 SGB V geregelte **Krankentransport** und andererseits der in § 1 BrSchG Sachsen-Anhalt geregelte **Unglücksfall**. Soweit die Leistung auf Beförderung des Versicherten zur Krankenbehandlung gerichtet ist, geht es um die Leistungspflicht der GKV. Dies gilt auch dann, wenn der Transport zur Abwendung von Lebensgefahr erforderlich ist. Soweit es dagegen um die Rettung aus einer Gefahrensituation geht, der Einsatz also auch ohne (anschließende) Beförderung zur Krankenbehandlung erforderlich ist (etwa bei der Rettung aus Gefahrensituationen wie Brand, Eingeschlossensein nach Verkehrsunfall oder Bergnot etc), handelt es sich um Hilfe in einem Unglücksfall.

Der 1940 geb. Kl. leidet an Adipositas per magna (Gewicht zwischen 150 und 160 kg bei einer Körpergröße von 1,55 m), einer hypertensiven Herzkrankheit, chronischem Vorhofflimmern, Arteriosklerose der Extremitätenarterien und einer Harninkontinenz. Weiterhin liegt bei ihm ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit Zustand nach Amputation des rechten Fußes vor. Auf Grund dieser Erkrankungen ist der Kl. bettlägerig, so dass er für Fahrten zu Ärzten und Krankenhäusern auf Krankentransportleistungen der Bekl. angewiesen ist. Die im ersten Stock gelegene Wohnung des Kl. kann nur über eine steile und enge Treppe erreicht werden. Für den Transport in das Krankenhaus beförderte die vom Rettungsdienst alarmierte Freiwillige Feuerwehr den Kl. zunächst mittels einer Schleifkorbtrage aus seiner Wohnung über das Treppenhaus auf die Straße; von dort wurde er zum Krankenhaus gefahren. Im Rückweg gelangte er von der Straße in seine Wohnung wiederum mit Hilfe der Feuerwehr. Die Stadt stellte für den Einsatz der Feuerwehr beim Transport in das Krankenhaus keine Rechnung, da es sich um einen kostenfreien Rettungseinsatz gehandelt habe. Für den Rücktransport stellte die Stadt dem Kl. dagegen mit Kostenbescheid einen Betrag in Höhe von 324 € in Rechnung. Die Beklagte lehnte eine Kostenübernahme ab, da der Einsatz dem Bereich der Gefahrenabwehr zuzuordnen sei. Der Erstattungsantrag für einen weiteren Feuerwehreinsatz (Hin- und Rücktransport, 565 €) blieb ebf. erfolglos. **SG Halle**, Urt. v. 29.09.2008 - S 17 KR 81/07 u. S 17 KR 162/08 -, verurteilt die Bekl. antragsgemäß, den Kl. von den Kostenbescheiden freizustellen; das **LSG** wies die Berufung zurück.

### 3. KEINE FAHRTKOSTEN ZUM BESUCH EINES ERKRANKTEN VERSICHERTEN

*SG Magdeburg, Beschl. v. 22.09.2010 – S 7 KR 238/10 ER –*

RID 10-04-134

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 60

Es besteht kein Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten für die Besuche zur in stationärer Behandlung befindlichen Mutter. Die Übernahme von Fahrtkosten zum Besuch eines erkrankten Versicherten sieht § 60 SGB V nicht vor. Eine andere Rechtsgrundlage für die Übernahme von Kosten für Besuchsfahrten besteht im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nicht.

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

## IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen

Nach BSG, Urt. v. 07.10.2010 – *B 3 KR 12/09 R* – berechtigt eine niemals widerrufen Erlaubnis zur Behandlung im Tätigkeitsbereich des **Masseurs und medizinischen Bademeisters**, wozu ausweislich der noch maßgeblichen Ausbildungs- und Prüfungsordnung auch die medizinische Fußpflege gehört, auch zur Leistungserbringung im Bereich der **medizinischen Fußpflege** nach Inkrafttreten des **Podologengesetzes**; nach BSG, Urt. v. 28.09.2010 – *B 1 KR 3/10 R* – kann ein Apotheker eine Vergütung für im Einzelimport nach § 73 III AMG beschafftes Thalidomid nicht beanspruchen, wenn er sich nicht eine von der Versicherten jeweils eine entsprechende Genehmigung der Krankenkasse hat vorlegen lassen bzw. (alternativ) wenn nicht für ihn jeweils ohne Weiteres feststand, dass das Mittel - wie der Arznelieferungsvertrag voraussetzt – „bei bestimmten Indikationsstellungen verordnungs- und erstattungsfähig“ war. BSG, Urt. v. 12.08.2010 – *B 3 KR 9/09 R* – hat die Grundsatzentscheidung v. 22.07.2004 (SozR 4-2500 § 125 Nr. 2) bestätigt, dass die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung rechtmäßig ist, nach der zur Versorgung zugelassene **Physiotherapeuten** Leistungen der **Manuellen Therapie** zu Lasten der Krankenkassen nur abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildungsmaßnahme in dieser Behandlungstechnik erfolgreich absolviert haben; nach BSG, Urt. v. 10.03.2010 – *B 3 KR 26/08 R* – SozR 4-2500 § 126 Nr. 2 ist eine Krankenkasse zum **Vertragsschluss** mit einem **Hilfsmittelerbringer** nicht exakt nach den Bedingungen eines Konkurrenzunternehmens verpflichtet; Verträge nach § 127 SGB V sind grundsätzlich im freien Spiel der Kräfte zu vereinbaren; jedoch war hier die Praxis der Bekl. bei der Ausgestaltung ihrer Leistungsbeziehungen zu den Hilfsmittellieferanten rechtswidrig; nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 – *B 1 KR 15/09 R* – BSGE 105, 257 = SozR 4-2500 § 39a Nr. 2 verstößt § 6 II 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 03.09.2002 nicht gegen § 39a II 4 und 5 SGB V.

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. 02.11.2010 – *B 1 KR 11/10 R* – benötigt eine Krankenkasse keine Mittel zwecks Anschubfinanzierung von Maßnahmen der integrierten Versorgung, wenn einschlägige Verträge fehlen, wenn sie überhaupt noch nicht geschlossen sind oder die inhaltlichen Mindestvoraussetzungen nicht erfüllen, um eine integrierte Versorgung rechtlich leisten zu können; so ist für die integrative Zusammenarbeit von niedergelassenen Vertragsärzten mit einem Krankenhaus ein Vertrag zwischen Krankenkasse, Krankenhaus und Vertragsärzten erforderlich, nicht bloß wie hier zwischen AOK und Krankenhaus oder AOK und Praxisklinik; nach BSG, Urt. v. 22.06.2010 – *B 1 KR 29/09 R* – SozR 4-2500 § 275 Nr. 4 - hat eine Krankenhausträgerin gegen eine Krankenkasse keinen Anspruch auf Zahlung einer **Aufwandspauschale von 100 €** nach § 275 Ic 3 SGB V, wenn die der Prüfung zugrunde liegende Krankenhausbehandlung noch **vor dem Inkrafttreten** der Vorschrift am 1.4.2007 stattgefunden hat; die Vorschrift ist nur auf solche Sachverhalte anwendbar, die vollständig nach seinem Inkrafttreten verwirklicht werden; nach BSG, Urt. v. 22.06.2010 – *B 1 KR 1/10 R* – SozR 4-2500 § 275 Nr. 3 - begründet **nicht schon jede Prüfung nach § 275 I Nr. 1 SGB V**, die auf eine Vergütungsminderung für eine Krankenhausbehandlung gerichtet ist, aber unter dem Strich nicht zu einer „Minderung des Abrechnungsbetrags“ führt, die **Zahlungspflicht**. Sinn und Zweck des § 275 Ic 3 SGB V und sein funktionales Zusammenspiel mit der Prüfpflicht nach Abs. 1 Nr. 1 führen zu einer den Wortlaut einschränkenden Interpretation; es widerspräche dem Gebot gegenseitige Rücksichtnahme, die Aufwandspauschale selbst dann zu beanspruchen, wenn eigenes **Fehlverhalten des Krankenhauses** (hier: Verstoß gegen § 301 SGB V) zu einer überflüssigen, nutzlosen Prüfung führt oder wenn sich sogar der Abrechnungsbetrag im Nachhinein noch zu Lasten der Krankenkasse erhöht; nach BSG, Urt. v. 20.04.2010 – *B 1 KR 19, 20, 24 u. 25/09 R* – SozR 4-5562 § 8 Nr. 1 sind die nach § 8 IX KHEntgG (in der v. 01.01.2007 bis 31.12.2008 geltenden Fassung des GKV-WSG vom 26.03.2007) vorgenommenen **Abschläge von 0,5% der Rechnungsbeträge** für stationäre Krankenhausbehandlungen **verfassungsgemäß**; nach BSG, Urt. v. 10.03.2010 – *B 3 KR 15/08 R* – SozR 4-2500 § 115a Nr. 1 fehlt seit dem 01.07.1997 nach dem Wegfall der Großgeräteplanung jegliche Rechtsgrundlage für die Annahme einer Pflicht zur **Abstimmung des Einsatzes von MRT-Geräten mit den Krankenkassen** und sind die Krankenhäuser frei, im Rahmen ihres jeweiligen Versorgungsvertrages Großgeräte anzuschaffen und einzusetzen; nach BSG, Urt. v. 17.12.2009 – *B 3 KR 12/08 R* – BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 20 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) GERIATRISCHE LEISTUNGEN IM KRANKENHAUS OHNE ABTEILUNG „GERIATRIE“ MÖGLICH**

**SG Duisburg, Urt. v. 30.04.2010 - S 9 KR 195/07 -**

**RID 10-04-135**

GesR 2010, 427 (nur Ls.)

SGB V §§ 39, 107, 109; KHEntgG §§ 8, 10, 11

Leitsatz (GesR): 1. Die Erbringung von **geriatrischen Leistungen** setzt nicht voraus, dass im Krankenhausplan NRW für das Krankenhaus eine **Abteilung „Geriatric“** anerkannt ist.

Es spricht bereits die Regelung in § 39 I 3 HS 2 SGB V, derzufolge im Rahmen der akutstationären Behandlung ein Anspruch auf die im Einzelfall erforderliche und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzende Leistung zur **Frührehabilitation** besteht, dafür, dass die Erbringung geriatrischer frührehabilitativer Leistungen vom **Versorgungsauftrag der Abteilung Innere Medizin** umfasst ist und zur Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser nach § 109 IV 2 SGB V gehört.

3. Auf die Erfüllung der Mindestmerkmale für die Erbringung einer geriatrischen frührehabilitativen **Komplexbehandlung** kommt es nicht an. Diese **OPS-Ziffer** richtet sich an Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Geriatrie, während diese Kriterien auf eine Abteilung für innere Medizin nicht anwendbar sind, wie die zuständige Bezirksregierung als Genehmigungsbehörde ausdrücklich klargestellt hat.

#### **B) SCHWELLE ZUR INTENSIVMEDIZIN BEI HÄMATOLOGISCH-ONKOLOGISCHER BEHANDLUNG NICHT ERREICHT**

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.05.2010 – L 9 KR 218/07 –**

**RID 10-04-136**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 I 3, 109 IV 2 u. 3, 112 II 1 Nr. 1

Der **Definition zur Intensivmedizin** durch BSG, Urt. v. 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R – SozR 4-2500 § 39 Nr. 8, juris Rn. 19 ist zu folgen.

Wird ein unter myeloischer Leukämie leidender Versicherter im Rahmen seines stationären Aufenthalts auf eine Knochenmarkstransplantation vorbereitet und unterzieht er sich einer hochdosierten Chemotherapie mit dem Ziel einer Blastenreduktion, wofür er operativ mit einem zentralvenösen Katheter versorgt wird, und liegt er in einem Einzelzimmer der hämatologisch-onkologische Fachabteilung mit apparativ einem einfachen, nicht invasiven Monitoring in Form von EKG, Herzfrequenz- und Blutdruckmessung ohne Aufzeichnung, so ist die **Schwelle zur Intensivmedizin** noch nicht erreicht. Der für eine intensivmedizinische Behandlung zuviel geleisteten Betrag ist zu erstatten.

**SG Berlin**, Urt. v. 19.12.2006 – S 3 KR 179/04 – verurteilte auf Klage der Krankenkasse den bekl. Krankenhausträger zur Zahlung von 46.864,80 €, das **LSG** wies die Berufung zurück.

#### **C) ABRECHNUNG VON FALLPAUSCHALEN: NEBEN PROZEDUREN AUCH DIAGNOSEN**

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.07.2010 – L 9 KR 244/06 –**

**RID 10-04-137**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 387; KHG§ 17 IIa

**Leitsatz:** Für die Abrechenbarkeit einer Fallpauschale nach dem „Bundesweiten Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser“ kommt es nicht nur auf die in seiner Spalte 4 genannten Prozeduren, sondern auch auf die in Spalte 3 aufgeführten Diagnosen an.

**SG Berlin**, Urt. v. 25.07.2006 - S 81 KR 2541/03 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## D) MEDIKAMENTENGABE KEINE LEISTUNG EINER PSYCHIATRISCHEN INSTITUTSAMBULANZ

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.07.2010 – L 11 KR 1960/09 –*

RID 10-04-138

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I, 37, 118, 120 II, 132, 132a

Die Ärzte einer ermächtigten **psychiatrischen Institutsambulanz** sind befugt, **häusliche Krankenpflege zu verordnen**.

**Medikamentengabe** zählt zu den Leistungen der häuslichen Krankenpflege und ist nicht bereits Bestandteil der **Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz**. Ambulante ärztliche Behandlung einschließlich der Psychotherapie - auch wenn sie in einem bzw. durch ein Krankenhaus erbracht wird - und häusliche Krankenpflege sind eigenständige Formen der Krankenbehandlung (vgl. § 27 I 2 Nr. 1 u. Nr. 4 SGB V).

Hausbesuche im Sinne der **aufsuchenden Hilfe** sind nicht mit der häuslichen Krankenpflege (hier: Behandlungspflege) gleichzusetzen.

Die Kl., eine Anstalt des öffentlichen Rechts, betreibt neben einem in den Krankenhausplan aufgenommenen psychiatrischen Fachkrankenhaus eine **psychiatrische Institutsambulanz (PIA)** - mit einer Ermächtigung zur Durchführung psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen bei Patienten, die sich nicht in der Behandlung bei einem niedergelassenen oder zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Psychiater oder Nervenarzt befinden, u.a. auch Hausbesuche im Sinne der aufsuchenden Hilfe - sowie einen - ohne eigene Rechtspersönlichkeit - bei den Krankenkassen zugelassenen **psychiatrischer Pflegedienst** („Ambulante Psychiatrische Pflege“ - APP). Die bekl. **Krankenkasse** teilte der Kl. mit, bei Erbringung und Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege neben den Leistungen der PIA läge eine **Doppelversorgung** im Sinne einer Leistungskonkurrenz vor, da es sich beim Angebot der PIA um eine **Komplexleistung** handle. Deshalb müssten alle derzeit vorliegenden Verordnungen über häusliche Krankenpflege abgelehnt werden, da es sich um keine Leistungen nach § 37 SGB V handle. Sofern die PIA die Medikamentenversorgungen nicht eigenorganisiert erbringen könne, bestehe die Möglichkeit, dies in einer internen Kooperation mit dem Pflegedienst oder Dritten sicherzustellen. Die dafür entstehenden Kosten seien aus der PIA-Vergütung zu finanzieren. *SG Konstanz*, Urt. v. 18.12.2008 – S 2 KR 1722/06 – verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die Kl. 90.619,66 € nebst Zinsen zu zahlen, und stellte fest, dass der Kl. auch für Patienten ihrer PIA, welche bei der Bekl. versichert sind, ein Vergütungsanspruch für vertragsärztlich verordnete und von ihr tatsächlich erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege auf der Grundlage der bestehenden Verträge zusteht. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

## E) KEINE AUFWANDSPAUSCHALE FÜR ÜBERPRÜFUNG EINER ENTBINDUNG NACH § 197 RVO

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.08.2010 – L 5 KR 184/09 –*

RID 10-04-139

www3.justiz.rlp.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 275 I c; RVO § 197

**Leitsatz:** Bei einem Krankenhausaufenthalt wegen einer Entbindung nach § 197 RVO fällt die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1 c S. 3 SGB V nicht an, weil die Regelung über die Aufwandspauschale nach dem eindeutigen Wortlaut des Gesetzes nur Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V erfasst.

*SG Koblenz*, Urt. v. 05.08.2009 – S 6 KR 414/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zu § 275 I c SGB V s. zuletzt *BSG*, Urt. v. 22.06.2010 – *B 1 KR 29/09 R* – SozR 4-2500 § 275 Nr. 4 (s. einleitend unter 1. Beziehungen zu Krankenhäusern (Revisionsentscheidung zu *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 06.08.2009 – L 5 KR 20/09 – RID 10-02-146); *SG Darmstadt*, Urt. v. 20.05.2010 – S 18 KR 344/08 – RID 10-03-141; *SG Landshut*, Urt. v. 12.11.2009 – S 1 KR 261/08 – RID 10-02-147; RID 10-01-B.IX.3 f (S 62 f.); 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.

## F) ABZUG FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNG: ABZUG ERST NACH VERTRAGSSCHLUSS

*LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 11.05.2010 - L 4 KR 8/06 -*

RID 10-04-140

Revision B 3 KR 8/10 zurückgenommen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 140b I, 140d I; BGB §§ 273, 812

**Parallelverfahren** zu *LSG Sachsen-Anhalt*, Urt. v. 17.03.2010 - L 4 KR 33/07 - RID 10-03-137.

*SG Halle*, Urt. v. 15.11.2005 – S 1 KR 574/04 – verurteilte die bekl. Krankenkasse, 16,10 € von den einbehaltenen 32,85 € an die Kl. zurückzuzahlen; das *LSG* wies die Berufung zurück. Das *BSG* wies mit Urt. v. 02.11.2010 - B 1 KR 11/10 R - die Revision der beklagten AOK zurück.

## G) FÄLLIGE VERGÜTUNG BEI NICHT-EINLEITUNG EINES PRÜFVERFAHRENS

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 03.06.2010 – L 5 KR 28/10 –*

RID 10-04-141

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

SGB V §§ 112 II Nr. 2, 275, 301

Die **Fälligkeit des Vergütungsanspruchs** tritt 14 Tage nach Rechnungseingang unabhängig davon ein, ob ein Prüfungsverfahren zur Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung noch eingeleitet werden soll oder ein solches noch nicht abgeschlossen ist; die Krankenkassen sind in solchen Fällen zur Zahlung verpflichtet, ohne das Ergebnis des Prüfungsverfahrens abwarten zu dürfen (s. BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R - BSGE 105, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 17; v. 28.09.2006 - B 3 KR 23/05 R - SozR 4-2500 § 112 Nr. 6). Anders liegt der Fall nur dann, wenn ein **Prüfungsverfahren** bereits abgeschlossen ist und die Krankenkasse in substantiiert Form Einwendungen erhoben hat. Die Krankenkasse kann dann nicht auf eine allein von einer formell ordnungsgemäß erstellten Rechnung (§ 301 SGB V) abhängige Zahlungspflicht und auf einen späteren gesonderten Rechtsstreit über die Berechtigung zur Aufrechnung mit einem Rückforderungsanspruch verwiesen werden.

Da es den Krankenkassen unbenommen bleibt, nach Bezahlung der Rechnungen **Erstattungsansprüche** geltend zu machen und gegen laufende Krankenhausrechnungen aufzurechnen, führt dies in aller Regel dazu, dass unwirtschaftliche Krankenhausbehandlungen im Ergebnis nicht bezahlt werden. Sollte sich dennoch erweisen, dass in vielen Fällen die vereinbarten Zahlungsfristen zu kurz bemessen sind, steht es den Vertragsparteien frei, den Vertrag zu ändern, notfalls zu kündigen (§ 112 IV SGB V) und bei mangelnder Einigungsmöglichkeit die Landesschiedsstelle anzurufen (§ 112 III SGB V).

*SG Itzehoe*, Urt. v. 23.09.2009 – S 1 KR 87/07 – verurteilte d. Bekl., an den klagenden Krankenhausträger 126,43 € zu zahlen und wies die Klage im Übrigen ab; das *LSG* wies die Berufung d. Bekl. zurück.

## 2. KEIN HERSTELLERRABATT FÜR NIEDERLÄNDISCHE VERSANDHANDELSAPOTHEKE (2003 BIS 2005)

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.07.2010 – L 5 KR 105/05 –*

RID 10-04-142

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 30/10 B*

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

SGB V § 130a

Nur Apotheken sind erstattungsberechtigt, die nach Maßgabe des § 129 SGB V an der Arzneimittelversorgung teilnehmen und die daher den Bestimmungen dieser Regelung sowie der §§ 130, 130a SGB V unterworfen sind. Einen solchen Status haben lediglich Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 II SGB V Gültigkeit hat.

*SG Köln*, Urt. v. 27.09.2005 – S 5 KR 292/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2009 – **B 3 KR 14/08 R** – SozR 4-2500 § 130a Nr. 5 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 = SozR 4-2500 § 130a Nr. 3); nach BSG, Urt. v. 17.12.2009 – **B 3 KR 13/08 R** – BSGE 105, 157 = SozR 4-2500 § 129 Nr. 5 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.

### 3. ARZNEIMITTELHERSTELLER

#### A) UNZULÄSSIGES DROHPOTENTIAL ZUR EINHALTUNG DES BEZUGSWEGES VON VERGABEVERTRAG (IMPFSTOFFE)

**SG Marburg, Beschl. v. 11.10.2010 – S 6 KR 89/10 ER –**

**RID 10-04-143**

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

SGB V §§ 106, 106a; SGG § 86b II; GG Art. 12 I

Das **Vergaberecht** hat als nachgelagertes „Beschaffungsrecht“ keinen Einfluss auf die materielle Gestaltung von **Leistungserbringerverträgen** und insb. **Leistungsansprüchen** der Versicherten (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.04.2010 – L 21 KR 69/09 SFB – RID 10-03-155).

Wenn die Krankenkassen gegenüber den Vertragsärzten suggerieren, dass diese bei „Einhaltung des Bezugsweges vor Regressforderungen wegen unwirtschaftlichen Bezuges von Grippeimpfstoff geschützt seien“, so drohen sie Konsequenzen an, über die sie selber jedoch nicht disponieren können (in diesem Sinne auch BSG, Urt. v. 05.11.2008 - B 6 KA 63/07 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 21). In dieser Aussage liegt nach dem Empfängerhorizont für jeden betroffenen Vertragsarzt ein **Drohpotenzial**, zu dessen Umgehung er zwangsläufig auf den vorgeschlagenen Beschaffungsweg zurückgreifen wird. Insoweit verletzen die Krankenkassen auch das in den Arzneimittellieferungsverträgen festgeschriebene **Neutralitätsgebot**.

Das **SG** wies den Antrag einer pharmazeutischen Herstellerin von zwei Grippeimpfstoffpräparaten auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wegen eines fehlenden Anordnungsgrunds ab.

Die Ast. **beantragte**, 1. es den Ag. vorläufig zu untersagen, gegenüber Vertragsärzten in Sachsen-Anhalt im Wege der Versendung von Informationsschreiben und/oder auf anderem Wege zu behaupten, diese seien nunmehr dazu verpflichtet, den Grippeimpfstoff für die Saison 2010/2011 bei der X-Apotheke zu bestellen und insoweit Regresse anzudrohen, insbesondere wenn dies wie folgt geschieht: „Als Vertragsarzt sind Sie nunmehr verpflichtet, den Grippeimpfstoff für die Saison 2010/2011 bei der X-Apotheke zu bestellen. Bei Einhaltung dieses Bezugsweges sind Sie von Regressforderungen wegen unwirtschaftlichen Bezuges von Grippeimpfstoff geschützt!“, 2. es den Ag. vorläufig zu untersagen, gegenüber Apotheken in Sachsen-Anhalt im Wege der Versendung von Informationsschreiben und/oder auf anderem Wege zu behaupten, dass Vertragsärzte in Sachsen-Anhalt auf Grund des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Ergebnisse der Ausschreibung dazu verpflichtet seien, den Bezugsweg über die X-Apotheke einzuhalten, und das bei der Abgabe von Grippeimpfstoffen für die Saison 2010/2011 durch andere Apotheken als die X-Apotheke keine Vergütung erfolge, insbesondere wenn dies wie folgt geschieht: „Nach der Spruchpraxis der Bundesvergabekammer sind ausgeschriebene Waren ausschließlich beim Ausschreibungsgewinner zu bestellen. Waren, die nicht über den Ausschreibungsgewinner bezogen werden, sind nicht zu erstatten (...). Wird Grippeimpfstoff von anderen Apotheken abgegeben, erfolgt daher keine Vergütung. Wir bitten Sie in Ihrem eigenen Interesse um dringende Beachtung.“

S.a. zum erfolglosen Antrag eines Landesapothekenverbands und zweier Apotheker **LSG Sachsen-Anhalt**, Beschl. v. 30.06.2010 – L 10 KR 38/10 B ER – RID 10-03-145.

#### B) BVERFG: KOSTEN IN VERGABERECHTLICHEN VERFAHREN

**BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Urt. v. 20.04.2010 – 1 BvR 1670/09 –**

**RID 10-04-144**

[www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) = juris = PharmR 2010, 360 = A&R 2010, 222

GG Art. 21, 19 III, 20 III; SGG §§ 197a, 202

**LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 12.6.2009 – L 12 KR 1091/09 KO-A wird aufgehoben, und es wird zurückverwiesen.

Art. 2 I GG schützt auch davor, von der Staatsgewalt nicht mit einem finanziellen Nachteil belastet zu werden, der nicht in der verfassungsmäßigen Ordnung begründet ist (vgl. BVerfGE 97, 332 <340 f.>).

Einen ausdrücklich für **vergaberechtliche Streitigkeiten** vor den Sozialgerichten einschlägigen **Gebührentatbestand** hat das Landessozialgericht seiner Entscheidung, mit der die Erinnerung gegen den Kostenansatz zurückgewiesen wurde, nicht zugrunde gelegt. Die Nr. 1220 und Nr. 1640 KV-GKG a.F. sind unmittelbar nur für zivilrechtliche Verfahren vor den ordentlichen Gerichten anwendbar. Es gibt auch keine gesetzliche Regelung, die die genannten Gebührentatbestände für vergaberechtliche Verfahren vor den Sozialgerichten ausdrücklich für anwendbar erklärt.

Die Auffassung, § 202 SGG verweise über seinen Wortlaut hinaus auch auf die in Teil 1 des Kostenverzeichnisses für die zivilrechtlichen Verfahren vor den ordentlichen Gerichten enthaltenen Gebührentatbestände der Nr. 1220 und Nr. 1640 KV-GKG a.F., ist Ergebnis richterlicher Rechtsfortbildung, die indes nicht den verfassungsrechtlichen Vorgaben genügt.

Mit § 197a I 1 SGG hat der Gesetzgeber für die betreffenden Verfahren im Sozialgerichtsgesetz eine mit Blick auf dieses Gesetz abschließende Regelung zur Gerichtskostenerhebung getroffen: Gerichtskosten werden nach dem Gerichtskostengesetz erhoben.

#### 4. HILFSMITTELERBRINGER

##### A) BEITRITT NUR ZU KONKRETEM VERTRAG ÜBER DIE LIEFERUNG VON HILFSMITTELN

*LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 13.07.2010 – L 11 KR 1313/10 ER-B –*

RID 10-04-145

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

SGB V §§ 33, 126, 127; SGG § 86b II 1 Nr. 2

Wie der **Beitritt** eines Leistungserbringers zu einem **Vertrag über die Lieferung von Hilfsmitteln** (hier: Fertigbandagen) vollzogen wird, regelt das Gesetz nicht. Es kann aber nach der bisherigen Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 17.07.2008 - B 3 KR 23/07 R - BSGE 101, 142 = SozR 4-2500 § 69 Nr. 4) davon ausgegangen werden, dass der Beitritt durch Abschluss eines **öffentlich-rechtlichen Vertrages** zwischen dem beitriftswilligen Leistungserbringer und der Krankenkasse bewirkt wird. Welchen Inhalt der Vertrag hat, ist trotz des genannten Urteils offen. **Gegenstand** der Vereinbarung ist nur die Stellung des Beitretenden als (zusätzlicher) Vertragspartner. Den Inhalt des bereits mit einem anderen Leistungserbringer geschlossenen Vertrages können die Vertragspartner nicht bestimmen. Wirksam wird der Beitritt mit der Annahme des Vertragsangebotes (Beitritts) durch die Krankenkasse.

Beigetreten werden kann nur zu einem **Vertrag**, den die Krankenkasse mit einem anderen, **konkret** zu benennenden Leistungserbringer geschlossen hat. Der Beitrag zu einem „Mustervertrag“, zu allen bestehenden Verträgen oder zu einem Vertragsentwurf kann nicht erklärt werden. Ein erklärter Beitritt „zum bestehenden Vertrag“ lässt nicht erkennen, zu welchem Vertrag ein Leistungserbringer beitreten will.

Ein beitriftswilliger Leistungserbringer muss die **Bedingungen des bestehenden Vertrages** erfüllen können.

*SG Konstanz, Beschl. v. 18.02.2010 - S 2 KR 3216/09 ER* - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

##### B) HÖRGERÄT: EINSTWEILIGES ANORDNUNGSVERFAHREN WEGEN ZUZAHLUNG - ANORDNUNGSGRUND

*SG Potsdam, Beschl. v. 01.09.2010 – S 7 KR 159/10 ER –*

RID 10-04-146

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

SGB V § 33; SGG § 86b II

Ist es offen, ob ein Anspruch auf aufzahlungsfreie Versorgung mit einem Hörgerät besteht, so liegt bei einer Zahlung von 1.380 € kein Anordnungsgrund vor, wenn die Antragstellerin vorträgt, eine Leistung der Antragsgegnerin sei auch bei vorläufiger Zahlung nicht zu erwarten, da die Antragsgegnerin damit rechnen müsste, dass die Antragstellerin den vorläufig geleisteten Betrag nach erfolgter Versorgung mit dem Hörgerät sofort wieder verrechnen würde.

Das *SG* wies den Antrag der antragstellenden Krankenkasse, die Ag. (Hörgeräteakustikerin) im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, die Versicherte der Ast. aufzahlungsfrei mit dem Hörgerät „Oticon Sumo DM“ zu versorgen, hilfsweise sie aufzahlungsfrei mit einem Hörgerät zu versorgen, welches den festgestellten Hörverlust angemessen i. S. des bestehenden Vertrages zur Komplettversorgung mit Hörsystemen zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen VdAK/AEV ausgleicht, ab.

#### 5. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE: ZUGANG DER ORIGINALVERORDNUNG BEI DER KRANKENKASSE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.08.2010 – L 5 KR 105/09 –*

RID 10-04-147

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 28/10 B*

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

SGB V § 132a; BGB § 812

Ein Anspruch auf Vergütung erbrachter Leistungen der häuslichen Krankenpflege entsteht nur, wenn die Krankenkasse sie „genehmigt“ hat i.S. einer **Auftragserteilung im konkreten Leistungsfall**, die gleichzeitig den Umfang des Auftrages festlegt (BSG, Urt. v. 24.09.2002 - B 3 KR 2/02 R - SozR 3-2500 § 132a Nr. 3, juris Rn. 15). Derjenige, der außerhalb des erteilten Auftrags tätig wird, handelt ohne rechtliche Grundlage und damit grundsätzlich ohne Anspruch auf eine Vergütung (BSG, aaO.).

Fehlt es am Nachweis, dass die Originalverordnung bei der Krankenkasse eingegangen ist, so steht nicht fest, dass ein Leistungsantrag durch Übersenden der Originalverordnung tatsächlich gestellt

worden ist. Die Grundsätze über die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand (§ 27 SGB X) können nicht entsprechend angewendet werden.

Ein Anspruch aus **bereicherungsrechtlichen Grundsätzen** (§ 812 I 1 Alt. 1 BGB analog) kommt nicht in Betracht (vgl. a. BSG, Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 2/03 R - SozR 4-2500 § 132a Nr. 1).

**SG Dortmund**, Urt. v. 13.05.2009 - S 48 (44) KR 308/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 6. HEBAMMEN: VERGÜTUNGSANSPRUCH EINER BELEGHEBAMME

**SG Augsburg**, Urt. v. 22.09.2010 – S 10 KR 390/09 –

*Berufung anhängig: LSG Bayern – L 4 KR 408/10 -*

HebGV §§ 1 I, 2 I; KHEntG § 2 I 2, II 2 Nr. 2

RID 10-04-148

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ist eine **Hebamme** i. S. v. § 1 I HebGV als **freiberufliche** Hebamme für eine Versicherte tätig, so bestimmt sich ihre Vergütung im Rahmen der Hebammenhilfe nach der HebGV. Eine **Beleghebamme** bleibt freiberuflich tätig, wenn im Belegvertrag niedergelegt ist, dass durch ihre Tätigkeit im Krankenhaus kein Anstellungsverhältnis begründet wird und sie unmittelbar gegenüber der Patientin bzw. deren Krankenkasse abrechnet.

Nach § 2 I 2 KHEntG gehören zu den **Krankenhausleistungen**, die von dem Krankenhaus abgerechnet werden, nicht die Leistungen der Beleghebammen.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Bekl., an die klagende Hebamme 850,35 € zu bezahlen.

## X. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 28.09.2010 – **B I SF I, 2 u. 3/10 R** – ist für eine Klage der Krankenkassen gegen einen **Auskunftsbeschluss des Bundeskartellamts der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet** und ist nicht das Oberlandesgericht zuständig; die Streitigkeit betrifft nämlich die Reichweite des Selbstverwaltungsrechts der Krankenkasse, ihren Anspruch auf Unterlassung kompetenzwidriger Aufsichtsmaßnahmen, wenn sie Zusatzbeiträge erheben und dabei ihrer Pflicht nachkommen will, mit anderen Krankenkassen zu kooperieren; nach BSG, Urt. v. 22.06.2010 – **B I A 1/09 R** – SozR 4-2500 § 53 Nr. 1 - muss eine Satzungsänderung nicht genehmigt werden, die eine vom Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen abhängige **Staffelung der Prämien** für ihre Versicherten vorsieht; die Staffelprämie verstößt gegen § 53 II SGB V; das Gesetz bestimmt abschließend, dass nur die völlige ganzjährige Nichtinanspruchnahme einschlägiger Leistungen zu Prämienzahlungen berechtigt: Es gilt das „Alles oder Nichts-Prinzip“.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B XI (S. 62).

### 1. KEIN UNTERLASSUNGSANSPRUCH GEGEN FORMULIERUNG EINER RECHTSANSICHT

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 21.10.2008 – L 11 B 19/08 KR ER –

www.sozialgerichtsbarkeit.de

BGB §§ 823 I, 1004

RID 10-04-149

Ein **Anspruch auf Unterlassung der Behauptung**, die Kosten für die Durchführung von Eigenbluttransporten nach präoperativen Eigenblutentnahmen zählten zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und seien mit den von den Krankenkassen zu zahlenden Vergütungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgegolten, richtet sich allein nach den allgemeinen zivilrechtlichen Vorschriften und kann sich daher nur aus §§ 823, 1004 BGB und den sich dazu entwickelten Grundsätzen ergeben. Ein Eingriff in das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb als sonstiges Recht nach § 823 I BGB setzt voraus, dass das Verhalten rechtswidrig ist und Wiederholungsgefahr besteht, die nur durch ein strafbewehrtes Unterlassungsgebot begegnet werden kann.

Mit der Abfassung einer Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht im August 2007 kommt ein Bundesverband der Krankenkassen seiner gesetzlichen Verpflichtung aus § 217 II SGB V (a.F., in Kraft bis Ende 2008) nach. Eine **Rechtsansicht zur Kostenübernahme bei Eigenbluttransporten** von der Spendereinrichtung zum die Operation durchführenden Krankenhaus, welches die Operation durchführt, stellt ein legitimes Mittel dar, auch wenn dadurch Interessen eines Ast. berührt werden. Ein Eingriff in seinen eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb ist darin nicht zu sehen.

**SG Köln**, Beschl. v. 14.08.2008 – S 5 KR 392/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## 2. ZULASSUNG EINES DMP-BRUSTKREBS: EINSCHRÄNKUNG VOR ABLEHNUNG

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.04.2010 – L 5 KR 21/09 –*

RID 10-04-150

Revision anhängig: B 1 KR 21/10 R juris

SGB V §§ 137f, 137g, 266 VII; RSAV §§ 28b, 28b ff.

Nach § 137g I 7 SGB V wird die Zulassung mit dem Tag wirksam, in dem die in der RSAV nach § 266 VII SGB V genannten Anforderungen erfüllt und die Verträge nach Satz 1 geschlossen sind. Dies rechtfertigt jedoch nicht eine Ablehnung der Anerkennung des DMP bereits zuvor. Vielmehr ist es nach den Grundsätzen über den vorzunehmenden geringstbelastenden Eingriff notwendig, das DMP-Brustkrebs dem Grunde nach zuzulassen, hinsichtlich der Ausnahme für die Teilnehmerinnen der Sentinel-LK-Biopsie jedoch die Zusage zu verweigern (Ermessensreduzierung auf Null).

*SG Kiel*, Urt. v. 13.01.2009 – S 5 KR 16/06 – verurteilte die Bekl., das strukturierte Behandlungsprogramm AOK Curaplan Brustkrebs für die Region Schleswig-Holstein bereits ab dem 01.07.2004 zuzulassen, das *LSG* änderte die Vorinstanz insoweit ab, als es die Verurteilung „mit Ausnahme des in Anlage 4 aufgeführten streitigen Zusatzes „(Außer Patientinnen in Studien zur Sentinel-LK-Biopsie)“ vornahm.

## XI. Verfahrensrecht

Nach BSG, Urt. v. 02.11.2010 – *B 1 KR 12/10 R* – sind für die Klage eines Versicherten auf Erteilung einer Auskunft über gespeicherte Sozialdaten durch eine Kassenärztliche Vereinigung die Spruchkörper für Krankenversicherung zuständig; § 83 SGB X wird nicht durch die Regelung gemäß § 305 SGB V verdrängt.

### ANORDNUNG DES PERSÖNLICHEN ERSCHEINENS

*LSG Hessen, Beschl. v. 07.09.2010 – L 8 KR 231/09 B –*

RID 10-04-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG §§ 111 I 1; ZPO § 141 I 1; OWiG § 46 I; StPO § 467 I

Ein **bestimmter Zweck** ist für die **Anordnung des persönlichen Erscheinens** in § 111 I 1 SGG im Gegensatz zu § 141 I ZPO nicht angeführt. Dies spricht dafür, dass die Vorschrift der Verfahrensförderung im weitesten Sinne einschließlich der Sachverhaltsaufklärung dient. Auch das Ziel, die Beteiligten „an einen Tisch zu bringen“, um auf eine gütliche Einigung hinzuwirken, ist als Grund für die Anordnung des persönlichen Erscheinens anzuerkennen. Dürfte das persönliche Erscheinen eines Beteiligten nämlich nur zur Förderung der Sachaufklärung angeordnet werden, so könnte von einem Vertreter zwar verlangt werden, dass er über die erforderliche Sachkunde verfügt, nicht aber, dass er zur Abgabe der gebotenen Erklärungen und insbesondere zum Vergleichsabschluss bevollmächtigt ist. Nur wenn sein Vertreter diesen nach § 141 III 2 ZPO kumulativ zu erfüllenden Anforderungen gerecht wird, braucht ein Beteiligter, dessen persönliches Erscheinen angeordnet ist, im Falle seines Ausbleibens im Termin nicht die Auferlegung eines Ordnungsgeldes zu befürchten (so zutreffend: LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 08.03.2010 - L 5 AS 1114/09 B – juris).

§ 141 III 2 ZPO bestimmt, dass ein **Ordnungsgeld** nicht festgesetzt werden kann, wenn die Partei zur Verhandlung einen **Vertreter** entsendet, der zur Aufklärung des Sachverhalts in der Lage und zur Abgabe der gebotenen Erklärungen, insbesondere zu einem Vergleichsabschluss ermächtigt ist. Vor Verhängung eines Ordnungsgeldes ist zu prüfen, ob die erschienene Vertreterin als sachkundige Vertreterin im Sinne des § 143 III 2 ZPO anzusehen ist.

Hat das Gericht zu **Unrecht ein Ordnungsmittel** verhängt und hat der Betroffene sich erfolgreich zur Wehr gesetzt, so muss die **Staatskasse** die dadurch verursachten **Kosten** übernehmen (Anschl. an LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 08.03.2010 – L 5 AS 1114/09 B - juris).

*SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 18.06.2009 – S 9 KR 717/05 – legte dem Geschäftsführer einer klagenden Krankenhausträgersgesellschaft wegen Nichtbefolgung der Anordnung des persönlichen Erscheinens ein Ordnungsgeld in Höhe von 200 € auf, das *LSG* hob den Beschl. auf.

## XII. Entscheidungen des BSG

### 1. HILFSMITTEL

#### A) LICHTSIGNALANLAGE (KLINGELLEUCHE)

*BSG, Urt. v. 29.04.2010 – B 3 KR 5/09 R – SozR 4-2500 § 33 Nr. 30*

**RID 10-04-152**

**Leitsatz:** 1. Ein schwerhöriger Versicherter kann gegen seine Krankenkasse einen Anspruch auf Versorgung mit einer Lichtsignalanlage (Klingelleuchte) als Hilfsmittel der GKV haben.

2. Ist die Lichtsignalanlage allerdings fest mit dem Gebäude verbunden, kann ihr Einbau nur eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds darstellen, deren Bezuschussung den Pflegekassen obliegt (Abgrenzung zu BSG v. 17.09.1986 - 3 RK 5/86 - SozR 2200 § 182b Nr. 33).

#### B) NOTWENDIGE WARTUNGEN UND TECHNISCHE KONTROLLEN VON HILFSMITTELN

*BSG, Urt. v. 10.03.2010 – B 3 KR 1/09 R – SozR 4-2500 § 33 Nr. 29*

**RID 10-04-153**

**Leitsatz:** 1. Notwendige Wartungen und technische Kontrollen von Hilfsmitteln fielen auch schon vor dem 1.4.2007 in die Leistungspflicht der Krankenkassen.

2. Der Anspruch auf Instandsetzung eines Hilfsmittels ist nicht auf zuvor von der Krankenkasse bewilligte Hilfsmittel beschränkt.

### 2. UMFANG EINER SOZIOtherapie

*BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1/3 KR 21/08 R – SozR 4-2500 § 37a Nr. 1*

**RID 10-04-154**

**Leitsatz:** Versicherte können innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall höchstens 120 Stunden Soziotherapie von ihrer Krankenkasse beanspruchen, sind aber bei einer über drei Jahre hinaus andauernden Erkrankung nicht mit erneuten Ansprüchen auf Soziotherapie ausgeschlossen.

### 3. ZUZAHLUNG: ABZUGSFÄHIGE BELASTUNGEN

*BSG, Beschl. v. 10.08.2010 – B 1 KR 58/10 B –*

**RID 10-04-155**

<sup>juris</sup>  
Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 10.08.2010 – L 4 KR 275/07 – wird zurückgewiesen.

Als Belastung i.S.d. § 62 SGB V sind nur die von der gesetzlichen Krankenversicherung erhobenen Eigenanteile maßgeblich und eine Zusammenrechnung mit beihilferechtlichen Selbstbehalten findet bei anderen Haushaltsangehörigen nicht statt (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2002 - B 1 KR 20/00 R - SozR 3-2500 § 62 Nr. 1).

### 4. LEISTUNGSERBRINGER UND ARZNEIMITTELHERSTELLER

#### A) KEINE AUFWANDSPAUSCHALE NACH § 275 IC SGB V BEI FEHLERHAFTER ABRECHNUNG

*BSG, Urt. v. 22.06.2010 – B 1 KR 1/10 R – SozR 4-2500 § 275 Nr. 3*

**RID 10-04-156**

**Leitsatz:** 1. Ein Krankenhaus kann von einer Krankenkasse die Aufwandspauschale für die Überprüfung seiner Abrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nur verlangen, wenn die Prüfung zur **Verminderung des Rechnungsbetrags** durchgeführt wurde und ihm ein **Aufwand** infolge erneuter Befassung mit dem Behandlungs- und Abrechnungsfall entstanden ist.

2. Ein Krankenhaus kann die Aufwandspauschale - auch dann, wenn keine Verminderung des Rechnungsbetrags eintritt - nicht beanspruchen, wenn die Krankenkasse durch eine **fehlerhafte Abrechnung** zur Einleitung des Prüfverfahrens veranlasst wurde.

#### B) AUFWANDSPAUSCHALE NACH § 275 IC SGB V ERST BEI BEHANDLUNG AB MÄRZ 2007

*BSG, Urt. v. 22.06.2010 – B 1 KR 29/09 R – SozR 4-2500 § 275 Nr. 4*

**RID 10-04-157**

**Leitsatz:** Die Regelung über die Pflicht der Krankenkassen, Aufwandspauschalen an Krankenhäuser für erfolglose Prüfungen von Krankenhausbehandlung zu zahlen, gilt nur für Behandlungen, die nach dem 31.3.2007 begonnen haben.

### C) AMBULANTE HOSPIZDIENSTE: VERTEILUNG DES SOLLFÖRDERVOLUMENS

*BSG, Urt. v. 17.02.2010 – B 1 KR 15/09 R – BSGE 105, 257 = SozR 4-2500 § 39a Nr. 2* **RID 10-04-158**

**Leitsatz:** 1. Ambulante Hospizdienste konnten im Jahr 2005 von den Krankenkassen keine 100%ige Verteilung des gesetzlichen Sollfördevolumens beanspruchen.

2. Den Vertragspartnern der Rahmenvereinbarung über die Verteilung des Sollfördevolumens der Krankenkassen an Hospizdienste steht ein Gestaltungsspielraum zu, der mit einer Beobachtungs- und ggf. Korrekturpflicht verbunden ist.

### D) APOTHEKER: FEHLENDE ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG AUF ÄNDERUNG DES KASSENREZEPTS

*BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 13/08 R – BSGE 105, 157 = SozR 4-2500 § 29 Nr. 5* **RID 10-04-159**

**Leitsatz:** 1. Schreibt der **Arzneiliefervertrag** eines Landes für den Fall der Erhöhung der verordneten Menge eines Arzneimittels vor, dass der Vertragsarzt die **Änderung auf dem Kassenrezept** mit Unterschrift und Datum zu bestätigen hat, erwirbt ein Apotheker keinen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse, wenn er das Arzneimittel ohne diese Bestätigung an den Versicherten abgibt. Auch ein Teil-Vergütungsanspruch hinsichtlich der ursprünglich verordneten Menge ist ausgeschlossen.

2. Besteht die **Pflichtverletzung eines Apothekers** allein in einem Verstoß gegen landesvertragliche Abgabebestimmungen, steht der Krankenkasse wegen der zu Unrecht gezahlten Vergütung ein **öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch** zu. Ein Schadensersatzanspruch wegen der Verletzung vertraglicher Nebenpflichten scheidet in solchen Fällen aus.

3. Der Erstattungsanspruch einer Krankenkasse gegen einen Apotheker wegen einer zu Unrecht gezahlten Vergütung unterliegt den **Form- und Fristvorschriften des Arzneiliefervertrages** unabhängig davon, ob er durch Verrechnung im monatlichen Abrechnungsverfahren oder im Klagewege realisiert werden soll.

### E) ARZNEIMITTELHERSTELLERRABATT FÜR AUS BLUTPLASMA GEWONNENEN FERTIGARZNEIMITTEL

*BSG, Urt. v. 29.04.2010 – B 3 KR 3/09 R – SozR 4-2500 § 130a Nr. 6* **RID 10-04-160**

**Leitsatz:** Der Hersteller eines verschreibungs- und apothekenpflichtigen, aus Blutplasma gewonnenen Fertigarzneimittels hat bei der Abgabe dieses Mittels durch Apotheker an Versicherte auf Kassenrezept den Arzneimittelherstellerrabatt zu gewähren, obgleich der Direktvertrieb an Ärzte und Krankenhäuser nicht der Rabattierungspflicht unterliegt (Anschluss an BSG vom 27.10.2009 - B 1 KR 7/09 R = SozR 4-2500 § 130a Nr. 4).

### F) HILFSMITTELVERSORGUNG: NACHVOLLZIEHBARE AUSWAHLENTSCHEIDUNG ZUM KREIS DER LIEFERANTEN

*BSG, Urt. v. 10.03.2010 – B 3 KR 26/08 R – SozR 4-2500 § 126 Nr. 2* **RID 10-04-161**

**Leitsatz:** 1. Den zur GKV-Versorgung zugelassenen und geeigneten Leistungserbringern ist von den Krankenkassen die Möglichkeit der Beteiligung an der Versorgung nach Maßgabe sachgerechter, vorhersehbarer und transparenter Kriterien im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben einzuräumen. Dieses Recht ist verletzt, wenn die Krankenkasse unter konkurrierenden Leistungserbringern Auswahlentscheidungen trifft, die mit dem maßgebenden Leistungserbringungsrecht nicht im Einklang stehen.

2. Hat der Gesetzgeber einen abschließenden Katalog möglicher Versorgungsverträge vorgegeben, dürfen Verträge mit Leistungserbringern nur nach dessen Maßgabe geschlossen werden.

### 5. KRANKENKASSEN: WAHLTARIF NICHT MIT STAFFELUNG DER PRÄMIEN NACH LEISTUNGSUMFANG/UNTERNEHMEN

*BSG, Urt. v. 22.06.2010 – B 1 A 1/09 R – SozR 4-2500 § 53 Nr. 1* **RID 10-04-162**

**Leitsatz:** 1. Krankenkassen dürfen keinen **Wahltarif** einführen, der eine vom Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen abhängige Staffelung der Prämien für ihre Mitglieder vorsieht.

2. Krankenkassen sind auch unter der 2010 geltenden Rechtslage keine **Unternehmen** im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts, sondern erfüllen Aufgaben mit ausschließlich sozialem Charakter.

## 6. VERFAHRENSRECHT/GERICHTSGEBÜHREN

### A) ANHÖRUNG § 109 SGG/KEINE FESTSTELLUNG ÜBERLANGER DAUER DES VERFAHRENS

*BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1/3 KR 22/08 R – SozR 4-1500 § 109 Nr. 3*

RID 10-04-163

**Leitsatz:** 1. Die allgemeine Frage nach dem hinreichenden Nachweis der Wirksamkeit einer bestimmten Therapie kann Gegenstand eines Antrags auf **Anhörung** eines bestimmten Arztes nach § 109 SGG sein.

2. Die Benennung eines **im EU-Ausland tätigen Arztes als Sachverständiger** nach § 109 SGG steht dem Antragsrecht jedenfalls dann nicht entgegen, wenn es besondere Gründe für die Auswahl gerade eines solchen Arztes gibt.

3. Ein Antrag auf **Feststellung überlanger Dauer des Verfahrens** in einer Vorinstanz zur Vorbereitung von Entschädigungsansprüchen nach der EMRK ist unzulässig.

### B) KEINE GERICHTSGEBÜHREN FÜR SOFORTIGE BESCHWERDEN NACH § 142A SGG

*BSG, Beschl. v. 07.09.2010 – B 1 KR 1/10 D – SozR 4-1500 § 142a Nr. 4*

RID 10-04-164

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

GKG § 63 I; SGG §§ 142a, 197a I 1; GWB § 116 I u. II

Der Senat hält daran fest, dass nach der vom Gesetzgeber trotz erheblicher Gebührenauffälle nicht geänderten Rechtslage für sofortige Beschwerden in Verfahren bei der Sozialgerichtsbarkeit keine streitwertabhängigen Gerichtsgebühren anfallen (BSG SozR 4-1500 § 142a Nr. 2 Leitsatz 5) und deshalb eine Festsetzung des Streitwerts nach dem GKG zu unterbleiben hat. Denn die Festsetzung des Streitwerts nach dem GKG setzt voraus, dass dort Gebühren geregelt sind, die sich nach dem Streitwert richten (§ 63 Abs. 1 GKG). Daran fehlt es.

*LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 24.08.2009 – L 21 KR 45/09 SFB – RID 09-04-143 entschied über einen Nachprüfungsantrag zur Vergabe von Kontrastmitteln. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 03.05.2010 – L 21 KR 45/09 SFB – RID 10-02-156 hat die Sache vor dem Hintergrund der beabsichtigten Abweichung gemäß § 142 IV 1 SGG dem BSG vorgelegt.

### C) NICHTBEACHTUNG DER BINDUNGSWIRKUNG NACH § 170 V SGG DURCH LSG

*BSG, Beschl. v. 28.09.2010 – B 1 KR 46/10 B –*

RID 10-04-165

juris

Auf die Nichtzulassungsbeschwerde des Kl. gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 03.03.2010 – L 4 KR 94/06 – wird die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an einen anderen Senat des Landessozialgerichts zurückverwiesen.

Es liegt ein Verfahrensfehler vor, wenn das LSG nach der Zurückverweisung durch das BSG (Urt. v. 13.12.2005 – B 1 KR 6/05 R -) Beweis nach Maßgabe des BSG-Urteils hätte erheben müssen, dies aber unterlassen hat.

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. APPROBATION/BERUFSERLAUBNIS

##### A) BVERWG: MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURG/APPROBATION ALS ZAHNARZT ERFORDERLICH

*BVerwG, Beschl. v. 25.08.2010 – 3 B 31/10 –*

RID 10-04-166

juris

ZHG §§ 1 I, 13, 18; GOÄ § 6 I; EGRL 36/2005; GG Art. 3 I, 12 I

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *OVG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 21.01.2010 – 13 A 2017/07 – RID 10-02-163 wird zurückgewiesen.

Ein Facharzt für **Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie** darf im Rahmen seines Fachgebietes keine **zahnärztlichen Leistungen** erbringen. Nach § 1 I ZHG bedarf einer Approbation als Zahnarzt, wer die Zahnheilkunde dauernd ausüben will. Dies gilt auch dann, wenn nur ein Teilbereich der Zahnheilkunde abgedeckt werden soll. Auch wer als Arzt nur Zähne extrahiert, übt zweifellos eine zahnheilkundliche Tätigkeit aus.

**Fällt** nachträglich eine **zahnärztliche Berufserlaubnis weg**, so darf keine zahnheilkundliche Tätigkeit ausgeübt werden. Daran ändert auch eine Facharztbezeichnung als MKG-Chirurg nichts.

##### B) BERUFSERLAUBNIS NUR BEI BESCHRÄNKTER AUSÜBUNGSERLAUBNIS (UKRAIN. INTERNATUR)

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 11.10.2010 – 8 LA 65/10 –*

RID 10-04-167

juris

BÄO § 10 V; GG Art. 12 I

Eine in der **Ukraine** noch nicht abgeschlossene ärztliche Ausbildung kann zur Erteilung einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 V BÄO berechtigen. Die Voraussetzungen hierfür liegen aber nicht vor, wenn nicht nachgewiesen ist, dass auf Grund einer das Hochschulstudium abschließenden Prüfung die **Berechtigung zur beschränkten Ausübung des ärztlichen Berufs** erworben wurde (hier: das bis dahin absolvierte Studium hat sich nur auf einen Teil der medizinischen Ausbildungsinhalte bezogen). Danach ist die nach ukrainischem Recht zu absolvierende **Internatur** keine Tätigkeit als Arzt in abhängiger Stellung, sondern eine einjährige klinische Tätigkeit unter ärztlicher Anleitung und Aufsicht. Sie endet erst mit der Entscheidung einer Prüfungskommission über die Zuerkennung einer Qualifikation als Arzt der Heilkunde. Die Internatur ist deshalb eher mit der studienpraktischen, also in das Studium integrierten praktischen Ausbildung vergleichbar.

#### C) WIDERRUF DER APPROBATION/BERUFSERLAUBNIS

##### AA) SEXUELLER MISSBRAUCH/ANTRAGSBEFUGNIS DES ÄRZTEKAMMERPRÄSIDENTEN

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.09.2010 – 6t A 1292/08.T –*

RID 10-04-168

www.justiz.nrw.de = juris

HeilBerG NRW §§ 26 I 1, 71 I, 76 III

**Leitsatz:** 1. Ein **Vorstandsbeschluss der Ärztekammer** ist keine Wirksamkeitsvoraussetzung für Handlungen des Präsidenten, die in Wahrnehmung der gesetzlichen Vertretungsmacht nach § 26 Abs. 1 Satz 1 HeilBerG erfolgen (hier: Antrag auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens nach § 71 Abs. 1 HeilBerG). Die Geschäftsführungsbefugnis der Kammerorgane im Innenrechtskreis ist von der Vertretung der Kammer nach außen zu unterscheiden (Aufgabe der bisherigen Rspr., vgl. Landesberufungsgericht für Heilberufe bei dem OVG NRW, Urteile vom 25. November 1994 - 1 A 2444/92.T -, NJW 1995, 3072, und vom 11. September 1995 - 1 A 2954/93.T -, NJW 1996, 2444; Beschlüsse vom 21. Mai 1997 - 12t E 994/95.T -, und vom 23. Dezember 1998 - 12t E 588/98.T -).

2. Zu den Voraussetzungen einer **Lösung von den tatsächlichen Feststellungen eines strafgerichtlichen Urteils** nach § 76 Abs. 3 HeilBerG.

Dem 1954 geb. und seit 1995 niedergelassenen Praktischen Arzt wurde 2001 das Ruhen der Approbation angeordnet. Das **AG**, Urt. v. 13.12.2001, verurteilte den Beschuldigten wegen **sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Beratungs- und Behandlungsverhältnisses gemäß § 174c I StGB** zu einer Freiheitsstrafe von drei Jahren. Ihm wurde gemäß § 70 StGB für die Dauer von vier Jahren verboten, den Beruf des Arztes

auszuüben. Im Berufungsverfahren setzte das **LG** die Freiheitsstrafe auf zwei Jahre fest, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. Das Berufsverbot wurde auf zwei Jahre zurückgeführt. Die Revision wurde verworfen. Im Verfahren vor dem VG Arnberg einigten die Beteiligten sich auf eine **Ruhenszeit** bis zum 05.10.2005. Im Mai 2006 beantragte die durch den Präsidenten vertretene Ärztekammer die Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens. **VG Münster**, Urt. v. 20.02.2008 - 16 K 730/07.T – juris stellte wegen einer Berufspflichtverletzung fest, dass der Beschuldigte zur Ausübung des Berufs unwürdig ist. Das OVG wies die Berufung zurück.

## **BB) PSYCH. PSYCHOTHERAPEUT: WIDERRUF NICHT AUF BEHANDLUNG WEIBLICHER PATIENTINNEN BESCHRÄNKBAR**

*VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 16.06.2010 – 9 S 2530/09 –*

**RID 10-04-169**

juris

PsychThG § 3 II 1; StPO § 264

**Leitsatz:** 1. **Tatsächliche Feststellungen eines rechtskräftigen Strafurteils** können grundsätzlich zur Grundlage einer Persönlichkeitsbeurteilung im Approbationswiderruf-Verfahren gemacht werden. Dies gilt auch, wenn das Urteil auf einer **Verfahrensabsprache** beruht.

2. Der **Widerruf** der einem Psychologischen Psychotherapeuten erteilten **Approbation** kann nicht auf die Behandlung **weiblicher Patientinnen** beschränkt werden.

Der Kl. wurde wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses in sieben Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und drei Monaten – auf Bewährung - verurteilt, weil er bei fünf Patientinnen im Rahmen von Entspannungs- bzw. Hypnosebehandlungen unter die Kleidung gegriffen und deren Brüste betastet habe. Diesen Sachverhalt hatte der Kläger im Strafprozess, nach anfänglichem Bestreiten, vollumfänglich eingeräumt und auf Rechtsmittel verzichtet. Das Landesgesundheitsamt widerrief daraufhin die Approbation. **VG Stuttgart**, Urt. v. 01.10.2009 - 4 K 597/09 – wies die Klage ab, der **VGH** lehnte die Zulassung der Berufung ab.

Nach **BVerwG**, Urt. v. 28.04.2010 – 3 C 22/09 – RID 10-03-258 kann der Widerruf einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Logopäde wegen Unzuverlässigkeit nicht auf die Behandlung weiblicher Patienten beschränkt werden.

## **CC) UNRICHTIGE ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNGEN ZUR ERSTATTUNG DER LOHNFORTZAHLUNG**

*VG München, Urt. v. 22.06.2010 – M 16 K 10/839 –*

**RID 10-04-170**

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; BO Bayern § 25; StGB § 278

Es entspricht ständiger obergerichtlicher Rechtsprechung, dass Behörden und Gerichte Feststellungen in einem **rechtskräftigen Strafbefehl** - erst recht in einem rechtskräftigen Strafurteil - der Beurteilung der Unwürdigkeit im berufsrechtlichen Sinn zugrunde legen können, ohne diese auf ihre vom Betroffenen bestrittene Richtigkeit selbst überprüfen zu müssen. Etwas andere gilt ausnahmsweise nur dann, wenn gewichtige Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der strafgerichtlichen Tatsachenfeststellungen sprechen, insbesondere wenn ersichtlich Wiederaufnahmegründe vorliegen oder wenn die Behörden und Verwaltungsgerichte den bestrittenen Sachverhalt nunmehr besser aufklären können als das Strafgericht (hier: verneint).

Weil ein Arzt tendenziell leicht in Versuchung geraten kann, seine **beruflichen Kompetenzen** und Befugnisse für private Zwecke zu **missbrauchen** und nach der Lebenserfahrung häufig von privater Seite, sei es von Familie, Verwandten und Freunden dazu aufgefordert werden wird, so muss umso mehr von einem Arzt erwartet werden, dass er solche Gesuche stets strikt ablehnt. Dieser begründeten Erwartung hat ein Arzt insbesondere dann gerecht zu werden, wenn es sich, wie hier, um eindeutig illegale und strafbare Zwecke handelt, welche ihm bekannt sind.

Die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die Patienten zur Einreichung beim Arbeitgeber, welcher sie wiederum bei den Krankenkassen vorlegt, um Erstattung des fortgezählten Arbeitsentgelts nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 des Lohnfortzahlungsgesetzes von ihnen zu erhalten, ist ein wesentlicher Bestandteil des beruflichen Pflichtenkreises eines Arztes:

Der Kl. wurde wegen **gemeinschaftlichen Betrugs in 43 Fällen** zu einer Gesamtgeldstrafe von 240 Tagessätzen zu je 100 € rechtskräftig verurteilt, weil er mit dem Mitangeklagte inhaltlich **unrichtiger Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen** für insgesamt sechs verschiedene Arbeitnehmer der GmbH bei der AOK und der IKK vorlegte, um **Erstattungen nach dem Lohnfortzahlungsgesetz** zu erlangen. Der Kl. stellte hierzu in 43 Fällen (Oktober 2003 bis Februar 2006) jeweils die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus. Den Krankenkassen entstand ein Gesamtschaden von 27.901,08 €. Das Urteil kam aufgrund einer Absprache zwischen den Verfahrensbeteiligten zustande. In der Hauptverhandlung räumte der Kläger durch seine anwaltliche Vertretung die gegen ihn erhobenen Vorwürfe vollumfänglich ein. Die Berufung nahm der Kl. zurück. Das **VG** bestätigte den Widerruf der Approbation.

## DD) FEHLENDE GESUNDHEITLICHE VORAUSSETZUNGEN/CERTIFICATE OF GOOD STANDING

*VG Hannover, Urt. v. 23.06.2010 – 5 A 4350/08 –*

RID 10-04-171

juris

VwVfG § 49 I, II 1 Nr. 1; BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 10 II 2, III 2 Nr. 1

Die **Berufserlaubnis** kann **entzogen** werden, wenn die **gesundheitlichen Voraussetzungen** nicht erfüllt sind. Dies ist der Fall, wenn eine seit 1990 bestehende bipolare Störung (manisch-depressive Erkrankung) mit mindestens vier manischen und depressiven Phasen bis zum Jahr 2008 besteht und es während der manischen Phasen es zu erheblichen Verhaltensauffälligkeiten kommt und der Arzt zudem bei den polizeilichen Ermittlungen wiederholt durch wirres und aggressives Verhalten aufgefallen ist.

Ein Anspruch auf ein certificate of good standing nach § 10b IV BÄO besteht nicht, wenn der Arzt im Ausland nicht nur zum Zwecke der Dienstleistungserbringung im Sinne des Art. 50 des EG-Vertrages vorübergehend und gelegentlich ärztlich tätig sein will (hier: der Arzt hatte mehrmals längerfristige Arbeitsstellen in Dänemark in Aussicht bzw. seinen Angaben zufolge sogar bereits angetreten).

## 2. BERUFSPFLICHTEN

### A) BEHANDLUNG UNHEILBARER KREBSPATIENTEN MIT DUBIOSEM THERAPIEVERFAHREN: HÖHE DER GELDBUßE

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.03.2010 – 6t A 712/08.T –*

RID 10-04-172

juris = GesR 2010, 431

HeilBerG NRW § 29 I

**Leitsatz:** 1. Zu den Wirkungen einer Maßnahmebeschränkung im heilberufsgerichtlichen Berufungsverfahren.

2. Zur Maßnahmebemessung bei Verletzung der Aufklärungspflichten bei einem Heilversuch (Methode nach Dr. Hulda Clark), der der Rettung schulmedizinisch austherapierter todkranker Patienten dienen soll.

Das **OVG** setzte auf die Berufung der Ast. die Geldbuße (von 3.000 €) auf 12.000 € herauf und wies die Berufung der Beschuldigten zurück.

### B) VERBOT SEXUELLER KONTAKTE: KUSS AUF DEN MUND DURCH PSYCHOTHERAPEUTEN

*VG Gießen, Urt. v. 21.06.2010 – 21 K 51/09 –*

RID 10-04-173

juris

HeilBerG Hessen § 22

Zur gewissenhaften Berufsausübung eines psychologischen Psychotherapeuten gehört insb. die Einhaltung der Regelungen zur Berufsausübung in der Berufsordnung. Danach sind sexuelle Kontakte zu Patientinnen und Patienten unzulässig (**Gebot „abstinenten Verhaltens“**). Ein **Kuss auf den Mund** fällt unter den Begriff „sexuelle Kontakte“. Dies gilt auch für den entsprechenden Versuch, dabei ist die äußere Handlung in der Art und Form, wie die Patientin oder der Patient sie wahrzunehmen in der Lage ist, ausschlaggebend. Mithin kommt es auf die subjektive Vorstellung des Therapeuten im Interesse der Rechtssicherheit und der Rechtsklarheit nicht an.

Für ein **verhaltenstherapeutisches Konfrontationsverfahren** wurden allgemein akzeptierte Standards entwickelt, die in den gängigen Lehrbüchern beschrieben werden und deren Einhaltung unbedingt zu fordern ist. Insbesondere ist die Forderung, dass alle Schritte mit dem Patienten oder der Patientin genau besprochen und von diesem oder dieser gebilligt werden, unbedingt einzuhalten. Dazu zählen sowohl die Reizauswahl (hier: ein Kuss), der genaue Ablauf der Konfrontation, die Abbruchkriterien und die Verhaltensweise des Therapeuten.

Die F. war zwischen Mai und September 2007 in psychotherapeutischer Behandlung bei dem 1934 geb. Beschuldigten. Zu Beginn der Therapiestunde am 14.09.2007 öffnete der Beschuldigte der Patientin auf deren Klingeln die Tür, zog sie beim Händegeben zur Begrüßung an sich und versuchte, sie auf den Mund zu küssen. Die Patientin drehte den Kopf zur Seite, so dass der Kuss auf ihre Wange traf. Daraufhin äußerte der Beschuldigte: „Bravo, schnelle Reaktion.“ Die Patientin beschimpfte den Beschuldigten und erklärte, er verhalte sich genauso wie ihr Vater, er bringe alles durcheinander. Das dürfe sich ein Therapeut mit seiner Patientin nicht leisten, es gebe Regeln, die nicht überschritten werden dürften. Ihr Vater habe sie missbraucht und auch Eltern dürften bestimmte Regeln nicht verletzen. Der Beschuldigte versuchte daraufhin die Patientin damit zu beruhigen, dass sie doch gut reagiert habe und anderenfalls vielleicht nicht auf die Erinnerung mit ihrem Vater

gestoßen wäre. Nach weiterer Diskussion über das Verhalten des Beschuldigten wurde die Therapiestunde dann regulär – nach 50 Minuten – beendet. Es wurde ein neuer Behandlungstermin vereinbart, welchen die Patientin aber später telefonisch absagte. Das VG erteilte wegen Verstoßes gegen die Berufspflichten einen Verweis und erlegte eine Geldbuße in Höhe von 3.500 € auf.

### C) VERPFLICHTUNG ZUR TEILNAHME AM NOTFALLDIENSTPLAN AN JEDEM ORT AMBULANTER ÄRZTLICHER TÄTIGKEIT

VG Düsseldorf, Urt. v. 08.09.2010 – 7 L 1089/10 –

RID 10-04-174

juris

HeilBerG NRW §§ 30 Nr. 2, 31 S. 1; VwGO § 80

Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass nach der NDO für einen **in mehreren Bereichen tätigen Arzt** (hier: Vertragsarztpraxis und Privatpraxis an verschiedenen Orten) nur eine Zuständigkeit bestehen könnte.

Ein Arzt ist zum Notfalldienst auch verfahrensrechtlich ordnungsgemäß durch **Übersendung des Notfalldienstplanes** und einer allerdings nicht vorgeschriebenen konkretisierenden Verfügung herangezogen worden.

### D) BERUFSPFLICHTEN EINES ARZTES IM ORGANISIERTEN KV-NOTDIENST/ERREICHBARKEIT

VG Gießen, Urt. v. 20.10.2010 – 21 K 3235/09 –

RID 10-04-175

www.lareda.hessenrecht.hessen.de = juris

HeilberufG Hessen §§ 22, 23 Ziff. 2, 24, 26 II; BO Hessen § 11 I

**Leitsatz:** 1. Im Notdienst hat ein Arzt dieselben Pflichten wie regelmäßig innerhalb seiner Sprechzeiten.

2. Die Verpflichtung zur Leistung ärztlicher Fürsorge im Notdienst verpflichtet den Arzt nicht, auch tatsächlich eine Heilbehandlung selbst durchzuführen.

3. Die „Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen“ ist zur Regelung der Berufspflichten von Ärzten i. S. v. § 26 Abs. 2 der Berufsordnung mangels Regelungskompetenz unwirksam.

Das VG legte dem Beschuldigten wegen Verstoßes gegen seine ärztlichen Berufspflichten unter Erteilung eines Verweises eine Geldbuße in Höhe von 3.000 € auf.

### E) „DER NASENCHIRURG. PRIVATPRAXIS FÜR FUNKTIONELLE UND ÄSTHETISCHE NASENCHIRURGIE“

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.09.2010 – 6t E 963/08.T –

RID 10-04-176

juris

BÄO § 27

Der Eintrag in den „Gelben Seiten regional“ „DER NASENCHIRURG Privatpraxis für funktionelle und ästhetische Nasenchirurgie V. N.“ ist keine berufswidrige Werbung.

### F) BERUFSRECHTLICHE RÜGE GEGENÜBER MKG-CHIRURG

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.09.2010 – 6t E 1060/08.T –

RID 10-04-177

juris

HeilBerG NRW §§ 29 I, 58; BO Nordrhein §§ 2 II, 12

**Leitsatz:** 1. Ist ein in einem Heilberuf Tätiger aufgrund einer **Doppelapprobation** Mitglied zweier Kammern, ist er der **Disziplinargewalt** jeder dieser Kammern unterworfen, sofern ein Verstoß gegen Vorschriften in Rede steht, die sowohl für den einen als auch den anderen Berufsstand gelten.

2. Die Erteilung einer Rüge nebst Auferlegung eines Ordnungsgeldes nach § 58a HeilBerG NRW setzt voraus, dass eine **Berufspflichtverletzung** vorgeworfen wird, die oberhalb der Grenze berufsrechtlicher **Relevanz** liegt.

3. Eine die Vorschriften der **GOÄ** nicht beachtende Abrechnung ist im Grunde geeignet, einen berufsrechtlich relevanten Verstoß gegen die Berufspflichten im Sinne des § 29 Abs. 1 HeilBerG zu begründen. An der berufsrechtlichen Relevanz fehlt es aber, solange eine Gebührenposition nicht **vorsätzlich fehlerhaft** angesetzt wird oder sich offensichtlich außerhalb jeder vertretbaren rechtlichen Meinung befindet.

### 3. KEINE ANERKENNUNG ALS AUSBILDUNGSSTÄTTE (GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE KINDER- UND JUGENDLICHE)

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.08.2010 – 13 A 5238/04 –*

RID 10-04-178

juris

PsychThG §§ 1 III, 6 I u. II Nr. 5, 8 III Nr. 1, 11; GG Art. 3 I, 12 I

**Leitsatz:** 1. Keine Anerkennung einer Ausbildungsstätte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem Vertiefungsgebiet Gesprächspsychotherapie.

2. Umfang der Bindungswirkung eines zurückverweisenden Urteils des BVerwG.

*VG Köln, Urt. v. 10.11.2004 – 9 K 4647/02 – RID 05-02-189* wies die Klage ab, *OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 15.01.2008 – 13 A 5238/04 – RID 08-01-217* verpflichtete zur Neubescheidung des Antrags auf Anerkennung als Ausbildungsstätte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit vertiefter Ausbildung in Gesprächspsychotherapie, *BVerwG, Urt. v. 30.04.2009 - 3 C 4/08 - RID 09-03-191* verwies die Sache an das OVG zurück; das *OVG* wies nunmehr die Berufung zurück.

### 4. BGH: UNZULÄSSIGE BEWERBUNG DES VERKÜRZTEN VERSORGUNGSWEGS MIT BRILLEN

*BGH, Urt. v. 24.06.2010 – I ZR 182/08 –*

RID 10-04-179

www.bundesgerichtshof.de = juris = GesR 2010, 552

UWG §§ 3, 4 Nr. 1 u. 11; BO Baden-Württemberg §§ 3 II, 34 V

**Leitsatz:** Brillenversorgung II

Es stellt eine unangemessene unsachliche Einflussnahme auf die ärztliche Behandlungstätigkeit dar, wenn durch das Gewähren oder Inaussichtstellen eines finanziellen Vorteils darauf hingewirkt wird, dass Ärzte entgegen ihren Pflichten aus dem Behandlungsvertrag und dem Berufsrecht nicht allein anhand des Patienteninteresses entscheiden, ob sie einen Patienten an bestimmte Anbieter gesundheitlicher Leistungen verweisen

Die Bekl. stellt Augenärzten ihr E.-System zur Verfügung, das aus einem E.-Brillensortiment (in der Anfangsphase ca. 100, später ca. 40 Musterbrillengestelle) und einem E.-Computersystem zur individuellen Brillenanpassung besteht. Nach Eingabe der Patientendaten und Auswahl eines bestimmten Brillengestells in der Augenarztpraxis werden diese Informationen an die Bekl. übermittelt. Bestellt der Patient bei der Bekl. eine Brille, erhält der Augenarzt eine Vergütung von 80 €, bei Mehrstärkenbrillen von 160 €. Hiergegen ging die Wettbewerbszentrale vor. Das *LG* hat die Klage abgewiesen. *OLG Stuttgart, Urt. v. 30.10.2008 – 2 U 25/08 – RID 09-02-255* hat die Bekl. nach den Hauptanträgen verurteilt. Der *BGH* wies die Revision zurück.

### 5. KEINE AMTSHAFTUNG DER KV WEGEN HVM-BEGRENZUNG EINER ÜBERMÄßIGEN AUSDEHNUNG

*OLG München, Urt. v. 21.09.2010 – 1 U 2742/09 –*

RID 10-04-180

juris

GG Art. 12, 14; BGB § 839

Schadensersatz- und Entschädigungsansprüche wegen amtspflichtwidrigem Verhalten einer KV fallen in die **Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte**, unabhängig davon, ob die Berufung auf § 839 BGB aussichtsreich erscheint oder nicht.

Entscheidend für die Zuordnung eines Arztes zu der für die Grenzwertbestimmung einer übermäßigen Ausdehnung maßgeblichen Fachgruppe ist die förmliche **kassenärztliche Zulassung des Arztes**. Weder kommt es darauf an, ob in einer Praxis Leistungen erbracht werden, die auch oder typischerweise zum Leistungsbild anderer Fachrichtungen gehören, noch in welchem Umfang ein Arzt im klassischen Aufgabenbereich oder in einem Randbereich seines Fachgebietes tätig ist. Anknüpfungspunkt für den Grenzwert ist vielmehr die objektiv eindeutige und einfach zu bestimmende Zulassung. Dieses Verständnis entspricht den sozialrechtlichen Vorschriften und der sozialgerichtlichen Rechtsprechung zu Honorarverteilungsmaßstäben mit darin enthaltenen Abstufungen und damit dem allgemeinen Verständnis der mit dem HVM 1986 befassten Fachkreise.

Der Kl. machte gegenüber der bekl. KV Ansprüche aus **Amtshaftung** und **enteignungsgleichem Eingriff** geltend. Der Kl. betrieb seit 1968 eine internistische Praxis. Ab 1982 führte er diese als Gemeinschaftspraxis zusammen mit Dr. N. Der Kl. und sein Geschäftspartner hatten eine kassenärztliche **Zulassung als Internisten**. Die Praxis rechnete aber **weit überwiegend labordiagnostische bzw. nuklearmedizinische Leistungen** ab und nur zu einem geringen Prozentsatz typische internistische Leistungen. Zum 01.10.1986 waren in der Praxis des Klägers ca. **120 Hilfskräfte** beschäftigt. Ein erheblicher Teil der abgerechneten Laboruntersuchungen resultierte aus Überweisungen der Laborgemeinschaft S., einem Zusammenschluss von Ärzten im Rahmen einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Auch der Kl. war Mitglied der **Laborgemeinschaft S.** und bis November 1987 deren Geschäftsführer. Der **Quartalsumsatz** der kl. Praxis belief sich in den Jahren 1984/1985 auf ca. **1,5**

**Mio DM.** Zum 01.10.1986 änderte die Bekl. ihren HVM und setzte zur **Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit einen Grenzwert für jede Arztgruppe** fest. Ab Überschreiten dieses Grenzwertes wurde das Honorar um einen bestimmten Prozentsatz des Überschreibungsbetrages (gestaffelt von 10 bis 50 %) gekürzt. Ab dem **Quartal IV/86** war für **Internisten ein Grenzwert von 176.378 DM**, für Nuklearmediziner von 574.268 DM und für Laborärzte von 944.698 DM festgelegt. Der HVM 1986 galt bis einschließlich des Abrechnungsquartals III/89. Die Bekl. berücksichtigte bestimmte Sachkosten (Radionuklide), lehnte aber eine Ausnahmeregelung ab. Die Kappung des Honorars führte nach den Berechnungen der Bekl. in den Quartalen IV/86-III/87 zu Honorarkürzungen von insgesamt 1.041.783,20 DM. Hiergegen erhob der Kl. Klage vor dem SG. Nach Konkurseröffnung schloss der Konkursverwalter mit der Bekl. einen Vergleich, aufgrund dessen die Bekl. sich zu einer Nachzahlung von 761.845,76 DM verpflichtete. Den Antrag d. Kl., die Bekl. zu verurteilen, an ihn 5.100.143,60 € nebst Zinsen zu bezahlen, wies **LG München**, Urt. v. 18.03.2009 - 9 O 22807/04 – ab, das **OLG** wies die Berufung zurück.

## 6. REINIGUNG UND DESINFEKTION VON MEDIZINPRODUKTEN IN ZAHNARZTPRAXIS

**OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.09.2010 – 13 A 2422/09 –**

**RID 10-04-181**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

MPBetreibV § 4 II; MPG §§ 14, 26 II, 28 II

**Leitsatz:** Die in einer Zahnarztpraxis nach einer Standardanweisung durchgeführte manuelle Reinigung und Desinfektion von kritischen Medizinprodukten entspricht regelmäßig nicht den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung.

**VG Düsseldorf**, Urt. v. 02.09.2009 – 16 K 1693/08 – RID 09-04-180 wies die Klage ab, das **LSG** den Antrag auf Zulassung der Berufung zurück.

## 7. STRAFRECHT: BGH

### A) ÄRZTLICHE VERANTWORTUNG BEI TÖDLICH VERLAUFENEM BRECHMITTELEINSATZ GEGEN DROGEN-KLEINDEALER

**BGH, Urt. v. 29.04.2010 – 5 StR 18/10 –**

**RID 10-04-182**

www.bundesgerichtshof.de = juris = GesR 2010, 358 = NJW 2010, 2595

StGB §§ 222, 227; StPO § 81a I

**Leitsatz:** Zur Verantwortlichkeit eines im Beweissicherungsdienst tätigen Arztes für tödlich verlaufenen Brechmitteleinsatz gegen Drogen-Kleindealer.

### B) EMBRYONENSCHUTZGESETZ: KEINE STRAFBARKEIT EINER PRÄIMPLANTATIONS-DIAGNOSTIK

**BGH, Urt. v. 06.07.2010 – 5 StR 386/09 –**

**RID 10-04-183**

www.bundesgerichtshof.de = juris = NJW 2010, 2672 = GesR 2010, 540

ESchG §§ 1 I Nr. 2, 2 I

**Leitsatz:** Die nach extrakorporaler Befruchtung beabsichtigte Präimplantationsdiagnostik mittels Blastozystenbiopsie und anschließender Untersuchung der entnommenen pluripotenten Trophoblastzellen auf schwere genetische Schäden hin begründet keine Strafbarkeit nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG. Deren Durchführung ist keine nach § 2 Abs. 1 ESchG strafbare Verwendung menschlicher Embryonen.

### C) BETRÜGERISCHE ARZTRECHNUNG ALS EINHEITLICHE TAT BEI ZWEIFACHER VORLAGE

**BGH, Beschl. v. 14.09.2010 – 3 StR 131/10 –**

**RID 10-04-184**

www.bundesgerichtshof.de = juris

StGB § 263

Stellt ein **Arzt** Patientinnen **in betrügerischer Absicht eine Arztrechnung** über in Wahrheit nicht erbrachte Leistungen aus, die diese **bei zwei verschiedenen Abrechnungsstellen** - der Beihilfestelle und der privaten Krankenversicherung - zur jeweils anteiligen Begleichung einreichen, so handelt es sich für den Arzt nicht um jeweils zwei zueinander in Tatmehrheit stehende Fälle des Betruges, sondern um eine **einheitliche Tat**. Bei mehreren Tatbeteiligten ist die Frage der Handlungseinheit oder -mehrheit für jeden Beteiligten nach der Art seines Tatbeitrages selbstständig zu ermitteln. Bei Mittäterschaft oder mittelbarer Täterschaft sind selbstständige Betrugstaten der unmittelbar gegenüber den Geschädigten Handelnden beim Mittäter oder Hintermann, dessen Handlung sich in nur einer Tätigkeit erschöpft, als eine einheitliche Tat anzusehen (BGH, Beschl. v. 17.06.2004 - 3 StR 344/03 - NJW 2004, 2840, 2841; Beschl. v. 18.10.2007 - 4 StR 481/07 - NStZ 2008, 352 f.).

## 8. ZIVILES VERTRAGSRECHT/ARBEITSRECHT

### A) BGH

#### AA) AUSEINANDERSETZUNG NACH AUSSCHIEDEN AUS GEMEINSCHAFTSPRAXIS

**BGH, Urt. v. 14.06.2010 – II ZR 135/09 –**

**RID 10-04-185**

www.bundesgerichtshof.de = juris = GesR 2010, 490  
BGB §§ 133, 157, 705, 738; GG Art. 103 I

**Leitsatz:** Der Anspruch einer Partei auf **Gewährung rechtlichen Gehörs** (Art. 103 Abs. 1 GG) wird in entscheidungserheblicher Weise verletzt, wenn das Gericht seiner Entscheidung den „**Normalfall**“ einer vergleichbaren Fallkonstellation (**hier: Ausscheiden aus einer Freiberuflerpraxis**) zugrunde legt, statt den vorgetragenen Inhalt des **Gesellschaftsvertrages** der Parteien zur Kenntnis zu nehmen, der - im Wege der gebotenen Auslegung zu berücksichtigende - Anhaltspunkte dafür bietet, dass die Parteien eine abweichende Form der Auseinandersetzung (hier: Zulässigkeit einer geringfügigen Patientenmitnahme bei Einhaltung eines Wettbewerbsverbots unter betragsmäßiger Begrenzung des Auseinandersetzungsguthabens) vereinbart haben.

#### BB) VORAUSVERFÜGUNGEN ÜBER ÄRZTLICHE VERGÜTUNGSANSPRÜCHE BEI INSOLVENZ

**BGH, Urt. v. 18.02.2010 – IX ZR 61/09 –**

**RID 10-04-186**

www.bundesgerichtshof.de = juris = NJW-RR 2010, 860 = GesR 2010, 388 = MedR 2010, 713  
InsO §§ 35 II, 91 I, 114 I

**Leitsatz:** Voraussetzungen des Schuldners über Ansprüche, die sich gegen eine ärztliche Abrechnungsstelle richten, sind für die **Zeit nach Verfahrenseröffnung** auch nach Einführung des § 35 Abs. 2 InsO unwirksam, sofern der Verwalter die Arztpraxis fortführt (Bestätigung von BGH, 11. Mai 2006, IX ZR 247/03, BGHZ 167, 363).

**KG Berlin**, Urt. v. 26.02.2009 – 22 U 107/08 – RID 09-02-216 wies die Berufung der Kläger zurück, der **BGH** die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision.

#### B) HAFTUNG EINER GEMEINSCHAFTSPRAXIS GEGENÜBER KRANKENHAUS BEI KOOPERATIONSVERTRAG

**OLG Düsseldorf, Beschl. v. 18.11.2009 – I-8 U 81/09 –**

**RID 10-04-187**

MedR 2010, 506  
BGB §§ 249 II 1, 253 II, 254, 426, 823; ZPO § 522 II

**Leitsatz (MedR):** 1. Ein Kooperationsvertrag zwischen einer radiologischen Gemeinschaftspraxis und dem Krankenhausträger verpflichtet ohne entsprechende ausdrückliche Regelung nicht zur Bereitstellung radiologischer Fachärzte außerhalb der Sprechstundenzeiten.

2. Für die fehlerhafte Auswertung bildgebender Verfahren ohne Hinzuziehung der Radiologen verbleibt es bei einer ausschließlichen Haftung der befundveranlassenden Orthopäden.

3. Die Pflichten zur Abgrenzung der Verantwortungsbereiche zwischen dem Krankenhaus und der Gemeinschaftspraxis bestimmen sich nach dem Inhalt des Kooperationsvertrages und nicht nach den Bedürfnissen des Krankenhauses. Dies gilt auch für Notfälle.

#### C) ANSPRÜCHE GEGEN MITGESELLSCHAFTER BEI AUFGABE DES VERTRAGSARZTSITZES

**OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 14.01.2010 – 22 U 91/08 –**

**RID 10-04-188**

Rechtsmittelverfahren BGH: II ZR 31/10  
BGB §§ 138, 242, 738 I 2

www.lareda.hessenrecht.hessen.de = juris = GesR 2010, 491

Die **Ansprüche eines ausscheidenden Gesellschafters** richten sich gegen die verbleibenden Gesellschafter und nicht die Gesellschaft.

Wegen des berechtigten Interesses der verbleibenden Partner am Erhalt der Gemeinschaftspraxis ist gegen eine **Klausel**, in der ein Partner zur **Aufgabe seines Vertragsarztsitzes bei Ausscheiden** aus der Praxis verpflichtet wird, jedenfalls bei relativ kurzer Praxiszugehörigkeit (hier: zwei Jahre, Ausgleich 100.000 €) nichts einzuwenden (vgl. BGH, NJW 2002, 3536).

Für den Anspruch des ausscheidenden und die Zulassung aufgebenden Arztes ist es nicht zwingend erforderlich, dass der Gesellschaft tatsächlich ein **Vermögenswert** zur Verfügung gestellt wird, sie also durch die Aufgabe der Zulassung durch den ausscheidenden Gesellschafter bereichert ist. Durch die vereinbarte Zahlung wird der **Verlust des die Zulassung aufgebenden Gesellschafters**

ausgeglichen, der bei seinem Eintritt in die Gemeinschaftspraxis ebenfalls 100.000 € für den „Praxisanteil ... inklusive Kassenarztsitzes“ gezahlt hatte.

Selbst wenn nach dem Wegzug einer potentiellen Praxisnachfolgerin **kein anderer Gesellschafter gefunden** wird, der den Vertragsarztsitz hätte einnehmen können, sind die verbliebenen Gesellschafter von ihrer vertraglichen Verpflichtung nicht frei geworden.

#### D) VERZICHT AUF KASSENÄRZTLICHE ZULASSUNG - WERTERSATZ BEI KÜNDIGUNG DES ARBEITSVERHÄLTNISSSES

*LAG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 12.02.2010 – 9 Sa 609/09 –*

RID 10-04-189

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: 3 AZN 338/10*

juris

BGB §§ 313 I u. III, 346 II, 812 I 2 Alt. 2

**Leitsatz:** Sieht ein Arbeitsvertrag vor, dass der Arbeitnehmer zugunsten einer Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum auf seinen Kassenarztsitz verzichtet, scheidet ein finanzieller Ausgleich bei Kündigung des Arbeitsverhältnisses aus, wenn der Arbeitsvertrag eine Kündigungsmöglichkeit ausdrücklich vorsieht.

#### E) KEINE KÜNDIGUNG EINES ANGESTELLTEN ARZTES WEGEN BETEILIGUNG AN SONDERBEDARFSZULASSUNG

*LAG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 04.03.2010 – 2 Sa 674/09 –*

RID 10-04-190

juris

BGB § 626 I; SGB V § 96 II; Ärzte-ZV § 31

Ein in einem MVZ angestellter Kardiologe verstößt mit seiner Teilnahme an einer Sitzung des Zulassungsausschusses und seinem Abstimmungsverhalten nicht gegen gesetzliche Verbote des Konkurrenzschutzes oder gegen vertraglich übernommene Vereinbarungen, auch wenn dem Antrag auf Sonderbedarfszulassung eines Kardiologen im selben Planungsbereich stattgegeben wird. Die Regelung der Rechtsstellung der Mitglieder über ihr Ehrenamt und über die Weisungsfreiheit zeigt, dass ein Arbeitgeber nicht berechtigt ist, von dem angestellten Arzt entweder ein bestimmtes Abstimmungsverhalten zu erwarten oder zu verlangen, dass er sich an der Abstimmung nicht beteilige.

#### 9. KAMMERN: UNTERSCHIEDLICHE BEMESSUNG DER BEITRAGSHÖHE NACH UMFANG DER HEILBEHANDLUNG

*OVG Niedersachsen, Urt. v. 15.06.2010 – 8 LC 102/08 –*

RID 10-04-191

juris

GG Art. 3 I; HeilKG Niedersachsen §§ 8, 25; VwGO § 81 I 1

**Leitsatz:** Die in der Beitragsordnung der Ärztekammer Niedersachsen vorgenommene Bemessung der Beitragshöhe für Kammermitglieder, die mit der **Heilbehandlung und Bekämpfung von Krankheiten praktisch befasst** sind (**Regelbeitrag**), für Kammermitglieder, die **nicht** mit der Heilbehandlung und Bekämpfung von Krankheiten **praktisch befasst** sind (90% des Regelbeitrags) und für Kammermitglieder, die entweder an **wissenschaftlichen** Hochschulen nur in theoretischen Fächern lehren und reine Grundlagenforschung betreiben oder allein **administrativ** und organisatorisch tätig sind (80% des Regelbeitrags), verstößt weder gegen den Gleichheitsgrundsatz noch gegen das Äquivalenzprinzip und ist daher wirksam.

#### 10. VERSORGUNGSWERKE

##### A) BERUFSUNFÄHIGKEITSRENTE: EINSTELLUNG DER ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

*VG Frankfurt a. M., Urt. v. 26.04.2010 – 12 K 3489/09 –*

RID 10-04-192

juris

Ärztekammer Hessen VersorgungO § 3

**Leitsatz:** 1. Die Einstellung der ärztlichen Tätigkeit als Voraussetzung der Bewilligung von Berufsunfähigkeitsrente setzt bei Kassenärzten den Verzicht oder das Ruhen der Zulassung voraus.

2. Der Verzicht und die Ruhensanordnung können nicht durch den Nachweis, dass tatsächlich keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wurde, ersetzt werden.

3. Der Entzug der Zulassung steht dem Verzicht nicht gleich, wenn der Arzt hiergegen Widerspruch erhebt.

## B) AUSSCHLUSS EINER SOG. VERSORGUNGSEHE

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.07.2010 – 17 A 1706/08 –*

RID 10-04-193

juris

GG Art. 3 I; Ärzteversorgung Nordrhein § 12 I 2

Eine Klausel zum Ausschluss einer sog. Versorgungsehe, wonach Hinterbliebenenversorgung bei Vollendung des 65. Lebensjahres bzw. Eintritt der Berufsunfähigkeit erst zu gewähren ist, wenn die Ehe mindestens drei Jahre bestanden hat, ist rechtmäßig.

## C) WEGFALL EINER BERUFUNFÄHIGKEITSRENTE BEI WEGFALL DER BERUFUNFÄHIGKEIT

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.09.2010 – 17 A 2827/07 –*

RID 10-04-194

juris

HeilberG NRW §§ 6a IV 1, VI 2 Nr. 6

Bei einer **Satzungsbestimmung**, wonach die Versorgungsleistungen bis zum Ende des Monats gewährt werden, in dem die Voraussetzungen des Versorgungsanspruchs entfallen, handelt es sich um eine Vorschrift, durch die Bewilligungsbescheide kraft Satzungsrechts einer **auflösenden Bedingung** unterworfen werden, ohne dass diese Rechtsfolgenanordnung ausdrücklich selbst in den jeweiligen Bewilligungsbescheid aufgenommen werden muss.

Es liegt im Rahmen der einem Versorgungswerk eingeräumten **Satzungsautonomie**, nicht nur die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für das Entstehen bzw. den Fortfall des Rentenanspruchs zu bestimmen, sondern auch die Rechtsfolgen in Bezug auf den Zeitraum der Leistungsgewährung für den Fall des Fortfalls des Rentenanspruchs festzulegen.

Die Gebote der **Rechtssicherheit** und des effektiven Rechtsschutzes verlangen, dass der **Wegfall der Berufsunfähigkeit** formal und rechtsmittelfähig festgestellt wird.

## II. Arzthaftung

### 1. BGH

#### A) SCHADENSHÖHE: VERDIENSTAUSFALL VON KINDERN

*BGH, Urt. v. 05.10.2010 – VI ZR 186/08 –*

RID 10-04-195

www.bundesgerichtshof.de = juris

BGB § 252; ZPO § 287 I

**Leitsatz:** 1. Trifft ein Schadensereignis ein jüngeres Kind, über dessen berufliche Zukunft aufgrund des eigenen Entwicklungsstands zum Schadenszeitpunkt noch keine zuverlässige Aussage möglich ist, so kann es geboten sein, dass der Tatrichter bei der für die Ermittlung des Erwerbsschadens erforderlichen Prognose auch den Beruf sowie die Vor- und Weiterbildung der Eltern, ihre Qualifikation in der Berufstätigkeit, die beruflichen Pläne für das Kind sowie schulische und **berufliche Entwicklungen von Geschwistern** berücksichtigt.

2. Ergeben sich aufgrund der tatsächlichen Entwicklung des Kindes zwischen dem Zeitpunkt der Schädigung und dem Zeitpunkt der Schadensermittlung (weitere) Anhaltspunkte für seine Begabungen und Fähigkeiten und die Art der möglichen Erwerbstätigkeit ohne den Schadensfall, ist auch dies bei der **Prognose** zu berücksichtigen und von einem dem entsprechenden normalen beruflichen Werdegang auszugehen.

#### B) ARZTHAFTUNGSPROZESS: GEHÖRSVERLETZUNG BEI DER BEHANDLUNG EINES FESTSTELLUNGSANTRAGS

*BGH, Urt. v. 06.07.2010 – VI ZR 177/09 –*

RID 10-04-196

www.bundesgerichtshof.de = juris = NJW-RR 2010, 1363

ZPO §§ 139, 544 VII; GG Art. 103 I

**Leitsatz:** Das Berufungsgericht verletzt den Anspruch der Partei auf rechtliches Gehör aus Art. 103 Abs. 1 GG in entscheidungserheblicher Weise, wenn es - ohne zuvor einen Hinweis nach § 139 ZPO auf die beabsichtigte Auslegung ihres Feststellungsantrags zu geben - diesen überraschend mit der Begründung abweist, er beziehe sich entsprechend seinem Wortlaut nur auf - nicht vorliegende - Behandlungsfehler im engeren Sinne, nicht jedoch auch auf - vorliegende Aufklärungsfehler.

### C) KEINE AUFKLÄRUNG ÜBER RISIKEN ANDERER SPEZIALGEBIETE

**BGH, Urt. v. 19.10.2010 – VI ZR 241/09 –**

**RID 10-04-197**

www.bundesgerichtshof.de = juris  
BGB § 823 I

**Leitsatz:** Ist dem behandelnden Arzt ein Risiko im Zeitpunkt der Behandlung noch nicht bekannt und musste es ihm auch nicht bekannt sein, etwa weil es nur in anderen Spezialgebieten der medizinischen Wissenschaft aber nicht in seinem Fachgebiet diskutiert wird, entfällt die Haftung des Arztes mangels schuldhafter Pflichtverletzung.

### 2. BEDEUTUNG VON LEITLINIEN ÄRZTLICHER FACHGREMIEN

**OLG Jena, Urt. v. 01.06.2010 – 4 U 498/07 –**

**RID 10-04-198**

juris  
BGB §§ 176, 276, 280 I 2; SGB V § 135, 135 ff.

**Leitsatz:** 1. Oberstes Gebot und Richtschnur des ärztlichen Handelns (also jedweder Heilbehandlung) ist das Wohl des Patienten. Bei der Behandlung eines Patienten schuldet der Arzt die im Verkehr erforderliche Sorgfalt (§ 276 BGB); diese richtet sich nach dem medizinischen Standard des jeweiligen Fachgebiets zum Zeitpunkt der Behandlung. Es gilt grundsätzlich der **Facharztstandard** bezogen auf den Zeitpunkt der Behandlung – aus **ex ante Sicht**. Eine (objektive) Verletzung dieser Sorgfaltspflicht bedeutet in der Vertragsebene einen Verstoß gegen die speziell einem Arzt obliegenden **Berufspflichten**, so dass sich der Arzt subjektiv nicht entlasten kann. § 280 Abs. 1 Satz 2 BGB gilt insoweit im Arzthaftungsrecht nicht.

2. **Leitlinien von ärztlichen Fachgremien** (vgl. § 135 SGB V) begründen aber grundsätzlich den ärztlichen Standard (noch) **nicht konstitutiv**, sind also nicht unbeschrieben mit dem anzuwendenden medizinischen Standard (zum Behandlungszeitpunkt) gleichzusetzen. Bei einer (sog.) S3-Leitlinie handelt es sich aber um eine bereits **evidenzbasierte Konsensusleitlinie** mit Erfassung der systematischen Entwicklung (sog. Clearingverfahren), die einen **Behandlungskorridor** eröffnet, innerhalb dem sich der Arzt in seinem therapeutischen Ermessen bewegen sollte; mithin handelt es sich hier um eine Leitlinie mit starkem Empfehlungscharakter.

3. Eine **Haftung des Arztes** (aus Vertrag oder Delikt) besteht aber nur, wenn und soweit dem grundsätzlich schuldhaften **Behandlungsfehler** ein darauf beruhender **Schaden** (des Patienten) **ursächlich** zurechnen lässt. Dieser haftungsrechtliche Grundsatz besteht auch im Arzthaftungsrecht. Eine haftungsbegründende ursächliche Verknüpfung zwischen Behandlungsfehler und Primärschaden besteht dann, wenn der primäre Schaden auf die festgestellte Fehlbehandlung zurückzuführen ist und wenn bei einer regelgerechten (*lege artis*), also eine dem medizinischen Sollstandard entsprechenden Behandlung diesen Schaden vermieden worden wäre. An der Ursächlichkeit des Primärschadens (und weiterer Schäden) fehlt es, wenn feststeht, dass hierfür eine **andere Verursachungskette** bei fehlerfreier, also regelgerechter Behandlung in entsprechender Weise ebenso entstanden wäre (sog. **hypothetischer Behandlungsverlauf**), was von der Behandlungsseite zu beweisen ist.

### 3. ANFORDERUNG AN SCHLÜSSIGES KLAGEVORBRINGEN/VERJÄHRUNG FÜR ERSATZANSPRÜCHE

**OLG Hamm, Urt. v. 07.12.2009 – 1-3 U 75/09 –**

**RID 10-04-199**

MedR 2010, 563

BGB §§ 195, 199 I Nr., II, 249 II 1, 253 II, 611, 823 I, II; StGB § 230; EGBGB Art. 229 § 6 I, V

**Leitsatz (MedR):** 1. Die geringen Anforderungen an die **Substantiierungslast** der nicht medizinisch bewanderten Klagepartei im Arzthaftungsprozess entbinden nicht von einem Mindestmaß an nachvollziehbarem Vorbringen, das die Vermutung eines fehlerhaften Arztverhaltens rechtfertigt.

2. Mit den im Arzthaftungsprozess modifizierten zivilprozessualen Grundsätzen ist nicht vereinbar, die Einleitung eines Haftungsprozesses dazu zu nutzen, das **gesamte Behandlungsgeschehen** sachverständig auswerten zu lassen.

3. Ersatzansprüche aus ärztlichen Aufklärungsversäumnissen können abweichend von Ansprüchen wegen Behandlungsfehlern **verjähren**. Notwendig ist die Kenntnis von Tatsachen, aus denen sich die Verletzung der Aufklärungspflicht des Arztes ergibt.

4. Der **Patient** darf sich möglichen Erkenntnissen nicht gänzlich verschließen, sondern muss den Misserfolg einer Behandlung **kritisch hinterfragen**. Dies gilt auch im Falle der Behauptung von Aufklärungsversäumnissen.

## 4. GEBURTEN

### A) UMFANG PRÄNATALER DIAGNOSTIK

*OLG Hamm, Urt. v. 28.04.2010 – 1-3 U 84/09 –*

RID 10-04-200

MedR 2010, 714

BGB §§ 249 II 1, 278, 280 I, 611, 823 I

Leitsatz (MedR): 1. Der **niedergelassene Gynäkologe** ist im Rahmen der **Schwangerschaftsbetreuung** nur zur Vornahme der in den Schwangerschaftsrichtlinien vorgesehenen Maßnahmen verpflichtet, wenn er nicht über höherwertige Qualifikationen wie z.B. DEGUM II verfügt.

2. Die **Ultraschalldiagnostik** im Rahmen der Schwangerenvorsorge dient in erster Linie der Erfassung von Messdaten des ungeborenen Kindes. Sie ist eher orientierender Art. Es handelt sich nicht um eine gezielte Fehlbildungsdiagnostik.

3. Nur bei entsprechenden **Auffälligkeiten** (Hinweise auf genetische Störungen oder signifikante Größenabweichungen in der Entwicklung des Kindes) sind gezielte Untersuchungen durch die Hinzuziehung eines Pränataldiagnostikers erforderlich.

4. **Printausdrucke** im Rahmen von **Ultraschalluntersuchungen** sind isoliert betrachtet nicht geeignet, objektive Hinweise auf Fehlbildungen zu erlangen. Maßgeblich ist die Gesamtuntersuchung.

### B) ANGESTELLTE ÄRZTE EINES KRANKENHAUSES HAFTEN NICHT FÜR FEHLER VON HEBAMMEN

*LG Osnabrück, Urt. v. 24.02.2010 – 2 O 3935/04 –*

RID 10-04-201

juris = PflR 2010, 266

BGB §§ 278, 831

Eine Hebamme ist auch nach Übernahme der Geburt durch den angestellten Kreißsaalarzt nicht dessen Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfe (§§ 278, 831 BGB). Das bedeutet, für einen Fehler der Hebamme haften diese und das Krankenhaus, bei der sie angestellt ist, nicht aber der ebenfalls angestellte Kreißsaalarzt.

### C) UNZUREICHENDE KLINIKAUSSTATTUNG FÜR FRÜHGEBURT (ECHOKARDIOGRAPHIE)

*LG Erfurt, Urt. v. 31.08.2010 – 10 O 2010/07 –*

RID 10-04-202

juris

BGB § 823

Bei jedem **Frühgeborenen** vor der 32. Schwangerschaftswoche muss an die Möglichkeit der Entwicklung eines symptomatischen Ductus arteriosus gedacht werden, weil bei einem solchen immer die unmittelbare Gefahr einer **Hirnschädigung** besteht. Das wichtigste diagnostische Verfahren in diesem Zusammenhang ist die **Echokardiographie**, die im Jahre 1996 ohne Zweifel zum notwendigen Standard bei der Behandlung kleiner Frühgeborener gehört hat.

Wenn ein zur Vermeidung eines Hirnschadens bei Frühgeborenen **besonders wichtiges Instrument** wie die Echokardiographie **in der Klinik gar nicht vorhanden** ist, kann die Entscheidung, eine Schwangere dennoch für eine geplante Frühgeburt in die Klinik aufzunehmen, schlicht nicht nachvollzogen werden.

## 5. UMSTECHUNGSLIGATUR LEGE ARTIS BEI REVISIONSOPERATION

*OLG München, Urt. v. 07.10.2010 – 1 U 5600/09 –*

RID 10-04-203

juris

BGB § 823

In der gynäkologischen Chirurgie wird die Durchstechungsligatur nicht angewandt; es ist keinerlei Literatur recherchierbar, die die Anwendung der Durchstechungsligatur gegenüber der Umstechungsligatur problematisiert und auch in der Gefäßchirurgie wird diese Methode nur dann angewandt, wenn nicht genügend Gewebe für eine Umstechungsligatur vorhanden ist.

## 6. MEDIZINISCHE INDIKATION FÜR RECHTMÄßIGEN SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

*LG Heidelberg, Urt. v. 09.06.2010 – 4 O 77/07 –*

RID 10-04-204

juris  
StGB § 218a II

Das auf einem ärztlichen Behandlungsfehler beruhende Unterbleiben eines nach den Grundsätzen der medizinischen Indikation gem. § 218a II StGB **rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruchs** kann die vertragliche Pflicht des Arztes auslösen, den Eltern den Unterhaltsaufwand für ein Kind, das mit Behinderungen zur Welt kommt, zu ersetzen (BGH NJW 2003, 3411, NJW 2006, 1660, NJW 2008, 2848).

Nach der Rechtsprechung des BGH (VersR 2002, 233) bedarf es konkreter Feststellungen für eine gravierende Ausnahmesituation der Schwangeren, um einen **Schwangerschaftsabbruch zur Vermeidung gesundheitlicher Gefahren für die Mutter** rechtfertigen zu können. Mit der Geburt eines behinderten Kindes verbundene Depressionen mit wochenlangen Weinkrämpfen (OLG Stuttgart NJW-RR 2003, 1256), einmalige Äußerung suizidaler Gedanken (OLG Koblenz NJW-RR 2006, 967) sind noch nicht als so schwerwiegend anzusehen, dass sie unter Berücksichtigung des Lebensrechts des Kindes der Schwangeren nicht mehr zugemutet werden.

## 7. VERLETZUNG DER SCHWEIGEPLICHT DURCH ÜBERGABE DER ATTESTE AN EHEFRAU

*OLG München, Urt. v. 04.02.2010 – 1 U 4650/08 –*

RID 10-04-205

juris = MedR 2010, 645  
GG Art. 1, 2, 5 I u. III

Für die Abgrenzung von **Amtshaftung, (persönlicher) Beamtenhaftung und allgemeiner Deliktshaftung im Bereich des Arztrechts** gilt grundsätzlich, dass der Dienstherr des beamteten Arztes für Behandlungsfehler und Pflichtverletzungen nur dann haftet, wenn dieser Dienstaufgaben wahrnimmt, d.h. wenn die Tätigkeit innerhalb des ihm zugewiesenen Aufgabengebietes erfolgt ist. Sofern er außerhalb seiner Dienstpflichten handelt, haftet der Arzt nicht nach § 839 BGB. Ein Chefarzt handelt dann weder als Beamter noch als Organ des Krankenhauses. Die Frage, ob ein beamteter Arzt innerhalb seines Aufgabengebietes gehandelt hat, ist nach objektiven Kriterien zu beantworten. Es kann nicht darauf abgestellt werden, dass der Chefarzt ein Attest unter dem Briefkopf der Klinik abgefasst hat.

Die ohne Einwilligung und Auftrag des Patienten erfolgte **Zusendung ärztlicher Atteste an die Ehefrau** verletzt diesen in seinem Recht auf Selbstbestimmung und dem Recht selbst zu entscheiden, wer über seinen Gesundheitszustand informiert wird. Die **ärztliche Schweigepflicht** setzt keinen Behandlungsvertrag oder ein sonstiges Arzt/Patientenverhältnis voraus. Auch wenn ein Arzt im Auftrag Dritter aufgrund von eigenen Beobachtungen und Informationen Dritter eine Diagnose erstellt, unterfallen diese und die Therapievorschlüsse der ärztlichen Schweigepflicht, da es dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen unterliegt, zu entscheiden, wer von etwaigen Erkrankungen in Kenntnis gesetzt werden darf.

Ist ein Arzt von einer ernsthaften Fremd- und/oder **Selbstgefährdung des Patienten** überzeugt, so muss er die **zuständigen Behörden** informieren und darf nicht die Entscheidung über das weitere Vorgehen der Ehefrau des Patienten überlassen.

Das **OLG** hob das vorinstanzliche Urt. auf und stellte fest, dass der Bekl. zu 1 (Direktor der Psychiatrischen Klinik) verpflichtet ist, dem Kl. allen materiellen Schaden zu ersetzen, der ihm aus der Fertigung und Weitergabe des fachpsychiatrischen Attestes auf Unterbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus v. 07.12.1994 nebst Ergänzung vom 12.12.1994 entstanden ist und noch entstehen wird; ferner verurteilte es den Bekl. zu 1, an den Kl. ein Schmerzensgeld in Höhe von 15.000 € nebst 4 Prozentpunkten Zinsen hieraus seit 22.01.1998 zu zahlen und wies im Übrigen die Klage (gegen den zu 2 bekl. Träger der Klinik) ab.

## 8. KEINE HAFTUNG BEI SUIZIDVERSUCH

*OLG München, Urt. v. 09.09.2010 – 1 U 3104/08 –*

RID 10-04-206

juris  
BGB § 823

Die **stationäre Behandlung Depressiver** steht im Spannungsfeld zwischen persönlicher Freiheit und **Würde** des Patienten einerseits und der zum **Schutz des Patienten** erforderlichen Einschränkungen andererseits. Nach modernen sozialtherapeutischen Vorstellungen ist der Wunsch nach absoluter

Sicherheit ins Verhältnis zu dem Bemühen um eine möglichst partnerschaftliche, weitestgehend an die Einsicht und Freiwilligkeit des Patienten appellierende Behandlung zu setzen. Auf der Basis dieses modernen Behandlungskonzepts kann ein Suizid des Patienten nicht mit Sicherheit verhindert werden. Ein Suizid des Patienten könnte nur dadurch mit Sicherheit verhindert werden, dass diesem jeder Handlungsspielraum genommen wird. Das wäre jedoch schon aus therapeutischen Gründen nicht wünschenswert.

## 9. AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN

### A) LASER-OPERATION AM AUGE BEI KURZSICHTIGKEIT OHNE ZWINGENDE INDIKATION

*OLG Köln, Urt. v. 18.08. u. 03.09.2009 – 5 U 47/09 –*

RID 10-04-207

MedR 2010, 716 = juris  
BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz (MedR): Eine **Laser-Operation am Auge** zur Beseitigung einer normalen **Kurzsichtigkeit**, die ohne weiteres auch durch das Tragen von Kontaktlinsen oder einer Brille zu korrigieren ist, und für die eine weitergehende medizinische Indikation nicht besteht, ist einer **kosmetischen Operation** im Hinblick auf die Anforderungen an die Aufklärung vergleichbar. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf das Tauschrisiko, das bei Auftreten von Komplikationen im Verlust des Augenlichts bestehen kann, und ganz besonders, wenn das andere (nicht operierte) Auge nahezu erblindet ist.

Bei einem Patienten in vorgerücktem Alter ist auch darüber **aufzuklären**, dass der dauerhafte Erfolg einer Laser-Operation fraglich ist.

Verliert eine 65-jährige Patientin, die zuvor auf dem rechten Auge praktisch erblindet war und auf dem linken Auge über eine Sehschärfe von 0,8 p verfügte, durch eine rechtswidrige Operation ihr Augenlicht soweit, dass sie nunmehr nur noch über eine Sehschärfe von 0,2 p verfügt, ist ein **Schmerzensgeld** von 40.000 € jedenfalls nicht zu hoch.

Zur Frage, unter welchen Voraussetzungen im Wege des **Grund- und Teilurteils** über den Anspruch auf Schmerzensgeld und Schadensersatz (einschließlich Feststellungsantrag) entschieden werden kann.

### B) AUFKLÄRUNGSPFLICHT DES OPERATEURS BEI KREBSANGST/SCHMERZENSGELD BEI MASTEKTOMIE

*OLG Köln, Urt. v. 17.03.2010 – 5 U 51/09 –*

RID 10-04-208

juris = GesR 2010, 409  
BGB §§ 253, 280, 823 I

Verantwortlich für die **Aufklärung** ist grundsätzlich jeder Arzt für die von ihm übernommene Aufgabe, also der **Operateur** grundsätzlich für die Operation. Dies betrifft nicht nur die Frage der Operationsrisiken im engeren Sinne, sondern auch die Frage der Operationsindikation. Zwar gilt im Bereich horizontaler Arbeitsteilung nach völlig herrschender Auffassung ein allgemeiner Vertrauensgrundsatz, wonach etwa ein nur für die Durchführung einer Operation hinzugezogener Chirurg sich auf die Indikation und auch auf die ausreichende und ordnungsgemäße Aufklärung seitens der überweisenden Ärzte, die die Operation erbeten haben, verlassen darf. Ein Fall derartigen arbeitsteiligen Vorgehens liegt nicht vor, wenn die Ärzte gerade zur Indikationsstellung beigezogen werden.

Der **Operateur** selbst muss sich dabei davon überzeugen, dass die Patientin in Kenntnis und objektiv richtiger Einschätzung aller wesentlichen Umstände in die Operation **eingewilligt** hat. Keinesfalls darf er sich darauf verlassen, dass eine gegenüber einem niedergelassenen Gynäkologen erklärte Einwilligung auf einer sachgerechten Aufklärung beruht.

Von einer **hypothetischen Einwilligung** ist nicht auszugehen, wenn der Entscheidungskonflikt der Patientin angesichts einer irrationalen, übertriebenen Angst vor der Krebserkrankung, die ihr gerade durch die Aufklärung genommen werden sollte, auf der Hand liegt.

Die aufgrund fehlender Einwilligung rechtswidrig vorgenommene Brustamputation rechtfertigt ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 60.000 €.

## C) INTRAARTIKULÄRE INJEKTION

*OLG München, Urt. v. 15.07.2010 – 1 U 2068/10 –*

RID 10-04-209

juris  
BGB § 823

Ein Arzt muss den Patienten über die **Risiken einer intraartikulären Injektion** aufklären. Dem steht nicht entgegen, dass in der Rechtsprechung eine Aufklärungspflicht bei intramuskulären Injektionen überwiegend verneint wird. Das Risikoprofil einer intraartikulären Injektion ist mit dem einer intramuskulären Injektion nicht vergleichbar. Insbesondere wirkt sich bei einer intraartikulären Injektion eine durch diese verursachte Infektion häufig fatal aus.

Die **Behauptung** einer Patientin, sie sei überhaupt **nicht aufgeklärt worden**, ist nicht von vorneherein unglaubwürdig. Gerade bei der Verabreichung von Spritzen bleibt die ärztliche Praxis nach der Erfahrung des Senats mitunter durchaus hinter den Anforderungen der Rechtsprechung zurück.

## 10. SACHVERSTÄNDIGE

### A) HAFTUNG DES GERICHTLICHEN SACHVERSTÄNDIGEN (§ 839A BGB) NUR BEI GROBER FAHRLÄSSIGKEIT

*OLG München, Urt. v. 29.07.2010 – 1 U 5314/09 –*

RID 10-04-210

juris  
BGB § 839a

Für die Frage, ab welchem Zeitpunkt wegen einer Blinddarmoperation und der Entstehung eines massiven Abzesses ein **CT hätte erstellt werden müssen**, also ab wann das weitere Abwarten der Ärzte ein mit dem Facharztstandard nicht mehr vereinbares, pflichtwidriges Unterlassen darstellt, spielen zahlreiche Faktoren eine Rolle. Von Bedeutung sind der klinische Befund, der konkrete Verlauf, der genaue Zeitpunkt der Revisionsoperation und die Beurteilung der sonstigen Parameter (Temperatur, Leukozyten, konkrete Beschwerden). Im Zentrum der Begutachtung stehen damit wertende Einschätzungen, die einer gewissen Bandbreite unterliegen (hier: trotz Falschbegutachtung sind die Voraussetzungen für die Annahme einer groben Fahrlässigkeit nicht gegeben).

### B) HAFTUNG DES GUTACHTERS EINER UNFALLVERSICHERUNG: KEIN SCHUTZ DRITTER

*OLG Schleswig, Beschl. v. 09.08.2010 – 4 U 105/09 –*

RID 10-04-211

juris  
BGB §§ 242, 328

**Leitsatz:** Der Versicherungsnehmer einer Unfallversicherung fällt nicht in den Schutzbereich des Vertragsverhältnisses zwischen dem Versicherer und dem von diesem beauftragten Gutachter.

## C) SACHVERSTÄNDIGENABLEHNUNG

### AA) ANFORDERUNGEN AN BEGRÜNDETEN BEFANGENHEITSANTRAG

*OLG München, Urt. v. 16.09.2010 – 1 W 2046/10 –*

RID 10-04-212

juris  
ZPO §§ 42 II, 406

Ein Sachverständiger kann gemäß § 406 ZPO i.V.m. § 42 II ZPO wie ein Richter wegen **Besorgnis der Befangenheit** abgelehnt werden, wenn vom Standpunkt der Partei aus objektiv und vernünftig betrachtet ein Grund vorliegt, der geeignet ist, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit des Sachverständigen zu rechtfertigen.

Im Rahmen eines Befangenheitsantrages gegen den Sachverständigen können **sachliche Mängel** der Begutachtung nur dann Bedeutung erlangen, wenn sie, als gegeben unterstellt, nach Art oder Häufung den Eindruck einer sachwidrigen Voreingenommenheit des Sachverständigen erwecken. Wenn die **schriftliche Begutachtung** insoweit noch **Fragen offen lässt**, ist dies kein Fall der Befangenheit des Sachverständigen.

## BB) ABWERTENDE ÄUßERUNGEN ÜBER DIE PROZESSBEVOLLMÄCHTIGTEN

*OLG Hamm, Beschl. v. 20.01.2010 – I-1 W 85/09 –*

RID 10-04-213

juris = MedR 2010, 653  
ZPO §§ 42 II, 406 I 1

**Leitsatz:** Die Besorgnis der Befangenheit eines gerichtlichen Sachverständigen kann sich daraus ergeben, dass der Sachverständige auf gegen sein Gutachten gerichtete Einwendungen und Vorhaltungen der anwaltlich vertretenen Partei mit abwertenden Äußerungen über die Prozessbevollmächtigten reagiert.

## CC) KEINE ABLEHNUNG DES SACHVERSTÄNDIGEN WEGEN VORBEFASSUNG

*OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 02.07.2010 – 8 W 28/10 –*

RID 10-04-214

juris = GesR 2010, 545  
ZPO §§ 42 II, 406 I 1

**Leitsatz:** Die Vorbefassung eines medizinischen Sachverständigen in einem Gutachten- und Schlichtungsverfahren der Landesärztekammer stellt für sich gesehen noch keinen Ablehnungsgrund dar.

## 11. BEHANDLUNG DEUTSCHER PATIENTEN IN SCHWEIZER KANTONSSPITÄLERN NACH SCHWEIZER RECHT

*OLG Karlsruhe, Urt. v. 03.08.2010 – 13 U 233/09 –*

RID 10-04-215

juris  
EGBGB Art. 41 II Nr. 1

**Leitsatz:** Bei Behandlung deutscher Patienten in Schweizer Kantonsspitalern können die nach Schweizer Recht nicht haftenden Ärzte zu einer deliktischen Haftung nach deutschem Recht nicht herangezogen werden, weil der Sachverhalt wegen des Behandlungsvertrages mit dem Kantonsspital nach Art. 41 Abs. 2 Nr. 1 EGBGB eine wesentlich engere Verbindung zum Schweizer Recht als zum deutschen Recht aufweist und deshalb Schweizer Recht Anwendung findet.

## 12. ANRECHNUNG HÄUSLICHER VERPFLEGUNGSKOSTEN BEI SONDENNAHRUNG

*OLG Zweibrücken, Urt. v. 10.11.2009 – 5 U 8/09 -*

RID 10-04-216

GesR 2010, 406  
BGB § 843; SGB X § 116

**Leitsatz (GesR):** Aufwendungen für ärztlich verordnete und medizinisch zwingend indizierte **Sonden-**  
**nahrung** stellen wie Arzneimittel Mehraufwendungen der Geschädigten dar. Ersparnisse betreffend **allgemeine Verpflegungskosten** sind **nicht schadensmindernd** entgegenzusetzen.

## 13. ZAHNÄRZTE: SCHADENSERSATZ BEI MANGELHAFTER PROTHETIK

*KG Berlin, Beschl. v. 01.07.2010 – 20 W 23/10 -*

RID 10-04-217

juris  
BGB §§ 280, 628

**Leitsatz:** 1. Ist die **Prothetik** aufgrund eines Behandlungsfehlers **mangelhaft**, so kann der Patient den Ersatz aller ihm die Behebung der Mängel entstandenen **Kosten** verlangen, soweit sie objektiv erforderlich waren.

2. Alternativ steht dem Patienten ein Anspruch auf **Rückzahlung** des bereits gezahlten Honorars zu, soweit der Zahnersatz unbrauchbar ist.

3. Wählt der Patient die **Rückzahlung** des bereits gezahlten Honorars, besteht eine Ersatzpflicht nur für die weiteren materiellen Schäden, d.h. die **Mehrkosten**.

### III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

#### 1. PRIVATBEHANDLUNG: ERSTATTUNG VON SACHKOSTEN IN DER WAHLARZTKETTE

*LG Wuppertal, Urt. v. 26.11.2009 – 9 S 320/08 –*

RID 10-04-218

juris = MedR 2010, 577

KHEntgG §§ 2 II u. III, 17 III; GOÄ §§ 6a II, 10 III

**Leitsatz (MedR):** Sachkosten des durch das Krankenhaus beauftragten Arztes im Rahmen der Wahlarztkette sind durch den Patienten nur dann zu erstatten, wenn sie nicht bereits durch die an das Krankenhaus gewährte Fallpauschale abgegolten werden.

#### 2. BEIHILFE

##### A) KEINE BEIHILFEFÄHIGKEIT DER HYPERBAREN SAUERSTOFFTHERAPIE BEI HÖRSTURZ MIT TINNITUS

*VG Düsseldorf, Urt. v. 13.09.2010 – 13 K 7467/09 –*

RID 10-04-219

juris

BhV §§ 5, 6 II

**Leitsatz:** Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Hyperbare Sauerstofftherapie durch Nr. 2 der Hinweise zu § 6 Abs. 2 BhV hält einer gerichtlichen Nachprüfung stand. Die Hyperbare Sauerstofftherapie ist eine wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methode zur Behandlung eines Hörsturzes mit Tinnitus.

##### B) BIORESONANZTHERAPIE KEINE WISSENSCHAFTLICH ANERKANNTE BEHANDLUNGSMETHODE

*VG Für das Saarland, Urt. v. 08.10.2010 – 3 K 624/10 –*

RID 10-04-220

juris

BhV Saarland § 5 II 1

**Leitsatz:** Die Bioresonanztherapie ist keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode; die Aufwendungen hierfür sind daher regelmäßig nicht beihilfefähig.

##### C) BEIHILFEFÄHIGKEIT EINES NEUGEBORENEEN-SCREENINGS

*VG Hannover, Gerichtsbb. v. 05.10.2010 - 13 A 2895/10 -*

RID 10-04-221

www.dbovg.niedersachsen.de

BhV §§ 5 S. 1, 10 I Nr. 1; BpflVO § 2

Das **Neugeborenen-Screening** ist beihilfefähig und nicht mit der Fallpauschale nach § 2 I Nr. 2 BpflVO abgegolten, da es nicht im engen kausalen Zusammenhang mit dem stationären Krankenhausaufenthalt der Beihilfeberechtigten und ihrer Tochter steht. Nach § 10 I Nr. 1 BhV sind aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die Aufwendungen bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden, ausdrücklich beihilfefähig.

#### D) ZAHNÄRZTE

##### AA) BEGRÜNDUNG DER SCHWELLENWERTÜBERSCHREITUNGEN

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 06.09.2010 – 5 LA 298/09 –*

RID 10-04-222

www.dbovg.niedersachsen.de

BhV § 5 I 1; GOZ §§ 5 I 1, II 1 u. 4, 10 III 1 u. 2

Die Berufung gegen *VG Hannover*, Urt. v. 16.10.2009 – 2 A 6229/07 – wird zugelassen.

Ist eine Rechtsfrage, die der Kl. und die Bekl. unterschiedlich beurteilt hatten, abschließend **zivilgerichtlich entschieden** worden, ist sie für die Bestimmung der Angemessenheit maßgebend, auch wenn diese Entscheidung nicht zu der von dem Kl. geltend gemachten Gebührenforderung ergangen ist. Vielmehr ist für die Entscheidung, ob nach den Maßstäben des Beihilferechts Aufwendungen für

ärztliche Leistungen angemessen sind, die Auslegung des ärztlichen Gebührenrechts durch die Zivilgerichte maßgebend. Die behördliche Entscheidung darüber, ob die Aufwendungen notwendig und angemessen sind, ist keine Ermessensentscheidung und unterliegt uneingeschränkter **verwaltungsgerichtlicher Kontrolle** (vgl. dazu BVerwG, Urt. v. 28.10.2004 - BVerwG 2 C 34.03 - Buchholz 270 § 5 BhV Nr. 15 = DVBl. 2005 - 509 = NVwZ 2005, 710 = ZBR 2005, 169, zit. nach juris, Rn. 11, 14). BGH, Urt. v. 08.11.2007 - III ZR 54/07 - BGHZ 174, 101 = NJW-RR 2008, 436 hat es nicht als ermessensfehlerhaft angesehen, wenn persönlich-ärztliche Leistungen, die sich in einem Bereich durchschnittlicher Schwierigkeiten und einem durchschnittlichen Zeitaufwand befinden sowie nicht durch Erschwernisse gekennzeichnet sind, zum Schwellenwert abgerechnet werden. Hiermit erweist sich die verwaltungsgerichtliche Auffassung, **über dem Durchschnitt liegende Schwierigkeiten** könnten eine Überschreitung des Schwellenwerts bei der Gebührensabrechnung nicht rechtfertigen, als unvereinbar.

**Starker Speichelfluss**, eine **enge Mundöffnung** sowie ein **erhöhter Wangenturnus** sind als Erschwernisse bei der Behandlung zur Begründung der Schwellenwertüberschreitungen geeignet.

## **BB) ABRECHNUNG VON EINLAGEFÜLLUNGEN NACH DENTIN-ADHÄSIV-TECHNIK/STEIGERUNGSFAKTOR**

*VG für das Saarland, Urt. v. 05.10.2010 – 3 K 640/10 –*

**RID 10-04-223**

juris

GOZ §§ 5 II, 6 II, 10 III; BhV Bund § 6 III

**Leitsatz:** 1. Die Gebühren für zahnärztliche Leistungen im Rahmen der dentin-adhäsiven Rekonstruktion bemessen sich analog den Gebührennummern 214 bis 217 des Gebührenverzeichnisses der GOZ.

2. Dabei kann der Zahnarzt ohne besondere Begründung den Steigerungsfaktor 2,3 ansetzen.

## **IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte**

### **1. EUGH**

#### **A) NATIONALE REGELUNG DER ÖFFNUNGSZEITEN VON APOTHEKEN**

*EuGH, Urt. v. 10.07.2010 – C-393/08 -*

**RID 10-04-224**

curia.europa.eu = juris

EG Art. 49, 81 ff., 152, 153, 234

Vorabentscheidungsersuchen des Tribunale amministrativo regionale per il Lazio - Italien - Emanuela Sbarigia/Azienda USL RM/A, Comune di Roma, Assiprofar - Associazione Sindacale Proprietari Farmacia, Ordine dei Farmacisti della Provincia di Roma

**Unzulässig** sind folgende Fragen zur Vorabentscheidung:

1. Ist es mit den u. a. in den Art. 49 EG und 81 EG bis 86 EG enthaltenen Grundsätzen des Gemeinschaftsrechts zum Schutz des freien Wettbewerbs und der Dienstleistungsfreiheit vereinbar, wenn die Legge regionale Lazio Nr. 26/02 den Apotheken verbietet, auf die jährlichen Betriebsferien zu verzichten, ihnen Beschränkungen für die Öffnungszeiten auferlegt und für die Apotheken der Stadt Rom die Gewährung einer Ausnahme von diesen Beschränkungen (Art. 10 Abs. 2) von der Voraussetzung abhängig macht, dass die Verwaltung in Ausübung ihres Ermessens (im Einvernehmen mit den im selben Artikel näher bestimmten Einrichtungen und Verbänden) feststellt, dass das Kriterium der Besonderheit des Gebiets der Gemeinde erfüllt ist?

2. Sind die Beschränkungen, die die Legge regionale Lazio Nr. 26/02 zum Gesundheitsschutz für die Ausübung des öffentlichen Apothekendienstes hinsichtlich der Modalitäten der täglichen, wöchentlichen und jährlichen Öffnungszeiten vorsieht, mit den Art. 152 EG und 153 EG vereinbar?

## B) EUROPARECHTSKONFORMITÄT EINER BEDARFSPLANUNG FÜR APOTHEKEN

*EuGH, Urt. v. 01.06.2010 – C-570/07, 571/07 –*

RID 10-04-225

[curia.europa.eu](http://curia.europa.eu)

EG Art. 49; RL 85/432/WEG Art. 1 I u. II; RL 2005/36/EG Art. 45 II Buchst. e u. g

Vorabentscheidungsersuchen des Tribunal Superior de Justicia de Asturias - Spanien) - José Manuel Blanco Pérez, María del Pilar Chao Gómez/Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (C-570/07), Principado de Asturias (C-571/07)

1. Art. 49 AEUV ist dahin auszulegen, dass er grundsätzlich einer nationalen Regelung wie der in den Ausgangsverfahren fraglichen nicht entgegensteht, die die Erteilung von Niederlassungserlaubnissen für neue Apotheken begrenzt, indem sie vorsieht, dass

- in jedem Apothekenbezirk grundsätzlich nur eine einzige Apotheke pro Einheit von 2 800 Einwohnern errichtet werden kann,
- eine zusätzliche Apotheke nur errichtet werden kann, wenn diese Schwelle überschritten wird, wobei diese Apotheke bei einer Überschreitung um mehr als 2 000 Einwohner errichtet wird, und
- jede Apotheke eine Mindestentfernung gegenüber bereits bestehenden Apotheken zu beachten hat, wobei diese Entfernung im Allgemeinen 250 Meter beträgt.

Art. 49 AEUV steht jedoch einer solchen nationalen Regelung entgegen, sofern die Grundregeln von 2 800 Einwohnern und 250 Metern in jedem räumlichen Bezirk mit besonderen demografischen Merkmalen die Errichtung einer hinreichenden Zahl von Apotheken, die einen angemessenen pharmazeutischen Dienst gewährleisten können, verhindern, was das nationale Gericht zu prüfen hat.

2. Art. 49 AEUV in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 und 2 der Richtlinie 85/432/EWG des Rates vom 16. September 1985 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften über bestimmte pharmazeutische Tätigkeiten und mit Art. 45 Abs. 2 Buchst. e und g der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen ist dahin auszulegen, dass er Kriterien wie denjenigen, die in den Nrn. 6 und 7 Buchst. c des Anhangs des Decreto 72/2001 regulador de las oficinas de farmacia y botiquines en el Principado de Asturias (Dekret 72/2001 zur Regelung des Apothekenwesens im Principado de Asturias) vom 19. Juli 2001 aufgestellt werden, entgegensteht, aufgrund deren die Inhaber neuer Apotheken ausgewählt werden.

## 2. BVERFG: APOTHEKENRABATT VON 16 % UND ERSTATTUNG DURCH ARZNEIMITTELHERSTELLER

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.08.2010 – 1 BvR 2002/10 –*

RID 10-04-226

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

SGB V i.d.F. v. 24.07.2010 § 130a Ia

Der **Grundsatz der Subsidiarität** erfordert neben der Ausschöpfung des Rechtswegs auch, dass ein Beschwerdeführer vor Beschwerdeerhebung alle ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ergreift, um eine Korrektur der geltend gemachten Verfassungsverletzung zu erwirken oder eine Grundrechtsverletzung zu verhindern (vgl. BVerfGE 74, 102 <113>; 78, 58 <68>; 93, 165 <171>; 104, 65 <70>). Das BVerfG hat bereits entschieden, dass, sofern eine - möglicherweise grundrechtsverletzende - Regelung Ausnahmen vorsieht, der Beschwerdeführer vor der Erhebung der Verfassungsbeschwerde versuchen muss, unter Berufung auf die Ausnahmebestimmung die Beseitigung des Eingriffsaktes zu erreichen. Auf ein solches Vorgehen kann er nur dann nicht verwiesen werden, wenn es offensichtlich aussichtslos wäre (BVerfGE 78, 58 <69>).

Nachvollziehbare Gründe, aus denen sich ergibt, dass es **offensichtlich aussichtslos** wäre, einen Antrag nach § 130a IV 2 SGB V zu stellen, sind nicht vorgebracht. Nicht überzeugend ist das Argument, alle **Arzneimittelimporteure** seien durch die neue Abschlagsregelung gleichermaßen hart betroffen, so dass schon kein Ausnahmefall gegeben sei. Der Einwand, es fehlten konkrete **inhaltliche Regelungen**, weswegen kein Antrag gestellt werden könne, geht ebenfalls fehl. Grundsätzlich erst dann, wenn das Vorliegen eines **Ausnahmefalls** in verfassungskonformer Weise verneint worden ist, kann sich die Frage stellen, ob die Regelung des § 130a SGB V im Übrigen verfassungsrechtlichen Anforderungen genügt.

Den Antragstellern ist zumutbar, zunächst einen Antrag auf Befreiung von der Abschlagsregelung zu stellen und dessen Bescheidung abzuwarten.

### 3. BGH

#### A) ABGRENZUNG ARZNEIMITTEL - MEDIZINPRODUKT (GOLLY TELLY)/MARKTVERHALTENS- REGELUNGEN

**BGH, Urt. v. 10.12.2009 – I ZR 189/09 –**

**RID 10-04-227**

www.bundesgerichtshof.de = juris = WRP 2010, 869 = PharmR 2010, 338 = GRUR 2010, 754 = GesR 2010, 435  
UWG §§ 4 Nr. 11, 9 I; MPG §§ 2 V Nr. 1, 3 Nr. 1 Buchst. a; AMG § 2 I Nr. 2, III Nr. 7

##### **Leitsatz: Golly Telly**

1. Ein **Darmreinigungsmittel**, das seine Wirkung auf osmotischem und physikalischem Weg erreicht, ist kein **Arzneimittel**, sondern ein **Medizinprodukt**.
2. Bestimmungen, die produktbezogene Absatzverbote oder Absatzbeschränkungen regeln oder Informationspflichten hinsichtlich des Umgangs mit den von den Kunden erworbenen Produkten begründen, stellen regelmäßig **Marktverhaltensregelungen** i.S. des § 4 Nr. 11 UWG dar.
3. Der **Schutzzweck des § 9 UWG** steht nicht dem Anspruch eines Mitbewerbers entgegen, der von demjenigen, der sich durch die Verletzung einer ausschließlich dem Schutz der Verbraucher dienenden Marktverhaltensregelung einen Vorsprung im Wettbewerb verschafft hat, den ihm dadurch entstandenen Schaden ersetzt verlangt

#### B) WETTBEWERBSVERSTOß/FUNKTION SARZNEIMITTEL (GINKGO-EXTRAKT)

**BGH, Urt. v. 01.07.2010 – I ZR 19/08 –**

**RID 10-04-228**

www.bundesgerichtshof.de = juris = NJW-RR 2010, 1407 = GRUR 2010, 942  
UWG § 4 Nr. 11; AMG §§ 2 I Nr. 2, 21 I 1

##### **Leitsatz: Ginkgo-Extrakt**

Hat ein Produkt ab einer bestimmten Menge eine pharmakologische Wirkung, so ist es als Funktionsarzneimittel anzusehen, wenn davon auszugehen ist, dass diese Menge bei Einhaltung der normalen Verzehrgeohnheiten aufgenommen wird. Eine auf dem Produkt angegebene Empfehlung, von dem Getränk täglich eine bestimmte, nicht präzise umschriebene Menge (hier: ein bis zwei Gläser) zu trinken, steht der Einordnung als Funktionsarzneimittel auch dann nicht entgegen, wenn diese Menge (bei Gläsern üblicher Größe) noch knapp unter der Grenze liegt, von der ab eine pharmakologische Wirkung nachgewiesen ist

#### C) ERINNERUNGSWERBUNG IM INTERNET

**BGH, Urt. v. 29.04.2010 – I ZR 202/07 –**

**RID 10-04-229**

www.bundesgerichtshof.de = juris = PharmR 2010, 402 = NJW-RR 2010, 1343 = GRUR 2010, 749  
UWG § 4 Nr. 11; ZPO § 253 II Nr. 2; HeilmWerbG § 4 I, V 2, VI; EGRL 83/2001 Art. 89 II, 91 II

##### **Leitsatz: Erinnerungswerbung im Internet**

1. Besteht zwischen den Parteien kein Streit darüber, dass die Pflichtangaben nach § 4 Abs. 1 HWG in der beanstandeten Werbung fehlen, sondern streiten sie nur darüber, in welchem Umfang durch die konkrete Verletzungshandlung nach der so genannten Kerntheorie eine Wiederholungsgefahr auch für andere Handlungsformen begründet wird, in denen das Charakteristische der beanstandeten Werbung zum Ausdruck kommt, so führt die Bezugnahme auf das Fehlen der gemäß § 4 Abs. 1 HWG vorgeschriebenen Pflichtangaben in der Formulierung des Verbotsantrags nicht zu dessen Unbestimmtheit.
2. Die Richtlinie 2001/83/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel schreibt den Mitgliedstaaten nicht vor, dass eine Erinnerungswerbung ausschließlich Angaben enthalten darf, die der Produktidentifizierung dienen.
3. Die in § 4 Abs. 5 Satz 2 HWG geregelte Freistellung von der grundsätzlichen Verpflichtung, die in § 4 Abs. 1 HWG genannten Angaben in die Werbung aufzunehmen, gilt für Werbung im Internet nur dann, wenn sie nach Art eines Videoclips in bewegten Bildern dargestellt wird, nicht dagegen auch dann, wenn sie in stehenden Bildern und Texten präsentiert wird.

## D) RABATTE DURCH APOTHEKER

### AA) EINKAUFSGUTSCHEIN VON 5 € FÜR REZEPTEINLÖSUNG UNZULÄSSIG

**BGH, Urt. v. 09.09.2010 – I ZR 193/07 –**

**RID 10-04-230**

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

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; AMG § 78; AMPreisV §§ 1 I, IV, 3; HeilMWerbG § 7 I 1 Nr. 1 Alt. 2 u. Nr. 2 bis 5

**Leitsatz:** UNSER DANKESCHÖN FÜR SIE

1. Ein Verstoß gegen die arzneimittelrechtliche **Preisbindung** liegt auch dann vor, wenn für das preisgebundene Arzneimittel zwar der korrekte Preis angesetzt wird, dem Kunden aber gekoppelt mit dem Erwerb des Arzneimittels Vorteile gewährt werden, die den Erwerb für ihn wirtschaftlich günstiger erscheinen lassen.

2. Die Bestimmungen der § 78 Abs. 2 Satz 2 und 3, Abs. 3 Satz 1 AMG, § 1 Abs. 1 und 4, § 3 AMPreisV sind **neben § 7 HWG** anwendbar.

3. Die Bestimmungen der § 78 Abs. 2 Satz 2 und 3, Abs. 3 Satz 1 AMG, § 1 Abs. 1 und 4, § 3 AMPreisV stellen **Marktverhaltensregelungen** i.S. des § 4 Nr. 11 UWG dar.

4. Ein Verstoß gegen die Bestimmungen des § 78 Abs. 2 Satz 2 und 3, Abs. 3 Satz 1 AMG, § 1 Abs. 1 und 4, § 3 AMPreisV ist dann nicht geeignet, die Interessen von Mitbewerbern und sonstigen Marktteilnehmern spürbar zu beeinträchtigen, wenn die für eine entsprechende Heilmittelwerbung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 3, 4 und 5 HWG bestehenden Grenzen eingehalten sind.

5. Bei einer Publikumswerbung stellt eine **Werbegabe im Wert von 5 €** keine geringwertige Kleinigkeit i.S. von § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Fall 2 HWG dar.

**Parallelverfahren:** **BGH, Urt. v. 09.09.2010 – I ZR 37/08 –**

**RID 10-04-231**

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

### BB) BONUSPUNKTE FÜR REZEPTEINLÖSUNG IM WERT VON 1 € ZULÄSSIG/GERINGWERTIGKEIT

**BGH, Urt. v. 09.09.2010 – I ZR 98/08 –**

**RID 10-04-232**

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

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; HeilMWerbG § 7 I 1 Nr. 1 Alt. 1

**Leitsatz:** Bonuspunkte

Bei einer Publikumswerbung stellt eine Werbegabe im Wert von einem Euro eine geringwertige Kleinigkeit i.S. von § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Fall 2 HWG dar.

**Parallelverfahren:** **BGH, Urt. v. 09.09.2010 – I ZR 125/08 –**

**RID 10-04-233**

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

**BGH, Urt. v. 09.09.2010 – I ZR 26/09 –**

**RID 10-04-234**

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

### CC) ANWENDBARKEIT DES ARZNEIMITTELPREISRECHTS AUF VERSANDHANDEL AUS EU-STAA TEN

**BGH, Beschl. v. 09.09.2010 – I ZR 72/08 –**

**RID 10-04-235**

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

SGB V § 129 I 1 Nr. 2; UWG §§ 3, 4 Nr. 11; AMG §§ 73 I 1 Nr. 1a, 78; AMPreisV §§ 1 I Nr. 2, 3; HeilMWerbG § 7 I; EGV 864/2007 Art. 6 I; EGV 864/2007 Art. 6 IV; EGRL 83/2001

**Leitsatz:** Sparen Sie beim Medikamentenkauf!

Dem Gemeinsamen Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes wird die Frage zur Entscheidung vorgelegt, ob das deutsche Arzneimittelpreisrecht auch für im Wege des Versandhandels nach Deutschland eingeführte Arzneimittel gilt.

Der BGH weist in seiner **Pressemitteilung** Nr. 99/10 v. 06.05.2010 darauf hin, dass sich hier außerdem die Frage gestellt habe, ob das deutsche **Arzneimittelpreisrecht** auch für im Wege des **Versandhandels nach Deutschland eingeführte Arzneimittel** gilt. In dem zugrunde liegenden Fall hatte eine in den Niederlanden ansässige Apotheke im Wege des Internet-Versandhandels Medikamente für den deutschen Markt angeboten und mit einem Bonussystem geworben, nach dem der Kunde beim Kauf verschreibungspflichtiger Medikamente auf Kassenrezept einen Bonus von 3% des Warenwerts, mindestens aber 2,50 Euro und höchstens 15 Euro pro verordneter Packung erhalten sollte. Der Bonus sollte unmittelbar mit dem Rechnungsbetrag oder im Rahmen einer künftigen Bestellung verrechnet werden. Der BGH möchte die Frage, ob das deutsche Arzneimittelpreisrecht auch für im Wege des Versandhandels nach Deutschland eingeführte Arzneimittel gilt, **bejahen**, sieht sich hieran aber **durch eine Entscheidung des 1. Senats des BSG gehindert**, der in anderem Zusammenhang entschieden hat, dass das deutsche Arzneimittelpreisrecht für solche Arzneimittel nicht gilt (BSG, Urt. v. 28.07.2008 - B 1 KR 4/08 R - BSGE 101, 161 Tz. 23 ff.). Diese Frage wird deshalb dem Gemeinsamen Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes zur Entscheidung vorgelegt.

## E) INVERKEHRBRINGEN VON IN-VITRO-DIAGNOSTIKA (BLUTZUCKERTESTSTREIFEN)

**BGH, Urt. v. 12.05.2010 – I ZR 185/07 –**

**RID 10-04-236**

www.bundesgerichtshof.de = juris = PharmR 2010, 485 = GesR 2010, 508  
MPG § 6 I 1; UWG § 4 Nr. 11

**Leitsatz:** One Touch Ultra

In-vitro-Diagnostika zur Eigenanwendung dürfen im Inland nur in Verkehr gebracht werden, wenn sie eine Gebrauchsanweisung und eine Etikettierung in deutscher Sprache enthalten, die vorab in einem (erneuten oder ergänzenden) Konformitätsbewertungsverfahren überprüft worden sind

## 4. BVERWG

### A) NACHZULASSUNG EINES HOMÖOPATHISCHEN ARZNEIMITTELS/AUFLAGE NIEDRIGERE DOSIERUNG

**BVerwG, Urt. v. 18.05.2010 – 3 C 25/09 –**

**RID 10-04-237**

www.bverwg.de = juris = A&R 2010, 186  
AMG §§ 22 III, 25 II 1 Nr. 2, 4 u. 5, 28 II, 105 Va

**Leitsatz:** Wird die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines homöopathischen Arzneimittels, das seit langem beanstandungsfrei eingesetzt wird, zusätzlich durch Anwendungsbeobachtungen belegt, kann die Behörde im Nachzulassungsverfahren die Vorgabe einer niedrigeren Dosierung nicht mit allgemeinen Empfehlungen der Kommission D zur Dosierung homöopathischer Arzneimittel begründen.

### B) APOTHEKENTERMINAL UNZULÄSSIG

**BVerwG, Urt. v. 24.06.2010 – 3 C 30/09 –**

**RID 10-04-238**

www.bverwg.de = juris = GesR 2010, 567 = NVwZ-RR 2010, 809  
ApoG § 7; ApoBetrO § 17 V, VI

**Leitsatz:** Die Abgabe von Arzneimitteln auf Verschreibung über ein Apothekenterminal genügt nicht den Dokumentationspflichten nach § 17 Abs. 5 und 6 der Apothekenbetriebsordnung. Die Bedienung des Apothekenterminals durch das Personal eines gewerblichen Dienstleisters verstößt gegen die Pflicht des Apothekers aus § 7 des Apothekengesetzes zur persönlichen Leitung der Apotheke in eigener Verantwortung.

Das **BVerwG** wies die Revision gegen **OVG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 07.07.2009 – 6 A 11397/08 – RID 09-03-256 zurück.

**Parallelverfahren: BVerwG, Urt. v. 24.06.2010 – 3 C 31/09 –**

**RID 10-04-239**

## 5. VERFASSUNGSMÄßIGKEIT DES APOTHEKENRECHTLICHEN SELBSTBEDIENUNGSVERBOTS

**OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.08.2010 – 13 A 182/08 –**

**RID 10-04-240**

juris  
ApBetrO § 17 I, III; BApO § 1; GG Art. 12 I

**Leitsatz:** Das Selbstbedienungsverbot für apothekenpflichtige Arzneimittel (§ 17 Abs. 3 ApBetrO) ist verfassungsgemäß und hat nach wie vor seine Berechtigung.

## 6. IRREFÜHRENDE WERBUNG MIT „HERVORRAGENDE LOKALE VERTRÄGLICHKEIT“

**OLG Hamm, Urt. v. 28.01.2010 – 3 U 102/09 –**

**RID 10-04-241**

juris = A&R 2010, 184  
UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5; HeilmWerbG § 3

**Leitsatz:** Die werbliche Aussage „Hervorragende lokale Verträglichkeit,2,3“ für ein Augentropfenpräparat zur Glaukombehandlung ist irreführend, wenn bei der Anwendung des Präparats nach dem Inhalt der Fachinformation „häufig“, d.h. bei 1% bis 10% der Patienten, Nebenwirkungen in Form verschwommenen Sehens, von Augenschmerzen, Augenreizung oder von Fremdkörpergefühl im Auge auftreten.

## 7. CLOPDIOGREL-HALTIGES GENERIKUM: „DIE SALZFORM SPIELT KEINE ROLLE!“

*OLG Hamburg, Urt. v. 26.08.2010 – 3 U 158/09 –*

RID 10-04-242

juris

AMG § 24b II; HeilMVerbG § 3; EGRL 83/2001 Art. 10 II Buchst. b; UWG §§ 3, 4 Nr. 11

**Leitsatz:** Die gegenüber Ärzten verwandte werbliche Angabe für ein Clopidogrel-haltiges Generikum „Original und Alternative: Die Salzform spielt keine Rolle!“ ist irreführend, wenn es am wissenschaftlichen Nachweis der damit behaupteten Irrelevanz des Salzes für die klinische Wirksamkeit fehlt. Der nach § 24b Abs. 2 AMG für die Zulassung erforderliche Bioäquivalenznachweis ist hierfür kein hinreichender Beleg.

## 8. IRREFÜHRENDE WERBUNG MIT PREISVORTEIL

*OLG Hamburg, Urt. v. 26.08.2010 – 3 U 12/10 –*

RID 10-04-243

juris

HeilMVerbG § 3; SGB V §§ 84, 106, 130a VIII; UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5

**Leitsatz:** Die an Ärzte gerichtete Werbung für ein Generikum mit der Angabe "...eine wirtschaftliche Alternative für Ihre Verordnung mit einem Preisvorteil bis zu 36 % gegenüber P." (Originalpräparat) ist irreführend, wenn die Berechnung der Ersparnis auf den in der sog. Lauer-Taxe verzeichneten Abgabepreisen basiert und aus der Angabe nicht hinreichend deutlich hervorgeht, dass der genannte Preisvorteil aufgrund des Bestehens von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und Originalhersteller für einen erheblichen Anteil der Verschreibungen nicht erzielt werden kann.

## 9. KEINE WERBUNG FÜR HOMÖOPATHISCHE ARZNEIMITTEL MIT ANWENDUNGSGEBIETEN IN FACHKREISEN

*OLG Hamm, Urt. v. 15.04.2010 – I-4 U 218/09 –*

RID 10-04-244

Revision zugelassen

juris = PharmR 2010, 408

HWG § 5

Nach § 5 HWG darf für **homöopathische Arzneimittel**, die nach dem Arzneimittelgesetz registriert oder von der Registrierung freigestellt sind, mit der Angabe von Anwendungsgebieten nicht geworben werden. Mangels nachgewiesener Wirkungen und entsprechender Überprüfungen soll der Verbraucher auch mittels des **Werbeverbots** vor einer fehlerhaften Selbstmedikation geschützt werden. Dabei wird grundsätzlich nicht zwischen Fachkreisen und Verbrauchern unterschieden.

Die Werbung mit der Angabe von Anwendungsgebieten unterfällt auch dann dem Werbeverbot des § 5 HWG, wenn sich die Informationen nur an das **Fachpublikum** richten. Fehlt es an der Möglichkeit, konkrete Anwendungsgebiete zu umreißen, so ist es konsequent, auch die Werbung mit Anwendungsgebieten generell zu verbieten.

## 10. PRODUKTHAFTUNG FÜR POTENZIELL FUNKTIONSUNTÜCHTIGE HERZSCHRITTMACHER

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 20.05.2010 – 1 U 99/09 –*

RID 10-04-245

juris = GesR 2010, 440

ProdHaftG § 3

**Leitsatz:** Ein **Konstruktionsfehler** kann nicht alleine auf die Erwägung gestützt werden, bei sicherheitstechnisch sensiblen Geräten (hier: Herzschrittmacher) müsse ein einzelnes Bauteil während der üblichen Nutzungszeit des Gerätes fehlerfrei funktionieren. Ein Fehler wird erst dadurch begründet, dass das Gerät insgesamt hinter dem **Sicherheitsstandard** vergleichbarer Geräte zurückbleibt.

Die Kl., ein gesetzlicher Krankenversicherer, nimmt die Bekl., die Vertriebsgesellschaft eines weltweiten tätigen Medizintechnikunternehmens, aus übergegangenem Recht mehrerer Versicherungsnehmer auf die Erstattung der Kosten des Austauschs von Herzschrittmachern in Anspruch, dies mit der Begründung, die bei den betroffenen Versicherungsnehmern implantierten Geräte seien im produkthaftungsrechtlichen Sinne nicht sicher genug gewesen. Dem liegt ein an Ärzte gerichtetes Rundschreiben der Rechtsvorgängerin der Bekl. zugrunde, in dem diese über bei einzelnen Herzschrittmachern an einer Dichtung aufgetretene Defekte berichtete, die zu einem vorzeitigen, unangekündigten Ende der Stimulation oder zu einer anhaltenden, maximalen und deshalb gefährlichen Stimulation führen könnten. Die Versicherungsnehmer ließen ihren Herzschrittmacher in der Folgezeit austauschen, nach Behauptung der Kl. wegen der Sorge, auch bei ihnen könne der im Informations-schreiben angesprochene Defekt auftreten. Soweit die Geräte der Versicherungsnehmer nach ihrem Austausch untersucht wurden, war kein Defekt festzustellen. Das **OLG** wies die Klage auf die Berufung der Bekl. ab.

## 11. ZULASSUNGSPFLICHT IM FALLE EINES NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTELS

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.10.2010 – 13 A 1187/10 –*

RID 10-04-246

juris

AMG §§ 2 I Nr. 1, 4 XVII, 21 I, IV

**Leitsatz:** 1. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) kann durch Feststellungsbescheid über die arzneimittelrechtliche Zulassungspflicht eines als Nahrungsergänzungsmittel angebotenen Produkts gegenüber dessen Hersteller und Vertreiber entscheiden.

2. Zur Abgrenzung von Lebensmittel und Arzneimittel (hier: Präsentationsarzneimittel).

## 12. ABGRENZUNG ARZNEIMITTEL/MEDIZINPRODUKT BEI „INFEKTBLOCKERN“ AUS ZUBEREITUNGEN AUS ZISTROSE

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.03.2010 – 13 A 2612/09 –*

RID 10-04-247

juris = GesR 2010, 438 = A&R 2010, 94 = PharmR 2010, 289 = GewArch 2010, 324

AMG §§ 2 IIIa, 21 IV; EGRL 83/2001 Art. 1 Nr. 2 Buchst b

**Leitsatz:** Voraussetzung für die Anwendung des § 2 Abs. 3a AMG n. F. (AMG 1976) ist die positive Feststellung der Arzneimitteleigenschaft des betreffenden Präparats sowie, dass es unter die Definition etwa eines Lebensmittels oder Medizinproduktes fallen kann.

Das *OVG* wies den Antrag der Kl. auf Zulassung der Berufung zurück.

## 13. NATRIUMFLUORIDHALTIGE DENTALPRODUKTE ALS MEDIZINPRODUKTE/ABGRENZUNG ARZNEIMITTEL

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.05.2010 – 13 A 156/06 –*

RID 10-04-248

juris = GesR 2010, 435 (Ls.)

AMG §§ 2 I, III Nr. 7, IIIa, 21 I, 69 I; MPG §§ 3 Nr. 1, 27 I, II; EGRL 83/2001; EGRL 47/2007 Art. V Buchst c; AEUV Art. 267; EG Art 234; EWGRL 42/93 Art. 1

**Leitsatz:** 1. Natriumfluoridhaltige Dentalprodukte zur lokalen Anwendung sind keine Funktionsarzneimittel. Denn deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung wird nicht durch pharmakologische Wirkung erreicht.

2. Solche Produkte fallen nicht unter die Anwendung der Zweifelsfallregelung, weil sie weder Funktionsarzneimittel noch Präsentationsarzneimittel sind, deren nicht-pharmakologische, nicht-immunologische oder nicht-metabolische Wirkung nicht feststeht.

Das *OVG* hob auf die Berufung der Kl. die Untersagungsverfügung der Bekl. zum weiteren Inverkehrbringen verschiedener Produkte als Medizinprodukte auf; bei den Produkten handelt es sich um natriumfluoridhaltige Präparate, die hauptsächlich für den Verkauf an Zahnarztpraxen vorgesehen sind und der Kariesprophylaxe dienen sollen. N. und N.K sind Gele mit einer Natriumfluoridkonzentration von 1,25 % für die Anwendung bei Erwachsenen und mit 0,615 % für die Anwendung bei Kindern; diese Gele werden durch den Zahnarzt mit Hilfe einer Applikationsschiene auf die Zähne aufgebracht. N1 ist ein Lack mit einer Natriumfluoridkonzentration von 0,15 %, der ebenfalls durch den Zahnarzt aufgetragen wird.

## 14. BEIHILFE

### A) HEILKRÄUTERZUBEREITUNGEN DER TRADITIONELLEN CHINESISCHEN MEDIZIN

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 31.08.2010 – 10 S 3384/08 –*

RID 10-04-249

juris

BhV Baden-Württemberg §§ 5 I 1, 6 I Nr. 2 S. 2, II Nr. 2

**Leitsatz:** 1. Für die Einstufung eines Präparats als **Arzneimittel** im Sinne der Beihilfeverordnung ist nicht auf die formelle arzneimittelrechtliche Definition, sondern allein auf die **materielle Zweckbestimmung** des Präparats und seine Eignung abzustellen, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper ein Krankheitsbild zu heilen oder zu lindern (wie VGH Bad.-Württ. Urteile vom 19.01.2010 - 4 S 1816/07 - PharmR 2010, 307 und vom 11.03.2010 - 10 S 3090/08 - PharmR 2010, 300). Ob das Mittel allgemein wissenschaftlich anerkannt ist oder eine solche Anerkennung zumindest erwartet werden kann, ist für die Einstufung als Arzneimittel im beihilferechtlichen Sinne ohne Belang.

2. Die Frage, ob ein Präparat geeignet ist, **Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen** und deshalb gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 BVO a. F. kein Anspruch auf Beihilfegewährung besteht, kann nicht

fallübergreifend-abstrakt, sondern lediglich im Hinblick auf die konkrete Anwendung und die medizinischen Besonderheiten beurteilt werden.

3. **Heilkräuterezubereitungen der Traditionellen Chinesischen Medizin** (sog. Dekokte) können im Einzelfall dann als beihilfefähige Arzneimittel anzusehen sein, wenn sie pharmakologisch hoch aktive Bestandteile enthalten und aus medizinischen Gründen nicht im Rahmen der täglichen Flüssigkeitszufuhr eingenommen werden dürfen.

4. Die **fehlende allgemeine wissenschaftliche Anerkennung** einer Behandlungsmethode steht einer Beihilfegewährung auch unter dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit und Angemessenheit im Sinne von § 5 Abs. 1 Satz 1 BVO nicht von vornherein entgegen. Vielmehr besteht ein Anspruch auf Beihilfe für eine wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode dann, wenn das Finanzministerium keine **Ausschlussentscheidung** auf der Grundlage von § 6 Abs. 2 Nr. 1 BVO a. F. getroffen hat und die Notwendigkeit der Behandlung mit einer derartigen Methode im Einzelfall bei Anlegung eines strengen Prüfungsmaßstabes nachgewiesen ist. Bei dieser Prüfung kommt der Beurteilung des zuständigen Amtsarztes eine besondere Bedeutung zu. Unerheblich ist in einer derartigen Fallgestaltung, ob nach dem Stand der Wissenschaft die begründete Aussicht auf eine wissenschaftliche Anerkennung der Therapiemethode besteht.

## B) BEIHILFE FÜR MEDIZINPRODUKTE

*OVG Saarland, Urt. v. 23.08.2010 – 1 A 331/09 –*

RID 10-04-250

juris

AMG § 7 III Nr. 7; BhV Saarland § 5 I Nr. 6; MPG § 3 Nr. 1a

**Leitsatz:** Für das saarländische Beihilferecht ist (auch) für den Zeitraum vor dem 1.1.2009 von einem im Vergleich zum Arzneimittelgesetz weiter gefassten beihilferechtlichen Arzneimittelbegriff auszugehen, nach welchem die Einstufung eines ärztlich verordneten Mittels als Medizinprodukt der Beihilfefähigkeit nicht zwingend entgegensteht.

## V. Verschiedenes

### 1. EGMR

#### A) ÜBERLANGE VERFAHRENSDAUER: PILOTVERFAHREN GEGEN DEUTSCHLAND

*EGMR, Urt. v. 02.09.2010 - 46344/06 -*

RID 10-04-251

juris = NJW 2010, 3355

EMK Art. 6 I; 13, 46

Der Gerichtshof weist erneut darauf hin, dass die **Angemessenheit der Verfahrensdauer** im Lichte der Umstände der Rechtssache sowie unter Berücksichtigung folgender Kriterien zu beurteilen ist: die Komplexität des Falles, das Verhalten des Beschwerdeführers und der zuständigen Behörden sowie die Bedeutung des Rechtsstreits für den Beschwerdeführer (s. u.v.a. Frydlander ./ Frankreich [GK], Individualbeschwerde Nr. 30979/96, Rdnr. 43, ECHR 2000-VII).

Treibt ein OVG das **Verfahren (Instanzdauer: 8 Jahre)** für über eineinhalb Jahre nicht voran, benötigt es für die Wiedererlangung fehlender Akten 2 Jahre und 7 Monate, was in die Verantwortung des beschwerdegegnerischen Staates fällt und wird für fast drei Jahre kein neuer Termin anberaumt, so ist die Dauer des Verfahrens überlang und entspricht nicht dem Erfordernis der „angemessenen Frist“. Der Gerichtshof weist erneut darauf hin, dass Art. 13 EMRK unmittelbar Ausdruck der in Art. 1 EMRK verankerten Pflicht der Staaten ist, die Menschenrechte in erster Linie innerhalb ihrer eigenen Rechtsordnung zu schützen. Er verlangt deshalb, dass die Staaten einen **innerstaatlichen Rechtsbehelf** vorsehen, damit über eine „vertretbare Rüge“ einer **Konventionsverletzung** der Sache nach entschieden und geeigneter Rechtsschutz gewährt wird (siehe Kudła ./ Polen [GK], Individualbeschwerde Nr. 30210/96, Rdnr. 152, ECHR 2000-XI). I

**Der Gerichtshof weist erneut auf seine neuere Rechtsprechung hin, wonach das deutsche Recht keinen wirksamen Rechtsbehelf vorsieht, der geeignet ist, Abhilfe für die unangemessene Dauer zivilrechtlicher Verfahren zu schaffen** (siehe Sürmeli, a.a.O., Rdnrn. 103-108, ECHR 2006-VII, und H. ./ Deutschland, Individualbeschwerde Nr. 20027/02, Rdnrn. 63-68, 11. Januar 2007).

Das Fehlen eines wirksamen Rechtsbehelfs in Bezug auf eine Rüge der überlangen Verfahrensdauer verletzt Art. 13 EMRK, wenn es an **einem innerstaatlichen Rechtsbehelf fehlt**, mit dem der

Beschwerdeführer eine Entscheidung hätte erwirken können, die sein Recht auf Verhandlung seiner Sache innerhalb einer angemessenen Frist gewahrt hätte.

**Der Gerichtshof stellt fest, dass die vorliegende Rechtssache ein immer wieder auftretendes Problem zum Gegenstand hat, das den vom Gerichtshof in Bezug auf Deutschland bisher festgestellten Konventionsverletzungen am häufigsten zugrunde liegt; über die Hälfte seiner Urteile gegen Deutschland, in denen eine Konventionsverletzung festgestellt wurde, betraf die überlange Dauer von Gerichtsverfahren.**

Der Gerichtshof weist erneut darauf hin, dass **Art. 46 EMRK** den beschwerdegegnerischen Staat rechtlich dazu verpflichtet, unter Überwachung durch das Ministerkomitee geeignete allgemeine bzw. individuelle Maßnahmen zu treffen, um das Recht des Beschwerdeführers, das der Gerichtshof als verletzt angesehen hat, zu sichern.

Der Gerichtshof hält es für angemessen, im vorliegenden Fall insbesondere wegen der wiederkehrenden und anhaltenden Natur der zugrunde liegenden Probleme, wegen der Anzahl der betroffenen Personen in **Deutschland** und wegen der Notwendigkeit, ihnen auf innerstaatlicher Ebene zügige und angemessene Wiedergutmachung zu leisten, ein **Piloturteilsverfahren** durchzuführen.

**Der Gerichtshof stellt fest, dass er von 1959 bis 2009 in mehr als vierzig Fällen Urteile gegen Deutschland erlassen hat, in denen er immer wieder Verletzungen der Konvention wegen der überlangen Dauer von Zivilverfahren festgestellt hat. Allein im Jahr 2009 wurden 13 solche Verletzungen des Gebots der angemessenen Frist festgestellt.**

Obgleich der Gerichtshof die **neueste Gesetzesinitiative** begrüßt, stellt er auch fest, dass der beschwerdegegnerische Staat trotz der einschlägigen ständigen Rechtsprechung des Gerichtshofs zu dieser Frage **bisher tatsächlich keine Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in Kraft gesetzt hat.**

Der Gerichtshof kommt zu dem Schluss, dass die im vorliegenden Urteil festgestellten Verletzungen weder durch ein einmaliges Ereignis hervorgerufen wurden, noch besonderen Wendungen in dieser Sache zuzuschreiben sind, sondern dass sie die **Folge von Unzulänglichkeiten des beschwerdegegnerischen Staates sind.** Dementsprechend muss die Situation in der vorliegenden Rechtssache als das Ergebnis einer mit der Konvention unvereinbaren Praxis gewertet werden (siehe Bottazzi ./ Italien [GK], Individualbeschwerde Nr. 34884/97, Rdnr. 22, ECHR 1999-V).

Der Gerichtshof ist der Auffassung, dass eine fortlaufende Bearbeitung aller Fälle von überlanger Verfahrensdauer in der gewohnten Art und Weise den beschwerdegegnerischen Staat regelmäßig an seine **Verpflichtung erinnern wird**, die sich aus der Konvention und insbesondere aus diesem Urteil ergibt.

Im Hinblick auf immateriellen Schaden ist der Gerichtshof der Auffassung, dass der Beschwerdeführer einen solchen **Schaden** erlitten haben muss. Er entscheidet nach Billigkeit und spricht ihm unter dieser Rubrik **10.000 €** zu.

Der beschwerdegegnerische Staat hat **unverzüglich, und spätestens ein Jahr** nachdem dieses Urteil endgültig geworden ist, einen **wirksamen innerstaatlichen Rechtsbehelf** oder eine Kombination solcher Rechtsbehelfe einzuführen, mit denen eine angemessene und hinreichende Wiedergutmachung für überlange Verfahren gewährleistet werden kann, und zwar im Einklang mit den Grundsätzen der Konvention, wie sie in der Rechtsprechung des Gerichtshofs niedergelegt sind;

## **B) ÜBERLANGE VERFAHRENSDAUER/RUHEN/ABWARTEN OBERGERICHTLICHER ENTSCHEIDUNG**

*EGMR, Urt. v. 01.04.2010 – 12852/08 -*

RID 10-04-252

juris

EMK Art. 6 I; EstG § 62 II; BKGG § 1 III

Die Zeiträume, in denen ein Beschwerdeführer den **Aufforderungen eines Gerichts** nicht nachkommt, können nicht den innerstaatlichen Gerichten angelastet werden.

Erklären sich die Beteiligten mit einer Aussetzung des Verfahrens einverstanden (**Ruhen des Verfahrens**), so kann dieser Zeitraum nicht den innerstaatlichen Gerichten angelastet werden.

Es kann unter Umständen angemessen sein, dass eine **Entscheidung eines Bundesgerichts**, die für den Fall von unmittelbarer Bedeutung ist, abgewartet wird. Ein Zeitraum von drei Jahren und neun Monaten ist insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass das Verfahren bereits seit mehreren Jahren anhängig ist, allein durch den Hinweis auf den Grundsatz der Prozessökonomie nur schwer zu rechtfertigen. Erklärt das **BVerfG** in diesem Zeitraum ein Gesetz für verfassungswidrig, so kann es

gerechtfertigt sein, dass das Gericht die Neuregelung durch den Gesetzgeber in der **Übergangszeit** abwartet.

Art. 6 I MRK ist verletzt, wenn die **Gesamtdauer des Verfahrens (hier: mehr als zwölf Jahre)** nach den Umständen der Rechtssache sowie unter Berücksichtigung der Komplexität des Falles, des Verhaltens des Beschwerdeführers sowie der zuständigen Behörden und der Bedeutung des Rechtsstreits für den Beschwerdeführer nicht als angemessen angesehen werden kann.

Die **Feststellung einer Verletzung** von Art. 6 I MRK kann eine ausreichende **Wiedergutmachung** für den **immateriellen Schaden** darstellen.

### C) ÜBERLANGE VERFAHRENSDAUER/ABWARTEN ENTSCHEIDUNG DES BVERFG

*EGMR, Urt. v. 16.09.2010 – 16386/07 -*

RID 10-04-253

juris

EMK Art. 6 I; SGG § 88 I

Art. 6 I MRK ist nicht verletzt, wenn die **Gesamtdauer des Verfahrens** (hier: fünf Jahre und elf Monate für das Widerspruchsverfahren und drei gerichtliche Instanzen) im Lichte der Umstände der Rechtssache sowie unter Berücksichtigung der Komplexität des Falles, des Verhaltens des Beschwerdeführers und der zuständigen Behörden sowie der Bedeutung des Rechtsstreits für den Beschwerdeführer noch als angemessenen angesehen werden kann.

Hat das LSG - aufgrund der Ankündigung des Vertreters des Beschwerdeführers, er strebe eine **Leitentscheidung des BVerfG** an - vor Erlass seines Urteils eine Entscheidung dieses Gerichts **abgewartet** und war die zu klärende Frage bis zu diesem Zeitpunkt „nur“ vom BSG und für den Beschwerdeführer ungünstig entschieden worden, so war es aus Sicht des LSG angemessen abzuwarten (hier: 2 Jahre und 8 Monate), bis die verfassungsrechtlichen Fragen der Rechtssache ebenfalls geklärt waren.

## 2. EUGH

### A) KRANKENHAUSBEHANDLUNG IN ANDEREM EU-STAAAT/KEINE ZUSÄTZLICHE KOSTENERSTATTUNG

*EuGH, Urt. v. 15.06.2010 - C-211/08 -*

RID 10-04-254

curia.europa.eu = juris

EWGV 1408/71 Art. 22 I Buchst. a Ziff. i u. c; EG Art. 49

Europäische Kommission/Königreich Spanien

Im Fall einer **nicht geplanten Krankenhausbehandlung**, die während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat durchgeführt wird, ist Letzterer nicht verpflichtet, dem Patienten die Kosten zu erstatten, die ihm in dem Staat auferlegt wurden, in dem die Behandlung stattgefunden hat.

Der Träger des Versicherungsmitgliedstaats ist nur verpflichtet, dem **Träger** des Staates, in dem diese Behandlung durchgeführt wurde, die **Kosten zu erstatten**, die dieser Träger nach Maßgabe des in diesem Aufenthaltsmitgliedstaat geltenden Deckungsniveaus getragen hat.

### B) KOSTENERSTATTUNG EINER AUSLANDSBEHANDLUNG: GENEHMIGUNG FÜR GROßGERÄTELEISTUNG

*EuGH, Urt. v. 05.10.2010 - C-512/08 -*

RID 10-04-255

curia.europa.eu = juris

EWGV 1408/71 Art. 22 I; EG Art. 49

Europäische Kommission/ Französische Republik

(...) Die im Code de la santé publique abschließend aufgezählten **medizinischen Großgeräte** müssen aber **unabhängig davon, ob sie innerhalb oder außerhalb von Krankenhäusern** aufgestellt oder benutzt werden, wegen ihrer besonders hohen Kosten Gegenstand einer Planungspolitik sein können, wie sie durch die französische Regelung definiert wird, insbesondere, was ihre Zahl und ihre geografische Verteilung betrifft, um dazu beizutragen, im gesamten Staatsgebiet ein Angebot an Spitzen-Behandlungsleistungen zu gewährleisten, das rationell, stabil, ausgewogen und gut zugänglich ist, aber auch, um jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen soweit wie möglich zu verhindern. Beispielsweise belaufen sich die Anschaffungs- und Benutzungskosten für

die bei der Krebserkennung und –behandlung notwendigen Geräte auf Tausende oder sogar Millionen Euro.

Angesichts der Gefahren sowohl für die Organisation der öffentlichen Gesundheitspolitik als auch für das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit stellt das Erfordernis einer **vorherigen Genehmigung** für diese Art von Behandlungen folglich beim gegenwärtigen Stand des Unionsrechts eine **gerechtfertigte Einschränkung** dar.

(...) Hierzu stellt der Gerichtshof fest, dass ein Patient nach den französischen Bestimmungen im Fall von in einem anderen Mitgliedstaat erbrachten **Krankenhausbehandlungen** Anspruch auf eine Kostenerstattung unter den gleichen Bedingungen, wie wenn die Behandlung in Frankreich durchgeführt worden wäre, und in den Grenzen der dem Sozialversicherten tatsächlich entstandenen Kosten hat. Diese Bestimmungen umfassen somit das Recht der Versicherten des französischen Systems auf eine ergänzende Erstattung zu Lasten des zuständigen französischen Trägers im Fall von Unterschieden der Niveaus der sozialen Absicherung zwischen dem Staat der Versicherungszugehörigkeit und dem Staat der Krankenhauspflege, auf den die Rechtsprechung des Gerichtshofs abstellt.

Die Klage der Kommission gegen Frankreich wird daher insgesamt abgewiesen.

Auszug aus Pressemitteilung Nr. 97/10

### 3. BVERFG

#### A) PRÜFUNG DER VORLAGEPFLICHT AN EUGH

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 30.08.2010 – 1 BvR 1631/08 –*

RID 10-04-256

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

GG Art. 101 I 2; BVerfGG § 93c I 1; UrhG § 54a

Auf Verfassungsbeschwerde wird **BGH**, Urt. v. 06.12.2007 – I ZR 94/05 - BGHZ 174, 359 = NJW 2008, 75 aufgehoben und die Sache an den BGH zurückverwiesen.

Der **EuGH** ist **gesetzlicher Richter** im Sinne von Art. 101 I 2 GG. Das nationale Gericht ist unter den Voraussetzungen des Art. 267 III AEUV von Amts wegen gehalten, den Gerichtshof anzurufen (vgl. BVerfGE 82, 159 <192 f.>). Nach der Rechtsprechung des EuGH muss ein nationales letztinstanzliches Gericht seiner Vorlagepflicht nachkommen, wenn sich in einem bei ihm schwebenden Verfahren eine Frage des Gemeinschaftsrechts stellt, es sei denn, das Gericht hat festgestellt, „dass die gestellte Frage nicht entscheidungserheblich ist, dass die betreffende gemeinschaftsrechtliche Frage bereits Gegenstand einer Auslegung durch den Gerichtshof war oder dass die richtige Anwendung des Gemeinschaftsrechts derart offenkundig ist, dass für einen vernünftigen Zweifel keinerlei Raum bleibt“ (EuGH, Urt. v. 06.10.1982 - Rs. 283/81 CILFIT -, amtl. Slg. 1982, S. 03415, NJW 1983, S. 1257 <1258>). Die Entscheidungserheblichkeit der europarechtlichen Frage für den Ausgangsstreit hingegen beurteilt allein das nationale Gericht (vgl. BVerfGE 82, 159 <194>).

Nach der ständigen Kammerrspr. des BVerfG hat das **Fachgericht Gründe** anzugeben, die zeigen, ob es sich hinsichtlich des europäischen Rechts ausreichend kundig gemacht hat, und die so dem Bundesverfassungsgericht eine Kontrolle am Maßstab des Art. 101 I 2 GG ermöglichen (vgl. BVerfGK 8, 401 <405>; 10, 19 <31>; BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 09.01.2001 - 1 BvR 1036/99 - NJW 2001, 1267 <1268>; 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 14.05.2007 - 1 BvR 2036/05 - NVwZ 2007, S. 942 <945>, v. 20.02.2008 - 1 BvR 2722/06 - NVwZ 2008, S. 780 <781> u. v. 25.02.2010, aaO.).

#### B) ÜBERLANGE VERFAHRENSDAUER VERLETZT RECHT AUF EFFEKTIVEN RECHTSSCHUTZ

*BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 24.08.2010 – 1 BvR 331/10 –*

RID 10-04-257

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

GG Art. 19 VI

Die überlange Verfahrensdauer in dem Klageverfahren vor dem SG Osnabrück – S 13 KR 191/06 – verletzt den Beschwerdeführer in seinem Grundrecht aus Artikel 19 IV 1 GG.

Art. 19 IV GG gewährleistet nicht nur das formelle Recht, die Gerichte gegen jede behauptete Verletzung subjektiver Rechte durch ein Verhalten der öffentlichen Gewalt anzurufen, sondern auch die **Effektivität des Rechtsschutzes**. Wirksam ist nur ein **zeitgerechter Rechtsschutz**. Im Interesse der Rechtssicherheit sind strittige Rechtsverhältnisse in angemessener Zeit zu klären (vgl. BVerfGE

60, 253 <269>; 88, 118 <124>; 93, 1 <13>). Dem Grundgesetz lassen sich allerdings keine allgemein gültigen Zeitvorgaben dafür entnehmen, wann von einer überlangen, die Rechtsgewährung verhindernden und damit unangemessenen Verfahrensdauer auszugehen ist; dies ist vielmehr eine Frage der **Abwägung im Einzelfall** (vgl. BVerfGE 55, 349 <369>; BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 20.09.2007 - 1 BvR 775/07 - NJW 2008, 503 <503>; BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 24.09.2009 - 1 BvR 1304/09 - GesR 2009, 651).

Es sind **sämtliche Umstände des Einzelfalls** zu berücksichtigen, insbesondere die Natur des Verfahrens und die Bedeutung der Sache für die Parteien, die Auswirkungen einer langen Verfahrensdauer für die Beteiligten, die Schwierigkeit der Sachmaterie, das den Beteiligten zuzurechnende Verhalten, insbesondere Verfahrensverzögerungen durch sie, sowie die gerichtlich nicht zu beeinflussende Tätigkeit Dritter, vor allem der Sachverständigen (vgl. BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 20.07.2000 - 1 BvR 352/00 - NJW 2001, 214 <215>). Dagegen kann sich der Staat nicht auf solche Umstände berufen, die in seinem Verantwortungsbereich liegen (vgl. BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 14.10.2003 - 1 BvR 901/03 - NVwZ 2004, 334 <335>).

Ein Verfahren über eine krankenversicherungsrechtliche Statusfrage, das auch Auswirkungen auf die Forderungen eines Krankenhausträgers von über 86.000 € hat, fast **vier Jahre anhängig** und jedenfalls seit April 2007 sitzungsreif war und die als weitere Ermittlung lediglich eine Zeugenvernehmung erfordert, aber erst im März 2010 entschieden wird, hat eine verfassungswidrig lange Verfahrensdauer. Die **hohe Verfahrensbelastung der Sozialgerichtsbarkeit erster Instanz** ist für sich genommen jedoch kein Grund, der eine längere Verfahrensdauer rechtfertigt (vgl. BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 14.10.2003 - 1 BvR 901/03 - NVwZ 2004, 334 <335>).

### C) ANGEMESSENHEIT DER DAUER EINES VERFAHRENS

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.10.2010 – 1 BvR 772/10 –*

RID 10-04-258

www.bundesverfassungsgericht.de = juris  
GG Art. 2 I, 20 III

Die Untätigkeit des LG Dortmund im Verfahren 21 O 364/07 nach dem rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens 21 O 64/03 verletzt den Bf. in seinem Grundrecht aus Art. 2 I GG i.V.m. dem Rechtsstaatsprinzip (Art. 20 III GG).

In der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung ist anerkannt, dass sich aus Art. 2 I GG i.V.m. dem Rechtsstaatsprinzip (Art. 20 III GG) die Gewährleistung eines **wirkungsvollen Rechtsschutzes** im materiellen Sinne für bürgerlichrechtliche Streitigkeiten ableiten lässt (vgl. BVerfGE 82, 126 <155>; 93, 99 <107>) und sich daraus die Verpflichtung der Fachgerichte ergibt, Gerichtsverfahren in angemessener Zeit zu einem Abschluss zu bringen (vgl. BVerfGE 55, 349 <369>; 60, 253 <269>; 93, 1 <13>). Die **Angemessenheit der Dauer eines Verfahrens** ist stets nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles zu bestimmen (vgl. BVerfGE 55, 349 <369>). Es gibt keine allgemeingültigen Zeitvorgaben; verbindliche Richtlinien können auch der Rechtsprechung des EGMR nicht entnommen werden (vgl. BVerfG, Beschl. der 1. Ka. des 1. Sen. v. 06.05.1997 - 1 BvR 711/96 - NJW 1997, 2811; EGMR, Dritte Sektion, Urt. v. 11.01.2007 - 20027/02 Herbst/Deutschland -, NVwZ 2008, 289 <291> Rn. 75). Die Verfahrensgestaltung obliegt in erster Linie dem mit der Sache befassten Gericht. Sofern der Arbeitsanfall die alsbaldige Bearbeitung und Terminierung sämtlicher zur Entscheidung anstehender Fälle nicht zulässt, muss das Gericht hierfür zwangsläufig eine zeitliche Reihenfolge festlegen (vgl. BVerfGE 55, 349 <369>).

Bei der verfassungsrechtlichen Beurteilung der Frage, **ab wann ein Verfahren unverhältnismäßig lange dauert**, sind sämtliche Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen, insbesondere die Natur des Verfahrens und die Bedeutung der Sache für die Parteien (vgl. BVerfGE 46, 17 <29>), die Auswirkungen einer langen Verfahrensdauer für die Beteiligten (vgl. BVerfG, Beschl. der 1. Ka. des 1. Sen. v. 06.05.1997, a.a.O., S. 2812), die Schwierigkeit der Sachmaterie, das den Beteiligten zuzurechnende Verhalten, insbesondere Verfahrensverzögerungen durch sie sowie die gerichtlich nicht zu beeinflussende Tätigkeit Dritter, vor allem der Sachverständigen (vgl. BVerfG, Beschl. der 1. Ka. des 1. Sen. v. 20.07.2000 - 1 BvR 352/00 - NJW 2001, 214 <215>). Dagegen kann sich der Staat nicht auf solche Umstände berufen, die in seinem Verantwortungsbereich liegen (vgl. BVerfG, Beschl. der 3. Ka. des 1. Sen. v. 14.10.2003 - 1 BvR 901/03 - NVwZ 2004, 334 <335>). Ferner haben die Gerichte auch die Gesamtdauer des Verfahrens zu berücksichtigen und sich mit zunehmender Dauer nachhaltig um eine Beschleunigung des Verfahrens zu bemühen (vgl. BVerfG, Beschl. der 1. Ka. des 1. Sen. v. 20.07.2000, a.a.O., S. 215).

Eine **Untätigkeit von 18 Monaten** nach einer Berufungsentscheidung kann unzulässig sein.

## D) ÜBERLANGE VERFAHRENSDAUER/HINWEIS U. BESCHLUSS ÜBER VERFAHRENSBEENDIGUNG

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 24.09.2009 – 1 BvR 1304/09 –*

RID 10-04-259

www.bundesverfassungsgericht.de = juris = GesR 2009, 651 = EuGRZ 2009, 699 = NZS 2010, 381

GG Art. 19 IV

Die Untätigkeit des SG Gotha hinsichtlich des von der Bf. mit Schriftsatz vom 02.04.2000 im Verfahren S 7 KA 35/00 (später S 7 KA 2206/00) anhängig gemachten Klagebegehrens verletzt die Bf. in ihrem Grundrecht aus Art. 19 IV GG.

Art. 19 IV GG gewährleistet nicht nur das formelle Recht, die Gerichte gegen jede behauptete Verletzung subjektiver Rechte durch ein Verhalten der öffentlichen Gewalt anzurufen, sondern auch die **Effektivität des Rechtsschutzes**. Wirksam ist nur ein zeitgerechter Rechtsschutz. Im Interesse der Rechtssicherheit sind strittige Rechtsverhältnisse in angemessener Zeit zu klären (vgl. BVerfGE 60, 253 <269>; 88, 118 <124>; 93, 1 <13>). Dem Grundgesetz lassen sich allerdings keine allgemein gültigen Zeitvorgaben dafür entnehmen, wann von einer überlangen, die Rechtsgewährung verhindernden und damit unangemessenen Verfahrensdauer auszugehen ist; dies ist vielmehr eine Frage der Abwägung im Einzelfall (vgl. BVerfGE 55, 349 <369>; BVerfG, Beschl. der 3. Ka. des 1. Sen. v. 20.09.2007 - 1 BvR 775/07 - NJW 2008, 503 <503>).

Über den Abschluss des im April 2000 eingeleiteten erstinstanzlichen Verfahrens der Beschwerdeführerin besteht infolge der Untätigkeit des Sozialgerichts nach inzwischen **über neun Jahren** noch keine Klarheit. Dies ist nicht hinnehmbar.

Geht ein Beteiligter für das Gericht ersichtlich nicht davon aus, das Verfahren sei bereits beendet, so ist den Grundsätzen von Rechtssicherheit und Rechtsklarheit nur entsprochen, wenn der Betroffene über den Umstand der entfallenen Rechtshängigkeit zumindest einen gerichtlichen Hinweis erhält. Dann kann der Beteiligte, sofern er die Auffassung des Gerichts nicht teilt, sachdienlich reagieren und die Fortsetzung des Verfahrens beantragen, um sein Klagebegehren weiterzuverfolgen. In diesem Fall hat das Gericht eine **rechtsförmige Entscheidung** darüber zu treffen, mit der entweder die Feststellung der Beendigung des Rechtsstreits oder - anderenfalls - eine Sachentscheidung getroffen wird.

## E) ÜBERLANGE VERFAHRENSDAUER/BESCHLEUNIGUNGSGEBOT

*BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 02.09.2009 – 1 BvR 3171/08 –*

RID 10-04-260

www.bundesverfassungsgericht.de = juris = AnwBl 2009, 801 = EuGRZ 2009, 695

GG Art. 2 I, 20 III

Die Rechte der Beschwerdeführerin aus 2 I GG i.V.m. dem Rechtsstaatsprinzip (Art. 20 III GG) werden dadurch verletzt, dass es das LG Hannover unterlassen hat, in dem Verfahren 9 O 20/95 in angemessener Zeit eine Entscheidung über die in dem Rechtsstreit von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Ansprüche zu treffen. In der verfassungsrechtlichen Rechtsprechung ist anerkannt, dass sich aus Art. 2 I 1 GG i.V.m. dem Rechtsstaatsprinzip (Art. 20 III GG) die **Gewährleistung eines wirkungsvollen Rechtsschutzes** im materiellen Sinn für bürgerlichrechtliche Streitigkeiten ableiten lässt (vgl. BVerfGE 82, 126 <155>; 93, 99 <107>) und sich daraus die Verpflichtung der Fachgerichte ergibt, Gerichtsverfahren in angemessener Zeit zu einem Abschluss zu bringen (vgl. BVerfGE 55, 349 <369>; 60, 253 <269>; 93, 1 <13>). Die Angemessenheit der Dauer eines Verfahrens ist stets nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles zu bestimmen (vgl. BVerfGE 55, 349 <369>).

Es ist nach Abwägung sämtlicher Umstände verfassungsrechtlich nicht mehr hinnehmbar, dass das **erstinstanzliche Verfahren nach über 14 Jahren** noch nicht abgeschlossen ist.

Bei zunehmender Verfahrensdauer kann ein Verfahren nicht wie ein gewöhnlicher, wenn auch komplizierter Rechtsstreit behandelt werden. Jedenfalls nach wenigen Jahren muss das Gericht sämtliche ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der **Verfahrensbeschleunigung** nutzen.

## 4. BGH

### A) GERECHTFERTIGTE STERBEHILFE DURCH BEHANDLUNGSABBRUCH/ANWALT FREIGESPROCHEN

**BGH, Urt. v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 –**

**RID 10-04-261**

www.bundesgerichtshof.de = juris = NJW 2010, 2963 = GesR 2010, 536  
StGB §§ 13, 212, 216; BGB § 1901a

**Leitsatz:** 1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (**Behandlungsabbruch**) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch **Unterlassen** als auch durch **aktives Tun** vorgenommen werden.

3. **Gezielte Eingriffe** in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich

### B) NACHHOLUNG DER ENTSCHEIDUNG ÜBER ZULASSUNG DER BERUFUNG DURCH BERUFUNGSGERICHT

**BGH, Beschl. v. 27.04.2010 – VIII ZB 91/09 –**

**RID 10-04-262**

www.bundesgerichtshof.de = juris  
ZPO §§ 9, 511 IV 1 Nr. 1, 522

**Leitsatz:** Hat das erstinstanzliche Gericht keine Veranlassung gesehen, die Berufung nach § 511 Abs. 4 Satz 1 ZPO zuzulassen, weil es den Streitwert auf über 600 € festgesetzt hat, und hält das Berufungsgericht diesen Wert für nicht erreicht, muss das Berufungsgericht die Entscheidung darüber nachholen, ob die Voraussetzungen für die Zulassung der Berufung nach § 511 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 ZPO erfüllt sind (Bestätigung BGH, 14.11.2007 - VIII ZR 340/06 - NJW 2008, 218).

### C) VORAUSSETZUNGEN EINER ZWANGSMEDIKATION

**BGH, Beschl. v. 22.09.2010 – XII ZB 135/10 –**

**RID 10-04-263**

www.bundesgerichtshof.de = juris  
BGB § 1906 I Nr. 2

**Leitsatz:** Zu den Voraussetzungen der Genehmigung einer Zwangsmedikation bei der Unterbringung des Betroffenen gemäß § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB.

## 5. BSG: KOSMETISCHER EINGRIFF ALS TÄTLICHER ANGRIFF I.S.D. OPFERENTSCHÄDIGUNGSGESETZES

**BSG, Urt. v. 29.04.2010 – B 9 VG 1/09 R – SozR 4-3800 § 1 Nr. 17**

**RID 10-04-264**

OEG § 1 I 1; StGB §§ 223 I, 224 I Nr. 5, 229

**Leitsatz:** Ein als vorsätzliche Körperverletzung strafbarer ärztlicher Eingriff ist dann ein tätlicher Angriff im Sinne des OEG, wenn er aus der Sicht eines verständigen Dritten in keiner Weise dem Wohle des Patienten dient.

Die 1954 geb. Kl. litt an erheblichem Übergewicht, Herzschwäche, Bluthochdruck, Lungenschwäche, insulinpflichtiger Zuckerkrankheit und einer Darmerkrankung, als sie von einem Gynäkologen eine Fettabsaugung durchführen ließ, ohne von diesem zuvor über die damit verbundenen Risiken und andere wichtige Umstände aufgeklärt worden zu sein. Danach kam es bei der Kl. zu gesundheitlichen Schwierigkeiten. Einige Monate später versuchte der Arzt, eine bestehende Fettschürze zu korrigieren, und saugte weiteres Fett ab. Dies führte zu erheblichen Gesundheitsstörungen, die im Krankenhaus behandelt werden mussten. Bezüglich dieser beiden Eingriffe wurde der Arzt wegen vorsätzlicher gefährlicher Körperverletzung unter Einbeziehung zahlreicher weiterer Taten zum Nachteil anderer Patienten zu einer mehrjährigen Freiheitsstrafe verurteilt. Den Antrag der Kl. auf Gewährung von **Gewaltopferentschädigung** lehnte das seinerzeit zuständige **Versorgungsamt** ab, weil es an einem vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff fehle. **Ärztliche Kunstfehler würden nicht vom Opferentschädigungsgesetz erfasst.** *SG Aachen*, Urt. v. 21.12.2006 – S 3 VG 163/04 verurteilte das Land, bei der Kl. vorliegende Gesundheitsstörungen als Schädigungsfolgen nach dem Opferentschädigungsgesetz anzuerkennen; *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 21.05.2008 – L 10 VG 6/07 – RID 09-04-257 wies die Berufung zurück. Der inzwischen zuständig gewordene Landschaftsverband verfolgt mit der Revision sein Ziel weiter, eine Abweisung der Klage zu erreichen. Das **BSG** wies die Revision zurück.

## 6. KRANKENHÄUSER

### A) KÜNDIGUNG EINES HEBAMMEN-BELEGVERTRAGS DURCH KRANKENHAUSTRÄGER

*OLG Saarbrücken, Urt. v. 13.07.2010 – 4 U 496/09 –*

RID 10-04-265

juris  
BGB § 826 II 1

**Leitsatz:** Ein zwischen einer Hebamme und einem Krankenhausträger abgeschlossener Vertrag, der der Hebamme unter Auferlegung beiderseitiger Pflichten die Tätigkeit einer Beleghebamme ermöglicht, unterliegt als freies Dienstverhältnis der Besetzungsbestimmung des § 626 BGB. Bei Ausspruch einer außerordentlichen Kündigung ist die Frist des § 626 Abs. 2 S. 1 BGB zu wahren.

### B) KEINE AUFNAHME IN DEN KRANKENHAUSPLAN TROTZ VERSORGUNGSVERTRAG (PSYCHOTHERAP. MEDIZIN)

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 15.12.2009 – 9 S 482/07 –*

RID 10-04-266

juris = VBIBW 2010, 350 = MedR 2010, 721  
KHG §§ 1 II, 8 I, II; KHG BW §§ 1 II, 5 III; SGB V §§ 108 Nr. 3, 109 I

**Leitsatz:** 1. Ein Anspruch auf Feststellung der **Aufnahme in den Krankenhausplan** ergibt sich nicht aus dem Abschluss eines **Versorgungsvertrages** nach § 108 Nr. 3 SGB V zwischen den Verbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Krankenhausträger. Dies gilt auch, wenn das sog. Vertragskrankenhaus nachrichtlich in den Krankenhausplan aufgenommen ist.

2. Die **Krankenhausversorgung** wird von den öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern getragen und die Vielfalt der Krankenhausträger ist bei der Krankenhausplanung zu beachten, wobei die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten ist. Diesem Erfordernis der **Trägervielfalt** kommt bei der **Ermessensentscheidung**, welches der in **Bewerberkonkurrenz** stehenden Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufzunehmen ist, dann besonderes Gewicht zu, wenn aufgrund einer beträchtlichen Zunahme von Planbetten in einem bestimmten Versorgungssegment (hier: Psychotherapeutische Medizin) zusätzliche Kapazitäten „zu verteilen“ sind.

### C) SCHLIEßUNGSFÖRDERUNG WEGEN HERAUSNAHME EINZELNER BETTEN

*VG Berlin, Urt. v. 21.09.2010 – 24 A 218/08 –*

RID 10-04-267

juris  
SGB V §§ 108 Nr. 2 u. 3, 109 I; KHG § 9 II Nr. 5; KHG Berlin § 13 I u. II

**Leitsatz:** Dem Anspruch auf Schließungsförderung wegen Herausnahme einzelner Betten aus dem Krankenhausplan nach § 13 Abs. 1 des Berliner Landeskrankenhausgesetzes steht die im Feststellungsbescheid zugleich geregelte Aufnahme von Betten für eine andere Fachabteilung des Krankenhauses jedenfalls dann nicht entgegen, wenn diese Erweiterung erst mehr als zwei Jahre später wirksam werden soll.

### D) STRUKTURÄNDERUNG ZUR BEHEBUNG VON MISSTÄNDEN

*VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 15.10.2010 – 9 S 1935/10 –*

RID 10-04-268

juris  
GG Art. 5 III; HSchulG BW § 53 I; VwVfG BW § 60 I 1; UniKlinG BW § 7 I 3

**Leitsatz:** Organisatorische Maßnahmen zur Änderung der bestehenden Struktur von Kliniken sind grundsätzlich ein zulässiges Mittel, um unabhängig vom vorwerfbaren Fehlverhalten des leitenden Chefarztes und unterhalb der Kündigungsschwelle auf Misstände zu reagieren. Sie setzen aber voraus, dass die Änderungen selbst sachlich geeignet und zumutbar erscheinen.

Der **VGH** wies die Beschwerde des Ag. zurück.

## 7. VERÖFFENTLICHUNG EINES TRANSPARENZBERICHTS ÜBER PFLEGEHEIM

**LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 14.06.2010 – L 4 P 3/10 B ER –**

**RID 10-04-269**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB XI §§ 72, 80, 114, 115 Ia 2 u. 6; GG Art. 12 I, 14 I, 19 IV, 80 I 1 u. 2, 103 I; SGG §§ 86a I 1, 86b II; ZPO § 920; SGB X § 31

**Leitsatz:** 1. Der **vorläufige Rechtsschutz** gegen die Veröffentlichung eines Transparenzberichtes richtet sich nach § 86b Abs. 2 S. 1 SGG, da weder in der Ankündigung der Veröffentlichung noch in der Veröffentlichung selbst ein Verwaltungsakt liegt.

2. Es bestehen keine durchgreifenden Bedenken gegen die **Verfassungsmäßigkeit** des § 115 Abs. 1a SGB XI und die Rechtmäßigkeit der Pflegetransparenzvereinbarung Stationär (PTVS). Die Delegation der Rechtsetzungsbefugnis auf die Vereinigungsparteien der PTVS erscheint im Hinblick auf ihre besondere Sachkenntnis und die umfassende Beteiligung der maßgeblichen Organisationen und Interessenvertreter sachgerecht. Maßstäbe für die Qualität der Pflege sind auch außerhalb wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse seit langem vorhanden (vgl. § 80 SGB XI i.d.F. v. 09.09.2001).

3. Art. 12 Abs. 1 GG schützt nicht vor der **Verbreitung inhaltlich zutreffender** und mit der gebotenen Sachlichkeit und Zurückhaltung formulierter **Informationen** durch einen Träger von Staatsgewalt (BVerfG v. 26.06.2002 - 1 BvR 558/91, 1 BvR 1428/91 - BVerfGE 105, 252 = NJW 2002, 2621).

4. Die bei der Veröffentlichung von Transparenzberichten bestehenden **Rechtsschutzmöglichkeiten** genügen den Anforderungen nach Art. 19 Abs. 4 GG.

5. Einstweiliger Rechtsschutz kann die **Veröffentlichung eines Transparenzberichtes** nur aufhalten, wenn hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Wertungen des Transparenzberichtes den Boden der Neutralität, der Objektivität oder der Sachkunde verlassen haben, insbesondere wenn offensichtliche oder bewusste Fehlurteile, bewusste Verzerrungen, die Behauptung unwahrer Tatsachen, willkürliches Vorgehen oder Schmähkritik glaubhaft gemacht sind.

**SG Dessau-Roßlau**, Beschl. v. 04.01.2010 - S 3 P 90/09 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das **LSG** wies den Antrag ab.

**SG Münster, Urt. v. 20.08.2010 – S 6 P 111/10 –**

**RID 10-04-277**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB XI § 114, 115 Ia 1; GG Art. 12 I, 14 I; BGB §§ 823, 1004

Es bestehen **verfassungsrechtliche Bedenken** gegen die in § 115 Ia 6 SGB XI vorgesehene Übertragung von Rechtsetzungsbefugnissen auf die Vertragspartner der Pflegetransparenzvereinbarung stationär (PTVS).

Die Veröffentlichung eines Transparenzberichts auf der Grundlage der PTVS führt zu einer **Grundrechtsverletzung** des Einrichtungsträgers. Sie ist weder geeignet noch verhältnismäßig (gegen LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.05.2010 – L 10 P 10/10 B ER – RID 10-02-221). Die Eignung des Bewertungssystems der PTVS mit seinen starren, einheitlichen Prüfkriterien muss in Frage gestellt werden.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Veröffentlichung des Transparenzberichts über die Pflegeeinrichtung der Kl. aufgrund der MDK-Prüfung über die Internetportale der Bekl. - oder in sonstiger Weise - zu unterlassen.

Zum **einstweiligen Anordnungsverfahren** s. **SG Münster**, Beschl. v. 26.05.2010 – S 6 P 35/10 ER – RID 10-03-264.

**SG München, Beschl. v. 13.01.2010 – S 19 P 6/10 ER –**

**RID 10-04-278**

juris = MedR 2010, 667

SGG § 86b II 2; ZPO § 920; SGB XI §§ 114, 115 Ia 6; GG Art. 2 I, 12 I, 20 I u. III, 80 I 1

Es spricht viel dafür, dass die Veröffentlichung der Prüfergebnisse gemäß § 115 Ia SGB XI als **Eingriff** in die grundrechtlich geschützte Wettbewerbsfreiheit oder zumindest als „funktionales Äquivalent eines Eingriffs“ anzusehen ist, da es sich um stark wertungsbezogene Feststellungen handelt.

Es ist es sehr fragwürdig, ob die Regelung in § 115 Ia SGB XI den für Grundrechtseingriffe geltenden **Vorbehalt des Gesetzes** erfüllt und den Anforderungen an die **Wesentlichkeitstheorie** genügt.

Zu den wesentlichen Fragen, die der **Gesetzgeber** zu regeln hätte, gehört in diesem Zusammenhang etwa die **Grundfrage, ob nur eine Gesamtnote**, nur Einzelnoten oder Gesamt- und Einzelnoten veröffentlicht werden. Würde nämlich nur eine Gesamtnote veröffentlicht, würde sich im vorliegenden Fall das Problem der Schärfe einzelner herausragend schlechter Einzelnoten, die für die Interessenten leicht zu Ausschlusskriterien bei der Auswahl einer Einrichtung werden können und deren grundrechtsrelevante Bedeutung damit besonders hoch ist, gar nicht stellen.

Das **SG** lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs der Ast. festzustellen, ab und verpflichtete den Ag., die Veröffentlichung der Prüfungsbewertung für die von der Ast. betriebene stationäre Pflegeeinrichtung bis zum 30.06.2010 zu unterlassen.

## 8. KRANKENKASSEN

### A) POSTBKK: PRÜFUNG EINER RECHNUNG

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 12.10.2010 – 10 S 2565/08 -*

RID 10-04-270

juris

VwGO § 155 IV; Satzung PostBKK

**Leitsatz:** 1. Nach der Satzung der Postbeamtenkrankenkasse i.d.F. vom 01.01.2002 führte der Umstand, dass das Mitglied seiner Mitwirkungsobliegenheit zur Vorlage von Krankenunterlagen erst im verwaltungsgerichtlichen Verfahren genügt, nicht zu einer anspruchsausschließenden Präklusion. Das Gericht hat insoweit wie im Beihilferecht die Notwendigkeit und Angemessenheit der geltend gemachten Aufwendungen von Amts wegen zu prüfen, nötigenfalls durch Einholung eines Sachverständigenutachtens.

2. Die Auferlegung von Verfahrenskosten (hier: Sachverständigenkosten) nach § 155 Abs. 4 VwGO wegen Verschuldens scheidet aus, wenn das Mitglied rechtlich vertretbare Gründe hatte, seiner an sich schon im Verwaltungsverfahren bestehenden Obliegenheit zur Vorlage von Krankenunterlagen erst im gerichtlichen Verfahren nachzukommen.

### B) RECHTSWEG: MITGLIEDERWERBUNG EINER GESETZLICHEN KRANKENKASSE

*OLG Celle, Urt. v. 09.09.2010 – 13 U 173/09 –*

RID 10-04-271

UWG § 5; SGB V § 175 IV; GVG § 13; SGG § 51 I Nr. 2, II 1

**Leitsatz:** 1. Für Streitigkeiten zwischen einer nach § 8 Abs. 3 Nr. 2 UWG klagebefugten Einrichtung und einer gesetzlichen Krankenkasse über deren Mitgliederwerbung, ist die **ordentliche Gerichtsbarkeit zuständig**, wenn die wettbewerbsrechtlichen Ansprüche nicht auf einen Verstoß gegen die Vorschriften des SGB V, sondern ausschließlich auf **wettbewerbsrechtliche Normen** gestützt werden, deren Beachtung auch jedem privaten Mitbewerber obliegt (vgl. BGH, Beschl. v. 30.01.2008 - I ZB 8/07 - GRUR 2008, 447 Tz. 13 f. - Treuebonus).

2. Zur Frage, ob eine gesetzliche Krankenkasse, die ihre Versicherungsnehmer mit **irreführenden Angaben** nach § 5 Abs. 1 UWG auf ihrer Internetseite von einem Wechsel in eine andere Krankenkasse abhalten will, nach einer Auslegung von § 2 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 6 UWG im Lichte der Richtlinie 2005/29 EG vom 11. Mai 2005 über unlautere Geschäftspraktiken [UGPRichtlinie. dort: Art. 2 lit. b) und lit. d)] als „Unternehmer“ und die beanstandete Handlung als „geschäftliche Handlung“ anzusehen ist.

Der Kl. nimmt die bekl. gesetzliche Krankenkasse auf Unterlassung der vormals auf deren Homepage eingestellten Internetwerbung („*Wer die B. jetzt verlässt, bindet sich an die Neue für die nächsten 18 Monate! Somit entgehen Ihnen attraktive Angebote, die Ihnen die B. im nächsten Jahr bietet und Sie müssen am Ende möglicherweise draufzahlen, wenn Ihre neue Kasse mit dem ihr zugeteilten Geld nicht auskommt und deswegen einen Zusatzbeitrag erhebt.*“) in Anspruch, nachdem er im einstweiligen Verfügungsverfahren obsiegt (OLG Celle, Urt. v. 02.04.2009 – 13 W 16/09 – RID 09-03-267) und die Bekl. sich trotz Aufforderung geweigert hatte, eine Abschlusserklärung abzugeben. **LG Lüneburg**, Urt. v. 29.10.2009 - 7 O 78/09 - verurteilte die Bekl., es bei Meidung der in § 890 I ZPO vorgesehenen Ordnungsmittel zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr zu Wettbewerbszwecken die zitierte Behauptung aufzustellen, und an den Kl. 208,65 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **OLG** wies die Berufung zurück.

## 9. APOTHEKENBEZOGENE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT EINER APOTHEKERRKAMMER

*VGH Bayern, Beschl. v. 30.06.2010 – 21 ZB 09/2951 –*

RID 10-04-272

juris

HeilKG Bayern Art. 2 I, 52 I, 59 I

Die **apothekenbezogene Öffentlichkeitsarbeit einer Apothekerkammer** und ihres Dachverbands, u.a. in Form von Werbe- und Marketingaktionen, fällt als Wahrnehmung der beruflichen Belange der Apotheker in deren Aufgabenbereich und überschreitet diesen nicht (Art. 52 I, 59 I u. 2 I HeilKG Bayern). Das gilt auch für die **Kampagnen** „Köpfe/Leistungsversprechen“ (etwa „Immer in Ihrer Nähe: Deutschlands beliebteste Dienstleister“ oder „Er ist immer für Sie da – in guten wie in schlechten Zeiten“) sowie „Thermometertauschaktion“, bei der unter Verwendung des roten „Apotheken-A“ in Tageszeitungen für den Umtausch von quecksilberhaltigen Fieberthermometern geworben wurde.

## 10. HEILPRAKTIKERGESETZ

### A) BVERWG: SYNERGETIK-THERAPIE IST HEILKUNDE

*BVerwG, Urt. v. 26.08.2010 – 3 C 28/09 –*

RID 10-04-273

www.bverwg.de = juris

HeilprG § 1 I, II; SOG Niedersachsen § 11

**Leitsatz:** Die Behandlung nach der Synergetik-Methode ist eine erlaubnispflichtige Ausübung der Heilkunde im Sinne des Heilpraktikergesetzes.

*VG Braunschweig*, Urt. v. 23.11.2006 – 5 A 102 u. 133/04 wies die Klagen ab, *OVG Niedersachsen*, Urt. v. 18.06.2009 – 8 LC 6 u. 9/07 – RID 09-03-275 u. 276 die Berufung zurück, das *BVerwG* die Revision zurück.

### B) TRADITIONELLE CHINESISCHE MEDIZIN (TCM) IST HEILKUNDE

*VG für das Saarland, Urt. v. 18.08.2010 – 5 K 221/10 –*

RID 10-04-274

juris

HeilprG § 1 I, II; Polizei- und OrdnungsbehördenG Rheinland-Pfalz § 9 I

**Leitsatz:** Die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) ist Heilkunde im Sinne des § 1 HeilprG, so dass zu ihrer Ausübung eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz erforderlich ist. Die TCM-Ausübung stellt keine Heilhilfstätigkeit dar, die ein Arzt auf Personen, die nicht im Besitz einer Erlaubnis im Sinne des § 1 HeilprG sind, übertragen darf.

### C) WIDERRUF EINER HEILPRAKTIKERERLAUBNIS: KEINE INANSPRUCHNAHME NOTWENDIGER ÄRZTLICHER HILFE

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 26.10.2010 – 8 ME 181/10 –*

RID 10-04-275

juris

HeilprG § 7; HeilprGDV 1 §§ 2, 7; VwVfG §§ 48 IV, 49 II 2

**Leitsatz:** 1. An der **Zuverlässigkeit** im Sinne des § 2 Abs. 1 Buchst. f 1. DVO-HeilprG fehlt es, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, der Heilpraktiker werde in Zukunft die Vorschriften und Pflichten nicht beachten, die sein Beruf mit sich bringt, und sich dadurch Gefahren für die Allgemeinheit oder die von ihm behandelten Patienten ergeben.

2. Für die nach § 2 Abs. 1 Buchst. f 1. DVO-HeilprG zu treffende Prognose sind die tatsächlichen Verhältnisse im **Zeitpunkt** der letzten Behördenentscheidung maßgeblich.

3. Eine wesentliche **Berufspflicht** des Heilpraktikers ist es, sich der Grenzen seines Wissens und Könnens bewusst zu sein und einer **notwendigen ärztlichen Behandlung seines Patienten** nicht im Wege zu stehen. Ein Heilpraktiker darf das Unterlassen der Inanspruchnahme notwendiger ärztlicher Hilfe weder veranlassen noch stärken.

4. Die **Jahresfrist** des § 1 Abs. 1 NVwVfG i.V.m. §§ 49 Abs. 2 Satz 1, 48 Abs. 4 Satz 1 VwVfG gilt im Widerrufsverfahren nach § 7 1. DVO-HeilprG nicht.

5. Die **Anordnung der sofortigen Vollziehung eines Widerrufs** nach § 7 Abs. 1 1. DVO-HeilprG setzt voraus, dass sie zur Abwehr konkreter Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter notwendig und auch im Übrigen verhältnismäßig ist.

*VG Hannover*, Beschl. v. 25.06.2010 – 5 B 2650/10 – RID 10-03-277 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück, das *OVG* wies die Beschwerde zurück.

### D) CANNABISKONSUM UNVEREINBAR MIT TÄTIGKEIT ALS HEILPRAKTIKER AUF DEM GEBIET DER PSYCHOTHERAPIE

*VG für das Saarland, Urt. v. 24.08.2010 – 1 K 537/09 –*

RID 10-04-276

juris

HeilprG §§ 1 I, 2 I

Ein **langjähriger Konsum von Cannabis** ist mit der Tätigkeit als Heilpraktiker auf dem Gebiet der **Psychotherapie** nicht vereinbar. Cannabis als psychotrope Droge schränkt gerade die im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung erforderliche affektive und emotionale Kommunikationsfähigkeit ein. Das Arbeiten des Therapeuten mit dem Patienten auf der maßgeblichen Bewusstseinssebene ist nicht mehr mit der gebotenen Objektivität und Distanz möglich. Es besteht auch die Gefahr einer bagatellisierenden Behandlung suchtkranker oder suchtgefährdeter Patienten.

Die **fehlende Akzeptanz der staatliche Einordnung von Cannabis** als illegaler Droge und eine Einstellung, er lasse sich nicht in seiner persönlichen Freiheit einschränken, solange es keine wissenschaftlichen Belege gebe, die ihn von der Schädlichkeit von Cannabis überzeugen könnten, begründen erhebliche Zweifel an der für die Ausübung eines Heilberufes erforderlichen Zuverlässigkeit. Jemand, der **sein eigenes Rechtsempfinden über das der staatlichen Rechtsordnung** stellt, besitzt nicht die für die Ausübung eines therapeutischen Berufs erforderliche Zuverlässigkeit.

## 11. KEINE OPFERENTSCHÄDIGUNG FÜR CONTERGANGESCHÄDIGTE: FEHLENDER ANGRIFF (§ 1 OEG)

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22.02.2010 – L 10 (6) B 8/09 VG –*

RID 10-04-279

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
OEG § 1

Eine als nasciturus **durch Contergan Geschädigte** ist nicht Opfer eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen **Angriffs** im Sinne des § 1 I 1 OEG geworden. Allein die Produktion und der Vertrieb des Medikaments „Contergan“ erfüllen nicht den Tatbestand des § 1 I OEG. Auch wenn sich „durch das in den Verkehr Bringen“ des möglicherweise nicht in ausreichenden Versuchen und Studien getesteten Medikaments „Contergan“ bzw. des Wirkstoffs Thalidomid eine Gefahrenlage für die das Medikament einnehmenden Personen verwirklicht hat, so fehlt es doch an der unmittelbaren feindlichen Ausrichtung gegen diesen Personenkreis bzw. der Leibesfrucht der das Medikament einnehmenden Mutter. Der tätliche Angriff bezeichnet als entscheidendes Merkmal des nach § 1 I OEG vorausgesetzten schädigenden Vorgangs das erste Glied der opferentschädigungsrechtlichen Kausalkette.

*SG Köln, Beschl. v. 01.10.2009 – S 8 VG 23/09 -* wies den Antrag auf Bewilligung von PKH unter Bezugnahme mangels Erfolgsaussicht ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## 12. TEILHABELEISTUNG: HEILPÄDAGOGISCHES REITEN IN ABGRENZUNG ZUR HIPPOThERAPIE

*VG für das Saarland, Urt. v. 20.05.2010 – 2 K 26/10 –*

RID 10-04-280

juris

SGB V § 92; SGB X §§ 26 III, 55 II Nr. 2; SGB VIII §§ 10 IV, 35°; SGB XII § 54 I

**Leitsatz: 1. Heilpädagogisches Reiten** kann in Abgrenzung zur **Hippotherapie** gem. § 35a SGB VIII i.V.m. § 54 Abs. 1 SGB XII, § 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX vor der Einschulung als Leistung zur Teilhabe in der Gemeinschaft erbracht werden, wenn der Schwerpunkt der Leistung im pädagogischen und nicht im krankengymnastischen Bereich liegt.

2. Wenn der Träger der Sozialhilfe eine Leistung nach dem SGB XII abgelehnt hat, kann der Hilfebedürftige bei der Geltendmachung eines Anspruchs nach § 35a SGB VIII nicht auf eine **subsidiäre Leistungspflicht** nach § 10 Abs. 4 SGB VIII verwiesen werden (im Anschluss an BVerwG, Urt. v. 23.09.1999 - 5 C 26/98 - juris).

## Verzeichnis der Entscheidungen

BGH, Urt. v. 10.12.2009 – I ZR 189/09 –	RID 10-04-227
BGH, Urt. v. 18.02.2010 – IX ZR 61/09 –	RID 10-04-186
BGH, Beschl. v. 27.04.2010 – VIII ZB 91/09 –	RID 10-04-262
BGH, Urt. v. 29.04.2010 – I ZR 202/07 –	RID 10-04-229
BGH, Urt. v. 29.04.2010 – 5 StR 18/10 –	RID 10-04-182
BGH, Urt. v. 11.05.2010 – VI ZR 252/08 –	RID 10-04-197
BGH, Urt. v. 12.05.2010 – I ZR 185/07 –	RID 10-04-236
BGH, Urt. v. 14.06.2010 – II ZR 135/09 –	RID 10-04-185
BGH, Urt. v. 24.06.2010 – I ZR 182/08 –	RID 10-04-179
BGH, Urt. v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 –	RID 10-04-261
BGH, Urt. v. 01.07.2010 – I ZR 19/08 –	RID 10-04-228
BGH, Urt. v. 06.07.2010 – 5 StR 386/09 –	RID 10-04-183
BGH, Urt. v. 06.07.2010 – VI ZR 177/09 –	RID 10-04-196
BGH, Urt. v. 09.09.2010 – I ZR 26/09 –	RID 10-04-234
BGH, Urt. v. 09.09.2010 – I ZR 37/08 –	RID 10-04-231
BGH, Beschl. v. 09.09.2010 – I ZR 72/08 –	RID 10-04-235
BGH, Urt. v. 09.09.2010 – I ZR 98/08 –	RID 10-04-232
BGH, Urt. v. 09.09.2010 – I ZR 125/08 –	RID 10-04-233
BGH, Urt. v. 09.09.2010 – I ZR 193/07 –	RID 10-04-230
BGH, Beschl. v. 14.09.2010 – 3 StR 131/10 –	RID 10-04-184
BGH, Beschl. v. 22.09.2010 – XII ZB 135/10 –	RID 10-04-263
BGH, Urt. v. 05.10.2010 – VI ZR 186/08 –	RID 10-04-195
BGH, Urt. v. 19.10.2010 – VI ZR 241/09 –	RID 10-04-197
BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 13/08 R –	RID 10-04-159
BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 30/08 R –	RID 10-04-99
BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 30/09 R –	RID 10-04-107
BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 31/09 R –	RID 10-04-106

BSG, Urt. v. 17.02.2010 – B 1 KR 15/09 R –	RID 10-04-158
BSG, Urt. v. 10.03.2010 – B 3 KR 1/09 R –	RID 10-04-153
BSG, Urt. v. 10.03.2010 – B 3 KR 26/08 R –	RID 10-04-161
BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 15/09 R –	RID 10-04-98
BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 18/09 R –	RID 10-04-97
BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 19/09 R –	RID 10-04-96
BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 41/08 R –	RID 10-04-95
BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 43/08 R –	RID 10-04-94
BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1/3 KR 21/08 R –	RID 10-04-154
BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1/3 KR 22/08 R –	RID 10-04-163
BSG, Urt. v. 29.04.2010 – B 3 KR 3/09 R –	RID 10-04-160
BSG, Urt. v. 29.04.2010 – B 3 KR 5/09 R –	RID 10-04-152
BSG, Urt. v. 29.04.2010 – B 9 VG 1/09 R –	RID 10-04-264
BSG, Urt. v. 22.06.2010 – B 1 A 1/09 R –	RID 10-04-162
BSG, Urt. v. 22.06.2010 – B 1 KR 1/10 R –	RID 10-04-156
BSG, Urt. v. 22.06.2010 – B 1 KR 29/09 R –	RID 10-04-157
BSG, Beschl. v. 23.06.2010 – B 6 KA 31/09 B –	RID 10-04-100
BSG, Beschl. v. 10.08.2010 – B 1 KR 58/10 B –	RID 10-04-155
BSG, Beschl. v. 18.08.2010 – B 6 KA 17/10 B –	RID 10-04-105
BSG, Beschl. v. 18.08.2010 – B 6 KA 18/10 B –	RID 10-04-104
BSG, Beschl. v. 18.08.2010 – B 6 KA 20/10 B –	RID 10-04-101
BSG, Beschl. v. 18.08.2010 – B 6 KA 21/10 B –	RID 10-04-103
BSG, Beschl. v. 18.08.2010 – B 6 KA 23/10 B –	RID 10-04-102
BSG, Beschl. v. 07.09.2010 – B 1 KR 1/10 D – RID 10-04-164	
BSG, Beschl. v. 28.09.2010 – B 1 KR 46/10 B –	RID 10-04-165
<b>BVerfG</b> , 1. Sen.3. Ka., Beschl. v. 02.09.2009 – 1 BvR 3171/08 –	RID 10-04-260
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Urt. v. 20.04.2010 – 1 BvR 1670/09 –	RID 10-04-144
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.08.2010 – 1 BvR 1141/10 –	RID 10-04-06
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.08.2010 – 1 BvR 2002/10 –	RID 10-04-226
BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 24.08.2010 – 1 BvR 331/10 –	RID 10-04-257
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 30.08.2010 – 1 BvR 1631/08 –	RID 10-04-256
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 24.09.2009 – 1 BvR 1304/09 –	RID 10-04-259
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.10.2010 – 1 BvR 772/10 –	RID 10-04-258
<b>BVerwG</b> , Urt. v. 18.05.2010 – 3 C 25/09 –	RID 10-04-237
BVerwG, Urt. v. 24.06.2010 – 3 C 30/09 –	RID 10-04-238
BVerwG, Urt. v. 24.06.2010 – 3 C 31/09 –	RID 10-04-239
BVerwG, Beschl. v. 25.08.2010 – 3 B 31/10 –	RID 10-04-166
BVerwG, Urt. v. 26.08.2010 – 3 C 28/09 –	RID 10-04-273
<b>EuGH</b> , Urt. v. 01.06.2010 – C-570/07, 571/07 -	RID 10-04-225
EuGH, Urt. v. 15.06.2010 – C-211/08 -	RID 10-04-254
EuGH, Urt. v. 10.07.2010 – C-393/08 -	RID 10-04-224
EuGH, Urt. v. 05.10.2010 – C-512/08 -	RID 10-04-255
<b>EGMR</b> , Urt. v. 01.04.2010 – 12852/08 -	RID 10-04-252
EGMR, Urt. v. 02.09.2010 – 46344/06 -	RID 10-04-251
EGMR, Urt. v. 16.09.2010 – 16386/07 -	RID 10-04-253
<b>KG Berlin</b> , Beschl. v. 01.07.2010 – 20 W 23/10 -	RID 10-04-217
<b>LAG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 12.02.2010 – 9 Sa 609/09 –	RID 10-04-189
LAG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 04.03.2010 – 2 Sa 674/09 –	RID 10-04-190
<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Beschl. v. 07.06.2010 – L 5 KA 974/09 W-B –	RID 10-04-93
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.06.2010 – L 5 KR 4929/07 –	RID 10-04-125
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 13.07.2010 – L 11 KR 1313/10 ER-B –	RID 10-04-145
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.07.2010 – L 5 KR 2103/09 –	RID 10-04-123
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.07.2010 – L 11 KR 1960/09 –	RID 10-04-138
<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 22.04.2010 – L 4 KR 305/08 –	RID 10-04-111
LSG Bayern, Urt. v. 28.04.2010 – L 12 KA 72/08 –	RID 10-04-63
LSG Bayern, Urt. v. 24.06.2010 – L 4 KR 167/08 –	RID 10-04-84
LSG Bayern, Beschl. v. 21.07.2010 – L 12 KA 65/09 B ER –	RID 10-04-72
LSG Bayern, Beschl. v. 12.08.2010 – L 12 KA 14/10 B ER –	RID 10-04-67
<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 24.02.2010 – L 9 KR 104/08 –	RID 10-04-124
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.05.2010 – L 7 KA 5/06 –	RID 10-04-10
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.05.2010 – L 7 KA 6/06 –	RID 10-04-12
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.05.2010 – L 7 KA 21/04 –	RID 10-04-15
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.05.2010 – L 7 KA 136/06 –	RID 10-04-11
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.05.2010 – L 9 KR 218/07 –	RID 10-04-136
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.06.2010 – L 7 KA 5/05 –	RID 10-04-04
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.06.2010 – L 7 KA 26/04 –	RID 10-04-03
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.06.2010 – L 7 KA 81/06 –	RID 10-04-13
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 10.06.2010 – L 7 B 156/07 KA NZB –	RID 10-04-46
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 10.06.2010 – L 7 B 158/07 KA NZB –	RID 10-04-47
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 22.06.2010 – L 7 KA 41/10 B –	RID 10-04-92
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.06.2010 – L 9 KR 14/09 –	RID 10-04-118
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.07.2010 – L 1 KR 188/09 –	RID 10-04-128
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.07.2010 – L 9 KR 244/06 –	RID 10-04-137
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.07.2010 – L 9 KR 534/06 –	RID 10-04-117
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.08.2010 – L 7 KA 11/10 KL ER –	RID 10-04-76
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.09.2010 – L 9 KR 268/06 –	RID 10-04-122
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.10.2010 – L 7 KA 15/06 –	RID 10-04-14
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.10.2010 – L 7 KA 107/06 –	RID 10-04-09
<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 02.12.2009 – L 2 KA 58/06 -	RID 10-04-44
LSG Hamburg, Urt. v. 19.05.2010 – L 2 KA 34/07 –	RID 10-04-51
<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 19.05.2010 – L 4 KA 32/08 –	RID 10-04-17
LSG Hessen, Urt. v. 07.07.2010 – L 4 KA 83/08 –	RID 10-04-61
LSG Hessen, Urt. v. 07.07.2010 – L 4 KA 99/09 –	RID 10-04-53
LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 35/10 –	RID 10-04-55
LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 36/10 –	RID 10-04-54
LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 37/10 –	RID 10-04-56
LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 46/08 –	RID 10-04-43
LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 52/08 –	RID 10-04-18
LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 94/09 –	RID 10-04-35
LSG Hessen, Beschl. v. 19.08.2010 – L 4 KA 23/10 –	RID 10-04-66

LSG Hessen, Beschl. v. 07.09.2010 – L 8 KR 231/09 B –	RID 10-04-151
LSG Hessen, Urt. v. 29.09.2010 – L 4 KA 54/09 KL –	RID 10-04-75
LSG Hessen, Urt. v. 20.10.2010 – L 4 KA 68/09 –	RID 10-04-71
<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , B. v. 01.11.2010 – L 4 KR 468/10 B ER –	RID 10-04-80
<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Beschl. v. 21.10.2008 – L 11 B 19/08 KR ER –	RID 10-04-149
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.03.2009 – L 11 B 20/08 KA ER –	RID 10-04-57
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.04.2009 – L 11 KA 7/09 ER –	RID 10-04-34
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22.02.2010 – L 10 (6) B 8/09 VG –	RID 10-04-279
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.03.2010 – L 11 B 25/09 KA ER –	RID 10-04-25
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.05.2010 – L 11 KA 64/09 –	RID 10-04-58
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.05.2010 – S 14 KA 59/09 ER –	RID 10-04-36
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.05.2010 – L 11 B 14/09 KA ER –	RID 10-04-90
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.05.2010 – L 11 KA 24/09 –	RID 10-04-59
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.06.2010 – L 11 KA 37/10 B –	RID 10-04-85
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.06.2010 – L 11 B 15/09 KA ER –	RID 10-04-89
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.06.2010 – L 11 B 26/09 KA ER –	RID 10-04-65
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.07.2010 – L 5 KR 105/05 –	RID 10-04-142
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.07.2010 – L 11 KA 68/07 –	RID 10-04-73
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.07.2010 – L 11 B 16/09 KA ER –	RID 10-04-88
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.07.2010 – L 11 KA 44/10 B –	RID 10-04-91
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.08.2010 – L 5 KR 105/09 –	RID 10-04-147
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 06.09.2010 – L 11 KA 3/10 B ER –	RID 10-04-83
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.09.2010 – L 11 KA 70/10 B ER –	RID 10-04-24
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.10.2010 – L 11 KA 61/10 B ER –	RID 10-04-77
<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 05.08.2010 – L 5 KR 46/10 –	RID 10-04-121
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.08.2010 – L 5 KR 59/10 –	RID 10-04-115
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.08.2010 – L 5 KR 101/10 –	RID 10-04-116
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.08.2010 – L 5 KR 184/09 –	RID 10-04-139
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 31.08.2010 – L 5 KA 18/10 –	RID 10-04-33
<b>LSG Sachsen</b> , Urt. v. 07.01.2009 – L 1 KR 100/07 –	RID 10-04-120
LSG Sachsen, Urt. v. 27.05.2009 – L 1 KR 82/08 –	RID 10-04-112
LSG Sachsen, Urt. v. 28.10.2009 – L 1 KA 4/08 –	RID 10-04-48
LSG Sachsen, Urt. v. 11.08.2010 – L 1 KA 54/09 –	RID 10-04-60
<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 21.01.2010 – L 10 KR 22/07 –	RID 10-04-127
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 24.02.2010 – L 10 KR 47/07 –	RID 10-04-126
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 21.04.2010 – L 10 KR 14/10 NZB –	RID 10-04-130
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 11.05.2010 – L 4 KR 8/06 –	RID 10-04-140
LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 14.06.2010 – L 4 P 3/10 B ER –	RID 10-04-269
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.06.2010 – L 10 KR 1/09 –	RID 10-04-132
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.06.2010 – L 10 KR 59/08 –	RID 10-04-133
<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 22.04.2010 – L 5 KR 21/09 –	RID 10-04-150
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.05.2010 – L 5 KR 46/08 –	RID 10-04-113
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 03.06.2010 – L 5 KR 28/10 –	RID 10-04-141
<b>LG Erfurt</b> , Urt. v. 31.08.2010 – 10 O 2010/07 –	RID 10-04-202
<b>LG Heidelberg</b> , Urt. v. 09.06.2010 – 4 O 77/07 –	RID 10-04-204
<b>LG Osnabrück</b> , Urt. v. 24.02.2010 – 2 O 3935/04 –	RID 10-04-201
<b>LG Wuppertal</b> , Urt. v. 26.11.2009 – 9 S 320/08 –	RID 10-04-218
<b>OLG Celle</b> , Urt. v. 09.09.2010 – 13 U 173/09 –	RID 10-04-271
<b>OLG Düsseldorf</b> , Beschl. v. 18.11.2009 – 1-8 U 81/09 –	RID 10-04-187
<b>OLG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 14.01.2010 – 22 U 91/08 –	RID 10-04-188
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 20.05.2010 – 1 U 99/09 –	RID 10-04-245
OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 02.07.2010 – 8 W 28/10 –	RID 10-04-214
<b>OLG Hamburg</b> , Urt. v. 26.08.2010 – 3 U 12/10 –	RID 10-04-243
OLG Hamburg, Urt. v. 26.08.2010 – 3 U 158/09 –	RID 10-04-242
<b>OLG Hamm</b> , Urt. v. 07.12.2009 – 1-3 U 75/09 –	RID 10-04-199
OLG Hamm, Beschl. v. 20.01.2010 – 1-1 W 85/09 –	RID 10-04-213
OLG Hamm, Urt. v. 28.01.2010 – 3 U 102/09 –	RID 10-04-241
OLG Hamm, Urt. v. 15.04.2010 – 1-4 U 218/09 –	RID 10-04-244
OLG Hamm, Urt. v. 28.04.2010 – 1-3 U 84/09 –	RID 10-04-200
<b>OLG Jena</b> , Urt. v. 01.06.2010 – 4 U 498/07 –	RID 10-04-198
<b>OLG Karlsruhe</b> , Urt. v. 03.08.2010 – 13 U 233/09 –	RID 10-04-215
<b>OLG Köln</b> , Urt. v. 18.08. u. 03.09.2009 – 5 U 47/09 –	RID 10-04-207
OLG Köln, Urt. v. 17.03.2010 – 5 U 51/09 –	RID 10-04-208
<b>OLG München</b> , Urt. v. 04.02.2010 – 1 U 4650/08 –	RID 10-04-205
OLG München, Urt. v. 07.10.2010 – 1 U 5600/09 –	RID 10-04-203
OLG München, Urt. v. 15.07.2010 – 1 U 2068/10 –	RID 10-04-209
OLG München, Urt. v. 29.07.2010 – 1 U 5314/09 –	RID 10-04-210
OLG München, Urt. v. 09.09.2010 – 1 U 3104/08 –	RID 10-04-206
OLG München, Urt. v. 16.09.2010 – 1 W 2046/10 –	RID 10-04-212
OLG München, Urt. v. 21.09.2010 – 1 U 2742/09 –	RID 10-04-180
<b>OLG Schleswig</b> , Beschl. v. 09.08.2010 – 4 U 105/09 –	RID 10-04-211
<b>OLG Saarbrücken</b> , Urt. v. 13.07.2010 – 4 U 496/09 –	RID 10-04-265
<b>OLG Zweibrücken</b> , Urt. v. 10.11.2009 – 5 U 8/09 –	RID 10-04-216
<b>OVG Niedersachsen</b> , Urt. v. 15.06.2010 – 8 LC 102/08 –	RID 10-04-191
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 06.09.2010 – 5 LA 298/09 –	RID 10-04-222
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 11.10.2010 – 8 LA 65/10 –	RID 10-04-167
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 26.10.2010 – 8 ME 181/10 –	RID 10-04-275
<b>OVG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 10.03.2010 – 6t A 712/08.T –	RID 10-04-172
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.03.2010 – 13 A 2612/09 –	RID 10-04-247
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.05.2010 – 13 A 156/06 –	RID 10-04-248
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.07.2010 – 17 A 1706/08 –	RID 10-04-193
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.08.2010 – 13 A 182/08 –	RID 10-04-240
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.08.2010 – 13 A 5238/04 –	RID 10-04-178
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.09.2010 – 17 A 2827/07 –	RID 10-04-194
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.09.2010 – 6t A 1292/08.T –	RID 10-04-168
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.09.2010 – 6t E 963/08.T –	RID 10-04-176
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.09.2010 – 6t E 1060/08.T –	RID 10-04-177
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.09.2010 – 13 A 2422/09 –	RID 10-04-181
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.10.2010 – 13 A 1187/10 –	RID 10-04-246
<b>OVG Saarland</b> , Urt. v. 23.08.2010 – 1 A 331/09 –	RID 10-04-250

SG Aachen, Urt. v. 03.08.2010 – S 13 KR 128/09 –	RID 10-04-129
SG Aachen, Urt. v. 23.09.2010 – S 13 KR 10/10 –	RID 10-04-119
SG Aachen, Urt. v. 05.10.2010 – S 13 KR 157/10 –	RID 10-04-108
SG Augsburg, Urt. v. 22.09.2010 – S 10 KR 390/09 –	RID 10-04-148
SG Berlin, Beschl. v. 04.05.2010 – S 22 KA 145/10 ER –	RID 10-04-68
SG Berlin, Urt. v. 30.06.2010 – S 79 KA 7/06 –	RID 10-04-78
SG Berlin, Urt. v. 22.09.2010 – S 71 KA 552/09 –	RID 10-04-26
SG Duisburg, Urt. v. 30.04.2010 – S 9 KR 195/07 –	RID 10-04-135
SG Duisburg, Beschl. v. 19.08.2010 – S 19 KA 14/10 ER –	RID 10-04-81
SG Düsseldorf, Urt. v. 10.02.2010 – S 2 KA 2/09 –	RID 10-04-37
SG Düsseldorf, Urt. v. 28.07.2010 – S 14 KA 60/07 –	RID 10-04-79
SG Düsseldorf, Beschl. v. 20.08.2010 – S 2 KA 379/10 ER –	RID 10-04-82
SG Hamburg, Urt. v. 12.08.2009 – S 3 KA 91/05 –	RID 10-04-08
SG Hamburg, Urt. v. 02.12.2009 – S 3 KA 448/06 –	RID 10-04-45
SG Hamburg, Urt. v. 16.12.2009 – S 3 KA 250/06 –	RID 10-04-07
SG Hamburg, Urt. v. 28.04.2010 – S 3 KA 195/09 –	RID 10-04-52
SG Hamburg, Urt. v. 16.06.2010 – S 7 KA 238/06 –	RID 10-04-05
SG Hamburg, Urt. v. 28.07.2010 – S 3 KA 137/08 –	RID 10-04-50
SG Hamburg, Urt. v. 25.08.2010 – S 3 KA 289/09 –	RID 10-04-16
SG Hamburg, Urt. v. 25.08.2010 – S 27 KA 129/09 –	RID 10-04-69
SG Hildesheim, Urt. v. 29.06.2010 – S 14 R 473/08 –	RID 10-04-131
SG Kassel, Beschl. v. 01.11.2010 – S 12 KR 34/10 ER –	RID 10-04-114
SG Kiel, Urt. v. 17.02.2010 – S 16 KA 55/07 –	RID 10-04-64
SG Magdeburg, Beschl. v. 22.09.2010 – S 7 KR 238/10 ER –	RID 10-04-134
SG Marburg, Urt. v. 14.07.2010 – S 10 KA 602/08 –	RID 10-04-49
SG Marburg, Urt. v. 24.08.2010 – S 11 KA 649/08 –	RID 10-04-32
SG Marburg, Beschl. v. 01.09.2010 – S 11 KA 604/10 ER –	RID 10-04-02
SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 126/10 –	RID 10-04-31
SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 172/10 –	RID 10-04-21
SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 251/10 –	RID 10-04-23
SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 422/09 –	RID 10-04-19
SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 495/09 –	RID 10-04-39
SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 507/09 –	RID 10-04-74
SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 638/09 –	RID 10-04-87
SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 732/09 –	RID 10-04-22
SG Marburg, Urt. v. 08.09.2010 – S 12 KA 903/09 –	RID 10-04-86
SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 11 KA 340/09 –	RID 10-04-01
SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 12 KA 186/10 –	RID 10-04-40
SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 12 KA 287/10 –	RID 10-04-42
SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 12 KA 708/09 –	RID 10-04-38
SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 12 KA 734/08 –	RID 10-04-20
SG Marburg, Beschl. v. 11.10.2010 – S 6 KR 89/10 ER –	RID 10-04-143
SG Marburg, Beschl. v. 18.10.2010 – S 12 KA 801/10 ER –	RID 10-04-62
SG Marburg, Gerichtsbs. v. 20.10.2010 – S 12 KA 283/09 –	RID 10-04-70
SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 – S 12 KA 287/10 –	RID 10-04-41
SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 – S 12 KA 455/10 –	RID 10-04-30
SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 – S 12 KA 555/09 –	RID 10-04-27
SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 – S 12 KA 559/09 –	RID 10-04-28
SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 – S 12 KA 841/09 –	RID 10-04-29
SG München, Beschl. v. 13.01.2010 – S 19 P 6/10 ER –	RID 10-04-278
SG Münster, Urt. v. 20.08.2010 – S 6 P 111/10 –	RID 10-04-277
SG Münster, Urt. v. 26.08.2010 – S 11 KR 108/08 –	RID 10-04-109
SG Potsdam, Beschl. v. 01.09.2010 – S 7 KR 159/10 ER –	RID 10-04-146
SG Würzburg, Urt. v. 29.06.2010 – S 6 KR 46/08 –	RID 10-04-110
VG Berlin, Urt. v. 21.09.2010 – 24 A 218/08 –	RID 10-04-267
VG Düsseldorf, Urt. v. 08.09.2010 – 7 L 1089/10 –	RID 10-04-174
VG Düsseldorf, Urt. v. 13.09.2010 – 13 K 7467/09 –	RID 10-04-219
VG Frankfurt a. M., Urt. v. 26.04.2010 – 12 K 3489/09 –	RID 10-04-192
VG Gießen, Urt. v. 21.06.2010 – 21 K 51/09 –	RID 10-04-173
VG Gießen, Urt. v. 20.10.2010 – 21 K 3235/09 –	RID 10-04-175
VG Hannover, Urt. v. 23.06.2010 – 5 A 4350/08 –	RID 10-04-171
VG Hannover, Gerichtsbs. v. 05.10.2010 – 13 A 2895/10 –	RID 10-04-221
VG München, Urt. v. 22.06.2010 – M 16 K 10/839 –	RID 10-04-170
VG für das Saarland, Urt. v. 20.05.2010 – 2 K 26/10 –	RID 10-04-280
VG für das Saarland, Urt. v. 18.08.2010 – 5 K 221/10 –	RID 10-04-274
VG für das Saarland, Urt. v. 24.08.2010 – 1 K 537/09 –	RID 10-04-276
VG für das Saarland, Urt. v. 05.10.2010 – 3 K 640/10 –	RID 10-04-223
VG für das Saarland, Urt. v. 08.10.2010 – 3 K 624/10 –	RID 10-04-220
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 15.12.2009 – 9 S 482/07 –	RID 10-04-266
VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 16.06.2010 – 9 S 2530/09 –	RID 10-04-169
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 31.08.2010 – 10 S 3384/08 –	RID 10-04-249
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 12.10.2010 – 10 S 2565/08 –	RID 10-04-270
VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 15.10.2010 – 9 S 1935/10 –	RID 10-04-268
VGH Bayern, Beschl. v. 30.06.2010 – 21 ZB 09/2951 –	RID 10-04-272

### Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 03.11.2010. 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
<b>Honorarverteilung</b>				
Abschlags- und Zuschlagsregelung im Kap O III EBM	33/09 <b>Termin:</b> 08.12.2010	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	<b>LSG Bayern</b> , 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?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 09.09.2009 - S 71 KA 351/07 -	10-01-02
Aufteilungsverhältnis zwischen budgetierten und nichtbudgetierten Fachgruppen	6/10	Ist eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes rechtmäßig, wonach das Aufteilungsverhältnis zwischen budgetierten und nichtbudgetierten Fachgruppen an der Gesamtvergütung auf der Basis des prozentualen Anteils des Leistungsbedarfs ohne Berücksichtigung der Praxis- und Zusatzbudgets (angeforderte Punktzahl) des Jahres 1999 an der fachärztlichen Gesamtpunktzahlanforderung, vermindert um verschiedene definierte Punktzahlanforderungen, ermittelt wird?	<b>LSG Thüringen</b> , Urt. v. 17.12.2008 - L 4 KA 1284/07 u. L 4 KA 1285/07 -	10-03-09 NZB
KV Hessen: Ausnahme von Regelleistungsvolumen bei Spezialisierung	17, 18, 19 u. 20/10	Erfordert das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nach Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG eine Ausnahme vom Regelleistungsvolumen außer für den im Honorarverteilungsvertrag der KÄV Hessen aus 2005 geregelten Fall einer Sicherstellungsproblematik auch dort, wo sich bereits vor Inkrafttreten der Regelungen über die Regelleistungsvolumina Ärzte in zulässiger Weise spezialisiert hatten und ihr spezifisches Leistungsangebot durch das Regelleistungsvolumen der Fachgruppe nicht leistungsgemessen abgedeckt wird?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 17.03.2009 – L 4 KA 25/08, 28/08, 29/08 u. 17/09 –	10-02-05, -03, -04  10-03-10
KV Hessen: Bindung an Bewertungsausschuss: Unzulässige Kürzung (Ziff. 7.5 HVV)	16, 27 u. 28/09 <b>Termin:</b> 18.08.2010	Verstößt ein Honorarverteilungsvertrag, der ergänzend zur Einführung von Regelleistungsvolumina eine Begrenzung von Fallwerterhöhungen oder Fallwertminderungen einer Praxis im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal auf maximal 5% vorsieht, gegen zwingende Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs 4 SGB 5 mit Wirkung zum 1.1.2005 (DÄ 2004, A 3129), und ist diese Honorarverteilungsregelung von der Ermächtigungsgrundlage in § 85 Abs 4 SGB 5 gedeckt?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 29.04.2009 - L 4 KA 80/08 – Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 85 u. 86/08 -	09-03-14 u. 16
KV Hessen: Regelleistungsvolumen/Ziff. 7.5 HVV	26/09 <b>Termin:</b> 18.08.2010	Ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina (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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 110/08 –	09-03-15

		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?		
Anästhesieleistungen bei Belegarztfällen nicht im Regelleistungsvolumen	25/09 <b>Termin:</b> 18.08.2010	Ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss durch den Beschluss zur Festlegung von Regelleistungsvolumina durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gem § 85 Abs 4 SGB 5 mit Wirkung vom 1.1.2005 (DÄ 2004, A 3129) generell alle stationären (belegärztlichen) Leistungen sowie Anästhesieleistungen auf belegärztliche Überweisung hin aus den Regelleistungsvolumina ausgenommen hat, und ist eine davon ggf abweichende Regelung im Honorarverteilungsvertrag rechtswidrig?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 113/08 –	09-03-17
KV Hessen: Regelleistungsvolumen/Ziff. 7.5 HVV/Praxisanfänger Kinder- u. Jugendpsychiatrie	17/09 <b>Termin:</b> 18.08.2010	Verstößt eine Ausgleichsregelung zur Vermeidung praxisbezogener Honorarverwerfungen im Rahmen eines Honorarverteilungsvertrages gegen den Grundsatz der Leistungsproportionalität nach § 85 Abs 4 S 3 SGB 5 und gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit, soweit sie für junge Praxen Beschränkungen vorsieht?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 29.04.2009 - L 4 KA 76/08 -	09-03-18
Ärzte mit Doppelzulassung und Ordinationskomplex	2/10	Ist es rechtmäßig, dass der EBM-Ä 2005 Ärzte mit Doppelzulassung auf die Abrechnung des Ordinationskomplexes in nur einem Fachgebiet beschränkt (Nr 6.1 iVm Nr 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen)?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 04.11.2009 - L 4 KA 31/07 -	10-01-34
Aufschlag für Gemeinschaftspraxen/Punktwert Regelleistungsvolumen	42/09 <b>Termin:</b> 08.12.2010	Ist der Aufschlag für Gemeinschaftspraxen gemäß Nr 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBMA 2005 (Bestimmung der Höhe des Ordinationskomplexes) sowie gemäß Nr 3.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zur Bestimmung des Regelleistungsvolumens) mit höherrangigem Recht vereinbar und sind Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina ausnahmslos zu einem im Vorhinein fest vereinbarten Punktwert zu vergüten?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 26.08.2009 - L 4 KA 55/08 –	09-04-07
Verrechnung der Abschlagszahlungen mit der Restzahlung im Insolvenzverfahren	14/10	Ist auch nach Insolvenzeröffnung eine Anrechnung von vorschussweise zuviel gezahltem Honorar an einen Vertragsarzt möglich, wenn eine solche Möglichkeit in den Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung oder in einer Vereinbarung zwischen Insolvenzschuldner und Kassenärztlicher Vereinigung vorgesehen ist?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 25.11.2009 - L 12 KA 20/08 –	10-02-12
Aufrechnung im Insolvenzverfahren mit Vorschusszahlungen	24/10	Sind die Voraussetzungen des § 95 Abs 1 InsO nach Vorlage der Abrechnung durch den Vertragsarzt ohne einen fälligen Anspruch auf ein betrags- oder punktemäßig beziffertes Honorarvolumen dennoch gegeben?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 111/08 –	09-04-06 NZB
Degressionsforderung gegen Gemeinschaftspraxis bei Mitgliederwechsel	21/09 <b>Termin:</b> 05.05.2010	Muss ein nachträglich eingetretener Praxispartner einer Gemeinschaftspraxis davor geschützt werden, für Rückforderungen und Regresse der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung aus der Zeit vor seinem Praxiseintritt in Anspruch genommen zu werden, unabhängig davon, ob es sich um einen nachträglich in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis eintretenden Partner handelt oder ob durch den Eintritt des Praxispartners eine Gemeinschaftspraxis überhaupt erst begründet wird? Hat eine Degressionsberechnung stets jahresbezogen zu erfolgen oder ist eine Änderung der Zusammensetzung der Praxis im Laufe des Jahres dahingehend zu berücksichtigen, dass jeweils getrennte Berechnungen vorzunehmen sind?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 13.02.2008 - L 11 KA 1/06 -	08-02-34 NZB
Punktwert bei Degressionskürzung	21/10	Verletzt die Nichtberücksichtigung von Honorarbegrenzungsmaßnahmen im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes bei einem späteren Honorarabzug aufgrund der Punktwertdegression das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 12/08 –	09-03-20 NZB

Degressionsregelung Oralchirurgen	34 u. 35/09 <b>Termin:</b> 13.10.2010	Verstoßen die Degressionsregelungen nach § 85 Abs 4b ff SGB 5 insoweit gegen höherrangiges Recht, als sie nur für Kieferorthopäden und nicht für Oralchirurgen Sonderregelungen enthalten?	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 08.07.2009 - S 2 KA 108/08 – u. - S 2 KA 380/07 -	10-01-20 u. 21
Degressionsregelung MKG-Chirurgen	32/09 <b>Termin:</b> 13.10.2010	Verstößt die unterschiedliche Behandlung der Kieferorthopäden und der MKG-Chirurgen nach § 85 Abs 4b SGB 5 in den Fassungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (juris: GMG) und des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) gegen Art 3 Abs 1 und/oder Art 12 Abs 1 GG?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 20.05.2009 - L 7 KA 133/06 –	09-03-24
Einheitlicher Jahreshonorarbescheid für fortbestehende Gemeinschaftspraxis bei Änderung des Mitgliederbestandes	22/10	Hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung einer fortbestehenden Gemeinschaftspraxis auch dann einen einheitlichen Jahreshonorarbescheid zu erteilen, wenn sich im Verlauf des Jahres der Mitgliederbestand der entsprechenden Gesellschaft bürgerlichen Rechts ändert?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 12.05.2010 - L 3 KA 70/07 –	10-03-13

### Sachlich-rechnerische Berichtigung

Honorarrückforderung gegenüber Gemeinschaftspraxis bei Gestaltungsmissbrauch	7/09 <b>Termin:</b> 23.06.2010	Ist eine Kassenzahnärztliche Vereinigung im Falle des Gestaltungsmissbrauchs einer nach außen hin mit Genehmigung des Berufungsausschusses betriebenen Gemeinschaftspraxis berechtigt, die Honorarabrechnungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zu korrigieren bzw. überzahltes Honorar zurückzufordern und hat sie die Wahl, ob sie diese Honorarrückforderungen gegen die frühere Gemeinschaftspraxis oder einen oder alle ehemaligen Gesellschafter in ihrer Eigenschaft als Gesamtschuldner richtet?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 17.12.2008 - L 3 KA 316/04 –	09-02-19
Gemeinschaftspraxis: Keine fachärztliche Leistung durch hausärztlichen Gesellschafter	31/10	Darf in einer versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxis der Gesellschafter, der nur zur hausärztlichen Versorgung zugelassen ist, im Vertretungsfall eine Leistung abrechnen, deren Abrechnung dem fachärztlichen Versorgungsbereich vorbehalten ist?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 31.08.2010 – L 5 KA 18/10 –	10-04-33
Gynäkologischer Belegarzt und Neugeborenen-Screening	8/09 <b>Termin:</b> 23.06.2010	Kann ein gynäkologischer Belegarzt Leistungen (zB Visiten, Blutentnahme für das Neugeborenen-Screening), die er an einem Neugeborenen außerhalb des Kreißsaals während des Aufenthalts der Mutter auf der Belegstation erbracht hat, gegenüber der KÄV auch dann nicht abrechnen, wenn eine kinderärztliche Station an der ausschließlich als Belegkrankenhaus organisierten Klinik nicht besteht?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 27.02.2008 - L 4 KA 43/06 –	08-02-41 NZB
Versandkosten nach Nr. 7103 u. 7120 EBM	23/09 <b>Termin:</b> 18.08.2010	Kann im Falle einer fraktionierten Weitergabe von Laboruntersuchungen der die Analyse durchführende Laborarzt für die Übermittlung der Befunde an den zuweisenden Laborarzt die Kostenpauschale nach Nr 7120 EBM-Ä (Fassung bis 31.3.2005; ab 1.4.2005: Nr 40120) abrechnen, wenn der Zuweiser die Pauschalerstattung nach Nr 7103 EBM-Ä (ab 1.4.2005: Nr 40100) zum Ansatz gebracht hat?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 11.03.2009 - L 11 (10) KA 44/07 -	09-03-32
Verwaltungsaktsbefugnis einer KZV gegenüber Ersatzkasse	30/10	Ist eine Kassenzahnärztliche Vereinigung berechtigt, eine begehrte sachlich-rechnerische Berichtigung seitens einer Krankenkasse (hier: Ersatzkasse) mittels Verwaltungsakt abzulehnen?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 11.08.2010 - L 4 KA 94/09 –	10-04-35

### Arztregister

Keine Eintragung in Arztregister für Gesprächspsychotherapeut	11/09 <b>Termin:</b> 28.10.2009	Verstößt die Nichtaufnahme der Gesprächspsychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinien (juris: PsychThRL) gegen Art 12 Abs 1 GG und gegen sonstiges höherrangiges Recht? Hat eine Psychologische Psychotherapeutin, die mit dem Behandlungsverfahren Verhaltenstherapie zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen ist, Anspruch auf eine Abrechnungsgenehmigung für gesprächstherapeutische Leistungen?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 11.03.2009 - L 4 KA 43/08 –	09-02-32
---	------------------------------------	--	---	----------

**Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notfalldienst**

Zweigpraxis: Keine Versorgungsverbesserung ohne Tätigkeits-schwerpunkt 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
Keine Limitierung der Zahl der Filialen für MVZ	12/10	Kann ein Medizinisches Versorgungszentrum beanspruchen, dass ihm mehr als zwei Nebenbetriebsstätten gemäß § 24 Abs 3 S 1 Ärzte-ZV genehmigt werden.	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 24.06.2009 – L 1 KA 8/09 –	09-04-20 NZB
Vorlage des Belegarztvertrages als Anerkennungsvoraussetzung	15/10	Ist eine Anerkennung als Belegarzt von der Vorlage eines wirksamen Belegarztvertrages zwischen Krankenhaus und Belegarzt abhängig?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.01.2010 – L 7 KA 142/09 –	10-03-38
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	12/09 <b>Termin:</b> 23.06.2010	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 Allgemeinmedizin	45/09 <b>Termin:</b> 08.12.2010	Ist eine von einem Arzt unterschriebene Erklärung, wonach Fördermittel für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bei Abbruch der Weiterbildung an die betreffende Kassenärztliche Vereinigung zurückzuerstatten sind, rechtlich bindend und gilt dies auch, wenn Adressat des Bewilligungsbescheides und Unterzeichner personenverschieden sind?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 1079/08 -	10-01-43
Notfalldienst: Anwesenheit in zentraler Notfallpraxis	23/10	Darf die Notfalldienstordnung einer Kassenärztlichen Vereinigung festlegen, dass der Arzt in der Notfallpraxis eines Krankenhauses ständig anwesend sein muss?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 09.09.2009 - L 11 KA 49/07 –	10-01-35 NZB

**Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress**

Abgrenzung Kompetenz Prüfungsstelle/Beschwerdeausschuss	13/10	Ist ein Ausschluss des Vorverfahrens nach § 106 Abs 5 S 8 SGB 5 auch in den Fällen zulässig, in denen die medizinischen Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen und für die Entscheidung ausschlaggebend sind, wie zum Beispiel im Falle der Zulässigkeit eines Off-Label-Use?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 17.03.2010 – S 83 KA 651/08 –	10-02-28
Richtgrößenprüfung KV Bayern 2002	9/10	Zur Frage der Rückwirkung von Richtgrößenvereinbarungen nach § 84 Abs 6 SGB 5 für das ganze Jahr nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG) vom 19.12.2001 (BGBl I 2001, 3773).	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 25.11.2009 – L 12 KA 16/08 –	10-02-29
Polyglobin im Off-Label-Use: Antragsfrist/Vertrauensschutz/Anschlussberufung	6/09 <b>Termin:</b> 05.05.2010	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.11.2008 – L 7 KA 13/05 –	09-02-43

Off-Label-Use: Immunglobuline	24/09 <b>Termin:</b> 05.05.2010	Trägt der Vertragsarzt im Rahmen der Festsetzung eines Arzneikostenregresses wegen Verordnung von Alphaglobin zur Behandlung einer schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose die objektive Beweislast dafür, dass diese Erkrankung zu den durch einen immunologischen Pathomechanismus induzierten Krankheitsbildern gehört, für die das Arzneimittel zum Zeitpunkt der Verordnung zugelassen war?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 22.04.2009 - L 7 KA 6/09 -	09-03-52
	20/09 <b>Termin:</b> 05.05.2010	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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 18.03.2009 - L 7 KA 108/06 -	09-03-51
Off-Label-Use in Palliativversorgung	47/09 <b>Termin:</b> 13.10.2010	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?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v 06.10.2009. - L 4 KA 34/08 -	10-01-51
	48/09 <b>Termin:</b> 13.10.2010	Liegt bei einer zulassungüberschreitenden 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?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 06.10.2009 - L 4 KA 35/08 -	10-01-52
Regress gegen Gemeinschaftspraxis	38/09 <b>Termin:</b> 08.12.2010	Müssen sich Ansprüche aus einem Regress wegen einer Arzneimittelverordnung durch Ärzte einer Gemeinschaftspraxis auch nach deren Auflösung gegen die Gemeinschaftspraxis selbst richten?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 26.11.2008 - L 7 KA 63/07 -	09-01-51 NZZ
Regress gegen Gemeinschaftspraxis wegen Verordnung vorhergehender Einzelpraxis	5/10	Zur Festsetzung eines Arzneimittelregresses für die Quartale I und III/2000, in denen der betroffene Arzt zunächst allein vertragsärztlich tätig war und danach eine Gemeinschaftspraxis betrieb.	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 18.03.2009 - L 7 KA 88/06 -	09-03-47 NZZ
Verjährung einer unzulässigen Arzneimittelverordnung/Keine Hemmung durch Prüfantrag	5/09 <b>Termin:</b> 05.05.2010	Unterliegt die Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs durch die Krankenkasse wegen unzulässiger Arzneimittelverordnung der vierjährigen Verjährungsfrist und wird diese durch die Beantragung der Festsetzung bei der kassenärztlichen Vereinigung gehemmt?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 28.01.2009 - L 3 KA 99/07 -	09-02-41
Verjährungsfrist bei Ordnungs- und Sprechstundenbedarfsregress	14/09 <b>Termin:</b> 18.08.2010	Ist die vierjährige Verjährungsfrist auch bei Ordnungs- und Sprechstundenbedarfsregressen im Rahmen der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung anzuwenden?	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 28.01.2009 - S 8 KA 527/06 -	09-04-34
Antragsfristen einer Prüfvereinbarung: Zeitpunkt der Kenntniserlangung	16/10	Zur Frage der Kenntniserlangung, wenn eine Prüfvereinbarung nach § 106 SGB 5 bei einem Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens durch Prüfungseinrichtungen auf eine Antragsfrist von sechs Kalendermonaten nach Ablauf dem Monats abstellt, in dem die Krankenkasse Kenntnis von dem Schaden und der Person des Schädigers erlangt hat. Handelt es sich bei der Feststellung eines sonstigen Schadens gem § 48 BMV-Ä um einen verschuldensunabhängigen Anspruch, so dass die erweiterten Verjährungsvorgaben für einen deliktischen Schadensersatzanspruch nicht anzuwenden sind?	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 24.02.2010 - S 2 KA 611/07 -	10-03-38
<b>Zulassung und Ermächtigung</b>				
Zulassungsantrag vor Anordnung der Überversorgung bei fehlender Arztregistereintragung	2/09 <b>Termin:</b> 05.05.2010	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	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 03.12.2008 - L 7 KA 132/06	09-01-54

		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?		
Kein Zulassungsanspruch bei Eintragung in Arztregister erst nach Sperrung des Planungsbereichs	10/10	Kann einem vor Erlass einer Zulassungssperre gestellten Zulassungsantrag die Zulassungsbeschränkung entgegen gehalten werden, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung die Eintragung in das Arztregister noch nicht vorlag, aber bereits beantragt war und später auch erfolgte?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 25.11.2009 – L 11 KA 6/08 –	10-02-45
Häufige Zulassung und Umfang einer Nebentätigkeit	40/09 <b>Termin:</b> 13.10.2010	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?	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 26.08.2009 S 1 KA 168/07	10-01-68
Rechtsbegriff des großräumigen Landkreises/Lokaler Sonderbedarf	22/09 <b>Termin:</b> 23.06.2010	Welche Kriterien sind maßgebend für die Einordnung eines Landkreises als großräumig iS des § 24 S 1a ÄBedarfsplRL und für die Annahme eines lokalen Sonderbedarfs? Stehen die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (juris: VÄndG) eingeführten Neuregelungen der §§ 100 Abs 3, 101 Abs 1 S 1 Nr 3a SGB 5 und des § 34a ÄBedarfsplRL der Vorschrift des § 24 S 1a ÄBedarfsplRL entgegen?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 3558/07 -	09-04-40 NZZ
Sonderbedarfszulassung Nephrologie und Bedarfsprüfung	26/10	Zu Wirksamkeit und Auslegung der Regelungen über die Sonderbedarfszulassung nach Nr 24 S 1 Buchst e Nr 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinien iV mit der Anl 9.1 BMV-Ä/EKV und der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren, mit der Frage, ob die Zulassung ohne konkrete Bedarfsprüfung erfolgen kann.	<i>SG Kiel</i> , Urt. v. 17.02.2010 – S 16 KA 55/07 –	10-04-64
Drittanfechtung der Genehmigung einer Dialysepraxis	27/10	Ist eine nach Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung zur Anfechtung einer Sonderbedarfszulassung nach § 24b der Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte im Wege der defensiven Konkurrentenklage befugt?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 28.04.2010 – L 12 KA 72/08 –	10-04-63
Fachärzte für plastische Chirurgie und Bedarfsplanung	1/10	Zur Frage der Zulässigkeit und der Rechtsfolgen der Einbeziehung der Fachärzte für plastische Chirurgie in die Bedarfsplanung.	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 23.09.2009 - L 12 KA 405/07 -	10-02-51
Sonderbedarfszulassung u: häufiger Versorgungsauftrag/Zweigpraxis-genehmigung	36 u. 37/09 <b>Termin:</b> 08.12.2010	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 47/08 – u. – L 11 KA 48/08 –	09-02-66 u. 67 NZZ
Keine Übertragung einer Arztstelle zu Gunsten eines anderen MVZ	8/10	Ist § 103 Abs 4a S 1 SGB 5 auf die Übertragung einer Arztstelle von einem MVZ auf ein anderes entsprechend anzuwenden?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 10.02.2010 – L 4 KA 33/09 –	10-02-47
Kieferorthopädische Zweigpraxis in 460 km Entfernung	3/10	Ist eine Ermächtigung zum Betreiben einer kieferorthopädischen Zweigpraxis mit Sitz im Zuständigkeitsbereich einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung als derjenigen des Hauptpraxisstandortes unter Berücksichtigung der großen Entfernung zwischen der Hauptpraxis und der Zweigpraxis im Lichte der Versorgungsverbesserung rechtmäßig?	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 01.07.2009 – S 13 KA 51/08 –	09-04-19
Zweigpraxis Kinderkardiologie: Wegstrecke 128 km/1 ½ Stunden Fahrzeit	7/10	Liegt bei einer Entfernung zwischen Praxissitz und Zweigpraxissitz eines Kinderkardiologen von 128 km und einer Fahrzeit von eineinhalb Stunden pro Wegstrecke eine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 10.02.2009 – S 12 KA 160/09 –	10-01-30

		am Ort des Vertragsarztsitzes iS des § 24 Abs 3 S 1 Ärzte-ZV idF des VÄndG vor?		
<b>Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA</b>				
Erhöhung und weitere Vergütungen außerhalb Gesamtvergütung	4/09 <b>Termin:</b> 23.06.2010	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
Vertragsarztrechtsangelegenheiten/Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie	25/10	Steht es mit dem in § 34 Abs 1 S 3 SGB 5 festgelegten Auftrag, der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen, im Einklang, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapieeinrichtungen der Anthroposophie und Homöopathie dadurch in die Arzneimittelversorgung nach den Vorgaben des § 34 Abs 1 S 2 SGB 5 (Therapiestandard zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung) einzubeziehen, dass ihre Verordnungsfähigkeit auf die für allopathische Arzneimittel geltenden Indikationsgebiete einschließlich der die Indikation eingrenzenden Anwendungsvoraussetzungen beschränkt wird?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 11.11.2009 - L 11 KA 101/06 -	10-01-89 NZB
Kein Ausschluss homöopathischer Arzneimittel (Hustenmittel Monapax®)	29/10 (alt: B 1 KR 16/10 R)	Verstößt die Regelung der Anlage III Nr. 31 der Arzneimittel-Richtlinie wegen ihrer Anwendbarkeit auf homöopathische Arzneimittel gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 17.03.2010 - L 7 KA 125/09 KL -	10-03-63
<b>Sonstiges/Verfahrensrecht</b>				
Hinzuziehung niedergelassener Vertragsärzte (hier: Anästhesisten) durch Krankenhäuser	11/10	Ist die Hinzuziehung niedergelassener Vertragsärzte (hier: Fachärzte für Anästhesie) durch Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Operationsleistungen in Fällen des § 115b SGB 5 rechtswidrig?	<i>SG Dortmund</i> , Urt. v. 09.09.2009 - S 9 KA 105/06 -	10-03-70
Kostenerstattung im Vorverfahren nach Rechtsänderung	29/09 <b>Termin:</b> 13.10.2010	Liegt ein Erfolg des Widerspruchs vor, wenn während des Widerspruchsverfahrens eine Rechtsänderung die vom Widerspruchsführer begehrte Statuserlangung (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: 03.11.2010. 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
<b>Ärztliche Behandlung</b>				
Kryokonservierung	B 1 KR 26/09 R <b>Termin:</b> 28.09.2010	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
ICSI	B 1 KR 18/10 R	Verstoßen die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegen § 27a SGB 5, weil sie bei der Festlegung der Indikation für eine intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) auch in den Fällen auf das starre Kriterium der progressiven Motilität abstellen, bei denen eine sehr geringe Spermienkonzentration vorliegt?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 20.05.2010 - L 5 KR 46/08 -	10-04-113
Operative Änderung der primären Geschlechtsmerkmale bei	B 1 KR 5/10 R <b>Termin:</b> 28.09.2010	Hat eine Versicherte mit einer Geschlechtsidentitätsstörung in Form einer Zisidentität oder Interidentität einen Anspruch auf operative Änderung ihrer primären	<i>SG Leipzig</i> , Urt. v. 10.11.2009	10-02-106

Zisidentität		Geschlechtsmerkmale in bestimmter Weise?	S 8 KR 333/07 –	
Professionelle Reinigung der Implantate	B 1 KR 17/10 R	Hat der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten eine professionelle Reinigung der Implantate zu gewähren, wenn die Voraussetzungen einer Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Zahnimplantaten (§ 28 Abs 2 S 9 SGB 5 iVm der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung erfüllt sind)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 27.05.2010 – L 5 KR 39/09 –	10-03-104

### Kostenerstattung

#### Auslandskrankenbehandlung

#### Arzneimittel

	B 1 KR 20/10 R	Hat ein Versicherter, der an einer Fettstoffwechselerkrankung (Leucinoase) leidet, einen Kostenübernahme- und -erstattungsanspruch gegen seine Krankenkasse für diätetische Nahrungsmittel, wenn er diese zum Überleben benötigt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 14.07.2010 – L 5 KR 2103/09 –	10-04-123
--	----------------	---	--	-----------

#### Hilfsmittel/Heilmittel

Treppensteighilfe	B 3 KR 13/09 R <b>Termin:</b> 07.10.2010	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
Behindertendreirad	B 3 KR 5/10 R <b>Termin:</b> 07.10.2010	Hat ein Versicherter Anspruch auf Ausstattung mit einem Behindertendreirad als Hilfsmittel nach § 33 Abs 1 S 1 Alt 2 SGB 5, wenn es dazu dienen soll einer drohenden Behinderung vorzubeugen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 17.12.2009 – L 8 KR 311/08 –	10-01-140 NZB
Rollstuhlbike	B 3 KR 7, 12/10 R	Hat ein erwachsener Versicherter Anspruch auf Versorgung mit einem Rollstuhlbike, wenn er mittels eines Aktivrollstuhls eine Strecke von (geringfügig) mehr als 500 Meter nicht in zumutbarer Zeit zurücklegen kann?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 10.06.2010 – L 16 (5) KR 178/08 – u. 24.06.2010 – L 16 KR 45/09 –	10-03-118 u. 119
Sportrollstuhl für Jugendlichen	B 3 KR 10/10 R	Hat ein körperbehinderter Jugendlicher einen Anspruch aus der gesetzlichen Krankenversicherung auf einen Sportrollstuhl, den er allein zur Ausübung von Sport in einem Behindertensportclub benötigt?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 21.01.2010 – L 5 KR 165/09 –	10-02-125 NZB
CPM-Kniebewegungsschienen: Fehlende GBA-Empfehlung	B 3 KR 11/10 R	Hat die Krankenkasse die Kosten für die Anmietung einer CPM-Kniebewegungsschiene zu erstatten?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.06.2010 – L 5 KR 4929/07 –	10-04-125
Lichtsignalanlage	B 3 KR 5/09 R <b>Termin:</b> 29.04.2010	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
Einkaufs-Fuchs	B 3 KR 9/10 R	Hat ein erblindeter Versicherter Anspruch auf ein Barcode-Lesegerät mit Sprachausgabe (Einkaufs-Fuchs) als Hilfsmittel der GKV?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 16.07.2010 – L 1 KR 188/09 –	10-04- (S. 57)

#### Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Behandlungssicherungspflege (Dauerbeatmung) neben Leistungen der Pflegeversicherung	B 3 KR 7/09 R <b>Termin:</b> 17.06.2010	Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege "rund um die Uhr" bei Personen mit einem besonders hohen Versorgungsbedarf (hier: Dauerbeatmung), bei denen die Behandlungssicherungspflege gleichzeitig mit Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung stattfindet.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.05.2009 – L 4 KR 4793/07 –	09-03-124
---	--	--	--	-----------

#### Fahrkosten

#### Zuzahlung

#### Rehabilitationsmaßnahmen/Soziotherapie

Zuständigkeit für Reha bei	B 1 KR 32 u. 33/09 R	Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 12 Abs 1 Nr 4a SGB 6	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> ,	10-02-136
----------------------------	----------------------	--	---------------------------------	-----------

Freistellungsphase eines Altersteilzeitblockmodells	<b>Termin:</b> 22.06.2010	ausgeschlossen und ist die jeweilige Krankenkasse nach § 40 SGB 5 zuständig, wenn sich der Versicherte in der Freistellungsphase eines Altersteilzeitblockmodells befindet?	Urt. v. 20.11.2009 - L 1 KR 436 u. 454/08-	u. 137
Rehabilitationssport	B 1 KR 8/10 R <b>Termin:</b> 02.11.2010	Steht es der Übernahme von Kosten des Rehabilitationssports in einer Selbsthilfegruppe durch eine Krankenkasse entgegen, dass der querschnittsgelähmte Versicherte über eine Übungsleiterausbildung verfügt?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 12.11.2009 - L 4 KR 156/08 -	10-03-128 NZB
Reha-Ausschluss bei Bezug von Arbeitslosengeld ab 58.Lebensjahr	B 1 KR 9/10 R <b>Termin:</b> 02.11.2010	Stellt ein Leistungsbezug nach § 428 Abs 1 S 1 SGB 3 einen Ausschlussgrund nach § 12 Abs 1 Nr 4a SGB 6 dar, wonach durch den Rentenversicherungsträger keine Leistungen zur Teilhabe zu erbringen sind, wenn der Versicherte Leistungen bezieht, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt werden?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 15.10.2009 - L 1 KR 231/09 -	10-03-129 NZB
<b>Krankenhauskosten</b>				
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 3 KR 16/09 R <b>Termin:</b> 12.08.2010	Kann eine gesetzliche Krankenkasse die Gewährung von Einsichtnahme in die vollständigen Behandlungsunterlagen eines Patienten vom Träger eines Krankenhauses nach § 294a SGB 5 zur Prüfung und ggf zum Nachweis eines Behandlungsfehlers beanspruchen?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 11.11.2009 - L 1 KR 152/08 -	10-03-140
DRG: Diagnose als Nebendiagnose	B 3 KR 4/10 R <b>Termin:</b> 25.11.2010	Wann ist eine Diagnose als Nebendiagnose im Rahmen der DRG zu berücksichtigen (hier: DRG E 01 A)?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 10.12.2009 - L 5 KR 101/08 -	10-03-136
Sonderentgelt 11.01 u. 15.03/ Zinsanspruch der Krankenkasse	B 3 KR 4/09 R <b>Termin:</b> 17.06.2010	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)?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 29.01.2009 - L 16 KR 242/06 -	09-02-166
Sanierungsbeitrag (Abschlag von 0,5%)	B 3 KR 10, 11/09 R <b>Termin:</b> 29.04.2010	Ist der im Krankenhausbereich eingeführte Abschlag in Höhe von 0,5% des Rechnungsbetrages gem § 8 Abs 9 S 1 KHEntG idF des GKV-WSG vom 26.3.2007 (BGBl I 2007, 378) sowohl formell als auch materiell verfassungskonform?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 26.03.2009 - L 16 KR 18/09 v. 26.03.2009 – L 16 KR 88/08 -	09-03-140 09-03-143
	B 3 KR 14/09 R <b>Termin:</b> 29.04.2010	Verstößt die durch Art 19 Nr 2 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (juris: GKV-WSG) eingeführte Regelung des § 8 Abs 9 KHEntG (Sanierungsbeitrag) gegen Art 3 Abs 1, 12 Abs 1 oder 14 Abs 1 GG?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 09.09.2009 - L 16 KR 14/09 -	09-04-130
Sanierungsbeitrag (Abschlag von 0,5%): Abgeschlossene Verträge	B 3 KR 8/10 R <b>Termin:</b> 25.11.2010	Können Mittel zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung auch für Verträge im Anbahnungs- oder Vorbereitungsstadium einbehalten werden oder ist der Einbehalt auf die im Zeitpunkt der Leistungserbringung des Krankenhauses tatsächlich abgeschlossenen Verträge beschränkt?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 11.05.2010 - L 4 KR 8/06 -	10-04-140
Aufwandspauschale nach § 275 I c 3 SGB V	B 1 KR 29/09 R <b>Termin:</b> 22.06.2010	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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 20/09 -	10-02-146 NZB
	B 1 KR 1/10 R <b>Termin:</b> 22.06.2010	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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 139/08 -	10-01-156 NZB
Abzug für integrierte Versorgung	B 1 KR 11/10 R	Gestattet § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 den Krankenkassen, (1.) Mittel für lediglich geplante	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> ,	10-03-137

		Verträge zur integrierten Versorgung einzubehalten und (2.) für Krankenhausbehandlung Gezahltes insoweit zurückzufordern, als eine Einbehaltung für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung zunächst unterblieben ist?	Urt. v. 17.03.2010 - L 4 KR 33/07 -	
	B 3 KR 6/10 R <b>Termin:</b> 25.11.2010	Zur Auslegung des Begriffs des "Einbehaltens" iS von § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 und zur nachträglichen Geltendmachung des Einbehalts.	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 17.03.2010 - L 4 KR 30/08 -	10-03-138
<b>Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller</b>				
Ambulante „Off-Label-Behandlung“ in einer Hochschulambulanz	B 1 KR 19/10 R	Kann eine ambulante "Off-Label-Behandlung" in einer Hochschulambulanz unter erleichterten Bedingungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 17.06.2010 - L 10 KR 13/06 -	
Retaxierung: Nicht zugelassenes Arzneimittel (hier: Thalidomid) ohne Genehmigung der Krankenkasse	B 1 KR 3/10 R <b>Termin:</b> 28.09.2010	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).	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 15.12.2009 - L 11 KR 389/09 -	10-01-165
Festbetragsfestsetzung: Pharmakologisch-therapeutische Vergleichbarkeit (Atorvastatin/„Sortis“)	B 1 KR 7, 10 u. 13/10 R	Verstößt die Festsetzung des Festbetrages für den Wirkstoff Atorvastatin in der Festbetragsgruppe der HMG-CoA-Reduktasehemmer durch die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen gegen höherrangiges Recht?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 16.12.2009 – L 9 KR 8/08 – v. 24.02.2010 - L 9 KR 104/08 – v. 24.02.2010 – L 9 KR 351/09	10-03-147, 148
Physiotherapieausbildung in anderem EU-Staat	B 3 KR 9/09 R <b>Termin:</b> 12.08.2010	Verstößt die Voraussetzung einer in Deutschland durch eine Weiterbildung zu erlangenden Qualifikation bei Anbietern mit Abschlüssen aus anderen Ländern der EU gegen Europarecht (hier: Erteilung einer Abrechnungsbefugnis an einen Physiotherapeuten für die manuelle Therapie nach einer Ausbildung an der Hogeschool van Amsterdam)?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 05.03.2009 - L 1 KR 351/08 -	10-01-175 NZZ
Masseur und Podologie	B 3 KR 12/09 R <b>Termin:</b> 07.10.2010	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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 11.12.2008 - L 2 KN 26/05 KR -	09-02-182 NZZ
Häusliche Krankenpflege "rund um die Uhr"	B 3 KR 2/10 R <b>Vergleich</b> 17.06.2010	Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege "rund um die Uhr" bei Personen mit einem besonders hohen Versorgungsbedarf, bei denen die Behandlungssicherungspflege gleichzeitig mit Maßnahmen der Grundpflege stattfindet.	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 20.01.2010 - L 4 KR 332/07 -	10-03-159
Häusliche Krankenpflege: Entscheidung unabhängiger Schiedsperson	B 3 KR 1/10 R <b>Termin:</b> 25.11.2010	In welchem Umfang ist der Schiedsspruch einer Schiedsperson nach § 132a SGB 5 gerichtlich überprüfbar?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 26.11.2009 - L 8 KR 325/07 -	10-01-177
<b>Krankenkassen</b>				
Keine rückwirkende Zulassung eines DMP-Programms	B 1 KR 14/10 R	Führen vom Bundesversicherungsamt hervorgerufene Verzögerungen bei der Herstellung aller in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs 7 SGB 5 genannten Anforderungen für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms (wegen eines fehlenden rechtzeitigen Hinweises zur Streichung eines "Klammerzusatzes") dazu, dass ein Behandlungsprogramm nach § 137g SGB 5 rückwirkend auch für den Zeitraum zuzulassen ist, in dem es die Anforderungen der genannten Rechtsverordnung noch nicht erfüllt?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 25.03.2010 - L 4 KR 169/08 -	10-03-164
Zulassung eines DMP-Brustkrebs: Einschränkung vor Ablehnung	B 1 KR 21/10 R	Kann eine Krankenkasse, die die Zulassung eines strukturierten Behandlungsrahmens beantragt, beanspruchen, dass dem Antrag bloß teilweise oder unter Beifügung von Nebenbestimmungen stattgegeben wird, wenn die uneingeschränkte Zulassung rechtswidrig wäre?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 22.04.2010 - L 5 KR 21/09 -	10-04-150

Rechtsweg zu Sozialgerichten: Auskunftsbeschluss des Bundeskartellamtes	B 1 SF 1, 2 u. 3/10 R <b>Termin:</b> 28.09.2010	Ist bei der Klage eines Sozialversicherungsträgers, mit der dieser die Verletzung seines Selbstverwaltungsrechts aus § 29 SGB 4 durch eine Maßnahme des Bundeskartellamts (hier: Auskunftsbeschluss) rügt, der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit oder der ordentlichen Gerichtsbarkeit eröffnet?	<i>LSG Hessen</i> , B. v. 01.06.2006 – L 1 KR 89/10 KL –; <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , B. v. 14.06.2010 – L 11 KR 199/10 KL –; <i>LSG Hamburg</i> , B. v. L 1 KR 22/10 KL –	10-03-167  10-03-166
<b>Sonstiges</b>				
Auskunftsanspruch gegen KV über Krankenbehandlungsdaten	B 1 KR 12/10 R <b>Termin:</b> 02.11.2010	Wird § 83 Abs 1 S 1 Nr 1 SGB 10, wonach dem Betroffenen in bestimmter Weise Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Sozialdaten zu erteilen ist (hier: Anspruch eines Versicherten gegen eine Kassenärztliche Vereinigung), durch § 305 SGB 5 verdrängt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 20.05.2010 – L 5 KR 153/09 –	10-03-168
Übernahme der Krankenbehandlung/ Verfolgung von Regressansprüchen	B 1 KR 4/10 R <b>Termin:</b> 28.09.2010	Gehören zu den Aufwendungen, die der Krankenkasse wegen der Übernahme der Krankenbehandlung nicht versicherter Empfänger von Leistungen nach dem SGB 12 entstanden sind, auch der Betrag, der im Rahmen eines Regressanspruchs nach § 116 SGB 10 von einem Dritten zu tragen wäre?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 07.01.2010 - S 8 KR 93/06 -	juris

### Anhang III: Anhängige Rechtsfragen des Großen Senats und weiterer Senate

Stand: 03.11.2010.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz
<b>Großer Senat</b>			
Abgrenzung Krankenversicherung/Vertragsarzt- recht	GS 1/10	1. Handelt es sich bei der Streitigkeit über die Rechtmäßigkeit einer Schiedsstellenentscheidung zur Vergütung der Leistungen einer zahnärztlichen Hochschulambulanz um eine krankenversicherungsrechtliche Streitigkeit im Sinne von § 51 Abs 1 Nr 2 SGG oder um eine vertragsarztrechtliche Streitigkeit im Sinne von § 10 Abs 2 SGG? 2. Nach welchen Kriterien ist die besondere Zuständigkeit einer Kammer/eines Senats für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts (§ 10 Abs 2 SGG) von der allgemeinen Zuständigkeit einer Kammer/eines Senats für Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 51 Abs 1 Nr 2 SGG) abzugrenzen?	BSG, B 3 KR 36/09 B
Verrechnung	GS 2/10	Ist eine Verrechnung nach § 52 SGB 1 durch Verwaltungsakt zu erklären?	BSG, B 13 R 76/09 R
<b>Weitere Senate</b>			
Beitragsersatzung gegenüber Ren- tenversicherung bei Mitgliedschaft in ärztlichem Versorgungswerk	B 13 R 26/10 R	Kann ein selbstständig Tätiger, der nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig ist (hier: niedergelassener Arzt), im Hinblick auf seine Mitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung als von der Versicherungspflicht befreit angesehen werden, sodass ihm bei Nichterfüllung der allgemeinen Wartezeit kein Recht auf freiwillige Versicherung zusteht und er somit einen Anspruch auf Erstattung zuvor gezahlter Beiträge hat?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 23.10.2009 - L 4 R 388/08 - juris (Revisionszulassung durch BSG, Beschl. v. 01.07.2010 – B 13 R 573/09 B)