

Rechtsprechungsinformationsdienst 11-01

Redaktion	7
Editorische Hinweise	7
A. Vertragsarztrecht	8
I. Honorarverteilung	8
1. EBM 2009 Regelleistungsvolumen	8
a) Fachgruppendurchschnitt in Aufbauphase	8
b) Keine Anfechtbarkeit des Regelleistungsvolumens für Gemeinschaftspraxis durch einzelnen Arzt	9
2. Individualbudgets der KV Berlin ab II/07 rechtmäßig/Wegzug der Praxisgemeinschaftspartnerin	9
3. HVV KV Nordrhein	10
a) Quartal II/05: Individualbudgetierung rechtswidrig	10
b) Quartal I/08: Individualbudget rechtmäßig/„Fachgruppenquote“ für MVZ/Ausnahmefall	10
4. Keine Garantie von Durchschnittserlösen (Neurologe und Psychiater)	11
5. Honorarverteilung KV Hessen	12
a) Regelleistungsvolumen: Diagnostische Radiologie im ländlichen Planungsbereich	12
b) Individualbudgetierung nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM 2003 (III/04 u. I/05)	12
c) Individualbudget (Quartale III/03 bis I/05): Keine Sonderregelung wegen Praxisgemeinschaft	12
6. Verwaltungskostenbeitrag auch für Dialysesachkosten	12
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	13
1. Überwachung des Software-Programms und des Abrechnungsausdrucks	13
2. Plausibilitätsprüfung	13
a) Missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft	13
b) Tagesprofile: Nebeneinanderabrechnung der Ordinationsgebühr mit Beratungsleistung	14
3. Rückwirkende Erteilung einer Laborgenehmigung ohne Auswirkung auf Vergütungsanspruch	14
4. Abrechenbarkeit nur bei formaler Qualifikation (Nr. 1618 EBM 1996)	14
III. Zweigpraxis/Genehmigung/Notfalldienst	15
1. Zweigpraxis	15
a) Sonderbedarfszulassung/Entfernung von 123 km	15
b) Sofortige Vollziehung/Defensive Konkurrentenklage/Willkür u. Anfechtungsberechtigung	15
2. Bindung der KV an EBM-Qualifikationsanforderung (Kinderkardiologie, Nr. 04410 EBM 2008)	16
3. Genehmigung nach Laborrichtlinien ist für jede einzelne Methode erforderlich	17
4. Bewilligungsbescheid über Fördermittel der allgemeinmedizinischen Weiterbildung	17
IV. Disziplinarbuße: Pflicht zur pünktlichen Abrechnung	17
V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	18
1. Arzneikostenregress	18
a) Anwendung der Einzelfallprüfung	18
b) Wobe Mugos E: Kein Vertrauenstatbestand	19
c) Richtgrößenprüfung: Praxisbesonderheiten/Ermessensnichtgebrauch	19
d) Aufschiebende Wirkung einer Klage gegen Arzneimittelregress	20
2. Sonstiger Schaden: Verordnung von Hepatitis B-Immunglobulin und Beriglobin als Impfstoff	20
3. Zuständigkeit der Prüfungsstelle/Vorstationäre Behandlung	21
4. Zahnärzte	21
a) Prüfmethode bei Prüfung der gesamten (zahn)ärztlichen Tätigkeit	21
b) Neuanfertigung eines Zahnersatzes/Keine Mitteilung des Untersuchungstermins	22
c) Kieferorthopädische Behandlung trotz Wurzelresorption	22
VI. Zulassungsrecht	23
1. Sonderbedarfszulassung	23
a) Psychologische Psychotherapeutin und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche	23
b) Maßgeblicher Zeitpunkt für Sonderbedarfszulassung	23
c) Auswahlentscheidung: Vorrangige Berücksichtigung der Abdeckung des Versorgungsbedarfs	24
2. Praxisnachfolge	24
a) Keine Nachholung einer rechtmäßigen Entscheidung über Praxisnachfolge nach sechs Jahren	24
b) MVZ als Praxisnachfolger/Praxisverlust nach Räumung	25
c) Praxisfortführung am alten Standort/Auswahlentscheidung	26
d) Keine Berücksichtigung einer verspäteten Bewerbung bei weiterem Bewerber	26
e) Kaufpreisüberprüfung: Ertragswert- u. Ärztekammermethode unzulässig	26

f) Anordnungsgrund nach Konkurrentenklage	27
3. MVZ	28
a) MVZ-Träger: Umwandlung einer GmbH in GmbH & Co KGaA/Kein gesonderter Rechtsträger	28
b) Präsenz- und Residenzpflicht angestellter Ärzte	29
c) Nachbesetzung der Stelle eines angestellten Arztes	29
d) Evtl. Verstoß gegen EU-Beihilferecht berührt nicht MVZ-Gründungsakt	29
4. Keine defensive Konkurrentenklage gegen Ausstieg des Praxispartners durch Arztsitzverlegung	29
5. Keine Abweichung von den Qualifikationsvoraussetzungen nach EBM durch § 71 Ia 3 SGB V	30
6. Job-Sharing: Isolierte Anfechtung der Leistungsbegrenzung	30
7. Zulassungsentziehung	32
a) BVerfG: Sofortige Vollziehung einer Zulassungsentziehung für MVZ	32
b) Keine Aufrechterhaltung eines geordneten Praxisbetriebs	32
c) Anordnung der sofortigen Vollziehung: Schwere der Vorwürfe/Patientengefährdung	32
8. Ermächtigung	33
a) Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V): Keine Beschränkung auf Planungsbereich	33
b) Hochschulambulanzen: Bedarfsermittlung und unzulässiger Überweisungsvorbehalt	33
9. Anordnung der sofortigen Vollziehung durch Berufungsausschuss	34
VII. GBA/Gesamtvertrag/Selektivvertrag	34
1. Unzureichende Normenfeststellungsklage/Mindestmenge für Versorgung Frühgeborener	34
2. Vergütungsabzug für Vertrag zur integrierten Versorgung	35
3. Keine gerichtliche Überprüfung einer Vergütungsvereinbarung durch Krankenkasse	35
4. Selektivverträge	36
a) Meistbegünstigungsklausel in Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (AOK Bayern)	36
b) Kündigung des Hausarztvertrages durch AOK Bayern rechtmäßig	37
c) Schiedsspruch nach § 73b SGB V: Anfechtbarkeit/„Add-On-Vertrag“/Beitragssatzstabilität	37
d) Bestellung einer Schiedsperson	37
aa) Primäre SG-Zuständigkeit/Mitgliederquorum	37
bb) Primäre LSG-Zuständigkeit	38
cc) Keine einheitliche Bestimmung einer Schiedsperson für einzelne Krankenkasse	38
dd) Kein isolierter Befangenheitsantrag gegen Schiedsperson	38
VIII. Verschiedenes/Verfahrensrecht	39
1. Drittschützende Wirkung von § 116b II SGB V für Vertragsärzte	39
2. Rechtsweg für Unterlassungsklage gegen Krankenhausbetreiber wegen § 116b III	40
3. KV-Rahmenverträge mit Krankenhäusern unzulässig	40
4. Außerordentliche Kündigung eines Vertrags zur Versorgung mit Schutzimpfungen (§ 132e SGB V)	41
5. Kein Schadensersatz für altersbedingte Beendigung der Zulassung	41
6. Erledigungsfeststellungsklage bei einseitiger Erledigungserklärung	41
7. Kein Anspruch auf KfO-Genehmigung gegenüber Krankenkasse	42
IX. Streitwert/Verfahrenskosten	42
1. Regelstreitwert bei fristwahrender Honorarklage	42
2. Anfechtung eines Kolloquiumsergebnisses als Genehmigungsvoraussetzung	42
3. Teilnahme am Notdienst in einem bestimmten Notdienstbezirk	42
4. Untätigkeitsklage: Kostentragung/Streitwert	43
5. Hinzuziehung eines Bevollmächtigten für das Vorverfahren	43
6. Geschäftsgebühr nach Nr. 2300 VV RVG: Mittelwert und Vertragsarztrecht	43
XI. Entscheidungen des BSG	44
1. Honorar	44
a) KV Hessen: Leistungen im Regelleistungsvolumen/Vorrang des Bewertungsausschusses	44
b) Degressionsregelung: Jahresbezogene Berechnung und Ausnahme	44
c) Abrechnungsfristen/Keine Pflicht zur Umdeutung einer fehlerhaften Abrechnung	44
d) Individualbudget: Härtefall/„Junge Praxis“	44
e) Strukturverträge und Budgeterweiterung	45
f) Budgets und Bemessungsgrenzen: Betriebskosten/Restleistungsquote	45
g) Versagung der Vergütung für Substitutionsbehandlung	46
2. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	46
a) Keine Vergütung von stationären Leistungen bei Neugeborenen außerhalb des Kreißsaals	46
b) Pauschalerstattung nach der Nr. 7120 EBM	46
c) Plausibilitätsprüfung: Missbräuchliche Praxisgemeinschaft	46
3. Arzneikosten- und Sprechstundenbedarfsregress	47
a) Unzulässige Verordnung kein „sonstiger Schaden“/Ausschlussfrist	47

b) Zulässige Verordnung des Arzneimittels Supertendin 5 als Sprechstundenbedarf	47
c) Polyglobin im Off-Label-Use: Verschulden/Anschlussberufung	47
d) Sprechstundenbedarf: Verordnungszeitraum/Ausschlussfrist/Prüfantrag	47
4. Zulassungsrecht	48
a) Zulassungsantrag vor Anordnung der Überversorgung bei fehlender Arztregistereintragung	48
b) Sonderbedarfszulassung: Psychoanalytisch begründete Verfahren	48
c) Keine Job-Sharing-Zulassung als PP neben Sonderbedarfszulassung als KJP	48
5. Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen	48
6. Verfahrensrecht: Antrag auf Terminverlegung ein Tag vorher	49
7. Geschäftsgebühr nach Nr. 2400 bei Sonderbedarfszulassung	49
8. BVerfG: Keine Annahme von Verfassungsbeschwerden gegen BSG-Entscheidungen	50
a) Berechtigung zu sachlich-rechnerischer Richtigstellung: Fehlende medizinische Rechtfertigung	50
b) Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	50
c) Gesprächspsychotherapie	50
d) Regressbescheide gegen Gemeinschaftspraxis/Frist für Prüfanträge/Rezeptur Arzneimittel	50
B. Krankenversicherungsrecht	51
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	51
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	51
a) Therapeutische Apherese	51
b) Therapiesystem zur Vakuumversiegelung einer Wunde	51
c) Autologe Knorpelzelltransplantation	51
d) Neuropsychologische Therapie	51
e) Helmtherapie: Behandlung einer vorhandenen Schädelasymmetrie mittels Kopforthese	52
f) Immuntherapie eines Mammakarzinoms mit dendritischen Zellen	52
2. Kein Anspruch auf Zahnimplantatversorgung trotz Conterganschädigung	52
II. Stationäre Krankenhausbehandlung	53
1. Magenbandverkleinerung	53
2. Brustverkleinerungsoperation	53
III. Krankenbehandlung im Ausland	54
1. Klimaheiltherapie Am Toten Meer	54
a) Bei Vitiligo (Weißfleckenkrankheit oder Scheckhaut) in Jordanien	54
b) Bei Psoriasis (Schuppenflechte) in Israel	54
2. Stationäre Behandlung: 90-Yttrium-Dotatoc Therapie (Schweiz)	54
IV. Arzneimittel	55
1. Off-Label-Use	55
a) Avastin bei Makulaödem	55
b) „Granocyte®“ (Wirkstoff Lenograstim)	55
c) Fehlende arzneimittelrechtliche Zulassung: Botulinumtoxin A-Therapie in Hochschulambulanz	55
d) Methylphenidathaltige Arzneimittel bei ADHS im Erwachsenenalter	56
2. Festbetragsfestsetzung	57
a) Keine Inzidentkontrolle der Festbetragsfestsetzung im Leistungsstreit (Sortis)	57
b) Unzulässige Festbetragsfestsetzung bei fehlender Behandlungsalternative	57
3. Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (hier: bei Neurodermitis)	58
4. Vorläufige Versorgung mit Medizinprodukt Gepan instill	58
5. Orthomolekulare Therapie: Lebensmittel oder Arzneimittel ohne Zulassung	58
V. Hilfsmittel	59
1. Oberschenkelprothese mit einem mikroprozessorgesteuerten Kniegelenk (sog. C-Leg)	59
2. Ausstattung mit weiterem Therapiestuhl für Kindergartenbesuch	59
3. Therapedreirad für Kind	59
4. Multifunktionsrollstuhl bei vollstationärer Pflege	60
5. PKW-Schwenksitz	60
6. Anspruch eines Sehbehinderten auf sog. Tafelkamera	60
7. Mobiles Kameralesesystem für elfjährigen Schüler	60
8. Screenreader (Bildschirmvorleseprogramm)	61
9. Badewannenlifter: Grundbedürfnis der elementaren Körperpflege	61
10. CPM-Schultergelenkbewegungsschiene	61
VI. Häusliche Krankenpflege	61
24 Stunden Behandlungspflege (Beatmung)	61

VII. Rehabilitation/Fahrkosten	62
1. Reha-Maßnahmen	62
a) Reha-Maßnahme nur bei Einwilligung in anschließende ambulante Psychotherapie	62
b) Rehabilitationssport bei Querschnittslähmung	62
2. Mutter-Kind-Maßnahme: Gesundheitliche Belastungen aus der Stellung als Mutter	62
3. Fahrkosten	63
a) Kontrolluntersuchungen nach einer Herztransplantation	63
b) Keine Kosten für Transport einer Eigenblutentnahme	63
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen	64
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	64
a) BVerfG: Abschlag von 5 % verfassungsgemäß	64
b) Operation durch nicht am Krankenhaus angestellten Vertragsarzt	64
c) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und Risiko ambulanter Operation	65
d) Polysomnographie nur als ambulante Behandlung/Sechswöchige Prüffrist	65
e) Myeloablative Therapie/Ordnungsgemäße Rechnung	66
f) Behandlung auf Aphasiestation im Universitätsklinikum Aachen	66
g) Kodierung nach Nikotingebrauch der Mutter in der Schwangerschaft	66
h) Keine medizinische Beweiserhebung bei fehlender Einverständniserklärung	67
i) Prüfverfahren zur Klärung des Vergütungsanspruchs gegen Krankenkasse	67
j) Aufwandspauschale § 275 I c 3 SGB V auch bei Behandlung vor April 2007	67
k) Fälligkeit/Verzugszinsen/Auskunftserteilung/Aufrechnung	68
2. Arzneimittelhersteller	68
a) BVerfG: Rabattverträge/Festbetragsfestsetzung und Wirtschaftlichkeit des Angebots	68
b) Rahmenvereinbarung über parenterale Zubereitung aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie	69
3. Hilfsmittelbringer	69
a) Vereinbarung mit Augenoptiker zur Schadenswiedergutmachung unzulässig	69
b) Versorgung mit Stomaartikeln nur bei Beschäftigung eines Stomatherapeuten	70
c) Beitritt zu Hilfsmittelversorgungsvertrag	70
4. Heilmittelbringer	71
a) Prüfpflicht des Leistungserbringers bzgl. ärztlicher Verordnung zwingend	71
b) Widerruf der Zulassung für logopädische Praxis nach Mitarbeiterwechsel	72
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	73
1. Zulässige Erhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags	73
2. Rückzahlung an Gesundheitsfonds	73
3. Umlagebescheide eines Landesverbandes für notleidende Betriebskrankenkassen	74
X. Verfahrensrecht	74
1. Statthaftigkeit der Beschwerde im einstweiligen Rechtsschutzverfahren	74
2. Rechtsweg zu VG für Klage eines Insolvenzverwalters auf Auskunft nach IFG	75
XI. Entscheidungen des BSG	75
1. Ärztliche Behandlungen	75
a) Kryokonservierung und Lagerung von Samen	75
b) Störung der Geschlechtsidentität in Form einer Zisidentität	75
2. Ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen	75
3. Krankenhäuser	75
a) Krankenhaus-Sanierungsbeitrag	75
b) Voraussetzung für Notfallbehandlung	75
4. Verfahrensrecht	76
a) Rechtsweg: Krankenkassen gegen Auskunftsbeschlüsse des Bundeskartellamts	76
b) Feststellungsinteresse/Grundsätzliche Bedeutung einer Rechtssache	76
c) Nichtbeachtung der Bindungswirkung einer Revisionsentscheidung durch LSG	76
C. Entscheidungen anderer Gerichte	77
I. Ärztliches Berufsrecht	77
1. Approbation/Berufserlaubnis	77
a) Widerruf der Approbation	77
aa) BVerwG: Widerruf der Approbation wegen Unzuverlässigkeit	77
bb) Geldannahme von Pharmaindustrie	77
cc) Unwürdigkeit bei Abrechnungsbetrug gegenüber KV	78
dd) Billiger Zahnersatz aus Hongkong zu BEL II-Tarif	78
b) Keine vorübergehende Berufsausübungserlaubnis bei Strafverurteilung	79

2. BVerfG: Berufspflichten/Preisvergleich für zahnärztl. Leistungen auf Internetportal	80
3. Wettbewerbsrecht	80
a) BGH: Weiterbildungsrecht als Marktverhaltensregel/Master of Science Kieferorthopädie	80
b) Gesundheitswerbung muss gesichertem wissenschaftlichen Stand entsprechen	80
4. Weiterbildung in abweichendem Weiterbildungsgang (Gynäkologische Onkologie)	81
5. Recht auf Ruhe vor Medien nach Ermittlungsende	81
6. Ziviles Vertragsrecht/Arbeitsrecht	81
a) Kein Vergabeverfahren für Einbringen des Praxissitzes nach § 103 IVa SGB V	81
b) Vergütungsanspruch des beauftragten Laborarztes für nicht notwendige Untersuchung	81
c) Schadensersatz nach fristloser Kündigung eines Belegarztvertrags	82
d) Konkurrenzschutzklausel in Nutzungsvertrag bei Niederlassung am Krankenhaus	82
e) Schwangerschaftskonfliktberatung keine ärztliche Behandlung	82
7. BGH: Strafrechtlich relevante Handlungsherrschaft/Psycholytische Sitzungen	82
8. Kammern	83
a) Unzulässige Anordnung eines Fachgesprächs mit schriftlicher Kenntnisprüfung	83
b) Mitgliedsbeitrag: Auskunftspflicht/Keine Beitragsobergrenze	83
c) Unterschiedliches Stimmenquorum in Ärztekammer des Saarlandes	83
9. Versorgungswerke	84
a) Altersrentenzulage: Voraussetzung für Ledigenzuschlag Ärztekammer Niedersachsen	84
b) Medizinjournalistin: Befreiung von der Künstlersozialversicherung wegen Versorgungswerk	84
c) Keine Befreiung von Rentenversicherungspflicht für Pharmavertreter	84
II. Arzthaftung	84
1. EGMR: Effizientes Arzthaftungsverfahren	84
2. BGH	85
a) Anästhesist übersieht bei Abklärung der Narkosefähigkeit mittels Röntgenaufnahme Karzinom	85
b) Behandlung von Zivildienstleistenden keine Ausübung eines öffentlichen Amtes	85
c) Rechtliches Gehör zur mündlichen Erläuterung eines Gutachtens	85
3. Sturz nach eigenmächtigem Versuch, sich in Rollstuhl zu setzen	85
4. Bewertung nach jeweiligem Facharztstandard	85
5. Fehlbeurteilung durch Belegarzt: Keine Haftung des Krankenhausträgers	86
6. Suizidversuch in Psychiatrie	86
7. Aufklärungspflichten	86
a) Leistenbruchoperation: Verschiedene Operationsmöglichkeiten	86
b) Versterbensrisiko bei größerer Operation (Hüfttotalendoprothese)	87
c) Risiko des Fehlschlagens bei Operation nach jahrelanger Behinderung	87
d) Verzicht auf Fachbegriffe bei verständlicher Darstellung	87
e) Behandlungsalternativen	87
f) Bestimmter Arzt/Aufklärung durch Stationsarzt/Bandscheiben-OP	88
g) Aufklärung Minderjähriger und ihrer Eltern vor Schilddrüsenoperation	88
8. Sachverständige	89
a) Hinzuziehung Dritter bei körperlicher Untersuchung	89
b) Besorgnis der Befangenheit eines Sachverständigen	89
aa) Beziehung des bekl. Arztes zum Sachverständigen: Facharztausbildung/Veröffentlichung	89
bb) Tätigkeit bei gemeinsamem Klinikträger	89
cc) Unsachliche Äußerungen	89
dd) Gutachtertätigkeit nur als Belastung	90
c) Kein Verlust des Vergütungsanspruchs bei Hinzuziehung von Gehilfen	90
d) Schadensersatzanspruch gegen Gutachter und Antrag auf mündliche Anhörung	90
9. Kein Verjährungsbeginn nach beiläufiger ärztlicher Mitteilung	90
10. PKH: Hinreichende Erfolgsaussicht bei Beweiserhebung	91
11. Zahnärzte	91
a) Honorarrückzahlung bei unbrauchbarem Zahnersatz	91
b) Werkvertragsrecht bei zahntechnischen Herstellungsmängeln (hier: Lunkerbildung)	91
III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	91
1. Privatbehandlung	91
a) BGH: Anspruch des externen Arztes gegen Wahlleistungspatienten	91
b) Abbruch der Psychotherapiesitzung durch Durchfallallergikerin wegen Duftstoffexposition	92
c) Umfassende Auskunftspflicht des behandelnden Zahnarztes	92
2. Private Krankenversicherung:	92
a) Hilfsmittel „in einfacher Ausführung“ unbestimmt	92
b) Angemessenheit der Kosten für zahntechnische Leistungen: Nicht BEL-Liste	92
3. Beihilfe	93

a) Keine Beihilfe für beidseitige Beinverlängerung	93
b) Keine Beihilfe bei medizinisch nicht notwendiger ärztlicher Behandlung	93
c) Aufwendungen für Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmer)	93
d) Proimmuntest/Oxyvenierung nach Dr. Regelsberger/Chelatbildner/Augenbiomorphometrie	93
e) Beihilfegewährung bei sog. Analog-Abrechnung durch Ärzte	94
f) Beihilfefähigkeit der Analogabrechnung eines psychiatrischen Gesprächs	94
g) Zahnärzte: Kieferorthopädische Leistungen vor Vollendung des 18. Lebensjahres	95
IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte	95
1. EuGH: Vertrieb von Kontaktlinsen über Internet zulässig	95
2. BGH	95
a) Abgrenzung Funktionsarzneimittel und Medizinprodukt/Photodynamische Therapie	95
b) Wettbewerbsverstoß: Inverkehrbringen eines nicht zugelassenen Arzneimittels (Mundspüllösung)	96
3. Vergaberecht: Verträge über Grippeimpfstoffe mit Apotheken	96
4. Pick-up-Stellen ausländischer Versandapotheken in deutscher Apotheke zulässig	96
5. Unlauterer Wettbewerb: Zulassungspflicht für die Auseinzelung von Fertigspritzen	96
6. „Thromboseprophylaxe der Extraklasse“ für Blutgerinnungshemmer ist irreführend	96
7. Werbeanzeige/Redaktionell gestaltete Produktwerbung („Umckaloabo®“ u. „Voltaflex“)	97
8. Erhebung einer Verwaltungsgebühr für Apothekenkontrolle infolge anonymer Anzeige	97
9. Beihilfe	97
a) Festbeträge für Arzneimittelbeihilfe nicht anwendbar	97
b) Arzneimittelbegriff/Homöopathische Mittel/Nahrungsergänzungsmittel	97
c) Viagra/Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel/Medizinprodukt „Hylo-Care“	98
d) Nahrungsergänzungsmittel Arthronum	98
e) Medizinprodukt Hyaluronsäure-Präparat „Go-On“	98
V. Verschiedenes	98
1. EGMR	98
a) Anprangerung eines Gynäkologen wegen Abtreibungen nicht als Meinungsfreiheit geschützt	98
b) Überlange Verfahrensdauer: Schadensersatz	99
c) Überlange Verfahrensdauer: Anspruch nach dem OEG/Schadensersatz	99
d) Verfahrensdauer von 3 Jahren und 10½ Monate in Rentenstreitigkeit Erwerbsunfähigkeit	100
2. EuGH	100
a) Verbot der Diskriminierung wegen des Alters	100
aa) Ruhestandsregelung für Universitätsprofessoren	100
bb) Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei Erreichen des Rentenalters	100
b) Beteiligungsregelungen für medizinische Labore in Frankreich	100
c) Mehrwertsteuerrichtlinie: Heilbehandlungen (Knorpelzellen zur Reimplantation)	101
3. BVerfG	101
a) Gentechnikgesetz: Ausbringen von gentechnisch veränderten Organismen in die Umwelt	101
b) Altersgrenze für Notare	101
c) Zulassung eines Rechtsmittels wegen Zweifel an der Richtigkeit der Vorinstanz	102
d) Verfassungsbeschwerde trotz Nichtzulassung der Revision (Abschaffung Arbeitslosenhilfe)	102
e) Überlange Verfahrensdauer	102
4. BGH	103
a) Behandlungsabbruch auf der Grundlage des Patientenwillens	103
b) Amtshaftung wegen überlanger Verfahrensdauer eines Zivilprozesses	103
5. BVerwG	103
a) Kein Unterlassungsanspruch wegen Diagnose eines Amtsarztes gegenüber Behörde	103
b) Grenzen zulässiger Äußerungen von Industrie- und Handelskammern	104
6. Ausbleibende Erstellung eines Befundberichts durch den behandelnden Arzt	104
7. Krankenhäuser	104
a) BGH: Schadensersatzklage wegen Ablehnung eines Versorgungsvertrags Rehabilitation	104
b) Keine Anwendbarkeit des KHEntgG auf ausgegliederte Privatkliniken/Verbandsklagebefugnis	104
8. Heilpraktiker	105
a) BVerwG: Beschränkung der Heilpraktikererlaubnis auf Ausübung der Physiotherapie	105
b) Fragenkatalog im schriftlichen Teil der Heilpraktikerprüfung/„Bestehensgrenze“	105
c) „Atlasprofilaxe“ erfordert Heilpraktikererlaubnis	106
d) Mitverursachung bei Befolgen der Empfehlung einer „Geistheilerin“	106
9. Hörgeräteversorgung: Greifbare Verbesserungen des Hörvermögens	106
10. Gewährung von Leistungen zur medizinischen Reha im einstweiligen Rechtsschutzverfahren	106
11. Heilpädagogisches Reiten als heilpädagogische Leistung	106
12. Keine Genehmigung zur Notfallrettung wegen fehlender Zuverlässigkeit	107
13. Veröffentlichung der Benotung eines Pflegeheims	107

14. Gründung eines pathologischen Instituts nach Pensionierung	107
15. Kein Kurzarbeitergeld bei Arbeitsausfall nach Änderungen im Gesundheitsrecht	107
16. Keine Kündigung des Mietverhältnisses wegen Substitutionsbehandlung	108
17. Steuerrecht	108
a) BFH	108
aa) Keine steuerfreie Heilbehandlung durch Subunternehmer (Kosmetiker)	108
bb) Kosten nicht anerkannter Heilmethode als außergewöhnliche Belastung	108
b) Keine Steuerbefreiung einer Praxis für heilpädagogisches Reiten und Voltigieren	108
c) Umsatzsteuerfreiheit von Leistungen einer Privatklinik	109
Erratum	109
Verzeichnis der Entscheidungen	109
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht	113
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)	117
Anhang III: Anhängige Rechtsfragen des Großen Senats und weiterer Senate	121

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

e-mail: pawlita@web.de;

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

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

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

www.dg-kassenarztrecht.de.

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum **13.02.2011** eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 08.12.2010 – **B 6 KA 33/09 R** – ist es nicht zu beanstanden, dass nach der **Laborreform** zum 01.07.1999 eine **Abstaffelung der Kostensätze für die Laboranalysen** um 20% für die Laborleistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä a.F. erfolgte, die eine Praxis im Quartal oberhalb der Grenze von 450.000 Untersuchungen erbringt.

Vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 10-04-A (S. 8); 09-04-A (S. 8); 08-04-A I (S. 7); 07-04 A I (S. 6); 06-04 A I (S. 6); RID 05-04-A I (S. 7).

1. EBM 2009 REGELLEISTUNGSVOLUMEN

A) FACHGRUPPENDURCHSCHNITT IN AUFBAUPHASE

SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 11 KA 189/10 –

RID 11-01-01

SGB V §§ 87a, 87b, 87c

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, §§ 87 ff. SGB V (s. bereits SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 11 KA 340/09 – RID 10-04-01).

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 (vgl. bereits SG Marburg, Beschl. v. 01.09.2010 – S 11 KA 604/10 ER - RID 10-04-02; SG Marburg, Beschl. v. 05.08.2009 – S 11 KA 430/09 ER – RID 09-03-01).

Der **Bewertungsausschuss bzw. Erweiterte Bewertungsausschuss** ist im Rahmen des Gestaltungsspielraums berechtigt, 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 durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche Praxen; insofern greift dann nur ab 150 % der durchschnittlichen Fallzahl die Abstaffelungsregelung (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; SG Marburg, Beschl. v. 01.09.2010 – S 11 KA 604/10 ER - RID 10-04-02) 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). Die Zuordnung zur **Gruppe „Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT“** ist auch für eine Praxis, die schwerpunktmäßig kostenintensive MRT-Leistungen erbringt und damit möglicherweise Probleme mit der Kostendeckung bekommt, zulässig und rechtfertigt keine Sonderregelung. Es ist die eigene unternehmerische Entscheidung jedes Arztes, sein Leistungsspektrum zu gestalten.

Die Kl. ist eine radiologische Gemeinschaftspraxis mit Vorhaltung von CT und MRT und seit dem Januar 2008 in der Zusammensetzung A, B u. C. A u. B betrieben gemeinsam schon seit 2004 eine Praxis an unterschiedlichen Standorten, C kam im Januar 2008 dazu. Nach einigen zeitlichen Verzögerungen hat die Kl. ihre Praxisräume, für die sie erhebliche Investitionen vorgenommen hatte, im Laufe des Sommers 2009 fertig gestellt und ihre Tätigkeit aufgenommen. Die Bekl. wies der Kl. auf der Grundlage der Fallzahlen aus dem Jahr 2008 (für A 6, B 74 und C 10 Fälle) für das Quartal III/09 ein Regelleistungsvolumen (RLV) in Höhe von 5.860,69 € für das Quartal III/09 zu. Es resultiere aus der Multiplikation der für das RLV relevanten Fallzahl aus dem

Quartal III/08 mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert. Zur Förderung der Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften wurde ein 10%-iger Aufschlag gewährt. Bei 371 Fällen betrug die Honorarforderung 40.600 €, als Gesamthonorar wurden 9.244,12€ festgesetzt. Im einstweiligen Rechtsschutzverfahren verpflichtete **SG Marburg**, Beschl. v. 05.08.2009 – S 11 KA 430/09 ER – RID 09-03-01 zur Vergütung der Leistungen im Fachgebiet der Radiologie bis zur Höhe des Fachgruppendurchschnitts. **LSG Hessen**, Beschl. v. 21.12.2009 – L 4 KA 77/09 B ER – RID 10-01-01 bestätigte diese Entscheidung insoweit, als der Kl. RLV auf der Basis der tatsächlich abgerechneten 379 Arztfälle und für das Quartal IV/09 ein Regelleistungsvolumen auf der Basis von 1.500 Fällen zuerkannt wurde. Das **SG** verurteilte die Bekl. zur Neubescheidung.

B) KEINE ANFECHTBARKEIT DES REGELLEISTUNGSVOLUMENS FÜR GEMEINSCHAFTSPRAXIS DURCH EINZELNEN ARZT

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 03.11.2011 – S 71 KA 232/10 –

RID 11-01-02

SGB V §§ 87a ff.

Das einer **Gemeinschaftspraxis** zugewiesene **Regelleistungsvolumen** ist rechtlich **nicht teilbar**. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass es theoretisch anhand der lebenslangen Arztnummer auf die einzelnen Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft heruntergebrochen werden könnte.

Die **Anfechtung** eines Bescheids über die Zuweisung des Regelleistungsvolumens kann bei einer Gemeinschaftspraxis nur von dieser selbst geltend gemacht werden.

Das **SG** wies die Klage des Kl., der mit einer Gynäkologin in Gemeinschaftspraxis tätig war, mit dem Antrag, unter Aufhebung des Bescheids die Bekl., zu verurteilen, ihn hinsichtlich der Zuweisung des Regelleistungsvolumens für das Quartal I/10 neu zu bescheiden, ab.

2. INDIVIDUALBUDGETS DER KV BERLIN AB II/07 RECHTMÄßIG/WEGZUG DER PRAXISGEMEINSCHAFTSPARTNERIN

SG Berlin, Urt. v. 17.11.2010 – S 71 KA 12/09 –

RID 11-01-03

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 85 IV

Das **Regelungskonzept der Individualbudgets der KV Berlin** ab dem hier streitgegenständlichen Quartal II/07 ist nicht rechtswidrig, da BSG, Urt. v. 17.03.2010 - B 6 KA 43/08 R – (BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54 - KV Nord-Württemberg) hierauf nicht übertragbar ist. Es liegen die Voraussetzungen der Übergangsregelung in Teil III Nr. 2.2. des Beschlusses des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 vor.

Sieht ein HVV vor, dass wegen **Praxisumzügen** und entsprechender Patientenübernahme eine **Ausnahmeregelung** zu einem **Individualbudget** getroffen werden kann, so liegt diese Voraussetzung vor, wenn die Partnerin einer Praxisgemeinschaft die Praxis an einen rund 5 km entfernten Standort verlegt und anhand von Patientenlisten in Verbindung mit dauerhaft gestiegenen Fallzahlen nachgewiesen ist, dass der verbliebene Arzt Patienten aus der verzogenen Praxis übernommen hat.

Es kommt entscheidend auf die **tatsächliche Übernahme der Patienten** an, nicht jedoch darauf, ob ein Wechsel der Patienten in die neue Praxis angeregt, gewünscht oder zwischen zwei Vertragsärzten vereinbart worden ist. Eine rein privatrechtliche Vereinbarung zwischen Vertragsärzten ist grundsätzlich ohne Einfluss auf die öffentlich-rechtlichen Positionen des Vertragsarztrechts.

Das **SG** verpflichtete die bekl. KV, dem Kl. (Facharzt für Allgemeinmedizin) ab dem Quartal II/07 und bis zum Quartal IV/08 ein höheres Individualbudget unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu gewähren.

3. HVV KV NORDRHEIN

A) QUARTAL II/05: INDIVIDUALBUDGETIERUNG RECHTSWIDRIG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.09.2010 – L 11 KA 60/07 –

RID 11-01-04

Revision anhängig: B 6 KA 3/11 R
SGB V § 85 IV

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Der HVV KV Nordrhein für das Quartal II/05 **verstößt** gegen die **Vorgaben** des § 85 IV 7 und 8 SGB V und erfüllt nicht die vom **Bewertungsausschuss** am 29.10.2004 zu Teil III Nr. 2.2 beschlossene Übergangsregelung.

§ 85 IV SGB V erlaubt kein Absehen von **arztgruppenspezifischen Grenzwerten**, sie gibt den Partnern des HVV lediglich die Möglichkeit, darüber hinaus weitere Steuerungsinstrumente zu entwickeln und zur Anwendung zu bringen. Der Ausdruck „insbesondere“ schließt somit weitere Maßnahmen nicht aus, macht aber den Regelungsinhalt nicht zu einem unverbindlichen Beispielsfall (LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 110/08 – RID 09-03-15; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2054/08 – RID 09-01-08).

Zwar sind die Ziele der **Steuerungsinstrumente Regelleistungsvolumen (RLV)** und **Individualbudget** weitgehend identisch, indessen sind deren **Auswirkungen** nicht vergleichbar. Während der Vertragsarzt nach Maßgabe der Individualbudgetierung aufgrund der Kombination von Individualbudgets und floatendem Element auf Schätzungen angewiesen ist, hat er in Anwendung des Steuerungsinstruments RLV angesichts fester Punktwerte grundsätzlich Kenntnis von der Höhe der Vergütung für jede einzelne ärztliche Leistung. Durch die Individualbudgetierung wird der „Umsatz“ gesteuert, denn dieser ist maßgebender Anknüpfungspunkt für die Berechnung des Individualbudgets. Demgegenüber setzt das RLV-System entscheidend bei den Fallzahlen an, denn die Höhe des RLV ergibt sich aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl und der Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal. Unter Geltung der Individualbudgetierung ist der Vertragsarzt gehalten, seinen Umsatz den Vorgaben des Individualbudgets anzupassen, hingegen bewirkt das RLV-System, dass er mittels der Fallzahlen sein Leistungsgeschehen steuern muss.

SG Düsseldorf, Urt. v. 25.07.2007 – S 14 KA 151/06 - wies die Klage der kl. Gemeinschaftspraxis (zwei hausärztlich tätige Allgemeinmediziner) gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/05 (69.938,75 €) ab, das **LSG** verurteilte zur Neubescheidung. Hinsichtlich der **Zulassung der Revision** führt das LSG aus, soweit es im Urt. des BSG v. 17.03.2010 - B 6 KA 43/08 R - (BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54) um die Rechtsfrage gegangen sei, ob der HVV der beklagten KV über den 01.04.2005 hinaus fortgeführt worden sei, was das BSG verneint habe, führe diese Entscheidung hier nicht weiter. Maßgebend sei vorliegend, ob und unter welchen Voraussetzungen die Auswirkungen eines über den 01.04.2005 hinaus „fortgeführten“ Steuerungsinstruments (Individualbudget) jenen des RLV-Systems vergleichbar seien.

BSG, Urt. v. 18.08.2010 - B 6 KA 26/09 R - (Parallelentscheidung zu B 6 KA 27/09 R) hat die Revision gegen LSG Hessen, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 110/08 – RID 09-03-15 zurückgewiesen, BSG, Urt. v. 17.03.2010 - B 6 KA 43/08 R – BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54 = ZMGR 2010, 303 die Revision gegen LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 29.10.2008 – L 5 KA 2054/08 – RID 09-01-08.

B) QUARTAL I/08: INDIVIDUALBUDGET RECHTMÄßIG/„FACHGRUPPENQUOTE“ FÜR MVZ/AUSNAHMEFALL

SG Düsseldorf, Urt. v. 12.01.2011 – S 2 KA 157/08 –

RID 11-01-05

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

Die Regelungen des **Honorarverteilungsvertrages der KV Nordrhein** über das **Individualbudget** stellen sich grundsätzlich als rechtmäßig dar (vgl. für die Zeit ab 01.04.2005 aber LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.09.2010 – L 11 KA 60/07 – RID 11-01-04, Revision anhängig: B 6 KA 3/11 R). Rechtlich unbedenklich ist dabei auch die Kombination von Individualbudget und floatendem Element, die durch die Quotierung des für den einzelnen Arzt zulässigen Punktzahlvolumens entsprechend dem im jeweiligen Honorartopf zur Verfügung stehenden Honorarvolumen zur Gewährung eines Punktwerts von 10 Pf. (5,11 Ct.) vorgenommen wird (BSG, Urt. v. 10.12.2003 - B 6 KA 54/02 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 5 = BSGE 92, 10 = GesR 2004, 325 = NZS 2004, 612 u.a.; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.10.2006 – L 11 KA 126/04 – RID 07-01-05). Diese „**Fachgruppenquote**“ ist insofern als Rechengröße das Ergebnis einer Verhältnisrechnung zwischen tatsächlich erbrachter Gesamtleistung der Fachgruppe und dem im jeweiligen Honorartopf zur Verfügung stehenden Honorarvolumen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2006 – L 10 KA 22/05 – RID 06-03-06).

Die Bestimmung der **Fachgruppenquote für MVZ** im HVV KV Nordrhein für das **Quartal I/08** ist nicht zu beanstanden. Die Fachgruppenquote für MVZ bestimmt sich nicht aus einem bestimmten Honorartopf, dessen Größe einem festgelegten prozentualen Anteil an dem Verteilungsbetrag der Gesamtvergütung entspricht, sondern folgt einer anderen Systematik. So werden zunächst der hausärztliche Verteilungsbetrag und die Honorartöpfe im fachärztlichen Versorgungsbereich für die MVZ quartalsweise bereinigt. Sodann werden Leistungen, die über das jeweils zugeordnete maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen hinaus abgerechnet werden, auf dieses Punktzahlvolumen gekürzt. Schließlich werden die nach der Kürzung verbleibenden punktzahlbewerteten Leistungen eines MVZ mit einem Punktwert von 5,11 Ct. bewertet, danach mit der **durchschnittlichen Fachgruppenquote aller Fachärzte** multipliziert und entsprechend vergütet. Die Auffassung, dass aufgrund der **Fachübergreiflichkeit von MVZ** in aller Regel ein **überwiegend fachärztlicher Anteil** vorhanden sei, der es rechtfertige, generell von einer fachärztlichen Tätigkeit des MVZ auszugehen, hält sich zumindest in der Anfangsphase der Regelung noch im Rahmen des Gestaltungsspielraums. Inwieweit diese Annahme hinsichtlich der Fachgruppenquote zu einem Mix aus sämtlichen Facharztgruppen berechtigt, lässt die Kammer offen. Soweit es sich um ein **hausärztliches MVZ im ländlichen Bereich** handelt, das fünf Altersheime betreut, Hausbesuche macht und bei den entsprechenden hausärztlichen Ordinationsziffern und der Hausbesuchsziffer deutlich von der Vergleichsgruppe der Fachärzte abweicht, liegt ein Ausnahmefall vor.

Das **SG** gab der Klage des MVZ (ein Facharzt für Innere Medizin, eine Fachärztin für Chirurgie und Allgemeinmedizin sowie ein Arzt/eine Ärztin der Fachgruppe 02) statt.

4. KEINE GARANTIE VON DURCHSCHNITTSERLÖSEN (NEUROLOGE UND PSYCHIATER)

LSG Hessen, Urt. v. 17.11.2010 – L 4 KA 69/08 –

RID 11-01-06

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 10/11 B
SGB V § 85 IV

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Es besteht keine rechtliche Verpflichtung einer KV, im Honorarverteilungsmaßstab **Stützungsregelungen** außer für den Fall des Punktwertverlusts auch dann vorzusehen, wenn eine Honorar(unter)gruppe im Vergleich zum **Durchschnittshonorar** über alle Facharztgruppen hinweg sinkende Erlöse zu verzeichnen hat.

Eine Pflicht einer KV zur **Umverteilung** zwischen den Facharztgruppen wegen einer **ungleichen Honorarentwicklung**, die letztlich auf der gesonderten Honorierung bestimmter den Honorartöpfen nicht unterfallender Leistungen beruht, scheidet jedoch aus. Denn die gesonderte Vergütung solcher Leistungen beruht teilweise auf gesetzlichen Ermächtigungen, z.B. hinsichtlich der Leistungen der Früherkennung und Prävention (§ 71 I 2 SGB V) oder der Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen (§ 85 IIa SGB V), teilweise sind sie das Ergebnis der auf der Grundlage von § 115b I 1 Nr. 2 SGB V getroffenen vertraglichen Vereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen hinsichtlich der Leistungen des ambulanten Operierens. Die insoweit mögliche günstigere Honorarentwicklung bei solchen Arztgruppen, welche derartige Leistungen erbringen können, ist also im Gesetz angelegt und darf von der Beklagten nicht durch nachfolgende gegenläufige Verteilungsregelungen im Bereich der Honorarzuweisungen bei den Fachgruppentöpfen konterkariert werden.

Die **Kostensätze** spielen bei der **Honorarverteilung** durch die KV keine Rolle, sondern sind Teil der den Punktwerten im EBM zugrunde liegenden Bewertungen, die der Bewertungsausschuss normativ bestimmt. In diesem Rahmen kommt den Kostensätzen allerdings eine erhebliche Bedeutung im Regelungsgefüge der Honorarverteilung zu. Bei gravierenden und dauerhaften Abweichungen der tatsächlich ermittelten Kostensätze einer Arztgruppe von denjenigen, die den **Bewertungen im EBM** – auch in Relation zu den anderen Arztgruppen – zugrunde liegen, ist der Bewertungsausschuss zu einer Korrektur verpflichtet (vgl. BSG, Urt. v. 15.05.2002 - B 6 KA 33/01 R - BSGE 89, 259 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 34; Beschl. v. 23.05.2007 - B 6 KA 27/06 B - juris).

Angesichts eines **Honorarverteilungsmaßstabs der KV Hessen**, dessen Regelungsmechanismus den in der Rechtsprechung entwickelten Vorgaben einer leistungsgerechten Verteilung des Honorars entspricht, fehlt es an einem rechtlichen Ansatzpunkt für eine auf die Entwicklung der Gesamteinkommen abstellende Betrachtung, die eine Rechtspflicht der Beklagten zu Honorarumverteilungen auslösen könnte.

SG Marburg, Urt. v. 02.07.2008 – S 12 KA 445/07 – RID 08-03-13 gab der Klage (Quartale I/03 bis III/04 und I/05) statt, das **LSG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren: SG Marburg, Urt. v. 02.07.2008 – S 12 KA 836/05 – RID 08-03-13

LSG Hessen, Urt. v. 17.11.2010 – L 4 KA 70/08 – Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 11/11 B **RID 11-01-07**

5. HONORARVERTEILUNG KV HESSEN

A) REGELLEISTUNGSVOLUMEN: DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE IM LÄNDLICHEN PLANUNGSBEREICH

LSG Hessen, Urt. v. 20.10.2010 – L 4 KA 12/09 –

RID 11-01-08

SGB V § 85 IV

Werden die Leistungen in ausreichendem Maß von anderen Praxen erbracht, dann besteht kein Sicherstellungsproblem, das eine Ausnahmegenehmigung nach Ziffer 6.3 letzter Absatz HVV rechtfertigt.

Bei der CT-gesteuerten Intervention nach Ziff. 34502 EBM handelt es sich nicht um eine aus dem üblichen Rahmen radiologischer Praxen fallende Leistung, die einen atypischen Sonderfall zum Regelleistungsvolumen begründen könnte.

SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 162/07 – RID 09-01-20 wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

B) INDIVIDUALBUDGETIERUNG NACH ANLAGE 3 ZU LZ 702 HVM 2003 (III/04 U. I/05)

LSG Hessen, Urt. v. 20.10.2010 – L 4 KA 74/09 –

RID 11-01-09

SGB V § 85 IV

Maßnahmen der Individualbudgetierung nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM 2003 sind rechtmäßig, weil sie Leistungsausweitungen verhindern und damit dem Punktwertverfall entgegen wirken.

Eine Sicherstellungsproblematik liegt nicht vor, wenn es im Umkreis von 50 km um die Praxis eine ausreichende Anzahl von Ärzten der gleichen Fachrichtung (hier: Kinder- und Jugendärzte) gibt, die über genügend Kapazitäten verfügen. Die Behandlung von ADHS/ADS-Patienten fällt grundsätzlich in die Kompetenz aller Kinder- und Jugendärzte.

SG Marburg, Urt. v. 22.07.2009 – S 11 KA 420/08 – wies die Klage eines Kinderarztes (Honorar Quartale III/04 u. I/05) ab, das *LSG* die Berufung zurück.

C) INDIVIDUALBUDGET (QUARTALE III/03 BIS I/05): KEINE SONDERREGELUNG WEGEN PRAXISGEMEINSCHAFT

SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 11 KA 72/08 –

RID 11-01-10

SGB V § 85 IV

Soweit im begründeten Ausnahmefall (Urlaub, Krankheit etc.) eine Sonderregelung dahingehend erwirkt werden kann, dass für die Bemessung des Individualbudgets anstelle des entsprechenden Vergleichsquartals aus dem Jahre 2002 als Referenzquartal das entsprechende Quartal des Jahres 2001 zugrunde gelegt wird, besteht nicht die Möglichkeit, Bezugsquartale aus der Zeit vor Gründung einer in diesen Zeitraum fallenden Praxisgemeinschaft heranzuziehen.

Das *SG* wies die Klage ab.

6. VERWALTUNGSKOSTENBEITRAG AUCH FÜR DIALYSESACHKOSTEN

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.01.2010 – L 3 KA 70/08 –

RID 11-01-11

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 2/11 R

juris

SGB V §§ 81 I 1, III Nr. 5, 126 V; GG Art. 3 I; BMV-Ä Anl. 9.1 § 15 III 2 u. 3; EBM Kap. A Abschn. I Teil A Nr. 2; Nr. 7267

Eine KV darf den in der Satzung festgelegten vollen **Verwaltungskostenbeitrag** auch von **Pauschalerstattungen für Sachkosten** bei der Durchführung von **Dialysen** erheben. Auch insoweit handelt es sich um „Vergütungen für ärztliche Tätigkeit“.

Bei Überprüfung des **Äquivalenzprinzips** ist nicht allein von dem Aufwand auszugehen, den die KV bei der Abrechnung von Erstattungsleistungen erbringen muss. Vielmehr ist entscheidend, dass auch die Erbringung und Vergütung (einschließlich der Kostenerstattung) von Dialyseleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Folge der Mitgliedschaft der Dialyseärzte bei der KV ist, die den Ärzten insgesamt eine Vielzahl von Erleichterungen bei der Erbringung ihrer Tätigkeit vermittelt, z.B. durch Niederlassungsberatung, Fortbildungsveranstaltungen, Ausstattung mit Ordnungsblättern und anderen Vordrucken etc. Die Abrechnung kann gesammelt und ohne Risiko eines Forderungsausfalls durch die KV vorgenommen werden (vgl. BSG SozR 4-2500 § 81 Nr. 3).

Das BSG (aaO.) hat festgestellt, dass die Rechtmäßigkeit einer Beitragsregelung, die nicht – auch nicht ergänzend – auf den **Maßstab der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit** zurückgreift, von vornherein nicht durch einen Hinweis darauf in Frage gestellt werden kann, dass einheitlich erhobene Beiträge bei verschiedenen Arztgruppen unterschiedliche Auswirkungen auf die Gewinnsituation haben.

Eine **Ausnahmeregelung für Sachkostenerstattungen** wäre ihrerseits unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung **problematisch**. Denn in diesem Fall wären Dialyseärzte gegenüber solchen Arztgruppen im Vorteil, die ähnlich hohe Betriebskosten haben (z.B. Radiologen mit einem Betriebskostenanteil von 82,4 %).

Die Kl. ist eine Gemeinschaftspraxis mit vier Nephrologen, die ein Dialysezentrum betreibt. Der von der Bekl. für das Quartal III/03 erlassene Honorarbescheid wies ein Gesamthonorar in Höhe von 1.403.841,68 € aus. Hiervon entfiel auf Pauschalerstattungen für Sachkosten bei der Durchführung von Dialysen (Ziffern 7.267 ff. EBM) ein Betrag von 1.252.823,88 €. Von dem Gesamthonorarbetrag wurden Verwaltungskosten in Höhe von 2,2 % abgezogen, d.h. insgesamt 30.884,56 €; auf die Sachkostenerstattungen entfielen hiervon 27.562,15 €. Die Kl. wendet sich gegen eine fehlende Differenzierung der Verwaltungskostenpauschale zwischen eigentlichem Honorar und Sachkosten. **SG Hannover**, Gerichtsb. v. 14.05.2008 – S 24 KA 240/08 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 10-04-A II (S. 17); 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. ÜBERWACHUNG DES SOFTWARE-PROGRAMMS UND DES ABRECHNUNGSAUDRUCKS

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 10.11.2010 – L 3 KA 28/07 –

RID 11-01-12

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 19/11 B

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §85 IV; BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä § 34 IV 1 Buchst. f

Leitsatz: Der Grundsatz der peinlich genauen Honorarabrechnung gilt auch bei einer gedruckten Abrechnung, die mittels eines speziellen Software-Programms erstellt wird. Der Vertragsarzt muss sich in diesem Fall zumindest stichprobenweise davon überzeugen, dass die Ausdrucke mit den auf dem Computerbildschirm sichtbaren Abrechnungsziffern übereinstimmen.

Anlässlich der Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnung für das Quartal IV/01 stellte die Bekl. bei Durchsicht von 10 % der (insgesamt 3.014-mal) abgerechneten Leistungen nach der Ziffer 4625 EBM („ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Antikörperspezifität“) fest, dass der Ansatz der Nummer in keinem Fall entsprechend der Leistungslegende korrekt gewesen ist. Der Kläger räumte den fehlerhaften Ansatz der Ziffer ein und machte hierfür einen Fehler seiner Abrechnungs-Software verantwortlich. Im Jahr 2002 rechnete er die Ziffer 4625 EBM nur noch in 5 (Quartal IV/02) bis 12 (Quartal I/02) Fällen ab. **SG Hannover**, Beschl. v. 17.08.2004 – S 16 KA 154/04 ER – wies den Antrag auf Herstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab, das **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 17.02.2005 – L 3 KA 218/04 ER– RID 05-02-19 die Beschwerde zurück. **SG Hannover**, Urt. v. 28.03.2007 - S 16 KA 304/03 - wies die Klage des Arztes für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie gegen Honorarberichtigungen der Quartale I/98 bis IV/01 i.H.v. 245.407,71 € nach einer Plausibilitätsprüfung der Ziff. 4625 EBM ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG

A) MISSBRÄUCLICHE NUTZUNG DER KOOPERATIONSFORM DER PRAXISGEMEINSCHAFT

SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 – S 12 KA 30/10 –

RID 11-01-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BMV-Ä § 45; EKV-Ä § 34

Beträgt der Anteil der gemeinsam behandelten Patienten zweier hausärztlicher Einzelpraxen in Form einer Praxisgemeinschaft zwischen 45 % und 53 % (hier: Quartale III/01 bis II/03), wobei hiervon über 90 % von jeweils einem der Vertragsärzte als Vertretungsfall abgerechnet werden, so ist von einer missbräuchlichen Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft auszugehen.

Das **SG** wies die Klage eines Facharztes für Allgemeinmedizin gegen eine Honorarrückforderung in Höhe von 21.979,08 € aufgrund einer Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnungen der acht Quartale III/01 bis II/03 nach einem Praxisabgleich innerhalb der Praxisgemeinschaft mit einem weiteren Allgemeinarzt ab.

Parallelverfahren des Gemeinschaftspraxispartners über eine Honorarrückforderung von 19.569,65 €;

SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 – S 12 KA 49/10 –

RID 11-01-14

B) TAGESPROFILE: NEBENEINANDERABRECHNUNG DER ORDINATIONSGEBÜHR MIT BERATUNGSLEISTUNG

SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 – S 12 KA 229/09 –

RID 11-01-15

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 75, 106a; SGG §§ 83 ff., 85 III; BMV-Ä § 45; EKV-Ä § 34; EBM 2005 Ziff. 04110, 04111, 04120

§ 106a SGB V erstreckt die **Zuständigkeit** der Kassenärztlichen Vereinigung auf alle Bereiche, in denen sie aufgrund gesetzlicher Erweiterung des Sicherstellungsauftrags (vgl. § 75 Abs. 3 bis 6 SGB V) auch die Abrechnung vornimmt.

Wird durch Satzung einer Kassenärztlichen Vereinigung ein **Widerspruchsausschuss** eingerichtet, so müssen im Widerspruchsbescheid, soweit die Satzung dies nicht vorsieht, nicht die an der Entscheidung beteiligten Mitglieder des Widerspruchsausschusses genannt werden.

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

Das **SG** wies die Klage eines als Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin gegen eine Honorarberichtigung aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnungen für die sechs Quartale II/05 bis III/06 von insgesamt 34.712,06 € ab. Zum vorausgehenden einstweiligen Anordnungsverfahren s. **LSG Hessen**, Beschl. v. 10.11.2009 – L 4 KA 70/09 B ER – RID 10-01-25.

S. ferner bereits **SG Marburg**, Urt. v. 13.01.2010 – S 12 KA 238/09 – RID 10-01-26.

Parallelverfahren: Klage eines Arztes für Allgemeinmedizin gegen eine Honorarberichtigung für die sieben Quartale III/05 bis I/07 von insgesamt 52.562,36 € (Ziff. 03110 bis 03112 u. Ziff. 03210 EBM 2005).

SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 – S 12 KA 250/10 –

RID 11-01-16

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Klage eines Orthopäden gegen eine Honorarberichtigung für die fünf Quartale II/05 bis II/06 von insgesamt 11.392,51 € (Ziff. 18211/18212 u. Ziff. 18220 EBM 2005).

SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 – S 12 KA 248/10 –

RID 11-01-17

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 1/11 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

3. RÜCKWIRKENDE ERTEILUNG EINER LABORGEGNEHMIGUNG OHNE AUSWIRKUNG AUF VERGÜTUNGSANSPRUCH

SG Marburg, Urt. v. 02.02.2011 – S 12 KA 834/08 –

RID 11-01-18

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; BMV-Ä § 45; EKV-Ä § 34; EBM 2005 Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 32.3, Nr. 32247

Leitsatz: Eine rückwirkende Erteilung einer Laborgenehmigung (hier: Nr. 32247 EBM 2005) führt nicht per se dazu, dass ab dem Zeitpunkt der Rückwirkung die Abrechnung zwingend korrigiert werden muss. Die Rückwirkung geht ins Leere, da zum Zeitpunkt der Leistungserbringung (hier: Quartale III/05 und I/06) die – erforderliche – Genehmigung vorliegen muss. Es muss vor der Erbringung einer vertragsärztlichen Leistung feststehen, ob der Behandler zur Erbringung der Leistung berechtigt ist. Im Nachhinein ergehende Änderungen sind ohne Auswirkung auf das frühere Leistungsgeschehen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 11.03.2009 – B 6 KA 15/08 – SozR 4-2500 § 96 Nr. 1, juris Rdnr. 15 f.).

Das **SG** wies die Klage ab.

4. ABRECHENBARKEIT NUR BEI FORMALER QUALIFIKATION (NR. 1618 EBM 1996)

SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 11 KA 590/09 –

RID 11-01-19

SGB V § 106a; EBM 1996 Nr. 1618

Die Abrechnungsfähigkeit von Leistungen nach dem EBM kann grundsätzlich an formale Qualifikationen gebunden werden (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 17.03.2010 - B 6 KA 3/09 R - SozR 4-2500 § 121 Nr. 4 - u. Urt. v. 09.04.2008 - B 6 KA 40/07 R - BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 16, jeweils m.w.N.).

Die Nr. 1618 EBM 1996 kann nur von Ärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie und HNO-Ärzten mit der Teilgebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie oder der Subspezialisierung Audiologie abgerechnet werden. Berufserfahrung oder Fortbildungen im Gebiet Audiologie reichen nicht aus.

Der kl. HNO-Arzt stritt über die Abrechnungsfähigkeit von 161 Abrechnungsfällen der Nr. 1618 EBM 1996 in den Quartalen III/00 bis IV/01 und II/02. Das **SG** wies die Klage ab.

III. Zweigpraxis/Genehmigung/Notfalldienst

Nach BSG, Urt. v. 03.02.2011 – **B 6 KA 7/10 R** – besteht kein Anspruch auf Genehmigung einer **kinderkardiologischen Zweigpraxis** wegen Verletzung der **Residenzpflicht** bei einer Entfernung von mehr als 125 km und einer Fahrzeit von mehr als einer Stunde zum Vertragsarztsitz; eine **Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten am Stammsitz** kann beurteilungsfehlerfrei angenommen werden, wenn in Zeiten, in denen im Bereich des Stammsitzes üblicherweise praktiziert wird und kein organisierter Notfalldienst besteht, der Arzt wegen seiner Tätigkeit für die Zweigpraxis nicht kurzfristig in seine Stammpraxis zurückkehren kann und diese Nachteile nicht durch ein erhebliches tatsächliches Versorgungsdefizit im Bereich der geplanten Zweigpraxis aufgewogen werden. Nach BSG, Urt. v. 03.02.2011 – **B 6 KA 49/09 R** – kann ein spezifisch auf Kinder ausgerichtetes Leistungsangebot eine Verbesserung der Versorgung für eine **Zweigpraxisgenehmigung** belegen, doch kann hierfür eine besondere Fachkunde und als Nachweis das von der Hessischen Zahnärztekammer vergebene „**Zertifikat des Schwerpunktes der Kinderzahnheilkunde**“ verlangt werden. Nach BSG, Urt. v. 03.02.2011 – **B 6 KA 3/10 R** – ist ein **Angebot kieferorthopädischer Leistungen** in einem zeitlich eingegrenzten Rahmen von **eineinhalb Tagen** unzureichend für eine Verbesserung der Versorgung und besteht kein Anspruch auf Genehmigung einer **zahnärztlichen Zweigpraxis**. Nach BSG, Urt. v. 03.02.2011 – **B 6 KA 12/10 R** – besteht kein Rechtssatz, dass ein **MVZ nicht mehr als zwei Zweigpraxen** betreiben dürfe; für die MVZen ist eine ärztliche Tätigkeit an anderen Standorten allerdings dadurch begrenzt, dass die Tätigkeit am Stammsitz insgesamt überwiegen muss (§ 17 Ia 3 i.V.m. S. 5 BMV-Ä/§ 13 VIa 3 i.V.m. S. 5 EKV-Ä) und der einzelne Arzt höchstens an drei Standorten des MVZ tätig sein darf. Nach BSG, Urt. v. 03.02.2011 – **B 6 KA 1/10 R** – ist die Einbeziehung der Fachärzte für Plastische Chirurgie in die bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe der Chirurgen nicht zu beanstanden; der GBA war nicht verpflichtet, im Zuge der Änderung der Richtlinien die Verhältniszahlen anzupassen, da sich aufgrund der geringen Größe der neu einbezogenen (Unter-)Gruppen der Chirurgie und ihres begrenzten Leistungsspektrums keine nennenswerten Auswirkungen auf den Versorgungsgrad ergaben.

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 substituionsgestützte 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 10-04-A III (S. 22); 09-04-A III (S. 14)

1. ZWEIFPRAXIS

A) SONDERBEDARFSZULASSUNG/ENTFERNUNG VON 123 KM

SG Schwerin, Urt. v. 17.11.2010 – S 3 KA 51/09 –

RID 11-01-20

juris

Ärzte-ZV § 24

Die Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte ist nicht für Vertragsärzte mit einer Sonderbedarfszulassung ausgeschlossen.

Eine Entfernung zwischen Praxis und Nebenbetriebsstätte von 123 km bzw. Wohnung und Nebenbetriebsstätte von 112 km mit Pkw-Fahrzeiten von 1:20 bzw. 1:10 Stunde steht der Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte nicht entgegen.

Das **SG** verpflichtete auf Klage eines Rheumatologen, der drei Internisten, davon einer ebf. Rheumatologe, beschäftigt, die KV zur Genehmigung der Nebenbetriebsstätte.

B) SOFORTIGE VOLLZIEHUNG/DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE/WILLKÜR U. ANFECHTUNGSBERECHTIGUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.12.2010 – L 11 KA 71/10 B ER –

RID 11-01-21

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die **sofortige Vollziehung** ist zunächst bei der **Verwaltung** zu beantragen ist. Erst wenn ein solcher Antrag erkennbar aussichtslos ist, besteht ein **Rechtsschutzbedürfnis** für eine Entscheidung des **Gerichts** (entgegen BSG, Urt. v. 17.01.2007 - B 6 KA 4/07 R - SozR 4-1935 § 17 Nr. 1 = GesR 2008, 203 = USK 2007-93). Ein Rechtsschutzinteresse ist aber gegeben, wenn die Verwaltung einen Antrag auf sofortige Vollziehung nicht binnen zweier Monate bescheidet (vgl. a. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.05.2010 – L 11 B 14/09 KA ER – RID 10-04-36).

Es gibt derzeit keinerlei Rechtsprechung des BSG zur Frage, ob infolge einer **willkürlich erteilten Zweigpraxisgenehmigung** eine **defensive Konkurrenzsituation** gegeben ist, welche eine **Anfechtung**

tungsberechtigung statuiert. Das wiederum bedeutet: Namentlich vor dem Hintergrund von Art. 12 GG ist bis zur abschließenden höchstrichterlichen Klärung davon auszugehen, dass eine Drittanfechtung, in der eine willkürliche Bescheiderteilung mit einer gewissen Plausibilität (hierzu BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 32/01 R - BSGE 90, 207 = SozR 3-1500 § 54 Nr. 47) behauptet wird, jedenfalls nicht offensichtlich unzulässig ist.

Allein die **Verkürzung der Wegezeiten** vermag eine **Versorgungsverbesserung** i.S.d. § 24 III Ärzte-ZV grundsätzlich nicht zu begründen. Dies folgt schon daraus, dass jede Zweigpraxiseröffnung im jeweiligen Einzugsbereich naturgemäß und immer Wegezeitverkürzungen bewirkt. Lediglich im **Einzelfall** - allerdings wohl nur bei größeren „weiteren Orten“ i.S.d. § 24 III Ärzte-ZV - kann die auch bessere Erreichbarkeit des Filialarztes ausreichen, um eine „Verbesserung der Versorgung“ annehmen zu können (so BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R - BSGE 105, 10 = SozR 4-5520 § 24 Nr. 3 = ZMGR 2010, 102 = GesR 2010, 211 = USK 2009-103 = MedR 2010, 511).

Die **Begründungspflicht** nach § 35 I 3 SGB X ist auf unbestimmte Rechtsbegriffe, bei denen der Behörde ein **Beurteilungsspielraum** eingeräumt ist, nicht entsprechend anzuwenden. Das den Beurteilungsspielraum betreffende Begründungsdefizit ist entweder als fehlende oder als unzureichende Begründung zu werten. Die Rechtsfolgen sind identisch. Eine unzureichende Begründung kann mittels Nachschieben von Gründen noch bis zum Abschluss der letzten Tatsacheninstanz **geheilt** werden. Auch bei Entscheidungen mit Beurteilungsspielraum können grundsätzlich Erwägungen für die Beurteilung noch im Laufe des gerichtlichen Verfahrens nachgeschoben werden. Wie bei Ermessenserwägungen setzt dieses Nachschieben aber voraus, dass die nachgebrachten Gründe schon beim Erlass des Bescheides vorgelegen haben, dieser durch sie nicht in seinem Wesen verändert und der Kläger nicht in seiner Rechtsverfolgung beeinträchtigt wird (BSG, Urt. v. 22.05.1984 - 6 RKA 16/83 - USK 84247: Wirtschaftlichkeitsprüfung).

Der **Streitwert** ist in Fällen, in denen im einstweiligen Rechtsschutzverfahren um den Sofortvollzug einer Zweigpraxisgenehmigung gestritten wird, grundsätzlich mit 20.000 € festzusetzen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.07.2010 – L 11 B 16/09 KA ER – RID 10-04-88).

Die Beigel. zu 1) bis 3) sind niedergelassene Fachärzte für Radiologie bzw. diagnostische Radiologie mit Sitz in D. Sie wenden sich mit der defensiven Konkurrentenklage (S 52 (9) KA 64/09) gegen die dem Ast., einem MVZ in E (Fachgebiete: Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie), erteilte Genehmigung einer Zweigpraxis in D (Leistungsspektrum Radiologie sowie Sprechstundenzeiten von montags bis donnerstags von 08.00 Uhr bis 17.00 Uhr und freitags von 08.00 Uhr bis 15.00 Uhr). Den im Verwaltungsverfahren gestellten Antrag auf Sofortvollzug beschied die Ag. nicht. **SG Dortmund**, Beschl. v. 04.06.2010 – S 9 KA 111/10 ER – lehnte den Antrag auf Feststellung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab und ordnete auf den Hilfsantrag die sofortige Vollziehung des Bescheides der Ag. an. Das **LSG** wies die Beschwerde der Beigel. zurück. Es setzte den **Streitwert** auf 20.000 € fest.

2. BINDUNG DER KV AN EBM-QUALIFIKATIONSANFORDERUNG (KINDERKARDIOLOGIE, NR. 04410 EBM 2008)

LSG Bayern, Beschl. v. 27.10.2010 - L 12 KA 80/10 B ER -

RID 11-01-22

SGB V §§ 72 I 1, 75 I 1

Die im EBM 2008 enthaltene Ziff. 04410 („Zusatzpauschale Kinderkardiologie“) ist ausschließlich und bindet aufgrund der dem EBM zukommenden normativen Wirkungen sowohl Vertragsarzt als auch KV. Ein Facharzt für Kinder- u. Jugendmedizin ohne den Schwerpunkt Kinder-Kardiologie hat keinen Anspruch auf Abrechnung dieser Leistung. Eine Ausnahme kann nicht auf den Sicherstellungsauftrag gestützt werden.

SG München, Beschl. v. 20.07.2010 – S 21 KA 447/10 ER - gab dem Antrag des Arztes für Kinder- u. Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt „Neonatalogie“ auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und verpflichtete die Ag. (KV), die von dem Ast. zur Aufrechterhaltung der Sicherstellung der kinder-kardiologischen Versorgung in der Region ab dem 01.07.2010 ordnungsgemäß erbrachten und abgerechneten kinder-kardiologischen Leistungen entsprechend Nr. 04410 EBM 2008 („Zusatzpauschale Kinderkardiologie“) zu vergüten, gültig bis 31.12.2010. Das **LSG** wies den Antrag ab.

S.a. **LSG Bayern**, Beschl. v. 15.10.2010 – L 12 KA 53/10 B ER – RID 11-01 und zuletzt BSG, Urt. v. 17.03.2010 - B 6 KA 3/09 R – SozR 4-2500 § 121 Nr. 4.

3. GENEHMIGUNG NACH LABORRICHTLINIEN IST FÜR JEDE EINZELNE METHODE ERFORDERLICH

SG Marburg, Beschl. v. 22.12.2010 – S 12 KA 900/10 ER –

RID 11-01-23

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 86b II; SGB V § 135; EBM 2009 Ziff. 32353 bis 32358, 32360, 32367, 32369 u. 32411

Eine Genehmigung nach den Laborrichtlinien ist für jede einzelne Methode erforderlich, unabhängig davon, ob der EBM nach den Methoden unterscheidet.

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

4. BEWILLIGUNGSBESCHIED ÜBER FÖRDERMITTEL DER ALLGEMEINMEDIZINISCHEN WEITERBILDUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.10.2010 – L 7 KA 147/06 –

RID 11-01-24

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB X § 32

Enthält ein **Bewilligungsbescheid** über Fördermittel der allgemeinmedizinischen Weiterbildung den Zusatz, dass eine Auszahlung nur erfolge nach Vorlage unterschriebener Gehaltsbescheinigungen, so handelt es sich dabei um eine **Inhaltsbestimmung** zur Bewilligung und nicht um eine Auflage oder eine sonstige Nebenbestimmung im Sinne von § 32 SGB X. Wird die Gehaltsbescheinigung nicht im geforderten Zeitrahmen vorgelegt, fehlt es an einer Auszahlungsvoraussetzung, so dass die Zahlung schlicht eingestellt werden darf. Eines Widerrufs der Bewilligung bedarf es nicht.

Dem klagenden Facharzt für Allgemeinmedizin bewilligte die Bkl. für die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten eine monatliche Förderung in Höhe von 2.040 € für die Zeit vom 01.07. bis 31.12.2004. Der **Bescheid** enthielt folgenden **Zusatz**: „Sobald eine von dem Weiterbildungsassistenten unterschriebene Gehaltsbescheinigung (Kopie mit Originalunterschrift) nachgereicht wird, kann die Überweisung auf ihr Honorarkonto erfolgen. Die Gehaltsbescheinigung muss für jeden Monat neu eingereicht werden und sollte mindestens 10 Tage vor Monatsende vorliegen, damit die Zahlung für den abgelaufenen Monat erfolgen kann. Wird die Gehaltsbescheinigung später nachgereicht, kann die Zahlung erst im darauf folgenden Monat angewiesen werden. Die Gehaltsbescheinigungen müssen spätestens bis 2 Monate nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres eingereicht worden sein. Diese Genehmigung auf Gewährung der o. g. Förderung ist widerruflich. Es wird darauf hingewiesen, dass die Förderung ausschließlich an den o. g. Assistenten gebunden ist und die Förderung nur für vollständig abgeleistete Monate gezahlt wird. Bei einer etwaigen Änderung des Beschäftigungszeitraumes ist eine Verschiebung der Gewährung der Fördersumme für nicht genehmigte Monate nicht möglich. Ein vorzeitiges Ausscheiden des Assistenten muss der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin unverzüglich mitgeteilt werden. Der Anspruch auf Förderung erlischt automatisch mit dem Ausscheiden des Assistenten. Die Fördermittel können von Ihnen zurückgefordert werden, wenn der Assistent seine Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin nicht abschließt.“ Seit Anfang November 2004 war der Weiterbildungsassistent nicht mehr in der Praxis des Kl. tätig und reichte fortlaufend Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ein. Der Kl. hielt diese wegen eines vorangegangenen Streits für vorgeschoben und zahlte das November- und Dezembergehalt zunächst nicht aus. Es kam zu einem arbeitsgerichtlichen Streitverfahren, das im Mai 2005 mit einem Vergleich endete, in dem der Kläger sich verpflichtete, an den Weiterbildungsassistenten für November 2004 das Gehalt in Höhe von 2.040 € sowie für die Tage vom 01. bis 16.12.2004 Entgeltfortzahlung in Höhe von 1.064,40 € zu zahlen. Die Bkl. lehnte eine Zahlung für Nov. und Dez. ab. **SG Berlin**, Urt. v. 09.08.2006 – S 79 KA 320/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. Disziplinarbuße: Pflicht zur pünktlichen Abrechnung

SG Marburg, Urt. v. 02.02.2011 – S 12 KA 902/09 –

RID 11-01-25

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 81 V 2; EKV-Ä § 34 III 2; DisziplinarO KV Hessen

Die **Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung** beinhaltet auch die Pflicht zur **pünktlichen Abrechnung**, da die Kassenärztliche Vereinigung aufgrund der Regelungen zur Honorarverteilung darauf angewiesen ist, innerhalb der Abgabefristen alle Abrechnungen zu erhalten.

Ein Vertragsarzt, der über mehrere Jahre hinweg die Abrechnung wiederholt mit Verspätungen z. T. von mehr als einem Jahr einreicht, kann mit einer **Disziplinarbuße** in Höhe von 3.000 € belegt werden.

Die **Verwaltungsgebühr** in Höhe von 2.500 € ist bei einem Gebührenrahmen in Höhe von 250 € bis 5.000 € nicht unverhältnismäßig.

Das **SG** wies die Klage ab.

V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 03.02.2011 – **B 6 KA 5/10 R** – ist zu berücksichtigen, ob der möglicherweise regresspflichtige Vertragsarzt in einer **Einzelfallpraxis** und dann in einer **Gemeinschaftspraxis** tätig war, denn der Regress kann dann jeweils gegen den Arzt bzw. die Gemeinschaftspraxis festgesetzt werden, je nach dem, wem die Verordnung (hier: von Polyglobin) jeweils zuzuordnen ist.

Vgl. zur **BSG-Rspr.** ferner zuletzt RID 10-04-A IV (S. 24 f.); 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) ANWENDUNG DER EINZELFALLPRÜFUNG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 04.05.2010 – L 4 KA 49/08 –

RID 11-01-26

juris

SGb V §§ 92 I 2 Nr. 6, 106 II 4, III; AMRL Nr. 17.2 Buchst. j

Leitsatz: 1. Die Prüfmethode der **Einzelfallprüfung** kann auch gewählt werden, um die Wirtschaftlichkeit des Umfangs der Verordnung in einzelnen Behandlungsfällen zu überprüfen.

2. Es wird offen gelassen, ob an die systematische Verordnung von Medikamenten in einem die **Dosierungsempfehlungen weit übersteigenden Umfang** die gleichen Anforderungen zu stellen sind, wie an eine Verordnung außerhalb des Indikationsgebietes, für das die Zulassung erfolgt ist. Die Verordnung von Medikamenten in einem die Dosierungsempfehlungen bei weitem übersteigenden Umfang ist jedenfalls **unwirtschaftlich**, wenn dieser Ordnungsweise ein von dem verordnenden Arzt im Wesentlichen selbst entwickeltes, wissenschaftlichen Standards nicht entsprechendes Therapiekonzept zu Grunde liegt.

Dem Kl., einem Internisten, wurde im Oktober 2003 die **Zulassung entzogen**. Im August 2003 wurde ihm die **Approbation widerrufen** aufgrund der strafrechtlichen Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung (grob fehlerhafte Behandlung des Patienten S) zu einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten unter Strafaussetzung zur Bewährung; auch sei die vom Kl. praktizierte Behandlungsmethode zur Therapie der Herzinsuffizienz mit der Applikation hoher Dosen oraler Nitrate, meist zusätzlich zu einer Behandlung mit sog. Nachlastsenkern wie ACE-Hemmern in keiner Weise wissenschaftlich vertretbar und liege außerhalb des gesicherten ärztlichen therapeutischen Spielraums. Die dagegen gerichtete Klage blieb ohne Erfolg. Mit Bescheid vom Februar 2005 setzte der **Prüfungsausschuss** für die Quartale I bis IV/03 wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Arzneimitteln (Verordnung hoher Dosen von Nitraten und Verordnungen, die gegen die Arzneimittelrichtlinien verstoßen) gegen den Kl. einen Schadensersatz in Höhe von 5.570,94 € fest. Der Bekl. reduzierte die Regresssumme auf 5.347,86. **SG Kiel**, Urt. v. 11.07.2008 - S 15 KA 146/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück; **BSG**, Beschl. v. 03.11.2010 - B 6 KA 35/10 B, juris - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

BSG, Beschl. v. 03.11.2010 – B 6 KA 35/10 B –

RID 11-01-27

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 04.05.2010 – L 4 KA 49/08 – RID 11-01-26 wird zurückgewiesen.

Einschlägig für die Beurteilung eines **Verordnungsregresses** sind z.B. die Senatsurt. v. 20.10.2004 (SozR 4-2500 § 106 Nr. 6 Rn. 27 ff), v. 27.06.2007 (SozR 4-2500 § 106 Nr. 17 Rn. 11 ff.) u. v. 03.02.2010 (SozR 4-2500 § 106 Nr. 26 Rn. 24 ff.). Aus diesen Urteilen ergibt sich der rechtliche Rahmen für die Zulässigkeit und für die Voraussetzungen von **Einzelfallprüfungen**. Auszugehen ist davon, dass die Einzelfallprüfung im Gegensatz zur sog. Durchschnittsprüfung steht. Einzelfallprüfungen sind alle Überprüfungen der Behandlungs- und Ordnungsweise, die nicht an dem allgemeinen Vergleich mit dem durchschnittlichen Aufwand der Fachgruppe ansetzen, sondern einen direkten Bezug zu dem tatsächlichen (konkreten) Behandlungs- oder Ordnungsverhalten des geprüften Arztes haben. Aus dieser Charakterisierung wird deutlich, dass Einzelfallprüfungen sich zwar auf „bestimmte einzelne Behandlungsfälle“ beziehen (so die Formulierung in SozR aaO. Nr. 26 Rn. 17), aber weder aus den Rechtsvorschriften noch aus der Rechtsprechung ist abzuleiten, dass die Fälle auch einzeln benannt werden müssten. Es reicht vielmehr aus, dass sich aus dem Zusammenhang ergibt, welche Einzelfälle betroffen sind.

Aus BSG, Urt. v. 27.6.2007 (SozR 4-2500 § 106 Nr. 17) ergibt sich, dass eine **Dosierung, die über die Therapieempfehlungen** der Roten Liste und der Fachinformation **weit hinaus geht**, grundsätzlich rechtswidrig ist. Eine Ausnahme wird für den Fall erwogen, dass es für die Abweichung eine medizinische Rechtfertigung gibt, was etwa „aufgrund von Besonderheiten im zugrunde liegenden Behandlungsfall“ denkbar sein kann. Eine neue Behandlungsmethode muss vor ihrer Anwendung zunächst anerkannt sein.

B) Wobe Mugos E: KEIN VERTRAUENSTATBESTAND

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.04.2010 – L 11 KA 12/09 WA –

RID 11-01-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Wobe Mugos E durfte in den Quartalen I/01 bis III/01 und II/02 nicht im Rahmen der GKV verordnet werden; insoweit bestand weder eine Leistungspflicht der Krankenkassen noch ein Versorgungsanspruch der Versicherten.

Werden unterschiedliche Ansichten - hier zur Verordnungsfähigkeit eines Arzneimittels - vertreten, gibt es keine tragfähige Grundlage für die Bildung eines **Vertrauenstatbestandes**, die vorgenommene Verordnung sei zulässig. Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht aus dem Vorbringen, zuvor seien die Kosten für die Behandlung mit Wobe Mugos E unbeanstandet übernommen worden. Vertrauensschutz setzt einen gegenüber dem betroffenen Arzt gesetzten besonderen Vertrauenstatbestand voraus (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 36/07 - RID 08-01-53).

SG Düsseldorf, Urt. v. 30.01.2007 - S 9 KA 18/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zu **Wobe Mugos E** s. **BSG**, Urt. v. 05.11.2008 – B 6 KA 63/07 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 21 = USK 2008-106 = GesR 2009, 539 und B 6 KA 64/07 R –; **BSG**, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 3/08 R – USK 2009-14 = MedR 2010, 276.

BSG, Beschl. v. 20.10.2010 – B 6 KA 26/10 B –

RID 11-01-29

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 13.04.2010 – L 11 KA 12/09 WA – RID 11-01-28 wird zurückgewiesen.

Eine Verletzung des **Rechts auf ein zügiges Verfahren** kann nur dann mit der Nichtzulassungsbeschwerde geltend gemacht werden, wenn der Verfahrensmangel die Entscheidung des LSG beeinflusst hat, diese also auf dem Mangel beruhen könnte (st. Rspr. des Senats, vgl. Beschl. v. 06.02.2008 - B 6 KA 61/07 B - juris Rn. 8; zuletzt Beschl. v. 28.01.2009 - B 6 KA 27/07 B - juris Rn 7 u. v. 11.03.2009 - B 6 KA 31/08 B - juris Rn. 47 m.w.N.). Auch der jüngsten Rechtsprechung des BVerfG und des EGMR ist kein Anhaltspunkt dafür zu entnehmen, dass von diesem Erfordernis bei der Rüge einer überlangen Verfahrensdauer abzusehen ist (vgl. BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 24.08.2010 – 1 BvR 331/10 – RID 10-04-257; EGMR, Urt. v. 30.03.2010 - 46682/07 -).

Ein Vertragsarzt ist einem Regress wegen unzulässiger - und damit unwirtschaftlicher - Arzneiverordnungen **nicht zeitlich unbegrenzt ausgesetzt** (vgl. BSG, Urt. v. 16.06.1993 - 14a/6 RKa 37/91 - BSGE 72, 271 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 19).

Es entspricht ständiger Rechtsprechung des Senats, dass ein **Verschuldenserfordernis** im Rahmen von Honorarkürzungen und Ordnungsregressen nicht besteht (vgl. SozR 4-2500 § 106 Nr. 21 Rn. 28 m.w.N.; ebs. Urt. v. 03.02.2010 - B 6 KA 37/08 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 26 Rn. 42 m.w.N.; Verfassungsbeschwerden jeweils nicht zur Entscheidung angenommen, s BVerfG <Kammer> vom 30.06.2009 - 1 BvR 827/09 – u. v. 26.07.2010 - 1 BvR 1785/10 -; zuletzt Urt. des BSG v. 05.05.2010 - B 6 KA 6/09 R - BSGE 106, 110 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 27 - sowie B 6 KA 5/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 28).

C) RICHTGRÖßENPRÜFUNG: PRAXISBESONDERHEITEN/ERMESSENSNICHTGEBRAUCH

SG Berlin, Urt. v. 15.12.2010 – S 71 KA 382/10 –

RID 11-01-30

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 84, 106 II Nr. 1, Va 1

Die Prüfungsgremien haben zu **begründen**, weshalb sie in welchem Umfang geltend gemachte **Praxisbesonderheiten** anerkennen oder nicht anerkennen.

Grundsätzlich ist im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäß § 106 SGB V **Ermessen** hinsichtlich der Höhe des Regresses auszuüben (LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.10.2009 – L 7 KA 131/06 – RID 10-01-44 m.w.N.). Im Falle des **Ermessensnichtgebrauchs** ist auch eine **Heilung** des Begründungsmangels durch das Nachschieben von Ermessenserwägungen nicht möglich.

Die **Aufhebung einer rechtswidrigen Entscheidung** geht nicht mit einer Verpflichtung zur Neubeschcheidung einher, wenn diese durch den Kläger weder beantragt wurde, noch zur Wahrung der Rechte des von dem rechtswidrigen Bescheid betroffenen Adressaten erforderlich ist.

Gegen den klagenden Facharzt für Allgemeinmedizin setzte der **Prüfungsausschuss** für das Jahr 2004 einen Regress in Höhe von **121.075,09 €** fest. Dabei erkannte er **Praxisbesonderheiten** und nicht

richtgrößenrelevante Verordnungskosten in Höhe von insgesamt 2.017.768,26 € an (Verordnungskosten bei Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Höhe von 5.575,88 €, immunsuppressiver Behandlung nach Organtransplantationen und bei Kollagenosen über 541,45 €, für die Insulintherapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus in Höhe von 20.112,17 €, bei der Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C über 15.309,14 €, bei der Therapie behandlungsbedürftiger HIV-Infektionen einschließlich deren Begleiterkrankungen in Höhe von 1.880.979,26 €, bei der Therapie der terminalen Niereninsuffizienz in Höhe von 10.990,29 €, von Betäubungsmitteln zur Behandlung starker Schmerzzustände über 17.697,91 €, bei basistherapeutischer, immunsuppressiver Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises über 1.896,38 €, für orale und parenterale Chemotherapie sowie die notwendige Begleitmedikation und Antiemetika bei Tumorkranken in Höhe von 42.508,57 € zuzüglich von in diesem Zusammenhang entstandenen Verordnungskosten für parenterale Ernährung über 1.227,32 € und für enterale Ernährung über 5.143,09 €, für Heparine in Höhe von 977,31 € und für Verbandstoffe über 14.600,29 €; zudem: nicht richtgrößenrelevante Verordnungskosten für Hilfsmittel in Höhe von 236,20 €). Der **Bekl.** setzte die Ersatzverpflichtung auf **37.677,52 €** fest. Das **SG** gab der Klage statt und hob den Beschl. des Bekl. auf.

Parallelverfahren: Regress von 300.024,68 € für 2003.

SG Berlin, Urt. v. 15.12.2010 – S 71 KA 381/10 –

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

RID 11-01-31

D) AUFSCHIEBENDE WIRKUNG EINER KLAGE GEGEN ARZNEIMITTELREGRESS

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 25.10.2010 – L 5 KA 45/10 B ER –

RID 11-01-32

juris

SGB V § 106 V 7, Va 11; SGG §§ 86a II Nr. 4, 86b I; Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) Art. 3 § 2 S. 4

Leitsatz: Die Klage gegen einen aufgrund einer statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten festgesetzten Arzneimittelregress hat aufschiebende Wirkung.

SG Mainz, Beschl. v. 09.09.2010 - S 8 KA 196/10 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

S.a. **SG Marburg**, Beschl. v. 23.08.2007 – S 12 KA 316/07 ER – RID 07-03-62; anders **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 11.03.2003 - L 11 B 6/03 KA ER - juris = GesR 2003, 176 = MedR 2003, 476.

2. SONSTIGER SCHADEN: VERORDNUNG VON HEPATITIS B-IMMUNGLOBULIN UND BERIGLOBIN ALS IMPFSTOFF

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 17.11.2009 - L 4 KA 24/08 -

RID 11-01-33

juris

SGB V §§ 82 I, 106 II u. III; AMG § 4 IV; BMV-Ä § 48 III

Leitsatz: 1. **Immunglobuline** sind keine **Impfstoffe** im Sinne der Impfvereinbarung.

2. **Zuständig** für die Festsetzung eines **Schadensersatzes** wegen der unzulässigen Verordnung eines Medikaments als Impfstoff sind in Schleswig-Holstein die Prüfungsgremien. Die insoweit maßgebliche „Prüfvereinbarung vertragsärztliche Versorgung“ wird nicht durch § 48 Abs. 3 BMV-Ä verdrängt. Die mit der fehlerhaften Verordnung eines Medikaments als Impfstoff zulasten der die Impfstoffumlage verwaltenden Krankenkasse verbundene Belastung einer nicht zuständigen Krankenkasse ist keine fehlerhafte Angabe einer Krankenkasse als Kostenträger im Sinne des § 48 Abs. 3 BMV-Ä.

3. Es gilt ein **normativer Schadensbegriff**. Der Arzt kann nicht einwenden, dieselben oder höheren Kosten wären auch bei zutreffender Verordnung auf den Namen des Patienten zulasten der für ihn zuständigen Krankenkasse entstanden. Allerdings kann bei wertender Betrachtung ein Schaden nicht angenommen werden, wenn die nachträgliche Zuordnung der Verordnung zu der zuständigen Krankenkasse ohne weiteren Aufwand möglich ist. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung hat keinen Sanktionscharakter.

SG Kiel, Urt. v. 22.04.2008 - S 20 KA 113/06 - wies die **Klage der Krankenkasse**, die u.a. vortrug, während die Sprechstundenbedarfsvereinbarung für den Fall einer nicht vereinbarungskonformen Abforderung von Produkten die Möglichkeit der sachlich-rechnerischen Berichtigung vorsehe, sodass die Kassenumlage vollständig entlastet werde, sei eine sachlich-rechnerische Berichtigung nach der Impfvereinbarung nicht vorgesehen, weshalb die Richtigstellung daher nur durch die Geltendmachung eines sonstigen Schadens nach § 12 der Prüfvereinbarung erfolgen könne, mit dem Antrag, den Bekl. zu verpflichten, den beantragten Schaden in Höhe von 760,68 € (Quartal I/03) gegen die beiden beigel. praktischen Ärzte festzusetzen, ab; das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. ZUSTÄNDIGKEIT DER PRÜFUNGSSTELLE/VORSTATIONÄRE BEHANDLUNG

SG Marburg, Urt. v. 15.12.2010 – S 10 KA 597/09 –

RID 11-01-34

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 106, 115a

Leitsatz: 1. Die Regelung des § 106 Abs. 5 S. 8 SGB V ist als **Ausnahmevorschrift** grundsätzlich eng auszulegen (Anschluss an SG Berlin, Urt. v. 17.03.2010 – S 83 KA 651/08 – RID 10-02-28, Revision beim BSG anhängig unter dem Aktenzeichen B 6 KA 13/10 R). Danach beschränkt sich das abgekürzte Verwaltungsverfahren auf Fälle, in denen die betroffenen Leistungen als solche generell bereits unmittelbar durch das Gesetz oder die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen ausgeschlossen sind. Diese Voraussetzungen sind erfüllt, wenn es - wie hier - um die Abgrenzung einer ambulanten vertragsärztlichen von einer vorstationären belegärztlichen Tätigkeit geht. Anders ist es in Fällen, in denen die medizinischen Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen und für die Entscheidung ausschlaggebend sind, in denen also keine gleichartig zu bewertenden Vorgänge vorliegen.

2. Die **Entscheidung** über die **Aufnahme einer vorstationären Behandlung** gem. § 115a SGB V obliegt (ebenso wie bei der vollstationären Behandlung gem. § 39 SGB V) allein dem Krankenhaus.

3. Mit der Regelung des § 115a SGB V ist **keine Einschränkung der vertragsärztlichen Versorgung** verbunden. Gesetzlich krankenversicherte Patienten haben Anspruch auf die Gewährung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen auch im Fall der vorstationären Krankenhausbehandlung - sowohl wenn sie dem Versicherten gewährt wird (so ausdrücklich § 115a Abs. 2 S. 5 SGB V) als auch erst recht dann, wenn sie ihm pflichtwidrig nicht gewährt wird.

Das **SG** gab der Klage einer Gemeinschaftspraxis für Nuklearmedizin gegen einen Bescheid der Prüfungsstelle, die für die Quartale I u. III/07 eine Schadensersatzpflicht in Höhe von 6.037,30 € wegen eines sonstigen Schadens festgestellt hatte, da die Gabe von Thyrogen bereits in den Fallpauschalen für die stationäre Behandlung enthalten sei, statt.

4. ZAHNÄRZTE

A) PRÜFMETHODE BEI PRÜFUNG DER GESAMTEN (ZAHN)ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 04.03.2010 – L 5 KA 15/08 –

RID 11-01-35

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 38/10 R

juris

SGB V § 106 II 1 Nr. 1

Die Bescheide des Prüfungsausschusses erlangen nicht dadurch Bindungswirkung (§ 77 SGG) zu Lasten einer Krankenkasse bzw. eines Krankenkassenverbands, dass diese nicht selbst Beschwerde gegen die Bescheide eingelegt haben. Vielmehr wirkt die von einer Krankenkasse bzw. einem Krankenkassenverband eingelegte Beschwerde auch zugunsten der übrigen beteiligten Krankenkasse/Krankenkassenverbände (LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 02.04.2009 – L 5 KA 21/08 – RID 09-03-48).

Im Rahmen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der gesamten ärztlichen Tätigkeit kann der Beschwerdeausschuss auf den Gesamtfallwert abstellen. Er ist nicht gehalten, eine Sparten- oder Einzelleistungsprüfung vorzunehmen. Obwohl der Arzt in allen Bereichen wirtschaftlich arbeiten muss, gibt es keinen Vorrang einer Sparten- oder Einzelleistungsprüfung im Verhältnis zu einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit der gesamten ärztlichen Tätigkeit.

Die Festlegung eines offensichtlichen Missverhältnisses unterliegt dem Beurteilungsspielraum des Beschwerdeausschusses. In diesem Zusammenhang ist nicht zu prüfen, ob der Beschwerdeausschuss berechtigt gewesen wäre, den Prozentsatz des offensichtlichen Missverhältnisses niedriger als 40% festzulegen.

Die Prüfungsgremien lehnten Prüfanträge gegen die zu 1 beigel. Gemeinschaftspraxis, bestehend aus zwei Zahnärzten für Oralchirurgie und einem Zahnarzt, ab. Der **Beschwerdeausschuss** führte u.a. aus, er habe einen Vergleich mit der Gruppe der Oralchirurgen durchgeführt. Als **Praxisbesonderheiten** seien anzuerkennen: Überweisungspraxis, ausschließlich oralchirurgische Tätigkeit, Behandlungen in Narkose, Behandlung von Fällen mit überdurchschnittlich hohem Behandlungsbedarf. Bei Überweisungsfällen mit festgelegtem Auftrag sei bei einer solchen Sachlage ohne weiteres ein wirtschaftliches Verhalten gegeben. Eine weitere Besonderheit des Leistungsangebots sei die Behandlung unter Intubationsnarkose (ITN). Diese ermögliche die Behandlung

behandlungsunwilliger Kinder, geistig Behinderter, Patienten mit internistischer Risikoanamnese und anderer problematischer Behandlungsfälle. Folgerichtig befindet sich der überwiegende Teil dieser Fälle bereits in den Fällen mit überdurchschnittlich hohem Behandlungsbedarf und sei mit der Berücksichtigung dieser als Praxisbesonderheit bereits gewertet worden. Nicht auszuschließen sei jedoch, dass auch bei Fällen unter 300 Punkten die Behandlung in ITN erfolgt sei. Daher bewerte der Ausschuss im Rahmen seines Ermessens den dadurch entstandenen Mehrbedarf mit einem Punkt pro Fall. Als letzte Praxisbesonderheit sei die Behandlung von Fällen mit überdurchschnittlich hohem Behandlungsbedarf (mehr als 300 Punkte) zu berücksichtigen. Der durch die Behandlung von Fällen mit erhöhtem Behandlungsbedarf und die Behandlung in ITN entstandene Mehraufwand liege im Verhältnis zur Vergleichsgruppe in den streitgegenständlichen Quartalen zwischen 36,9 und 74,6 vH. Weiterhin sei untersucht worden, ob bestimmte **einzelne statistisch auffällige Gebührenpositionen** wirtschaftlich abgerechnet worden seien. Bei der Nr. 37-NB12 (Stillung einer übermäßigen Blutung) habe sich unter Zugrundelegung von Relationsbetrachtungen und unter Berücksichtigung einer 10%igen Toleranzbreite ein Mehraufwand von 667 Punkten im Quartal IV/1998 und 348 Punkten im Quartal I/1999 ergeben. Bei der Nr. 38-N (Nachbehandlungen) sei unter Zugrundelegung von Relationsbetrachtungen und unter Berücksichtigung einer 10%igen Toleranzbreite in allen Quartalen ein Mehraufwand festgestellt worden (insgesamt 11.936 Punkte). Bei der Nr. 47a-Ost1 (Osteotomien) sei ebenfalls in allen Quartalen ein unwirtschaftlicher Mehraufwand zu verzeichnen (insgesamt 7.452 Punkte). Der nach Abzug des unwirtschaftlichen Mehrbedarfs verbleibende Mehrbedarf werde als Praxisbesonderheit anerkannt. Die Grenze von 40 vH werde in keinem der geprüften Quartale erreicht. **SG Mainz**, Urt. v. 16.04.2008 - S 2 KA 166/06 - wies die Klage z.T. als unzulässig ab, das **LSG** die Berufung der Kl. mit der Maßgabe, dass die Klage als unbegründet abgewiesen wird, zurück.

B) NEUANFERTIGUNG EINES ZAHNERSATZES/KEINE MITTEILUNG DES UNTERSUCHUNGSTERMINS

SG Marburg, Urt. v. 19.01.2011 – S 12 KA 318/10 –

RID 11-01-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
EKV-Z § 23

Entfernt ein Vertragszahnarzt einen bereits eingegliederten Zahnersatz und fertigt er einen **neuen Zahnersatz** an, so bedeutet dies das Anerkenntnis der Verpflichtung zum Schadensersatz durch Neuanfertigung des Zahnersatzes. Der Vertragszahnarzt kann daher ab dem Zeitpunkt der Entfernung des Zahnersatzes nicht mehr damit gehört werden, es liege keine schuldhaft Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten vor.

Ist die **Neuanfertigung** wiederum **unbrauchbar**, so ist eine Patientin zum Behandlungsabbruch berechtigt.

Wird der **Untersuchungstermin** im Gutachterverfahren dem Vertragszahnarzt nicht mitgeteilt, so steht dieser Verfahrensverstoß jedenfalls dann, wenn die Fehlerhaftigkeit der Behandlung auch unabhängig von den Feststellungen des Gutachters durch eigene Anschauung der Kammer anhand eines Röntgenbefunds nachvollzogen werden kann (hier: insuffizienter Kronenrand), nicht einer Verpflichtung zum Schadensersatz entgegen.

Das **SG** wies die Klage ab.

C) KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG TROTZ WURZELRESORPTION

SG Marburg, Urt. v. 19.01.2011 – S 12 KA 262/10 –

RID 11-01-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
EKV-Z § 21 II

Zeigt ein Röntgenbefund nach fünfjähriger ergebnisloser kieferorthopädischer Behandlung eine beginnende Wurzelresorption und besteht bei unveränderter Fortsetzung der Behandlung die Gefahr, dass die Resorption zunimmt und/oder auch andere Zähne gefährdet werden, so ist die kieferorthopädische Behandlung abubrechen. Wird die Therapie unverändert fortgesetzt, so liegt darin ein zum Schadensersatz verpflichtender Behandlungsfehler.

Das **SG** wies die Klage ab.

VI. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 08.12.2010 – **B 6 KA 36/09 R** – sind dem Versorgungsbedarf für eine **Sonderbedarfszulassung** (hier: als Gefäßchirurg) auch die **von anderen Planungsbereichen einpendelnden Patienten** zurechnen, weil nach der Konzeption der BedarfsplRL-Ä auf den Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme abzustellen ist; es liegt kein ungedeckter Versorgungsbedarf vor, soweit Ärzte in **Zweigpraxen** diesen bereits decken. Eine Zweigpraxis bzw. deren Genehmigung ist - anders als eine Ermächtigung - gegenüber einer Sonderbedarfszulassung nicht nachrangig; sie ist Ausfluss des Zulassungsstatus des Betreibers und mit diesem verbunden; die Zulassungsgremien haben auch die Erteilung von Sonderbedarfszulassungen mit nur **häftigem Versorgungsauftrag** in Betracht ziehen, soweit der Ast. spätestens vor dem Berufungsausschuss klargestellt hat, dass sein Antrag - zumindest auch - darauf gerichtet ist. Die Zulassungsgremien müssen die **Auswahlentscheidung**, ob er einem Bewerber eine nur häftige oder ob er einem anderen Bewerber eine volle Zulassung erteilt, daran ausrichten, welcher Bewerber den bestehenden Versorgungsbedarf besser bzw. vollständiger abdeckt, und weiter daran, welcher Bewerber nach den Kriterien des § 103 IV 5, V 3 SGB V den Vorzug verdient. Reicht der festgestellte ungedeckte Versorgungsbedarf nicht für eine **wirtschaftlich tragfähige (ggf. häftige) Praxis** aus, so ist kein Raum für eine Sonderbedarfszulassung, sondern nur für die Erteilung von Ermächtigungen.

Vgl. ferner zuletzt RID 10-04 A V (S. 29); 09-04-A V (S. 23); 08-04-A V (S. 22); 07-04 A V (S. 22); RID 06-04-A VI (S. 28); RID 05-04-A V (S. 20).

1. SONDERBEDARFSZULASSUNG

A) PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN UND PSYCHOTHERAPIE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 02.12.2010 – L 5 KA 3093/10 ER-B –

RID 11-01-38

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 101 IV, 103; SGG § 86b I 1 Nr. 1; BedarfsplRL-Ä § 24 S. 1b; PsychThG § 1 I, II; PsychotherapieVb §§ 5, 6, 7
Leitsatz: Eine approbierte Psychologische Psychotherapeutin kann zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung beschränkt auf Psychotherapie für Kinder und Jugendliche zugelassen werden, wenn ein entsprechender Sonderbedarf für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen besteht und die Psychologische Psychotherapeutin die Anforderungen der §§ 5-7 Psychotherapievereinbarung für den entsprechenden Fachkundenachweis erfüllt.

SG Stuttgart, Beschl. v. 24.06.2010 - S 11 KA 776/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Aus den Gründen:

„... Er (Anm.: Der Senat) entnimmt der Regelung in § 24 Satz 1b Satz 4 BedarfsplRL den Grundsatz, dass das bedarfsplanungsrechtliche Kriterium des "besonderer Versorgungsbedarfs" i. S. d. § 24 Satz 1b Satz 1 BedarfsplRL zwar im Grundsatz an das (berufsrechtliche) Weiterbildungsrecht anknüpft, für die vertragspsychotherapeutische Versorgung jedoch letztendlich die im Vertragspsychotherapeutenrecht etablierten Versorgungsbereiche maßgeblich sein sollen. Da insoweit aber nicht nur zwischen den psychoanalytisch begründeten Verfahren und der Verhaltenstherapie, sondern auch zwischen der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unterschieden wird, muss nach Auffassung des Senats auch die Kombination jeweils eigenständiger Versorgungsbereiche - wie hier die Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche - einen eigenständigen Versorgungsbereich darstellen, für den ein besonderer Versorgungsbedarf nach § 24 Satz 1b Satz 1 BedarfsplRL festgestellt werden kann (vgl. auch Bayerisches LSG, Urt. v. 25.10.2006, - L 12 KA 187/05 -). Dies wird dadurch bestätigt, dass für die Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen (in einem Richtlinienverfahren, wie der Verhaltenstherapie) Genehmigungen nach näherer Maßgabe der Psychotherapievereinbarungen notwendig sind und bei Psychologischen Psychotherapeuten zwischen Genehmigungen für verhaltenstherapeutische Leistungen für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche unterschieden wird (vgl. § 6 Abs. 4 Anl. 1 BMV-Ä bzw. § 6 Abs. 4 Anl. 1 EKV-Ä). Ermitteln die Zulassungsgremien in einem ansonsten für Psychotherapeuten gesperrten Planungsbereich einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, steht der Erteilung einer Sonderbedarfszulassung an einen Psychologischen Psychotherapeuten, der sich, wie die Antragstellerin, auf die Verhaltenstherapie für Kinder- und Jugendliche beschränkt, aus Rechtsgründen nichts entgegen, sofern der Versorgungsbedarf außerdem dauerhaft erscheint und für eine wirtschaftlich tragfähige Praxis ausreicht (vgl. BSG, Urt. v. 2.9.2009, - B 6 KA 34/08 R -); letzteres ist unter den Beteiligten soweit ersichtlich nicht streitig.“

B) MAßGEBLICHER ZEITPUNKT FÜR SONDERBEDARFSZULASSUNG

SG Aachen, Urt. v. 05.11.2010 – S 7 KA 3/09 –

RID 11-01-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfsplRL-Ä § 24 S. 1 lit. b

Bei der Entscheidung über einen Antrag auf **Sonderbedarfszulassung** sind grundsätzlich alle **bis zur letzten mündlichen Verhandlung im gerichtlichen Verfahren** eintretenden Tatsachen- und Rechtsänderungen zu **berücksichtigen**. Es sind damit im Hinblick auf die Frage des maßgeblichen Zeitpunkts für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage die bei einer Vornahmeklage maßgeblichen Grundsätze anzulegen, und zwar auch dann, wenn die KV die Zulassungserteilung an den Arzt anfecht (BSG, Urt. v. 02.09.2009 - B 6 KA 34/08 R - BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7; Urt. v. 02.09.2009 - B 6 KA 21/08 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 6). Lediglich in Ausnahmefällen kann die Berücksichtigung nachteiliger Änderungen verwehrt sein, wenn ein Arzt auf eine Entscheidung

aufgrund einer früheren bestimmten Sach- und Rechtslage, die ihm Zulassungschancen bot, vertrauen durfte (BSG, Urt. v. 02.09.2009, aaO.).

Vor einer Entscheidung über den Widerspruch gegen die Ablehnung einer Sonderbedarfszulassung ist die Genehmigung zur Anstellung einer Fachärztin an einem MVZ zu berücksichtigen. Der Berufungsausschuss hat sich entsprechend vom Zulassungsausschuss unterrichten zu lassen. **Nach erteilter Sonderbedarfszulassung** ausgesprochene Anstellungsgenehmigungen sind nicht zu berücksichtigen, weil Vertrauensschutzgesichtspunkte entgegenstehen.

Auf Widerspruch der beigel. Fachärztin für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie erteilte ihr der Berufungsausschuss eine Sonderbedarfszulassung. Die Kl. ist der Auffassung, maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage sei der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung. Zwischenzeitlich sei einem MVZ die Genehmigung zur Beschäftigung zweier Fachärztinnen für Innere Medizin - Hämatologie und internistische Onkologie – mit jeweils 20 Wochenstunden erteilt worden sei. Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung über den Widerspruch der Beigel.

C) AUSWAHLENTSCHEIDUNG: VORRANGIGE BERÜCKSICHTIGUNG DER ABDECKUNG DES VERSORGUNGSBEDARFS

SG Nürnberg, Urt. v. 13.01.2011 – S 1 KA 21/10 –

RID 11-01-40

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfsplRL-Ä § 24 S. 1 lit. b u. c

Bei der Vergabe einer Sonderbedarfszulassung ist nicht nach Maßgabe der Reihenfolge des Antrags- eingangs (sog. Windhundprinzip) vorzugehen (vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 81/03 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 2 = BSGE 94, 181 = GesR 2005, 450 = MedR 2005, 666).

Die Auswahlentscheidung unter mehreren Bewerbern ist vorrangig danach auszurichten, welcher Bewerber den bestehenden Versorgungsbedarf besser bzw. vollständig abdeckt und nach den Kriterien des § 105 IV 5 und V 3 SGB V (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2010 – B 6 KA 36/09 R -).

Das klagende MVZ beantragte am 12.01.2010 erfolglos die Genehmigung zur Anstellung des 1940 geb. Beigel. zu 9) im Rahmen eines Sonderbedarfs als Rheumatologe. Am 05.02.2010 beantragte auch die Beigel. zu 8) mit Erfolg eine Sonderbedarfszulassung als Rheumatologin in Gemeinschaftspraxis mit einem bereits zugelassenen Rheumatologen. Der bekl. Berufungsausschuss wies den Widerspruch des Kl. zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

2. PRAXISNACHFOLGE

A) KEINE NACHHOLUNG EINER RECHTMÄßIGEN ENTSCHEIDUNG ÜBER PRAXISNACHFOLGE NACH SECHS JAHREN

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 10.11.2010 – L 3 KA 75/07 –

RID 11-01-41

Revision zugelassen

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 103 IV 1, VI 2; SGG § 86b I 1 Nr. 2; GG Art. 19 IV

Leitsatz: 1. Die Nachholung einer rechtmäßigen Entscheidung über eine Praxisnachfolge gem. § 103 Abs. 4 und 6 SGB V ist nicht mehr möglich, wenn seit dem Verzicht des ursprünglichen Praxisinhabers sechs Jahre vergangen sind und sich die Struktur der Praxis seitdem grundlegend geändert hat.

2. Um derartige Veränderungen und dadurch verursachte Einschränkungen des effektiven Rechtsschutzes zu verhindern, ist einem Zulassungskonkurrenten die Möglichkeit der Beantragung vorläufigen Rechtsschutzes eröffnet.

Der **Beigel. zu 9)** führte eine radiologische Praxis in M. Von Oktober 1996 bis März 2001 war der **Beigel. zu 11)** – ebf. Facharzt für Radiologie - bei dem **Beigel. zu 9)** beschäftigt - ganz überwiegend in einem ausgelagerten Praxisteil für CT-Untersuchungen am O. in M., wobei die Praxis nach außen in Gestalt einer (genehmigten) Gemeinschaftspraxis geführt wurde (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R -). In Wirklichkeit wurde die Praxis von einer GbR gelenkt, die aus dem Kl., dem **Beigel. zu 9)** und Dr. I. bestand. Diese GbR wurde wegen erheblicher Unstimmigkeiten zwischen den beteiligten Ärzten zum 31.12.2001 beendet; ein zivilprozessuales Verfahren schloss sich an. Zum 01.04.2001 hatte der **Beigel. zu 11)** die CT-Untersuchungsstelle am P. erworben, die bis dahin im Eigentum des Kl., des **Beigel. zu 9)** und Dr. Q. gestanden hatte; er führte diese als Einzelpraxis fort. Der **Beigel. zu 9)** führte seine Einzelpraxis in den Räumen R. fort. Im **September 2003** genehmigte der Zulassungsausschuss die **Ausübung der gemeinschaftlichen vertragsärztlichen Tätigkeit der Beigel. zu 9) und 11)** mit Praxissitz in der S. Ob und inwieweit es tatsächlich zu einer gemeinsamen Praxistätigkeit der **Beigel. zu 9) und 11)** kam, ist strittig. Nachdem der **Beigel. zu 9)** unter

der Bedingung einer rechtskräftigen Nachbesetzung auf seine Zulassung verzichtet und die **Ausschreibung** seines Vertragsarztsitzes (für einen Vertragsarzt in Gemeinschaftspraxis) beantragt hatte, bewarben sich der Beigel. zu 10) und der Kl., Facharzt für radiologische Diagnostik und Strahlentherapie mit vertragsärztlicher Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis mit dem Radiologen Dr. I. in J. Der Kl. teilte den Beigel. zu 9) und 11) mit, dass er unter der Voraussetzung einer adäquaten Gegenleistung grundsätzlich bereit sei, seine Bewerbung um den frei werdenden Kassenarztsitz zurückzuziehen. Dazu teilt er dem Zulassungsausschuss mit, dass er bereit sei, seine Bewerbung zurückzuziehen, wenn die von ihm seit Jahren angestrebte ärztliche Kooperation auf der Ebene gemeinsamer Großgerätenutzung bezüglich der derzeit in K. stationierten Kernspintomographen zustande komme. Der Beigel. zu 11) legte einen Übernahmevertrag mit dem Beigel. zu 9) und einen Gemeinschaftspraxisvertrag mit dem Beigel. zu 10) vor. Im Mai 2004 ließ der Zulassungsausschuss den Beigel. zu 10) zu. **Der Bekl. ließ den Beigel. zu 10) im Wege der Praxisnachfolge zu.** Die sofortige Vollziehung dieser Zulassung wurde angeordnet. **Der Kl. macht geltend**, dass der Beigel. zu 9) die 2003 formal gegründete **Gemeinschaftspraxis tatsächlich nie betrieben** habe. Bereits Anfang 2002 habe dieser seinen Vertragsarztsitz zur Nachbesetzung ausschreiben lassen mit dem Ziel einer langfristigen lukrativen Vermietung der im Eigentum seiner Ehefrau stehenden Praxisräume. Nachdem bis auf ihn alle Bewerber abgesprungen seien, habe er die Ausschreibung zurückgezogen, um eine Praxisnachfolge durch ihn zu verhindern. Die Gründung einer Gemeinschaftspraxis im Jahr 2003 sei allein zu dem Zweck erfolgt, Einfluss auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes zu nehmen. So sei der Antrag auf Ausschreibung bereits drei Monate nach formaler Genehmigung der Gemeinschaftspraxis gestellt worden. Auch die Ausgestaltung des Gemeinschaftspraxisvertrages entspreche nicht einer gemeinschaftlichen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Zudem sei der Beigel. zu 10) nie in den Praxisräumen S. tätig geworden, sondern sei in seinen Praxisräumen P. verblieben. Ein Mitbestimmungsrecht des Praxispartners im Nachbesetzungsverfahren bestehe bei einer Nullbeteiligungsgesellschaft, wie sie vorliegend geführt worden sei, nicht. **SG Hannover**, Urt. v. 25.07.2010 - S 16 KA 263/04 - RID 08-04-53 (GesR 2008, 498) wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Das LSG legt im Einzelnen dar, dass im Sinne einer Wahlfeststellung offen bleiben könne, ob die Beigel. zu 9) und 11) in der Zeit unmittelbar vor dem Verzicht des Beigel. zu 9) tatsächlich eine Gemeinschaftspraxis geführt hätten. War dies der Fall, wäre die Auswahlentscheidung des Bekl. nicht zu beanstanden; handelte es sich dagegen um eine bloß dem Schein nach geführte Gemeinschaftspraxis, stehe dem Kl. gleichwohl kein Anspruch auf Zulassung zu; denn eine Nachbesetzung des streitbefangenen Vertragsarztsitzes sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr möglich.

B) MVZ ALS PRAXISNACHFOLGER/PRAXISVERLUST NACH RÄUMUNG

SG Nürnberg, Urt. v. 06.12.2010 – S 1 KA 25/05 –

RID 11-01-42

SGB V § 103 IV, IVa 5

Bewirbt sich ein **MVZ als Praxisnachfolger** (§ 103 IVa 5 SGB V), so ist ein konkret angestellter Arzt als Praxisnachfolger zu benennen, denn nur eine natürliche Person kann sich dem Auswahlverfahren stellen. Scheidet der angestellte Arzt aus, so kann er im Gerichtsverfahren nicht durch einen anderen angestellten Arzt ersetzt werden, da die Bewerbungsfrist abgelaufen ist. Die Klage des MVZ wird dadurch mangels Beschwer unzulässig.

Mit der **vollständigen Räumung einer Praxis** und der technischen Geräte ist keine veräußerungsfähige vertragsärztliche Praxis mehr vorhanden.

Der **Verkäufer einer Praxis** kann nicht durch verfrühten Vertragsschluss mit einem Mitbewerber die **Entscheidung der Zulassungsgremien präjudizieren**. Dies würde der strikten Trennung zwischen privatrechtlicher und öffentlich-rechtlicher Seite der Praxisnachfolge zuwiderlaufen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 03.12.2008 – L 7 KA 65/08 – RID 09-01-57).

Es kann **keine Trennung zwischen privatrechtlicher und öffentlich-rechtlicher Praxis** im Rahmen der Praxisnachfolge erfolgen, da beide Patientengruppen in denselben Räumen und denselben ärztlichen Geräten und medizinischen Einrichtungen versorgt werden.

Verlieren die Erben einer Vertragsarztpraxis durch vertragliche Regelung die **Verfügungsbefugnis** über die **Praxis**, können sie im Nachbesetzungsverfahren keine eigenen Rechte mehr verfolgen. Mangels Beschwer wird ihre **Klage unzulässig**.

Nach Ausschreibung der Praxis des verstorbenen Gastroenterologen bewarben sich u.a. ein MVZ – Kl. zu 1) –, das den Beigel. zu 2), einen Gastroenterologen, anstellen wollte, und der Beigel. zu 1), ebf. Gastroenterologe. Hiergegen legten das MVZ u. die zu 2) klagende Erbengemeinschaft erfolglos Widerspruch ein. Der bekl. Berufungsausschuss führte u.a. aus, die Ankündigung der Kl. zu 2), sich weder aktuell noch künftig mit dem Beigel. zu 1) einigen zu wollen, sei kein Grund, diesen nicht auszuwählen. Zwischenzeitlich kündigte der Beigel. zu 2) seinen Anstellungsvertrag bei dem MVZ, für den die Anstellung des Dr. X genehmigt wurde, der nunmehr die Praxis übernehmen wollte. Wegen Kündigung des Mietvertrags wurde die Praxis zum 31.12.2009 geräumt. Das **SG** wies beide Klagen als unzulässig ab.

C) PRAXISFORTFÜHRUNG AM ALTEN STANDORT/AUSWAHLENTSCHEIDUNG

SG Berlin, Urt. v. 28.07.2010 – S 79 KA 514/09 –

RID 11-01-43

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 103 IV, IVa 5

Es ist nicht zu beanstanden, wenn die Zulassungsgremien dem Umstand zentrale Bedeutung beimessen, ob ein Praxisnachfolger bereit ist, die Praxis **am alten Standort** weiterzuführen. Die Nachfolgezulassung ist an die Fortführung der Praxis gekoppelt. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus § 103 IVa 2 SGB V, da auch hier das Gesetz die Weiterführung der Praxis nennt.

Die in § 103 IV 5 SGB V genannten **Kriterien** sind weder abschließend, noch besteht ein Vorrang zugunsten der leistungsbezogenen Kriterien. Gerade in Fällen der vorliegenden Art könnte ein Vorrang der leistungsbezogenen Kriterien dazu führen, dass – in den Fällen in denen Krankenhäuser Träger des MZV sind – ältere Krankenhausärzte mit hohem Approbationsalter und langjähriger Berufserfahrung zur Anstellung in dem MVZ vorgesehen werden. Im Ergebnis würde dies bedeuten, dass die Auswahlentscheidung bei einer Nachbesetzung im gesperrten Gebiet vorrangig zugunsten von MVZ ergehen müsste, obwohl die im MVZ angestellten Ärzte nach Genehmigung der Anstellung wieder ausgetauscht werden könnten.

Die Kl. ist Trägerin eines MVZ. Ebenso wie der Beigel. zu 7), ein Facharzt für Gynäkologie, sowie ein weiteres MVZ, bewarb sie sich um den Vertragsarztsitz des Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. M. Gleichzeitig mit der Übertragung des Vertragsarztsitzes beantragte sie die Genehmigung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch vier in einer Klinik beschäftigte Gynäkologen, jeweils in einem Umfang von je 25 %. Der **Zulassungsausschuss** erteilte dem Beigel. zu 7) die Zulassung. Der **Widerspruch** war erfolglos. Der bekl. **Berufungsausschuss** führte aus, bei der Nachfolgebesetzung in einem gesperrten Gebiet sei es erforderlich, die Praxis am bisherigen Standort oder in der unmittelbaren Umgebung weiterzuführen. Bei der Feststellung, ob eine Praxis in unmittelbarer Nähe fortgeführt werde, sei die Arztdichte in dem jeweiligen Zulassungsbezirk zu berücksichtigen. Bei einer hohen Arztdichte, wie sie in dem Zulassungsbezirk B mit 580 zugelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Gynäkologie vorherrsche, sei unmittelbare Umgebung der Bereich, der zu Fuß erreicht werden könne. Nur dann bleibe ein Bezug zur bisherigen Praxis erhalten. Allein der Beigeladene zu 7) habe die Praxis am bisherigen Standort fortführen wollen. Der Klägerin sei es allein um den Arztsitz, aber nicht um die Fortführung der Praxis gegangen. Seine Praxis liege ca. 6,5 km entfernt von der ausgeschriebenen Praxis und befinde sich daher nicht mehr in deren unmittelbaren Umgebung. Das **SG** wies die Klage ab.

D) KEINE BERÜCKSICHTIGUNG EINER VERSPÄTETEN BEWERBUNG BEI WEITEREM BEWERBER

SG Nürnberg, Urt. v. 13.01.2011 – S 1 KA 22/10 –

RID 11-01-44

SGB V § 103 IV; SGB X § 41; Ärzte-ZV § 18

Fehlt es bis zum Ablauf einer Bewerbungsfrist an der **Vollständigkeit der Bewerbungsunterlagen**, so kann eine Anstellungsgenehmigung verweigert werden.

Eine **verspätete Bewerbung** kann nur dann ermessensfehlerfrei in eine Auswahlentscheidung einbezogen werden, wenn allein der verspätete Bewerber berücksichtigungsfähig ist, weil kein anderer Bewerber vorhanden, zulassungs- oder fortführungswillig ist. Weiter wird der Eingang der verspäteten Bewerbung noch vor Abgabe des Verfahrens an den Zulassungsausschuss und das Einverständnis der Abgeberseite vorausgesetzt.

Die Zulassungsgremien lehnten den Antrag des Kl. auf Genehmigung der Anstellung des Beigel. zu 9) im Wege der Praxisnachfolge für einen hälftigen fachärztlichen internistischen Vertragsarztsitz wegen Versäumnis der Bewerbungsfrist – es fehlten Lebenslauf, Führungszeugnis, Tätigkeitsauflistung und Arbeitsvertrag – ab. Beworben hatte sich auch der Beigel. zu 8). Das **SG** wies die Klage ab.

E) KAUFPREISÜBERPRÜFUNG: ERTRAGSWERT- U. ÄRZTEKAMMERMETHODEN UNZULÄSSIG

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.10.2010 – L 5 KA 1323/09 –

RID 11-01-45

Revision anhängig: B 6 KA 39/10

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IV; SGB X § 20 II; GG Art. 14

Die **Einigkeit der Beteiligten** über einen Kaufpreis bindet die **Zulassungsgremien** nicht. Sie können **von Amts wegen** den **Verkehrswert** einer Praxis ermitteln. Bei divergierenden Schätzungen kann ein Sachverständiger hinzugezogen werden.

Bei der Festsetzung des Verkehrswertes nach § 103 IV 7 SGB V kommt den Zulassungsgremien ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer **Beurteilungsspielraum** zu (BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6

KA 22/09 R – SozR 4-2500 § 101 Nr. 8 - u. v. 02.09.2009 - B 6 KA 21/08 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 6).

Die sog. **Ertragswertmethode** ist für die Berechnung des Verkehrswertes im Zusammenhang mit Zulassungsverfahren nicht überzeugend. Der Abzug des Inhaberentgelts beruht auf der Überlegung, dass eine Praxis nur dann einen Wert für den Übernehmer hat, wenn er damit zumindest eben so viel verdient wie in dem zuvor ausgeübten Beruf. Damit wird verkannt, dass nicht nur materielle Motive für den Erwerb einer Vertragsarztpraxis maßgebend sind, sondern auch das immaterielle Motiv, als freiberuflich Selbstständiger unabhängig von Weisungen (und Klinikhierarchien) Arbeit und Beruf nach eigenem Gutdünken gestalten zu können. Der nach dieser Methode maßgeblich den Wert beeinflussende Rentenbarwertfaktor basiert auf variablen Größen, die der individuellen Einschätzung des Gutachters unterliegen und eine objektivierbare Bewertung im Ergebnis unmöglich machen. Entsprechendes gilt für die Bemessung des Kapitalisierungszinsfußes und der sog. Realisierungswahrscheinlichkeit.

Bei der Übertragung einer Praxis im Nachfolgezulassungsverfahren stellt sich vorrangig die Frage danach, was **durch den Nachfolger überhaupt fortführbar** ist, denn nur das ist auch veräußerbar und bestimmt damit den Wert der Praxis.

Die sog. **Ärztammermethode** trägt der Problematik des Abschmelzens eines tatsächlich erwirtschafteten Ertrags zumindest in der Weise Rechnung, dass auch bei kleineren Praxen ein zu bewertender Ertrag verbleibt. Auch diese schematische Vorgehensweise erscheint jedoch nicht unproblematisch, da insbesondere bei Erreichen der jeweiligen Umsatzstufen Friktionen entstehen.

Ein auf der **Ertragswertmethode** basierendes Gutachten kann von den Zulassungsgremien nicht verwertet werden.

Die 1952 geb. Kl. verzichtete auf die Zulassung als Psychologische Psychotherapeutin zum 31.12.2006 unter dem Vorbehalt, dass ein Praxisnachfolger ihre Zulassung erhält, und beantragte gleichzeitig die Ausschreibung ihres Kassenarztsitzes. Um den **ausgeschriebenen Psychotherapeutesitz** bewarben sich u. a. die Beigel. Ziff. 1 bis 3. Die Kl. schloss mit **den Beigel. Ziff. 1 und 2 Praxisübergabeverträge** für den Fall einer Zulassung ab und vereinbarte dabei (**mündlich**) **einen Kaufpreis von 45.000 €**. Mit der Beigel. Ziff. 3 kam ein Praxisübergabevertrag zunächst nicht zustande, weil diese den geforderten Verkaufspreis als überhöht ablehnte. Sie erklärte sich aber zur Zahlung des Verkehrswertes bereit. Der **Zulassungsausschuss** wählte die Beigel. Ziff. 3 zur Fortführung der Praxis aus, vertagte die Entscheidung über ihre Zulassung und lehnte die Anträge auf Auswahl und Zulassung der weiteren Bewerber zum Zwecke der Fortführung der Praxis ab. Hiergegen legten d. Kl., die ein Wertgutachten über 56.404 € vorlegte, sowie die Beigel. Ziff. 1 und 2 Widerspruch ein. Die **Kl. und die Beigel. Ziff. 3 einigten sich** in einer Pause des Bekl. auf einen **Kaufpreis** von 40.000 €. Der Bekl. holte ein **Sachverständigengutachten** (Ergebnis: 35.560 €) ein. **SG Reutlingen**, Beschl. v. 20.07.2007 - S 1 KA 2676/07 ER - wies den Antrag der Kl. auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 22.11.2007 - L 5 KA 4107/07 ER-B - RID 08-01-69 wies die Beschwerde zurück. Die dagegen eingelegte **Verfassungsbeschwerde** wurde mit Beschluss vom 30.01.2008 - 1 BvR 3293/07 - nicht zur Entscheidung angenommen. Der **Bekl.** setzte den Verkehrswert der Praxis auf 2.940 € - damit in Höhe des materiellen Verkehrswertes - fest und ließ die Beigel. Ziff. 3 zu. **SG Stuttgart**, Urt. v. 25.11.2008 - S 1 KA 618/08 - wies die Klage ab, das **LSG** wies die Berufung d. Kl. zurück und hob auf die Klage Ziff. 1 des Beschlusses des Bekl. hinsichtlich der Höhe des festgestellten Verkehrswertes auf; es verpflichtete den Bekl., über die Höhe des Verkehrswertes der Praxis der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

F) ANORDNUNGSGRUND NACH KONKURRENTENKLAGE

LSG Bayern, Beschl. v. 20.10.2010 – L 12 KA 50/10 B ER –

RID 11-01-46

SGB V § 103 IV; SGG § 86b II

Ist der Ausgang des Hauptsacheverfahrens als „**offen**“ zu bezeichnen, so kommt es wesentlich auf den Anordnungsgrund an.

Es fehlt ein **Anordnungsgrund** für die vorläufige Zulassung eines unterlegenen Mitbewerbers anstelle des Praxisnachfolgers, wenn der **Abschluss eines Kaufvertrages** des unterlegenen Mitbewerbers mit dem Praxisabgeber nicht ansatzweise erkennbar ist. Der unterlegene Mitbewerber erleidet durch die Nichtzulassung keinen Rechtsverlust. Eine Stärkung der Verhandlungsposition gegenüber dem Praxisabgeber rechtfertigt nicht eine vorläufige Zulassung.

Die Erben E des Dr. M, eines fachärztlich tätigen Internisten, stellten einen Nachbesetzungsantrag. Im Ausschreibungstext wird ausgeführt, dass „Bewerbungen formlos unter Angabe der Chiffre-Nr. bis spätestens 28.10.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Kompetenzzentrum Sicherstellung zu senden“ seien. Innerhalb der Frist gingen mehrere Bewerbungen, darunter diejenigen des Ast. und von F, ein. Die KVB übersandte Formblätter und Hinweisschreiben und setzte für die formgerechte Antragstellung eine weitere Frist. Der Ast. bewarb sich daraufhin unter Verwendung der Formblätter und Übersendung der notwendigen

Unterlagen. Vor dem Termin vor dem Zulassungsausschuss teilten E den W nach dessen nachträglicher Bewerbung als Übernehmer mit, den der Zulassungsausschuss dann als Nachfolger zuließ. Der Widerspruch des Ast. blieb erfolglos. **SG München**, Urt. v. 24.01.2007 – S 38 KA 1417/06 - wies die Klage ab, **LSG Bayern**, Urt. v. 23.04.2008 - L 12 KA 443/07 - RID 08-04-51 (Revision zurückgenommen) verpflichtete die Bekl. zur Neubescheidung. Vor dem Berufungsausschuss – F hatte seine Bewerbung inzwischen zurückgezogen - stritten die Beteiligten um den Verkehrswert der Praxis; das von diesem eingeholte Gutachten taxierte den Wert auf 400.000 €. Der **Berufungsausschuss** setzte in dieser Höhe den Verkehrswert fest und wies den Widerspruch des Ast. erneut zurück. Der Ast. und der – nach dem LSG-Urteil – nachrangige, seit Mai 2005 in der Praxis tätige W seien noch die einzigen Bewerber. Der Ast. sei der Aufforderung zur Sicherheitsleistung in Höhe des Verkehrswertes nicht nachgekommen. Eine Zulassung des Ast. unter der Bedingung des Zustandekommens eines Kaufvertrages sei nicht möglich, da die Zulassung dann ungewiss sei. Wegen der fehlenden Sicherheit sei der Ast. nicht berücksichtigungsfähig. Hiergegen hat der Ast. vor dem SG München Klage erhoben (S 21 KA 40/10). Der Berufungsausschuss ordnete ferner die sofortige Vollziehung an, die der Ast. nicht angriff. **SG München**, Beschl. v. 14.04.2010 – S 21 KA 20/10 ER - wies den Antrag des Ast. auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (Antrag auf Verpflichtung, ihn anstelle des W vorläufig zuzulassen, aufschiebend bedingt durch die Zahlung des Kaufpreises in der Höhe des Verkehrswerts) ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

3. MVZ

A) MVZ-TRÄGER: UMWANDLUNG EINER GMBH IN GMBH & CO KGAA/KEIN GESONDERTER RECHTSTRÄGER

SG Karlsruhe, Urt. v. 17.12.2010 – S 1 KA 575/10 –

RID 11-01-47

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 I, II u. VI; AktG §§ 3 I, 278 I, III; GmbHG § 13 III; UmwG §§ 3 I Nr. 2, 202 I Nr. 1

MVZ können als **juristische Person**, z.B. als GmbH, oder als Gesamthandsgemeinschaft (BGB-Gesellschaft), betrieben werden. Als weitere Rechtsform kommt neben der AG auch die KGaA in Betracht. Denn auch die **KGaA** ist eine juristische Person. Soweit gesellschaftsrechtliche Rechtsformen der Handelsgesellschaft (OHG, KG, GmbH & Co. KG, Stille Gesellschaft) als Träger eines MVZ ausscheiden, da diese den Betrieb eines Handelsgewerbes voraussetzen, steht dies der Gründung und dem Betrieb eines MVZ durch eine KGaA nicht entgegen. Zwar gilt die KGaA als Handelsgesellschaft; diese gesetzliche Fiktion des Formkaufmanns gilt jedoch in gleicher Weise auch für die AG und die GmbH. Und sie gilt für die AG und die KGaA selbst dann, wenn der Gegenstand des Unternehmens nicht im Betrieb eines Handelsgewerbes besteht. Darüber hinaus ist die KGaA nicht, wie z.B. die OHG oder die KG, Personen-, sondern Kapitalhandelsgesellschaft.

Eine formwechselnde **Umwandlung einer GmbH in eine KGaA** führt gemäß § 202 I Nr. 1 UmwG nicht zum Erlöschen des ursprünglich bestehenden und zum Entstehen eines neuen Rechtsträgers. Vielmehr besteht vor und nach dem Formwechsel ein und dasselbe Rechtssubjekt (vgl. BGH, NJW 2010, 3708; BFHE 203, 553 und 223, 115 sowie VGH Baden-Württemberg, VBlBW 2010, 437ff).

Zum **Betrieb eines MVZ** muss **keine gesonderte Gesellschaft als Rechtsträger** bestehen. Hierfür fehlt es an einer Rechtsgrundlage. Nach § 95 I 6 SGB V ist es zulässig, dass sich MVZ „aller zulässigen Organisationsformen“ bedienen. Eine eigenständige oder rechtlich selbständige Organisationsform zur Gründung und zum Betrieb eines MVZ fordert das Gesetz damit gerade nicht. Ausreichend ist vielmehr die Organisation eines MVZ - wie vorliegend - als Betrieb oder Teilgebiet einer Gesellschaft, auch eines Krankenhauses (entgegen SG Marburg, Beschl. v. 25.10.2007 – S 12 KA 404/07 ER – RID 07-04-47).

Die Beigel. bestand bis Februar 2008 in der Rechtsform einer GmbH. Sie ist Trägerin von Plankrankenhäusern im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V an insgesamt 12 verschiedenen Standorten im Bundesgebiet und betreibt ein MVZ seit 2006 als unselbstständige Betriebsstätte. Sie teilte dem Zulassungsausschuss mit, sie beabsichtige einen gesellschaftsrechtlichen Formwechsel in eine GmbH & Co KGaA. Die Kl. führte hierzu aus, bei einer KGaA handele es sich um eine Handelsgesellschaft. In dieser Rechtsform sei ein MVZ nicht zulässig, vielmehr sei auch nach Ansicht der KBV in diesem Fall von den gründungsberechtigten Kliniken für das MVZ eine Tochtergesellschaft in der Rechtsform einer GmbH zu etablieren. Der Zulassungsausschuss stellte fest, er erhebe keine zulassungsrechtlichen Einwendungen. Der Bekl. wies den Widerspruch zurück. Das **SG** wies die Klage ab. Den **Streitwert** setzte es auf 60.000 € fest.

B) PRÄSENZ- UND RESIDENZPFLICHT ANGESTELLTER ÄRZTE

SG Potsdam, Urt. v. 15.09.2010 – S 1 KA 90/08 –

RID 11-01-48

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 72 I 2, 95 I; Ärzte-ZV §§ 1 III Nr. 2, 24 II; SGB X § 32 I, II Nr. 4

§ 24 II Ärzte-ZV, wonach der Vertragsarzt seine Wohnung so zu wählen hat, dass er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht, gilt auch für angestellte Ärzte eines MVZ. Eine Genehmigung zur Anstellung kann daher mit der **Auflage** verbunden werden, den Wohnsitz in die Nähe der Praxis zu verlegen.

Die **Residenzpflicht** nach § 24 II Ärzte-ZV hat zum **Zweck**, dass der Arzt die mit der Zulassung bzw. Anstellungsgenehmigung übernommenen Pflichten ausfüllen kann. Sie dient somit der Sicherung der Beratungs- und Behandlungstätigkeit in seiner Praxis während der Sprechstunden und nicht der Absicherung des Notfall- und Bereitschaftsdienstes.

Das klagende MVZ beantragte die Anstellung von zwei Fachärzten für Strahlentherapie zum Juli 2007 für 40 Stunden pro Woche. Die Wohnsitze der anzustellenden Ärzte lagen in G. (230 km Entfernung) und in B. (69 km Entfernung). Der Zulassungsausschuss, bestätigt durch den bekl. Berufungsausschuss, genehmigte die Anstellung der beiden Strahlentherapeuten ab Oktober 2007 mit der Auflage, dass der betroffene Arzt seinen Wohnsitz in die Nähe der Praxis zu verlegen habe. Das **SG** wies die Klage ab.

C) NACHBESETZUNG DER STELLE EINES ANGESTELLTEN ARZTES

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 08.12.2010 – L 5 KA 3673/10 ER-B –

RID 11-01-49

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 103 IVa 5; BedarfspLRL-Ä §§ 35, 42; SGG § 86b II

Leitsatz: Die Nachbesetzung der Stelle eines angestellten Arztes mit einer Teilzeitstelle von 50% in einem MVZ ist nur in dem zeitlichen Umfang der Beschäftigung des ausgeschiedenen Arztes möglich. Soll der im Wege der Nachfolgebesetzung anzustellende Arzt länger arbeiten, bedarf die Erhöhung der Arbeitszeit der Genehmigung des Zulassungsausschusses.

SG Stuttgart, Beschl. v. 09.07.2010 - S 5 KA 2290/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

D) EVTL. VERSTOß GEGEN EU-BEIHILFERECHT BERÜHRT NICHT MVZ-GRÜNDUNGSAKT

SG Düsseldorf, Urt. v. 01.12.2010 – S 2 (14) KA 114/08 –

RID 11-01-50

Berufung anhängig: **LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 4/11 -**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 I, II; EG Art. 88 III 3; BGB § 134

Selbst bei einem Verstoß gegen EU-Beihilferecht berührt dies nicht einen zivilrechtlichen Gründungsakt eines MVZ.

Auf den Zulassungsantrag der Kliniken T ließ der Zulassungsausschuss das MVZ B zu. Dem widersprach die Kl. Das Ev. Krankenhaus „I-Stift gGmbH“ sei mit Mitteln des Landes Nordrhein-Westfalen geschlossen worden. Im Zusammenhang mit der Herausnahme des Stiftes aus dem Krankenhausplan des Landes würden Ausgleichszahlungen in Millionenhöhe gemäß § 30 KHG NRW geleistet. Diese Schließungsmittel seien benutzt worden, um Vertragsarztsitze aufzukaufen und das MVZ B. Der Bekl. wies den Widerspruch zurück und ordnete die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung an. Das **SG** wies die Klage ab.

4. KEINE DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE GEGEN AUSSTIEG DES PRAXISPARTNERS DURCH ARZTSITZVERLEGUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.12.2010 – L 11 KA 95/10 B ER –

RID 11-01-51

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95, 96 IV 2, 97 IV; SGG § 86b I 1 Nr. 2; Ärzte-ZV §§ 24 VII, 33 II, 37 I 1, 45 III; GG Art. 14, 19 IV

Die Partnerin einer Berufsausübungsgemeinschaft ist nicht berechtigt, die Verlegung des Vertragsarztsitzes des Partners **anzufechten**.

Eine **Berufsausübungsgemeinschaft** (Gemeinschaftspraxis) **endet vertragsarztrechtlich** schon dann, wenn dem Zulassungsausschuss eine einseitige Willenserklärung zugeht, mit der sich ein Partner von der BAG lossagt. Darauf, ob der die Beendigungserklärung abgebende Vertragsarzt gesellschaftsvertraglich hierzu berechtigt war, kommt es nicht an (vgl. BSG, Urt. v. 19.08.1992 - 6 RKa 36/90 - SozR 3-2200 § 368c Nr. 1; LSG Bayern, Urt. v. 24.05.2000 - L 12 KA 45/98 -).

Über eine Praxisverlegung muss der Berufungsausschuss nicht aufgrund **mündlicher Verhandlung** entscheiden.

Die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** einer Verlegung des Arztsitzes kann damit begründet werden, dass es dem Vertragsarzt angesichts der Dauer eines Hauptsacheverfahren nicht zuzumuten ist, den Eintritt der Bindungswirkung des Genehmigungsbescheides abzuwarten, bevor er für seine wirtschaftlichen Dispositionen Planungssicherheit erlangt.

Wird die Anordnung der sofortigen Vollziehung nicht vom öffentlichen Interesse, sondern **allein vom überwiegenden Individualinteresse** eines Beigeladenen getragen, ist die Entscheidung dennoch rechtmäßig.

Der **Streitwert** im einstweiligen Anordnungsverfahren bzgl. einer Verlegung des Arztsitzes ist auf den vierfachen Regelstreitwert festzusetzen.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 18.08.2010 - S 2 KA 382/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

5. KEINE ABWEICHUNG VON DEN QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN NACH EBM DURCH § 71 IA 3 SGB V

LSG Bayern, Beschl. v. 15.10.2010 – L 12 KA 53/10 B ER –

RID 11-01-52

SGB V §§ 73 Ia 3

§ 73 Ia 3 SGB V ist keine Rechtsgrundlage, um von der Erfüllung weiterer Anspruchsvoraussetzungen, wie z.B. der Zugehörigkeit der Leistung zum Fachgebiet oder einer nach dem EBM vorgeschriebenen Erfüllung von zusätzlichen weiterbildungsrechtlichen Voraussetzungen, zu befreien. Die Norm ermächtigt weder dazu, einem Arzt eines Fachgebietes die Erbringung der Leistung eines anderen Fachgebietes zu erlauben, noch die Abrechnung eine nach dem EBM den Inhabern der Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie vorbehaltene Leistung einem Kinderarzt mit dem Schwerpunkt Neonatologie zu genehmigen.

SG München, Beschl. v. 29.04.2010 – S 28 KA 96/10 ER - gab dem Antrag des Arztes für Kinder- u. Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“ auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und erteilte bis zur Entscheidung in der Hauptsache die Genehmigung zur Abrechnung der Ziff. 04410 („Zusatzpauschale Kinderkardiologie“) und 04530 EBM 2008 („Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie“) gem. § 73 Ia SGB V, das **LSG** wies den Antrag ab.

S.a. **LSG Bayern**, Beschl. v. 27.10.2010 - L 12 KA 80/10 B ER - RID 11-01-22 und zuletzt BSG, Urt. v. 17.03.2010 - B 6 KA 3/09 R – SozR 4-2500 § 121 Nr. 4.

6. JOB-SHARING: ISOLIERTE ANFECHTUNG DER LEISTUNGSBEGRENZUNG

LSG Sachsen, Urt. v. 22.09.2010 – L 1 KA 7/09 –

RID 11-01-53

Revision anhängig: B 6 KA 1/11 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 85 IV, 101 I 1 Nr. 4; GG Art. 1; BedarfspRL-Ä § 23c

Eine **isoliert** gegen die im Rahmen einer Job-Sharing-Zulassung festgesetzte **Leistungsbegrenzung**, einer Auflage (§ 32 II Nr. 4 SGB X), erhobene **Klage** ist zulässig. Die Leistungsbegrenzung nimmt nicht am **statusbegründenden Charakter** des Zulassungsbescheides teil (so aber LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.05.2010 - L 3 KA 107/07 - RID 10-03-48, juris Rn. 35), da sonst im Unterliegensfalle die aufschiebende Wirkung von Anfechtungswiderspruch und -klage nur ex nunc und nicht ex tunc entfiele (näher dazu BSG, Urt. v. 11.03.2009 - B 6 KA 15/08 R - SozR 4-2500 § 96 Nr. 1 Rn. 19 ff.) und somit für die Zeit bis zur Rechtskraft eines Urteils eine unbegrenzte Abrechnung möglich wäre.

Bei der im Rahmen einer Zulassung festgesetzten **Leistungsbegrenzung** handelt es sich nicht um eine Maßnahme der Honorarfestsetzung und ist daher § 85 IV 9 SGB V nicht unmittelbar anwendbar. Der enge Zusammenhang zwischen Leistungsbegrenzung und Honorarfestsetzung gebietet es aber, dass **§ 85 IV 9 SGB V entsprechend anzuwenden** ist, um einer Leistungsausweitung während der Dauer eines u. U. geraume Zeit in Anspruch nehmenden Rechtsstreits entgegenzuwirken.

Eine Berufsausübungsgemeinschaft hat weder einen Anspruch auf Festsetzung der Leistungsbegrenzung aufgrund der Job-Sharing-Zulassung in der Höhe eines nach dem HVM zuerkannten **Punktmengenvolumens (Budgets)** noch auf Berechnung des Überschreitungsvolumens

entsprechend der Anzahl ihrer vor dem Job-Sharing zugelassenen Partner. Auch eine weitere Aufstockung wegen des Praxiseintritts einer Ärztin im Zeitraum bzw. wegen unfallbedingter Ausfälle ist nicht geboten.

§ 101 I 1 Nr. 4 SGB V gibt dem Richtliniengeber zwar vor, bei der Regelung der Leistungsbegrenzung vom „**bisherigen Praxisumfang**“ auszugehen. Aus dieser Vorgabe folgt aber nicht, dass der Richtliniengeber nicht auf die im Vorjahr tatsächlich erbrachten und abgerechneten Leistungen abstellen darf, sondern an das nach Maßgabe der Honorarverteilungsregelungen potentiell zustehende Abrechnungsvolumen anknüpfen muss.

Aus der Formulierung „gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten)“ in Nr. 23c S. 1 BedarfspIRL-Ä ergibt sich, dass bei **Eintritt eines Job-Sharing-Partners** in eine bestehende Gemeinschaftspraxis das Überschreitungsvolumen auf der Grundlage der Punktzahlanforderungen aller bisherigen Partner zu bestimmen ist. Die Grundregel in Nr. 23c S. 2 BedarfspIRL-Ä wird allerdings in zweifacher Hinsicht durchbrochen: Zunächst ordnet Nr. 23c S. 3 BedarfspIRL-Ä an, dass das Überschreitungsvolumen gar nicht nach den individuellen Abrechnungsergebnissen der bisherigen Praxis zu berechnen ist, sondern nach dem Fachgruppendurchschnitt; bleibt es aber im Übrigen bei der Grundregel, muss die Anzahl der Partner einer bestehenden Gemeinschaftspraxis Berücksichtigung finden. Dies schließt in einem nächsten Schritt Nr. 23d S. 3 HS 1 BedarfspIRL-Ä aus, wenn dort für den Fall der Aufnahme in eine bestehende Gemeinschaftspraxis eine Minderung der Berechnung entsprechend der Zahl der bereits in ihr tätigen Vertragsärzte angeordnet wird.

Das Gesetz räumt dem Richtliniengeber mit der Vorgabe, eine „nicht wesentliche“ Überschreitung zu ermöglichen, einen weiten Gestaltungsspielraum ein, der insbesondere eine **Beschränkung des Überschreitungsvolumens auf 3 %** des Fachgruppendurchschnitts zulässt.

Nr. 23c S. 7 HS 1 BedarfspIRL-Ä („Außergewöhnliche Entwicklungen im Vorjahr, wie z.B. Krankheit eines Arztes, bleiben außer Betracht“) ist dahingehend auszulegen, dass nicht nur durch außergewöhnliche Umstände verursachte Mengensteigerungen aus der Bemessungsgrundlage herauszurechnen sind, sondern auch außergewöhnliche Leistungseinbrüche – ggf. im Wege der Schätzung – auszugleichen sind. Solange die betroffenen Ärzte nach einem Unfall vertragsärztlich tätig waren und sich die Folgen ihres Unfalls für die Leistungserbringung und -abrechnung der Gemeinschaftspraxis weder konkret berechnen noch auf der Grundlage von Anknüpfungstatsachen schätzen lassen, kommt lediglich – unter Heranziehung der Wertung in Nr. 23d S. 2 BedarfspIRL-Ä – eine **Anhebung auf den Fachgruppendurchschnitt** in Betracht.

Der kl. Gemeinschaftspraxis gehörten neben einem Nuklearmediziner (Dr. A) bis zum Quartal II/03 vier Radiologen (Dres. B, C, D, E) sowie ab dem Quartal III/03 eine fünfte Radiologin (F) an. Eine weitere Radiologin (Dr. G) beantragte die Zulassung im Rahmen einer gemeinschaftlichen Berufsausübung (Job-Sharing) mit Dr. B ab Juli 2004. Gleichzeitig beantragte Dr. B die Genehmigung der gemeinschaftlichen Berufsausübung mit Dr. G und verpflichtete sich, die zur Beschränkung des Umfangs der vertragsärztlichen Tätigkeit noch festzustellende Obergrenze anzuerkennen. Die Mitglieder der Gemeinschaftspraxis schlossen sich diesen Anträgen und Erklärungen für die Kl. an. Der von der Bekl. übersandten Berechnung der Leistungsbegrenzung trat die Kl. entgegen. Der **Zulassungsausschuss** genehmigte die beantragte Job-Sharing-Zulassung und setzte auf der Basis der Abrechnungsergebnisse der **Quartale IV/02 bis III/03** die – ab dem zweiten Jahr der gemeinschaftlichen Berufsausübung anzupassende – Leistungsbeschränkung für die vertragsärztliche Honorarabrechnung der Kl. folgendermaßen fest: für das jeweils 1. Quartal: 44.978.869 Punkte, für das jeweils 2. Quartal: 42.479.721 Punkte, für das jeweils 3. Quartal: 39.544.314 Punkte, für das jeweils 4. Quartal: 39.157.132 Punkte. Gegen die Leistungsbeschränkung für das 2., 3. und 4. Quartal legte die Kl. mit dem Ziel Widerspruch ein, die Obergrenze nicht unter dem ihr durch den HVM für III/04 zuerkannten Punktmengenvolumen (PMV) von 43.693.737,2 Punkten neu festzusetzen. Der bekl. **Berufungsausschuss** änderte die Leistungsbeschränkung unter Zugrundelegung der **Quartale II/03 bis I/04** folgendermaßen ab: für das jeweils 1. Quartal: 46.234.523 Punkte, für das jeweils 2. Quartal: 42.479.721 Punkte, für das jeweils 3. Quartal: 39.569.684 Punkte, für das jeweils 4. Quartal: 39.979.529 Punkte. Nach Öffnung des Planungsbereiches erhielt Dr. G mit Wirkung vom 07.06.2005 (insoweit im Berufungsverfahren Az. L 1 KA 17/10 angefochten) eine Vollzulassung. **SG Dresden**, Urt. v. 12.-12.2008 - S 18 KA 243/05 - verurteilte zur Neubescheidung bzgl. des 2. Quartals und wies im Übrigen die Klage ab, das **LSG** wies die Berufung d. Kl. zurück.

7. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

A) BVERFG: SOFORTIGE VOLLZIEHUNG EINER ZULASSUNGSENTZIEHUNG FÜR MVZ

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 08.11.2010 – 1 BvR 722/10 –

RID 11-01-54

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 12 I, 19 III u. IV; BVerfGG § 93c I 1; SGB V § 95 II 7, VI; SGG 86b I 1 Nr. 1

SG Berlin, Beschl. v. 20.11.2009 – S 83 KA 673/09 ER – RID 10-01-76 u. *LSG Berlin-Brandenburg*, B. v. 09.02.2010 – L 7 KA 169/09 B ER – RID 10-02-57 verletzen die Bf. in ihren Grundrechten aus Art. 12 I u. 19 IV GG jeweils i.V.m. Art. 19 III GG. Der Beschl. des LSG wird aufgehoben. Die Sache wird an das LSG Berlin-Brandenburg zurückverwiesen.

Das **öffentliche Interesse an der sofortigen Vollziehung** kann auf die Gefahr, dass **Abrechnungsfehler** sich während der Dauer des Gerichtsverfahrens wiederholen könnten, gestützt werden; denn mit der Annahme, es seien zwischenzeitlich erneute fehlerhafte Abrechnungen zu befürchten, nimmt das Gericht eine konkrete Gefahr für ein schutzwürdiges Gemeinschaftsgut in den Blick. Die Verlässlichkeit des Abrechnungssystems ist eine der Bedingungen für das Funktionieren der vertragsärztlichen Versorgung und dient damit der Sicherung eines besonders wichtigen Allgemeininteresses, das Beschränkungen des Art. 12 I GG grundsätzlich auch im Rahmen des Sofortvollzugs erlaubt (vgl. nur BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 26.01.1995 - 1 BvR 2438/94 -, juris <Rn. 1>). Zu berücksichtigen sind jedoch auch die für die Bf. **günstigen Aspekte**. Ferner sind die für die Beurteilung einer möglichen **Wiederholungsgefahr** gebotenen Feststellungen zu treffen, ob seit dem Entzug der Zulassung **erneut Abrechnungsfehler** aufgetreten sind.

Auf eine **Abschreckungswirkung** für andere Vertragsärzte und insb. Medizinische Versorgungszentren als Mittel der **Generalprävention** kann die sofortige Vollziehung einer Zulassungsentziehung nicht gestützt werden.

Zur vorläufigen Aussetzung der sofortigen Vollziehung des Beschlusses des Berufungsausschusses s. bereits *BVerfG*, 1. Ka. 2. Sen., Beschl. v. 15.03.2010 – 1 BvR 722/10 – RID 10-02-58

B) KEINE AUFRECHTERHALTUNG EINES GEORDNETEN PRAXISBETRIEBS

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.10.2010 – L 5 KA 2155/09 –

RID 11-01-55

Nichtzulassungsbeschwerde zurückgenommen

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 VI

Leitsatz: Einem Arzt kann die Zulassung entzogen werden, wenn er nicht mehr an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Letzteres ist der Fall, wenn er wegen privater Verpflichtungen (Pflege seiner gelähmten Mutter), Depressionen, Erschöpfung und Angstzuständen nicht mehr in der Lage ist, einen geordneten Praxisbetrieb aufrecht zu erhalten, er also nicht mehr täglich in der Praxis ist, keine Arzthelferin beschäftigt, über Quartale hinweg nicht abrechnet, wochenlang eingehende Post nicht öffnet und nur 10% des Fachgruppendurchschnitts an Patienten behandelt.

SG Karlsruhe, Urt. v. 26.03.2009 - S 1 KA 4001/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

C) ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG: SCHWERE DER VORWÜRFE/PATIENTENGEFÄHRDUNG

LSG Bayern, Beschl. v. 05.01.2011 – L 12 KA 116/10 B ER –

RID 11-01-56

SGB V § 95 VI 1; Ärzte-ZV § 27; SGG § 86b I 1 Nr. 3

In einem Zulassungsentziehungsverfahren können die **Feststellungen in einem Strafbefehl** zu Grunde gelegt werden (vgl. BSG, Beschl. v. 27.06.2007 – B 6 KA 20/07 B – juris, RID 09-02-106).

In der Beschäftigung eines nicht genehmigten Assistenten und in der Abrechnung von GKV-Leistungen als IGEL-Leistungen liegt eine gröbliche Pflichtverletzung, die zur **Zulassungsentziehung** berechtigt, jedenfalls wenn zuvor Regress- und Disziplinarbescheide ergangen sind.

Die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** ist gerechtfertigt, wenn zu erwarten ist, dass der Vertragsarzt auch künftig nicht seiner **Dokumentationspflicht** nachkommt, da dann eine Patientengefährdung nicht auszuschließen ist. Auch kann sie durch die **Schwere** der dem Vertragsarzt zur Last gelegten **Vorwürfe** gerechtfertigt sein und wenn zu erwarten ist, dass weiterhin IGEL-Leistungen zu Unrecht abgerechnet werden.

Die Zulassungsentziehung beeinträchtigt nicht die **Ausübung des Arztberufes**, sondern schließt lediglich eine besondere **Ausübungsform** aus.

Gegen den Ast., einen Orthopäden, wurden Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (Quartale II/96-II/98: 111.500 DM Rückforderung; I/01-IV/02: 30.256 €; I/03-IV/04: 83.000 €) und ergingen disziplinarische Geldbußen in den Jahren 2000 (10.000 DM) und 2005 (7.000 €). Im Jahr 2008 wurde er zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und einer Gesamtgeldstrafe von 46.800 € verurteilt wegen der Abrechnung von GKV- als IGEL-Leistungen sowie der Beschäftigung eines nicht genehmigten Assistenten (Schadenssumme: 191.621,79 €). Der bekl. **Berufungsausschuss** bestätigte die Zulassungsentziehung und ordnete die sofortige Vollziehung der Entscheidung des Zulassungsausschusses an. **SG München**, Beschl. v. 08.10.2010 - S 38 KA 605/10 ER – ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage bis zum 01.02.2011 an, das **LSG** wies die Beschwerde des Ast. zurück.

8. ERMÄCHTIGUNG

A) SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM (§ 119 SGB V): KEINE BESCHRÄNKUNG AUF PLANUNGSBEREICH

LSG Hessen, Urt. v. 29.09.2010 – L 4 KA 49/08 –

RID 11-01-57

Revision anhängig: B 6 KA 34/10 R

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

SGB V § 119

Wenn die in § 119 SGB V genannten Voraussetzungen vorliegen, besteht trotz der Formulierung „können“ ein Anspruch auf Erteilung der Ermächtigung (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.12.2009 - L 3 KA 29/08 - RID 10-02-63, juris Rn. 34).

Im Falle der Ermächtigung nach § 119 SGB V liegen Besonderheiten vor, die eine Ausnahme von der Beschränkung auf einen Planungsbereich rechtfertigen (so im Ergebnis auch LSG Niedersachsen-Bremen, aaO., m.w.N.).

SG Marburg, Urt. v. 30.04.2008 – S 12 KA 393/07 – RID 08-02-95 wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

Zu § 119 SGB V s. zuletzt **LSG Bayern**, Beschl. v. 21.07.2010 – L 12 KA 65/09 B ER – RID 10-04-72 m.w.N.

B) HOCHSCHULAMBULANZEN: BEDARFSERMITTLUNG UND UNZULÄSSIGER ÜBERWEISUNGSVORBEHALT

SG Aachen, Urt. v. 05.11.2010 – S 7 KA 2/08 –

RID 11-01-58

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 117 I; SGB X §§ 20, 21; GG Art. 5 III 1, 12 I

§ 117 I 1 u. 2 SGB V ist im Kontext der verfassungsrechtlich garantierten **Wissenschaftsfreiheit** (Art. 5 III 1 GG) zu sehen und auszulegen. Eine Beschränkung der Wissenschaftsfreiheit darf lediglich zu Gunsten der Berufsfreiheit der niedergelassenen Vertragsärzte erfolgen und beide Verfassungsrechtsgüter - Wissenschaftsfreiheit und Berufsfreiheit - müssen zu einem möglichst schonenden Ausgleich gebracht werden. Eine Beschränkung von Forschung und Lehre ist von vornherein nur in dem Umfang möglich, wie die Berufsfreiheit der Vertragsärzte sie erfordert. Bei dieser Einschätzung steht den Zulassungsgremien lediglich ein **sehr enger Beurteilungsspielraum** zu. Er beschränkt sich auf die Frage der Beurteilung der Berufsfreiheit der niedergelassenen Vertragsärzte und damit lediglich auf einen Teilbereich der Gewichtung des Verfassungsrechtsgutes aus Art. 12 I GG.

Die Zulassungsgremien haben den für Forschung und Lehre erforderlichen **Bedarf an Patienten der einzelnen Hochschulkliniken** selbst zu erheben.

Um beurteilen zu können, ob eine **Beschränkung des Zugangsweges** geboten ist oder nicht eine Beschränkungsquote (etwa in Form eines prozentual festgelegten unmittelbaren Zugangs bei Zugang über die Vertragsärzte im Übrigen) ausgereicht hätte, hätte es zunächst Erhebungen bei den Vertragsärzten bedurft, in wie vielen Fällen - gemessen an der Gesamtpatientenanzahl - Überweisungen an die Hochschulkliniken erfolgt sind. Weiter hätten auch die im Bereich der Hochschulkliniken tätigen Vertragsärzte befragt werden können, ob sie bei unmittelbarem Zugang der Patienten zu den Hochschulambulanzen einen Patientenrückgang o. ä. befürchten. Es kann nicht allein den Vertragsärzten die Beurteilung anvertraut sein, welche Patienten sich grundsätzlich für die Durchführung von Forschungs- oder Lehrvorhaben eignen.

Der Zulassungsausschuss erteilte der Kl. für ihre Hochschulambulanzen eine **Ermächtigung**, jedoch **beschränkt auf 13.125 Versicherte pro Quartal** sowie auf solche Versicherte, die sich auf **Überweisung von Vertragsärzten** vorstellen, befristet bis 31.12.2004 und mit weiteren Auflagen. **SG Aachen**, Urt. v. 15.07.2004 - S 7 KA 4/03 - RID 04-04-54 hob - nach erfolglosem Widerspruch - die Befristung auf und verurteilte im Übrigen den Bekl., das klagende Universitätsklinikum unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts

hinsichtlich der Fallzahlbegrenzung und des Zugangsweges neu zu bescheiden. Die Berufung wurde zurückgenommen. Der **Bekl. wies den Widerspruch erneut ab**, weil d. Kl. nicht darzutun vermocht habe, dass eine Begrenzung auf 13.125 Versicherte pro Quartal für Forschung und Lehre nicht ausreiche. Die Berechnung der Klägerin sei schon deshalb nicht plausibel, weil sie eine Reihe von Positionen enthalte, die nicht Forschung oder Lehre zuzurechnen seien, so u.a. Dissertationsvorhaben und Publikationen. Überdies sei es nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, bestimmte Forschungsaufträge bzw. Drittmittelprojekte zu finanzieren. Zudem seien persönliche Ermächtigungen erteilt worden, überdies bestünden Institutsermächtigungen, in denen Leistungen erbracht würden, die für Forschung und Lehre nutzbar gemacht werden könnten. Auch die Begrenzung des Zulassungsweges sei rechtmäßig. Den Zugang von einer Überweisung durch Vertragsärzte abhängig zu machen, verhindere, dass völlig ungeeignete Patienten zur Verfügung stehen. Überdies könne durch Kooperation mit niedergelassenen Vertragsärzten sichergestellt werden, dass für bestimmte Fallstudien ausreichend Patienten zur Verfügung stehen. Das **SG** verurteilte den **Bekl.**, die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts hinsichtlich der Fallzahlenbegrenzung und der Beschränkung des Zugangsweges neu zu bescheiden.

9. ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG DURCH BERUFUNGSAUSSCHUSS

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.10.2010 – L 11 KA 64/10 B ER –

RID 11-01-59

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 97 III, 116; SGG §§ 86 II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2; SGB X § 42

Die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** kann sich immer nur auf eine Sachregelung und nicht auf die **Zurückweisung eines Widerspruchs** beziehen. Demzufolge kann ein Bescheidtenor „Der Widerspruch wird zurückgewiesen“ nicht für sofort vollziehbar erklärt werden.

Will der Berufungsausschuss den **Sofortvollzug anordnen**, muss er tenorieren, dass der Arzt in dem vom Zulassungsausschuss im Einzelnen festgelegten Umfang ermächtigt wird; dieser Ausspruch ist dann für sofort vollziehbar zu erklären.

Zur **Begründung** der sofortigen Vollziehung reicht die Begründung, dies sei erforderlich, um keine Unterbrechung im notwendigen Leistungsangebot auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie und damit einen vermeidbaren Versorgungsengpass eintreten zu lassen, nicht aus.

SG Duisburg, Beschl. v. 08.04.2010 - S 19 KA 13/08 - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung bzgl. der für sofort vollziehbar erklärten Ermächtigung ab, das **LSG** hob auf Beschwerde der Ast. die angeordnete sofortige Vollziehung auf und ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an.

VII. GBA/Gesamtvertrag/Selektivvertrag

Zur weiteren BSG-Rspr. s. zuletzt RID 10-04-A VII (S. 37 f.); 09-04-A VII (S. 29); 08-04 A VII (S. 26); 07-04 A VIII (S. 29).

1. UNZUREICHENDE NORMENFESTSTELLUNGSKLAGE/MINDESTMENGE FÜR VERSORGUNG FRÜHGEBORENER

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 26.01.2011 – L 7 KA 79/10 KL ER –

RID 11-01-60

juris = <http://www.gerichtsentscheidungen.berlin-brandenburg.de>

SGB V §§ 91 VI, 137 III 1 Nr. 2; SGG §§ 29 IV Nr. 3, 31 II, 86b II 2; VwGO § 47; GG Art. 12 I, 19 IV

Leitsatz: 1. Die Heraussetzung der **Mindestmenge für die stationäre Versorgung Frühgeborener** mit Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm von 14 auf 30 mit Wirkung vom 1. Januar 2011 erscheint nach derzeitigem Erkenntnisstand in mehrfacher Hinsicht rechtswidrig. Deswegen und wegen des eindeutigen Ergebnisses einer Folgenabwägung ist die Neuregelung bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache außer Vollzug zu setzen.

2. Das Sozialgerichtsgesetz sieht zwar eine Zuständigkeit des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg für eine **Normenkontrolle** in Bezug auf Richtlinien und Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, bietet dafür aber - anders als etwa § 47 VwGO - kein hinreichendes prozessrechtliches Instrumentarium; der Rückgriff auf die (Norm-)Feststellungsklage und die Regelungsanordnung erlaubt im Lichte von Art. 19 Abs. 4 GG allenfalls für eine Übergangszeit sachgerechte Ergebnisse. Notwendig sind prozessrechtliche Vorschriften, die für den Bereich der Normenkontrolle eine allgemein verbindliche Entscheidung des Landessozialgerichts ermöglichen (inter-omnes-Wirkung).

Das **LSG** setzte den Vollzug von I. Nr. 1 des Beschlusses des Ag. (GBA) vom 17.06.2010 bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die Klage zum Az.: L 7 KA 77/10 KL aus.

Zur **Zuständigkeit der Spruchkörper für Vertragsarztrecht** führt der Senat aus:

„Der Senat behandelt das vorliegende Verfahren zur Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes in Übereinstimmung mit dem für das Vertragsarztrecht zuständigen 6. Senat des Bundessozialgerichts als eine **Angelegenheit des Vertragsarztrechts** im Sinne von § 31 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG; vgl. etwa Urteil vom 31. Mai 2006, B 6 KA 13/05 R; Urteil vom 6. Mai 2009, B 6 A 1/08 R; Urteil vom 3. Februar 2010, B 6 KA 31/09 R, jeweils zitiert nach juris). Zwar ist in der Rechtsprechung verschiedener Senate des Bundessozialgerichts (inzwischen) umstritten, nach welchen Kriterien die besondere Zuständigkeit einer Kammer bzw. eines Senats für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts (§§ 10 Abs. 2, 31 Abs. 2 SGG) von der allgemeinen Zuständigkeit einer Kammer bzw. eines Senats für Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG) abzugrenzen ist. Im Interesse der Gewährung effektiven Rechtsschutzes folgt der Senat bis zu einer abschließenden höchstrichterlichen Klärung oder einer Klarstellung durch den Gesetzgeber wie schon bisher der Auffassung des 6. Senats des Bundessozialgerichts und fasst den vorliegenden Streit von Krankenhausträgern gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss unter das Vertragsarztrecht (vgl. insoweit schon Beschluss des Senats vom 27. August 2010, L 7 KA 11/10 KL ER, zitiert nach juris [Otobacid ®]).“

Zur **Streitwertfestsetzung** führt der Senat aus:

„Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit §§ 52 Abs. 1 und Abs. 2 des Gerichtskostengesetzes (GKG). Der Senat hat davon abgesehen, die konkreten **wirtschaftlichen Nachteile** zu ermitteln, die den Antragstellerinnen jeweils durch die **Heraufsetzung der Mindestmenge von 14 auf 30 drohen**. Diese Nachteile, seien es Umsatz- oder Gewinneinbußen, dürften auch schwer zu prognostizieren sein. Der Senat hat daher unter Berücksichtigung der erheblichen Bedeutung der Sache von seinem in § 52 Abs. 1 GKG vorgesehenen Ermessen Gebrauch gemacht und den **Auffangwert** aus § 52 Abs. 2 GKG **mit sechzehn multipliziert, denn dies entspricht der Differenz von alter und neuer Mindestmenge**. Für den **Hauptsachestreit** eines Krankenhauses ergäbe sich daraus ein Streitwert von **80.000 Euro**, der für das Verfahren **vorläufigen Rechtsschutzes zu halbieren** ist. Der Wert von **40.000 Euro ist vorliegend angesichts der Anzahl der Antragstellerinnen mit 16 zu multiplizieren**, woraus sich der Wert von 640.000 Euro ergibt.“

2. VERGÜTUNGSABZUG FÜR VERTRAG ZUR INTEGRIERTEN VERSORGUNG

SG München, Urt. v. 19.05.2010 – S 38 KA 1517/08 –

RID 11-01-61

SGB V § 140d I

Eine Krankenkasse ist nach allgemeinen Regeln **beweispflichtig** für das Vorliegen von Verträgen nach § 140a-c SGB V und das Erfordernis des Einbehalts im Sinne von § 140d I SGB V (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.09.2009 – L 9 KR 470/08 – RID 10-01-155).

Handelt es sich bei einer vertraglich vorgesehenen „**Zusammenarbeit**“ **zwischen Hausarzt und Operateur** um Selbstverständlichkeiten, die nicht über das Versorgungsgeschehen in der Regelversorgung hinausgehen bzw. nicht so entscheidend darüber hinausgehen, dass von einer interdisziplinär fachübergreifenden Versorgung gesprochen werden kann, so liegt kein Vertrag zur integrierten Versorgung vor.

Es handelt sich nicht um eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung, wenn **Operateur und Anästhesist** nicht in einer Einrichtung, d.h. in einem Krankenhaus zusammen arbeiten. Denn für die Vornahme von ambulanten Eingriffen ist stets eine enge Zusammenarbeit der Fachdisziplinen des operierenden Bereichs und des anästhesiologischen Bereichs nötig. Die zu erbringenden Leistungen sind nur miteinander und nicht nebeneinander denkbar. Insofern kann von einem Novum, das über die Regelversorgung hinausgehen soll, nicht die Rede sein.

Dass entweder der Hausarzt oder der Operateur die **Nachsorge** übernimmt, dürfte auch in der Regelversorgung üblich sein.

Es gibt keine gesetzliche Grundlage dafür, in einem **Übergangszeitraum** einen **großzügigen Maßstab** für die Beurteilung eines Vertrags zur integrierten Versorgung anzulegen (gegen LSG Sachsen, Urt. v. 24.06.2009 – L 1 KR 76/08 – RID 09-04-132).

Kommt eine Krankenkasse ihrer Beweislast hinsichtlich eines Vertrags zur integrierten Versorgung (hier: Nichtvorlage des Vertrags) nicht nach, so gibt es keine Rechtsgrundlage für einen Einbehalt nach § 140 d I SGB V. Eine KV hat dann einen **öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch** gegen die Krankenkasse.

Das **SG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die kl. KV einen Betrag in Höhe von 15.508,24 € an rückständiger Gesamtvergütung zu zahlen nebst Prozesszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit.

3. KEINE GERICHTLICHE ÜBERPRÜFUNG EINER VERGÜTUNGSVEREINBARUNG DURCH KRANKENKASSE

LSG Hessen, Urt. v. 15.12.2010 – L 4 KA 55/07 –

RID 11-01-62

SGB V §§ 71 I 1 u. IV, 82, 83, 85 II 7, 87 I 2

Auch in dem Fall, in dem eine **Krankenkasse** einen **Gesamtvertrag** gegen sich gelten lassen muss, den ein Landesverband abgeschlossen hat, dem sie selbst nicht angehört, kann sie keine gerichtliche

Überprüfung der gesamtvertraglichen Vergütungsvereinbarung erreichen (vgl. BSG, Urt. v. 05.11.2008 - B 6 KA 55/07 R - BSG SozR 4-2500 § 83 Nr. 5, juris Rn. 18 ff. m.w.N.).

Selbst wenn ein Verstoß gegen die **Beitragssatzstabilität** vorliegen sollte, kann dies keine **Nichtigkeit** der gesamtvertraglichen Vereinbarungen bewirken. Es handelt sich hierbei nicht um einen qualifizierten Rechtsverstoß, der zur Nichtigkeit einer gesamtvertraglichen Regelung führen kann (vgl. BSG, aaO, Rn. 22 ff.). Entsprechend kann auch aus einem Verstoß gegen § 85 II 7 SGB V kein qualifizierter Rechtsverstoß, der zur Nichtigkeit einer Gesamtvergütungsvereinbarung führen würde, hergeleitet werden.

Die **Überprüfung der Gesamtvergütungsvereinbarungen** wird in einem objektivierten, nicht von der Geltendmachung subjektiver Rechtsverletzungen abhängigen Verfahren durch die für die Vertragspartner des Gesamtvertrages zuständige Aufsichtsbehörde vorgenommen.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.05.2007 - S 5/27 KA 2031/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. SELEKTIVVERTRÄGE

A) MEISTBEGÜNSTIGUNGSKLAUSEL IN VERTRAG ZUR HAUSARZTZENTRIERTEN VERSORGUNG (AOK BAYERN)

LSG Bayern, Beschl. v. 17.01.2011 – L 12 KA 123/10 B ER –

RID 11-01-63

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 73b

Ein unmittelbares Absinken des Honorars ist nicht Inhalt des AOKHzVV. Die **Meistbegünstigungsklausel** des § 24 I AOKHzVV vermag einen Anspruch auf Zustimmung zu einer Vertragsänderung nicht zu einem Recht auf einseitige Honorarherabsetzung umzuformen.

Meistbegünstigung meint Gleichstellung mit dem durch die Ast. meistbegünstigten Konkurrenten. Verzerrend wirkt sich dies im Kassenwettbewerb aber erst dann aus, sobald die konkurrierende Krankenkasse die gleichen Leistungen zu dem günstigeren Preis beziehen kann. Dies bedeutet, dass nach der Ratio der Regelung die Gleichstellung erst dann ausgelöst wird, wenn die günstigeren Vergütungspflichten zugunsten des Konkurrenten wirken, mithin die selektivvertragliche Vergütungspflicht in Kraft getreten ist.

Der **Charakter der Selektivvertrages** ist erkennbar darauf gerichtet, fortlaufend zu erbringende hausärztliche Leistungen zu vergüten, wobei dem Ast. die Aufgabe zugedacht ist, die erhaltene **Gesamtvergütung** - insoweit einer Abrechnungsstelle gleich - zeitnah und grundsätzlich vollständig an die teilnehmenden Hausärzte **auszukehren**. Mit dieser Zuweisung der gegenseitig übernommenen Aufgaben lässt sich ein Wille zur zeitlich rückanknüpfenden Honorarabsenkung und auch eine Pflicht zur rückanknüpfenden Anpassung des bereits ausgekehrten Honorars nur dann annehmen, wenn sich eine solche Pflicht ohne jeden Zweifel ergibt.

Nach dem hausarztzentrierten Versorgungsvertrages (AOKHzVV) ist die Ag. nach Rechnungsstellung der hausärztlichen Honorare zur Zahlung von drei monatlichen Abschlagszahlungen pro Quartal jeweils zum ersten Bankarbeitstag des Monats für den Vormonat sowie zu einer Quartalsschlusszahlung an den Ast. verpflichtet. Die Schlusszahlung des Quartals ist innerhalb von neunzehn Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Rechnung auszuführen. Der Ast. hat gegenüber der Ag. die für das zweite Quartal 2010 fällige Schlusszahlungen in Höhe von 75.381.191,37 € mit Rechnung vom 27.08.2010 angefordert. Die Ag. verweigerte unter Hinweis auf die sog. Meistbegünstigungsklausel (§ 24 I AOKHzVV: „Sollte der BHÄV mit einer anderen Krankenkasse für den Geltungsbereich Bayern einen hausarztzentrierten Versorgungsvertrag gemäß § 73b SGB V abschließen und der darin vereinbarte Fallwert <alle vertraglichen Leistungen ohne die Einzelleistungen „Tätigkeiten zu Unzeit“> insgesamt niedriger sein als der in Anlage 10 vereinbarte Fallwert, so findet der günstigere Fallwert auf diesen Vertrag ebenfalls Anwendung. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass diese Meistbegünstigungsklausel nur für vergleichbare Vergütungstatbestände gelten kann.“) die Zahlung eines Teilbetrages von 37.851.631,66 € mit der Begründung, dass zwischen den bayerischen Betriebskrankenkassen und dem Ast. mittlerweile ebf. ein Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung (BayBKKHzVV) abgeschlossen worden sei, der einen Fallwert pro Patient von 76,00 € zum Inhalt habe. Auf Grund der vereinbarten Meistbegünstigungsklausel sei man berechtigt, den eigenen Fallwert entsprechend herabzusetzen. **SG München**, Beschl. v. 03.12.2010 – S 39 KA 672/10 ER - verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, an den Ast. den einbehaltenen Kürzungsbetrag in Höhe von insgesamt 37.851.631,66 € auszuführen durch Zahlung auf das Konto der HÄVG, Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück und lehnte den Antrag, den Ast. zu verpflichten, den durch Vollstreckung beigetriebenen streitgegenständlichen Forderungsbetrag zurück zu zahlen, ab.

B) KÜNDIGUNG DES HAUSARZTVERTRAGES DURCH AOK BAYERN RECHTMÄßIG

SG München, Beschl. v. 19.01.2011 – S 39 KA 1248/10 ER –

RID 11-01-64

Beschwerde anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 2/11 B ER -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 73 Ia, 73b, 95b

Mit einem angekündigten kollektiven Systemausstieg der teilnehmenden Ärzte an einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung bzw. dem Aufruf dazu liegt unfraglich eine schwerwiegende, zur Vertragskündigung berechtigende Vertragsverletzung vor. Ein kollektiver Zulassungsverzicht entgegen dem in § 95b SGB V festgelegten Verbot stellt unzweifelhaft das Gegenteil einer Vertragsförderung dar. Auch können Hausärzte, die diesem Aufruf folgen, nicht weiter Partner eines Selektivvertrages sein.

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

C) SCHIEDSSPRUCH NACH § 73B SGB V: ANFECHTBARKEIT/„ADD-ON-VERTRAG“/BEITRAGSSATZSTABILITÄT

SG Bremen, Beschl. v. 24.09.2010 – S 1 KA 36/10 ER –

RID 11-01-65

www.sozialgericht-bremen.de/sixcms/media.php/13/1_KA_36_10_ER_Beschluss.pdf

SGB V §§ 53 IX, 71, 73b, 295; SGG § 86a II Nr. 4

Gegen einen Schiedsspruch nach § 73b SGB V als Verwaltungsakt ist eine **Anfechtungsklage** zulässig.

Ein Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung ist rechtswidrig, soweit er Externe zur **Sozialdatenverarbeitung** ermächtigt und dabei über den bisher vorgesehenen gesetzlichen Zeitraum hinausgeht.

Der Abschluss eines „**Add-on-Vertrages**“ ist zulässig.

Bei einem Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung ist der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** zu beachten.

Das **SG** ordnete auf Antrag der Krankenkasse gegen die Schiedsperson die aufschiebende Wirkung der Klage (gegen den Schiedsspruch) im Hauptsacheverfahren S 1 KA 35/10 an; es legte dem **beigel. Hausärzterverband die Verfahrenskosten** auf. Den **Streitwert** setzte es auf 500.000 € fest; es ging von einem Interesse der Ast. aus, 123,13 € Mehrkosten pro Versicherten bei 9.500 Teilnehmern zu vermeiden, im Jahr ca. 1 Mio €; wegen der hohen Bedeutung erscheine der festgesetzte Streitwert angemessen.

D) BESTELLUNG EINER SCHIEDSPERSON

AA) PRIMÄRE SG-ZUSTÄNDIGKEIT/MITGLIEDERQUORUM

LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 25.11.2010 – L 9 KA 2/10 ER KL –

RID 11-01-66

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 73 Ia 1 Nr. 1, 73b IV, IVa, 95a II; SGG §§ 29 II Nr. 1 u. 2, 86b I 1 Nr. 2; SGB IV § 89

Bei der Bestimmung der Schiedsperson für das Schiedsverfahren zum Abschluss eines Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung durch die Aufsichtsbehörde handelt es sich nicht um eine **Aufsichtsangelegenheit**, die die funktionelle Zuständigkeit des LSG begründet.

„**Allgemeinärzte**“ i.S.d. § 73b IV SGB V sind nicht alle an der hausärztlichen Versorgung teilnahmeberechtigten Ärzte, sondern nur die zur hausärztlichen Versorgung zugelassenen Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Die Gruppe der sog. praktischen Ärzte sowie die Gruppe der Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung sind bei der Berechnung des Quorums folglich nicht zu berücksichtigen.

Eine **Schiedsperson** kann in **mehreren KV-Bezirken** bestellt werden.

Die Ast. nimmt als geöffnete BKK im gesamten Bundesgebiet am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Nachdem sie und der Beigel. sich mit jeweils voneinander abweichenden Vertragsentwürfen über die hausarztzentrierte Versorgung nicht einigen konnten, beantragte der beigel. Deutsche Hausärzterverband (DHÄV) bei der Ag. die Einleitung eines Schiedsverfahrens. Die Ag. bestimmte Dr. A N zur Schiedsperson. **SG Magdeburg**, Beschl. v. 03.09.2010 - S 1 KA 93/10 ER - erklärte sich für funktionell unzuständig und verwies die Sache an das LSG (entsprechend für Hauptsacheverfahren mit Beschl. v. 20.09.2010 - L 9 KA 4/10 KL -). Das **LSG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Den **Gegenstandswert** setzte es auf 5.000 € fest.

Vgl. zuletzt RID 10-03-A.VIII.3.a) (S. 34 f.).

BB) PRIMÄRE LSG-ZUSTÄNDIGKEIT

SG Dresden, Beschl. v. 15.10.2010 – S 18 KR 481/10 –

RID 11-01-67

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 73b IVa; SGG §§ 29 II Nr. 2, 57 III

Bei der Bestimmung der Schiedsperson für das Schiedsverfahren zum Abschluss eines Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung durch die Aufsichtsbehörde handelt es sich um eine **Aufsichtsangelegenheit** nach § 29 II Nr. 2 SGG, die die funktionelle Zuständigkeit des LSG begründet (Anschluss an **SG Magdeburg**, Beschl. v. 03.09.2010 - S 1 KA 93/10 ER - u. 20.09.2010 - S 1 KA 94/10 -).

Das **SG** erklärte sich für funktionell unzuständig und verwies das Verfahren an das LSG Sachsen.

CC) KEINE EINHEITLICHE BESTIMMUNG EINER SCHIEDSPERSON FÜR EINZELNE KRANKENKASSE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.12.2010 – L 11 KA 58/10 B ER –

RID 11-01-68

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 73b IVa; SGG §§ 86a I 1, II Nr. 4, 86b I 1 Nr. 2; GWB § 97

„**Allgemeinärzte**“ i.S.d. § 73b IV SGB V sind nicht alle an der hausärztlichen Versorgung teilnahmeberechtigten Ärzte, sondern nur die zur hausärztlichen Versorgung zugelassenen Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Die Gruppe der sog. praktischen Ärzte sowie die Gruppe der Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung sind bei der Berechnung des Quorums folglich nicht zu berücksichtigen (so a. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 22.09.2010 - L 3 KA 68/10 B ER -). Auf eine Weiterbildungszeit von fünf Jahren kommt es nicht an.

Die **Quorumsvoraussetzungen** müssen zum **Datum des angefochtenen Bestimmungsbescheids** erfüllt sein.

Die an die **Schiedsperson** zu stellenden **personalen Anforderungen** lassen sich näherungsweise nur bestimmen, wenn die Aufgaben der Schiedsperson im Schiedsverfahren nach § 73b IVa SGB V näher beleuchtet werden.

Das gesetzgeberische Ziel der raschen Sicherstellung eines flächendeckenden Angebots wäre in Frage gestellt, wenn für jedes einzelne Schiedsverfahren nach § 73b IVa SGB V eine jeweils andere Schiedsperson eingesetzt werden müsste. Eine **bundesweit einheitliche Bestimmung einer Schiedsperson** für einzelne Krankenkassen erscheint als wenig zweckmäßig.

Ein **Vergabeverfahren** ist entgegen der Auffassung der Antragstellerin nicht durchzuführen. Die Bestimmung einer Schiedsperson stellt keinen öffentlichen Auftrag dar.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 19.04.2010 – S 14 KA 13/10 ER - wies den Antrag der Krankenkasse, die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid der Ag. über die Bestellung von Herrn H X als Schiedsperson in den Vertragsverhandlungen zwischen dem Hausärzteverband Nordrhein e.V. und der Bahn-BKK für die Region der KV Nordrhein anzuordnen, 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. Den **Streitwert** setzte es auf 5.000 € fest.

DD) KEIN ISOLIERTER BEFANGENHEITSANTRAG GEGEN SCHIEDSPERSON

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 12.11.2010 – L 5 KA 4293/10 ER-B –

RID 11-01-69

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 73b IV; SGG § 86b; VwGO § 44a

Leitsatz: Der Antrag, die Schiedsperson im Schiedsverfahren zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung wegen Besorgnis der Befangenheit abzulehnen, ist nicht statthaft. Insoweit findet § 44 VwGO entsprechend Anwendung, wonach Rechtsbehelfe gegen behördliche Verfahrenshandlungen nur gleichzeitig mit den gegen die Sachentscheidung zulässigen Rechtsbehelfen geltend gemacht werden können.

SG Stuttgart, Beschl. v. 27.08.2010 - S 10 KA 5320/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

VIII. Verschiedenes/Verfahrensrecht

1. DRITTSCHÜTZENDE WIRKUNG VON § 116b II SGB V FÜR VERTRAGSÄRZTE

SG Dresden, Urt. v. 02.10.2010 – S 18 KR 312/10 –

RID 11-01-70

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 1/11 R

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 116b II

Für Streitigkeiten nach § 116b II SGB V sind die **Spruchkörper für Krankenversicherung** zuständig.

Der Wertgehalt der Grundrechte aus Art. 12 I und Art. 3 I GG, die gemäß Art. 19 III GG auch von juristischen Personen geltend gemacht werden können, gebietet eine Auslegung des § 116 II 1 SGB V, die dieser Norm eine **potentiell drittschützende Wirkung** (auch) zu Gunsten der von der Bestimmung eines Krankenhauses zur ambulanten Versorgung in ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit spezifisch betroffenen Vertragsärzte beimisst.

Der potentiell drittschützende Gehalt des § 116b II 1 SGB V verdichtet sich jedoch erst dann zu einem **subjektiven Recht** der mittelbar betroffenen Vertragsärzte, wenn sich ein Verstoß gegen das objektivrechtliche **Gebot der Rücksichtnahme** auf die vertragsärztliche Versorgung in qualifizierter und individualisierter Weise, die über eine bloße Verschärfung des Konkurrenzdruckes hinausgeht, auf die Berufsausübung der im Einzugsbereich des Krankenhauses die gleichen Leistungen erbringenden Vertragsärzte auswirkt. Die Beantwortung der Frage, ob eine angefochtene Entscheidung den von deren Auswirkungen mittelbar Betroffenen in seinen Rechten verletzt, hängt danach wesentlich von den **Umständen des Einzelfalls** ab, wobei die Interessen des Begünstigten und des hiervon mittelbar Betroffenen, ihre tatsächliche und rechtliche Schutzwürdigkeit und Schutzbedürftigkeit sowie Art und Intensität der in Betracht kommenden relevanten Beeinträchtigungen oder Nachteile gegeneinander abzuwägen sind. Dem objektivrechtlichen Gebot der Rücksichtnahme kommt **drittschützende Wirkung** zu, soweit in qualifizierter und zugleich individualisierter Weise auf schutzwürdige Interessen eines erkennbar abgegrenzten Kreises Dritter Rücksicht zu nehmen ist, namentlich, wenn dessen Betroffenheit „handgreiflich“ ist. In tatsächlicher Hinsicht resultiert hieraus für Ärzte, die für sich Drittschutz in Anspruch nehmen, die Obliegenheit, die eigene Situation so konkret zu beschreiben, dass sich für die Krankenhausplanungsbehörde die nicht fernliegende Möglichkeit der Gefährdung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit daraus ableiten lässt (LSG Sachsen, Beschl. v. 03.06.2010 – L 1 KR 94/10 B ER – RID 10-03-68, juris Rn. 67).

Die Bestimmung nach § 116b SGB V kann das ambulante Leistungsangebots des Krankenhauses **gegenständlich beschränken**. Sie kann mit einer **Befristung** gekoppelt werden und während dieser Frist **Kontingentierungen** vorsehen, um die weitere Entwicklung zu beobachten und daraus Erkenntnisse für weitergehende Entscheidungen abzuleiten (LSG Sachsen, aaO., Rn. 73). Die Anordnung **räumlicher Beschränkungen** je nach Herkunft der Patienten, wie sie SG Dresden, Beschl. v. 29.09.2009 – S 11 KA 114/09 ER – RID 09-04-53 in Erwägung gezogen hat, bedarf vor dem Hintergrund der freien Arztwahl der Versicherten (§ 76 I 1 SGB V) und des Grundsatzes der Gleichbehandlung der Versicherten beim Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ungeachtet ihrer Herkunft (Art. 3 III 1 GG) einer besonderen Rechtfertigung.

Der Kl. ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt „Gynäkologische Onkologie“. Er nimmt seit 01.07.2005 mit Praxissitz in C. an der vertragsärztlichen Versorgung teil und ist „Onkologisch verantwortlicher Arzt“ nach der Onkologie-Vereinbarung. Die Beigel. zu 1 ist Träger eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses der Schwerpunktversorgung in C. Bei der zu 5 Beigel. Trägerin eines MVZ mit gynäkologisch-onkologischen Schwerpunktpraxis handelt es sich um eine Tochtergesellschaft der Beigel. zu 1. Auf den Antrag der Beigel. zu 1 bestimmte der Bekl. die Beigel. zu 1 gem. § 116b II SGB V ab dem 01.02.2009 zur ambulanten Diagnostik und Versorgung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (ICD-10 GM C15, C16, C18, C20, C21, C25) sowie mit gynäkologischen Tumoren (ICD-10 GM C50 bis C58, D05.1) einschließlich bestimmter weiterer primärer und sekundärer bösartiger Neubildungen (ICD-10 GM C45.7, C45.9, C47.0, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C75.5, C75.8, C75.9, C76.3, C76.7, C76.8, C77 bis C80). Hiergegen erhob der Kl., beschränkt auf die Bestimmung zur Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren, Klage. Das **SG** gab der Klage teilweise statt und hob den Bescheid, soweit angefochten auf und verurteilte den Bekl. insoweit zur Neubescheidung und wies im Übrigen (der Hauptantrag zielte auf die isolierte Aufhebung der Bestimmung) die Klage ab. Die Kosten des Verfahrens einschl. der außergerichtlichen Kosten der Beigel. tragen der Kl., der Bekl. und die Beigel. zu 1 zu je 1/3. Der Streitwert wird auf 60.000 € festgesetzt.

Vgl. zuletzt RID 10-04-A.IX.1 (S. 40 ff.); 10-03-A.IX.1 (S. 36 ff.); 10-04-A.IX.3 (S. 32 f.); 09-03-A.VIII.3 (S. 31 f.).

2. RECHTSWEG FÜR UNTERLASSUNGSKLAGE GEGEN KRANKENHAUSBETREIBER WEGEN § 116b III

OLG Schleswig, Beschl. v. 14.01.2011 – 16 W 120/10 –
Rechtsbeschwerde zugelassen

RID 11-01-71

GVG § 13; SGG § 51; SGB V §§ 69, 116b III

juris

Leitsatz: Für eine Klage, mit der einem Krankenhausbetreiber verboten werden soll, im geschäftlichen Verkehr radiologisch-diagnostische Untersuchungen als ambulante Leistungen nach § 116b SGB V durchzuführen und/oder abzurechnen, sofern die Untersuchungen keine Krankheiten zum Gegenstand haben, die vom Leistungsumfang der „Katalogkrankheiten“ des § 116b Abs. 3 SGB V umfasst werden, sind die Sozialgerichte zuständig.

LG Itzehoe, Beschl. v. 17.11.2010 – 5 O 22/10 – verwies die Klage eines Verbands zur Förderung gewerblicher Interessen gem. § 8 III Nr. 2 UWG an das SG Itzehoe, das **OLG** wies die sofortige Beschwerde des Kl. zurück.

3. KV-RAHMENVERTRÄGE MIT KRANKENHÄUSERN UNZULÄSSIG

LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 20.10.2010 - L 5 KA 5241/09 -

RID 11-01-72

Revision anhängig: B 6 KA 37/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 75 I, II 1, 77 I, 105 I 1, 115a I Nr. 1; GG Art. 1; BMV-Ä § 3 II Nr. 8; KHEntG § 2 II 2 Nr. 2; SGG § 54 V

Art. 2 I GG gewährleistet den Mitgliedern einer Zwangskörperschaft des öffentlichen Rechts, dass diese die ihr durch Gesetz **zugewiesenen Aufgaben** nicht überschreitet.

Der - hier: beabsichtigte - **Abschluss von Rahmenverträgen mit Krankenhäusern** über die Durchführung und Vergütung **prästationärer Leistungen** gehört nicht in den gesetzlich geregelten Aufgabenbereich einer KV, wenn Gegenstand die Leistungen sein sollen, die der Vertragsarzt im Auftrag des Krankenhauses als vorstationäre Leistung i.S.d. § 115a I 1 Nr. 1 SGB V erbringt. Nach § 3 II Nr. 8 BMV-Ä unterfallen diese Leistungen nicht der vertragsärztlichen Versorgung und sind daher nicht als vertragsärztliche Leistung abrechenbar.

Der **Interessenwahrnehmungsauftrag einer KV** kann sich nicht auf Rechtshandlungen erstrecken, zu denen auch der einzelne Vertragsarzt nicht berechtigt wäre. Es ist den niedergelassenen Ärzten verwehrt, vorstationäre Leistungen, die nach § 115a I Nr. 1 SGB V den Krankenhäusern obliegen, im Auftrag der Krankenhäuser in ihren Praxen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen und als Leistungen außerhalb des Gesamtbudgets abzurechnen.

Diese **vorstationären Krankenhausleistungen** können auch **nicht auf die niedergelassenen Ärzte** übertragen werden mit der Folge, dass diese solche Leistungen als vorstationäre Leistungen außerhalb des vertragsärztlichen Vergütungsbudgets erbringen und abrechnen können. Die Auslagerung der von den Krankenhäusern zu erfüllenden Aufgabe der vor- und nachstationären Behandlung in die Praxen niedergelassener Ärzte macht diese Leistungen zu solchen der vertragsärztlichen Versorgung.

Nichts anderes ergibt sich aus der Befugnis der Krankenhäuser, nach § 2 II Nr. 2 KHEntG **Leistungen durch Dritte erbringen** zu lassen. Es kann sich dabei aber nur um Leistungen handeln, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben (BSG, Ur. v. 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 8).

SG Stuttgart, Ur. v. 25.08.2009 – S 10 KA 7164/06 - verurteilte auf Klage eines Allgemeinmediziners und Vertragsarztes die bekl. KV dazu, es bei Meidung einer für den Fall einer Zuwiderhandlung fälligen Vertragsstrafe in Höhe von 5.000 € zu unterlassen, (1) zukünftig Krankenhäusern Rahmenverträge zur Durchführung und Abrechnung von prästationären ärztlichen Leistungen anzubieten und (2) mit Krankenhäusern Rahmenverträge zur Durchführung und Abrechnung von prästationären Leistungen abzuschließen., das **LSG** wies die Berufung zurück.

4. AUßERORDENTLICHE KÜNDIGUNG EINES VERTRAGS ZUR VERSORGUNG MIT SCHUTZIMPFUNGEN (§ 132E SGB V)

SG Marburg, Beschl. v. 28.01.2011 – S 6 KR 183/10 ER –

RID 11-01-73

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 20d, 132e, 211; SGG § 51

Leitsatz: 1. Schließen **Krankenkassen** mit einer **Kassenärztlichen Vereinigung** einen Vertrag über Abrechnungsarbeiten bezüglich der von Vertragsärzten gegenüber gesetzlich krankenversicherten Patienten durchgeführten Schutzimpfungen gemäß § 132e SGB V, handelt es sich um einen **koordinationsrechtlichen öffentlich-rechtlichen Vertrag**.

2. Bei Streitigkeiten über einen solchen Vertrag handelt es sich um **Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung** im Sinne von § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG.

3. Setzt eine vertraglich eingeräumte **Kündigungsmöglichkeit** das Vorliegen eines **wichtigen Grundes** voraus, gelten dafür die Maßstäbe des § 314 Abs. 1 Satz 2 BGB. Eine Kündigung aus wichtigem Grund kann nicht auf Umstände gestützt werden, die bereits bei Vertragsschluss bekannt waren und der Vereinbarung von beiden Seiten zugrundegelegt worden sind.

4. Die Landesverbände der Krankenkassen sind nicht von Gesetzes wegen zur Entgegennahme von Willenserklärungen für ihre Mitgliedskassen vertretungsberechtigt.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, vorläufig über den 31.12.2010 hinaus bis auf Weiteres (längstens jedoch bis zur Entscheidung in der Hauptsache) die ihr obliegenden Leistungen aus dem zwischen den Beteiligten geschlossenen Vertrag über die Durchführung von Abrechnungsarbeiten zu erbringen.

5. KEIN SCHADENSERSATZ FÜR ALTERSBEDINGTE BEENDIGUNG DER ZULASSUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2010 – L 11 KA 69/08 –

RID 11-01-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a. F. § 95 VII

Ein über 68 Jahre alter Arzt konnte im Jahr 2006 nach der seinerzeit geltenden und rechtmäßigen Altersregelung nicht zugelassen werden.

SG Köln, Gerichtsbb. v. 06.06.2008 - S 26 (19) KA 17/07 - wies die Klage des Facharztes für Allgemeinmedizin, der nach Vollendung seines 68. Lebensjahres am 01.01.1999 ausgeschieden war - die dagegen eingelegten Rechtsbehelfe und Rechtsmittel hatten keinen Erfolg (Beschluss des Berufungsausschusses vom 10.02.1999; SG Köln, Urt. v. 12.01.2000 - S 19 KA 18/99 -; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.10.2000 - L 11 KA 74/00 -; BSG, Beschl. v. 27.06.2001 - B 6 KA 3/01 B -), mit dem Antrag, festzustellen, dass der angefochtene Bescheid der Bekl. (Ablehnung der Aufhebung der seinerzeitigen Feststellung des Zulassungsendes und Ablehnung der Zulassung) eine Antidiskriminierungsmaßnahme nach dem (deutschen) AGG darstellt sowie den Bescheid aufzuheben und ihm gemäß § 21 AGG den geltend gemachten Schadensersatzanspruch in Höhe von 130.000 € zuzusprechen, sowie weiteren Hilfsanträgen ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. ERLEDIGUNGSFESTSTELLUNGSKLAGE BEI EINSEITIGER ERLEDIGUNGSERKLÄRUNG

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.10.2010 – L 5 KA 352/09 –

RID 11-01-75

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 197a; VwGO § 162 II

Leitsatz: Bei einseitiger Erledigungserklärung des Klägers (und fehlender Erledigungserklärung des Beklagten) finden in kostenpflichtigen sozialgerichtlichen Verfahren die zu § 161 Abs. 2 VwGO entwickelten Grundsätze über die Erledigungsfeststellungsklage entsprechend Anwendung.

SG Stuttgart, Urt. v. 27.01.2005 - S 5 KA 2810/04 - wies die Klage (auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Facharzt für Psychiatrie zur Erbringung ausschließlich psychotherapeutischer Leistungen) ab, nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 - B 6 KA 13/07 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 2 - in einem Parallelverfahren erteilte der Zulassungsausschuss die Zulassung. Der Kl. erklärte die Erledigung, der bekl. Berufungsausschuss gab keine Erklärung ab. Das **LSG** stellte fest, dass der Rechtsstreit L 5 KA 352/09 erledigt ist. Zur **Streitwertfestsetzung** stellte das LSG darauf ab, dass der Bekl. die Vergleichbarkeit mit der Revisionsentscheidung des BSG in Abrede gestellt habe, weshalb der Gewinn (Umsatz abzüglich Praxiskosten), den der die Zulassung erstrebende Vertragsarzt in einem Zeitraum von drei Jahren erzielen kann, maßgeblich sei (hier: 99.746,40 €).

7. KEIN ANSPRUCH AUF KFO-GENEHMIGUNG GEGENÜBER KRANKENKASSE

SG Marburg, Gerichtsbs. v. 04.02.2011 – S 12 KA 642/10 –

RID 11-01-76

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 27 I 1 u. 2 Nr. 2, 29, 75 I, 106; BMV-Z §§ 2 III, 17 I 4; Anlage 6 u. 8 zum BMV-Z

Ein kieferorthopädischer Vertragszahnarzt hat keinen Anspruch darauf, dass seine Widersprüche gegen die unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von der Krankenkasse erteilte Genehmigung seiner Reparaturaufträge bzw. Therapieänderungen beschieden werden.

Das **SG** wies die Klage eines Kieferorthopäden gegen verschiedene Krankenkassen ab.

IX. Streitwert/Verfahrenskosten

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

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

1. REGELSTREITWERT BEI FRISTWAHRENDER HONORARKLAGE

LSG Hessen, Beschl. v. 25.10.2010 – L 4 KA 59/10 B –

RID 11-01-77

SGG § 197a I 1; GKG §§ 52 I, 63 II 1

Der Vortrag im Beschwerdeverfahren, die **Klage** sei **lediglich fristwährend** ohne nähere Begründung aus allgemeinen Erwägungen erhoben worden, bietet gerade keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine konkrete Abschätzung des wirtschaftlichen Werts des Begehrens.

SG Marburg, Beschl. v. 16.07.2010 – S 12 KA 486/10 – setzte den Streitwert nach Klagerücknahme auf 5.000 € fest, das **LSG** wies die Beschwerde, mit der die Festsetzung auf 500 € begehrt wurde, zurück.

2. ANFECHTUNG EINES KOLLOQUIUMSERGEBNISSES ALS GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNG

LSG Bayern, Beschl. v. 23.12.2010 – L 12 KA 401/07 –

RID 11-01-78

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 197a; GKG §§ 52 II, 63 II 1

Wendet sich ein Vertragsarzt nicht gegen die **Versagung der Genehmigung** zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschall-Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, sondern gegen die Feststellung, er habe im **Kolloquium** die notwendigen praktischen Erfahrungen nicht ausreichend belegen können, also einer Voraussetzung für die Erteilung der Genehmigung, so ist es nicht gerechtfertigt, für die Festsetzung des Streitwertes auf Honorarumsätze (für drei Jahre) abzustellen. Maßgeblich ist der Regelstreitwert.

SG München, Beschl. v. 19.11.2009 - S 38 KA 401/07 - setzte den Streitwert in Höhe des Regelstreitwerts von 5.000 € fest, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

3. TEILNAHME AM NOTDIENST IN EINEM BESTIMMTEN NOTDIENSTBEZIRK

LSG Hessen, Beschl. v. 25.10.2010 – L 4 KA 28/10 B –

RID 11-01-79

SGG § 197a I 1; GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 4, 63 II 1

In **Eilverfahren** beginnt die **Frist zur Beschwerdeeinlegung** nach § 68 I 3 HS 1 GKG erst mit Rechtskraft der Hauptsacheentscheidung bzw. bei endgültiger Erledigung des Rechtsstreits zu laufen. Der **Streitwert** bzgl. einer **Berücksichtigung bei der anstehenden Erstellung des Dienstplanes** im Bereich des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in einem bestimmten Bezirk und Zeitraum ist in Höhe des **Regelstreitwerts** festzusetzen. Es liegt keine vergleichbare wirtschaftliche Bedeutung einer Suspendierung vom allgemeinen ärztlichen Notdienst vor.

SG Marburg, Beschl. v. 30.04.2008 – S 12 KA 140/08 ER – RID 08-02-62 verpflichtete die KV im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. bei der Dienstplanerstellung für den Notdienst im ärztlichen Bereitschaftsdienst L. für den Zeitraum 01.07. bis 31.12.2008 mindestens einmal im Monat zur Verrichtung von ärztlichen Notdiensten zum Dienst einzuteilen und setzte den Streitwert auf 1.667 € fest, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

4. UNTÄTIGKEITSKLAGE: KOSTENTRAGUNG/STREITWERT

SG Potsdam, Beschl. v. 28.12.2010 – S 1 KA 42/09 –

RID 11-01-80

SGG §§ 88, 197a; VwGO § 161 II; GKG § 52

Die EBM-Reform 2005, sich ständig verändernde vertragliche und gesetzliche Rahmenbedingungen und eine steigende Anzahl von Widersprüchen stellen keinen **zureichenden Grund** für die Nichtbescheidung eines Widerspruchs gegen einen Honorarbescheid dar.

Bei einer sehr **langen Bearbeitungsdauer** (hier: über ein Jahr) für einen Widerspruch ist der Streitwert für eine Untätigkeitsklage auf 20 % des Werts des eigentlichen Begehrens festzusetzen.

Die Kl. hatte am 14.08.2008 Widerspruch gegen den Honorarbescheid I/08 eingelegt und ihn am 17.10.2008 begründet. Im März 2009 teilte die Bekl. mit, die vom Kl. gesetzte Frist nicht einhalten zu können. Der Kl. erhob am 09.04.2009 Untätigkeitsklage. Die Bekl. entschied dann über den Widerspruch am 17.09.2009 und 06.01.2010. Das **SG** verurteilte die KV Brandenburg zur Kostentragung und setzte den Streitwert auf 4.435,22 € fest.

Vgl. zuletzt RID 09-02-A.XI.2 (S. 42) m.w.N.

5. HINZUZIEHUNG EINES BEVOLLMÄCHTIGTEN FÜR DAS VORVERFAHREN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.10.2010 – L 5 KA 5688/09 –

RID 11-01-81

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 73/10 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X § 63 II

Leitsatz: Die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten für das Vorverfahren kann schon wegen der Höhe der Erstattungsforderung zu bejahen sein (hier: 154.714 €), wenn es um Abrechnungsfragen geht, die über die routinemäßige Handhabung des Gebührenkatalogs hinausgehen.

Der kl. Radiologe und Nuklearmediziner wandte sich gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung für die Quartale I/03-IV/04 über 154.714,43 €. Der Kläger beauftragte einen Rechtsanwalt, der Widerspruch einlegte und erklärte, eine Widerspruchsbegründung lege er nicht vor. Der Kl. legte der Bekl. unter Bezugnahme auf ein mit ihr geführtes Telefongespräch einen Schriftsatz vor, der in einem hinsichtlich der streitigen Fragen nach seiner Auffassung vergleichbaren Rechtsstreit vor dem SG Düsseldorf zwischen Radiologen und der KV von einem anderen Rechtsanwalt verfasst worden war. Außerdem erläuterte er sein Behandlungs- und Abrechnungsverhalten. Die Bekl. half dem Widerspruch ab und übernahm die Kosten des Widerspruchsverfahrens, erklärte die Hinzuziehung des Bevollmächtigten jedoch für nicht notwendig, weil dieser eine Stellungnahme nicht abgegeben habe. Außerdem sei der Sachverhalt lediglich medizinisch zu beurteilen gewesen. **SG Stuttgart**, Gerichtsbs. v. 30.10.2009 - S 10 KA 2715/08 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte d. Bekl., die Zuziehung des Bevollmächtigten für das Widerspruchsverfahren für notwendig zu erklären.

6. GESCHÄFTSGEBÜHR NACH NR. 2300 VV RVG: MITTELWERT UND VERTRAGSARZTRECHT

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.10.2010 – L 7 KA 87/09 –

RID 11-01-82

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 86a III; RVG § 14 I 4, II; RVG VV Nr. 2300

Die **Überschreitung des Mittelwerts** von 1,5 nach Nr. 2300 VV RVG ist bei einer verhältnismäßig lapidaren Widerspruchsbegründung und bei einem bestenfalls durchschnittlichen zeitlichen Aufwand nicht gerechtfertigt. Die Annahme, allein der Regelungszusammenhang des **Vertragsarztrechts** bringe praktisch die besondere Schwierigkeit mit sich, ist nicht tragfähig; bei der Einordnung, ob die rechtliche Schwierigkeit durchschnittlich bzw. über- oder unterdurchschnittlich ist, ist es nicht angebracht, nach einzelnen Rechtsgebieten bzw. Teilrechtsgebieten zu differenzieren. Abzustellen ist vielmehr in jedem Rechtsgebiet auf den konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung aller Umstände (vgl. BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 11 AL 14/09 R - juris Rn. 19).

Ein **Gutachten des Vorstands der Rechtsanwaltskammer** nach § 14 II RVG hat das Gericht im Streit zwischen Rechtsanwalt und erstattungspflichtigem Dritten nicht einzuholen (vgl. BSG, Urt. v. 01.07.2009 - B 4 AS 21/09 R - BSGE 104, 30 = SozR 4-1935 § 14 Nr. 2, Rn. 13).

Ein Erfolg im Hauptsacheverfahren führt nicht dazu, die Kostenfolge eines zuvor ggf. ohne Erfolg betriebenen **Eilverfahrens** zu ändern.

SG Berlin, Gerichtsbs. v. 28.05.2009 - S 71 KA 551/07 - wies die Klage gegen die Festsetzung der erstattungsfähigen Kosten auf insgesamt 1.248,31 € bei einem Gegenstandswert von 22.161,06 € mit dem Ziel, weitere 1.148,35 € zu erhalten, ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur Höhe einer **Geschäftsgebühr** s. zuletzt BSG, Beschl. v. 13.10.2010 - B 6 KA 13/10 B – RID 11-01-106 (diese Ausgabe), vorausgehend LSG Bayern, Urt. v. 23.09.2009 - L 12 KA 65/08 – RID 10-03-77; RID 09-04-A.IX.4 (S. 33) m.w.N.).

XI. Entscheidungen des BSG

1. HONORAR

A) KV HESSEN: LEISTUNGEN IM REGELLEISTUNGSVOLUMEN/VORRANG DES BEWERTUNGSAUSSCHUSSES

BSG, Urt. v. 18.08.2010 - B 6 KA 27/09 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 58

RID 11-01-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Leitsatz: 1. Die Normgeber des Honorarverteilungsvertrags sind nicht berechtigt, Leistungen in das Regelleistungsvolumen einzubeziehen, die der Bewertungsausschuss hiervon ausdrücklich ausgenommen hat.

2. Regelungen, die unter der Geltung der Regelleistungsvolumina Honorarkürzungen bei Fallwertsteigerungen vorsehen, sind unwirksam.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 18.08.2010 - B 6 KA 28/09 R -*

RID 11-01-84

BSG, Urt. v. 18.08.2010 - B 6 KA 26/09 R -

RID 11-01-85

BSG, Urt. v. 18.08.2010 - B 6 KA 25/09 R -

RID 11-01-86

BSG, Urt. v. 18.08.2010 - B 6 KA 16/09 R -

RID 11-01-87

B) DEGRESSIONSREGELUNG: JAHRESBEZOGENE BERECHNUNG UND AUSNAHME

BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 6 KA 21/09 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 57 = USK 2010-49

RID 11-01-88

SozR 4 = USK 2010-49

Leitsatz: Die Berechnung der Degressionsgrenzwerte, der Punktmengen und der Überschreitung der Grenzwerte hat grundsätzlich jahresbezogen zu erfolgen. Abweichungen von diesem Grundsatz sind (u.a.) dann geboten, wenn ein Vertragszahnarzt im Laufe des Kalenderjahrs die Praxis wechselt.

C) ABRECHNUNGSFRISTEN/KEINE PFLICHT ZUR UMDEUTUNG EINER FEHLERHAFTEN ABRECHNUNG

BSG, Beschl. v. 08.12.2010 - B 6 KA 37/10 B -

RID 11-01-89

BeckRS 2011, 66608

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch *LSG Hessen*, Urt. v. 19.05.2010 – L 4 KA 100/08 – RID 10-03-11 wird zurückgewiesen.

Abrechnungsfristen als auch die **Sanktionierung von Fristüberschreitungen durch Honorarabzüge** sind (grundsätzlich) rechtmäßig (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 37 Rn. 11; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 19 Rn. 13 ff.). Die Aufnahme solcher Bestimmungen in den **HVV** ist von der Rechtsgrundlage des § 85 IV 2 SGB V gedeckt und dadurch gerechtfertigt, dass die Honorierung der in einem Quartal erbrachten Leistungen möglichst aus dem für dieses Quartal zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumen zu erfolgen hat, dass nachträgliche Honorierungen dem Ziel zügiger und zeitgerechter Honorierung zuwiderlaufen und dass dies zusätzlichen Verwaltungsaufwand erfordern würde (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 37 Rn. 11; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 19 Rn. 14 ff.). Der Senat hat es auch gebilligt, dass durch Regelungen der Honorarverteilung **nachträgliche Berichtigungen und/oder Ergänzungen bei den bereits eingereichten Behandlungsfällen ausgeschlossen** werden (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 37 Rn. 12 unter Hinweis auf BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 19 Rn. 18).

Derartige Regelungen dürfen keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiegt, dass er **außer Verhältnis** zu dem der Regelung innewohnenden Zweck steht (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 37 Rn. 13; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 19 Rn. 17). Einen solchen Fall hat der Senat dann angenommen, wenn die eingereichte Abrechnung von vornherein **erkennbar objektiv unzutreffend** war - etwa weil die Abrechnungssumme nur ein Viertel der bisherigen Quartalsvolumina betrug und die Abrechnung offensichtliche Ungereimtheiten aufwies - und sich unter diesen Umständen schon für die KV die **Fehlerhaftigkeit der Abrechnung hätte aufdrängen müssen** (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 37 Rn. 14).

D) INDIVIDUALBUDGET: HÄRTEFALL/„JUNGE PRAXIS“

BSG, Beschl. v. 08.12.2010 - B 6 KA 7/10 B -

RID 11-01-90

BeckRS 2011, 66463

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch *LSG Schleswig-Holstein*, Urt. v. 06.10.2009 – L 4 KA 14/08 – wird zurückgewiesen.

Die Anwendung einer Härteklausel ist zunächst bei Vorliegen einer atypisch veränderten Versorgungslage im Umfeld der Praxis geboten (BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5 Rn. 26; vgl.

a. BSG, Urt. v. 28.04.1999 - B 6 KA 63/98 R - Rn. 20 - USK 99119; zuletzt BSG, Beschl. v. 17.06.2009 - B 6 KA 58/08 B -). Hierzu gehören überraschende **Änderungen in der Versorgungsstruktur** einer bestimmten Region, die zur Ausweitung der Praxistätigkeit führen (vgl. BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 27 S. 196 u. BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S. 210), etwa durch **Übernahme der Patienten eines kurzfristig ausgeschiedenen Kollegen** (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 27 S. 196; BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S. 210; BSG USK 99119). Ein weiterer Grund für die Annahme eines Härtefalles kann eine im Vergleich zum Bemessungszeitraum **veränderte Behandlungsausrichtung der Praxis** sein, welche zu höheren Fallwerten geführt hat (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 27 S. 196; BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S. 210).

Die **Privilegierung neu gegründeter Praxen** (vgl. hierzu zuletzt Urt. v. 28.01.2009 - B 6 KA 5/08 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 45 u. - B 6 KA 4/08 R - USK 2009-7) darf für die Zeit danach nicht dadurch relativiert werden, dass sie durch die Regelungen über die Bildung eines **Individualbudgets** auf die **Werte der Aufbauphase zurückgeworfen** werden (vgl. BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5 Rn. 23). Der Anspruch auf Wachstum, der für die „Aufbauphase“ zuerkannt wird, ist lediglich auf ein Wachstum bis zum Erreichen der **Durchschnittswerte der Fachgruppe** gerichtet. Danach ist dem Fall des (zeitlichen) Ausschöpfens der Aufbauphase ausdrücklich der Fall des Erreichens des Durchschnitts gleichgestellt; ein Anspruch auf Wachstum besteht generell nicht über die Durchschnittswerte der Fachgruppe hinaus (s. hierzu insb. BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 6 Rn. 19; s.a. BSG, Beschl. v. 28.01.2009 - B 6 KA 20/08 B - BeckRS 2009, 54584 Rn. 11 m.w.N.).

E) STRUKTURVERTRÄGE UND BUDGETERWEITERUNG

BSG, Beschl. v. 08.12.2010 – B 6 KA 32/10 B –

RID 11-01-91

BeckRS 2011, 65401

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 26.01.2010 – L 4 KA 27/07 – wird zurückgewiesen.

In der BSG-Rspr., zusammengefasst im Beschl. v. 28.10.2009 - B 6 KA 50/08 B - juris Rn. 11, ist geklärt, dass eine **Budgeterweiterung** nicht nur voraussetzt, dass eine Veränderung des Leistungsspektrums vorliegt, sondern außerdem insb. einen unabweisbaren Bedarf der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Ausübung von Ermessen erfordert. Budgeterweiterungen deshalb abzulehnen, weil für den besonderen Aufwand in speziellen Behandlungsfällen **andere Finanzierungsmöglichkeiten** vorgesehen sind, ist generell sachgerecht. Wenn in bestimmten Bereichen besondere Finanzierungsinstrumente in Gestalt von **Modellvereinbarungen und/oder Strukturverträgen** angeboten werden, so sind diese grundsätzlich vorrangig; diese bzw. deren Voraussetzungen würden unterlaufen, wenn in den Fällen, in denen ein Arzt die Voraussetzungen zur Teilnahme an diesen Instrumenten nicht erfüllt, Budgeterweiterungen bewilligt würden. Hierauf abzustellen und eine Budgeterweiterungen abzulehnen, ist jedenfalls in solchen Fällen unbedenklich, in denen die Voraussetzungen, die der Arzt nicht erfüllt, solche der **Qualitätssicherung** sind, da diesen ein hoher Rang zukommt.

Eine Rechtsgrundlage dafür, dass ein Vertragsarzt eine Erhöhung seines Individualbudgets deshalb beanspruchen könnte, weil er Leistungen, die zuvor von Ärzten anderer KV-Bezirke bezogen wurden, übernimmt und dadurch eine Reduzierung der Zahlungen im Fremdkassenausgleich bewirkt und dadurch den Mitglieder seiner KV **höhere Gesamtvergütungsbeträge** verbleiben, besteht nicht.

F) BUDGETS UND BEMESSUNGSGRENZEN: BETRIEBSKOSTEN/RESTLEISTUNGSQUOTE

BSG, Beschl. v. 08.12.2010 – B 6 KA 34/10 B –

RID 11-01-92

BeckRS 2011, 65229

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch **LSG Saarland**, Urt. v. 05.02.2010 – L 3 KA 25/07 – wird zurückgewiesen.

Der Normgeber des HVM bzw. HVV (hier: Quartal II/04) ist berechtigt, die **Budgets oder Bemessungsgrenzen** so auszugestalten, dass die **Restvergütungsquote** auf Null sinkt (BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5 Rn. 12; BSGE 96, 53 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 23 Rn. 31; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 18 S. 145), ebenso, überdurchschnittlich abrechnenden Praxen die Möglichkeit weiterer Umsatzsteigerungen zu verwehren (s. hierzu BSGE 96, 53 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 23 Rn. 27; BSGE 96, 1 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 22 Rn. 30; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 6 Rn. 17 ff.). Ob der Normgeber des HVM bzw. des HVV bei der Festlegung von Punktzahlobergrenzen differenzierte Regelungen je nach **Betriebskosten** der Fachgruppen einführt, unterfällt daher seinem Gestaltungsspielraum. Eine gesetzliche Verpflichtung hierzu besteht umso weniger, als die Höhe der

mit der Leistungserbringung verbundenen Betriebskosten bereits in die Bewertung der Leistungen nach dem EBM eingeflossen ist (vgl. § 87 II 3 HS 1 SGB V).

Dem Normgeber des HVM bzw. des HVV steht es daher grundsätzlich frei, ab welchem Leistungsvolumen er eine Vergütung lediglich mit einer **Restleistungsquote** vorsieht; insbesondere ist es ihm nicht verwehrt, diese bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 150% beginnen zu lassen. Einer Übergangszone mit abgestuft fallenden Punktwerten bedarf es gleichfalls nicht.

G) VERSAGUNG DER VERGÜTUNG FÜR SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

BSG, Urt. v. 23.06.2010 – B 6 KA 12/09 R –

RID 11-01-92a

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, die Vergütung für eine Substitutionsbehandlung zu versagen, die ein Vertragsarzt im Widerspruch zu den Vorgaben der Substitutions-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses weiterführt.

2. SACHLICH-RECHNERISCHE RICHTIGSTELLUNG

A) KEINE VERGÜTUNG VON STATIONÄREN LEISTUNGEN BEI NEUGEBORENEN AUßERHALB DES KREIßSAALS

BSG, Urt. v. 23.06.2010 – B 6 KA 8/09 R – SozR 4-2500 § 92 Nr. 9

RID 11-01-93

Leitsatz: Vom Belegarzt gegenüber Neugeborenen außerhalb des Kreißsaals erbrachte stationäre Leistungen sind auch dann nicht als belegärztliche Leistungen vergütungsfähig, wenn das (Beleg-)Krankenhaus über keine kinderärztliche Station verfügt.

B) PAUSCHALERSTATTUNG NACH DER NR. 7120 EBM

BSG, Urt. v. 18.08.2010 – B 6 KA 23/09 R – SozR 4-5531 Nr. 7120 Nr. 1

RID 11-01-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Leitsatz: Eine Pauschalerstattung nach der Gebühren-Nr. 7120 EBM-Ä kann bei fraktionierten Laborleistungen vom annehmenden Arzt nicht berechnet werden, wenn der Arzt, der die Auftragsleistung zuerst angenommen und Untersuchungsmaterial weitergegeben hat, die Gebühren Nr. 7103 EBM-Ä abgerechnet hat.

C) PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG: MISSBRÄUCHLICHE PRAXISGEMEINSCHAFT

BSG, Beschl. v. 08.12.2010 – B 6 KA 46/10 B –

RID 11-01-95

BeckRS 2011, 67726

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 26.05.2010 – L 3 KA 74/07 – wird zurückgewiesen.

Wie der Senat bereits in seinem Urteil vom 22.03.2006 (BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr. 6) dargelegt hat, indiziert ein hoher Anteil von Patienten, an deren Behandlung sowohl der betroffene Arzt als auch Kollegen derselben Praxisgemeinschaft beteiligt sind, eine **missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft** (aaO. Rn. 19; ebs. BSG, Beschl. v. 05.11.2008 - B 6 KA 17/07 B - juris Rn. 12). Zur Frage, ab welcher Größenordnung ein „**hoher Anteil**“ **gemeinsam behandelter Patienten** vorliegt, hat das BSG zwar keine abschließende Festlegung getroffen, jedoch wiederholt auf die Richtlinien hingewiesen, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbart haben und nach denen bereits bei 20% Patientenidentität – bzw. bei 30% im Falle gebietsübergreifender/versorgungsübergreifender Praxisgemeinschaften - eine Abrechnungsauffälligkeit anzunehmen ist (BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr. 6 Rn. 19; ebs. BSG, Beschl. v. 05.11.2008 - B 6 KA 17/07 B - juris Rn. 12 sowie BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - B 6 KA 65/07 B - Rn. 10). Dies führt dazu, dass die Anzahl gemeinsam behandelter Patienten in der vom LSG festgestellten Größenordnung (hier: Praxisgemeinschaft zweier Fachärzte für Allgemeinmedizin mit im Quartal I/02 über 45% der Patienten des Partners bzw. wenn man mit der Bekl. 334 „urlaubsbedingte zulässige Vertretungsfälle“ nicht berücksichtige von 22,95%) in Verbindung mit den weiteren vom LSG festgestellten Umständen ohne Weiteres einen Missbrauch der Kooperationsform Praxisgemeinschaft erkennen lassen (vgl. dazu auch BSG, Beschl. v. 05.11.2008 - B 6 KA 17/07 B - juris Rn. 12 sowie BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - B 6 KA 65/07 B – Rn. 10).

3. ARZNEIKOSTEN- UND SPRECHSTUNDENBEDARFSREGRESS

A) UNZULÄSSIGE VERORDNUNG KEIN „SONSTIGER SCHADEN“/AUSSCHLUSSFRIST

BSG, Urt. v. 05.05.2010 – B 6 KA 5/09 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 28

RID 11-01-95a

USK 2010-50

Leitsatz: 1. Auch für Regresse wegen **Verordnungen, die die Grenzen der Leistungspflicht der GKV nicht eingehalten haben**, gilt eine vierjährige **Ausschlussfrist**.

2. Derartige Verordnungen stellen **keinen „sonstigen Schaden“** der Krankenkasse i.S. der BSG-Rechtsprechung dar.

3. Der **Prüfantrag** einer Krankenkasse hemmt (nach altem Recht: unterbricht) den Ablauf der Ausschlussfrist in entsprechender Anwendung der § 45 Abs. 3 SGB 1, § 204 Abs. 1 Nr. 12 BGB, sofern der betroffene Arzt von der Antragstellung Kenntnis erlangt.

B) ZULÄSSIGE VERORDNUNG DES ARZNEIMITTELS SUPERTENDIN 5 ALS SPRECHSTUNDENBEDARF

BSG, Beschl. v. 13.10.2010 – B 6 KA 12/10 B –

RID 11-01-96

BeckRS 2010, 75147

Die Beschwerde der kl. Krankenkasse gegen die Nichtzulassung der Revision durch **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 09.12.2009 – L 3 KA 404/05 – wird zurückgewiesen.

Nach den Feststellungen des LSG hat Supertendin 5 eine schmerzstillende Akutkomponente und ist zur **Behandlung von Notfällen** grundsätzlich geeignet. Ausgehend hiervon verletzt die Schlussfolgerung des LSG, Supertendin 5 sei auch ein „schmerzstillendes, krampflösendes und beruhigendes Mittel“ im Sinne der Ziffer 7.2 der Anlage zur Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung in der hier maßgeblichen Fassung, kein Bundesrecht.

C) POLYGLOBIN IM OFF-LABEL-USE: VERSCHULDEN/ANSCHLUSSBERUFUNG

BSG, Urt. v. 05.05.2010 – B 6 KA 6/09 R – BSGE 106, 110 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 27

RID 11-01-97

Leitsatz: 1. Im sozialgerichtlichen Verfahren ist die **Anschlussberufung** nur zulässig, soweit sie sich auf denselben Streitgegenstand wie die Hauptberufung bezieht (Festhaltung an der Rechtsprechung des BSG, z.B. vom 8.7.1969 – 9 RV 256/66 = SozR Nr. 12 zu § 521 ZPO; BSG vom 19.6.1996 – 6 RKa 24/95 = USK 96131).

2. Der **Regress** wegen unzulässiger Arzneimittelverordnungen setzt kein Verschulden des Vertragsarztes voraus.

3. Wenn ein Vertragsarzt ein Arzneimittel außerhalb dessen arzneimittelrechtlicher Zulassung verordnet, auf dessen Verordnung der **Versicherte** nach den Grundsätzen der Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 – 1 BvR 347/98 (BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 – „Nikolaus“) einen **Anspruch hatte**, darf wegen dieser Verordnung kein Regress gegen den Arzt festgesetzt werden.

4. Steht nach der gerichtlichen Sachaufklärung nicht fest, dass die Voraussetzungen eines solchen Anspruchs zum Zeitpunkt der Verordnung erfüllt waren, geht das **zu Lasten des Vertragsarztes**, der die Verordnung ohne vorherige Einschaltung der Krankenkasse des Versicherten ausgestellt hat.

Parallelverfahren:

BSG, Urt. v. 05.05.2010 – B 6 KA 20/09 R –

RID 11-01-98

BSG, Urt. v. 05.05.2010 – B 6 KA 24/09 R –

RID 11-01-99

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 09.09.2010 – 1 BvR 2134/10 u. 2185/10 –

RID 11-01-100

Die Verfassungsbeschwerden gegen **BSG**, Urt. v. 05.05.2010 – B 6 KA 6/09 R – u. – B 6 KA 20/09 R – werden nicht zur Entscheidung angenommen.

D) SPRECHSTUNDENBEDARF: VERORDNUNGSZEITRAUM/AUSSCHLUSSFRIST/PRÜFANTRAG

BSG, Urt. v. 18.08.2010 – B 6 KA 14/09 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 29

RID 11-01-101

Leitsatz: 1. Eine **Verordnung**, die nicht in dem Quartal eingelöst wird, in dem der Vertragsarzt sie ausgestellt hat, kann entweder dem Quartal, in dem der Arzt sie ausgestellt hat, oder dem Folgequartal kostenmäßig **zugeordnet** werden. Ist dies nicht in der Prüf- oder Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung geregelt, so kann sich die Zuordnung aus der Verwaltungspraxis der Prüfungsgremien ergeben.

2. Für die Festsetzung eines Regresses wegen der Verordnung von **Sprechstundenbedarf** gilt eine **Ausschlussfrist** von vier Jahren. Diese Frist **beginnt** nach Ende des geprüften Ordnungszeitraums.

3. Der **Verordnungszeitraum** umfasst im Allgemeinen ein Quartal. In Sonderfällen umfasst er mehrere Quartale, so z.B. beim Sprechstundenbedarf in der Regel vier aufeinander folgende Quartale: Die Vierjahresfrist beginnt insgesamt erst nach Ende des letzten Quartals.
4. Der **Prüfantrag der Krankenkasse hemmt** den Lauf der Vierjahresfrist, sofern der betroffene Arzt von dem Prüfantrag Kenntnis erlangt.

4. ZULASSUNGSRECHT

A) ZULASSUNGSANTRAG VOR ANORDNUNG DER ÜBERVERSORGUNG BEI FEHLENDER ARZTREGISTEREINTRAGUNG

BSG, Urt. v. 05.05.2010 – B 6 KA 2/09 R –

RID 11-01-101a

SozR 4-2500 § 95 Nr. 16 = GesR 2010, 548 = USK 2010-38

Leitsatz: 1. Fristwahrende Wirkung entfaltet ein Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nur, wenn der Zulassungsbewerber in das Arzt- bzw. Psychotherapeutenregister eingetragen ist und dies zugleich mit dem Zulassungsantrag nachweist.

2. Die Frist ist in Ausnahmefällen auch dann gewahrt, wenn neben der Zulassung die Eintragung beantragt, zugleich der Registerbehörde die Eintragungsvoraussetzungen nachgewiesen werden und der Antragsteller weiterhin alles ihm Zumutbare zur zeitnahen Erlangung der Eintragung unternimmt.

B) SONDERBEDARFSZULASSUNG: PSYCHOANALYTISCH BEGRÜNDETE VERFAHREN

BSG, Urt. v. 23.06.2010 – B 6 KA 22/09 R – SozR 4-2500 § 101 Nr. 8

RID 11-01-102

SozR 4-2500 § 101 Nr. 8 = GesR 2010, 623

Leitsatz: 1. Die Zulassungsgremien verfügen bei Entscheidungen über Sonderbedarfszulassungen über einen weiten Beurteilungsspielraum.

2. Eine Sonderbedarfszulassung zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten in Teilen eines „großräumigen Landkreises“ im Sinne des § 24 Buchst. a ÄBedarfsplRL ist im Regelfall zu erteilen, wenn die Versicherten andernfalls auf Versorgungsangebote in einer Entfernung von mehr als 25 km angewiesen sind.

3. Bei der Bedarfsprüfung ist auf den konkreten Versorgungsbereich abzustellen. Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sind unterschiedliche Versorgungsangebote.

4. Psychoanalytisch begründete Verfahren einerseits und Verhaltenstherapie andererseits sind verschiedene Schwerpunkte im Sinne des Sonderbedarfstatbestands des § 24 Buchst. b ÄBedarfsplRL.

C) KEINE JOB-SHARING-ZULASSUNG ALS PP NEBEN SONDERBEDARFSZULASSUNG ALS KJP

BSG, Beschl. v. 03.12.2010 – B 6 KA 39/10 B –

RID 11-01-103

Die Klägerin hat nach Erhebung der Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 07.07.2010 – L 4 KA 69/09 – RID 10-03-47 und nach Erledigungserklärung der Klägerin aufgrund der Beendigung des Job-Sharing-Verhältnisses die Kosten des Rechtsstreits für alle Rechtszüge zu tragen.

Einer „**Doppelzulassung**“ (hier: Zulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bei Fortführung der Tätigkeit als Psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen eines sog. Job-Sharings) mit mehr als einem Versorgungsauftrag stehen außer der bereits umfassenden Inpflichtnahme durch einen vollen Versorgungsauftrag insbesondere Gesichtspunkte der Bedarfsplanung und der vertragsärztlichen Honorarverteilung entgegen. Eine mögliche Pflichtenkollision i.S.d. § 20 II 1 Arzt-ZV kann hier dahinstehen.

Auch wenn eine grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache zu bejahen gewesen wäre, die maßgeblichen Rechtsfragen aber voraussichtlich i.S.d. Vorinstanz zu bejahen wären, erscheint eine **Kostentragung** der Klägerin auch in einem vorgeschalteten Verfahren der Nichtzulassungsbeschwerde angemessen.

Das *BSG* setzte den **Streitwert** – wie die Vorinstanzen – auf 15.000 € fest.

5. GESAMTVERGÜTUNG AUF DER GRUNDLAGE VON EINZELLEISTUNGEN

BSG, Urt. v. 23.06.2010 – B 6 KA 4/09 R –

RID 11-01-104

SozR 4-2500 § 85 Nr. 56 = GesR 2010, 670

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Leitsatz: 1. Wird die Gesamtvergütung (evtl. nur teilweise) auf der Grundlage von Einzelleistungen festgelegt, so ist das daraus entstehende (Gesamt-)Ausgabenvolumen zu bestimmen und eine Regelung zur Vermeidung von dessen Überschreitung zu treffen.

2. Ausnahmen von diesen Vorgaben müssen sich mit hinreichender Deutlichkeit aus dem Gesetz ergeben. Allgemeine Erwägungen wie die Notwendigkeit der Gewährleistung der medizinischen Versorgung können eine Ausnahme nicht begründen.

6. VERFAHRENSRECHT: ANTRAG AUF TERMINVERLEGUNG EIN TAG VORHER

BSG, Beschl. v. 13.10.2010 – B 6 KA 2/10 B –

RID 11-01-105

SozR 4-1500 § 110 Nr. 1 = BeckRS 2010, 75394 = juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch **LSG Hessen**, Urt. v. 23.11.2009 – L 4 KA 10/06 – RID 10-01-61 wird zurückgewiesen.

Wird eine **Terminverlegung** erst einen Tag vor der anberaumten mündlichen Verhandlung beantragt und mit einer Erkrankung begründet, so muss der **Verhinderungsgrund** so **dargelegt** und untermauert sein, dass das Gericht bzw. das Entscheidungsgremium ohne weitere Nachforschungen selbst beurteilen kann, ob Verhandlungs- bzw. Reiseunfähigkeit besteht (vgl. BFH vom 1.4.2009, ZSteu 2009, R674 = Juris RdNr 5 iVm 7 mwN; BFH vom 27.1.2010 - VIII B 221/09 - Juris RdNr 5 iVm 7; siehe auch BFH vom 7.4.2004, BFH/NV 2004, 1282, 1283 f = Juris RdNr 17; BFH vom 5.7.2004, BFH/NV 2005, 64, 66 = Juris RdNr 12; BFH vom 10.4.2006, BFH/NV 2006, 1332, 1333 f = Juris RdNr 17 iVm 20; BFH vom 9.11.2009, BFH/NV 2010, 230, 231 = Juris RdNr 3). Dies erfordert, dass das **Gericht** bzw. das Gremium aus der Bescheinigung Art, Schwere und voraussichtliche Dauer der Erkrankung entnehmen und so die Frage der **Verhandlungsunfähigkeit selbst beurteilen kann** (vgl. BFH vom 5.7.2004, BFH/NV 2005, 64, 66 = Juris RdNr 12; siehe auch BFH vom 10.4.2006, BFH/NV 2006, 1332, 1333 f = Juris RdNr 17 iVm 21; BFH vom 9.11.2009, BFH/NV 2010, 230, 231 = Juris RdNr 3; BFH vom 26.11.2009, BFH/NV 2010, 907, 908 = Juris RdNr 4). Gerade bei kurzfristig gestellten Anträgen auf Terminverlegung bestehen hohe Anforderungen an die Glaubhaftmachung der Verhandlungsunfähigkeit (BFH vom 9.11.2009, BFH/NV 2010, 230, 231 = Juris RdNr 7; BFH vom 26.11.2009, BFH/NV 2010, 907, 908 = Juris RdNr 6).

Nur, wenn der **Verlegungsantrag früher** gestellt worden wäre, wäre das Gericht bzw. das Gremium zu einem **Hinweis** oder zur Aufforderung an den Betroffenen, seinen Vortrag zu ergänzen, oder zu eigenen Nachforschungen verpflichtet (vgl. hierzu zB BFH vom 19.8.2003, DStRE 2004, 540, 541 = Juris RdNr 21 iVm 25). Dies würde weiterhin dann gelten, wenn der **Betroffene nicht anwaltlich vertreten ist** (zu solchen Fällen siehe zB BSG vom 28.4.1999, USK 99111 S 650 f = Juris RdNr 17 iVm 18; BSG vom 13.11.2008 - B 13 R 277/08 B - Juris RdNr 17; BSG vom 21.7.2009 - B 7 AL 9/09 B - Juris RdNr 5; ebenso BFH vom 19.8.2003, DStRE 2004, 540, 541 = Juris RdNr 21 iVm 25).

7. GESCHÄFTSGEBÜHR NACH NR. 2400 BEI SONDERBEDARFSZULASSUNG

BSG, Beschl. v. 13.10.2010 – B 6 KA 13/10 B –

RID 11-01-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch **LSG Bayern**, Urt. v. 23.09.2009 – L 12 KA 65/08 – RID 10-03-77 wird zurückgewiesen.

Da sämtliche nach **§ 14 RVG heranzuziehenden Kriterien** selbständig und gleichwertig nebeneinander stehen (vgl. BSGE 104, 30 = SozR 4-1935 § 14 Nr. 2, Rn. 21), liegt es nahe, den **Ansatz der Höchstgebühr** im Regelfall nur dann als billig anzusehen, wenn alle Kriterien als weit über dem Durchschnitt liegend zu bewerten sind. Mithin führte auch die Einschätzung des Umfangs der Sache als weit überdurchschnittlich nicht dazu, dass zwingend die Höchstgebühr in Ansatz zu bringen ist, wenn den übrigen Kriterien - namentlich die Schwierigkeit der Sache - diese herausragende Bedeutung nicht zukommt. Etwas anderes gälte nur dann, wenn die übrigen Kriterien in ihrer Bedeutung dermaßen nahe an der obersten Grenze lägen, dass das fünfte Kriterium durch seine außerordentliche Bedeutung den entscheidenden Ausschlag gäbe.

SG Nürnberg, Urt. v. 11.06.2008 - S 6 KA 17/08 WA – erkannte (bei einer 2,0-fachen Geschäftsgebühr; Gegenstandswert hier: 287.833,50 €) auf einen Erstattungsbetrag von 1.555,31 €, das **LSG** verpflichtete – wegen eines Rechenfehlers des SG - den Berufungsausschuss, der Kl. weitere außergerichtliche Kosten in Höhe von 1.696,02 € zu erstatten und wies im Übrigen die Berufung der Kl. zurück.

8. BVERFG: KEINE ANNAHME VON VERFASSUNGSBESCHWERDEN GEGEN BSG-ENTSCHEIDUNGEN

A) BERECHTIGUNG ZU SACHLICH-RECHNERISCHER RICHTIGSTELLUNG: FEHLENDE MEDIZINISCHE RECHTFERTIGUNG

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 09.09.2010 – 1 BvR 1357/10 –

RID 11-01-107

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Beschl. v. 17.03.2010 - B 6 KA 23/09 B – RID 10-03-87 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

B) SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 29.09.2010 – 1 BvR 2419/10 –

RID 11-01-108

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 12/09 R – SozR 4-2500 § 92 Nr. 9 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

C) GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 01.11.2010 – 1 BvR 609/10 –

RID 11-01-109

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 11/09 R – BSGE 105, 26 = SozR 4-2500 § 92 Nr. 8 = USK 2009-101 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 01.11.2010 – 1 BvR 610/10 –

RID 11-01-110

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 45/08 R – SozR 4-2500 § 95c Nr. 3 = USK 2009-102 = Breith 2010, 622 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

D) REGRESSBESCHEIDE GEGEN GEMEINSCHAFTSPRAXIS/FRIST FÜR PRÜFANTRÄGE/REZEPTURARZNEIMITTEL

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 26.07.2010 – 1 BvR 1785/10 –

RID 11-01-111

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Urt. v. 03.02.2010 - B 6 KA 37/08 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 26 = USK 2010-23 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 10-04-B I (S. 50); 09-04-B I (S. 39); 07-04-B I (S. 34).

1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

A) THERAPEUTISCHE APHERESEN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.09.2010 – L 11 KR 5288/09 –

RID 11-01-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGb V §§ 13, 27, 135

Leitsatz: Versicherte der GKV haben keinen Anspruch auf Kostenerstattung für therapeutische Apherese (Methode zur extrakorporalen Entfernung von krankmachenden Bestandteilen aus dem Blut oder Blutplasma) zur Behandlung einer MCS (Multiple Chemical Sensitivity) oder CFS (Chronic Fatigue Syndrom).

SG Karlsruhe, Gerichtsb. v. 06.10.2009 – S 3 KR 1282/09 – wies die Klage der 1952 geb. Kl., die an mehreren Gesundheitsstörungen, u.a. an einer Borreliose mit Lyme-Disease ohne derzeit nachweisbare Aktivität, einem chronischen Erschöpfungs- und einem Fibromyalgie-Syndrom leidet, ab; das **LSG** wies die Berufung zurück.

B) THERAPIESYSTEM ZUR VAKUUMVERSIEGELUNG EINER WUNDE

SG Kassel, Beschl. v. 30.12.2010 – S 12 KR 38/10 ER –

RID 11-01-113

Berufung anhängig: LSG Hessen – L 1 KR 22/10 B ER –

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGb V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I, 135 I

Es besteht kein Anspruch darauf, im Rahmen einer ärztlichen Verordnung ambulant mit einem **Therapiesystem zur Vakuumversiegelung einer Wunde** (V.A.C.®-Therapiesystem der Firma C-GmbH) versorgt zu werden, wobei bei dieser Form der Wundbehandlung die Wundhöhle mit Schaumstoffschwämmchen aufgefüllt und durch Folien luftdicht abgedeckt wird und insoweit eine kontinuierliche bzw. intermittierende Sekretableitung über im Schaumstoff integrierte Drainageschläuche erfolgt und bei freiliegendem Knochen hierdurch eine Infektion mit Knochenbeteiligung mit der Gefahr einer Amputation verhindert und eine Granulation erreicht werden soll. Es handelt sich hierbei um eine nicht anerkannte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode. Ein Systemversagen liegt nicht vor.

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

C) AUTOLOGE KNORPELZELLTRANSPLANTATION

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 14.10.2010 – L 11 KR 2753/10 –

RID 11-01-114

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGb V §§ 13, 27, 135

Leitsatz: Versicherte der GKV haben (zumindest derzeit) keinen Anspruch auf Kostenübernahme für eine autologe Knorpelzelltransplantation.

SG Freiburg, Urt. v. 18.03.2010 – S 11 KR 1277/09 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

D) NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE

LSG Hamburg, Urt. v. 17.12.2010 – L 1 KR 11/09 –

RID 11-01-115

SGb V §§ 13 III, 135 I 1, 138

Versicherte der GKV hatten in den Jahren 2007 und 2008 keinen Anspruch auf Kostenübernahme für eine neuropsychologische Therapie.

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 18.02.2009 – S 23 KR 40/08 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren: SG Hamburg, Gerichtsb. v. 18.02.2009 – S 23 KR 1160/08 –

LSG Hamburg, Urt. v. 17.12.2010 – L 1 KR 12/09 –

RID 11-01-116

E) HELMTERAPIE: BEHANDLUNG EINER VORHANDENEN SCHÄDELASYMMETRIE MITTELS KOPFORTHESSE

SG Aachen, Urt. v. 18.11.2010 – S 2 KR 151/10 –

RID 11-01-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I, 135 I

Zwar steht für die Korrektur der Schädelform aufgrund der Entwicklung der Knochenstruktur des Kindes nur eine bestimmte Zeit zur Verfügung. Dieser zeitliche Spielraum ist jedoch nicht so knapp bemessen, dass eine **vorherige Antragstellung** und ein Zuwarten auf eine Reaktion der Krankenkasse nicht zumutbar sind.

Die Krankenkassen sind nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn eine bestimmte Therapie - im vorliegenden Fall die Helmtherapie - nach eigener Einschätzung der Versicherten oder der behandelnden Ärzte positiv verlaufen ist oder einzelne Ärzte die Therapie befürwortet haben. Vielmehr muss die betreffende Therapie rechtlich von der **Leistungspflicht** der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sein.

Bei der **Behandlung der Plagiocephalie (Schädelasymmetrie) mittels Kopforthesen** handelt es sich um eine **neue**, mangels entsprechendem Antrag vom Gemeinsamen Bundesausschuss bislang nicht überprüfte **Behandlungsmethode**, bei der durch Einsatz eines speziell und individuell angefertigten Helms das Wachstum des Kopfes bei einem Kleinkind günstig beeinflusst werden soll. Ein medizinischer Vorteil der Helmtherapie gegenüber klassischen Behandlungsmethoden, wie entsprechender Lagerung oder Krankengymnastik, ist nicht gegeben.

Das **SG** wies die Klage ab.

F) IMMUNTHERAPIE EINES MAMMAKARZINOMS MIT DENDRITISCHEN ZELLEN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.11.2010 – L 11 KR 1871/10 –

RID 11-01-118

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I, 135 I

Ansprüche nach § 13 III 1 Fall 2 SGB V sind nur gegeben, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten „dadurch“ Kosten für die selbst beschaffte Leistung entstanden sind. Hieran fehlt es, wenn die **Krankenkasse** vor Inanspruchnahme der Versorgung mit dem Leistungsbegehren nicht **befasst** worden ist, obwohl dies möglich gewesen wäre oder wenn der Versicherte auf eine bestimmte Versorgung von vornherein festgelegt war.

Die **Hyperthermie-Behandlung** und **Akupunktur** wurden vom GBA, abgesehen von Ausnahmen, von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Diese Therapien zählen daher nicht zum Leistungskatalog der GKV.

Für die Behandlung mit **dendritischen Zellen**, kostimulatorischen Hitzeschockproteinen und inaktivierten onkolytischen Viren, fehlt es an der nach § 135 SGB V notwendigen Anerkennung durch den GBA.

SG Stuttgart, Urt. v. 28.01.2010 – S 2 KR 902/09 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. KEIN ANSPRUCH AUF ZAHNIMPLANTATVERSORGUNG TROTZ CONTERGANSCHÄDIGUNG

SG Aachen, Urt. v. 01.02.2011 – S 13 KR 235/10 –

RID 11-01-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 28 II 9, 92 I

Weder der Umstand, dass die Zahn-/Kieferschäden mittelbar auf die Conterganschädigung zurückzuführen sind, noch die Tatsache, dass aufgrund einer conterganbedingten Missbildung die Handhabung einer herausnehmbaren Zahnprothese nicht ohne Hilfe Dritter möglich wäre, begründen einen Anspruch auf Zahnimplantatversorgung zu Lasten der GKV. Eine Einordnung der conterganschädigungsbedingten Zahn-/Kieferdefekte als einen der „besonders schweren Fälle“ im Sinne von Abschnitt VII. Ziffer 2. Satz 4 Buchstabe a) letzter Spiegelstrich der Behandlungsrichtlinien lässt sich weder mit dem Wortlaut noch mit dem Sinn und Zweck der Regelung vereinbaren.

Das **SG** wies die Klage ab.

II. 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 10-04-B III (S. 51); 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. MAGENBANDVERKLEINERUNG

SG Dortmund, Urt. v. 30.08.2010 – S 40 KR 313/07 –

RID 11-01-120

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 5, 39 I

Die Krankenkassen müssen die Kosten einer operativen Magenbandverkleinerung für übergewichtige Versicherte nur tragen, wenn zuvor unter ärztlicher Anleitung eine sechs- bis zwölfmonatige integrierte Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie stattgefunden hat.

Das **SG** wies die Klage ab.

SG Detmold, Urt. v. 20.02.2009 – S 5 KR 158/06 –

RID 11-01-121

rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 5, 39 I

Die chirurgische Therapie der Adipositas (hier: BMI 44,16 kg/m²) setzt voraus, dass die Maßnahme notwendig ist und die besonderen Indikationen für eine solche Therapie gegeben sind. An der Erforderlichkeit fehlt es, wenn das zuvor durchzuführende Basisprogramm bislang nicht befolgt worden ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. BRUSTVERKLEINERUNGSOPERATION

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 25.03.2010 - L 5 KR 118/08 -

RID 11-01-122

juris = SchlHA 2010, 363

SGB V §§ 13 III 1 Alt. 2, 27 I 1

Leitsatz: 1. Eine **Kostenerstattungspflicht** der Krankenkasse für eine durchgeführte **Brustverkleinerungsoperation** besteht nur dann, wenn die Operation als Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig gewesen ist. Nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit kommt Krankheitswert im Rechtssinne zu. Eine insoweit maßgebende **Krankheit** liegt nur dann vor, wenn der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt. Übergroße Brüste stellen grundsätzlich keine Krankheit dar.

2. Für eine **Entstellung** genügt nicht jede körperliche Anormalität. Vielmehr muss es sich objektiv um eine erhebliche Auffälligkeit handeln, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit bewirkt und erwarten lässt, dass die betroffene Person ständig viele Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Betrachtung anderer wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückzieht.

3. Eine **mittelbare Behandlung** (hier: Mammareduktion zur Reduzierung der auf orthopädischem Gebiet bestehenden Beschwerden) bedarf einer besonderen Rechtfertigung, indem eine Abwägung zwischen dem voraussichtlichen medizinischen Nutzen und möglichen gesundheitlichen Schäden erfolgen muss. Wenn in ein funktionell intaktes Organ (hier die Brust) eingegriffen wird, sind besonders hohe Anforderungen an die Abwägung zu stellen. Auf jeden Fall sind eine schwerwiegende Erkrankung der Wirbelsäule und die erfolglose Ausschöpfung aller konservativen orthopädischen Behandlungsmaßnahmen zu fordern.

SG Lübeck, Urt. v. 29.08.2008 – S 13 KR 1439/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Krankenbehandlung im Ausland

Zur **BSG-Rspr.** vgl. zuletzt RID 10-04-B IV (S. 53); 09-04-B IV (S. 44); 06-04-B III 1 (S. 55); zur **Instanzenrspr.** vgl. zuletzt RID 10-04-B IV; 09-04-B IV m.w.N.

1. KLIMAHEILTHERAPIE AM TOTEN MEER

A) BEI VITILIGO (WEIßFLECKENKRANKHEIT ODER SCHECKHAUT) IN JORDANIEN

LSG Hamburg, Urt. v. 14.10.2010 – L 1 KR 26/09 –

RID 11-01-123

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 149/10 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 18 I, 27 I 2 Nr. 1 u. 6, 40, 107

Für einen Anspruch nach § 18 I 1 SGB V reicht es nicht aus, dass die gewünschte Therapie nur im Ausland durchgeführt werden kann. Die Krankenkasse darf die Kosten dieser Therapie vielmehr nur übernehmen, wenn für die Behandlungsmethode im Inland bzw. im EU-/EWR-Raum überhaupt keine, also auch **keine andere Behandlungsmethode zur Verfügung steht**, die dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse genügt (BSG, Urt. v. 16.06.1999 - B 1 KR 4/98 R -; BSG, Urt. v. 13.12.2005 - B 1 KR 21/04 R -; beide juris).

Für die Behandlung der **Vitiligo** (auch Weißfleckenkrankheit sowie Scheckhaut genannt) steht bis heute eine kausale Therapie nicht zur Verfügung, da die Ursache der chronischen Erkrankung bisher nicht geklärt ist. Alle verfügbaren Therapien sind daher als **symptomatische Behandlungsmethoden** einzuordnen. Derartige Therapien stehen jedoch auch im Inland zur Verfügung, wobei hier im Vordergrund UV-Bestrahlungen (UVB 311nm), ggf. in Verbindung mit der lokalen Anwendung verschiedener Substanzen, stehen.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 23.04.2009 – S 23 KR 194/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren: SG Hamburg, Urt. v. 21.11.2008 – S 32 KR 760/06 -

LSG Hamburg, Urt. v. 14.10.2010 – L 1 KR 54/08 –

RID 11-01-124

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 148/10 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

B) BEI PSORIASIS (SCHUPPENFLECHTE) IN ISRAEL

LSG Hamburg, Urt. v. 17.12.2010 – L 1 KR 51/09 –

RID 11-01-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 18 I, 27 I 2 Nr. 1 u. 6, 40

Für die Behandlung der Psoriasis vulgaris und Psoriasis arthropathica stehen in Deutschland mehrere Therapien zur Verfügung. Entscheidet sich ein Versicherter für die Klimatherapie und gegen andere Therapieformen, so folgt daraus aber nicht bereits sein Anspruch auf Kostenerstattung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 30.09.2009 – S 23 KR 595/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. STATIONÄRE BEHANDLUNG: 90-YTTRIUM-DOTATOC THERAPIE (SCHWEIZ)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.11.2010 – L 1 KR 382/07 –

RID 11-01-126

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V Fassung bis 2003 §§ 18 I, 137c

Für die **stationäre Behandlung** gilt § 137c SGB V, wonach eine Behandlungsmethode nur dann nicht erbracht werden darf, wenn sie vom GBA geprüft und negativ bewertet worden ist. Im Übrigen gilt für stationäre Leistungen im **Ausland**, dass es nicht auf die Anerkennung der Methode durch den GBA ankommen kann. Dies gilt jedenfalls solange, als die in Frage stehende Behandlungsmethode ausschließlich im Ausland angeboten wird (BSG, Urt. v. 16.06.1999 - B 1 KR 4/98 R -; Urt. v. 03.09.2003 - B 1 KR 34/01 R -).

Die **90-Yttrium-Dotatoc Therapie** entspricht dem Stand der medizinischen Erkenntnisse (so im Ergebnis auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.01.2007 – L 11 KR 6/06 – RID 07-01-143).

Die **Auslegung des § 18 SGB V** muss sich an BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 orientieren.

Wie weitgehend die **Wirksamkeit einer Therapieoption** schon **nachgewiesen** sein muss, damit sie schon zum Kreis der wissenschaftlich anerkannten Methoden gezählt werden kann, hängt davon ab, wie schwer die Erkrankung ist, der sie entgegen treten will. Demnach ist die 90-Yttrium-Dotatoc Therapie, die schon nach ihrem Selbstverständnis nur bei schweren, lebensgefährdenden

Erkrankungen und wenn keine anderen Behandlungsmittel zur Verfügung stehen zum Einsatz kommt, in diesen Fällen ihres Indikationsbereiches zum allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im Sinne des § 18 SGB V a.F. zu zählen.

SG Neuruppin, Urt. v. - S 9 KR 64/03 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, an die Kl. 10.582,24 € abzüglich 714,10 sFr. zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

IV. 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. OFF-LABEL-USE

A) AVASTIN BEI MAKULAÖDEM

SG Aachen, Urt. v. 18.11.2010 – S 2 KR 68/10 –

RID 11-01-127

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 1, 31 I 1

Bei extrazellulären Flüssigkeitsansammlungen in der Netzhaut im Bereich der Makula (sog. **Makulaödem**), die zu einer Verschlechterung der Sehfähigkeit bis zur Erblindung führen können, besteht kein Anspruch auf Versorgung mit dem hierfür nicht zugelassenen Arzneimittel Avastin® (Wirkstoff Bevacizumab). Für einen Off-Label-Use fehlt es an der erforderlichen **Erfolgsaussicht**. Es handelt sich auch nicht um eine **lebensbedrohliche** oder regelmäßig tödlich verlaufende oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung.

Das **SG** wies die Klage ab.

Zur Behandlung **altersabhängiger Maculadegeneration (AMD)** mit **Avastin** vgl. zuletzt **SG Aachen**, Urt. v. 11.03.2010 – S 2 (15) KN 115/08 KR – RID 10-02-117; mit **Lucentis** vgl. **LSG Sachsen-Anhalt**, Beschl. v. 15.04.2010 – L 10 KR 5/10 B ER – RID 10-03-114; zu einem **AMD-Vertrag** und **Lucentis** s. **SG Köln**, Beschl. v. 09.08.2010 – S 26 KN 108/10 KR ER – RID 10-03-114a; **SG Köln**, Beschl. v. 02.07.2009 – S 26 KN 24/09 KR ER – RID 09-03-104 m.w.N.

B) „GRANOCYTE®“ (WIRKSTOFF LENOGRASTIM)

SG Landshut, Urt. v. 14.10.2010 – S 1 KR 252/09 –

RID 11-01-128

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 1, 31 I 1

Das Arzneimittel „**Granocyte®**“ (Wirkstoff **Lenograstim**) kann nicht im Rahmen eines sog. Off-Label-Use **nach vier gescheiterten IVF- und ICSI-Behandlungen** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer immunologischen Schwäche verordnet werden, da keine begründete Aussicht auf den gewünschten **Behandlungserfolg** besteht.

Das **SG** wies die Klage ab.

C) FEHLENDE ARZNEIMITTELRECHTLICHE ZULASSUNG: BOTULINUMTOXIN A-THERAPIE IN HOCHSCHULAMBULANZ

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.06.2010 - L 10 KR 13/06 -

RID 11-01-129

Revision anhängig: B 1 KR 19/10 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 1 u. 3, 31 I, 116b III u. IV, 117, 120 II u. III, 135 I; AMG §§ 21 I, 22 II, 25 II 1 Nr. 2 u. 4

Es besteht kein Anspruch auf die Versorgung mit einer ambulanten Botulinumtoxin A(BTA)-Therapie zur Behandlung der Adduktorenspastik, da den BTA-Präparaten hierfür die **arzneimittelrechtliche Zulassung** fehlt.

Die Voraussetzungen für einen „**Off-Label-Use**“ zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht erfüllt, da für eine ambulante BTA-Therapie zur Behandlung einer Adduktorenspastik im Bereich der Oberschenkel bisher keine hinreichend begründete Aussicht auf einen **Behandlungserfolg** nachweisbar ist. Eine Leistungspflicht der Beklagten ergibt sich auch nicht aus **BVerfG** v. 06.12.2005 - 1 BVR 347/98 - SozR4-2500 § 27 Nr. 5. Dies setzt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung voraus.

Eine **ambulante „Off-Label“-Behandlung** kann nicht in **Hochschulambulanzen** nach § 117 SGB V unter erleichterten Bedingungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Hierzu fehlt es im Rahmen des § 117 SGB V an einer dem § 116b III 2 SGB V entsprechenden Regelung.

Botulinumtoxin ist ein bakterielles Gift, das die Erregungsübertragung vom Nerv auf den Muskel hemmt. Entsprechende Arzneimittel werden in überaktive Muskeln gespritzt und führen so zu einer künstlichen Lähmung des Muskels. Die Wirkung setzt nach ein bis zwei Wochen ein und hält durchschnittlich drei Monate an. Es kommt also nicht zu einer Heilung, sondern lediglich zu einer Behandlung von Symptomen, die bei Nachlassen der Wirkung wieder zum Vorschein kommen. Verschiedene Präparate der Toxinformen A und B sind für unterschiedliche Indikationen zugelassen. Der **1954 geb. Kl.** leidet seit frühester Kindheit an einer **spastischen Paraparese** (unvollständige Lähmung zweier symmetrischer Extremitäten) bei infantiler Zerebralparese (frühkindliche Hirnschädigung) sowie Schwerhörigkeit. Einen Kostenübernahmeantrag für eine ambulante BTA-Therapie im Bereich der unteren Extremitäten begründete er u.a. damit, dass, da trotz antispastischer Therapie mit Baclofen sowie angepasster Schmerztherapie keine ausreichende Besserung des ausgeprägten Adduktorenspasmus und der Schmerzen in beiden Beinen habe erreicht werden können, es im Mai 2001 erstmals eine BTA-Therapie des am schwersten betroffenen linken Beines erfolgt sei, die zu einer guten Besserung der Spastik geführt habe. Das Gangbild habe sich verbessert, die einschießenden Schmerzen seien verschwunden und er habe nachts wieder durchschlafen können. Da die Wirkung dieses Mittels jedoch nur drei Monate anhalte, werde um eine Kostenzusage für die ambulante Durchführung der BTA-Injektionen an den unteren Extremitäten gebeten. **SG Dessau-Roßlau**, Urt. v. 28.02.2006 - S 6 KR 14/02 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

D) METHYLPHENIDATHALTIGE ARZNEIMITTEL BEI ADHS IM ERWACHSENENALTER

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.10.2010 – L 1 KR 17/09 –

RID 11-01-130

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 1, 31 I 1; GG Art. 2

Bei Medikinet retard sowie anderen **methylphenidathaltigen Medikamenten** handelt es sich um zulassungspflichtige Arzneimittel, die für den Anwendungsbereich **ADHS beim Erwachsenen** bisher nicht zugelassen sind. Zuletzt hat BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 5/09 R - juris bestätigt, dass es sich bei der Anwendung methylphenidathaltiger Mittel bei ADHS bei Erwachsenen nicht um einen durch Gesetzesrecht oder untergesetzliche Regelungen gedeckten **Off-Label-Use** handelt. Die Voraussetzungen für einen Off-Label-Use sind auch weiterhin nicht erfüllt.

Ein **Off-Label-Use** für **junge Erwachsene** könnte nur erfolgen, wenn die Medikamentengabe den aktuellen Erkenntnissen auch zu den Risiken Rechnung trägt (hier: verneint für das Jahr 2007).

Verfassungsrechtliche Aspekte rechtfertigen den Off-Label-Use von methylphenidathaltigen Medikamenten bei ADHS im Erwachsenenalter nicht.

SG Berlin, Urt. v. 14.11.2008 - S 28 KR 3051/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

S. zuletzt RID 10-02-B.V.2 (S. 45 f.) m.w.N.

2. FESTBETRAGSFESTSETZUNG

A) KEINE INZIDENTKONTROLLE DER FESTBETRAGSFESTSETZUNG IM LEISTUNGSSTREIT (SORTIS)

LSG Sachsen, Urt. v. 20.10.2010 – L 1 KR 95/08 –

RID 11-01-131

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 13/11 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGb V §§ 12 II, 27 I 2 Nr. 3, 31 I 1, II 1, 35, 91 I 2 Nr. 6; SGb X §§ 31 S. 2, 39; Anl. AMR

Die **Festbetragsfestsetzung für das Arzneimittel Sortis** ist – soweit sie im Leistungsstreit eines Versicherten überhaupt zu prüfen ist – nicht zu beanstanden.

Das **BSG** nimmt bei der Festbetragsfestsetzung für Hilfsmittel gemäß § 36 SGb V an, ihr komme **keine Tatbestandswirkung** dahin zu, dass ihre Rechtmäßigkeit im Rechtsstreit um die Versorgung mit einer Krankenversicherungsleistung ungeprüft zu bleiben habe. Eine solche Wirkung wäre mit der Rechtsschutzgarantie des Art. 19 IV GG unvereinbar. Diese gebiete vielmehr, dass die Rechtmäßigkeit einer Festbetragsfestsetzung als ein für die Leistungsbewilligung maßgeblicher Akt hoheitlicher Gewalt im Rechtsstreit mit dem Einwand zur Überprüfung gestellt werden kann, die Festsetzung sei von Anfang an oder durch Zeitablauf partiell oder vollständig rechtswidrig und reiche demgemäß zum Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht aus. Die Vorschriften zur Erfüllungswirkung der Festbeträge (etwa § 12 II, § 31 II 1 SGb V) könnten daher nur so verstanden werden, dass sie als ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal die – anfängliche oder fortdauernde – Rechtmäßigkeit der Leistungsbegrenzung durch den maßgeblichen Festbetrag im Zeitpunkt der beanspruchten Versorgung voraussetzen (BSG, Urt. v. 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R - BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, Rn. 31). **Dies überzeugt nicht.** Wie § 35 VII 2 bis 3 SGb V zeigt, ist Rechtsschutz gegen die Festsetzung von Festbeträgen keineswegs ausgeschlossen; lediglich die gesonderte Klage gegen die Gruppenbildung, gegen Vergleichsgrößen und sonstige Bestandteile der Festbetragsfestsetzung ist unzulässig (§ 35 VII 4 SGb V).

Befugt zur Erhebung einer **Anfechtungsklage gegen eine Festbetragsfestsetzung** müssen auch die **Versicherten** sein. Dies muss dann freilich auch zur Folge haben, dass Versicherte eine Überprüfung der Festbeträge nur durch eine **fristgemäß erhobene Anfechtungsklage** erreichen können und **nicht durch eine fristfreie Inzidentprüfung im Leistungsstreit**. Dass diese Folge im Gesetzgebungsverfahren möglicherweise nicht gewollt war (vgl. BSG, Beschl. v. 14.06.1995 - 3 RK 20/94 - NZS 1995, 502, 507), rechtfertigt es nicht, den Versicherten die an sich gegen sie betreffende Allgemeinverfügungen gegebene Anfechtungsklage zu verwehren und zur Schließung der dadurch entstehenden Rechtsschutzlücke eine **Inzidentkontrolle der Festbetragsfestsetzung im Leistungsstreit** zu verlangen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Dauerwirkung der Festbeträge (so aber BSG, Urt. v. 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R - BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, Rn. 31). Kann ein anfangs zum Festbetrag ausreichend zu erfüllender Versorgungsbedarf später mangels genügender Fortschreibung nicht mehr hinreichend erfüllt werden, ist Rechtsschutz durch eine auf Aufhebung oder Abänderung der Festbetragsfestsetzung gerichtete Verpflichtungsklage möglich.

Selbst wenn eine Inzidentkontrolle für zulässig gehalten wird, führt diese nicht dazu, dass die **Festbetragsfestsetzung für das Arzneimittel Sortis** rechtswidrig wäre.

Die 1940 geb. Kl. beantragte in Form eines Attests ihrer Hausärztin die eigenanteilsfreie Versorgung (Eigenanteil derzeit ca. 455 € jährlich) mit dem Medikament Sortis®, weil sie an einer Hyperlipidämie leide, die durch konsequente Ernährungsumstellung und optimales Körpergewicht nicht habe gebessert werden können. Unter Lipidsenkern hätten sich die Werte zwar gebessert, jedoch seien erhebliche Nebenwirkungen aufgetreten. Unter Sortis® habe die Kl. auf normale Blutwerte ohne Nebenwirkungen eingestellt werden können. Die Bekl. lehnte ab und regte an, eine Umstellung der Medikation auf Statine ohne Eigenanteil zu prüfen. **SG Dresden**, Urt. v. 10.07.2008 – S 18 KR 372/07 – RID 08-04-106 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

SG Berlin, Urt. v. 22.11.2005 – S 81 KR 3778/04 – RID 06-01-95 wies die Klage zweier Hersteller ab.

B) UNZULÄSSIGE FESTBETRAGSFESTSETZUNG BEI FEHLENDER BEHANDLUNGALTERNATIVE

SG Aachen, Urt. v. 16.11.2010 – S 13 KR 170/10 –

RID 11-01-132

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 663/10 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGb V §§ 27 I 1, 2 Nr. 3, 31 I 1, 35 I, 92 I 2 Nr. 6

Nach BVerfG, Urt. v. 17.12.2002 - 1 BvL 28/95, 1 BvL 29/95 u. 1 BvL 30/95 - BVerfGE 106, 275 = SozR 3-2500 § 35 Nr. 2 muss trotz zulässiger **Festbetragsfestsetzung** im Arzneimittelsektor eine für die Therapie ausreichende Vielfalt erhalten bleiben. Daraus folgt, dass im Einzelfall die Krankenkasse ihren Versicherten ein Arzneimittel ohne Beschränkung auf den Festbetrag zur Verfügung stellen

muss, wenn dieses **das einzige** zur Krankenbehandlung des Versicherten ausreichende, zweckmäßige und erforderliche **Arzneimittel** darstellt und es dazu kein gesundheitlich zumutbares, zum Festbetrag erhältliches Arzneimittel gibt. Dies kann für die Behandlung eines **Asthmas mit Alvesco®**, eines Asthma-Arzneimittel mit dem Cortison-Wirkstoff Ciclesonid, der aufgrund des Beschlusses des GBA v. 21.06.2007 zur Festbetragsgruppe „Glucocorticoide, inhalativ, oral“ der Stufe 2, Gruppe 1 gehört, wegen der Nebenwirkungen anderer Medikamente zutreffen.

Das **SG** verurteilte d. Bekl., für den Kl. künftig die Kosten für das Arzneimittel Alvesco® nach vertragsärztlicher Verordnung auch insoweit zu übernehmen, als sie den Festbetrag der Festbetragsgruppe „Glucocorticoide, inhalativ, oral“ Stufe 2, Gruppe 1 und die gesetzliche Zuzahlung übersteigen.

3. AUSSCHLUSS NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER ARZNEIMITTEL (HIER: BEI NEURODERMITIS)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 22.04.2010 - L 4 KR 235/05 –

RID 11-01-133

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 24/10 R

juris

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 2 u. 3, 92 I 2 Nr. 6; GG Art. 2 I, II 1, 20 I; AMR Abschn. F Nr. 16.4

Der **grundsätzliche Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel** aus dem Leistungskatalog der GKV verstößt nicht gegen **Verfassungsrecht** (BSG, Urt. v. 06.11.2008 - B 1 KR 6/08 R - BSGE 102, 30 = SozR 4-2500 § 34 Nr. 4). Auch ein wesentlich höherer finanzieller Aufwand einer Versicherten als ein Aufwand von durchschnittlich 11 € je Packung rechtfertigt keine andere Entscheidung in der Sache.

Die vom GBA festgelegte **Auflistung** über jene Arzneimittel, die **trotz des Ausschlusses** in § 34 I SGB V gleichwohl zu Lasten der GKV **verordnet** werden können, ist gemäß Ziff. F 16.7 der AMR abschließend.

Die Erkrankung an **Neurodermitis** ist **nicht lebensbedrohlich** im Sinne von BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - SozR 4-2500 § 27 Nr. 5.

Für eine an Neurodermitis erkrankte Versicherte besteht kein Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf Versorgung mit den nicht verschreibungspflichtigen Präparaten „**Linola Fettcreme**“, „**Linola Creme**“, „**Anästhesinsalbe 20 %**“, „**Baneo-Hermal F**“, da der Gemeinsame Bundesausschuss die Mittel nicht als verordnungsfähig angesehen hat.

Die 1973 geb. Kl. leidet seit ihrer Geburt unter einer Neurodermitis und verschiedenen Allergien. Die zur Behandlung der Neurodermitis benötigten Arzneimittel verordnete ihr Hausarzt seit April 2004 auf Privatrezepten, da sie nicht verschreibungspflichtig sind. Hierfür muss sie durchschnittlich 510 € monatlich ausgeben. Einen Antrag auf Gewährung dieser Arzneimittel lehnte die Bekl. ab. **SG Hannover**, Urt. v. 18.07.2005 - S 6 KR 1166/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. VORLÄUFIGE VERSORGUNG MIT MEDIZINPRODUKT GEPAN INSTILL

SG Augsburg, Beschl. v. 17.02.2009 – S 12 KR 25/09 ER –

RID 11-01-134

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 I; SGG § 86b II

Leidet ein Versicherter an einer äußerst schwere Ausprägungsform der **interstitiellen Zystitis** (chronische, abakterielle Blasenentzündung) mit massivem Schmerzzentrum und erleidet er ohne die laufenden Instillationen mit Gepan instill eine Verstärkung des Schmerzsyndroms, die auch derzeit durch alternative Therapien bzw. eine Umstellung der bisherigen Schmerzmittel nicht aufzufangen ist, so ist ihm ein weiteres Zuwarten auf den Abschluss des Hauptsacheverfahrens nicht zumutbar.

Das **SG** verpflichtete die Ag. vorläufig, ab 18.02.2009 bis 30.04.2009, längstens bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens, die Kosten einer Versorgung mit dem Medizinprodukt Gepan instill zu übernehmen für eine zweimalige Anwendung pro Woche, und zwar als Sachleistung nach entsprechender ärztlicher Verordnung und bei Bezug über eine deutsche Apotheke.

5. ORTHOMOLEKULARE THERAPIE: LEBENSMITTEL ODER ARZNEIMITTEL OHNE ZULASSUNG

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.11.2010 – L 4 KR 180/10 –

RID 11-01-135

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27, 31 I 1 u. 2, 34 I 1, 92 I 2 Nr. 6, 135 I; AMG §§ 2 I Nr. 1, 21 I

Leitsatz: Eine ambulante orthomolekulare Therapie mit vorangehender Labordiagnostik hat die Krankenkasse nicht als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

SG Konstanz, Urt. v. 07.12.2009 – S 2 KR 182/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

V. Hilfsmittel

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 10-04-B VI (S. 56); 09-04-B VI (S. 48); 07-04-B VI (S. 46).

1. OBERSCHENKELPROTHESE MIT EINEM MIKROPROZESSORGESTEUERTEN KNIEGELENK (SOG. C-LEG)

SG Detmold, Urt. v. 17.02.2010 – S 5 KR 196/08 –

RID 11-01-136

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 143/10 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Eine Versorgung mit einem C-Leg kann in Übereinstimmung mit BSG, Urt. v. 06.06.2002 - B 3 KR 68/01 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 44 nur derjenige beanspruchen, der nach ärztlicher Einschätzung im Alltagsleben dadurch **deutlichere Gebrauchsvorteile** hat. Es ist eine **Einzelfallprüfung** vorzunehmen, ob der Versicherte mit dem konkret begehrten Körperersatzstück, das den neuesten Stand der technischen Entwicklung darstellt, tatsächlich zurecht kommt und dessen Gebrauchsvorteile prognostisch wird nutzen können.

Eine 1941 geb. Versicherte, die als eingeschränkte Außenbereichsgeherin einzustufen ist und bei der eine sechsmonatige Erprobungsphase mit einem C-Leg-Kniegelenk auf das Gangbild keinen wesentlichen Einfluss hatte, erfüllt diese Voraussetzungen nicht.

Das **SG** wies die Klage ab.

SG Detmold, Urt. v. 03.03.2010 – S 5 KR 307/07 –

RID 11-01-137

rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33

Das Maß der **Gebrauchsvorteile** ist anhand der **von Prof. Dr. Wetz aufgestellten Kriterien** in: Der Orthopäde, 2005 („Einfluss des C-Leg-Kniegelenk-Passteiles der Fa. Otto Bock auf die Versorgungsqualität Oberschenkelamputierter“) zu prüfen. Hierbei handelt es sich um folgende Kriterien: 1. Zuwachs an Sicherheit 2. Entlastung der Gegenseite 3. Integration der Prothese in das Körperschema mit Möglichkeit zu geteilter Aufmerksamkeit 4. Variation der Ganggeschwindigkeit 5. Verringerung des Kraftaufwandes 6. Harmonisierung des Gangbildes 7. Reduktion eventueller Hilfsmittelversorgungen.

Die **Versorgungskriterien** sind **erfüllt**, wenn sich nach einer Umstellungsphase unter Zuhilfenahme intensiver Heilmittel die Gebrauchsvorteile, die sich im Rahmen der Probeversorgung und bei der Ganganalyse bereits gezeigt haben, noch weiter verdeutlichen werden.

Das **SG** gab der Klage statt.

2. AUSSTATTUNG MIT WEITEREM THERAPIESTUHL FÜR KINDERGARTENBESUCH

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.09.2010 – L 5 KR 117/09 –

RID 11-01-138

Revision anhängig: B 3 KR 13/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33; SGB IX § 14 IV 1

Der **Kindergartenbesuch** ist ein **Grundbedürfnis**, der es erfordert, dass der Versicherte mittels des Therapiestuhls an den Tischen sitzen und so an den dortigen Aktivitäten teilnehmen kann. Eine Krankenkasse ist daher verpflichtet, ihren Versicherten mit einem Therapiestuhl auszustatten.

Die Ausstattung des Versicherten mit einem **weiteren Therapiestuhl** verstößt auch nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V, wenn ein täglicher Transport des Therapiestuhls von der Wohnung des Versicherten in den Kindergarten nicht in Betracht kommt.

SG Dortmund, Urt. v. 23.04.2009 - S 40 KR 188/07 - gab der Klage des Sozialhilfeträgers statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. THERAPIEDREIRAD FÜR KIND

SG Fulda, Urt. v. 16.12.2010 – S 11 KR 7/09 –

RID 11-01-139

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33

Behinderte sind beim Gebrauch eines Hilfsmittels nicht mit Gesunden vergleichbar. Ein Therapedreirad ist bei behinderten Minderjährigen im Grundschulalter ein geeignetes Hilfsmittel, wenn hierdurch die soziale Integration in die Gruppe Gleichaltriger ermöglicht wird. Die Integration wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass das **Dreirad nur bei Anwesenheit von Erwachsenen genutzt** werden kann.

Das **SG** gab der Klage des 2002 geb. Kl. statt.

4. MULTIFUNKTIONSROLLSTUHL BEI VOLLSTATIONÄRER PFLEGE

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 02.11.2010 – L 11 KR 4896/10 ER-B –

RID 11-01-140

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33; SGG § 86b II

Seit dem **GKV-WSG** hängt der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich bei **stationärer Pflege** nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. Soweit es um die Erfüllung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens geht, soll nach dem Willen des Gesetzgebers deshalb eine Leistungspflicht der GKV auch dann bestehen, wenn durch die Hilfsmittelversorgung ein Behinderungsausgleich bzw. eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft nur noch in eingeschränktem Maße erreicht und eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe nicht mehr ermöglicht werden kann.

Ein **Multifunktionsrollstuhl** fällt als ein Adaptivrollstuhl, da er die Anpassung an die Bedürfnisse des Versicherten ermöglichen soll, schon nach dem Abgrenzungskatalog in die Leistungspflicht der GKV.

SG Reutlingen, Beschl. v. 06.09.2010 - S 14 KR 2675/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., dem Ast. einen Multifunktionsrollstuhl mit geteilten und hochschwenkbaren Armlehnen, einem Sicherheitsgurt, einem Therapietisch, einer Sitz- und Rückenverstellung und mit Kopfstütze zur Verfügung zu stellen.

5. PKW-SCHWENKSITZ

SG Regensburg, Urt. v. 14.07.2010 - S 2 KR 241/09 –

RID 11-01-141

ASR 2010, 266

SGB V §§ 11 I Nr. 4, 33 I 1

Eine Versicherte, die Leistungen nach Pflegestufe III erhält und der es auf Grund ihrer ausgeprägten orthopädischen Behinderungen, ihrer geistigen Einschränkungen und ihrer hochgradigen Sehbehinderung nicht möglich ist, die üblicherweise **im Nahbereich der Wohnung liegenden Stellen** zu erreichen, um Alltagsgeschäfte zu erledigen, hat Anspruch auf Versorgung mit einem PKW-Schwenksitz.

6. ANSPRUCH EINES SEHBEHINDERTEN AUF SOG. TAFELKAMERA

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.11.2010 – L 5 KR 23/10 –

RID 11-01-142

www3.justiz.rlp.de/rechtspr = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33; SGB XII § 54 I 1 Nr. 1; SGB IX § 14

Ein Sehbehinderter hat im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 54 I 1 Nr. 1 SGB XII Anspruch auf Versorgung mit einer Zweitkamera für ein **Bildschirmlesegerät (Tafelkamera)**, wenn diese erforderlich und geeignet ist, ihm den **Schulbesuch** im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht zu ermöglichen oder zu erleichtern.

SG Koblenz, Urt. v. 14.01.2010 - S 5 KR 342/09 - verurteilt die Bekl., die Kl. mit einem Bildschirmlesegerät Sony EVI-D70 als Tafelkamera zu versorgen, das **LSG** wies die Berufung mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. verurteilt wird, die Kosten für eine zweite Kamera zur Ergänzung des vorhandenen Bildschirmlesesystems im Rahmen der Eingliederungshilfe zu übernehmen.

7. MOBILES KAMERALESSESYSTEM FÜR ELFJÄHRIGEN SCHÜLER

SG Aachen, Urt. v. 14.12.2010 – S 13 KR 101/10 –

RID 11-01-143

rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33

Zu den anerkannten Aufgaben der GKV gehört auch die Herstellung und Sicherung der **Schulfähigkeit** eines Schülers bzw. der Erwerb einer elementaren Schulausbildung (BSG, Urt. v. 22.07.2004 - B 3 KR 13/03 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 6 m.w.N.). Eine Krankenkasse hat einen behinderten Schüler jedoch nur dann mit einem der Herstellung oder Sicherung seiner Schulfähigkeit dienenden Hilfsmittel auszustatten, wenn er noch der Schulpflicht unterliegt (BSG, aaO.). Ein **Kameralessesystem** ist auch zum mittelbaren Behinderungsausgleich im Rahmen der Befriedigung dieser Grundbedürfnisse des täglichen Lebens für einen elfjährigen Versicherten notwendig, wenn die Ausstattung mit einem stationären Bildschirmlesegerät zu Hause, der PC-Software „ZoomText“, in der Schule mit einem stationären Kameralessesystem und für den Gebrauch zu Hause und in der Schule mit einer mobil einsetzbaren elektronischen Leselupe nicht mehr den aktuellen Bedürfnissen und Anforderungen im Rahmen der von ihm zu erfüllenden Schulpflicht entspricht.

Das **SG** gab der Klage statt.

8. SCREENREADER (BILDSCHIRMVORLESEPROGRAMM)

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.08.2010 – L 11 KR 3089/09 –

RID 11-01-144

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12, 27, 33, 34

Leitsatz: Versicherte der GKV, die hochgradig sehbehindert sind, können im Rahmen der Hilfsmittelversorgung einen Anspruch auf Versorgung mit einem Screenreader (Bildschirmvorleseprogramm) haben.

SG Ulm, Urt. v. 26.05.2009 - S 1 KR 3985/07 - gab der Klage des 1946 geb. und nahezu blinden Kl. statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

9. BADEWANNENLIFTER: GRUNDBEDÜRFNIS DER ELEMENTAREN KÖRPERPFLEGE

LSG Sachsen, Urt. v. 17.05.2010 – L 1 KR 210/09 –

RID 11-01-145

juris

SGB V §§ 12 I, 33 I

Zum Grundbedürfnis der elementaren Körperpflege, das der Befriedigung eines **Grundbedürfnisses** des täglichen Lebens dient, gehört auch die gründliche **Reinigung des Körpers**. Dabei stellt das Benutzen eines Wannenbades - im heutigen Sprachgebrauch das **Baden** - nur eine Form der gründlichen Körperreinigung dar. Eine andere Form ist das Nehmen eines Brausebades - im heutigen Sprachgebrauch das **Duschen**. Baden und Duschen sind nichts kategorial Verschiedenes, sondern nur unterschiedliche Ausgestaltungen der gründlichen Reinigung des Körpers (vgl. BSG, Urt. v. 13.02.1975 - 3 RK 35/74 - SozR 2200 § 187 Nr. 3). Insofern kommt es für den Anspruch auf Versorgung mit einem **Badewannenlifter** darauf an, ob der Versicherte dieses Grundbedürfnis der elementaren Körperpflege nicht auch durch Duschen befriedigen kann.

SG Leipzig, Urt. v. 01.09.2009 – S 8 KR 207/08 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

10. CPM-SCHULTERGELENKBEWEGUNGSSCHIENE

SG Lüneburg, Urt. v. 23.11.2010 – S 6 KR 275/08 –

RID 11-01-146

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 II 1, IV, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 33 I 1, IV 1, 82 I; BMV-Ä § 30 VIII; EKV-Ä § 16 VIII

Eine Krankenkasse hat die Kosten für die Miete einer **CPM-Schultergelenkbewegungsschiene** zu erstatten, wenn der Versicherte im Glauben war, eine Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten.

Aus **§ 30 VIII BMV-Ä/§ 16 VIII EKV-Ä** ergibt sich keine Verpflichtung des gesetzlich Krankenversicherten, ein vertragsärztlich verordnetes Hilfsmittel vorab von der Krankenkasse **genehmigen** zu lassen. Diese Vorschriften regeln die Modalitäten der Abgabe. **Adressat ist der abgebende Leistungserbringer** und nicht der die Leistung erhaltende Versicherte (Leistungsempfänger). Unabhängig davon wäre bereits zweifelhaft, ob sich aus den zwischen der KBV und den Krankenkassen geschlossenen Verträgen überhaupt Verpflichtungen der Versicherten ergeben können.

Das **SG** gab der Klage statt. Die Entscheidung wird in juris als Urteil des SG Braunschweig angegeben.

VI. Häusliche Krankenpflege

Zur weiteren Rspr. des **BSG** s. zuletzt RID 10-04-B VII (S. 58); 09-04-B VII (S. 52); 06-04-B VII (S. 64).

24 STUNDEN BEHANDLUNGSPFLEGE (BEATMUNG)

LSG Hessen, Urt. v. 09.12.2010 – L 1 KR 187/10 –

RID 11-01-147

SGB V § 37 II 1; SGB XI §§ 13 II, 31, 36, 37

Leitsatz: Bei Beatmungspflegepatienten, die einer 24-stündigen Beatmungspflege durch ein qualifiziertes Pflegepersonal bedürfen, kommt eine Anrechnung von Zeiten der Grundpflege auf die Zeiten der Behandlungspflege nicht in Betracht, wenn die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Angehörige erbracht werden.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege und Pflegegeld stehen insoweit nach Leistungserbringung und Zuständigkeit getrennt uneingeschränkt nebeneinander.

SG Kassel, Urt. v. 11.07.2007 – S 12 KR 302/06 – verpflichtete d. Bekl., die Tochter der Kl. im Zeitraum vom 01.10.2006 bis 30.09.2007 im gesetzlichen Umfang über die bisherige vorläufige Leistungserbringung hinaus endgültig von den Kosten der der Tochter verordneten 24-stündigen Behandlungspflege freizustellen. Das **LSG** wies die Berufung unter Abänderung des Tenors im Wesentlichen zurück.

Vgl. BSG, Urt. v. 17.06.2010 - B 3 KR 7/09 R - und aus der Instanzenpraxis zuletzt RID 10-03-B.VII.1 (S. 54 f.); LSG Bayern, Beschl. v. 29.01.2010 – L 5 KR 404/09 B ER – RID 10-02-133; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.05.2009 - L 4 KR 4793/07 – RID 09-03-124 (Revisionsentscheidung: BSG, aaO.); RID 09-01-B.VIII.1. u. 2 (S. 55 f.).

Parallelverfahren: SG Kassel, Urt. v. 11.07.2007 – S 12 KR 70/07 –

LSG Hessen, Urt. v. 09.12.2010 – L 1 KR 189/10 –

www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 11-01-148

VII. Rehabilitation/Fahrkosten

Zur weiteren BSG-Rspr. s. zuletzt RID 10-04-B VIII (S. 58); 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. REHA-MAßNAHMEN

A) REHA-MAßNAHME NUR BEI EINWILLIGUNG IN ANSCHLIEßENDE AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE

LSG Hessen, Urt. v. 28.04.2009 – L 8 KR 370/07 –

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 11 II, 40 I

RID 11-01-149

Es besteht kein Anspruch auf **stationäre Reha-Maßnahme** ohne **vorherige Einwilligung in eine anschließende ambulante tiefenpsychologisch fundierte (aufdeckende) Psychotherapie**, wenn ohne diese anschließende Therapie keine hinreichende Aussicht auf das Erreichen der Reha-Ziele durch eine stationäre Reha-Maßnahme besteht. Reha-Maßnahmen dürfen nur bewilligt werden, wenn sie geeignet sind, die angestrebten Ziele nach § 40 I i.V.m. § 11 II 1 SGB V zu erreichen.

SG Frankfurt a. M., Gerichtsb. v. 27.11.2007 - S 25 KR 278/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 06.08.2009 - B 1 KR 102/09 B - BeckRS 2009, 69175 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück, weil sie kein zugelassener Prozessbevollmächtigter i.S. des § 73 IV SGG eingelegt habe.

B) REHABILITATIONSSPORT BEI QUERSCHNITTLÄHMUNG

SG Detmold, Urt. v. 24.11.2010 – S 5 KR 172/09 –

rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 11 II 1, 43 I; SGB IX § 44 I Nr. 3

RID 11-01-150

Ein Versicherter hat aufgrund der durch eine Querschnittslähmung verursachten Beeinträchtigungen Anspruch auf Rehabilitationssport in Gruppen, um das Ziel der Rehabilitation dauerhaft zu sichern, wenn zwischenzeitlich die Förderung für einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren eingestellt war.

Das **SG** gab der Klage statt.

2. MUTTER-KIND-MAßNAHME: GESUNDHEITLICHE BELASTUNGEN AUS DER STELLUNG ALS MUTTER

SG Karlsruhe, Urt. v. 28.10.2010 – S 3 KR 2544/09 –

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 23 I, 24 I

RID 11-01-151

Nach dem systematischen Kontext der §§ 23, 24 SGB V ist **Zweck der Leistungen** nach § 24 SGB V die Reduzierung von gesundheitlichen Belastungen, die wesentlich aus der Eltern-Kind-Beziehung herrühren. Ziel der Leistungen kann mithin deshalb nur die Minderung solcher gesundheitlicher Belastungen sein, die in wesentlicher Hinsicht durch **gesundheitliche Belastungen aus der Stellung der Versicherten als Mutter eines oder mehrerer Kinder** verursacht und/oder aufrecht erhalten werden. Zweck der Leistungen in diesem Sinne ist mithin, im Rahmen stationärer Vorsorgeleistungen durch ganzheitliche Therapieansätze unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und

gesundheitsfördernder Hilfen den spezifischen Gesundheitsrisiken von Müttern und Vätern entgegenzuwirken.

Eine Leistung nach § 24 SGB V kann dann nicht beansprucht werden, wenn das Vorsorgeziel mit anderen, auch ambulanten Maßnahmen ebenso erreicht werden kann. Allerdings kann dies nicht ausschließlich nach den Möglichkeiten der medizinischen Versorgung selbst zu beurteilen sein, sondern danach, ob die Versicherten dem sie gesundheitlich belastenden Einfluss ihrer Kinder bzw. ihrer spezifischen Rolle als Erziehender weiter ausgesetzt sind oder ob sie jedenfalls **für die Dauer einer Vorsorgemaßnahme Entlastung erfahren sollen** und deshalb eine ambulante Maßnahme am Wohnort gerade wegen der aus der Eltern-Kind-Beziehung herrührenden gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht geeignet entgegenwirken kann.

Für die Beurteilung, ob eine **Ermessensreduzierung auf Null** angenommen werden kann, ist maßgebend, ob bei fehlendem wesentlichen Erkrankungsrisiko des Kindes die zu gewährende Leistung tatsächlich und/oder rechtlich zumutbar ohne das Kind nicht durchgeführt werden kann.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine stationäre Mutter-Kind-Maßnahme zu gewähren.

3. FAHRKOSTEN

A) KONTROLLUNTERSUCHUNGEN NACH EINER HERZTRANSPLANTATION

LSG Thüringen, Urt. v. 01.12.2009 - L 6 KR 1179/06 –

RID 11-01-152

juris = NZS 2010, 506

SGB V §§ 60, 92 I 2 Nr. 12, 115a II 2 bis 4; KrTrRL

Leitsatz: Kontrolluntersuchungen nach einer Herztransplantation sind keine nachstationären Behandlungen. Untersuchungen zwischen viermal und zweimal jährlich erfüllen auch nicht die Voraussetzungen einer „hohen Behandlungsfrequenz“ im Sinne der Krankentransport-Richtlinien (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.01.2006 – L 5 KR 65/05 – RID 06-02-106).

SG Gotha, Urt. v. 14.11.2006 – S 3 KR 2480/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) KEINE KOSTEN FÜR TRANSPORT EINER EIGENBLUTENTNAHME

SG Aachen, Urt. v. 01.02.2011 – S 13 KR 240/10 –

RID 11-01-153

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I 3, 60

Die **präoperative Eigenblutentnahme** ist der Krankenhausbehandlung i.S. des § 39 I 3 SGB V zuzuordnen, ist also eine Krankenhausleistung (BSG, Urt. v. 22.06.1994 - 6 RKa 34/93 - BSGE 74, 263 = SozR 3-2500 § 116 Nr. 9). Fallen der Ort der Operation und der Ort der Eigenblutentnahme auseinander und gibt es aus Sicht der operierenden Ärzte medizinisch zwingende Gründe, die die Eigenblutentnahme an einem anderen Ort als dem der Operation notwendig machen, so haben die Krankenhausärzte auch dies zu veranlassen, einschließlich des Transports der Eigenblutkonserve vom Ort der Entnahme zum Ort der Operation. Es handelt sich dann sowohl bei der Blutentnahme als auch bei dem Transport um vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter, die gemäß § 2 II 1 und 2 Nr. 2 KHEntgG bzw. BPfIV allgemeine **Krankenhausleistungen** sind, die durch die vereinbarte Vergütung durch die Krankenkasse versicherten Patienten abgegolten werden.

Sind dagegen Eigenblutspende und insbesondere die Kosten des Transports der Eigenblutkonserven **nicht vom Krankenhaus** als für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig befunden und (als Leistungen Dritter) **veranlasst** worden, handelt es sich **nicht um allgemeine Krankenhausleistungen**.

§ 60 SGB V bezieht sich nur auf **Fahrten der Versicherten selbst** und die dadurch entstehenden Kosten. Weder die Leistung „Transport von Eigenblut“ noch die durch den Transport der Eigenblutkonserven mit einem Bluttaxi entstehenden Kosten lassen sich unter § 60 SGB V subsumieren (anders SG Düsseldorf, Urt. v. 31.03.2009 – S 4 KR 163/07 – RID 10-02-137).

Das **SG** wies die Klage ab.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen

Nach BSG, Urt. v. 25.11.2010 - **B 3 KR 1/10 R** - handelt eine **Schiedsperson** beim Erlass des Schiedsspruchs nach **§ 132a II SGB V** nicht als „Behörde“ i.S. des § 1 II SGB X, sondern als „Vertragshelfer“; ihr Schiedsspruch stellt deshalb keinen Verwaltungsakt dar, die gegen ihn gerichtete Klage ist unzulässig. Ein Schiedsspruch verletzt nicht den Grundsatz der Wahrung der Beitragsstabilität; wenn er auf den Gesamtanstieg der Grundlohnsummen 2001 bis 2007 abstellt. Nach BSG, Urt. v. 25.11.2010 - **B 3 KR 6/10 R** - kann eine Krankenkasse **Einbehalte zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung** nach § 140d I 1 SGB V vornehmen, wenn die Verträge überhaupt noch nicht geschlossen sind und die Verträge nicht die inhaltlichen Mindestvoraussetzungen erfüllen.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 10-04-B IX (S. 60); 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. 25.11.2010 - **B 3 KR 4/10 R** - kann nach Ziff. D003b der Deutschen Kodierrichtlinien 2004 eine **Nebendiagnose** kodiert werden, wenn eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur (hier: die Lungenteilresektion) beeinflusst und dadurch das Patientenmanagement durch therapeutische oder diagnostische Maßnahmen bzw. wegen eines erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwandes geändert wird; die ICD I 80.2 kann nicht kodiert werden, wenn es sich nur um einen „Zustand nach Thrombose“ und nicht mehr um ein akutes Krankheitsgeschehen handelt.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 10-04-B X.1 (S. 60 f.); 09-04-B X.1 (S. 53); 08-04 B VIII.1 (S. 42); 07-04-B IX 1 (S. 52).

A) BVERFG: ABSCHLAG VON 5 % VERFASSUNGSGEMÄß

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 09.09.2010 – 1 BvR 2005/10 u. 1 BvR 2006/10 -

RID 11-01-154

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

KHEntgG § 8 IX; GG Art. 12, 14, 74 I Nr. 12 u. 19a, II

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 20.04.2010 – B 1 KR 19/09 R, SozR 4-5562 § 8 Nr. 1 - u. B 1 KR 20/09 R – wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Der **Bundesgesetzgeber** war für den Erlass des Rechnungsabschlags nach § 8 IX KHEntgG zuständig. Seine **Gesetzgebungskompetenz** ergibt sich bereits aus Art. 74 I Nr. 12 i.V.m. Art. 72 II GG. Auch Regelungen zur Finanzierung der Sozialversicherung können auf diese Zuständigkeitsvorschrift gestützt werden (vgl. BVerfGE 75, 108 <146 ff.>; 114, 196 <221> = SozR 4-2500 § 266 Nr. 9), wobei die Regelungsbefugnis neben der Normierung von Beiträgen im engeren Sinne auch sonstige Regelungen zur finanziellen Entlastung der Sozialversicherungssysteme umfasst (vgl. BVerfGE 114, 196 <221>). Darüber hinaus kann die Zuständigkeit des Bundes zum Erlass der Norm auch auf Art. 74 I Nr. 19a in Verbindung mit Art. 72 II GG gestützt werden. Denn diese Kompetenzzuweisung umfasst allgemein die Entgelte für teilstationäre und stationäre Krankenhausbehandlung (vgl. BVerfGE 114, 196 <222>).

§ 8 IX KHEntgG ist als **Berufsausübungsregelung** auch inhaltlich **verfassungsgemäß**. Die Regelung bezweckt die finanzielle Stabilisierung und Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die angegriffene Regelung ist insbesondere erforderlich.

Angesichts der geringen Höhe des Abschlags erscheint es auch eher fernliegend, dass mit ihm eine **besondere Belastung** verbunden sein könnte.

B) OPERATION DURCH NICHT AM KRANKENHAUS ANGESTELLTEN VERTRAGSARZT

SG Kassel, Urt. v. 24.11.2010 – S 12 KR 166/10 –

RID 11-01-155

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 4/11 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 107, 108, 109, 115b; KHEntgG §§ 2 II Nr. 3, 18

Der Anspruch auf Vergütung setzt voraus, dass die Leistungen durch die Krankenhausärzte erbracht worden sind. Werden sie von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht, besteht kein Vergütungsanspruch (Anschluss an LSG Sachsen, Urt. v. 30.04.2008 – L 1 KR 103/07 – RID 08-03-154 <Revision zurückgenommen>; gegen SG Fulda, Urt. v. 19.01.2010 - S 4 KR 495/06 - RID 11-01, Berufung anhängig beim LSG Hessen - L 1 KR 77/10 -).

Die **bekl. Krankenkasse lehnte die Zahlung** (4.369,01 €) **ab**, weil die vollstationäre Behandlung ihres Versicherten als Wirbelsäulenoperation nach der DRG-Fallpauschale I53Z (nach dem Fallpauschalenkatalog 2006: Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten, mit komplexem Eingriff) **nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses** und damit systemfremd erbracht worden und insoweit nicht abrechnungsfähig sei. Dies wiederum deshalb, weil die der Abrechnung zu Grunde liegende DRG in den Budgetverhandlungen, bezogen auf den streitigen Zeitraum, nicht vereinbart worden sei. Grund hierfür sei gewesen, dass - wie auch vorliegend erfolgt - die insoweit durchzuführende operative Behandlung eben nicht selbst vom Krankenhaus erbracht werde, sondern **von einem externen Arzt**, hier durch

den Neurochirurgen Dr. med. D., einem niedergelassenen Vertragsarzt, der seine Praxis im 2. Stock des Krankenhauses habe und im streitigen Zeitraum **weder zugleich Belegarzt noch Angestellter des Krankenhauses** gewesen sei.

Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren: SG Kassel, Urt. v. 24.11.2010 – S 12 KR 168/10 – RID 11-01-156

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 5/11 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG Kassel, Urt. v. 24.11.2010 – S 12 KR 167/10 – RID 11-01-157

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 4/11 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG Kassel, Urt. v. 24.11.2010 – S 12 KR 103/10 – RID 11-01-158

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 2/11 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG Fulda, Urt. v. 19.01.2010 - S 4 KR 495/06 - RID 11-01-159

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 77/10 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 107, 108, 109, 115b; KHEntgG §§ 2 II Nr. 3, 18

Leitsatz: 1. Die **Behandlungsberechtigungen eines Krankenhauses** werden durch den Versorgungsauftrag bestimmt, der für Plankrankenhäuser durch den **Landes-Krankenhausplan** i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung definiert wird. Budgetvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen können den so festgelegten Versorgungsauftrag nicht einschränken.

2. Der Umfang eines **Versorgungsvertrages** bestimmt sich nach von ihm umfassten **medizinischen Disziplinen**, deren Inhalt sich nach der jeweilige Weiterbildungsordnung für Ärzte richtet. In diesem Rahmen ist ein Krankenhaus zur Leistungserbringung berechtigt.

3. Ein Krankenhaus kann im Rahmen seines Versorgungsauftrages grundsätzlich **unbegrenzt Dritte zur Leistungserbringung heranziehen** und ist nicht verpflichtet, nur bei ihm unmittelbar beschäftigte Ärzte oder Belegärzte zur Leistungserbringung einzusetzen.

Das **SG** gab der Klage des Krankenhauses auf Zahlung von 4.982,78 € für die stationäre Behandlung statt.

C) KRANKENHAUSBEHANDLUNGSBEDÜRFTIGKEIT UND RISIKO AMBULANTER OPERATION

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 01.07.2010 – L 5 KR 82/08 – RID 11-01-160

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 12 I 1, 39 I 2, 109 IV 3, 115b I 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Allein die Möglichkeit, dass sich im Rahmen der **ambulanten Behandlung** wegen vorhandener Begleiterkrankungen eine neue Situation ergeben könnte, rechtfertigt nicht, von vornherein eine stationäre Behandlung zu planen.

2. Insbesondere bei „Grenzfällen“ im Spannungsverhältnis von Patientenrisiko, Arzthaftung und Kostenbewusstsein ist eine sorgfältige **Dokumentation** der tatsächlichen medizinischen Befunde und der für die Entscheidung zur stationären Aufnahme maßgeblichen Gesichtspunkte unerlässlich, wenn die strittige Operation grundsätzlich ambulant durchführbar ist.

3. Wenn das Krankenhaus zum ambulanten Behandeln zugelassen ist, kann beim Auftreten von **Komplikationen bei einer ambulanten Operation** dadurch **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** eintreten und eine stationäre Aufnahme erfolgen und abgerechnet werden.

Das klagende Krankenhaus begehrte die Zahlung von 433,99 € für eine operative Zahnwurzelentfernung, stationär am 21./22.02.2005 durchgeführt. Es trug vor, zwar habe es sich bei dem Eingriff um eine Operation des Katalogs nach § 115b SGB V der Kategorie I, d.h. um eine in der Regel ambulant durchzuführende Operation, gehandelt. Es habe sich aber um eine **Hochrisikopatientin** gehandelt. Bei ihr könnten bereits geringste Sedierungsgrade eine ausgeprägte Tonusminderung der Muskulatur der oberen Atemwege und damit eine Atemwegsobstruktion hervorrufen. Die Patientin leide darüber hinaus unter Diabetes mellitus Typ II, Herzrhythmusstörungen, rheumatischer Arthritis, Asthma bronchiale und einem ausgeprägten Schlafapnoe-Syndrom. Darüber hinaus habe ein hochgradiges Übergewicht bestanden. Aus diesen Gründen habe die behandelnde Anästhesistin eine stationäre Aufnahme der Patientin für erforderlich gehalten. **SG Lübeck**, Urt. v. 22.05.2008 - S 3 KR 27/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

D) POLYSOMNOGRAPHIE NUR ALS AMBULANTE BEHANDLUNG/SECHSWÖCHIGE PRÜFFRIST

SG Braunschweig, Urt. v. 07.09.2010 – S 40 KR 504/07 – RID 11-01-161

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I 2, 275 I c 2

Leitsatz: 1. Eine Polysomnographie im Schlaflabor kann und muss im Regelfall ambulant durchgeführt werden.

2. Die Sechswochenfrist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V ist keine (vom Gericht zu beachtende) Einwendungsausschlussfrist.

Das **SG** wies die Klage des Krankenhauses ab.

E) MYELOABLATIVE THERAPIE/ORDNUNGSGEMÄßE RECHNUNG

SG für das Saarland, Urt. v. 01.10.2010 – S 1 KR 1964/02 –

RID 11-01-162

juris

SGB V §§ 14, 12, 109; BPfIV § 11

Leitsatz: 1. Trotz nicht regelmäßig maximaler toxischer Konditionierung liegt eine **myeloablative Therapie** auch dann vor, wenn der/die Versicherte aufgrund einer Vorschädigung bzw. einer Vorbehandlung unter einer Einschränkung der Hämatopoese und/oder des Immunsystems leidet, die dazu führt, dass die höchstmögliche Dosierung der knochenmarkzerstörenden Mittel den gleichen Effekt hat wie bei anderen Patienten die regelmäßig maximale Dosis.

2. Die **Abrechnung** einer solchen Behandlung hängt weder von der Anwendung der Kodierrichtlinien ab noch von der Frage, ob die gefundene Form der Vergütung leistungsgerecht ist. Entscheidend ist allein, ob die Voraussetzungen der Abrechnungsnorm (hier: Fallpauschale FP 11.01) erfüllt sind.

3. Der Zahlungsanspruch (Anm.: gemeint ist die **Zahlungsverpflichtung**) einer Krankenkasse hängt auch vom Vorliegen einer ordnungsgemäßen Rechnung ab.

Das **SG** wies die Klage des Krankenhauses ab.

Zur **myeloablative Therapie** s. zuletzt LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.07.2010 – L 9 KR 244/06 – RID 10-04-137; LSG Hessen, Urt. v. 24.05.2007 – L 8/14 KR 26/04 – RID 07-03-165 (BSG, Beschl. v. 07.11.2007 - B 3 KR 21/07 B – BeckRS 2007, 48788 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück); LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 01.06.2006 - L 1 KR 142/04 – juris.

F) BEHANDLUNG AUF APHASIESTATION IM UNIVERSITÄTSKLINIKUM AACHEN

SG Aachen, Urt. v. 11.01.2011 – S 13 KR 55/10 –

RID 11-01-163

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3, 112 II Nr. 1

Die **Aphasiespezialbehandlung** verlangt einen stationären Aufenthalt, da nur so die **Intensität der multimodalen Förderung** erreicht werden kann, die wiederum die Voraussetzung für signifikante Fortschritte ist. Dieses Therapieprinzip ist nicht nur logopädisch, physiotherapeutisch und neuropsychologisch isoliert zu rechtfertigen; vielmehr stellen das Zusammenwirken, ergänzt durch Mileuthérapie mit In-Vivo-Training, Notwendigkeiten dar, um die anerkannten Fortschritte bei der Aphasietherapie von Patienten mit schwersten Schädigungen im Bereich des Sprachzentrums zu erreichen. Ein entsprechendes Setting liegt am **Universitätsklinikum Aachen** vor, wobei diese hochintensive Therapie weit über die Intensität einer üblichen Rehabilitation hinausgehe.

Das **SG** wies die Klage ab.

G) KODIERUNG NACH NIKOTINGEBRAUCH DER MUTTER IN DER SCHWANGERSCHAFT

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.10.2010 – L 5 KR 225/09 –

RID 11-01-164

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV 3; KHEntg § 7 I; KHG § 17b

Bei **starkem Nikotingebrauch der Mutter in der Schwangerschaft** kann nicht die ICD P96.1 als Nebendiagnose kodiert werden, da der ICD-10-GM, Version 2007, zwischen Drogen einerseits und Tabak andererseits differenziert.

Das Kind I wurde 2007 im Krankenhaus geboren und anschließend dort stationär behandelt. Infolge des Nikotingenusses seiner Mutter (bis zu 80 Zigaretten täglich) während der Schwangerschaft zeigte sich bei dem Kind eine leichte Entzugssymptomatik. Die Klinik verlangte eine Vergütung von insgesamt 7.923,07 €. Sie kodierte als Hauptdiagnose ICD P05.0 („für das Gestationsalter zu leichte Neugeborene“) und als Nebendiagnose ICD P96.1 („Entzugssyndrom beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter“) und machte die DRG P66B geltend. Nach Zahlung hielt die Bekl. nur den Betrag von 4.848,01 € für angemessen, da nach Aussage des MDK anstelle der Nebendiagnose ICD P96.1 die Nebendiagnose ICD P04.2 („Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Tabakkonsum der Mutter“) richtig sei. Aus sozialmedizinischer Sicht handele es sich bei dem Tabakkonsum der Mutter von bis zu 80 Zigaretten täglich um eine Inhalation schädlicher Stoffe und nicht um eine „Einnahme von Drogen“. Nach Verrechnung durch die Bekl. machte die Kl. die Differenz von 3.065,11 € geltend. **SG Koblenz**, Urt. v. 22.09.2009 - S 3 KR 285/08 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

H) KEINE MEDIZINISCHE BEWEISERHEBUNG BEI FEHLENDER EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

SG Neuruppin, Urt. v. 22.06.2010 – S 20 KR 104/07 –

RID 11-01-165

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 106 III Nr. 2, 109 IV 3, 275 I, 278 I 1, 301 I; GG Art. 1 I, 2 I

Kann ein Krankenhaus die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht nachweisen, so besteht nach **Beweislastgrundsätzen** kein Vergütungsanspruch.

Eine Beweiserhebung durch **Sachverständigengutachten** setzt zur Überwindung der datenschutzrechtlichen Restriktionen das **Einverständnis der Versicherten** voraus. Ob eine weitere medizinische Aufklärung auch ohne dieses Einverständnis auf Grundlage einer gesetzlichen Bestimmung erfolgen darf, kann letztlich offenbleiben, da es an einer entsprechenden Rechtsgrundlage fehlt (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2008 - B 6 KA 37/07 R - BSGE 102, 134 = SozR 4-2500 § 295 Nr. 2, wonach in anderem Zusammenhang das Einverständnis des Versicherten nicht genügt).

Die **Beiziehung der Behandlungsunterlagen durch das Gericht** stellt sich der Versicherten gegenüber als Eingriff in ihr **Recht auf informationelle Selbstbestimmung** dar. Auch das Gericht steht als grundrechtsverpflichtet nicht außerhalb des Schutzbereichs des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 1 III GG). Unabhängig von einer denkbaren Grundrechtsverletzung ist es jedenfalls nicht schlechthin ausgeschlossen, dass die Beiziehung der Behandlungsunterlagen ohne Einverständnis bzw. Rechtsgrundlage ein Beweisverwertungsverbot zur Folge hat.

Das **SG** wies die Klage ab.

I) PRÜFVERFAHREN ZUR KLÄRUNG DES VERGÜTUNGSANSPRUCHS GEGEN KRANKENKASSE

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.09.2010 – L 5 KR 90/09 –

RID 11-01-166

juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 2, 275 I Nr. 1; BGB § 242

Leitsatz: 1. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses steht unter dem Vorbehalt von § 242 BGB.

2. Die dauerhaften Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse verpflichten diese zu **gegenseitiger Rücksichtnahme**. Dabei ist bei der Klärung des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses für die Behandlung von bei der Krankenkasse Versicherten auf einen beiderseits möglichst geringen Verwaltungsaufwand zu achten und die Durchführung eines ordnungsgemäßen Prüfverfahrens nicht zu erschweren.

SG Itzehoe, Urt. v. 23.09.2009 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

J) AUFWANDSPAUSCHALE § 275 I c 3 SGB V AUCH BEI BEHANDLUNG VOR APRIL 2007

SG Fulda, Urt. v. 20.12.2010 – S 4 KR 112/09 –

RID 11-01-167

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 I c 3

§ 275 I c 3 SGB V gilt für **jede Prüfung** durch den MDK, die **nach dem 31.03.2007** durchgeführt, zumindest aber seitens einer Krankenkasse nach diesem Zeitpunkt in Gang gesetzt worden ist und nicht zu einer Änderung der Abrechnung führt; sie löst einen Anspruch eines Krankenhauses auf Zahlung der Aufwandspauschale aus. Diesem Anspruch steht nicht entgegen, dass der **stationäre Aufenthalt** einer Versicherten **vor dem 01.04.2007** begonnen hatte oder gar bereits beendet war.

Soweit insb. **BSG**, Urt. v. 22.06.2010 – B 1 KR 29/09 R – SozR 4-2500 § 275 Nr. 4 postuliert, ein Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale könne nur bezüglich solcher Behandlungen entstehen, die durch stationäre Aufnahme nach dem 31.03.2007 begonnen hätten, **vermag sich die Kammer dem nicht anzuschließen**.

Die Kl. behandelte in der Zeit vom 22. bis 28.03.2007 die bei der Bekl. Versicherte im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes. Mit Rechnung vom 04.04.2007 machte die Kl. die entsprechende Vergütung geltend. Diesbezüglich leitete die Beklagte ein Überprüfungsverfahren durch den MDK ein, in dem dieser zu dem Ergebnis kam, dass die Abrechnung durch die Kl. korrekt vorgenommen worden sei. Daraufhin glich die Bekl. den vollständigen Rechnungsbetrag aus. Mit Rechnung v. 06.09.2009 stellte die Bekl. ergebnislos eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 € in Rechnung. Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. 100 € nebst Zinsen zu zahlen.

K) FÄLLIGKEIT/VERZUGSZINSEN/AUSKUNFTSERTEILUNG/AUFRECHNUNG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 03.06.2010 – L 5 KR 28/10 –

RID 11-01-168

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = SchlHA 2010, 367 = NZS 2011, 23 (Ls.)

SGB V §§ 112 II 1 Nr. 1 u. 2, 275 I Nr. 1; BGB § 288

Leitsatz: 1. Die **Fälligkeit** des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse für die stationäre Behandlung von deren Versicherten tritt 14 Tage nach Rechnungseingang bei der Krankenkasse unabhängig davon ein, ob ein Prüfungsverfahren zur Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung noch eingeleitet werden soll oder ein solches noch nicht abgeschlossen ist. Bei Zahlungsverzug können **Verzugszinsen** berechnet werden.

2. Das Krankenhaus ist verpflichtet, der Krankenkasse die nötigen **Auskünfte** für das Prüfungsverfahren bei Zweifeln an der Abrechnung in begründeten Einzelfällen zu geben, die wiederum von der Krankenkasse in ihrem Auskunftersuchen einzelfallbezogen genannt werden müssen.

3. Die Krankenkassen können nach Bezahlung der Rechnung **Erstattungsansprüche** geltend machen und diese gegen laufende Krankenhausrechnungen **aufrechnen**.

SG Itzehoe, Urt. v. 23.09.2009 - S 1 KR 87/07 - gab der Klage teilweise statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

2. ARZNEIMITTELHERSTELLER

A) BVERFG: RABATTVERTRÄGE/FESTBETRAGSFESTSETZUNG UND WIRTSCHAFTLICHKEIT DES ANGEBOTS

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 01.11.2010 – 1 BvR 261/10 –

RID 11-01-169

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

SGB V § 69 II 1 HS 1; GWB §§ 19, 20, 97 ff.; GG Art. 2 I, 3 I, 12 I

Die Verfassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 08.10.2009 – L 21 KR 44/09 SFB – RID 10-01-161 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Das Grundrecht der **Berufsfreiheit** umfasst auch die Freiheit, das **Entgelt** für berufliche Leistungen **selbst festzusetzen** oder mit den Interessenten auszuhandeln (vgl. BVerfGE 101, 331 <347>; 106, 275 <298>; 117, 163 <181>). Erfolgt die unternehmerische Berufstätigkeit am Markt nach den Grundsätzen des Wettbewerbs, wird die Reichweite des Freiheitsschutzes auch durch die rechtlichen Regeln mitbestimmt, die den Wettbewerb ermöglichen und begrenzen. Art. 12 I GG sichert in diesem Rahmen die Teilhabe am Wettbewerb nach Maßgabe seiner Funktionsbedingungen (vgl. BVerfGE 105, 252 <265>). Dagegen umfasst das Grundrecht keinen Anspruch auf Erfolg im Wettbewerb und Sicherung **künftiger Erwerbsmöglichkeiten** (vgl. BVerfGE 106, 275 <299>; 116, 135 <152>).

Die **Vergabe eines öffentlichen Auftrags** an einen Mitbewerber und die der Vergabeentscheidung zugrunde gelegten Kriterien berühren grundsätzlich nicht den Schutzbereich der **Berufsfreiheit** des erfolglosen Bewerbers. Bei der Vergabe eines öffentlichen Auftrags beeinflusst die handelnde staatliche Stelle den Wettbewerb nicht von außen, sondern wird selbst auf der Nachfrageseite wettbewerblich tätig und **eröffnet** so einen **Vergabewettbewerb** zwischen den potentiellen Anbietern. Dabei ist es grundsätzlich Sache des Nachfragers, nach welchen Kriterien und in welchem Verfahren er das günstigste Angebot auswählt. Dementsprechend trägt ein Wettbewerber auf der Angebotsseite stets das Risiko, dass seinem Angebot ein anderes, für den Nachfrager günstigeres vorgezogen wird (vgl. BVerfGE 116, 135 <151 f.>).

Die **Marktstellung der ausschreibenden AOK** mag dazu führen, dass sich pharmazeutische Unternehmen deshalb veranlasst sehen, eine Festbetragsüberschreitung zu vermeiden. Die Berechnungsformel berücksichtigt eine etwaige Überschreitung des Festbetrags aber nicht zu dem erkennbaren Zweck, einer solchen Überschreitung generell entgegenzuwirken, sondern zielt darauf ab, die **Wirtschaftlichkeit des Angebots** im Hinblick auf den abzuschließenden Rabattvertrag zu ermitteln. Etwaige Auswirkungen auf die allgemeine Preisgestaltung der am Vergabeverfahren teilnehmenden pharmazeutischen Unternehmen stellen sich lediglich als **Reflex** dar. Dabei kommt es für die Frage nach dem Vorliegen eines Eingriffs in die Berufsfreiheit nicht entscheidend darauf an, ob es andere Bewertungsmöglichkeiten gegeben hätte. Auch die **besondere Marktmacht der AOK** ändert an der Beurteilung nichts (vgl. BVerfGE 116, 135 <153>).

Einer staatlichen Stelle, die einen öffentlichen Auftrag vergibt, ist es aufgrund des **Gleichheitssatzes** verwehrt, das Verfahren oder die Kriterien der Vergabe willkürlich zu bestimmen (vgl. BVerfGE 116, 135 <153>).

B) RAHMENVEREINBARUNG ÜBER PARENTERALE ZUBEREITUNG AUS FERTIGARZNEIMITTELN IN DER ONKOLOGIE

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 14.10.2010 – L 1 SF 191/10 B Verg –

RID 11-01-170

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 69 I 1, 129 III 3, V 1 u. 3, Vc; GWB §§ 97 VI, VII, 98 Nr. 2, 107 II, 118 I 3, 121 I 1 u. 3; ApoG § 11 II

Leitsatz: 1. Ein stattgebender Beschluss nach § 118 Abs. 1 S. 3 GWB über die Verlängerung der **aufschiebenden Wirkung** der Beschwerde im gerichtlichen Vergabenaachprüfungsverfahren steht nicht zwingend einer **späteren Zuschlagsgestattung** nach § 121 GWB entgegen.

2. § 129 Abs. 3 S. 3 SGB V erlaubt für den Bereich der **parenteralen Zubereitungen** zu onkologischen Behandlungen als speziellerer Vorschrift den **Abschluss von Einzelverträgen**, auch wenn diese zwangsläufig von den rahmenvertraglichen Regelungen auf Grundlage des § 129 Abs. 2 SGB V und den ergänzenden Verträgen auf Landesebene (§ 129 Abs. 5 S. 1 SGB V) abweichen. Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen insoweit bewusst die Möglichkeit eingeräumt, das bisherige System vereinbarter Preise verlassen und auf diesem Gebiet die Preise dem freien Markt überlassen zu können.

3. § 11 Abs. 2 ApoG als Ausnahme von § 11 Abs. 1 ApoG ist nicht nur auf Zytostatika im engeren Sinne beschränkt. **Zytostatika** sind vielmehr alle Arzneimittel mit zellwachstums-, insbesondere zellteilungsverhindernder oder -verzögernder Wirkung.

Die **Vergabekammer**, Beschl. v. 01.04.2010 verwarf den Nachprüfungsantrag als unzulässig. Das **LSG**, Beschl. v. 07.05.2010 verpflichtete zur Neubeschcheidung. Die **Vergabekammer**, Beschl. v. 29.07.2010 wies den Nachprüfungsantrag zurück. Das **LSG** gestattete der Beschwerdegegnerin den Zuschlag.

3. HILFSMITTELERBRINGER

A) VEREINBARUNG MIT AUGENOPTIKER ZUR SCHADENSWIEDERGUTMACHUNG UNZULÄSSIG

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.11.2010 - L 1 KR 72/09 –

RID 11-01-171

Revision anhängig: B 3 KR 1/11 R

juris

SGB V §§ 69 I 1, 81a, 197a I, IV; SGB X § 53 I 1, 53 ff.; BGB §§ 133, 157, 336, 336 ff., 780, 781; GG Art. 20 III; StGB § 258

Eine **Vereinbarung** einer Krankenkasse mit einem **des Betrugs beschuldigten Augenoptiker** zur **Schadenswiedergutmachung** ist hinsichtlich der darin geregelten Forderungspositionen (abstraktes Schuldanerkenntnis, Vertragsstrafe, pauschalierte Schadensermittlungskosten) als auch hinsichtlich des mit dem Vertrag verfolgten Zwecks des Absehens der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft im Gegenzug zur Unterzeichnung der „Vereinbarung“ zwecks Schadenswiedergutmachung (Konnexität) unwirksam, weil es für die einzelnen vertraglichen Regelungen wie auch für den gesamten Vertragszweck an einer die Krankenkasse als Hoheitsträgerin berechtigenden **Rechtsgrundlage/Ermächtigungsgrundlage** fehlt und die gesetzliche Krankenkasse damit den Grundsatz des Vorbehalts des Gesetzes nicht einhält.

Die Krankenkassen schlossen mit dem bekl. Augenoptiker eine **Vereinbarung** (*Präambel: Die Krankenkassen erheben gegen den Leistungserbringer Ansprüche wegen der falschen Abrechnung von augenoptischen Leistungen <Abrechnung von nicht oder nicht wie abgerechnet erbrachten Leistungen, Rückdatierung von Berechtigungsscheinen und Verordnungen>. Der Leistungserbringer erklärt sich zur Schadenswiedergutmachung bereit.*), wonach der Bekl. im Wege eines selbstständigen Schuldanerkenntnisses 11.000 € sowie eine Vertragsstrafe von 5.000 € zur Abgeltung sämtlicher Rückforderungsansprüche sowie 1.000 € Kosten der Schadensermittlung zu zahlen hat. Der Bekl. zahlte nur einen Teilbetrag, die kl. Krankenkasse machte den Restbetrag von 6.760 € geltend. **SG Hannover**, Beschl. v. 02.02.2007 - S 19 KR 271/07 - verwies den Rechtsstreit an das Landgericht, auf Beschwerde des Bekl. hielt **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 31.05.2007 - L 4 B 14/07 R - die Sozialgerichte für zuständig. **SG Hannover**, Urt. v. 06.02.2009 - S 19 KR 271/07 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

B) VERSORGUNG MIT STOMAARTIKELN NUR BEI BESCHÄFTIGUNG EINES STOMATHERAPEUTEN

LSG Bayern, Beschl. v. 30.12.2010 – L 5 KR 513/10 B ER –

RID 11-01-172

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 4 III, 31, 127

Mit der Forderung einer Krankenkasse, die Hilfsmittelversorgung gem. § 31 SGB V mit Stomaartikeln nur unter der Qualität sichernden Maßnahme der Beschäftigung eines Stomatherapeuten zuzulassen, wird der gesetzliche Rahmen des § 127 SGB V nicht überschritten.

Die Ast. hat nach ihren eigenen Angaben in den ersten zehn Monaten des Jahres 2010 bei der Versorgung von ca. 40 Stomapatienten rund 48.000 € Umsatz getätigt. Die Leistungserbringung erfolgte zunächst auf der Grundlage des ab 01.11.1981 gültigen Rahmenvertrages, den die Ag. zum 31.12.2008 kündigten. Seitdem hat die Ast. mit den Ag. keinen neuen Vertrag abgeschlossen. Gleichwohl hat sie aufgrund einer Übergangsregelung mit den Ag. sowie aufgrund im einstweiligen Rechtsschutz ergangener Beschlüsse (*LSG Bayern*, Beschl. v. 28.12.2009 - L 4 KR 439/09 ER - RID 10-01-174 sowie v. 21.06.2010 - L 4 KR 232/10 ER -) gesetzlich krankenversicherte Stomapatienten mit Stomaartikeln versorgt. Eine Klage der Ast., auch künftig versorgen zu können, ohne dass, wie von den Ag. in ihrem Vertragsangebot gefordert, eine ausgebildete Stomatherapeutin zu beschäftigen, wies *SG München*, Urt. v. 01.04.2009 - S 47 KR 291/09 - ab, *LSG Bayern*, Urt. v. 30.11.2010 - L 4 KR 200/09 - wies die Berufung zurück, Revision - B 3 KR 14/10 R - anhängig. *SG München*, Beschl. v. 28.12.2010 - S 18 KR 1257/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

C) BEITRITT ZU HILFSMITTELVERSORGUNGSVERTRAG

LSG Sachsen, Beschl. v. 01.12.2010 – L 1 KR 99/10 B ER –

RID 11-01-173

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 127 IIa; SGG § 197a; GKG § 50 II

Leitsatz: 1. Solange das **Präqualifizierungsverfahren** nach § 126 Abs. 1a Satz 3 ff. SGB V noch nicht tatsächlich durchgeführt werden kann, ist die Krankenkasse verpflichtet, bei einem nach § 127 Abs. 2a SGB V erklärten Vertragsbeitritt eines Leistungserbringers selbst dessen Eignung zu überprüfen.

2. Wird der Vertrag, zu dem der Beitritt erklärt wird, auf der Seite der **Krankenkassen** von einer **Arbeitsgemeinschaft** ausgehandelt, ist diese verpflichtet, die Eignungsprüfung durchzuführen.

3. Ungeachtet des Präqualifizierungsverfahrens ist von der Krankenkasse - bzw. hier der Arbeitsgemeinschaft - die **Vertragserfüllungsfähigkeit** des den Beitritt erklärenden Leistungserbringers zu prüfen.

4. Zur rechtlichen Einordnung der Arbeitsgemeinschaft als Vertragspartner eines Vertrages nach § 127 Abs. 2 SGB V und zu ihrer sich daraus ergebenden verwaltungsverfahrenrechtlichen und prozessualen Stellung, namentlich im Hinblick auf Vertragsbeitrittserklärungen.

Die Ast. vertreibt seit 2008 mit Insulinpumpen inkl. Zubehör und Blutzuckermessgeräten für Diabetiker Medizinprodukte der Produktgruppen 03 (Applikationshilfen) und 21 (Messgeräte für Körperzustände) sowie Blutzuckergeltungstreifen. Von den Gesamtumsätzen für die Jahre 2008 und 2009 von 1.916.273 € bzw. 6.065.843 € entfielen Umsätze mit den beigel. Krankenkassen in Höhe von 30.064 € bzw. 146.648 €. Die Ag. ist eine als Aktiengesellschaft handelnde **Dienstleistungsgesellschaft**; **Aktionäre** sind die angeschlossenen beigel. **Betriebskrankenkassen**. Die Ag. schloss ohne Ausschreibung am 04.02.2009 mit einem anderen Leistungserbringer, der M. GmbH, einen Vertrag über Abgabe von u.a. auch Insulinpumpen und Zubehör sowie Blutzuckerteststreifen und Blutzuckermessgeräten ab. Die Ag. **lehnte einen Vertragsbeitritt ab**, weil eine (Alt)Kassenzulassung, welche die Ast. grundsätzlich bis 30.06.2010 präqualifiziert ausweise, nicht in den Unterlagen enthalten sei und forderte sie zu Vertragsverhandlungen auf. *SG Dresden*, Beschl. v. 01.06.2010 – S 15 KR 119/10 ER – RID 10-03-158 stellte im Wege der einstweiligen Anordnung fest, dass die Ast. zum Vertrag zwischen der Ag. und der M. GmbH, vom 04.02.2009 über die Abgabe von Hilfsmitteln gemäß § 127 II SGB V (Insulinpumpen und Zubehör sowie Blutzuckerteststreifen und Blutzuckermessgeräte) am 15.03.2010 beigetreten ist. Das *LSG* verpflichtete auf Beschwerde der Ag. die Ag., bis zum Abschluss des erstinstanzlichen Hauptsacheverfahrens die Ast. so zu behandeln, als sei sie dem Vertrag zwischen der Ag. und der M. GmbH wirksam beigetreten. Diese Anordnung verliert ihre Wirksamkeit, wenn die Ast. nicht binnen drei Monaten nach dem Zugang dieses Beschlusses in der Hauptsache Klage mit dem Ziel erhoben haben wird, aufgrund ihrer Beitrittserklärung zum vorgenannten Vertrag das Rechtsverhältnis gegenüber der Antragsgegnerin feststellen zu lassen. Im Übrigen wies es die Beschwerde zurück.

4. HEILMITTELERBRINGER

A) PRÜFPFLICHT DES LEISTUNGSERBRINGERS BZGL. ÄRZTLICHER VERORDNUNG ZWINGEND

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 26.10.2010 - L 11 KR 1322/09 -

RID 11-01-174

Revision anhängig: B 1 KR 23/10 R

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 IV, 12 I, 32, 73 II 1 Nr. 7, 91 I 2 Nr. 6, 125 II 1; BGB § 179 III 1; HeilmittelRL Teil 1 II Nr. 8 u. 9

Eine **vertragsärztliche Verordnung von Heilmitteln** ist ungültig bzw. **unwirksam**, wenn sie gegen geltendes Recht verstößt. Bei der Verordnung von Heilmitteln hat der Vertragsarzt die HeilmittelRL zu beachten. Die Bindung des Therapeuten an die ärztliche Verordnung bedeutet nur, dass er weder andere noch weitere Leistungen als die vom Vertragsarzt verordneten erbringen und abrechnen darf, nicht aber, dass er berechtigt oder gar verpflichtet ist, jede Verordnung ohne weitere Prüfung auszuführen.

Aus der **Bindung des Therapeuten an die HeilmittelRL** folgt, dass ihm die Berufung auf den Inhalt der ärztlichen Verordnung verwehrt ist, wenn er erkannt hat oder hätte erkennen müssen, dass die vertragsärztliche Verordnung nicht mit den HeilmittelRL übereinstimmt.

Mit Verordnungen, die mit den HeilmittelRL nicht übereinstimmen, überschreitet der **Vertragsarzt** die ihm eingeräumte **Befugnis**, den Versicherten Sachleistungen auf Kosten der Krankenkasse zu verschaffen. Insoweit ist sein Handeln dem eines Vertreters ohne Vertretungsmacht vergleichbar und nach § 179 III 1 BGB würde in einem solchen Fall selbst eine Haftung des ohne Vertretungsmacht handelnden Vertreters ausscheiden.

Die **Prüfpflicht des Leistungserbringers** kann durch den **Rahmenvertrag** nach § 125 II SGB V wegen Verstoß gegen höherrangigen Rechts nicht beseitigt werden.

Will der behandelnde Arzt mehr als sechs Einheiten Krankengymnastik verordnen, bedarf es hierfür einer Folgeverordnung, die allerdings erst ausgestellt werden kann, wenn die mit der Erst-Verordnung verordneten Leistungen erbracht worden sind. Eine **Verordnung mit zehn Einheiten** ist als Abweichung vom Heilmittelkatalog für einen Physiotherapeuten im Rahmen der ihm obliegenden Prüfverpflichtung erkennbar.

Der Kl. betreibt eine Praxis für Physiotherapie und ist gem. § 124 SGB V zugelassen. Nach dem „**Rahmenvertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V**“ (im Folgenden RV) bestimmt Art und Umfang der Leistungen der Vertragsarzt. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Leistungserbringer im Rahmen der sich aus Anlage 3 ergebenden Leistungsbeschreibung berechtigt und verpflichtet. In Anlage 3 sind die einzelnen Leistungen beschrieben, wobei in den Grundätzen vereinbart ist, dass die Leistungsbeschreibung die Heilmittel-Richtlinien berücksichtigt. Vertragsleistungen der Anlage 3 dürfen nur ausgeführt werden, wenn sie von einem Vertragsarzt verordnet sind. Diagnose, Art und Anzahl der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Weiter heißt es: „Die vertragsärztliche Verordnung kann nur ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Dem Leistungserbringer obliegt insoweit jedoch keine Prüfpflicht.“ Nach Nr. 7 des § 4 RV ist der Leistungserbringer nicht berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen außer nach Nr. 8 zu ändern oder zu ergänzen, es sei denn es wurde zuvor telefonische Rücksprache mit dem zuständigen Vertragsarzt genommen und von dort genehmigte Änderungen der Verordnung werden mit Datum und Handzeichen des Leistungserbringers auf dem Verordnungsblatt vermerkt. In Nr. 8 sind u.a. Fälle geregelt, in denen bei verspätetem Beginn oder überlanger Behandlungsunterbrechung die Verordnung ungültig wird. Nach Nr. 10 besteht für Leistungen auf der Basis einer ungültigen Verordnung im Sinne des Nr. 8 kein Vergütungsanspruch. Bei einer Kündigung bzw. Teilkündigung des RV bestehen die Regelungen des RV bzw. der jeweiligen Anlage bis zu einer neuen vertraglichen Regelung unverändert weiter. Mit der wurden durch den Facharzt für Innere Medizin Dr. E. an den bei der Bekl. Versicherten R. **zehn Behandlungen Krankengymnastik** mit einer Anzahl von zwei bis drei pro Woche, wegen eines Zustands nach Schulterluxation verordnet (Indikationsschlüssel EX3a). Als Therapieziel wurde angegeben: Wiederherstellung, Besserung der gestörten Beweglichkeit. Die Verordnung wurde nicht als Verordnung außerhalb des Regelfalls gekennzeichnet, sondern als **Erst-Verordnung**. Der Kl. stellte die zehn Behandlungen mit einem Gesamtbetrag von € 119,60 in Rechnung. Die Bekl. beglich lediglich **sechs Einheiten** und bezahlte einen Betrag von € 51,84, der vier physiotherapeutischen Behandlungen entspricht, nicht mit der Begründung, nach den HeilmittelRL könnten grundsätzlich lediglich sechs physiotherapeutische Behandlungen verordnet werden. Der Kl. hätte dies bei Überprüfung der Verordnung erkennen können und deshalb entweder mit dem verordneten Vertragsarzt Kontakt aufnehmen müssen oder entsprechend den RL lediglich sechs Behandlungseinheiten erbringen und zur Abrechnung stellen dürfen. *SG Mannheim*, Urt. v. 18.02.2009 verurteilte die Bekl., an den Kl. 51,84 € nebst 8 Prozent Zinsen hieraus über dem Basiszinssatz zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 26.10.2010 – L 11 KR 690/10 –

RID 11-01-175

Revision zugelassen
SGB V § 125

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Leitsatz: Aus § 125 SGB V i.V.m. mit dem nach Abs. 2 dieser Vorschrift geschlossenen Rahmenvertrag ergibt sich ein gegen die Krankenkasse des Versicherten gerichteter **Vergütungsanspruch des Heilmittelerbringers**.

Dieser Vergütungsanspruch hat u.a. eine **wirksame Verordnung eines Vertragsarztes** zur Voraussetzung. Die vertragsärztliche Verordnung von Heilmitteln ist unwirksam, wenn sie gegen geltendes Recht, wozu auch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen **Heilmittel-Richtlinien** gehören, verstößt.

Die Kl. betreibt eine Praxis für Physiotherapie und ist gemäß § 124 SGB V zugelassen. Ihr Berufsverband hat einen **Rahmenvertrag** nach § 125 II SGB V geschlossen. Danach bestimmt Art und Umfang der Leistungen der Vertragsarzt. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Leistungserbringer im Rahmen der sich aus Anlage 3 ergebenden Leistungsbeschreibung berechtigt und verpflichtet. In Anlage 3 sind die einzelnen Leistungen beschrieben, wobei in den Grundätzen vereinbart ist, dass die Leistungsbeschreibung die Heilmittel-Richtlinie des GBA berücksichtigt. Vertragsleistungen der Anlage 3 dürfen nur ausgeführt werden, wenn sie von einem Vertragsarzt verordnet sind. Diagnose, Art und Anzahl der Leistungen ergeben sich nach Nr. 3 der Regelung aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Weiter heißt es: „Die vertragsärztliche Verordnung kann nur ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Dem Leistungserbringer obliegt insoweit jedoch keine Prüfpflicht.“ Der Leistungserbringer ist nicht berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen außer nach Nr. 8 zu ändern oder zu ergänzen, es sei denn es wurde zuvor telefonische Rücksprache mit dem zuständigen Vertragsarzt genommen und von dort genehmigte Änderungen der Verordnung werden mit Datum und Handzeichen des Leistungserbringers auf dem Verordnungsblatt vermerkt. In Nr. 8 sind u.a. Fälle geregelt, in denen bei verspätetem Beginn oder überlanger Behandlungsunterbrechung die Verordnung ungültig wird. Es besteht für Leistungen auf der Basis einer ungültigen Verordnung im Sinne des Nr. 8 kein Vergütungsanspruch. Im November 2004 **verordneten** die Vertragsärzte Dres H. & Kollegen der Versicherten R. L. **zehnmal „MLD 60“ (= manuelle Lymphdrainage 60 Minuten)** ein bis zweimal wöchentlich. Die Rubrik "Verordnung außerhalb des Regelfalles" war nicht angekreuzt. Die Bekl. bezahlte in diesem sowie zwei weiteren Fällen nur sechs der zehn in Rechnung gestellten Behandlungen. **SG Karlsruhe**, Urt. v. 15.01.2009 – S 9 KR 156/06 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

B) WIDERRUF DER ZULASSUNG FÜR LOGOPÄDISCHE PRAXIS NACH MITARBEITERWECHSEL

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 07.10.2010 – L 11 KR 4173/10 ER-B –

RID 11-01-176

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 124, 125; SGG §§ 86a, 86b

Leitsatz: 1. Widerspruch und Klage gegen den Widerruf der Zulassung zum Betreiben einer logopädischen oder ergotherapeutischen Praxis haben kraft Gesetzes **aufschiebende Wirkung**.

2. Die **Zulassung** für den Betrieb einer logopädischen oder ergotherapeutischen Zweigpraxis kann nicht von der **Beschäftigung eines bestimmten, namentlich benannten Mitarbeiters** abhängig gemacht werden. Voraussetzung für eine solche Zulassung ist lediglich, dass die Filialpraxis durchgehend unter der Leitung von Personen steht, welche die Voraussetzungen des §124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V nachweisen.

Die 1967 geb. Ast. ist zur Erbringung von Logopädie und Ergotherapie zugelassen. Die Ag. widerrief beide Zulassungen mit sofortiger Wirkung. Während des Verfahrens vor dem SG wies die Ag. den Widerspruch zurück. Hiergegen hat die Ast. beim SG Karlsruhe Klage erhoben (S 3 KR 3071/10). **SG Stuttgart**, Beschl. v. 06.08.2010 - S 10 KR 3428/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 10-04-B X (S. 66); 09-04-B XI (S. 62).

1. ZULÄSSIGE ERHEBUNG DES KASSENINDIVIDUELLEN ZUSATZBEITRAGS

SG Freiburg, Urt. v. 21.09.2010 – S 14 KR 3396/10 –

RID 11-01-177

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 179 IV 5, 242 I 1

Es bestehen Zweifel am **Rechtsschutzbedürfnis** für eine Klage gegen die Erhebung eines Zusatzbeitrags von 8 € monatlich nach § 242 SGB V durch die Krankenkasse, da der Versicherten zur Vermeidung der Zahlung eines Zusatzbeitrags gemäß § 179 IV 5 SGB V die Möglichkeit offen bleibt, die Mitgliedschaft zu kündigen und einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung beizutreten, die keinen Zusatzbeitrag erhebt.

Eine Krankenkasse ist berechtigt, einen **Zusatzbeitrag** von 8 € monatlich zu erheben, wenn sie dies in ihrer Satzung bestimmt hat. Es kommt nicht darauf an, ob die Krankenkasse einen ausreichenden Finanzbedarf für die Erhebung des Zusatzbeitrags hat. Die Versicherten sind nicht befugt, durch Erhebung von Widerspruch und Klage gegen einen Beitragsbescheid die eigenverantwortliche Haushalts- und Wirtschaftsführung der Krankenkassen im Wege einer **inzidenten Kontrolle** der in § 242 I 1 SGB V genannten Voraussetzungen gerichtlich prüfen zu lassen (SG Dresden, Beschl. v. 16.08.2010 - S 18 KR 327/10 ER - RID 11-01-178).

Das **SG** wies die Klage ab.

SG Dresden, Beschl. v. 16.08.2010 - S 18 KR 327/10 ER -

RID 11-01-178

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 241, 242 I 1, 250 I, 251 VI 1, 252 I 1; SGG § 86 II Nr. 1, 86b I 1 Nr. 2

Die Erhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags direkt beim Versicherten verstößt nicht gegen höherrangiges Recht. § 250 I SGB V und § 251 VI 1 SGB V sind **verfassungsgemäß**. Die Erhebung des Zusatzbeitrags allein beim Versicherten verletzt keinen verfassungsrechtlichen Grundsatz, wonach die Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung Beschäftigter von Arbeitgebern und Arbeitnehmern **paritätisch zu finanzieren** wären.

Eine Versicherte kann gerichtlich nicht geltend machen, der Finanzbedarf der Krankenkasse hätte bei **wirtschaftlicher Haushaltsführung** durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt werden können. Der gesetzliche Vorbehalt, dass Zusatzbeiträge erst im Falle der finanziellen Unterdeckung zu erheben sind, wirkt gegenüber dem Versicherten als bloße **Ordnungsvorschrift**.

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

2. RÜCKZAHLUNG AN GESUNDHEITSFONDS

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.12.2010 – L 16 KR 661/10 ER –

RID 11-01-179

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 266 I 1, VI 7, VII Nr. 5, 272; SGG §§ 86a I, 86b I 1 Nr. 2; RSAV §§ 41 IV 3

Klagen gegen die Rückforderung von Ausgleichsbeträgen haben **keine aufschiebende Wirkung**. Wegen der Einführung des Gesundheitsfonds zu viel erhaltene Ausgleichsbeträge sind sofort zurückzahlen.

Das Gesetz sieht die Rückzahlung zuviel erhaltener Zuweisungen vor, wenn sich im Jahresausgleich auf der Grundlage aktueller Daten eine **Überzahlung** ergibt. Diese Bestimmung gilt für **Konvergenzbeträge** ebenso wie für die Zuweisungen für Leistungsausgaben und Verwaltungskosten. Wenn die endgültige Berechnung ergibt, dass die Einführung des Gesundheitsfonds nur eine geringe Belastung der betroffenen Kasse zur Folge gehabt hat, entfällt der sachliche Grund für Ausgleichszahlungen, so dass es nicht gerechtfertigt ist, dieser höhere Mittel zu belassen, die sie auf der Grundlage veralteter Daten erhalten hat.

Allen Akteuren war bei Einführung des Gesundheitsfonds und der Schaffung der - als lex Bayern apostrophierten - Regelung des § 272 SGB V bekannt, dass die Höhe der länderspezifischen Belastungen mangels aktueller Daten nicht sicher abschätzbar war. Ist der Krankenkasse aber bekannt gewesen, dass die monatlichen Abschlagszahlungen auf unsicherer Datenbasis erfolgten und ggf. im Jahresausgleich eine Korrektur erfolgen werde, so besteht kein Raum für **Vertrauensschutz**.

Das **LSG** wies den Antrag festzustellen, dass ihrer Klage vor dem LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 88/98 KL - insoweit aufschiebende Wirkung zukommt, als die durch den Bescheid des Bundesversicherungsamtes v. 16.11.2010 ausgesprochene Ausgleichsverpflichtung aus § 272 SGB V in Höhe

von 91.143.613,86 € angefochten wird, hilfsweise, die aufschiebende Wirkung insoweit anzuordnen, als darin eine Ausgleichsverpflichtung aus § 272 SGB V festgelegt wird, zurück.

3. UMLAGEBESCHEIDE EINES LANDESVERBANDES FÜR NOTLEIDENDE BETRIEBSKRANKENKASSEN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.11.2010 – L 11 KR 448/10 –

RID 11-01-180

Revision anhängig: B 12 KR 29/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V a.F. §§ 220 I u. II, 265a; SGB IV §§ 67 I, 68 I, 70 V; SGB X §§ 24 I, 32; AO §§ 1 III, 2 II

Die **Klage einer Mitgliedskasse** gegen einen Sonderbeitrag ihres Bundesverbandes wegen finanzieller Hilfen zugunsten anderer Mitgliedskassen in besonderen Notlagen ist im Rahmen einer Anfechtungsklage zulässig.

Nach § 265a I SGB V a.F. i.V.m. einer als Satzung erlassenen Ausgleichsordnung konnten die **Spitzenverbände** die **Umlageverpflichtung** gegenüber einer Krankenkasse durch **Verwaltungsakt** festsetzen.

Die gesetzlich vorgesehene Aufteilung des Hilfeverfahrens in einen **Bewilligungsabschnitt** und ein sich daran anschließendes **Ausgleichsverfahren** kann nicht dadurch unterlaufen werden, dass den zum Ausgleich verpflichteten Krankenkassen das Recht eingeräumt wird, über eine gerichtliche Anfechtung des Umlagebescheides der Hilfestellung nachträglich die finanzielle Grundlage zu entziehen und dadurch den Bundesverband an der Erfüllung seiner Aufgaben zu hindern. Das Gesetz hat deshalb die **BKK-Landesverbände** in Bezug auf die Gewährung finanzieller Hilfen zu Gunsten einzelner BKK mit einem **Regelungsmonopol** ausgestattet. Den Bescheiden über finanzielle Hilfe kommt **Tatbestandswirkung** bzw. Drittwirkung in dem Sinne zu, dass die Mitgliedskassen der BKK-Landesverbände und die Gerichte an diese Entscheidungen ohne Rücksicht auf ihren Inhalt gebunden sind (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 17.06.2009 - B 6 KA 16/08 R - BSGE 103, 243 = SozR4-2500 § 95b Nr. 2). Aus diesem Grund sind im vorliegenden Rechtsstreit gegen die Umlagebescheide alle **Einwände**, die das dem Ausgleichsverfahren vorangegangene Bewilligungsverfahren und die in diesem Verfahren ergangene Bescheide betreffen, unbeachtlich.

Die Krankenkasse kann nicht eine fehlende oder unwirksame **Zustimmung des BKK-Landesverbandes** zu den die Hilfe gewährenden Bescheiden geltend machen.

Eine Mitgliedskasse kann Satzungsregelungen ihres Bundesverbandes nur eingeschränkt einer **inzidenten Kontrolle** unterziehen lassen. Der Annahme einer nur eingeschränkten gerichtlichen Überprüfung steht die Entscheidung des BSG vom 24.9.2008 - B 12 KR 10/07 R - USK 2008-112 nicht entgegen.

SG Stuttgart, Urt. v. 26.11.2009 – S 16 KR 84/07 – RID 10-01-180 gab der Klage z.T. statt. Das *LSG* wies die Klage in vollem Umfang ab.

X. Verfahrensrecht

1. STATTHAFTIGKEIT DER BESCHWERDE IM EINSTWEILIGEN RECHTSSCHUTZVERFAHREN

LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 24.09.2009 – L 10 KR 33/09 B ER –

RID 11-01-181

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 61 V, 62; SGG §§ 144, 172 III Nr. 1

Leitsatz: 1. Die **Beschwerde** im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ist gem. § 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG nicht statthaft, wenn in der Hauptsache die Berufung nicht zulässig wäre. Grundsätzlich nicht zulässig in diesem Sinne wäre die Berufung gegen Urteile, die auf Geld-, Dienst- oder Sachleistungen gerichtet sind, wenn der Beschwerdewert von 750,00 EUR nicht erreicht wird (§ 144 Abs. 1 S 1 Nr. 1 SGG) und die Berufung auch keine wiederkehrenden oder laufenden Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft (§ 144 Abs. 1 S 2 SGG).

2. Die bloße Möglichkeit, dass im Hauptsacheverfahren die **Berufung** gem. § 144 Abs. 2 SGG **zugelassen** werden oder gemäß § 145 SGG zuzulassen sein könnte, rechtfertigt regelmäßig nicht die gem. § 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG aus Gründen der Rechtsmittelklarheit notwendige Feststellung, dass in der Hauptsache die Berufung zulässig wäre, und eröffnet daher allein noch nicht die Beschwerde im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes.

3. Zum **Beschwerdewert** einer Entscheidung über die beantragte Erteilung eines „Bescheides“, der die in einem Kalenderjahr erbrachten Zuzahlungen und Erstattungen nach §§ 61, 62 SGB V nach buchhalterischen Grundsätzen auflistet.

SG Halle, Beschl. v. 09.06.2009 – S 16 KR 123/08 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. RECHTSWEG ZU VG FÜR KLAGE EINES INSOLVENZVERWALTERS AUF AUSKUNFT NACH IFG

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 12.11.2010 – L 5 KR 1815/10 B –

RID 11-01-182

Beschwerde beim BSG anhängig: B 12 SF 1/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

GVG § 17a IV; VwGO § 40; SGG § 51 I Nr. 2; Informationsfreiheitsgesetz § 7 I

Leitsatz: Für Klagen von Personen, die nicht selbst Inhaber von Rechten oder Pflichten nach dem SGB V sind (hier: eines Insolvenzverwalters), auf Auskunft nach dem IFG gegen gesetzliche Krankenkassen sind die Verwaltungsgerichte zuständig.

SG Heilbronn, Beschl. v. 15.03.2010 - S 10 KR 503/10 - verwies den Rechtsstreit an das VG Stuttgart, das **LSG** wies die Beschwerde der Bekl. zurück.

XI. Entscheidungen des BSG

1. ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

A) KRYOKONSERVIERUNG UND LAGERUNG VON SAMEN

BSG, Urt. v. 28.09.2010 – B 1 KR 26/09 R – SozR 4-2500 § 27a Nr. 12

RID 11-01-183

USK 2010-58

Leitsatz: Gesetzlich Krankenversicherte können die Kryokonservierung und Lagerung von Samen nicht beanspruchen, weil sie der Eigenverantwortung der Versicherten zugeordnet ist, selbst wenn die Kryokonservierung von Eierstockgewebe Teil der Krankenbehandlung sein kann.

B) STÖRUNG DER GESCHLECHTSIDENTITÄT IN FORM EINER ZISIDENTITÄT

BSG, Urt. v. 28.09.2010 – B 1 KR 5/10 R – SozR 4-2500 § 27 Nr. 20

RID 11-01-184

USK 2010-62 = GesR 2011, 41

Leitsatz: Versicherte haben keinen Anspruch darauf, im Wege der Krankenbehandlung einen regelwidrigen Körperzustand zu erlangen.

2. ÄRZTLICH VERORDNETER REHABILITATIONSSPORT IN GRUPPEN

BSG, Urt. v. 02.11.2010 – B 1 KR 8/10 R – SozR 4-2500 § 43 Nr. 2

RID 11-01-185

Leitsatz: Ein behinderter Versicherter kann ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung von seiner Krankenkasse auch dann längerfristig beanspruchen, wenn er bezogen auf diesen Sport über besondere Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt.

3. KRANKENHÄUSER

A) KRANKENHAUS-SANIERUNGSBEITRAG

BSG, Urt. v. 29.04.2010 – B 3 KR 11/09 R – SozR 4-5562 § 8 Nr. 2

RID 11-01-186

USK 2010-43

Leitsatz: Die Kürzung der Krankenhausvergütung um 0,5% des Rechnungsbetrags nach dem GKV-WSG (Krankenhaus-Sanierungsbeitrag) ist verfassungsgemäß, soweit Leistungen nach Inkrafttreten des Gesetzes betroffen sind.

Die **Verfassungsbeschwerde** gegen das Urteil wurde nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG 1. Sen. 2. Ka. v. 27.09.2010 - 1 BvR 2329/10 -).

Parallelverfahren: **BSG, Urt. v. 29.04.2010 – B 3 KR 14/09 R –**

RID 11-01-187

BSG, Urt. v. 29.04.2010 – B 3 KR 10/09 R –

RID 11-01-188

B) VORAUSSETZUNG FÜR NOTFALLBEHANDLUNG

BSG, Beschl. v. 18.10.2010 – B 3 KR 12/10 B –

RID 11-01-189

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch **LSG Hessen**, Beschl. v. 12.04.2010 – L 1 KR 55/08 – wird zurückgewiesen.

Ein zur GKV-Versorgung nicht zugelassenes Krankenhaus kann wegen einer Notfallversorgung i.S. von § 76 I 2 SGB V eine Vergütung nur beanspruchen, wenn „ein Kassenarzt/Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann“ (vgl. BSG v. 31.07.1963 - 3 RK 92/59 - BSGE 19, 270 = SozR Nr. 2 zu § 368d RVO; BSG v. 01.02.1995 - 6 RKa 9/94 - SozR 3-2500 § 76 Nr. 2).

Zur Vorinstanz s. a. **LSG Hessen**, Urt. v. 29.04.2010 – L 1 KR 95/08 – RID 10-03-133.

4. VERFAHRENSRECHT

A) RECHTSWEG: KRANKENKASSEN GEGEN AUSKUNFTSBESCHLÜSSE DES BUNDESKARTELLAMTS

BSG, Beschl. v. 28.09.2010 – B 1 SF 1/10 R – SozR 4-1500 § 51 Nr. 9

RID 11-01-190

GesR 2011, 38

Die Beschwerde gegen **LSG Hessen**, Beschl. v. 01.06.2010 – L 1 KR 89/10 KL – RID 10-03-167 wird zurückgewiesen.

Leitsatz: Für Streitigkeiten von Krankenkassen gegen Auskunftsbeschlüsse des Bundeskartellamts wegen angeblich abgestimmter Erhebung von Zusatzbeiträgen ist der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet.

Parallelverfahren: BSG, Beschl. v. 28.09.2010 – B 1 SF 3/10 R –

RID 11-01-191

Die Beschwerde gegen **LSG Hamburg**, Beschl. v. 25.08.2010 – L 1 KR 22/10 KL wird zurückgewiesen.

BSG, Beschl. v. 28.09.2010 – B 1 SF 2/10 R –

RID 11-01-192

Die Beschwerde gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 14.06.2010 – L 11 KR 199/10 KL – RID 10-03-166 wird zurückgewiesen.

B) FESTSTELLUNGSINTERESSE/GRUNDSÄTZLICHE BEDEUTUNG EINER RECHTSSACHE

BSG, Beschl. v. 12.08.2010 – B 3 KR 3/10 B –

RID 11-01-193

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Die Beschwerde des klagenden Apothekenverbands in Bayern gegen die Nichtzulassung der Revision durch **LSG Bayern**, Urt. v. 17.11.2009 – L 5 KR 454/07 – wird zurückgewiesen.

Der Senat hat bereits entschieden, dass das „**berechtigte Interesse**“ i.S. von § 55 I SGG jedes nach der Sachlage vernünftigerweise gerechtfertigte Interesse meint, das rechtlicher, aber auch bloß wirtschaftlicher oder ideeller Art sein kann (BSGE 98, 12 = SozR 4-2500 § 132a Nr. 2; BSG SozR 3-1500 § 55 Nr. 34). Ebenso ist klagestellt, dass z.B. Spitzenorganisationen der Pflegedienste die Rechtmäßigkeit der Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege im Wege der Feststellungsklage zur gerichtlichen Überprüfung stellen können, also ein eigenes Feststellungsinteresse besitzen (BSG SozR 4-2500 § 132a Nr. 3); Entsprechendes gilt für die Spitzenverbände der Heilmittelverbände (BSG SozR 4-2500 § 125 Nr. 3). In ähnlicher Weise hat der 1. Senat des BSG kürzlich entschieden, dass sich die zur Geltendmachung mit der Feststellungsklage erforderlichen eigenen Rechte insbesondere aus einer gesetzlich eingeräumten Rechtsstellung – dort: § 125 II SGB V – ergeben können, weil das SGB V den Verbänden damit eine Kompetenz zum Abschluss entsprechender Verträge mit gesetzlich vorgegebenen Inhalt verleiht (BSG, Urt. v. 27.10.2009 – B 1 KR 4/09 R – GesR 2010, 263; SozR 4-2500 § 125 Nr. 5).

Die Voraussetzungen zur **Zulassung der Revision** wegen grundsätzlicher Bedeutung einer Rechtssache sind nicht schon dann gegeben, wenn das Berufungsgericht die Sache falsch entschieden hat (vgl. BSG v. 26.06.1975 – 12 BJ 12/75 – SozR 1500 § 160a Nr. 7). Dies gilt selbst dann, wenn die Annahme einer fehlerhaften Rechtsanwendung sehr naheliegt.

C) NICHTBEACHTUNG DER BINDUNGSWIRKUNG EINER REVISIONSENTSCHEIDUNG DURCH LSG

BSG, Beschl. v. 28.09.2010 – B 1 KR 46/10 B –

RID 11-01-194

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Auf die Beschwerde des Kl. gegen die Nichtzulassung der Revision durch **LSG Niedersachsen**, Beschl. v. 03.03.2010 – L 4 KR 94/06 – wird die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an einen anderen Senat des LSG zurückverwiesen.

Es liegt ein Verfahrensmangel vor, wenn das BSG geurteilt hat, dass über den vom 1978 geborenen Kl. erhobenen Anspruch nicht ohne weitere – im Einzelnen näher umschriebene – Sachaufklärung entschieden werden kann (vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2005 – B 1 KR 6/05 R – Rn. 2, 11), das LSG tatsächlich ohne die ihm aufgegebenen, hinsichtlich ihres Ergebnisses offenen Ermittlungsmaßnahmen die Klage abgewiesen hat und sich dabei auf vom BSG abweichende Rechtsansichten stützt, für die in den Fällen des § 170 V SGG kein Raum ist.

Zur **Manualtherapie nach Dr. Kozijavkin** s.a. die Parallelentscheidung **BSG**, Urt. v. 13.12.2005 – B 1 KR 21/04 R – SozR 4-2500 § 18 Nr. 5 = GesR 2006, 370 = Breith 2006, 621 = USK 2005-76 = SGB 2006, 689.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. APPROBATION/BERUFSERLAUBNIS

A) WIDERRUF DER APPROBATION

AA) BVERWG: WIDERRUF DER APPROBATION WEGEN UNZUVERLÄSSIGKEIT

BVerwG, Beschl. v. 27.10.2010 – 3 B 61/10 –

RID 11-01-195

www.bverwg.de = juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II; GG Art. 12 I

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **VGH Bayern**, Urt. v. 28.04.2010 – 21 BV 09.1993 – wird zurückgewiesen.

Dem durch einen Widerruf bewirkten **Eingriff in die Berufsfreiheit** muss schon bei der Auslegung des Begriffs der **Unzuverlässigkeit** hinreichend Rechnung getragen werden, um das **Übermaßverbot** zu wahren. Der Widerruf ist im Lichte des Art. 12 I GG nur dann gerechtfertigt, wenn der mit dem Ausschluss des Betroffenen von einer weiteren Berufsausübung bezweckten Abwehr von Gefahren für das Gemeinwohl ein Gewicht zukommt, das in einem angemessenen Verhältnis zu der Schwere des damit verbundenen Grundrechtseingriffs steht. Andernfalls kommen nur unterhalb der Schwelle des Widerrufs liegende berufsrechtliche Maßnahmen in Betracht. Sind danach die Voraussetzungen für einen Widerruf erfüllt, so ergibt sich die Verhältnismäßigkeit aus der vom Gesetzgeber selbst getroffenen Wertung (vgl. nur BVerwG, Urt. v. 28.04.2010 – 3 C 22.09 – NJW 2010, 2901 <Rn. 16>). Die **Unzuverlässigkeit** erfordert **Tatsachen**, die die Annahme rechtfertigen, der Arzt werde in Zukunft die Vorschriften und Pflichten nicht beachten, die sein Beruf mit sich bringt. Für diese **Prognose** kommt es darauf an, ob der Betreffende nach den gesamten Umständen des Falles willens oder in der Lage sein wird, künftig seine beruflichen Pflichten zuverlässig zu erfüllen. Maßgeblich ist dafür die jeweilige Situation des Arztes im **Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung** sowie sein vor allem durch die Art, die Schwere und die Zahl der Verstöße gegen die Berufspflichten manifest gewordener **Charakter** (Urt. v. 28.04.2010, aaO., Rn. 10 m.w.N.).

Mit **rechtskräftigem Strafbefehl** wurde gegen den kl. Arzt eine Geldstrafe in Höhe von **270 Tagessätzen** zu je 180 € wegen **Betrugs** in 272 zusammenhängenden Fällen verhängt. Dem lag der Vorwurf zugrunde, bestimmte Leistungen gegenüber Privatpatienten mit einem zu hohen Gebührensatz abgerechnet zu haben. Der Beklagte widerrief daraufhin die Approbation des Kl. wegen Unzuverlässigkeit und Unwürdigkeit. Die dagegen geführte Klage ist in der Berufungsinstanz abgewiesen worden.

BB) GELDANNAHME VON PHARMAINDUSTRIE

VGH Bayern, Urt. v. 30.09.2010 – 21 BV 09.1279 –

RID 11-01-196

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; GG Art. 12 I

Leitsatz: Für den Widerruf der Approbation wegen **Unwürdigkeit** zur Ausübung des ärztlichen Berufes sind die konkreten Umstände und der vor allem durch die Art, Schwere und Zahl der Verstöße gegen die Berufspflichten manifest gewordene Charakter des Arztes maßgeblich.

Landesrechtsanwaltschaft Bayern vom 18.11.2010, juris:

(...) Der renommierte Arzt Prof. Dr. S., Spezialist für Diabetes und Gefäßerkrankungen, früher Chefarzt an einem großen Münchner Krankenhaus, wurde 2008 vom **AG München** wegen Vorteilsannahme, Untreue und Betrugs zu einer Freiheitsstrafe von 11 Monaten und einer Geldstrafe von 330 Tagessätzen zu je 120 Euro verurteilt. Das Gericht ging davon aus, dass er in seiner Eigenschaft als Chefarzt Geld von pharmazeutischen Unternehmen angenommen habe. U.a. hatte er sich mit der Bitte um Spenden für eine Fortbildungsveranstaltung an die Pharmaunternehmen gewandt; in Wahrheit war das Geld aber für einen Betriebsausflug gedacht, was die Sponsoren auch wussten. Von Mitteln, die pharmazeutische Unternehmen für die alljährliche Fachtagung eines von dem Arzt geleiteten Forschungsinstituts zur Verfügung gestellt hatten, zweigte er etwa 10.000 Euro für die private Feier seines 60. Geburtstags ab. In mehreren Fällen rechnete der Arzt außerdem in Zusammenarbeit mit dem Inhaber eines Reisebüros Flugtickets, die ihm von Pharmafirmen für die Teilnahme an Tagungen erstattet wurden, überhöht oder mehrfach ab. Die Freiheitsstrafe wurde unter der Auflage zur Bewährung ausgesetzt, dass der Arzt an karitative Einrichtungen insgesamt 275.000 Euro bezahlt. Die zuständige Behörde widerrief mit Bescheid von 02.09.2008 die Approbation des Arztes. Der Arzt erhob dagegen Klage. Diese Klage blieb in erster und zweiter Instanz erfolglos. (...)

CC) UNWÜRDIGKEIT BEI ABRECHNUNGSBETRUG GEGENÜBER KV

VG Göttingen, Urt. v. 23.08.2010 – 1 A 65/09 –

RID 11-01-197

juris

BÄO §§ 3 I Nr. 2, 5 II 1

Zwar mag den Angehörigen der Heilberufe heute nicht mehr in jeder Beziehung eine integere Lebensführung auferlegt sein und allein die Begehung eines (einzelnen) Vermögensdelikts durch einen Arzt noch nicht zu dessen Unwürdigkeit führen. **Unwürdigkeit** ist aber jedenfalls dann zu bejahen, wenn der Arzt vorsätzlich eine schwere, gemeingefährliche oder gemeinschädliche oder gegen die Person gerichtete, von der Allgemeinheit besonders missbilligte, ehrenrührige Straftat begangen hat (vgl. OVG Niedersachsen, Beschl. v. 02.02.2009 – 8 LA 99/09 – RID 09-04-163).

Nach einer **amtsgerichtlichen Verurteilung** wegen des **gewerbsmäßigen Betruges** in sieben Fällen und Urkundenfälschung in zwei Fällen (der Facharzt hatte in den Jahren 2005 bis 2007 gegenüber der KV Leistungen abgerechnet, die gar nicht erbracht worden waren; außerdem hatte er zwei gefälschte Arbeitsverträge vorgelegt, um eine höhere Leistung abrechnen zu können; den Gesamtschaden bezifferte das Gericht auf über 140.000 €) kann die Approbation widerrufen werden, weil Unwürdigkeit vorliegt.

DD) BILLIGER ZAHNERSATZ AUS HONGKONG ZU BEL II-TARIF

VG Hannover, Urt. v. 24.11.2010 – 5 A 1975/09 –

RID 11-01-198

juris

ZHG §§ 1, 2 I 1 Nr. 2, 4 II

Einem Zahnarzt, der über eine Firma seiner Ehefrau und seines Vaters von einem Dritten wesentlich **billigeren Zahnersatz aus Hongkong** bezog, ihn nach BEL II abrechnete und hierfür wegen banden- und gewerbsmäßigem **Betruges** in 707 Fällen strafrechtlich verurteilt wurde, kann die **Approbation entzogen** werden. Er verstößt gravierend gegen seine Berufspflichten, wenn er höhere Kosten belegt als angefallen sind.

Die **Pflicht zur ordnungsgemäßen Abrechnung** gegenüber der KZV, den Krankenkassen, den Privat- und den Kassenpatienten (im Hinblick auf den Eigenanteil) gehört zu den wesentlichen **Berufspflichten eines Zahnarztes**. Sie folgt aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V. Es besteht eine **Vermögensbetreuungspflicht gegenüber der KZV und den Krankenkassen bei Sachleistungen** (vgl. zum Widerruf der Approbation bei einem Globudent-„kick-back“-Verfahren: OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.04.2009 – 13 A 9/08 – RID 09-04-166; ebenso für „kick-back“ bei Medikamentenbestellung: BGH, Beschl. v. 27.04.2004 – 1 StR 165/03 – RID 04-03-217). Der Zahnarzt muss bei Laborleistungen Einsparmöglichkeiten nutzen und darf bei Bezug von Auslandsleistungen nur die Abgabepreise des Exporteurs zuzüglich Versand- und Zusatzkosten als notwendige Kosten geltend machen. Zwischengewinne sind unzulässig (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.08.2004 – L 3 KA 25/04 ER – RID 05-01-09).

Nachträgliches Wohlverhalten bis zur behördlichen Entscheidung wäre nicht geeignet, die Würdigkeit zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs als wieder erlangt zu werten. § 2 I 1 Nr. 2 ZHG dient seinem Sinn und Zweck nach auch dem Schutz der Integrität der Zahnärzteschaft und des Vertrauens der Bevölkerung in diese. Die Verlockung für Zahnärzte und Ärzte, die Krankenkassen in erheblichem Ausmaß durch fehlerhaftes Abrechnungsverhalten zu schädigen und die dadurch hervorgerufenen Gefahren für die Leistungsfähigkeit und die Verteilungsgerechtigkeit des Gesundheitssystems sind durchaus erheblich. Könnten des Betrugs überführte Ärzte und Zahnärzte ihr Verhalten durch nachträgliche Kompensationshandlungen ungeschehen machen oder relativieren, wäre die Gefahr zu groß, dass sie sich zu einem solchen betrügerischem Abrechnungsverhalten hinreißen lassen, weil sie davon ausgehen, im Fall der Überführung den Verlust ihrer Approbation noch verhindern zu können. Somit wäre gleichsam ein „**Freikaufen**“ vom **Vorwurf der Unwürdigkeit** möglich. Dies würde aber nicht nur die Integrität des Ärzte- und Zahnärztestandes gefährden, sondern auch das Vertrauen der Bevölkerung in diese.

Der Widerruf der Approbation verstößt nicht gegen das **Verbot der Doppelbestrafung** aus Art. 103 III GG.

Ein **Widerruf wegen Unwürdigkeit** setzt nicht voraus, dass eine **Wiederholungsgefahr** besteht. Die Beurteilung der Unwürdigkeit erfordert – anders als die Beurteilung der Zuverlässigkeit – auch keine Prognoseentscheidung, so dass es für die Bejahung dieses Tatbestandsmerkmals auf ein zu erwartendes zukünftiges Verhalten des Betroffenen nicht ankommt (BVerwG, Beschl. v. 14.04.1998 – 3 B 95/97 – juris). Soweit **BVerfG**, Beschl. v. 28.08.2007 – 1 BvR 1098/07 – juris mit Hinweis auf

seinen Beschl. v. 18.05.2005 - 1 BvR 1028/05 - juris betreffend die Versagung der Wiedererteilung der Approbation einer Apothekerin beiläufig anklingen lässt, ob nicht auch beim Merkmal der Unwürdigkeit eine **prognostische Prüfung** vorzunehmen sei, hat es diese Frage letztlich aber offen gelassen, so dass der überzeugenden Rechtsprechung des BVerwG weiter zu folgen ist.

Der Widerruf der Approbation greift mit Blick auf die Möglichkeit, nach einer Wohlverhaltensfrist eine **Erlaubnis nach § 7a ZHG** und dann die **Wiedererteilung der Approbation** beantragen zu können, auch nicht unangemessen in die Berufsfreiheit des Klägers ein.

Der klagende Zahnarzt, sein Vater und seine Ehefrau wurden mit rechtskräftigem Urteil des **LG Oldenburg** vom 19.12.2007 - 4 KLS 31/06 - **wegen banden- und gewerbsmäßigem Betrug in 707 Fällen verurteilt**, und zwar der Kl. zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zehn Monaten, sein Vater zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von elf Monaten und seine Ehefrau zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von sieben Monaten, alle auf Bewährung. Der Verurteilung lag folgender **Sachverhalt** zugrunde: Ein Handelsvertreter der Firma K. A., welche **Zahnersatz in Hongkong** zu deutlich günstigeren Konditionen herstellen ließ, als es das Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen - BEL II - seinerzeit vorsah, machte dem Kläger das Angebot, Zahnersatz zum sog. „Comfort-Tarif“, d. h. zu den Höchstpreisen nach dem BEL II zu liefern, mit anschließender Barvergütung für die Zahnärzte („kick-back“). Der Kl. und sein seinerzeitiger Praxiskollege sahen diese Vorgehensweise allerdings als zu risikoreich an. Um die von dem Handelsvertreter in Aussicht gestellte Gewinnspanne gleichwohl realisieren zu können, gründeten der Vater des Kl. und die Ehefrau des Kl. im Juli 2000 eine Firma. Der Kl. bestellte über die M. bei der Firma N. zum Niedrigpreis, dem sog. „Standard-Tarif“, der nur 40 % bis 45 % der deutschen Laborrechnungen zu Höchstpreisen nach BEL II ausmachte. Der Kläger und seine Ehefrau schrieben die Rechnungen für die M. auf dem Computer des Kl. in ihrem Wohnhaus um auf den sog. „Comfort-Tarif“ (Höchstpreis nach BEL II). Nach Genehmigung des Heil- und Kostenplanes durch die Krankenkassen und Festsetzung des Kassenanteils - unter Berücksichtigung der von der M. ausgestellten Rechnung für den Zahnersatz nach den Höchstpreisen des BEL II - führte der Kl. die zahnärztlichen Leistungen bei den Patienten aus. Die Kosten wurden der KZV in Rechnung gestellt, welche diese von den gesetzlichen Krankenkassen und den Ersatzkassen entsprechend dem genehmigten Kassenanteil erstattet erhielt und an den Zahnarzt auszahlte. Vom Kl. wurden die Kosten des Zahnersatzes aufgrund der O.-Rechnung auch den Privatpatienten in Rechnung gestellt, des weiteren den Kassenpatienten, soweit es sich um den anteilig von diesen zu tragenden Kostenanteil am Zahnersatz (Eigenanteil) handelte sowie um vereinbarte Mehrkosten (z. B. für Verblendungen). Eigene Labortätigkeit führte die M. nicht aus. In dem **Urteil des Landgerichts Oldenburg** wurde die Zwischenschaltung der M. als ausschließlich zum Zwecke der unzulässigen Gewinnenergie ohne jeden sachlichen Grund gewürdigt. Die Einlassung der Angeklagten, die Tätigkeit der M. sei wegen der längeren Zahnersatz-Gewährleistungsfristen - im Vergleich zu den von P. eingeräumten Fristen - werthaltig, habe sich nicht bestätigt. Das Strafgericht wertete die Verträge der M. mit dem Kläger über die Lieferung von Zahnersatz zu den Höchstpreisen nach BEL II gemäß § 138 I BGB als sittenwidrig und folglich als nichtig bzw. als Scheingeschäft im Sinne des § 117 I BGB. Es sah den Tatbestand des bandenmäßigen Betruges als erfüllt an. Zwar habe nicht nachgewiesen werden können, dass der Kläger selbst von den Gewinnen profitiert habe. Diese Gewinne seien aber den ihm nahestehenden Gesellschaftern - entsprechend den Gesellschafteranteilen seinem Vater zu 90 % und seiner Ehefrau zu 10 % - zugeflossen. Der **Disziplinarausschuss** der KZVN entschied zur Ahndung des disziplinarischen Überhangs wegen Verstoßes gegen vertragszahnärztliche Pflichten die **Anordnung des Ruhens der Kassenzulassung des Klägers für die Dauer von drei Monaten**. Der Bkl. **widerrief die Approbation**. Das **VG** wies die Klage ab.

B) KEINE VORÜBERGEHENDE BERUFS AUSÜBUNGSERLAUBNIS BEI STRAFVERURTEILUNG

VGH Bayern, Beschl. v. 24.11.2010 – 21 C 10.2585 –

RID 11-01-199

juris

BÄO § 10; VwGO § 166; ZPO §§ 114, 121 II

Eine rechtskräftige **Verurteilung wegen gefährlicher Körperverletzung** an der damals minderjährigen Tochter, weil diese ohne Wissen ihrer Eltern seit etwa zwei Jahren eine Beziehung zu einem afghanischen Staatsangehörigen unterhielt, zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und sechs Monaten auf Bewährung rechtfertigt nach einer im Prozesskostenhilfverfahren ausreichenden summarischen Prüfung mit hoher Wahrscheinlichkeit die Versagung der beantragten Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs wegen Unwürdigkeit (§ 10 Abs. 1, 2 und 3 Satz 2 Nr. 1 i.V.m. § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BÄO). Es kommt dann nicht mehr auf die Prognose an, ob er in Zukunft seine beruflichen Pflichten zuverlässig erfüllen wird (vgl. zuletzt VGH Bayern v. 30.09.2010 - 21 BV 09.1279 -). Auch schwerwiegende Straftaten außerhalb des beruflichen Wirkungskreises können die Annahme der Unwürdigkeit begründen, wenn sie zu einem Ansehens- und Vertrauensverlust führen, der den Betroffenen als für den ärztlichen Beruf auf absehbare Zeit untragbar erscheinen lässt (vgl. z.B. VGH Bayern v. 17.06.2010 - 21 ZB 09.2131 -).

2. BVERFG: BERUFSPFLICHTEN/PREISVERGLEICH FÜR ZAHNÄRZTL. LEISTUNGEN AUF INTERNETPORTAL

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 08.12.2010 – 1 BvR 1287/08 –

RID 11-01-200

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 3 I, 12 I; BO für Zahnärzte der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg §§ 2 I 3, II a u. c, 8 I u. II, 15, 21

Landesberufsgericht für Zahnärzte in Stuttgart, Urt. v. 26.01.2008 - LNs 6/07 - verletzt den Bf. in seinem Grundrecht aus Art. 12 I GG und wird aufgehoben. Die Sache wird zurückverwiesen. Im Übrigen wird die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

Es ist nicht mit Art. 12 I GG zu vereinbaren, das Fehlen einer **persönlichen Untersuchung** des Patienten vor der Abgabe der **Kostenschätzung** im Rahmen der Teilnahme an einem dem Preisvergleich dienenden Internetportal als Verletzung einer zahnärztlichen Berufspflicht zu beurteilen.

Das Bestehen einer persönlichen Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient ist kein Selbstzweck, sondern dient dazu, für den Patienten eine sachgerechte, seine Interessen wahrende Behandlung sicherzustellen. Dagegen handelt es sich nicht um ein Erfordernis, das den Zahnarzt **vor Konkurrenz** durch Kollegen **schützen** soll.

Allein die Wahl des **Mediums Internet** erlaubt es schon im Grundsatz nicht, die Grenzen erlaubter Außendarstellung von freiberuflich Tätigen enger zu ziehen (vgl. BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 19.02.2008 - 1 BvR 1886/06 - NJW 2008, 1298 <1299>). Auch mit dieser Vorgabe ist die strikte Forderung nach einer persönlichen Untersuchung als Voraussetzung für die Abgabe einer Kostenschätzung, durch die die Nutzung des Mediums für den Bereich des Kostenvergleichs praktisch ausscheiden würde, nicht zu vereinbaren.

Die Abgabe von „**Lockvogelangeboten**“ kann nicht als Regelfall unterstellt werden.

Es ist nicht mit Art. 12 I GG vereinbar, eine im Internet abgegebene Kostenschätzung, einer **Werbe-maßnahme**, generell als berufsrechtswidrige Werbung zu qualifizieren. Weder ist ersichtlich, dass eine derartige Nutzung des Internets das Vertrauen in die Zahnärzte erschüttern, noch dass es zu einer Verunsicherung der Patienten führen könnte.

Die Zahlung der **Provision** erfolgt ausschließlich als Gegenleistung für die **Nutzung der Internet-plattform** und die damit zusammenhängenden Dienste, nicht dagegen für die Vermittlung oder Zuweisung eines Patienten.

Nach **BGH**, Urt. v. 01.12.2010 - I ZK 55/08 – ist eine Preisvergleichsplattform für zahnärztliche Leistungen ebf. nicht berufsrechtswidrig (zit. nach Pressemitteilung 230/2010).

Parallelverfahren: BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 08.12.2010 – 1 BvR 1163/09 –

RID 11-01-201

3. WETTBEWERBSRECHT

A) BGH: WEITERBILDUNGSRECHT ALS MARKTVERHALTENSREGEL/MASTER OF SCIENCE KIEFERORTHOPÄDIE

BGH, Urt. v. 18.03.2010 - I ZR 172/08 -

RID 11-01-202

www.bundesgerichtshof.de = juris = NJW-RR 2010, 1628 = GesR 2011, 50

UWG §§ 4 Nr. 11, 5 I 2 Nr. 3 u. 4; HeilBerG NRW §§ 33, 35 I

Leitsatz: Master of Science Kieferorthopädie

1. Die Bestimmungen des Heilberufsgesetzes NRW über die Führung von Gebietsbezeichnungen, Teilgebietsbezeichnungen oder Zusatzbezeichnungen durch Kammerangehörige sind Marktverhaltensregeln i.S. des § 4 Nr. 11 UWG.

2. Die Führung des von einer österreichischen Universität verliehenen Grades „Master of Science Kieferorthopädie“ verstößt nicht gegen §§ 33, 35 Abs. 1 HeilberufG NRW.

B) GESUNDHEITSWERBUNG MUSS GESICHERTEM WISSENSCHAFTLICHEN STAND ENTSPRECHEN

OLG Hamm, Urt. v. 18.11.2010 – 4 U 148/10 –

RID 11-01-203

juris

UWG §§ 8 I, 3 II, 4 Nr. 11; HWG § 3 S. 1 Nr. 1; LFGB § 27 I 1

Der Anbieter eines „**Body-Contouring-Verfahrens**“ darf eine damit verbundene **Ultraschallbehandlung (zum Fettabbau)** nur dann bewerben, wenn das Verfahren klinisch belegt den erwünschten Erfolg bringen kann. Hierfür ist er darlegungs- und beweispflichtig. Bei Werbeaussagen im gesundheitlichen Bereich ist der Werbende sogar allein dafür verantwortlich, dass die Werbeaussagen (nunmehr) **gesichertem wissenschaftlichen Stand** entsprechen.

Die **Werbung** mit der Behauptung, dass Problemzonen und Fettpolster per Behandlung durch Ultraschall reduziert werden könnten, ist **unzulässig**, weil es dafür **keine klinische Studie** gibt, die den beschriebenen Fettabbau belegen.

4. WEITERBILDUNG IN ABWEICHENDEM WEITERBILDUNGSGANG (GYNÄKOLOGISCHE ONKOLOGIE)

VG Hannover, Urt. v. 23.06.2010 - 5 A 5490/09 -

RID 11-01-204

MedR 2010, 803

GG Art. 12; HKG Niedersachsen §§ 34 ff.; WBO 2005 ÄK Niedersachsen §§ 6, 10; MWBO § 10

Leitsatz (MedR): 1. Mit einem abweichenden Weiterbildungsgang kann erst nach Einführung der entsprechenden Arztbezeichnung begonnen werden.

2. Eine als gleichwertig anzuerkennende Weiterbildung muss in strukturierter Form erfolgen. Dazu gehört, dass die Weiterbildung unter verantwortlicher Leitung eines von der Ärztekammer zur Weiterbildung befugten Arztes an einer Weiterbildungsstätte durchgeführt wird.

5. RECHT AUF RUHE VOR MEDIEN NACH ERMITTLUNGSENDE

OLG Koblenz, Beschl. v. 27.05.2010 - 4 W 170/10 -

RID 11-01-205

juris

ZPO § 91a; GG Art. 5 I

Nach der Einstellung strafrechtlicher Ermittlungen haben Betroffene einen Anspruch darauf, von den Medien in Ruhe gelassen zu werden. Nach einem eingestellten Ermittlungsverfahren darf über einen Arzt nicht in identifizierbarer Weise berichtet werden.

6. ZIVILES VERTRAGSRECHT/ARBEITSRECHT

A) KEIN VERGABEVERFAHREN FÜR EINBRINGEN DES PRAXISSITZES NACH § 103 IVA SGB V

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 08.12.2010 - VII-Verg 41/10 -

RID 11-01-206

SGB V § 103 IV; GWB §§ 97 VII, 99; Richtlinie 2004/18 EG

Bei dem **Ankauf eines Vertragsarztsitzes** in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen bestehen, handelt es sich nicht um einen Lieferauftrag i.S.d. § 99 II GWB, Art. 1 II lit. c) der Richtlinie 2004/18 EG. Gegenstand der Lieferung ist nicht eine „Ware“.

Die Ast. ist ein MVZ mit einem radiologischen Sitz in einem übertensorgten Planungsbereich. Sie rügte das Fehlen eines Vergabeverfahrens gegenüber der Ag., eine durch einen Landkreis gegründete Anstalt des öffentlichen Rechts, die ein Klinikum betreibt. Die Ag. schloss mit dem Radiologen X einen Vertrag, nach dem dieser seine Zulassung und Praxis mit „good will“, aber ohne Geräte und Inventar, nach § 103 IVa SGB V einbringen und bei der Ag. als Arbeitnehmer arbeiten sollte. Das **OLG** wies die sofortige Beschwerde der Ast. gegen den ablehnenden Beschl. der Vergabekammer zurück.

B) VERGÜTUNGSANSPRUCH DES BEAUFTRAGTEN LABORARZTES FÜR NICHT NOTWENDIGE UNTERSUCHUNG

OLG Brandenburg, Urt. v. 12.01.2011 - 4 U 111/08 -

RID 11-01-207

juris

GOÄ § 1 II 1

Die Überlegung, dass - selbst die medizinische Notwendigkeit einmal unterstellt - nicht von einem Einverständnis des Patienten mit Kosten in jedweder Höhe (hier: ca. 21.000 €) auszugehen ist, gilt jedenfalls dann, wenn, die zu erwartenden Kosten das Maß dessen überschreiten, was einem Patienten als Kosten von Laboruntersuchungen bekannt ist.

BGH, Urt. v. 14.01.2010 - III ZR 188/09 - RID 10-02-170 hatte auf Revision des Bkl. die Sache an das OLG zurückverwiesen. Das OLG wies die Klage nunmehr ab.

C) SCHADENSERSATZ NACH FRISTLOSER KÜNDIGUNG EINES BELEGARZTVERTRAGS

OLG München, Urt. v. 17.01.2011 – 19 U 3817/10 –

RID 11-01-208

juris
ZPO § 563

Versucht der Träger eines **Belegkrankenhauses** selbst unter dem Eindruck diverser gerichtlicher Entscheidungen, den ambulanten Operationsbetrieb einer Belegärztin zu sabotieren, so stellt dies ohne weiteres einen **Grund zur fristlosen Kündigung** dar. Einer Belegärztin - und insb. ihren Patienten - ist es keinesfalls zuzumuten, weiter abzuwarten, ob und wann der Träger geneigt sein wird, sie wieder ungestört ambulant operieren zu lassen. Das gilt auch dann, wenn eine Gefährdung der Patienten niemals gegeben war.

Ein Gläubiger, der einen Vertrag wegen Pflichtverletzung der Gegenseite aus wichtigem Grund **kündigt**, hat Anspruch auf **Ersatz des Schadens**, den er infolge der vorzeitigen Vertragsauflösung erlitten hat. Dieser Anspruch besteht nur für den Zeitraum bis zum ersten Termin, zu dem der Schuldner sich durch ordentliche Kündigung vom Vertrag hätte lösen können. War eine ordentliche Kündigung ausgeschlossen, ist Schadensersatz für die gesamte Vertragslaufzeit geschuldet. Der Schadensersatzanspruch der Klägerin geht deshalb dahin, so gestellt zu werden, wie sie bei ordnungsgemäßer Vertragserfüllung gestanden hätte (z.B. BGH, Urt. v. 25.11.2010 - Xa ZR 48/09 - Rn. 32 und 37).

D) KONKURRENZSCHUTZKLAUSEL IN NUTZUNGSVERTRAG BEI NIEDERLASSUNG AM KRANKENHAUS

OLG München, Urt. v. 10.11.2010 – 20 U 2514/10 –

RID 11-01-209

GesR 2011, 44
BGB §§ 134, 226, 242, 273, 313 I; GWB § 1

Eine **Konkurrenzschutzklausel**, wonach für die Laufzeit des Nutzungsvertrages (hier: 2001 bis 2017) der Krankenhausträger Verträge mit anderen Fachärzten für Urologie **nur nach vorheriger Zustimmung** durch den Arzt abschließen wird, ist im Gesamtkontext aller Verträge (hier: Belegarztverträge 1993 bis 2008; Kooperationsvertrag 2001 bis 2005) der Vertragsparteien auszulegen und kann bedeuten, dass der Krankenhausträger nicht nur Nutzungs-, sondern auch sämtliche anderen Verträge mit Fachärzten für Urologie (hier: **Konsiliararztvertrag**) nur nach vorheriger Zustimmung durch den Arzt abschließen darf.

Eine solche Konkurrenzschutzklausel ist nicht wegen Verstoß gegen § 1 GWB gem. § 134 BGB unwirksam, wenn die **Wettbewerbsbeschränkung** zur Erzielung eines gerechten Interessenausgleichs im Rahmen des jeweiligen Vertrages gerechtfertigt ist (hier bejaht).

E) SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKTBERATUNG KEINE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

ArbG Düsseldorf, Urt. v. 27.10.2010 – 4 Ca 4325/10 –

RID 11-01-210

juris
BO Ärztekammer Nordrhein §§ 2 IV, 7 IV; StGB § 219

Leitsatz: Die Durchführung einer Schwangerschaftskonfliktberatung gemäß § 219 StGB stellt keine ärztliche Behandlung i.S.d. § 7 der Berufsordnung der Ärztekammer Nordrhein dar.

Die bei dem Bekl. beschäftigte Kl. führte für diesen als Ärztin Schwangerschaftskonfliktberatungen durch. Der Bekl. wies die Kl. an, eine Absolventin des Masterstudiengangs Sexualpädagogik als Hospitantin an einer Beratung bei Zustimmung der Klientin teilnehmen zu lassen. Dieses verweigerte die Kl. Der Bekl. erteilte ihr eine Abmahnung. Die **Kl. vertritt die Auffassung**, der Bekl. könne sie nicht anweisen, Dritte an einer Schwangerschaftskonfliktberatung teilnehmen zu lassen, da Gegenstand der Beratung nicht nur der psychosoziale Konflikt, sondern auch medizinische Themen seien. Gemäß § 7 IV BO Ärztekammer Nordrhein sei die Teilnahme der Hospitantin von ihrer Zustimmung abhängig. Zudem verbiete § 2 IV BO die Entgegennahme von Weisungen durch nichtärztliches Personal. Das ArbG wies die Klage ab.

7. BGH: STRAFRECHTLICH RELEVANTE HANDLUNGSHERRSCHAFT/PSYCHOLYTISCHE SITZUNGEN

BGH, Beschl. v. 10.01.2011 – 5 StR 491/10 –

RID 11-01-211

www.bundesgerichtshof.de = juris
StGB §§ 18, 222, 229; BtMG § 13

Eine strafrechtlich relevante **Handlungsherrschaft** wächst einem **Arzt** nur dann zu, wenn und soweit die **Freiverantwortlichkeit des Selbstgefährdungsentschlusses der Gruppenteilnehmer beeinträchtigt** ist. Dies ist der Fall, wenn der Täter kraft überlegenen Fachwissens das Risiko besser erfasst als der Selbstgefährdende, namentlich wenn das Opfer einem Irrtum unterliegt, der seine

Selbstverantwortlichkeit ausschließt (vgl. BGH, Urt. v. 29.04.2009 - 1 StR 518/08 - BGHSt 53, 288, 290; v. 09.11.1984 - 2 StR 257/84 - NStZ 1985, 319, 320), oder es infolge einer Intoxikation zu einer Risikoabwägung nicht mehr hinreichend in der Lage ist (BGH, Urt. v. 27.11.1985 - 3 StR 426/85 - NStZ 1986, 266).

LG Berlin verurteilte einen 51 Jahre alten auf psychotherapeutische Behandlungen spezialisierten Arzt u.a. wegen Körperverletzung mit Todesfolge und der Überlassung von Betäubungsmitteln mit Todesfolge zu einer **Freiheitsstrafe von vier Jahren und neun Monaten** und belegte ihn mit einem **dauerhaften Berufsverbot** für eine Tätigkeit als niedergelassener Arzt und als Psychotherapeut. Nach den Urteilsfeststellungen führte der Angeklagte sog. **psycholytische Sitzungen** durch. Bei diesen Gruppensitzungen wurden Patienten durch Drogen in ein „Wachtraumerleben der Objektumgebung“ versetzt. Ziel dieser in Deutschland wissenschaftlich nicht anerkannten Methode soll es sein, an unbewusste Inhalte der Psyche zu gelangen. Im September 2009 führte der Angeklagte eine Intensivsitzen durch, in deren Rahmen sich **sechs Gruppenmitglieder zur Einnahme des Rauschgifts MDMA bereiteten**. Wegen eines ihm unterlaufenen **Wiegeversehens** übergab er an diese jedoch **mindestens die zehnfache Menge** der beabsichtigten Menge, woraufhin es bei ihnen zu heftigen körperlichen Reaktionen kam. Trotz der von der herbeigerufenen Notärztin veranlassten Hilfsmaßnahmen **verstarben zwei Gruppenmitglieder an Multiorganversagen aufgrund der Überdosis MDMA**. Weitere Teilnehmer konnten nach intensivmedizinischer und stationärer Behandlung gerettet werden. Der **BGH** hob das Urteil auf die Revision des Angeklagten hin auf und verwies das Verfahren an eine andere Schwurgerichtskammer des Landgerichts zurück. In der erneut durchzuführenden Hauptverhandlung wird vorrangig eine kritische Überprüfung der Angaben des Angeklagten zu einem vorgeblichen Wiegefehler vorzunehmen sein. Danach wird zu beurteilen sein, ob eine Vorsatztat oder lediglich ein fahrlässiges Tötungsdelikt anzunehmen ist (vgl. Pressemitteilung Nr. 19/11 v. 01.02.2011).

8. KAMMERN

A) UNZULÄSSIGE ANORDNUNG EINES FACHGESPRÄCHS MIT SCHRIFTLICHER KENNTNISPRÜFUNG

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 B 1143/10 –

RID 11-01-212

juris

VwGO § 44a S. 1; GG Art. 12 I

Leitsatz: Keine Zuständigkeit der Heilberufskammern für (vorbereitende) Maßnahmen, für die eine Zuständigkeit einer staatlichen Behörde (hier: Approbationsbehörde) besteht.

B) MITGLIEDSBEITRAG: AUSKUNFTSPFLICHT/KEINE BEITRAGSOBERGRENZE

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 26.01.2011 – 8 LA 103/10 –

RID 11-01-213

www.dbovg.niedersachsen.de = juris

ÄrzttekammerG Niedersachsen §§ 2, 5 II; HeilberufekammerG Niedersachsen § 15

Leitsatz: 1. Die im Rahmen der Veranlagung zu den Mitgliedsbeiträgen bestehende **Auskunfts- und Nachweispflicht** betreffend die vom Mitglied erzielten **Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit** gemäß § 5 Beitragsordnung der Ärztekammer Niedersachsen ist mit höherrangigem Recht vereinbar (Bestätigung der Senatsspr., Urt. v. 2.7.2003 - 8 K 3892/00 -, NdsVBl. 2004, 69 ff.).

2. Weder der Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG noch das Äquivalenzprinzip gebieten die Einführung einer generellen und abstrakten **Beitragsobergrenze** bei der Heranziehung zu einkommensabhängigen Mitgliedsbeiträgen durch die Ärztekammer Niedersachsen.

C) UNTERSCHIEDLICHES STIMMENQUORUM IN ÄRZTEKAMMER DES SAARLANDES

VG für das Saarland, Urt. v. 16.12.2010 – 1 K 952/09 –

RID 11-01-214

juris

Heilberufskammergesetz Saarland § 9 I 1; GG Art. 3 I, 28 II 2, 38 I 1

Leitsatz: § 9 Abs. 1 Satz 1 SHKG verstößt weder gegen den aus dem Demokratieprinzip folgenden Grundsatz der Gleichheit der Wahl gemäß Art. 38 Abs. 1 Satz 1, 28 Abs. 1 Satz 2 GG noch gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG.

Nach § 1 **Heilberufskammergesetz Saarland** gehören die **Zahnärzte zur Ärztekammer. § 9 I 1 (Vertreterversammlung) lautet:**

(1) Für jeweils vollendete

1. 100 Mitglieder der Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Ärzte -
2. 50 Mitglieder der Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte -
3. 50 Mitglieder der Apothekerkammer des Saarlandes
4. 15 Mitglieder der Tierärztekammer des Saarlandes
5. 20 Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

ist ein Mitglied der Vertreterversammlung zu wählen.

9. VERSORGUNGSWERKE

A) ALTERSRENTENZULAGE: VORAUSSETZUNG FÜR LEDIGENZUSCHLAG ÄRZTEKAMMER NIEDERSACHSEN

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 13.01.2011 – 8 PA 241/10 –

RID 11-01-215

juris

Alterssicherungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen § 15 X

Leitsatz: Die Gewährung des sog. Ledigenzuschlags zur Altersrente nach § 15 Abs. 10 Satz 1 Alterssicherungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen - ASO -, zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung vom 28. November 2009, setzt voraus, dass der Ärzteversorgung Niedersachsen spätestens bei Beginn der Altersrente des versorgungsberechtigten Mitglieds dessen verbindliche Erklärung vorliegt, dass keine sonstigen rentenbezugsberechtigten Personen vorhanden sind.

B) MEDIZINJOURNALISTIN: BEFREIUNG VON DER KÜNSTLERSOZIALVERSICHERUNG WEGEN VERSORGUNGSWERK

LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2010 – L 1 KR 42/08 –

RID 11-01-216

Revision anhängig: B 3 KS 2/10 R, Termin: 10.03.2011

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KSVG §§ 1, 2 S. 2, 4 Nr. 1; SGB VI §§ 2 S. 1 Nr. 5, 6 I 1 Nr. 1, V 1

Für eine als selbständige Medizinjournalistin tätige approbierte Ärztin, die aufgrund ihrer Berufsausübung Pflichtmitglied im ärztlichen Versorgungswerk ist, besteht in analoger Anwendung des § 4 Nr. 1 KSVG Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem KSVG.

SG Hamburg, Urt. v. 29.04.2008 - S 22 KR 514/05 - wies die Klage ab, das **LSG** stellte fest, dass die Kl. in der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem KSVG versicherungsfrei ist.

C) KEINE BEFREIUNG VON RENTENVERSICHERUNGSPFLICHT FÜR PHARMAVERTRETER

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.10.2010 – L 4 KR 5196/08 –

RID 11-01-217

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 KR 114/10 B

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB VI § 6

Leitsatz: Die gegenüber einem Arzt ausgesprochene Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für eine ärztliche Tätigkeit gilt nicht für eine Tätigkeit als so genannter Fachreferent bei einem Pharmaunternehmen (vgl. bereits Senatsurt. v. 23.01.2009 - L 4 R 738/06 -).

SG Freiburg, Urt. v. 18.09.2008 - S 5 KR 1478/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

II. Arzthaftung

1. EGMR: EFFIZIENTES ARZTHAFTUNGSVERFAHREN

EGMR, Urt. v. 21.10.2010 - 43155/08 -

RID 11-01-218

juris

EMK Art. 6 I

Der Gerichtshof erkennt an, dass das **Arzthaftungsverfahren** durchaus **komplex** ist. Ein Verfahren ist aber **effizient zu führen**. Es ist kein Grund ersichtlich, warum das Landgericht die Parteien nicht ganz zu Beginn des Verfahrens aufgefordert hat, sämtliche Krankenakten vorzulegen, und schon vor der ersten mündlichen Verhandlung einen Beweisbeschluss erlassen hat, sondern über ein Jahr damit gewartet hat. Des Weiteren stellt der Gerichtshof fest, dass der gesamte Prozess des Einholens von Sachverständigengutachten und Ergänzungsgutachten hätte abgekürzt werden können, wenn der Sachverständige zu der ersten Verhandlung geladen worden wäre, um dort ein mündliches Sachverständigengutachten zu erstatten, oder wenn er zumindest geladen worden wäre, um sein schriftliches Gutachten bei dem frühestmöglichen Verhandlungstermin zu erläutern. In diesem Zusammenhang sollten die innerstaatlichen Gerichte sicherstellen, dass nur solche Sachverständige bestellt werden, die für eine mündliche Verhandlung zur Verfügung stehen, und sie sollten auch – soweit erforderlich – von im innerstaatlichen Recht vorgesehenen Zwangsmaßnahmen Gebrauch machen.

Die Dauer des Verfahrens in der vorliegenden Rechtssache (LG-Verfahren 9 Jahre u. 1 Monat, danach Aufhebung der OLG-Entscheidung durch BGH und Zurückverweisung, bisher ohne Abschluss) war überlang und entsprach dem Erfordernis der „angemessenen Frist“ nicht. Für den **immateriellen Schaden** sind 10.000 € zuzusprechen.

2. BGH

A) ANÄSTHESIST ÜBERSIEHT BEI ABKLÄRUNG DER NARKOSEFÄHIGKEIT MITTELS RÖNTGENAUFNAHME KARZINOM

BGH, Urt. v. 21.12.2010 – VI ZR 284/09 –

RID 11-01-219

www.bundesgerichtshof.de = juris
BGB §§ 280 I, 823 I; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Den Arzt verpflichten auch die Ergebnisse solcher Untersuchungen zur **Einhaltung der berufsspezifischen Sorgfalt**, die medizinisch nicht geboten waren, aber trotzdem - beispielsweise aus besonderer Vorsicht - veranlasst wurden.

2. Der für die Auswertung eines Befundes im konkreten Fall medizinisch verantwortliche Arzt hat all die Auffälligkeiten zur Kenntnis und zum Anlass für die gebotenen Maßnahmen zu nehmen, die er aus **berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs** unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten sowie der Behandlungssituation feststellen muss. Vor in diesem Sinne für ihn erkennbaren „**Zufallsbefunden**“ darf er nicht die Augen verschließen.

3. Zur **Abgrenzung des Befunderhebungsfehlers vom Diagnoseirrtum**.

B) BEHANDLUNG VON ZIVILDIENTSTLEISTENDEN KEINE AUSÜBUNG EINES ÖFFENTLICHEN AMTES

BGH, Urt. v. 26.10.2010 – VI ZR 307/09 –

RID 11-01-220

www.bundesgerichtshof.de = juris
SGB V § 75 III 1 u. 2; GG Art. 34 S. 1; BGB § 839; ErsDiG § 35 I

Leitsatz: Die ärztliche **Behandlung von Zivildienstleistenden** durch Vertragsärzte und Krankenhäuser mit Kassenzulassung im Rahmen der gesetzlichen Heilfürsorge erfolgt nicht in Ausübung eines öffentlichen Amtes.

C) RECHTLICHES GEHÖR ZUR MÜNDLICHEN ERLÄUTERUNG EINES GUTACHTENS

BGH, Beschl. v. 30.11.2010 – VI ZR 25/09 –

RID 11-01-221

www.bundesgerichtshof.de = juris
ZPO §§ 156, 286

Leitsatz: Gibt der medizinische Sachverständige in seinen mündlichen Ausführungen neue und ausführlichere Beurteilungen gegenüber dem bisherigen Gutachten ab, so ist den Parteien unter dem Blickpunkt des rechtlichen Gehörs Gelegenheit zu geben, hierzu Stellung zu nehmen. Dabei sind auch Ausführungen in einem nicht nachgelassenen Schriftsatz zur Kenntnis zu nehmen und die mündliche Verhandlung wiederzueröffnen, sofern die Ausführungen Anlass zu weiterer tatsächlicher Aufklärung geben.

3. STURZ NACH EIGENMÄCHTIGEM VERSUCH, SICH IN ROLLSTUHL ZU SETZEN

OLG Koblenz, Beschl. v. 21.07.2010 – 5 U 761/10 –

RID 11-01-222

juris = GesR 2010, 614
BGB §§ 253, 276, 278, 280, 611, 823, 831

Wurde eine **Krankenhaus-Patientin** ausdrücklich **darauf hingewiesen, nicht selbstständig aufzustehen**, so darf das Klinikpersonal grundsätzlich darauf vertrauen, dass die Patientin die Anweisung beachtet. Stürzt die Patientin bei dem Versuch, sich alleine in einen Rollstuhl zu setzen, so kann keine Haftung des Arztes daraus abgeleitet werden, dass er den Rollstuhl nach einer Untersuchung an die Liege schiebt. Dies darf von der Patientin nicht als Aufforderung verstanden werden, sich nunmehr ohne fremde Hilfe wieder in den Rollstuhl zu setzen.

4. BEWERTUNG NACH JEWEILIGEM FACHARZTSTANDARD

OLG München, Beschl. v. 14.01.2011 – 1 U 4152/10 –

RID 11-01-223

juris
BGB § 823

Wird eine Patientin wegen einer HNO-Erkrankung operiert und konsequenterweise postoperativ auf eine HNO-Station aufgenommen, so muss auch das **postoperative Behandlungsgeschehen nach HNO-Facharztstandard** beurteilt werden. In diesem Zusammenhang kommt es nicht darauf an, dass ein neurologischer Sachverständiger selbstverständlich Ätiologie, Genese und Verlauf eines

Schlaganfalles besser beurteilen kann wie ein Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Dies ändert nämlich nichts daran, dass den Ärzten nur der Erkenntnishorizont abverlangt werden kann und darf, der sich aus dem Wissen und Können eines Facharztes für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ergibt. Diesen Erkenntnishorizont kann jedoch ein neurologischer Sachverständiger nicht beurteilen. Vielmehr ist diese **Bewertung dem HNO-Sachverständigen vorbehalten**.

Selbstverständlich muss sich ein HNO-Facharzt stets der Tatsache bewusst sein, dass er eine Symptomatik, die in ein anderes ärztliches Fachgebiet fällt oder fallen kann, nur eingeschränkt beurteilen kann und darf und deshalb erforderlichenfalls **konsiliarisch einen anderen Facharzt beiziehen** muss.

5. FEHLBEURTEILUNG DURCH BELEGARZT: KEINE HAFTUNG DES KRANKENHAUSTRÄGERS

OLG Oldenburg, Urt. v. 08.11.2010 – 5 U 89/10 –

RID 11-01-224

juris

BGB §§ 278, 280 I, 831

Leitsatz: Die Entscheidung, ob die **Ausstattung eines Belegkrankenhauses ausreicht**, um die nach der Eingangsdiagnose zu erwartenden ärztlichen Behandlungsmaßnahmen bewältigen zu können, hier Aufnahme einer Schwangeren oder Überweisung in ein Perinatalzentrum, obliegt allein dem **Belegarzt**. Für dessen Fehlbeurteilung haftet der Krankenhausträger weder nach § 278 BGB noch nach § 831 BGB.

6. SUIZIDVERSUCH IN PSYCHIATRIE

OLG München, Urt. v. 13.01.2011 – 1 U 4927/09 –

RID 11-01-225

juris

BGB § 823

Es gibt kaum einen **Suizid in der Psychiatrie**, der sich aus der ex post Perspektive nicht hätte verhindern lassen. Man darf daraus aber nicht den Schluss ziehen, dass dieser ex ante hätte verhindert werden können und müssen. Nach ärztlicher Erfahrung stellt eine vertrauensvolle **Beziehung zwischen Arzt und Patienten** die sicherste Suizidprävention dar. Dieses Therapiekonzept setzt dem Sicherungsgedanken zwangsläufig Grenzen. Eine sichere Suizidprophylaxe ist bei Wahrung der Menschenwürde des Patienten und eines zeitgemäßen Therapiekonzeptes nicht möglich.

7. AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN

A) LEISTENBRUCHOPERATION: VERSCHIEDENE OPERATIONS-MÖGLICHKEITEN

OLG Brandenburg, Urt. v. 15.07.2010 – 12 U 232/09 –

RID 11-01-226

juris = GesR 2010, 610

BGB §§ 31, 89, 253 II, 278, 280, 823 I u. II; StGB § 229

Leitsatz: Bei einer **Leistenbruchoperation** ist über die in Betracht kommenden verschiedenen **Operationsmöglichkeiten** (mit und ohne Netzimplantation, konventionell oder in laparoskopischer Technik) aufzuklären, da es sich um mittlerweile standardmäßige Methoden zur Leistenbruchversorgung handelt, die im Hinblick auf die Möglichkeit eines Rezidivs des Leistenbruchs sowie die auftretenden speziellen Risiken unterschiedlich sind.

Kommt es kurzfristig zu einem **Wechsel der Operationsmethode** (hier: Operation in laparoskopischer Technik statt konventionell), ist der Eingriff von der Einwilligung in die Operation nach der konventionellen Technik nicht gedeckt. Eine **Einwilligung** aufgrund einer erst am Tage der Operation vorgenommenen Aufklärung über die Operation in laparoskopischer Technik, bei der der Patient bereits unter Medikamenteneinfluss steht, ist unwirksam.

Kommt es während des ohne wirksame Einwilligung durchgeführten Eingriffs zu einer **Durchtrennung des Samenleiters** des linken Hodens, ohne dass eine Beeinträchtigung der Zeugungsfähigkeit nachgewiesen ist, ist angesichts der verbleibenden theoretischen Vulnerabilität der Zeugungsfähigkeit für den Fall möglicher zukünftiger Beeinträchtigungen des rechtsseitigen Hodens ein **Schmerzensgeld** von 15.000,00 € angemessen.

B) VERSTERBENSRISKO BEI GRÖßERER OPERATION (HÜFTTOTALENDOPROTHESE)

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 16.11.2010 – 8 U 88/10 –

RID 11-01-227

juris
BGB § 823 I

Leitsatz: Als allgemein bekanntes Risiko einer größeren Operation muss auf die Möglichkeit, daran unter ungünstigen Umständen versterben zu können, nicht ohne Weiteres hingewiesen werden.

C) RISIKO DES FEHLSCHLAGENS BEI OPERATION NACH JAHRELANGER BEHINDERUNG

OLG Naumburg, Urt. v. 09.11.2010 – 1 U 44/10 –

RID 11-01-228

juris
BGB §§ 31, 249, 253 II, 280 I, 611, 823, 840

Leitsatz: Lebt ein Patient jahrelang mit einer Behinderung, auf die er sich eingerichtet hat und erwägt dann den Versuch einer operativen Korrektur, der bei ihm angesichts der komplexen Ausgangslage mit einem **nicht unerheblichen Risiko des Fehlschlagens** behaftet ist, sogar bis hin zu einer Verschlechterung seines bisherigen Zustandes, so muss er darüber **aufgeklärt** werden, um ihm eine eigenverantwortliche Entscheidung darüber zu ermöglichen, ob er den Eingriff wagen oder lieber abwarten und mit seinen bisherigen Beschwerden einstweilen weiter leben will.

D) VERZICHT AUF FACHBEGRIFFE BEI VERSTÄNDLICHER DARSTELLUNG

OLG München, Urt. v. 16.12.2010 – 1 U 2722/10 –

RID 11-01-229

juris
BGB § 823

Nach der ständigen **Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs** muss der Patient im Großen und Ganzen über die Chancen und Risiken des Eingriffs **aufgeklärt** werden. Er ist nicht nur über die Art des Eingriffs, sondern auch über seine nicht ganz außer Wahrscheinlichkeit liegenden Risiken ins Bild zu setzen, soweit diese sich für ihn als medizinischen Laien aus der Art des Eingriffs nicht ohnehin ergeben und für seine Entschließung von Bedeutung sein können. Zwar müssen ihm nicht die Risiken in allen denkbaren Erscheinungsformen aufgezählt werden, aber er muss eine allgemeine Vorstellung von der Schwere des Eingriffs und den spezifisch mit ihm verbundenen Risiken vermittelt bekommen, insbesondere soweit diese, wenn sie sich verwirklichten, seine Lebensführung schwer belasten würden und er mit ihnen nach der Natur des Eingriffs nicht rechnen konnte, wobei für die ärztliche Hinweispflicht nicht ein bestimmter Grad der Risikodichte, insbesondere nicht eine bestimmte Statistik entscheidend ist (vgl. BGH NJW 1984, 1397; NJW 2000, 1784). **Sinn und Zweck der ärztlichen Aufklärung** über die Risiken eines bevorstehenden Eingriffes ist es, den Patienten, der selbst bestimmen darf und soll, ob er sich einer Operation unterziehen will, die für seine Entscheidung notwendigen Fakten in einer für den medizinischen Laien verständlichen Form mitzuteilen. Erst derart informiert kann er eigenverantwortlich das Für und Wider abwägen. Daraus ergeben sich Folgerungen über Inhalt und Umfang dieser Aufklärung, gleichzeitig aber auch ihre Grenzen (BGH r + s 1986, 96). Dem Patienten ist mit dem gebotenen Einfühlungsvermögen ein realistisches Bild von Chancen und Risiken des Eingriffs im Rahmen der Aufklärung zu vermitteln, d.h. Risiken dürfen nicht verharmlost aber auch nicht überzeichnet werden.

Im Rahmen der Aufklärung ist es grundsätzlich nicht erforderlich, dass dem Patienten **Fachbegriffe** benannt werden oder die Bezeichnung eines schillernden Krankheitsbildes verwendet wird, dass sich sowohl hinsichtlich der klinischen Symptomatologie als der Schwere und des Verlaufs wie ein Chamäleon verhalten kann (hier: Bezeichnung CRPS für vom physiologischen Heilungsverlauf des verletzten Gewebes abweichende Komplikationen; Morbus Sudeck). Entscheidend für die freie Willensentscheidung des Patienten sind die verständliche Darstellung und Benennung möglicher Komplikationen und ihrer Folgen.

E) BEHANDLUNGSALTERNATIVEN

OLG Brandenburg, Urt. v. 04.11.2010 – 12 U 148/08 –

RID 11-01-230

juris
BGB §§ 280 I, 823

Die **Wahl der Therapiemethode** (hier: Versteifungsoperation an der Lendenwirbelsäule) ist primär Sache des Arztes, dem insoweit ein weites freies Ermessen einzuräumen ist (BGH NJW 1989, 1538), insbesondere in Fällen, in denen nahezu gleichwertige Methoden zur Verfügung stehen. Der Arzt muss dem Patienten nicht zwingend erläutern, welche Behandlungsmethoden theoretisch in Betracht kommen und was für und gegen die eine oder andere dieser Methoden spricht, solange er eine Thera-

pie anwendet, die dem medizinischen Standard entspricht. Nur wenn die **Behandlungsalternativen** zu jeweils wesentlich unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen oder wesentlich unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen bieten, kann eine Aufklärung erforderlich sein, nicht aber bei einer geringfügig niedrigeren Komplikationsrate (BGH NJW 2005, 1718).

Hat eine **konkrete konservative Therapie** stattgefunden, die im Zeitpunkt der Operation nicht mehr auf weitere konservative Behandlungsmaßnahmen auszudehnen ist, so bedarf es insoweit auch keiner weitergehenden Aufklärung.

F) BESTIMMTER ARZT/AUFKLÄRUNG DURCH STATIONSARZT/BANDSCHEIBEN-OP

OLG München, Urt. v. 18.11.2010 – 1 U 5334/09 –

RID 11-01-231

juris
BGB § 823

Ein **Kassenpatient**, der einen **einheitlichen totalen Krankenhausaufnahmevertrag** abschließt, hat, wie BGH, Urt. v. 11.05.2010 – VI ZR 252/08 – RID 10-03-207 im Einzelnen ausgeführt hat, bei dieser Regelform der stationären Krankenhausbetreuung keinen Anspruch darauf, von einem **bestimmten Arzt** behandelt und operiert zu werden. Er hat aber die Möglichkeit, zu erklären, dass er sich nur von einem bestimmten Arzt operieren lassen will. Im Streitfall hat er dann **zu beweisen**, dass ein bestimmter Arzt ihm die eigenhändige Behandlung rechtlich verbindlich zugesagt hat oder dass er - obwohl er keinen gesonderten Arztsatzvertrag abgeschlossen hat - seine Einwilligung nur zu der Behandlung durch einen bestimmten Arzt erteilt hat. Dies setzt voraus, dass der Patient eindeutig und unmissverständlich zum Ausdruck gebracht hat, dass seine Operationseinwilligung auf diesen Arzt beschränkt ist. Weder der vom Patienten geäußerte Wunsch noch seine subjektive Erwartung noch die Erklärung eines Krankenhausarztes auf die Bitte des Patienten in einem Vorgespräch, er werde die Operation, sofern möglich, selbst durchführen, genügen für die Annahme der verbindlichen Zusage der persönlichen Übernahme des Eingriffs durch einen bestimmten Arzt.

An den vom Arzt zu führenden **Nachweis der ordnungsgemäßen Aufklärung** sind im Hinblick auf die Waffengleichheit im Arzthaftungsprozess keine unbilligen oder übertriebenen Anforderungen zu stellen. Das Gericht kann den Angaben des Arztes über eine erfolgte Aufklärung Glauben schenken, wenn seine Darstellung in sich schlüssig ist und einiger Beweis für ein Aufklärungsgespräch erbracht worden ist. Auch wenn sich der Arzt an das konkrete Aufklärungsgespräch nicht mehr erinnert, er aber eine ständige Übung darlegt und die fragliche Problematik in einem vom Patienten unterzeichneten Aufklärungsbogen enthalten ist, kann das Gericht die Überzeugung gewinnen, dass die Aufklärung in der behaupteten Weise durchgeführt wurde.

Zu einer eingehenden fachlichen Unterrichtung über spezifische medizinische Fragen, insbesondere zu den teils vielfältigen **Variationen von möglichen Operationstechniken** und des dabei verwendeten Materials ist der Arzt ohne nähere Nachfrage des Patienten in der Regel nicht verpflichtet.

Grundsätzlich kann von einem **mit dem Aufklärungsgespräch betrauten Arzt einer Station**, auch einem **Assistenzarzt**, erwartet werden, dass er aufgrund seines Ausbildungsstandes oder aufgrund interner Instruktionen über die notwendigen fachlichen Kenntnisse verfügt, um den Patienten über den anstehenden Eingriff ordnungsgemäß zu informieren und Fragen zu beantworten. Eine Aufklärung durch einen **Facharzt** ist auch bei schwierigen Eingriffen rechtlich nicht zwingend geboten, zumal in der Regel die Indikation und das grundlegende operative Vorgehen in einem Vorgespräch mit einem erfahrenen Arzt besprochen werden.

Auch bei einer sorgfältigen ordnungsgemäßen **Röntgenkontrolle** ist nicht sicher auszuschließen, dass eine vollständige **Ausräumung der Bandscheibe** bzw. vollständige Dekompression der Nervenwurzeln misslingt.

G) AUFKLÄRUNG MINDERJÄHRIGER UND IHRER ELTERN VOR SCHILDDRÜSENOPERATION

OLG Stuttgart, Urt. v. 16.11.2010 -1 U 124/09 -

RID 11-01-232

GesR 2011, 30
BGB § 280

Leitsatz (GesR): 1. Zur Aufklärung Minderjähriger und ihrer Eltern vor einer Schilddrüsenoperation.
2. Zur konkludenten Bevollmächtigung eines Elternteils durch den anderen Elternteil, alle operationsrelevanten Entscheidungen zu treffen.

8. SACHVERSTÄNDIGE

A) HINZUZIEHUNG DRITTER BEI KÖRPERLICHER UNTERSUCHUNG

OLG Köln, Beschl. v. 30.10.2009 – 5 U 112/08 –

RID 11-01-233

juris = MedR 2010, 879
ZPO § 357

In der Rechtsprechung ist es anerkannt, dass eine Partei bei Ermittlungen eines Sachverständigen einen **fachkundigen Berater hinzuziehen** darf, um ihre Rechte bei der Feststellung und Bewertung des streitigen Sachverhalts wirksam wahrnehmen zu können (OLG Düsseldorf BauR 1974, 72; OLG Düsseldorf MDR 1979, 409; OLG München NJW-RR 1988, 1534 f.).

Im Hinblick auf die Stellung des Sachverständigen als eines Gehilfen des Richters, der zur Unparteilichkeit und Neutralität verpflichtet ist, besteht kein Grund, der betroffenen Partei generell das Recht zuzubilligen, eine **Vertrauensperson** (hier: Ehemann) als Zeugen zu einer **Untersuchung** durch einen medizinischen Sachverständigen hinzuziehen. Ob sich dies im Einzelfall anders verhält, wenn die Persönlichkeit und der Intimbereich des zu Untersuchenden in besonderer Weise betroffen sind, kann dahinstehen. Um eine derartige Fallgestaltung handelt es sich nicht, wenn die Begutachtung die Frage betrifft, ob die implantologische und prothetische Behandlung fehlerhaft war, so dass vom Sachverständigen im Wesentlichen der klinische Zustand im Mund in Augenschein zu nehmen ist.

B) BESORGNIS DER BEFANGENHEIT EINES SACHVERSTÄNDIGEN

AA) BEZIEHUNG DES BEKL. ARZTES ZUM SACHVERSTÄNDIGEN: FACHARZTAUSBILDUNG/VERÖFFENTLICHUNG

OLG München, Beschl. v. 08.11.2010 – 1 W 2337/10 –

RID 11-01-234

juris
ZPO § 406

Leitsatz: Die **Besorgnis der Befangenheit eines Sachverständigen** kann sich noch nicht daraus ergeben, dass zwischen ihm und einer Partei **berufliche Kontakte** bestehen und sowohl Sachverständiger als auch die Partei als Experten in ihrem Fachgebiet an dem wissenschaftlichen Austausch auf Tagungen und in Veröffentlichungen teilnehmen. Es müssen vielmehr darüber hinaus gehende persönliche oder enge fachliche Bindungen vorhanden sein. Die Grenze zu nicht zu beanstandenden beruflich bedingten Kontakten ist jedenfalls dann überschritten, wenn der Sachverständige bei einer Partei seine **Facharztausbildung absolviert** hat und der Sachverständige und die Partei **gemeinsam veröffentlichen**.

BB) TÄTIGKEIT BEI GEMEINSAMEM KLINIKTRÄGER

OLG Nürnberg, Beschl. v. 4.11.2010 – 5 W 1771/10 –

RID 11-01-235

juris
ZPO §§ 42 II, 406

Leitsatz: Im Arzthaftungsprozess begründet es nicht die **Besorgnis der Befangenheit eines medizinischen Sachverständigen**, dass dieser selbst als Arzt in einem - rechtlich selbständigen - **Universitätsklinikum** tätig ist, wenn ein **akademisches Lehrkrankenhaus** der betreffenden Universität mit dem Krankenhaus, in dem die Streitgegenständliche Behandlung stattgefunden hat, durch einen gemeinsamen Klinikträger verbunden ist.

Dies gilt auch für **leitende Ärzte** des Universitätsklinikums, die zugleich **Lehrstuhlinhaber** an der betreffenden Universität sind.

CC) UNSACHLICHE ÄUßERUNGEN

OLG Brandenburg, Beschl. v. 14.12.2010 – 12 W 54/10 –

RID 11-01-236

juris
BGB §§ 42 II, 406 I

Die **Besorgnis der Befangenheit eines Sachverständigen** kann durch beleidigende, herabsetzende oder **unsachliche Äußerungen** gegenüber einer Partei oder ihren Prozessbevollmächtigten begründet sein (vgl. BGH NJW 1981, 2009, 2010; OLG Koblenz NJW-RR 2009, 1653; OLG Oldenburg NJW-RR 2000, 1166), ebenso wenn der Sachverständige auf Einwendungen gegen sein Gutachten unsachlich oder mit unangemessener Schärfe reagiert oder er bei einer durch Privatgutachten unterlegten Kritik gegen sein Gutachten abqualifizierende Äußerungen über den Privatgutachter tätigt (vgl. KG MDR 2008, 528; OLG Saarbrücken MDR 2008, 1121; OLG Zweibrücken VersR 1998,

1438). In **Arzthaftungssachen**, in denen der Richter im besonderen Maße der Hilfe von Sachverständigen bedarf, ist jedoch zu berücksichtigen, dass es angesichts der Komplexität der Materie erforderlich ist, das Ausmaß des ärztlichen Fehlers so klar zu beschreiben, dass dieses auch für den medizinischen Laien deutlich wird. Maßgeblich ist, ob sich die getätigten Äußerungen des Sachverständigen noch im Bereich der **sachlichen Auseinandersetzung** halten oder bereits die Grenze zu einer persönlichen Herabsetzung überschritten wird (vgl. OLG Saarbrücken MDR 2005, 648).

Die **Äußerungen eines Sachverständigen**, er halte das Abwarten der Ärzte in der Zeit von 14:15 Uhr bis 17:00 Uhr „sogar für kriminell“, die Bezeichnung der unterlassenen Überwachung des CO₂-Gehalts im Blut als „schlampig“ überschreiten ebenso wenig wie die Mutmaßung, ein Arzt könne mit Absicht gehandelt haben, noch nicht die Grenze zu einer beleidigenden Herabsetzung.

DD) GUTACHTERTÄTIGKEIT NUR ALS BELASTUNG

LG Kleve, Urt. v. 06.10.2010 - 3 O 262/09 -

RID 11-01-237

GesR 2011, 32juris
ZPO §§ 42 II, 406 I 1

Leitsatz (GesR): Wer als Sachverständiger die Anliegen der Parteien nicht ernst nimmt und zu erkennen gibt, dass er seine Gutachtertätigkeit nur als Belastung empfindet, kann als befangen abgelehnt werden.

C) KEIN VERLUST DES VERGÜTUNGSANSPRUCHS BEI HINZUZIEHUNG VON GEHILFEN

KG Berlin, Beschl. v. 10.06.2010 – 20 W 43/10 –

RID 11-01-238

juris = GesR 2010, 608
ZPO § 407a

Leitsatz: 1. Die **Hinzuziehung von Gehilfen** ist zulässig, wenn die **Gesamtverantwortlichkeit** des Sachverständigen nicht in Frage gestellt wird.

2. Die **Mitarbeit** ist dem **Gericht anzuzeigen**. Ein Verstoß gegen die Mitteilungspflicht führt nicht zwangsläufig zum Verlust des Vergütungsanspruchs.

D) SCHADENSERSATZANSPRUCH GEGEN GUTACHTER UND ANTRAG AUF MÜNDLICHE ANHÖRUNG

OLG Hamm, Beschl. v. 02.11.2010 – 6 U 131/10 –

RID 11-01-239

OLG Hamm, Beschl. v. 09.12.2010 – 6 U 131/10 –

RID 11-01-240

juris
BGB §§ 839 III, 839a; ZPO §§ 397, 402, 411

Leitsatz: Zu den Rechtsmitteln i.S.v. § 839a Abs. 2, 839 Abs. 3 BGB gehören nicht nur die gegen die gerichtliche Entscheidung statthafter **Rechtsbehelfe**, sondern auch alle in der jeweiligen Instanz gegebenen Behelfe, die sich unmittelbar gegen ein für **fehlerhaft gehaltenes Gutachten** selbst richten und die bestimmt und geeignet sind, eine auf dieses Gutachten gestützte instanzbeendende Entscheidung zu verhindern. Hierzu zählt auch ein **Antrag auf mündliche Anhörung** des Sachverständigen vor Gericht nach § 411 Abs. 4 ZPO.

9. KEIN VERJÄHRUNGSBEGINN NACH BEILÄUFIGER ÄRZTLICHER MITTEILUNG

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.11.2010 – 8 U 102/10 –

RID 11-01-241

juris
BGB § 199; ZPO §§ 308, 538

Leitsatz:

1. Die **beiläufige ärztliche Mitteilung**, eine Krankheit liege schon länger vor und es sei irgendetwas komplett schiefgelaufen, versetzt den Patienten weder in die Kenntnis, dass er unter Verstoß gegen fachärztliche Standards behandelt worden sein kann, noch begründet dies fahrlässige Unkenntnis von diesem Umstand.

2. Die Gefahr widersprechender Entscheidungen steht einem Teilurteil gegen einen von mehreren als Gesamtschuldnern in Anspruch genommenen Behandlern entgegen.

10. PKH: HINREICHENDE ERFOLGSAUSSICHT BEI BEWEISERHEBUNG

OLG Jena, Beschl. v. 24.08.2010 – 4 W 364/10 –

RID 11-01-242

juris
ZPO § 114

Leitsatz: In der Regel besteht (bereits) eine **hinreichende Erfolgsaussicht** der (beabsichtigten) Klage, wenn über eine Behauptung der Prozesskostenhilfe begehrenden Partei **Beweis zu erheben** ist. Das gilt selbst dann, wenn es unwahrscheinlich ist, dass dieser Beweis erbracht werden kann. Nur in engen Grenzen ist – zu Lasten des/der Hilfsbedürftigen – eine **Beweisantizipation** möglich, wenn eine Gesamtwürdigung aller schon fest stehenden Umstände und Indizien eine positive Beweiswürdigung zu Gunsten des/der Hilfsbedürftigen (vollständig) ausschließt.

11. ZAHNÄRZTE

A) HONORARRÜCKZAHLUNG BEI UNBRAUCHBAREM ZAHNERSATZ

KG Berlin, Beschl. v. 01.07.2010 – 20 W 23/10 –

RID 11-01-243

juris = GesR 2010, 609
BGB §§ 280, 626

Leitsatz: 1. Ist die **Prothetik** aufgrund eines **Behandlungsfehlers mangelhaft**, so kann der Patient den Ersatz aller ihm durch 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**.

B) WERKVERTRAGSRECHT BEI ZAHNTECHNISCHEN HERSTELLUNGSMÄNGELN (HIER: LUNKERBILDUNG)

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 23.11.2010 – 8 U 111/10 –

RID 11-01-244

juris
BGB §§ 631, 634, 634a I Nr. 1, II

Leitsatz: Beruht die **Fehlerhaftigkeit** einer eingesetzten **Zahnprothese** allein auf **zahntechnischen Herstellungsmängeln** (hier: Lunkerbildung), so sind diese nach **Werkvertragsrecht** zu beurteilen; die Mängelansprüche verjähren in zwei Jahren ab Abnahme (§ 634a Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 BGB).

III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. PRIVATBEHANDLUNG

A) BGH: ANSPRUCH DES EXTERNEN ARZTES GEGEN WAHLLLEISTUNGSPATIENTEN

BGH, Urt. v. 04.11.2010 – III ZR 323/09 –

RID 11-01-245

www.bundesgerichtshof.de = juris
GOÄ §§ 6a II, 10; KHEntgG § 17 III 7

Leitsatz: Zum Anspruch des externen Arztes gegen einen Wahlleistungspatienten auf Ersatz von Auslagen für aufgewendete Sachkosten.

Der Bekl. wurde in dem vom Streithelfer der Kl. geführten Krankenhaus, dessen voll- und teilstationäre Leistungen nach dem KHEntgG und KHG vergütet werden, stationär behandelt. Mit dem Krankenhaus hatte der Bekl. die private, persönliche Beratung und Behandlung durch die liquidationsberechtigten Wahlärzte vereinbart. Auf deren Veranlassung wurde beim Bekl. in einer Gemeinschaftspraxis für Röntgenologie und Nuklearmedizin **eine Angiographie mit anschließender Dilatation der Arterien vorgenommen**. Die Kl., eine privatärztliche Verrechnungsstelle, an die die **Ansprüche der Gemeinschaftspraxis** abgetreten wurden, stellte deren Leistungen mit 4.577 € in Rechnung. Dabei ist die Abrechenbarkeit der in Rechnung gestellten **Sachkosten** der Gemeinschaftspraxis in Höhe von 3.386,78 € nach Maßgabe des § 10 GOÄ in Streit. Das nach § 6a I GOÄ geminderte Honorar für die ärztliche Tätigkeit der Gemeinschaftspraxis ist beglichen worden. Das **Amtsgericht** hat der auf Zahlung der Sachkosten nebst Zinsen gerichteten Klage entsprochen. Das **Landgericht** hat die Klage auf die Berufung des Bekl. abgewiesen. Der **BGH** hat die erstinstanzliche Entscheidung wiederhergestellt.

B) ABRUCH DER PSYCHOTHERAPIESITZUNG DURCH DURCHFALLALLERGIKERIN WEGEN DUFTSTOFFEXPOSITION

AG Rheinbach, Urt. v. 19.07.2010 – 5 C 437/09 –

RID 11-01-246

juris = NJW-RR 2010, 1615
BGB §§ 611, 615

Ein Leistungsangebot ist unter Berücksichtigung des § 242 BGB nur dann ordnungsgemäß, wenn auch entsprechende Rücksichtnahme- und Schutzpflichten gegenüber dem Vertragspartner eingehalten werden. Eine Patientin, die wegen ihrer **Erkrankung als Durchfallallergikerin** behandelt werden soll, darf in den Praxisräumen keinen Duftstoffen, auch nicht durch die Psychotherapeutin selbst (hier: Parfüm), ausgesetzt werden.

Das **AG** wies die Klage auf Bezahlung einer von der Bekl. abgebrochenen Therapiesitzung ab.

C) UMFASSENDE AUSKUNFTSPFLICHT DES BEHANDELNDEN ZAHNARZTES

LG Düsseldorf, Urt. v. 29.07.2010 – 3 O 431/02 –

RID 11-01-247

juris
BGB §§ 242, 273, 280, 611

Bei völliger **Wertlosigkeit der ärztlichen Leistung** wegen einer vom Arzt zu vertretenden Schlechtleistung ist der Patient berechtigt, im Umfang des fehlenden Interesses die Bezahlung der Vergütung zu verweigern. Dem Patienten erwächst ein Schadensersatzanspruch aus §§ 280, 611 BGB, der zur Befreiung von der Verbindlichkeit führt, ohne dass es einer Aufrechnungserklärung bedarf (vgl. LG Karlsruhe, Urt. v. 28.05.2005 - 8 O 362/04 -; OLG Zweibrücken, MedR 2002, 201; OLG Düsseldorf, VersR 1985, 456; a.A. OLGR München 1998, 247).

Ein Patient hat ein **Zurückbehaltungsrecht** gegen die Ansprüche seines Zahnarztes gemäß § 273 BGB, wenn er die erforderlichen Auskünfte bezüglich seiner Gebührenrechnung nicht erteilt.

Da allein der behandelnde Arzt in der Lage ist, die von der Versicherung zur Prüfung ihrer Eintrittspflicht benötigten Angaben zu machen und der Patient auf diese Informationen angewiesen ist, um eine Kostenerstattung zu erlangen, ist der Arzt aus dem Behandlungsvertrag verpflichtet, dem privat versicherten Patienten **alle Informationen zur Verfügung zu stellen**, welche dieser benötigt, um eine Kostenerstattung von seinem Versicherer zu erlangen. Es handelt sich insoweit um eine aus § 242 BGB herleitbare selbstständige Nebenpflicht des Arztes (BGH VersR 1984, 274).

Der Patient kann die **Herausgabe der gesamten Behandlungsunterlagen** an sich oder an seine Versicherung verlangen. Hieraus ergibt sich, dass der Patient nicht darauf beschränkt sein kann, fest umrissene Fragen zu stellen.

2. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG:

A) HILFSMITTEL „IN EINFACHER AUSFÜHRUNG“ UNBESTIMMT

LG Dortmund, Urt. v. 18.11.2010 – 2 S 39/10 –

RID 11-01-248

juris
MB/KK

Leitsatz: Eine Regelung in den Versicherungsbedingungen eines Krankenversicherers, die das in den MB/KK gegebene Leistungsversprechen bei Hilfsmitteln auf solche „in einfacher Ausführung“ beschränkt, ist wegen Intransparenz unwirksam, weil sie so konturenlos ist, dass der Versicherte nicht verlässlich bestimmen kann, welcher Anspruch ihm zustehen soll.

B) ANGEMESSENHEIT DER KOSTEN FÜR ZAHNTECHNISCHE LEISTUNGEN: NICHT BEL-LISTE

LG Stuttgart, Urt. v. 10.11.2009 – 16 O 494/08 –

RID 11-01-249

juris = VersR 2010, 939
GOZ § 9; VVG § 178g III 1

Die Tatsache, dass in etwa 90 % aller in Deutschland abgerechneten zahnprothetischen Leistungen, d.h. bei den gesetzlich krankenversicherten Patienten, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker vereinbarte „**BEL-Liste**“ zugrunde gelegt wird, bedeutet nicht, dass nach § 9 GOZ diese Liste für **privatzahnärztliche Leistungen** maßgebend wäre. Die Beiträge und Leistungen werden in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung nach jeweils unterschiedlichen Gesichtspunkten errechnet und erbracht. Zudem werben Privatversicherungen in der Öffentlichkeit damit, dass sie eine bessere Versorgung als die der gesetzlichen

Krankenversicherung ermöglichen wollen. Die von sozial- und wirtschaftspolitischen Erwägungen mitbestimmten Sätze der BEL-Liste enthalten Vorgaben an die gesetzliche Krankenkasse, welche für die Erstattungspflicht des privaten Krankenversicherers gegenüber dem Privatpatienten grundsätzlich nicht maßgebend sind (vgl. BGH, VersR 2006, 497, unter II b) 2; OLG Celle, 10.01.2000, 1 U 100/98; LG Stuttgart, VersR 1999, 1101; LG Hamburg, VersR 2001, 224; LG Köln, VersR 2005, 1421; LG Köln, 29.03.2006, 23 O 269/03; LG Wiesbaden, 15.03.2006, 9 O 243/03; a.A. LG Heidelberg, VersR 2008, 911). Zudem wird in der privatärztlichen Versorgung teilweise auch die vom Verband deutscher Zahntechnikerinnen erstellte „Bundeseinheitliche Benennungsliste (BeB-Liste)“ mit ihren durchweg höheren Honoraransätzen herangezogen.

3. BEIHILFE

A) KEINE BEIHILFE FÜR BEIDSEITIGE BEINVERLÄNGERUNG

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.01.2011 – 1 A 527/08 –

RID 11-01-250

juris

BhV §§ 5 I Nr. 1, 6 I

Leitsatz: 1. Beträgt die **Körpergröße** einer jungen Frau (19 Jahre) 145 cm und fehlen damit einhergehende körperliche - ggf. die Arbeitsfähigkeit in Frage stellende - Funktionsstörungen oder Entstellungen, so liegt eine auf der Körpergröße beruhende behandlungsbedürftige Erkrankung im Sinne des Beihilferechts des Bundes nicht vor.

2. Der schwerwiegende, erhebliche gesundheitliche Risiken in sich bergende chirurgische **Eingriff in den gesunden Körper** (hier: Verlängerung der Ober- und Unterschenkel) kann auch im Beihilferecht des Bundes in aller Regel nicht als notwendig erachtet werden, um eine mit der Körpergröße etwa verbundene seelische Erkrankung zu therapieren (**Anschluss an die Rechtsprechung des BSG**).

B) KEINE BEIHILFE BEI MEDIZINISCH NICHT NOTWENDIGER ÄRZTLICHER BEHANDLUNG

VG für das Saarland, Urt. v. 02.11.2010 – 3 K 478/10 –

RID 11-01-251

juris

BhV Saarland § 4 I; GG Art. 33

Leitsatz: Keine Beihilfe zu Aufwendungen für medizinisch nicht notwendige ärztliche Behandlung.

C) AUFWENDUNGEN FÜR WAHLEISTUNGEN (CHEFARZTBEBANDLUNG, ZWEIBETTZIMMER)

VG für das Saarland, Urt. v. 01.10.2010 – 3 K 494/10 –

RID 11-01-252

juris

BhV Saarland § 5 I Nr. 2; BG Saarland § 67 II 2

Leitsatz: 1. Aufwendungen für **Wahlleistungen** (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmer) sind nicht beihilfefähig.

2. Eine Beihilfe zu Aufwendungen, die - fiktiv- entstanden wären, wenn statt der nicht beihilfefähigen Wahlleistungen beihilfefähige allgemeine Krankenhausleistungen in Anspruch genommen worden wären, kommt nicht in Betracht, weil **nur tatsächlich entstandene Aufwendungen** beihilfefähig sein können.

D) PROIMMUNTEST/OXYVENIERUNG NACH DR. REGELSBERGER/CHELATBILDNER/AUGEN-BIOMORPHOMETRIE

VG für das Saarland, Urt. v. 21.12.2010 – 3 K 735/09 –

RID 11-01-253

juris

GG Art. 33 V; BhV Saarland §§ 4 I, 5 II; BG Saarland § 67

Leitsatz: Zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen eines Beamten für Proimmuntest, Oxyvenierung nach Dr. Regelsberger, Gabe von Chelatbildnern und Biomorphometrie der Augen („talking eyes & mores“).

Das *VG* wies die Klage ab; in den **Urteilsgründen** führt es aus, zu der Frage, ob die bei der Ehefrau des Kl. durchgeführten streitgegenständlichen Behandlungen mittels der strittigen Behandlungsmethoden wissenschaftlich allgemein anerkannte und im konkreten Fall der Patientin im Hinblick auf die bei ihr vorliegenden Krankheiten aus ärztlicher Sicht notwendige und angemessene Methoden zur Behandlung bzw.

Feststellung oder Früherkennung von Krankheiten darstellten, habe die Kammer Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens. Das hierzu ergangene Sachverständigengutachten des Prof. Dr. med. M.S. vom 25.07.2010 besage eindeutig, dass **die beihilferechtliche Voraussetzung einer allgemeinen wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Behandlungsmethoden bzw. der wirtschaftlichen Angemessenheit der Behandlung nicht gegeben** sei.

Parallelverfahren bzgl. der Oxyvenierung nach Dr. Regelsberger:

VG für das Saarland, Urt. v. 27.12.2010 – 3 K 1326/09 –
juris

RID 11-01-254

E) BEIHILFEGEWÄHRUNG BEI SOG. ANALOG-ABRECHNUNG DURCH ÄRZTE

OVG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 24.11.2010 – 1 L 146/10 –

RID 11-01-255

juris

BBhV § 58 I; BhV § 5 I 2; GOÄ § 6 II

Leitsatz: 1. Die **Allgemeine Verwaltungsvorschrift** für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (BhV) vom 1. November 2001 findet in **Sachsen-Anhalt** im Falle von Aufwendungen von Landesbeamten, die vor dem Inkrafttreten der BBhV entstanden sind, weiterhin Anwendung.

2. Die **Angemessenheit der Aufwendungen** beurteilt sich gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 BhV bei ärztlichen Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Grundsätzlich angemessen und demnach beihilfefähig sind Aufwendungen, die dem Arzt nach Maßgabe der GOÄ zustehen.

3. Ist eine vorgreifliche Entscheidung im **ordentlichen Rechtsweg** über die Berechtigung der ärztlichen Forderung gegenüber dem Beamten nicht ergangen, hat der **Dienstherr** zu prüfen, ob die vom Arzt geltend gemachten Ansprüche nach materiellem Recht begründet sind.

4. Dabei muss nicht mit letzter Gewissheit feststehen, wie die Zivilgerichte insoweit entscheiden würden, und dürfen **Unklarheiten bei der Auslegung** der einschlägigen Gebührenordnung nicht zu Lasten des Beamten gehen.

5. Da die **GOÄ in § 6 Abs. 2** die Abrechenbarkeit von Leistungen vorsieht, die nicht in der GOÄ explizit aufgeführt sind, sind auch sog. **Analogleistungen** nicht per se von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

6. Dass hierbei das von der **Bundesärztekammer** herausgegebene **Analogverzeichnis** zu berücksichtigen ist, bedeutet allein, dass für ärztliche Leistungen, die in dem Verzeichnis aufgenommen sind, eine Regelvermutung dahingehend existiert, dass diese angemessen im Sinne der Beihilfenvorschriften sind und die Festsetzungsstelle in diesen Fällen im Allgemeinen nicht mehr die Angemessenheit gesondert zu überprüfen hat.

7. Sofern eine ärztliche Leistung **nicht in das Verzeichnis aufgenommen** ist, hat die Festsetzungsstelle im konkreten Einzelfall zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 GOÄ vorliegen, d. h. eine analoge Bewertung überhaupt zulässig ist und die Aufwendungen des vom Arzt berechneten Betrages einer vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entsprechen.

8. Zur Abrechenbarkeit **osteopathischer Behandlungen** eines Beamten durch einen Arzt.

F) BEIHILFEFÄHIGKEIT DER ANALOGABRECHNUNG EINES PSYCHIATRISCHEN GESPRÄCHS

VG Arnsberg, Urt. v. 28.12.2010 – 13 K 3055/09 –

RID 11-01-256

juris

BG NRW § 77; GOÄ § 6 II; BhV NRW § 3 I Nr. 1

Leitsatz: 1. Die **Umwandlung** einer nicht im Verzeichnis der Analogbewertungen der Bundesärztekammer enthaltenen Analogabrechnung nach Nr. 886 GV/GOÄ für ein „spezifisches psychiatrische Gespräch, länger als 40 Minuten“ in die Nr. 806 GV/GOÄ bei Therapiegesprächen mit Erwachsenen durch die Beihilfestelle ist grundsätzlich zulässig.

2. Die Beihilfestelle ist bei **nicht im Verzeichnis der Analogbewertungen der Bundesärztekammer enthaltenen Analogabrechnungen** vor der Verweigerung grundsätzlich gehalten, sich bei der Ärztekammer nach der **Vertretbarkeit der Abrechnung** zu erkundigen. Eine Versagung der Beihilfe ohne diese Nachprüfung ist fürsorgepflichtwidrig (wie VG Gera, Urt. v. 04.08.2004 - 1 K 850/03.GE - juris).

G) ZAHNÄRZTE: KIEFERORTHOPÄDISCHE LEISTUNGEN VOR VOLLENDUNG DES 18. LEBENSJAHRES

OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.11.2010 – OVG 4 B 22.10 –

RID 11-01-257

juris

BG Brandenburg § 44 I; BhV §§ 5 I 1, 6 I 1 Nr. 1 u. Nr. 2 Anl. 2; SGB V § 28

Aufwendungen für **kieferorthopädische Leistungen** sind beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das **18. Lebensjahr noch nicht vollendet** hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern; zudem ist ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Mit dieser Regelung hat sich der Vorschriftengeber der Rechtslage im Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** angeschlossen; dort werden die Kosten für eine allein kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen nicht mehr übernommen, weil der Gesetzgeber der Auffassung ist, dass mit der Behandlung aus medizinischen Gründen vor Abschluss des Körperwachstums begonnen werden soll und kieferorthopädische Behandlungen bei Erwachsenen in aller Regel nur aus ästhetischen Gründen oder wegen mangelnder zahnmedizinischer Vorsorge in früheren Jahren erfolgen.

IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte

1. EUGH: VERTRIEB VON KONTAKTLINSEN ÜBER INTERNET ZULÄSSIG

EuGH, Urt. v. 02.12.2010 – C-108/09 –

RID 11-01-258

curia.europa.eu = juris

Richtlinie 2000/31; AEUV Art. 34, 36

Vorabentscheidungsersuchen vom Baranya megyei bíróság ((Bezirksgericht Baranya, Ungarn) im Verfahren Ker-Optika bt gegen ÁNTSZ Dél-dunántúli Regionális Intézet (Regionaldirektion Südtransdanubien des Staatlichen Dienstes für Gesundheitswesen und Amtsärztedienstes)

Nationale Vorschriften über den **Vertrieb von Kontaktlinsen** fallen in den Anwendungsbereich der Richtlinie 2000/31/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 8. Juni 2000 über bestimmte rechtliche Aspekte der Dienste der Informationsgesellschaft, insbesondere des elektronischen Geschäftsverkehrs, im Binnenmarkt („**Richtlinie über den elektronischen Geschäftsverkehr**“), soweit sie den Vorgang des Verkaufs von Kontaktlinsen über das **Internet** betreffen. Dagegen fallen nationale Vorschriften über die Lieferung von Kontaktlinsen nicht in den Anwendungsbereich dieser Richtlinie.

Die Art. 34 AEUV und 36 AEUV sowie die Richtlinie 2000/31 sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung entgegenstehen, wonach Kontaktlinsen nur in Fachgeschäften für medizinische Hilfsmittel vertrieben werden dürfen.

2. BGH

A) ABGRENZUNG FUNKTIONSARZNEIMITTEL UND MEDIZINPRODUKT/PHOTODYNAMISCHE THERAPIE

BGH, Urt. v. 24.06.2010 – I ZR 166/08 –

RID 11-01-259

www.bundesgerichtshof.de = juris = GRUR 2010, 1026 = WRP 2010, 1393

EGRL 83/2001 Art. 1 Nr. 2 Buchst. b, 2 II; EWGRL 42/93 Art. 1 II Buchst. a, AMG § 2 I Nr. 2, III Nr. 7; MPG § 3 Nr. 1 Buchst. a

Leitsatz: Photodynamische Therapie

Bei der im jeweiligen Einzelfall zu treffenden Entscheidung, ob ein Erzeugnis ein **(Funktions-)Arzneimittel** oder ein **Medizinprodukt** ist, sind neben seinen unmittelbaren Wirkungen auch seine Neben- und Folgewirkungen zu berücksichtigen und führen diese, soweit sie auf immunologischem, metabolischem oder pharmakologischem Gebiet liegen, zu seiner Einordnung als Arzneimittel

B) WETTBEWERBSVERSTOß: INVERKEHRBRINGEN EINES NICHT ZUGELASSENEN ARZNEIMITTELS (MUNDSPÜLLÖSUNG)

BGH, Urt. v. 05.10.2010 - I ZR 90/08 -

RID 11-01-260

www.bundesgerichtshof.de = juris = NJW-RR 2011, 49 = PharmR 2010, 641

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; AMG § 2 I Nr. 2 Buchst. a, 2 III Nr. 2; LFGB § 2 V 1

Leitsatz: Mundspüllösung

Eine für die Bejahung einer pharmakologischen Wirkung eines Stoffes erforderliche Wechselwirkung zwischen seinen Molekülen und Körperzellen liegt auch dann vor, wenn die Moleküle eine ohne sie gegebene Einwirkung anderer Stoffe auf die Körperzellen verhindern.

3. VERGABERECHT: VERTRÄGE ÜBER GRIPPEIMPFSTOFFE MIT APOTHEKEN

OLG Düsseldorf, Beschl. v. 17.01.2011 – VII-Verg 3/11 –

RID 11-01-261

juris

SGB V §§ 73 VIII 1, 130a II, 132e II; GWB § 98; Richtlinie 2004/18/EG Art. 32 II UA 5

Die öffentlichen Krankenkassen sind berechtigt, über Grippeimpfstoffe mit Apotheken Verträge abzuschließen.

4. PICK-UP-STELLEN AUSLÄNDISCHER VERSANDAPOTHEKEN IN DEUTSCHER APOTHEKE ZULÄSSIG

OLG München, Urt. v. 28.10.2010 – 6 U 2657/09 –

RID 11-01-262

Revision zugelassen

A&R 2010, 279

AMG §§ 73 I, 78 I Nr. 1, II 2; HWG § 7 I 1 Nr. 2 lit. a; AMPPreisVO §§ 1 I Nr. 2, 3; UWG § 4 Nr. 11; ApBetrO § 4 V

Einer **deutschen Apotheke** ist es nicht verboten, zulassungspflichtige Arzneimittel aus einem **anderen europäischen Land einzuführen**, hierzulande an Kunden abzugeben und die Rechnungsbeträge für die **ausländische Apotheke** einzuziehen. Es gilt aber § 78 AMG und damit das **deutsche Preisrecht. Geldzuwendungen** i.S.d. § 7 I 1 Nr. 2 lit. a HWG sind unzulässig, soweit sie entgegen Preisvorschriften des Arzneimittelgesetzes gewährt werden.

5. UNLAUTERER WETTBEWERB: ZULASSUNGSPFLICHT FÜR DIE AUSEINZELUNG VON FERTIGSPRITZEN

OLG München, Urt. v. 06.05.2010 – 29 U 4316/09 –

RID 11-01-263

juris = Magazindienst 2010, 743 = PharmR 2010, 476

UWG § 4 Nr. 11; AMG §§ 13 I Nr. 1, 21 I, II Nr. 1b Buchst. c; ApoBetrO § 24

Leitsatz: Es stellt keinen Verstoß gegen die **Zulassungspflicht für Arzneimittel** dar, wenn ein Apotheker in seiner Apotheke aus einem zugelassenen Fertigarzneimittel **Fertigspritzen auseinzelt** und an andere Apotheken weitergibt, sofern es sich um individuelle Zubereitungen für Patienten nach Rezeptur handelt und das Abfüllen in unveränderter Form erfolgt.

6. „THROMBOSEPROPHYLAXE DER EXTRAKLASSE“ FÜR BLUTGERINNUNGSHEMMER IST IRREFÜHREND

OLG Hamburg, Urt. v. 16.12.2010 – 3 U 161/09 –

RID 11-01-264

juris

UWG § 12 II

Leitsatz: 1. Beanstandet der Antragsteller im Eilverfahren eine **werbliche Angabe** für ein Arzneimittel wegen **unzureichenden wissenschaftlichen Belegs** durch die in der Angabe in Bezug genommenen Studien und kennt er bereits vor dem Zeitpunkt der nunmehr beanstandeten Verletzungshandlung eine frühere kerngleiche Verwendung der Angabe und die in Bezug genommenen Studien, so hat er zur Wahrung der Dringlichkeitsvermutung des § 12 Abs. 2 UWG glaubhaft zu machen, dass er die **Vorkenntnis in dringlichkeitsunschädlicher Zeit erlangt** hat.

2. Die werblichen Angabe „**Thromboseprophylaxe der Extraklasse**“ für ein **Antikoagulans** (Blutgerinnungshemmer) ist irreführend, wenn der damit behauptete Vorsprung in Wirksamkeit und Sicherheit gegenüber den Konkurrenzpräparaten nicht hinreichend wissenschaftlich belegt ist.

7. WERBEANZEIGE/REDAKTIONELL GESTALTETE PRODUKTWERBUNG („UMCKALOABO®“ U. „VOLTALEX“)

OLG Hamburg, Urt. v. 04.08.2010 – 5 U 152/09 –
WRP 2011, 268
UWG §§ 3, 8

RID 11-01-265

Leitsatz (WRP): Bei der Frage, ob der Leser eine **Anzeige neben dem redaktionellen Inhalt** einer Zeitschrift erkennt, ist nicht nur auf die Gestaltung der Anzeige selbst, sondern auch auf die Einbettung in das redaktionelle Umfeld abzustellen. Weicht die Werbung in Farbgebung und Gestaltung aber auch thematisch deutlich vom dem darum gruppierten redaktionellen Inhalt ab, ist eine besondere Kennzeichnung nicht erforderlich.

8. ERHEBUNG EINER VERWALTUNGSGEBÜHR FÜR APOTHEKENKONTROLLE INFOLGE ANONYMER ANZEIGE

VG für das Saarland, Urt. v. 13.01.2011 – 3 K 412/10 –
juris
AMG § 64 I 1; Gebührengesetz Saarland

RID 11-01-266

Leitsatz: Zur Erhebung einer Verwaltungsgebühr für eine Apothekenkontrolle infolge einer anonymen Anzeige.

Das **VG** wies die Klage der Apothekerin wegen des Gebührenbescheids über 100 € ab.

9. BEIHILFE

A) FESTBETRÄGE FÜR ARZNEIMITTELBEIHILFE NICHT ANWENDBAR

VG Koblenz, Urt. v. 24.08.2010 – 2 K 1005/09 –
BeckRS 2010, 52570
BBG § 80; VwGO §§ 31, 58, 101, 113, 154

RID 11-01-267

Die Begrenzung von Arzneimittelbeihilfe nach der Bundesbeihilfeverordnung auf die Höhe von **Festbeträgen** ist in Gestalt der derzeitigen Regelung wegen einer **fehlenden Rechtsgrundlage** unwirksam. § 80 IV BBG sieht vor, dass die Einzelheiten der Beihilfegewährung, insbesondere der Höchstbeträge und des völligen oder teilweisen Ausschlusses von Arzneimitteln in Anlehnung an das SGB V, durch Rechtsverordnung zu regeln sind; dem wird eine **Verwaltungsvorschrift** nicht gerecht

VG Wiesbaden, Urt. v. 18.11.2010 – 8 K 1276/09 –
juris
BBhV § 22 III; BBG § 80 IV

RID 11-01-268

Leitsatz: 1. Die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zu § 22 Bundesbeihilfeverordnung enthalten keine Festlegung von Festbeträgen.

2. Die Einschränkung der Beihilfefähigkeit auf **Festbeträge** ist im Übrigen **nicht in rechtswirksamer Weise** erfolgt (Anschluss an VG Koblenz, U. v. 24.08.2010 - 2 K 1005/09.KO -)

B) ARZNEIMITTELBEGRIFF/HOMÖOPATHISCHE MITTEL/NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

VG für das Saarland, Urt. v. 30.11.2010 – 3 K 302/10 –
juris
GG Art. 33 V; BhV Saarland § 5 I Nr. 6

RID 11-01-269

Leitsatz:

1. Der Saarländischen Beihilfeverordnung in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung liegt ein **Arzneimittelbegriff** zugrunde, der ausgehend von dem materiellen Zweckcharakter des verordneten Mittels darauf abstellt, ob nach objektiven Maßstäben von dem Mittel eine therapeutischen Wirkung zu erwarten ist (nach OVG Saarlouis, Beschl. v. 23.08.2010 - 1 A 331/09 - juris).

2. **Homöopathische Mittel** (hier: Schüßler-Salze) sind in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt und die Aufwendungen hierfür nach saarländischem Beihilferecht daher nicht beihilfefähig.

3. Die Aufwendungen für **Nahrungsergänzungsmittel**, die objektiv dazu geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs (Lebensmittel) zu ersetzen, sind nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Satz 4 BhV SL nicht beihilfefähig.

C) VIAGRA/NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL/MEDIZINPRODUKT „HYLO-CARE“

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2010 – 1 A 565/09 –

RID 11-01-270

juris

AMG § 48; BhV NRW § 4 I Nr. 7, 77 VIII 2 Nr. 2d

Leitsatz: 1. Zur Wirksamkeit des Beihilfeausschlusses in Bezug auf Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung einer **erektilen Dysfunktion**, für auf der Grundlage des nordrhein-westfälischen Beihilfenrechts nach Maßgabe des „Gesetzes zur Erhebung von § 4 Abs. 1 Nummer 7 und Anlage 2 der Beihilfenverordnung in Gesetzesrang“ vom 17. Februar 2009 (GVBl. NRW S. 83).

2. Bestätigung bzw. Fortentwicklung der bisherigen Senatsrechtsprechung unter entsprechender Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zum Bundesbeihilfenrecht.

D) NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL ARTHROBONUM

VGH Bayern, Urt. v. 13.12.2010 – 14 BV 08.1982 –

RID 11-01-271

juris

BhV Bay §§ 7 I 1, 18 S. 1

Das vom Hersteller als **Nahrungsergänzungsmittel**, als diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (den ernährungsmedizinischen Ansatz der Arthrosebehandlung) bezeichnete **Arthrobonum** ist kein Arzneimittel i.S.v. § 18 Satz 1 BayBhV.

Für die Abgrenzung der **Arzneimittel** von den Lebens- bzw. **Nahrungsergänzungsmitteln** ist die an objektive Merkmale anknüpfende überwiegende Zweckbestimmung des Produkts entscheidend. Lässt sich nicht feststellen, welcher Verwendungszweck überwiegt, wird das Erzeugnis regelmäßig als Lebensmittel eingeordnet. In diesem Fall ist das Produkt nicht beihilfefähig.

E) MEDIZINPRODUKT HYALURONSÄURE-PRÄPARAT „GO-ON“

VGH Bayern, Beschl. v. 12.01.2011 – 14 B 10.1975 –

RID 11-01-272

juris

SGB V § 31 I; BhV Bayern § 6

Medizinprodukte sind **nicht verschreibungspflichtig**. Dies hat nicht zur Folge, dass die Beihilfefähigkeit für arzneimittelähnliche Medizinprodukte gemäß § 6 I Nr. 2 Buchst. b S. 2 BhV i.V.m. Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinien ausgeschlossen wäre. Indem diese Regelung an die arzneimittelrechtliche Verschreibungspflicht anknüpft, kann sie für arzneimittelähnliche Medizinprodukte, die weiterhin Arzneimittel im Sinn der beihilferechtlichen Vorschriften sind und für die es eine Verschreibungspflicht aus gemeinschaftsrechtlichen Gründen nicht geben kann, nicht gelten (siehe dazu auch VG Berlin v. 21.10.2008 - 26 A 19.07 - juris).

V. Verschiedenes

1. EGMR

A) ANPRÄNGERUNG EINES GYNÄKOLOGEN WEGEN ABTREIBUNGEN NICHT ALS MEINUNGSFREIHEIT GESCHÜTZT

EGMR, Urt. v. 30.03.2010 - 2373/07 u. 2396/07 -

RID 11-01-273

juris

EMK Art. 6 I, 10

Das **deutsche Recht** trifft in § 218a StGB eine feine Unterscheidung zwischen **Schwangerschaftsabbrüchen**, die zwar als „rechtswidrig“ gelten, aber von der Strafdrohung ausgenommen sind, und solchen, die als gerechtfertigt und somit als „gerechtfertigt und demnach 'rechtmäßig'“ gelten. Daraus folgt, dass die Äußerung des Beschwerdeführers, der Arzt führe u.a. „**rechtswidrige Abtreibungen**“ durch, aus streng juristischer Sicht zutreffend war. Allerdings erkennt der Gerichtshof im Hinblick darauf, dass der Beschwerdeführer sich mit seinen Äußerungen vorrangig an juristische Laien gewandt hat, an, dass die innerstaatlichen Gerichte die Sichtweise einer vernünftigen, durchschnittlich einsichtigen Person berücksichtigt haben, die davon ausgehen würde, dass die „rechtswidrigen“ Schwangerschaftsabbrüche im engeren Sinne verboten und strafbar seien.

Im Hinblick auf die zweite Äußerung stellt der Gerichtshof fest, dass die Äußerung, der Arzt führe Abtreibungen durch, als Tatsachenbehauptung unstreitig zutreffend ist. Der Gerichtshof stellt jedoch fest, dass die Zivilgerichte die **Umstände**, in denen die **Äußerungen** getroffen wurden, betont haben, und zwar insbesondere die Tatsache, dass der Beschwerdeführer Patientinnen des Arztes in der unmittelbaren Nachbarschaft seiner Praxis angesprochen habe und somit die Ausübung seiner beruflichen Tätigkeiten erheblich gestört habe.

Der Gerichtshof stellt darüber hinaus fest, dass die innerstaatlichen Gerichte die **widerstreitenden Interessen**, also das Recht des Beschwerdeführers auf **freie Meinungsäußerung** und das **Persönlichkeitsrecht des Arztes** sowie dessen geschütztes Interesse, seinen **Beruf ungestört auszuüben**, sorgfältig gewürdigt haben. Hierbei erkannten sie an, dass die Äußerungen des Beschwerdeführers als Beitrag zu einer Debatte von öffentlichem Interesse im Sinne des Rechts auf freie Meinungsäußerung unter besonderen Schutz fallen könnten, wobei sie gleichzeitig berücksichtigten, dass der Arzt nicht an der öffentlichen Debatte teilgenommen hatte und dem Beschwerdeführer keinen Anlass gegeben hatte, ihn als Einzelperson herauszugreifen.

Der Ast. hatte 2001 in der Nähe einer gynäkologischen Praxis Flugblätter („Stoppt rechtswidrige Abtreibungen in der Praxis Dr. K.“; „Bitte helfen Sie uns im Kampf gegen die straflose Tötung ungeborener Kinder.“) verteilt. Die **Unterlassungsklage des Arztes hatte durch alle Instanzen Erfolg**. **BGH**, Beschl. v. 01.04.2003 - VI ZR 366/02 - NJW 2003, 2011 = GesR 2003, 279 wies die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision zurück (**Leitsatz**: Die auf Handzetteln öffentlich verbreitete Äußerung, in einer - namentlich benannten - gynäkologischen Praxis würden „rechtswidrige Abtreibungen“ durchgeführt, kann gegen den betroffenen Arzt eine nicht hinnehmbare Prangerwirkung entfalten und deshalb gerichtlich untersagt werden. Dem steht nicht entgegen, dass Schwangerschaftsabbrüche, die nach der Beratungsregelung des § 218a Abs. 1 StGB vorgenommen werden, nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts rechtswidrig sind.). **BVerfG**, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 24.05.2006 - 1 BvR 1060/02 - BVerfGK 8, 107 nahm die Verfassungsbeschwerde nicht an. In einem weiteren Verfahren wies **BGH**, Urt. v. 07.12.2004 - VI ZR 308/03 - RID 05-01-209 (BGHZ 161, 266 = NJW 2005, 592 = MedR 2005, 353) die Revision des Ast. zurück (**Leitsatz**: Wird ein Gynäkologe in unmittelbarer Nähe seiner Praxis gegenüber Passanten in Gesprächen über das Thema „Abtreibung“ als Arzt namentlich unter Hinweis darauf benannt, dass er Abtreibungen vornehme, tritt das Recht auf Meinungsäußerung hinter das Recht auf Schutz des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des betroffenen Arztes zurück <Fortführung des Senatsbeschlusses vom 1. April 2003 - VI ZR 366/02 ->). Das **BVerfG** nahm die Verfassungsbeschwerde nicht an. Der **EGMR** erklärte die Beschwerde für unzulässig.

B) ÜBERLANGE VERFAHRENSDAUER: SCHADENSERSATZ

EGMR, Urt. v. 21.10.2010 – 32513/08 -

RID 11-01-274

juris

EMK Art. 6 I, 41

Im konkreten Fall liegt eine Angemessenheit der Verfahrensdauer (**LG: fast fünf Jahre und fünf Monate; OLG: über fünf Jahre und zwei Monate**) nicht mehr vor.

Fehlt es an der Darlegung, dass der behauptete materielle Schaden tatsächlich auf die Dauer des Verfahrens zurückzuführen ist, besteht kein Schadensersatzanspruch. Für einen immateriellen Schaden besteht hier ein Anspruch auf 2.800 €.

C) ÜBERLANGE VERFAHRENSDAUER: ANSPRUCH NACH DEM OEG/SCHADENSERSATZ

EGMR, Urt. v. 21.10.2010 - 2651/07 -

RID 11-01-275

juris

EMK Art. 6 I, 41

Art. 6 I MRK ist verletzt, wenn die Gesamtdauer des Verfahrens (hier: **mehr als zehn Jahre und fünf Monate** für das Widerspruchsverfahren und vier gerichtliche Instanzen) im Lichte der Umstände der Rechtssache sowie unter Berücksichtigung der Komplexität des Falles (hier: Geltendmachung eines Entschädigungsanspruchs nach dem OEG aufgrund streitigem, etwa dreißig Jahre zurückliegendem sexuellen Missbrauch), des Verhaltens der Beschwerdeführerin und der zuständigen Behörden sowie der Bedeutung des Rechtsstreits für die Beschwerdeführerin nicht als angemessenen angesehen werden kann. Für einen immateriellen Schaden besteht hier ein Anspruch auf 2.100 €.

D) VERFAHRENSDAUER VON 3 JAHREN UND 10½ MONATE IN RENTENSTREITIGKEIT ERWERBSUNFÄHIGKEIT

EGMR, Urt. v. 18.11.2010 - 38187/08 -

RID 11-01-276

juris

EMK Art. 6 I, 41

Angesichts seiner einschlägigen Rechtsprechung ist der Gerichtshof der Ansicht, dass die streitgegenständliche **erstinstanzliche Verfahrensdauer von 3 Jahren und 10½ Monate in einem Streit um Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit** übermäßig lang ist und nicht dem Erfordernis einer „angemessenen Frist“ entspricht. Er hebt insbesondere hervor, die Sache sei nicht besonders komplex gewesen und die Maßnahmen, die das Sozialgericht getroffen habe, um angesichts der Abwesenheit der mit der Sache des Beschwerdeführers befassten Kammervorsitzenden zu reagieren, hätten keine effektive Beschleunigung des Verfahrens bewirkt.

Als Schadensersatz sind 3.000 € zuzubilligen.

2. EuGH

A) VERBOT DER DISKRIMINIERUNG WEGEN DES ALTERS

AA) RUHESTANDSREGELUNG FÜR UNIVERSITÄTSPROFESSOREN

EuGH, Urt. v. 18.11.2010 - C-250/09 u. C-268/09 -

RID 11-01-277

curia.europa.eu

EG Art. 234, EGRL 78/2000 Art. 1, 2 I u. II Buchst a, 3 I Buchst c, 6 I, 7 I Nr. 6

Vorabentscheidungsersuchen vom Rayonen sad Plovdiv (Rayongericht Plovdiv, Bulgarien)

Vasil Ivanov Georgiev gegen Tehnicheski universitet – Sofia, filial Plovdiv

1. Die Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf, insbesondere ihr Art. 6 Abs. 1, ist dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung wie der in den Ausgangsverfahren fraglichen nicht entgegensteht, wonach **Universitätsprofessoren mit Vollendung des 68. Lebensjahrs zwangsweise in den Ruhestand versetzt werden und ihre Tätigkeit ab Vollendung des 65. Lebensjahrs nur aufgrund eines auf ein Jahr befristeten und höchstens zweimal verlängerbaren Vertrags fortsetzen können**, sofern mit dieser Regelung ein legitimes Ziel insb. im Zusammenhang mit der **Beschäftigungs- und der Arbeitsmarktpolitik** verfolgt wird, wie die Schaffung einer **hochwertigen Lehre** und die **optimale Verteilung der Professorenstellen auf die Generationen**, und sofern sie ermöglicht, dieses Ziel durch angemessene und erforderliche Mittel zu erreichen. Es ist Sache des nationalen Gerichts, zu klären, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

2. In einem Rechtsstreit zwischen einer öffentlichen Einrichtung und einem Einzelnen muss das nationale Gericht eine nationale Regelung wie die in den Ausgangsverfahren fragliche unangewandt lassen, wenn sie die Voraussetzungen des Art. 6 Abs. 1 der Richtlinie 2000/78 nicht erfüllt.

BB) BEENDIGUNG DES ARBEITSVERHÄLTNISSSES BEI ERREICHEN DES RENTENALTERS

EuGH, Urt. v. 12.10.2010 - C-45/09 -

RID 11-01-278

curia.europa.eu

EG Art. 234, EGRL 78/2000 Art. 1, 2, 6 I; AGG § 1, 10 Nr. 5; TVG § 1; SGB VI § 41

Vorabentscheidungsersuchen des Arbeitsgerichts Hamburg

Gisela Rosenblatt/Oellerking Gebäudereinigungsges.mBH

Die Richtlinie 2000/78 steht einer Klausel über **die automatische Beendigung von Arbeitsverhältnissen bei Erreichen des Rentenalters des Beschäftigten**, wie sie in Deutschland der Rahmen-tarifvertrag für die gewerblichen Beschäftigten in der Gebäudereinigung vorsieht, nicht entgegen.

B) BETEILIGUNGSREGELUNGEN FÜR MEDIZINISCHE LABORE IN FRANKREICH

EuGH, Urt. v. 16.12.2010 - C-89/09 -

RID 11-01-279

curia.europa.eu = juris

EG Art. 43, 46

Europäische Kommission gegen Französische Republik

Die Französische Republik hat dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus Art. 43 EG verstoßen, dass sie es **Biologen untersagt** hat, **an mehr als zwei** für den gemeinsamen Betrieb eines oder mehrerer Labore für biomedizinische Analysen gegründeten **Gesellschaften beteiligt zu sein**.

Der **EuGH** wies im Übrigen die mit der ersten Rüge beanstandeten Bestimmungen mit dem Verbot für einen Nichtbiologen, mehr als 25 % der Gesellschaftsanteile und damit der Stimmrechte einer SELARL, die Labore für biomedizinische Analysen betreibt, zu halten, ab

C) MEHRWERTSTEUERRICHTLINIE: HEILBEHANDLUNGEN (KNORPELZELLEN ZUR REIMPLANTATION)

EuGH, Urt. v. 18.11.2010 - C-156/09 -

RID 11-01-280

curia.europa.eu

EWGRL 388/77 Art. 9 I u. II Buchst. c, 13 Teil A I Buchst. c, Art. 28b Teil F UAbs. 1; UStG § 3a II Nr. 3 Buchst. c, 4 Nr. 14

Vorabentscheidungsersuchen vom Bundesfinanzhof

Finanzamt Leverkusen gegen Verigen Transplantation Service International AG

Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. c der Sechsten Richtlinie ist dahin auszulegen, dass das Herauslösen von Gelenkknorpelzellen aus dem einem Menschen entnommenen Knorpelmaterial und ihre anschließende Vermehrung zur **Reimplantation aus therapeutischen Zwecken eine „Heilbehandlung im Bereich der Humanmedizin“** im Sinne dieser Bestimmung ist.

3. BVERFG

A) GENTECHNIKGESETZ: AUSBRINGEN VON GENTECHNISCH VERÄNDERTEN ORGANISMEN IN DIE UMWELT

BVerfG, Urt. v. 24.11.2010 – 1 BvF 2/05 –

RID 11-01-281

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 1 I, 2 I, 5 I 3, 12 I, 14 I, 20°, 72 I, 74 I Nr. 26; GenTG §§ 16, 16b, 36a

Leitsatz: 1. Art 74 Abs. 1 Nr. 26 2. Alternative GG begründet eine umfassende **Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers** zur Regelung des Rechts der Gentechnik, welche neben der Humangentechnik auch die Gentechnik in Bezug auf Tiere und Pflanzen umfasst.

2. Angesichts eines noch nicht endgültig geklärten Erkenntnisstandes der Wissenschaft bei der Beurteilung der langfristigen Folgen eines Einsatzes von Gentechnik trifft den **Gesetzgeber eine besondere Sorgfaltspflicht**, bei der er den in Art. 20a GG enthaltenen Auftrag zu beachten hat, auch in Verantwortung für die künftigen Generationen die natürlichen Lebensgrundlagen zu schützen.

3. Die Schaffung von Transparenz im Zusammenhang mit dem gezielten **Ausbringen von gentechnisch veränderten Organismen** in die **Umwelt** (§ 16a GenTG) leistet einen Beitrag zum öffentlichen Meinungsbildungsprozess und stellt einen eigenständigen legitimen Zweck der Gesetzgebung dar.

4. Die Ergänzung und Konkretisierung des **privaten Nachbarrechts** in § 36a GenTG stellt einen angemessenen und ausgewogenen Ausgleich der widerstreitenden Interessen dar, indem sie zu einem verträglichen Nebeneinander konventioneller, ökologischer und mit dem Einsatz von Gentechnik arbeitender Produktionsmethoden beiträgt.

B) ALTERSGRENZE FÜR NOTARE

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.01.2011 – 1 BvR 2870/10 –

RID 11-01-282

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

BNotO §§ 47 Nr. 1, 48a; GG Art. 3 I, 12 I; EGRL 78/2000 Art. 6 I 1; AEUV Art. 267 III

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BGH**, Urt. v. 22.03.2010 – NotZ 16/09 – BGHZ 185, 30 = NJW 2010, 3783 u. a. wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Der BGH hat bzgl. der Regelung in §§ 47 Nr. 1, 48a BNotO, wonach das Amt des Notars mit Erreichen der **Altersgrenze von 70 Jahren** erlischt, vertretbar ausgeführt, dass die für diese Beurteilung maßgeblichen Kriterien teilweise durch den EuGH geklärt seien und im Übrigen auf der Hand lägen. Der BGH ist mit nachvollziehbarer und tragfähiger Begründung davon ausgegangen, dass es sich bei der Altersgrenze unter Berücksichtigung der bisherigen EuGH-Rspr. offenkundig um eine **zulässige Ungleichbehandlung** i.S.d. Art. 6 I der Richtlinie 2000/78/EG handelt und daher eine Vorlage verzichtbar ist.

C) ZULASSUNG EINES RECHTSMITTELS WEGEN ZWEIFEL AN DER RICHTIGKEIT DER VORINSTANZ

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 20.12.2010 – 1 BvR 2011/10 –

RID 11-01-282

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

VwGO §§ 124, 124a

OVG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 28.06.2010 - 12 N 33.10 - verletzt den Beschwerdeführer in seinem Grundrecht aus Art. 19 IV GG.

Sehen die prozessrechtlichen Vorschriften die Möglichkeit vor, die **Zulassung eines Rechtsmittels** zu erstreiten, so verbietet Art. 19 IV 4 GG eine Auslegung und Anwendung dieser Rechtsnormen, die die Beschreitung des eröffneten Rechtswegs in einer unzumutbaren, aus Sachgründen nicht mehr zu rechtfertigenden Weise erschwert (vgl. BVerfGE 78, 88 <98 f.>; 96, 27 <39>; 104, 220 <231 f.>). Vor diesem Hintergrund dürfen an die Darlegung eines Zulassungsgrundes keine überspannten Anforderungen gestellt werden. Insbesondere ist der in § 124 II Nr. 1 VwGO enthaltene **Zulassungsgrund der ernstlichen Zweifel an der Richtigkeit des erstinstanzlichen Urteils** immer schon dann erfüllt, wenn der Kläger im Zulassungsverfahren **einen einzelnen tragenden Rechtssatz oder eine einzelne erhebliche Tatsachenfeststellung mit schlüssigen Gegenargumenten in Frage gestellt hat** (vgl. BVerfGE 110, 77 <83>; BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.06.2000 - 1 BvR 830/00 - juris, Rn. 15).

Schlüssige Gegenargumente liegen vielmehr bereits dann vor, wenn der Antragsteller **substantiiert rechtliche oder tatsächliche Umstände aufzeigt, aus denen sich die gesicherte Möglichkeit ergibt, dass die erstinstanzliche Entscheidung unrichtig ist**. Ob tatsächliche Umstände, die ein Antragsteller schlüssig behauptet, auch wirklich gegeben sind, muss bei Unklarheiten nach Zulassung der Berufung während des sich anschließenden Berufungsverfahrens im Rahmen der Amtsermittlung geklärt werden. Es ist nicht zulässig, diese Prüfung ins Zulassungsverfahren vorzuverlagern und damit die eigentlich erforderliche Beweisaufnahme zu umgehen (vgl. auch BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 21.12.2009 - 1 BvR 812/09 - juris Rn. 22).

D) VERFASSUNGSBESCHWERDE TROTZ NICHTZULASSUNG DER REVISION (ABSCHAFFUNG ARBEITSLOSENHILFE)

BVerfG, Beschl. v. 07.12.2010 – 1 BvR 2628/07 –

RID 11-01-284

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 1 I, 20 I, III, SGB §§ 190 I Nr. 1 u. 2, 428 I 1

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Beschl. v. 09.08.2008 - B 11b AS 29/07 B -, **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 08.02.2007 – L 9 AS 6/06 – u.a. wird zurückgewiesen.

Leitsatz: 1. Verwirft ein oberstes Bundesgericht die Beschwerde gegen die **Nichtzulassung der Revision**, weil es alle wesentlichen Aspekte einer Verfassungsfrage bereits als in seiner Rechtsprechung geklärt ansieht, steht dies der Zulässigkeit der Verfassungsbeschwerde nicht entgegen, wenn der Beschwerdeführer vernünftige und gewichtige Gründe für eine Überprüfung dieser Rechtsfrage anführen kann und es sich um eine ungeklärte verfassungsrechtliche Frage handelt.

2. Der gesetzliche Anspruch auf **Arbeitslosenhilfe** nach den §§ 190 bis 206 Sozialgesetzbuch Drittes Buch in der bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung unterlag nicht dem grundrechtlichen **Eigentumsschutz** des Art. 14 Abs. 1 GG.

3. Die Abschaffung der Arbeitslosenhilfe mit Wirkung zum 1. Januar 2005 ist mit dem **Grundgesetz vereinbar**.

E) ÜBERLANGE VERFAHRENSDAUER

BVerfG, Urt. v. 14.12.2010 – 1 BvR 404/10 –

RID 11-01-285

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 19 IV

Es wird festgestellt, dass die überlange Verfahrensdauer vor dem LSG Sachsen-Anhalt im Verfahren L 4 P 1/07 die Beschwerdeführerin in ihrem Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz aus Art. 19 IV 1 GG verletzt hat. Im Übrigen wird die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

Eine verfassungsrechtlich nicht hinnehmbare Untätigkeit des Sozialgerichts ist hier bei einer **Verfahrensdauer von sechs Jahren** nicht anzunehmen. Auch wenn ein Verfahrensstillstand von annähernd neun Monaten dem Gericht anzulasten ist, fällt dieser aber in Anbetracht der danach eingetretenen und von den Beteiligten zu verantwortenden weiteren Verzögerungen nicht entscheidend ins Gewicht. Eine **Untätigkeit von zwei Jahren und fast fünf Monate** durch das LSG ist besonders

gravierend, weil das Verfahren erster Instanz schon sehr lange gedauert hatte und sich hieraus eine besondere **Pflicht zur Verfahrensbeschleunigung** ergab. Denn die Gerichte haben auch die Gesamtdauer des Verfahrens zu berücksichtigen und sich mit zunehmender Dauer nachhaltig um eine Beschleunigung des Verfahrens zu bemühen (vgl. BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 20.07.2000 - 1 BvR 352/00 - NJW 2001, S. 214 <215>).

Eine **anhaltend starke Überlastung der Sozialgerichtsbarkeit** kann eine überlange Verfahrensdauer nicht rechtfertigen.

4. BGH

A) BEHANDLUNGSABBRUCH AUF DER GRUNDLAGE DES PATIENTENWILLENS

BGH, Beschl. v. 10.11.210 – 2 StR 320/10 –

RID 11-01-286

www.bundesgerichtshof.de = juris = NJW 2011, 161

StGB §§ 212, 216

Leitsatz: Zum rechtfertigenden Behandlungsabbruch auf der Grundlage des Patientenwillens nach den Grundsätzen der Senatsentscheidung vom 25. Juni 2010 (2 StR 454/09, NJW 2010, 2963).

B) AMTSHAFTUNG WEGEN ÜBERLANGER VERFAHRENSDAUER EINES ZIVILPROZESSES

BGH, Urt. v. 04.11.2010 – III ZR 32/10 –

RID 11-01-287

www.bundesgerichtshof.de = juris = MDR 2011, 32

BGB § 839 II 1 u. 2

Leitsatz: 1. Das **Richterspruchprivileg** des § 839 Abs. 2 S. 1 BGB (Amtspflichtverletzung „bei dem Urteil in einer Rechtssache“) erfasst auch alle **prozessleitenden Maßnahmen**, die objektiv darauf gerichtet sind, die Rechtssache durch Urteil zu entscheiden, also die Grundlagen für die Sachentscheidung zu gewinnen.

2. Auch außerhalb des Anwendungsbereichs des § 839 Abs. 2 S. 1 BGB ist der verfassungsrechtliche Grundsatz der **richterlichen Unabhängigkeit** zu berücksichtigen. Daraus folgt, dass das richterliche Verhalten bei der Prozessführung im Amtshaftungsprozess nur auf seine Vertretbarkeit hin zu überprüfen ist. Bei der Würdigung, ob dem Richter pflichtwidrige Verzögerungen anzulasten sind (§ 839 Abs. 2 S. 2 BGB), ist zu beachten, dass sich bei **zunehmender Verfahrensdauer** die Pflicht des Gerichts, sich nachhaltig um eine Förderung und Beendigung des Verfahrens zu bemühen, verdichtet. Der Zeitfaktor ist aber auch bei langer Verfahrensdauer nicht der allein entscheidende Maßstab.

5. BVERWG

A) KEIN UNTERLASSUNGSANSPRUCH WEGEN DIAGNOSE EINES AMTSARZTES GEGENÜBER BEHÖRDE

BVerwG, Beschl. v. 11.11.2010 – 7 B 54/10 –

RID 11-01-288

www.bverwg.de = juris

VwGO § 130a; BGB § 1004; GG Art. 1 I, 2 I, 5 I, 12 I

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **VGH Bayern**, Beschl. v. 21.05.2010 – 5 B 09.3164 – RID 10-03-273 wird zurückgewiesen.

Mit der Formulierung, das **Sachlichkeitsgebot** verlange, dass die Äußerung in einem konkreten Bezug zur Erfüllung einer hoheitlichen Aufgabe steht, nicht leichtfertig getätigt wurde und den sachlich gebotenen Rahmen nicht überschreitet, wird das Sachlichkeitsgebot erkennbar nur näher umschrieben. Wird eine **amtliche Äußerung** den Anforderungen des **Sachlichkeitsgebots** nicht gerecht, ist sie ehrverletzend und kann der Betroffene - bei Wiederholungsgefahr - ihre **Unterlassung** beanspruchen. Ob eine in amtlicher Eigenschaft getätigte Äußerung den Grundsätzen über die Zulässigkeit und Grenzen herabsetzender Behauptungen und Werturteile staatlicher Organe gegenüber Bürgern entspricht, hängt dagegen von einer **Gesamtwürdigung der Verhältnisse des Einzelfalls** ab und lässt sich nicht in verallgemeinerungsfähiger Weise beantworten (vgl. Beschl. v. 27.03.1996 - BVerwG 8 B 33.96 - Buchholz Allg KommR Nr. 133 = juris Rn. 5).

B) GRENZEN ZULÄSSIGER ÄUßERUNGEN VON INDUSTRIE- UND HANDELSKAMMERN

BVerwG, Urt. v. 23.06.2010 – 8 C 20/09 –

RID 11-01-289

www.bverwg.de = juris = GewArch 2010, 400 = NVwZ-RR 2010, 882

IHKG § 1

Leitsatz: 1. Die Aufgabe einer Industrie- und Handelskammer, das Gesamtinteresse ihrer Mitglieder wahrzunehmen, erstreckt sich auch auf Bereiche, bei denen **Belange der gewerblichen Wirtschaft nur am Rande berührt** sind (Bestätigung des Urteils vom 19. September 2000 - BVerwG 1 C 29.99 - BVerwGE 112, 69).

2. Ein Sachverhalt berührt zumindest am Rande Interessen der gewerblichen Wirtschaft, wenn er **nachvollziehbare Auswirkungen auf die Wirtschaft im Bezirk der Industrie- und Handelskammer** hat. Äußerungen einer Industrie- und Handelskammer hierzu müssen das höchstmögliche Maß an Objektivität und die notwendige Sachlichkeit und Zurückhaltung wahren, sowie das durch Gesetz und Satzung vorgegebene Verfahren einhalten.

3. Das **Gesamtinteresse der Kammermitglieder**, das die Industrie- und Handelskammer wahrzunehmen hat, ist von der **Vollversammlung** der Industrie- und Handelskammer zu ermitteln.

6. AUSBLEIBENDE ERSTELLUNG EINES BEFUNDBERICHTS DURCH DEN BEHANDELNDEN ARZT

LSG Hessen, Beschl. v. 14.12.2010 – L 4 SF 11/10 B –

RID 11-01-290

juris

SGG V §§ 106 III Nr. 2, 118 I; ZPO §§ 380, 390

Leitsatz: Die **ausbleibende Erstellung eines Befundberichts** durch den behandelnden Arzt kann **nicht mit Ordnungsmitteln sanktioniert** werden, der Arzt ist vielmehr vorzuladen und als sachverständiger Zeuge zu vernehmen.

7. KRANKENHÄUSER

A) BGH: SCHADENSERSATZKLAGE WEGEN ABLEHNUNG EINES VERSORGUNGSVERTRAGS REHABILITATION

BGH, Urt. v. 18.11.2010 – III ZR 239/09 –

RID 11-01-291

www.bundesgerichtshof.de = juris

StGB V §§ 39, 40, 107, 111; BGB §§ 280, 839

Leitsatz: Zur **Abgrenzung der Krankenhausbehandlung** von der **medizinischen Rehabilitation** für Neurologiepatienten, die nach den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation der Phase B zuzuordnen sind.

B) KEINE ANWENDBARKEIT DES KHENTGG AUF AUSGEGLIEDERTE PRIVATKLINIKEN/VERBANDS-KLAGEBEFUGNIS

OLG Köln, Urt. v. 18.08.2010 – 5 U 127/09 –

RID 11-01-292

juris = www.gesr.de = GesR 2011, 46 (LS)

KHEntgG §§ 1, 8, 17 I 5; KHG § 17; UWG §§ 3, 8

Leitsatz (GesR): 1. **§ 17 Abs. 1 Satz 5 KHEntgG** ist weder direkt noch entsprechend anwendbar auf eine **Privatklinik**, die in angemieteten Räumlichkeiten und mit Personal eines Plankrankenhauses betrieben wird, und deren Träger zum selben Konzern gehört wie der Betreiber des Plankrankenhauses.
2. Für Ansprüche, die auf das Unterlassen der Geltendmachung erhöhter Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen gerichtet sind, ist der **Verband der privaten Krankenversicherer** unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt **verbandsklagebefugt**.

8. HEILPRAKTIKER

A) BVERWG: BESCHRÄNKUNG DER HEILPRAKTIKERERLAUBNIS AUF AUSÜBUNG DER PHYSIOTHERAPIE

BVerwG, Beschl. v. 03.01.2011 – 3 C 37/10 –

RID 11-01-293

www.bverwg.de = juris

HeilprG § 1; HeilprGDV 1 § 2; MPhG §§ 1, 8

Nach übereinstimmender Erledigungserklärung ist VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 19.03.2009 – 9 S 1413/08 – RID 09-03-278 wirkungslos.

Das Begehren des Klägers, eine auf den Bereich der Physiotherapie beschränkte Heilpraktikererlaubnis ohne Kenntnisüberprüfung zu erlangen, hätte nach der Rechtsprechung des Senats voraussichtlich überwiegend Erfolg gehabt. Die **Heilpraktikererlaubnis** kann auf die **Ausübung der Physiotherapie beschränkt werden**; allerdings muss sich ein ausgebildeter Physiotherapeut zur Erlangung einer solchen Erlaubnis einer **eingeschränkten Überprüfung** seiner Kenntnisse und Fähigkeiten unterziehen (BVerwG, Urt. v. 26.08.2009 – 3 C 19/08 – RID 09-04-253).

B) FRAGENKATALOG IM SCHRIFTLICHEN TEIL DER HEILPRAKTIKERPRÜFUNG/„BESTEHENSGRENZE“

VG Ansbach, Urt. v. 25.11.2010 – AN 2 K 09.00043 –

RID 11-01-294

juris

HeilprG § 1 I; HeilprGDV 1 § 2 Ij

Die Erteilung oder Versagung einer **Heilpraktikererlaubnis** stellt einen Akt schlichter Rechtsanwendung dar, der von den Verwaltungsgerichten unbeschränkt nachzuprüfen ist und hinsichtlich dessen weder der zuständigen Behörde ein Ermessens- noch dem Amtsarzt ein Beurteilungsspielraum zusteht. Die Verwaltung hat jedoch einen **Ermessensspielraum** hinsichtlich der **Ausgestaltung des Verfahrens**, der seine Grenze u.a. am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz findet. Zulässig ist es in diesem Rahmen, die Erlaubniserteilung von der **Durchführung einer schriftlichen und mündlichen Prüfung** bei den Gesundheitsämtern abhängig zu machen mit dem Ziel der Feststellung, ob die Ausübung der Heilkunde durch den Bewerber eine **Gefahr für die Volksgesundheit** bei der Behandlung von Patienten bedeuten würde. Allerdings dürfen dabei an den Bewerber nur die zum Schutz der Volksgesundheit notwendigen **Mindestanforderungen** gestellt werden; Kenntnisse und Fähigkeiten, die die heilkundliche Tätigkeit des Heilpraktikers nicht berühren, dürfen vom Bewerber nicht verlangt werden. So sind Fragen, die über ein **unerlässliches Mindestmaß an allgemeinen medizinischen Kenntnissen** hinausgehen und ein gehobenes, spezielles medizinisches Fachwissen voraussetzen, wie es - einschließlich der entsprechenden Fachterminologie - nur bei Fachärzten vorausgesetzt werden darf, unzulässig. Der Heilpraktikeranwärter muss zur Vermeidung einer Gefährdung der Volksgesundheit **ausreichende Kenntnisse** über die **Abgrenzung heilkundlicher Tätigkeit gegenüber den den Ärzten vorbehaltenen Behandlungen**, **ausreichende diagnostische Fähigkeiten in Bezug auf das einschlägige Krankheitsbild** und die Befähigung, Patienten entsprechend der Diagnose zu behandeln, besitzen. Es erscheint deshalb grundsätzlich sachgerecht, wenn im Rahmen der Überprüfung **allgemeinheilkundliche Grundkenntnisse aus den Gebieten Anatomie, Physiologie, Pathologie, Differenzialdiagnostik, Erste Hilfe, Hygiene und Seuchenbekämpfung** verlangt werden. Dabei muss nicht die Beantwortung bzw. Nichtbeantwortung einer jeden einzelnen Frage aus einem insgesamt zulässigen Fragenkatalog geeignet sein, den Verdacht einer Gefahr für die Volksgesundheit zu begründen. Es genügt vielmehr, wenn sich die Besorgnis gesundheitlicher Gefahren daraus ergibt, dass ein Berufsbewerber nach einer **Gesamtwürdigung** des Überprüfungsergebnisses nicht imstande ist, ein erforderliches Mindestmaß an medizinischen Grundkenntnissen vorzuweisen, so dass in der Praxis mit erheblichen Behandlungsfehlern zu rechnen wäre.

Die vom **Bayerischen Staatsministerium** für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit zum Verwaltungsvollzug erlassene Bekanntmachung vom 5. August 1994 (AllMBI S. 688, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 17.12.2001, AllMBI 2002 S. 20) hält sich in den aufgezeigten rechtlichen Grenzen.

Solange bei einem **Fragenkatalog** von 60 Fragen nicht zumindest mehr als 15 v.H. der Fragen als unzulässig auszuschneiden sind, bleibt ein Fragenkatalog eine taugliche Beurteilungsgrundlage, um ein gutachtliches Urteil darüber abzugeben, ob ein Bewerber eine Gefahr für die Volksgesundheit darstellt.

C) „ATLASPROFILAXE“ ERFORDERT HEILPRAKTIKERERLAUBNIS

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 12.08.2010 – 6 U 77/09 –

RID 11-01-295

juris
HeilprG § 1

Leitsatz: Eine Behandlung, die geeignet sein soll, die **Selbstheilungskräfte des Körpers** zu aktivieren, stellt die **Ausübung von Heilkunde** im Sinne von § 1 HeilprG dar, wenn damit Gesundheitsgefährdungen verbunden sind. Dies ist auch dann zu bejahen, wenn der Behandelnde in diesem Zusammenhang die Korrektur einer Fehlstellung des 1. Halswirbels (Atlaswirbel) verspricht und darauf hinweist, dass die Behandlungsmethode nur durch einen ausgebildeten Spezialisten präzise und gefahrlos praktiziert werden könne.

D) MITVERURSACHUNG BEI BEFOLGEN DER EMPFEHLUNG EINER „GEISTHEILERIN“

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 14.12.2010 – 8 U 108/07 –

RID 11-01-296

juris
BGB §§ 254, 280 I

Leitsatz: Wer als Patient auf Empfehlung einer „Geistheilerin“ notwendige und ärztlich verordnete Medikamente zur Abwehr eines neuen Schubs einer schweren Autoimmunerkrankung (Lupus Erythematodes) unter Missachtung der Warnungen Dritter absetzt, wirkt an der Entstehung des daraus folgenden Schadens in gleichem Maße wie die „Geistheilerin“ mit.

9. HÖRGERÄTEVERSORGUNG: GREIFBARE VERBESSERUNGEN DES HÖRVERMÖGENS

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15.12.2010 – L 2 R 547/09 –

RID 11-01-297

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 33, 36; SGB IX §§ 14 II, 26 II Nr. 6, 31 I Nr. 3; SGB VI §§ 13, 15

Leitsatz: Zur Frage, inwieweit zuzahlungspflichtige Hörgeräte im Vergleich zu den zu Festbeträgen erhältlichen Geräten mit greifbaren Verbesserungen des Hörvermögens im Einzelfall verbunden sind.

SG Hannover, Urt. v. 29.09.2009 - S 6 R 1135/07 - wies die Klage der Kl., die als Sachbearbeiterin bei der Kriminalpolizei angestellt ist und befasst sich insb. mit Fragen der Geldwäsche beschäftigt, ab, das **LSG** die Berufung zurück.

10. GEWÄHRUNG VON LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHA IM EINSTWEILIGEN RECHTSSCHUTZVERFAHREN

LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 15.09.2010 – L 1 R 163/10 B ER –

RID 11-01-298

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB VI §§ 9 I 1, 10 I Nr. 1 u. 2, 13 I 1, 240; SGG §§ 86b II 2, 172

Leitsatz: 1. Wenn nicht feststeht, ob für die Antragstellerin eine **geeignete ambulante Rehabilitationseinrichtung** in deren häuslicher Umgebung zur Verfügung steht, kann das nach § 13 SGB VI dem Rentenversicherungsträger als Rehabilitationsträger eingeräumte Ermessen nicht auf Null reduziert sein.

2. Ein **Anordnungsgrund**, die die Vorwegnahme der Hauptsache rechtfertigt, kann vorliegen, wenn bei einer psychiatrischen Erkrankung eine **Chronifizierung** droht.

3. Im Wege der einstweiligen Anordnung kann dann eine **Verpflichtung zur (unverzüglichen) Neubescheidung** erfolgen.

SG Dessau-Roßlau, Beschl. v. 07.06.2010 - S 1 R 223/10 ER - verpflichtete die Krankenkasse, der Ast. eine Leistung zur Teilhabe in Form einer stationären medizinischen Rehabilitation zu gewähren; das **LSG** verpflichtete die Ag., bis zum 01.10.2010 erneut über den Antrag der Ast. auf Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

11. HEILPÄDAGOGISCHES REITEN ALS HEILPÄDAGOGISCHE LEISTUNG

OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 04.11.2010 – 7 A 10796/10 –

RID 11-01-299

juris
SGB IX §§ 26 III, 55, 56; SGB VIII § 35a; SGB XII § 54

Leitsatz: **Heilpädagogisches Reiten** ist bei einem noch nicht eingeschulten seelisch behinderten oder von einer solchen Behinderung bedrohten Kind nicht stets eine **Leistung der medizinischen Rehabilitation** im Sinne von § 26 Abs. 3 SGB IX, sondern kann nach dem Schwerpunkt der Zielsetzung dieser Maßnahme im Einzelfall auch eine **heilpädagogische Leistung** im Sinne von § 56 SGB IX sein.

12. KEINE GENEHMIGUNG ZUR NOTFALLRETTUNG WEGEN FEHLENDER ZUVERLÄSSIGKEIT

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 660/10 –

RID 11-01-300

juris

RettdG NRW § 19 III 1; MRK Art. 6 II

Der Antrag des Klägers auf Zulassung der Berufung gegen **VG Köln**, Urt. v. 02.02.2010 - 7 K 7220/08 - wird zurückgewiesen.

Nach rettungsdienstrechtlichen Maßstäben ist ein Unternehmen **unzuverlässig**, wenn sich Zweifel an dessen Zuverlässigkeit entweder aus feststehenden Tatsachen ergeben oder daraus, dass hinreichend sicher - wenn auch nicht erwiesen - Tatsachen vorliegen, die gegen die Zuverlässigkeit des jeweiligen Antragstellers sprechen. In welchem Umfang diese Tatsachen hinreichend sicher vorliegen müssen, ist auf Grund des Einzelfalls zu beurteilen.

Die **Unschuldsvermutung**, wie sie für das Strafverfahren anerkannt ist, besteht für das Verwaltungsverfahren nicht. Art. 6 II MRK bezieht sich ausschließlich auf die strafrechtliche Seite einer Angelegenheit, indem er verbietet, einem Beschuldigten vor rechtskräftiger Verurteilung die Erfüllung strafbarer Handlungen zu unterstellen.

Parallelverfahren:

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 643/10 –

RID 11-01-301

VG Köln, Urt. v. 02.02.2010 – 7 K 2018/08

juris

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 653/10 –

RID 11-01-302

VG Köln, Urt. v. 02.02.2010 – 7 K 2179/08

juris

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 661/10 –

RID 11-01-303

VG Köln, Urt. v. 02.02.2010 – 7 K 5278/08

juris

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 666/10 –

RID 11-01-304

VG Köln, Urt. v. 02.02.2010 – 7 K 6835/08

juris

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 867/10 –

RID 11-01-305

VG Köln, Urt. v. 02.03.2010 – 7 K 5755/08

juris

13. VERÖFFENTLICHUNG DER BENOTUNG EINES PFLEGEHEIMS

LSG Hessen, Beschl. v. 28.10.2010 – L 8 P 29/10 B ER –

RID 11-01-306

SGB XI § 115

Die Benotung eines Pflegeheims darf veröffentlicht werden, soweit sie auf einer neutral, objektiv und sachkundig durchgeführten Qualitätsprüfung des MDK basiert.

Vgl. zuletzt RID 10-04-C.V.7 (S. 102 f.); 10-03-C.V.6 (S. 95); 10-02-C.V.9 (S. 74 ff.).

14. GRÜNDUNG EINES PATHOLOGISCHEN INSTITUTS NACH PENSIONIERUNG

VG Berlin, Urt. v. 20.01.2011 – 7 L 306/10 –

RID 11-01-307

juris

BeamStG § 41; BG Berlin § 68; VwGO § 80 II Nr. 4, V

Leitsatz: § 41 BeamStG und § 68 Abs. 1 LBG gewähren dem ehemaligen Dienstherrn bis zur Grenze der Funktionsfähigkeit seiner Verwaltung keinen generellen Schutz vor fachlicher und wirtschaftlicher Konkurrenz durch seine Ruhestandsbeamten.

15. KEIN KURZARBEITERGELD BEI ARBEITSAusFALL NACH ÄNDERUNGEN IM GESUNDHEITSRECHT

LSG Hessen, Urt. v. 28.01.2011 – L 7 AL 80/08 –

RID 11-01-308

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

SGB III § 170

Sind aufgrund gesetzlicher Änderung im Gesundheitsrecht die Patientenzahlen rückläufig, so haben Arbeitnehmer keinen Anspruch auf **Kurzarbeitergeld** bei erheblichem Arbeitsausfall, da es sich bei dem Arbeitsausfall nicht um **konjunkturelle und strukturelle Störungen der Gesamtwirtschaftslage** handelt. Nicht hierzu zählen gesetzliche Veränderungen im Gesundheitsrecht. Denn diese führen zu dauerhaften Veränderungen für die Leistungserbringung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und sind daher mit vorübergehenden konjunkturellen Schwankungen nicht vergleichbar.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 17.03.2008 - S 30 AL 2265/04 - wies die Klage des klagenden Hautarztes auf Zahlung von Kurzarbeitergeld für zwei Mitarbeiterinnen für Februar bis Juni 2004, der vorgetragen hatte, infolge des 2004 in Kraft getretenen GMG seien die Patientenzahlen massiv zurückgegangen, weshalb es zu einem Arbeitsausfall und einer verkürzten Arbeitszeit seiner Mitarbeiterinnen gekommen sei, ab, das **LSG** die Berufung zurück.

16. KEINE KÜNDIGUNG DES MIETVERHÄLTNISSSES WEGEN SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

OLG Köln, Urt. v. 12.11.2010 – 1 U 26/10 –

RID 11-01-309

juris

BGB §§ 546 I, 543 I 2

Ein Mietvertrag über eine Arztpraxis muss dem Mieter jedenfalls die üblichen beruflichen Betätigungsfelder erlauben. Hierbei kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass Ärzte vielfach über Facharztqualifikationen verfügen, sich auf bestimmte Behandlungsfelder konzentrieren oder zusätzliche Betätigungsfelder erschließen können. Einem zugelassenen **Psychiater und Psychotherapeuten** ist daher die **Substitutionsbehandlung** im Rahmen eines gewerblichen Mietverhältnisses erlaubt. Eine fristlose Kündigung kann sich deshalb nicht aus dem Gesichtspunkt einer vertragszweckwidrigen Nutzung der Räumlichkeiten rechtfertigen. Die Arztpraxis bietet auch Behandlungen an, die suchtkranken Menschen Hilfe bieten. Damit liegt die ärztliche Tätigkeit im **allgemeinen gesellschaftlichen Interesse**. Auch dies spricht dafür, dass eine fristlose Kündigung des Mietverhältnisses nur dann in Betracht gezogen werden kann, wenn konkrete Vorfälle eine Fortsetzung dieser Behandlungsform als untragbar erscheinen lassen.

17. STEUERRECHT

A) BFH

AA) KEINE STEUERFREIE HEILBEHANDLUNG DURCH SUBUNTERNEHMER (KOSMETIKER)

BFH, Urt. v. 02.09.2010 – V R 47/09 –

RID 11-01-310

www.bundesfinanzhof.de = juris

UStG § 4 Nr. 14; EWGRL 388/77 Art. 13 Teil A I Buchst. c

Leitsatz: Aus einer nach dem SGB V einem Arzt für dessen Heilbehandlungsleistung (Aknebehandlung) geschuldeten Erstattung einer Krankenkasse ergibt sich nicht, dass der vom Arzt eingeschaltete **Subunternehmer (Kosmetiker)** über die erforderliche berufliche Befähigung zur Durchführung einer **Heilbehandlungsmaßnahme** i.S. von § 4 Nr. 14 UStG verfügt.

BB) KOSTEN NICHT ANERKANNTER HEILMETHODE ALS AUßERGEWÖHNLICHE BELASTUNG

BFH, Urt. v. 02.09.2010 – VI R 11/09 –

RID 11-01-311

www.bundesfinanzhof.de = juris

EStG §§ 12 Nr. 1, 33

Leitsatz: 1. **Krankheitskosten**, denen es objektiv an der Eignung zur Heilung oder Linderung mangelt, können zwangsläufig erwachsen, wenn der Steuerpflichtige an einer Erkrankung mit einer nur noch begrenzten Lebenserwartung leidet, die nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht.
2. Dies gilt selbst dann, wenn sich der Steuerpflichtige für eine aus schulmedizinischer oder naturheilkundlicher Sicht **nicht anerkannte Heilmethode** entscheidet.
3. Ihre **Grenze** findet die **Abzugsfähigkeit** von Aufwendungen für **Außenseitermethoden** nach § 33 EStG allerdings, wenn die Behandlung von einer Person vorgenommen wird, die **nicht zur Ausübung der Heilkunde zugelassen** ist.

B) KEINE STEUERBEFREIUNG EINER PRAXIS FÜR HEILPÄDAGOGISCHES REITEN UND VOLTIGIEREN

FG Münster, Urt. v. 09.11.2010 – 15 K 4439/06 U –

RID 11-01-312

Revision eingelegt: V R 52/10

juris

SGB V §§ 111, 124 II; UStG § 4 Nr. 14, Nr. 16 Buchst. c, Nr. 21a, Nr. 22 u. Nr. 25 Buchst. a u. b; Richtlinie 77/388/EWG Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. g bzw. h

Die Umsätze (in den Jahren 2001 bis 2003) aus einer **Praxis für Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren**, die eine Dipl. Sozialarbeiterin mit einer vom Deutschen Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V. (DKThR) vergebenen Lizenz „Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren“, aber ohne Kassenzulassung (nach § 124 II SGB V) und ohne Nachweis einer Leistungserbringung im Rahmen eines Versorgungsvertrages im Sinne des § 111 SGB V erzielt, sind mangels einer **Berufsqualifikation** nicht nach § 4 Nr. 14 UStG steuerbefreit

C) UMSATZSTEUERFREIHEIT VON LEISTUNGEN EINER PRIVATKLINIK

FG Hessen, Beschl. v. 18.01.2011 – 6 V 2444/10 –

RID 11-01-313

juris = <http://www.fg-kassel.justiz.hessen.de>

UStG § 4 Nr. 14 u. 16

Eine Klinik mit 2.249 Privatpatienten und Selbstzahlern gegenüber lediglich 620 gesetzlich versicherte Patienten und 117 Mitglieder von Berufsgenossenschaften (zusammen 737 Patienten) (24,68%) unterschreitet die **gesetzliche 40%-Schwelle** (§ 4 Nr. 16 Buchst. b UStG i.V.m. § 67 I oder II AO, § 4 Nr. 16 Buchst. b UStG i.V.m. § 4 Nr. 15 Buchst. b UStG).

Die in § 4 Nr. 16 UStG (in der Fassung des Streitjahres 2008) niedergelegten gesetzlichen Anforderungen an die Steuerbefreiung verstoßen bei summarischer Prüfung nicht gegen die **gemeinschaftsrechtlichen und verfassungsrechtlichen Vorgaben**.

Erratum

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.05.2010 – L 11 B 14/09 KA ER – RID 10-04-36 wurde irrtümlich mit dem Az.: S 14 KA 59/09 ER angegeben.

Verzeichnis der Entscheidungen

AG Rheinbach, Ur. v. 19.07.2010 – 5 C 437/09 –	RID 11-01-246
ArbG Düsseldorf, Ur. v. 27.10.2010 – 4 Ca 4325/10 –	RID 11-01-210
BFH, Ur. v. 02.09.2010 – V R 47/09 –	RID 11-01-310
BFH, Ur. v. 02.09.2010 – VI R 11/09 –	RID 11-01-311
BGH, Ur. v. 18.03.2010 – I ZR 172/08 –	RID 11-01-202
BGH, Ur. v. 24.06.2010 – I ZR 166/08 –	RID 11-01-259
BGH, Ur. v. 05.10.2010 – I ZR 90/08 –	RID 11-01-260
BGH, Ur. v. 26.10.2010 – VI ZR 307/09 –	RID 11-01-220
BGH, Ur. v. 04.11.2010 – III ZR 32/10 –	RID 11-01-287
BGH, Ur. v. 04.11.2010 – III ZR 323/09 –	RID 11-01-245
BGH, Beschl. v. 10.11.210 – 2 StR 320/10 –	RID 11-01-286
BGH, Ur. v. 18.11.2010 – III ZR 239/09 –	RID 11-01-291
BGH, Beschl. v. 30.11.2010 – VI ZR 25/09 –	RID 11-01-221
BGH, Ur. v. 21.12.2010 – VI ZR 284/09 –	RID 11-01-219
BGH, Beschl. v. 10.01.2011 – 5 StR 491/10 –	RID 11-01-211
BSG, Ur. v. 29.04.2010 – B 3 KR 10/09 R –	RID 11-01-188
BSG, Ur. v. 29.04.2010 – B 3 KR 11/09 R –	RID 11-01-186
BSG, Ur. v. 29.04.2010 – B 3 KR 14/09 R –	RID 11-01-187
BSG, Ur. v. 05.05.2010 – B 6 KA 2/09 R –	RID 11-01-101a
BSG, Ur. v. 05.05.2010 – B 6 KA 5/09 R –	RID 11-01-95a
BSG, Ur. v. 05.05.2010 – B 6 KA 6/09 R –	RID 11-01-97
BSG, Ur. v. 05.05.2010 – B 6 KA 20/09 R –	RID 11-01-98
BSG, Ur. v. 05.05.2010 – B 6 KA 21/09 R –	RID 11-01-88
BSG, Ur. v. 05.05.2010 – B 6 KA 24/09 R –	RID 11-01-99
BSG, Ur. v. 23.06.2010 – B 6 KA 4/09 R –	RID 11-01-104
BSG, Ur. v. 23.06.2010 – B 6 KA 8/09 R –	RID 11-01-93
BSG, Ur. v. 23.06.2010 – B 6 KA 12/09 R –	RID 11-01-92a
BSG, Ur. v. 23.06.2010 – B 6 KA 22/09 R –	RID 11-01-102
BSG, Beschl. v. 12.08.2010 – B 3 KR 3/10 B –	RID 11-01-193
BSG, Ur. v. 18.08.2010 – B 6 KA 14/09 R –	RID 11-01-101
BSG, Ur. v. 18.08.2010 – B 6 KA 16/09 R –	RID 11-01-87
BSG, Ur. v. 18.08.2010 – B 6 KA 23/09 R –	RID 11-01-94
BSG, Ur. v. 18.08.2010 – B 6 KA 25/09 R –	RID 11-01-86
BSG, Ur. v. 18.08.2010 – B 6 KA 26/09 R –	RID 11-01-85
BSG, Ur. v. 18.08.2010 – B 6 KA 27/09 R –	RID 11-01-83
BSG, Ur. v. 18.08.2010 – B 6 KA 28/09 R –	RID 11-01-84
BSG, Ur. v. 28.09.2010 – B 1 KR 5/10 R –	RID 11-01-184
BSG, Ur. v. 28.09.2010 – B 1 KR 26/09 R –	RID 11-01-183
BSG, Beschl. v. 28.09.2010 – B 1 KR 46/10 B –	RID 11-01-194
BSG, Beschl. v. 28.09.2010 – B 1 SF 1/10 R –	RID 11-01-190
BSG, Beschl. v. 28.09.2010 – B 1 SF 2/10 R –	RID 11-01-192
BSG, Beschl. v. 28.09.2010 – B 1 SF 3/10 R –	RID 11-01-191
BSG, Beschl. v. 13.10.2010 – B 6 KA 2/10 B –	RID 11-01-105
BSG, Beschl. v. 13.10.2010 – B 6 KA 12/10 B –	RID 11-01-96
BSG, Beschl. v. 13.10.2010 – B 6 KA 13/10 B –	RID 11-01-106
BSG, Beschl. v. 18.10.2010 – B 3 KR 12/10 B –	RID 11-01-189
BSG, Beschl. v. 20.10.10 – B 6 KA 26/10 B –	RID 11-01-29
BSG, Ur. v. 02.11.2010 – B 1 KR 8/10 R –	RID 11-01-185
BSG, Beschl. v. 03.11.2010 – B 6 KA 35/10 B –	RID 11-01-27
BSG, Beschl. v. 03.12.2010 – B 6 KA 39/10 B –	RID 11-01-103
BSG, Beschl. v. 08.12.2010 – B 6 KA 7/10 B –	RID 11-01-90
BSG, Beschl. v. 08.12.2010 – B 6 KA 32/10 B –	RID 11-01-91

BSG, Beschl. v. 08.12.2010 – B 6 KA 34/10 B –	RID 11-01-92
BSG, Beschl. v. 08.12.2010 – B 6 KA 37/10 B –	RID 11-01-89
BSG, Beschl. v. 08.12.2010 – B 6 KA 46/10 B –	RID 11-01-95
BVerfG , 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 26.07.2010 – 1 BvR 1785/10 –	RID 11-01-111
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 09.09.2010 – 1 BvR 1357/10 –	RID 11-01-107
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 09.09.2010 – 1 BvR 2005/10 u. 1 BvR 2006/10 –	RID 11-01-154
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 09.09.2010 – 1 BvR 2134/10 u. 2185/10 –	RID 11-01-100
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 29.09.2010 – 1 BvR 2419/10 –	RID 11-01-108
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 01.11.2010 – 1 BvR 261/10 –	RID 11-01-169
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 01.11.2010 – 1 BvR 609/10 –	RID 11-01-109
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 01.11.2010 – 1 BvR 610/10 –	RID 11-01-110
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 08.11.2010 – 1 BvR 722/10 –	RID 11-01-54
BVerfG, Ur. v. 24.11.2010 – 1 BvF 2/05 –	RID 11-01-281
BVerfG, Beschl. v. 07.12.2010 – 1 BvR 2628/07 –	RID 11-01-284
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 08.12.2010 – 1 BvR 1163/09 –	RID 11-01-201
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 08.12.2010 – 1 BvR 1287/08 –	RID 11-01-200
BVerfG, Ur. v. 14.12.2010 – 1 BvR 404/10 –	RID 11-01-285
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 20.12.2010 – 1 BvR 2011/10 –	RID 11-01-282
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.01.2011 – 1 BvR 2870/10 –	RID 11-01-282
BVerwG , Ur. v. 23.06.2010 – 8 C 20/09 –	RID 11-01-289
BVerwG, Beschl. v. 27.10.2010 – 3 B 61/10 –	RID 11-01-195
BVerwG, Beschl. v. 11.11.2010 – 7 B 54/10 –	RID 11-01-288
BVerwG, Beschl. v. 03.01.2011 – 3 C 37/10 –	RID 11-01-293
EuGH , Ur. v. 12.10.2010 – C-45/09 –	RID 11-01-278
EuGH, Ur. v. 18.11.2010 – C-156/09 –	RID 11-01-280
EuGH, Ur. v. 18.11.2010 – C-250/09 u. C-268/09 –	RID 11-01-277
EuGH, Ur. v. 02.12.2010 – C-108/09 –	RID 11-01-258
EuGH, Ur. v. 16.12.2010 – C-89/09 –	RID 11-01-279
EGMR , Ur. v. 30.03.2010 – 2373/07 u. 2396/07 –	RID 11-01-273
EGMR, Ur. v. 21.10.2010 – 2651/07 –	RID 11-01-275
EGMR, Ur. v. 21.10.2010 – 32513/08 –	RID 11-01-274
EGMR, Ur. v. 21.10.2010 – 43155/08 –	RID 11-01-218
EGMR, Ur. v. 18.11.2010 – 38187/08 –	RID 11-01-276
FG Hessen , Beschl. v. 18.01.2011 – 6 V 2444/10 –	RID 11-01-313
FG Münster , Ur. v. 09.11.2010 – 15 K 4439/06 U –	RID 11-01-312
KG Berlin , Beschl. v. 10.06.2010 – 20 W 43/10 –	RID 11-01-238
KG Berlin, Beschl. v. 01.07.2010 – 20 W 23/10 –	RID 11-01-243
LSG Baden-Württemberg , Ur. v. 24.08.2010 – L 11 KR 3089/09 –	RID 11-01-144
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 28.09.2010 – L 11 KR 5288/09 –	RID 11-01-112
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 07.10.2010 – L 11 KR 4173/10 ER-B –	RID 11-01-176
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 08.10.2010 – L 4 KR 5196/08 –	RID 11-01-217
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 14.10.2010 – L 11 KR 2753/10 –	RID 11-01-114
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 20.10.2010 – L 5 KA 352/09 –	RID 11-01-75
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 20.10.2010 – L 5 KA 1323/09 –	RID 11-01-45
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 20.10.2010 – L 5 KA 2155/09 –	RID 11-01-55
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 20.10.2010 – L 5 KA 5241/09 –	RID 11-01-72
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 20.10.2010 – L 5 KA 5688/09 –	RID 11-01-81
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 26.10.2010 – L 11 KR 690/10 –	RID 11-01-175
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 26.10.2010 – L 11 KR 1322/09 –	RID 11-01-174
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 02.11.2010 – L 11 KR 4896/10 ER-B –	RID 11-01-140
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 12.11.2010 – L 5 KR 1815/10 B –	RID 11-01-182
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 12.11.2010 – L 5 KA 4293/10 ER-B –	RID 11-01-69
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 16.11.2010 – L 11 KR 448/10 –	RID 11-01-180
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 16.11.2010 – L 11 KR 1871/10 –	RID 11-01-118
LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 19.11.2010 – L 4 KR 180/10 –	RID 11-01-135
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 02.12.2010 – L 5 KA 3093/10 ER-B –	RID 11-01-38
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 08.12.2010 – L 5 KA 3673/10 ER-B –	RID 11-01-49
LSG Bayern , Beschl. v. 27.10.2010 – L 12 KA 80/10 B ER –	RID 11-01-22
LSG Bayern, Beschl. v. 20.10.2010 – L 12 KA 50/10 B ER –	RID 11-01-46
LSG Bayern, Beschl. v. 15.10.2010 – L 12 KA 53/10 B ER –	RID 11-01-52
LSG Bayern, Beschl. v. 05.01.2011 – L 12 KA 116/10 B ER –	RID 11-01-56
LSG Bayern, Beschl. v. 17.01.2011 – L 12 KA 123/10 B ER –	RID 11-01-63
LSG Bayern, Beschl. v. 23.12.2010 – L 12 KA 401/07 –	RID 11-01-78
LSG Bayern, Beschl. v. 30.12.2010 – L 5 KR 513/10 B ER –	RID 11-01-172
LSG Berlin-Brandenburg , Ur. v. 06.10.2010 – L 7 KA 147/06 –	RID 11-01-24
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 14.10.2010 – L 1 SF 191/10 B Verg –	RID 11-01-170
LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 15.10.2010 – L 1 KR 17/09 –	RID 11-01-130
LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 19.10.2010 – L 7 KA 87/09 –	RID 11-01-82
LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 12.11.2010 – L 1 KR 382/07 –	RID 11-01-126
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 26.01.2011 – L 7 KA 79/10 LK ER –	RID 11-01-60
LSG Hamburg , Ur. v. 14.10.2010 – L 1 KR 26/09 –	RID 11-01-123
LSG Hamburg, Ur. v. 25.02.2010 – L 1 KR 42/08 –	RID 11-01-216
LSG Hamburg, Ur. v. 14.10.2010 – L 1 KR 26/09 –	RID 11-01-124
LSG Hamburg, Ur. v. 17.12.2010 – L 1 KR 11/09 –	RID 11-01-115
LSG Hamburg, Ur. v. 17.12.2010 – L 1 KR 12/09 –	RID 11-01-116
LSG Hamburg, Ur. v. 17.12.2010 – L 1 KR 51/09 –	RID 11-01-125
LSG Hessen , Ur. v. 28.04.2009 – L 8 KR 370/07 –	RID 11-01-149
LSG Hessen, Ur. v. 29.09.2010 – L 4 KA 49/08 –	RID 11-01-57
LSG Hessen, Ur. v. 20.10.2010 – L 4 KA 12/09 –	RID 11-01-08
LSG Hessen, Ur. v. 20.10.2010 – L 4 KA 74/09 –	RID 11-01-09
LSG Hessen, Beschl. v. 25.10.2010 – L 4 KA 28/10 B –	RID 11-01-79
LSG Hessen, Beschl. v. 25.10.2010 – L 4 KA 59/10 B –	RID 11-01-77
LSG Hessen, Beschl. v. 28.10.2010 – L 8 P 29/10 B ER –	RID 11-01-306
LSG Hessen, Ur. v. 17.11.2010 – L 4 KA 69/08 –	RID 11-01-06
LSG Hessen, Ur. v. 17.11.2010 – L 4 KA 70/08 –	RID 11-01-07
LSG Hessen, Ur. v. 09.12.2010 – L 1 KR 187/10 –	RID 11-01-147
LSG Hessen, Ur. v. 09.12.2010 – L 1 KR 189/10 –	RID 11-01-148
LSG Hessen, Beschl. v. 14.12.2010 – L 4 SF 11/10 B –	RID 11-01-290
LSG Hessen, Ur. v. 15.12.2010 – L 4 KA 55/07 –	RID 11-01-62
LSG Hessen, Ur. v. 28.01.2011 – L 7 AL 80/08 –	RID 11-01-308

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.01.2010 – L 3 KA 70/08 –	RID 11-01-11
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 22.04.2010 – L 4 KR 235/05 –	RID 11-01-133
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 10.11.2010 – L 3 KA 28/07 –	RID 11-01-12
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 10.11.2010 – L 3 KA 75/07 –	RID 11-01-41
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.11.2010 – L 1 KR 72/09 –	RID 11-01-171
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15.12.2010 – L 2 R 547/09 –	RID 11-01-297
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.04.2010 – L 11 KA 12/09 WA –	RID 11-01-28
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.09.2010 – L 11 KA 60/07 –	RID 11-01-04
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2010 – L 11 KA 69/08 –	RID 11-01-74
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.09.2010 – L 5 KR 117/09 –	RID 11-01-138
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.10.2010 – L 11 KA 64/10 B ER –	RID 11-01-59
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.12.2010 – L 11 KA 71/10 B ER –	RID 11-01-21
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.12.2010 – L 11 KA 95/10 B ER –	RID 11-01-51
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.12.2010 – L 11 KA 58/10 B ER –	RID 11-01-68
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.12.2010 – L 16 KR 661/10 ER –	RID 11-01-179
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 04.03.2010 – L 5 KA 15/08 –	RID 11-01-35
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.10.2010 – L 5 KR 225/09 –	RID 11-01-164
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 25.10.2010 – L 5 KA 45/10 B ER –	RID 11-01-32
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.11.2010 – L 5 KR 23/10 –	RID 11-01-142
LSG Sachsen, Urt. v. 17.05.2010 – L 1 KR 210/09 –	RID 11-01-145
LSG Sachsen, Urt. v. 22.09.2010 – L 1 KA 7/09 –	RID 11-01-53
LSG Sachsen, Urt. v. 20.10.2010 – L 1 KR 95/08 –	RID 11-01-131
LSG Sachsen, Beschl. v. 01.12.2010 – L 1 KR 99/10 B ER –	RID 11-01-173
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.06.2010 – L 10 KR 13/06 –	RID 11-01-129
LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 15.09.2010 – L 1 R 163/10 B ER –	RID 11-01-298
LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 24.09.2009 – L 10 KR 33/09 B ER –	RID 11-01-181
LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 25.11.2010 – L 9 KA 2/10 ER KL –	RID 11-01-66
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 17.11.2009 – L 4 KA 24/08 –	RID 11-01-33
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 25.03.2010 – L 5 KR 118/08 –	RID 11-01-122
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 04.05.2010 – L 4 KA 49/08 –	RID 11-01-26
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 03.06.2010 – L 5 KR 28/10 –	RID 11-01-168
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 01.07.2010 – L 5 KR 82/08 –	RID 11-01-160
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.09.2010 – L 5 KR 90/09 –	RID 11-01-166
LSG Thüringen, Urt. v. 01.12.2009 – L 6 KR 1179/06 –	RID 11-01-152
LG Dortmund, Urt. v. 18.11.2010 – 2 S 39/10 –	RID 11-01-248
LG Düsseldorf, Urt. v. 29.07.2010 – 3 O 431/02 –	RID 11-01-247
LG Kleve, Urt. v. 06.10.2010 – 3 O 262/09 –	RID 11-01-237
LG Stuttgart, Urt. v. 10.11.2009 – 16 O 494/08 –	RID 11-01-249
OLG Brandenburg, Urt. v. 15.07.2010 – 12 U 232/09 –	RID 11-01-226
OLG Brandenburg, Urt. v. 04.11.2010 – 12 U 148/08 –	RID 11-01-230
OLG Brandenburg, Beschl. v. 14.12.2010 – 12 W 54/10 –	RID 11-01-236
OLG Brandenburg, Urt. v. 12.01.2011 – 4 U 111/08 –	RID 11-01-207
OLG Düsseldorf, Beschl. v. 08.12.2010 – VII-Verg 41/10 –	RID 11-01-206
OLG Düsseldorf, Beschl. v. 17.01.2011 – VII-Verg 3/1 –	RID 11-01-261
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 12.08.2010 – 6 U 77/09 –	RID 11-01-295
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 16.11.2010 – 8 U 88/10 –	RID 11-01-227
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 23.11.2010 – 8 U 111/10 –	RID 11-01-244
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.11.2010 – 8 U 102/10 –	RID 11-01-241
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 14.12.2010 – 8 U 108/07 –	RID 11-01-296
OLG Hamburg, Urt. v. 04.08.2010 – 5 U 152/09 –	RID 11-01-265
OLG Hamburg, Urt. v. 16.12.2010 – 3 U 161/09 –	RID 11-01-264
OLG Hamm, Beschl. v. 02.11.2010 – 6 U 131/10 –	RID 11-01-239
OLG Hamm, Urt. v. 18.11.2010 – 4 U 148/10 –	RID 11-01-203
OLG Hamm, Beschl. v. 09.12.2010 – 6 U 131/10 –	RID 11-01-240
OLG Jena, Beschl. v. 24.08.2010 – 4 W 364/10 –	RID 11-01-242
OLG Koblenz, Beschl. v. 27.05.2010 – 4 W 170/10 –	RID 11-01-205
OLG Koblenz, Beschl. v. 21.07.2010 – 5 U 761/10 –	RID 11-01-222
OLG Köln, Urt. v. 18.08.2010 – 5 U 127/09 –	RID 11-01-292
OLG Köln, Beschl. v. 30.10.2009 – 5 U 112/08 –	RID 11-01-233
OLG Köln, Urt. v. 12.11.2010 – 1 U 26/10 –	RID 11-01-309
OLG München, Urt. v. 06.05.2010 – 29 U 4316/09 –	RID 11-01-263
OLG München, Urt. v. 28.10.2010 – 6 U 2657/09 –	RID 11-01-262
OLG München, Beschl. v. 08.11.2010 – 1 W 2337/10 –	RID 11-01-234
OLG München, Urt. v. 10.11.2010 – 20 U 2514/10 –	RID 11-01-209
OLG München, Urt. v. 18.11.2010 – 1 U 5334/09 –	RID 11-01-231
OLG München, Urt. v. 16.12.2010 – 1 U 2722/10 –	RID 11-01-229
OLG München, Urt. v. 13.01.2011 – 1 U 4927/09 –	RID 11-01-225
OLG München, Beschl. v. 14.01.2011 – 1 U 4152/10 –	RID 11-01-223
OLG München, Urt. v. 17.01.2011 – 19 U 3817/10 –	RID 11-01-208
OLG Naumburg, Urt. v. 09.11.2010 – 1 U 44/10 –	RID 11-01-228
OLG Nürnberg, Beschl. v. 4.11.2010 – 5 W 1771/10 –	RID 11-01-235
OLG Oldenburg, Urt. v. 08.11.2010 – 5 U 89/10 –	RID 11-01-224
OLG Schleswig, Beschl. v. 14.01.2011 – 16 W 120/10 –	RID 11-01-71
OLG Stuttgart, Urt. v. 16.11.2010 – 1 U 124/09 –	RID 11-01-232
OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.11.2010 – OVG 4 B 22.10 –	RID 11-01-257
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 13.01.2011 – 8 PA 241/10 –	RID 11-01-215
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 26.01.2011 – 8 LA 103/10 –	RID 11-01-213
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 643/10 –	RID 11-01-301
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 653/10 –	RID 11-01-302
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 660/10 –	RID 11-01-300
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 661/10 –	RID 11-01-303
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 666/10 –	RID 11-01-304
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 A 867/10 –	RID 11-01-305
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.11.2010 – 13 B 1143/10 –	RID 11-01-212
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2010 – 1 A 565/09 –	RID 11-01-270
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.01.2011 – 1 A 527/08 –	RID 11-01-250
OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 04.11.2010 – 7 A 10796/10 –	RID 11-01-299
OVG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 24.11.2010 – 1 L 146/10 –	RID 11-01-255
SG Aachen, Urt. v. 05.11.2010 – S 7 KA 2/08 –	RID 11-01-58
SG Aachen, Urt. v. 05.11.2010 – S 7 KA 3/09 –	RID 11-01-39

SG Aachen, Urt. v. 16.11.2010 – S 13 KR 170/10 –	RID 11-01-132
SG Aachen, Urt. v. 18.11.2010 – S 2 KR 68/10 –	RID 11-01-127
SG Aachen, Urt. v. 18.11.2010 – S 2 KR 151/10 –	RID 11-01-117
SG Aachen, Urt. v. 14.12.2010 – S 13 KR 101/10 –	RID 11-01-143
SG Aachen, Urt. v. 11.01.2011 – S 13 KR 55/10 –	RID 11-01-163
SG Aachen, Urt. v. 01.02.2011 – S 13 KR 235/10 –	RID 11-01-119
SG Aachen, Urt. v. 01.02.2011 – S 13 KR 240/10 –	RID 11-01-153
SG Augsburg , Beschl. v. 17.02.2009 – S 12 KR 25/09 ER –	RID 11-01-134
SG Berlin , Urt. v. 28.07.2010 – S 79 KA 514/09 –	RID 11-01-43
SG Berlin, Gerichtsbb. v. 03.11.2011 – S 71 KA 232/10 –	RID 11-01-02
SG Berlin, Urt. v. 17.11.2010 – S 71 KA 12/09 –	RID 11-01-03
SG Berlin, Urt. v. 15.12.2010 – S 71 KA 382/10 –	RID 11-01-30
SG Berlin, Urt. v. 15.12.2010 – S 71 KA 381/10 –	RID 11-01-31
SG Braunschweig , Urt. v. 07.09.2010 – S 40 KR 504/07 –	RID 11-01-161
SG Bremen , Beschl. v. 24.09.2010 – S 1 KA 36/10 ER –	RID 11-01-65
SG Detmold , Urt. v. 20.02.2009 – S 5 KR 158/06 –	RID 11-01-121
SG Detmold, Urt. v. 03.03.2010 – S 5 KR 307/07 –	RID 11-01-137
SG Detmold, Urt. v. 17.02.2010 – S 5 KR 196/08 –	RID 11-01-136
SG Detmold, Urt. v. 24.11.2010 – S 5 KR 172/09 –	RID 11-01-150
SG Dortmund , Urt. v. 30.08.2010 – S 40 KR 313/07 –	RID 11-01-120
SG Dresden , Beschl. v. 16.08.2010 – S 18 KR 327/10 ER –	RID 11-01-178
SG Dresden, Urt. v. 02.10.2010 – S 18 KR 312/10 –	RID 11-01-70
SG Dresden, Beschl. v. 15.10.2010 – S 18 KR 481/10 –	RID 11-01-67
SG Düsseldorf , Urt. v. 01.12.2010 – S 2 (14) KA 114/08 –	RID 11-01-50
SG Düsseldorf, Urt. v. 12.01.2011 – S 2 KA 157/08 –	RID 11-01-05
SG Freiburg , Urt. v. 21.09.2010 – S 14 KR 3396/10 –	RID 11-01-177
SG Fulda , Urt. v. 16.12.2010 – S 11 KR 7/09 –	RID 11-01-139
SG Fulda, Urt. v. 20.12.2010 – S 4 KR 112/09 –	RID 11-01-167
SG Fulda, Urt. v. 19.01.2010 – S 4 KR 495/06 –	RID 11-01-159
SG Karlsruhe , Urt. v. 28.10.2010 – S 3 KR 2544/09 –	RID 11-01-151
SG Karlsruhe, Urt. v. 17.12.2010 – S 1 KA 575/10 –	RID 11-01-47
SG Kassel , Urt. v. 24.11.2010 – S 12 KR 103/10 –	RID 11-01-158
SG Kassel, Urt. v. 24.11.2010 – S 12 KR 166/10 –	RID 11-01-155
SG Kassel, Urt. v. 24.11.2010 – S 12 KR 167/10 –	RID 11-01-157
SG Kassel, Urt. v. 24.11.2010 – S 12 KR 168/10 –	RID 11-01-156
SG Kassel, Beschl. v. 30.12.2010 – S 12 KR 38/10 ER –	RID 11-01-113
SG Landshut , Urt. v. 14.10.2010 – S 1 KR 252/09 –	RID 11-01-128
SG Lüneburg , Urt. v. 23.11.2010 – S 6 KR 275/08 –	RID 11-01-146
SG Marburg , Urt. v. 06.10.2010 – S 11 KA 72/08 –	RID 11-01-10
SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 11 KA 189/10 –	RID 11-01-01
SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 – S 11 KA 590/09 –	RID 11-01-19
SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 – S 12 KA 30/10 –	RID 11-01-13
SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 – S 12 KA 49/10 –	RID 11-01-14
SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 – S 12 KA 229/09 –	RID 11-01-15
SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 – S 12 KA 248/10 –	RID 11-01-17
SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 – S 12 KA 250/10 –	RID 11-01-16
SG Marburg, Urt. v. 15.12.2010 – S 10 KA 597/09 –	RID 11-01-34
SG Marburg, Beschl. v. 22.12.2010 – S 12 KA 900/10 ER –	RID 11-01-23
SG Marburg, Urt. v. 19.01.2011 – S 12 KA 262/10 –	RID 11-01-37
SG Marburg, Urt. v. 19.01.2011 – S 12 KA 318/10 –	RID 11-01-36
SG Marburg, Beschl. v. 28.01.2011 – S 6 KR 183/10 ER –	RID 11-01-73
SG Marburg, Urt. v. 02.02.2011 – S 12 KA 834/08 –	RID 11-01-18
SG Marburg, Urt. v. 02.02.2011 – S 12 KA 902/09 –	RID 11-01-25
SG Marburg, Gerichtsbb. v. 04.02.2011 – S 12 KA 642/10 –	RID 11-01-76
SG München , Urt. v. 19.05.2010 – S 38 KA 1517/08 –	RID 11-01-61
SG München, Beschl. v. 19.01.2011 – S 39 KA 1248/10 ER –	RID 11-01-64
SG Neuruppin, Urt. v. 22.06.2010 – S 20 KR 104/07 –	RID 11-01-165
SG Nürnberg, Urt. v. 06.12.2010 – S 1 KA 25/05 –	RID 11-01-42
SG Nürnberg, Urt. v. 13.01.2011 – S 1 KA 21/10 –	RID 11-01-40
SG Nürnberg, Urt. v. 13.01.2011 – S 1 KA 22/10 –	RID 11-01-44
SG Potsdam , Urt. v. 15.09.2010 – S 1 KA 90/08 –	RID 11-01-48
SG Potsdam, Beschl. v. 28.12.2010 – S 1 KA 42/09 –	RID 11-01-80
SG Regensburg , Urt. v. 14.07.2010 – S 2 KR 241/09 –	RID 11-01-141
SG für das Saarland , Urt. v. 01.10.2010 – S 1 KR 1964/02 –	RID 11-01-162
SG Schwerin , Urt. v. 17.11.2010 – S 3 KA 51/09 –	RID 11-01-20
VG Ansbach , Urt. v. 25.11.2010 – AN 2 K 09.00043 –	RID 11-01-294
VG Arnsberg , Urt. v. 28.12.2010 – 13 K 3055/09 –	RID 11-01-256
VG Berlin , Urt. v. 20.01.2011 – 7 L 306/10 –	RID 11-01-307
VG Göttingen , Urt. v. 23.08.2010 – 1 A 65/09 –	RID 11-01-197
VG Hannover , Urt. v. 23.06.2010 – 5 A 5490/09 –	RID 11-01-204
VG Hannover, Urt. v. 24.11.2010 – 5 A 1975/09 –	RID 11-01-198
VG Koblenz , Urt. v. 24.08.2010 – 2 K 1005/09 –	RID 11-01-267
VG für das Saarland , Urt. v. 01.10.2010 – 3 K 494/10 –	RID 11-01-252
VG für das Saarland, Urt. v. 02.11.2010 – 3 K 478/10 –	RID 11-01-251
VG für das Saarland, Urt. v. 30.11.2010 – 3 K 302/10 –	RID 11-01-269
VG für das Saarland, Urt. v. 16.12.2010 – 1 K 952/09 –	RID 11-01-214
VG für das Saarland, Urt. v. 21.12.2010 – 3 K 735/09 –	RID 11-01-253
VG für das Saarland, Urt. v. 27.12.2010 – 3 K 1326/09 –	RID 11-01-254
VG für das Saarland, Urt. v. 13.01.2011 – 3 K 412/10 –	RID 11-01-266
VG Wiesbaden , Urt. v. 18.11.2010 – 8 K 1276/09 –	RID 11-01-268
VGH Bayern , Urt. v. 30.09.2010 – 21 BV 09.1279 –	RID 11-01-196
VGH Bayern, Beschl. v. 24.11.2010 – 21 C 10.2585 –	RID 11-01-199
VGH Bayern, Urt. v. 13.12.2010 – 14 BV 08.1982 –	RID 11-01-271
VGH Bayern, Beschl. v. 12.01.2011 – 14 B 10.1975 –	RID 11-01-272

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 07.02.2011. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen: B 6 KA ... R	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Abschlags- und Zuschlagsregelung im Kap O III EBM	33/09 Termin: 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	LSG Bayern , Urt. v. 27.05.2009 – L 12 KA 16/05 -	10-01-08
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?	LSG Thüringen , 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, 20 u. 36/10	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?	LSG Hessen , Urt. v. 17.03.2009 – L 4 KA 25/08, 28/08, 29/08 u. 17/09 - LSG Hessen, Urt. v. 11.08.2010 – L 4 KA 52/08 –	10-02-05, -03, -04 10-03-10 10-04-18
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)?	LSG Hessen , Urt. v. 04.11.2009 - L 4 KA 31/07 -	10-01-34
Aufschlag für Gemeinschaftspraxen/Punktwert Regelleistungsvolumen	42/09 Termin: 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?	LSG Hessen , 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?	LSG Bayern , 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?	LSG Hessen , Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 111/08 –	09-04-06 NZB

Verwaltungskosten: Dialysesachkosten	2/11	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung den in der Satzung festgelegten vollen Verwaltungskostenbeitrag auch von Sachkostenerstattungen im Rahmen von Dialysen erheben?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.01.2010 - L 3 KA 70/08 -	11-01-11 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 20.05.2009 - L 7 KA 12/08 -	09-03-20 NZB
Degressionsregelung Oralchirurgen	34 u. 35/09 Termin: 13.10.2010	Verstoßen die Degressionsregelungen nach § 85 Abs 4bff SGB 5 insoweit gegen höherrangiges Recht, als sie nur für Kieferorthopäden und nicht für Oralchirurgen Sonderregelungen enthalten?	SG Mainz , Urt. v. 08.07.2009 - S 2 KA 108/08 - u. - S 2 KA 380/07 -	10-01-20 u. 21
Degressionsregelung MKG-Chirurgen	32/09 Termin: 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?	LSG Berlin-Brandenburg , 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 12.05.2010 - L 3 KA 70/07 -	10-03-13

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Honorarrückforderung gegenüber Gemeinschaftspraxis bei Gestaltungsmissbrauch	7/09 Termin: 23.06.2010	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung im Falle des Gestaltungsmissbrauchs einer nach außen hin mit Genehmigung des Berufungsausschusses betriebenen Gemeinschaftspraxis berechtigt, die Honorarabrechnungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu korrigieren bzw. überzahltes Honorar zurückzufordern und hat sie die Wahl, ob sie diese Honorarrückforderungen gegen die frühere Gemeinschaftspraxis oder einen oder alle ehemaligen Gesellschafter in ihrer Eigenschaft als Gesamtschuldner richtet?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 17.12.2008 - L 3 KA 316/04 -	09-02-19
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?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 31.08.2010 - L 5 KA 18/10 -	10-04-33
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?	LSG Hessen , Urt. v. 11.08.2010 - L 4 KA 94/09 -	10-04-35

Arztregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notfalldienst

Zweigpraxis: Keine Versorgungsverbesserung ohne Tätigkeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde	49/09 Termin: 09.02.2011	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.	LSG Hessen , Urt. v. 23.09.2009 - L 4 KA 119/08 -	10-01-29
Keine Limitierung der Zahl der Filialen für MVZ	12/10 Termin: 09.02.2011	Kann ein Medizinisches Versorgungszentrum beanspruchen, dass ihm mehr als zwei Nebenbetriebsstätten gemäß § 24 Abs 3 S 1 Ärzte-ZV genehmigt werden.	LSG Sachsen , Urt. v. 24.06.2009 - L 1 KA 8/09 -	09-04-20 NZB
Vorlage des Belegarztvertrages als Anerkennungs Voraussetzung	15/10	Ist eine Anerkennung als Belegarzt von der Vorlage eines wirksamen Belegarztvertrages zwischen Krankenhaus und Belegarzt abhängig?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 27.01.2010 - L 7 KA 142/09 -	10-03-38
Rückforderung von Fördermitteln für Weiterbildung zum Facharzt für	45/09 Termin: 08.12.2010	Ist eine von einem Arzt unterschriebene Erklärung, wonach Fördermittel für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bei Abbruch der Weiterbildung an	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 29.10.2008	10-01-43

Allgemeinmedizin		die betreffende Kassenärztliche Vereinigung zurückzuerstatten sind, rechtlich bindend und gilt dies auch, wenn Adressat des Bewilligungsbescheides und Unterzeichner personenverschieden sind?	- L 5 KA 1079/08 -	
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Ur. v. 09.09.2009 - L 11 KA 49/07 –	10-01-35 NZB
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Ergänzender Sparten- oder Einzelleistungsvergleich	38/10	Sind die Prüfungsgremien bei der Prüfung der gesamten ärztlichen Tätigkeit gehalten, ergänzend einen Sparten- oder Einzelleistungsvergleich vorzunehmen?	LSG Rheinland-Pfalz , Ur. v. 04.03.2010 - L 5 KA 15/08 -	11-01-11 NZB
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?	SG Berlin , Ur. 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).	LSG Bayern , Ur. v. 25.11.2009 – L 12 KA 16/08 –	10-02-29
Off-Label-Use in Palliativversorgung	47/09 Termin: 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?	LSG Schleswig-Holstein , Ur. v. 06.10.2009. – L 4 KA 34/08 –	10-01-51
	48/09 Termin: 13.10.2010	Liegt bei einer zulassungsüberschreitenden Verordnung von Arzneimitteln zur palliativen Behandlung von Versicherten mit begrenzter Lebenserwartung, deren Ziel allein die Steigerung der Lebensqualität und nicht eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufs wenigstens iS einer Verzögerung oder gar Heilung ist, eine notstandsähnliche Situation vor, die den Vertragsarzt vor einem Arzneikostenregress schützt?	LSG Schleswig-Holstein , Ur. v. 06.10.2009 – L 4 KA 35/08 –	10-01-52
Regress gegen Gemeinschaftspraxis	38/09 Termin: 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Ur. v. 26.11.2008 – L 7 KA 63/07 –	09-01-51 NZB
Regress gegen Gemeinschaftspraxis wegen Verordnung vorhergehender Einzelpraxis	5/10 Termin: 09.02.2011	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.	LSG Berlin-Brandenburg , Ur. v. 18.03.2009 – L 7 KA 88/06 –	09-03-47 NZB
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?	SG Mainz , Ur. v. 24.02.2010 – S 2 KA 611/07 -	10-03-38
Zulassung und Ermächtigung				
Kein Zulassungsanspruch bei	10/10	Kann einem vor Erlass einer Zulassungssperre gestellten Zulassungsantrag die	LSG Nordrhein-Westfalen ,	10-02-45

Eintragung in Arztregister erst nach Sperrung des Planungsbereichs		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?	Urt. v. 25.11.2009 – L 11 KA 6/08 –	
Häufige Zulassung und Umfang einer Nebentätigkeit	40/09 Termin: 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?	SG Magdeburg , Urt. v. 26.08.2009 S 1 KA 168/07	10-01-68
Praxisnachfolge und Kaufpreisüberprüfung: Ertragswert- u. Ärztekammermethode	39/10	Zur Frage der Zulässigkeit der Verkehrswertermittlung für Arzt- und Psychotherapeutenpraxen im Nachbesetzungsverfahren durch die Zulassungsgremien und zum konkreten Vorgehen bei der Ermittlung des Verkehrswertes nach der Ertragswertmethode.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 20.10.2010 – L 5 KA 1323/09 –	11-01-45
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.	SG Kiel , 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?	LSG Bayern , Urt. v. 28.04.2010 – L 12 KA 72/08 –	10-04-63
Fachärzte für plastische Chirurgie und Bedarfsplanung	1/10 Termin: 09.02.2011	Zur Frage der Zulässigkeit und der Rechtsfolgen der Einbeziehung der Fachärzte für plastische Chirurgie in die Bedarfsplanung.	LSG Bayern , Urt. v. 23.09.2009 – L 12 KA 405/07 –	10-02-51
Sonderbedarfszulassung u: hälftiger Versorgungsauftrag/Zweigpraxisgenehmigung	36 u. 37/09 Termin: 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 10.12.2008 – L 11 KA 47/08 – u. – L 11 KA 48/08 –	09-02-66 u. 67 NZB
MVZ: Muss Ärztlicher Leiter zur Patientenversorgung beitragen?	33/10	Setzt die Ausübung der Funktion als ärztliche Leitung in einem Medizinischen Versorgungszentrum die Erbringung vertragsärztlicher Leistungen voraus?	LSG Sachsen , Urt. v. 11.08.2010 – L 1 KA 54/09 –	10-04-60
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?	LSG Hessen , Urt. v. 10.02.2010 – L 4 KA 33/09 –	10-02-47
Kieferorthopädische Zweigpraxis in 460 km Entfernung	3/10 Termin: 09.02.2011	Ist eine Ermächtigung zum Betreiben einer kieferorthopädischen Zweigpraxis mit Sitz im Zuständigkeitsbereich einer anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigung als derjenigen des Hauptpraxisstandortes unter Berücksichtigung der großen Entfernung zwischen der Hauptpraxis und der Zweigpraxis im Lichte der Versorgungsverbesserung rechtmäßig?	SG Magdeburg , Urt. v. 01.07.2009 – S 13 KA 51/08 –	09-04-19
Job-Sharing: Isolierte Anfechtung der Leistungsbegrenzung	1/11	Hat eine Berufsausübungsgemeinschaft einen Anspruch auf Festsetzung der Leistungsbegrenzung aufgrund der Jobsharing-Zulassung in Höhe des Punktmengenvolumens und/oder entsprechend der Anzahl ihrer vor dem Jobsharing zugelassenen Partner und/oder auf weitere Aufstockung der bemessungsrelevanten Leistungsmengen wegen des Praxiseintritts eines weiteren Partners bzw wegen unfallbedingter Ausfälle?	LSG Sachsen , Urt. v. 22.09.2010 – L 1 KA 7/09 –	11-01-53
Zweigpraxis Kinderkardiologie: Wegstrecke 128 km/1 ½ Stunden Fahrzeit	7/10 Termin: 09.02.2011	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 am Ort des Vertragsarztsitzes iS des § 24 Abs 3 S 1 Ärzte-ZV idF des VÄndG vor?	SG Marburg , Urt. v. 10.02.2009 – S 12 KA 160/09 –	10-01-30

Gesamtvergütung/Integrierte

Versorgung/Aufsicht/GBA				
Aufsichtsklage gegen Bundesversicherungsamt wegen Beanstandung des Landesschiedsamts	32/10	Ist die Klage einer Kassenärztlichen Vereinigung als Partnerin eines Honorarverteilungsvertrages gegen eine Aufsichtsverfügung des Bundesversicherungsamtes, dass die vereinbarungseretzende Entscheidung des Landesschiedsamts beanstandet hat, statthaft? Ist das Bundesversicherungsamt zuständig für die Beanstandung von Entscheidungen der Landesschiedsämter über Vergütungen nach § 89 Abs 5 S 4 SGB 5?	LSG Hessen , Urt. v. 29.09.2010 – L 4 KA 54/09 KL –	10-04-75
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 17.03.2010 – L 7 KA 125/09 KL –	10-03-63
Sonstiges/Verfahrensrecht				
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?	SG Dortmund , Urt. v. 09.09.2009 - S 9 KA 105/06 -	10-03-70
KV-Rahmenverträge mit Krankenhäusern	37/10	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung Krankenhäusern Rahmenverträge zur Durchführung und Abrechnung vorstationärer ärztlicher Leistungen anbieten und solche Verträge mit ihnen abschließen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 20.10.2010 - L 5 KA 5241/09 -	11-01-72
Kostenerstattung im Vorverfahren nach Rechtsänderung	29/09 Termin: 13.10.2010	Liegt ein Erfolg des Widerspruchs vor, wenn während des Widerspruchsverfahrens eine Rechtsänderung die vom Widerspruchsführer begehrte Statuserlangung (hier: Dialyse-Sonderbedarfszulassung) ermöglicht?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.05.2009 – L 3 KA 85/06 –	09-04-58
Kostentragungslast im Widerspruchsverfahren nach teilweiser Stattgabe	35/10	Findet die Regelung des § 63 Abs 1 S 1 SGB 10 auch dann Anwendung, wenn ein vorläufiger Rückforderungsbescheid im Widerspruchsverfahren zugunsten des Widerspruchsführers geändert wird?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 24.02.2010 - L 11 KA 9/08 -	10-03-76 NZB

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 07.02.2011. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
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	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 20.05.2010 - L 5 KR 46/08 -	10-04-113

Professionelle Reinigung der Implantate	B 1 KR 17/10 R	sehr geringe Spermienkonzentration vorliegt? 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?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 27.05.2010 – L 5 KR 39/09 –	10-03-104
---	----------------	--	--	-----------

Kostenerstattung

Auslandskrankenbehandlung

Arzneimittel

Ambulante Off-Label-Behandlung in 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?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 17.06.2010 - L 10 KR 13/06 -	11-01-129
Nicht verschreibungspflichtigen Präparate	B 1 KR 24/10 R	Besteht für eine an Neurodermitis erkrankte Versicherte Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf Versorgung mit den nicht verschreibungspflichtigen Präparaten "Linola Fettcreme", "Linola Creme", "Anästhesinsalbe 20 %", "Baneo-Hermal F", obwohl der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Mittel nicht als verordnungsfähig angesehen hat?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 22.04.2010 - L 4 KR 235/05 –	11-01-133 NZB
Diätetische Nahrungsmittel	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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 14.07.2010 - L 5 KR 2103/09 -	10-04-123

Hilfsmittel/Heilmittel

Treppensteighilfe	B 3 KR 13/09 R Termin: 07.10.2010	Hat ein auf einen Rollstuhl angewiesener Versicherter, der ebenerdig wohnt, einen Anspruch auf Kostenübernahme für ein Scalamobil (Treppensteighilfe)?	LSG Hessen , Urt. v. 03.03.2009 – L 1 KR 39/08 –	09-02-149
Zweiter Therapiestuhl für Besuch des Kindergartens	B 3 KR 13/10 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten eines zweiten Therapiestuhls zu übernehmen, wenn dieser notwendig ist, um dem versicherten Kind den Besuch des Kindergartens zu ermöglichen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 23.09.2010 – L 5 KR 117/09 –	11-01-138
Behindertendreirad	B 3 KR 5/10 R Termin: 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?	LSG Hessen , 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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?	LSG Rheinland-Pfalz , 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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.06.2010 – L 5 KR 4929/07 –	10-04-125
Einkaufs-Fuchs	B 3 KR 9/10 R Termin: 10.03.2011	Hat ein erblindeter Versicherter Anspruch auf ein Barcode-Lesegerät mit Sprachausgabe (Einkaufs-Fuchs) als Hilfsmittel der GKV?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 16.07.2010 – L 1 KR 188/09 -	10-04-128

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Behandlungssicherungspflege (Dauerbeatmung) neben Leistungen der Pflegeversicherung	B 3 KR 7/09 R Termin: 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	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.05.2009 - L 4 KR 4793/07 -	09-03-124
---	--	---	--	-----------

		hauswirtschaftlichen Versorgung stattfindet.		
Fahrkosten				
Zuzahlung				
Rehabilitationsmaßnahmen/Soziotherapie				
Reha-Ausschluss bei Bezug von Arbeitslosengeld ab 58.Lebensjahr	B 1 KR 9/10 R Termin: 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 15.10.2009 - L 1 KR 231/09 -	10-03-129 NZB
Krankenhauskosten				
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 3 KR 16/09 R Termin: 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 11.11.2009 - L 1 KR 152/08 -	10-03-140
DRG: Diagnose als Nebendiagnose	B 3 KR 4/10 R Termin: 25.11.2010	Wann ist eine Diagnose als Nebendiagnose im Rahmen der DRG zu berücksichtigen (hier: DRG E 01 A)?	LSG Schleswig-Holstein , 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 Termin: 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)?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 29.01.2009 - L 16 KR 242/06 -	09-02-166
Sanierungsbeitrag (Abschlag von 0,5%): Abgeschlossene Verträge	B 3 KR 8/10 R Termin: 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?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 11.05.2010 - L 4 KR 8/06 -	10-04-140
Abzug für integrierte Versorgung	B 1 KR 11/10 R Termin: 02.11.2010	Gestattet § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 den Krankenkassen, (1.) Mittel für lediglich geplante Verträge zur integrierten Versorgung einzubehalten und (2.) für Krankenhausbehandlung Gezahltes insoweit zurückzufordern, als eine Einbehaltung für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung zunächst unterblieben ist?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 17.03.2010 - L 4 KR 33/07 -	10-03-137
	B 3 KR 6/10 R Termin: 25.11.2010	Zur Auslegung des Begriffs des "Einbehaltens" iS von § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 und zur nachträglichen Geltendmachung des Einhalts.	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 17.03.2010 - L 4 KR 30/08 -	10-03-138
Ambulante Versorgung				
Drittschützende Wirkung von § 116b II SGB V für Vertragsärzte	B 1 KR 1/11 R	Entfaltet das in § 116b Abs 2 S 1 SGB 5 enthaltene Gebot, die vertragsärztliche Versorgungssituation zu berücksichtigen, drittschützende Wirkung zugunsten betroffener Vertragsärzte?	SG Dresden , Urt. v. 02.10.2010 - S 18 KR 312/10 -	11-01-70
Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller				
Retaxierung: Nicht zugelassenes Arzneimittel (hier: Thalidomid) ohne Genehmigung der Krankenkasse	B 1 KR 3/10 R Termin: 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	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.12.2009 - L 11 KR 389/09 -	10-01-165

		Arzneimittel hat (hier: Thalidomid zur Behandlung von Knochenmarkkrebs im Jahr 2005).		
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?	LSG Berlin-Brandenburg , 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 10-04-124 10-03-148
Vereinbarung mit einem des Betrugs beschuldigten Augenoptiker	B 3 KR 1/11 R	Zur Frage vertraglicher Sanktionen gegen einen des Betrugs beschuldigten Augenoptiker bei Absehen von der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft nach § 197a Abs 4 SGB 5.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 24.11.2010 – L 1 KR 72/09 –	11-01-171
Abweichungen der Verordnung vom Heilmittelkatalog erkennbar	B 1 KR 23/10 R	Haben Heilmittelerbringer einen Vergütungsanspruch gegen eine Krankenkasse, wenn sie alle von einem Vertragsarzt verordneten Leistungen dem Versicherten tatsächlich erbracht haben, obwohl Abweichungen der Verordnung vom Heilmittelkatalog erkennbar waren?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.10.2010 – L 11 KR 1322/09 –	11-01-174
Physiotherapieausbildung in anderem EU-Staat	B 3 KR 9/09 R Termin: 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)?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 05.03.2009 – L 1 KR 351/08 –	10-01-175 NZB
Masseur und Podologie	B 3 KR 12/09 R Termin: 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 11.12.2008 – L 2 KN 26/05 KR –	09-02-182 NZB
Häusliche Krankenpflege: Entscheidung unabhängiger Schiedsperson	B 3 KR 1/10 R Termin: 25.11.2010	In welchem Umfang ist der Schiedsspruch einer Schiedsperson nach § 132a SGB 5 gerichtlich überprüfbar?	LSG Hessen , Urt. v. 26.11.2009 – L 8 KR 325/07 –	10-01-177
Krankenkassen				
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?	LSG Bayern , 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?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 22.04.2010 – L 5 KR 21/09 –	10-04-150
Sonstiges				
Auskunftsanspruch gegen KV über Krankenbehandlungsdaten	B 1 KR 12/10 R Termin: 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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 Termin: 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?	SG Düsseldorf , Urt. v. 07.01.2010 – S 8 KR 93/06 –	juris

Erstattung Rentenversicherungsträger gegen Krankenkasse: Arbeitstherapie	B 1 KR 25/10 R	Hat ein Rentenversicherungsträger einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine Arbeitstherapie gegen den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 14 Abs 4 SGB 9?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 03.11.2010 - L 4 KR 212/07 –	
--	----------------	--	--	--

Anhang III: Anhängige Rechtsfragen des Großen Senats und weiterer Senate

Stand: 07.02.2010.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz
Großer Senat			
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 I durch Verwaltungsakt zu erklären?	BSG, B 13 R 76/09 R
Weitere Senate			
Beitragserrstattung gegenüber Rentenversicherung 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?	LSG Rheinland-Pfalz , 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)