

Rechtsprechungsinformationsdienst 04-01

Editorische Hinweise	6
Redaktion	6
A. Vertragsarztrecht	7
I. Honorarverteilung	7
1. Psychotherapeuten	7
a) Honorierung ab Quartal I/00	7
b) Honorar 1999: Art. 11 II PsychThG - Aufsichtsverfügung gegen Schiedsspruch	8
c) Aufhebung bestandskräftiger Honorarbescheide (I/95-IV/97)	8
2. Individualbudget	9
a) Mengen(zuwachs)begrenzende Regelungen/EBM-Budgets	9
b) Punktzahlengrenzwert - Begrenztes Wachstum (KV Nordrhein)	11
c) Budgeterweiterung: Augenarzt mit türkischen Sprachkenntnissen	12
d) Aufteilung eines Individualbudgets nach Auflösung der Gemeinschaftspraxis	12
3. "Arztlohn" und patholog. Praxen (KV Nordrhein III u. IV/98)	13
4. Fallzahlzuwachsbegrenzung: Dreiprozentige Zunahme und Abstaffelung	14
5. Unterschiedliche Basisvergütung für einzelne Zahnarztfachgruppen	14
6. Einstweiliger Rechtsschutz: Höheres Honorar und Inzidentkontrolle des HVM	15
II. Praxis- und Zusatzbudgets	15
1. Hausärztliche Internisten als eigene Budgetgruppe	16
2. Zulässiger Zuschlag für Gemeinschaftspraxen	16
3. Zuordnung der Psychiater	17
a) Einteilung der nervenärztlichen Arztgruppen/Erweiterung des Praxisbudgets	17
b) Erhöhte Fallzahl der Psychiater	17
4. Erweiterung von Praxis-/Zusatzbudgets	17
a) Endokrinologie: Kein besonderer Versorgungsbedarf	17
b) Behandlung von MS-Patienten	18
c) HNO-Arzt: Ohrchirurgie und erhöhter Überweisungsanteil	18
d) Betreuung der Bewohnerinnen eines Behindertenheims (Nr. 19 EBM)	19
e) Zusatzbudget Chirotherapie	19
5. Vereinbarkeit mit Europäischem Wettbewerbsrecht	20
III. Sachlich-rechnerische Berichtigung und Gebührenrecht	20
1. Implausible Abrechnung	20
a) Verdeckte Gemeinschaftspraxis	20
b) Standardmäßige Fehlabbrechnung - Garantiefunktion der Abrechnungserklärung	21
2. Korrektur eines Honorarbescheides/Erstattung von Kosten im Vorverfahren	21
3. Nr. 16 EBM	22
a) Hausärztlicher Internist und Rheumatologe	22
b) Notwendigkeit einer Anhörung/Mindestzeitspanne an Betreuung	22
4. Verweilgebühr im Rettungsdienst (Nr. 40 EBM)	23
a) Keine Vergütung für Rückfahrt ohne Patienten	23
b) Systematische Interpretation: „Verweilen“ ohne Patienten	23
5. Richtigkeit der Angaben in der Abrechnung	23
6. Polysomnographie: Fehlende Abrechenbarkeit/Keine IGEL-Leistung	24
7. Anästhesieleistungen bei Katarakt-Operationen	24
a) Nr. 462 und Zuschlagsnrn. 490, 63, 64, 65, 90 EBM	24
b) Keine Abrechnung der Nrn. 451/452 neben den Nrn. 461/462 EBM	24
8. Dermatologen: Fachfremdheit der Nr. 755 EBM/Vertrauensschutz	25

9. Fachfremde Röntgenleistungen im Notfalldienst	25
10. Nr. 861 EBM neben den Nrn. 871 und 872 EBM	26
11. MKG-Chirurgie – Osteotomie/Zahntentfernung (Ä736 GOZ, 44 u. 45 BEMA-Z)	26
12. Absetzung des Kassenanteils für in Italien gefertigten Zahnersatz	26
13. Zweijährige Ausschlussfrist nach § 3 II der Anlage 4 zum BMV-Z	27
IV. Fachkunde	27
1. Fachkundenachweis Psychologischer Psychotherapeut ohne zeitliche Befristung	27
2. Aufschiebende Wirkung einer Klage und fehlende Fachkunde	28
V. Mindestgröße für diabetologische Schwerpunktpraxen	28
VI. Laborreform '99	29
Vla. Genehmigung für ambulantes Operieren: Facharztanerkennung	30
VII. Befristete Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen	31
VIII. Wirtschaftlichkeitsprüfung	32
1. Vergleichsgruppe („sprechende Medizin“)/Budgetierungsmaßnahmen	32
2. Stichprobenweise Einzelfallprüfung mit Hochrechnung	33
3. Zulässiger Vertikalvergleich: KV Bremen und Augenärzte	34
4. Sprechstundenbedarfsregress: Arthroskopie	34
5. Richtgrößenprüfung KV Nordrhein 1999: Rückwirkungsverbot	34
IX. Disziplinarrecht für ermächtigte Ärzte	36
X. Gesprächspsychotherapie: Keine Arztregistereintragung	36
XI. Zulassungsrecht	37
1. Psychotherapeuten:	37
a) Zeitfenster – Klinikumsabrechnung mit sonst. Kostenträgern	37
b) Fachkundenachweis Verhaltenstherapie und Entwöhnungsbehandlung von Rauchern	37
2. Absinken der Ärztezahl unter Obergrenze für Überversorgung	38
3. Abgrenzung der Planungsbereiche in Bremen/unbillige Härte	38
4. Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztlichen Versorgung	38
5. Altersgrenze von 68 Jahren europarechtskonform	39
6. Gebührenvorschuss und Fiktion der Widerspruchsrücknahme	39
7. Keine Ermächtigung bei fehlender Fachgebietsanerkennung	39
8. Ermächtigung - Stellungnahmen von Berufsverbänden	40
9. Zeugenvernehmung nach Rechtshilfeersuchen des Berufungsausschusses	40
10. Reichweite der Begründungsfrist und Beteiligtenstatus	40
XII. Vergütungsanspruch bei „Notbeauftragung“ eines Wohnheimarztes	41
XIII. Vertrag über Poliklinikvergütung ohne Leistungserbringer	41
XIV. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)	42
XV. Verfahrensrecht	42
1. Alleinige Abwehrbefugnis bei Gesamtschuld (Praxisgemeinschaft)	42
2. Aufschiebende Wirkung der Klage gegen Sicherungseinbehalt	43
3. Bestimmtheit der Urteilsformel	43
4. Rechtsweg: Streitigkeiten zwischen Kassenpatient und Vertragsarzt	43
5. Selbstablehnung einer ehrenamtlichen Richterin bei Arzt-Patienten-Beziehung	44
6. Untätigkeitsbeschwerde wegen Nichtterminierung durch SG	44
XVI. Streitwertfestsetzung	45

XVII. Entscheidungen des BSG	46
1. Praxisbudget – Arithmetischer Mittelwert bei Doppelzulassung	46
2. Wirtschaftlichkeitsprüfung	46
a) Begründungspflicht bei Inhomogenität der Vergleichsgruppe	46
b) Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Einzelleistungen	47
c) Statistischer Kostenvergleich bei Einzelleistungen	47
3. Zulassungsrecht	47
a) Überörtliche Gemeinschaftspraxis von Laborärzten	47
b) Gemeinschaftspraxis	47
4. Gesamtvergütung und Risikostrukturausgleich	47
5. Beitragserhebung für Notfallambulanz eines Krankenhauses	47
B. Krankenversicherungsrecht	48
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	48
1. Hinweispflicht auf stationäre Behandlungsmöglichkeit (MARS-Therapie)	48
2. Gamma Knife-Behandlung (Radiochirurgie)	49
3. Extrakorporale Stosswellentherapie	50
4. Laserhaarepilation	50
a) Gesichtshaare	50
b) verschobener Haaransatz („Nackenfell“)	50
5. Neuropsychologische Therapie	51
a) Außenseitermethode – Kein Leistungsanspruch	51
b) Fehlende Anerkennung der Neuropsychologie kein Systemmangel	51
c) Kein Ausschluss eines Systemversagens (Einstweilige Anordnung)	52
d) Systemversagen drei Jahre nach positivem Gutachten	52
6. Atlastherapie nach Arlen	53
7. Percutane Laserdiskotomie	53
8. Eximer-Laser-Behandlung	53
9. Akupunkturbehandlung	54
a) Rechtmäßiger Beschluss des Bundesausschusses	54
b) Elektroakupunktur nach Voll (EAV)	54
10. Balneo-Phototherapie	54
11. Photodynamischen Therapie: Versorgung mit Fertigarzneimittel	55
12. Rezepturarzneimittel: Behandlung mit Orthokinra	55
13. Künstliche Befruchtung	56
a) ICSI/IVF-Behandlung - Kosten des privatversicherten Ehegatten	56
b) Künstliche Befruchtung nur für Ehepaare	57
aa) Verfassungsgemäße Beschränkung auf Ehepaare	57
bb) Vorlagebeschluss Künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V)	58
c) Regelgrenze 40 Jahre/Anspruch nur bei Kinderlosigkeit	58
14. Behandlung durch Heilpraktiker	58
15. Kostenerstattung und therapeutisches Gesamtkonzept	59
II. Kosten für Behandlung im Ausland	59
1. Bronchoskopisch-chirurgische Spezialklinik in den USA	59
2. Behandlung in der Breakspear-Klinik in London	59
3. Methode Dr. Kozijavkin	60
III. Stationäre Behandlung	60
1. Mammareduktionsplastik	60
a) Keine Verkleinerungsoperation bei grenzwertiger Makromastie	60
b) Gigantomastie der Brüste als Krankheit	61
2. Behandlung nur in zugelassenem Krankenhaus	61

3. Erstattung von Zusatzkosten für selbstbeschaffte Behandlung in Belegklinik.	62
4. Kein Behandlungsvertrag zwischen Versichertem und Vertragskrankenhaus	62
5. Freistellungsanspruch gegenüber Krankenkasse	62
IV. Arzneimittel	63
1. Sildenafil (Viagra): Beschränkte Befugnis des Bundesausschusses (AMRI)	63
2. Off-Label-Use	63
a) Herzeptin (Trastuzumab) in der adjuvanten Therapie	63
b) Infliximab (Remicade®)	64
c) Immunglobuline	64
aa) Bei Multipler Sklerose	64
bb) Immunglobulinpräparat Octagam: Alternative Arzneimitteltherapie	64
d) "Cabaseril" zur Behandlung von Restlesslegs-Syndromen	65
aa) Notwendige Feststellung einer schwerwiegenden Erkrankung	65
bb) Anspruch bei schwerer Form des Restless-Legs-Syndroms	65
e) Prograf	65
f) Seltene Krankheit: Arzneimittel Glivec bei Chondrosarkom	65
3. Verbotener Hinweis auf Versandhandel	66
4. Therapie mit "Lorenzo s Öl"	67
5. Versorgung mit dem Arzneimittel Xenical zur Gewichtsreduktion	67
6. Apothekenrabatt im Januar 2002 - Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz	68
V. Heilmittel - Krankengymnasten	68
1. Manuelle Lymphdrainage und Zusatzqualifikation	68
2. Vergütungsanspruch für Arztbericht eines Krankengymnasten	68
a) Beschränkung auf geltende Vereinbarungen	68
b) Angemessene Vergütung bei fehlender Vereinbarung	69
VI. Hilfsmittel	69
1. Zweisitziges Elektrofahrzeug bei Mehrfachbehinderung	69
2. Autoschwenksitz für Transport Schwerkranker	70
3. Umbauanteile für die behindertengerechte Ausstattung eines Fahrzeuges	71
4. Therapie-Tandem	71
5. Therapie-Dreirad	71
6. Festbeträge für Hörhilfen	72
7. Notebook als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	73
8. Bildschirmlesegerät mit Echtfarben	73
9. Bandscheibenmatratze	73
10. Haarausfall bei Männern: Kosten für ein Toupet	73
11. Oberschenkelprothese mit Kniegelenkssystem C-Leg	74
12. Hochrechnung bei fehlerhafter Abrechnung des Hilfsmittelerbringers	74
VII. Häusliche Krankenpflege: Medikamentengabe und Pflegeversicherung	75
VIII. Teilnahme an Rehabilitationssportgruppe - Nichtzulassungsbeschwerde	75
IX. Keine Schadensersatzverpflichtung gegenüber Transportunternehmer	76
X. Krankenhauskosten	76
1. Kein Vergütungsanspruch bei Durchführung einer Arzneimittelstudie	76
2. Kein Zurückbehaltungsrecht bei strittiger Behandlungsbedürftigkeit	77
3. Rückzahlungsverpflichtung des Krankenhauses	78
4. Keine GoA zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern	78
5. Sonderentgelt 12.01	79
6. Fallpauschale 11.02: Stammzellentransplantation u. dosisreduz. Konditionierung	79

XI. Einstweilige Anordnung - Kein Verweis auf Sozialhilfe	79
XII. Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegenüber Rentenversicherungsträger	80
XIII. Verfahrensrecht	80
1. Nichtzulassung der Berufung (Gehorthese "Vacoped")	80
2. Rechtsweg bei Zahlungsklage eines Krankenhausträgers	80
XIV. Entscheidungen des BSG	81
1. Bindung an von SG bejahte Zulässigkeit des Rechtswegs	81
2. Rechtsanwaltsgebühren: Umwandlung eines Krankenhauses	81
C. Entscheidungen anderer Gerichte	82
I. Berufsrecht der Ärzte und Psychotherapeuten	82
1. Approbation als Psychotherapeut nur für Psychologen	82
2. Arztwerbung	82
a) BVerfG: Klinikwerbung „Dentalästhetica“	82
b) BGH: Arztwerbung im Internet	83
c) Hautärztliche Botox-Behandlung	83
d) Verwendung eines "eyecatchers" für Zahnärztliche Behandlungen	83
II. Wettbewerbsrecht	84
1. BGH: Wettbewerbsverbot nach Ausscheiden aus Freiberuflersozietät	84
2. Hoheitliche Tätigkeit der bayrischen Rettungsdienste	84
3. Pauschalentgelte einer Klinik an niedergelassene Ärzte	85
III. Arzthaftung	85
1. Aufklärung bei medizinisch nicht indizierter photorefraktiver Keratektomie	85
2. Diagnosefehler	85
3. Fehldiagnose Migräne bei Schlaganfall	86
IV. Private Krankenversicherung	86
1. Ausschluß Psychologischer Psychotherapeuten in der PKV wirksam	86
2. Beschränkung auf 20 psychotherapeutische Sitzungen pro Kalenderjahr	87
3. Operation zur Brustverkleinerung	87
V. Unterlassungsanspruch: „Bestechungsgeschenke“ der Pharma-Unternehmen	87
VI. Arzneimittel	88
1. EUGH: Versandhandel mit Arzneimitteln	88
2. Sildenafil (Viagra)	88
a) BVerwG: Beihilfe nur bei behandlungsbedürftigen Krankheit	88
b) Private Krankenversicherung	88
3. EuGH: Kein Nachweis von Wettbewerbsverstößen der Bayer AG bzgl. Adalat	89
4. BVerwG: Begründungsumfang eines Zulassungsantrags für Kombinationspräparat	89
5. BVerwG: Aufnahme in Traditionsliste als Verwaltungsakt	89
6. Begriff der Einzelrezeptur	89
7. EuG: Unzulässige Klage gg. Gutachten über Verkehrsfähigkeit eines Medikaments	90
VII. Ordnungsgeld bei Weigerung zur Vorlage eines Befundberichts	90
VIII. Zuzahlungskosten von Sozialhilfeempfänger nach GMG	90
1. Keine Übernahme durch Sozialamt: Praxisgebühren/Arzneimittelzuzahlungen	90
2. Eigenanteil eines Sozialhilfeempfängers bei einer Polamidon-Behandlung	91
IX. Weitere Entscheidungen des BGH	91
1. Unterrichtung vor Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung	91
2. Untreue bei nicht notwendiger Arzneimittelverordnung	91

X. Weitere Entscheidungen des BVerfG	92
1. Verfassungsbeschwerde wegen Untätigkeit eines Gerichts	92
a) Verwaltungsgerichtliches Verfahren von etwas über zwei Jahren	92
b) Annahme einer Verfassungsbeschwerde zur Entscheidung	92
2. Eilbedürftigkeit von Prozesskostenhilfverfahren	93
3. Sofortvollzug einer Approbationsentziehung eines Apothekers	93
Verzeichnis der Entscheidungen	94
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht	97
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)	105
Anhang III: Beim BVerfG anhängige Verfahren aus dem Bereich der GKV	109

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 Leitsätze unter der Überschrift "**Leitsatz/Leitsätze**" stammen vom jeweiligen Gericht. Ansonsten handelt es sich bei den leitsatzähnlichen Einleitungssätzen 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.

REDAKTION

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

REDAKTION: Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen
Telefon: 0641/201 776;
Telefax: 0641/250 2801;
e-mail: pawlita@web.de.

Die Leserschaft wird um Mithilfe bei der Erstellung des RID durch Einsendung von Urteilen direkt an die Redaktion (oder an die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln) aus der Instanzenpraxis gebeten.

Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 30 €. Der RID erscheint viermal im Jahr.

Ältere Ausgaben (RID 00-01 bis 03-04) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** **www.dg-kassenarztrecht.de** verfügbar.

Nachdruck - auch auszugsweise -, Vervielfältigung, Mikrokopie, Einspeicherung in elektronische Datenbanken nur mit Genehmigung der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht, Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. HONORARVERTEILUNG

S. zuletzt u.a. **BSG**, Urt. v. 24.09.2003 – B 6 KA 41/02 R – (Zur unwirksamen rückwirkenden Inkraftsetzung einer Änderung des HVM, hier Mindestpunktwert für histologische und zytologische Leistungen).

1. PSYCHOTHERAPEUTEN

Zur **BSG-Rspr.** zur **Honorierung psychotherapeutischer Leistungen** vgl. zuletzt die Übersicht in RID 03-04-A I 1; vgl. ferner zur **Honorierung ab 2000 BSG**, Urt. v. 28.01.2004 – B 6 KA 52, 53, 23 u. 25/03 R -, in denen der Senat seine bisherige Rspr. bestätigt hat, die auch vom Gesetzgeber im Begriff der „Angemessenheit“ (§ 85 IV 4 SGB V i.d.F. GKV-GRG 2000) aufgegriffen worden ist; der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.2.2000 ist rechtswidrig, weil dieser den maßgeblichen Sollumsatz einer voll ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis auf der Basis der regionalen Ist-Umsätze des Jahres 1998 berechnet und die anzusetzenden Praxiskosten bei den Psychotherapeuten einerseits und den Allgemeinmedizинern andererseits unterschiedlich berechnet hat. Nicht zu beanstanden ist, dass der Bewertungsausschuss für die Ermittlung des Durchschnittsüberschusses der Allgemeinärzte auf das Jahr 1998 zurückgegriffen hat. Ebenso ist es im Rahmen eines solchen Berechnungsmodells systemgerecht, für das Jahr 2001 den Durchschnittsüberschuss der Allgemeinärzte im Jahr 1999 zu Grunde zu legen. Wegen der Aufteilung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Gesamtvergütung ab dem Jahr 2000 verbietet es sich, die Vergütung der Psychotherapeuten, die dem fachärztlichen Versorgungsbe- reich zuzurechnen sind, an dem Durchschnittsüberschuss der Allgemeinärzte auszurichten. Insoweit könnte der Durchschnittsüberschuss von Facharztgruppen im unteren Einkommensbereich, im jetzigen Zeitpunkt z.B. der Nervenärzte, herangezogen werden (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 1/04). Zur **Vergütung der Ausbildungsinstitute** s. **BSG**, Urt. v. 10.12.2003 – B 6 KA 56/03 R – (Presse-Mitteilung Nr. 64/03), wonach die Vergütung für Behandlungen nicht um 20 vH gegenüber den für Vertragspsychotherapeuten geltenden Sätzen vermindert werden dürfen; zur Rspr. der Instanzenpraxis zur Honorierung ab 2000 s. RID 03-04-A I 1a.

A) HONORIERUNG AB QUARTAL I/00

SG Düsseldorf, Urt. v. 05.11.2003 - S 2 KA 142/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-01

Sprungrevision zugelassen

Psychotherapeut, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Punktwert, Stützungsverpflichtung, Bewertungsausschuss
SGB V §§ 72 I 2, 73 I 1, 85 IV, IVa, 87; GKV-SolG Art. 14 II

Leitsätze:

1. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 (Dt. Ärztebl. 2000, A-556 ff.) ist zwar in seinen einzelnen Schritten in vielerlei Hinsicht angreifbar, erreicht jedoch im Ergebnis das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel einer angemessenen vertragspsychotherapeutischen Vergütung je Zeiteinheit (§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V).
2. Eine angemessene Vergütung in diesem Sinne ist dann anzunehmen, wenn die Einnahmen-Überschüsse (Brutto-Honorare abzüglich Praxiskosten in Höhe von 66.000,- DM) voll ausgelasteter vertragspsychotherapeutischer Praxen um nicht mehr als 15 % geringer sind als diejenigen vergleichbarer Arztgruppen.
3. Ein Mindestpunktwert von 7,6672 Pf. für die zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM erfüllt im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein die Voraussetzungen für eine angemessene Vergütung im Jahre 2000.
4. Der weitere Beschluss des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM vom 16.02.2000 (Dt. Ärztebl. 2000, A-560), der mit Wirkung ab 01.04.2000 den Kreis der psychotherapeutischen Leistungserbringer auf solche erweitert hat, die mehr als 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus den Leistungen der Abschnitte G IV, G V und den Leistungen nach Nrn. 855 bis 858 des Abschnitts G III EBM erzielen, ist nicht zu beanstanden, da er die entsprechende Definition der "ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte" in den Bedarfsplanungsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen übernimmt.

Der Kläger, ein Psychologischer Psychotherapeut erhielt in den Quartalen I bis IV/00 ein Honorar aus vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit im Bereich der Primär- und Ersatzkassen (ohne Bundeswehr) in Höhe von 202.102,33 DM. Das **SG** wies die Klage (streitbefangene Quartale: I u. III/00) ab.

Die Entscheidung des SG Düsseldorf weicht insoweit von **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 09.04.2003 - L 11 KA 134/02 u. 133/02 - RID 03-04-01 u. 02 (vgl. hierzu nun bestätigend **BSG**, Urt. v. 28.01.2004 - B 6 KA 53 u. 52/03 R -) ab, wonach der Beschluss des Bewertungsausschusses gegen § 85 IV 4, IVa 1 2. Hs. SGB V verstößt und bei einer Neufassung wegen veränderter Rahmenbedingungen ein Punktwert für zeitgebundene Leistungen von 8,5 Pfg. möglich ist.

B) HONORAR 1999: ART. 11 II PSYCHThG - AUFSICHTSVERFÜGUNG GEGEN SCHIEDSSPRUCH

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 10.07.2002 – L 4 KA 1/01 – juris
Psychotherapeutengesetz, Psychotherapeutenhonorar, Rechtsaufsicht
PsychThG Art. 11; SGB V § 89 V

RID 04-01-02

Die Möglichkeit zur Anhebung des Punktwerts war nur bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 11 II PsychThG eröffnet. "Geeignete Maßnahmen" im Sinne des § 11 II PsychThG können deshalb nur solche sein, die sicherstellen, dass psychotherapeutische Leistungen mit einem Punktwert vergütet werden, der um nicht mehr als 10 vom Hundert unter dem Bezugswert liegt. § 11 II PsychThG ermächtigt nicht zu Maßnahmen, die den Punktwert in einem stärkeren Maße stützen, als es zur Erreichung dieser Sicherstellung erforderlich ist.

Zum Sachverhalt s. Vorinstanz **SG Magdeburg**, Urt. v. 07.02.2001 – S 7 KA 277/00 – RID 01-03-14; die **Berufung** führte zur vollständigen Aufhebung der Aufsichtsverfügung.

Nichtzulassungsbeschwerde: BSG, Beschl. v. 16.07.2003 – B 6 KA 59/02 B – juris
(vgl. bereits RID 03-04-87)

RID 04-01-03

Für die Rechtsfrage nach der Richtigkeit der vom LSG (s. vorstehend) vorgenommenen Auslegung des Art. 11 II EinfG-PsychThG bedarf es keiner Durchführung eines Revisionsverfahrens mehr, weil die Frage inzwischen durch das Urt. des Senats v. 06.11.2002 - B 6 KA 21/02 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 43 geklärt ist. Welche konkrete Höhe der tatsächliche Vergütungspunktwert dabei später erreicht hat (vorliegend 5,84 Pfennig in Sachsen-Anhalt gegenüber 7,77 Pfennig in dem vom Senat entschiedenen Hamburger Fall), ist dabei ersichtlich ohne Belang.

C) AUFHEBUNG BESTANDSKRÄFTIGER HONORARBESCHEIDE (I/95-IV/97)

Nach **BSG**, Urt. v. 18.03.1998 - B 6 KA 16/97 R - (hier: sog. übermäßiger Ausdehnung) findet nur § 44 II SGB X auf Honorar(kürzungs)bescheide Anwendung. Bei der **Ermessensausübung** kann die KV die finanziellen Auswirkungen im Falle einer positiven Entscheidung für die Gesamtheit ihrer Mitglieder berücksichtigen und als ausschlaggebend ansehen. Zu Rückstellungen ist die KV nicht verpflichtet. Es erweist sich auch nicht als ermessensfehlerhaft, dass sie die Funktionsfähigkeit des Systems vor den Anspruch des einzelnen auf materielle Gerechtigkeit stellt.

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.11.2003 – L 5 KA 4387/02 –

RID 04-01-04

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 124/03 B

Bestandskraft, Aufhebung eines Verwaltungsakts, Honorarbescheid, Rücknahme
SGB V § 85 IV; SGB X § 44 II

Leitsätze:

Die Entscheidung, ob auch die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen der Psychotherapeuten, die die Honorarbescheide 1/95 bis 1/97 bestandskräftig werden ließen, rückwirkend mit einem Punktwert von zehn Pfennig zu vergüten sind, steht im Ermessen der Beklagten. Bei der Ermessensausübung ist es nicht ausreichend, wenn sich die KV pauschal auf einen nicht vertretbaren Verwaltungsaufwand und unzumutbare finanzielle Auswirkungen bei den anderen Vertragsärzten beruft.

Vorinstanz: SG Reutlingen, Urt. v. 17.07.2002 - S 1 KA 3143/00 – RID 02-04-02.

Parallelentscheidung:

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.11.2003 – L 5 KA 4408/02 –

RID 04-01-04a

Vorinstanz: SG Reutlingen, Urt. v. 17.07.2002 - S 1 KA 3223/00 – RID 02-04-03.

2. INDIVIDUALBUDGET

Vgl. zuletzt **BSG**, Urt. v. 10.12.2003 - B 6 KA 40/02 R – (weitere Verfahren: - B 6 KA 7/03 u. 76/03 R -), wonach ein quartalsbezogenes individuelles Leistungsbudget in Form eines Punktzahlengrenzwertes, der aus dem Durchschnitt der jeweiligen Honorarumsätze der Praxis in den Quartalen III/97 bis II/98 abzgl. 3 % errechnet wird, grundsätzlich zulässig ist; allerdings reicht die Zuwachsmöglichkeit von 3 % im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal für umsatzmäßig unterdurchschnittliche Praxen nicht aus; in - B 6 KA 54/02 R - werden die Urteile v. 21.10.1998 bestätigt, wonach Umsätze während der fünfjährigen Aufbauphase nicht Grundlage für die Budgetbemessung in der weiteren Zeit danach sein dürfen, weil damit der späteren Honorarabrechnung typischerweise niedriger liegende Umsatzvolumina mit der Folge unangemessen geringer Einkommenschancen zu Grunde gelegt werden.

A) MENGEN(ZUWACHS)BEGRENZENDE REGELUNGEN/EBM-BUDGETS

LSG Brandenburg, Urt. v. 13.08.2003 - L 5 KA 27/00 -

RID 04-01-05

Revision anhängig: B 6 KA 80/03 R

Praxisbudget, Fallpunktzahl, Budgetierung, Mengengrenzungsregelung, unbudgetierte Leistung, Fallzahlbereich, Falldurchschnitt, Härtefallregelung, Punktzahlobergrenze, Verhältnismäßigkeit, Honorarverteilungsgerechtigkeit

SGB V §§ 85 IV, 87 II, IIa; GG Art. 3 I, 12 I

Bei der Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen für Praxisbudgets der Quartale IV/1997-III/1998 darf an den "gekürzten" Gesamtleistungsbedarf der betreffenden Arztgruppe des Jahres 1996 angeknüpft werden.

Mengen(zuwachs)begrenzende Regelungen im Rahmen eines HVM sind rechtmäßig.

Zum Sachverhalt:

Die Kläger, drei Augenärzte in Gemeinschaftspraxis, wandten sich gegen die Honorarfestsetzungen in den Quartalen IV/1997 bis III/1998, so z.B. für IV/1997: 1 423 270,83 DM bei 3.560 Behandlungsfällen; die bekl. KV reduzierte die angeforderten 4 326 351 Punkte im Rahmen des Praxisbudgets nach dem EBM zunächst auf 2 282 891 Punkte; dabei ging sie von durchschnittlich 4.650 budgetrelevanten Fällen der Fachgruppe aus; aus dem Bereich der freien Leistungen wurden zusätzlich im Praxisbudget gemäß HVM 1 750 923 Punkte anerkannt; aufgrund der Budgetierung gemäß EBM erfolgte insgesamt eine Kürzung des angeforderten Leistungsbedarfs in Höhe von 12,41 %; der Leistungsbedarf d. Kl. nach EBM wurde gemäß § 7 II ff. HVM um weitere 76,69 % gekürzt. Auf den Widerspruch half d. Bekl. der Kürzung gem. § 7 HVM insoweit ab, als nur noch eine Begrenzung in Höhe von 10 % aufrecht erhalten wurde. **SG Potsdam**, Urt. v. 12.07.2000 – S 1 KA 259/98 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Brandenburg führt u.a. zur Rüge d. Kl., dass ausschließlich **an rechtmäßige Teilbudgetierungsregelungen** bei der Bestimmung des Gesamtleistungsbedarfes für die Praxisbudgets **angeknüpft** werden dürfe, aus:

„Zwar hat, wie die Kläger zutreffend ausführen, das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 17. September 1997 - 6 RKa 36/97 - die rückwirkende Budgetierung von Gesprächs- und Untersuchungsleistungen im EBM 1996 für verfassungswidrig erklärt, die Verfassungswidrigkeit ergab sich jedoch nicht aufgrund der Einführung der Budgetierung an und für sich, sondern sie ergab sich nach Auffassung des Bundessozialgerichts allein aufgrund der rückwirkenden Einführung der Budgetierungsregelungen. Das Bundessozialgericht hat in dem Urteil vielmehr ausgeführt, dass die Reduzierung der abrechnungsfähigen Punktzahlen geeignet war, dem unerwünschten Ergebnis des Absinkens des Auszahlungspunktwertes entgegenzuwirken. Es hat zwar kritisiert, dass der steuernde Ansatz auf Bundesebene allein bei der Punktzahlbegrenzung für Gesprächsleistungen eine nachträgliche Reduzierung nicht rechtfertigt, weil damit auf jede Differenzierung nach Arztgruppen, nach Haus- beziehungsweise Fachärzten und vor allem nach den tatsächlichen Punktwerten in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen verzichtet worden sei. Es hat die Verantwortung für derartige Punktwert stabilisierende Maßnahmen vielmehr bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gesehen. Dem ist jedoch nicht zwingend zu entnehmen, dass das Bundessozialgericht der Sache nach derartige steuernde Ansätze auf der Bundesebene für rechtswidrig gehalten hat (vgl. auch Sozialgericht Hannover, Urteil vom 20. März 2002, S 10 KA 1082/98 <RID 02-03-07>).

Mithin durfte bei der Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen für das Praxisbudget an den „gekürzten“ Gesamtleistungsbedarf der betreffenden Arztgruppe des Jahres 1996 angeknüpft werden. Eine Rechtswidrigkeit des Praxisbudgets für die streitigen Quartale ergibt sich daraus nicht.“

Auch die **Begrenzung der unbudgetierten Leistungen** durch den HVM sei rechtmäßig:

„Die Anwendung des darin geregelten § 7 Abs. 2 bis 8 **HVM** ist rechtmäßig. Mit diesen Regelungen hat der HVM eine **Mengengrenzungsregelung** unter Einbeziehung auch der unbudgetierten Leistungen und der

nicht der Praxisbudgetierung unterliegenden Fachgruppen eingeführt. In Abs. 3 des § 7 HVM sind quartalsbezogene Durchschnittswerte hinsichtlich der Fallzahlen und der Fallpunktzahlen für die einzelnen Arztgruppen festgeschrieben. Auf der Grundlage der Fallzahldurchschnitte gemäß Abs. 3 werden gemäß Abs. 6 **vier Fallzahlbereiche** gebildet, für alle Fälle bis zu 50 % des Falldurchschnittes der Arztgruppe (Fallzahlbereich A), für alle Fälle von mehr als 50 % bis 150 % (Fallzahlbereich B), für alle Fälle von mehr als 150 % bis 250 % (Fallzahlbereich C) und für alle darüber hinausgehenden Fallzahlen (Fallzahlbereich D). Für die Fälle des Fallzahlbereiches A wird der Fallpunktzahldurchschnitt gemäß Abs. 3 um 10 % angehoben, für die Fälle des Fallzahlbereiches B erfolgt eine Absenkung um 10 %. Für Fälle des Fallzahlbereiches C erfolgt eine Absenkung um die in der Anlage 4 festgelegten Prozentsätze, für alle Fälle des Fallzahlbereiches D eine Absenkung um 90 %. Das Produkt aus arztindividueller Fallzahl und den sich aus dem dargestellten Berechnungsmodus ergebende Punktzahlen ergibt die **arztindividuelle Punktzahlobergrenze**. Die angeforderten Punktzahlen werden maximal bis zu dieser Punktzahlobergrenze vergütet (§ 7 Abs. 6 HVM). Die dergestalt vorgenommene Mengengrenzung ist auch rechtmäßig.

§ 7 Abs. 2 ff. HVM findet seine Rechtsgrundlage in § 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (vgl. BSG, B 6 KA 1/01 R). Der Senat hat die Rechtsgrundlage für § 7 HVM bereits in seinem Urteil vom 03. Juli 2002 (L 5 KA 11/99) nicht in § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V, sondern in § 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V gesehen. (...) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind allerdings an die gesetzlichen Vorgaben und Bestimmungen des EBM-Ärzte gebunden (vgl. Urteil des BSG vom 08. März 2000, B 6 KA 7/99 R, SozR 3-2500 § 87 Nr. 23). Die Existenz verbindlicher Honorierungsvorgaben wie die Praxisbudgets im EBM-Ärzte hat jedoch grundsätzlich nichts daran geändert, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen dürfen, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gerecht zu werden. (...) Daher stehen den Kassenärztlichen Vereinigungen auch nach dem 01. Juli 1997 im Grundsatz alle diejenigen Honorarverteilungsregelungen zur Verfügung, die auch davor zulässig waren, soweit die Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM keine abweichende Vorgaben enthalten (vgl. Urteil des BSG vom 08. März 2000, B 6 KA 7/99 R, a. a. O.). Die Regelungen des EBM über die Praxisbudgets, an die die Beklagte gebunden ist und die der Honorarverteilungsmaßstab auch berücksichtigen muss, sind nicht abschließend. Es ist nicht ersichtlich, dass durch die Einführung von Praxisbudgets im EBM eine abschließende Regelung bezweckt war mit der Folge, dass eine abweichende Regelung durch den HVM im Sinne einer weiteren Verschärfung der Praxisbudgets nicht zulässig wäre.

Soweit der Kläger rügt, dass im Rahmen des § 7 Abs. 2 ff. HVM **Härtefallregelungen** nicht hinreichend konkret vorhanden seien und diese auch nicht genutzt worden seien, trifft dies nicht zu. (...) Ein Ermessensfehler resultiert daraus jedoch nicht. Die Beklagte durfte berücksichtigen, dass sich aufgrund der mengenbegrenzenden Maßnahmen des HVM in der Fachgruppe der Augenärzte eine Punktwerthöhung im Vergleich zu den unbudgetierten Vorjahresquartalen von mindestens 20 % ergeben hat, von der auch die Kläger profitiert haben. Wenn die Beklagte - dieses beachtend - eine Mindestkürzung in Höhe von 10 % des gekürzten Punktzahlvolumens als Ausgleich für die eingetretene Punktwertstabilität auch bei Berücksichtigung der Art der Spezialisierung der klägerischen Praxis im Vergleich zu den Fachgruppenkollegen annimmt, ist dies gerade auch dann angemessen, wenn davon ausgegangen wird, dass die Kläger auch normales augenärztliches Patientenkontingent behandeln. (...)

Auch die Anwendung des § 8 des HVM im Honorarbescheid für das Quartal III/1998 führt nicht zur Rechtswidrigkeit dieses Bescheides.

In § 8 Abs. 2 HVM wird - wie in § 7 HVM - eine **Punktzahlobergrenze** eingeführt, die sich aus dem **Produkt der arztindividuellen Fallzahl** und den sich gemäß § 8 Abs. 2 Satz 3 und 4 HVM ergebenden **Fallpunktzahlen** ergibt. Die arztindividuelle Fallzahl wird dabei - anders als in § 7 HVM - dem Vorjahresquartal entnommen und um 5 % erhöht (§ 8 Abs. 2 Satz 1 HVM). Auf der Grundlage des arztindividuellen Fallzahlwertes werden vier Fallzahlbereiche gebildet, für die die Fallpunktzahlwerte entweder angehoben (bis zu 50 % des Fallzahlwertes) oder in mehreren Stufen abgesenkt werden (§ 8 Abs. 2 Satz 2 bis 4 HVM). Während § 7 HVM eine Fallpunktzahlabenkung bei erheblicher Überschreitung des Fallzahldurchschnitts der Arztgruppe des Jahres 1995 vorsieht und daraus eine Punktzahlobergrenze errechnet, schafft § 8 HVM eine weitere - andere - Punktzahlobergrenze. Diese ergibt sich - wie bei den Klägern - aus Fallpunktzahlabenkungen (§ 8 Abs. 2 HVM) bei Überschreitung der anerkannten arztindividuellen Fallzahl beziehungsweise der um 5 % erhöhten arztindividuellen Fallzahl des Vorjahresquartals. Während § 7 HVM mithin einen Vergleich mit der Arztgruppe vornimmt, also auf Überschreitungen innerhalb der Arztgruppe abstellt, **vergleicht § 8 HVM den Arzt mit seinen eigenen Fallzahlen des Vorjahresquartals**. Die dargestellte Ausgestaltung der Mengenzuwachsbegrenzungsregelung des § 8 HVM ist rechtmäßig. Die Kläger sind durch deren Anwendung - gegen deren rechnerische Richtigkeit sie sich nicht gewandt haben - nicht in ihren Rechten im Sinne von § 54 Abs. 2 SGG verletzt.

§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V ist Rechtsgrundlage für die Kassenärztlichen Vereinigungen, die (vertragliche) Gesamtvergütung über einen Honorarverteilungsmaßstab unter den Ärzten zu verteilen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Nach dem Gesetz ist durch die Honorarverteilung die übermäßige

Ausdehnung vertragsärztlicher Tätigkeit zu verhindern (vgl. dazu BSG, NZS 1995, 380 f.). Weitere konkrete Verteilungsziele sind in § 85 Abs. 4 SGB V nicht vorgeschrieben. Regelungen zur Mengenzuwachsbegrenzung stellen ein legitimes Verteilungsziel eines HVM dar (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10. Januar 1996 - L 11 Ka 113/95, MedR 1996, S. 332 ff.). Die Mengengrenzungsregelung in § 8 Abs. 2 HVM war - wie auch von den Prozessbevollmächtigten der Kläger nicht bestritten - zur Stützung des Verteilungspunktwertes im Grundsatz erforderlich und geeignet. Sie diene dem Zwecke der flankierenden Absicherung.

§ 8 HVM ist auch nicht deshalb zu beanstanden, weil er hinsichtlich der arztindividuellen Fallzahl auf das **Vorjahresquartal** abstellt und diese Zahl **um 5 %** erhöht. Diese Mengenzuwachsbegrenzung knüpft an den Leistungsumfang im Vergleichsquartal des Vorjahres an und „deckelt“ ihn um eine höchstzulässige Steigerung von 5 %. Damit ist die Mengenzuwachsbegrenzung weder allein fallzahl- noch allein fallwertabhängig. Beides wäre nicht zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 03. Dezember 1997, 6 RKa 21/97). Die Mengenzuwachsbegrenzung auf der Basis des Leistungsbedarfes des Vorjahresquartals, korrigiert durch die Regelung des § 8 Abs. 4 HVM, schließt ohne Verstoß gegen Grundsätze der Honorarverteilung die Berücksichtigung von Fallwertsteigerungen aus. Auch wenn eine ähnlich effektive, aber „weichere“ Begrenzungsregelung denkbar wäre, steht dies der von der Beklagten vorgenommenen Honorarbegrenzung nicht entgegen. Entscheidend ist, dass die den Grenzwert überschreitenden Leistungsanforderungen nicht gänzlich unberücksichtigt bleiben, sondern in einem Verhältnis zu der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung honoriert werden (BSG, Urteil vom 30. September 1983 - 6 RKa 29/82 - SozR 2200 § 368 f. RVO Nr. 9; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10. Januar 1996, a. a. O.). Gerade unter Berücksichtigung der in § 8 Abs. 4 HVM vorgesehenen Ausnahmeregelungen erweist sich die vorgenommene Beschränkung der Steigerung der Fallzahl als rechtmäßig. So sieht § 8 Abs. 4 Satz 2 HVM eine Sonderregelung für Überschreitungen vor, die auf längere Praxisabwesenheit im Vorjahresquartal oder Praxisbesonderheiten zurückzuführen sind. In diesem Rahmen kann auch die Erbringung von Auftragsleistungen als Praxisbesonderheit Berücksichtigung finden. Der in § 8 Abs. 1, 2 HVM vorgesehene Vergleich mit dem eigenen Leistungsverhalten der Ärzte im Vorjahresquartal ermöglicht eine individuelle gerechte Lösung. Er erlaubt es, die Praxisstruktur im Hinblick auf das Mobilitätsspektrum im Patientenkontext des jeweiligen Arztes zu berücksichtigen. Ein solcher Eigenvergleich stellt eine geeignete Methode dar, um die Wirtschaftlichkeit des ärztlichen Behandlungsverhaltens einzuschätzen. Auch in der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird der Eigenvergleich als grundsätzlich zulässige Prüfungsart angesehen, die sogar den geprüften Arzt sehr stark begünstigt, weil die Wirtschaftlichkeit der in früheren Quartalen erbrachten Leistungen unterstellt wird (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10. Januar 1996, a. a. O., m. w. N.).

§ 8 Abs. 2 HVM erweist sich auch ansonsten als eine **verhältnismäßige Regelung** der durch Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz (GG) geschützten Berufsausübungsfreiheit der betroffenen Ärzte. Selbst Praxen mit überdurchschnittlichen Behandlungsfallzahlen wird hinreichend Raum zu einer Weiterentwicklung gelassen. So greifen bei Praxen mit durchschnittlicher Behandlungsfallzahl der Fachgruppe Honorarkürzungen als Folge der Überschreitung der Grenze zulässigen Fallwachstums erst ein, wenn die Zahl der Behandlungsfälle gegenüber dem Vergleichsquartal des Vorjahres um mehr als 5 % ansteigt. Die Bezugsgröße des uneingeschränkt zulässigen Fallwachstums ist zudem nicht die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe, sondern die - darüber liegende - Fallzahl der eigenen Praxis. Das bedeutet, dass bei dieser Regelung selbst die bei Einführung des Praxisbudgets am 01. Juli 1997 bereits überdurchschnittlich großen Praxen ihre Fallzahlen noch jeweils um 5 % im Vergleich zum Vorjahresquartal steigern können, ohne von Honorarkürzungen betroffen zu werden. Verhindert wird lediglich ein sprunghafter Anstieg der Fallzahlen in kurzen Zeiträumen. Darin liegt keine unverhältnismäßige Beschränkung des vertragsärztlichen Berufsausübung. Die Regelung ist vielmehr, um einen vertretbaren Ausgleich zwischen den Interessen des einzelnen Arztes an einem möglichst ungehinderten Wachstum seiner Praxis und den Interessen aller Vertragsärzte an möglichst stabilen Punktwerten im Hinblick auf die Kalkulierbarkeit ihrer Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit bemüht (vgl. BSG, Urteil vom 13. März 2002, - B 6 KA 48/00 R -, NZb 2003, 440 ff.).“

B) PUNKTZAHLENGRENZWERT - BEGRENZTES WACHSTUM (KV NORDRHEIN)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.07.2003 - L 10 KA 67/02 - <http://www.lsg.nrw.de>

RID 04-01-06

(Revision <B 6 KA 76/03 R> erledigt)

Punktzahlvolumen, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Differenzierungsgebot, Gleichheitssatz, individuelles Leistungsbudget, Punktzahlengrenzwert, Fallzahlzuwachs, Individualbudget, Punktzahlzuwachs
SGB V § 85 IV

Individualbudgets in einem HVM, der für Praxen, deren Individualbudget unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt, lediglich einen unterschiedslosen Punktzahlzuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe von 3 % gegenüber dem Vorjahresquartal zulässt, sind rechtswidrig.

BSG, Urt. v. 10.12.2003 - **B 6 KA 40/02 R** – (Parallelverfahren: - **B 6 KA 7/03 R** –) hat zur Regelung der KV Nordrhein entschieden, dass die Vorschriften der §§ 7, 7a HVM über die **Individualbudgets im Grundsatz rechtmäßig**, aber in dem im Revisionsverfahren zur Überprüfung gestellten Einzelpunkt der Zuwachsregelung **rechtswidrig** sind. Die **Zuwachsmöglichkeit von 3 % im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal für umsatzmäßig unterdurchschnittliche Praxen** reicht nicht aus. Erforderlich ist eine Regelung, nach der solche Praxen in einem absehbaren Zeitraum von bis zu fünf Jahren das durchschnittliche Umsatzvolumen der Fachgruppe erreichen können. Im Verfahren - **B 6 KA 54/02 R** – hat das **BSG** weiter zur **Regelung, wonach das Individualbudget auch für Ärzte, deren fünfjährige Aufbauphase im Zeitraum vom Quartal III/1997 bis II/1998 noch nicht abgeschlossen war, an ihr Honorarvolumen in diesem Bemessungszeitraum anknüpft**, ergänzt, der Senat hatte indessen in seinen Urteilen vom 21.10.1998 gefordert, dass Umsätze während der fünfjährigen Aufbauphase nicht Grundlage für die Budgetbemessung in der weiteren Zeit danach sein dürfen, weil damit der späteren Honorarabrechnung typischerweise niedriger liegende Umsatzvolumina mit der Folge unangemessen geringer Einkommenschancen zu Grunde gelegt werden. Nach - **B 6 KA 76/03 R** – ist der HVM der KV Nordrhein **nicht zu beanstanden, soweit** er bei Vertragsärzten mit einem **über den Durchschnittswerten der Arztgruppe liegenden Individualbudget die Möglichkeit des Honorarzuwachses ausschließt**. Sie auf ihrem bisherigen Niveau zu schützen, reicht aus. Diese Regelung korrespondiert mit der Bestimmung des HVM, nach der den Vertragsärzten mit unterdurchschnittlichem Individualbudget ein weiteres Wachstum nur bis zum Durchschnittsumsatz ermöglicht werden muss (zitiert nach Presse-Mitteilung Nr. 64/03).

Zum Sachverhalt:

Die beiden klagenden HNO-Ärzte wandten sich gegen die Individualbudgetierung (zur Regelung im HVM s. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.11.2002 - L 11 KA 85/02 -RID 03-02-09 im Quartal IV/99. Bei einem Budget von 2.506.497,2 Punkten seien ihnen 352.511,5 Punkte nicht anerkannt worden. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 14.08.2002 - S 17 KA 49/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Der **10. Senat d. LSG Nordrhein-Westfalen** schließt sich dem Urt. d. **11. Senats** v. 20.11.2002 - L 11 KA 85/02 -RID 03-02-09 (s. hierzu jetzt **BSG**, Urt. v. 10.12.2003 – B 6 KA 54/02 R –) an.

c) BUDGETERWEITERUNG: AUGENARZT MIT TÜRKISCHEN SPRACHKENNTNISSEN

SG Düsseldorf, Urt. v. 12.11.2003 - S 17 KA 239/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-07**
Punktzahlvolumen, individuelles Leistungsbudget, Punktzahlengrenzwert, Individualbudget, Punktzahlzuwachs, Augenarzt, Sprachkenntnisse
SGB V § 85 IV

Der Vortrag, der einzig zugelassene Augenarzt mit türkischen Sprachkenntnissen zu sein, weshalb die Praxis von besonders vielen Türken frequentiert werde, führt nicht zu einem Anspruch auf Erhöhung des maximalen Punktzahlvolumens nach einem HVM-Budget. Türkische Sprachkenntnisse sind eine außerhalb der ärztlichen Qualifikation liegende besondere Eigenschaft, die einem Vertragsarzt Patienten einer bestimmten Gruppe zutreibt. Solche Eigenschaften, die auch in gleicher Weise in einem besonders freundlichen Auftreten oder in einer Zuwendung des Arztes zu bestimmten Gruppen bestehen könnten, rechtfertigen jedoch keine Anhebung des Individualbudgets aus Sicherstellungsgründen. Es besteht kein medizinisches Erfordernis dafür, türkisch sprachige Bewohner mit türkisch sprachigen Ärzten zu versorgen.

Zur Unbeachtlichkeit nicht deutscher Sprachkenntnis im Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Zulassung s. zuletzt die Hinweise bei RID 02-04-41 (S. 42); nach **BSG**, Urt. v. 10.05.2000 - B 6 KA 25/99 R – SozR 3-2500 § 106 Nr. 49 = NJW 2002, 1822 ist bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ein hoher Anteil fremdsprachiger Patienten kein Umstand, der eine engere Vergleichsgruppe bedingt;

d) AUFTEILUNG EINES INDIVIDUALBUDGETS NACH AUFLÖSUNG DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

LSG Bayern, Urt. v. 28.05.2003 – L 12 KA 20/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-08**
Gemeinschaftspraxis, Praxisbudget, Individualbudget
SGB V § 85 IV

Die Regelung in einem HVM, wonach bei Auflösung einer Gemeinschaftspraxis deren Budget auf die früheren Teilnehmer der Gemeinschaftspraxis gleichmäßig verteilt wird, falls eine anderweitige Eini-

gung zwischen diesen nicht zustande kommt, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Sie entspricht dem Gleichbehandlungsgrundsatz, ist praktikabel und vom Prinzip her sachgerecht. Wenn es im Einzelfall im Hinblick auf die Gegebenheiten in der jeweiligen Praxis gleichwohl zu Ungerechtigkeiten kommt, kann dies über eine Härtefallregelung nach dem hier streitbefangenen HVM ausgeglichen werden.

SG München, Urt. v. 08.01.2002 – S 28 KA 8738/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. "ARZTLOHN" UND PATHOLOG. PRAXEN (KV NORDRHEIN III U. IV/98)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.05.2003 - L 10 KA 52/02 - <http://www.lsg.nrw.de>

RID 04-01-09

Revision anhängig: B 6 KA 71/03 R

Honorartopf, Honorarverteilung, Punktwert, Verteilungsgerechtigkeit, Arzteinkommen, Arztlohn, Pathologe, Bewertungsausschuss, rechtliches Gehör

SGB V §§ 72 II, 80 I, 81 I 2 Nr. 5, 85 IV, 87 I 1, III; GG Art. 3 I, 12 I; SGB X § 35 I

Bei einer mehr als dreistündigen mündlichen Verhandlung kann davon ausgegangen werden, dass das SG das **rechtliche Gehör** ausreichend gewährt hat.

Sind die Einwendungen bzw. Rechtsauffassungen eines Klägers ganz überwiegend bereits Gegenstand höchstrichterlicher Entscheidungen gewesen, so ist es nicht Aufgabe eines sich nach eigener Meinungsbildung dieser Rspr. anschließenden Gerichts, den Inhalt dieser den Beteiligten bekannten Entscheidungen nochmals ausführlich zur Kenntnis zu geben. Das SG kann sich darauf beschränken, auf diese Rspr. hinzuweisen und sie lediglich in gedrängter Form wiederzugeben.

Ein **Honorarbescheid** ist hinreichend **bestimmt**, soweit in ihm Gesamthonorar-Saldo, Abzüge (z.B. Verwaltungskosten) und die bereits geleisteten Abschlagszahlungen festgestellt werden.

Die Auffassung, die **personellen Zusammensetzungen der Vertreterversammlung** müssten der unterschiedlichen Interessenlage der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen Rechnung tragen, etwa die jeweils betroffenen Arztgruppen widerspiegeln, entbehrt einer rechtlichen Grundlage.

Es ist sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der KV bei der Honorarverteilung gedeckt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden **Honorarkontingente** auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben und damit prinzipiell zu verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einfluss auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen haben. Insofern ist es gerechtfertigt, auch solche Arztgruppen in dieses Honorarverteilungssystem einzubeziehen, die ihre Leistungen nur auf Überweisung von anderen Vertragsärzten erbringen können. Zu diesen Ärzten gehören neben Radiologen, Laborärzten und Nuklearmedizinern auch Pathologen.

Rechtsgrundlage für die Forderung eines **höheren Honorars** kann allenfalls das aus Art 12 I GG i.V.m. Art. 3 I GG abzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit sein (z.B. *BSG*, Urt. v. 29.09.1993 - 6 RKA 65/91 – BSGE 73, 131 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 4; Urt. v. 28.01.1998 – B 6 KA 96/96 R – SozR 3-2500 § 85 Nr. 24). Dagegen kann ein solcher Anspruch nicht auf das objektiv-rechtliche Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen (§ 72 II SGB V) gestützt werden, das im Allgemeinen keine subjektiven Rechte des Vertragsarztes begründet (*BSG*, Urt. v. 07.02.1996 - 6 RKA 68/94 - BSGE 77, 279 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 11; s.a. aaO. Nr. 12; BSG SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1). Das Recht der gesetzlichen **Krankenversicherung** existiert nicht, um Vertragsärzten ein bestimmtes Einkommen zu sichern, es ist vornehmlich als Ausfluss des **Sozialstaatsgebotes** (Art. 20 I GG) geschaffen worden. Dem Gesetzgeber ist ein weiter Entscheidungsspielraum eingeräumt, wenn es um die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung geht.

Aus grundgesetzlichen Regelungen lässt sich keinerlei Anspruch des Vertragsarztes auf eine **bestimmte Vergütung** herleiten. Etwa anderes kann nur dann in Betracht kommen, wenn der Punktwert für ärztliche Leistungen extrem verfällt (vgl. *BSG* SozR 3-2500 § 85 Nr. 29, 33, 35 und 41).

Den Gerichten ist es verwehrt, eine im EBM vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen, abweichenden Vorstellungen von der Wertigkeit der Leistung und der Angemessenheit der Vergütung nicht entspricht. Ein unsachgemäßes Vorgehen bei der **Beurteilung des pathologischen Leistungsspektrums** ist nicht erkennbar.

Die KV kann im Rahmen ihrer Satzungsautonomie **Verwaltungskostenbeiträge** erheben.

SG Düsseldorf, Urt. v. 05.06.2002 - S 14 (25) KA 233/99 – wies die im Hauptantrag auf Neubeschreibung des Honoraranspruchs für das Quartal III/98, hilfsweise auf Feststellung, dass der in dem Quartal III/1998 Geltung beanspruchende EBM und der HVM der Bekl. nichtig, hilfsweise rechtswidrig seien, gerichtete Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

Zu **ähnlichem Klagevorbringen** vgl. zuletzt **LSG Hessen**, Urt. v. 29.01.2003 - L 7 KA 1105/01 - RID 03-04-11 (Revision anhängig: B 6 KA 42/03 R) und **LSG Hessen**, Urt. v. 26.02.2003 - L 7 KA 921/01 - RID 03-04-12 (Revision anhängig: B 6 KA 44/03 R); s. a. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 02.02.2000 - S 27 KA 3759 - RID 00-02-31 und ausführlich **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 07.06.2000 - S 28 KA 3860/98 - RID 00-04-10; vgl. ferner **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 17.07.2000 - S 29 KA 232/98 - RID 01-01-13; **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 07.03.2001 - S 5 KA 115/99 - RID 01-03-26; zu den Quartalen ab III/98 (KV Hessen) s. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 30.05.2001 - S 27 KA 2515/99 - RID 01-03-25 (Berufung anhängig).

Parallelentscheidungen:

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.05.2003 - L 10 KA 47/02 - <http://www.lsg.nrw.de> RID 04-01-10

Revision anhängig: B 6 KA 73/03 R

SG Düsseldorf, Urt. v. 05.06.2002 - S 14 (25) KA 102/99 - (Quartal III/98).

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.05.2003 - L 10 KA 3/03 - <http://www.lsg.nrw.de> RID 04-01-11

Revision anhängig: B 6 KA 74/03 R

SG Düsseldorf, Gerichtsbb. v. 13.12.2002 - S 14 (25) KA 19/00 - (Quartal IV/98).

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.06.2003 - L 11 KA 243/01 - <http://www.lsg.nrw.de> RID 04-01-12

Revision anhängig: B 6 KA 83/03 R

SG Düsseldorf, Urt. v. 10.10.2001 - S 17 KA 239/99 - (Quartal III/98).

Der 11. Senat schließt sich der Beurteilung des 10. Senats nach sorgfältiger Prüfung aus eigener Überzeugung an.

4. FALLZAHLZUWACHSBEGRENZUNG: DREIPROZENTIGE ZUNAHME UND ABSTAFFELUNG

SG Hamburg, Urt. v. 20.08.2003 - S 27 KA 284/99, 456-461/02 - RID 04-01-13

Honorarverteilung, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Fallzahlzuwachs, Fallzahlbegrenzung
SGB V § 85 IV

Eine Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung, wonach bei einer Zunahme der Fallzahl um mehr als 5 % der durchschnittlichen Fallzahl der Gruppe im Vorjahresquartal das Honorar für jeden zusätzlichen Fallzahlanteil in Höhe der zulässigen Steigerungsanzahl von 3 % der durchschnittlichen Fallzahl der Gruppe im Vorjahresquartal eine Absenkung der Punktzahl um 5 % erfolgt, ist verhältnismäßig.

Das **SG** wies die Klage bzgl. des Quartals IV/98 auch zur Fallzahlzuwachsbeschränkung zurück; die übrigen, ebf. erfolglosen Klagen betrafen verschiedene Zusatzbudgets für die Quartale III u. IV/97 und II bis IV/98; s. bereits **SG Hamburg**, Urt. v. 05.03.2003 - S 27 KA 26/00 u. 430/00 - RID 03-03-15; Urt. v. 24.04.2002 - S 27 KA 62/00 u.a. - RID 02-03-03.

Zur **Fallzahlzuwachsbeschränkung** s. den Überblick zur **BSG-Rspr.** in RID 03-03-A I 3 (S. 15) und die Hinweise in RID 03-02-11; zur **Instanzenpraxis** s. zuletzt **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 27.05.2003 - L 6 KA 4/03 - RID 03-04-13 (**Revision** anhängig: B 6 KA 59/03 R) (Eine Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung verstößt gegen höherrangiges Recht, wenn sie für die gesamte Fachgruppe die Steigerung auf 5 % und bei Überschreitung dieses Wertes durch die Fachgruppe den Fallzahlzuwachs auf 5 % der Fallzahl der Fachgruppe begrenzt, und zwar unabhängig davon, ob dies bezogen auf die eigene Fallzahl weniger als 5 % sind); **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 01.10.2003 - S 27 KA 1925/02 - RID 03-04-14 (Keine Ausnahme für Gynäkologin als weibliche Behandlerin).

5. UNTERSCHIEDLICHE BASISVERGÜTUNG FÜR EINZELNE ZAHNARZTFACHGRUPPEN

LSG Hessen, Urt. v. 14.05.2003 - L 7 KA 1134/00 - RID 04-01-14

Zahnarzt, Oralchirurg, MKG-Chirurg, Kieferorthopäde, Fachgruppendurchschnitt, Basisvergütung, Einzelleistungsvergütung, Restvergütung, Punktwert, Härtefallregelung, Normenkontrollklage
SGB V § 85 IV

Ein HVM einer KZV kann für die vier Gruppen der allgemein tätigen Zahnärzte, der Oralchirurgen, der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgen und der Kieferorthopäden jeweils eine unterschiedliche, am Fachgruppendurchschnitt ausgerichtet Basisvergütung, bis zu der eine Einzelleistungsvergütung mit festen Punktwerten erfolgt, vorsehen.

Das Fehlen einer Härtefallregelung eröffnet keine abstrakte Normenkontrollklage. Führt ein Restvergütungsprozentsatz von 20,37 % zu einer Gesamtbelastung von wenig mehr als 10 %, so besteht keine Verpflichtung einer KZV, eine Härtefallprüfung vorzunehmen.

SG Frankfurt a. M., Gerichtsb. v. 10.08.2000 – S 27 KA 1006/00 – wies die gegen die Honorarabrechnung für das Jahr 1998 gerichtete Klage eines **Zahnarztes** gegen den „HVM-Jahreseinbehalt 98“ in Höhe von 36.234,78 DM ab (zu Parallelfällen für das Jahr 1997 s. RID 00-02-32/33, S. 18), das **LSG** die Berufung zurück. Nach dem **HVM** wurde eine Einzelleistungsvergütung mit festen Punktwerten gezahlt, was aber für einen Großteil der Leistungen (konservierende und chirurgische Leistungen) bei einer Überschreitung des Gesamtbudgets nur im Rahmen einer individuellen Basisvergütung (Fachgruppendurchschnitt minus 2 %, hier für 1998: allgemein tätige Zahnärzte: 194.000 DM; Oralchirurgen: 234.000 DM; MKG-Chirurgen: 296.000 DM; Kieferorthopäden: 57.000 DM) galt. Die darüber hinausgehenden Leistungen wurden als Restvergütung im Verhältnis der verbleibenden Gesamtvergütung zur Summe der Restvergütungsforderungen, berechnet für das Kalenderjahr, geleistet.

LSG Hessen, Urt. v. 14.05.2003 – L 7 KA 1555/00 -

RID 04-01-15

Parallelfall: SG Frankfurt a. M., Gerichtsb. v. 24.11.2000 – S 27 KA 3122/00 – wies die Klage eines **Oralchirurgen** gegen den „HVM-Jahreseinbehalt 98“ in Höhe von 55.537,15 DM ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ: HÖHERES HONORAR UND INZIDENTKONTROLLE DES HVM

LSG Brandenburg, Beschl. v. 01.12.2003 – L 5 B 82/03 KA ER -

RID 04-01-16

Honorarverteilung, Punktzahlgrenzvolumen, Praxisbudget, HVM-Budget, Honoraranspruch, Einstweiliger Rechtsschutz, Gegenvorstellung
SGB V § 85 IV; SGG § 86b II

Die Gegenvorstellung gegen **LSG Brandenburg**, Beschl. v. 30.09.2003 – L 5 B 82/03 KA ER - RID 03-04-26 wird als unbegründet zurückgewiesen.

In Evidenzfällen der Rechtswidrigkeit eines HVM ist möglicherweise eine Ausnahme davon zu machen, dass im Hauptsacheverfahren der prozessuale Kontrollanspruch eines Ast. nur auf Aufhebung und Neubeschheidung, nicht hingegen auf Honorarzahlung in bestimmter Höhe gerichtet ist.

BVerfG, 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 18.12.2003 – 1 BvR 2555/03 -

RID 04-01-17

Die Verfassungsbeschwerde wird nicht zur Entscheidung angenommen.

II. PRAXIS- UND ZUSATZBUDGETS

Das **BSG** hat bisher **entschieden** (zu weiteren Revisionsverfahren vgl. Anhang I) über die bis II/97 geltenden **Teilbudgets**, vgl. Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 16/99 R - BSGE 86, 30 = SozR 3-2500 § 83 Nr. 1; - B 6 KA 8/99 R - USK 2000-110; Urt. v. 06.09.2000 - B 6 KA 40/99 BSGE 87, 112 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 26 (Parallelentscheidungen: B 6 KA 37 u. 41/99 R); Urt. v. 16.05.2001 – B 6 KA 69/00 R -; Urt. v. 02.04.2003- B 6 KA 13/02 R - (Keine besondere Berücksichtigung von Rentnerfällen in Teilbudgets); aus der instanzgerichtl. Praxis s.a. RID 00-03-12 u. 13; zu den ab III/97 geltenden **Praxisbudgets** vgl. Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 7/99 R - BSGE 86, 16 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 23; Urt. v. 15.05.2002 – B 6 KA 33/01 R - BSGE 89, 259 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 34 (Kostensätze) (Parallelentscheidung: B 6 KA 21/00 R); danach ist die Bemessung des **Praxisbudgets** für die **Hautärzte** einschließlich des dabei einberechneten **Kostensatzes** von 54,1 % für die Quartale I bis III/98 nicht zu beanstanden; allerdings wird der Bewertungsausschuss im Hinblick auf die seitdem eingetretenen weiteren Veränderungen verpflichtet sein, bis zum 01.01.2003 den für die Hautärzte festgelegten Kostensatz zu überprüfen und ggf. neu festzusetzen; beachte ferner Urt. v. 24.09.2003 (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 48/03) – B 6 KA 37/02 R – (Befugnis des Bewertungsausschusses zur Einlegung von Rechtsmitteln; kein Anspruch eines hausärztlich tätigen Internisten auf die gleiche Fallpunktzahl für sein Praxisbudget bei Rentnern wie bei Ärzten für Allgemeinmedizin); zu verschiedenen **Zusatzbudgets** vgl. Urt. v. 16.05.2001 - B 6 KA 53/00 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 31 und - B 6 KA 47/00 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 30; Urt. v. 02.04.2003 - B 6 KA 38/02 R - (Ein Wechsel von der Untergruppe für Ärzte mit unterdurchschnittlichem in die mit überdurchschnittlichem Fallpunktzahlwert setzt wesentliche Änderungen in den Verhältnissen der

Vertragsarztpraxis voraus); - B 6 KA 48/02 R - (Keine Differenzierung zwischen Rentnern und Allgemeinversicherten bei den Zusatzbudgets); Urt. v. 24.09.2003 (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 48/03) – B 6 KA 31/02 R – (Für das Zusatzbudget "Betreuung in beschützenden Einrichtungen" bedarf es in Abgrenzung zu den Praxisbudgets, die nach der Konzeption der Budgets den typischen Leistungsumfang abdecken sollen, einer atypischen Häufigkeit der Leistung nach Nr. 15 EBM, was bei annähernd doppelt so häufigen Leistungserbringung wie der Durchschnitt der Fachgruppe gegeben ist).

Aus der **Instanzenpraxis** s. zuletzt RID 03-03-A II; zur Erweiterung von **Praxisbudgets** s. **SG Hamburg**, Urt. v. 28.05.2003 - S 3 KA 185/01 - RID 03-04-27; Urt. v. 05.03.2003 - S 27 KA 26/00 u. 430/00 - RID 03-03-15 unter A II (Erweiterung des Praxisbudgets und Hausbesuche); zur Erweiterung von **Zusatzbudgets** vgl. zuletzt RID 02-04-A II 1; zur **Systematik der Praxis- u. Zusatzbudgets** s. die Kommentierung v. Wezel/Liebold, Handkomm. zum EBM, BMÄ, EGO u. GOÄ, S. 8-33 ff.; danach (S.8-41) ergeben sich bis zu 73 qualifikationsbezogene und 16 bedarfsabhängige Zusatzbudgets; zur Problematik der Kostensätze s. bereits *Hesral*, NZS 2000, S. 596 ff.

1. HAUSÄRZTLICHE INTERNISTEN ALS EIGENE BUDGETGRUPPE

LSG Hamburg, Urt. v. 21.05.2003 – L 2 KA 14/01 -

RID 04-01-18

Revision zugelassen

Honorarverteilung, Praxisbudget, Internist, Allgemeinarzt
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A. I. Teil B Nr. 1.5

Das gegenüber den Allgemeinärzten abweichende Abrechnungsspektrum der hausärztlich tätigen Internisten und ihre unterschiedliche Patientenstruktur rechtfertigen die Bildung einer eigenen Arztgruppe bei den Praxis- und Zusatzbudgets.

Der Kostensatz von 60,1 % für die hausärztlich tätigen Internisten ist wie die gesamte Berechnung des Praxisbudgets nicht zu beanstanden.

Eine HVM-Regelung, wonach die einzelnen Honorarkontingente an der zu verteilenden Gesamtvergütung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber dem Anteil der entsprechenden Gruppe an der Gesamtvergütung 1995 nicht weniger als 97 % betragen darf, ist nicht zu beanstanden, insbesondere auch nicht als eine für ein Jahr gültige Erprobungsregelung.

Der Kl., ein hausärztlich tätiger Internist, begehrte für die Quartale III/97 bis II/99 ein höheres Honorar. **SG Hamburg**, Urt. v. 21.03.2001 – S 27 KA 214/98 – wies die Klagen ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.12.2003 - L 11 KA 61/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-19

Honorarverteilung, Praxisbudget, Internist, Allgemeinarzt
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A. I. Teil B Nr. 1.5

Ein hausärztlich tätiger Internist hat keinen Anspruch darauf, dass die Fallpunktzahlen für sein Praxisbudget (hier: Quartale III/97 bis II/98) dieselbe Höhe wie bei Ärzten für Allgemeinmedizin erreichen.

Ein hausärztlich tätiger Internist hat keinen Anspruch darauf, dass die Fallpunktzahlen seiner Einzelpraxis mit denen für Gemeinschaftspraxen zwischen Hausärzten oder Fachärzten derselben Gebietsbezeichnung gleichgestellt werden.

SG Dortmund, Urt. v. 08.02.2001 – S 14 KA 391/98 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. ZULÄSSIGER ZUSCHLAG FÜR GEMEINSCHAFTSPRAXEN

LSG Hamburg, Urt. v. 21.05.2003 – L 2 KA 25/02 -

RID 04-01-20

Revision zugelassen

Honorarverteilung, Praxisbudget, Gemeinschaftspraxis, Einzelpraxis, Frauenarzt, Gynäkologe
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A. I. Teil B Nr. 1.5

Der Zuschlag für die Praxisbudgets von Gemeinschaftspraxen beruht auf sachlichen Erwägungen. Ein in einer Einzelpraxis tätiger Frauenarzt hat hierauf keinen Anspruch.

Auch soweit sich der Kostensatz für Gynäkologen erhöht haben sollte, war eine KV jedenfalls bis zum Quartal III/99 berechtigt, die weitere Honorarentwicklung abzuwarten.

Der Kl., ein hausärztlich tätiger Internist, begehrte für die Quartale III/98 bis II/99 ein höheres Honorar. **SG Hamburg**, Urt. v. 08.05.2002 - S 3 KA 95/00 – wies die Klagen ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ZUORDNUNG DER PSYCHIATER

A) EINTEILUNG DER NERVENÄRZTLICHEN ARZTGRUPPEN/ERWEITERUNG DES PRAXISBUDGETS

SG Hamburg, Urt. v. 20.08.2003 – S 27 KA 273/99 u.a. -

RID 04-01-21

Honorarverteilung, Praxisbudget, Psychiater, Nervenarzt, Testverfahren
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A. I. Teil B Nr. 1.5

Die Einteilung der nervenärztlichen Arztgruppen in zunächst nur „Nervenärzte“ und „Psychiater“ und ab III/99 weiter in „ausschließlich tätige Vertragsärzte“ ohne weitere Unterteilung hält sich im Rahmen des dem Bewertungsausschuss zustehenden Gestaltungsspielraums.

Betragen die Abrechnungen von Testverfahren (Nrn. 890 bis 897 EBM) weniger als 4 % an den Gesamtanforderungen, so liegt kein besonderer Versorgungsbedarf vor und besteht kein Anspruch auf eine Erweiterung des Praxisbudgets.

Der Kläger, ein Psychiater, begehrte erfolglos die Erweiterung seines Praxisbudgets, die Aussetzung einer Fallzahlbereichsstaffelung sowie ein höheres Honorar in den 15 Quartalen III/97, I/98 bis I/01 und III/01. Das *SG* wies die Klagen ab.

B) ERHÖHTE FALLZAHL DER PSYCHIATER

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2003 – L 11 KA 18/00 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-22

Honorarverteilung, Praxisbudget, Psychiater, Gleichbehandlung, Willkürverbot
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A. I. Teil B Nr. 1.5

Die Einordnung einer Ärztin für Psychiatrie in die Arztgruppe der "Psychiater, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie" (vgl. Allg. Best. A I. Teil B Nr. 1.5 EBM) ist nicht zu beanstanden.

Die abweichende Schwerpunktsetzung der Mehrheit der Budgetgruppe, die offenbar in deutlich größerem Umfang als Psychiater die nichtbudgetierten psychotherapeutischen Leistungen erbringen, führt zu Nachteilen bei der Berechnung der vertragsärztlichen Vergütung, die jedoch im Ergebnis bei tatsächlich anerkannte Fallpunktzahlen von 95,38 % bzw. 94,03 % der zunächst zugrunde gelegten regionalen Fallpunktzahl nicht als willkürliche Gleichbehandlung anzusehen sind.

Die Kl., eine Ärztin für Psychiatrie – Psychotherapie – wandte sich gegen die Festsetzung ihres Praxisbudgets (IV/97 u. I/98) u.a. mit der Begründung, ihre Fallzahl habe in den letzten vier Jahren fast konstant zwischen 400 und 450 gelegen. Die Durchschnittsfallzahl ihrer Arztgruppe, der Psychiater, von 248 sei insbesondere durch die vielen fast ausschließlich oder vorwiegend psychotherapeutischen Kollegen bedingt. Dies bedeute im Klartext, dass sie für die schwerpunktmäßige Ausrichtung ihrer Praxis auf psychiatrische anstatt auf psychotherapeutische Patienten bestraft werde. *SG Bremen*, Urt. v. 05.04.2000 – S 1 KA 168/98 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. ERWEITERUNG VON PRAXIS-/ZUSATZBUDGETS

A) ENDOKRINOLOGIE: KEIN BESONDERER VERSORGUNGSBEDARF

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2003 – L 11 KA 3/00 -

RID 04-01-23

Revision anhängig: B 6 KA 75/03 R

Endokrinologie, Versorgungsbedarf, Versorgungsschwerpunkt, Abrechnungshäufigkeit
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A. I. Teil B Nr. 1.5

Für die Endokrinologie besteht schon deshalb kein besonderen Versorgungsbedarf i.S.v. Nr. 4.3 Allg. Best. A I Teil B EBM, weil der EBM für sie keine teilgebietsspezifischen Leistungen aufweist.

Zum Sachverhalt:

Der Kläger, hausärztlicher Internist mit der Berechtigung, gleichzeitig an der fachärztlichen internistischen Versorgung ausschließlich im Rahmen des Teilgebiets "Endokrinologie" teilzunehmen, begehrte wegen

seiner fachärztlichen Tätigkeit eine Erweiterung seines Praxisbudgets sowie des Zusatzbudgets "Sonographie" für die Quartale III/97 bis II/98. **SG Bremen**, Urt. v. 15.12.1999 – S 1 KA 5/98 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Nach **LSG Niedersachsen-Bremen** fehlt es für die **Endokrinologie** bereits an geeigneten Anknüpfungspunkten für die Annahme eines besonderen Versorgungsbedarfs i.S.v. Nr. 4.3 Allg. Best. A I Teil B EBM. Der EBM weise für die Endokrinologie keine teilgebietsspezifischen Leistungen auf. Laboruntersuchungen gehörten zum O III-Bereich. Die vom Kl. geltend gemachten Nrn. 17, 18, 78 und 376 EBM rechtfertigen nicht die Annahme eines besonderen Versorgungsbedarfs, da sie nicht auf Erkrankungen bestimmter Fachgebiete beschränkt bzw. (Nr. 376 EBM) nicht speziell dem Endokrinologen vorbehalten seien. Angesichts der fehlenden Spezifität dieser Leistungen für einen Endokrinologen hätte es für die Annahme eines besonderen Versorgungsbedarfs eines weiteren Nachweises bedurft. Allein die Mitteilung deutlich vermehrter **Abrechnungshäufigkeiten** gegenüber der Fachgruppe der Internisten reiche insoweit nicht aus. Auch sei unabhängig hiervon bei diesen Leistungen kein **Versorgungsschwerpunkt** ersichtlich, was der Senat im Einzelnen ausführt.

B) BEHANDLUNG VON MS-PATIENTEN

LSG Hamburg, Urt. v. 21.05.2003 – L 2 KA 22/02 -

RID 04-01-24

Revision zugelassen

Honorarverteilung, Praxisbudget, Gemeinschaftspraxis, Einzelpraxis, Frauenarzt, Gynäkologe
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A. I. Teil B Nr. 1.5

Die Behandlung von an Multipler Sklerose erkrankter Patienten mit Interferon, Chemotherapie oder Gesprächsleistungen begründet keinen besonderen Versorgungsbedarf und die Erweiterung des Praxisbudgets.

Der Kl., ein Neurologe und Psychiater, begehrte eine Erweiterung seines Praxisbudgets, u.a. weil - mit steigender Tendenz - 22 % seiner Patienten an MS erkrankt seien; **SG Hamburg**, Urt. v. 17.04.2002 - S 34 KA 47/99 – verpflichtet zur Neubescheidung, weil es an hinreichenden Ermessenserwägungen fehle; das **LSG** hob die Entscheidung auf und wies die Klage ab.

C) HNO-ARZT: OHRCHIRURGIE UND ERHÖHTER ÜBERWEISUNGSANTEIL

LSG Bayern, Urt. v. 23.07.2003 – L 12 KA 111/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-25

Praxisbudget, Ohrchirurgie, HNO-Arzt
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A. I. Teil B Nr. 1.5

Anteile bis höchstens um die 10 %-Grenze reichen hinsichtlich der Praxisbudgets keinesfalls aus, um von einem quantitativ relevanten Anteil der streitgegenständlichen prä- und postoperativen Leistungen am Gesamtleistungsbedarf ausgehen zu können.

Eine Abweichung des Überweisungsanteils gegenüber der Vergleichsgruppe in den Quartalen III/96 bis I/03 von 12 % bis 18,15 % bzw. ein stark schwankender Überweisungsanteil an der eigenen Gesamtfallzahl zwischen 5,95 % und höchstens 19,09 % sind keine Umstände, die auf eine atypische Praxisausrichtung des Klägers in quantitativ relevantem Ausmaße schließen ließe.

Die ursprünglich als Dauerregelungen konzipierten Praxis- und Zusatzbudgets sollen nicht mehr spezielle Praxisausrichtungen als solche bei der Honorierung begünstigen, sondern - "enger"- nur noch Praxen, die unter Inkaufnahme von dann zu kompensierenden Härten einen besonderen Versorgungsbedarf zu befriedigen haben (vgl. hierzu **BSG**, Beschl. v. 13.11.2002 - B 6 KA 47/02 B -).

Der Kläger, ein HNO-Arzt, beantragte die Erweiterung seines Praxisbudgets hinsichtlich der Leistungen nach den Nrn. 1545, 1547, 1555, 1560, 1591 und 1597 BMÄ/E-GO. Zur Begründung wies er auf einen Praxisschwerpunkt in der **Ohrchirurgie** hin mit einem diesbezüglichen hundertprozentigen Überweisungsanteil. **SG München**, Urt. v. 06.02.2002 – S 43 KA 1879/98 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

D) BETREUUNG DER BEWOHNERINNEN EINES BEHINDERTENHEIMS (NR. 19 EBM)

LSG Bayern, Urt. v. 16.07.2003 – L 12 KA 8/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>
Praxisbudget, Gynäkologe, Frauenarzt, Behindertenheim, Behandlungsschwerpunkt
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A. I. Teil B Nr. 1.5; EBM Nr. 19

RID 04-01-26

Bei der Nr. 19 EBM handelt es sich nicht um eine für Gynäkologen untypische Leistung. Sie wird zumeist von gut 30 % der Fachgruppenärzte ebenfalls erbracht (III/97 bis IV/02).

Liegt der Anteil der für Leistungen nach Nr. 19 EBM abgerechneten Punkte am Gesamtpunktezahlvolumen zwischen 1,11 und 4,06 %, so stellt dies auch dann, wenn diese Leistung in einem deutlich höheren Umfang als bei der Vergleichsgruppe abgerechnet wird nicht einen besonderen Behandlungsschwerpunkt dar.

Der Kläger, ein Frauenarzt, erreichte in den Quartalen IV/97 bis I/98 beim Praxisbudget Quoten von ca. 82 %. 1997 beantragte er die Aussetzung bzw. Erweiterung des Praxisbudgets hinsichtlich der EBM-Nr.19 mit der Begründung, er betreue seit eineinhalb Jahren fachärztlich die größtenteils körperlich und geistig schwerstbehinderten Insassinnen des nahe gelegenen Pflegeheims F. Er halte dort an zwei bis vier Tagen im Monat eine Sprechstunde ab. Anamnese, Untersuchung und Therapieplanung seien bei diesem Patientenkontingent sehr zeitaufwendig und ohne Zuziehung des Pflegepersonals oftmals nicht möglich. **SG München**, Urt. v. 13.12.2001 – S 33 KA 2441/98 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

E) ZUSATZBUDGET CHIROTHERAPIE

LSG Bayern, Urt. v. 04.06.2003 – L 12 KA 151/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>
Praxisbudget, Allgemeinarzt, Chirotherapie, Behandlungsschwerpunkt
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A. I. Teil B Nr. 1.5; EBM Nr. 19 Nrn. 3210 bzw. 3211 EBM

RID 04-01-27

Die Ausgestaltung des Abschnitts A I. B 4.3 des EBM als Härtefallregelung schließt es aus, dessen Tatbestandsvoraussetzungen allein unter objektiven Gesichtspunkten abzulehnen. Die Tatsache, dass ausreichend Ärzte im Planungsbereich ebenfalls die Leistungen nach den Nrn. 3210 und 3211 EBM erbringen, schließt das Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs gerade in der Praxis des Klägers nicht ohne weiteres aus.

Die ursprünglich als Dauerregelungen konzipierten Praxis- und Zusatzbudgets sollen nicht mehr spezielle Praxisausrichtungen als solche bei der Honorierung begünstigen, sondern - "enger" - nur noch Praxen, die unter Inkaufnahme von dann zu kompensierenden Härten einen besonderen Versorgungsbedarf zu befriedigen haben (vgl. hierzu **BSG**, Beschluss vom 13. November 2002, Az.: B 6 KA 47/02 B). Eine derartige Härte ist bei einem Allgemeinarzt, der die Nrn. 3210 und 3211 EBM in den Quartalen I/99 bis II/00 mit Werten um die 15 % der abgerechneten Gesamtpunktzahl, in den Quartalen III/00 mit 18,10 % und IV/00 mit 17,42 %, aber ab dem Quartal I/01 zurückgehend (Quartal I/01: 13,16 %, II/01: 11,38 %, III/01: 12,44 % und IV/01: 11,30 %) abrechnet, nicht zu erkennen.

Der Kläger ist als Facharzt für Allgemeinmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Naturheilverfahren und Chirotherapie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und beantragte erfolglos die Erweiterung bzw. Aussetzung der Praxis- und Zusatzbudgets. Er trug u.a. für das Quartal IV/97 vor, dass von den 864 Patienten insgesamt bei 642 Patienten (= 76 %) die chirotherapeutischen Nrn. 3210 bzw. 3211 EBM abgerechnet worden seien. Die Durchsicht nach den orthopädischen Diagnosekriterien HWS/BWS/LWS-Syndrom, Cervikobrachialgie, Hypermobilität oder polyarthritische Beschwerden ergebe einen Anteil von 611 Patienten (71 %) mit orthopädischen Beschwerdediagnosen. In Wirklichkeit lägen die Zahlen der orthopädischen Fälle noch höher, da es noch andere orthopädische Diagnosen gebe. Daraus werde deutlich, dass die genannten Nrn. 3210 und 3211 BMÄ/E-GO und die spezifische Betreuungsleistung bei orthopädischen Patienten den Schwerpunkt der Praxis darstellten. **SG München**, Urt. v. 10.07.2002 – S 42 KA 4239/00 – verpflichtet zur Neubescheidung. Die **Berufung** der Bekl. führte zur Klageabweisung.

5. VEREINBARKEIT MIT EUROPÄISCHEM WETTBEWERBSRECHT

LSG Bayern, Urt. v. 12.02.2003 – L 12 KA 44/01 –

RID 04-01-28

(rechtskräftig) <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> = GesR 2003, 316

Praxisbudget, Allgemeinarzt, Chirotherapie, Behandlungsschwerpunkt

SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EGV Art. 10, 81 ff.; EBM Kap A I. Teil B

Die Budgetierungsregelungen des EBM in der ab 01.07.1997 geltenden Fassung sind mit dem Europäischen Wettbewerbsrecht vereinbar. Weder die KBV noch die Krankenkassen bzw. deren Spitzenverbände werden bei der Vereinbarung des EBM als Unternehmer im Sinne von Art. 81 EGV tätig.

SG München, Urt. v. 08.08.2000 - S 21 KA 3311/99 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

III. SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG UND GEBÜHRENRECHT

1. IMPLAUSIBLE ABRECHNUNG

A) VERDECKTE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

SG München, Urt. v. 29.04.2003 – S 42 KA 1133/02 –

RID 04-01-29

Berufung anhängig

Praxisgemeinschaft, Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft, Überweisung

SGB V §§ 85 IV; 95 III; Ärzte-ZV §§ 32, 33; SGG § 86 b I 1 Nr. 2; BMV-Ä § 24; EKV-Ä § 27

Eine sachlich-rechnerische Berichtigung ist zulässig, wenn die Abrechnungssammelerklärung fehlerhaft ist, weil der Vertragsarzt die Praxis gemeinschaftlich ohne Genehmigung ausübt. Es liegt darin auch ein Verstoß gegen die Überweisungsregeln vor.

Nach *BSG*, Urt. v. 17.09.1997 - 6 RKa 86/95 - SozR 3-5550 § 35 Nr. 1 = MedR 1998, 338 ist die von dem Vertragsarzt abzugebende **Abrechnungs-Sammelerklärung** über die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten Leistungen unrichtig, sofern nur eine abgerechnete Leistung nicht oder nicht ordnungsgemäß erbracht worden ist; eine grob fahrlässig unrichtige Abrechnungs-Sammelerklärung zieht die Rechtswidrigkeit des auf ihr beruhenden Honorarbescheides insgesamt nach sich.; zur **Honorarrückforderung wegen unzulässiger Gemeinschaftspraxis** s. *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 13.08.2002 - L 3 KA 161/02 ER - RID 03-01-18 (MedR 2002, 540); zum **Abrechnungsausschluss von Vertretungsfällen in Praxisgemeinschaft** s. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 25.09.2002 - L 11 KA 81/00 - RID 03-02-15 (Revision anhängig: B 6 KA 1/03 R); zur Plausibilitätsprüfung bei sog. **Doppeleinlesungen** s. *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 16.08.2002 - S 27 KA 2147/02 ER - RID 02-03-21; zur Frage der Zulässigkeit von **Gewinnpartizipationsverträgen** unter den Mitgliedern einer Praxisgemeinschaft und ihren Auswirkungen auf die Honoraransprüche der beteiligten Ärzte gegenüber der KV s. *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 10.02.2003 - L 3 KA 434/02 ER - RID 03-02-22; nach *OLG Koblenz*, Beschl. v. 02.03.2000 - 2 Ws 92, 93 u. 94/00 - juris u. MedR 2001, 144 begeht ein Arzt, der die Kassenzulassung von bei ihm im Angestelltenverhältnis beschäftigten Ärzten durch Vorlage von **Scheinverträgen** über ihre Aufnahme als Freiberufler in eine Gemeinschaftspraxis erschleicht und die von ihnen erbrachten Leistungen als solche der Gemeinschaftspraxis abrechnet, einen **Betrug** zum Nachteil der KV.

Zum Sachverhalt:

Der klagende Internist nimmt an der fachärztlichen Versorgung teil. In den streitbefangenen Quartalen (II/98-I/00) war er in Praxisgemeinschaft mit der Allgemeinärztin P tätig. Nach einer Plausibilitätsprüfung konfrontierte ihn die bekl. KV mit dem Vorwurf, die Praxis wie eine Gemeinschaftspraxis zu führen. So würden z.B. im Quartal I/00 46 % (779 von 1.719 Patienten) von beiden Ärzten auf Originalschein behandelt, davon 482 am gleichen Tag. Er rechne Leistungen ab, die auch von P erbracht werden könnten und erbracht würden. Wegen Implausibilität kürzte die Bekl. das Honorar um insgesamt 165.035,70 DM.

SG München geht in der 18-seitigen Entscheidung von einer sachlich-rechnerischen Berichtigung aus. Die Abrechnungssammelerklärung sei fehlerhaft, da der Kl. die Praxis gemeinschaftlich ohne Genehmigung ausgeübt habe. Es liege ein fortgesetzter und systematischer Verstoß gegen die Überweisungsregeln der Bundesmantelverträge §§ 24 BMV-Ä, 27 EKV-Ä vor:

„Gegen die vertraglichen Überweisungs-/Zuweisungsregeln verstößt, wer den Patienten ohne Überweisungsschein zu einem bestimmten anderen Arzt sendet. Wird diese Zuweisung gleichsam systematisch innerhalb

einer Praxisgemeinschaft zugeführt, indem etwa ohne Überweisungsschein oder ohne Aushändigung eines Überweisungsscheines der Patient zur Durchführung weiterer Behandlungen in das andere Arztzimmer geführt wird, ohne dass dies Ausdruck des Patientenwunsches ist, der verstößt fortgesetzt und systematisch gegen die Zuweisungsregeln. Die Annahme einer fortgesetzten und systematischen Verletzung der Zuweisungsregelung wird dann Platz greifen, wenn über den Verstoß in einer nicht erheblichen Zahl von Einzelfällen hinaus das Gesamtbild der Abrechnung, insbesondere die Quote der Überschneidungsfälle, eine Organisationsstruktur der gemeinschaftlichen Betreuung eines Patientenklentels nahegelegt und sonstige gleichsam rechtfertigende Gründe, wie Verschiedenartigkeit des Fachgebietes bzw. des Leistungsspektrums, die Annahme systematischer Verletzung nicht zu widerlegen vermögen.

D. Kl. habe selbst erklärt, die Praxisgemeinschaft sei gebildet worden, um die Patientenbehandlung arbeitsteilig durchzuführen. Er biete keine Leistungen an, die nicht auch P abrechnen könne. So würden bei durchschnittlich 1.300 Patienten d. Kl. und 1.000 von P im Quartal etwa 400 Patienten am gleichen Behandlungstag von beiden behandelt werden. Der Kl. habe hierdurch auch gegen das **Gebot der höchstpersönlichen Leistungserbringung** verstoßen. Jeder Vertragsarzt habe Überwachungspflichten bezüglich des Praxisbetriebs. Dahinstehen könne, ob P überhaupt in eigener Praxis oder als Scheinselbstständige gearbeitet habe. Der Kl. habe vorsätzlich an der fehlerhaften Abrechnung mitgewirkt. Bei der **Honorarneufestsetzung** habe das Gericht die Schätzung selbst vorzunehmen oder nachzuvollziehen. Nicht zu beanstanden sei, dass im Ergebnis nur derjenige Honoraranteil entzogen worden sei, der auf die Behandlung von Überschneidungsfällen auf Originalschein in der Praxis der P entfalle.

B) STANDARDMÄßIGE FEHLABRECHNUNG - GARANTIEFUNKTION DER ABRECHNUNGSERKLÄRUNG

SG Hamburg, Urt. v. 26.11.2003 – S 27 KA 2/02 u. a.-

RID 04-01-30

Psychotherapeut, Abrechnung, Garantiefunktion, Abrechnungs-Sammelerklärungen
SGB V § 85 IV

Honorarabrechnungen eines Psychologischen Psychotherapeuten mit standardmäßigen Abrechnungen der Nrn. 7122 u. 7140, der Nr. 860 mehr als einmal im Krankheitsfall, der Nr. 861 neben Nr. 860, der Nr. 891 anstelle Nr. 890 EBM, der Nr. 870 entgegen der Psychotherapie-Vereinbarung sowie mangelnder Dokumentation der Gesprächsleistungen können dergestalt berichtigt werden, dass alle Leistungen mit Ausnahme der Ordinationsgebühr gestrichen werden (hier: 88.432,16 DM für I/99, III u. IV/00). Es handelt sich um stereotypische Abrechnungen, die offensichtlich nicht auf einem bloßen Versehen beruhen, sondern auf grob fahrlässigem Handeln. Damit entfällt die Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärungen (vgl. **BSG**, Urt. v. 17.09.1997 – 6 RKA 86/95 – SozR 3-5550 § 35 Nr. 1 = MedR 1998, 338).

2. KORREKTUR EINES HONORARBESCHEIDES/ERSTATTUNG VON KOSTEN IM VORVERFAHREN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.02.2003 - L 11 KA 278/01 - juris

RID 04-01-31

Revision anhängig: B 6 KA 34/03 R

Vertragszahnarzt, Degressionsregelung, Honorarrückforderung, Honorarbescheid
SGB I § 37; SGB X § 45; SGB V §§ 82 I, 85 IV, IVb ff.; BMV-Z § 19, EKV-Z § 12 I

Eine KZV ist unter Berücksichtigung von BSG, Urt. v. 03.12.1997 - 6 RKA 79/96 - USK 97155 berechtigt, Honorarrückforderungen an einen Vertragszahnarzt zu stellen, wenn sich nachträglich herausstellt, dass im Rahmen der Degressionsregelung Berechnungsfehler gemacht wurden, die zum damaligen Zeitpunkt nicht erkennbar waren.

§ 63 I 2 SGB X findet nur bei sogenannten isolierten Vorverfahren Anwendung.

Zum Sachverhalt:

Die Kl. sind Vertragszahnärzte und waren ab dem 01.10.1995 zur vertragszahnärztlichen Versorgung in Gemeinschaftspraxis zugelassen. Der Honorarbescheid für das Quartal IV/95 wurde am 23.04.1996 erteilt. Für die Berechnung der degressionsfreien Punktmenge wurde die Gemeinschaftspraxis für das gesamte Jahr 1995 zugrunde gelegt. Nachdem BSG, Urt. v. 03.12.1997 - 6 RKA 79/96 – USK 97155 die lediglich anteilige, der

Dauer der Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis entsprechende Berücksichtigung für rechtmäßig angesehen hatte, forderte die bekl. KZV Honorar in Höhe von 164 588,41 DM zurück. **SG Düsseldorf**, Gerichtsb. v. 10.12.2001 – S 2 KA 267/00 – wie die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Nach **LSG Nordrhein-Westfalen** handelt es sich bei der Rückforderung um eine **sachlich-rechnerische Berichtigung** nach § 4 II HVM bzw. § 19 BMV-Z, § 12 I EKV-Z, die § 45 SGB X verdrängen (vgl. **BSG**, Urt. v. 26.01.1994 - 6 RKa 29/91 - BSGE 74, 44 = SozR 3-1300 § 45 Nr. 21; v. 31.10.2001 - B 6 KA 16/00 R - BSGE 89, 62 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 42). Eine Unrichtigkeit liege demnach auch dann vor, wenn ein Fehler des Honorarbescheides der Sphäre der K(Z)V zuzurechnen sei. Für die Beklagte sei im Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Honorarbescheides nicht erkennbar gewesen, dass Bedenken an der Rechtmäßigkeit dieser Bescheide bestanden. Die Bekl. müsse Nachzahlungen an die Krankenkassen(verbände) leisten, auf deren Höhe sie nunmehr die Honorarrückforderung begrenzt habe. Andernfalls müsse sie die Nachzahlungen aus der Gesamtvergütung für das laufende Kalenderjahr nehmen. Bei einer derartigen Ausgangssituation sei es nicht rechtsfehlerhaft, wenn die Bekl. die Vertragszahnärzte belaste, die aufgrund der damals fehlerhaften Honorarberechnung begünstigt worden seien.

Das Hilfsbegehren d. Kl. auf **Erstattung** der ihnen im **Widerspruchsverfahren** aufgrund der unterbliebenen Anhörung entstandenen **Kosten** könne ebf. keinen Erfolg haben. Denn § 63 SGB X sei allein bei sog. isolierten Vorverfahren anwendbar, nicht jedoch wenn sich dem Widerspruchsverfahren ein Klageverfahren anschließe (**BSG** SozR 1500 § 193 SGG Nr. 3).

Parallelentscheidung:

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.02.2003 – L 11 KA 198/01 – juris (nur Os.)

RID 04-01-32

SG Düsseldorf, Urt. v. 29.08.2001 - S 2 KA 290/00 -

3. NR. 16 EBM

A) HAUSÄRZTLICHER INTERNIST UND RHEUMATOLOGE

LSG Sachsen, Urt. v. 12.02.2003 – L 1 KA 3/00 – juris (Os.)

RID 04-01-33

Internist, Rheumatologe, hausärztliche Versorgung

SGB V §§ 73 Ia 1 Nr. 3, 87 I; EBM Nr. 16

Eine Internistin mit der Schwerpunktbezeichnung "Rheumatologie" hat keinen Anspruch auf Abrechnung der Nr. 16 EBM, wenn sie sich entschieden hat, in der hausärztlichen Versorgung tätig zu sein.

Vorinstanz: **SG Dresden**, Urt. v. 12.01.2000 - S 11 KA 348/98 -; zur Nichtzulassungsbeschwerde s. **BSG**, Beschl. v. 24.09.2003 - B 6 KA 57/03 B – juris (Os.).

B) NOTWENDIGKEIT EINER ANHÖRUNG/MINDESTZEITSPANNE AN BETREUUNG

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2003 – L 11 KA 8/00 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-34**

Anhörung, Honorarbescheid, Widerspruchsverfahren, Arzt-Patienten-Kontakt

SGB X § 24; EBM Nr. 16

Die Notwendigkeit einer Anhörung besteht auch für die Teilaufhebung und Ersetzung eines Honorarbescheides, selbst wenn er seiner Rechtsnatur nach lediglich vorläufig ist (vgl. **BSG** SozR 3-2500 § 82 Nr. 3). Sie kann bis zum Abschluss des Vorverfahrens wirksam nachgeholt werden. Die in einem angefochtenen Bescheid enthaltenen Hinweise auf die wesentlichen entscheidungserheblichen Gesichtspunkte beinhaltet die Gelegenheit, sich im Widerspruchsverfahren sachgerecht zu äußern (vgl. **BSG** SozR 3-2500 § 82 Nr. 3, Seite 5, sowie **BSG** SozR 3-4100 § 117 Nr. 11, Seite 72).

Nach der Rechtsprechung des BSG ist davon auszugehen, dass die Nr. 16 EBM eine kontinuierliche Betreuung des jeweiligen Patienten im Quartal voraussetzt, was eine gewisse Mindestzeitspanne an Betreuung beschreibt, die mehrere Arzt-Patienten-Kontakte im Abrechnungszeitraum umfasst (vgl. **BSG** SozR 3-2500 § 87 Nr. 21 sowie BSG, Beschl. v. 31.01. 2001 – B 6 KA 47/00 B –). Die Voraussetzungen für die Abrechnung der Nr. 16 EBM liegen nicht bei einem nur einmaligen Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungszeitraum vor.

SG Bremen, Urt. v. 15.12.1999 – S 1 KA 158/99 – hob die die Quartale I und II/96 betreffenden Bescheide wegen fehlender Anhörung auf und wies im Übrigen die Klage (insgesamt die Quartale I/96 bis II/97 betreffend) ab; das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

4. VERWEILGEBÜHR IM RETTUNGSDIENST (NR. 40 EBM)

A) KEINE VERGÜTUNG FÜR RÜCKFAHRT OHNE PATIENTEN

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 12.03.2003 – S 29 KA 3659/00 -

RID 04-01-35

Verweilgebühr, Rettungsdienst
EBM Nr. 40

Nach Verlassen des Patienten kann die nun ablaufende, nicht mit berechnungsfähigen Leistungen erbrachte Zeit nicht nach Nr. 40 EBM vergütet werden, da der Vertragsarzt, der im Rettungsdienst einen Patienten in das Krankenhaus begleitet hat, auf der Rückfahrt nicht mehr bei dem Patienten verweilt.

Das *SG* bestätigte die Absetzung der Leistungen nach Nr. 40 EBM, soweit sie nach stationärer Aufnahme des Patienten für die Rückfahrt angesetzt worden waren.

B) SYSTEMATISCHE INTERPRETATION: „VERWEILEN“ OHNE PATIENTEN

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 26.03.2003 – S 5 KA 4034/99 -

RID 04-01-36

Verweilgebühr, Rettungsdienst
EBM Nr. 40

Bei der sachlich-rechnerischen Berichtigung ist es statthaft, zur Klarstellung des Wortlauts der Leistungslegende eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührenregelungen vorzunehmen.

Verweilen i.S.d. Nr. 40 EBM bedeutet nur, dass der Arzt sich an einem anderen Ort als in der Praxis befindet; ein Verweilen „bei dem Patienten“ ist nicht nötig, es muss sich lediglich um eine Zeitspanne ohne Erbringung berechnungsfähiger Leistungen handeln. Zur gesamten Verweilzeit gehört auch die Zeit für die Rückfahrt des Arztes vom Krankenhaus bis zu der Stelle, von der aus die Begleitung im Krankentransportfahrzeug begonnen hat.

Die ärztliche Begleitung eines Patienten in das Krankenhaus kann nur nach Nr. 33 EBM abgerechnet werden. Es reicht hierfür aus, dass der Arzt unmittelbar dem Rettungswagen folgt und zwischen Rettungswagen und Arzt Sicht-, Funk- oder Telefonkontakt besteht, so dass der Arzt jederzeit eingreifen kann.

5. RICHTIGKEIT DER ANGABEN IN DER ABRECHNUNG

SG Düsseldorf, Urt. v. 08.10.2003 - S 17 KA 234/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-37

Abrechnung, Gesamtaufstellung, ärztlicher Notfalldienst, Notfall

Eine KV ist berechtigt, die Scheinart "ärztlicher Notfalldienst" in "Notfall" umzuwandeln, wenn der Arzt in seiner Gesamtaufstellung zur Abrechnung unter dem Punkt 1 a) (Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst) keine Angaben zu einem von ihm abgeleisteten Notfalldienst gemacht hat. Sie ist nicht verpflichtet, die Angaben des Arztes in der Gesamtaufstellung in Frage zu stellen und die Abrechnung daraufhin zu überprüfen, ob er nicht - entgegen seinen ausdrücklichen Angaben - doch ärztlichen Notfalldienst verrichtet hat. Es ist allein Aufgabe des Arztes, eine ordnungsgemäße Abrechnung einzureichen und den Vordruck "Gesamtaufstellung" ordnungsgemäß auszufüllen.

Unter dem 20.12.2001 reichte der Kläger auf einem Vordruck der Beklagten eine Abrechnung für das vierte Quartal 2001 ein. Unter dem Punkt 1a des Vordrucks (Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst) trug der Kläger keine Daten ein. Gleichzeitig rechnete er 8 Scheine des ärztlichen Notfalldienstes ab. Die Beklagte berichtete die Abrechnungen des Klägers insoweit, als sie in den entsprechenden Fällen die Scheinart "ärztlicher Notfalldienst" in "Notfall" umwandelte. Zur Begründung gab sie an, der Kläger habe in seiner Abrechnung nicht angegeben, am organisierten Notfalldienst teilgenommen zu haben. Der Kläger wandte ohne Erfolg ein, er habe am 09.10., 10.10. und 02.12.2001 am ärztlichen Notfalldienst teilgenommen. Außerdem seien Notfälle für die Beklagte schon durch die Abrechnung auf einem Notfallschein erkennbar. Die KV teile auch die Ärzte selbst zum Notfalldienst ein, so dass sie sehr genau wisse, wer wann Notfalldienst verrichtet habe. Das *SG* wies die Klage ab.

6. POLYSOMNOGRAPHIE: FEHLENDE ABRECHENBARKEIT/KEINE IGEL-LEISTUNG

SG Dortmund, Urt. v. 21.03.2003 – S 26 KA 37/02 – juris
Polysomnographie, Igel-Leistung, Systemversagen, Kostenerstattung
SGB V §§ 13 III, 87

RID 04-01-38

Leistungen für eine cardiorespiratorische Polysomnographie können nicht abgerechnet werden, da die vom Bundesausschuss anerkannte Polysomnographie bisher nicht in den EBM aufgenommen wurde. Es handelt sich aber auch nicht um eine Igel-Leistung, da ein Fall des sog. Systemversagens vorliegt, der Versicherte zur Kostenerstattung gegenüber der Krankenkasse berechtigt (§ 13 III SGB V) (s.a. **SG Dortmund**, Urt. v. 10.06.2002 - S 13 (8) KR 295/01 -RID 03-04-94).

Das **SG** wies die Klage einer internistischen Gemeinschaftspraxis ab, der im Quartal IV/00 Leistungen für eine cardiorespiratorische Polysomnographie abgesetzt worden waren (zweimal 910 DM).

Zur **Anerkennung der Polysomnographie** s. a. neben **SG Dortmund**, Urt. v. 10.06.2002 - S 13 (8) KR 295/01 -RID 03-04-94 (Berufung anhängig: L 16 KR 150/02) **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 28.07.2003 - S 25 KR 4130/99 - RID 03-04-97, das von der Abrechenbarkeit der Polysomnographie gem. Nr. 728 EBM ausgeht.

7. ANÄSTHESIELEISTUNGEN BEI KATARAKT-OPERATIONEN

A) NR. 462 UND ZUSCHLAGSNRN. 490, 63, 64, 65, 90 EBM

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.07.2003 - L 10 KA 51/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-39
Katarakt-Operation, Anästhesieleistung, Anästhesiologe, Augenarzt
EBM Nrn. 63, 64, 65, 90, 452, 461, 462, 463, 469, 490

Die im Zusammenhang mit Katarakt-Operationen erbrachten Anästhesieleistungen rechtfertigen nicht die Abrechenbarkeit der Nr. 462 EBM und der damit verbundenen Zuschlagsnrn. 490, 63, 64, 65, 90 EBM (Anschluss an **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. des 11. Senats v. 18.12.2002 - L 11 KA 95/00 -).

SG Dortmund, Urt. v. 07.03.2002 - S 14 KA 98/99 – wies die Klage ab. Der K., ein Anästhesiologe, erbringt Anästhesieleistungen bei von dem Augenarzt Dr. G durchgeführten Katarakt-Operationen. Nach seinem eigenen Vorbringen erhält der Patient zunächst eine intravenöse Narkose mittels Infusion verabreicht, in der Schlaf- und Schmerzmittel zugeführt werden. Unmittelbar nach Einsetzen der Wirkung wird die Narkose durch Maskenanästhesie ergänzt, in der Lachgas und Sauerstoff zur Verhinderung des Absinkens der Sauerstoffsättigung zugeführt werden. Infolge der Narkose verspürt der Patient keinen Injektionsschmerz bei Verabreichung der Retrobulbäranästhesie. Zu Beginn der Operation wird die Maskenbeatmung ausgeleitet. Die bekl. KV wandelte (Quartal I/98) Nr. 462 in 496 mit 2 X Ansatz 452 in 461, 463 in 496. Die Gebührennrn. 63, 64, 65, 90, 490 setzte sie ab. Zur Begründung führte sie aus, im Zusammenhang mit den Katarakt-Operationen könne lediglich die intravenöse Kurznarkose abgerechnet werden. Deshalb seien die Gebührensatznummern 452 und 462/463 in die Gebührensatznummern 461 und 469 zu ändern. Im Zusammenhang mit den vorgenannten Änderungen hätten die Gebührensatznummern 63, 64, 65, 90 und 490 ebenfalls nicht vergütet werden können. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

B) KEINE ABRECHNUNG DER NRN. 451/452 NEBEN DEN NRN. 461/462 EBM

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.12.2003 - L 11 KA 50/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-40
Katarakt-Operation, Anästhesieleistung, Anästhesiologe, Augenarzt, Strukturvertrag
EBM Nrn. 451, 452, 461, 462

Ein Strukturvertrag kann nur Rechte und Pflichten nur für die daran teilnehmenden Vertragsärzte begründen; er kann nicht die Abrechnung von Leistungen anderer Vertragsärzte ausschließen.

Die Abrechnung der Nrn. 451 und/oder 452 EBM neben einer Maskennarkose und/oder Infusionsnarkose nach Nrn. 462 und/oder 461 EBM ist unzulässig ist.

SG Dortmund, Urt. v. 26.03.2002 - S 26 KA 269/00 – gab der Klage statt, die Berufung führte zur Klageabweisung. Die klagenden Augenärzte führen ambulante Katarakt-Operationen durch. Sie nehmen am Strukturvertrag nach § 73 a SGB V zur Förderung ambulanter krankenhausersetzender Operationen zwischen der bekl. KV und den Landesverbänden der Krankenkassen teil (Strukturvertrag). Für Anästhesien ziehen sie eine vertragsärztliche Anästhesistin bei, die nicht am Strukturvertrag teilnimmt.

8. DERMATOLOGEN: FACHFREMDEHEIT DER NR. 755 EBM/VERTRAUENSSCHUTZ

LSG Bayern, Urt. v. 14.06.2003 – L 12 KA 192/12 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>
Dermatologe, Hautarzt, Fachfremdeheit, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Vertrauensschutz
EBM Nr. 755

RID 04-01-41

Die Nr. 755 EBM ("Rekto- und/oder Sigmoidoskopie, gegebenenfalls einschließlich Probeexzision(en) 350 Punkte") ist für Dermatologen fachfremd.

Soweit im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung Gesichtspunkte des Vertrauensschutzes nicht gänzlich außer Betracht bleiben (vgl. *BSG* SozR 3-2500 § 95 Nr. 9 S. 37 ff; aaO. § 135 Nr. 6 S. 35; aaO. § 95 Nr.21 S.91; aaO. § 82 Nr. 3 S. 10 ff.), erwächst aus der unbeanstandeten Abrechnung in früheren Quartalen indessen kein Recht, auch in Zukunft diese Leistung abrechnen zu können. Soweit einem Vertragsarzt nicht die Erbringung einer bestimmten Leistung durch bestandskräftigen Verwaltungsakt ausdrücklich gestattet worden ist, muss er stets mit Veränderungen hinsichtlich der Abrechenbarkeit seiner Leistungen rechnen.

Die bekl. KV strich den klagenden Dermatologen 17 Leistungen nach Nr. 755 EBM mit der Begründung, es handle sich um fachfremde Leistungen für das Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten. D. Kl. wandten u. a. ein, die Nr. 755 gehöre wesensmäßig zur proktologischen Tätigkeit. Sie werde von ihnen seit dem Quartal III/94 in jedem Quartal durchgeführt und sei bisher nicht beanstandet worden. Die Kläger hätten von der Beklagten das bedarfsabhängige Zusatzbudget "Proktologie" zugestanden bekommen, das auch die EBM-Nr. 755 umfasst. *SG München*, Urt. v. 06.02.2002 – S 32 KA 2482/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

9. FACHFREMDE RÖNTGENLEISTUNGEN IM NOTFALLDIENST

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.07.2003 – L 10 KA 69/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-42
Fachfremdeheit, Allgemeinmedizin, Notfall, Notfallbehandlung, Fachgebietskompetenz, Radiologie, Röntgenleistungen
Nr. 5010, 5015, 5019, 5023, 5053 EBM

Die Vergütung ist u.a. dann ausgeschlossen, wenn es sich um Leistungen handelt, die von der Fachgebietskompetenz des Arztes nicht gedeckt sind. Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Radiologie, der Strahlentherapie und Nuklearmedizin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind erst nach Erteilung der **Genehmigung** nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie durch die KV zulässig.

Der **Genehmigungsvorbehalt** gilt ebenso für im **Notfalldienst** erbrachte **Röntgenleistungen** (hier: Nrn. 5010, 5015, 5019, 5023 und 5053 EBM). Die im Interesse der Patienten bestehenden qualitativen Anforderungen an den Leistungserbringer müssen auch im Notfalldienst erfüllt sein.

Der in der **Weiterbildungsordnung** zur Führung der Bezeichnung eines Facharztes für Allgemeinmedizin geregelte Erwerb von Kenntnissen in der Diagnostik und Therapie akuter Notfälle einschließlich Wiederbelebung und in der Versorgung Unfallverletzter und Erstversorgung chirurgischer Notfälle einschließlich der organisatorisch begleitenden und weiterführenden Maßnahmen, umfasst nicht Kenntnisse in der radiologischen Untersuchung.

Fachgebietsfremde Leistungen dürfen nur abgerechnet werden, wenn die Leistungen in einem sofort **versorgungsbedürftigen Notfall** erbracht werden (*LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 24.01.1996 - L 5 Ka 524/95 - MedR 1996, 569). Ein versorgungsbedürftiger Notfall liegt vor, wenn ohne eine sofortige Behandlung Gefahren für Leib oder Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (*BSG*, Urt. v. 31.07.1963 - 3 RK 92/59 - BSGE 19, 270; Urt. v. 24.05.1972 - 3 RKa 25/69 - BSGE 34, 172; Urt. v. 01.02.1995 - 6 RKa 9/94 - SozR 3-2500§ 76 Nr 2). Für Röntgenologische Leistungen bleibt die Möglichkeit der Verweisung an einen Facharzt oder eine Klinikambulanz.

SG Dortmund, Urt. v. 26.03.2002 - S 26 KA 155/01 – wies die Klage des Facharztes für Allgemeinmedizin bzgl. der Quartale III u. IV/2000 ab, das *LSG* die Berufung zurück.

10. NR. 861 EBM NEBEN DEN NRN. 871 UND 872 EBM

SG Hannover, Urt. v. 10.09.2003 – S 16 KA 464/01 -

RID 04-01-43

Psychotherapie, Exploration, Kurzzeittherapie, Langzeittherapie
EBM Nr. 861, 871, 872

Die Nr. 861 EBM kann neben den Nrn. 871 und 872 EBM abgerechnet werden. Lediglich die erstmalige Indikationsstellung nach Nr. 861 EBM hat vor Beginn der Behandlungen nach den Nrn. 871 ff. EBM zu erfolgen. Die vertiefte Exploration ist nicht nur vor Behandlungsbeginn angezeigt, sondern sie ist zu wiederholen, wenn hierzu im Verlauf der Behandlung konkreter Anlass besteht. Eine besondere Begründungspflicht besteht auch dann nicht.

Das *SG* gab der auf Aufhebung der Berichtigungsbescheide für die Quartale I bis IV/00 und Vergütung der nach Nr. 861 EBM abgerechneten Leistungen gerichteten Klage eines Facharztes für psychotherapeutische Medizin statt.

11. MKG-CHIRURGIE – OSTEOTOMIE/ZAHNENTFERNUNG (Ä736 GOZ, 44 U. 45 BEMA-Z)

SG Mainz, Urt. v. 10.09.2003 – S 2 KA 599/01 -

RID 04-01-44

MKG-Chirurg, Osteotomie, Zahnentfernung, Kieferresektion
GOZ Ä736; BEMA-Z Nrn. 44, 45

Der eindeutige Wortlaut der Ä736 GOZ als auch ein systematischer Abgleich mit den Positionen 44 und 45 BEMA-Z spricht dafür, dass letztere Leistungen auch neben der Nr. Ä736 GOZ zur Anwendung kommen können.

Das *SG* hob die Berichtigung der Nrn. 44/45 BEMA-Z in zwölf Fällen für das Quartal II/00 (572,16 DM) auf.

12. ABSETZUNG DES KASSENANTEILS FÜR IN ITALIEN GEFERTIGTEN ZAHNERSATZ

SG Düsseldorf, Urt. v. 07.05.2003 – S 2 KA 22/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-45

Zahnersatz, zahntechnische Labor, Vergleichsliste, Fremdlaborleistung, Dienstleistungsverkehr
EGV Art. 49, 50

Eine KZV kann von Vertragszahnärzten den Nachweis verlangen, welche Preise das italienische zahntechnische Labor ortsüblich seinen Leistungen zugrundelegt.

Europarechtlich bestehen weder Bedenken gegen die Verpflichtung zur Vorlage einer ortsüblichen italienischen Vergleichsliste noch dagegen, dass die gesamtvertragliche Regelung in Nordrhein bzw. das BEL II den Anspruch auf Erstattung der für Fremdlaborleistungen verauslagten Kosten gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen auf die in Italien ortsüblichen Preise begrenzt. Namentlich scheidet eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs gemäß Art. 49 EG-Vertrag (EGV) (ex Art. 59 EGV) in Verbindung mit Art. 50 EGV (ex Art. 60 EGV) aus.

Die **Kläger** sind Vertragszahnärzte. Aufgrund einer "**Servicevereinbarung**" erbringt das **in Italien ansässige zahntechnische Labor D** im Auftrage d. Kl. zahntechnische Leistungen. Die Fa. I übernimmt hierbei die Erfüllung aller vor Ort anfallenden Serviceleistungen. Im Behandlungsfall der bei der O Vereinigte BKK versicherten J gliederten die Kläger am 06.04.1999 **Unterkiefer-Zahnersatz** ein. Zur **Abrechnung** der Material- und Laborkosten (Fremdlabor) fügten sie eine Rechnung des zahntechnischen Labors D vom 26.03.1999 über 1.241,63 DM bei, die auf der Grundlage des deutschen Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses (BEL II) erstellt worden war. Auf Antrag der Kasse setzte die bekl. KZV den Heil- und Kostenplan in Höhe von 953,32 DM entsprechend dem Kassenanteil für die Material- und Laborkosten des in Italien gefertigten Zahnersatzes ab. Zu der Rechnung des Dentallabors D vom 26.03.1999 seien die gemäß § 3 III der nordrheinischen gesamtvertraglichen Regelung beizufügenden Unterlagen bisher nicht beigebracht worden. Soweit die nach dieser Bestim-

mung erforderlichen Unterlagen nachgereicht würden, sei diesen zusätzlich noch eine ortsübliche Preisliste des Dentallabors D beizufügen. Die hiergegen erhobene Klage wies das **SG** ab.

Nach dem SG bestimmt sich die **Erstattung zahntechnischer Leistungen aus gewerblichen Laboratorien** nach Maßgabe der **nordrheinischen gesamtvertraglichen Regelung** vom 01.01.1981. Diese normiert in § 3 III: *"Werden zahntechnische gewerbliche Laboratorien in Anspruch genommen, die ihren Sitz außerhalb des Bundesgebietes haben, so werden die für das Labor ortsüblichen Preise in tatsächlicher Höhe erstattet, jedoch nur bis zu der Höhe, die bei Inanspruchnahme eines Labors nach Abs. 1 (gemeint: inländisches gewerbliches Labor) angefallen wäre. Die Summe der nach einem ausländischen Leistungsverzeichnis erbrachten Leistungen darf den Gesamtbetrag, der sich nach der jeweils in Nordrhein gültigen Preisliste ergeben würde, nicht übersteigen ... Im Übrigen ist der Zahnarzt zur lückenlosen Auskunft gegenüber der KZV verpflichtet über alle Bedingungen, Umstände und Tatsachen im Zusammenhang mit der Beauftragung eines ausländischen Labors".*

13. ZWEIJÄHRIGE AUSSCHLUSSFRIST NACH § 3 II DER ANLAGE 4 ZUM BMV-Z

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.11.2003 - L 11 KA 131/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-46**
Honorarrückforderung, Honorarbescheid, Ausschlussfrist, Honorarberichtigung, Honorarberichtigungsantrag
SGB V § 85 IV; BMV-Z § 22

Eine Krankenkasse hat gegenüber einer KZV keinen Anspruch auf Vornahme sachlich-rechnerischer Berichtigungen, wenn die zweijährige Ausschlussfrist des § 3 II der Anlage 4 zum BMV-Z abgelaufen ist. Diese Antragsfrist hat auch Bedeutung für Honorarberichtigungsanträge (vgl. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 27.11.1991 - L 11 KA 149/90 – juris <Ls.>; v. 09.12.1981 - L 11 KA 42/80 –, bestätigt durch **BSG**, Urt. v. 22.06.1983 - 6 RKA 8/82 – juris = USK 83208).

SG Münster, Urt. v. 27.06.2002 – S 2 KA 56/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. FACHKUNDE

1. FACHKUNDENACHWEIS PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT OHNE ZEITLICHE BEFRISTUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.11.2003 - L 10 KA 82/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-47**
Revision zugelassen

Fachkundenachweis, Psychologischer Psychotherapeut, Verhaltenstherapeut, Qualifikation, Richtlinienverfahren
SGB V §§ 95 X, XI, 95c; PsychThG § 12

Die für den Fachkundenachweis nach § 95c SGB V geforderte Qualifikation in einem anerkannten Behandlungsverfahren muss nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt vorliegen. Die für den übergangsdefinierten Fachkundenachweis notwendigen praktischen und theoretischen Qualifikationen in einem Richtlinienverfahren können auch nach dem 01.01.1999 erworben werden. Für eine analoge Anwendung der Befristungsregelungen des § 95 X u. XI SGB V (bis zum 31.12.1998) besteht schon kein Regelungsbedürfnis.

Der 1959 geb. Kl. war von 1994 bis 1996 als Psychologischer Psychotherapeut (Approbation 1999) in der Justizvollzugsanstalt angestellt, bei der er seit 1997 wieder in gleicher Funktion beschäftigt ist. Er gab eine verhaltenstherapeutische Weiterbildung im Umfang von 596 Stunden an. Davon hat er 1998 54 Stunden am von der KBV anerkannten Lehrinstitut für Verhaltenstherapie (KLVT) absolviert. Ferner gab er unter Hinweis auf eine Bescheinigung der JVA mindestens 4000 Stunden psychotherapeutischer Behandlungstätigkeit bis 1998 an. Die KV lehnte den Antrag auf Eintragung in das Arztregister ab, weder seien die geforderte Berufstätigkeit noch die geforderte Theorie in Richtlinienverfahren ausreichend nachgewiesen. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 18.09.2002 – S 33 KA 228/00 – wies die Klage auf Eintragung in das Arztregister ab, gab aber dem Hilfsantrag statt und stellte fest, dass die vom Kl. nach dem 31.12.1998 beim KLVT absolvierten Stunden theoretischer Ausbildung bei der Feststellung des für die Arztregistereintragung erforderlichen Fachkundenachweises zu berücksichtigen sind und der Kläger berechtigt ist, die hierfür erforderlichen Behandlungsstunden unter Supervision auch nach dem 31.12.1998 zu erbringen und nachzuweisen. Das **LSG** wies die Berufung der bekl. KV zurück.

2. AUFSCHIEBENDE WIRKUNG EINER KLAGE UND FEHLENDE FACHKUNDE

SG Hamburg, Beschl. v. 17.09.2003 – S 27 KA 483/03 ER -

RID 04-01-48

Linksherzkatheteruntersuchungen, Genehmigung, Kardiologie, Fachkunde
SGG §§ 86° II Nr. 5, 86b I Nr. 3; SGB V § 135

Die aufschiebende Wirkung einer Klage gegen die Aufhebung der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Linksherzkatheteruntersuchungen ist beim Fehlen der fachlichen Voraussetzungen nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie nicht wiederherzustellen. Eine Gefährdung der Patienten kann nicht ausgeschlossen werden, da eine Katheterintervention grundsätzlich mit einem Risiko verbunden ist (**Streitwert:** 20.000 Euro).

V. MINDESTGRÖÖE FÜR DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXEN

SG Dortmund, Urt. v. 07.11.2003 – S 26 KA 5/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-49

Diabetes-Vereinbarung, Qualitätssicherung, Gesamtvertrag, Schwerpunktpraxis, Patientenzahl
SGB V §§ 73a, 140a ff.; GG Art. 12 I; Diabetes-Vereinbarung KV Westfalen-Lippe

Für eine Vereinbarung, die für die Anerkennung einer diabetologischen Schwerpunktpraxis Mindestzahlen an Diabetikern vorsieht, besteht eine Rechtsgrundlage in §§ 140a ff. SGB V.

Im Ergebnis ähnl. *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 15.10.2003 – S 27 KA 1229/02 - RID 03-04-40; anders für schmerztherapeutische Praxen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 05.02.2003 - L 5 KA 661/00 - RID 03-03-34: Eine vertragliche Regelung, wonach nur solche Ärzte an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnehmen dürfen, die mehr als 100 Patienten im Quartal schmerztherapeutisch behandeln, ist rechtswidrig; eine solche Regelung wird weder aus Gründen der Qualitätssicherung noch durch beschränkte Finanzmittel gerechtfertigt.

Zum Sachverhalt:

Der Kl., ein Allgemeinarzt, wandte sich erfolglos gegen die Nichtanerkennung als diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP), weil er anstatt der geforderten 300 nur 23 Diabetespatienten behandelte. Nach der **Vereinbarung** zur strukturierten und qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus in **Westfalen-Lippe** vom 31.03.2003 nehmen neben bisher anerkannten DSPen solche Praxen teil, die mindestens 300 Diabetiker je Quartal betreuen, davon mindestens 50 Typ-I-Diabetiker, einschließlich Kinder, Jugendliche und Schwangere mit Gestations-Diabetes, insulinpflichtige Typ-II-Diabetiker, Typ-II-Diabetiker mit besonderen Risikopotentialen, Diabetiker mit diabetischen Spätfolgen.

Aus den Gründen:

Der Kläger erfüllt diese quantitativen Mindestvoraussetzungen der Teilnahme an der Vereinbarung nicht. Die Kammer sieht auch in den Regelungen der §§ 140a ff. SGB V eine hinreichende gesetzliche Grundlage für die diesbezüglichen vertraglichen Vereinbarungen. Nach § 140b Abs. 3 SGB V verpflichten sich die Vertragspartner zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Die Zusammenarbeit ist an dem Versorgungsbedarf der Versicherten zu orientieren. Die Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung enthalten nach § 140d SGB V Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der integrierten Versorgung, zu den Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung und über die inhaltlichen Voraussetzungen zur Teilnahme der Verträge an der integrierten Versorgung einschließlich der Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte.

Diese gesetzlichen Regelungen verdeutlichen, dass der Gesetzgeber entgegen der Auffassung des Klägers im Interesse einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Versorgung der Diabetes-Patienten die Vereinbarung von qualitativen und quantitativen Mindestvoraussetzungen der Teilnahme an der integrierten Versorgung ermöglichen wollte. Im Hinblick auf die von dem Kläger behauptete Grundrechtsrelevanz der Teilnahmevoraussetzungen ist zu bemerken, dass vorliegend nicht in den Zulassungsstatus des Klägers eingegriffen wird, sondern lediglich eine im Interesse der Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffene Ausübungsregelung vorliegt. Rechtliche Bedenken gegen die Zulässigkeit dieser Vertragsgestaltung auf der Grundlage der §§ 140a ff. SGB V hat die Kammer nicht.

VI. LABORREFORM '99

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 10.09.2003 – L 5 KA 3000/01 -

RID 04-01-50

Revision anhängig: B 6 KA 2/04 R

Feststellungsklage, Laborreform, Mengenreduzierung, Wirtschaftlichkeitsgebot
SGG § 55 I Nr. 1; SGB V § 87 IIa; EBM (Fassung 1.7.1999) Nrn. 3450,3452

Leitsätze:

1. Eine Feststellungsklage gegen untergesetzliche Normen ist auch dann zulässig, wenn gegenüber dem Kläger kein Verwaltungsakt ergeht, dieser aber durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (hier des vom Bewertungsausschuss geförderten Verhaltens anderer Ärzte) in seiner beruflichen Entfaltung beeinträchtigt wird.
2. Die Laborreform vom 1.7.1999 ist rechtmäßig ; sie findet in § 87 Abs. 2a SGB 5 ihre gesetzliche Grundlage.
3. Der den überweisenden Ärzten eingeräumte "Wirtschaftlichkeitsbonus "ist eine Regelung zur Mengenreduzierung ; er erweist sich für die Laborärzte als eine nicht statusrelevante Berufsausübungsregelung, die den Anforderungen des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit entspricht.

SG Karlsruhe, Urt. v. 14.03.2001 - S 1 KA 2995/99 hat die Klage abgewiesen, das **LSG** in dem 38 Seiten umfassenden Urteil die Berufung zurückgewiesen. Geklagt hatten Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, von denen der Kl. zu 1. zunächst mit R bis Ende 1995, danach mit der Kl. zu 2. eine Gemeinschaftspraxis betrieb, die zum Ende des Quartals IV/99 aufgelöst wurde. Die Umsatzzahlen und Fallzahlen der vom Kl. zu 1. stets mitbetriebebenen Gemeinschaftspraxis stellen sich betreffend die Primär- und Ersatzkassen wie folgt dar:

Quartal	Fallzahl Primärkassen/Ersatzkassen	Honorar Primärkassen	Honorar Ersatzkassen	Summe in DM	Fallwert in DM
1/91	4492/3932	410.911,52	399.232,63	810.144,15	
2/91	4910/4218	478.589,66	407.576,96	886.166,62	
3/91	4543/4015	396.362,06	349.442,79	745.804,85	
4/91	4826/4102	452.165,35	412.799,68	864.965,03	
1/92	5222/4465	486.367,90	398.676,84	885.044,74	
2/92	4255/3575	391.202,69	348.758,79	739.961,48	
3/92	4746/4100	428.804,98	362.000,38	790.805,36	
4/92	5275/4405	493.780,21	423.864,33	917.644,54	
1/93	4610/3759	425.430,62	339.022,01	764.452,63	
2/93	4783/3875	441.267,76	439.042,99	880.310,75	
3/93	4921/4124	459.251,01	438.301,71	897.552,72	
4/93	4779/3836	428.632,85	350.114,35	778.747,20	
1/94	5001/3986	454.483,93	411.830,75	866.314,68	
2/94	4219/3531	298.392,57	259.967,35	558.359,92	
3/94	3948/3251	265.539,03	251.952,36	517.491,39	
4/94	4976/4172	340.777,52	353.496,03	694.273,55	
2/95	4355/3719	255.719,15	256.735,80	512.454,95	
3/95	3359/2964	188.410,77	206.510,24	394.921,01	
4/95	3804/3387	213.333,79	246.669,72	460.003,51	
1/96	5812/4691	302.861,66	274.059,49	576.991,15	54,94
2/96	5317/4612	319.843,75	296.692,86	616.536,61	62,09
3/96	6799/3845	270.797,24	203.728,07	474.525,31	44,58
4/96	7895/4853	363.282,25	222.742,87	586.025,12	46,96
1/97	7574/4665	305.068,11	203.725,92	508.794,03	41,57
2/97	7024/4126	298.707,19	201.920,59	500.627,78	44,90
3/97	6082/3764	269.901,61	215.033,69	484.935,30	49,25
4/97	6516/3748	263.263,81	182.273,02	445.536,83	43,41
1/98	7031/3615	272.753,22	201.079,42	473.832,64	44,51
2/98	8007/4892	360.659,85	269.706,10	630.365,95	48,87
3/98	6196/3610	264.746,41	191.724,86	456.471,27	46,55
4/98	6270/4057	298.787,63	217.145,65	515.933,28	49,96
1/99	6182/3769	334.239,35	241.009,82	575.249,17	57,81
2/99	5502/2820	289.530,25	181.416,96	470.947,21	56,59
3/99	3301/2547	175.261,18	125.893,39	301.154,57	
Nachvergütung 3/99		25.698,24	17.726,28	+43.424,52 344.579,09	58,92
4/99	3401/2761	169.775,96	127.985,46	297.761,42	
Nachvergütung 4/99		25.935,96	19.269,60	+45.205,56 342.966,98	55,65

Die Kl. hatten vor dem LSG den **Antrag** gestellt, das Urteil des SG Karlsruhe aufzuheben und festzustellen, dass a) die Einbeziehung der Auftragsleistungen in die nach dem jeweiligen Abs. 1 in der Präambel zu den Abschnitten O I/II bzw. O III EBM je Arztpraxis (Abrechnungsnummer und Abrechnungsquartal)

gebildeten begrenzten Gesamtpunktzahl rechtswidrig sei und b) die Geb.-Nr. 3452 EBM rechtswidrig sei. Hilfsweise hatten sie verschiedene Beweisanträge gestellt, die im wesentlichen die Annahmen und Wertungen des Bewertungsausschusses zum Gegenstand hatten.

In den Gründen führt das **LSG Baden-Württemberg** zur neuen **Kostenstruktur der Laborleistungen** u.a. aus:

„Soweit die Laborreform bei den Laborärzten zu **Umsatzeinbußen** geführt hat, stellt dies für sich allein keinen Verstoß gegen das **Verhältnismäßigkeitsprinzip** dar.

Diese Neuregelung sorgt im Interesse der Laborärzte dafür, dass die mit den durchgeführten Laboruntersuchungen verbundenen **Kosten** ihnen durch Einräumung eines festen, wenn auch knapp kalkulierten Betrages vollständig erstattet werden. Um einer mit der Einführung fester Erstattungsbeträge im analytischen Teil voraussichtlich verbundenen Ausweitung der Leistungsmenge zu Lasten anderer Arztgruppen entgegenzusteuern, durfte der Bewertungsausschuss eine Neuregelung so ausgestalten, dass nur die wirklich notwendigen und damit wirtschaftlichen Leistungen auch tatsächlich durchgeführt werden. Wenn die Laborärzte deswegen weniger Umsätze erzielen, ist dies nicht unverhältnismäßig.

Angesichts der durch die Ausweitung der Laborleistungen bei gegebener Budgetierung tendenziell erfolgten Minderung der Einkommen von Ärzten in anderen Fachgruppen durfte der Bewertungsausschuss die Regelungen auch so fassen, dass bei strikter Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots **Einkommenseinbußen** bei den Laborärzten eintreten. Dies ist jedenfalls so lange hinzunehmen, als das Einkommen der Laborärzte nicht deutlich unter den Durchschnitt der Einkommen anderer Ärzte absinkt. Hierfür besteht indes kein Anhalt. Die Kläger haben zwar umfangreich vorgetragen, welche Verschiebungen zu Lasten der Laborärzte eingetreten sein sollen, eine unzumutbare Minderung der Einkommen der Laborärzte wurde weder speziell hinsichtlich der Kläger noch allgemein hinsichtlich anderer Ärzte der Fachgruppe vorgetragen und erst recht nicht mit nachvollziehbaren Zahlen belegt.

Ein zentraler Bestandteil der Reform ist die **Festlegung konkreter Geldbeträge** in den GNRn 3500 bis 3890 bzw. 3901 bis 4823 EBM. Damit wird garantiert, dass die Unkosten im analytischen Teil den Laborärzten auch tatsächlich vergütet werden. Soweit Laborärzte in der Vergangenheit im Einzelfall durch eine gute Organisation ihres Labors bei hohen Fallzahlen gut verdient haben und diese Verdienstquelle durch die jetzt knapp kalkulierten konkreten Geldbeträge entfallen ist, werden die Kläger nicht in ihren Rechten verletzt. Denn mit den Vergütungsregelungen des EBM sollen **ärztliche Leistungen entschädigt** werden, nicht aber die Managementleistung in Bezug auf einen effizienten Betrieb eines unter Umständen einem Gewerbebetrieb ähnlichen Labors.

Die für die Höhe des Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit maßgebliche Bemessung der fachärztlichen Grundpauschale nach GNR 3454 EBM wurde von den Klägern nicht gerügt.“

Zur Rspr. zur Laborreform '99 s. zuletzt **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 09.04.2003 - L 5 KA 1753/01 - RID 03-04-28 (Revision anhängig: B 6 KA 55/03 R) (Rechtmäßigkeit des Wirtschaftlichkeitsbonus); **SG Reutlingen**, Urt. v. 25.09.2003 - S 1 KA 1959/00 - RID 03-04-29 (Nachbesserungspflicht des Normgebers auch für die Vergangenheit wegen der Auswirkungen der Neuregelung für die betroffenen Laborärzte) derart krass, dass eine Korrektur mit Wirkung für die Zukunft nicht ausreicht; s. ferner die Hinweise in RID 03-02-A II; zum Wirtschaftlichkeitsbonus s. RID 01-02-A IV.

VIA. GENEHMIGUNG FÜR AMBULANTES OPERIEREN: FACHARZTANERKENNUNG

LSG Bayern, Urt. v. 25.06.2003 – L 12 KA 178/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-51

Qualitätssicherungsmaßnahme, ambulantes Operieren, Facharztanerkennung, Allgemeinmediziner, Phlebologie
SGB V §§ 115b I 1 Nr. 1, EBM Nrn.2860, 2861, 2862

Nach der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrags nach § 115b Abs.1 SGB V" dürfen nur Fachärzten ambulante Operationen und Anästhesien erbringen. Fachärzte für Allgemeinmedizin und praktische Ärzte sowie Ärzten ohne Bezeichnung dürfen ambulante Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbringen, es sei denn, sie haben das Recht zum Führen der Facharztbezeichnung eines Fachgebiets, zu dessen Weiterbildungsinhalt obligatorisch der Erwerb von eingehenden Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in den Operationen des Fachgebiets gehören (§ 3 II 1 Qualitätssicherungsvereinbarung). Eine Zulassung zur fachärztlichen Versorgung kann die fehlende Weiterbildung nicht ersetzen.

Der Kl., ein Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie, wurde mit Beschluss des Zulassungsausschusses 1996 gemäß Abschnitt 5 Nr. 24 Buchst. b der Bedarfplanungsrichtlinien als Allgemeinarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Zulassung erfolgte mit der Maßgabe, dass für ihn nur die ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit der Phlebologie stehen, für eine Übergangszeit von fünf Jahren abrechnungsfähig seien. Er nehme ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teil. Der Kl. übte seine vertragsärzt-

liche Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis mit einem Allgemeinarzt und Phlebologen sowie einem praktischen Arzt aus. 1998 beantragte er die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung) gemäß § 14 des Vertrages nach § 115b I SGB V. Der Antrag bezog sich nur auf phlebologische Operationen, insb. nach EBM-Nrn. 2105, 2106, 2860 und 2862, und wurde abgelehnt. *SG München*, Urt. v. 17.07.2001 – S 22 KA 3304/99 – verurteilte zur Erteilung der Genehmigung. Die *Berufung* führte zur Klageabweisung.

VII. BEFRISTETE GENEHMIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG KÜNSTLICHER BEFRUCHTUNGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.05.2003 - L 11 KA 197/01 -

RID 04-01-52

Revision anhängig: B 6 KA 60/03

Genehmigung, Befristung, künstliche Befruchtung

SGB V §§ 109 II 1, 121a; SGB X § 32 I, II Nr. 1; KHG § 8

Eine Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V darf nicht befristet werden.

Zum Sachverhalt:

Der Kl., ein Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, erhielt für die Durchführung ärztlicher Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, nachdem vier Vertragsärzte für die sog. "höherwertigen Befruchtungsverfahren" eine unbefristete Genehmigung erhalten hatten, auf der Grundlage eines Beschlusses d. Bekl., dass Genehmigungen künftig auf drei Jahre befristet werden sollten, um bis zum Jahr 2000 mit der Beigel. eine qualitätsorientierte Bedarfsplanung abstimmen zu können. Einen Verlängerungsantrag der erstmals 1994 erteilten Genehmigung versah die Bekl. u.a. mit folgenden zusätzlichen Bestimmungen:

2. Die Genehmigung wird befristet vom 01.04.1999 bis zum 31.03.2002 (drei Jahre) erteilt.

4. Die Genehmigung kann widerrufen werden, wenn sich nachträglich die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse ändern und die Genehmigung auf unrichtigen Angaben beruht. Gleiches gilt beim Verstoß gegen spezifische Berufspflichten nach der Berufsordnung.

5. Änderungen der die für die Genehmigung nach § 121a SGB V maßgeblichen Voraussetzungen, eine Änderung der Verfahren, der personellen Besetzung oder der sachlichen Ausstattung sind der Ärztekammer umgehend anzuzeigen. Ein beabsichtigter Wechsel in der Leitung des Teams ist vorher anzuzeigen.

Darüber hinaus enthält der Bescheid zu Ziff. 6 bis 8 qualitätsbezogene Auflagen. Nach Ziff. 9 darf die Beklagte das Fortbestehen der Genehmigung von der Erfüllung weiterer Auflagen abhängig machen. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 15.08.2001 – S 17 KA 13/01 - wies die Klage im Hauptantrag (Aufhebung der Befristung) ab und gab Hilfsantrag auf Neubescheidung statt. Die *Berufung* des Kl. führte zur Feststellung, dass die Befristung in Ziff. 2. rechtswidrig war. Die Berufungen der Bekl. und der Beigel. wurden zurückgewiesen. Im Berufungsverfahren erteilte d. Bekl. eine weitere Genehmigung bis 2005.

Das *LSG Nordrhein-Westfalen* hält die Fortsetzungsfeststellungsklage für begründet. Als Rechtsgrundlage für die Befristung komme nicht § 32 II Nr. 1 SGB X, sondern nur § 32 I SGB X in Betracht, da d. Kl. auf die Erteilung der Genehmigung nach § 121a SGB V einen Rechtsanspruch habe (unter umfängl. Hinweis auf die Komm.-Lit.). Das ergebe sich entgegen dem missverständlichen Wortlaut des § 121a III 1 SGB V, der einen Genehmigungsanspruch grundsätzlich auszuschließen scheine, aus der systematischen Stellung des § 121a III SGB V und der Entstehungsgeschichte der Vorschrift; ein solcher Rechtsanspruch bestehe nur ausnahmsweise dann nicht, wenn eine Auswahl zwischen mehreren Bewerbern notwendig sei, weil mehr Bewerber vorhanden seien als Bedarf bestehe, was der Senat weiter begründet. Die Anspruchsvoraussetzungen lägen aber vor. Eine Befristung sei nicht "durch Rechtsvorschrift zugelassen" (§ 32 I 1. Alt. SGB X). Sie stelle auch nicht sicher, dass die gesetzlichen Voraussetzungen der Genehmigung erfüllt würden (§ 32 I 2. Alt. SGB X). Eine durch die Befristung mögliche Wiederherstellung der Wettbewerbssituation rechtfertige die Befristung schon deshalb nicht, weil sie der gesetzlichen Wertung des § 121a III 2 SGB V zuwiderlaufe.

VIII. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

Vgl. zuletzt **BSG**, Urt. v. 05.11.2002 – B 6 KA 55/02 R –, wonach eine Honorarminderung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise nicht von der für das Praxisbudget maßgeblichen Honoraranforderung abzuziehen ist (Presse-Mitteilung Nr. 56/03); v. 16.07.2003 – B 6 KA 14/02 R – zur Begründungspflicht bei Inhomogenität der Vergleichsgruppe; 16.07.2003 – B 6 KA 45/02 R – zu den Voraussetzungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Einzelleistungen; v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R – zum statistischer Kostenvergleich bei Einzelleistungen; v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R – zum Kürzungsermessens – Honorarkürzung muss in angemessener Weise mit dem festgestellten Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit korrespondieren.

1. VERGLEICHSGRUPPE („SPRECHENDE MEDIZIN“)/BUDGETIERUNGS- MAßNAHMEN

*LSG Rheinland Pfalz, Urt. v. 04.09.2003 – L 5 KA 38/02 –
Revision anhängig: B 6 KA 79/03 R*

RID 04-01-53

Allgemeinarzt, Vergleichsgruppe, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Budgetierungsmaßnahme
SGB V §106; EBM Nr. 10

Eine homöopathisch-anthroposophische Anschauungsweise eines Allgemeinarztes („sprechende Medizin“) begründet jedenfalls bzgl. der Nr. 10 EBM nicht die Bildung einer besonderen Vergleichsgruppe.

Erfolgt im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Reduktion der Leistungen, so sind diese mit ihrem nach Budgetkürzung in die Honorarabrechnung eingegangenen Wert zu berücksichtigen.

Zur **Problematik des Verhältnisses von Wirtschaftlichkeitsprüfung und Budgetierungsmaßnahmen** vgl. **RID 02-01-A V 3** (S. 28) und **RID 01-02-A III 1** (S. 40); zuletzt vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 05.06.2002 – L 11 KA 10/02 – RID 02-04-06 (Revision insoweit unzulässig, vgl. **BSG**, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 33/02 R –) mit ausf. Hinweisen zur Rspr.

Nach **BSG**, Urt. v. 15.05.2002 – B 6 KA 30/00 R – SozR 3-2500 § 87 Nr 32 = MedR 2003, 54 führt die Neustrukturierung der vertragsärztlichen Vergütung durch Praxis- und Zusatzbudgets nicht zum Ausschluss von Wirtschaftlichkeitsprüfungen; nach **BSG**, Urt. v. 05.11.2003 – B 6 KA 55/02 R – können die Prüfungsgremien die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Berücksichtigung der Vorschriften des EBM über das Praxisbudget vornehmen, und müssen die als unwirtschaftlich zu kürzenden Punkte nicht zuvor von dem angeforderten Punktzahlvolumen abziehen; es ist sachgerecht, dass die als unwirtschaftlich gewertete Abrechnung der Leistungen nach Nr. 60 EBM den vom Praxisbudget erfassten Leistungsbereich betroffen hat, und dementsprechend der Punktwert der beanstandeten Leistungen rechnerisch zu Gunsten des Arztes korrigiert wird (vgl. Pressemitteilung Nr. 56/03).

Nach **BSG**, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 25/02 R – ist, soweit Bemessungsgrenzen des HVM das Honorar des Vertragszahnarztes mindern und dies die honorarmäßige Grundlage des **Degressionsabzugs** betrifft, dieser bei der Honorarfestsetzung zu verrechnen.

Zum Sachverhalt:

Im Berufungsverfahren wendet sich die klagende Allgemeinärztin noch gegen Absetzungen der **Nr. 10 EBM** (*Therapeutisches hausärztliches Gespräch zu komplexen erkrankungsbedingten Patientenproblemen und/oder Beratung und Instruktion der Eltern und /oder Bezugspersonen von Kindern oder Jugendlichen mit Verhaltensstörungen oder Suchtproblemen, Dauer mindestens 10 Minuten*) in den Quartalen III/97 bis I/98. Da die in das Praxisbudget fallenden Leistungen bereits von **Budgetierungsmaßnahmen** der KV betroffen waren, wurden die der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugrunde gelegten Ansatzhäufigkeiten der Klägerin jeweils um den Prozentsatz der Budgetkürzung vermindert. Die so reduzierten Werte wurden im Wege der statistischen Vergleichsprüfung mit den Ansatzhäufigkeiten der ausführenden Ärzte der Fachgruppe vor Budgetierungsmaßnahmen verglichen. Die verbleibenden Abweichungen betrugen bei Nr. 10 EBM von 153,09 vH (III/97), 147,12 vH (IV/97) bzw. 120,61 vH (I/98), die Kürzung erfolgte bis zu einer Überschreitung von 40 vH (10.039,26 DM für III/97, 10.334,01 DM für IV/97 bzw. 9.710,28 DM für I/98; insgesamt 15.381,47 €). Die Kl. machte u.a. geltend, sie behandle vor dem Hintergrund einer **ganzheitlich-anthroposophischen und umweltmedizinischen Weiterbildung** insbesondere Patienten mit chronischen Erkrankungen und Beschwerden, vor allem Allergien, mit oft langer Krankheitsvorgeschichte. Die Nr. 10 setze sie nur bei komplexen erkrankungsbedingten Problemen an, die sich vielfach aus der **Summe sogenannter banaler Diagnosen** ergäben. Daneben würden viele Patienten mit gleichzeitigen psychischen Störungen behandelt, denen vor dem Hintergrund einer homöopathisch-anthroposophischen Anschauungsweise **neue Wege in der Krankheits- und Symptombewältigung aufgezeigt** würden. Die Bekl. habe auch in rechtswidriger Weise in das Praxisbudget

hineingekürzt. Richtigerweise müsse die **Wirtschaftlichkeitsprüfung** in der Weise vorgenommen werden, dass **vor der Budgetierung** zunächst die fraglichen Gebührenordnungsziffern gekürzt würden und erst danach das Budget angewendet werde. **SG Mainz**, Urt. v. 10.07.2002 - S 8 KA 181/00 – wies die Klage bzgl. der Nr. 10 EBM ab. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

LSG Rheinland-Pfalz sieht keinen Grund für die Bildung einer **besonderen Vergleichsgruppe** (Allgemeinärzte) aufgrund der von d. Kl. geltend gemachten besonderen Behandlungsausrichtung. Die Praxisstruktur habe sich sowohl hinsichtlich der Zusammensetzung der Patientenklientel als auch hinsichtlich des ärztlichen Diagnose- und Behandlungsangebotes nicht so weit von der Typik der Fachgruppe entfernt, dass der primärärztliche Versorgungsauftrag nicht mehr umfassend wahr genommen werde (**BSG** v. 28.06.2000 - B 6 KA 36/98 R; v. 15.11.1995 - 6 RKA 58/94). **Praxisbesonderheiten** (**BSG** v. 06.09.2000 - B 6 KA 24/99 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 50) habe d. Kl. nicht belegt, ebenso wenig **kompensatorische Einsparungen** (**BSG** v. 05.11.1997 - 6 RKA 1/97- SozR 3-2500 § 106 Nr. 42). Auch sei die erst **nach zuvor erfolgter Budgetierung durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung** nicht zu beanstanden:

„Die Bestimmungen des EBM-Ä über die Praxis- und Zusatzbudgets nach den Allgemeinen Bestimmungen A.1. Teil B beruhen auf der Ermächtigungsgrundlage des § 87 Abs. 2 Satz 1, Abs. 2 a Satz 1 und 2 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992 (BGBl I 2266). Diese Normen lassen die Begrenzung der dem einzelnen Vertragsarzt zustehenden Honorierung zu. Mit Wirkung zum 01.07.1997 ist § 87 Abs. 2 a SGB V durch das 2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23.06.1997 (BGBl I 1520) um Satz 8 ergänzt worden, wonach Obergrenzen für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, vorgesehen werden können. Nach den aufgrund dieser Ermächtigungsgrundlage erlassenen Regelungen des EBM-Ä unterliegen die hierin aufgeführten ärztlichen Leistungen bei bestimmten Arztgruppen nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Praxis und Abrechnungsquartal einer **fallzahlabhängigen Budgetierung**. Diese **begrenzt aber nicht**, worauf der Beklagte zu Recht hinweist, die **Anzahl der abrechenbaren Leistungen**, sondern **lediglich das Ausmaß, bis zu dem Leistungen in voller Höhe vergütet werden**, so dass das auf die einzelnen Leistungen entfallende Honorar abhängig von der Zahl der insgesamt erbrachten Leistungen sinkt (vgl. **BSG** 08.03.2000 - B 6 KA 7/99 R, SozR 3-2500 § 87 Nr. 23). Hieraus folgt, dass im Falle der Budgetüberschreitung nicht einzelne Leistungen aus der Vergütung herausfallen, sondern vielmehr alle abgerechneten Leistungen in entsprechend verminderter Höhe honoriert werden. Erfolgt im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Reduktion der Leistungen, so sind diese mit ihrem nach Budgetkürzung in die Honorarabrechnung eingegangenen Wert zu berücksichtigen. Die von der Klägerin nahe liegender Weise bevorzugte Vorgehensweise würde hingegen die Wirtschaftlichkeitsprüfung jedenfalls bei Budgetüberschreitung ganz- oder teilweise leer laufen lassen, was dem Sinn und Zweck der in § 106 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsprüfung zuwider laufen würde (vgl. hierzu im einzelnen **BSG** 15.05.2002 - B 6 KA 30/00 R, SozR 3-2500 § 87 Nr. 32). Budgetierte Leistungen dürfen folglich mit dem Wert abgezogen werden, den sie im Budget gehabt hätten.“

2. STICHPROBENWEISE EINZELFALLPRÜFUNG MIT HOCHRECHNUNG

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.08.2003 – L 5 KA 1089/03 -

RID 04-01-54

Revision anhängig: B 6 KA 72/03 R

Vergleichsgruppe, Laborarzt, Einzelfallprüfung mit Hochrechnung, Regelprüfmethode, Prüfmethode, Sicherheitsabschlag
SGB V § 106

Die Prüfungsgremien können wegen der geringen Größe der in Frage kommenden Vergleichsgruppe (12 Laborärzte) von der **Regelprüfmethode** des statistischen Kostenvergleiches absehen.

Bei der Prüfmethode der **„stichprobenweisen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung“** handelt es sich um eine durch die Rechtsprechung bereits bestätigte Prüfmethode (vgl. **BSG**, Urt. v. 08.04.1992 SozR 3-2500 § 106 Nr. 10; v. 14.07.1993 - 6 RKA 13/91 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 33; v. 06.09.2000 - B 6 KA 24/99 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 50; **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 20.04.1994, MedR 1994, 499).

Bei einer **größeren Gesamtfallzahl** kann der Anteil der im Einzelnen geprüften Behandlungsfälle weniger als 20% der Gesamtfallzahl betragen (hier: ca. 10% <11.281 kurative Behandlungsfälle> von insgesamt abgerechneten 112.610 Fällen).

Ein höherer **Sicherheitsabschlag** als 5% vom ermittelten Kürzungsbetrag muß bei der "stichprobenweisen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung" nicht eingeräumt werden, wenn von einer hohen Konfidenzwahrscheinlichkeit auszugehen ist.

Der bekl. Beschwerdeausschuss kürzte – wie zuvor der Prüfungsausschuss - im Quartall II/97 das Honorar d. klagenden Arztes für Laboratoriumsmedizin (Fachgruppe - FG - mit 12 Praxen; Fallzahlen Kl./FG kurativ: 112.610/41.057; Mutterschaftsvorsorge 8.617/2.950; Sonstige Hilfen 13/389; Fallwerte in DM 136,28/120,49; 51,45/66,43; 350,00/41,85) um DM 1.927.849,00 aufgrund einer "stichprobenweisen Einzelfallprüfung". Von den 112.610 Fällen zog er eine Stichprobenquote von ca. 10% (ca. 11.281 Fälle) der Gesamtabrechnung, wobei fünf Abrechnungstage (14. April bis 18. April 1997) zufällig ausgewählt worden waren. In seiner Begründung stellte er u.a. das Ergebnis der stichprobenweisen Einzelfallprüfung dar entsprechend den einzelnen 33 Punkten, die der Prüfungsausschuss beanstandet hatte, so z. B. Punkt 1: Bei der Anforderung "Testosteron" (GNR. 4218) zusätzlich SHBG (GNR. 4298), Streichung GNR. 4298 129-mal; Punkt 2: Bei der Anforderung PSA zusätzliche freies PSA ohne erkennbaren Grund (GNR. 4298), Streichung GNR. 4298 210-mal; Punkt 3: Bei der Anforderung DHEA: GNR. 4298) für DHEA frei und GNR. 4233 für DHEA gesamt usw. In Punkt 34 wurden entgegen den übrigen Punkten, welche bestimmte Problemkreise beinhalteten, die verschiedene Patienten betreffen, Auffälligkeiten verschiedenster Art zu unterschiedlichen Problemen aufgeführt mit Streichungen und Zusetzungen einzelner Leistungspositionen. Der Bekl. räumte einen Sicherheitsabschlag in Höhe von 5% von der ermittelten Kürzung ein. Der darüber hinausgehende, als unwirtschaftlich ermittelte Betrag wurde der Kürzung unterzogen. **SG Karlsruhe**, Urt. v. 11.12.2002 – S 1 KA 1281/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ZULÄSSIGER VERTIKALVERGLEICH: KV BREMEN UND AUGENÄRZTE

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.03.2003 – L 11 KA 7/00 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-55
Vertikalvergleich, Horizontalvergleich
SGB V § 106; EBM Nr.1220

Die Quartale des Jahres 1996 durften mit der Methode des Vertikalvergleichs geprüft werden (vgl. zu den Voraussetzungen **BSG** SozR 3-2500 § 106 Nr. 24; Nr. 47; Nr. 55). Im Bereich der KV Bremen ist bei den Augenärzten – wie bei zahlreichen anderen Fachgruppen auch – seit Inkrafttreten des EBM am 01.01.1996 die Anwendungshäufigkeit einzelner Gebührennrn., deren Leistungsinhalt vergleichbar geblieben ist, in einem Umfang (ca. 25 %) angestiegen, der vermuten lässt, dass nicht die medizinische Notwendigkeit dieser Leistungen Ursache für das Ansteigen war.

Der Bekl. führte bei der Kl., einer Augenärztin, für die Quartale I – IV/96 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Heranziehung der Methode des Vertikalvergleichs bzgl. der Nr. 1220 EBM durch. **SG Bremen**, Urt. v. 22.12.1999 – S 24 KA 140/98 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. SPRECHSTUNDENBEDARFSREGRESS: ARTHROSKOPIE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2003 – L 10 KA 32/02 - RID 04-01-56
Orthopäde, Arthroskopie, Spülschläuche, Rollenpumpenschläuche, Drucksensoren für Rollenpumpen, Purisole
EBM Nrn. 2445, 2447, 2449

Ein Facharzt für Orthopädie kann die Kosten für Spülschläuche, Rollenpumpenschläuche, Drucksensoren für Rollenpumpen und Purisole zur Verwendung bei arthroskopischen Untersuchungen und Eingriffen nicht als Sprechstundenbedarf zu Lasten der Krankenkassen verordnen.

SG Dortmund, Urt. v. 29.11.2001 – S 9 KA 109/00 - wies die Klage gegen den Regress (9.231,17 DM) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. RICHTGRÖßENPRÜFUNG KV NORDRHEIN 1999: RÜCKWIRKUNGSVERBOT

SG Düsseldorf, Urt. v. 26.11.2003 - S 14 KA 118/03 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-57
Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen – L 10 KA 54/03 -
Richtgröße, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Rückwirkungsverbot
SGB V §§ 84 III, 106 II 1 Nr. 1 Hs., 2. Variante; GKV-SolG Art. 17; GG Art. 20 III

Eine Richtgrößenvereinbarung für 1999, die erst Ende September 1999 geschlossen und zudem nicht veröffentlicht wird, kann nicht den Steuerungszweck erfüllen und ist nichtig.

Ähnl. wie hier bereits **LSG Berlin**, Beschl. v. 15.05.2003 - L 7 B 29/03 KA ER - RID 03-03-43; Beschl. v. 15.05.2003 - L 7 B 297/02 KA ER - RID 03-04-49; **SG Berlin**, Beschl. v. 08.05.2002 - S 71 KA 76/02 - RID 02-02-28; differenzierend **SG Dresden**, Beschl. v. 15.07.2002 - S 11 KA 594/02 ER - RID 03-02-29 (GesR 2003, 26).

Zum Sachverhalt:

Die Beigeladenen schlossen im Jahre 1998 eine Vereinbarung über das Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget 1998 sowie über Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel (im Folgenden: Vereinbarung 1998) ab, welche im Rheinischen Ärzteblatt 8/98, Seite 57 ff. mit einer Anlage A veröffentlicht wurde. In der veröffentlichten Anlage A sind 4 Zahlen durchgestrichen. Für das Jahr 1999 haben die Beigeladenen eine unter dem Datum des 29.09.1999 unterschriebene Folgevereinbarung (im Folgenden: Vereinbarung 1999) vorgelegt, mit welcher die Budgetobergrenze erhöht wurde, die Anlagen A und B der Vereinbarung 1998 jedoch unverändert weiter gelten sollten. Die Vereinbarung 1999 wurde nicht veröffentlicht.

Der Klägerin, einer Internistin, wurde mit Schreiben (Januar bis Mai 2000) jeweils für die einzelnen Quartale I bis III/99 die "Quartalsbilanz Arzneiverordnung/Richtgrößensumme" übersandt. Nachdem der Prüfungsausschuss ihr korrigierte Quartalsbilanzen Arzneiverordnungen/Richtgrößensumme I und II/99 zugesandt und ferner Prüferferate eingeholt hatte, verhängte er Arzneiregresse in Höhe von insgesamt 13.105,97 Euro. Ihre Klage führte zur Aufhebung des Beschlusses des Beklagten.

Nach **SG Düsseldorf** war das Budget als Obergrenze für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel für das jeweils folgende Kalenderjahr zu vereinbaren (§ 84 I SGB V in der in den Jahren 1998 und 1999 gültigen Fassung). Art. 17 GKV-SolG habe für Vereinbarungen einen Abschluss bis zum März bzw. ein Tätigwerden des Schiedsamts bis zum Juni vorgesehen. Hieraus folgert die Kammer angesichts des Zwecks der Richtgrößen, dass Richtgrößenvereinbarungen aus 1998 längstens bis 31.03.1999 fortgelten und nach Juni 1999 nicht mehr geschlossen werden konnten. Bei den Richtgrößen handele es sich im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V um eine Sollvorgabe, an der sich das Ordnungsverhalten des Vertragsarztes auszurichten habe. Sofern nämlich eine Überschreitung der Richtgrößen nicht durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt sei, führe diese ab einer bestimmten Größenordnung zu Sanktionen in Form von Ordnungsregressen. Dass den Richtgrößen eine präventive Steuerungsfunktion zukomme, entspreche der ganz herrschenden Meinung in Rechtsprechung und Literatur. Diese **steuernde Funktion** habe der Abschluss der Vereinbarung 1999 erst Ende September 1999, zudem nicht veröffentlicht, nicht erfüllen können:

„Die Richtgrößenvereinbarung 1999 ist nicht nur wegen des Verstoßes gegen Artikel 17 GKV-SolG, sondern auch wegen der fehlenden Veröffentlichung unwirksam. Richtgrößenvereinbarungen sind - ebenso wie Prüfvereinbarungen - öffentlich-rechtliche Verträge mit Rechtsnormcharakter im Range untergesetzlichen Landesrechts (vgl. **BSG**, Urteil vom 27.06.2001 -B 6 KA 66/00 R- zu Prüfvereinbarungen), weil sie gegenüber den am Vertragsschluss nicht beteiligten Vertragsärzten unmittelbar rechtliche Außenwirkung entfalten und Sanktionen - hier: Arzneiregresse - rechtfertigen. Richtgrößenvereinbarungen werden deshalb erst dann wirksam, wenn die betroffenen Ärzte durch die in der Satzung vorgesehenen Form, insbesondere durch Veröffentlichung in den jeweiligen Ärzteblättern, hiervon Kenntnis erhalten (vgl. Hauck-Engelhard, § 84 SGB V, Rdnr. 34, 119). Warum die Vereinbarung 1998 (allerdings mit einem unklaren Inhalt der Anlage A und ohne die Anlage B -also die Richtgrößen-) im Rheinischen Ärzteblatt veröffentlicht worden ist, die Vereinbarung 1999 dagegen nicht, ist von den Beigeladenen nicht dargelegt worden. Dass die Veröffentlichung der relativ umfangreichen Richtgrößenvereinbarung drucktechnisch zu bewerkstelligen ist, belegt die Publikation der Richtgrößenvereinbarung 2001 im Rheinischen Ärzteblatt 6/01.

Selbst wenn Art. 17 GKV-SolG hier einer Weitergeltung der Richtgrößenvereinbarung 1998 auch im Jahr 1999 nach § 84 Abs. 4 SGB V 1999 nicht entgegengestanden haben sollte, so scheitert die Fortgeltung bereits daran, dass auch die Richtgrößen 1998 (Anlage B der Vereinbarung 1998) nicht veröffentlicht worden sind. Die förmliche Veröffentlichung von untergesetzlichen Normen kann im Übrigen nicht durch das Übersenden sogenannter Trend-Infos oder anderer "Frühinformationen" an die Vertragsärzte durch die Beigeladene zu 8) ersetzt werden, zumal die Klägerin - wie viele andere Vertragsärzte - bestreitet, derartige Informationen vor dem Jahr 2000 erhalten zu haben. Für die Richtigkeit dieser Ausführungen der Klägerin spricht die Veröffentlichung der Beigeladenen zu 8) in ihrer Zeitschrift KVNO aktuell 6/99 (Juli 1999), Seite 23. ...“

Parallelentscheidung (Quartale I, III und IV/99; Regress insgesamt 98.284,36 Euro):

SG Düsseldorf, Urt. v. 26.11.2003 - S 14 KA 121/03 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-58

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 174/03 -

IX. DISZIPLINARRECHT FÜR ERMÄCHTIGTE ÄRZTE

LSG Bayern, Urt. v. 04.06.2003 – L 12 KA 150/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>
Disziplinalgewalt, Disziplinarrecht, ermächtigter Arzt
SGB V §§ 75 II 2, 81 V, 95 IV 3; Ärzte-ZV § 32a I 1

RID 04-01-59

Auch ermächtigte Ärzte unterliegen der Disziplinalgewalt der KV.

Der Verhängung einer Geldbuße steht der Widerruf einer Ermächtigung nicht entgegen, solange der Widerruf wegen eines Rechtsbehelfs noch nicht bestandskräftig ist. Eine Geldbuße als disziplinarrechtliche Sanktion bleibt anders als etwa eine Verwarnung, wenn sie einmal festgesetzt ist, auch nach Wegfall der Zulassung/Ermächtigung, weiter aufrecht erhalten (vgl. **BSG** in SozR 3-2500 § 81 Nr.6). Verletzt ein Arzt das Gebot der persönlichen Leistungserbringung, das auch für ermächtigte Ärzte gilt (§ 32a I 1 Ärzte-ZV), so kann die Verhängung einer Disziplinarmaßnahme geboten sein.

Der Kläger, ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung "Medizinische Genetik", wurde seit 1994 zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung - ausschließlich Leistungen der medizinischen Genetik - ermächtigt, zuletzt verlängert bis April 1999. Im Dezember 1998 widerrief der Zulassungsausschuss die Ermächtigung, weil der Kl. bei der Erbringung ärztlicher Leistungen nicht persönlich zur Verfügung stehe. Seit Ende des Jahres 1997 sei er tagsüber nicht in der Praxis anwesend gewesen, der Praxisbetrieb sei durch nichtärztliches Personal aufrecht erhalten worden. Hiergegen legte d. Kl. Widerspruch ein. Der Disziplinarausschuss bzw. die KV verhängte im April 1999 eine Geldbuße in Höhe von 20.000 DM. Die hiergegen erhobene Klage wies **SG München**, Urt. v. 10.05.2001 – S 22 KA 1144/99 – ab. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

Zum **Disziplinarrecht** s. zuletzt **BSG**, Urt. v. 28.01.2004 – B 6 KA 21 u. 22/03 R - zur Rechtmäßigkeit einer Disziplinarmaßnahme durch Verhängung einer Geldbuße wegen nicht genehmigter Ausübung einer vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Zweigpraxis; – B 6 KA 4/03 R - zur Beteiligtenfähigkeit eines Disziplinarausschusses (Presse-Mitteilung Nr. 1/04); aus der **Instanzenpraxis** s. zuletzt RID 03-03-A VIII 1 m.w.N.

X. GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE: KEINE ARZTREGISTEREINTRAGUNG

SG Karlsruhe, Urt. v. 20.08.2003 – S 1 KA 4414/02 -

RID 04-01-60

Vertragspsychotherapeut, Fachkunde, Gesprächspsychotherapeut, Gesprächspsychotherapie, Gesprächstherapie, neue Behandlungsmethode, Berufsausübungsfreiheit, Richtlinienverfahren
SGB V §§ 92, 95c, 135; GG Art. 12

Die Gesprächstherapie ist keine anerkannte Behandlungsmethode und von daher keine Grundlage für eine Arztregistereintragung.

Es kann offen bleiben, ob sich ein psychotherapeutischer Leistungserbringer auf ein sog. Systemversagen berufen kann, da mit der Entscheidung des Bundesausschusses im Jahre 1998, die Gesprächstherapie nicht in die Psychotherapierichtlinien aufzunehmen, ein Systemversagen nicht vorliegt. Diese Entscheidung verstößt nicht gegen Art. 12 GG.

Das **SG** wies die Klage eines Sozialpädagogen und approbierten KJP auf Eintragung in das Arztregister ab; als Fachkundenachweis hatte er nur Dokumentationen in Bezug auf die Gesprächstherapie vorgelegt.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 15.10.2003 - S 27 KA 3870/02 - RID 03-04-39 sieht ebf. für Vertragspsychotherapeuten gegenwärtig keinen Anspruch auf Anerkennung ihrer Fachkunde als Gesprächspsychotherapeuten, da hierfür keine Rechtsgrundlage vorhanden ist; sie können eine neue Behandlungsmethoden nicht einklagen; diese Einschränkung ihrer Berufsausübungsfreiheit ist ihnen zumutbar. Mittlerweile ist ein **Antragsverfahren** vor dem **Bundesausschuss** anhängig.

XI. ZULASSUNGSRECHT

Vgl. zuletzt **BSG**, Urt. v. 05.11.2003 – B 6 KA 11/03 R – zum Auswahlermessen des Berufungsausschusses bei mehreren Bewerbern für eine Nachfolgezulassung; – B 6 KA 52/02 R – zur Ermächtigung einer Psychotherapieambulanz nach § 117 II SGB V; – B 6 KA 53/02 R – zur Ablehnung eines Anspruchs auf bedarfsabhängige Zulassung in dem für Psychotherapeuten wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich Waldshut; – B 6 KA 2/03 R – zur Zulässigkeit einer Auflage als Nebenbestimmung, um die sog. Residenzpflicht (§ 24 II Ärzte-ZV) durchzusetzen, wobei die Entfernung zwischen Praxis und Wohnung eines Vertragsarztes 30 Minuten betragen darf (alle Presse-Mitteilung Nr. 56/03); v. 16.07.2003 – B 6 KA 34/02 R – zur Zulässigkeit einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis von Laborärzten; v. 16.07.2003 – B 6 KA 49/02 R – zu den Voraussetzungen einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis.

1. PSYCHOTHERAPEUTEN:

A) ZEITFENSTER – KLINIKUMSABRECHNUNG MIT SONST. KOSTENTRÄGERN

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 25.08.2003 – S 27 KA 1655/00 –
Psychologischer Psychotherapeut, Zulassung, Zeitfenster
SGB V § 95 X

RID 04-01-61

Behandlungsstunden zulasten „sonstiger Kostenträger“, die zudem nicht von der Psychotherapeutin selbst, sondern durch das Klinikum abgerechnet wurden, können nicht auf das sog. Zeitfenster angerechnet werden.

Das **SG** wies die Klage einer KJP auf bedarfsunabhängige Zulassung ab.

Zur Rspr. d. **BSG** und des **BVerfG** s. die Hinweise in RID 03-03-A IX 1 a (S. 39); aus der Instanzenpraxis s. zuletzt **LSG Berlin**, Urt. v. 04.06.2003 – L 7 KA 286/02 – RID 03-04-53.

B) FACHKUNDENACHWEIS VERHALTENSTHERAPIE UND ENTWÖHNUNGS- BEHANDLUNG VON RAUCHERN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.10.2003 – L 5 KA 3590/02 –
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 125/03 B 05.

RID 04-01-62

Psychologischer Psychotherapeut, Zulassung, Fachkundenachweis, Verhaltenstherapie, Raucherentwöhnung
SGB V §§ 95 X, 95c II Nr. 3; PsychThG § 12 III; Psychotherapie-Richtlinien (Fassung 17.12.1996) Abschnitt A Ziff.1; Abschnitt D Ziffer 1.3.1

Leitsätze:

Behandlungsstunden für die Entwöhnung von Rauchern können nicht auf den Fachkundenachweis angerechnet werden. Die Entwöhnungsbehandlung von Rauchern zählt nicht zur Verhaltenstherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien. Wer raucht leidet im Sinne dieser Richtlinien nicht unter einer "seelischen Erkrankung" und nimmt auch keine "Drogen".

Der 1953 geb. Kl., seit 1990 mit Heilpraktikererlaubnis, seit 1999 approbierter Psychologischer Psychotherapeut, war u. a. auch in den Jahren 1987, 1988 an der Entwicklung, Anwendung und Evaluation eines neuen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepts zur Rauchertherapie in Zusammenarbeit mit der AOK S. beteiligt. Ab Herbst 1989 war er weiterhin an der Installierung und Weiterführung seines „Freiburger Raucher - Therapie-Projekts“ in Zusammenarbeit mit der AOK S. tätig sowie an der Durchführung von Rauchertherapien (Teilnahmemöglichkeit unabhängig von der Kassenzugehörigkeit). Der **Berufungsausschuss** lehnte die Auffassung d. Kl., auch die Raucherentwöhnungstherapie gehöre zur Verhaltenstherapie, ab; die dokumentierten 60 Behandlungsfälle, bezogen auf die Kleingruppenbehandlung bei der Diagnose Nikotinabhängigkeit, reiche für den Fachkundenachweis nicht aus. **SG Freiburg**, Urt. v. 29.05.2002 – S 1 KA 3538/99 – verpflichtete zur Zulassung; es war der Auffassung, Nikotinabhängigkeit bedeute nichts anderes als Drogenabhängigkeit, die Entwöhnung von Drogen sei aber, wie sich aus den Psychotherapierichtlinien ergebe, ein wesentlicher Anwendungsbereich für Verhaltenstherapie. Wegen der dahinter stehenden verschiedenen seelischen Konflikte greife auch der Einwand der Spezialisierung nicht. Auf Berufung d. Bekl. wies das **LSG** die Klage ab.

2. ABSINKEN DER ÄRZTEZAHL UNTER OBERGRENZE FÜR ÜBERVERSORGUNG

SG München, Beschl. v. 12.08.2003 – S 32 KA 536/03 ER – juris = Breith 2003, 809
Bedarfsplanung, Zulassungsbeschränkung, Überversorgung
SGB V §§ 103 III; BedarfspIRL-Ä

RID 04-01-63

Leitsätze:

1. Bei einem Absinken der tatsächlichen Anzahl zugelassener Vertragsärzte unter die Obergrenze eines wegen Überversorgung gesperrten Gebiets bedarf es keines "Aufhebungsbeschlusses" - auch nicht eines solchen unter Auflagen - des Landesausschusses nach § 103 III SGB V. Die entgegenstehende Bestimmung des Satzes 1 des Abschn. 4 Nr. 23 BedarfspIRL-Ä idF v. 9.3.1993 u. v. 21.9.1999 ist nichtig.
2. Solange der Bundesausschuss nichts anderes festlegt, dürfen die Zulassungsgremien die (zeitliche) Reihenfolge des Abschn. 4 Nr. 23 S 2 BedarfspIRL-Ä zB als datumsmäßige statt als tageszeitliche in einer "Verwaltungsübung" interpretieren; der Landesausschuss darf ihnen dies nicht vorschreiben.

3. ABGRENZUNG DER PLANUNGSBEREICHE IN BREMEN/UNBILLIGE HÄRTE

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.03.2003 – L 11 KA 17/00 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-64
Planungsbereich, Unterversorgung, unbillige Härte, Ehe, Familie
SGB V §§ 99 ff., 100; ZV-Zahnärzte §§ 3 12 ff., 16; GG Art. 6 I, 12 I

Die Abgrenzung der Planungsbereiche für die zahnärztliche Versorgung in Bremen lehnt sich der Gliederung des Stadtgebiets Bremen in Bezirke, Stadtteile und Ortsteile an und ist rechtmäßig. Insgesamt gibt es in Bremen 19 Planungsbereiche für die zahnärztliche Versorgung bei einer Einwohnerzahl von etwa 545.000. Diese Abgrenzung der Planungsbereiche ist somit nicht annähernd vergleichbar mit den Einteilungen in Berlin und Hessen, die *SG Berlin*, Urt. v. 14.01.1998 - S 79 KaZ 19/96 - bzw. *BSG*, Urt. v. 03.12.1997 - 6 RKa 64/96 - BSGE 81, 207 = SozR 3-2500 § 101 Nr. 2 als rechtswidrig angesehen haben.

Wegen der bestehenden Unterversorgung in einigen Planungsbereichen und der unmittelbar drohenden Unterversorgung in weiteren Planungsbereichen können alle anderen Planungsbereiche, auch die nicht überversorgten, gesperrt werden.

Eine Ausnahme wegen einer unbilligen Härte nach § 16 V Zahnärzte-ZV ist gerichtlich voll nachprüfbar (vgl. *BSG* SozR 3-2500 § 98 Nr. 3). Auch eine Ärztin, die an sich durch Ehe und Familie ortsgebunden sein könnte, muss im Interesse einer optimalen Versorgung der Patienten in einen Planungsbereich ausweichen, der unterversorgt ist.

Von dem klagenden Zahnärztehepaar war der Ehemann seit 1996 aufgrund einer Härtefallentscheidung als Vertragszahnarzt zugelassen. Die 1961 geb. Ehefrau erhielt keine Zulassung für den Praxissitz des Ehemannes, da das Planungsgebiet gesperrt sei. Beide beantragten die Feststellung, dass die Versagung der beantragten Zulassung und der Genehmigung zur Führung einer zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis rechtswidrig sei, hilfsweise Neubescheidung. *SG Bremen*, Urt. v. 19.04.2000 – S 1 KA 158/99 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. GLEICHZEITIGE TEILNAHME AN DER HAUS- UND FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG

LSG Hamburg, Beschl. v. 15.12.2003 – L 2 B 156/03 ER -

RID 04-01-65

Internist, haus- und fachärztliche Versorgung, Teilnahme, Anordnung der sofortigen Vollziehung
SGB V § 73 Ia; SGG §§ 86a, 86b

Gerichtlicher Prüfungsmaßstab nach § 86b I 1 Nr. 1 SGG ist derjenige, den die Behörde nach § 86a II Nr. 5 SGG anzulegen hat. Das Gericht entscheidet nach Ermessen aufgrund einer Interessenabwägung. Liegen keine Erkenntnisse über eine Versorgungslücke für gastrokopische Leistungen vor, die von fachärztlichen Internisten allein nicht geschlossen werden kann, so dass auf hausärztliche Internisten zurückgegriffen werden muss, so liegt kein öffentliches Interesse für die Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Ermächtigung zur Durchführung gastrokopischer Leistungen vor.

Zur gleichzeitigen Teilnahme an der haus- und fachärztlichen Versorgung s. zuletzt RID 03-04-A IV 9 (S. 39).

5. ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN EUROPARECHTSKONFORM

LSG Hamburg, Urt. v. 30.07.2003 – L 2 KA 1/00-

RID 04-01-66

Zulassungsentziehung, Altersgrenze, 68-Jahre-Grenze, Diskriminierungsverbot,
SGB V § 95 VI, VII; Ärzte ZV §§ 18, 19, 20, 21, 27

Die Regelung, wonach die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bei Vertragsärzten am 01.01.1999 endet, die an diesem Tag das 68. Lebensjahr bereits vollendet haben, ist verfassungsgemäß. Sie verstößt auch nicht gegen Europarecht, insbesondere auch nicht gegen das Diskriminierungsverbot (Art. 12 EGV).

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 30.12.1999 – S 27 KA 396/98 - wies die Klage des 1929 geb. und seit 1964 als Vertragsarzt zugelassenen Klägers ab, der eine Fortsetzung seiner Tätigkeit über das Jahr 1998 trotz Überschreitens der Altersgrenze begehrte. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

Zur **Verfassungsmäßigkeit** s. **BSG**, Urt. v. 25.11.1998 - B 6 KA 4/98 R - BSGE 83, 135 = SozR 3-2500 § 95 Nr. 18; **BVerfG**, Kammerbeschl. v. 31.03.1998 - 1 BvR 2167/93, 1 BvR 2198/93 - SozR 3-2500 § 95 Nr. 17 = NJW 1998, 1776.

Nach **BSG**, Urt. v. 08.11.2000 - B 6 KA 55/00 R - BSGE 87, 184 = SozR 3-2500 § 95 Nr. 26 ist die für Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung geltende Altersgrenze von 68 Jahren auch auf Psychologische Psychotherapeuten anzuwenden. Auf den 20-Jahres-Zeitraum, um den die Altersgrenze hinausgeschoben werden kann, sind vor dem 01.01.1999 zurückgelegte Tätigkeiten im Delegations- und Kostenerstattungsverfahren anzurechnen; nach **BSG**, Urt. v. 12.09.2001 - B 6 KA 45/00 R - SozR 3-2500 § 95 Nr. 32 sind bei der Verlängerung der Zulassung über das 68. Lebensjahr hinaus für Ärzte, die noch nicht 20 Jahre zugelassen waren, solche Zeiten anzurechnen, in denen sie aufgrund einer Ermächtigung in niedergelassener Praxis mit voller Arbeitskraft Versicherte der Primär- und Ersatzkassen behandeln konnten.

Zur **Instanzenpraxis** s. zuletzt RID 03-03-51 u. 52; s.a. zur Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung **LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 05.06.2002 - L 5 KA 115/02 ER-B – juris; zur Geltung der Altersgrenze für Entlastungssass. s. **SG Karlsruhe**, Urt. v. 12.12.2001 - S 1 KA 1491/01 - MedR 2002, 601.

6. GEBÜHRENVORSCHUSS UND FIKTION DER WIDERSPRUCHSRÜCKNAHME

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 18.11.2003 – L 11 B 47/03 KA ER - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-67

Widerspruch, Zulassungsausschuss, Rücknahme, Gebühr

SGB V §§ 73 Ia, 97 II 3, 98 II Nr. 3 u. 4; Ärzte-ZV §§ 45 I, 46 I; GG Art. 19 IV

§ 45 I 1 Ärzte-ZV, wonach der Widerspruch gegen einen Beschluss des Zulassungsausschusses als zurückgenommen gilt, wenn die nach § 46 I Ärzte-ZV fällige Gebühr von 50 Euro (§ 46 I 1 Buchst. d) Ärzte-ZV) nicht innerhalb der gesetzten Frist entrichtet wird, gilt für alle Entscheidungen, die Zulassungs- und Berufungsausschüsse zu treffen haben, auch für Widersprüche gegen die Versagung einer Ausnahmeregelung gem. § 73 Ia 3 SGB V.

§ 45 I 1 Ärzte-ZV verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 02.07.2003 – S 33 KA 62/03 ER - wies den Antrag des in Gemeinschaftspraxis mit einer Fachärztin für Allgemeinmedizin tätigen Internisten auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück. Gegen die Versagung einer Ausnahmeregelung gem. § 73 Ia 3 SGB V, fachärztliche Leistungen nach Nrn. 741, 609 und 680 EBM erbringen zu dürfen, hatte er Widerspruch eingelegt, ohne den Gebührenvorschuss gemäß § 46 I Ärzte-ZV einzuzahlen (s.a. Streitwertfestsetzung).

7. KEINE ERMÄCHTIGUNG BEI FEHLENDER FACHGEBIETSANERKENNUNG

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 25.11.2003 – S 27 KA 3791/03 ER -

RID 04-01-68

Ermächtigung, Fachgebietsanerkennung, Facharzt, Psychotherapie, Zulassung

SGB V §§ 95a, 97 IV 98 II Nr. 11; 116; SGG §§ 86a II, III; GG Art. 19 IV; Ärzte-ZV 31; BMV-Ä §§ 5 I, 5a I

Ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist auch in Zulassungssachen bereits vor einer Entscheidung des Berufungsausschusses zulässig (gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 04.09.2002 - L 10 B 2/02 KA ER - MedR 2003, 310).

Durch eine Ermächtigung kann nicht die Voraussetzung einer Zulassung, wonach eine Fachgebietsanerkennung notwendig ist, umgangen werden.

Eine Ermächtigung kann an einen Arzt, der nicht in einem Krankenhaus oder an einer anderen Einrichtung beschäftigt ist, nicht ausgesprochen werden (Festhalten an *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 20.09.2000 – S 27 KA 715/99 – RID 00-04-34).

Das *SG* wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung der 1949 geb. Ast. auf vorläufige Ermächtigung für die Anwendung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (Nrn. 1, 860 bis 862, 868, 870 bis 872 sowie nach Nrn. 855 bis 857 EBM) zurück. Die Ast., approbierte Ärztin, aber ohne Weiterbildung und Facharztanerkennung, war vom Zulassungsausschuss jeweils für zwei Jahre seit 1998 ermächtigt worden, zuletzt bis zum 30.09.2003. Dieser lehnte eine weitere Ermächtigung ab, da die Versorgung nunmehr sichergestellt sei. Gegen die Ablehnung einer weiteren Verlängerung läuft noch das Widerspruchsverfahren.

Zur **Zulässigkeit des einstweiligen Rechtsschutzes** s. RID 03-04-A IX 4 (S. 39).

8. ERMÄCHTIGUNG - STELLUNGNAHMEN VON BERUFSVERBÄNDEN

SG Hamburg, Urt. v. 22.10.2003 – S 27 KA 191/01 .-

RID 04-01-69

Nervenarzt, Berufsverband, Überversorgung, Versorgungsbedarf
SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31

Auch wenn in einem Planbereichen Überversorgung festgestellt ist, enthebt dies nicht die Zulassungsgremien selbst zu prüfen, ob Unterversorgung bei einer bestimmten Leistung oder Leistungsgruppe besteht.

Verneinen Stellungnahmen eines Hausärzteverbandes und des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte in Kenntnis der Einwände eines Antragstellers einen Versorgungsbedarf (hier: Versorgung Demenzerkrankter) eindeutig, so können die Zulassungsgremien hierauf ihre Entscheidung stützen.

9. ZEUGENVERNEHMUNG NACH RECHTSHILFEERSUCHEN DES BERUFUNGSAUSSCHUSSES

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 26.08.2003 – L 5 KA 2906/03 B -

RID 04-01-70

Berufungsausschuss, Zeugenvernehmung, Rechtshilfeersuchen, Amtsermittlung
SGB I § 37 I; SGB X § 21, 22; Ärzte-ZV §§ 39, 45 III

Für vom Berufungsausschuss benannte Zeugen besteht eine Pflicht zur Aussage i.S.d. § 21 III 1 SGB X. Eine solche Pflicht folgt aus dem Sinn und Zweck der Pflicht zur Beweiserhebung (§§ 39 I, 45 III Ärzte-ZV), dies insb. vor dem Hintergrund, dass es auch im Interesse des in seinen Grundrechten aus Art. 12 GG betroffenen Arztes sein muss, dass bei einem Verfahren über die Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit möglichst zeitnah und schon im „Verwaltungsverfahren“ der Sachverhalt vollständig ermittelt wird.

Einem Rechtshilfeersuchen des Berufungsausschusses zur Zeugenvernehmung haben die Sozialgerichte Folge zu leisten.

Vom Berufungsausschuss geladene Zeugen erschienen dort nicht zum Verhandlungstermin. Daraufhin beantragte dieser beim Gericht die Vernehmung der Zeugen gem. § 22 SGB X im Wege der Rechtshilfe. *SG Karlsruhe*, Beschl. v. 21.05.2003 - S 1 KA 3786/02 AR-RH - lehnte das Rechtshilfeersuchen als unzulässig ab, weil die Amtsermittlungspflicht allein keine Pflicht zur Zeugenaussage begründe und damit die Voraussetzungen nach § 21 III SGB X nicht vorlägen. Die Beschwerde des Berufungsausschusses führte zur Feststellung des *LSG*, dass das SG gemäß dem Antrag die vom Berufungsausschuss benannten Zeugen im Wege der Rechtshilfe zu vernehmen habe.

10. REICHWEITE DER BEGRÜNDUNGSFRIST UND BETEILIGTENSTATUS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.07.2002 – L 10 KA 3/02 - GesR 2003, 77

RID 04-01-71

Begründungsfrist, Zulassungsentziehung, Gemeinschaftspraxis, Widerspruchsverfahren
SGB V §§ 95, 96, 97; SGB X § 36; Ärzte-ZV §§ 44, 45, 46; SGG §§ 84, 85

Die Rechtsbehelfsbelehrung in Zulassungssachen "Der Widerspruch muss den Bescheid, gegen den er sich richtet, bezeichnen und ist zu begründen" entspricht nicht den Vorgaben des § 44 S. 1 Ärzte-ZV.

Die durch die Präposition "mit" in § 44 S. 1 Ärzte-ZV zum Ausdruck gebrachte Gemeinsamkeit bzw. Gleichzeitigkeit wird durch die Konjugation "und" nicht erreicht. Für die Widerspruchsbegründung gilt dann die Jahresfrist des § 66 II 1 SGG.

Die Widerspruchsbegründungspflicht ist durch höherrangiges Recht nicht gedeckt.

Nichtzulassungsbeschwerde:

BSG, Beschl. v. 16.07.2003 - B 6 KA 77/02 B - juris

RID 04-01-72

Es kann kein vernünftiger Zweifel daran bestehen, dass die vom Zulassungsausschuss gewählte Rechtsmittelbelehrung unrichtig ist (vgl. a. Beschl. des **Senats** v. 21.05.2003 - B 6 KA 20/03 B - RID 03-04-86). Nach der Rspr. des Senats ist § 44 Satz 1 Ärzte-ZV mit Rücksicht auf den gemäß § 97 III 1 SGB V anzuwendenden § 84 I SGG dahin auszulegen, dass der Widerspruch "binnen eines Monats mit Angabe von Gründen einzulegen" ist, dh, dass "binnen dieser Monatsfrist auch Gründe anzugeben sind" (**BSG** SozR 3-5520 § 44 Nr. 1 S 5). Eine Rechtsbehelfsbelehrung muss dieses von den allgemeinen Regelungen über das Widerspruchsverfahren abweichende Erfordernis in unmissverständlicher Weise zum Ausdruck bringen.

Vgl. zuletzt m.w.N. **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 21.11.2002 - L 5 KA 73/01 - RID 03-04-66 (Revision anhängig: B 6 KA 69/03 R).

XII. VERGÜTUNGSANSPRUCH BEI „NOTBEAUFTRAGUNG“ EINES WOHNHEIMARZTES

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 12.03.2003 –S 29 KA 3711/98 -

RID 04-01-73

Vergütungsanspruch, Notbeauftragung, öffentlich-rechtlichen Vertrag, Zulassung
SGB V §§ 120 I, SGB X § 55

Auf den Vergütungsanspruch eines im Rahmen einer „Notbeauftragung“ für bestimmte Einrichtungen tätigen Arztes findet § 120 I SGB V keine Anwendung.

Bei einer „Notbeauftragung“ für bestimmte Einrichtungen handelt es sich um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag zwischen der KV und dem Arzt, wenn diese nicht von den gesetzlich vorgesehenen Zulassungsgremien begründet wurde.

Die Klägerin betreibt u.a. Wohnheime für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, für deren ärztliche Versorgung die bekl. KV dem beigeladenen Arzt A eine „Notbeauftragung“ – widerruflich bis zum Tag seiner Ermächtigung - erteilte. D. Kl. schloss mit A eine „Vereinbarung über die Freie Mitarbeit“, wonach A eine feste Vergütung erhielt, dafür aber sein Honorar an d. Kl. abzuführen hatte. A gab deshalb gegenüber der KV das Konto der Kl. an, worauf diese sein Honorar überwies. A war vom 10.04. bis zum 31.10.1997 tätig. Anschließend erhielt d. Kl. unmittelbar eine „Notbeauftragung“. Nach Festsetzung einer Honorarberichtigung (bestandskräftig) bzgl. A (II/97: 31.097,08 DM; III/97: 36.630 DM) rechnete die KV einen Teilbetrag mit dem Honorarkonto d. Kl. auf. Die hiergegen erhobene Leistungsklage wies das **SG** ab, weil sich auf dem Konto d. Kl. auch die zugunsten A zu Unrecht geleisteten Honorarbeiträge befunden hätten, wodurch d. Kl. ungerechtfertigt bereichert gewesen sei.

BSG, Urt. v. 12.10.1994 - 6 RKa 45/93 - USK 94138 hat es für die „Notbeauftragung“ einer **Städtischen Klinik** zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung (strahlentherapeutische Leistungen) dahingestellt sein lassen, ob es eine Rechtsfigur der Notbeauftragung in dem von der Beklagten verwendeten Sinn überhaupt im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gibt.

XIII. VERTRAG ÜBER POLIKLINIKVERGÜTUNG OHNE LEISTUNGSERBRINGER

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 12.03.2003 –S 29 KA 1854/98 -

RID 04-01-74

Vergütungsvertrag, Poliklinik, Poliklinikvergütung, Gesamtvertrag
SGB V §§ 117, 120; SGB X § 40

Ein Vergütungsvertrag über die Pauschalierung von Poliklinikvergütungen kann nur auf der Grundlage allein des § 120 III 1 SGB V, nicht auf der des § 117 III iVm § 120 III 1 SGB V geschlossen werden (im Anschluss an **BSG**, Urt. v. 15.03.1995 - 6 RKa 36/93 - BSGE 76, 48 = SozR 3-2500 § 120 Nr. 5). Der Vertrag ist von den Partnern der Gesamtverträge zu schließen, die Leistungserbringer sind

nicht zu beteiligen. Wird er vom Klinikträger (hier: dem Land Hessen) und der KV geschlossen, so ist er auch dann nichtig, wenn ein Einvernehmen mit den anderen Partnern der Gesamtverträge besteht. Die Nichtigkeit trat spätestens mit Inkrafttreten (01.01.1993) des Art. 26 GSG ein.

Das klagende Universitätsklinikum (als Rechtsnachfolger des Landes) wandte sich ohne Erfolg gegen die Berichtigungen verschiedener Abrechnungen im Quartal II/95, mit denen die bekl. KV unter Hinweis auf eine Sprechstundenbedarfsvereinbarung Kosten für Katheter, Kontrast- und Arzneimittel abgesetzt hatte.

XIV. ERWEITERTE HONORARVERTEILUNG DER KV HESSEN (EHV)

LSG Hessen, Beschl. v. 17.11.2003 – L 7 KA 869/03 ER -

RID 04-01-75

Einstweiliger Rechtsschutz, Verwaltungsakt, kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, Erweiterte Honorarverteilung, EHV, Kontoauszug
SGB V § 85 IV; SGG §§ 54 I, IV, 86b, 123

§ 85 IV 9 SGB V stellt nunmehr klar, dass der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Klage auch für Bescheide gilt, welche den Honoraranspruch ändern oder aufheben. Dies gilt auch für Ansprüche der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen (EHV), da es sich hierbei um eine Regelung der Verteilung des Honorars i.S.d. Rechts der ärztlichen Leistungserbringer des SGB V handelt.

Scheidet kraft gesetzlicher Regelung die aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Klage aus, so ist das Gericht auch nach ausdrücklicher Belehrung an die gestellten Anträge nicht gebunden und ist ein Antrag auf Feststellung der aufschiebenden Wirkung in einen Antrag nach § 86b I 1 Nr. 2 oder § 86b II SGG umzudeuten.

Kann das Rechtsschutzziel nur in einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungs- bzw. Verpflichtungsklage erreicht werden, so ist ein Antrag nach § 86b I SGG unstatthaft.

Leistungen der EHV werden, soweit der „Grundlagenbescheid“ nicht betroffen ist, jeweils nur für ein Abrechnungsquartal festgestellt.

Ein Anordnungsgrund liegt bei einer Absenkung der EHV um weniger als 5 % im Quartal bei weiteren Alterseinkünften eines Antragstellers nicht vor.

Die Kontoauszüge und Quartalsabrechnungen, die Leistungsberechtigten nach der EHV übersandt werden, sind als Verwaltungsakte zu deuten.

Die EHV-Satzung i.d.F.d. Bekanntmachung v. Oktober 2001 ist jedenfalls nicht offenkundig rechtswidrig.

Die Herabsetzung der „Verteilungsmasse“ der EHV durch Neuberechnung des Faktors „besondere Kosten“ ändert nicht die „Rangstelle“ des mit dem Grundlagenbescheid zugebilligten Prozentsatzes.

Zur Vorinstanz und zum Sachverhalt s. **SG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 08.08.2003 - S 27 KA 2535/03 ER - RID 03-04-73; das **LSG** wies die Beschwerde d. Ast. zurück.

Zu § 85 IV 9 SGB V s.a. **SG Karlsruhe**, Beschl. v. 18.02.2003 - S 1 KA 4323/02 ER - RID 03-02-27 (juris).

XV. VERFAHRENSRECHT

1. ALLEINIGE ABWEHRBEFUGNIS BEI GESAMTSCHULD (PRAXISGEMEINSCHAFT)

SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 22.10.2003 – S 27 KA 203/02 -

RID 04-01-76

Gemeinschaftspraxis, Gesamtschuldner, Streitgenossenschaft, Beiladung
BGB §§ 421 ff.; SGG §§ 74, 75; ZPO § 62

Die Partner einer Gemeinschaftspraxis haften gegenüber Honorarrückforderungen der KV als Gesamtschuldner i.S. der §§ 421 ff. BGB. Ein Gesamtschuldner ist berechtigt, eine Forderung, die - allein oder auch - ihm gegenüber geltend gemacht wird, allein abzuwehren. Ein Fall notwendiger Streitgenossenschaft i.S. des § 74 SGG i.V.m. § 62 ZPO ist ebensowenig wie ein Fall notwendiger Beiladung (§ 75 II SGG) gegeben (im Anschluß an **BSG**, Urt. v. 12.12.2001 - B 6 KA 3/01 R - BSGE 89, 90 = SozR 3-2500 § 82 Nr. 3).

Das **SG** wies die Klage, die der Kl. allein erhoben hatte, gegen eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung gegen die von ihm mit E geführte Gemeinschaftspraxis als zulässig, aber unbegründet ab.

2. AUFSCHIEBENDE WIRKUNG DER KLAGE GEGEN SICHERUNGSEINBEHALT

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 06.01.2004 - L 11 B 17/03 KA ER - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-77**
Sicherungseinbehalt, Fehlabrechnung, Schadenersatzanspruch, Sofortvollzug, sofortige Vollziehung
SGB V § 85 IV 9; SGG § 86a I, II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

Eine Satzung einer KV kann eine Ermächtigungsgrundlage für einen Sicherungseinbehalt für den Fall einer möglichen Verpflichtung zur Honorarrückzahlung wegen einer Fehlabrechnung oder eines Schadenersatzanspruches vorsehen.

§ 85 IV 9 SGB V findet auf den Fall des Sicherungseinbehalts unmittelbar keine Anwendung.

Die Begründung für die Anordnung des Sofortvollzugs kann nicht mit heilender Wirkung für die Vergangenheit nachgeholt werden.

SG Münster, Beschl. v. 14.02.2003 - S 2 KA 146/02 ER – stellte die aufschiebende Wirkung der Klage gegen einen Bescheid über einen Honorareinbehalt (Sicherungseinbehalt von 50 % der jeweils fälligen Honorare) zur Sicherung von Regressforderungen der Krankenkassen fest; die **Beschwerde** der KZV führte zur Ablehnung des Feststellungsantrags und zur teilweisen Rückzahlungsverpflichtung der KZV nach Sicherheitsleistung d. Ast. (s.a. Streitwertfestsetzung).

3. BESTIMMTHEIT DER URTEILSFORMEL

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 14.05.2003 – L 3 KA 63/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-78**
Urteilsformel, Urteil
SGG § 136 I Nr. 4; SGB V § 85 IV

Eine Urteilsformel (§ 136 I Nr. 4 SGG) ist knapp und aus sich heraus verständlich zu fassen. Lässt sich nicht ermitteln, welche Entscheidung getroffen werden sollte, ist das Urteil nichtig; es kann zwar Gegenstand von Rechtsmitteln sein, erzeugt aber ansonsten keine Rechtswirkungen. Dieser Umstand ist von Amts wegen im Rechtsmittelverfahren zu berücksichtigen und muss dazu führen, dass das angefochtene Urteil aufgehoben wird (vgl. u.a. **BSG** SozR 1500 § 136 SGG Nr. 69).

Der klagende Zahnarzt wandte sich gegen eine seiner Auffassung nach unzureichende Honorierung der von ihm im Quartal IV/98 erbrachten Leistungen und gegen die Höhe der gegen ihn festgesetzten Verwaltungskosten. Insbesondere die im HVM vorgesehene Nichtvergütung von in den letzten Monaten eines Kalenderjahres erbrachten Leistungen sei mit den gesetzlichen Vorgaben, namentlich mit der Verpflichtung zur gleichmäßigen Honorarverteilung, nicht zu vereinbaren. **SG Hannover**, Urt. v. 06.03.2002 – S 21 KA 1016/99 - hob unter Abweisung der Klage im Übrigen zum einen den Bescheid zur Vierteljahresabrechnung IV/98 v. 09.04.1999 i.d.F.d. Widerspruchsbescheides vom 04.10.1999 insoweit auf, "als dass höhere Verwaltungskosten als in Höhe von 1,15 % des festgesetzten Honoraranspruchs erhoben worden sind". Des weiteren hat es den Bescheid über die HVM-relevanten Honorare für 1998 vom 11.12.2000 hinsichtlich "der Festsetzung des Honoraranspruchs für das vierte Quartal 1998" aufgehoben und die Bekl. verpflichtet, den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts bezüglich seines Honoraranspruches und der Verwaltungskosten für das Quartal IV/98 neu zu bescheiden. Das **LSG** wies den Rechtsstreit an das SG zurück.

4. RECHTSWEG: STREITIGKEITEN ZWISCHEN KASSENPATIENT UND VERTRAGSARZT

SG Dresden, Beschl. v. 04.11.2003 – S 1 SF 14/03 - juris
Rechtsweg, Behandlungsvertrag
SGG § 51

RID 04-01-79

Leitsatz:

Für Streitigkeiten zwischen einem Patienten, der als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ärztliche Behandlung als Naturalleistung in Anspruch genommen hat, und dem Vertragsarzt (Kassenarzt) aus dem Behandlungsvertrag sind auch nach der Neufassung des § 51 II SGG durch das 6. SGGÄndG nicht die Sozialgerichte, sondern die ordentlichen Gerichte zuständig.

5. SELBSTABLEHNUNG EINER EHRENAMELICHEN RICHTERIN BEI ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG

LSG Hamburg, Beschl. v. 12.11.2003 – L 1 KA 22/03 SE -
Psychotherapeut, Selbstablehnung, ehrenamtlicher Richter
ZPO § 42 II

RID 04-01-80

Ist eine Klägerin Patientin einer Psychologischen Psychotherapeutin, so ist die Selbstablehnung als ehrenamtliche Richterin begründet.

6. UNTÄTIGKEITSBESCHWERDE WEGEN NICHTTERMINIERUNG DURCH SG

LSG Hessen, Beschl. v. 10.11.2003 - L 4 B 66/03 KA -
Untätigkeitsbeschwerde
SGG §§ 172 ff.

RID 04-01-81

Eine Untätigkeitsbeschwerde wegen Nichtterminierung einer Rechtssache ist grundsätzlich unstatthaft.

S.a. *BVerfG*, 1. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 15.12.2003 - 1 BvR 1345/03 - RID 03-04-214 (diese Ausgabe S. 92); nach *BVerfG*, Beschl. des Plenums v. 30.04.2003 - 1 PBvU 1/02 - NJW 2003, 1924 verstößt es gegen das Rechtsstaatsprinzip iVm Art. 103 I GG, wenn eine Verfahrensordnung keine fachgerichtliche Abhilfemöglichkeit für den Fall vorsieht, dass ein Gericht in entscheidungserheblicher Weise den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt; nach *BVerfG*, 3. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 11.12.2000 - 1 BvR 661/00 - NJW 2001, 961 fordert das Rechtsstaatsprinzip im Interesse der Rechtssicherheit, dass strittige Rechtsverhältnisse in angemessener Zeit geklärt werden; ebs. *BVerfG*, 1. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 20.07.2000 - 1 BvR 352/00 - NJW 2001, 214; *BVerfG*, 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 17.11.1999 - 1 BvR 1708/99 - NJW 2000, 797; zu den zeitlichen Anforderungen in einem Eilverfahren vgl. *BVerfG*, 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 04.07.2001 - 1 BvR 165/01 - RID 01-03-77; zur Rspr. des *Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte* s. EGMR, EuGRZ 1996, 514 (Süßmann); NJW 2001, 2694; s.a. *Verfassungsgericht des Landes Brandenburg*, Beschl. v. 20.03.2003 - 108/02 - juris.

Nach *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 20.03.2002 - L 10 B 29/01 SB - juris ist eine **Untätigkeitsbeschwerde** grundsätzlich **statthaft** und muss eine gerichtliche Rechtsverweigerung dargelegt werden; nach *LSG Bayern*, Beschl. v. 08.02.2000 - L 12 B 447/99 KA -, MedR 2001, 105 ist eine Untätigkeitsbeschwerde dann statthaft, wenn gerügt wird, dass diese auf einem willkürlichen Verhalten i.S.d. Art. 3 I GG beruht und der Tatbestand einer Rechtsverweigerung, die gegen Art. 19 IV GG verstößt, erfüllt ist; ähnl. *LSG Rheinland-Pfalz*, Beschl. v. 12.4.2000 - L 1 B 49/00 - NZS 2000, 626 = Breithaupt 2000, 618; weitergehend *OLG Karlsruhe*, Beschl. v. 24.07.2003 - 16 WF 50/03 - juris (Ls.); *OLG Bamberg*, Beschl. v. 20.02.2003 - 7 WF 35/03 - FamRZ 2003, 1310

Nach *BFH*, Beschl. v. 04.10.2001 - V B 85/01 - juris sieht die FGO **kein Rechtsmittel** gegen die Untätigkeit des Gerichts vor; ebs. *BVerwG*, Beschl. v. 30.01.2003 - 3 B 8/03 - NVwZ 2003, S. 869; *LSG Baden-Württemberg*, Beschl. v. 05.03.2003 - L 2 RJ 4399/02 - juris; *VGH Baden-Württemberg*, Beschl. v. 20.03.2003 - 12 S 228/03 - juris; v. 08.01.2003 - 12 S 2562/02 - NVwZ 2003, 885; OVG Mecklenburg-Vorpommern, Beschl. v. 27.11.2003 - 2 O 126/03 - juris;

Zum Sachverhalt:

Der Kl., ein Radiologe, hatte 1999 die Klage auf Neubescheidung seines Honoraranspruchs (I/98) vor dem *SG Frankfurt a. M.* (S 28 KA 1644/99) erhoben. Das SG hatte mehrfach in gleichgelagerten Fällen entschieden, das LSG in elf Berufungsverfahren, von denen acht in Revision anhängig sind (B 6 KA 50/02 R, B 6 KA 36, 38, 39, 40, 42 u. 44/03 R). Prozessbevollmächtigter ist derselbe wie in diesem Verfahren. Über die vorliegende Klage ist bisher noch nicht entschieden worden. Die Kammervorsitzende hatte dazu dem Kl. im April 2003 ihre Belastungssituation aufgrund der 2002 eingetretenen Änderung der Geschäftsverteilung beschrieben und mitgeteilt, sie werde sich bemühen, die Streitsache noch in diesem Jahr abzuschließen. Daraufhin erhob der Kl. am 24.07.2003 Untätigkeitsbeschwerde beim LSG (Antrag auf Anweisung des SG, Termin zur mündlichen Verhandlung binnen vier Wochen seit Zugang des erbetenen Beschlusses anzuberaumen). Die Vorsitzende, die zugleich Vorsitzende einer Kammer für Arbeitsförderung ist, wies auf 18 ältere KA-Verfahren hin und kündigte unter Beachtung der in der anderen Kammer anhängigen Verfahren einen Verhandlungstermin für den 17.03. 2004 an. Dabei sei davon auszugehen, dass eine vorrangige Terminierung des Verfahrens d. Kl. angesichts der anderen genau so wichtigen und bedeutenden Verfahren nicht angebracht sei. Das LSG erhielt vom BSG die Auskunft, mit einer Terminierung der Revisionsverfahren könne im Quartal I/04 gerechnet werden, was es dann unter Hinweis auf eine Bitte d. Prozessbevollmächtigten d. Kl. für das dritte Quartal ankündigte.

Aus den Gründen:

„Der Antrag des Klägers war zurückzuweisen. Denn die „Untätigkeitsbeschwerde“ des Klägers ist nicht statthaft.

Eine „Untätigkeitsbeschwerde“ sehen das Sozialgerichtsgesetz (SGG) und darin insbesondere die §§ 172 ff. SGG nicht vor. Insoweit gilt vorliegend nichts anderes als im Anwendungsbereich der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), zu der das **Bundesverwaltungsgericht** (Beschluss v. 30.1.2003 – 3 B 8/03 = NVwZ 2003, S. 869) die selbe Auffassung vertreten hat.

Der gegenteiligen Meinung des **Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz** (Beschluss v. 12.4.2000 – L 1 B 49/00 = Breithaupt 2000, S. 618), folgt der Senat nicht. Die Statthaftigkeit einer Beschwerde setzt nach § 172 SGG nämlich grundsätzlich das Vorliegen einer förmlichen Entscheidung voraus (vgl. insoweit auch **VGH Mannheim**, Beschluss v. 8.1.2003 – 12 S 2562/02 = NVwZ 2003, S. 885), die hier jedoch nicht vorliegt.

Gerade bezogen auf die vorliegende Fallgestaltung wird die Richtigkeit der vom Bundesverwaltungsgericht vertretenen Auffassung deutlich: Die Terminsbestimmung gehört zum Kernbereich der richterlichen Tätigkeit, die der Einflussnahme durch den Dienstvorgesetzten entzogen ist (vgl. dazu zuletzt **BGH**, Urteil v. 320.6.2001 – RiZ (R) 2/00 = NJW-RR 2002, S. 574) und auch nicht im Umweg über das für ein Rechtsmittel zuständige Gericht erzwungen werden kann.

Gegen die Annahme der Statthaftigkeit einer Untätigkeitsbeschwerde spricht im Übrigen auch der Umstand, dass justizpolitische Bestrebungen bestehen, eine solche Untätigkeitsbeschwerde in den maßgeblichen Verfahrensordnungen zu verankern. Beispielhaft kann insoweit auf den Referentenentwurf des Hessischen Ministeriums der Justiz vom 18. August 2003 Bezug genommen werden, der vom Land Hessen im Bundesrat eingebracht werden soll und der in Abkehr von der bisherigen Rechtslage ausdrücklich eine solche Beschwerdemöglichkeit vorsieht.

Hinzu kommt: Die vorliegende Fallgestaltung lässt auch nicht aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften oder etwa der Europäischen Menschenrechtskonvention ein Eingreifen des Rechtsmittelgerichts als geboten erscheinen. Denn über die vom Kläger angesprochenen Fragen sind schon zahlreiche Entscheidungen des Sozialgerichts Frankfurt a.M. ergangen. In insgesamt 11 Fällen hat auch der erkennende Senat bereits Urteile gefällt. Drei dieser Urteile sind rechtskräftig geworden, in acht Verfahren sind Revisionen beim Bundessozialgericht anhängig. Zwar rechtfertigt dies noch nicht die Aussetzung des Verfahrens etwa nach § 114 SGG. Indes erscheint es unter diesen Prämissen zumindest vertretbar, wenn die Vorsitzende der 28. Kammer des Sozialgerichts Frankfurt a.M. ein Vorziehen der Terminierung im Verfahren des Klägers gegenüber den anderen – zeitlich vor dem vorliegenden Verfahren eingegangenen – Klagen nicht in Betracht gezogen hat und demzufolge nach ihrer Planung erst für den Monat März des kommenden Jahres einen Termin einräumen will.

Die Notwendigkeit der Beschleunigung des vorliegenden Verfahrens unter Vorziehung gegenüber anderen Verfahren erscheint auch im Hinblick darauf nicht einsichtig, als der Prozessbevollmächtigte des Klägers aus Anlass der vorliegenden „Untätigkeitsbeschwerde“ beim Bundessozialgericht darauf hinzuwirken versucht hat, dass anstehende Grundsatzentscheidungen zu denjenigen Rechtsfragen, die auch im vorliegenden Verfahren entscheidungserheblich sein dürften, nicht zu demjenigen Zeitpunkt ergehen, zu dem sie nach der Planung des 6. Senats des Bundessozialgerichts ursprünglich vorgesehen waren, was dazu geführt hat, dass in den insoweit anhängigen Revisionen voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt einer Terminierung erfolgen wird. Es steht außer Frage, dass dieses auf eine Verzögerung der Revisionsentscheidungen hinauslaufende Vorgehen seines Prozessbevollmächtigten durch das möglicherweise eine frühzeitige Klärung der auch in seinem Verfahren anstehenden Fragen verhindert wird, dem Kläger selbst zuzurechnen ist und auch unter diesem Gesichtspunkt ein Vorziehen gegenüber den anderen, in der 7. und der 28. Kammer anhängigen, früher eingegangenen Klagen nicht geboten ist.“

XVI. STREITWERTFESTSETZUNG

S. a. *Wenner/Bernard*, Der Gegenstandswert der anwaltlichen Tätigkeit in vertragsärztlichen Streitigkeiten, NZS 2001, S. 57-66.

SG Karlsruhe, Beschl. v. 20.08.2003 – S 1 KA 2943/03 W-A –, vgl. RID 04-01-60 (S. 36) setzt für einen Streit um die **Arztregistereintragung** auf der Grundlage der **Gesprächspsychotherapie**, mit der der Kl. die Anerkennung als Richtlinienverfahren anstrebe, den **Regelstreitwert** (4.000 Euro) fest.

SG Dortmund, Urt. v. 07.11.2003 – S 26 KA 5/02- RID 04-01-49 (S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**) setzt den Streitwert für die **Anerkennung einer diabetologischen Schwerpunktpraxis** in Höhe des Produkts aus einer Durchschnittspauschale (von 35,- Euro) und geforderter Patientenzahl (300 Patienten pro Quartal) und in Anlehnung an Zulassungsstreitigkeiten dies für einen **Zeitraum von fünf Jahren** fest (35 x 300 x 5 = 52.500 Euro)

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 25.11.2003 – S 27 KA 3791/03 ER - RID 04-01-68 (S. 39) setzt für einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, mit dem eine vorläufige **Ermächtigung** begehrt wird, den Streitwert auf das **Leistungsvolumen** der strittigen Leistungen **für den Zeitraum**, für den eine vorläufige Regelung begehrt wird, fest, hier: geschätzter Jahresumsatz (60.000 Euro) abzüglich Unkosten (40 %), im Ergebnis 36.000 Euro.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 10.12.2003 - S 27 KA 3791/03 ER -

RID 04-01-82

Für ein Verfahren über die Befreiung vom Hintergrundbereitschaftsdienst ist ein unmittelbarer Wert nicht ersichtlich und der Regelstreitwert (4.000 Euro) festzusetzen.

Nach **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 18.11.2003 – L 11 B 47/03 KA ER -RID 04-01-66 (S. 39) bemisst sich beim **Streit um die Erteilung einer Genehmigung** das wirtschaftliche Interesse an der aufgrund der Genehmigung zu erwartenden **Umsatzsteigerung**. Da Genehmigungen stets nur mit Wirkung für die Zukunft erteilt werden, ist das wirtschaftliche Interesse im **Verfahren auf einstweiligen Rechtsschutz** darauf gerichtet, diese Umsatzsteigerung bereits vor bestands- oder rechtskräftigem Abschluss der Hauptsache zu erzielen. Bei einer zu erwartenden **Verfahrensdauer** von einem Jahr beläuft sich der Streitwert daher auf den Honorarumsatz eines Jahres, also (pro Arbeitstag auf 120 Euro und bei 43 Arbeitswochen im Jahr zu je fünf Arbeitstagen) auf 25.800 EUR.

LSG Hessen, Beschl. v. 17.11.2003 – L 7 KA 869/03 ER - RID 04-01- 75 (S. 42) setzt den Streitwert für den Antrag auf Erlass einer **einstweiligen Anordnung** bzgl. eines um weniger als 5 % verminderten EHV-Anspruchs auf 800 Euro fest, da das wirtschaftliche Interesse auf die **Zinsnachteile** begrenzt sei.

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 06.01.2004 – L 11 B 17/03 KA ER -RID 04-01-77 (S. 43) bemisst das wirtschaftliche Interesse eines Ast., die **einbehaltenen Honoraranteile** (hier: 102.258,37 Euro) bereits vor einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache ausgekehrt zu erhalten, an der sich hieraus ergebenden **früheren Möglichkeit der Kapitalnutzung** (Schätzung hier: 25.000 Euro).

SG Hamburg, Beschl. v. 17.09.2003 – S 27 KA 483/03 ER - RID 04-01-48 (S. 28) setzt für das Verfahren über die aufschiebende Wirkung einer Klage gegen die Aufhebung der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von den Streitwert auf 20.000 Euro fest..

XVII. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. PRAXISBUDGET – ARITHMETISCHER MITTELWERT BEI DOPPELZULASSUNG

BSG, Beschl. v. 24.09.2003 - B 6 KA 52/03 B - juris

RID 04-01-83

Die Entscheidung des Bewertungsausschusses, der Besonderheit einer Doppelzulassung durch das Abstellen auf den arithmetischen Mittelwert der entsprechenden arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen Rechnung zu tragen (vgl. **BSG** v. 20.01.1999 - B 6 KA 78/97 R - BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 20), ist rechtmäßig.

Für eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets kann allenfalls Anlass bestehen, wenn ein doppelt zugelassener Arzt tatsächlich nahezu ausschließlich oder ganz überwiegend lediglich in einem der Gebiete tätig ist, für die er zugelassen ist.

2. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

A) BEGRÜNDUNGSPFLICHT BEI INHOMOGENITÄT DER VERGLEICHSGRUPPE

BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 14/02 R -

RID 04-01-84

Leitsatz:

Die Begründung eines Honorarkürzungsbescheides, der nach einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung ergeht, muss bei Vorliegen deutlicher Anhaltspunkte für die Inhomogenität der gebildeten Vergleichsgruppe erkennen lassen, dass gleichwohl von einem ungerechtfertigt überhöhten Abrechnungsverhalten des betroffenen Arztes auszugehen ist.

B) PRÜFUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT BEI EINZELLEISTUNGEN

BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 45/02 R -

RID 04-01-85

Leitsatz:

Zu den Voraussetzungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Einzelleistungen.

C) STATISTISCHER KOSTENVERGLEICH BEI EINZELLEISTUNGEN

BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 44/02 R -

RID 04-01-86

Die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Arztes kann nach der Methode des Vergleichs mit den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe auch hinsichtlich einzelner, fachgruppentypischer Leistungen geprüft werden. Eine Untergrenze der Ansatzhäufigkeit (Ansatz einer bestimmten Position der Gebührenordnung pro hundert Fälle) in der Weise, dass bei ihrer Unterschreitung stets die Aussagekraft des statistischen Vergleichs aufgehoben wäre, lässt sich nicht festlegen. Im Rahmen der intellektuellen Prüfung sind Besonderheiten zu prüfen.

3. ZULASSUNGSRECHT

A) ÜBERÖRTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS VON LABORÄRZTEN

BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 34/02 R -

RID 04-01-87

Leitsätze:

1. Ärzte, die ihrem typischen Fachgebietsinhalt nach (hier: Laborärzte) nicht unmittelbar patientenbezogen tätig sind, dürfen ihre vertragsärztliche Tätigkeit innerhalb desselben KÄV-Bezirks auch in der Weise in einer Gemeinschaftspraxis ausüben, dass jeder Vertragsarzt an seinem Praxissitz tätig ist, ohne dass ein einheitlicher Standort der Gemeinschaftspraxis besteht (überörtliche Gemeinschaftspraxis).
2. Für die Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis ist die Vorlage eines Gesellschaftsvertrages an den Zulassungsausschuss erforderlich.

B) GEMEINSCHAFTSPRAXIS

BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 49/02 R -

RID 04-01-88

Leitsätze:

1. § 33 Abs 2 Ärzte-ZV steht im Rang eines formellen Gesetzes.
2. Ärzte dürfen ihre vertragsärztliche Tätigkeit nur dann in einer Gemeinschaftspraxis ausüben, wenn sie sich zivil- bzw gesellschaftsrechtlich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft iS des ärztlichen Berufsrechts zusammengeschlossen haben. Sie dürfen keiner weiteren Berufsausübungsgemeinschaft angehören.

4. GESAMTVERGÜTUNG UND RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 29/02 R -

RID 04-01-89

Leitsätze:

1. Bei den jährlichen Veränderungen der Gesamtvergütungen können die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs nach der derzeitigen Gesetzeslage nicht berücksichtigt werden.
2. Ein Anspruch, dass die Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern zur Anpassung an das Vergütungsniveau West zusätzlich erhöht werden, besteht nicht.
3. Eine Anschlussrevision kann in bestimmten Konstellationen auch von weiteren Klägern geführt werden.

Parallelentscheidung: *BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 39/02 R -*

RID 04-01-90

5. BEITRAGSERHEBUNG FÜR NOTFALLAMBULANZ EINES KRANKENHAUSES

BSG, Urt. v. 24.09.2003 - B 6 KA 51/02 R -

RID 04-01-91

Eine Satzungsbestimmung, nach der die KV zur Durchführung ihrer Aufgaben von den Mitgliedern Verwaltungskostenanteile (Beiträge), die in einem Hundertsatz der Vergütung aus der ärztlichen Tätigkeit bestehen und bei der Abrechnung einbehalten werden, kann auf die Notfallbehandlungen eines Krankenhauses angewandt werden.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. VERTRAGS(ZAHN)ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

1. HINWEISPFLICHT AUF STATIONÄRE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEIT (MARS-THERAPIE)

LSG Bayern, Beschl. v. 08.09.2003 – L 4 B 347/03 KR ER - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-92
MARS-Therapie, Behandlungsmethode, sozialrechtlicher Herstellungsanspruch, ambulante Therapie, stationäre Versorgung
SGB V §§ 12 I, 21 I, 28 I 1, 92, 135; SGG § 86b II

Nach *BVerfG*, Beschl. v. 22.11.2002 - 1 BvR 1586/02 - NJW 2003, 1236 = NZS 2003, 253 darf um so weniger das Interesse an einer **vorläufigen Regelung** oder Sicherung der geltend gemachten Rechtsposition zurückgesellt werden, je schwerer die Belastungen des Betroffenen wiegen, die mit der Versagung vorläufigen Rechtsschutzes verbunden sind. Geht es um eine Krankenbehandlung in einer lebensbedrohlichen Situation, ist eine besonders intensive und nicht nur summarische Prüfung der Erfolgsaussichten oder eine Folgenabwägung vorzunehmen, die die verfassungsrechtlich geschützten Belange, nämlich das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, hinreichend zur Geltung bringt.

Auf eine ambulante Durchführung der **MARS-Therapie** besteht als neuer Behandlungsmethode kein Anspruch.

Ist der Krankenkasse bekannt gewesen, dass eine Therapie in der vertragsärztlichen ambulanten Behandlung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden kann, so muss sie prüfen, ob dem Anliegen der Ast. durch Hinweis auf realisierbare Behandlungsmöglichkeiten im Bereich der stationären Versorgung durch zugelassene Krankenhäuser Rechnung getragen werden kann. Es ist von der Rechtsprechung des BSG anerkannt, dass die **Aufklärungspflicht** des Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber dem Versicherten sich gegebenenfalls auch darauf erstreckt, dass und inwieweit ein ärztlicher Versorgungsmangel besteht und welcher zugelassene Leistungserbringer den Sachleistungsanspruch auf Krankenbehandlung erfüllen kann (*BSG* v. 09.03.1982 SozR 2200 § 182 Nr. 80 = BSGE 53, 144 = SGB 1983, 26). Ein Verstoß gegen die Aufklärungspflicht führt zu einem **sozialrechtlichen Herstellungsanspruch**.

In einigen deutschen **Kliniken sind Geräte für die MARS-Therapie vorhanden** und werden die Behandlungskosten durch das Budget des Krankenhauses gedeckt.

Die 1968 geb. und bei der Ag. als Rentnerin versicherte Ast. leidet u.a. an HIV CDCB 3 (1990) und Leberfibrose/Zirrhose. Der vertragsarzt und Internist Dr. L. beantragte für die Ast. die Kostenübernahme für die sogenannte **MARS-Therapie** (Molecular Adsorbents Recirculating System). Bei der Versicherten liege eine Leberzirrhose im Stadium Child B vor, Ursache hierfür sei die hepatotoxische Medikation im Rahmen der HIV-Infektion. Es bestehe die Indikation zu einer Lebertransplantation, aber die Versicherte werde bei den Transplantationszentren nicht berücksichtigt. Mit der MARS-Therapie könne in schweren Fällen der Leberinsuffizienz eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens erzielt werden. Die jährliche Sterberate von Patienten im Stadium Child B betrage 30 %. Die Behandlung solle anfangs in einer Serie von drei bis fünf Behandlungen einmal täglich erfolgen, danach sei eine Behandlung einmal im Monat vorgesehen. Die Kosten für eine einmalige Behandlung (pro Tag) würden sich auf etwa 5000 EUR belaufen. Die Ag. wies den Antrag zurück. *SG München*, Beschl. v. 02.07.2003- S 19 KR 413/03 ER – wies den Antrag ab. Das **LSG verpflichtete d. Ag.**, der Ast. binnen einer Frist von längstens einem Monat einen Therapieplatz zur Durchführung der MARS-Therapie bzw. einer vergleichbaren anderen zweckmäßigen Therapie in einem zugelassenen Krankenhaus nachzuweisen, das zur Leistung bereit ist; ferner hat d. Ag. die während dieser Frist anfallenden Kosten der MARS-Therapie in der vertragsärztlichen Praxis Dr. L. zu übernehmen.

2. GAMMA KNIFE-BEHANDLUNG (RADIOCHIRURGIE)

LSG Bayern, Urt. v. 11.09.2003 – L 4 KR 93/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-93**
Gamma-Knife, Gamma-Knife-Methode, Gamma-Knife-Behandlung, Radiochirurgie, Systemmangel
SGB V §§ 13 III, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Die Gamma-Knife-Behandlung ist trotz ihrer langjährigen Anwendung in der Medizin eine neue Behandlungsmethode. Ihre fehlende Anerkennung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist jedoch keine Systemstörung.

Zuletzt s. **SG Duisburg**, Urt. v. 05.02.2002 - S 7 (27) RK 89/99 - RID 03-03-90 (Fehlender Wirksamkeitsnachweis; auch ist die gleichwertige Behandlung mittels Linearbeschleuniger als die wirtschaftlichere Methode anzusehen) und RID-02-03-B I 1.

Zum Sachverhalt:

Die 1923 geb. und bei der Bekl. freiwillig versicherte Kl. litt seit 1992 an einer, nach ihren Angaben durch die streitige Behandlung mit dem Gamma-Knife mittlerweile behobenen Trigeminusneuralgie; sie war deswegen seitdem nervenärztlich behandelt worden. Die Kostenübernahme (7.542,37 Euro) bzw. dann Kostenerstattung für die Gamma-Knife-Behandlung lehnte die Bekl. ab, weil es an einer Indikation zur Behandlung fehle und die Trigeminusneuralgie mit Antikonvulsiva (z.B. Carbamazepin) und auch operativ zu therapieren sei. **SG München**, Urt. v. 24.01.2002 - S 18 KR 498/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Nach **LSG Bayern** ist die Gamma-Knife-Behandlung trotz ihrer langjährigen Anwendung in der Medizin eine neue Behandlungsmethode. Die fehlende Anerkennung der Behandlung mit dem Gamma-Knife durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sei jedoch keine Systemstörung. Es sei auch nicht zu erkennen, dass der Bundesausschuss von Amts wegen verpflichtet gewesen wäre, die Gamma-Knife-Behandlung einer Überprüfung bezüglich deren therapeutischen Nutzens zu unterziehen.

„Zum einen fehlt es, wie bereits ausgeführt worden ist, an einem entsprechenden Antrag einer der o.g. zuständigen Stellen beim Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Zum anderen lassen die Stellungnahmen des MDK erkennen, dass der Einsatz der Gamma-Knife-Methode im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) umstritten ist. Für die Anwendung der hier streitigen Methode spricht zwar die Publikation des von der Klägerin konsultierten Arztes Priv.Do. Dr.W ... Es ist aber nicht die Aufgabe eines Gerichts in einem Rechtsstreit über den therapeutischen Nutzen bzw. die Überlegenheit der einen oder anderen Behandlungsmethode zu entscheiden. Vielmehr hat das BSG in den Entscheidungen vom 16.09.1997 zum Ausdruck gebracht, dass eine eigene medizinische Beurteilung von Behandlungsmethoden durch die Gerichte fragwürdig ist. Abgesehen von dem Eingriff in die Kompetenzen des Bundesausschusses können wissenschaftstheoretische Grundlagen im Streit sein oder es müssen neueste wissenschaftliche Ergebnisse interpretiert und bewertet werden. Es kann aber - auch mit sachverständiger Unterstützung - nicht Sinn eines Gerichtsverfahrens sein, die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft voranzutreiben oder in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen Position zu beziehen (**BSG** vom 16.09.1997 I RK 17/95 aaO).

Ob sich die Behandlungsmethode mit dem Gamma-Knife in der medizinischen Praxis durchgesetzt hat, wovon ausgegangen werden kann, wenn sie in der medizinischen Fachdiskussion eine breite Resonanz gefunden hat und von einer erheblichen Zahl von Ärzten angewandt wird, kann im vorliegenden Fall dahingestellt bleiben. Denn hieraus könnte sich ein Kostenerstattungsanspruch nur ergeben, wenn die Trigeminusneuralgie der Klägerin mit herkömmlichen Mitteln nicht nachhaltig zu beeinflussen ist. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass bei der Klägerin nach den gutachtlichen Stellungnahmen des MDK andere Behandlungen als Sachleistungen in Frage gekommen wären. Danach hätte der Klägerin auch eine Therapie mit anderen Behandlungsmethoden zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestanden...“

LSG Bayern, Urt. v. 11.09.2003 – L 4 KR 15/03 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-94**
Parallelentscheidung zu **SG Augsburg**, Urt. v. 11.12.2002 – S 10 KR 88/02 -, das die Klage einer 1959 geb. und bei der Beklagten versicherte Kl. abwies. Die Kl. wurde im Dezember 1987 an einem parasagittalen Meningeom rechts operiert. Nach Angaben des behandelnden Neurologen im Jahr 2001 hatten sich zwei kleine Rezidivtumore gefunden, eine dringliche Indikation zur Operation bestehe derzeit nicht. Das von der Kl. aufgesuchte Bundeswehrkrankenhaus U. hatte eine stereotaktische Bestrahlung bzw. eine Behandlung mit einem Gamma-Knife vorgeschlagen. Das Klinikum der Universität M. hatte eine zwingende Indikation für eine operative Therapie gleichfalls verneint, die Kl. über die Möglichkeiten einer Bestrahlungsbehandlung aufgeklärt und eine bildgebende Verlaufskontrolle in einem halben bis einem Jahr empfohlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. EXTRAKORPORALE STOSSWELLENTHERAPIE

SG Lüneburg, Urt. v. 22.07.2003 - S 9 KR 59/00 – juris (nur Orientierungssatz)

RID 04-01-95

Revision anhängig: B 1 KR 28/03 R

Extrakorporale Stosswellentherapie, Bundesausschuss

SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 1, 28 I, 92 I 2 Nr. 5, 135; BUBRL-Ä Anl B Nr 23

Der Ausschluss der extrakorporalen Stosswellentherapie bei orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Indikationen von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgte in dem für die Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorgesehenen ordnungsgemäßen Verfahren.

Eine Verpflichtung zur Überprüfung der getroffenen Entscheidung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen besteht nicht bereits dann, wenn in einem anderen Land eine bestimmte Behandlungsmethode in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wird.

4. LASERHAAREPILATION

A) GESICHTSHAARE

SG Gotha, Urt. v. 09.01.2003 - S 20 KR 1260/01 -

RID 04-01-96

Laserhaarepilation, Gesichtshaar

SGB V §§ 13 III, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Die Laserhaarepilation von Gesichtshaaren ist eine neue Behandlungsmethode und keine krankenversicherungsrechtliche Leistung. Anhaltspunkte für einen sog. Systemmangel liegen nicht vor. Zur Wirksamkeit dieser Methode liegen bisher keine klinische Studien vor.

Die Kl. beantragte erfolglos über ihre behandelnde Frauenärztin die Kostenübernahme für eine Laserhaarepilation mit der Begründung, die über längeren Zeitraum erfolgte hormonelle Therapie habe keinen Erfolg gebracht. Nach einer Stellungnahme der Hautärztin liegt bei der Kl. ein ausgeprägter männlicher Behaarungstyp im Gesichtsbereich vor. Diese sei durch die Überbehaarung im Gesichtsbereich psychisch stark belastet und dadurch im öffentlichen Leben beeinträchtigt. Der Patientin sei eine Laserhaarentfernung vorgeschlagen worden. Für eine permanente Haarentfernung seien ca. 6 - 8 Sitzungen zu je 200,00 DM notwendig. Das *SG* wies die Klage ab.

B) VERSCHOBENER HAARANSATZ („NACKENFELL“)

SG Reutlingen, Urt. v. 28.10.2002 – S 4 KR 266/00 -

RID 04-01-97

Laserhaarepilation, Laser-Epilight, Nackenfell

SGB V §§ 12 I, 21 I, 28 I 1, 92, 135

Bei einer Verschiebung des dorsalen Kopfhaaransatzes („Nackenfell“) handelt es sich um eine behandlungsbedürftige Krankheit.

Die Laser-/Epilight-Behandlung ist eine neue Behandlungsmethode und keine krankenversicherungsrechtliche Leistung. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Überprüfung und Entscheidung über die Anerkennung der Methode durch den Bundesausschuss veranlasst gewesen wäre.

Die Kl. legte eine ärztliche Bescheinigung vor, wonach sie an einer angeborene Wachstumsstörung, kombiniert mit einer angeborenen Verschiebung des dorsalen Kopfhaaransatzes, dessen Grenze statt am Nacken im Schulter-/Brustwirbelsäulenbereich liege, leide; weil dieses Leiden zu einer starken psychischen Beeinträchtigung der Patientin führe, empfehle er die Durchführung der Behandlung (5 Sitzungen zu je 400 DM). Das *SG* wies die Klage ab.

5. NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE

Nach **SG Hamburg**, Beschl. v. 01.08.2003 – S 32 KR 974/03 - RID 03-04-88 besteht bzgl. der neuen Behandlungsmethode der neuropsychologische Therapie bei der im Anordnungsverfahren gebotenen summarischen Prüfung eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen eines Systemversagens mit einer zugunsten des Versicherten zu schließenden Versorgungslücke.

Zum **Gutachten zur Neuropsychologie des wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie** (vgl. § 11 PsychThG) s. DÄ 2000, Heft 33 v. 18.08.2000, Ausgabe A, S. 188 f. = <http://www.wbpsychotherapie.de>.

S. a. **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 30.04.2003 - L 5 KA 4871/01 - RID 03-04-55 zur Frage der **Ermächtigung einer Neuropsychologin**; der Senat weist u.a. auf den Heil- und Hilfsmittelkatalog hin, wonach das „Hirnleistungstraining“ und die „neuro-psychologisch orientierte Behandlung“ nach Abschnitt V Nr. 20.3 als Leistung der Ergotherapie definiert worden ist.

A) AUßENSEITERMETHODE – KEIN LEISTUNGSANSPRUCH

SG Heilbronn, Urt. v. 24.04.2003- S 2 KR 69/03 -

RID 04-01-98

Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapie, Richtlinienverfahren, Neuropsychologie, Neurotherapie, neue Behandlungsmethode, Bundesausschuss, Außenseitermethode
SGB V §§ 2 I 3, 27 I, 135 I; SGG § 86b II

Bei der neuropsychologischen Methode handelt es sich um eine Außenseitermethode, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu leisten ist.

Zum Sachverhalt:

Die am 05.09.1966 geb. Kl. erlitt am 23.09.2000 einen Verkehrsunfall, bei dem sie sich ein Schleudertrauma zuzog. Seitdem leidet sie unter Schmerzen, Schwindel, Vergesslichkeit und Sehstörungen. Ihren Antrag auf Gewährung einer ambulant neuropsychologischen Behandlung unter Vorlage eines Attestes einer Diplom-Psychologin und verschiedener ärztlicher Atteste lehnte die Beklagte mit der Begründung ab, es handle sich um eine Außenseitermethode, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre. Das SG wies die Klage ab.

SG Heilbronn führt aus:

„Wie die Beklagte im angefochtenen Bescheid zutreffend ausgeführt hat, handelt es sich um eine Außenseitermethode, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu leisten ist. Das Gericht folgt den zutreffenden Gründen des Ursprungs- und Widerspruchsbescheides, nimmt hierauf zur Vermeidung unnötiger Wiederholungen Bezug und sieht deshalb von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab (§ 136 Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz - SGG).“

B) FEHLENDE ANERKENNUNG DER NEUROPSYCHOLOGIE KEIN SYSTEMMANGEL

SG Köln, Urt. v. 29.04.2002 – S 23 KN 1/02 KR -

RID 04-01-99

Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapie, Richtlinienverfahren, Neuropsychologie, Neurotherapie, neue Behandlungsmethode, Bundesausschuss, Außenseitermethode
SGB V §§ 2 I 3, 27 I, 135 I

Die fehlende Anerkennung der neuropsychologischen Methode ist kein Systemmangel. Dieser ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass der Bundesausschuss, gestützt auf das Votum des Arbeitsausschusses Psychotherapierichtlinien das Fehlen hinreichender Wirksamkeitsbelege für die Therapie des gesamten psychosozialen Raumes bei Menschen nach Hirnschädigung annimmt und auch die Anerkennung deshalb versagt hat, weil es keine Belege für die Wirksamkeit bei mindestens 5 der 23 Anwendungsbereiche der Psychotherapie gebe.

Der 1953 geb. Kl. beantragte wegen verzögerter Erholung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit nach Aneurysma-Operation mit ärztlicher Empfehlung eine neuropsychologische Untersuchung und ggf. Therapie zu 190 DM je Behandlungsstunde. Die bekl. Krankenkasse bewilligte zunächst 15 Sitzungen zu je maximal 120 DM und lehnte weitere Behandlungen wegen des fehlenden wissenschaftlichen Nachweises ab. Das **SG** wies die Klage ab.

C) KEIN AUSSCHLUSS EINES SYSTEMVERSAGENS (EINSTWEILIGE ANORDNUNG)

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 28.11.2003 – S 20 KR 3790/03 ER -

RID 04-01-100

Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapie, Richtlinienverfahren, Neuropsychologie, Neurotherapie, neue Behandlungsmethode, Bundesausschuss
SGB V §§ 2 I 3, 27 I, 135 I; SGG § 86b II

Es kann bei summarischer Prüfung nicht ausgeschlossen werden, dass die neuropsychologische Methode zu Unrecht aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen ausgeschlossen ist.

Treten nach einem Reitunfall mit anschließender stationärer und rehabilitativer Behandlung weiterhin Defizite und Störungen auf (reduzierte Belastbarkeit und Ausdauer, Geschmacks- und Geruchsdefizite), drohen einer 22-jährigen Antragstellerin mit offensichtlichen Schwierigkeiten, sich aufgrund der festgestellten Behinderungen wieder in das Berufsleben einzugliedern, große Nachteile für den Fall, dass nicht möglichst bald mit der Therapie begonnen wird. Die Interessen der Krankenkasse reduzierten sich demgegenüber auf ein fiskalisches Interesse, nämlich für Leistungen in Vorlage gehen zu müssen, auf die die Antragstellerin möglicherweise keinen Anspruch hat.

Jedenfalls nach der gesetzlichen Neuregelung kann einer Antragstellerin nicht mit Verweis auf die Subsidiarität der Sozialhilfe einstweiliger Rechtsschutz versagt werden. Ein Verweis auf Sozialhilfe wird nun auch eindeutig in der neueren Rechtsprechung abgelehnt.

Das **SG** verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, vorläufig bis zur abschließenden Verwaltungsentscheidung die Kosten für die Behandlung zu übernehmen. Die 22-jährige Ast. ist mittellos. Sie lebt von Arbeitslosengeld und ergänzender Sozialhilfe. Bei einem Reitunfall im Juli 2002 zog sie sich eine multiple Schädelfraktur und eine Contusio cerebri (Hirnprellung) zu und wurde stationär über mehrere Wochen behandelt. Trotz einer neurologischen Nachsorge in einer Rehabilitationsklinik hatte sie weiterhin Beschwerden. Der sie behandelnde Neurologe und Psychiater überwies sie zur neuropsychologischen Behandlung zu einem Psychologischen Psychotherapeuten. Die Krankenkasse lehnte eine Kostenübernahme für diese Behandlung ab, weil es sich um keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handele. Hierüber läuft noch ein Widerspruchsverfahren bei der Krankenkasse.

D) SYSTEMVERSAGEN DREI JAHRE NACH POSITIVEM GUTACHTEN

SG Hamburg, Beschl. v. 25.07.2003 – S 23 KR 983/03 ER - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> = juris **RID 04-01-101**

Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapie, Richtlinienverfahren, Neuropsychologie, Neurotherapie, neue Behandlungsmethode, Bundesausschuss, Systemversagen
SGB V §§ 2 I 3, 27 I, 135 I; SGG § 86b II

Die fehlende positive Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur neuropsychologischen Behandlung ist drei Jahre nach dem positiven Gutachten des nach dem PsychThG geschaffenen Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie offenbar nicht in Zweifel an Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit oder Wirtschaftlichkeit dieser Methode begründet, sondern wesentlich darin, dass sie von Neuropsychologen ausgeübt wird, die zweifellos keine Ärzte sind, sondern Psychologen mit einer speziellen Weiterbildung, die in Ausübung ihrer auf der Grundlage und entlang spezifischer Diagnostik betriebenen Funktions-, Kompensations- und integrativen Therapien nicht unproblematisch den Psychotherapeuten zugeordnet werden können. Dies bedeutet ein Systemversagen mit einer zugunsten der Versicherten zu schließenden Versorgungslücke.

Für dieses Systemversagen im Falle hirnorganischer Störungen bei Erwachsenen bleiben auch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung ohne Relevanz.

Die Ast. erlitt im Juli 2001 einen Schlaganfall, wurde stationär behandelt. In der Reha wurde eine neuropsychologische Therapie begonnen, die ihr ambulant fortzusetzen dringend empfohlen wurde. Am 28.11.2001 begann sie eine außervertragliche neuropsychologische Therapie bei dem Dipl.-Psych. P., die nach dem Behandlungsplan 40 Therapieeinheiten umfassen sollte. Hierfür übernahm die Ag. die Kosten für "2 – 5 probatorische Sitzungen sowie 20 reguläre Sitzungen", lehnte danach aber eine weitere Kostenübernahme ab. Das **SG** verpflichtete die Krankenkasse, einstweilen Kosten für zunächst 20 Sitzungen neuropsychologischer Therapie bei dem Neuropsychologen P. zu übernehmen; sofern die Ast. nach Beurteilung ihres behandelnden Neurologen und ihres Neuropsychologen nach diesen 20 Sitzungen tatsächlich noch weiterer Neuropsychologie bedürfen sollte, hat die Ag. nach Einholung einer Stellungnahme des MDK einen neuen Bescheid zu erteilen.

6. ATLASTHERAPIE NACH ARLEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.10.2003 – L 5 KR 62/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-102
Atlastherapie, Arlen, Behandlungsmethode, Bundesausschuss
SGB V §§ 27 I, 135 I

Die Atlastherapie nach Arlen entspricht als Behandlungsmethode bislang nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

Bei dem 1995 geb. und bei der Bekl. krankenversicherten Kl. liegt eine zentrale Bewegungsstörung im Sinne einer Tetraparese, ein Zustand nach Frühgeburt mit Kaiserschnitt und eine rechtsbetonte tonische Spitzfußstellung vor. 1998 bewilligte d. Bekl. dem Kl. Leistungen der Chirotherapie, Massagen und sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlungen; die Gewährung von Atlastherapie nach Arlen sowie eine extrakorporale Stoßwellentherapie lehnte sie ab, weil es sich um nicht ausreichend erprobte bzw. nicht bewährte Behandlungsverfahren handele. *SG Köln*, Urt. v. 26.11.2001 – S 19 KR 115/99 – wies Klage auf Kostenerstattung (25.320,83 Euro) und künftige Gewährung dieser Therapie ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. PERCUTANE LASERDISKOTOMIE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.11.2003 – L 16 B 39/03 KR - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-103
Behandlungsmethode, Bundesausschuss, percutane Laserdiskotomie
SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 135 I; SGG § 86b II

Aus den Gründen:

„Zwar ist dem SG dem Grunde nach zuzustimmen, dass die fehlende Empfehlung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen grundsätzlich einem Versorgungsanspruch der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einer neuen Behandlungsmethode entgegensteht. Andererseits ist zu beachten, dass die fehlende Empfehlung dem Anspruch dann nicht entgegensteht, wenn sich der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zwischenzeitlich mit der streitigen Behandlungsmethode hätte beschäftigen und diese befürworten müssen (sog. Systemversagen, vgl. grundlegend *BSG* SozR 3-2500 § 135 Nr. 4). Angesichts des Umstandes, dass die Behandlungsmethode **im stationären Bereich** auch nach Auffassung der Beklagten bereits **zum anerkannten medizinischen Standard** zählt und die **Stellungnahme** des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), der gleichwohl diese Methode im ambulanten Bereich für nicht hinreichend erprobt erachtet, **aus dem Jahr 1999** datiert, ist vorliegend ohne weitere Ermittlungen nicht erkennbar, ob bezüglich der ambulanten percutanen Laserdiskotomie inzwischen hinreichende medizinische Erkenntnisse vorliegen, wonach auch eine solche Behandlungsmethode zum medizinischen Standard zu zählen ist, so dass gegebenenfalls der Bundesausschuss diese Methode hätte beraten und empfehlen müssen.“

SG Dortmund, Beschl. v. 12.05.2003 – S 13 KR 57/03 – wies den Antrag auf **Prozesskostenhilfe** ab, das *LSG* gab der Beschwerde statt.

8. EXIMER-LASER-BEHANDLUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.04.2003 – L 16 KR 117/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-104
Eximer-Laser-Behandlung, Behandlungsmethode, Bundesausschuss
SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 135 I; SGG § 86b II

Eine Eximer-Laser-Behandlung zählt nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, wie der Senat in gefestigter Rechtsprechung entschieden hat (vgl. Urt. v. 25.04.2002 - L 16 KR 39/00 – u. v. 10.10.2002 - L 16 KR 177/01 - RID 03-01-55).

SG Aachen, Gerichtsb. v. 29.04.2002 – S 13 KR 87/01 – wies die auf Kostenerstattung gerichtete Klage ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

9. AKUPUNKTURBEHANDLUNG

Zur Akupunktur vgl. zuletzt m.w.N. **LSG Hessen**, Beschl. v. 18.09.2003 - L 1 KR 705/03 - RID 03-04-93.

A) RECHTMÄßIGER BESCHLUSS DES BUNDESAUSSCHUSSES

LSG Sachsen, Urt. v. 16.07.2003 – L 1 KR –17/02 -

RID 04-01-105

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 24/03 R

Akupunktur, Behandlungsmethode, Bundesausschuss

SGB V §§ 13 III, 27 I, 92, 95, 135 I; BUB-RL Anl B Nr. 31

Qualität und Wirksamkeit der Akupunktur entspricht nicht dem für die gesetzliche Krankenversicherung in § 2 I 3 SGB V geforderten allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis. Die durchgeführte Akupunkturbehandlung ist eine neue Untersuchungsmethode im Sinne von § 135 SGB V. Sie ist bisher nicht Bestandteil des vertragsärztlichen Leistungsspektrums. Mangels Empfehlung seitens des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in den einschlägigen Richtlinien kann die von einer Versicherten selbst beschaffte Behandlung von den Krankenkassen als Sachleistung nicht gewährt werden; daran scheitert auch ein Kostenerstattungsanspruch. Damit ist weder ein Systemmangel in Form einer Untätigkeit noch im Sinne einer willkürlichen oder sachfremden Verzögerung des Verfahrens gegeben. Der Bundesausschuss ist mit dem Beschluss v. 16.10.2000 seiner rechtlichen Verpflichtung zum Handeln nachgekommen.

SG Dresden, Urt. v. 28.02.2002 - S 16 KR 276/00 - wies die auf Kostenerstattung für im Jahr 2000 wegen einer Epicondylitis humeri radialis rechts durchgeführte Akupunkturbehandlungen ab, das **LSG** die Berufung zurück. Die Kl. hatte die von d. Bekl. alternativ empfohlene Entzündungsbestrahlung abgelehnt, da sie eine Krebspatientin sei.

B) ELEKTROAKUPUNKTUR NACH VOLL (EAV)

LSG Bayern, Urt. v. 10.04.2003 – L 4 KR –127/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-106

Akupunktur, Elektroakupunktur, Behandlungsmethode, Bundesausschuss

SGB V §§ 13 III, 27 I, 92, 95, 135 I; BUB-RL Anl B Nr. 1

Die Elektroakupunktur nach Voll (EAV) ist als Methode in den NUB-Richtlinien aufgeführt, die für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse nicht erforderlich ist. Hierdurch wird der Leistungsanspruch des Versicherten eingeschränkt (**BSG** v. 20.03.1996 SozR 3-2500 § 92 Nr. 6), eine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht nicht (**BSG** v. 16.09.1997 BSGE 81, 75).

SG München, Gerichtsbb. v. 05.04.2002 – S 18 KR 368/97 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur EAV s.a. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. v. 29.03.2001 - L 5 KR 137/00 - <http://www.justiz.nrw.de>.

10. BALNEO-PHOTOTHERAPIE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.03.2003 – L 16 KR 193/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-107

Balneo-Phototherapie, Photo-Soletherapie, Bade-PUVA, Behandlungsmethode, Bundesausschuss

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 92, 95, 135 I; BUB-RL Anl B Nr. 27

Die Balneo-Phototherapie (nicht-synchrone Photo-Soletherapie, Bade-PUVA) gehört nicht zu den vertragsärztlichen Leistungen. Sie war bereits mit Beschluss des Bundesausschusses vom 16.02.1994 ausgeschlossen worden, was mit Beschluss vom 10.12.1999 bestätigt wurde.

SG Detmold, Urt. v. 31.07.2002 – S 5 (16) KR 60/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

11. PHOTODYNAMISCHEN THERAPIE: VERSORGUNG MIT FERTIGARZNEIMITTEL

Zur **Photodynam. Therapie** s. bereits *LSG Mecklenburg-Vorpommern*, Urt. v. 15.05.2002 - L 4 KR 19/01 – RID 02-04-60 (Revision anhängig: B 1 KR 27/02 R), das von einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ausgeht, aber einen Anspruch auf Versorgung aufgrund Systemversagens bejaht.

SG Duisburg, Urt. v. 20.10.2003 – S 7 KR 131/03 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-108**
Photodynamische Therapie, Verteporfin, Visudyne, Neovaskularisation, Myopie Fertigarzneimittel, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, Laserbehandlung
SGB V §§ 27 I, 31 I, 92, 135 I; AMG § 21 I

Die Frage des Anspruches auf Versorgung mit der photodynamischen Therapie (PDT) ist nicht nach den Grundsätzen zu entscheiden, die für die Inanspruchnahme sog. neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gelten, insb. nicht nach § 135 I SGB V. Denn die Durchführung der PDT ist nichts anderes als die bestimmungsgemäße Anwendung des Wirkstoffs Verteporfin in Form des für die hier fragliche Indikation inzwischen zugelassenen Arzneimittels Visudyne. Insofern handelt es sich um eine Versorgung von Versicherten mit Arzneimitteln (§ 27 I 2 i.V.m. § 31 I SGB V).

Die Kl. leidet unter sog klassischen **subfovealen subretinalen Neovaskularisationen** bei hoher Myopie. Dabei handelt es sich um krankhafte morphologische Veränderungen im Bereich der unter der Netzhaut befindlichen Aderhaut des Auges, die zu einem zunehmenden Verlust der Sehschärfe und. letztendlich zur Erblindung führen. Sie ließ eine **photodynamische Therapie (PDT)** durchführen (Kostenantrag v. 20.02.2001, erster Zyklus am 12.03.). Dabei wird den Patienten per Infusion der photoaktive **Wirkstoff Verteporfin** verabreicht und anschließend mittels nicht thermischer Laseranwendung an den betroffenen Teilen des Augenhintergrundes in den Gefäßen aktiviert, was zur Zerstörung der krankhaft veränderten Gefäße in der Aderhaut führt. Die Behandlung erfolgt grundsätzlich in drei bis vier Zyklen mit mehreren Monaten Abstand. Durch die Behandlung wird der grundsätzlich nicht aufzuhaltende weitere Verlust der Sehschärfe und damit die Erblindung zeitlich hinausgezögert. Der Wirkstoff Verteporfin, der unter verschiedenen Handelsnamen als **Fertigarzneimittel** vertrieben wird, wurde am 27.07.2000 von der europäischen Arzneimittelzulassungsbehörde (EMA) unter dem **Handelsnamen Visudyne** zur Behandlung der altersbedingten Makuladegeneration bei Patienten mit vorwiegend klassischen subfovealen chorioidalen Neovaskularisationen zugelassen. Mit Wirkung vom 20.03.2001 wurde die Zulassung durch die EMA auf die Anwendung bei subfovealen chorioidalen Neovaskularisationen infolge pathologischer Myopie erweitert. Am 22.08.2002 erfolgte eine erneute Erweiterung für die Anwendung bei okkulten subfovealen chorioidalen Neovaskularisationen. Der **Bundesausschuss** der Ärzte und Krankenkassen beschloss am 16.10.2000, die PDT ausschließlich bei altersbedingter Makuladegeneration mit klassischen subfovealen chorioidalen Neovaskularisationen in die Anlage A NUB-RL aufzunehmen und damit für die Anwendungen in der vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen. Derzeit berät der Bundesausschuss darüber, ob die PDT auch für weitere Anwendungsgebiete als Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden soll. Das **SG** gab der Klage auf Kostenerstattung statt.

SG Freiburg, Urt. v. 10.09.2003 – S 5 KR 1471/02 - juris **RID 04-01-109**
Photodynamische Therapie, Verteporfin, Visudyne, Neovaskularisation, Myopie Fertigarzneimittel, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, Laserbehandlung
SGB V §§ 27 I, 31 I, 92, 135 I; AMG § 21 I

Leitsatz:

Bei einem Arzneimittel, das nur wirkt, wenn es durch eine spezielle ärztliche Maßnahme (hier: Laserbehandlung des Auges) aktiviert wird, bedeutet die arzneimittelrechtliche Zulassung, dass die Krankenkassen die Anwendung des Präparats samt der Aktivierungsmaßnahme zu übernehmen haben. Eine zusätzliche Prüfung der Behandlungsmethode durch den Bundesausschuss ist nicht erlaubt.

12. REZEPTURARZNEIMITTEL: BEHANDLUNG MIT ORTHOKINRA

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.05.2003 – L 16 KR 109/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-110**
Rezepturarzneimittel, Orthokinra, Behandlungsmethode, Bundesausschuss
SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 135 I

Bei der Behandlung mit Orthokinra handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode i.S.d. § 135 I SGB V, denn sie beruht auf einem eigenständigen Konzept - autologe Herstellung von Interleukin 1-

Rezeptorantagonisten, einer Substanz, der von ihren Anwendern ein gesicherter chondroprotektiver und zusätzlich entzündungshemmender Effekt zugeschrieben wird -, die in die vertragsärztliche Praxis bisher keinen Eingang gefunden hat. Ihre mangelnde Anerkennung beruht nicht auf einem sog. Systemversagen (vgl. **BSG** SozR § 135 Nrn. 4, 14).

SG Köln, Urt. v. 19.02.2002 – S 4 KR 239/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

13. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

A) ICSI/IVF-BEHANDLUNG - KOSTEN DES PRIVATVERSICHERTEN EHEGATTEN

Zur **Rspr.** s. den Überblick in RID 03-02-125; zum Ausschluss der unmittelbar am Körper der privatversicherten Ehefrau vorgenommenen Maßnahmen vgl. **SG Mannheim**, Urt. v. 16.04.2003 - S 8 KR 2566/02 - RID 03-03-79; **SG Konstanz**, Urt. v. 20.11.2002 - S 8 KR 744/02 - RID 03-03-80; **SG Wiesbaden**, Urt. v. 10.07.2002 - S 13 KR 84/00 - RID 03-03-81; **SG Detmold**, Urt. v. 19.07.2002 - S 14 (16) KR 84/00 - RID 03-04-92; zum Anspruch auf ICSI bei Sterilisation während früherer Ehe vgl. **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 31.01.2003 - L 4 KR 3130/02 - RID 03-03-82 (Revision anhängig - B 1 KR 11/03 R -).

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.05.2003 - L 16 KR 253/02 - (rechtskräftig) <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-111**
Krankheit, ICSI, ICSI/IVF-Behandlung, Heilbehandlung, intracytoplasmatische Spermajektion
SGB V §§ 13 III, 27a I

Die Krankenkasse kann ihren Versicherten grundsätzlich nicht entgegenhalten, die Kosten der IVF und ICSI müssten von der Versicherung des anderen Ehegatten getragen werden. Insofern ist es unerheblich, bei welchem Ehegatten die Ursache der fehlenden Fertilität zu suchen ist. Im Hinblick auf den eigenständigen Versicherungsfall der Indikation zur künstlichen Befruchtung kommt es darauf nicht an. Auf die entgegenstehenden Bestimmungen der Leistungszuständigkeit durch die Spitzenverbände der Krankenkassen vom 16./17.04.2002 kann sich eine Krankenkasse nicht berufen.

SG Köln, Urt. v. 30.09.2002 – S 26 (19, 23) KR 45/00 verurteilte d. bekl. Krankenkasse, der Kl. die im Zusammenhang mit der 1999 beantragten und 2001 zweimal durchgeführten ICSI-Behandlung entstandenen Kosten (9.456,90 Euro) zu erstatten, was die Bekl. unter Hinweis auf die Sterilität des privat versicherten Ehemannes abgelehnt hatte; vor dem LSG erkannte sie den Anspruch auf die Kosten für die Durchführung der IVF-Maßnahmen an, nicht aber für die ICSI. Das **LSG** wies Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.10.2003 – L 5 KR 50/03 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-112**
Revision anhängig: B 1 KR 32/03 R
Krankheit, ICSI, ICSI/IVF-Behandlung, Heilbehandlung, intracytoplasmatische Spermajektion
SGB V §§ 13 III, 27a I

Nicht die Krankheit, sondern die Unfähigkeit des Ehepaares, auf natürlichem Wege Kinder zu zeugen und die daraus resultierende Notwendigkeit einer künstlichen Befruchtung, stellt den Versicherungsfall dar. Die Krankenkasse kann ihren Versicherten grundsätzlich nicht entgegenhalten, die Kosten der IVF und ICSI müssten von der Versicherung des anderen Ehegatten getragen werden (im Anschluss an **BSG**, Urt. v. 03.04.2001 - B 1 KR 22/00 R - BSGE 88, 51 = SozR 3-2500 § 27a Nr. 2 und - B 1 KR 40/00 R - BSGE 88, 62 = SozR 3-2500 § 27a Nr. 3).

Die 1974 geb. Kl. ist bei der Bekl. krankenversichert, während ihr Ehemann privat krankenversichert ist. Ihren am 28.01.2002 unter Vorlage eines frauenärztlichen Attestes gestellten Antrag, ihr künstliche Befruchtungsmaßnahmen in Form einer extrakorporalen Befruchtung mit intrazytoplasmatischer Spermajektion (ICSI) zu gewähren, lehnte die Bekl. mit der Begründung ab, dass die private Krankenkasse des Ehemannes für die Gewährung der beantragten Leistungen zuständig sei. Nach dem Attest liegt bei dem Ehemann der Kl. eine Oligo-Asthenoteratozoospermie vor, so dass die Standard-IVF-Methode mit der Mikroinjektion von Spermien in die Eizellen kombiniert werden muss, um eine Fertilisierung zu erreichen. **SG Köln**, Urt. v. 10.02.2003 – S 19 KR 127/02 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

B) KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG NUR FÜR EHEPAARE

Zum Ausschluss der **heterologen Insemination** s. **BSG**, Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 33/00 R - SozR 3-2500 § 27a Nr. 4 = NJW 2002, 1517; **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 30.10.2002 - L 4 KR 61/01 – juris = NZS 2003, 484.

AA) VERFASSUNGSGEMÄßE BESCHRÄNKUNG AUF EHEPAARE

LSG Mecklenburg Vorpommern, Urt. v. 15.05.2002 - L 4 KR 3/01 - juris

RID 04-01-113

Ehepaar, künstliche Befruchtung, nichteheliche Lebensgemeinschaft

SGB V §§ 27 I 2, 27a I Nr. 3; GG Art. 1, 2, 3 I, 6, 20 I

Leitsätze:

1. § 27a SGB V ist eine abschließende Regelung über die Leistungen der Krankenversicherung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft; daneben ist für eine ergänzende Prüfung des § 27 SGB V kein Raum.

2. Es ist nicht verfassungswidrig und insbesondere mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 GG vereinbar, dass § 27a I Nr. 3 SGB V verlangt, dass Personen, die Maßnahmen einer künstlichen Befruchtung zu Lasten der Krankenversicherung begehren, miteinander verheiratet sein müssen.

SG Rostock, Urt. v. 16.11.2000 - S 1 KR 72/98 – wies die Klage der 1962 geb. Kl., die in den 80er Jahren zwei Kinder geboren hatte und jetzt aufgrund von zwei Operationen an einer sogenannten tubaren Sterilität leidet, die eine Empfängnis auf natürlichem Wege unmöglich macht, ab. Seit mehreren Jahren lebt sie in fester eheähnlicher Gemeinschaft zusammen mit K, der bei einer anderen Krankenkasse versichert ist. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 07.01.2003 - L 4 KR 109/02 – juris = Breith 2003, 785 RID 04-01-114

Ehepaar, künstliche Befruchtung, nichteheliche Lebensgemeinschaft

SGB V §§ 27 I 2, 27a I Nr. 3; GG Art. 1, 2, 3 I, 6, 20 I

Leitsätze:

1. Die Partnerin einer verschiedengeschlechtlichen Lebensgemeinschaft hat keinen Anspruch nach § 27a I SGB V auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung mit dem Samen ihres Lebenspartners.

2. Die Beschränkung des Leistungsanspruches auf die homologe Insemination zwischen Ehegatten verstößt nicht gegen den Gleichheitsgrundsatz des Art 3 Abs. 1 i.V.m. Art. 6 Abs. 1 GG. Denn nur die Ehe, nicht aber die nichteheliche Lebensgemeinschaft steht unter dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung (vgl. BVerfG v. 17.07.2002 - 1 BvF 1,2/01 = BVerfGE 105, 313, 342 ff.).

LSG Berlin, Urt. v. 24.06.2003 – L 9 KR –28/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-115

Krankheit, ICSI-, IVF-Behandlung, Heilbehandlung, Eheleute, nichteheliche Lebensgemeinschaft

SGB V §§ 13, 27a; GG Art. 3 I, 6 I

Die Beschränkungen der Leistungen zur künstlichen Befruchtung auf Eheleute verstößt nicht gegen Art. 3 I i.V.m. Art. 6 I GG.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 09.01.2002 – S 81 KR 2578/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.10.2003 – L 5 KR 120/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-116

Krankheit, ICSI-, IVF-Behandlung, Heilbehandlung, Eheleute

SGB V §§ 13, 27a; GG Art. 3 I, 6 I

Voraussetzung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung ist, dass die Personen, die diese Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind. § 27a I Nr. 3 SGB V ist weder verfassungskonform in dem Sinne auszulegen, dass auch unverheirateten Versicherten der Anspruch nach § 27a SGB V einzuräumen ist, noch verstößt diese Vorschrift gegen Art. 3 I GG.

SG Dortmund, Urt. v. 25.04.2002 – S 44 KR 208/01 – wies Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

BB) VORLAGEBESCHLUSS KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG (§ 27a SGB V)

SG Leipzig, Beschl. v. 28.03.2003 - S 8 KR 87/02 - juris

RID 04-01-117

Ehepaar, künstliche Befruchtung, nichteheliche Lebensgemeinschaft
SGB V §§ 27 I 2, 27a I Nr. 3; GG Art. 1, 2, 3 I, 6

Ist § 27a I Nr. 3 und 4 SGB V i.d.F. von Art. 2 Nr. 2 des G. über die 19. Anpassung der Leistungen nach dem BVG sowie zur Änderung weiterer sozialrechtlicher Vorschriften (KOVAnpG 1990, BGBl I 121) wegen Verletzung der Art. 6 I u. V, Art 3 I, Art. 2 I und II, Art. 1 I GG insoweit verfassungswidrig, als medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung) nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich auf Personen beschränkt sind, die miteinander verheiratet sind (§ 27a I Nr. 3 SGB V) und ausschließlich von Ehegatten Ei- und Samenzellen verwendet werden dürfen (§ 27a I Nr. 4 SGB V)?

Die 1972 geb. Kl. lebt seit 1995 mit dem ebenfalls gesetzlich krankenversicherten S., geb. 1974, in nicht-ehelicher Lebensgemeinschaft. Deren Kinderwunsch ist auf natürlichem Weg infolge einer Fertilitätsstörung des Mannes nicht erfüllbar. Die Sterilität des Paares ist, nach einer gynäkologischen Bescheinigung auf ein hochgradiges OAT-Syndrom zurückzuführen. Für eine erfolgreiche Therapie sei zuzüglich zur In-vitro-Fertilisation (IVF-) eine intracytoplasmatische Spermajektion (ICSI-)Behandlung geboten. Die am 28.11.2001 beantragte Kostenübernahme für eine IVF- bzw. ICSI-Behandlung lehnte die bekl. Krankenkasse ab, weil dies nur bei verheirateten Paaren gesetzlich vorgesehen sei.

C) REGELGRENZE 40 JAHRE/ANSPRUCH NUR BEI KINDERLOSIGKEIT

SG Düsseldorf, Urt. v. 23.10.2003 – S 26 KR 6/03 - <http://www.lsg.nrw.de>

RID 04-01-118

Krankheit, ICSI, ICSI/IVF-Behandlung, Heilbehandlung, intracytoplasmatische Spermajektion
SGB V §§ 27a I, 92; RL über die künstliche Befruchtung

Bei ungewissen Erfolgsaussichten besteht keine Verpflichtung der Kassen, einer Frau im 42. bzw. in-zwischen dem 43. Lebensjahr, die bereits 7 Kinder aus der Ehe hat, weitere künstliche Befruchtungsmaßnahmen zu gewähren und dies als "erforderlich" anzusehen i.S. von § 27a I Nr. 1 SGB V.

Das in den Richtlinien des Bundesausschusses als Regelgrenze bestimmte 40. Lebensjahr ist nicht willkürlich bestimmt worden.

Der Auffassung des **BSG** (Urt. v. 03.04.2001 - B 1 KR 40/00 R) kann nicht gefolgt werden, dass eine erfolgreiche Durchführung der künstlichen Befruchtung, bzw. damit schon allein das Vorhandensein von Kindern, die (erneute) Gewährung entsprechender Maßnahmen zur Herbeiführung einer weiteren Schwangerschaft nicht ausschließe, weil das Gesetz insofern keine Begrenzung vorsehe. Nach den Gesetzesmaterialien soll nur kinderlosen Ehepaaren geholfen werden.

14. BEHANDLUNG DURCH HEILPRAKTIKER

LSG Bayern, Urt. v.23.01.2003 – L 4 KR –207/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-119

Heilpraktiker, Arztmonopol
SGB V §§ 13 III, 15 I, 27

Einer Übernahme der Behandlungskosten für eine Behandlung durch Heilpraktiker steht das Arztmonopol des § 15 I SGB V entgegen. (vgl. bereits **LSG Bayern**, Urt. v.12.10.1995 – L 4 Kr 28/93 –. Der Ausschluss der Heilpraktiker von der Krankenbehandlung verstößt auch nicht gegen höherrangiges Recht (siehe **BSG** v. 01.09.1979 BSGE 48, 47; **BVerfG** v. 10.05.1988 SozR 2200 § 122 Nr.10; v. 10.05.1988 BVerfG USK 8849).

SG Landshut, Urt. v. 04.10.2001 – S 10 KR 80/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

15. KOSTENERSTATTUNG UND THERAPEUTISCHES GESAMTKONZEPT

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.06.2003 – L 4 KR 59/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-120**
Kostenerstattung, Akupunktur, Akupunktursitzung, therapeutisches Gesamtkonzept, Behandlungsmaßnahme
SGB V § 13 III

Nach BSG, Urt. v. 30.10.2002 - L 4 KR 123/00 - ist im Zusammenhang mit der Prüfung der Erstattungsfähigkeit von Behandlungskosten grundsätzlich von dem therapeutischen Gesamtkonzept des behandelnden Arztes und nicht von der einzelnen medizinischen Maßnahme (Injektion, Massage, Medikament usw.) auszugehen. Eine getrennte Beurteilung der Kostenerstattung hinsichtlich einzelner Behandlungsmaßnahmen ist nicht zulässig (vgl. **BSG** SozR 3-2500 § 135 SGB V Nr. 4). Von daher ist nicht jede einzelne Akupunktursitzung im Hinblick auf die Kostenerstattung gesondert zu prüfen.

SG Hannover, Urt. v. 30.01.2001 – S 4 KR 297/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

II. KOSTEN FÜR BEHANDLUNG IM AUSLAND

1. BRONCHOSKOPISCH-CHIRURGISCHE SPEZIALKLINIK IN DEN USA

LSG Bayern, Urt. v. 20.02.2003 – L 4 KR –17/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-121**
Auslandsbehandlung, Versorgungslücke, Reflux
SGB V §§ 13, 16, 18

Eine Kostenübernahme für eine Auslandsbehandlung gemäß § 18 I SGB V kommt nur dann in Frage, wenn im innerstaatlichen System der Leistungen bzw. Leistungserbringung eine Störung oder Versorgungslücke vorliegt (vgl. bereits **BSG**, Urt. v. 16.06.1999 SozR 3-2500 § 18 Nr.4 = BSGE 84, 95 ff.; v. 14.02.2001 SGB 2001, 303).

Die 1956 geb. und bei der Beklagten pflichtversicherte Kl. litt in den Jahren 1995 und 1996 nach den Krankenhausberichten an einer Encephalitis disseminata und einem hyperreaktiven Bronchialsystem; außerdem wurden ein Verdacht auf chronische Bronchitis und Verdacht auf hypochondrische Neurose bzw. symptomatische Psychose diagnostiziert. Sie war insbesondere wegen Atemnot bei zahlreichen Ärzten bzw. Krankenhäusern in ambulanter und stationärer Behandlung. 1996 beantragte sie die Kostenübernahme für eine Behandlung in einer bronchoskopisch-chirurgischen Spezialklinik in den USA und begab sich am 13.11.1996 zusammen mit ihrem Ehemann in die USA. Sie wurde dort im J. Hospital (B./Maryland) stationär behandelt. In der Klinik wurde am 06.01.1997 nach medikamentösen Behandlungsversuchen wegen eines symptomatischen gastro-ösophagealen Reflux (Rückfluss vom Magen zur Speiseröhre) eine transabdominale Nissen Fundoplication durchgeführt (manschettenartige Umnähung des unteren Speiseröhrenanteils mittels zweier Magenfallen zur Wiederherstellung des Schlussmechanismus zwischen Speiseröhre und Magen). Eine Kostenerstattung einschließlich der Nebenkosten in Höhe von insgesamt 63.203,50 DM lehnte d. Bekl. ab. **SG Landshut**, Urt. v. 10.11.2000 – S 10 KR 75/97 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. BEHANDLUNG IN DER BREAKSPEAR-KLINIK IN LONDON

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2003 – L 4 KR 241/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-122**
Breakspear-Klinik, Allergologie, Krankenhausbehandlung, stationäre Behandlung, EU-Ausland
SGB V §§ 16, 18; EWGV 1408/71 Art. 22; EGV Art. 49, 50

Eine im März 1994 in der Breakspear-Klinik, London durchgeführte Diagnostik und Behandlung zur Abklärung der Diagnose "Multiple Chemische Sensibilität" (MCS) mit sinusaler, parlyngialer und dysphonischer Ausprägung hätte auch zum damaligen Zeitpunkt in einer allergologisch ausgerichteten Klinik in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden können.

SG Osnabrück, Urt. v. 17.12.1997 – S 3 KR 142/94 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. METHODE DR. KOZIJAVKIN

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.09.2003 – L 4 KR 204/00 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-123**
Revision anhängig: B 1 KR 29/03 R

Krankenversicherung, Auslandsbehandlung, Dr. Kozijavkin
SGB V §§ 16, 18

Die Methode Dr. Kozijavkin entspricht ab September 1999 dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im Sinne des § 18 I 1 SGB V.

Nach **BSG**, Urt. v. 14.02.2001 - B 1 KR 29/00 R - SozR 3-2500 § 18 Nr. 6 verlangt § 18 I SGB V, dass die im Ausland angebotene Behandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht; darüber hinaus darf im Inland keine diesem Standard entsprechende Behandlung der beim Versicherten bestehenden Erkrankung möglich sein. Bereits die zuerst genannte Bedingung ist für die Therapie Dr. Kozijavkin nicht erfüllt. Dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht eine Behandlungsmethode nur dann, wenn sie nicht nur von einzelnen Ärzten, sondern von der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte und Wissenschaftler) befürwortet wird. Von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, muss über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens bestehen. Eine wissenschaftliche Anerkennung in diesem Sinne hat im Behandlungszeitpunkt (1997) nicht vorgelegen. Der Senat hat in dem angeführten Urteil vom 16. Juni 1999 aufgezeigt, dass das Therapiekonzept des Dr. K. in den seinerzeit verfügbaren Äußerungen deutscher Wissenschaftler und sozialpädiatrisch tätiger Ärzte überwiegend skeptisch bis ablehnend beurteilt wurde, wobei sich die Kritik einerseits auf die unspezifische Kombination verschiedener Behandlungsformen bezog und andererseits das Fehlen vergleichender Effektivitätsstudien - auch im Hinblick auf die enge Bindung der Behandlungsmethode an die Person des Dr. K. und dessen Weigerung, andere Ärzte in die Methode einzuweisen - bemängelt wurde. Dies **könnte sich allerdings geändert haben**, nachdem das Behandlungskonzept der Arbeitsgruppe um Dr. K. und die damit erzielten Ergebnisse auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin im **September 1999** einem Fachpublikum vorgestellt und veröffentlicht worden sind, was das BSG aber wegen des früheren Behandlungszeitraums hat dahinstehen lassen.

Zum Sachverhalt:

Der im Juli 1978 geb. Kl. wurde in der 28. Schwangerschaftswoche mit deutlichem Untergewicht geboren. Er leidet an Infantiler Zerebralparese (ICP) mit Bewegungsstörungen im Sinne einer spastischen Tetraplegie und einer massiven statomotorischen Retardierung. Er ist schwerbehindert mit einem Grad der Behinderung von 100; zu seinen Gunsten sind die Nachteilsausgleiche "aG", "H" und "RF" festgestellt. Seit 1993 wurde er im Institut Dr. Kozijavkin in der Ukraine behandelt. Für Behandlungen seit 1995 beehrte er mit seiner Klage die Kostenerstattung. **SG Stade**, Urt. v. 26.06.2000 – S 1 KR 77/99 WA – wies die Klage ab. Das **LSG** gab der Berufung teilweise statt; es verurteilte d. Bekl., den Kl. hinsichtlich der Behandlungen im September 1999 und März/April 2000 neu zu bescheiden.

LSG Niedersachsen-Bremen lehnt einen Anspruch auf Neubescheidung nach § 18 I 1, II SGB V für die Zeit vor März 1999 im Hinblick auf **BSG**, Urt. v. 14.02.2001 - B 1 KR 29/00 R - SozR 3-2500 § 18 Nr. 6 ab. Für die Zeit danach bestehe aber ein Anspruch auf Neubescheidung, weil die Methode Dr. Kozijavkin **ab September 1999** dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im Sinne des § 18 I 1 SGB V entspreche, was der Senat ausführlich anhand eingeholter Gutachten erläutert.

III. STATIONÄRE BEHANDLUNG

1. MAMMAREDUKTIONSPLASTIK

Zur **Mammareduktionsplastik** s. zuletzt **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 18.10.2002 - L 4 KR 4692/01 - RID 03-03-84 und v. 24.03.2003 - L 4 KR 2102/01 - RID 03-03-85 (Eine Makromastie ist nicht als Krankheit anzusehen); zur **Operativen Behandlung zum Brustaufbau** s. zuletzt RID 03-04-B 2 (S. 57 f.).

A) KEINE VERKLEINERUNGSOPERATION BEI GRENZWERTIGER MAKROMASTIE

LSG Bayern, Urt. v. 10.04.2003 – L 4 KR –226/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-124**
Mammareduktionsplastik, Makromastie, Mastoptose, Krankheit, Brust, Brüste
SGB V §§ 13 III, 27 I

Liegt lediglich eine grenzwertige Makromastie vor, kommt eine Verkleinerungsoperation der Brust nicht in Betracht. Bei bereits durchgeführter Operation besteht keine Möglichkeit, durch eine Begutachtung den individuellen Krankheitswert der Brustgröße nachträglich feststellen zu lassen. Bei Orthopädischen oder psychischen Beschwerden bedarf eine Verkleinerungsoperation der Brust als "mittelbare" Behandlung einer speziellen Rechtfertigung (s. **BSG**, Urteil vom 06.10. 1999, SozR 3-2500 § 28 Nr.4).

SG Regensburg, Ur. v. 07.05.2002 – S 2 KR 117/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) GIGANTOMASTIE DER BRÜSTE ALS KRANKHEIT

SG Dortmund, Ur. v. 16.06.2003 – S 16 (13) KR 86/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-125

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen – L 5 KR 129/03 -

Mammareduktionsplastik, Gigantomastie, Makromastie, Mastoptose, Krankheit, Brust, Brüste
SGB V §§ 13 III, 27 I

Aufgrund des Gutachtens eines gerichtlichen Sachverständigen kann feststehen, dass die Gigantomastie der Brüste zu einem regelwidrigen körperlichen Zustand führt, der den Krankheitsbegriff des § 27 SGB V erfüllt.

Das **SG** verurteilt die bekl. Krankenkasse, die Brustverkleinerung der Kl. zu übernehmen.

2. BEHANDLUNG NUR IN ZUGELASSENEM KRANKENHAUS

Zur Behandlung in Nichtvertragskrankenhaus s. zuletzt **SG Koblenz**, Gerichtsbb. v. 13.08.2002 - S 5 KR 24/02 – RID 03-02-70

LSG Brandenburg, Ur. v. 12.11.2003 – L 4 KR –23/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-126

Krankenhaus, Krankenhausbehandlung, stationäre Behandlung
SGB V §§ 2 I 3, 11 I Nr. 4, 12, 13 III, 27 I, 39, 108

Der Anspruch auf Krankenhausbehandlung ist gemäß § 39 I 2 SGB V auf eine vollstationäre Behandlung in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus beschränkt.

SG Potsdam, Ur. v. 23.04.2002 – S 7 KR 13/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 31.07.2003 – L 16 KR 137/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-127

Krankenhaus, Krankenhausbehandlung, stationäre Behandlung, Kostenerstattung
SGB V §§ 2 I 3, 11 I Nr. 4, 12, 13 III, 27 I, 39, 108

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen, sofern nicht eine Notfallsituation besteht (**BSG** SozR 3-2500 § 13 Nr. 12 S. 57). Es besteht auch kein Anspruch auf eine (Teil-)Kostenerstattung im Hinblick darauf, dass die Behandlung in einem Vertragskrankenhaus ebenfalls Kosten verursacht hätte.

SG Dortmund, Ur. v. 16.04.2002 – S 4 KR 102/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 10.07.2003 – L 16 KR 180/00 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-128

Krankenhaus, Krankenhausbehandlung, stationäre Behandlung, Kostenerstattung, Notfallbehandlung
SGB V §§ 2 I 3, 11 I Nr. 4, 12, 13 III, 27 I, 39, 108

Hat es sich bei der Behandlung in einem Herzchirurgischen Zentrum um eine Notfallbehandlung iS des SGB V gehandelt, so scheidet ein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 III SGB V von vornherein aus, weil der Versicherte dem Zentrum keine Vergütung geschuldet hat (vgl. **BSG**, Ur. v. 09.10.2001 - B 1 KR 6/01 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 25). Hat es sich hingegen nicht um eine Notfallbehandlung gehandelt, so können einem Versicherten zwar Kosten für die selbstbeschaffte Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) entstehen; bietet die Krankenkasse aber eine Behandlung in einem Vertragskrankenhaus an, dann entstehen diese Kosten nicht dadurch, dass die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hätte.

SG Duisburg, Ur. v. 17.10.2000 – S 27 KR 47/99 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. ERSTATTUNG VON ZUSATZKOSTEN FÜR SELBSTBESCHAFFTE BEHANDLUNG IN BELEGKLINIK.

LSG Berlin, Urt. v. 24.10.2003 – L 9 KR 118/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-129

Krankenhaus, Krankenhausbehandlung, stationäre Behandlung, Kostenerstattung, Notfallbehandlung
SGB V §§ 13 III, 27 I, 39

Schließt ein Versicherter mit einem vertragsärztlichen Belegarzt eine zusätzliche private Vergütungsvereinbarung ab, so sind die Krankenkassen hierfür nicht einstandspflichtig. Vielmehr handelt der Belegarzt pflichtwidrig, wenn er den von ihm behandelten gesetzlich Versicherten zusätzlich zum Vertragshonorar Zusatzkosten privat in Rechnung stellt.

SG Berlin, Urt. v. 28.05.2002 – S 82 KR 879/01 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

4. KEIN BEHANDLUNGSVERTRAG ZWISCHEN VERSICHERTEM UND VERTRAGS-KRANKENHAUS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.07.2003 – L 16 KR 97/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-130

Krankenhaus, Behandlungsvertrag, Krankenhausaufnahmevertrag, Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit
SGB V §§ 2, 13 III, 27 I 2 Nr. 5, 39 I, 108

Geht das Krankenhaus davon aus, eine Kassenleistung zu erbringen, kommt ein bürgerlich-rechtlicher Vertrag (Behandlungsvertrag, Krankenhausaufnahmevertrag), durch den sich der Versicherte verpflichtet hätte, für die Kosten der benötigten Behandlung aufzukommen, auch dann nicht zustande, wenn die Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung nicht vorliegen.

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit liegt nicht vor, wenn die Aufnahme in einem Pflegeheim oder die Beaufsichtigung durch eine dritte Person ausreichend ist und nicht das Erfordernis eines ständig rufbereiten Arztes besteht (so hier aufgrund eines phobischen Zustandes, in Abwesenheit der Ehefrau nicht allein gelassen werden). Ob ein entsprechender Pflegeplatz oder eine geschulte Aufsichtsperson zur Verfügung stand, ist insoweit ohne Bedeutung (vgl. *BSG* Urt. v. 23.04.1996 - 1 RK 10/95 - DOK 1996, 445 f.).

Bei dem Kläger, der 1991 einen Herzinfarkt erlitten hatte, zeigte sich in der Folge eine schwere Angsterkrankung mit Panikattacken und massiven herzphobischen Anteilen, welche ihm ohne die Anwesenheit seiner Ehefrau ein angstfreies Leben unmöglich machte. Aus diesem Grunde wurde er während Krankenhausbehandlungen seine Ehefrau wiederholt stationär mit aufgenommen. Nach der letzten ärztlichen Einweisung lehnte d. Bekl. gegenüber der Klinik die Übernahme der Kosten der stationären Behandlung (vom 23.06. bis 05.08.1995) ab. Auf Anregung der Klinik wiederholte die Bekl. die Ablehnung auch gegenüber dem Kl. zunächst durch formloses Schreiben und dann durch förmlichen Bescheid. *SG Münster*, Urt. v. 28.02.2002 – S 11 KR 23/98 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zum fehlenden Kostenanspruch eines Vertragskrankenhauses gegenüber Versichertem und einem evtl. Freistellungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse s. *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 06.05.2003 - L 5 KR 51/02 - RID 03-03-95;

5. FREISTELLUNGSANSPRUCH GEGENÜBER KRANKENKASSE

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.02.2003 – L 5 KR 51/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> = juris RID 04-01-131

Krankenhaus, Behandlungsvertrag, Krankenhausaufnahmevertrag, Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit
SGB V §§ 2, 13 III, 27 I 2 Nr. 5, 39 I, 108

Leitsätze:

1. Begibt sich ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund einer Einweisung des behandelnden Arztes zur stationären Behandlung in ein zugelassenes Vertragskrankenhaus und verweigert die Krankenkasse anschließend gegenüber dem Krankenhaus die Übernahme der Behandlungskosten, weil die stationäre Behandlung nicht notwendig gewesen sei, darf das Krankenhaus diese Kosten nicht beim Versicherten geltend machen.

2. Hat das Krankenhaus in einem zivilgerichtlichen Verfahren den Versicherten trotzdem auf Zahlung verklagt und das Zivilgericht den Versicherten rechtskräftig zur Zahlung verurteilt, steht diesem gegenüber seiner Krankenkasse ein Freistellungsanspruch zu.

3. Die Frage der Notwendigkeit einer stationären Behandlung ist zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zu klären.

SG Speyer, Urt. v. 10.04.2002 - S 7 KR 205/00 – wies die auf Freistellung von den Kosten für eine Krankenhausbehandlung gerichtete Klage ab. Die *Berufung* führte zur weitgehenden Klagestattgabe.

IV. ARZNEIMITTEL

1. SILDENAFIL (VIAGRA): BESCHRÄNKTE BEFUGNIS DES BUNDESAUSSCHUSSES (AMRL)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.08.2003 - L 4 KR 24/02- <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-132

Revision anhängig: B 1 KR 25/03 R

Arzneimittel, Sildenafil, Viagra, Krankheit, erektile Dysfunktion, Bundesausschuss

SGB V §§ 12 I 1, 13, 27, 31, 33a, 34, 92 I; AMRL Nr. 17.1

Das Arzneimittel Viagra darf in der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

Der Kl. leidet an Diabetes mellitus und einer organisch fixierten erektilen Dysfunktion. *SG Hannover*, Urt. v. 16.01.2002 - S 2 KR 827/01 – verurteilte zur Übernahme der Kosten des selbstbeschafften Arzneimittels und auch zur Kostenübernahme in Zukunft. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

Parallelentscheidung zu *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 16.07.2003 - L 4 KR 162/01- RID 03-04-100; s. im Einzelnen dort, auch mit ausf. Hinweisen zur Rspr.; s.a. RID 04-01-201 (diese Ausgabe S. 88).

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.08.2003 - L 4 KR 152/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-133

Revision anhängig: B 1 KR 26/03 R

Weitere Parallelentscheidung; Vorinstanz: *SG Osnabrück*, Urt. v. 15.08.2002 - S 3 KR 66/01 –

2. OFF-LABEL-USE

Zur *Rspr.* zum Off-Label-Use s. zuletzt die ausf. Hinweise in RID 03-03-B IV 1; aus der Instanzenpraxis vgl. zuletzt *LSG Berlin*, Urt. v. 02.04.2003 - L 9 KR 70/00 - RID 03-04-99 (Kein zulässiger Off-Label-Use für das Immunglobulinpräparat Octagam zur ambulanten Behandlung von Multipler Sklerose).

A) HERZEPTIN (TRASTUZUMAB) IN DER ADJUVANTEN THERAPIE

LSG Brandenburg, Urt. v. 12.11.2003 – L 4 KR –53/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-134

Herzeptin, Trastuzumab, Mammakarzinom, adjuvante Therapie

SGB V §§ 12 I 1, 13, 27, 31, 33a, 34, 92 I

Es keine abgeschlossenen Studien, die die Wirksamkeit des Medikaments Herzeptin (Trastuzumab) zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der adjuvanten (unterstützenden) Therapie hinreichend belegen.

Die 1960 geb. Kl. wird seit 1999 wegen fortgeschrittenem Mamma-Karzinom behandelt. Im Februar 2000 beantragte sie bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine Therapie mit Herzeptin. Der operierte Tumor sei hormonrezeptor-negativ gewesen und die "ErbB 2-Expression sei mit einem Grad + III sehr stark ausgeprägt", teilte ihr behandelnder Arzt mit. Wegen des jugendlichen Alters und der hohen Rezidiv-Wahrscheinlichkeit sollte eine "adjuvante" Behandlung mit Herzeptin erfolgen. Eine Kostenübernahme lehnte die Krankenkasse wegen der fehlenden Zulassung für die adjuvante Therapie ab. *SG Potsdam*, Urt. v. 20.11.2001 – S 7 KR 166/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) INFLIXIMAB (REMICADE®)

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 05.11.2003 – S 20/25 KR 4450/01 -

RID 04-01-135

Infliximab, Remicade®, Morbus Bechterew, Spondylitis ankylosans
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I

Eine an einer Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) erkrankte Versicherte hat Anspruch auf Versorgung mit dem Arzneimittel Infliximab (Remicade®), obwohl sich die bisherige arzneimittelrechtliche Zulassung nicht auf dieses Krankheitsbild erstreckt.

Die 48-jährige Klägerin leidet seit ihrem 13. Lebensjahr an einer Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew), mittlerweile im schwersten Stadium. Dies ist eine chronische, in Schüben verlaufende Erkrankung der Wirbelsäule auf rheumatisch entzündlicher Basis und führt allmählich zu einer vollständigen knöchernen Versteifung der Wirbelsäule mit entsprechender Bewegungseinschränkung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule. Seit 1985 bezieht sie wegen der Erkrankung Erwerbsunfähigkeitsrente. Aufgrund der Einsteifung der Wirbelsäule leidet sie unter chronischen Schmerzen, die mit einem Morphin-Präparat therapiert werden. Für die ärztlich verordnete Therapie mit dem Wirkstoff Infliximab (Handelsname Remicade®) lehnte die beklagte Krankenkasse eine Kostenübernahme (für das erste Jahr ca. 10.000 Euro) ab, weil für diese Krankheit eine arzneimittelrechtliche Zulassung fehle (sog. Off-Label-Use). Für das Medikament ist bereits im Mai 2002 die erweiterte Zulassung bei der Europäischen Arzneimittelbehörde für das Krankheitsbild d. Kl. beantragt worden. Das **SG** gab der Klage statt.

C) IMMUNGLOBULINE

AA) BEI MULTIPLER SKLEROSE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.07.2003 – L 16 B 35/03 KR ER - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-136**

Immunglobulin, Off-Label-Use, Wirksamkeitsnachweis, Multiple Sklerose
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I

Es besteht z. Zt. keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür, dass die intravenöse Verabreichung von Immunglobulinen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bei schubförmig remittierend verlaufender Erkrankung an MS im Wege eines nur ausnahmsweise zulässigen Off-Label-Use (**BSG**, Urt. v. 19.3.02 - B 1 KR 37/00 R - BSGE 89,184 = SozR 3-2500 § 31 Nr 8 - "Sandoglobulin gegen chronisch progrediente MS") bei einer Entscheidung der Hauptsache für zulässig erklärt werden kann.

Bei der schubförmig remittierend verlaufende Erkrankung an MS liegen die vom **BVerfG** in seiner Ilo-medin- Entscheidung (v. 22.11.2002 - 1 BvR 1586/02 - NZS 2003,253 = NJW 2003,1236) genannten Voraussetzungen nicht vor.

Die Folge der Entscheidung des **BVerfG** ist, wäre sie einschlägig, auch nicht die, dass dem Versicherten ggf. trotz Fehlens einer entsprechenden Datenlage zur Wirksamkeit bei Kontraindikation zugelassener Mittel der Einsatz gebräuchlicher, aber vom maßgeblichen Konsens einschlägiger Fachkreise (noch ?) nicht erfasster nichtzugelassener Mittel zu Lasten der GKV zugebilligt werden müsste. Das **BVerfG** verlangt vielmehr im wesentlichen lediglich (und nur, wenn die Gerichte sich im Verfahren wegen der Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes, wie hier das SG, an den Erfolgsaussichten in der Hauptsache orientieren) eine besonders intensive anstatt der sonst im Eilverfahren gebotenen summarischen Betrachtung und die Beachtung bestimmter Grundsätze.

SG Aachen, Beschl. v. 06.05.2003 – S 6 KR 56/03 ER – wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

BB) IMMUNGLOBULINPRÄPARAT OCTAGAM: ALTERNATIVE ARZNEIMITTEL THERAPIE

SG Detmold, Urt. v. 30.12.2003 – S 14 KR 18/02 -

RID 04-01-137

Immunglobulin, Off-Label-Use, Wirksamkeitsnachweis, Multiple Sklerose, Octagam, Imurek, Azathioprin
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I

Das Immunglobulinpräparat Octagam kann im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zur ambulanten Behandlung von Multipler Sklerose, für die dieses Fertigarzneimittel nicht zugelassen ist, eingesetzt werden, da mittlerweile nach der Zulassung des Medikaments Imurek (Azathioprin) zur Behandlung der multiplen Sklerose mit schubförmigen Verlauf eine andere Therapie verfügbar ist.

Vgl. Pressemitteilung v. 30.12.2003 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

Zu Octagam s. bereits **LSG Berlin**, Urt. v. 02.04.2003 - L 9 KR 70/00 - RID 03-04-99.

D) "CABASERIL" ZUR BEHANDLUNG VON RESTLESSLEGS-SYNDROMEN

AA) NOTWENDIGE FESTSTELLUNG EINER SCHWERWIEGENDEN ERKRANKUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.10.2003 – L 16 B 45/03 KR ER - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-138**

Parkinson-Erkrankung, Cabaseril, Dopaminagonist, Restlesslegs-Syndrom

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; SGG § 86b II 2

Die Feststellung, dass eine Erkrankung an Restlesslegs-Syndromen eine schwerwiegende Erkrankung sein kann, etwa zu Depression und Selbsttötung führen kann, ersetzt nicht die Feststellung, dass und ggf. aus welchen Gründen ein solcher Zustand im konkreten Fall des Versicherten anzunehmen ist.

SG Dortmund, Beschl. v. 30.05.2003 – S 8 KR 116/03 ER – wies den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz u.a. deshalb ab, weil nicht zu erwarten sei, dass das streitige, für die Behandlung der Parkinson-Erkrankung zugelassene Arzneimittel "Cabaseril" (ein Dopaminagonist) für die hier streitige Behandlung von Restlesslegs-Syndromen zugelassen werden könne; das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

BB) ANSPRUCH BEI SCHWERER FORM DES RESTLESS-LEGS-SYNDROMS

SG Düsseldorf, Urt. v. 17.07.2003 – S 8 KR 91/03 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-139

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen – L 5 KR 144/03 -

Cabaseril, Dopaminagonist, Restlesslegs-Syndrom

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; SGG § 86b II 2

Ein 1939 geb. Versicherter, der an einer schweren Form des Restless-Legs-Syndroms leidet und bei dem die Behandlung mit dem für diese Erkrankung zugelassenen Medikament L-Dopa trotz Höchstdosierung keinen zufriedenstellenden Erfolg mehr bringt, hat einen Anspruch auf Bereitstellung des für die Krankenbehandlung benötigten Arzneimittels Cabaseril, da die Voraussetzungen der sogenannten Off-Label-Medikation erfüllt sind.

Das *SG* verurteilte die Krankenkasse, die Versorgung des Kl. mit dem Medikament Cabaseril sicherzustellen.

E) PROGRAF

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.08.2003 – L 16 B 27/03 KR ER - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-140**

Prograf, Arzneimittel, Glomerulonephritis

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; SGG § 86b II 2

Das Prograf erfüllt zur Behandlung der Glomerulonephritis nicht die Voraussetzungen für den sog. Off-Label-Use, da eine bisher wenig gesicherte Datenlage besteht, die auch nicht für einen entsprechenden Konsens in der medizinischen Wissenschaft sprechen.

Soweit eine Behandlung mit einem anderen Medikament (hier: Cyclophosphamid) möglich ist, besteht auch kein Anordnungsgrund.

Der Kl. leidet an einer perimembranösen Glomerulonephritis, die seit 1992 mittels Cyclosporin A behandelt wurde. Nach einer medikamentös induzierten toxischen Hepatitis musste dieses Medikament im Jahr 2002 abgesetzt werden. Die behandelnden Ärzte stellten auf eine Behandlung mittels Prograf um, welches zur Behandlung der Glomerulonephritis nicht zugelassen ist. Hierfür lehnte die Krankenkasse eine Kostenübernahme ab, weil die Voraussetzungen für eine Verordnung des Arzneimittels im Rahmen des sog. Off-Label-Use nicht gegeben seien und als arzneimittelrechtlich zugelassene Möglichkeit der Einsatz von Cyclophosphamid (Endoxan) zur Verfügung stehe. Den Antrag auf vorläufige Verpflichtung lehnte *SG Dortmund, Beschl. v. 08.04.2003 – S 40 KR 73/03 ER* – ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

F) SELTENE KRANKHEIT: ARZNEIMITTEL GLIVEC BEI CHONDROSARKOM

SG Düsseldorf, Urt. v. 26.06.2003 – S 34 KR 78/03 ER - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-141

Glivec, Arzneimittel, Chondrosarkom

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; SGG § 86b II 2

Es ist davon auszugehen, dass bei einem an einem Chondrosarkom erkrankten Versicherten zumindest die begründete Aussicht besteht, mit Glivec einen Behandlungserfolg zu erzielen, auch wenn die Er-

weiterung der Zulassung bisher nicht beantragt wurde und auch keine kontrollierten klinischen Prüfungen der Phase III vorliegen, die veröffentlicht sind. Aber es gibt zuverlässige wissenschaftliche Literatur, die sich mit dem Nutzen von Glivec bei C-Kit-positiven-Tumoren beschäftigen und die einen klinischen Nutzen bei vertretbaren Risiken belegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Erkrankung nur sehr selten vorkommt.

Der Ast. leidet an einem seit September 1994 erstmals diagnostizierten Chondrosarkom (CD 117 pos.). Das Tumorwachstum in der Wirbelsäule konnte in der Vergangenheit durch zahlreiche Operationen zwischen 1994 und letztmals im Nov. 2002 gehemmt werden. Bei einer Voruntersuchung für die zuletzt durchgeführte Operation im Nov. 2002 wurden pulmonale Tumorherde festgestellt. Es stellte sich heraus, dass in der Lunge des Ast. bereits 25 Lungenmetastasen sind, die bis zu 1,3 cm Durchmesser haben. Da eine operative Behandlung der Lungemetastasen aufgrund der Verteilung über die gesamte Lunge nicht möglich ist, das Tumorleiden jedoch C-Kit positiv ist, hat der behandelnde Arzt eine Therapie mit dem Arzneimittel Glivec dringend angeraten. Dieses Fertigarzneimittel ist nur für die Behandlung der chronischen myeloischen Leukämie zugelassen. Dies lehnte die Krankenkasse ab, weil für die beantragte Arzneimitteltherapie der Wirksamkeitsnachweis fehle (Kosten: ca. 2600,- Euro für einen Behandlungszyklus von 7 Wochen). Das **SG** verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, die Kosten der Therapie mit dem Arzneimittel Glivec zu übernehmen.

3. VERBOTENER HINWEIS AUF VERSANDHANDEL

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.06.2003 – L 5 B 74/02 KR ER -

RID 04-01-142

<http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

Internetapotheker, Apotheke, Arzneimittel, Versandhandelsverbot, Werbung, Arzneimittelgesetz
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 2, 31; SGB I §§ 14, 15; AMG § 43 I

Die Anordnung der sofortigen Vollziehung in einem Verpflichtungsbescheid, mit dem einer Krankenkasse aufgegeben wird, es zu unterlassen, ihre Versicherten auf die Möglichkeit des Bezuges von apothekenpflichtigen Arzneimitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung hinzuweisen, die im Wege des Versandhandels durch fernmündliche, schriftliche oder Bestellung im Internet erworben werden, und hierfür die Kosten zu übernehmen, ist mit dem Schutz des Lebens und der Gesundheit der Versicherten, mit dem Verbraucherschutz, mit einer fehlenden Unterscheidungsmöglichkeit zwischen seriösen und nicht seriösen Internetanbietern, mit der Verwirklichung des fairen Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und schließlich mit Wettbewerbsnachteilen für die Krankenkassen, die keinen Internetversandhandel zulassen, ausreichend begründet. Die anderweitige vom **LSG Niedersachsen-Bremen** (Beschl. v. 30.09.2002 - L 4 KR 122/02 ER - RID 02-04-75) und **LSG Bayern** (Beschl. v. 14.08.2002 - L 4 B 268/02 KR ER - RID 02-04-74) sowie **SG Hamburg** (Beschl. v. 30.09.2002 - S 22 KR 594/02 ER -) vertretene Ansicht überzeugt nicht.

Der Versandhandel mit Arzneimitteln ist nach deutschem Recht unzulässig. Das ergibt sich aus § 43 AMG und § 73 AMG. Auch aus europarechtlichen Vorschriften ergibt sich nicht, dass der Versandhandel mit Arzneimitteln ohne Weiteres zulässig wäre.

SG Köln, Beschl. v. 03.09.2002 – S 5 KR 195/02 ER – wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Aufsichtsklage ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Zum Arzneimittelvertrieb im Versandhandel (Internetapotheker) s. zuletzt ausf. RID 03-02-B III 2; zur Zulässigkeit einer Aufsichtsanordnung gegen die Werbung in Mitgliederzeitschriften der Krankenkassen für eine Internet-Apotheker s. **SG Köln**, Beschl. v. 02.09.2002 - S 26 KR 116/02 ER - (rechtskräftig) RID 03-03-111; **SG Münster**, Beschl. v. 21.06.2002 - S 11 KR 79/02 ER - hat den Antrag einer Krankenkasse auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen die Aufsichtsverfügung, mit der ihr untersagt worden war, ihren Versicherten die Kosten für über eine Internetapotheker bezogene apothekenpflichtige Arzneimittel zu erstatten, zurückgewiesen, weil davon auszugehen sei, dass der Bezug gegen das im Arzneimittelgesetz geregelte Verbot des Versandhandels verstoße (vgl. Pressemitteilung vom 04.07.2002).

Parallelentscheidung:

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.06.2003 – L 5 B 80/02 KR ER - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-143**

Vorinstanz SG Duisburg, Beschl. v. 16.09.2002 – S 7 KR 217/02 ER – wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Aufsichtsklage ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

4. THERAPIE MIT "LORENZO S ÖL"

SG Augsburg, Urt. v. 16.04.2003 – S 12 KR 63/02 – (rechtskräftig) <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-144**
Lorenzo s Öl, Fertigarzneimittel, Sondennahrung, Diättherapie, Behandlungsmethode
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34, 92 I Nr. 6, 135 I; AMG § 21 I; AMR Nr. 17.1i

Eine Verordnung von Lorenzo s Öl ist weder als Fertigarzneimittel noch als medizinische Sondennahrung noch als Diättherapie möglich. Die Behandlung damit ist auch nicht als Teil einer ambulanten vertragsärztlichen Behandlung im Sinne einer neuen Behandlungsmethode erstattungsfähig.

Der 1992 geb. Kläger ist an der unheilbaren vererbten Adrenoleukodystrophie (X-ALD) erkrankt. Die klinischen Verlaufsformen sind unterschiedlich. Man differenziert zwischen einer kindlich-zerebralen ALD mit zunächst normaler psychomotorischer Entwicklung, Beginn einer neurologischen Symptomatik zwischen dem 4. und 10. Lebensjahr, Beginn von Verhaltensauffälligkeiten, Verschlechterung der Sehfähigkeit, Hör-, Sprech- und Gangstörungen, häufig Anfallsymptomatik und Addison-Erkrankung durch Nebenniereninsuffizienz mit rascher Progredienz zu Demenz und irreversiblen Koma. Daneben bestehen eine zerebrale ALD des Jugendlichen und des Erwachsenen, die später beginnen, eine Adrenomyeloneuropathie (AMN) mit Beginn einer neurologischen Symptomatik meist im 3. Lebensjahrzehnt. Ebenso können Patienten mit biochemischem Vollbild der X-ALD bis ins hohe Alter ohne neurologische oder endokrine Auffälligkeiten leben. Der **Kläger** leidet an der 1997 bei ihm festgestellten **kindlich-zerebralen Form der X-ALD**. Ein therapeutischer Ansatz ist die Diättherapie mittels Zufuhr von langkettigen, einfach ungesättigten Fettsäuren, häufig "**Lorenzo s Öl**" benannt. Es handelt sich um eine Mischung von langkettigen, einfach ungesättigten Fettsäuren und Erucasäure, gebunden an Glycerin. Da bei Patienten mit ALD auf Grund des Gendefektes der Transport von überlangkettigen Fettsäuren (very long chain fatty acids; VLCFA) gestört ist, sich diese in den betroffenen Geweben, vor allem Myelin und Nebennierenrinde anreichern, und bislang noch keine Möglichkeit bekannt ist, den Abbau der VLCFA zu beschleunigen, wird versucht, ihre Bildung zu unterdrücken oder wenigstens zu vermindern. Grundidee von Lorenzo s Öl ist dabei, durch Zufuhr größerer Mengen ungesättigter Fettsäuren das System dermaßen zu beschäftigen, dass es kaum noch zur Bildung gesättigter VLCFA kommt und sich die gesättigten VLCFA im Serum weitgehend normalisieren. Die bekl. Krankenkasse übernahm die Kosten (monatlich ca. 800 DM) bis zum 30.06.2001. Sie lehnte eine Weitergewährung ab. Das **SG** wies die Klage ab.

5. VERSORGUNG MIT DEM ARZNEIMITTEL XENICAL ZUR GEWICHTSREDUKTION

SG Hamburg, Urt. v. 12.09.2003 – S 34 KR 647/00 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-145**
Arzneimittel, Fertigarzneimittel, Xenical, Übergewicht, Krankheit, Gewichtsreduktion, Behandlungsmethode
SGB V §§ 12 I 1, 27 I 1, 31 I 1, 135; AMR Nr. 17.1j

Erhebliches **Übergewicht** (BMI über 30) stellt eine **Krankheit** i. S. v. § 27 I 1 SGB V dar.

Ein Krankenversicherter hat einen Anspruch auf Versorgung mit dem **Arzneimittel Xenical**, einem Präparat, welches zu einer **Verminderung von 30 % des mit der Nahrung zugeführten Fettes** führt, nach jeweiliger ärztlicher Verordnung. Die erforderliche Gewichtsreduktion kann nicht durch möglicherweise wirtschaftlichere bzw. kostengünstigere Behandlungsalternativen erfolgen. **Diäten** sind nach neuerer wissenschaftlicher Erkenntnis völlig untauglich und sogar kontraproduktiv für das Ziel, dauerhaft das Gewicht zu reduzieren. Nr. 17.1j AMRl, wonach Abmagerungsmittel und Appetitzügler nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen, steht einer Verordnungsfähigkeit nicht entgegen. Es ist nicht Aufgabe des Bundesausschusses, zulassungspflichtige Arzneimittel für den Einsatz in der vertragsärztlichen Versorgung einer nochmaligen, gesonderten Begutachtung zu unterziehen und die arzneimittelrechtliche Zulassung durch eine für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Empfehlung zu ergänzen oder zu ersetzen. (**BSG**, Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R - SozR 3-2500 § 31 Nr. 8). Die Regelung des § 135 SGB V bezüglich neuer Behandlungsmethoden ist auf Fertigarzneimittel nicht anwendbar (BSG aaO.).

Der 1944 geb. Kl. leidet unter Hypertonie, Diabetes mellitus und Gelenkverschleiss. Weiterhin ist er seit seinem 19. Lebensjahr stark übergewichtig (183 cm/115 kg, BMI 34). Nachdem wegen Gelenkverschleiss 1994 eine Schulteroperation erfolgte und 1999 eine künstliche Hüfte eingesetzt werden musste, war es ihm nicht mehr möglich, Sport zu treiben und durch mehr Bewegung das Gewicht zu halten oder zu verringern. Sein Arzt verordnete das Medikament Xenical für die Dauer von zunächst 12 Monaten. Wegen seiner Begleiterkrankungen sei der Patient nicht in der Lage, seinen Kalorienverbrauch durch Bewegung zu steigern. Die Bekl. lehnte die Kostenübernahme ab. Das **SG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, den Kl. nach jeweiliger Verordnung mit dem Medikament Xenical zu versorgen.

6. APOTHEKENRABATT IM JANUAR 2002 - ARZNEIMITTELAUSGABEN-BEGRENZUNGSGESETZ

SG Düsseldorf, Urt. v. 31.07.2003 – S 8 KR 169/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-146

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen – L 16 KR 297/03 -

Arzneimittel, Apothekenrabatt, Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz, Rückwirkungsverbot
SGB V § 130 I 2; AABG Art. 4 II, 6

Eine Krankenkasse hat auch für die im Januar 2002 abgegebenen Arzneimittel bei erfolgter Zahlung binnen 10 Tagen nach Rechnungseingang einen Anspruch auf Apothekenrabatt in Höhe von 6, nicht lediglich 5 v.H. Dies ergibt sich aus § 130 I 2 SGB V in der ab 01.02.2002 geltenden Fassung. Der Anwendung des § 130 I 2 SGB V auf im Januar abgegebene Arzneimittel steht nicht entgegen, dass diese Vorschrift erst zum 01.02.2002 in Kraft getreten ist (Art. 4 II Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz - AABG -). Ein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot liegt nicht vor.

V. HEILMITTEL - KRANKENGYMNASTEN

1. MANUELLE LYMPHDRAINAGE UND ZUSATZQUALIFIKATION

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.07.2003 – L 16 KR 187/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-147

Vergütungsvereinbarung, Heilmittelerbringer, manuelle Lymphdrainage, Zusatzqualifikation, Vergütungsanspruch, Krankengymnast

SGB V §§ 124 II 2; BGB §§ 612, 812; HeilBÄndV Anlage 1 zu Art. 1 § 1 I

Mangels des Abschlusses einer Vergütungsvereinbarung mit dem Heilmittelerbringer kommt als Anspruchsgrundlage des Zahlungsbegehrens für die Erbringung einer Leistung nur § 612 BGB oder § 812 BGB in Betracht (vgl. BSG SozR 3-2500 § 132a Nr. 1).

Vergütet eine Krankenkasse die manuelle Lymphdrainage nur, wenn der Leistungserbringer über eine entsprechende Zusatzqualifikation nach Abschnitt VI B 34.4 der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien in der 1998 geltenden Fassung verfügt, so besteht bei Fehlen der Zusatzqualifikation kein Vergütungsanspruch nach §§ 612, 812 BGB.

SG Köln, Urt. v. 19.03.2001 – S 19 KR 80/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. VERGÜTUNGSANSPRUCH FÜR ARZTBERICHT EINES KRANKENGYMNASTEN

A) BESCHRÄNKUNG AUF GELTENDE VEREINBARUNGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.10.2003 – L 5 KR 233/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-148

Revision anhängig: B 3 KR 22/03 R

Vergütungsvereinbarung, Heilmittelerbringer, Vergütungsanspruch, Krankengymnast, Arztbericht

SGB V §§ 124 II 2; BGB §§ 316, 612, 812

Nach der seit dem 01.07.2001 geltenden Neufassung der Heilmittel-Richtlinien vom 06.02.2001 (Ziff. 29.2) hat der Therapeut den verordnenden Vertragsarzt nach Abschluss einer Behandlungsserie schriftlich über das Ergebnis der Therapie zu unterrichten hat, wofür er einen Betrag von 0,56 Euro erhält. Auch wenn vertragliche Regelungen nicht gelten, kann für den Arztbericht eines Krankengymnasten keine über diese hinausgehende Vergütung gefordert werden.

Die klagende Krankengymnastin gehört keiner Vereinigung von Leistungserbringern an, mit denen entsprechende Verträge mit den Krankenkassen bestehen. Sie hat auch keine Preisvereinbarungen mit gesetzlichen Krankenkassen getroffen. Sie erbringt gleichwohl fortlaufend krankengymnastische Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung auch an Versicherte der bekl. Krankenkasse, die diese regelmäßig nach Maßgabe des entsprechenden Landesvertrages vergütet. Die seit dem 01.07.2001 geltende

Neufassung der Heilmittel-Richtlinien schreibt in Ziff. 29.2 vor, dass der Therapeut den verordnenden Vertragsarzt nach Abschluss einer Behandlungsserie schriftlich über das Ergebnis der Therapie zu unterrichten hat. Sofern er die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält, ist eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels abzugeben. Seit August 2002 haben die Parteien des Landesvertrages einen Betrag von 0,56 Euro vereinbart. Zuletzt begehrte d. Kl. mit der Klage für den Arztbericht eine Vergütung von 8,20 Euro. Die Kl. erbrachte für den bei der Bekl. versicherten M aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung zwischen dem 04.07. und 27.09.2001 krankengymnastische Leistungen. **SG Köln**, Urt. v. 07.10.2002 – S 19 KR 393/01 – sprach eine Vergütung von 8,20 Euro zu. Das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

Parallelverfahren bzgl. des ZVK-VdAK-Vertrags, der als Vergütung für den Arztbrief seit dem 01.02.2002 einen Betrag von 0,56 Euro vorsieht (in dieser Höhe liegt ein angenommenes Teilanerkennnis vor); als Übergangsregelung hatten die Vertragspartner eine Vergütung von 1,10 DM vorgesehen.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.09.2003 – L 5 KR 231/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-149**
SG Köln, Urt. v. 07.10.2002 – S 19 KR 225/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) ANGEMESSENE VERGÜTUNG BEI FEHLENDER VEREINBARUNG

SG Köln, Urt. v. 06.05.2003 – S 9 KR 1/02 – (rechtskräftig) <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-150**
Vergütungsvereinbarung, Heilmittelerbringer, Vergütungsanspruch, Krankengymnast, Arztbericht
SGB V §§ 124 II 2; BGB §§ 316, 612, 812

Ein zugelassener Heilmittelerbringer hat gegenüber einer Krankenkasse einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung nach § 612 BGB für die Erstellung des nach Abschnitt VII Nr. 29.5 der Heilmittel-Richtlinien in der Fassung vom 01.07.2001 erforderlichen Berichts an den verordnenden Vertragsarzt. Dabei ist unter Heranziehung der für Vertragsärzte geltenden Bestimmungen (Nrn. 71, 72 EBM) davon auszugehen, dass der geltend gemachte Betrag von 5,00 DM zuzüglich Portokosten von 1,10 DM (insgesamt 3,12 EURO) angemessen ist.

Die hier maßgebliche Vereinbarungen sahen keine "Berichtsgebühr" vor.

VI. HILFSMITTEL

1. ZWEISITZIGES ELEKTROFAHRZEUG BEI MEHRFACHBEHINDERUNG

SG Hamburg, Urt. v. 05.11.2003 – S 23 KR 94/99 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-151**
Zweisitziges Elektrofahrzeug, Grundbedürfnis, Bewegungsfreiheit, Rollstuhl
SGB V §§ 12 I, 27 I, 33 I 1

Auf ein zweisitziges Elektrofahrzeug besteht ein Anspruch, wenn erst dadurch der zu den Grundbedürfnissen zählende, von der Krankenversicherung abzudeckenden Freiraum geschaffen wird, wenn ohne ein solches Fahrzeug aufgrund einer Mehrfachbehinderung nicht über den Freiraum verfügt wird, der in der Regel durch einen handgetriebenen Rollstuhl eröffnet wird. Zumindest in diesen Grenzen gehört die Bewegungsfreiheit zu den Grundbedürfnissen.

Die 1949 geb. Kl. leidet an einer spastischen Tetraparese (inkomplette Lähmung aller vier Extremitäten), ist im Sinne des SchwbG blind und nach dem SGB IX schwerpflegebedürftig; sie ist als Telefonistin erwerbstätig. Sie ist verheiratet und lebt mit ihrem Ehemann zusammen, der zur Fortbewegung auf einen E-Rollstuhl angewiesen und von seiner beigel. Krankenkasse entsprechend versorgt ist. Ein den Eheleuten von der Bekl. und der Beigel. gemeinsam finanziertes zweisitziges Elektrofahrzeug wurde 1995 durch einen Brand völlig zerstört; die Teilkaskoversicherung leistete als Versicherungssumme DM 7.400. Ein ärztlich verordnetes gleichwertiges neues Fahrzeug kostet DM 23.803,50 (Modell Graf Carello Duett; ein batteriebetriebenes Elektrofahrzeug für den Nahbereich mit einer stufenlosen Geschwindigkeit bis 10 kmh, welches mit einer Hand beschleunigt, gelenkt und gebremst werden kann). Die Beigel. lehnte unter Berufung auf die ausreichende E-Rollstuhlversorgung des Ehemannes eine Kostenbeteiligung ab, woraufhin die Bekl., die sich zunächst bereit erklärt hatte, DM 23.803,50: 2 – DM 7.400 = DM 4.501,75 zu übernehmen, ebf. ablehnte und die Versorgung "mit einem gängigen Elektrorollstuhl" anbot. Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. ein zweisitziges Elektrofahrzeug zu gewähren.

2. AUTOSCHWENKSITZ FÜR TRANSPORT SCHWERKRANKER

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.09.2003 – L 5 KR 234/02 - <http://www.lsg.nrw.de>

RID 04-01-152

Revision anhängig: B 3 KR 19/03 R

Autoschwenksitz, Behinderungsausgleich, Grundbedürfnis, Krankenbehandlung, Arztbesuch, Wachkoma-Patient

SGB V §§ 13 III, 27 I, 33 I 1, 60 I

Die Voraussetzung "Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung" wird nicht durch den Umstand erfüllt, dass es die Gewährung des Hilfsmittels überhaupt erst möglich macht, Leistungen der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) in Anspruch zu nehmen.

Zum Sachverhalt:

Die Kläger sind die Eltern und Rechtsnachfolger der 1981 geb. (und 2002 verstorbenen) Versicherten. Diese war schwerbehindert und erhielt Leistungen nach Pflegestufe 3 des SGB XI unter Berücksichtigung der Härtefallregelung. Die bekl. Krankenkasse versorgte die Versicherte u.a. mit einem Rollstuhl mit elektrischer Schiebehilfe (Viamobil für drinnen und draußen) sowie einer Sitzschale. Die Versorgung mit einem schwenkbaren Autositz (Kostenvoranschlag über 15.069,56 DM), der ihr die Benutzung eines Pkw und damit Ausflüge, Einkaufsbummel oder Krankenbehandlung ermöglichen sollte, lehnte d. Bekl. ab, da die Benutzung eines Pkw nicht als Grundbedürfnis angesehen werde. Mit ihrer Klage beehrten die Kl. die Erstattung der Kosten für den zwischenzeitig selbstbeschafften Autoschwenksitz in Höhe von 9.028,61 Euro. **SG Duisburg**, Urt. v. 31.10.2002 – S 9 KR 28/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen verneint eine Kostenerstattung (§ 13 III SGB V), weil kein Anspruch auf eine Sachleistung (§ 33 I 1 SGB V) bestehe. Der Sitz diene nicht zum **Behinderungsausgleich**. Das hier in Betracht kommende Grundbedürfnis des Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums sei nur i.S. eines Basisausgleichs der Behinderung selbst und nicht i.S. eines vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten des Gesunden zu verstehen. Der von der gesetzlichen Krankenversicherung zu leistende Behinderungsausgleich beschränke sich hier somit grundsätzlich auf die Strecken, die üblicherweise zu Fuß zurückgelegt werden (**BSG**, Urt. v. 26.03.2003 - B 3 KR 23/02 R -). Dieses Grundbedürfnis der verstorbenen Versicherten werde aber durch den von der Beklagten zur Verfügung gestellten Rollstuhl mit elektrischer Schiebehilfe gewährleistet. Die Möglichkeit, Ärzte und Therapeuten aufzusuchen, gehöre nicht zu den Grundbedürfnissen.

Es gehe auch nicht darum, den **Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern**:

„Die Kläger haben in diesem Zusammenhang vorgetragen, die Versicherte sei aufgrund des bei ihr vorliegenden **Wachkomas** darauf angewiesen gewesen, von ihren Eltern mittels des PKW und unter Benutzung des Autoschwenksitzes transportiert zu werden, um Ärzte und Therapeuten aufsuchen zu können. Die Voraussetzung **"Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung"** wird aber nicht durch den Umstand erfüllt, dass es die Gewährung des Hilfsmittels überhaupt erst möglich macht, Leistungen der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) in Anspruch zu nehmen. Die 1. Alternative des § 33 Absatz 1 SGB V betrifft vielmehr Gegenstände, die aufgrund ihrer Hilfsmiteileigenschaft spezifisch im Rahmen der ärztlich verantworteten Krankenbehandlung eingesetzt werden, um zu ihrem Erfolg beizutragen. Hierfür spricht bereits der Wortlaut der Vorschrift, der eindeutig auf den Erfolg der Krankenbehandlung abstellt und nicht allein auf die Ermöglichung der Krankenbehandlung. Ferner ergäben sich bei einer anderen Auslegung auch Abgrenzungsprobleme gegenüber der 2. Alternative dieser Vorschrift: Die Fähigkeit bzw. Möglichkeit, Leistungserbringer der Beklagten aufsuchen zu können, betrifft das (dort geregelte) Grundbedürfnis der Mobilität; dieses wird aber gerade nicht schrankenlos, sondern nur in Form eines Basisausgleichs gewährleistet (vgl. oben). Die von den Klägern erstrebte Auslegung des § 33 Absatz 1 1. Alternative SGB V würde somit zu einer letztlich unbegrenzten Pflicht der Krankenkassen führen, das Aufsuchen von Leistungserbringern durch das Gewähren von Hilfsmitteln - bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen - zu gewährleisten. Gegen ein derartiges Ergebnis spricht aber nach Auffassung des Senats entscheidend, dass gemäß § 60 Abs. 1 SGB V unter den dort genannten Voraussetzungen die Krankenkasse die Fahrten zu den im Zusammenhang mit den von ihr erbrachten Leistungen durch Übernahme der notwendigen Fahrtkosten sicherzustellen hat. Diese Vorschrift will gerade erreichen, dass es dem Versicherten möglich ist, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen, wenn es für die Inanspruchnahme erforderlich ist, Wegstrecken zum Leistungserbringer zurückzulegen. Diese Regelung stellt deshalb im Vergleich zu § 33 SGB V die speziellere Vorschrift dar und schließt die Gewährung von Hilfsmitteln aus, die nur dazu dienen, die Wege zu den Leistungserbringern zurücklegen zu können.“

Im Übrigen wäre ein Transport auch durch professionelle Krankentransporteurinnen möglich und zumutbar gewesen.

3. UMBAUANTEILE FÜR DIE BEHINDERTENGERECHTE AUSSTATTUNG EINES FAHRZEUGES

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.08.2003 – L 4 KR 223/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-153**
Fahrzeug, Kraftfahrzeug, PKW, Behinderungsausgleich, Grundbedürfnis, Freiraum
SGB V §§ 13 III, 27 I, 33 I 1, 60 I

Umbauanteile für die behindertengerechte Ausstattung eines Fahrzeuges sind keine Kassenleistung. Auf die Erschließung eines über mit einem Rollstuhl möglichen Freiraums durch Benutzung eines Kraftfahrzeuges hat ein Versicherter nach der Rechtsprechung des **BSG** (insb. Urt. v. 26.03.2003 - B 3 KR 23/02 R -) keinen Anspruch. Dies gilt auch nach Inkrafttreten des SGB XI.

Die 1995 geb. Kl. leidet an einer Trisomie 2q, einer schweren psychomotorischen Retardierung, einer hypotonen Tonusregulationsstörung und an Schwerhörigkeit. Bei ihr sind ein Grad der Behinderung von 100 sowie die Merkzeichen "G", "H" und "AG" anerkannt. Sie ist seitens der Bekl. mit einem Sitzschalensystem mit Panda-Untergestell (spezielle Rollstuhlanfertigung) und einem behindertengerechten Autokindersitz versorgt. Im Juni 2001 beantragte sie den behindertengerechten Umbau des vorhandenen Mercedes Vito aufgrund einer Verordnung durch Dr. D. (Kosten 9.955,12 Euro). Die Bekl. lehnte mit der Begründung ab, dass die Benutzung des Pkw und die damit verbundene Vergrößerung des persönlichen Freiraums kein Grundbedürfnis darstelle und demnach der behindertengerechte Umbau nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sei. Die vorhandenen Hilfsmittel (Sitzschale mit Untergestell, Rollstuhl und Autokindersitz) reichten aus. **SG Oldenburg**, Urt. v. 22.10.2002 – S 6 KR 11/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. THERAPIE-TANDEM

LSG Bayern, Urt. v. 28.08.2003 – L 4 KR 145/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-154**
Therapie-Tandem, Behinderungsausgleich
SGB V § 33

Das Therapietandem ist insbesondere zum Behinderungsausgleich medizinisch nicht notwendig (vgl. bereits **BSG**, Urt. v. 21.11.2002 - B 3 KR 8/02 R – juris).

Die 1988 geborene und bei der Beklagten familienversicherte Klägerin leidet u.a. an einem Williams-Beuren-Syndrom mit deutlicher Entwicklungsverzögerung. Sie ist in die Pflegestufe II eingestuft. Die Kl., die bei ihrer Mutter wohnt, besuchte zunächst das Heilpädagogische Kinderzentrum der Lebenshilfe S. e.V. und seit 1991 eine heilpädagogische Kleingruppe der schulvorbereitenden Einrichtung mit integrierter Tagesstätte. Sie erhält außerdem Krankengymnastik und nimmt an der Reittherapie, Eurhythmie und Ergotherapie teil. Ihren Antrag auf Bewilligung eines Therapietandems (4.590,73 DM) lehnte die bekl. Krankenkasse ab, **SG Bayreuth**, Urt. v. 26.04.2001 – S 6 KR 203/99 - gab der Klage statt. Die **Berufung** der Bekl. führte zur Klageabweisung.

5. THERAPIE-DREIRAD

LSG Brandenburg, Urt. v. 25.11.2003 – L 4 KR 53/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-155**
Therapie-Dreirad, Fortbewegung, Grundbedürfnis, jugendliche Entwicklungsphase
SGB V §§ 27 I, 33

Auf ein Therapie-Dreirad besteht kein Anspruch, soweit damit nur eine zügigere Fortbewegung im Gelände sowie ein Trainingseffekt für das Herz-Kreislauf-System und die Schulung der Koordinations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit erzielt werden oder eine Physiotherapie sinnvoll ergänzt werden sollen. Insoweit handelt es sich nicht um die Befriedigung von Grundbedürfnissen. Vielmehr soll das Hilfsmittel für diesen Fall offensichtlich das Fahrrad (eines Nichtbehinderten) ersetzen.

Für das Grundbedürfnis des "Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums" ist nicht ein Fahrrad bzw. ein Therapie-Dreirad erforderlich, wenn es sich um üblicherweise zu Fuß zurückzulegende Wege, die die Fähigkeit betreffen, die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang "an die frische Luft zu kommen" oder um die - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind, handelt. Der Befriedigung des

Grundbedürfnisses dient damit grundsätzlich nicht das Zurücklegen von Wegstrecken, die von Gesunden üblicherweise mit dem Fahrrad zurückgelegt werden.

Für Ausnahmen zum Zwecke der sozialen Integration in der jugendlichen Entwicklungsphase (**BSG** SozR 3-2500 § 33 Nr. 46) ist das konkrete Lebensalter maßgebend, nicht der "geistige Entwicklungsstand".

Bei der 1978 geb. und bei der Bekl. familienversicherten Kl. besteht eine frühkindliche Hirnschädigung mit geistiger Behinderung, geringem Sprechvermögen und Tretraspastik. Sie besuchte eine Förderschule bis Juli 2001, wo sie auch wohnte. Seither lebt sie in einer betreuten Wohngruppe, wobei sie in den P.-Werkstätten der Lebenshilfe e. V. in P. tätig ist. **SG Neuruppin**, Urt. v. 20.08.2002 – S 9 KR 36/00 – verurteilte d. Bekl., der Kl. ein Therapie-Dreirad zur Verfügung zu stellen; die **Berufung** führte zur Klageabweisung.

SG Detmold, Urt. v. 25.11.2003 – S 14 KR 55/02 -

RID 04-01-156

Therapie-Dreirad, Fortbewegung, Grundbedürfnis, jugendliche Entwicklungsphase
SGB V §§ 27 I, 33

Die Ermöglichung des Fahrradfahrens für einen behinderten Menschen fällt grundsätzlich nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen, da es kein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft. Der Gesichtspunkt der Integration des behinderten Kindes/Jugendlichen in das Lebensumfeld nicht behinderter Gleichaltriger ist auf Erwachsene nicht anwendbar. Das behinderungsgerechte Dreirad ist auch nicht unter therapeutischen Aspekten erforderlich, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern.

Vgl. Pressemitteilung v. 30.12.2003 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

6. FESTBETRÄGE FÜR HÖRHILFEN

SG Aachen, Urt. v. 26.08.2003 – S 13 KR 26/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-157

Hörgerät, digitales Hörgerät, Festbetrag
SGB V §§ 11 I Nr. 4, 12 II, 27, 33, 36

Die Festsetzung für die Festbeträge für Hörhilfen nach der Bekanntmachung über die Festsetzung von Festbeträgen für Hörhilfen gem. § 36 II SGB V für Nordrh.-Westf. v. 21.07.1997 - BAnz 1997, S. 9169 begrenzt den Sachleistungsanspruch in rechtmäßiger Weise (so a. **LSG Brandenburg**, Urt. v. 28.01.2003 - L 4 KR 12/01 - RID 03-02-90, das allerdings für eine Einzelfallentscheidung bei der Leistungsgewährung im Rahmen der Festbetragsfestsetzung keinen Raum sieht und durch die Festsetzung der Festbeträge den Sachleistungsanspruch generell als befriedigt ansieht). Danach betrugen die Festbeträge bei einer Hörgeräteversorgung im Jahre 2001 für ein mehrkanaliges HdO- und IO-Gerät (HdO = Hinter dem Ohr; IO = Im Ohr) 995,00 DM und für ein Ohrpassestück (Secretear Schale) 75,00 DM.

Zur Festsetzung von Festbeträgen s. **BVerfG**, Urt. v. 17.12.2002 - 1 BvL 28/95 - RID 03-01-76 (SozR 3-2500 § 35 Nr. 2 = NJW 2003, 1232 = NZS 2003, 144) u. RID 03-04-B IV 1 (S. 67); zu **Vorlagebeschlüssen an den EuGH** s. **BGH**, Beschl. v. 03.07.2001 – KZR 31 u. 32/99 - RID 01-04-111 u. 112; zur **Klage eines Arzneimittelherstellers** auf Aufhebung der Festbetragsfestsetzung (für oral einzunehmende empfängnisverhütende Mittel) s. **BSG**, Urt. v. 31.08.2000 - B 3 KR 11/98 R - BSGE 87, 95 = SozR 3-2500 § 35 Nr. 1, das von einer Allgemeinverfügung ausgeht; nach **LSG Bayern**, Urt. v. 28.11.2002 - L 4 KR 134/01 - RID 03-04-103 (Revision anhängig: B 3 KR 14/03 R) ist eine ausreichende Versorgung auch mit **nichtdigitalen Hörgeräten** im Rahmen der Festbeträge gewährleistet; nach **LSG Brandenburg**, Urt. v. 28.01.2003 - L 4 KR 12/01 - RID 03-02-90 kann die Höhe der festgesetzten Festbeträge nicht im Rahmen eines Kostenerstattungsverfahrens gemäß § 13 III SGB V inzident überprüft, sondern nur direkt - im Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge - mit der Klage angefochten werden; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 14.08.2003 - L 16 KR 22/99 - RID 03-04-104 (Revision anhängig: B 3 KR 16/03 R) hält die Festsetzung von **Festbeträgen für Stomaartikel** auch dann für gesetzeskonform, wenn in seltenen Fällen einer schlecht gelungenen Stomaoperation eine Versorgung des betreffenden Versicherten ohne dauerhafte Zuzahlungen nicht möglich sein sollte.

Zur weitergehenden Versorgung in der **gesetzlichen Unfallversicherung** s. **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 19.12.2001 - L 8 U 80/01 - juris; **BSG**, Urt. v. 11.09.2001 - B 2 U 38/00 R -.

7. NOTEBOOK ALS GEBRAUCHSGEGENSTAND DES TÄGLICHEN LEBENS

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 30.04.2003 – L 4 KR 190/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-158**
Notebook, Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, Rehabilitation

Ein Notebook einschließlich Zubehör fällt nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, da es sich bei diesem nicht um eine besondere behindertengerechte Sonderausstattung, sondern um einen allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens handelt. Der Grund für diesen Ausschluss liegt darin, dass die Krankenversicherung nur für die medizinische Rehabilitation zuständig ist, ihre Leistungen damit nur Mittel umfassen, die bestimmungsgemäß die Bekämpfung von Krankheiten und die Milderung ihrer Folgen zum Ziel haben. Das ist bei allgemeinen Gebrauchsgegenständen nicht der Fall (so zum Notebook bereits **Urt. des Senats** v. 17.03.1999 – L 4 KR 139/97 -; vgl. a. **BSG**, Urt. v. 30.01.2001 - B 3 KR 10/00 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 40 = Breithaupt 2001, 592).

SG Osnabrück, Urt. v. 27.06.2001 – S 9 KR 139/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

8. BILDSCHIRMLESEGERÄT MIT ECHTFARBEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.03.2003 – L 16 KR 3/03 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-159**
Bildschirmlesegerät mit Echtfarben, Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, Rehabilitation Sehbehinderung
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31

Ein Bildschirmlesegerät mit Echtfarben ist ein auf den Gebrauch durch Sehbehinderte zugeschnittenes Gerät und damit kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Für einen bereits mit einem funktionsfähigen Bildschirmlesegerät schwarz-weiss ausgestatteten Versicherten ist dies jedoch kein zum Behinderungsausgleich "erforderliches Hilfsmittel" (§§ 2 IV, 12 I, 33 I SGB V), da durch das vorhandene Schwarz-Weiss-Bildschirmlesegerät jegliche Form gedruckter/maschinenschriftlicher Texte gelesen werden können. Dass bei einem Echtfarbengerät mit mehreren Millionen Farben ein brillanteres Bild erzeugt werden kann, bietet nur eine geringfügige Verbesserung und bedeutet nur einen geringfügigen Gebrauchsvorteil (vgl. **BSG**, Urt. v. 21.11.2002 - B 3 KR 4/02 R).

SG Dortmund, Urt. v. 11.11.2002 – S 8 KR 29/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

9. BANDSCHEIBENMATRATZE

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 21.03.2003 – S 24 KR 68/02 – (rechtskräftig) <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-160**
Bandscheibenmatratze, Gebrauchsgegenstand
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31, 33

Bei einer Bandscheibenmatratze handelt es sich um einen allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, weshalb hierauf kein Anspruch eines Krankenversicherten besteht.

Das **SG** wies die Klage ab und wies u. a. darauf hin, dass Bandscheibenmatratzen auch im Beihilferecht dem Bereich der Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens zugeordnet werden und vor diesem Hintergrund eine Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist, vgl. hierzu **BAG**, Urt. v. 25.02.1999 - 6 AZR 512/97; **VGH München**, Urt. v. 01.02.1989 - 3 B 88.011889 -; **OVG Münster**, Urt. v. 14.07.1988 - 12 A 1271/86 -.

10. HAARAUFSFALL BEI MÄNNERN: KOSTEN FÜR EIN TOUPET

LSG Hessen, Urt. v. 27.11.2003 – L 1 KR 818/03 - **RID 04-01-161**
LSG Hessen, Urt. v. 27.11.2003 – L 1 KR 586/03 - **RID 04-01-162**
Haarausfall, Behinderung, Toupet
SGB V §§ 2, 27 I 2 Nr. 3, 31

Der totale Haarausfall bei Männern stellt keine Behinderung dar, weshalb die Versorgung mit einem Toupet aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist. Aus früheren Kostenerstattungen kann ein Anspruch nicht hergeleitet werden. Geltend gemachte psychische Beeinträchtigungen sind mit Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie zu behandeln.

BSG, Urt. v. 18.02.1981 - 3 RK 49/79 – SozR 2200 § 182b Nr. 18 = USK 8127 = Breith 1982, 3 hat für Männer einen Anspruch auf Ausstattung mit einem Toupet verneint; zum Umfang des Anspruchs von Frauen s. **BSG**, Urt. v. 23.07.2002 – B 3 KR 66/01 R - SozR 3-2500 § 33 Nr.45 = Breith 2003, 6.

Anders für das **Beihilferecht**, s. **BVerwG**, Urt. v. 31.01.2002 - 2 C 1.01 - NJW 2002, 2045, wonach die ausschließlich für **Männer** geltende Altersgrenze (30. Lebensjahr), bis zu der Beihilfe für eine ärztlich verordnete Perücke gewährt werden kann, mit dem strengen Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 III GG nicht vereinbar ist.

11. OBERSCHENKELPROTHESE MIT KNIEGELENKSSYSTEM C-LEG

Zur C-Leg-Prothese vgl. zuletzt **SG Frankfurt a.M.**, Urt. v. 20.01.2003 - S 25 KR 2074/01 - RID 03-02-92 (m.w.N.); nach **BSG**, Urt. v. 06.06.2002 - B 3 KR 68/01 - SozR 3-2500 § 33 Nr.44 besteht ein Anspruch auf ein C-Leg, weil es in der Lage ist, die bestehende Behinderung soweit wie nach dem Stand von Wissenschaft und Technik möglich auszugleichen und der deutlich höhere Preis mit einer wesentlichen Funktionsverbesserung einhergeht; eine Verringerung der Sturzgefahr lässt sich nicht in gleicher Weise auch durch größere Vorsicht beim Gehen erreichen.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.11.2003 – L 5 KR 7/03 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-163
Revision zugelassen

Hilfsmittel, Oberschenkelprothese, Kniegelenkssystem C-Leg, C-Leg-Prothese, C-Leg, Grundbedürfnis
SGB V §§ 12, 27 I 2 Nr. 3, 33

Gesetzlich Krankenversicherten steht ein Anspruch auf Versorgung mit einer sog. C-Leg-Prothese zu. Es liegt auf der Hand, dass die geschilderten Gebrauchsvorteile der C-Leg-Prothese, insbesondere die verminderte Sturzgefahr, sich bei allen mobilen Versicherten im "Alltag" auswirken, nämlich bei allen Aktivitäten, die ein Gehen und Laufen erfordern. Es ist kein Grund ersichtlich, warum diese Vorteile nur für das Familienleben bei der Erziehung kleiner Kinder bedeutsam sein sollen, während bei Berufstigen, die naturgemäß von den Vorteilen auch bei ihrer Berufsausübung profitieren, ein Leistungsanspruch zu verneinen sein soll.

Der bei der Bekl. versicherte, 1966 geb. Kl. erlitt 1984 im Rahmen eines Verkehrsunfalls eine traumatische Oberschenkelamputation links. Er war von der Bekl. mit einer Oberschenkelprothese mit hydraulischem Kniegelenk (Endolite ESK Sicherheitskniegelenk mit S Hydraulik-Einheit) versorgt. Während des Verfahrens hat er sich die C-Leg-Prothese selbst beschafft, wofür ihm Kosten in Höhe von insgesamt 27.918,14 Euro entstanden sind. **SG Aachen**, Gerichtsbb. v. 12.12.2002 - S 6 KR 113/02 – verurteilte zur Kostenerstattung. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.01.2004 – L 5 KR 241/02 - RID 04-01-164
Hilfsmittel, Oberschenkelprothese, Kniegelenkssystem C-Leg, C-Leg-Prothese, C-Leg, Grundbedürfnis
SGB V §§ 12, 27 I 2 Nr. 3, 33

Gesetzlich Krankenversicherten steht ein Anspruch auf Versorgung mit einer sog. C-Leg-Prothese zu, wenn sich die mit der technisch hochwertigen Prothese verbundenen Vorteile beim Gebrauch im Alltagsleben positiv auswirken. Dabei kommt es nicht darauf an, ob Kinder zu betreuen sind (so die bisher vom BSG entschiedenen Fälle), soweit sich wie hier die Gebrauchsvorteile der Prothese bei allen Aktivitäten der sportlichen und noch jungen Klägerin auswirken, die ein Gehen und Laufen erfordern.

Vgl. Pressemitteilung v. 08.01.2004 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> -.

12. HOCHRECHNUNG BEI FEHLERHAFTER ABRECHNUNG DES HILFSMITTELERBRINGERS

SG Frankfurt a.M., *Gerichtsb.* v. 17.12.2003 – S 4/20 KR 3462/02 - RID 04-01-165
Hilfsmittelerbringer, Sanitätshaus, Abrechnung, Aufrechnung, Hochrechnung, Zinsanspruch
SGB V § 126; BGB §§ 286, 823 II; StGB § 263

Nicht allein aufgrund der Tatsache, dass eine Abrechnung eines Sanitätshauses Fehler in einer Produktgruppe enthält, ist die Fiktion zulässig, damit seien in gleichgearteten Fällen (Produktgruppe) die gleichen Abrechnungsfehler enthalten. Die Grundsätze des **BSG**, Urt. v. 17.09.1997 – 6 RKa 86/95 – SozR 3-5550 § 35 Nr. 1 = MedR 1998, 338 = USK 97134 hinsichtlich einer Abrechnungs-Sammeler-

klärung eines Vertragsarztes sind auf das Verhältnis Hilfsmittelerbringer – Krankenkasse nicht übertragbar, jedenfalls soweit die entsprechenden Verträge (hier: Hessischer Rahmenvertrag über die Belieferung der Versicherungsträger durch Bandagisten, Orthopädie- und Chirurgie-Mechaniker sowie Chirurgie-, Instrumenten- und Sanitätsgeschäfte v. 13.04.1971) eine Garantieerklärung für die Abrechnung nicht vorsehen. Eine Krankenkasse ist daher nicht berechtigt, solche vermeintlichen Rückzahlungsansprüche mit aktuellen Forderungen eines Sanitätshauses aufzurechnen.

Der Hilfsmittellieferant hat grundsätzlich einen **Zinsanspruch**, da das Vertragsverhältnis zwischen ihm und der Krankenkasse ein bürgerlich-rechtliches Rechtsverhältnis ist (BSG, Urt. v. 10.07.1996 - 3 RK 29/95 - SozR 3-2500 § 125 Nr. 6 = NZS 1997, 128 = Breith 1997, 309 = USK 96139).

Die bekl. Krankenkasse prüfte verschiedene Rechnungen des klagenden Sanitätshauses aus den Jahren 1998 und 1999. Bei einem Jahresumsatz von jeweils über 2,1 Mio DM erfasste der Prüfumfang für beide Jahre ein Volumen von 531.611,45 DM. Auf der Grundlage ihrer Überprüfung nahm d. Bekl. eine Hochrechnung vor, die sie dreimal korrigierte. Zuletzt ging sie von „systematischen Fehlabbrechnungen“ in Höhe von 10.421,53 DM aus, woraus sie eine Beanstandungsquote von 1,96 % und, gemessen am Gesamtumsatz, einen Rückforderungsbetrag von 85.466,93 DM (43.698,55 €) errechnete. Diese rechnete sie mit laufenden Rechnungen d. Kl. auf. Der Klage auf Zahlung der aufgerechneten Beträge gab das **SG** statt.

VII. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE: MEDIKAMENTENGABE UND PFLEGEVERSICHERUNG

SG Dortmund, Urt. v. 09.04.2003 – S 13 KR 141/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>
Behandlungspflege, Medikamentengabe, Pflegeversicherung, Nahrungsaufnahme
SGB V § 37 II 1

RID 04-01-166

Die **Behandlungspflege** zählt nur dann zur Leistungspflicht der Pflegeversicherung, wenn es sich um eine Maßnahme handelt, die untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung aus dem Katalog des § 14 IV SGB XI ist oder jedenfalls mit einer solchen Verrichtung objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang steht (**BSG**, Urt. v. 30.10.2001 - B 3 KR 2/01 R - SozR 3-2500 § 37 Nr. 3 = NZS 2002, 484).

Die **Medikamentengabe** zählt als Behandlungspflege im Regelfall zur Leistungspflicht der Krankenkassen und nicht zur Leistungspflicht der zuständigen Pflegeversicherung. Sie ist nicht untrennbarer Bestandteil der grundpflegerischen Hilfe bei der mündgerechten Zubereitung der Nahrung oder der oralen Nahrungsaufnahme. Ebenso wenig steht sie mit diesen Verrichtungen objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang. Behandlungspflege fällt im Regelfall in die Leistungspflicht der Krankenversicherung und darf systematisch damit nur in eng begrenzten Ausnahmefällen der Leistungspflicht der Pflegeversicherung unterstellt werden.

VIII. TEILNAHME AN REHABILITATIONSSPORTGRUPPE - NICHTZULASSUNGSBESCHWERDE

Zum **Rehafunktionssport** s. zuletzt mit Hinweisen zur Rspr. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 22.01.2003 - S 20 KR 757/02 - RID 03-02-94.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 02.12.2003 – L 16 B 40/03 KR NZB - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> RID 04-01-167
Berufung, Rehabilitation, Rehabilitationssport, Refahfunktionssport
SGB V § 43; SGB IX § 44 I Nr. 4; SGG § 144 II

Eine Sache hat keine grundsätzliche Bedeutung i.S. v. § 144 II SGG, wenn die Entscheidung über den Anspruch nicht von allgemeinen Festlegungen, sondern von den Gegebenheiten im Einzelfall abhängt (hier: ob d. Kl. als Behinderte schon seit Anfang 2002 in der Lage ist, ohne weitere Betreuung in einer Maßnahme nunmehr die seit Sommer 2000 trainierten Übungen der Wassergymnastik allein und ordnungsgemäß, d.h. ohne die Gefahr der Gesundheitsschädigung durchzuführen).

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 07.05.2003 – S 28 KR 67/02 – wies Klage ab, das **LSG** die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.12.2003 – L 16 B 79/03 KR NZB - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-168**
Berufung, Rehabilitation, Rehabilitationssport, Rehafunktionssport
SGB V § 43; SGB IX § 44 I Nr. 4; SGG § 144 II

Auch wenn eine Vielzahl gleichgelagerter Streitsachen bei den erstinstanzlichen Gerichten anhängig sein sollte, kommt einem Streit über die Ablehnung der Förderung des Rehabilitationssport keine grundsätzliche Bedeutung zu. Ob eine Versicherte nach 6-jähriger Teilnahme an von der Kasse geförderten Behindertensport befähigt sein sollte, die für sie notwendigen Übungen in Eigenverantwortung und ohne fremde Hilfe durchzuführen, ist eine Frage, die in jedem Einzelfall individuell zu prüfen ist.

SG Köln, Urt. v. 14.04.2003 – S 19 KR 60/02 – wies Klage ab, das **LSG** die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung zurück.

IX. KEINE SCHADENSERSATZVERPFLICHTUNG GEGENÜBER TRANSPORTUNTERNEHMER

LSG Brandenburg, Urt. v. 09.12.2003 – L 4 KR 17/00 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-169**
Personentransportunternehmer, Beförderungsvertrag, Fahrkosten, Dialysefahrten, Transportvertrag
SGB V §§ 60, 133; SGB X § 61 S. 2; BGB §§ 328, 333, 635

Ein Personentransportunternehmer hat keinen Anspruch aus Vertragsverletzung wegen fehlender Aufträge, wenn der Transportvertrag keinerlei Verpflichtung der Krankenkasse enthält, ihm Versicherte zur Beförderung zur Verfügung zu stellen, noch eine Verpflichtung, die im Vertrag benannten Versicherten befördern zu lassen.

SG Potsdam, Urt. v. 30.03.2000 – S 7 KR 55/99 – verurteilte die bekl. Krankenkasse, an den Kl. 19.051,30 DM zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung d. Kl. zurück und wies die Klage auf Berufung d. Bekl. insgesamt ab.

X. KRANKENHAUSKOSTEN

1. KEIN VERGÜTUNGSANSPRUCH BEI DURCHFÜHRUNG EINER ARZNEIMITTELSTUDIE

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 16.10.2003 – L 5 KR 80/01 - **RID 04-01-170**
Revision anhängig: B 3 KR 21/03 R

Arzneimittelstudie, Vergütungsanspruch, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit, Untersuchungsmethode, Behandlungsmethode, Arzneimittel-Richtlinien
SGB V §§ 2 I 3, 28, 39; AMRI Nr. D 12

Eine Krankenkasse hat nicht für die Tage einer Krankenhausbehandlung aufzukommen, an denen die Teilnahme an einer Arzneimittelstudie derart im Vordergrund stehen, dass die daneben durchgeführten Therapien in den Hintergrund treten.

Zum Sachverhalt:

Zwölf bei der bekl. Krankenkasse Krankenversicherte befanden sich 1994/1995 zur stationären Behandlung von Depressionen in der Psychiatrischen Klinik des Kl., in der u.a. an ihnen ein **Arzneimittelversuch** in Form einer **Dosisfindungsstudie** mit dem für die Behandlung von Depressionen nicht zugelassenen Mittel Pramipexol der Fa. Upjohn/USA und einer Placebo-kontrollierten Doppelblindstudie mit dem in Deutschland nicht zugelassenen Mittel Duloxetine der Fa. Lilly, Eli und Co./USA durchgeführt wurde. MDK-Ärzte stellten für jeden Einzelfall die Tage fest, an denen Maßnahmen der Arzneimittelstudie im Vordergrund (insgesamt 459 Pfelestage) standen. Den hieraus errechneten Betrag (177.049,99 DM) rechnete d. Bekl. mit laufenden Forderungen auf, da insoweit die Behandlung nicht dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprochen habe und deshalb nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sei. Die hiergegen erhobene Zahlungsklage wies **SG Mainz**, Urt. v. 18.5.2001 – S 8 KR 57/99 – ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Rheinland-Pfalz verneint einen **Vergütungsanspruch** des Krankenhauses (zur Rechtsgrundlage vgl. **BSG** v. 23.7.2002 - B 3 KR 64/01 R, SozR 3-2500 § 112 Nr. 3 - m.w.N.), weil die vom Krankenhaus erbrachte Krankenbehandlung nicht zu den GKV-Leistungen zähle. **Bis zum GKV-GRG 1999** habe es - anders als für vertragsärztliche Leistungen - keine für Krankenhäuser, Kassen und Versicherte verbindliche Regelung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer im Krankenhaus praktizierten Untersuchungs- oder Behandlungsmethode und damit über deren Zugehörigkeit zum Leistungsspektrum der Krankenversicherung gegeben. Im Streitfall hätten deshalb die Sozialgerichte darüber zu entscheiden gehabt (**BSG** v. 19.2.2003 - B 1 KR 37/01 R - m.w.N.). Die Behandlung müsse sich in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Fällen als erfolgreich erwiesen haben, was in der Regel durch wissenschaftlich einwandfrei geführte Statistiken belegt sein müsse. Nach diesen Grundsätzen seien **Erprobungen von Arzneimitteln** - auch nach deren Zulassung - auf Kosten des Versicherungsträgers **unzulässig**. Das sehe Nr. D.12. Satz 3 und 4 der Arzneimittel-Richtlinien ausdrücklich vor. Zwar gelten die **Arzneimittel-Richtlinien** unmittelbar nur für die vertragsärztliche Versorgung. Die fragliche Bestimmung sei jedoch als konkretisierende Auslegung des § 2 I 3 SGB V zu werten und mittelbar auch bei der Krankenhausbehandlung zu berücksichtigen. In den strittigen Zeiträumen habe nicht die Krankenhausbehandlung im Vordergrund gestanden, sondern die Durchführung einer Arzneimittelstudie. Allein aus der Tatsache, dass es sich um die Erprobung von Arzneimitteln gehandelt habe, ergebe sich bereits, dass diese Behandlung nicht dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprochen habe und daher nicht auf Kosten der Beklagten hätte durchgeführt werden dürfen. Auch die fehlende Zulassung für die angewandte Therapie sowie das Fehlen aussagekräftiger Studien stellten den therapeutischen Nutzen der Behandlung in Frage. Auf die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung oder der Einhaltung der Regeln für eine Studie komme es nicht an. Bei allen Versicherten sei während der Teilnahme an der Arzneimittelstudie zugunsten der Prüfmedikamente auf die nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse vorrangig gebotene Verabreichung bewährter Antidepressiva verzichtet worden, was die MDK-Gutachter hinreichend dargelegt hätten.

2. KEIN ZURÜCKBEHALTUNGSRECHT BEI STRITTIGER BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGKEIT

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 08.05.2003 – L 5 KR 69/02 -

RID 04-01-171

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 20/03 R

Krankenhausbehandlung, Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, Behandlungskosten, Aufrechnung, Zurückbehaltungsrecht
SGB V §§ 109 IV 2

Die auf der Grundlage einer Einschätzung des MDK gewonnene Überzeugung, eine Krankenhausbehandlung sei nicht mehr notwendig gewesen, berechtigt die Krankenkasse nicht, die Zahlung der in Rechnung gestellten Behandlungskosten so lange zu verweigern, bis die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit geklärt ist, wenn im Krankenhausbehandlungsvertrag eine allgemeine Zahlungsfrist vereinbart ist. Rechnerische oder sachliche Mängel einer Forderungsaufstellung lassen die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs unberührt.

Sind die Krankenkassen berechtigt, Einwendungen nach Bezahlung der Rechnung geltend zu machen und mit Rückzahlungsansprüchen gegen spätere Rechnungen aufzurechnen, verstößt der Ausschluss eines Zurückbehaltungsrechts aufgrund von Einwendungen gegen die Notwendigkeit der in Rechnung gestellten Krankenhausbehandlung auch nicht gegen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit.

Die KL. ist Trägerin des zur medizinischen Versorgung zugelassenen Städtischen Krankenhauses: Dieses behandelte die 1918 geb und bei der Bekl. krankenversicherte Beigel. wegen eines Darmkatarrhs stationär v. 13. bis 27.01.1999. Die Bekl. erkannte eine Behandlungsnotwendigkeit lediglich für 7 Tage an – was dann der gerichtliche Sachverständige K bestätigte - und bezahlte hierfür nur den Teilbetrag von 2.567,81 DM auf die Rechnung über 5.373,62 DM. **SG Speyer**, Urt. v. 04.03.2002 – S 3 KR 283/99 – gab der Zahlungsklage statt; den Nachweis, dass die streitige Krankenhausbehandlung medizinisch nicht vertretbar oder unwirtschaftlich gewesen sei, habe die Bekl. nicht geführt; die von K beschriebenen Anfälle seien in der Krankenakte des Krankenhauses dokumentiert; den Bewegungsstörungen hätte weder der MDK noch K hinreichend Rechnung getragen. Im **Berufungsverfahren** trug d. Bekl. u.a. vor, da die Beigel. alleine lebe, sei davon auszugehen, dass die Behandlungsdauer auf sozialen Erwägungen beruhe. Das Überprüfungsverfahren hätte wegen der am 25.3.1999 einge-

gungen Rechnung erst im April 1999 eingeleitet werden können. Eine vorläufige Zahlungspflicht lasse sich nicht dem Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 II Nr. 1 SGB V entnehmen. In den Gemeinsamen Erläuterungen und Umsetzungshinweisen (Krankenhausüberprüfungsvertrag) sei für den Fall, dass sich die Zweifel einer Krankenkasse über ihre Leistungspflicht auf einen Teilabschnitt der Krankenhausbehandlung erstreckten, eine Vergütung des nicht zur Überprüfung anstehenden Teilabschnitts vorgesehen. Die Vertragsparteien hätten damit deutlich gemacht, dass sich die Zahlungsverpflichtung lediglich auf den nicht beanstandeten Teilabschnitt beschränke. Diese Auslegung würde durch die Regelungen der §§ 2 II 1 und 5 I 1 KBV bestätigt, wonach die Aufnahme in ein Krankenhaus dann keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse begründe, wenn diese nicht erforderlich sei und Krankenhausbehandlung auf Kosten der Krankenkasse nur für die aus medizinischen Gründen erforderliche Dauer gewährt werden dürfe. Das **LSG** wies die Berufung weitgehend zurück.

3. RÜCKZAHLungsverpflichtung des Krankenhauses

LSG Bayern, Urt. v. 26.06.2003 – L 4 KR 170/02 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>
Krankenhaus, Kostenübernahme, Zahlungsverpflichtung, Krankenkasse, Beweislast
SGB V §§ 39, 112, 113, 274, 276; SGB X §§ 53, 61; BGB §§ 812ff.

RID 04-01-172

Eine **Rückzahlungsverpflichtung** des Krankenhauses entsteht nicht, wenn die Krankenkasse die **Kostenübernahme zurücknimmt** oder anfechtet, wobei hier dahingestellt sein kann, ob eine Anfechtung der Erklärung rechtlich überhaupt möglich ist. Maßgebender Rechtsgrund für die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse ist § 39 SGB V und nicht die Kostenzusage der Krankenkasse.

Die Vorschriften über die **ungerechtfertigte Bereicherung** finden auch bei Krankenhausverträgen Anwendung.

In Bezug auf nachträglich bekannt werdende Umstände tritt eine **Umkehr der Beweislast** ein. Macht die Krankenkasse ungeachtet der schon erteilten Kostenzusage später geltend, stationäre Behandlung sei nicht erforderlich gewesen, trägt sie hierfür die Beweisführungslast. Sie muss den Nachweis führen, dass die Behandlung unwirtschaftlich oder medizinisch nicht vertretbar war. Es reicht nicht, wenn sie nur behauptet, die konkrete Behandlung sei nicht zwingend geboten gewesen.

Der hier einschlägige Rahmenvertrag über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung" sieht ein **abgestuftes Verwaltungsverfahren zur Kontrolle** der Erforderlichkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung im Zusammenhang mit Informationspflichten der betroffenen Krankenkasse und des vom Versicherten aufgesuchten Krankenhauses vor. Gemeinsam ist diesen Regelungen, dass sie während der jeweiligen Krankenhausbehandlung das **Rechtsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus gestalten**. Sie bezwecken, die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung und die damit zusammenhängenden **medizinischen Fragen noch während der stationären Behandlung zu überprüfen**.

SG München, Urt. v. 25.04.2001 – S 19 KR 573/99 – wies die auf Rückzahlung der Behandlungskosten für sechs stationäre Aufenthalte eines bei der klagenden Krankenkasse versicherten Patienten in der Zeit von 1989 bis 1995 (43.164,05 DM) gerichtete Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

4. KEINE GoA ZWISCHEN KRANKENKASSEN UND LEISTUNGSERBRINGERN

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.06.2003 – L 4 KR 148/01 - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>
Leistungsrecht, GoA, Krankenkasse
SGB V §§ 39, 69, 108 ff.; BGB §§ 677 ff.

RID 04-01-173

Die Vorschriften über das Leistungsrecht der Versicherten und der Leistungserbringer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (hier insb. §§ 39, 69, 108 ff. SGB V) regeln die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern insoweit abschließend und verbieten einen Rückgriff auf die GoA.

SG Lüneburg, Urt. v. 11.04.2001 – S 9 KR 200/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück; es sind **Parallelentscheidungen** v. 18.06.2003 - **L 4 KR 142, 144, 145, 146, 147/01** – u. v. 16.07.2003 - **L 4 KR 143/01** - (<http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>) ergangen.

5. SONDERENTGELT 12.01

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.06.2003 – L 2 KN 75/01 KR - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-174**
Sonderentgelt 12.01

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 5, 39 I, 112 II Nr. 1, 109 IV 3

Einem Krankenhaus steht (bei entsprechender Kürzung der Abteilungspflegesätze) ein zusätzlicher auf das Sonderentgelt 12.01 gerichteter Vergütungsanspruch für die Leistung "Operative Bildung eines Kolon- oder Ileum-Konduits" zu. Ohne Bedeutung ist, dass die Leistung als Teil eines umfassenderen operativen Eingriffs erbracht wurde. Denn es handelt sich um eine abgrenzbare und deshalb gesondert vergütungsfähige Teilleistung.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 16.03.2001 – S 7 KN 20/00 KR – wies die Klage ab, das **LSG** gab der Berufung statt.

6. FALLPAUSCHALE 11.02: STAMMZELLENTTRANSPLANTATION U. DOSISREDUZ. KONDITIONIERUNG

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 14.01.2004 - S 20 KR 1741/02 - **RID 04-01-175**

Fallpauschale 11.02, dosisreduzierter Konditionierung, Stammzellentransplantation, Behandlungsmethode
SGB V §§ 2 I 2, 28 I, 39 I 3; BPflV Anl. 1 Nr. 11.02

Bei Vorliegen der entsprechenden Diagnose- und Operationsschlüssel kann auch bei dosisreduzierter Konditionierung die Fallpauschale 11.02 des Fallpauschalen-Katalogs abgerechnet werden. Bei der Höhe der Dosis für die Konditionierung handelt es sich um einen Therapieteil, der die in der Leistungslegende genannte „Myeloablative Therapie“ gebührenrechtlich nicht wesentlich prägt. Andernfalls hätte dies in der Leistungslegende zum Ausdruck kommen müssen.

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse auf Rückzahlung der unter Vorbehalt geleisteten Vergütung zurück; die Krankenkasse hatte zunächst bestritten, dass wegen der dosisreduzierten Konditionierung als einer neuen Behandlungsmethode überhaupt ein Vergütungsanspruch entstanden sei, erkannte dann aber einen Anspruch in Höhe der tagesgleichen Pflegesätze an und begehrte nur noch die Differenz zwischen der Fallpauschale 11.02 und diesen.

S. bereits **SG Dresden**, Urt. v. 18.12.2002 - S 18 KR 476/01 - RID 03-02-98.

XI. EINSTWEILIGE ANORDNUNG - KEIN VERWEIS AUF SOZIALHILFE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.12.2003 – L 5B 77/03 KR ER - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de> **RID 04-01-176**

Häusliche Krankenhilfe, Sozialhilfe, einstweilige Anordnung
SGB V § 37; SGG § 86b II 2

Ein Versicherter, der häusliche Krankenhilfe im Umfang von 14 Stunden täglich benötigt, und sich als Sozialhilfeempfänger diese wirtschaftlich nicht leisten kann, kann im einstweiligen Anordnungsverfahren nicht auf die Inanspruchnahme von Sozialhilfe verwiesen werden. Eine Vorwegnahme der Hauptsache gilt nicht, wenn ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes irreparable, für den Ast. unzumutbare Nachteile drohen.

SG Dortmund, Beschl. v. 23.10.2003 – S 40 KR 270/03 ER – wies den Antrag ab; das **LSG** verpflichtete d. Ag., den Ast. ab September 2003 von den Kosten für häusliche Krankenpflege im Umfang von 14 Stunden täglich freizustellen bzw. ihm in diesem Umfang nach ärztlicher Verordnung bis zur erstinstanzlichen Entscheidung in der Hauptsache häusliche Krankenpflege zu gewähren.

Zur **Unzulässigkeit eines Verweises auf Sozialhilfe** s. bereits **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 05.12.2002 - L 4 KR 172/02 ER – RID 03-04-112; **SG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 28.11.2003 – S 20 KR 3790/03 ER - RID 04-01-100 (diese Ausgabe).

XII. ERSTATTUNGSANSPRUCH DER KRANKENKASSE GEGENÜBER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER

LSG Hessen, Urt. v. 27.11.2003 – L 1 KR 1610/98 -

RID 04-01-177

Revision zugelassen

Erstattungsanspruch, Aufrechnungsanspruch, Konkurrenzverhältnis, Prioritätsprinzip, Einschränkung, Zusammenarbeit, Leistungsträger
SGB X §§ 86, 103; BGB § 389

Leitsätze:

Das von der Rechtsprechung entwickelte sog. Prioritätsprinzip zum Konkurrenzverhältnis von Erstattungsansprüchen im Verhältnis zu anderen Verfügungen wird durch den in § 86 SGB X enthaltenen Grundsatz der Verpflichtung der Leistungsträger zur engen Zusammenarbeit eingeschränkt.

Der endgültig zur Leistung verpflichtete Rentenversicherungsträger darf zur Befriedigung einer eigenen Forderung zu Lasten der erstattungsberechtigten Krankenkasse nicht auf die Rentennachzahlung zurückgreifen, da er sich im Gegensatz zur Krankenkasse an die laufende Rente des Leistungsempfängers halten kann.

Vorinstanz: *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 12.01.1998 – S 16/6/10/20/J 3257/94 -

XIII. VERFAHRENSRECHT

1. NICHTZULASSUNG DER BERUFUNG (GEHORTHESSE "VACOPED")

LSG Sachsen, Beschl. v. 10.09.2003 – L 6 KN 7/03 NZB-KR - juris

RID 04-01-178

Nichtzulassungsbeschwerde, Berufung, Berufungszulassung, Kostenerstattung, Unterschenkelgehorthese, SGG §§ 143 ff.

Leitsätze:

Keine grundsätzliche Bedeutung der Frage, ob ein Versicherter seiner Forderung, der Träger der Krankenversicherung habe dem Leistungsträger die jenem entstandenen Kosten zu erstatten, klageweise Nachdruck verleihen kann. - Die fehlende Klagebefugnis bei mangelnder unmittelbarer finanzieller Betroffenheit ist in der Rechtsprechung des BSG geklärt (Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 6/01 R - BSGE 89, 39 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 25). - Die Geltendmachung eines Anspruchs aus eigenem Recht und hilfsweise aus übergangenen Recht führt nicht zur Verdoppelung der Berufungsbeschwerde (§ 19 I 3 GKG).

SG Chemnitz, Urt. v. 28.02.2003 - S 13 KN 166/00 KR – wies die Klage gegen einen ablehnenden Bescheid über die Kostenübernahme für die Mietkosten einer Gehorthese "Vacoped" ab und ließ die Berufung nicht zu; das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

Zur Gehorthese "Vacoped" s. zuletzt *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 30.04.2003 - S 20 KR 1296/02 - RID 03-03-116 (Berufung anhängig: LSG Hessen).

2. RECHTSWEG BEI ZAHLUNGSKLAGE EINES KRANKENHAUSTRÄGERS

LSG Hamburg, Beschl. v. 24.03.2003 – L 1 B 107/01 KR - <http://www.sozialgerichtsbarkeit.de>

RID 04-01-179

Rechtsweg, Bundespflegesatzverordnung, Verwaltungsrechtsweg
SGB V § 112; SGG § 51 II 1 Nr. 1; VwGO § 40

Regelt ein Krankenhausvertrag nach § 112 SGB V, dass die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vertraglicher Natur sind, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgibt und der Inhalt des Vertrages durch die gesetzlichen Vorgaben konkretisiert und begrenzt wird, so werden dadurch u. a. die Pflegesatzverordnung und deren Sonderentgeltkatalog Vertragsinhalt. Weil die Auslegung dieses Vertrages in einem Rechtsstreit

zwischen Krankenhaus und Krankenkasse über die Vergütung einer stationären Behandlung eines bestimmten Versicherten eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung ist, ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte, nicht der Verwaltungsgerichte für die daraus resultierenden Streitigkeiten. Das gilt auch dann, wenn durch die Bezugnahme im Vertrag gesetzliche Regelungen außerhalb des Sozialversicherungsrechts anzuwenden sind.

SG Hamburg, Beschl. v. 09.08.2001 - S 21 KR 1301/98 - RID 02-01-80 sah in einem Rechtsstreit zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse über Fragen der Bundespflegesatzverordnung den Verwaltungsrechtsweg als eröffnet an; die **Beschwerde** führte zur Zurückverweisung an das SG.

Zur **Örtlichen Zuständigkeit bei Zahlungsklage eines Krankenhausträgers** s. zuletzt ausf. RID 02-03-B VII (S. 72).

XIV. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. BINDUNG AN VON SG BEJAHTE ZULÄSSIGKEIT DES RECHTSWEGS

BSG, Urt. v. 20.05.2003 - B 1 KR 7/03 R -

RID 04-01-180

Leitsatz:

Die vom Sozialgericht mit der Entscheidung in der Hauptsache - ausdrücklich oder stillschweigend - bejahte Zulässigkeit des Rechtswegs ist von den höheren Instanzen auch dann nicht zu überprüfen, wenn ein Amtshaftungsanspruch in Streit steht.

2. RECHTSANWALTSGEBÜHREN: UMWANDLUNG EINES KRANKENHAUSES

BSG, Urt. v. 11.11.2003 - B 1 KR 8/03 B -

RID 04-01-181

Leitsatz:

Zur Wertfestsetzung für die Rechtsanwaltsgebühren in einem Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision bei Umwandlung einer zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Rehabilitationsklinik in ein Krankenhaus (Fortführung von BSG vom 30.11.2000 - B 3 KR 20/99 R = SozR 3-1930 § 8 Nr 4 und BSG vom 8.10.2002 - B 3 KR 63/01 R = SozR 3-1930 § 8 Nr 5).

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. BERUFSRECHT DER ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

1. APPROBATION ALS PSYCHOTHERAPEUT NUR FÜR PSYCHOLOGEN

OVG Niedersachsen, Urt. v. 11.12.2003 - 8 LB 2892/01 - <http://www.oberverwaltungsgericht.niedersachsen.de> RID 04-01-182

OVG Niedersachsen, Urt. v. 11.12.2003 - 8 LB 4215/01 -

RID 04-01-183

Approbation, Psychologe, Diplom-Sozialpädagoge, Psychotherapeut
PsychThG § 12; GG Art. 3 I, 12 I

Psychotherapeutisch tätige Heilpraktiker, die kein abgeschlossenes Studium der Psychologie vorweisen können, haben keinen Anspruch auf die Erteilung der Approbation als Psychologische Psychotherapeuten. Die Beschränkung der Approbation als Psychologische Psychotherapeuten auf Diplom-Psychologen durch § 12 III u. IV PsychThG verletzt weder die durch Art. 12 I GG geschützte Berufsfreiheit noch den Gleichheitssatz. Der Gesetzgeber war auch nicht verpflichtet, eine Übergangsregelung für die psychotherapeutisch tätigen Heilpraktiker ohne abgeschlossenes Psychologiestudium zu schaffen, weil er das bisherige Berufsfeld dieser Personen weder geschlossen noch deren Tätigkeitsspektrum verändert hat. Faktische Nachteile, die dadurch entstehen, dass diese Personen gegenüber Psychologischen Psychotherapeuten als minder qualifiziert angesehen werden, sind verfassungsrechtlich hinzunehmen. Ein frühere Beteiligung im Wege des Kostenerstattungsverfahrens nach § 13 III SGB V begründet keinen Anspruch. Auch § 12 V SGB V ist verfassungskonform.

Zuletzt s. *OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 20.03.2003 - 13 A 4805/01 - RID 03-04-135; *OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 06.12.2002 - 13 A 2472/01 - RID 03-02-118 m.w.N.

2. ARZTWERBUNG

Vgl. zuletzt RID 03-04-C II 2.

A) BVERFG: KLINIKWERBUNG „DENTALÄSTHETICA“

BVerfG, 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 26.09.2003 - 1 BvR 1608/02 - <http://www.bverfg.de>

RID 04-01-184

NJW 2003, 3472 = GesR 2003, 384

Werbeverbot, Zahnarzt, Zahnarzt-GmbH

UWG § 1

BGH, Beschl. v. 11.07.2002 - I ZR 219/01 - ZM 2003, Nr. 2, 65 wird aufgehoben.

Das berufsrechtliche **Werbeverbot** betrifft die Werbung für die ärztliche Tätigkeit des niedergelassenen Zahnarztes. Für **Kliniken** gelten dagegen nicht dieselben Werbebeschränkungen (vgl. *BVerfGE* 71, 183, 194 ff.; *BVerfG*, Beschl. der 2. Ka. des Ersten Sen., NJW 2000, 2734, 2735).

Kliniken stehen den niedergelassenen Ärzten auch bei Vornahme ambulanter Eingriffe grundsätzlich nicht gleich. Sofern die Eingriffe in der Klinik stattfinden und als klinische Leistungen abgerechnet werden, werden hiermit gewerbliche Umsätze erzielt (vgl. *BVerfG*, NJW 2000, 2734, 2735). Bei einer **bundesweiten Werbung** kann kaum angenommen werden, dass für ambulante Dienste geworben wird. Wenn Patienten aus dem ganzen Bundesgebiet akquiriert werden sollen, kann dies ernsthaft nur für stationäre und teilstationäre Leistungen in Betracht gezogen werden.

Sofern Kliniken nach außen handelnd in Erscheinung treten, führt die Tatsache, dass in diesen Kliniken neben dem sonstigen Personal auch **Ärzte beschäftigt** werden, nicht dazu, die Kliniken den Standesregeln für Ärzte zu unterwerfen. Die Anwendung der **wettbewerbsrechtlichen Störerhaftung auf kleinere Kliniken**, durch die der BGH das für Ärzte geltende Berufsrecht auch für die Beurteilung von Kliniken wie diejenige der Beschwerdeführerin heranziehen will, ist daher mit Art. 12 I GG nicht zu vereinbaren. Sie hebt das für die Kliniken geltende Recht aus, indem sie unterstellt, dass kleinere Kliniken stets nur eine Alibifunktion zur Ermöglichung weitreichender Werbung niedergelassener Ärzte haben. Soweit dies tatsächlich der Fall sein sollte, muss dies nachgewiesen sein, damit hieran Folgerungen geknüpft werden können.

Der Werbeeffect kann als solcher nicht zu einem Verbot führen, weil dem Zahnarzt von Verfassungs wegen die berufsbezogene und sachangemessene **Werbung** erlaubt ist (vgl. BVerfGE 82, 18, 28; BVerfG, Beschl. der 2. Kammer des Ersten Sen., NJW 2001, 2788 ff.). Konkurrenzschutz und Schutz vor Umsatzverlagerungen sind keine legitimen Zwecke, die Einschränkungen der Berufsausübung rechtfertigen können. Der eigentliche Zweck der Werbung liegt darin, Kunden, oder hier Patienten, zu Lasten der Konkurrenz zu gewinnen (vgl. BVerfGE 94, 372, 399). Akquisition als solche ist nicht berufswidrig.

Die Werbung einer **Zahnarzt-GmbH** in der Zeitschrift "**auto, motor und sport**" als Institut für orale Implantologie und ästhetische Zahnheilkunde ist nicht zu beanstanden.

B) BGH: ARZTWERBUNG IM INTERNET

BGH, Urt. v. 09.10.2003 - I ZR 167/01 -

RID 04-01-185

Internet, Werbung, Praxisschwerpunkt,
UWG § 1; ZÄBerufsO NR § 20

Leitsätze:

1. Bei der wettbewerbsrechtlichen Beurteilung einer von einem Arzt in seinem Internetauftritt gemachten Mitteilung ist zu berücksichtigen, dass diese niemandem unverlangt als Werbung aufgedrängt, sondern nur von denjenigen Internetnutzern wahrgenommen wird, die an entsprechenden Informationen interessiert sind.
2. Die Mitteilung eines Arztes in seinem Internetauftritt, bestimmte Tätigkeitsgebiete stellen seine Praxisschwerpunkte dar, enthält nur die Angabe, er sei auf diesen Gebieten nachhaltig tätig und verfüge deshalb dort über besondere Erfahrungen. Eine Aussage über die Tätigkeitsgebiete und Erfahrungen anderer Ärzte ist damit nicht verbunden.
3. Die Mitteilung eines Arztes in seinem Internetauftritt, dass er bestimmte Tätigkeiten durchführt, ist nicht deshalb unrichtig, weil diese Tätigkeiten auch von nahezu jedem anderen Arzt in mehr oder weniger großem Umfang ausgeübt werden oder zumindest ausgeübt werden können.
4. Das vom werbenden Arzt zu beachtende Sachlichkeitsgebot verlangt von diesem nicht, sich auf die Mitteilung nüchterner Fakten zu beschränken. Vielmehr ist, da darüber hinausgehende Angaben ebenfalls zu dem auch emotional geprägten Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beitragen können, eine "Sympathiewerbung" zulässig, soweit durch sie nicht der Informationscharakter in den Hintergrund gedrängt wird.

C) HAUTÄRZTLICHE BOTOX-BEHANDLUNG

OLG Saarbrücken, Urt. v. 20.08.2003 - 1 U 237/03, 1 U 237/03 - juris = OLGR Saarbrücken 2003, 383 **RID 04-01-186**

Arztwerbung, Hautarzt, Botox-Behandlung, Arzneimittel, Internethomepage
UWG § 1; HeilmWerbG § 10 I; ZPO § 531

Hautärzte dürfen im geschäftlichen Verkehr zu Zwecken des Wettbewerbs außerhalb der Fachkreise nicht für eine Botox-Behandlung (verschreibungspflichtiges Arzneimittel) werben. Sie dürfen deshalb hierauf nicht auf ihrer Internethomepage hinweisen, in der sie über Möglichkeiten der Hautverjüngung mittels eines sog. Erbium-Yag-Lasers informieren.

D) VERWENDUNG EINES "EYECATCHERS" FÜR ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

OLG Köln, Urt. v. 18.07.2003 - 6 U 23/03 - <http://www.justiz.nrw.de>

RID 04-01-187

Zahnarzt, Arztwerbung, Zahnarztwerbung, eyecatcher, Reklamemittel
UWG § 1, 13 II Nr. 1;

Die Grenze zwischen angemessener Information und berufswidriger und folglich zu unterlassender Werbung ist überschritten, wenn sich die Werbung nicht auf eine interessengerechte und sachangemessene, nicht irreführende Information beschränkt, die angebotenen zahnärztlichen Behandlungen

vielmehr ungefragt wie gewerbliche Leistungen mit reklamehaften Zügen angepriesen werden. Dies ist bei Verwendung eines "eyecatchers" in Form eines "hälftigen" lachenden Mundes mit perfekt weissen Zähnen als einem typischen Reklamemittel, das das angesprochene Publikum aus der Kosmetikwerbung und insbesondere auch der Werbung für Zahnpflegemittel, etwa die dem Verkehr bekannten perlweiss-Zahnpflegeprodukte, kennt, der Fall.

OLG Hamburg, Urt. v. 24.04.2003 - 3 U 199/02 - MedR 2003, 637

RID 04-01-188

Zahnarzt, Arztwerbung, Zahnarztwerbung, eyecatcher, Reklamemittel, Bleachen, Veneers
UWG § 1

Leitsatz:

Es handelt sich um berufswidrige unlautere Werbung, wenn ein Zahnarzt Anzeigen für seine Praxis mit bloß plakativen Äußerungen wie z. B.:

- Strahlend weiße Zähne - Bleachen!
- Hässliche Zähne? Veneers!
- Schiefe Zähne? Unsichtbare Klammer!

oder unter Verwendung einer blickfangmäßig herausgestellten graphischen Darstellung eines Lippenmundes veröffentlicht.

II. WETTBEWERBSRECHT

1. BGH: WETTBEWERBSVERBOT NACH AUSSCHEIDEN AUS FREIBERUFERSOZIENTÄT

BGH, Urt. v. 29.09.2003 – II ZR 59/02 -

RID 04-01-189

Gemeinschaftspraxis, Wettbewerbsverbot, Gesellschaftsvertrag, Praxisvertrag
BGB §§ 138, 705, 738; GG Art. 12

Leitsatz:

Ein über zwei Jahre hinausgehendes nachvertragliches Wettbewerbsverbot für einen aus einer Freiberufersozientät ausgeschiedenen Gesellschafter verstößt in zeitlicher Hinsicht gegen § 138 BGB, weil sich nach einem Zeitraum von zwei Jahren die während der Zugehörigkeit zur Gesellschaft geknüpften Mandantenverbindungen typischerweise so gelöst haben, dass der ausgeschiedene Partner wie jeder andere Wettbewerber behandelt werden kann (vgl. Sen.Urt. v. 8. Mai 2000 - II ZR 308/98, WM 2000, 1496, 1498).

2. HOHEITLICHE TÄTIGKEIT DER BAYRISCHEN RETTUNGSDIENSTE

BayObLG, Beschl. v. 28.05.2003 – Verg 7/03 - BayObLGZ 2003, 129 = BayVBl 2003, 605

RID 04-01-190

Vergaberecht, Vergabepflicht, Rettungsdienst
GWB §§ 97, 99, 107; BayRettDG Art. 3, 7 18, 19; EWGRL 50/92; EWGRL 37/93 Art. 1 lit. a

Leitsätze:

1. Zur Statthaftigkeit eines Nachprüfungsantrags bei bevorstehender "de-facto-Vergabe".
2. Der Begriff "Verträge" in § 99 Abs. 1 GWB ist gemeinschaftsrechtskonform dahin auszulegen, dass er auch öffentlich-rechtliche Verträge umfasst (im Anschluss an **EuGH** vom 12. Juli 2001 Rs. C-399/98, VergabeR 2001, 280).
3. Rettungsdienste sind nach der im Freistaat Bayern gegebenen gesetzlichen Ausgestaltung keine vom Staat zu beschaffende Marktleistung, sondern als öffentliche Aufgabe wahrzunehmen; die Leistungserbringer werden unmittelbar hoheitlich tätig (im Anschluss an **BGH**, 9. Januar 2003, III ZR 217/01, NJW 2003, 1184 - RID 03-01-120).

3. PAUSCHALENTGELTE EINER KLINIK AN NIEDERGELASSENE ÄRZTE

OLG Schleswig, Urt. v. 04.11.2003 – 6 U 17/03 -

RID 04-01-191

Wettbewerb, Wettbewerbsverstoß, Zuweisungspauschale, Arztwahl,
UWG §§ 1, 13 II Nr. 2; SGB V §§ 115a, 115b

Leitsätze:

1. Zahlt eine Klinik für die postoperative Nachsorge an niedergelassene Ärzte Pauschalentgelte, stellen diese regelmäßig keine Weitergabe von der Klinik zustehendem Honorar für ärztlichen Leistungen dar, sondern der Sache nach ein **Entgelt für die vorher erfolgte Zuweisung** stationärer Patienten.

2. Das **Verbot der Entgegennahme eines Entgelts für die Vermittlung von Patienten** gemäß § 32 BO Ärztekammer Schleswig-Holstein stellt keine unverbindliche Standesauffassung dar, sondern ist als Satzungsrecht für alle Mitglieder der Ärztekammer **verbindlich**.

3. Die Gewährung eines gegen § 32 BO Ärztekammer und §§ 115 a, 115 b SGB V verstoßenden Entgelts für die Vermittlung von Patienten ist wettbewerbswidrig im Sinne des § 1 UWG.

Die von der Wettbewerbszentrale beklagte Klinik bot den niedergelassenen Augenärzten, die ihr in der Vergangenheit regelmäßig Patienten zur Katarakt-Operation überwiesen hatten, 51,13 Euro für die postoperative Nachbetreuung an. Das *OLG* verurteilte zur Unterlassung des Zahlungsangebots.

Zur **Pauschale für Zuweisung von Patienten** s. bereits wie hier *OLG Koblenz*, Urt. v. 20.05.2003 - 4 U 1532/02 - RID 03-03-152.

Zur **Sittenwidrigkeit eines Barrabatts durch Dentallabor** s. *OLG Köln*, PKH-Beschl. v. 03.06.2002 - 11 W 13/02 - RID 03-01-110; zur zulässigen **Pauschalleistung des Anästhesisten an Operateure** für die Benutzung der Operationsräume s. *OLG Hamm*, Urt. v. 27.02.2002 - 8 U 153/01- RID 03-01-111 (*BGH*, Beschl. v. 20.03.2003 - III ZR 129/02 – wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück).

III. ARZTHAFTUNG

1. AUFLÄRUNG BEI MEDIZINISCH NICHT INDIZIERTER PHOTOREFRAKTIVER KERATEKTOMIE

OLG Bremen, Urt. v. 04.03.2003 – 3 U 65/02 - OLGR Bremen 2003, 335 = juris (Ls.)
Arzthaftung, Aufklärungspflicht, Laserbehandlung, Keratektomie
BGB §§ 276, 823 I

RID 04-01-192

Leitsatz:

Bei einer medizinisch nicht indizierten photorefraktiven Keratektomie (PRK) sind hohe Anforderungen an die Aufklärung zu stellen. Der Patient muss auf die Risiken deutlich und schonungslos hingewiesen werden.

2. DIAGNOSEFEHLER

OLG Köln, Urt. v. 19.03.2003 – 5 U 159/02 - <http://www.justiz.nrw.de>
Arzthaftung, Diagnosefehler, Behandlungsfehler
§§ 823, 847 BGB

RID 04-01-193

Zwar sind Diagnosefehler im Sinne von Fehlerinterpretationen erhobener Befunde nach der ständigen Rspr. des BGH nur mit Zurückhaltung als zur Haftung führende Behandlungsfehler zu werten, nämlich in erster Linie dann, wenn elementare Kontrollbefunde nicht erhoben worden sind oder wenn eine gebotene Überprüfung einer ersten Diagnose (Arbeitsdiagnose) im weiteren Behandlungsverlauf unterblieben ist (s. die Rspr. nachweise bei Steffen/Dressler *Arzthaftungsrecht* 8. Auflage, Rz. 154, 155). Ein vorwerfbarer Diagnosefehler ist vorliegend festzustellen (hier: dem Arzt hätte anlässlich der Laparoskopie das Fehlen eines Myoms nicht verborgen bleiben können, falls doch, so läge eine Verkenntnis eines evidenterweise nicht gegebenen Krankheitsbildes vor, was ebenfalls als Behandlungsfehler zu werten ist, vgl. BGH VersR 94, 52; 95, 46).

3. FEHLDIAGNOSE MIGRÄNE BEI SCHLAGANFALL

LG München I, Urt. v. 15.10.2003 - 9 O 5889/99 -

RID 04-01-194

Arzthaftung, Schlaganfall, Migräne, Neurologe
§§ 823, 847 BGB

Ein Neurologe muss bei einem Patienten, der ihm wegen des Auftretens von Sprach- und Gefühlsstörungen überwiesen wird und bei dem er die Verdachtsdiagnose einer komplizierten Migräne stellt, eine weitere diagnostische Aufklärung sogleich veranlassen. Die Abklärung an einem späteren Tag bei einem Radiologen durch eine Kernspintomographie des Schädels reicht nicht aus. Der Arzt haftet in einem solchen Fall für die Folgen eines in der Nacht nach der Untersuchung eingetretenen zweiten Schlaganfalls.

Das *LG* verurteilte einen Neurologen u.a. zur Zahlung von 100.000 Euro Schmerzensgeld, weil er den bereits erlittenen Schlaganfall seines 39-jährigen Patienten nicht erkannt hatte. Bereits in der darauffolgenden Nacht erlitt der Kläger einen zweiten Schlaganfall, der eine Halbseitenlähmung und Sprachstörungen zur Folge hatte. Seinen bisherigen Beruf als Ingenieur kann der Kl. nicht mehr ausüben. Der Beklagte muss daher dem Kl. nicht nur den Schmerzensgeldbetrag und eine monatliche Schmerzensgeldrente bezahlen, sondern auch die angefallenen Behandlungskosten und den eingetretenen Verdienstausschlag ersetzen.

Vgl. Pressemitteilung v. 12.11.2003 <http://www.justiz.bayern.de/lgmuenchen1/presse>

IV. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

1. AUSSCHLUß PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUTEN IN DER PKV

WIRKSAM

Nach *BGH*, Urt. v. 17.03.1999 - IV ZR 137/98 - NJW 1999, 341 ist die in einer privaten Krankenversicherung enthaltene **Tarifbedingung**, nach der Leistungen des Versicherten für psychotherapeutische Behandlungen auf **30 Sitzungen** (oder 30 stationäre Behandlungstage) **während der Vertragsdauer beschränkt** werden, **unwirksam**. Zwar ist nicht jede Leistungseinschränkung ausgeschlossen, es wird aber der Zweck des Vertrages in Frage gestellt, wenn der Versicherungsnehmer bereits deshalb von weiteren Leistungen für die gesamte Dauer des Vertrages - also möglicherweise für die Zeit seines Lebens - ausgeschlossen wird, weil er sich bereits einmal einer Behandlung mit 30 Sitzungen unterzogen hat: nach *BGH*, Urt. v. 22.05.1991 - IV ZR 232/90 - NJW 1992, 753 werden Leistungen eines nicht ärztlich vorgebildeten Psychotherapeuten durch eine Tarifklausel, nach der sich der Versicherungsschutz auch auf die Psychotherapie erstreckt, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen approbierten Arzt durchgeführt wird, nicht gedeckt, auch wenn ihm die Behandlung von einem niedergelassenen approbierten Arzt übertragen worden ist (**Delegationsverfahren**); eine solche Klausel ist in der Krankheitskostenversicherung weder überraschend noch unklar und benachteiligt den Versicherungsnehmer nicht unangemessen; *LG Hamburg*, Urt. v. 02.08.2001 - 332 O 82/01 - RID 01-04-121 (rechtskräftig) hält Versicherungsbedingungen einer privaten Krankenversicherung, die die Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten aus dem Versicherungsschutz herausnehmen, für unwirksam.

OLG Hamm, Urt. v. 06.08.2003 - 20 U 100/03 - NJW 2003, 3356

RID 04-01-195

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig - IV ZR 215/03 -

Psychotherapie, private Krankenversicherung, psychologischer Psychotherapeut, PsychThG, Versicherungsschutz

AGBG §§ 3, 9; BGB § 307; PsychThG

Versicherungsbedingungen einer privaten Krankenversicherung, die die Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten aus dem Versicherungsschutz herausnehmen, benachteiligen den Versicherungsnehmer nicht entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen (§ 307 BGB). Psychologische Psychotherapeuten müssen nach dem PsychThG nicht im Rahmen einer privaten Krankenkasse den Ärzten gleichgestellt werden.

**LG Lüneburg, Urt. v. 19.09.2003 - 8 O 164/03 –
Berufung beim OLG Celle anhängig**

RID 04-01-196

Psychotherapie, private Krankenversicherung, psychologischer Psychotherapeut, PsychThG, Versicherungsschutz
AGBG §§ 3, 9; BGB § 307; PsychThG

Versicherungsbedingungen einer privaten Krankenversicherung, wonach Versicherungsschutz für Psychotherapie gewährt wird, soweit sie von niedergelassenen Ärzten oder in einem Krankenhaus durchgeführt wird, verstoßen nicht gegen § 9 AGBG bzw. § 307 BGB. Der Versicherungsnehmer kann sich zur psychotherapeutischen Behandlung an einen ärztlichen Psychotherapeuten wenden,

2. BESCHRÄNKUNG AUF 20 PSYCHOTHERAPEUTISCHE SITZUNGEN PRO KALENDERJAHR

OLG Köln, Urt. v. 26.02.2003 – 5 U 89/01 – (rechtskräftig) VersR 2003, 899

RID 04-01-197

Psychotherapie, private Krankenversicherung, Stundenzahl, Versicherungsschutz
AGBG §§ 3, 9; BGB § 307

Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung, die im Bereich der ambulanten Behandlung eine Beschränkung auf bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen pro Kalenderjahr vorsehen, sind wirksam. Die Beschränkung führt nicht zum Ausschluss der psychotherapeutischen Behandlung, da nach den Darlegungen eines angehört Sachverständigen auch mit 20 Sitzungen pro Kalenderjahr messbare Therapieerfolge zu erzielen sind.

BGH, Beschl. v. 17.09.2003 - IV ZR 83/03 – <http://www.bundesgerichtshof.de> hat die Revision des klagenden Verbraucherschutzvereins wegen Nichterreichens des Revisionswertes nicht zugelassen.

3. OPERATION ZUR BRUSTVERKLEINERUNG

OLG Köln, Urt. v. 21.05.2003 – 5 U 268/01 –

RID 04-01-198

Brustverkleinerung, Mammareduktionsplastik, Mammae-Reduktion; Reduktionsmastopexie, Makromastie
ZPO § 256

Eine Brustverkleinerung kann eine medizinisch notwendige Heilbehandlung sein, wenn große Brüste zu körperlichen oder seelischen Krankheitszuständen geführt haben, und eine operative Maßnahme geeignet ist, die Beschwerden zumindest zu lindern (vgl. **OLG Karlsruhe**, VersR 1995, 692, 693).

V. UNTERLASSUNGSANSPRUCH: „BESTECHUNGSGESCHENKE“ DER PHARMA- UNTERNEHMEN

LG Berlin, Urt. v. 04.03.2003 – 27 O 556/01- rechtskräftig

RID 04-01-199

Krankenkasse, KV, Kassenärztliche Vereinigung, Unterlassungsanspruch, Arzneimittelkosten, Presseinformation
BGB §§ 823 I, 1004 I 2; GG Art. 2 I

Eine Presseinformation einer Krankenkasse, die zum Ausdruck bringt, die KV habe hinsichtlich der Werbepraxis der Pharmaindustrie Stillschweigen gewahrt, weil sie deren Vorgehensweise billige, setzt die KV dem Verdacht aus, nicht ernsthaft um die gesetzliche Zielsetzung einer Reduzierung der Arzneimittelkosten bemüht zu sein. Fehlt es hierfür an tatsächlichen Anhaltspunkten für eine solche Haltung, so wird das durch Art. 2 I GG geschützte Ansehen der KV durch den Vorwurf der Pflichtvergessenheit beeinträchtigt und ist die Verlautbarung unzulässig.

Das **LG** bestätigte die von der KV Berlin erwirkte einstweilige Verfügung v. 28.08.2001, mit der der BKK Berlin untersagt worden war, wörtlich oder sinngemäß im Zusammenhang mit der Ast. zu verbreiten, im Zusammenhang mit „Bestechungsgeschenken“ von Pharma-Konzernen, also der Abgabe von Incentives an die Ärzte: „Auch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin ist aufgefordert...ihre bisherige stillschweigende Unterstützung...dieser ärgsten Auswüchse aggressiver Werbung der Pharmaindustrie aufzugeben“.

VI. ARZNEIMITTEL

1. EUGH: VERSANDHANDEL MIT ARZNEIMITTELN

EuGH, Urt. v. 11.12.2003 – C-322/01 - <http://www.curia.eu.int> = NJW 2004, 131

RID 04-01-200

Arzneimittel, Wettbewerb, Arzneimittelmarkt, Versandhandel, Versandhandelsverbot, Internet-Apotheke, Apotheke

EG Art. 28, 30; Richtlinien 92/28/EWG und 2000/31/EG; AMG § 43

Leitsätze:

1a. Ein § 43 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung vom 7. September 1998 entsprechendes nationales Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln, die in dem betreffenden Mitgliedstaat ausschließlich in Apotheken verkauft werden dürfen, stellt eine Maßnahme gleicher Wirkung im Sinne von Artikel 28 EG dar.

b. Artikel 30 EG kann geltend gemacht werden, um ein nationales Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln, die in dem betreffenden Mitgliedstaat ausschließlich in Apotheken verkauft werden dürfen, zu rechtfertigen, soweit dieses Verbot verschreibungspflichtige Arzneimittel betrifft. Dagegen kann Artikel 30 EG nicht geltend gemacht werden, um ein absolutes Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln, die in dem betreffenden Mitgliedstaat nicht verschreibungspflichtig sind, zu rechtfertigen.

c. Die erste Frage, Buchstaben a und b, ist nicht anders zu beurteilen, wenn es sich um den Import von in einem Mitgliedstaat zugelassenen Arzneimitteln handelt, die eine in einem anderen Mitgliedstaat ansässige Apotheke zuvor von Großhändlern im Einfuhrmitgliedstaat bezogen hat.

2. Artikel 88 Absatz 1 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel steht einem § 8 Absatz 1 des Heilmittelwerbegesetzes in der Fassung vom 19. Oktober 1994 entsprechendem nationalen Werbeverbot für den Versandhandel mit Arzneimitteln, die in dem betreffenden Mitgliedstaat nur in Apotheken verkauft werden dürfen, entgegen, soweit dieses Verbot Arzneimittel betrifft, die nicht verschreibungspflichtig sind.

2. SILDENAFIL (VIAGRA)

A) BVERWG: BEIHILFE NUR BEI BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGEN KRANKHEIT

BVerwG, Urt. v. 30.10.2003 – 2 C 26.02 – <http://www.bundesverwaltungsgericht.de>

RID 04-01-201

Viagra, Sildenafil, erektile Dysfunktion

GG Art. 33 Abs. 5; LBG RP § 90; BVO §§ 1 bis 4

Leidet ein 57jähriger Beamter als Folge einer schweren Erkrankung (hier: Operation wegen eines Prostatakarzinoms) an einer erektilen Dysfunktion, so können Aufwendungen zur Linderung dieses Leidens beihilfefähig sein.

B) PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

AG Mannheim, Urt. v. 21.03.2003 – 11 C 574/02 5 U 89/01 – VersR 2003, 1434

RID 04-01-202

Viagra, Sildenafil, erektile Dysfunktion

MB/KK § 1 Nr. 2 S 1

Die erektile Dysfunktion ist als Krankheit anzusehen. Die Einnahme von Viagra ist eine adäquate und geeignete Therapie zum jedenfalls kurzfristigen Ausgleich der erektilen Dysfunktion. Daher handelt es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung, deren Kosten der Versicherer zu erstatten hat.

S.a. *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 20.08.2003 - L 4 KR 24/02- RID 04-01- (diese Ausgabe S. 63) mit weiteren Hinweisen.

3. EUGH: KEIN NACHWEIS VON WETTBEWERBSVERSTÖßEN DER BAYER AG BZGL. ADALAT

EuGH, Urt. v. 06.01.2004 – C-2/01 P, C-3/01 P - <http://www.curia.eu.int>

RID 04-01-203

Arzneimittel, Wettbewerb, Paralleleinführen, Arzneimittelmarkt

EGV Art. 81 I

Das Urteil des Gerichts (v. 26.10.2000 in der Rechtssache T-41/96) über eine angebliche Vereinbarung zwischen Bayer und ihren spanischen und französischen Großhändlern zur Unterbindung der Paralleleinführen des Arzneimittels Adalat in das Vereinigte Königreich ist zu bestätigen. Die Kommission hat nicht nachgewiesen, dass es eine solche Vereinbarung über die Arzneimittel `AdalatA oder `AdalateA gab.

4. BVERWG: BEGRÜNDUNGSUMFANG EINES ZULASSUNGSANTRAGS FÜR KOMBINATIONSPRÄPARAT

BVerwG, Urt. v. 16.10.2003 – 3 C 28/02 -

RID 04-01-204

Arzneimittel, Arzneimittelzulassung, Kombinationspräparat, Begründung

AMG § 25 II 2 Nr. 5a

Leitsatz:

Die nach § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 a AMG erforderliche ausreichende Begründung, dass bei einem Kombinationspräparat jeder arzneilich wirksame Bestandteil einen Beitrag zur positiven Beurteilung des Arzneimittels leistet, fehlt, wenn die vom Antragsteller eingereichten Unterlagen nach dem jeweils gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse den geforderten Schluss nicht zulassen, wenn sie sachlich unvollständig sind oder wenn sie inhaltlich unrichtig sind. Die plausible Darlegung eines positiven Beitrags jedes Bestandteils reicht nicht aus.

5. BVERWG: AUFNAHME IN TRADITIONSLISTE ALS VERWALTUNGSAKT

BVerwG, Urt. v. 20.11.2003 – 3 C 29/02 -

RID 04-01-205

Traditionsliste, Arzneimittel, Arzneimittelzulassung, Nachzulassungsverfahren, Verwaltungsakt

VwGO § 44a; VwVfG § 35; AMG §§ 105, 109a

Leitsatz:

Die Aufnahme der Anwendungsgebiete für Stoffe oder Stoffkombinationen in die Aufstellung nach § 109 a Abs. 3 AMG (sog. Traditionsliste) ist ebenso wie die Streichung aus dieser Aufstellung ein selbständig anfechtbarer Verwaltungsakt.

6. BEGRIFF DER EINZELREZEPTUR

OLG Köln, Urt. v. 21.03.2003 – 6 U 160/02 - <http://www.justiz.nrw.de>

RID 04-01-206

Arzneimittel, Einzelrezeptur

UWG § 1; HWG § 3a; AMG §§ 2, 21

Eine nicht nach dem AMG zulassungspflichtige Einzelrezeptur ist nur dann gegeben, wenn ein Arzneimittel in einer Apotheke nach ärztlicher Vorschrift für einen bestimmten Patienten zubereitet wird, nicht aber, wenn mit der Bewerbung der Verordnung und Herstellung von R.-Kapseln in Apotheken eine systematische und über den Einzelfall hinausgehende Rezeptierung und Herstellung dieser Kapseln beworben wird.

7. EUG: UNZULÄSSIGE KLAGE GG. GUTACHTEN ÜBER VERKEHRSFÄHIGKEIT EINES MEDIKAMENTS

EuG, 5. Ka., Urt. v. 18.12.2003 – T-326/99 – (Nancy Fern Olivieri)

RID 04-01-207

Arzneimittel, Inverkehrbringen, Genehmigung, Gutachten, Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln, Rechtsschutzbedürfnis

Verordnung (EWG) Nr. 2309/93; Anhang der Richtlinie 75/318/EWG

Ein Gutachten stellt eine Stufe im Entscheidungsprozess dar, deren Zweck darin besteht, die Entscheidung über die Verkehrsgenehmigung des Arzneimittels vorzubereiten. Es handelt sich um eine Vorbereitungsmaßnahme, die den Standpunkt der Kommission nicht endgültig festlegt und die somit keine anfechtbare Handlung ist. Ein gerichtlicher Antrag auf Nichtigkeitsklärung des Gutachtens ist daher unzulässig.

VII. ORDNUNGSGELD BEI WEIGERUNG ZUR VORLAGE EINES BEFUNDBERICHTS

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 27.10.2003 – L 5 B 126/03 SB –

RID 04-01-208

Erstattet der behandelnde Arzt im sozialgerichtlichen Verfahren trotz mehrfacher schriftlicher und mündlicher Erinnerung den angeforderten Befundbericht nicht, so kann er zu einem Beweisaufnahmetermin zu Gericht geladen werden. Erscheint er zu diesem Termin trotz ordnungsgemäßer Ladung nicht und gibt auch keine Hinderungsgründe an, so kann gegen ihn ein Ordnungsgeld bis zu 1.000 € festgesetzt werden.

Pressemeldung v. 15.01.2004 - <http://cms.justiz.rlp.de>

VIII. ZUZAHLUNGSKOSTEN VON SOZIALHILFEEMPFÄNGER NACH GMG

1. KEINE ÜBERNAHME DURCH SOZIALAMT: PRAXISGEBÜHREN/ARZNEIMITTEL- ZUZAHLUNGEN

VG Münster, Beschl. v. 06.01.2004 – 5 L 1964/03 – juris

RID 04-01-209

Sozialhilfe, Sozialhilfeempfänger, Eigenanteil,

VwGO § 123; BSHG i.d.F. GMG § 11, 37 I 2; SGB V §§ 61, 62, 264

Leitsatz:

Sozialhilfeempfänger müssen seit dem 01.01.2004 einen Eigenanteil an den Kosten ihrer gesundheitlichen Versorgung aus der ihnen bewilligten Hilfe zum Lebensunterhalt aufbringen. Eine Übernahme des Eigenanteils durch das Sozialamt, die bis zum 31.12.2003 vorgesehen war, ist nicht mehr möglich.

VG Hannover, Beschl. v. 15.01.2004 – 7 B 59/04 – <http://www.oberverwaltungsgericht.niedersachsen.de/> **RID 04-01-210**

Sozialhilfe, Sozialhilfeempfänger, Eigenanteil, Praxisgebühr, Arzneimittelzuzahlung,

VwGO § 123; BSHG i.d.F. GMG § 22; SGB V §§ 61, 62, 264; RegelsatzVO § 1 I

Leitsatz:

Sozialhilfeempfänger müssen die seit dem 01.01.2004 zu leistenden Praxisgebühren sowie Arzneimittelzuzahlungen aus dem Regelsatz aufbringen; sie können deswegen weder eine einmalige Beihilfe noch die Gewährung eines höheren Regelsatzes beanspruchen.

2. EIGENANTEIL EINES SOZIALHILFEEMPFÄNGERS BEI EINER POLAMIDON-BEHANDLUNG

VG Braunschweig, Beschl. v. 14.01.2004 - 4 B 64/04 - <http://www.oberverwaltungsgericht.niedersachsen.de> **RID 04-01-211**
Sozialhilfe, Sozialhilfeempfänger, Eigenanteil, Praxisgebühr, Arzneimittelzuzahlung,
VwGO § 123; BSHG i.d.F. GMG § 38; SGB V §§ 61, 62, 264; RegelsatzVO § 1 I

Leitsätze:

1. Es ist offen, ob ein Sozialhilfeempfänger nach der ab dem 1.01.2003 geltenden Rechtslage aus dem der Höhe nach nicht veränderten Regelsatz Eigenanteile für eine Polamidon-Behandlung zu tragen hat.
2. Im Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist in einer solchen Situation insbesondere bei einer möglichen Grundrechtsbetroffenheit eine streng einzelfallbezogene Interessenabwägung durchzuführen.

IX. WEITERE ENTSCHEIDUNGEN DES BGH

1. UNTERRICHTUNG VOR ABSCHLUSS EINER WAHLEISTUNGSVEREINBARUNG

BGH, Urt. v. 27.11.2003 - III ZR 37/03 - **RID 03-04-212**
Krankenhaus, Wahlleistungsvereinbarung
BPflV § 22 II 1

Leitsatz:

Zur Pflicht des Krankenhauses, den Patienten vor Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung über die Entgelte und den Inhalt der wahlärztlichen Leistungen zu unterrichten.

2. UNTREUE BEI NICHT NOTWENDIGER ARZNEIMITTELVERORDNUNG

BGH, Beschl. v. 25.11.2003 - 4 StR 239/03 - **RID 03-04-213**
Betrug, Untreue, Rezept, Verordnung, Arzneimittel
StGB §§ 263, 266; SGB V §§ 12, 31, 70

Leitsatz:

Zur Abgrenzung von Untreue und Betrug gegenüber Krankenkasse und Apotheker beim Bezug kassenärztlich verordneter, aber nicht notwendiger Medikamente.

Der angeklagte Patient N benötigte Infusionen einer hochkalorischen Nahrung und der Hilfsmittel im Gesamtwert von DM 436,64 täglich. Auf Wunsch des N verordnete der mitangeklagte Arzt Dr. Sch. ihm dann im Tatzeitraum (18. Juni 1997 bis 28. August 1998) mehrfach die doppelte bzw. dreifache Menge. Die Übermengen verwendete N auf nicht feststellbare Art anderweitig, was Dr. Sch. billigend in Kauf nahm. Die Verurteilung des N wegen Betrugs und Dr. Sch. wegen Beihilfe hob der BGH auf und verwies zurück. Zur **Untreue des Dr. Sch.** führt der *BGH* u.a. aus:

„Tathandlung der Untreue des Angeklagten Dr. Sch. nach § 266 Abs. 1 StGB ist seine im Außenverhältnis wirksame, aber im Verhältnis zum Geschäftsherrn bestimmungswidrige Ausübung der Befugnis zur Vermögensverfügung oder Verpflichtung (Mißbrauchstatbestand).

Nach den Prinzipien des kassenärztlichen Abrechnungssystems handelt der Vertragsarzt bei Ausstellung einer Verordnung – wie ausgeführt – als Vertreter der Krankenkasse, indem er an ihrer Stelle das Rahmenrecht des einzelnen Versicherten auf medizinische Versorgung konkretisiert. Der Kassenarzt darf allerdings den materiellen (und formellen) Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht verlassen (vgl. nur *BSGE* 73, 271, 278, 281 f.). Er darf deshalb Leistungen, die jenseits der Bandbreite offener Wertungen nach den Regeln der ärztlichen Kunst (vgl. *Schwerdtfeger aaO*, S. 101) eindeutig nicht notwendig, nicht ausreichend oder unzumutbar sind, nicht verordnen (§§ 12 Abs. 1 Satz 2, 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Verschreibt der Kassenarzt dennoch ein Medikament zu Lasten der Krankenkasse, obwohl er weiß, daß er die Leistung – wie hier – im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB V nicht bewirken darf, missbraucht er diese ihm vom Gesetz eingeräumten Befugnisse. Damit verletzt er seine Betreuungspflicht gegenüber dem betroffenen Vermögen der Krankenkasse. Indem der Arzt Medikamente auf Rezept verschreibt, erfüllt er die im Interesse der Krankenkasse liegende Aufgabe, gemäß § 31 Abs. 1 SGB V ihre Mitglieder mit Arzneimitteln zu versorgen. Da er bei Erfüllung dieser

Aufgabe der Krankenkasse gegenüber kraft Gesetzes (§ 12 Abs. 1 SGB V) verpflichtet ist, nicht notwendige bzw. unwirtschaftliche Leistungen nicht zu bewirken, kommt darin eine Vermögensbetreuungspflicht zum Ausdruck (vgl. auch Goetze, Arzthaftungsrecht und kassenärztliches Wirtschaftlichkeitsgebot, 1989, S. 178). Der Arzt nimmt insoweit Vermögensinteressen der Krankenkasse wahr (vgl. Goetze aaO, S. 179).

b) Mangels eigener Pflichtenstellung kommt eine Beteiligung des Angeklagten N. an der Untreue des Angeklagten Dr. Sch. nicht als (Mit-)Täter, sondern nur als Gehilfe (§ 27 StGB) oder – naheliegend – als Anstifter (§ 26 StGB) in Betracht. Das bedarf jedoch ergänzender Feststellungen.“

X. WEITERE ENTSCHEIDUNGEN DES BVERFG

1. VERFASSUNGSBESCHWERDE WEGEN UNTÄTIGKEIT EINES GERICHTS

A) VERWALTUNGSGERICHTLICHES VERFAHREN VON ETWAS ÜBER ZWEI JAHREN

BVerfG, 1. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 15.12.2003 - 1 BvR 1345/03 - <http://www.bverfg.de> RID 03-04-214
Untätigkeitsbeschwerde, Rechtsschutz
GG Art. 19 IV

Art. 19 IV GG gewährt einen Anspruch auf Rechtsschutz in angemessener Zeit (vgl. BVerfGE 55, 349 <369>). Allerdings lässt sich nicht generell festlegen, ab wann ein Verfahren unverhältnismäßig lange dauert; insbesondere die Angabe einer festen Jahresgrenze ist angesichts der Unterschiedlichkeit der Verfahren nicht möglich. Bei der verfassungsrechtlichen Beurteilung dieser Frage sind vielmehr stets alle Umstände des Einzelfalls, insbesondere die Bedeutung der Sache für die Beteiligten, die Schwierigkeiten der Sachmaterie und das den Beteiligten zuzurechnende Verhalten einzubeziehen (Beschl. der 1. Ka. des 1. Sen. des BVerfG v. 20.07.2000 - 1 BvR 352/00 - NJW 2001, S. 214 f.).

Bei Anwendung dieses Maßstabs stellt sich die bisherige Dauer des verwaltungsgerichtlichen Verfahrens von etwas über zwei Jahren noch nicht als unangemessen dar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die bisherige Verfahrensdauer noch im Rahmen des Üblichen bewegt und bei dem Verwaltungsgericht zahlreiche ältere Verfahren anhängig sind. Eine unangemessen lange Dauer könnte daher nur bei Vorliegen besonderer Umstände angenommen werden, die der Beschwerdeführerin auch die Hin- nahme einer ansonsten üblichen Verfahrensdauer unmöglich machen würden.

Im Einzelfall kann eine Bearbeitung der anhängigen Verfahren abweichend von der Reihenfolge des Eingangs erforderlich sein.

Zur **Untätigkeitsbeschwerde** s. a. (m.w.N.) *LSG Hessen*, Beschl. v. 10.11.2003 – L 4 B 66/03 KA - RID 04-01-81 (diese Ausgabe S. 44).

B) ANNAHME ENER VERFASSUNGSBESCHWERDE ZUR ENTSCHEIDUNG

BVerfG, 3. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 25.11.2003 - 1 BvR 834/03 - <http://www.bverfg.de/> RID 03-04-215
Untätigkeitsbeschwerde
GG Art. 19 IV

Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 20 Abs. 3 GG begründet einen Anspruch des einzelnen Bürgers auf effektiven Rechtsschutz in bürgerlich-rechtlichen Rechtsstreitigkeiten, der gebietet, dass strittige Rechtsverhältnisse in angemessener Zeit geklärt werden (vgl. BVerfGE 88, 118 <124> m.w.N.). Ob eine Verfahrensdauer unangemessen lang ist, ist nach den Umständen des Einzelfalls zu beurteilen. Bestimmend sind vor allem die Natur des Verfahrens (vgl. BVerfGE 46, 17 <29>) und die Auswirkungen einer langen Verfahrensdauer für die Beteiligten (vgl. BVerfG, 1. Kammer des Ersten Senats, NJW 1997, S. 2811 <2812>). In umgangsrechtlichen Verfahren ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass mit jeder Verfahrensverzögerung eine Entfremdung zwischen dem Umgang begeh- renden Elternteil und dem betroffenen Kind fortschreitet.

2. EILBEDÜRFTIGKEIT VON PROZESSKOSTENHILFEVERFAHREN

BVerfG, 3. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 14.10.2003 - 1 BvR 901/03 - <http://www.bverfg.de/>
Untätigkeitsbeschwerde
GG Art. 19 IV

RID 03-04-216

Zu den Rechtsangelegenheiten, die wegen ihrer Natur und ihrer Bedeutung für die Betroffenen einer gewissen Eilbedürftigkeit unterliegen, gehören Prozesskostenhilfverfahren. Sie dürfen nicht dazu benutzt werden, strittige Rechtsfragen abschließend zu klären (vgl. BVerfGE 81, 347 <356 ff>; BVerfG, 3. Kammer des 1. Senats, NJW 2003, S. 1857 <1858>) oder die Klärung streitiger Tatsachen im Hauptsacheverfahren zu verhindern (vgl. BVerfG, 1. Kammer des 2. Senats, NJW 2003, S. 576). Ebenfalls besonders zu fördern sind Sozialhilfesachen, weil es hier um Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts geht. Gegen den Grundsatz effektiven Rechtsschutzes wird verstoßen, wenn in einem Verfahren das VG die Sache fast dreieinhalb Jahre und das OVG ein Jahr und zehn Monate in keiner Weise inhaltlich gefördert haben.

3. SOFORTVOLLZUG EINER APPROBATIONSENTZIEHUNG EINES APOTHEKERS

BVerfG, 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 24.10.2003 - 1 BvR 1594/03 - <http://www.bverfg.de/>
Approbation, Approbationsentziehung, Apotheker, Sofortvollzug
GG Art. 12 I; VwGO § 80 V

RID 03-04-217

Wegen der gesteigerten Eingriffsintensität beim Sofortvollzug einer Approbationsentziehung sind hierfür nur solche Gründe ausreichend, die in angemessenem Verhältnis zu der Schwere des Eingriffs stehen und die ein Zuwarten bis zur Rechtskraft des Hauptverfahrens ausschließen. Für eine solche Sanktion genügt nicht schon die hohe Wahrscheinlichkeit, dass das Hauptsacheverfahren zum gleichen Ergebnis führen wird. Ihre Verhängung setzt die zusätzliche Feststellung voraus, dass sie schon vor Rechtskraft des Hauptsacheverfahrens als Präventivmaßnahme zur Abwehr konkreter Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter erforderlich ist (vgl. BVerfGE 44, 105 <118>).

VERZEICHNIS DER ENTSCHEIDUNGEN

AG Mannheim , Urt. v. 21.03.2003 – 11 C 574/02 5 U 89/01 –	RID 04-01-202
BayObLG , Beschl. v. 28.05.2003 – Verg 7/03 -	RID 04-01-190
BGH , Urt. v. 29.09.2003 – II ZR 59/02 -	RID 04-01-189
BGH, Urt. v. 09.10.2003 - I ZR 167/01 -	RID 04-01-185
BGH, Beschl. v. 25.11.2003 - 4 StR 239/03 -	RID 03-04-213
BGH, Urt. v. 27.11.2003 – III ZR 37/03 -	RID 03-04-212
BSG , Urt. v. 20.05.2003 - B 1 KR 7/03 R -	RID 04-01-180
BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 14/02 R -	RID 04-01-84
BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 29/02 R -	RID 04-01-89
BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 39/02 R -	RID 04-01-90
BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 34/02 R -	RID 04-01-87
BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 44/02 R -	RID 04-01-86
BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 45/02 R -	RID 04-01-85
BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 49/02 R -	RID 04-01-88
BSG, Beschl. v. 16.07.2003 – B 6 KA 59/02 –	RID 04-01-03
BSG, Beschl. v. 16.07.2003 - B 6 KA 77/02 B -	RID 04-01-72
BSG, Urt. v. 24.09.2003 - B 6 KA 51/02 R -	RID 04-01-91
BSG, Beschl. v. 24.09.2003 - B 6 KA 52/03 B -	RID 04-01-83
BSG, Urt. v. 11.11.2003 - B 1 KR 8/03 B -	RID 04-01-181
BVerfG , 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 26.09.2003 - 1 BvR 1608/02 -	RID 04-01-184
BVerfG, 3. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 25.11.2003 - 1 BvR 834/03 -	RID 03-04-215
BVerfG, 3. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 14.10.2003 - 1 BvR 901/03 -	RID 03-04-216
BVerfG, 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 24.10.2003 - 1 BvR 1594/03 -	RID 03-04-217
BVerfG, 1. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 15.12.2003 - 1 BvR 1345/03 -	RID 03-04-214
BVerfG, 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 18.12.2003 – 1 BvR 2555/03 -	RID 04-01-17
BVerwG , Urt. v. 16.10.2003 – 3 C 28/02 -	RID 04-01-204
BVerwG, Urt. v. 30.10.2003 – 2 C 26/02 –	RID 04-01-201
BVerwG, Urt. v. 20.11.2003 – 3 C 29/02 -	RID 04-01-205
EuG , 5. Ka., Urt. v. 18.12.2003 – T-326/99 –	RID 04-01-207
EuGH , Urt. v. 11.12.2003 – C-322/01 -	RID 04-01-200
EuGH, Urt. v. 06.01.2004 – C-2/01 P, C-3/01 P -	RID 04-01-203
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 20.08.2003 – L 5 KA 1089/03 -	RID 04-01-54
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 26.08.2003 – L 5 KA 2906/03 B -	RID 04-01-70
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 10.09.2003 – L 5 KA 3000/01 -	RID 04-01-50
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.10.2003 – L 5 KA 3590/02 –	RID 04-01-62
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.11.2003 – L 5 KA 4408/02 –	RID 04-01-04
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.11.2003 – L 5 KA 4408/02 –	RID 04-01-04a
LSG Bayern , Urt. v. 23.01.2003 – L 4 KR –207/01 -	RID 04-01-119
LSG Bayern, Urt. v. 12.02.2003 – L 12 KA 44/01 –	RID 04-01-28
LSG Bayern, Urt. v. 20.02.2003 – L 4 KR –17/01 -	RID 04-01-121
LSG Bayern, Urt. v. 10.04.2003 – L 4 KR –226/01 -	RID 04-01-124
LSG Bayern, Urt. v. 10.04.2003 – L 4 KR –127/02 -	RID 04-01-106
LSG Bayern, Urt. v. 28.05.2003 – L 12 KA 20/02 -	RID 04-01-08
LSG Bayern, Urt. v. 04.06.2003 – L 12 KA 150/01 -	RID 04-01-59
LSG Bayern, Urt. v. 04.06.2003 – L 12 KA 151/02 -	RID 04-01-27
LSG Bayern, Urt. v. 14.06.2003 – L 12 KA 192/12 -	RID 04-01-41
LSG Bayern, Urt. v. 25.06.2003 – L 12 KA 178/01 -	RID 04-01-51
LSG Bayern, Urt. v. 26.06.2003 – L 4 KR 170/02 -	RID 04-01-172
LSG Bayern, Urt. v. 16.07.2003 – L 12 KA 8/02 -	RID 04-01-26
LSG Bayern, Urt. v. 23.07.2003 – L 12 KA 111/02 -	RID 04-01-25
LSG Bayern, Urt. v. 28.08.2003 – L 4 KR 145/01 -	RID 04-01-154
LSG Bayern, Beschl. v. 08.09.2003 – L 4 B 347/03 KR ER -	RID 04-01-92
LSG Bayern, Urt. v. 11.09.2003 – L 4 KR 93/02 -	RID 04-01-93
LSG Bayern, Urt. v. 11.09.2003 – L 4 KR 15/03 -	RID 04-01-94
LSG Berlin , Urt. v. 24.06.2003 – L 9 KR –28/02 -	RID 04-01-115
LSG Berlin, Urt. v. 24.10.2003 – L 9 KR 118/02 -	RID 04-01-129
LSG Brandenburg , Urt. v. 13.08.2003 - L 5 KA 27/00 -	RID 04-01-05
LSG Brandenburg, Urt. v. 12.11.2003 – L 4 KR –53/01 -	RID 04-01-134
LSG Brandenburg, Urt. v. 12.11.2003 – L 4 KR –23/02 -	RID 04-01-126
LSG Brandenburg, Urt. v. 25.11.2003 – L 4 KR 53/02 -	RID 04-01-155
LSG Brandenburg, Beschl. v. 01.12.2003 – L 5 B 82/03 KA ER -	RID 04-01-16
LSG Brandenburg, Urt. v. 09.12.2003 – L 4 KR 17/00 -	RID 04-01-169
LSG Hamburg , Beschl. v. 24.03.2003 – L 1 B 107/01 KR -	RID 04-01-179
LSG Hamburg, Urt. v. 21.05.2003 – L 2 KA 14/01 -	RID 04-01-18
LSG Hamburg, Urt. v. 21.05.2003 – L 2 KA 22/02 -	RID 04-01-24
LSG Hamburg, Urt. v. 21.05.2003 – L 2 KA 25/02 -	RID 04-01-20
LSG Hamburg, Urt. v. 30.07.2003 – L 2 KA 1/00 -	RID 04-01-66
LSG Hamburg, Beschl. v. 12.11.2003 – L 1 KA 22/03 SE -	RID 04-01-80
LSG Hamburg, Beschl. v. 15.12.2003 – L 2 B 156/03 ER -	RID 04-01-65
LSG Hessen , Urt. v. 14.05.2003 – L 7 KA 1134/00 -	RID 04-01-14
LSG Hessen, Urt. v. 14.05.2003 – L 7 KA 1555/00 -	RID 04-01-15
LSG Hessen, Beschl. v. 10.11.2003 - L 4 B 66/03 KA -	RID 04-01-81

LSG Hessen, Beschl. v. 17.11.2003 – L 7 KA 869/03 ER -	RID 04-01-75
LSG Hessen, Urt. v. 27.11.2003 – L 1 KR 1610/98 -	RID 04-01-177
LSG Hessen, Urt. v. 27.11.2003 – L 1 KR 586/03 -	RID 04-01-162
LSG Hessen, Urt. v. 27.11.2003 – L 1 KR 818/03 -	RID 04-01-161
LSG Mecklenburg Vorpommern , Urt. v. 15.05.2002 - L 4 KR 3/01 -	RID 04-01-113
LSG Niedersachsen-Bremen , Beschl. v. 07.01.2003 - L 4 KR 109/02 –	RID 04-01-114
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.03.2003 – L 11 KA 7/00 -	RID 04-01-55
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.03.2003 – L 11 KA 17/00 -	RID 04-01-64
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 30.04.2003 – L 4 KR 190/01 -	RID 04-01-158
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 14.05.2003 – L 3 KA 63/02 -	RID 04-01-78
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2003 – L 4 KR 241/01 -	RID 04-01-122
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2003 – L 11 KA 3/00 -	RID 04-01-23
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2003 – L 11 KA 8/00 -	RID 04-01-34
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2003 – L 11 KA 18/00 -	RID 04-01-22
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.06.2003 – L 4 KR 59/01 -	RID 04-01-120
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.06.2003 – L 4 KR 148/01 -	RID 04-01-173
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.08.2003 - L 4 KR 24/02-	RID 04-01-132
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.08.2003 - L 4 KR 152/02 -	RID 04-01-133
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.08.2003 – L 4 KR 223/02 -	RID 04-01-153
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.09.2003 – L 4 KR 204/00 -	RID 04-01-123
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.02.2003 - L 11 KA 198/01 –	RID 04-01-32
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.02.2003 - L 11 KA 278/01 -	RID 04-01-31
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.03.2003 – L 16 KR 193/02 -	RID 04-01-107
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.03.2003 – L 16 KR 3/03 -	RID 04-01-159
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2003 – L 10 KA 32/02 -	RID 04-01-56
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.04.2003 – L 16 KR 117/02 -	RID 04-01-104
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.05.2003 - L 11 KA 197/01 -	RID 04-01-52
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.05.2003 - L 16 KR 253/02 -	RID 04-01-111
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.05.2003 - L 10 KA 47/02 -	RID 04-01-10
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.05.2003 - L 10 KA 52/02 -	RID 04-01-09
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.05.2003 - L 10 KA 3/03 -	RID 04-01-11
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.05.2003 – L 16 KR 109/02 -	RID 04-01-110
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.06.2003 – L 5 B 74/02 KR ER -	RID 04-01-142
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.06.2003 – L 5 B 80/02 KR ER -	RID 04-01-143
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.06.2003 - L 11 KA 243/01 -	RID 04-01-12
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.06.2003 – L 2 KN 75/01 KR -	RID 04-01-174
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.07.2002 – L 10 KA 3/02 -	RID 04-01-71
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.07.2003 – L 16 B 35/03 KR ER -	RID 04-01-136
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.07.2003 – L 16 KR 180/00 -	RID 04-01-128
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.07.2003 – L 16 KR 187/01 -	RID 04-01-147
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.07.2003 - L 10 KA 69/02 -	RID 04-01-42
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.07.2003 - L 10 KA 67/02 -	RID 04-01-06
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.07.2003 - L 10 KA 51/02 -	RID 04-01-39
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.07.2003 – L 16 KR 137/02 -	RID 04-01-127
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.07.2003 – L 16 KR 97/02 -	RID 04-01-130
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.08.2003 - L 16 B 27/03 KR ER -	RID 04-01-140
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.09.2003 – L 5 KR 234/02 -	RID 04-01-152
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.09.2003 – L 5 KR 231/02 -	RID 04-01-149
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.10.2003 – L 5 KR 62/02 -	RID 04-01-102
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.10.2003 – L 5 KR 233/02 -	RID 04-01-148
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.10.2003 – L 16 B 45/03 KR ER -	RID 04-01-138
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.10.2003 – L 5 KR 120/02 -	RID 04-01-116
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.10.2003 – L 5 KR 50/03 -	RID 04-01-112
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.11.2003 – L 16 B 39/03 KR -	RID 04-01-103
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.11.2003 - L 11 KA 131/01 -	RID 04-01-46
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.11.2003 – L 5 KR 7/03 -	RID 04-01-163
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.11.2003 - L 10 KA 82/02 -	RID 04-01-47
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 18.11.2003 – L 11 B 47/03 KA ER -	RID 04-01-67
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 02.12.2003 – L 16 B 40/03 KR NZB -	RID 04-01-167
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.12.2003 - L 11 KA 61/01 -	RID 04-01-19
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.12.2003 - L 11 KA 50/02 -	RID 04-01-40
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.12.2003 – L 5B 77/03 KR ER -	RID 04-01-176
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.12.2003 – L 16 B 79/03 KR NZB -	RID 04-01-168
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 06.01.2004 - L 11 B 17/03 KA ER -	RID 04-01-77
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.01.2004 – L 5 KR 241/02 -	RID 04-01-164
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.02.2003 – L 5 KR 51/02 -	RID 04-01-131
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 08.05.2003 – L 5 KR 69/02 -	RID 04-01-171
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 04.09.2003 - L 5 KA 38/02 -	RID 04-01-53
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 16.10.2003 - L 5 KR 80/01 -	RID 04-01-170
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 27.10.2003 – L 5 B 126/03 SB –	RID 04-01-208
LSG Sachsen , Urt. v. 12.02.2003 – L 1 KA 3/00 –	RID 04-01-33
LSG Sachsen, Urt. v. 16.07.2003 – L 1 KR 17/02 -	RID 04-01-105
LSG Sachsen, Beschl. v. 10.09.2003 – L 6 KN 7/03 NZB-KR -	RID 04-01-178
LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 10.07.2002 – L 4 KA 1/01 –	RID 04-01-02
LG Berlin , Urt. v. 04.03.2003 – 27 O 556/01-	RID 04-01-199
LG Lüneburg , Urt. v. 19.09.2003 - 8 O 164/03 –	RID 04-01-196
LG München I , Urt. v. 15.10.2003 - 9 O 5889/99 -	RID 04-01-194

OLG Bremen , Urt. v. 04.03.2003 – 3 U 65/02 -	RID 04-01-192
OLG Hamburg , Urt. v. 24.04.2003 - 3 U 199/02 -	RID 04-01-188
OLG Hamm , Urt. v. 06.08.2003 – 20 U 100/03 –	RID 04-01-195
OLG Köln , Urt. v. 26.02.2003 – 5 U 89/01 –	RID 04-01-197
OLG Köln, Urt. v. 19.03.2003 – 5 U 159/02 -	RID 04-01-193
OLG Köln, Urt. v. 21.03.2003 – 6 U 160/02 -	RID 04-01-206
OLG Köln, Urt. v. 21.05.2003 – 5 U 268/01 –	RID 04-01-198
OLG Köln, Urt. v. 18.07.2003 - 6 U 23/03 -	RID 04-01-187
OLG Saarbrücken, Urt. v. 20.08.2003 - 1 U 237/03, 1 U 237/03 -	RID 04-01-186
OLG Schleswig , Urt. v. 04.11.2003 – 6 U 17/03 -	RID 04-01-191
OVG Niedersachsen , Urt. v. 11.12.2003 - 8 LB 2892/01 -	RID 04-01-182
OVG Niedersachsen, Urt. v. 11.12.2003 - 8 LB 4215/01 -	RID 04-01-183
SG Aachen , Urt. v. 26.08.2003 – S 13 KR 26/02 -	RID 04-01-157
SG Augsburg , Urt. v. 16.04.2003 – S 12 KR 63/02 –	RID 04-01-144
SG Detmold , Urt. v. 25.11.2003 – S 14 KR 55/02 -	RID 04-01-156
SG Detmold, Urt. v. 30.12.2003 – S 14 KR 18/02 -	RID 04-01-137
SG Dortmund , Urt. v. 21.03.2003 – S 26 KA 37/02 -	RID 04-01-38
SG Dortmund, Urt. v. 09.04.2003 – S 13 KR 141/02 -	RID 04-01-166
SG Dortmund, Urt. v. 16.06.2003 – S 16 (13) KR 86/02 -	RID 04-01-125
SG Dortmund, Urt. v. 07.11.2003 – S 26 KA 5/02 -	RID 04-01-49
SG Dresden , Beschl. v. 04.11.2003 – S 1 SF 14/03 -	RID 04-01-79
SG Duisburg , Urt. v. 20.10.2003 – S 7 KR 131/03 -	RID 04-01-108
SG Düsseldorf , Urt. v. 07.05.2003 – S 2 KA 22/01 -	RID 04-01-45
SG Düsseldorf, Urt. v. 26.06.2003 – S 34 KR 78/03 ER -	RID 04-01-141
SG Düsseldorf, Urt. v. 17.07.2003 – S 8 KR 91/03 -	RID 04-01-139
SG Düsseldorf, Urt. v. 31.07.2003 – S 8 KR 169/02 -	RID 04-01-146
SG Düsseldorf, Urt. v. 08.10.2003 - S 17 KA 234/02 -	RID 04-01-37
SG Düsseldorf, Urt. v. 23.10.2003 – S 26 KR 6/03 -	RID 04-01-118
SG Düsseldorf, Urt. v. 05.11.2003 – S 2 KA 142/02 -	RID 04-01-01
SG Düsseldorf, Urt. v. 12.11.2003 - S 17 KA 239/02 -	RID 04-01-07
SG Düsseldorf, Urt. v. 26.11.2003 - S 14 KA 118/03 -	RID 04-01-57
SG Düsseldorf, Urt. v. 26.11.2003 - S 14 KA 121/03 -	RID 04-01-58
SG Frankfurt a. M. , Urt. v. 12.03.2003 – S 29 KA 1854/98 -	RID 04-01-74
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 12.03.2003 – S 29 KA 3659/00 -	RID 04-01-35
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 12.03.2003 – S 29 KA 3711/98 -	RID 04-01-73
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 26.03.2003 – S 5 KA 4034/99 -	RID 04-01-36
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 05.11.2003 – S 20/25 KR 4450/01 -	RID 04-01-135
SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 25.11.2003 – S 27 KA 3791/03 ER -	RID 04-01-68
SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 28.11.2003 – S 20 KR 3790/03 ER -	RID 04-01-100
SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 10.12.2003 – S 27 KA 682/03 -	RID 04-01-82
SG Frankfurt a. M., Gerichtsb. v. 17.12.2003 – S 4/20 KR 3462/02 -	RID 04-01-165
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 14.01.2004 - S 20 KR 1741/02 -	RID 04-01-175
SG Freiburg , Urt. v. 10.09.2003 – S 5 KR 1471/02 -	RID 04-01-109
SG Gelsenkirchen , Urt. v. 21.03.2003 – S 24 KR 68/02 –	RID 04-01-160
SG Gotha , Urt. v. 09.01.2003 - S 20 KR 1260/01 -	RID 04-01-96
SG Hamburg , Beschl. v. 25.07.2003 – S 23 KR 983/03 ER -	RID 04-01-101
SG Hamburg, Urt. v. 20.08.2003 – S 27 KA 273/99 u.a. -	RID 04-01-21
SG Hamburg, Urt. v. 20.08.2003 – S 27 KA 284/99, 456-461/02 -	RID 04-01-13
SG Hamburg, Gerichtsb. v. 25.08.2003 – S 27 KA 1655/00 -	RID 04-01-61
SG Hannover, Urt. v. 10.09.2003 – S 16 KA 464/01 -	RID 04-01-43
SG Hamburg, Urt. v. 12.09.2003 – S 34 KR 647/00 -	RID 04-01-145
SG Hamburg, Beschl. v. 17.09.2003 – S 27 KA 483/03 ER -	RID 04-01-48
SG Hamburg, Urt. v. 22.10.2003 – S 27 KA 191/01 -	RID 04-01-69
SG Hamburg, Gerichtsb. v. 22.10.2003 – S 27 KA 203/02 -	RID 04-01-76
SG Hamburg, Urt. v. 05.11.2003 – S 23 KR 94/99 -	RID 04-01-151
SG Hamburg, Urt. v. 26.11.2003 – S 27 KA 2/02 u. a. -	RID 04-01-30
SG Heilbronn , Urt. v. 24.04.2003 - S 2 KR 69/03 -	RID 04-01-98
SG Karlsruhe , Urt. v. 20.08.2003 – S 1 KA 4414/02 -	RID 04-01-60
SG Köln , Urt. v. 29.04.2002 – S 23 KN 1/02 KR -	RID 04-01-99
SG Köln, Urt. v. 06.05.2003 – S 9 KR 1/02 –	RID 04-01-150
SG Leipzig , Beschl. v. 28.03.2003 - S 8 KR 87/02 -	RID 04-01-117
SG Lüneburg , Urt. v. 22.07.2003 - S 9 KR 59/00 –	RID 04-01-95
SG Mainz , Urt. v. 10.09.2003 – S 2 KA 599/01 -	RID 04-01-44
SG München , Urt. v. 29.04.2003 – S 42 KA 1133/02 -	RID 04-01-29
SG München, Beschl. v. 12.08.2003 – S 32 KA 536/03 ER –	RID 04-01-63
SG Reutlingen , Urt. v. 28.10.2002 – S 4 KR 266/00 -	RID 04-01-97
VG Braunschweig , Beschl. v. 14.01.2004 - 4 B 64/04 -	RID 04-01-211
VG Hannover , Beschl. v. 15.01.2004 – 7 B 59/04 –/	RID 04-01-210
VG Münster , Beschl. v. 06.01.2004 – 5 L 1964/03 –	RID 04-01-209

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT

Stand: 08.01.2004

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				
Psychotherapeuten - Honorar 2000/2001	23/03 Termin: 28.01.2004	Durften psychotherapeutische Leistungen nach Kap G Abschn IV EBM-Ä, die ein (fast) ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Facharzt im Gebiet der alten Bundesländer (hier: Südwürttemberg) in den Quartalen I/2000 bis I/2001 erbracht hat, basierend auf dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.2.2000 mit einem Punktwert von weniger als 10 Pfg (hier: 7,909 Pfg) vergütet werden?	SG Reutlingen , Urt. v. 23.10.2002 - S 1 KA 1627/01 -	03-03-01
	25/03 Termin: 28.01.2004	Durften psychotherapeutische Leistungen nach Kap G Abschn IV EBM-Ä, die eine nichtärztliche Psychotherapeutin im Gebiet der neuen Bundesländer (hier: Sachsen-Anhalt) in den Quartalen I/2000 bis IV/2000 erbracht hat, basierend auf dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.2.2000 mit einem Punktwert von weniger als 10 Pfg (hier: 7,64 Pfg) vergütet werden?	SG Magdeburg , Urt. v. 26.02.2003 - S 17 KA 486/00 -	03-03-02
	52 u. 53/03 Termin: 28.01.2004	Durften psychotherapeutische Leistungen nach Kap G Abschn IV EBM-Ä, die ein nichtärztlicher Psychotherapeut im Gebiet der alten Bundesländer (hier: Westfalen-Lippe) in dem Quartal I/2000 erbracht hat, basierend auf dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.2.2000 mit einem Punktwert von weniger als 10 Pfg (hier: 8,2 Pfg) vergütet werden?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.11.2002 - L 11 KA 133/02 - - L 11 KA 134/02 -	03-04-02 03-04-01
Psychotherapeuten - Nachschusspflicht für 1999 (Schiedsamtsentscheidung)	62/03	Verstößt ein Schiedsspruch gegen höherrangiges Recht, der eine gleichmäßige Aufteilung des notwendigen Stützungsbetrages bezüglich des Punktwerts für psychotherapeutische Leistungen im Jahr 1999 zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen vorsieht?	SG Gotha , Urt. v. 29.01.2003 - S 12 KA 924/00 -	03-02-03
Psychotherapeuten - Honorar an Ausbildungsstätten	56/02 Termin: 10.12.2003	Ist bei der Vergütung von psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen der nach § 117 Abs 2 SGB 5 ermächtigten Ausbildungsstätten iS des § 6 PsychThG eine 20%ige Honorarkürzung nach § 120 Abs 3 S 2 Halbs 2 SGB 5 vorzunehmen? Hatten Ausbildungsstätten iS des § 6 PsychThG in den Jahren 2000 und 2001 Anspruch auf einen Punktwert von 10 DPf?	SG Saarbrücken , Urt. v. 18.09.2002 - S 2 KA 66/02 -	03-01-01
Praxisindividuelles Budget und Fallzahlzuwachs (Punktzahlengrenzwert)	40/02 Termin: 10.12.2003	Verstößt eine im Honorarverteilungsmaßstab geregelte Fallzahlzuwachsbeschränkung, die nicht allein auf die Überschreitung bestimmter genereller Fallzahlengrenzwerte abstellt, sondern an die individuellen Fallzahlen des jeweiligen Arztes im Vorjahresquartal anknüpft und dem Vertragsarzt eine Fallzahlzuwachstoleranz von 3 vH zugesteht, gegen höherrangiges Recht?	SG Düsseldorf , Urt. v. 10.07.2002 - S 33 KA 7/02 -	02-04-04
	54/02 Termin: 10.12.2003	Ist eine Regelung über Individualbudgets in einem Honorarverteilungsmaßstab rechtmäßig, soweit sie für Praxen, deren Individualbudget unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt, unterschiedslos lediglich einen Punktzahlzuwachs von 3 % gegenüber dem	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.11.2002 - L 11 KA 85/02 -	03-02-09

		jeweiligen Vorjahresquartal bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe zulässt? Vorjahresquartal zulässt?		
	7/03 Termin: 10.12.2003	Ist eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes über die Begrenzung des abrechenbaren Punktzahlvolumens für vertragsärztliche Leistungen rechtmäßig, wenn sie für Praxen, deren Individualbudget unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt, lediglich einen unterschiedslosen Punktzahlzuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe von 3 % gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal zulässt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.11.2002 - L 11 KA 256/01 -	03-03-08
Individualbudget und Umstrukturierung der Praxis	6/03 Termin: 10.12.2003	Hat eine Vertragsärztin, die als Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Ärztin - Psychotherapie - zugelassen ist, Anspruch auf Erhöhung des Punktzahlvolumens, das nach dem Honorarverteilungsmaßstab für ihre Praxis maximal abrechenbar ist, wenn ihr Mehrbedarf auf einer eigenen Umstrukturierung der Praxis beruht?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.11.2002 - L 11 KA 17/02 -	03-03-09
Vorabfeststellung eines Individualbudgets	15/03 Termin: 10.12.2003	Kann ein Vertragsarzt beanspruchen, dass die Begrenzung der Steigerung des maximal abrechenbaren Punktzahlvolumens auf 3 % für ihn durch Bewilligung einer abstrakt-individuellen Ausnahme vorab und außerhalb einer konkreten Quartalsabrechnung aufgehoben wird?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.11.2002 - L 11 KA 58/01 -	03-03-10
Fallzahlzuwachsbegrenzung und kleine Praxen	3/03	Sind Fallzahlzuwachsbeschränkungen im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes nur dann rechtmäßig, wenn sie kleinen Arztpraxen die Möglichkeit belassen, ihre Fallzahl auf den Durchschnitt der Fachgruppe zu erhöhen?	SG Hamburg , Urt. v. 28.08.2002 - S 3 KA 16/00 -	03-01-02
Fallzuwachsbeschränkungsregelung - 5 % der Fallzahl der Fachgruppe	13/03	Verstößt eine Fallzuwachsbeschränkungsregelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht, wenn sie für die gesamte Fachgruppe die Steigerung auf 5% und bei Überschreitung dieses Wertes durch die Fachgruppe den Fallzahlzuwachs auf 5 % der Fallzahl der Fachgruppe begrenzt, und zwar unabhängig davon, ob dies bezogen auf die eigene Fallzahl weniger als 5 % sind?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 10.09.2002 - L 6 KA 73/01 -	03-02-11
	20/03	Verstößt eine im Honorarverteilungsmaßstab geregelte Fallzahlzuwachsbeschränkung gegen höherrangiges Recht, wenn sie bei Überschreitung der Steigerungszahl von 5 vH der gesamten Fachgruppe eingreift und eine absolute Fallzahlzuwachsbeschränkung auferlegt, die bei diesen 5 vH unabhängig von dem Prozentsatz, den dieser Steigerungssatz gegenüber der eigenen abgerechneten Fallzahl aufweist, angesiedelt ist? <i>S.a. bei Praxisbudgets/Teilbudgets</i>	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 10.09.2002 - L 6 KA 48/01 -	03-03-16
	59/03	Ist eine im Wesentlichen an das Abrechnungsverhalten der Fachgruppe anknüpfende Fallzahlbeschränkungsregelung eines Honorarverteilungsmaßstabes mit höherrangigem Recht vereinbar? (hier: Einsetzen individueller Honorarquotierungen bei im Jahresablauf mehr als 5%igem Fallzahlzuwachs in der Fachgruppe)	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 27.05.2003 - L 6 KA 4/03 -	03-04-13
Mengen(zuwachs)begrenzende Regelungen	80/03	Sind mengen(zuwachs)begrenzende Regelungen im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes rechtmäßig? <i>S.a. bei Praxisbudgets/Teilbudgets</i>	LSG Brandenburg , Urt. v. 13.08.2003 - L 5 KA 27/00 -	04-01-05 (S. 9)
"Arztlohn" und radiologische/pathologische Praxen (Hessen 1997/98)	50/02 42, 44/03,	Steht die Honorierung der Fachärzte für Radiologie in den Quartalen III, IV/97, I/98 und II/98 im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mit höherrangigem Recht im Einklang?	LSG Hessen , Urt. v. 16.10.2002 - L 7 KA 721/00 -, v. 29.01.2003 - L 7 KA 1105/01 u. 921/01 -	03-01-04 03-04-11 03-04-12
	28, 36, 38 u. 40/03	Verstößt ein Honorarverteilungsmaßstab, der für radiologische Leistungen Honorarbeschränkungsregelungen vornimmt, gegen höherrangiges Recht?	LSG Hessen , Urt. v. 26.02.2003 - L 7 KA 707, 1441/00,	03-03-25 u. 26a-c

			1373, 1187/01 -	
	39/03	Verstößt ein Honorarverteilungsmaßstab, der für pathologische Leistungen Honorarbegrenzungsregelungen vornimmt, gegen höherrangiges Recht?	LSG Hessen , Urt. v. 26.02.2003 - L 7 KA 723/00 -	03-03-26
Honorarbegrenzung für radiologische Leistungen/Angemessene Vergütung	84/03	Verstoßen Honorarbegrenzungsregelungen bei radiologischen Leistungen (hier: I-IV Quartal 1996) im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht? Kann dem Gebot "angemessener" vertragsärztlicher Vergütung nur entnommen werden, dass sparsam geführte und ausgelastete Praxen - im Rahmen einer typisierender Betrachtung - die Möglichkeit haben müssen, aus der Summe der Einnahmen aus vertrags- und privatärztlicher Versorgung die finanziellen Grundlagen für das Fortbestehen der Praxis unter Einschluss eines angemessenen Arztlohnes zu erwirtschaften	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 24.09.2003 - L 3 KA 164/00 -	
Honorarbegrenzung für pathologische Leistungen	71, 73, 74 u. 83/03	Verstößt ein Honorarverteilungsmaßstab, der für pathologische Leistungen Honorarbegrenzungsregelungen vornimmt, gegen höherrangiges Recht?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 21.05.2003 - L 10 KA 52, 47/02 u. 3/03 - - L 11 KA 243/03 -	04-01-09 bis 12 (S. 13)
Unterschiedliche Vergütung niedergelassener/ermächtigter Radiologe - Stützungsverpflichtung	26 u. 31/03	Verstößt die Regelung eines Honorarverteilungsmaßstabes, nach der die Leistungen der niedergelassenen Radiologen einerseits sowie diejenigen der ermächtigten Radiologen und der radiologischen Institute andererseits mit unterschiedlichen Punktwerten (hier: letztere höher) vergütet werden, gegen Art 3 Abs 1 und Art 12 GG? Muss der HVM eine Stützung des Punktwertes für das Honorarunterkontingent der diagnostischen Radiologieleistungen vorsehen, wenn im gesamten Radiologiebereich und insbesondere in der Schnittbilddiagnostik Leistungsausweitungen aufgetreten sind?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 05.03.2003 - L 6 KA 25/02 - Urt. v. 05.03.2003 - L 6 KA 92/01 -	03-03-22 03-03-23
	30/03	Verstößt eine Regelung eines Honorarverteilungsmaßstabes, nach der die Leistungen der niedergelassenen Radiologen einerseits sowie diejenigen der ermächtigten Radiologen und der radiologischen Institute andererseits mit unterschiedlichen Punktwerten (hier: letztere höher) vergütet werden, gegen Art 3 Abs 1 und Art 12 GG?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 05.03.2003 - L 6 KA 4/02 -	03-03-24
	5/04	Ist eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes rechtmäßig, die alle Fachärzte in einem Honorartopf zusammenfasst?	SG Reutlingen , Urt. v. - S 1 KA 1561/01 -	
Angemessene Vergütung / Honorartopf	6/04	Lässt sich aus dem Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen ein Anspruch auf höhere Vergütung begründen? Ist eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes, wonach eine Vergütungsverteilung nach Facharztfonds vorgenommen wird, rechtmäßig?	LSG Sachsen , Urt. v. - L 1 KA 12/00 -	
Honorartopf für Krankenhäuser/Institute	43, 49/03	Verstößt ein Honorartopf für Krankenhäuser/Institute gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, wenn eine KV im Rahmen der Topfbildung nicht berücksichtigt hat, dass für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus die Verpflichtung besteht, eine Vergütung von 90% der Vergütung für Vertragsärzte zu zahlen und Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen von Instituten an Universitätskliniken aus diesem Honorartopf vergütet werden?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 09.04.2003 - L 11 KA 97/00 - - L 11 KA 122/02 -	03-04-19 03-04-20
HVM - Rückwirkende Änderung	41/02 Termin: 24.09.2003	Ist die zwei Quartal zurückwirkende Änderung eines Honorarverteilungsmaßstabes, nach der ursprünglich vertragsmäßig festgelegte Mindestpunktwerte für histologische und zytologische Leistungen durch Mindestpunktwerte, die an den allgemeinen Verteilungs-	LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 10.04.2002 - L 1 KA 21/00 -	03-01-12

		punktwert angekoppelt sind, ersetzt wurden, rechtmäßig?		
Ausschluss der Abrechnung von Vertretungsfällen	1/03	Verstößt eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes, die eine Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen im Vertretungsfall auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw Krankheitsvertretung (Muster 19) in Praxisgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen ausschließt, gegen höherrangiges Recht?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 25.09.2002 - L 11 KA 81/00 -	03-02-15
	5/03	Ist die Regelung eines Honorarverteilungsmaßstabes, die für die Partner von Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen bei wechselseitigen Vertretungen eine Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw Krankheitsvertretung (Muster 19) ausschließt, mit höherrangigem Recht vereinbar?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 25.09.2002 - L 11 KA 120/00 -	03-02-16
Änderung eines Honorarbescheides/HVM: Gleichmäßige Verteilung auf das Jahr	56, 54, 57, 58/03	Darf die Kassenärztliche Vereinigung von einem Vertragszahnarzt Honorar zurückfordern, wenn der Honorarbescheid den Vorbehalt späterer Korrektur - ohne nähere Aussagen zum ungefähren Umfang der zu erwartenden Honorarkürzung - enthielt? (hier: wegen Schiedsamtverfahren über die Höhe der Gesamtvergütung)	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 25.06.2003 - L 3 KA 349, 348, 350, 417/02 -	03-04-21 bis 24
Thematische Eingrenzung des Widerspruchs	45/03	Wird durch thematische Eingrenzung des Widerspruchs auf einzelne Abrechnungsposten eines Honorarbescheids dieser nur teilweise Gegenstand des Widerspruchsverfahrens? Ist dementsprechend im anschließenden Gerichtsverfahren nur eine Teilanfechtung gegeben?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 21.01.2003 - L 6 KA 105/00 -	03-04-25
	77/03	Wird ein Honorarbescheid, der vom Vertragsarzt nur wegen der Honorierung bestimmter Leistungen angegriffen wird, im übrigen bestandskräftig?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 21.01.2003 - L 6 KA 18/02 -	

Praxisbudgets/Teilbudgets

Zusatzbudget – Fehlende Vergleichs quartale	31/02 Termin: 24.09.2003	Kann ein Zusatzbudget nach Kap A Abschn I Teil B Nr 4.2 EBM-Ä (hier: Betreuung in beschützenden Einrichtungen) anerkannt werden, wenn vom Vertragsarzt Leistungen aus dem Budget im ersten Halbjahr 1996 noch nicht erbracht wurden? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?	LSG Bremen , Urt. v. 21.02.2002 - L 1 KA 33/99 -	02-04-12
Unterschiedliche Budgetvorgabe - Hausärztlicher Internist im Vergleich zum Allgemeinarzt	37/02 Termin: 24.09.2003	Verstoßen die Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes über die Berechnung der Praxisbudgets gegen die Art 3 Abs 1 und 12 Abs 1 GG soweit sie zur Folge haben, dass das Budget eines Allgemeinarztes erheblich höher ausfällt, als das Budget eines an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.06.2002 - L 3 KA 104/01 -	03-01-13
Kostensatz HNO-Ärzte	20/03	Ist die Bemessung des Praxisbudgets einschließlich der Festsetzung des Kostensatzes für HNO-Ärzte auf 56,8 % rechtmäßig? <i>S.a. bei Honorarverteilung.</i>	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 10.09.2002 - L 6 KA 48/01 -	03-03-16
KV-bezogenen Fallpunktzahlen und "gekürzter" Gesamtleistungsbedarf 1996	80/03	Darf bei der Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen für Praxisbudgets der Quartale IV/1997 - III/1998 an den "gekürzten" Gesamtleistungsbedarf der betreffenden Arztgruppe des Jahres 1996 angeknüpft werden? <i>S.a. bei Honorarverteilung</i>	LSG Brandenburg , Urt. v. 13.08.2003 - L 5 KA 27/00 -	04-01-05 (S. 9)
Erweiterung Praxisbudgets/ Zusatzbudgets	75/03	Kann ein hausärztlicher Internist eine Erweiterung seines Praxisbudgets sowie des Zusatzbudgets "Sonographie" wegen eines in seiner Praxis sicherzustellenden besonderen Versorgungsbedarfs beanspruchen, wenn er die Schwerpunktbezeichnung "Endokrinologie" führt und die Nrn 17, 18, 78 und 376 EBM-Ä 10 % bis 17 % seines Gesamtpunktzahlvolumens ergeben?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 28.05.2003 - L 11 KA 3/00 -	04-01-23 (S. 17)

Laborreform'99

Allgemeinarzt und Wirtschaftlichkeitsbonus	55/03	Ist die Ausgestaltung eines Laborbudgets, die je nach Umfang des Überweisungsanteils dazu führen kann, dass die Gebührennr 3452 vollständig nicht vergütet wird, grundsätzlich rechtmäßig bzw bedurfte es einer Ausnahmeregelung?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 09.04.2003 - L 5 KA 1753/01 -	03-04-28
Laborarzt	2/04	Verstoßen die Einbeziehung der Auftragsleistungen in die Laborbudgets der überweisen- den Ärzte und der Wirtschaftlichkeitsbonus nach Nr 3452 EBM-Ä gegen höherrangiges Recht?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 10.09.2003 - L 5 KA 3000/01 -	04-01-50 (S. 29)

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Fachfremdheit - Orthopädie und Bewegungsentwicklung eines Säuglings	27/03	Ist die Untersuchung der kinesiologischen Entwicklung eines Kindes, die die Feststellung der gesamten Bewegungsentwicklung des Säuglings und nicht nur die Prüfung der Lagereaktion umfasst, für einen Orthopäden fachfremd?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 15.01.2003 - L 11 KA 202/00 -	03-04-32
Neurologe u. Sonographie (Nr. 671 EBM)	32/03	Kann ein als Neurologe zugelassener Vertragsarzt die sonographische Untersuchung der Arteria-subclavia nach der Nr 671 EBM-Ä abrechnen oder ist dies nur Internisten mit dem Schwerpunkt Angiologie und Chirurgen mit dem Schwerpunkt Gefäß-Chirurgie möglich?	LSG Bayern , Urt. v. 08.05.2002 - L 12 KA 27/00 -	02-03-18
Nephrologe und Nr. 273 EBM	37 u. 46/03	Kann ein Vertragsarzt die Gebührennr 273 des EBM-Ä neben den Gebührennrn 791ff EBM-Ä abrechnen, wenn er Medikamente durch Infusionen in einen bereits liegenden Zugang aufgrund einer Dialyse verabreicht?	LSG Brandenburg , Urt. v. 09.04.2003 - L 5 KA 10/01 - u. - L 5 KA 11/01 -	03-03-28 u. 28b
Orthopäde und Nr 653 EBM	82/02	Ist die Leistung nach Nr 653 EBM-Ä (Pulsoxymetrie) abrechnungsfähig, wenn sie als unterstützende Maßnahme auf dem Gebiet der Anästhesie, insbesondere der anästhesiologi- schen Schmerztherapie, vom Orthopäden erbracht wird und dieser auf den intravenösen Zugang und auf das EKG-Monitoring und damit auf eine Ausschlussleistung nach Nr 430ff EBM-Ä verzichtet?	LSG Berlin , Urt. v. 01.10.2003 - L 7 KA 22/99 -	
Belegarzt und Behandlung eines Neugeborenen	43/02 Termin: 10.12.2003	Darf ein belegärztlich tätiger Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe die unmittelbar nach der Entbindung erfolgende Behandlung eines neu geborenen Säuglings - ganz oder teilweise - gesondert abrechnen (hier: nach Nrn 1, 5, 28, 29, 140, 1020, 1040, 7200 BMÄ/E-GO) oder wird diese Behandlung über die für die Mutter anfallenden Kranken- hauspflegesätze bzw Fallpauschalen für die Entbindung abgegolten?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 21.02.2002 - L 5 KA 41/01 -	02-02-20
Ambulante/stationäre Operationsleistungen	14/03	Können ärztliche Leistungen als ambulant erbrachte Operationsleistungen abgerechnet werden, wenn die Patienten im Anschluss an den Eingriff 1 bis 3 Tage in einer Privatkli- nik übernachtet haben, die im selben Gebäude wie die ärztliche Praxis belegen ist?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 04.12.2002 - L 5 KA 1991/00 -	02-03-23
Nuklearmedizinische In-vivo-Diagnostik (Nrn. 5409, 5410, 5467 EBM)	51, 50/03	Sind die Nrn 5409 und 5410 EBM-Ä nebeneinander abrechenbar, wenn im Rahmen nu- klearmedizinischer In-vivo-Diagnostik ein Zwei-Tags-Protokoll erstellt wird? Falls ja: Ist für jeden der Ansätze zusätzlich der Zuschlag nach Nr 5467 EBM-Ä berechnungsfähig?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 21.05.2003 - L 11 KA 117 u. 107/01 -	03-04-33 03-04-34
Zahnärzte - Ä1 neben Individualprophylaxe	19/03	Kann die Gebührennummer Ä1 nach Teil 1 Abschn I des Bema (Beratungsleistung) ne- ben individualprophylaktischen Leistungen nach den Gebührennummern IP1-IP5 nach Teil 1 Abschn III des Bema abgerechnet werden?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.02.2003 - L 5 KA 3535/02 -	02-03-25
Korrektur eines Honorarbescheides/Erstattung von Kosten im Vorverfahren	34/03	Ist eine Kassenzahnärztliche Vereinigung unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG vom 3.12.1997 (Az: 6 RKA 79/96) berechtigt, Honorarrückforderungen an einen Vertragszahnarzt zu stellen, wenn sich nachträglich herausstellt, dass im Rahmen der De- gressionsregelung Berechnungsfehler gemacht wurden, die zum damaligen Zeitpunkt nicht erkennbar waren?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.02.2003 - L 11 KA 278/01 -	04-01-31 (S. 21)

		Findet die gesetzliche Regelung des § 63 Abs 1 S 2 SGB 10 nur bei sogenannten isolierten Vorverfahren Anwendung?		
Korrektur eines Honorarbescheides/Rückforderung von überzahlten Vergütungen	78/03	Darf eine Kassenzahnärztliche Vereinigung Honorarbescheide (hier: 1997-1999) im Falle erst späterer Festlegung der Gesamtvergütung, die zu einer geringeren Höhe des Honorars führt, den überzahlten Teil auf Grund sachlich-rechnerischer Richtigstellung und/oder § 50 Abs 1 SGB 10 zurückfordern?	SG Berlin , Urt. v. 14.05.2003 - S 79 KA 29/01 -	

Fachkunde/Genehmigung zur Künstlichen Befruchtung

Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung - Anästhesiologie	18/03	Unter welchen Voraussetzungen hat ein niedergelassener Facharzt für Anästhesiologie, der nach dem ärztlichen Weiterbildungsrecht seines Bundeslandes die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" führen darf, Anspruch auf Teilnahme an der zwischen der KÄBV und den Ersatzkassenverbänden geschlossenen Schmerztherapie-Vereinbarung vom 17.4.1997?	LSG Niedersachsen , Urt. v. 23.01.2002 - L 3 KA 16/01 -	03-03-32
Befristete Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen	60/03	Darf eine Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB 5 befristet werden?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.05.2003 - L 11 KA 197/01 -	04-01-52 (S. 31)

Schadensersatzanspruch Zahnersatz

Zuständigkeit während Festzuschussphase	63 u. 64/03	Ist eine Kassenzahnärztliche Vereinigung für die Festsetzung eines Schadensersatzanspruches gegenüber einem Vertragszahnarzt wegen mangelhaften Zahnersatzes auch in der Festzuschussphase gemäß 2. GKV-NOG in der Zeit vom 3.1.1998 - 31.12.1998 zuständig?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 26.06.2003 - L 11 KA 237/01 - - L 11 KA 238/01 -	03-04-41 03-04-42
---	-------------	--	--	----------------------

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Einzelfallprüfung mit Hochrechnung	72/03	Verletzen die Prüfungsgremien den ihnen zustehenden Beurteilungsspielraum, wenn sie wegen der geringen Größe der in Frage kommenden Vergleichsgruppe nicht die Regelprüfmethode des statistischen Kostenvergleichs, sondern die stichprobenweise Einzelfallprüfung mit Hochrechnung gewählt haben?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 20.08.2003 - L 5 KA 1089/03 -	04-01-54 (S. 33)
Beratung vor Regress/Anfängerpraxis	24/03	Dürfen die Prüfungsgremien bei dem Ausmaß der Honorarkürzung noch im fünften Quartal der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit den Gesichtspunkt der Anfängerpraxis berücksichtigen? Dürfen sie die Kürzung deshalb herabsetzen, weil sich der (Zahn-)Arzt in dem betroffenen Quartal noch nicht an den - erst später erfolgten - Beratungen durch die KÄV orientieren konnte?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.02.2003 - L 5 KA 2388/02 -	03-03-39
Wirtschaftlichkeitsprüfung und EBM-Budgetierung	55/02 Termin: 05.11.2003	Ist die Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach zuvor erfolgter Budgetierung im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes rechtmäßig oder muss sie vor der Budgetierung erfolgen?	SG Saarbrücken , Urt. v. 19.06.2002 - S 2 KA 164/01 -	03-01-25
Wirtschaftlichkeitsprüfung und EBM-Budgetierung / Vergleichsgruppe	79/03	Ist die Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach zuvor erfolgter Budgetierung im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes rechtmäßig oder muss sie vor der Budgetierung erfolgen? Sind die Prüfungsgremien zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe verpflichtet, wenn eine als Allgemeinärztin zugelassene Vertragsärztin eine besondere Behandlungsausrichtung iS der Homöopathie, Anthroposophischen Medizin, Umweltmedizin sowie allgemein iS einer "sprechenden Medizin" geltend macht?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 04.09.2003 - L 5 KA 38/02 -	04-01-53 (S. 32)
Sprechstundenbedarfsregress - Interventionsset u. Volon A	41/03	Zur Rechtmäßigkeit eines Sprechstundenbedarfsregresses aufgrund der Verordnung sogenannter coaxialer Interventionssets sowie des Medikaments Volon A.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.03.2003	03-04-44

			- L 11 KA 94/01 -	
Zuständigkeit - Fehlerhafte Zuordnung von Sprechstundenbedarf	65/03	Sind die Prüfungsgremien im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen für die Feststellung eines "sonstigen Schadens" zuständig, der aus einer fehlerhaften Zuordnung von Sprechstundenbedarf zum Primär- und Ersatzkassenbereich hergeleitet wird?	LSG Thüringen , Urt. v. 25.06.2003 - L 4 KA 737/01 -	03-04-45
Außergerichtlicher Vergleich und Beigeladene	8/03	Setzt die Wirksamkeit eines zwischen dem Beschwerdeausschuss und einem Vertragszahnarzt geschlossenen außergerichtlichen Vergleichs, der den Ausgleich von Ansprüchen aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen mehrerer Quartale zum Gegenstand hat, voraus, dass auch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung und die betroffenen Krankenkassen zustimmen?	SG Mainz , Urt. v. 20.11.2002 - S 2 KA 573/01 -	03-04-52

Zulassung und Ermächtigung

Psychotherapeuten - Theorie-nachweis	36/02 Termin: 05.11.2003	Können im Rahmen des Fachkundenachweises nach § 95c S 2 Nr 3 SGB 5 nur postgraduale und curriculare Fortbildungsstunden als Theorienachweis anerkannt werden?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 19.06.2002 - L 5 KA 3911/01 -	02-04-38
Kinder- und Jugendlichenpsy-chotherapie – Theorienachweis	18/02 Termin: 24.09.2003	Sind bei dem Fachkundenachweis für die Genehmigung psychotherapeutischer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen Theoriestunden zu berücksichtigen, an denen der Psychotherapeut während seiner Ausbildung zum Diplom-Psychologen an der Universität teilgenommen hat?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.01.2001 - L 5 KA 288/01 -	02-02-03
Regionstypen nach BedarfspIRL-Ä	53/02 Termin: 05.11.2003	Ist die Differenzierung zwischen den verschiedenen Regionstypen gemäß Ziff 9 ÄBedarfspIRL willkürlich (hier erstrebte Zulassung eines Psychotherapeuten bzw überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Arztes)?	SG Freiburg , Urt. v. 17.07.2002 - S 11 KA 3453/00 -	03-01-35
Nebenbestimmung und Residenzpflicht	2/03 Termin: 05.11.2003	Ist eine Nebenbestimmung zur Zulassung eines Vertragsarztes rechtmäßig, die von ihm unter Hinweis auf die Residenzpflicht (§ 24 Abs 2 Ärzte-ZV) eine Verlegung des Hauptwohnsitzes verlangt, damit er die Arztpraxis in 15 Minuten erreichen kann?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 13.11.2002 - L 5 KA 4356/01 -	03-02-40
Zulassungskriterien nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen	66/03	Ist die Auswahl unter mehreren Bewerbern nach einer partiellen vorübergehenden Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen anhand der Kriterien des § 103 Abs 4 S 4 SGB 5 bzw in Anlehnung an Art 33 Abs 2 GG vorzunehmen oder ist unter Berücksichtigung der Nr 23 S 2 ÄBedarfspIRL der Zeitpunkt des Eingangs des Zulassungsantrages maßgeblich?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 09.04.2003 - L 10 KA 43/02 -	03-04-57
Zulassung nach aufgehobener Sperre - "Windhundprinzip"	81/03	Ist der Antragseingang auch dann ein zulässiges Auswahlkriterium im Rahmen der Neuzulassung nach partieller Öffnung des gesperrten Planungsbereichs, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen dies in seinem Öffnungsbeschluss nicht ausdrücklich aufgenommen hat und hat derjenige zuerst einen Antrag gestellt, der als erster alle erforderlichen Unterlagen vorlegt?	LSG Thüringen , Urt. v. 26.02.2003 - L 4 KA 406/01 -	03-03-53
Nachfolgezulassung in Gemeinschaftspraxis	11/03 Termin: 05.11.2003	Kann die Nachfolgezulassung in einer Gemeinschaftspraxis nach Ausscheiden des letzten Mitbewerbers dem verbliebenen Bewerber versagt werden, wenn dem in der Praxis verbleibenden Vertragsarzt eine Zusammenarbeit mit ihm wegen objektiv verletzender Vorwürfe nicht zuzumuten ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 17.07.2002 - L 11 KA 152/01 -	03-03-54
Härtefall - Krankheitsbedingte Umstände	9/03	Kommen als unbillige Härte iS des § 25 S 2 Ärzte-ZV außer Gründen eines erst später möglichen Berufsbeginns (zB Aussiedler) und wirtschaftlichen Gesichtspunkten auch persönliche Aspekte in Betracht, wie zB der Gesundheitszustand des Antragstellers und der krankheitsbedingte Umzug der Familie?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 18.12.2002 - L 4 KA 10/02 -	03-02-42
Zulassungsentziehung	67/03	Zur Rechtmäßigkeit der Entziehung der Zulassung bei einem Vertragsarzt, der sich ua	LSG Baden-Württemberg ,	03-04-62

		über das Gebot der Einhaltung der Grenzen des eigenen Fachgebietes hinweg gesetzt hat; eine unzulässige Zusatzbezeichnung führt; beleidigende Äußerungen gegenüber Mitarbeitern einer Kassenärztlichen Vereinigung vorgenommen und ein von der Kassenärztlichen Vereinigung ausgesprochenes Ruhen seiner Zulassung missachtet hat.	Urt. v. 11.9.2002 - L 5 KA 3536/01 -	
Ermächtigung eines Kinderchirurgen	3/04	Ist die Beschränkung der Ermächtigung eines Krankenhausarztes (hier: Kinderchirurg) auf einen Katalog enumerativ aufgezählter Krankheitsbilder und auf das Erfordernis der Überweisung durch niedergelassene Gebietsärzte (hier: Allgemeinchirurgen) rechtmäßig?	SG Dortmund , Urt. v. - S 14 KA 208/01 -	
Ermächtigung Psychologische Universitätsambulanz (Poliklinik)	52/02 Termin: 05.11.2003	Ist eine Ermächtigung nach § 117 Abs 2 SGB 5 nur Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG oder auch Poliklinischen Institutsambulanzen an Psychologischen Universitätskliniken zu erteilen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 11.09.2002, - L 11 KA 269/01 -	03-02-46
55-Jahre-Altersgrenze und Einrichtungen nach § 311 II SGB V	47/03	Ist die 55-Jahre-Altersgrenze auf angestellte Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB 5 anzuwenden?	LSG Brandenburg , Urt. v. 12.03.2003 - L 5 KA 7/01 -	03-03-61
	48/03	Sind die Vorschriften über den Ausschluss der Zulassung von Ärzten, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, auch auf die Anstellung von Ärzten in Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB 5 anzuwenden?	LSG Brandenburg , Urt. v. 12.03.2003 - L 5 KA 6/01 -	03-04-65
Reichweite der Begründungsfrist und Beteiligtenstatus	69 u. 70/03	Gilt das Erfordernis, für den Widerspruch binnen eines Monats Gründe anzugeben (§ 44 S 1 Ärzte-ZV), auch für denjenigen, der am Verwaltungsverfahren nicht beteiligt war, vielmehr nur den Bescheid zugestellt erhalten hat? (hier Widerspruch gegen die gegenüber einem Praxispartner erfolgte Rücknahme der Zulassung bzw. der Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis)	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 21.11.2002 - L 5 KA 73/01 - - L 5 KA 79/01 -	03-04-62
Disziplinarrecht				
Beteiligtenfähigkeit Disziplinarausschuss	4/03 Termin: 28.01.2004 (omV)	Zur Beteiligtenfähigkeit eines Disziplinarausschusses einer Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung im Klageverfahren.	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 13.11.2002 - L 4 KA 3/02 -	03-02-34
Verwaltungsgebühren				
Verwaltungsgebühren für Erstattung von Intraokularlinsen	68/03	Verstößt die Satzungsbestimmung einer KÄV, wonach auf die Sachkostenerstattung für bei ambulanten Star-Operationen implantierten Intraokularlinsen ein Verwaltungskostenbeitrag erhoben wird, gegen höherrangiges Recht?	LSG Bayern , Urt. v. 30.04.2003 - L 12 KA 145/01 -	03-04-68
Verfahrensrecht/Gebühren und Sonstiges				
Erhöhungsgebühr nach § 6 BRAGO	12/03	Steht einem Rechtsanwalt nach einem erfolgreich durchgeführten Widerspruchsverfahren, das eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zum Gegenstand hatte, die Erhöhungsgebühr nach § 6 BRAGO zu, wenn er eine Gemeinschaftspraxis vertreten hat?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 18.12.2002 - L 4 KA 4/02 -	03-02-52

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG (LEISTUNGSRECHT)

Stand: 08.01.2004

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				
Petö-Methode	B 1 KR 34/01 R Termin: 03.09.2003	Hat eine Versicherte, die an einer infantilen Cerebralparese leidet, einen Anspruch auf Erstattung der Kosten der konduktiven Förderung nach der Petö-Methode in Ungarn?	LSG Bayern , Urt. v. 27.04.2000 - L 4 KR 35/99 -	02-01-62
	B 1 KR 19/02 R Termin: 03.09.2003	Hat eine Versicherte, die an einer infantilen Cerebralparese mit sowohl motorischer als auch mentaler Entwicklungsstörung leidet, einen Kostenerstattungsanspruch für eine konduktive Förderung nach der Petö-Methode in Ungarn sowie für die in einer deutschen Fachklinik erfolgte Therapie?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 24.02.2000 - L 5 KR 66/99 -	02-02-48
Methode nach Dr Kozijavkin/Auslandsbehandlung	B 1 KR 29/03 R	Entspricht die Methode nach Dr Kozijavkin zur Behandlung einer infantilen Zerebralparese (ICP) seit September 1999 dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und sind die Kosten der Behandlung von den Krankenkassen im Rahmen des § 18 Abs 1 SGB 5 zu übernehmen, wenn diese im Ausland (Ukraine) durchgeführt wurde?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 24.09.2003 - L 4 KR 204/00 -	04-01-123 (S. 60)
Operativen Brustaufbau	B 1 KR 3/03 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für einen operativen Brustaufbau zu übernehmen, wenn sich bei der Versicherten aufgrund ihres gestörten Körperempfindens ein erheblicher Leidensdruck mit stark beeinträchtigtem Selbstwertgefühl und mit emotionalen Störungen der sozialen Funktion entwickelt hat?	SG Marburg , Urt. v. 27.08.2002 - S 6 KR 202/99 -	03-02-71
	B 1 KR 23/03 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine Mamma-Aufbauplastik einschließlich des hierfür notwendigen Krankenhausaufenthalts zu übernehmen, wenn durch die vorhandene Brustgröße eine psychische Erkrankung bzw Störung vorliegt?	LSG Sachsen , Urt. v. 21.05.2003 - L 1 KR 51/02 -	03-04-91
Komplexe Behandlung bei Schizophrenie	B 1 KR 18/03 R	Begründet eine komplexe spezielle Behandlung bei einer Versicherten, die an einer chronifizierten Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leidet, Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 15.05.2002 - L 4 KR 89/97 -	03-03-96
Photodynamischen Therapie (PDT)	B 1 KR 27/02 R	Zur Kostenerstattung einer Photodynamischen Therapie (PDT) mit Verteporfin als Krankenbehandlung bei einer Neovaskularisationsmembran, die auf einem Kolobom im jugendlichen Alter beruht, durch eine Krankenkasse.	LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 15.05.2002 - L 4 KR 19/01 -	02-04-60
Dauerpigmentierung	B 1 KR 28/02 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer Dauerpigmentierung zur Substitution fehlender Augenbrauen und Wimpern bei einer an Alopezia areata universalis leidenden Versicherten im Rahmen der Krankenbehandlung zu übernehmen?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 25.06.2002 - L 1 KR 78/01 -	03-02-70
Akupunktur	B 1 KR 24/03 R	Löst das Fehlen einer positiven Aussage des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu Gunsten von Akupunktur-Behandlung (hier bei Epicondylitis humeri radialis) im Jahr 2000 einen Kostenerstattungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse für eine entsprechende, in diesem Jahr durchgeführte und privat bezahlte	LSG Sachsen , Urt. v. 16.07.2003 - L 1 KR 17/02 -	04-01-105 (S. 54)

		ärztliche Behandlung aus?		
Extrakorporale Stosswellentherapie	B 1 KR 28/03 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine extrakorporale Stosswellentherapie zur Behandlung eines Hüftleidens zu erstatten?	SG Lüneburg , Urt. v. 22.07.2003 - S 9 KR 59/00 -	04-01-95 (S. 50)
	B 1 KR 32/03 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer künstlichen Befruchtungsmaßnahme in Form einer extrakorporalen Befruchtung (IVF) mit intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) zu übernehmen, wenn die Ursache der Sterilität bei dem privat versicherten Ehemann liegt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 23.10.2003 - L 5 KR 50/03 -	04-01-112 (S. 56)
ICSI bei Sterilisation während früherer Ehe	B 1 KR 11/03 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine in-vitro-Fertilisation mittels intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) zu übernehmen, wenn die Infertilität des Ehemannes auf einer Sterilisation während einer früheren Ehe beruht?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 31.01.2003 - L 4 KR 3130/02 -	03-03-82
Auskunftsanspruch gegenüber Vertragsarzt	B 1 KR 38/02 R	Hat ein Versicherter einen unmittelbar kraft Gesetzes bestehenden Anspruch gegen den Arzt auf Erteilung einer Auskunft über die anlässlich einer ärztlichen Behandlung abgerechneten Leistungen oder sind zur Umsetzung dieses Anspruchs Regelungen der Vertragspartner der Bundesmantelverträge erforderlich?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.11.2002 - L 5 KR 185/01 -	03-01-62

Zahnbehandlung

Implantatversorgung	B 1 KR 9/02 Termin: 03.09.2003	Gilt der Leistungsausschluss für implantologische Zahnbehandlungen ab 1.1.1997 auch für Folgebehandlungen, die aufgrund einer vorherigen von der Krankenkasse bezuschussten Implantatversorgung anfallen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 18.12.2001 - L 5 KR 39/00 -	02-02-53
	B 1 KR 18/02 R Termin: 03.09.2003	Gilt der gesetzliche Ausschluss von implantologischen Leistungen seit 1.1.1997 auch für Leistungen, die im Zusammenhang mit früher eingegliederten und bezuschussten Implantaten anfallen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 19.02.2002 - L 5 KR 223/00 -	02-03-60
	B 1 KR 2/03 R Termin: 03.09.2003	Gilt der gesetzliche Ausschluss von implantologischen Leistungen seit 1997 auch für Leistungen, die im Zusammenhang mit früher eingegliederten und bezuschussten Implantaten anfallen?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 08.10.2002 - L 1 KR 50/02 -	juris
	B 1 KR 37/02 R	Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit Implantaten nebst Suprakonstruktionen im Ober- und Unterkiefer, wenn er an einer multiplen Nichtanlage von Zähnen leidet?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 31.10.2002 - L 5 KR 142/01 -	03-02-78

Arzneimittel

Zulassungserfordernis und EG-Recht	B 1 KR 21/02 R	Verletzt die Regelung, wonach die Zulassung eines Arzneimittels nach dem Arzneimittelgesetz als Mindestvoraussetzung an eine wirtschaftliche Verordnungsweise im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gestellt wird, Gemeinschaftsrecht?	LSG Hessen , Urt. v. 28.02.2002 - L 14 KR 455/00 -	02-03-61
"Genotropin"	B 1 KR 4/03 R	Hat ein heranwachsender Versicherter, der an einem Silver-Russell-Syndrom leidet, einen Anspruch auf Kostenübernahme für eine Behandlung mit dem Arzneimittel "Genotropin"?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 10.12.2002 - L 4 KR 36/99 -	03-03-103
Viagra	B 1 KR 20/03 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten des Arzneimittels Viagra bei einem Versicherten, der aufgrund eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus an einer erektilen Dysfunktion leidet, zu erstatten?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 27.03.2003 - L 5 KR 200/02 -	03-03-108
	B 1 KR 25/03 R	Hat ein Versicherter, der an einer dauerhaften erektilen Dysfunktion wegen Diabetes mellitus leidet, einen Anspruch auf Kostenerstattung bzw Kostenübernahme des Arzneimittels Viagra?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 20.08.2003 - L 4 KR 24/02 -	04-01-(S. 63)

	B 1 KR 26/03 R	Hat ein Versicherter, der an einer dauerhaften erektilen Dysfunktion wegen Diabetes mellitus mit schwerer Stoffwechselentgleisung und schweren Risikofaktoren leidet, Anspruch auf Kostenerstattung bzw Kostenübernahme des Arzneimittels Viagra?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 20.08.2003 - L 4 KR 152/02 -	04-01-133 (S. 63)
Importarzneimittel (Tasmar) bei Verkehrsverbot infolge Ruhen der erteilten Zulassung	B 1 KR 21/03 R	Hat die Krankenkasse der abgebenden Apotheke ein aus der Schweiz importiertes Arzneimittel (hier Tasmar) zu vergüten, wenn im Zeitpunkt der ärztlichen Verordnung und der Abgabe des Medikaments ein Verkehrsverbot infolge Ruhen der erteilten Zulassung bestand, welches die Europäische Kommission für sämtliche Mitgliedstaaten der EG verbindlich angeordnet hat?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v.05.06.2003 - L 5 KR 99/02 -	03-04-101
Diätetisches Dickungsmittel	B 1 KR 12/03 R	Muss die Krankenkasse die Kosten für ein diätetisches Dickungsmittel übernehmen, wenn dem Versicherten nur mit deren Hilfe eine ausreichende Menge an Flüssigkeit verabreicht werden kann?	LSG Niedersachsen , Urt. v. 28.06.2001 - L 4 KR 174/99 -	01-04-87

Hilfsmittel/Heilmittel

Notebook-PC mit behinderten-gerechter Sonderausstattung – Kostenerstattungsanspruch des Sozialhilfeträgers	B 3 KR 13/03 R	1. Hat ein blinder Gymnasiast nach Erreichen des Realschulabschlusses einen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Versorgung mit einem Notebook-PC mit behinderten-gerechter Sonderausstattung? 2. Kann der Sozialhilfeträger, der die Ausstattung des Gymnasiasten übernommen hat, die Krankenkasse auf Kostenerstattung in Anspruch nehmen, wenn sich nachträglich die Ungeeignetheit des Hilfsmittels herausstellt?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 28.03.2003 - L 4 KR 2977/01 -	03-04-107
Festbetrag (Hörgeräte)	B 3 KR 14/03 R	Verstößt die Beschränkung der Leistungspflicht einer Krankenkasse im Hilfsmittelbereich (hier: Hörgeräte) auf einen Festbetrag gegen höherrangiges Recht insbesondere bei wesentlichen technischen Weiterentwicklungen?	LSG Bayern , Urt. v. 28.11.2002 - L 4 KR 134/01 -	03-04-103
Festbetrag Stomaartikel	B 3 KR 16/03 R	Verstößt die Festbetragsfestsetzung für Stomaartikel für das Land Nordrhein-Westfalen gegen höherrangiges Recht?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.08.2003 - L 16 KR 22/99 -	03-04-104
Festbetragsfestsetzung (Hörhilfen)	B 3 KR 35/02 R vgl. BSG , Vorlagebeschl. v. 14.06.1995 - 3 RK 20/94 -; BVerfG , Urt. v. 17.12.2002 - 1 BvL 28/95 - RID 03-01-76	Zur Rechtmäßigkeit der Festbetragsfestsetzung für Hörhilfen nach § 36 Abs 2 SGB 5 (vgl BVerfG vom 17.12.2002 - 1 BvL 28/95 ua)	SG Kiel , Urt. v. - S 3 Kr 74/89 -	
Schwenkbarer Autositz für Transport eines Wachkoma-Patienten	B 3 KR 19/03 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten eines schwenkbaren Autositzes für den Transport eines Wachkoma-Patienten zu Ärzten und Therapeuten zu erstatten?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 11.09.2003 - L 5 KR 234/02 -	04-01-152 (S. 70)
Lagerungsrollstuhl in Pflegeheim	B 3 KR 5/03 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für einen Lagerungsrollstuhl bei einer pflegebedürftigen Heimbewohnerin im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen, auch wenn sich die Versicherte nicht mehr am Gemeinschaftsleben im Heim aktiv beteiligen kann?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 26.02.2003 - L 5 KR 33/02 -	03-03-112
Vergütungsanspruch für Arztbericht eines Krankengymnasten	B 3 KR 22/03 R	Hat ein zugelassener Heilmittelerbringer einen Anspruch auf Vergütung für den gemäß Ziff 29.5 HeilMRL zu erstattenden Arztbericht, wenn zwischen ihm und den Krankenkassen ein vertragsloser Zustand besteht und der einschlägige Landesvertrag für diese Leistung zum fraglichen Zeitpunkt noch keine Vergütung vorsah?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 09.10.2003 - L 5 KR 233/02 -	04-01-148 (S. 68)

Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im Ausland

Kostenerstattungsanspruch/ EU-Mitgliedstaat	B 1 KR 33/02 R	Hat eine Krankenkasse bei einem freiwillig Versicherten sowie dessen Familienangehörigen die Kosten für Laboruntersuchungen, Arznei- und Heilmittel, die in einem EU-Mitgliedstaat angefallen sind und teils ärztlich verordnet bzw nicht verordnet waren, im Rahmen des § 13 Abs 2 SGB 5 zu erstatten?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 27.09.2002 - L 4 KR 5020/00 -	03-01-83
Kostenerstattungsanspruch für Nierentransplantation in USA	B 1 KR 5/02 R Termin: 17.02.2003	Hat ein Versicherter einen Kostenerstattungsanspruch für eine in den USA durchgeführte Nierentransplantation, wenn er dadurch aufgrund seiner seltenen Blutgruppe eher ein Spenderorgan als in der Bundesrepublik Deutschland erhalten kann und er durch seinen Gesundheitszustand und die längere Wartezeit besonders psychisch belastet war?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 06.12.2001 - L 14 KR 556/00 -	02-02-49
Sachleistungsanspruch in Deutschland bei niederländischem Wohnsitz	B 1 KR 17/03 R	Ist ein in den Niederlanden wohnhafter Versicherter, der eine Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung erhält, berechtigt, während eines (vorübergehenden) Aufenthalts in Deutschland, Sachleistungen zu Lasten der deutschen Krankenkasse in Anspruch zu nehmen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 27.03.2003 - L 5 KR 198/02 -	03-03-97
	B 3 KR 22/03 R	Hat ein zugelassener Heilmittelerbringer einen Anspruch auf Vergütung für den gemäß Ziff 29.5 HeilMRL zu erstattenden Arztbericht, wenn zwischen ihm und den Krankenkassen ein vertragsloser Zustand besteht und der einschlägige Landesvertrag für diese Leistung zum fraglichen Zeitpunkt noch keine Vergütung vorsah?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 09.10.2003 - L 5 KR 233/02 -	04-01-148 (S. 68)
Häusliche Krankenpflege				
Vergütung für Pflegedienst nach Kündigung	B 3 KR 2/03 R	Zur Höhe der Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die ein Pflegedienst nach der fristgerechten Kündigung des Rahmenvertrages zum 31.12.1997 durch die Krankenkasse erbracht hat.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 13.02.2003 - L 5 KR 88/01 -	03-04-102
Krankenhauskosten				
Einwendungsausschluss (fehlender Versicherungsschutz) durch Kostenzusage	B 3 KR 1/03 R Termin: 12.11.2003	Kann die Krankenkasse die Bezahlung einer notwendigen Krankenhausbehandlung verweigern, wenn sich nachträglich herausstellt, dass kein Versicherungsverhältnis bestanden hat und die Kostenübernahmeerklärung unter der Einschränkung erteilt worden war, dass sie nur bei bestehendem Versicherungsschutz gilt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 12.11.2002 - L 5 KR 46/00 -	03-03-121
Zurückbehaltungsrecht bei strittiger Behandlungsbedürftigkeit	B 3 KR 20/03 R	Ist eine Krankenkasse aufgrund einer Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung hinsichtlich der Notwendigkeit der Behandlungsdauer berechtigt, die Zahlung der insoweit in Rechnung gestellten Behandlungskosten so lange zu verweigern, bis die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit geklärt ist?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 08.05.2003 - L 5 KR 69/02 -	04-01-171 (S. 77)
Krankenhausverweildauer/Verzinsung	B 3 KR 11/03 R	Zur Frage des Beweismaßstabes bei der Beurteilung der und zur Frage der Verzinsung der Krankenhausforderung bei ausdrücklicher vertraglicher Regelung.	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 26.05.2003 - L 1 KR 1527/99 -	03-03-122
Psychiatrie und Betreuungsbeschluss	B 3 KR 18/03 R	Hat ein die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus genehmigender Betreuungsbeschluss nach § 1906 BGB Auswirkungen auf die Prüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB 5 durch die Krankenkasse?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 31.07.2003 - L 1 KR 305/02 -	03-04-110
Abgrenzung ambulante/stationäre Krankenhausbehandlung	B 3 KR 4/03 R	Zur Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung bei einer Versicherten, die sich wegen einer Weisheitszahnoperation an einem Tag von morgens bis nachmittags im Krankenhaus aufgehalten hat.	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 10.12.2002 - L 1 KR 61/02 -	03-03-123
Abgrenzung Krankenhausbehandlung/ Rehabilitation	B 3 KR 9/03 R	Ist für die Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und stationärer med. Rehabilitation entscheidend, ob bei der Maßnahme die ärztliche Behandlung im Vordergrund steht oder ob die pflegerische Betreuung gleiches Gewicht wie die ärztliche Behandlung hat?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 30.04.2003 - L 4 KR 224/00 -	03-04-109

		Handelt es sich um eine qualifiziert begründete Ablehnung der Kostenübernahme für eine Krankenhausbehandlung, wenn die Krankenkasse auf eine Maßnahme der Rehabilitation hinweist, für die der Rentenversicherungsträger zuständig ist? Zum Vorliegen von akuter Behandlungsbedürftigkeit iS von § 13 Abs 2 Nr 1 SGB 6.		
Sonderentgelt und Fallpauschale	B 3 KR 3/03 R	Ist die Abrechnung eines Sonderentgelts zusätzlich zu einer Fallpauschale nur dann möglich, wenn die Operation in einem anderen Operationsgebiet stattfindet, über einen neuen operativen Zugang erfolgt und zumindest wesentliche Teile eines neuen, zusätzlichen Leistungskomplexes erbracht werden?	LSG Brandenburg , Urt. v. 25.09.2002 - L 4 KR 9/02 -	juris
Arzneimittelstudie	B 3 KR 21/03 R	Ist die Ablehnung der Kostenübernahme durch eine Krankenkasse für bestimmte Zeiträume einer Krankenhausbehandlung rechtmäßig, in denen die Teilnahme an einer Arzneimittelstudie derart im Vordergrund stand, dass die daneben durchgeführten Therapien in den Hintergrund traten?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 16.10.2003 - L 5 KR 80/01 -	04-01-170 (S. 76)

Sonstiges

Verweigerung von Krankheitsangaben	B 1 KR 4/02 R Termin: 17.02.2003	Gibt § 76 Abs 2 SGB 10 dem Versicherten das Recht, Krankheitsangaben zu verweigern, soweit nicht ein bestimmter Sachverständiger mit der Begutachtung beauftragt wird?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 14.02.2001 - L 4 KR 1402/01 -	02-02-54
Mutter-Kind-Kuren	B 1 KR 12/02 R	Ist § 41 Abs 1 S 2 SGB 5 verfassungskonform so auszulegen, dass die Satzung der Krankenkasse lediglich regeln kann, ob Mutter-Kind-Kuren im Wege der Sachleistung oder im Wege der Kostenerstattung gewährt werden?	LSG Niedersachsen , Urt. v. 27.02.2002 - L 4 KR 212/00 -	02-02-66
Aufsichtsmaßnahme - Kostenerstattungen von NuB	B 1 A 1/03 R	Ist eine Aufsichtsmaßnahme rechtmäßig, die eine Krankenkasse verpflichtet, ihre Verfahrenspraxis bei Kostenerstattungen von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie neuen Heilmitteln und ihre diesbezüglichen Versicherteninformationen zu verändern?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 12.11.2002 - L 1 KR 16/02 -	03-03-125

ANHANG III: BEIM BVERFG ANHÄNGIGE VERFAHREN AUS DEM BEREICH DER GKV

die für eine Senatsentscheidung in Betracht kommen (Stand: 18.11.2003):

Entscheidungen des Bundesausschusses	1 BvR 347/98	Verfassungsrechtliche Legitimation der Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 92 SGB V)	BSG , Urt. v. 16.09.1997 - 1 RK 28/95 – SozR 3-2500 § 135 Nr. 4 =BSGE 81, 54 = NJW 1999, 1805
Künstliche Befruchtung	1 BvL 5/03	Beschränkung medizinischer Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auf a) miteinander verheiratete Personen, b) ihre Ei- und Samenzellen (§§ 27a I Nr. 3 u. 4 SHB V i.d.F. des Art. 2 Nr. 2 KOVAnpG 1990)	SG Leipzig , Vorlagebeschl. v. 28.03.2003 - S 8 KR 87/02 – RID 04-01-117 (S. 58)