

# Rechtsprechungsinformationsdienst 07-01

<b>Editorische Hinweise</b>	<b>6</b>
<b>Erratum</b>	<b>6</b>
<b>A. Vertragsarztrecht</b>	<b>7</b>
<b>I. Honorarverteilung</b>	<b>7</b>
1. Psychotherapeuten	7
a) Beschluss des Bewertungsausschusses (2005) erneut rechtswidrig	7
b) Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen bei Bestandskraft (1993-1998)	8
c) Punktwert für Psychotherapeuten 1999 (KV Hessen)	8
2. Vergütung Neurologen und Psychiater (KV Hessen II u. III/99, I – IV/00)	9
3. Individualbudget	9
a) Punktzahlengrenzwert	9
b) Fachgruppenbezogenes Honorarkontingent für Anästhesisten (KV Niedersachsen I/96 bis I/97)	10
4. Kein höheres Honorar für gastroenterologische Leistungen (KV Brandenburg 1999)	10
5. Honorarkontingent für Polikliniken (§ 311 II SGB V)	11
6. Vergütung radiologischer Leistungen:(KV Sachsen IV/99 bis I/01)	11
7. Vergütung von Laborleistungen (KV Sachsen Punktwert Quartale III/96 bis IV/97)	12
8. Fehlerhafte Abrechnungsvolumina im Referenzquartal (HNO-Ärzte, KV Sachsen I/02-II/03)	12
9. Härtefallregelung und Ermächtigung des Vorstandes	12
10. Praxisbudgets	13
a) Erweiterung des Praxisbudgets: Allgemeinarzt für chirurgische Leistungen	13
b) Zulässiger Zuschlag für Gemeinschaftspraxen	13
11. Nachträgliche Abrechnung/Abrechnungskorrektur	13
a) Ausschlussfrist für Abrechnung/Zuordnung der Abrechnung zu einem Arzt	13
b) Korrektur der Abrechnung durch Vertragsarzt/Praxisgebühr bei Nr. 3 EBM	14
12. Verwaltungsgebühren für Erstattung von Intraokularlinsen	14
13. Bestandskräftiger Honorarbescheid: Unkenntnis einer höchstrichterlichen Rechtsprechung	14
14. Honoraranspruch gegenüber KV im Insolvenzverfahren	15
15. Keine Vergütung nach Ausscheiden aus Altersgründen	15
16. Einstweiliger Rechtsschutz	16
a) Keine höheren Honorarzahllungen bei fehlender Existenzgefährdung	16
b) Keine höheren Honorarzahllungen für Vergangenheit	16
c) Fehlender Anordnungsgrund bei Honorareinbuße von 5.792,26 €	16
<b>II. Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>	<b>17</b>
1. Plausibilitätsprüfung	17
a) Doppelbehandlung in Praxisgemeinschaft	17
b) Tagesprofile: Leistungskomplexe nur einmal im Behandlungsfall	18
2. Sonographieleistungen: Erforderliche Bilddokumentation	18
3. Kinder- und Jugendmedizin: Fachärztl. Leistungen bei Teilnahme an hausärztl. Versorgung	19
4. Nr. 16 EBM und Carinoma in situ	19
5. Dialysesachkosten (Wochenpauschale) bei vergessener Abrechnung ärztlicher Leistung	19
6. Sachkostenerstattung nur auf Nachweis	19
7. Sprechstundenbedarf: Interventions- und Spinalkanülen	20
8. Anordnung der aufschiebenden Wirkung nach Plausibilitätsprüfungen	20
<b>III. Fachkunde/Genehmigungen/Notdienst/Belegarztanerkennung</b>	<b>20</b>
1. Fachkunde Psychotherapie	20
a) Unzureichender Fachkundenachweis für Richtlinienverfahren	20
b) Analytische Psychotherapie: Lindauer Psychotherapiewochen kein Theorienachweis	21
2. Bindung der KV an Ermächtigungsumfang: Keine weitergehende Abrechnungsgenehmigung	21
3. Disease-Management-Programm KHK: Koordinierender Arzt	21
4. Vorbereitungsassistenten	21
a) Keine rückwirkende Genehmigung	21
b) Vorbereitungsassistentin mit Zahnheilkundeerlaubnis	22
5. Widerruf einer Genehmigung zur Ultraschall-Untersuchung nach KV-Richtlinie	22
6. EBM 2005	22
a) Als Allgemeinmediziner zugelassener Anästhesiologe: Anästhesiologische Leistungen	22
b) Urologe: Schwerpunkt nach Nr. 30600 EBM 2005	23

c) Gynäkologe: Hämato-/Onkologische Leistungen nach Nr. 13500 EBM 2005	23
7. Keine Statusentscheidung für die Vergangenheit und im Eilverfahren	23
8. Ärztlicher Notdienst	24
a) Eignung der Nervenärzte/Fortbildungsmöglichkeit	24
b) Suspendierung vom Notdienst	25
9. Keine Belegarztanerkennung für Anästhesisten	25
<b>IV. Disziplinarrecht: Psychotherapeutin - Zuzahlungsverlangen/Einwendungsausschluss</b>	<b>26</b>
<b>V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Richtgrößen/Regress/Schadensersatz</b>	<b>26</b>
1. Richtgrößenvereinbarung 2006 (Me-Too-Liste KV Nordrhein): Einstweilige Anordnung	26
2. Arzneimittelregress	26
a) Eingeschränkte Einzelfallprüfung bei Überschreitung des zulässigen Verordnungsumfanges	26
b) Verordnung von Vitaminpräparaten und Distraneurin (Wirkstoff Clomethiazol)	27
c) Behandlung im Rahmen einer Arzneimittelstudie	27
d) Behandlung eines Nierenzellkarzinoms im Off-Label-Use	28
e) Nicht verordnungsfähiges Arzneimittel (Wobe Mugos E)	28
3. Physikalisch-medizinische Verordnungen: Orthopädische Beschwerdebilder	28
4. Zahnärzte	29
a) Einzelleistungsprüfung/Praxisbesonderheit PAR bei Nr. 40 BEMA-Z	29
b) Vergleichsgruppe: Spezialisierung auf Angstpatienten	29
c) Unterschiedliche Durchschnittswerte einzelner KZV-Bereiche	29
d) Stimmenthaltung zur Wiederherstellung der Parität (Prothetik-Widerspruchsausschuss)	29
e) Prothetik-Einigungsausschuss und Prothetik-Widerspruchsausschuss	30
<b>VI. Zulassungsrecht</b>	<b>30</b>
1. Herzchirurgen/Kooperationsvertrag mit Krankenhaus/Ort der Niederlassung	30
2. Zulassung als Psychotherapeutin: Freigestellte beamtete Lehrerin	31
3. Sonderbedarfszulassung: Chirurgin/Handchirurgie	31
4. Zulassungsentziehung	32
a) Wohlverhalten durch Aufgabe des Pflichtenverstoßes	32
b) Vertragspsychotherapeutische Dokumentationspflichten	32
c) Unerheblichkeit der Gründe für Praxisaufgabe	33
5. Facharzt für Allgemeinmedizin und partielle fachärztl. Versorgung nach 2002	33
6. 68 Jahres-Altersgrenze	34
7. Ermächtigung	34
a) Berechtigung zur Leistungserbringung nach EBM 2005 (Pneumologie)	34
b) Ermächtigung zur Psychotherapie griechischsprechender Versicherter	34
c) Überweisungen zur Mitbehandlung durch Klinikärzte	35
d) Ermächtigung einer bei Pro Familia angestellten Ärztin	36
e) Altersgrenze von 68 Lebensjahren	36
f) Entziehung: Aufforderung zur Umgehung eines Facharztfilters	36
8. Keine Kostenerstattung nach Verfahrenserledigung	37
<b>VII. Anfechtung der Wahl zur Vertreterversammlung: Geringe Psychotherapeutenquote</b>	<b>37</b>
<b>VIII. Kündigung eines Modellvertrages aus wichtigem Grund</b>	<b>37</b>
<b>IX. Pharmaunternehmen versus KV: Me-Too-Liste (KV Nordrhein)</b>	<b>38</b>
1. BSG: Bestimmung des zuständigen Gerichts	38
2. Medikament Granocyte (Wirkstoff Lenograstim)	38
3. Medikament Actonel	38
4. Verletzung der Berufsfreiheit eines Arzneimittelherstellers	39
<b>X. Gesamtvergütung: Kürzung der Abschlagszahlungen wegen Integrierter Versorgung</b>	<b>39</b>
<b>XI. Verfahrensrecht</b>	<b>40</b>
1. Wahlweise Bekanngabe an Bevollmächtigten oder Adressaten	40
2. Androhung von Zwangsgeld	40
3. Kein Rechtsmittel gegen erstinstanzliche Kostengrundscheidungen	40
<b>XII. Streitwert</b>	<b>40</b>
1. Sachlich-rechnerische Berichtigung bei Überschreitung des Individualbudgets	41
2. Zusatzbudgets: Punktwertabzug für ein Jahr	41
3. Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren: Bescheidungsantrag/Überschreitung des Individualbudgets	41
4. Zulassung zweier Fachärzte für Herzchirurgie/ Einstweiliges Rechtsschutzverfahren	42

5. Keine Beschwerde gegen vorläufige Streitwertfestsetzung	42
6. Gegenstandswert bei Feststellung über Zulassungsende bei avisiertem Praxisverkauf	42
<b>XIII. Entscheidungen des BSG</b>	<b>42</b>
1. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Kein Sachverständigengutachten wegen atypischem Patientenklintel	42
2. Zulassungsrecht: Härte bei selbst verschuldetem Ausscheiden (§ 25 Satz 2 Ärzte-ZV a. F.)	43
3. Verfahrensrecht: Unbesetzter Vorsitz in Berufungssenat länger als sechs Monate	43
4. Streitwert	43
a) Atypische Zulassungsverfahren: Rechtsmittelführer beigeladene Institution/geringer Umsatz	43
b) Wahlanfechtungsklagen/Befugnis des Rechtsmittelgerichts	44
<b>B. Krankenversicherungsrecht</b>	<b>45</b>
<b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>	<b>45</b>
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	45
a) Clear-Lens-Exchange-Operation	45
b) Liposuction: Keine Prozesskostenhilfe	45
c) Systemtherapie zur Maculadegeneration	45
2. Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	46
a) Gameteninteraktionsstörung	46
b) Ausschluss einer hochgradig eingeschränkten Spermienmorphologie	46
c) Nachweis mangelnder Fertilität erforderlich	46
d) Altersgerechte Aussicht auf Eintreten einer Schwangerschaft	46
e) Kein Kostenanspruch für Maßnahmen bei privat versicherter Ehefrau	47
3. Zahnärztliche Versorgung	47
a) Beschränkter Festzuschuss: Strahlentherapie wegen Kehlkopfkrebs	47
b) Begrenzung des Festzuschusses (Nichtzulassungsbeschwerde)	47
c) Obturator (Verschlussplatte für Lücken des Gaumens)	47
d) Zahnherdbehandlung (Amalgamausleitung)	48
e) Funktionsanalytische Leistungen/Begrenzung beim Zahnersatz	48
<b>II. Kostenerstattungsanspruch</b>	<b>48</b>
1. Künstliche Befruchtung: Kostentragung durch Privatversicherung des Ehemannes	48
2. Notfallbehandlung in Nichtvertragskrankenhaus	49
3. Differenzierung zw. ambulanter und stationärer Behandlung: Uterus-Arterien-Embolisation	49
4. Zahnärztliche Behandlung mit Zahnersatz	49
5. Keine Zahlungspflicht bei fehlendem Vertrag mit Klinik	49
6. Eigene finanzielle Betroffenheit/Wartezeit auf Blindenführhund	50
<b>III. Stationäre Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsbehandlung</b>	<b>50</b>
1. Krankheitsbegriff	50
a) Brustverkleinerungsoperation: Ptosis (Hängebrust) keine Krankheit	50
b) Brustvergrößerung bei Unterentwicklung beider Brüste (Mammahypoplasie/Mikromastie)	50
c) Chirurgischer Eingriff zur Gewichtsreduktion (Magenbandoperation)	51
2. Anwesenheit einer persönlichen Bezugsperson bei Reha	51
<b>IV. Krankenbehandlung im Ausland</b>	<b>51</b>
1. Krankenbehandlungskosten in Spanien: Wohnsitz bei nicht realisierbarer Rückkehr	51
2. Kostenerstattung für Behandlung in Basel bei fehlendem Hinweis auf Alternative	52
3. Zahnbehandlung in der Türkei	52
4. Anspruch bei Erkrankung während Auslandsbeschäftigung	52
<b>V. Arzneimittel</b>	<b>53</b>
1. Off-Label-Use	53
a) Immunglobuline bei Multipler Sklerose/Vorläufige Einzelfallgewährung	53
b) Immunglobulin-Therapie bei AIDS	53
2. Arzneimittel auf Cannabisgrundlage (Cannabinoide, hier: Dronabinol)	53
a) Schmerzbehandlung bei Querschnittslähmung	53
b) Dronabinol (Tropfen) als Rezepturarzneimittel bei Multipler Sklerose	54
3. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	54
a) BVerfG: Nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel bei Therapiealternative	54
b) Anthroposophische Arzneimittel: Nicht verschreibungspflichtiges Mistel-Präparat Helixor A	54
c) Keine lebensbedrohliche Erkrankung	55
d) Anordnungsgrund: Verhältnis Schwere der Erkrankung zu Kosten ("Mutaflor")	55

5. Erektile Dysfunktion _____	55
a) Levitra (Wirkstoff Vardenafil) _____	55
b) Viagra _____	56
<b>VI. Hilfsmittel _____</b>	<b>56</b>
1. Hörgerät: Keine Beschränkung durch Festbetragsregelung _____	56
2. Beidseitige Versorgung mit Cochlear-Implantat _____	56
3. Adaptiv-Rollstuhl mit Einhandantrieb bei psychogener Lähmung _____	57
4. Sportrollstuhl für Jugendliche zur Teilnahme am Schulsport _____	57
5. Befestigungssystem für Rollstuhl in Transportfahrzeug (Kraftknoten) _____	57
6. Dreirädriges Fahrrad _____	57
7. Heimtrainer (Ergometer): Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens _____	57
8. Kompressionstherapiegerät mit 12-Kammer-Manschetten für den Hausgebrauch _____	58
9. Blindenführhund: Marktüblicher Preis _____	58
10. Keine Orthopädischen Maßschuhe bei passgerechten Konfektionsschuhen _____	58
11. Zehenorthese: Ausschluss durch HilfsmittelVO _____	58
12. Silikonüberzug zur Unterschenkelprothese und Acrylnägel für die Fußprothese _____	59
13. Windelhosen (sog. Einmalwindeln) zur "Teilnahme am gesellschaftlichen Leben" _____	59
14. Einstweilige Anordnung - Glaubhaftmachung (Neues maßgefertigtes Stützkorsett) _____	59
<b>VII. Häusliche Krankenpflege _____</b>	<b>59</b>
1. Feststellungsklage/Kein eigener Haushalt bei betreutem Wohnen _____	59
2. Zusammentreffen von Krankenbeobachtung und Grundpflege: Beatmung _____	60
<b>VIII. Haushaltshilfe/Zuzahlung/Fahrkosten/Vorsorge/Reha/Sterbegeld _____</b>	<b>60</b>
1. Zuzahlung _____	60
a) Bruttoeinnahmen aus Vermietung und Verpachtung: Abschreibung für Abnutzung _____	60
b) Zuzahlungsfreibetrag für Kinder: Gemeinsamer Haushalt beider Elternteile _____	61
2. Belastungsgrenze: Berücksichtigung des Einkommens eines privatversicherten Ehegatten _____	61
3. Fahrkosten _____	61
a) Fahrkosten zu einer Strahlentherapie: Nächstgelegener Behandlungsort _____	61
b) Keine Fahrkosten bei durchschnittlich zwei monatlichen Behandlungen _____	61
c) Kosten für Hubschraubertransport bei Verlegung aus religiösen Gründen _____	62
4. Rehabilitationsmaßnahmen _____	62
a) Nachrangige Zuständigkeit der Krankenkassen bei stationärer Reha _____	62
b) Keine ambulante Rehabilitationsleistung für Gewichtsreduzierung _____	62
c) Stationäre Mütterkur: Prinzip gestufter Leistungen _____	63
5. Wegfall des Sterbegeldes: Keine Feststellungsklage _____	63
<b>IX. Beziehungen zu Leistungserbringern _____</b>	<b>63</b>
1. Beziehungen zu Krankenhäusern: Krankenhauskosten _____	63
a) Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung bei Tuberkulose _____	63
b) Grenzverweildauer bei Neugeborenen _____	64
c) Nachgewiesene Erforderlichkeit der Behandlung _____	64
d) Sonderentgelt 12.241 neben der Fallpauschale 12.101 bei Lebertransplantation _____	64
e) Keine Pflicht zur Behandlung auf Station mit geringstem Pflegesatz _____	64
f) Stationäre Behandlung bei vierstündigem Aufenthalt/Überprüfungsverfahren _____	65
g) Kein Anspruch auf Erstattung von Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden _____	65
2. Arzneimittelhersteller: Festbetragsfestsetzung für Glucocorticoide (inhalativ, oral) _____	65
3. Hilfsmittelerbringer: Aufnahme eines Diabetiker-Spezialschuhs (LucRo) in Hilfsmittelverzeichnis _____	66
4. Heilmittelerbringer _____	66
a) Pflicht zur Überprüfung der ärztlichen Verordnung _____	66
b) Keine Pflicht zur Überprüfung der ärztlichen Verordnung _____	67
5. Häusliche Krankenpflege _____	67
a) Anforderungen an ein fristloses Kündigungsschreiben _____	67
b) Verantwortung der Krankenkasse für Versichertenwohl – Überprüfung eines Leistungserbringers _____	68
c) Vergütungsposition "Kompressionsstrümpfe/-hose, An und Aus ... 14,95 DM" _____	68
6. Krankentransportunternehmen _____	69
a) Kein Vergütungsanspruch ohne Vergütungsvereinbarung _____	69
b) Verbindlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung gegenüber Transporteur _____	69
<b>X. Krankenkassen _____</b>	<b>69</b>
1. Werbemaßnahme einer Krankenkasse in Anzeigenblatt _____	69
2. Persönliches Überbringen einer Kündigungsbestätigung _____	70
3. Veröffentlichung der Vorstandsbezüge _____	70

<b>XI. Entscheidungen des BSG</b>	<b>70</b>
1. Neuropsychologische Therapie	70
2. Arzneimittel: Off-Label-Use	70
a) Qualität der wissenschaftlichen Erkenntnisse (Ilomedin)	70
b) Vorrang psychiatrischer Leistungen bei Suizidgefahr (Restless-Legs-Syndrom/Cabaseril)	71
3. Hilfsmittel: Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis (VACOPED)	71
<b>C. Entscheidungen anderer Gerichte</b>	<b>72</b>
<b>I. Ärztliches Berufsrecht</b>	<b>72</b>
1. Approbation: Ruhen/Widerruf/Wiedererlangung/Vorläufige Berufsausübungserlaubnis	72
a) BVerfG: Ruhen einer Approbation nur bei konkreter Gefahr für Gemeingüter	72
b) Widerruf der Approbation aus Altersgründen	73
c) Wiedererlangung der Approbation nach Abrechnungsbetrug	73
d) Berufsausübung vorläufig unter Bedingungen (Aufnahme eines Kollegen in Praxis)	73
2. Rücknahme einer Facharztbezeichnung nach landesrechtlichem VwVfG	73
3. Kammerbeitragssatzung: Am Einkommen orientierte Beitragshöhe	73
4. Gebühr für die Inanspruchnahme der Lebendspendekommission	74
5. Zusatzbezeichnung "Physikalische Therapie": Weiterbildung während Tätigkeit als Chefarzt	74
6. Irreführende Bezeichnung einer Arztpraxis als "Klinik"	74
7. Vermittlung einer Brillenlieferung durch Augenarzt	74
<b>II. Arzthaftung</b>	<b>75</b>
1. BGH: Vetorecht eines Minderjährigen/Aufklärung über Nebenrisiko	75
2. BGH: Haftung für fehlerhafte Verhütung	75
3. BGH: Delegation der Aufklärung durch Chefarzt auf untergeordneten Arzt	75
4. Eidesstattliche Versicherung der Vollständigkeit von Behandlungsunterlagen	75
5. Einfacher ärztlicher Diagnosefehler: Verzögerung einer Fingeroperation	76
6. Hinweis auf Kaiserschnitt nur bei vorherigem Risiko	76
7. Aufklärung über Operationsmethoden zur Entfernung einer Ovarialzyste	76
8. Schmerzensgeld nach fehlerhafter Zahnprothetik	76
<b>III. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb</b>	<b>77</b>
1. Versandhandel	77
a) Zuzahlungsgutscheine einer Online-Versandhandels-Apotheke: Sozialrecht	77
b) Niederl. Versandhandelsapotheke und Verbot einer Filialapotheke	77
c) Niederlassungsfreiheit von Apotheken	77
2. Hol- und Bringdienst zwischen Apotheke und Arztpraxis	77
3. Apothekenerlaubnis: Verdeckte Umsatzbeteiligung eines MVZ an Apotheke	78
4. Zulässiger Vertrieb von Zimtkapseln als "diätetisches Lebensmittel"	78
5. BVerwG: Keine Anordnung eines Warnhinweises bei traditionellen Arzneimitteln	78
6. BGH: Patentverletzung	78
<b>IV. Private Krankenversicherung/Beihilfe/Privatbehandlung</b>	<b>79</b>
1. Kein Honoraranspruch bei systematisch fachfremde Leistungen (Chirurg und MRT des Kniegelenks)	79
2. Ausschluss Privatärztlicher Behandlung bei fehlender Niederlassung	79
3. Naturheilkundliche Behandlung bei Hautkrebs	79
4. Zahnärzte	79
a) Invisalign-Behandlungsmethode	79
b) Beihilfefähiger Gebührensatz bei Analogbewertung der Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik	79
c) Schriftform bei Mehrkostenvereinbarung über zahnärztliche Behandlung	80
5. Beihilfe	80
a) BVerwG: Spermienaufbereitung und Kryokonservierung vor riskanter OP	80
b) Kein Anspruch auf Beihilfe für Potenzmittel (Cialis)	80
c) Abzug einer „Praxisgebühr“ ist rechtmäßig	80
<b>V. Verschiedenes</b>	<b>80</b>
1. BVerfG	80
a) Elektronische Gesundheitskarte	80
b) Chefarztliche Privatliquidation als originäre Hauptpflicht/Abgabe	81
c) 65 Jahres-Altersgrenze verfassungsgemäß: Verkehrspiloten bei gewerbsmäßigen Flugunternehmen	81
2. BGH	82
a) Abtretung von Forderungen gegen KV im Insolvenzverfahren	82
b) Fälligkeit ärztlicher Vergütung	82

c) Dentalästhetika II _____	82
d) Anwaltliche Beratung bei Zulassungsentziehung _____	82
e) Nennung des Namens eines Klinikchefs in Pressebericht _____	83
3. Schadensersatzansprüche einer Kassenpatientin aus nicht durchgeführtem Behandlungsvertrag _____	83
4. Schadensausgleich bei Entgegennahme von „Kick-Back“-Zahlungen _____	83
5. Anbindung von Belegbetten an Allgemeinkrankenhäuser/Berliner Krankenhausplan 1999 _____	84
6. Organisation der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst _____	84
7. Höchstsatz für Therapiekosten bei Legasthenie _____	84
8. Heilpraktikererlaubnis bei Synergetik-Therapie _____	84
9. Notwendige Bevollmächtigung eines Anwalts wegen Heranziehung zum zahnärztl. Notfalldienst _____	85
10. Befreiung von Gerichtsgebühren für städtisches Klinikum _____	85
12. Arbeitsvertrag mit Arzt einer Gemeinschaftspraxis _____	85
13. Steuerrecht _____	85
a) BFH: Versteuerung der mehrjährigen Nachvergütung von Psychotherapeuten _____	85
b) BFH: Auskunftersuchen an Hersteller von Spiralen _____	86
14. Pflichtmitgliedschaft in IHK für englische „Limited“ mit Geschäftsniederlassung in Deutschland _____	86
15. Weisung zum Dienstantritt bei unklaren medizinischen Feststellungen zur Dienstfähigkeit _____	86
<b>Verzeichnis der Entscheidungen _____</b>	<b>87</b>
<b>Redaktion _____</b>	<b>90</b>
<b>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht _____</b>	<b>91</b>
<b>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht) _____</b>	<b>96</b>

### Editorische Hinweise

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

Die Leitsätze unter der Überschrift "**Leitsatz/Leitsätze**" stammen vom jeweiligen Gericht. Ansonsten handelt es sich bei den leitsatzähnlichen Einleitungssätzen oder Zusammenfassungen wie bei der gesamten Darstellung um eine Bearbeitung der Redaktion.

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

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

Die Datei [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungserbringungsrecht) vollständig ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 19.02.2007 eingestellten Entscheidungen.

### Erratum

**SG Marburg**, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 657/06 – RID 06-04-44 wurde mit dem fehlerhaften Az. S 12 KA 658/06 registriert.

# A. Vertragsarztrecht

## I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 14.02.2007 - **B 6 KA 6/06 R** – besteht bei der **Neugründung einer Gemeinschaftspraxis**, deren Gesellschaftsvertrag die Übernahme der **Altverbindlichkeiten** der Praxispartner ausdrücklich ausschließt, keine Rechtsgrundlage dafür, dass die Gemeinschaftspraxis auch für solche Altverbindlichkeiten haftet; nach BSG, Urt. v. 29.11.2006 - **B 6 KA 42/05 R** u. **B 6 KA 45/05 R** – haben Honorarbegrenzungsregelungen zur - auch im Jahresverlauf - gleichmäßigen Verteilung budgetierter Gesamtvergütungen, wenn sie erst während des Abrechnungszeitraums **bekannt gemacht** werden, im Rahmen des vertrags(zahn)ärztlichen Vergütungssystems lediglich eine unechte Rückwirkung zur Folge; nach BSG, Urt. v. 29.11.2006 - **B 6 KA 23/06 R** – ist für **Oralchirurgen** eine Sonderbestimmung mit höherer degressionsfreier Punktmenge rechtlich nicht erforderlich; vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 06-04 A I (S. 6); RID 05-04-A I (S. 7).

### 1. PSYCHOTHERAPEUTEN

#### A) BESCHLUSS DES BEWERTUNGSAUSSCHUSSES (2005) ERNEUT RECHTSWIDRIG

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 13.10.2006 – L 4 KA 4/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-01-01

##### *Revision zugelassen*

Bewertungsausschuss, Betriebsausgaben  
SGB V § 85 IV

Der **Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004** i.d.F. der in der 96. Sitzung im Februar 2005 beschlossenen Änderung ist **rechtswidrig**. Die darin erfolgte Berechnung des Mindestpunktwertes für die antrags- und genehmigungsgebundenen Leistungen des Abschn. G IV EBM gewährleistet nach wie vor **keine angemessene Vergütung** je Zeiteinheit im Sinne der gesetzlichen Vorgabe des § 85 IV 4 SGB V gemäß der hierzu ergangenen Rechtsprechung des BSG. Letzteres ist hingegen zwingend, weil durch die Urteile des **BSG** v. 28.01.2004 - B 6 KA 52/03 R – u. B 6 KA 53/03 R – der Bewertungsausschuss rechtskräftig verpflichtet ist, für die Quartale in 2000 und 2001 eine Neuregelung des Mindestpunktwerts für die G IV-Leistungen der in die Regelung einbezogenen Leistungserbringer unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu treffen. Auch wenn die Rechtskraft dieser Urteile unmittelbar nur zwischen den Beteiligten des genannten Verfahrens wirkt, entfaltet das Urteil des BSG durch die Vorgabe für den Bewertungsausschuss, die nur einheitlich für alle noch offenen Verfahren erfolgen kann, **Bindungswirkung** auch für das Verfahren anderer klagender Psychotherapeuten.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 berücksichtigt für das Jahr 2000 die Vorgaben des BSG betreffend die Berechnung des **Vergleichseinkommens** als Grundlage der Berechnung des Sollumsatzes der Psychotherapeuten zutreffend. Hinsichtlich der in die Berechnung einzustellenden **Betriebsausgaben** hat sich der Ausschuss in Ziff. 2.2.1.5. der genannten Beschlüsse dagegen nicht innerhalb des ihm grundsätzlich zustehenden Gestaltungsspielraums gehalten. Es fehlt an einer schlüssigen Berechnung im Sinne eines stimmigen Gegenmodells zu der Modellberechnung des BSG.

Nicht zu beanstanden ist der Beschluss des Bewertungsausschusses dagegen, soweit nur für die zeit- und antragsgebundenen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM ein **regionaler Mindestpunktwert** vorgegeben wird. Ebenso wenig ist die Begrenzung der Regelung bis zu einer Höhe von 561.150 Punkten je Quartal und Arzt zu beanstanden.

Die klagende Psychologische Psychotherapeutin wandte sich gegen eine unzureichende Vergütung für die Quartale I-IV/00. Der für das Jahr 2000 geltende **HVM** enthielt folgende Regelung: "Auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten gemäß § 85 Abs. 4a SGB V (GKV-GR 2000) werden die zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnittes G IV EBM-Ä mit einem **Punktwert von 7,88 Pfennig** vorweg aus den jeweiligen Honorarkontingenten der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte mit mindestens 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus Abschnitt G IV EBM und Ärzte für psychotherapeutische Medizin sowie Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten vergütet. Der festgelegte Punktwert gilt nur bis zu einer Höhe von insgesamt 561.150 Punkten je Quartal und Leistungserbringer." **SG Kiel**, Urt. v. 22.01.2003 - S 15 KA 102/02 – verpflichtete zur Neuberechnung. Nachdem das **BSG** mit Urt. v. 28.01.2004 – B 6 KA 52/03 R – (BSGE 92, 87 sowie - B 6 KA 53/03 -) den Beschluss des Bewertungsausschusses v. 16.02.2000 für rechtswidrig gehalten hat, hat der Bewertungsausschuss mit Beschl. v. 29.10.2004 (DÄ 2004, Heft 46, C 2529) eine Neuregelung verabschiedet, modifiziert mit Beschl. in der 96. Sitzung im Februar 2005 hinsichtlich Vergleichseinkommen und Betriebskosten (vgl. DÄ 2005, Heft 7, C 361). Die Bekl. nahm eine **Nachberechnung** vor. Hieraus ergab

sich für die Kl. eine Nachvergütung in Höhe von ca. 8.800 EUR ausgehend von einer Punktwertdifferenz von 0,7781 Cent (Primärkassen und Ersatzkassen) gegenüber der früheren Berechnung. Die **Kl.** hält den Beschluss des Bewertungsausschusses erneut für rechtswidrig, weil die Betriebsausgaben von 40.634,00 EUR für die alten und von 35.555,00 EUR für die neuen Bundesländer fehlerhaft berechnet seien. Das BSG sei auch für die Zeit ab 2000 von einem Kostenansatz von 40,2 Prozent des Umsatzes ausgegangen, was bei dem in allen Urteilen stets angenommenen Maximalumsatz von 224.460 DM Kosten in Höhe von 90.232,92 DM, umgerechnet rund 46.000 EUR bedeute. Der Betrag von 40.634,00 EUR leite sich nach den Angaben der Beigeladenen zu 1) daraus ab, dass aus der bisherigen Praxiskostenberechnung die Kosten für eine Reinigungskraft entfernt und durch die Personalkosten einer Halbtagskraft ersetzt worden seien. Dies sei nicht plausibel und führe zu Kosten, die unter den Annahmen des BSG lägen. Außerdem folge der Bewertungsausschuss nicht den Überlegungen des BSG, wonach bei der Halbtagskraft von einem BAT VII-Gehalt ausgegangen werden müsse. Insoweit nenne das BSG konkret die Zahl von 19.044,40 EUR. Den Vorgaben des BSG könne nur dadurch Rechnung getragen werden, dass der Punktwert für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen 10 Pf. bzw. 5,11 Cent betrage. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück, änderte die Honorarbescheide für die Quartale I/00 bis IV/00 und verurteilte die Bekl., die Kl. nach erneuter Entscheidung des Bewertungsausschusses unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

**SG Dresden** hat im Dezember 2006 (s. nächste Ausgabe) im Ergebnis ebs. entschieden und Sprungrevision zugelassen.

## **B) NACHVERGÜTUNG PSYCHOTHERAPEUTISCHER LEISTUNGEN BEI BESTANDSKRAFT (1993-1998)**

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2006 – L 3 KA 199/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de** **RID 07-01-02**  
**Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt - B 6 KA 92/06 B**

Bestandskraft, Aufhebung, Verwaltungsakt, Honorarbescheid, Rücknahme, Wiedereinsetzung, Fristver-säumnis, Bekanntgabe, Ermessen

SGB V § 85 IV; SGB X §§ 37 I, 44 II, SGG §§ 66 II, 84

Soweit eine im Delegationsverfahren tätige Psychologische Psychotherapeutin die gegenüber dem delegierenden Arzt erlassenen Honorarbescheide auch als informatorische Mitteilungen erhalten hat, gelten für die Einlegung eines **Widerspruchs** die **Monats- bzw. Jahresfrist** nach §§ 84, 66 II SGG.

Hat eine KV bis zu BSG v. 03.03.1999, SozR 3-5540 Anl. 1 § 10 Nr. 1 die Auffassung vertreten, zwischen ihr und den Delegationspsychotherapeuten bestünden keine Rechtsbeziehungen, die diese dazu berechtigten, die an die delegierenden Ärzte gerichteten Honorarbescheide anzufechten, weil nur die Ärzte zur Einlegung von Widersprüchen befugt seien, und hat sie Widersprüche als unzulässig abgewiesen oder nicht bearbeitet, so liegt ein **atypischer Fall** vor, der das Ermessen der KV nach BSG, Urt. v. 22.06.2005, SozR 4-1300 § 44 Nr. 6, Rn. 14 von vornherein i. S. der Bescheidkorrektur und Nachvergütung als **Ermessensreduzierung auf Null** vorgeprägt hat. Dies gilt auch dann, wenn die Quartale länger als vier Jahre zurückliegen.

**SG Hannover**, Urt. v. 14.05.2003 – S 16 KA 273/01 - RID 03-03-06 verurteilte d. bekl. KV auf Neubescheidung und hierbei die Vergütung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Kl. in den Quartalen I/96 – II/98 auf der Basis eines Punktwertes von mindestens 8,5 Pfennig festzusetzen; im Übrigen (bzgl. der Quartale I-IV/93 u. II-IV/94) wies es die Klage ab; das **LSG** verpflichtete die Bekl., die Vergütung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen in den Quartalen II – IV/94 und I/96 – II/98 auf der Basis eines Punktwertes von 10 Pfg. neu festzusetzen; im Übrigen wies es die Klage ab.

## **C) PUNKTWERT FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN 1999 (KV HESSEN)**

**LSG Hessen, Urt. v. 25.10.2006 – L 4 KA 39/05 –**

**RID 07-01-03**

Punktwert, Honorarverteilung, Psychotherapeut

SGB V § 85 IV; EG PsychThG Art. 11

Die Regelungen des Artikels 11 EG PsychThG sind rechtmäßig, vgl. BSG, Urt. v. 06.11.2002 - B 6 KA 21/02 R -). Die Forderung nach einem grundsätzlichen Punktwert von 10 Pfennigen kann nur insoweit gelten, als der Gesamtvergütungs- Anteil für die psychotherapeutischen Leistungen allein durch den Honorarverteilungsmaßstab bestimmt wird und nicht unmittelbar durch Gesetz festgelegt ist.

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 13.04.2005 - S 28 KA 738/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.



## 2. VERGÜTUNG NEUROLOGEN UND PSYCHIATER (KV HESSEN II U. III/99, I – IV/00)

*LSG Hessen, Urt. v. 15.11.2006 – L 4 KA 19/05 –*

RID 07-01-04

Mindestpunktwert, Angemessenheit der Vergütung, Punktwert, Verteilungsgerechtigkeit

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

Aus dem Umstand, dass der Bewertungsausschuss entsprechend der gesetzlichen Regelung in § 85 IV 4 SGB V die Fachgruppe der Ärzte für Neurologie und Psychiatrie, auch soweit sie die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen aus Abschnitt G IV EBM nicht nur nebenbei und nicht nur in quantitativer Hinsicht in ganz untergeordnetem Umfang erbringen, in die **Garantie eines Mindestpunktwerts** nicht einbezogen hat, soweit diese Leistungen nicht **90% des Gesamtleistungsbedarfs** ausmachen, folgt weder ein Verstoß gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung mit der Folge eines subjektiv öffentlichen Rechts auf Korrektur der Vergütung, noch verstößt die hieraus folgende unterschiedliche Höhe des Punktwerts für gleiche Leistungen aus unterschiedlichen Honorartöpfen gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit.

Eine Verletzung der Obliegenheit, auf eine **angemessene Vergütung** ärztlicher Leistungen hinzuwirken, könnte allenfalls dann vorliegen, wenn flächendeckend und unabhängig von Besonderheiten in einzelnen Regionen und/oder bei einzelnen Arztgruppen ein Vergütungsniveau zu beobachten wäre, das mangels ausreichenden finanziellen Anreizes zu vertragsärztlicher Tätigkeit zur Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten führt (so zutreffend: BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 4/04 R -). Eine solche Situation hat in den streitbefangenen Quartalen offensichtlich nicht bestanden und scheint auch bis heute für die **Arztgruppe der Nervenärzte** nicht zu bestehen.

Es besteht keine **Stützungsverpflichtung** der KV Hessen bezüglich der **Fachgruppe der Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie**, auch wenn der Punktwert für psychotherapeutische Leistungen nach Abschnitt G IV EBM in dieser Fachgruppe um 15 % oder mehr niedriger sein sollte als der in der Fachgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten festgelegte Punktwert.

Die klagende Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie hat sich auf psychotherapeutische Leistungen spezialisiert, allerdings ohne dass diese Leistungen in den hier streitigen Quartalen 90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs ausmachen würden. Sie begehrte ein höheres Honorar mit der Begründung, der floatende Punktwert stelle gegenüber den festen Punktwerten für invasive kardiologische und angiologische Leistungen eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung dar. Dies gelte auch bzgl. der psychotherapeutischen Leistungen im Vergleich zur Gruppe der Ärzte für psychotherapeutische Medizin und psychologische Psychotherapeuten bzw. solchen Psychotherapeuten, die mehr als 90 % ihrer Leistungen als Psychotherapie erbringen, denn die Gründe für die Stützung träfen auf die Gruppe der Neurologen und Psychiater, hinsichtlich der von ihnen erbrachten psychotherapeutischen Leistungen, genauso zu. Außerdem liege ein Verstoß gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Angemessenheit der Vergütung vor. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 24.11.2004 - S 29 KA 2609/01 verb. m. S 29 KA 4500/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 3. INDIVIDUALBUDGET

### A) PUNKTZAHLGRENZWERT

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.10.2006 – L 11 KA 126/04 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-05

Individualbudget, Leistungsbudget, Punktzahlengrenzwert, Praxisvorgänger, Praxisübernahme

SGB V § 85 IV

Ein Individualbudget in einem HVM (hier: Quartal III/00), wonach jede vertragsärztliche Praxis ein individuelles Leistungsbudget (Punktzahlengrenzwert) erhält, über dieser Grenze liegende Abrechnungspunktzahlen nicht vergütet werden, wobei das Individualbudget aus den Umsätzen der Quartale III/97 bis II/98 ermittelt wird und der Umsatz nach Abzug von 3 % für Finanzierungen neu niedergelassener Ärzte sowie des Wachstums unterdurchschnittlich abrechnender Praxen mit dem Faktor 10 multipliziert wird und die das maximal zulässige Punktzahlvolumen mit der Fachgruppenquote multipliziert und die so errechnete Punktmenge mit 10 Pf. bzw. 5,11 Cent vergütet wird, ist zulässig. Es besteht kein Anspruch darauf, das gleiche Punktmengenvolumen abrechnen zu dürfen wie der Praxisvorgänger unter den Bedingungen eines floatenden Punktwertes.

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 03.11.2004 - S 17 KA 29/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **B) FACHGRUPPENBEZOGENES HONORARKONTINGENT FÜR ANÄSTHESISTEN (KV NIEDERSACHSEN I/96 BIS I/97)**

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2006 – L 3 KA 449/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-06**  
*Revision eingelegt: B 6 KA 43/06 R*

Honorarverteilung, Honorarkontingent, Punktwert, Anästhesist, Honorarverteilungsgerechtigkeit  
SGB V § 85 IV; GG Art. 3 I, 12 I

**Leitsatz:** Bei der Prüfung, ob angesichts des Punktwertverfalls innerhalb eines Honorarkontingents eine Änderung oder Weiterentwicklung des zu Grunde liegenden Honorarverteilungsmaßstabs zu erfolgen hat, kann die Kassenärztliche Vereinigung als dem entgegenstehenden Gesichtspunkt auch berücksichtigen, dass die zum Punktwertverfall führende Leistungsausweitung gleichzeitig zu überproportionalen Mehreinnahmen in einer anderen Sparte (hier: Zuschläge für ambulante Operationsleistungen bei Anästhesisten) geführt hat.

*SG Hannover, Urt. v. 27.08.2003 - S 16 KA 1264/98 -* verurteilte die Bekl., der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts eine höhere Vergütung für Anästhesieleistungen (Quartale I/96 bis I/97) zu gewähren und ihr entsprechend geänderte Honorarbescheide zu erteilen; das *LSG* wies die Klage ab; danach steht die Honorarverteilung auf der Grundlage fachgruppenbezogener Honorarkontingente der KV Niedersachsen in den Quartalen I/96 bis I/97 und mit dem Ergebnis unterschiedlicher Punktwerte insbesondere für die Gruppe der Anästhesisten mit höherrangigem Recht in Einklang.

## **4. KEIN HÖHERES HONORAR FÜR GASTROENTEROLOGISCHE LEISTUNGEN (KV BRANDENBURG 1999)**

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.09.2006 – L 7 KA 13/02 -25 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-07**  
Gastroenterologie, Versorgungsgefährdung, Honorar, Honoraranspruch  
SGB V §§ 72 II, 80 III, 85 III, IV; GG Art. 12 I

Ein Anspruch auf **ein höheres Honorar für gastroenterologische Leistungen** ist nicht unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung gegeben. Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Gastroenterologie 1999 im Zuständigkeitsbereich der KV Brandenburg gefährdet war, bestehen nicht.

Ein Anspruch auf eine höhere Vergütung für einen **Teilbereich des Leistungsspektrums** besteht nicht. Das BSG hat wiederholt entschieden, dass dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung insgesamt eine **"Mischkalkulation"** zugrunde liegt. Dies bedeutet, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Entscheidend ist nämlich, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, die in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen den Ärzten hinreichenden Anlass zur Mitwirkung an der vertragsärztlichen Versorgung bietet (BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 29).

Der Kl. ist Facharzt für Innere Medizin und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. In den Quartalen I u. II/99 wurden nach § 4 III HVM zentrale Honorarfonds sowie spezielle Fachgruppenhonorarfonds, u. a. getrennt für die Fachgruppe der hausärztlichen und fachärztlichen Internisten, gebildet. Innerhalb der **speziellen Honorarfonds der Fachgruppen** wurde ein durchschnittlicher Punktwert über alle Leistungen des jeweiligen Fachgruppenhonorarfonds als Verhältnis zwischen dem zur Verfügung stehenden Teil der Gesamtvergütung zu den anerkannten Punktzahlen gebildet. Mit diesem Punktwert wurden gemäß § 6 Abs. 4 HVM die Leistungen von nicht praxisbudgetierten Beteiligten des jeweiligen Fachgruppenhonorarfonds unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzungs- und Interventionsregelungen vergütet. Für die praxisbudgetierten Leistungen von praxisbudgetierten Beteiligten des jeweiligen Fachgruppenhonorarfonds wurde ebenfalls unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzungs- und Interventionsregelungen ein fester Punktwert in Höhe von 7,49 DPf. gezahlt. Nicht praxisbudgetierte Leistungen von praxisbudgetierten Leistungserbringern des speziellen Fachgruppenhonorarfonds wurden mit dem Punktwert vergütet, der sich aus dem Verhältnis des zur Verfügung stehenden Honorarfonds der jeweiligen Fachgruppe nach Vergütung der Leistungen nicht praxisbudgetierter Beteiligter und der budgetierten Leistungen zu den anerkannten Punkten dieser Fachgruppe unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzungs- und Interventionsregelungen errechnet. Unterschritt der Punktwert für nicht praxisbudgetierte Leistungen von praxisbudgetierten Leistungserbringern in einzelnen speziellen Fachgruppenhonorarfonds den Wert von 4,0 DPf., so wurde der anerkannte Leistungsbedarf für nicht praxisbudgetierte Leistungen von praxisbudgetierten Beteiligten quotiert, so dass ein Punktwert von 4,0 DPf. nicht unterschritten wurde. Dies hatte zur Folge, dass die **gastroenterologischen Leistungen der hausärztlich tätigen Internisten** im Quartal I/99 bzw. II/99 im Primärkassenbereich nach einer Quotierung auf 80%/97,5%

des angeforderten Leistungsbedarfs mit einem Punktwert von 4,0 DPf./4,0 DPf. (bereinigter Punktwert ohne Quotierung: 3,2 DPf./3,9 DPf.) und im Ersatzkassenbereich mit einem Punktwert von 6,8 DPf./7,7 DPf. (Quote: 100 %/100 %) vergütet wurden. Im Quartal I/99 bzw. II/99 erhielt der Kläger danach 145.650,47 DM/118.208,30 DM Honorar für 1.427/1.160 Behandlungsfälle mit einem durchschnittlichen Fallwert von 102,07 DM/101,90 DM. Der durchschnittliche Fallwert der Fachgruppe der hausärztlichen Internisten belief sich in diesem Quartal auf 80,04/83,32 DM. Der **Kl. trug u.a. vor**, spezielle Fachgruppenhonorarfonds stünden unter dem Vorbehalt einer sachlichen Rechtfertigung. An einer solchen sachlichen Rechtfertigung fehle es jedenfalls im Falle der endoskopisch tätigen Internisten. Im Ergebnis erfolge die Leistungsausweitung der gesamten Fachgruppe ausschließlich auf Kosten der Vergütung der nicht praxisbudgetierten Leistungen. Der spezialisierte Internist mit gastroenterologischem Schwerpunkt werde somit innerhalb seiner Fachgruppe ganz überproportional und sachwidrig benachteiligt. § 6 HVM sei auch verfassungswidrig, da die Vergütung gastroenterologischer Leistungen nicht mehr kostendeckend sei. Dies sei erst bei einem Punktwert von 8,0 DPf. der Fall. **SG Potsdam**, Urt. v. 13.03.2002 - S 1 KA 170/00 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelverfahren: SG Potsdam**, Urt. v. 13.03.2002 - S 1 KA 144/00 -

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 13.09.2006 – L 7 KA 14/02\*25 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-08**

**SG Potsdam**, Urt. v. 13.03.2002 - S 1 KA 168/00 -

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 13.09.2006 – L 7 KA 12/02\*25 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-09**

## 5. HONORARKONTINGENT FÜR POLIKLINIKEN (§ 311 II SGB V)

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 22.11.2006 – L 7 KA 126/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-10**

**Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt - B 6 KA 5/07 B**

Honorarkontingent, Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit, Poliklinik  
SGB V §§ 85 II, 311 II

Ein HVM kann ein Honorarkontingent für Leistungen der Einrichtungen nach § 311 II SGB V vorsehen, aus dem auch die von den Einrichtungen erbrachten Leistungen der hausärztlichen Grundvergütung vergütet werden. Der HVM kann eine Anpassung unter Berücksichtigung der Entwicklung der Zahl der Beteiligten in den speziellen Fachgruppenhonorarfonds vorsehen.

Die Kl. ist eine im Beitrittsgebiet bestehende ärztlich geleitete Gesundheitseinrichtung nach § 311 II SGB V. Im hier streitbefangenen Quartal I/97 erbrachte sie Leistungen durch insgesamt elf zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte, vier Allgemeinmediziner/Hausärzte, jeweils einen Chirurgen, einen Gynäkologen, einen HNO-Arzt, einen Hautarzt, einen Kinderarzt sowie zwei Internisten/Hausärzte. **SG Potsdam**, Urt. v. 23.02.2002 - S 1 KA 146/98 - wies die auf ein höheres Honorar gerichtete Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelverfahren: SG Potsdam**, Urt. v. 18.07.2001 - S 1 KA 330/99 -

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 22.11.2006 – L 7 KA 36/01-25 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-11**

## 6. VERGÜTUNG RADIOLOGISCHER LEISTUNGEN:(KV SACHSEN IV/99 BIS I/01)

**LSG Sachsen**, Urt. v. 19.04.2006 – L 1 KA 10/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-12**

Radiologe, Fonds, Vergütung, Honorarverteilung  
SGB V § 85 IV

Die Honorarverteilungsregelungen der KV Sachsen und deren Anwendung sind – soweit sie für den Anspruch eines Radiologen in den Quartalen IV/99 bis I/01 auf höheres Honorar relevant sind – rechtlich nicht zu beanstanden. Die KV war berechtigt, in ihrem HVM einen **Fonds für die Arztgruppe der Radiologen** vorzusehen. Dieser Fonds ist von seinem Zuschnitt her weder durch die Auflösung des CT/MRT-Fonds noch in der Folgezeit rechtswidrig geworden. Es besteht auch kein Anspruch darauf, dass der günstige Punktwert für die konventionell radiologische Leistungen, wie er vor Auflösung des CT/MRT-Fonds bestanden hatte, weiterhin Anwendung findet. Schließlich führt auch der Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung zu keinem höheren Honorarverteilungsanspruch.

**SG Dresden**, Urt. v. 22.01.2003 - S 11 KA 145/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 7. VERGÜTUNG VON LABORLEISTUNGEN (KV SACHSEN PUNKTWERT QUARTALE III/96 BIS IV/97)

*LSG Sachsen, Urt. v. 29.08.2006 – L 1 KA 20/01* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-13

Laborleistung, Laborarzt, Punktwert, Fachgruppe, Vergütung  
SGB V § 85 IV

Die Honorarverteilungsregelungen der KV Sachsen bzgl. der Vergütung von Laborleistungen, insbesondere deren Punktwert, in den Quartalen III/1996 bis IV/1997 sind – soweit sie für den Anspruch der Klägerinnen auf höheres Honorar relevant sind – rechtlich nicht zu beanstanden. Die KV war berechtigt, in ihrem HVM einen Fonds für die Fachgruppe der Laborärzte vorzusehen. Es bestehen keine durchgreifenden Bedenken dagegen, dass beim Zuschnitt des Fonds der Laborärzte auf den Durchschnittsanteil dieser Fachgruppe an der Gesamtvergütung im entsprechenden Quartal des Jahres 1995 bzw. im gesamten Jahr 1995 abgestellt wurde. Ein höherer Honoraranspruch besteht auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung.

*SG Dresden, Urt. v. 21.03.2001 - S 11 KA 58/95* – wies die Klage bzgl. der im Berufungsverfahren noch streitigen Quartale ab, das *LSG* die Berufung zurück.

**Parallelverfahren:** *SG Dresden, Urt. v. 21.03.2001 - S 11 KA 280/97* –

*LSG Sachsen, Urt. v. 26.07.2006 – L 1 KA 21/01* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-14

## 8. FEHLERHAFT ABRECHNUNGSVOLUMINA IM REFERENZQUARTAL (HNO-ÄRZTE, KV SACHSEN I/02-II/03)

*LSG Sachsen, Urt. v. 18.10.2006 – L 1 KA 23/06* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-15

*Revision eingelegt - B 6 KA 3/07 R*

Honorartopf, Abrechnungsvolumen, Referenzquartal  
SGB V § 85 IV

Der HVM-Normgeber ist berechtigt, beim Zuschnitt der Honorartöpfe an die tatsächlich in einem Referenzzeitraum ausbezahlten Abrechnungsvolumina anzuknüpfen, ohne dass diese Volumina jeglicher rechtlichen Prüfung entzogen sind. Dabei muss die KV nicht zwingend jeden Rechtsfehler (vgl. BSG, Beschl. v. 22.06.2005 - B 6 KA 68/04 B - RID 05-04-55) korrigieren, der diese Abrechnungsvolumina beeinflusst. Vielmehr steht ihr auch insoweit ein Gestaltungsspielraum zu, dessen Grenzen sie nicht dadurch überschreitet, dass sie die Gesamtvergütungsanteile in dem Referenzquartal III/00 der Honorarverteilung für die nachfolgenden Zeiträume zugrunde legte, ohne dabei zu verlangen, dass alle Rechtsfehler, die bei der Berechnung der Vergütungen im Referenzzeitraum geschehen sind, korrigiert werden.

*SG Dresden, Gerichtsbb. v. 03.05.2004 - S 11 KA 952/02* - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

**Parallelverfahren:** *SG Dresden, Urt. v. 17.12.2003 - S 15 KA 895/01* – (Quartale IV/00 bis II/01)

*LSG Sachsen, Urt. v. 18.10.2006 – L 1 KA 14/06* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-16

*Revision eingelegt - B 6 KA 2/07 R*

## 9. HÄRTEFALLREGELUNG UND ERMÄCHTIGUNG DES VORSTANDES

*LSG Hessen, Urt. v. 15.11.2006 – L 4 KA 43/05* –

RID 07-01-17

Härtefall, Härtefallregelung, Vorstand, Ermessen, Richtlinie,  
SGB V § 85 IV

Ein HVM kann in einer **Härtefallregelung** die **Ermächtigung des Vorstandes** der KV vorsehen, im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen über das Vorliegen eines Härtefalles sowie über Art und Umfang der Abhilfe zu entscheiden.

Eine Verpflichtung, im Rahmen der Härtefallregelung eine allgemein gehaltene Ausnahmeregelung für sog. **junge Praxen** aufzunehmen, besteht nicht, wenn der HVM bereits eine ausreichende Sonderregelung für die sog. junge Arztpraxis im Bereich einer Fallzahlbegrenzungsregelung enthält.

Bei Anwendung der Härtefallregelung kann sich der Vorstand durch **Richtlinien zur Ermessensausübung** selbst binden.

Es ist nicht willkürlich, wenn ein begründeter Härtefall, der durch EBM und HVM bedingt ist, dann ausgeschlossen ist, wenn die Fallwertdifferenz zu den beiden herangezogenen Vergleichsquartalen aus 1995 und 1996 nicht die **20 %-Grenze** überschreitet.

Der Kl. ist seit März 1996 als Hautarzt mit der Zusatzbezeichnung Allergologie zugelassen. Für das Quartal III/97 beantragte er erfolglos Zahlungen nach folgender Härtefallregelung: „Der Vorstand wird ermächtigt, auf Antrag in begründeten Härtefällen, die durch den EBM und den HVM bedingt sind, dem

Härtefall abzuwenden. Die entsprechenden Zahlungen gehen zu Lasten der Honorargruppe, der die Arztpraxis zugeordnet ist“. *SG Frankfurt a. M.*, Gerichtsbs. v. 15.06.2005 - S 29 KA 2853/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 10. PRAXISBUDGETS

### A) ERWEITERUNG DES PRAXISBUDGETS: ALLGEMEINARZT FÜR CHIRURGISCHE LEISTUNGEN

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20. 09.2006 – L 7 KA 3/03\*25 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-18**  
Honorarverteilung, Versorgungsbedarf, Allgemeinmediziner, Durchgangsarzt, Chirurgie  
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM Nr. 4.3 Allg. Best. Teil B

Sind die schon bisher erbrachten chirurgischen Leistungen nicht Ausdruck eines besonderen Versorgungsbedarfs, der sich in einem gegenüber seiner Arztgruppe der Allgemeinmediziner/Praktischen Ärzte überdurchschnittlichen Überweisungsanteil ausdrücken müsste, sondern Ausdruck einer selbst geschaffenen Nachfrage, die als Folge der Tätigkeit als Durchgangsarzt und der bereits im Jahre 1998 erteilten Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung ambulanter Operationen entstanden ist, so besteht kein Anspruch auf Erweiterung des Praxisbudgets.

*SG Potsdam*, Urt. v. 06.11.2002 - S 1 KA 337/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) ZULÄSSIGER ZUSCHLAG FÜR GEMEINSCHAFTSPRAXEN

*SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 14.11.2006 – S 3 KA 457/98 –* **RID 07-01-19**  
Honorarverteilung, Praxisbudget, Gemeinschaftspraxis, Einzelpraxis  
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A. I. Teil B Nr. 1.5

Die Aufschläge für Gemeinschaftspraxen nach dem EBM (hier: Quartale III/97 bis I/98) ist rechtmäßig und von dem weiten Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses gedeckt (vgl. BSG, Beschl. v. 28.01.2004 - B 6 KA 112/03 B - RID 04-02-121).

Das *SG* wies die Klage ab.

## 11. NACHTRÄGLICHE ABRECHNUNG/ABRECHNUNGSKORREKTUR

### A) AUSSCHLUSSFRIST FÜR ABRECHNUNG/ZUORDNUNG DER ABRECHNUNG ZU EINEM ARZT

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2006 – L 3 KA 17/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-20**  
Vertragsarzt, Honorarverteilungsmaßstab, Korrektur, Berichtigung, Arztabrechnung, Ausschlussfrist  
SGB V §§ 75 I 2, 76 I 2

Ein HVM kann bestimmen, dass **einzelne Behandlungsausweise**/Abrechnungsscheine des Arztes für die Honorarverteilung **unberücksichtigt** bleiben, wenn sie **später als zwölf Monate** nach dem festgesetzten Termin bei der Bezirksstelle eingereicht werden. Derartige HVM-Regelungen über **Ausschlussfristen** stehen nach verspäteter Einreichung von Abrechnungsscheinen mit höherrangigem Recht in Einklang (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 19). Bleiben **komplette Arztabrechnungen** für die Honorarverteilung unberücksichtigt, wenn sie später als **drei Monate** nach dem festgesetzten Abrechnungstermin bei der Bezirksstelle eingereicht werden, so stellt der völlige Verlust des Honoraranspruchs bei Terminüberschreitung aber eine Einschränkung des durch Artikel 12 I 2 GG geschützten Rechts der Vertragsärzte auf eine Honorierung ihrer Leistungen dar, so dass u. U. ein **unverhältnismäßiger Eingriff** mit der Folge der Nichtigkeit entsprechender HVM-Vorschriften vorliegen kann, wenn die Ausschlussfrist nicht weiter differenziert und abgestuft und insbesondere zu kurz bemessen ist (BSG a.a.O.).

Der Zugang von Abrechnungsscheinen "eines Arztes" kann aber nicht angenommen werden, wenn in ihnen **kein Arzt angegeben** oder kein Hinweis auf einen tatsächlich existierenden Arzt enthalten ist.

Die klagende Fachärztin für Innere Medizin und Arbeitsmedizin war nur privatärztlich niedergelassen, seit 1996 in Gemeinschaftspraxis mit Dr. F. Im März 2000 gingen bei der Bekl. Abrechnungsscheine der "Gemeinschaftspraxis G." in H. über Leistungen im Rahmen der Teilnahme am organisierten Notfalldienst für die Quartale IV/98 – IV/99 ein. Dabei handelte es sich in den Quartalen IV/98 und I/99 um insgesamt 405 bzw. 212 Fälle. Außerdem wurden der Bekl. für das Quartal IV/98 14 Notfallabrechnungen mit dem Stempel "Dres. F., I." vorgelegt. Nach Angaben der Bekl. wären die Fälle mit insgesamt 35.443,27 EUR zu vergüten (wovon nach Angaben der Kl. auf das Quartal I/99 11.908,04 EUR entfallen würden). Ermittlungen der Bekl. ergaben, dass die Kl. und der in H. niedergelassene Arzt J. ab dem 1. Quartal 2000 beabsichtigt hatten, unter der

genannten Bezeichnung in Gemeinschaftspraxis in H. zusammenzuarbeiten; hierzu sei es aber nicht gekommen. Übereinstimmend erklärten die beiden Ärzte in einem Gespräch im Juni 2000, dass die abgerechneten Leistungen ausschließlich von der Kl. im eigenen Namen in verschiedenen Notfalldienstbereichen der Bezirksstelle E. der Bekl. erbracht worden seien. Unter Bezugnahme auf dieses Gespräch lehnte es die Bekl. ab, die Abrechnungsscheine für die Quartale IV/98 und I/99 abzurechnen. Zur Begründung berief sie sich auf § 11 IX 2 ihrer Abrechnungsanweisung, nach der komplette Arztabrechnungen für die Honorarverteilung unberücksichtigt blieben, wenn sie später als drei Monate nach dem festgesetzten Termin bei der Bezirksstelle eingereicht würden. **SG Hannover**, Urt. v. 03.12.2003 - S 16 KA 182/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **B) KORREKTUR DER ABRECHNUNG DURCH VERTRAGSARZT/PRAxisGEBÜHR BEI NR. 3 EBM**

**SG Marburg**, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 290/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-21**

Vertragsarzt, Honorarverteilungsmaßstab, Praxisgebühr, Verwaltungsgebühr, Korrektur, Berichtigung  
SGB V in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung §§ 28 IV 1 und 2; 85 IV 1 u. 2; BMV-Ä § 18; EKV-Ä § 21  
Eine Bestimmung in einem Honorarverteilungsmaßstab, nach der der Vertragsarzt **Korrekturen** im Regelfall nur innerhalb von **sechs Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres** einreichen kann, ist zulässig.

Eine Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers liegt auch dann vor, wenn lediglich **Leistungen nach Nr. 3 EBM '96** erbracht werden. Auch dann hat der Versicherte ein Tätigwerden des Vertragsarztes veranlasst und wird die sog. Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro fällig.

Das **SG** wies die Klage ab.

## **12. VERWALTUNGSgebÜHREN FÜR ERSTATTUNG VON INTRAOKULARLINSEN**

**LSG Bayern**, Urt. v. 09.08.2006 – L 12 KA 320/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-22**

**Revision eingelegt: B 6 KA 1/07 R**

Intraokularlinse, Sprechstundenbedarf, Erstattungsbetrag, Äquivalenzprinzip, Verwaltungsgebühr, Kostendeckungsprinzip

SGB V § 81 I 3 Nr. 5; BMV-Ä § 44 V; EKV-Ä § 13 V; EBM Allg. Best. A.I.4  
Die Satzungsbestimmung einer KV, wonach auf die Sachkostenerstattung für bei ambulanten Star-Operationen implantierten Intraokularlinsen ein Verwaltungskostenbeitrag erhoben wird, verstößt nicht gegen höherrangiges Recht (Festhalten an **LSG Bayern**, Urt. v. 30.04.2003 – L 12 KA 145/01-RID 03-04-68 <Revision zurückgenommen>).

Die Kl. betreiben eine augenärztliche Gemeinschaftspraxis, in der sie unter anderem auch Intraokularlinsen einsetzen. Im Quartal I/98 bzw. /II/98 wurden von dem Honorar in Höhe von 2.965.308,50 DM/2.584.226,10 DM an Verwaltungskosten 72.650,03 DM/63.313,54 DM abgezogen. **SG München**, Urt. v. 17.03.2004 - S 32 KA 2542/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

S. a. **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 09.04.2003 - L 5 KA 3044/01 - RID 03-03-64, wonach gleichfalls keine Bedenken gegen die Erhebung der für alle ärztlichen Leistungen geltenden Verwaltungsgebühr (hier: 3 %) bestehen.

## **13. BESTANDSKRÄFTIGER HONORARbescheid: UNKENNTNIS EINER HÖCHSTRICHTERLICHEN RECHTSPRECHUNG**

**SG Marburg**, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 800/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-23**

Wiedereinsetzungsgrund, Klagefrist, Rechtsbehelf, Verwaltungsentscheidung, Honorarbescheid  
SGG §§ 67 I bis III, 84 II 3

Unkenntnis einer höchstrichterlichen Rechtsprechung ist kein Wiedereinsetzungsgrund. Mit der festen Vorgabe von Widerspruchs- und Klagefristen mutet der Gesetzgeber es dem Bürger zu, die Richtigkeit der Verwaltungsentscheidung innerhalb dieser Fristen zu überprüfen. Aufgrund der rechtsstaatlichen Gesetzesbindung der Verwaltung ist diese zu rechtmäßigem Handeln verpflichtet. Verlässt sich allerdings der Bürger hierauf und macht von den möglichen Rechtsbehelfen keinen Gebrauch, so geschieht dies in der Regel auf sein eigenes Risiko. Im Zweifel muss er, soll der Bescheid nicht bestandskräftig und eine Überprüfung im Instanzenzug ermöglicht werden, den Rechtsbehelf einlegen. Insofern besteht die Alternative tatsächlich darin, im Zweifel jede Abrechnung einer Kassenärztlichen Vereinigung anzufechten.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### 14. HONORARANSPRUCH GEGENÜBER KV IM INSOLVENZVERFAHREN

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KA 1549/05 –*

RID 07-01-24

Regelinsolvenzverfahren, Insolvenzverfahren, Abtretung, Abtretungserklärung  
SGB V § 85 IV; InsO §§ 287, 295

Eine **Abtretungserklärung** in einem **Insolvenzverfahren** nach **§ 291 II InsO** mit dem Vermerk, dass Schuldner, die eine selbständige Tätigkeit ausüben, verpflichtet sind, während der Laufzeit der Abtretungserklärung die Insolvenzgläubiger durch Zahlungen an den gerichtlich bestellten Treuhänder so zu stellen, wie wenn ein angemessenes Dienstverhältnis eingegangen wäre, gilt nach der Ankündigung einer Restschuldbefreiung (§ 291 InsO). In diesem Fall besteht der **Honoraranspruch gegenüber der KV** auf unmittelbare Auszahlung - nicht lediglich an den Insolvenzverwalter. Dies gilt auch dann, wenn auf den Zeitpunkt des Honorarbescheids abgestellt wird und dieser vor der Aufhebung des Insolvenzverfahrens ergangen ist. Der Grund für die Regelung in § 295 II InsO liegt darin, dass die Abtretung von Ansprüchen bei einer selbständigen Tätigkeit ausscheidet, weshalb in diesen Fällen der Schuldner stattdessen verpflichtet ist, Zahlungen an den Treuhänder für die Gläubiger zu erbringen. Dem Schuldner ist danach zuzugestehen, selbst zu beurteilen, welche Mittel er jeweils an den Treuhänder abführen kann.

Für die Feststellung, dass die Ablehnung von Abschlagszahlungen rechtswidrig war, fehlt es an einem Feststellungsinteresse, wenn eine Zulassung nicht mehr besteht und mit einer Neuzulassung nicht mehr zu rechnen ist.

Über das Vermögen des kl. Nervenarztes wurde im April 2000 das Insolvenzverfahren eröffnet. Am 06.06.2000 stellte er den Antrag auf Restschuldbefreiung (§ 287 InsO) mit einer Abtretungserklärung nach § 295 I u. II InsO. Mit Beschl. v. 10.04.2003 wurde ihm die Restschuldbefreiung angekündigt, mit Beschl. v. 20.10.2003 wurde das Regelinsolvenzverfahren aufgehoben. Wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit seit dem Quartal IV/04 wurde ihm im Juli 2001 die Zulassung entzogen, die hiergegen erhobene Klage blieb erfolglos (SG Stuttgart, Urt. v. 25.02.2002 – S 5 KA 2668/02 -; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 21.07.2004 – L 5 KA 1549/05 -; BSG, Beschl. v. 08.04.2005 – B 6 KA 69/04 B -). Im März 2000 kürzte die KV das Honorar für IV/99 um 42.888,07 Euro. Auf die hiergegen erhobene Klage verpflichtete SG Stuttgart, Urt. v. 25.02.2002 – S 5 KA 4133/00 – zur Nachvergütung; die Berufung der KV wies LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.04.2005 – L 5 KA 1570/03 – RID 05-03-22 mit der Maßgabe zurück, dass die KV die Vergütung nicht mit der Begründung versagen dürfe, die technischen Voraussetzungen oder die Herstellergarantie-Erklärung für das CT- bzw. MRT-Gerät hätten nicht vorgelegen. Im **Quartal II/03** erwirtschaftete der Kl. einen Honoraranspruch von 508,22 Euro, festgesetzt mit Bescheid v. 09.10.2003, den die Bekl. aufrechnete. **SG Stuttgart**, Urt. v. 21.03.2005 – S 5 KA 3141/04 – verurteilte die bekl. KV, zur Insolvenzmasse des Kl. 508,22 Euro für dessen vertragsärztliche Tätigkeit im Quartal II/03 zu zahlen und wies die Klage im Übrigen (Zahlung von Abschlagszahlungen) ab; auf Berufung d. Kl. verurteilte das **LSG** zur Zahlung an den Kl. selbst.

#### 15. KEINE VERGÜTUNG NACH AUSSCHIEDEN AUS ALTERSGRÜNDEN

*LSG Hessen, Urt. v. 20.12.2006 – L 4 KA 16/06 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-25

Zulassung, Altersgrenze, AntidiskriminierungsRL, Honoraranspruch, ungerechtfertigte Bereicherung  
SGB V § 95 VII; Richtlinie 2000/78/EG v. 27.11.2000

Die Regelung über die Altersgrenze nach § 95 VII ist auch weder unter verfassungs- noch europarechtlichen Gesichtspunkten zu beanstanden.

Für nach Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung erbrachte Leistungen besteht – in Übereinstimmung mit der Vorinstanz - auch aus dem Gesichtspunkt einer ungerechtfertigten Bereicherung kein Vergütungsanspruch.

**SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 23.01.2006 – S 12 KA 4/05 – RID 06-02-07 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 16. EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ

Vgl. zuletzt RID 06-03-A I 13 (S. 12); RID 05-02-A I 7 (S. 11); LSG Brandenburg, Beschl. v. 01.12.2003 – L 5 B 82/03 KA ER - RID 04-01-16; LSG Brandenburg, Beschl. v. 30.09.2003 – L 5 B 82/03 KA ER - RID 03-04-26.

### A) KEINE HÖHEREN HONORARZAHLUNGEN BEI FEHLENDER EXISTENZGEFÄHRDUNG

*LSG Hamburg, Beschl. v. 13.09.2006 – L 2 B 320/05 ER KA –*

RID 07-01-26

Rechtsnachteil, vorläufiger Rechtsschutz, Anordnungsgrund, Überschuss, Honorarzahung  
SGB V § 85 IV; SGG § 86b II

Bei honorarrelevanten Maßnahmen des Vertragsarztrechts drohen erheblicher Rechtsnachteile nur, wenn ohne vorläufigen Rechtsschutz der notwendige **Lebensunterhalt** des Antragstellers oder die **Existenz seiner Praxis** gefährdet wäre. Die Anforderungen an die „Wesentlichkeit“ der Nachteile sind auch nach Einfügung des § 86b SGG nicht geringer als davor zu fassen.

In der Regel besteht, soweit (höhere) Geldleistungen für die **Vergangenheit** in Streit sind, kein Anordnungsgrund.

Bei einem Überschuss von 50.000 Euro im Jahr abzüglich Steuer- und Vorsorgeaufwendungen von 36.000 Euro zuzüglich monatlicher Einnahmen von 1.000 Euro aus Gutachtertätigkeit (Einkommen im Ergebnis: 26.000 Euro) besteht kein Anordnungsgrund für höhere Honorarzahungen.

*SG Hamburg*, Beschl. v. 25.08.2006 – S 3 KA 126/05 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

### B) KEINE HÖHEREN HONORARZAHLUNGEN FÜR VERGANGENHEIT

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 15.09.2006 – L 7 B 90/06 KA ER –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 07-01-27

Rechtsnachteil, vorläufiger Rechtsschutz, Anordnungsgrund, Honorarzahung  
SGB V § 85 IV; SGG § 86b II

Ein Neubescheidungs- bzw. Leistungsbegehren, das ausschließlich auf einen in der **Vergangenheit** liegenden Zeitraum gerichtet ist, kann in einem einstweiligen Anordnungsverfahren keinen Erfolg haben. Durch die Versagung dieses Begehrens können keine wesentlichen Nachteile mehr entstehen, die durch den Erlass der auf eine zukünftige Regelung gerichteten einstweiligen Anordnung noch abwendet werden könnten.

*SG Potsdam*, Beschl. v. 30.03.2006 - S 1 KA 35/06 ER - wies Antrag, die KV im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, den Kl. über seine Honoraransprüche für das Quartal II/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, und hilfsweise, die KV im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihm eine Nachvergütung für seine vertragsärztliche Tätigkeit im Quartal II/2005 in Höhe von 8.000,00 Euro zu gewähren, ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

### C) FEHLENDER ANORDNUNGSGRUND BEI HONORAREINBUßE VON 5.792,26 €

*SG Hamburg, Beschl. v. 06.02.2006 – S 3 KA 165/05 ER –*

RID 07-01-28

Anordnungsgrund, Anordnung der aufschiebenden Wirkung  
SGB V § 85 IV 9; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Eine **Honorareinbuße von 5.792,26 €** genügt ohne weitere Darstellung der wirtschaftlichen Verhältnisse nicht, um bei einer offenen Rechtsfrage die Anordnung der aufschiebenden Wirkung anzuordnen und den Vollzug aufzuheben.

Das *SG* wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs gegen die Honorareinbehalte ab.



## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – **B 6 KA 32/05** u. **33/05** – ist bei den duplex-sonographischen Untersuchungen nach den Nrn 668, 686 und 687 EBM (a.F.) der Zuschlag nach Nr 689 EBM für die Durchführung als farbcodierte Duplex-Sonographie mehrfach - bezogen auf die einzelne Grundleistung - abrechenbar, wenn die Leistungen in einer Sitzung erbracht werden; vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 06-04 A II (S. 16); RID 05-04-A II (S. 9).

### 1. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG

#### A) DOPPELBEHANDLUNG IN PRAXISGEMEINSCHAFT

Vgl. zur Doppelbehandlung in Praxisgemeinschaften LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 30.05.2005 – L 5 ER 17/05 KA – RID 05-03-13; zur **verdeckten Gemeinschaftspraxis** s. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 22.04.2004 – L 3 KA 12/04 ER -RID 04-03-12; **SG Düsseldorf**, Urt. v. 04.08.2003 – S 2 KA 103/03 ER – RID 04-02-34 (Zulässiger Abzug von Doppelbehandlungen im Rahmen eines Time-Sharing Modells); **SG München**, Urt. v. 29.04.2003 – S 42 KA 1133/02 - RID 04-01-29 (Fehlerhafte Abrechnungssammelerklärung wegen gemeinschaftlicher Praxisausübung ohne Genehmigung sowie eines darin liegenden Verstoßes gegen die Überweisungsregeln), dort (S. 20) m.w.N.

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.12.2006 – L 11 KA 82/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-29**

Arztwahl, Praxisgemeinschaft, Notfallbehandlung, Vertretungsfall, Honorarberichtigung  
SGB V §§ 72, 76, 85 IV SGG; Zahnärzte-ZV § 32 I

Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung von Honoraranforderungen besteht auch im Falle der **missbräuchlichen Nutzung der Gestaltungsform der Praxisgemeinschaft** (**BSG**, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R - SozR 4-5520 § 33 Nr 6). Da Honorarbescheide stets als nur vorläufig anzusehen sind, stehen dieser Richtigstellungsbefugnis **Vertrauensschutzgesichtspunkte** nur in besonderen Konstellationen entgegen (vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 22). In der Rückforderung des Honorars liegt auch implizit eine (Teil-) **Aufhebung** der für die streitigen Quartale ergangenen Honorarbescheide.

Auch bei einer **Überschneidungsquote** (Doppelabrechnungen in einer fachgebietsgleichen Praxisgemeinschaft) von 37,6 % bzw. 38,2 % ist von einem Missbrauch auszugehen.

Wenn es nach BSG vom 22.03.2006 (aaO.) grundsätzlich erlaubt ist, gegen mit einer "unechten" Fallzahlvermehrung verbundene künstlich produzierte Honorarzuwächse vorzugehen, ist es auch sachgerecht, der Honorarberechnung eine **fiktive Zahl "echter" Behandlungsfälle** zugrunde zulegen.

Der kl. Vertragszahnarzt war bis zum 31.12.2002 Partner einer Praxisgemeinschaft, die (bezogen auf alle Mitglieder der Praxisgemeinschaft) werktäglich Öffnungszeiten von 07:00 Uhr bis 24:00 Uhr, an Wochenenden/Feiertagen von 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr anbietet. Die der Praxisgemeinschaft angehörenden Zahnärzte sind in unterschiedlichen Schichten anwesend. Der HVM sah in den streitbefangenen Quartalen (I/99 bis IV/00) eine fallzahlabhängige Vergütung vor. Im Jahre 1999 waren durchschnittlich 37,6 % der Patienten, im Jahre 2000 38,2 % der Patienten d. Kl. auch von Partnern der Praxisgemeinschaft behandelt worden. Der Kl. erwiderte, dass keine Überweisung an andere Partner erfolgt seien und lediglich bei Abwesenheit wegen Krankheit, Urlaub pp. Vertretungen erfolgten. Es sei allerdings bei Notfällen auch nicht auszuschließen, dass andere Zahnärzte die gleichen Patienten behandelten. Die bekl. KZV forderte Honorar in Höhe von 17.964,87 Euro zurück. Sie zog von den tatsächlich zur Abrechnung gelangten Fällen die mehrfach behandelten Fälle ab. Ein eigener Anteil des Kl. an diesen Fällen wurde in der Weise ermittelt, dass der Fall mit einem entsprechenden Bruchteil nach der Zahl der beteiligten Behandler berücksichtigt wurde (also bei zwei Behandlern mit 0,5, bei drei Behandlern mit 0,33). Nach Addition dieser Anteile wurde die Fallzahl um die von der Beklagten als vertretbar angesehene Quote von 10 % zulässiger Mehrfachbehandlungen erhöht. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 22.06.2005 - S 2 KA 24/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelverfahren: SG Düsseldorf**, Urt. v. 12.01.2005 - S 2 KA 20/04 -

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.12.2006 – L 11 KA 60/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-30**

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.12.2006 – L 11 KA 59/06** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-31**

Der kl. Arzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie führte gemeinsam mit einem anderen MKG bis zum 30.06.2001 eine Praxisgemeinschaft. Die Praxis war täglich von 8.00 Uhr bis 19.00 Uhr (für Notfälle bis 20.00 Uhr) geöffnet, wobei die Partner an einzelnen Nachmittagen abwesend waren. Im Jahre 1999 lag die Quote der Patienten, die sowohl vom Kläger wie seinem Partner behandelt wurden, in den einzelnen Quartalen zwischen 27,8 % bis 40,97 %, im Jahre 2000 lagen die Quoten zwischen 15,8 % bis 23,8 %. Die bekl. KV forderte Honorar für die Quartale I/99 bis IV/00 in Höhe von 8.097,48 Euro zurück. Ein Rückforderungsbescheid ist auch gegenüber dem früheren Partner des Klägers ergangen; dieser Bescheid ist nach Rücknahme der Berufung bestandskräftig geworden. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 05.05.2004 - S 2 KA 140/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## B) TAGESPROFILE: LEISTUNGSKOMPLEXE NUR EINMAL IM BEHANDLUNGSFALL

*SG Gotha, Urt. v. 26.07.2006 – S 7 KA 2343/04 –*

RID 07-01-32

Tagesprofil, Plausibilitätsprüfung, Leistungskomplex, Behandlungsfall, Quartalsleistung  
EBM Nrn. 1, 100, 102, 415

Für die Ermittlung der **Gesamtbehandlungszeit** des Arztes an einem **Tag** dürfen zunächst nur solche Leistungen in die Untersuchung einbezogen werden, die ein Tätigwerden des Arztes selbst voraussetzen, womit delegationsfähige Leistungen außer Betracht zu bleiben haben (BSG v. 24.11.1993 - 6 RKa 70/91 -). Hierzu gehören neben der Ordinationsgebühr gem. Nr. 1 EBM auch die sog. „Quartalsziffern“, die als Leistungskomplexe nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden dürfen, hier auch die Leistungen nach den Nrn 100 (Betreuung einer Schwangeren), 102 (differentialdiagnostische sonographische Abklärung) und 415 EBM (diagnostische und/oder therapeutische Anwendung von Lokalanästhetika). Der Zeitpunkt der Abrechnung solcher in mehreren Sitzungen erbringbaren behandlungsfallbezogenen Leistungen sagt nichts darüber aus, welchen (abschätzbaren) zeitlichen Umfang der am Tag der Leistungsabrechnung erbrachte Leistungsanteil eingenommen hat. Sie können daher bei Tagesprofilen nicht berücksichtigt werden. Die Gesamtstundenzahl der Quartalsleistungen kann auch **nicht anteilig** auf die einzelnen Arbeitstage „**umgerechnet**“ werden.

Die klagende Frauenärztin wandte sich gegen eine „Plausibilitätsprüfung“. Entsprechend den vom Vorstand hierzu beschlossenen Vorgaben ermittelte die bekl. KV zunächst anhand von Tagesprofilen die tägliche Arbeitszeit (außer den Wochenenden). Hierzu wurde nach Auswertung der Abrechnungsunterlagen der zeitliche Aufwand für die von der Kl. erbrachten und abgerechneten Leistungen je Arbeitstag zusammengeführt. Soweit der EBM hinsichtlich der in den Tagesprofilen berücksichtigten Leistungen keine Zeitvorgaben enthielt, legte die Bek. die vom Vorstand festgelegten Zeiteinheiten zugrunde. Ergab das auf diese Weise ermittelte Arbeitszeitprofil Arbeitstage mit einer Arbeitszeit von mehr als 14 Stunden, kürzte die Bekl. das Honorar in dem Ausmaß, das dem Anteil der quartalsbezogenen Summe der über einen 14-stündigen Arbeitstag hinausgehenden Arbeitsstunden an der für geprüfte Quartal ermittelten Gesamt-Arbeitszeit entspricht. Im Ergebnis des Überprüfungsverfahrens forderte die Beklagte Honorar in Höhe von 2.705,35 DM für das Quartal I/99, 2.124,83 DM für das Quartal II/99 und 1.537,90 DM für das Quartal III/99 zurück. Das **SG** gab der Klage statt.

## 2. SONOGRAPHIELEISTUNGEN: ERFORDERLICHE BILDDOKUMENTATION

*SG Düsseldorf, Urt. v. 20.12.2006 – S 2 (17) KA 276/03 –* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-33

Sonographieleistung, Bilddokumentation

§ 45 BMV-Ä; § 34 EKV-Ä; EBM Nrn. 102, 381, 388

Nach der Einleitung zu Kapitel C VII. EBM ist die **Bilddokumentation der untersuchten Organe** obligater Bestandteil der Sonographieleistungen. Die Bilddokumentation von Sonographieleistungen muss - um Verwechslungen sicher auszuschließen - mit eindeutiger Identifizierung des Patienten (Name, Geburtsdatum oder Identifikationskriterium) und ggf. dem Namen des Untersuchers erfolgen. Fehlt diese, so kann die Leistung (hier: Nrn. 381, 388 und 102 EBM) sachlich-rechnerisch berichtigt werden. Bringt eine Vertragsärztin ihr fehlerhaftes Verständnis von der erforderlichen Bilddokumentation grundsätzlich zum Ausdruck, kann davon ausgegangen werden, dass der aufgedeckte Abrechnungsfehler in sämtlichen streitbefangenen Quartalen vorhanden war.

Im Jahre 2001 führte die Bekl. aufgrund einer Stichprobenauswahl bei der Kl., einer Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, eine Plausibilitätskontrolle durch. Sie kürzte die Häufigkeit des Ansatzes der Ziffer 17 um 60 % in I/97 bis IV/00, der EBM-Ziffern 169, 3500 und 3602 um 70 % von I/97 bis IV/00 und der EBM-Nr. 166 auf den Fachgruppendurchschnitt von Quartal I/96 bis III/00. Die Sonographieleistungen nach den GO-Nrn. 381 PB, 381, 388 (28), 388 und 102 würden von I/96 bis IV/00 auf Null gekürzt. Sie bezifferte die rechnerische Berichtigung auf einen Betrag von 254.068,49 DM. Im Widerspruchsbescheid half die Bekl. teilweise ab, als die sachlich-rechnerischen Berichtigungen gemäß den Nrn. 17, 169, 3500 und 3620 EBM aufgehoben wurden. Der Rückforderungsbetrag reduzierte sich um 23.982,48 EUR auf 105.920,68 EUR. Zur Begründung führte sie aus, betreffend die **Sonographieleistungen** sei festgestellt worden, dass bei den durchgeführten Leistungen nach den Nrn. 381 und 388 EBM die **Organe nicht vollständig** abgebildet gewesen seien, es habe keine ausreichende **Bilddokumentation** bestanden. Auf den Ultraschallaufnahmen sei weder der **Name der Patientin** noch eine **Kennziffer** auf dem Bild ersichtlich. Eine Zuordnung zu einer bestimmten Patientin sei im Nachhinein nicht möglich gewesen. Auch hätten bei den **Zysten die Seitenangaben** gefehlt. Für das Quartal I/01 kürzte sie das Honorar für Sonographieleistungen um weitere 9.108,10 EUR. Das **SG** wies die Klage ab.

### **3. KINDER- UND JUGENDMEDIZIN: FACHÄRZTL. LEISTUNGEN BEI TEILNAHME AN HAUSÄRZTL. VERSORGUNG**

**LSG Hessen, Urt. v. 20.12.2006 – L 4 KA 41/06 –**

**RID 07-01-34**

Kinder- und Jugendmedizin, Kinderarzt, hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung  
SGB V §§ 73 I, 87 I 1, II 1, IIa 5; BMV-Ä § 45; EKV-Ä § 34

Die Nichtabrechenbarkeit der Leistungen nach den Nr. 1218, 1219, 1230, 1500, 1543, 1545, 2213 und 2619 EBM für einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, ist nicht zu beanstanden. Die Beschränkung der Abrechenbarkeit dieser Leistungen auf den jeweiligen fachärztlichen Bereich verstößt nicht gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz, denn hierfür sind sachliche Gründe offenkundig, weil es sich sämtlich um Leistungen handelt, bei denen die Annahme einer besseren Kompetenz des Facharztes gegenüber dem Haus- oder Kinderarzt jedenfalls nicht fehlerhaft ist. Darüber hinaus mögen auch Kostendämpfungsgesichtspunkte dafür sprechen, dass die hier streitigen Leistungen nur von den jeweiligen Fachärzten und nicht auch von Hausärzten oder Kinderärzten abgerechnet werden können.

**SG Marburg, Urt. v. 29.03.2006 – S 12 KA 84/05 –RID 06-02-11** wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### **4. NR. 16 EBM UND CARINOMA IN SITU**

**SG Hamburg, Urt. v. 28.06.2006 – S 3 KA 61/04 –**

**RID 07-01-35**

Carinoma in situ, Tumor, Behandlung  
BMV-Ä § 45; EKV-Ä § 34; EBM Nr. 16

Bei einem Carinoma in situ bedarf der Patient noch keiner tumorspezifischen Behandlung und kann die Nr. 16 EBM nicht abgerechnet werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

### **5. DIALYSESACHKOSTEN (WOCHEPAUSCHALE) BEI VERGESSENER ABRECHNUNG ÄRZTLICHER LEISTUNG**

**SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 888/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de**

**RID 07-01-36**

Honorarverteilungsmaßstab, Abrechnung, Korrektur, Abrechnungskorrektur, Dialysesachkosten, Wochenpauschale

§ 45 BMV-Ä; § 34 EKV-Ä

Eine Bestimmung in einem Honorarverteilungsmaßstab, nach der der Vertragsarzt Korrekturen im Regelfall nur innerhalb von sechs Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres einreichen kann, ist zulässig.

Werden Dialysesachkosten (Wochenpauschale) abgesetzt, weil der Vertragsarzt nur eine statt der erforderlichen zwei ärztlichen Leistungen in einer Woche abgerechnet hat, so kann eine sachlich-rechnerische Berichtigung erfolgen. Der Einwand, bei der fehlenden Abrechnung handele es sich um schlichtes Versehen, ist nach Maßgabe der allgemeinen Satzungsbestimmungen zur Abrechnungskorrektur zu beurteilen.

Das **SG** wies die Klage ab.

### **6. SACHKOSTENERSTATTUNG NUR AUF NACHWEIS**

**SG Hamburg, Gerichtsb. v. 30.10.2006 – S 3 KA 402/03 –**

**RID 07-01-37**

Sachkosten, Nachweis  
BMV-Ä § 45 V; EKV-Ä § 34 III

Sachkosten sind nur nach Nachweis zu erstatten

Das **SG** wies die Klage ab.

## 7. SPRECHSTUNDENBEDARF: INTERVENTIONS- UND SPINALKANÜLEN

*SG Hamburg, Gerichtsb. v. 21.09.2006 – S 27 KA 100/03 –*

RID 07-01-38

Interventionskanüle, Spinalkanüle, Sprechstundenbedarf, Einmalkanüle, Einmalinfusionsbesteck  
EBM 1996 A I Allg. Best. Teil A Nr. 2, Nr. 4

Interventions- und Spinalkanülen sind als Sprechstundenbedarf nicht verordnungsfähig, denn es handelt sich um Einmalkanülen i. S. d. A I Allg. Best. Teil A Nr. 2 EBM und nicht um Einmalinfusionsbestecke etc. nach Nr. 4.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 8. ANORDNUNG DER AUFSCHIEBENDEN WIRKUNG NACH PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNGEN

*LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 21.12.2006 – L 7 B 117/06 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de* RID 07-01-39

Aufschiebende Wirkung, Plausibilitätsprüfung, angestellter Arzt, Anordnungsgrund, Abschlagzahlung  
SGB V § 85 IV 9; SGG § 86a I, 86b I; Ärzte-ZV §§ 32, 32b

Die Beschwerde der Ast gegen *SG Berlin*, Beschl. v. 05.09.2006– S 71 KA 361/06 ER – RID 06-04-21 wird aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurückgewiesen, insb. ist eine Existenzgefährdung der Vertragsarztpraxis nicht belegt.

### III. Fachkunde/Genehmigungen/Notdienst/Belegarztanerkennung

Nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – *B 6 KA 8/06* – kann ein Vertragsarzt nicht die Dialysegenehmigung eines Konkurrenten anfechten, da es an einer drittschützenden Wirkung als Voraussetzung für die Anfechtungsbefugnis im Fall defensiver Konkurrentenklagen fehlt; nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – *B 6 KA 11/06* – sind für den Nachweis der **Fachkunde** für das Richtlinienverfahren "**analytische Psychotherapie**" i.S. des § 95c SGB V i.V.m. § 12 IV PsychThG bzgl. der "dokumentierten Behandlungsfälle" nachvollziehbare und detaillierte Beschreibungen der Situation des Patienten zu Beginn der Behandlung, zu dem Behandlungsverlauf, der Reaktion des Patienten auf die fortschreitende Behandlung und dem Behandlungserfolg vorzulegen; s. ferner zuletzt RID 06-04-A III (S. 21); RID 05-04-A III (S. 13).

#### 1. FACHKUNDE PSYCHOTHERAPIE

##### A) UNZUREICHENDER FACHKUNDENACHWEIS FÜR RICHTLINIENVERFAHREN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.10.2006 – L 10 KA 20/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-01-40

Psychotherapeut, Psychotherapie, Fachkundenachweis, Prüfungskompetenz, Ausbildung, Richtlinienverfahren, Balintgruppe, autogenes Training  
SGB V § 95c; PsychThG § 12 III

Die **Prüfungskompetenz** der KV ist hinsichtlich der Fachkunde nach § 95c SGB V i.V.m. § 12 III PsychThG nicht dahingehend eingeschränkt, dass sie bescheinigte Ausbildungen zwingend als theoretische Ausbildung in einem Richtlinienverfahren zugrunde legen muss; insbesondere ist der Nachweis der Fachkunde nicht bereits durch die Approbation geführt.

Die **universitäre Ausbildung** ist nicht zu berücksichtigen, denn die in § 12 III PsychThG geforderte theoretische Ausbildung muss postgraduell durchgeführt worden sein (BSG, Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 59/04 R - und - B 6 KA 68/04 R -); etwas anderes kann lediglich im gewissen Umfang hinsichtlich des Richtlinienverfahrens der Verhaltenstherapie gelten (BSG, Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 68/04 R - SozR 4-2500 § 95c Nr 1).

Lässt sich aus einer **Bescheinigung** nicht herleiten, welche dieser Stunden sich auf das Richtlinienverfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie beziehen, so sind die darin bescheinigten Stunden nicht für die Fachkunde anzurechnen. Eine Teilnahme an **Balintgruppen** bzw. **autogenem Training** stellt keine theoretische Ausbildung dar.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 17.03.2004 - S 14 (33) KA 195/01 - wies die Klage (Eintragung in das Arztregister als Psychologischer Psychotherapeut) ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## B) ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE: LINDAUER PSYCHOTHERAPIEWOCHEN KEIN THEORIENACHWEIS

*SG Düsseldorf, Urt. v. 18.01.2006 – S 14 KA 189/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-01-41

*Berufung erhoben: LSG Nordrhein-Westfalen - L 10 KA 14/06 -*

Psychotherapeut, analytische Psychotherapie, Fachkundenachweis, Lindauer Psychotherapiewoche

SGB V §§ 95 X, 95c; Psychotherapie-Vb. § 16

Nach dem Übergangsrecht in § 16 II der Psychotherapie-Vereinbarung erhalten Psychologische Psychotherapeuten eine **Abrechnungsgenehmigung** für mehr als ein Verfahren nur dann, wenn gegenüber der KV die Erfüllung der Anforderungen nachgewiesen werden, die dem Zulassungsausschuss hätten nachgewiesen werden müssen, um die entsprechende Zulassung zu erhalten. Ausweislich des § 95 X SGB V ist hierfür erforderlich, dass der Fachkundenachweis nach § 95c Satz 2 Nr. 3 SGB V geführt wird.

Die Teilnahme an Lehrveranstaltungen während der sog. **Lindauer Psychotherapiewochen** ist nicht geeignet, die erforderliche theoretische Ausbildung für den Fachkundenachweis in analytischer Psychotherapie zu belegen.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 2. BINDUNG DER KV AN ERMÄCHTIGUNGSUMFANG: KEINE WEITERGEHENDE ABRECHNUNGSGENEHMIGUNG

*SG Hamburg, Urt. v. 31.05.2006 – S 3 KA 324/04 –*

RID 07-01-42

Zulassungsgremien, Ermächtigung, Gynäkologe, Abrechnungsgenehmigung

SGB V §§ 75, 116

Eine KV ist an die von den Zulassungsgremien beschränkte Ermächtigung (hier: Behandlung von Schwangeren mit gravierenden Risiken) gebunden und kann eine weitergehende Abrechnungsgenehmigung (hier für Leistungen nach Nr. 850 u. 851 EBM 1996 bzw. 35100 und 35110 EBM 2005) nicht erteilen.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 3. DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM KHK: KOORDINIERENDER ARZT

*LSG Hessen, Urt. v. 20.12.2006 – L 4 KA 44/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-01-43

Koronare Herzkrankheit, koordinierender Arzt, hausärztlichen Versorgung

SGB V §§ 73 Ia, 73a, 137f

**Leitsätze:** Die Vereinbarung zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms koronarer Herzkrankheit (DMP-KHK) in Hessen kann nach Treu und Glauben (§ 61 Satz 2 SGB X i.V.m. § 157 BGB) nicht ergänzend dahingehend ausgelegt werden, dass im Einzelfall auch Fachärzte als nur koordinierende Ärzte am Behandlungsprogramm teilnehmen können, obwohl sie an der fachärztlichen Versorgung im Rahmen des DMP-KHK nicht beteiligt sind.

Grundsätzlich gehört die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen zum Aufgabenbereich der hausärztlichen Versorgung (§ 73 I 2 Nr. 2 SGB V). Eine Abweichung von diesem Grundsatz bedarf der ausdrücklichen vertraglichen Regelung.

*SG Marburg, Urt. v. 29.03.2006 – S 12 KA 889/05 – RID 06-02-25* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 4. VORBEREITUNGSASSISTENTEN

### A) KEINE RÜCKWIRKENDE GENEHMIGUNG

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 12.07.2006 – L 3 KA 69/05 – MedR 2007, 71*

RID 07-01-44

*Revision eingelegt - B 6 KA 30/06 R*

Zahnarzt, Vorbereitungsassistent, Genehmigung

Zahnärzte-ZV §§ 3 III, 32 II, 32b; Ärzte-ZV §§ 3 III, 32 II, 32b

Die Tätigkeit eines zahnärztlichen Vorbereitungsassistenten bedarf der vorherigen Genehmigung durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung. Eine rückwirkende Genehmigung ist ausgeschlossen.

*SG Hannover* gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

## B) VORBEREITUNGSASSISTENTIN MIT ZAHNHEILKUNDEERLAUBNIS

**SG Mainz, Urt. v. 12.10.2006 – S 11 ER 194/06 KA –**

**RID 07-01-45**

Zahnarzt, Vorbereitungsassistent, Zahnheilkundeerlaubnis, Genehmigung, Approbation

SGG § 86b II; Zahnärzte-ZV §§ 3 II, III, 32 II, 32b; Ärzte-ZV §§ 3 II, III, 32 II, 32b; ZHG § 13

Eine vorläufige Erlaubnis zur Berufsausübung ist ausreichend für die Tätigkeit als Vorbereitungsassistentin. Eine Approbation ist nicht erforderlich (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 14.07.2005 – L 4 KA 21/05 ER – RID 05-03-26).

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. vorläufig bis zur Bestandskraft des Widerspruchbescheides einer erstinstanzlichen gerichtlichen Entscheidung, längstens aber bis zum 31.07.2007 die Beschäftigung des Beigeladenen als Vorbereitungsassistentin zu genehmigen.

## 5. WIDERRUF EINER GENEHMIGUNG ZUR ULTRASCHALL-UNTERSUCHUNG NACH KV-RICHTLINIE

**LSG Bayern, Urt. v. 27.09.2006 – L 12 KA 112/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de**

**RID 07-01-46**

Widerruf, Genehmigung, Ultraschall-Untersuchung, Orthopädie, Bundesausschuss, KV, Qualitätssicherung

SGB V §§ 75 VII, 92, 135, 136

Der **Widerruf einer Genehmigung** zur Erbringung ultraschalldiagnostischer Leistungen auf dem Gebiet der Orthopädie - Ultraschall-Diagnostik der Säuglingshüfte - kann auf Ziffer 4.6.2 der Bestimmungen gemäß § 136 I SGB V über Auswahl, Umfang, Verfahren und Beurteilung der Stichprobenprüfung zur Qualitätssicherung von sonographischen Untersuchungen der Hüftgelenke beim Säugling der KV Bayern v. 12.11.1994 gestützt werden.

Solange Richtlinien des Bundesausschusses nach § 92 SGB V nicht vorhanden sind, muss es bei den von der **KV** als für die Prüfung **zuständige Behörde** erlassenen Bestimmungen bleiben. Eine gewissermaßen ersatzweise Zuständigkeit der KBV für den Erlass derartiger Richtlinien lässt sich dem Gesetz zumindest seit dem 01.01.2000 nicht (mehr) entnehmen.

Dem kl. Orthopäden wurde 1985 die Genehmigung zur Ultraschall-Diagnostik der Säuglingshüfte auf dem Gebiet der Orthopädie erteilt. Nach einer Qualitätssicherungsmaßnahme widerrief die Bekl. im Jahr 2000 die Genehmigung mit sofortiger Wirkung. **SG München**, Urt. v. 18.03.2003 - S 42 KA 9167/00 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## 6. EBM 2005

Zur Instanzenrechtsprechung s. **SG Marburg**, Urt. v. 19.07.2006 – S 12 KA 23/06 – RID 06-03-39 (Keine Ermächtigungsgrundlage für KV zum Abweichen vom EBM, hier: Kinder- und Jugendmedizinerin); **SG Marburg**, Beschl. v. 22.05.2006 – S 12 KA 579/06 ER – RID 06-03-38 (Allgemeinmediziner und Anästhesieleistungen); **SG Marburg**, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 39/06 – RID 06-04-43 (Gastroenterologe u. pneumologische Leistungen, Nr. 13662 „Bronchoskopie“); **SG Marburg**, Beschl. v. 13.11.2006 – S 12 KA 972/06 ER – RID 06-04-74 (Internist ohne Schwerpunkt und Pneumologische Leistungen); **SG Marburg**, Urt. v. 03.05.2006 – S 12 KA 1234/05 – u. – S 12 KA 1235/05 - RID 06-02-26 u. 27 (Orthopäde und Kap. Physikalische und Rehabilitative Medizin, Nr. 27311 und 27332); **SG Marburg**, Urt. v. 03.05.2006 – S 12 KA 32/06 – RID 06-02-28 (Schmerztherapeutisch tätige Anästhesiologin beschränkt auf Kap. 5 EBM 2005); **SG Marburg**, Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 701/05 – RID 06-03-41 (Internisten: Ausnahme nach der Ergänzenden Vereinbarung <„schwerpunktmäßig“>) (Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 53/06); **SG Marburg**, Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 171/06 – RID 06-03-40 (Nrn. 01730, 01821, 01822 und 01828 - Rückwirkende Genehmigung) (Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 51/06); **SG Marburg**, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 657/06 – RID 06-04-44 (Kennzeichnungspflicht Nr. 5.3 Allg. Best. EBM 2005).

Nach **LSG Hessen**, Beschl. v. 18.12.2006 – L 4 KA 70/06 ER – RID 07-01 (diese Ausgabe) sind nur Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte befugt, die unter Ziffer 13.3.7 des EBM aufgeführten pneumologischen Leistungen abzurechnen, während Internisten ohne Schwerpunkt diese Abrechnungsmöglichkeit nicht zusteht, was auch für ermächtigte Ärzte gilt.

## A) ALS ALLGEMEINMEDIZINER ZUGELASSENER ANÄSTHESIOLOGE: ANÄSTHESIOLOGISCHE LEISTUNGEN

**SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 285/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de**

**RID 07-01-47**

Anästhesiologe, Allgemeinmediziner, praktischer Arzt, Genehmigung, Zulassungsstatus, Weiterbildung, haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich, Vertrauensschutz

SGB V §§ 72, 73 Ia 6, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6

Einem Facharzt für Anästhesiologie, der als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, kann eine **Genehmigung**

zur Abrechnung der **anästhesiologischen Leistungen** nach Kapitel 5 EBM 2005 nicht erteilt werden. Maßgeblich ist der Zulassungsstatus. Auf eine darüber hinausgehende fachärztliche Weiterbildung kommt es nicht an.

Die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich wird vom Gesetzgeber schon seit längerem vorgegeben. Von daher konnte kein **Vertrauen** darauf erwachsen, dass die bisherigen Abrechnungsmöglichkeiten für Allgemeinärzte weiterhin bestehen würden. Soweit nunmehr mit dem EBM 2005 die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich konsequent umgesetzt wird, hat dies Wirkungen für die Zukunft und bedurfte es keines besonderen Übergangsrechts. Im Übrigen liegt mit § 73 Ia 6 SGB V sachlich eine Übergangsvorschrift vor. Ferner war die Neuregelung des EBM 2005 absehbar.

Das **SG** wies die Klage ab.

**Parallelverfahren: SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 658/06 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 07-01-48**

## **B) UROLOGE: SCHWERPUNKT NACH NR. 30600 EBM 2005**

**SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 492/06 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)**

**RID 07-01-49**

EBM 2005, Versorgungsschwerpunkt, Urologe, Proktologie, Spezialisierung  
Nr. 30600 EBM 2005

Die Rechtsprechung des BSG zur Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" in Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM'96 kann auf den Begriff „**Versorgungsschwerpunkt**“ nach **Nr. 30600 EBM 2005** nicht vollständig übertragen werden. Entscheidend ist, dass im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliegt, die die Spezialisierung zum Ausdruck bringt, und dass auch die Leistung in absoluten Zahlen in nennenswertem Umfang erbracht werden, da nur dann die für das Fachgebiet atypische Spezialisierung gewährleistet, dass der Arzt die Methode so beherrscht wie die Arztgruppen, die allein aufgrund ihrer Weiterbildung für ein bestimmtes Fachgebiet diese Leistung erbringen können. Ein Schwerpunkt ist in erster Linie am Anteil der Patienten zu messen ist, die proktologisch nach Nr. 755 EBM'96 behandelt wurden. Bei Abrechnungshäufigkeiten eines Urologen von 237 bis 327 mal und zwischen 14 und 18 mal auf 100 Behandlungsfälle im Quartal gegenüber der Fachgruppe, in der die Leistung bei über 150 Praxen nur von höchstens bis zu 16 Praxen erbracht wird mit Häufigkeiten von 1 bis 3 mal auf 100 Behandlungsfälle liegt ein „Versorgungsschwerpunkt“ nach Nr. 30600 EBM 2005 vor.

Das **SG** gab der Klage statt.

## **C) GYNÄKOLOGE: HÄMATO-/ONKOLOGISCHE LEISTUNGEN NACH NR. 13500 EBM 2005**

**SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 1268/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)**

**RID 07-01-50**

Frauenarzt, Gynäkologe, Genehmigung, Hämatologische Leistungen, Onkologische Leistungen, EBM 2005  
6 SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u.

Einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe kann eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel 13.3.4 „Hämato-/Onkologische Leistungen“ und hierbei von Leistungen nach Nr. 13500 (Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung) und 13502 EBM 2005 (Komplex aplasieinduzierende/Toxizitäts-adaptierte Therapie) nicht erteilt werden. Er ist auf die Erbringung der Leistungen nach Kapitel 8 EBM 2005 beschränkt.

Das **SG** wies die Klage ab.

## **7. KEINE STATUSENTSCHEIDUNG FÜR DIE VERGANGENHEIT UND IM EILVERFAHREN**

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.09.2006 – L 7 B 18/06 KA ER – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 07-01-51**

Statusentscheidung, Vergangenheit, einstweiliger Rechtsschutz  
SGG § 86b II

Eine auf die **Vergangenheit bezogene Statusentscheidung** ist rechtlich nicht möglich, weil Entscheidungen, die einen vertragsärztlichen Status begründen oder ändern, jeweils nur mit Wirkung für die Zukunft herbeigeführt werden können. Darüber hinaus kann im Grundsatz eine Statusentscheidung in einem Verfahren des **einstweiligen Rechtsschutzes** auch sonst nicht

herbeigeführt werden, weil ein Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes darauf abzielt, vorläufige Regelungen herbeizuführen, während Statusentscheidungen stets endgültigen Charakter besitzen. In einem Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung beurteilt sich das Vorliegen eines Anordnungsgrundes nach dem Zeitpunkt, in dem das Gericht über den Eilantrag entscheidet; im Beschwerdeverfahren ist dies der Zeitpunkt der Beschwerdeentscheidung. Die rückwirkende Feststellung einer – einen zurückliegenden Zeitraum betreffenden – besonderen Dringlichkeit ist zwar rechtlich möglich, sie kann jedoch in aller Regel nicht mehr zur Bejahung eines Anordnungsgrundes führen.

**SG Berlin**, Beschl. v. 24.01.2006 - S 71 KA 419/05 ER – lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## 8. ÄRZTLICHER NOTDIENST

Zur **Heranziehung zum Notfalldienst** s. zuletzt **SG Marburg**, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 944/05 – RID 06-04-46 (Freistellung aus gesundheitlichen Gründen und Auswirkung auf Praxistätigkeit); **SG Marburg**, Urt. v. 18.01.2006 – S 12 KA 49/05 – RID 06-01-25 (Kumulation gesundheitlicher Gründe und nachteilige Auswirkung auf die allgemeine berufliche Tätigkeit als Befreiungstatbestand); **LSG Bayern**, Urt. v. 08.06.2005 – L 12 KA 369/04 – RID 05-04-20 (Revision anhängig: B 6 KA 43/05 R) (Verpflichtung auch der Fachärzte zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst); **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 16.02.2005 – L 11 KA 42/04 – RID 05-03-25 (Ungeeignetheit eines Pathologen) m.w.N.; zur Beschränkung von Notfalldiensten durch Verwaltungsvorschriften vgl. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 11.08.2005 – L 3 KA 78/05 ER – RID 05-04-21. Zur **Suspendierung vom Notdienst** vgl. **SG Marburg**, Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 712/05 – RID 06-03-42 (Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 52/06 -); zur **Umlage zur Notdienstgemeinschaft** nach Ausscheiden als Vertragsarzt s. **SG Marburg**, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 261/05 – RID 06-04-45

### A) EIGNUNG DER NERVENÄRZTE/FORTBILDUNGSMÖGLICHKEIT

**LSG Bayern**, Urt. v. 25.10.2006 – L 12 KA 677/04 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-52

#### **Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 8/07 B**

Bereitschaftsdienst, fachärztlicher Versorgungsbereich, Neurologe, Psychiater, Nervenarzt  
SGB V §§ 73 I, Ia, 75 I 1 u. 2, 79 III Ziff. 1, 81 I Ziff. 4, 95 III

Die Heranziehung von Ärzten, die dem **fachärztlichen Versorgungsbereich** angehören, zum **allgemeinen/hausärztlichen Bereitschaftsdienst** im Falle des Fehlens eines entsprechenden fachärztlichen Bereitschaftsdienstes verstößt nicht gegen höherrangiges Recht (siehe bereits **LSG Bayern**, Urt. v. 08.06.2005 – L 12 KA 369/04 – RID 05-04-20 und nachfolgend BSG, Urt. v. 06.09.2006 – B 6 KA 43/05).

Kraft ihrer medizinischen Grundausbildung und der Ablegung des ärztlichen Staatsexamens erscheinen im Grundsatz **sämtliche Vertragsärzte** aller Gebiete gleichermaßen, darunter auch sämtliche Nervenärzte, für eine Dienstteilnahme **geeignet** (BSG v. 15.09.1977 - SozR 2200 § 368n Nr. 12). Dies schließt die **Befreiung einzelner Arztgruppen** nach Maßgabe der Bereitschaftsdienstsatzungen nicht aus, solange nicht in sachwidriger Weise differenziert wird (Art. 12 GG, Art. 3 GG). Die **Befreiung** rechtfertigt sich aus der Tatsache, dass trotz Erwerb entsprechender Kenntnisse in der Ausbildung bestimmten Arztgruppen die Bereitschaftsdienstteilnahme kraft ihres an die Facharztbezeichnung anknüpfenden Zulassungsstatus unzumutbar sein kann, weil sie ihre erworbenen Kenntnisse aufgrund der Art ihrer täglichen Versorgungsarbeit nicht erhalten und pflegen können. Die Nichtbefreiung der Arztgruppe der Nervenärzte lässt einen Grundrechtsverstoß nicht erkennen. Eine besondere Praxisausrichtung in Gestalt der überwiegenden psychiatrischen Tätigkeit ist unerheblich.

Der Einwand **mangelnder Eignung** aufgrund Verflachung entsprechender allgemeinmedizinischer Kenntnisse vermag die Teilnahmeverpflichtung als unzumutbar erscheinen zu lassen, sofern dem Betroffenen innerhalb einer angemessenen Schonfrist nicht zuzumuten ist, sich medizinisch **fortzubilden**. Die Feststellungslast hierfür trägt der Arzt (BSG v. 15.09.1977 - 6 RKA 8/77 - BSGE 44, 252 ff.; LSG Niedersachsen v. 25.10.2001 - L 3/5 KA 67/69 -).

Der klagende Arzt für Neurologie und Psychiatrie beantragte die Befreiung vom ärztlichen Notfalldienst, u. a. da er nahezu ausschließlich verbalmedizinisch und nicht organmedizinisch tätig sei, was die Bekl. ablehnte. **SG München**, Urt. v. - S 43 KA 167/04 – verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Berufung der Bekl. unter der Maßgabe zurück, über den kl. Antrag gemäß der Rechtsauffassung des Berufungsgerichts erneut zu entscheiden



## B) SUSPENDIERUNG VOM NOTDIENST

*SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 864/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 07-01-53**

*Berufung eingelegt: LSG Hessen - L 4 KA 74/06 -*

Vertragsarzt, Notdienst, Notdienststörung, Suspendierung, Ausschuss, Ungeeignetheit  
SGB V § 95 III; Notdienststörung KV Hessen

Eine Satzungsbestimmung in einer Notdienststörung einer Kassenärztlichen Vereinigung, die den Vorstand oder ein von ihm beauftragtes Gremium ermächtigt, einen Vertragsarzt vom gesamten Notdienst im Bezirk auszuschließen, ist zulässig.

Der Ausschluss vom Notdienst kann nicht auf eine Patientenbeschwerde gestützt werden, wenn während des Widerspruchsverfahrens mitgeteilt wird, diese sei hierfür nicht relevant.

Eine Suspendierung kann nur bei vollem Nachweis der Ungeeignetheit ausgesprochen werden.

Das *SG* gab der Klage statt.

## 9. KEINE BELEGARZTANERKENNUNG FÜR ANÄSTHESISTEN

*LSG Bayern, Urt. v. 09.08.2006 – L 12 KA 268/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 07-01-54**

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 7/07 B*

Belegarzt, Anästhesist, Krankenhausplan, Krankenhausträger, Belegabteilung  
SGB V §§ 82 I 1, 115 II, 121; BMV-Ä § 40 I; EKV-Ä § 32 I

Ein **Anästhesist** ist nach bundesrechtlichen Vorschriften von einer belegärztlichen Tätigkeit nicht grundsätzlich ausgeschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 16.04.1986 - 6 RKa 24/84 - SozR 2200 § 368g Nr. 14). Sind jedoch die bundesmantelvertraglichen Bestimmungen nicht erfüllt, so besteht kein Anspruch auf Anerkennung als Belegarzt. Auch wenn eine krankenhauplanerische Anerkennung weder erforderlich noch möglich ist, so folgt daraus nicht, dass es im freien Belieben des Krankenhausträgers stünde, an jedwedem Krankenhaus eine Fachabteilung für Anästhesie aufzumachen, dort Belegbetten für Schmerztherapie einzurichten und damit die Voraussetzungen der §§ 40 Abs.1 BMV-Ä bzw. 32 Abs.1 EKV-Ä zu schaffen.

Der klagende **Anästhesist** ist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er beantragte die Anerkennung als **Belegarzt** ab 1999 in der S.-Klinik. Er wolle im Rahmen der **Versorgung von Schmerzpatienten** stationär belegärztlich tätig werden. Dazu legte er ein ministerielles Schreiben vor, in dem ihm u. a. mitgeteilt wurde, die Anästhesie sei als Fachrichtung nicht in den Fachrichtungskatalog des Krankenhausplanes des Freistaates Bayern aufgenommen. Die S.-Klinik N. sei als Krankenhaus der Versorgungsstufe I mit 90 Betten und den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und Gynäkologie sowie HNO-Heilkunde in den Krankenhausplan aufgenommen. Soweit daran gedacht sei, in dieser Klinik stationäre Schmerztherapie im Rahmen des bestehenden Bettenkontingents und der dort anerkannten Fachrichtungen zu betreiben, sei dafür eine krankenhauplanerische Anerkennung weder erforderlich noch möglich. Das gelte auch für die Frage, ob die stationäre Behandlung von Schmerzpatienten von angestellten Ärzten oder von Belegärzten angeboten werden solle. Ferner legte der Kläger eine Erklärung des Krankenhausträgers vor, wonach ihm ab 01.06.2000 in der Abteilung "Innere Medizin" insgesamt bis zu zwei Belegbetten zur Verfügung stünden. Die KV lehnte diesen Antrag ab. Nachdem die Fachrichtung Anästhesiologie nicht im Krankenhausplan des Freistaates Bayern ausgewiesen werde, könne einer Belegarztstätigkeit nicht zugestimmt werden. Unabhängig davon sei eine Mitbehandlung zur Durchführung schmerztherapeutischer Leistungen möglich, sofern der Kläger von Belegärzten entsprechend den vertragsarztrechtlichen Bestimmungen hinzugezogen werde. *SG München*, Urt. v. 13.11.2003 - S 21 KA 1585/01 – verurteilte zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Klage ab.

## IV. Disziplinarrecht: Psychotherapeutin - Zuzahlungsverlangen/Einwendungsausschluss

Vgl. zuletzt RID 06-04-A IV (S. 23); RID 06-01-A V (S. 18); 05-02-A VII (S. 22 f.); RID 04-02-A VII (S. 38 ff.).

*Ellbogen/Wichmann*, Zu Problemen des ärztlichen Abrechnungsbetruges, insbesondere der Schadensberechnung, MedR 2007, S. 10-16, behandeln den Abrechnungsbetrag in fünf Fallgruppen und kritisieren insb. die formale Betrachtungsweise des Sozialversicherungsrechts bei der Schadensberechnung.

**SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 656/06** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 07-01-55**

Kinder- und Jugendpsychotherapeut, Psychotherapeut, vertragsärztliche Pflicht, Zuzahlung, Geldbuße, Disziplinarverfahren, Disziplinarausschuss, Amtsermittlung  
SGB V § 81 V; Disziplinarordnung KV Hessen

Eine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendpsychotherapeutin verstößt gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten, wenn sie die **Zuzahlung** von 5 Euro pro Sitzung verlangt.

Die Verhängung einer **Geldbuße** von 3.000 Euro bei einem nachgewiesenen Zuzahlungsverlangen in zwei Behandlungsfällen sowie der Abrechnung von zwei nicht durchgeführten Therapiesitzungen ist nicht unverhältnismäßig.

Lässt sich ein Vertragsarzt mit Erklärungen zum Abrechnungsverhalten in einem Disziplinarverfahren ein, so muss er sich jedenfalls an **den bis zum Abschluss des Disziplinarverfahrens gemachten Aussagen festhalten** lassen. Eine fehlerhafte Sachverhaltsermittlung des Disziplinarausschusses allein deshalb liegt nicht vor. Das Gericht muss den Sachverhalt nicht weiter aufklären.

Das **SG** wies die Klage ab.

## V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Richtgrößen/Regress/Schadensersatz

Vgl. zur BSG-Rspr. zuletzt RID 06-04-A V (S. 24); RID 05-04-A IV (S. 17).

### 1. RICHTGRÖßENVEREINBARUNG 2006 (ME-TOO-LISTE KV NORDRHEIN): EINSTWEILIGE ANORDNUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 09.08.2006 – L 10 B 6/06 KA ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 07-01-56**

Me-Too-Liste, Richtgrößenvolumen, Richtgrößenvereinbarung, einstweilige Anordnung

SGB V §§ 84 I Nr. 2, 106; SGG § 86b II 2

Die Beschwerde gegen **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 27.03.2006 – S 2 KA 50/06 ER – RID 06-02-38 wird zurückgewiesen.

Eine mögliche Honorarkürzung nach einer Richtgrößenvereinbarung von 4 % des Gesamthonorars (184.517,00 EUR), die einem Betrag von ca. 7.380,70 EUR entsprechen würde, bedingt keinen wesentlich Nachteil, der durch Erlass einer einstweiligen Regelung kompensiert werden müsste. Auch ist gegenwärtig ungewiss, ob es überhaupt zu einer Überschreitung des Ausgabenvolumens kommt. Ein **Anordnungsgrund** lässt sich auch nicht aus der ärztlichen Therapiehoheit herleiten. Die Freiheit der Berufsausübung kann insoweit durch eine Arzneimittelvereinbarung nach § 84 I 1 SGB V eingeschränkt werden. Ein Anordnungsgrund besteht auch deshalb nicht, weil die Eilentscheidung unzulässigerweise die Entscheidung in der Hauptsache vorwegnehmen würde.

Soweit es den **Anordnungsanspruch** betrifft, kann offen bleiben, ob und inwieweit der Regelungsmechanismus des § 7 Abs. 2 der Vereinbarung von § 84 Abs. 1 Nr. 2 SGB V gedeckt ist.

Ausführlich zum Sachverhalt s. RID 06-02-38 (S. 18 f.); s. ferner die Hinweise unter A IX.

### 2. ARZNEIMITTELREGRESS

#### A) EINGESCHRÄNKTE EINZELFALLPRÜFUNG BEI ÜBERSCHREITUNG DES ZULÄSSIGEN VERORDNUNGSUMFANGS

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.10.2006 – L 5 KA 11/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 07-01-57**

*Revision anhängig: B 6 KA 44/06 R*

Einzelfallprüfung, Vergleichsprüfung, Durchschnittswert, Prüfmethode, Unwirtschaftlichkeit

SGB V § 106

Die **ingeschränkte Einzelfallprüfung** ist zulässig, wenn es plausible Gründe gibt, um von einer Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten abzusehen (BSG v. 23.02.2005 – B 6 KA 72/03 R-juris). Wird bei einem Patienten in großem Umfang ein Arzneimittel (hier: Berodual) verordnet, so

ist die Einzelfallprüfung die sachgerechte Prüfmethode, zumal wenn es darum geht, ob die Grenze des medizinisch Vertretbaren überschritten ist, die gerade zur Vermeidung einer Gefährdung des einzelnen Patienten zu ziehen ist. In einem solchen Fall kann nämlich aus der Feststellung der Überschreitung des zulässigen Verordnungsumfangs ohne weiteres der Schluss auf eine Unwirtschaftlichkeit gezogen werden, ohne dass es des Vergleichs mit der Ordnungsweise anderer Ärzte bedarf.

Die klagende Gemeinschaftspraxis wendet sich gegen einen Arzneimittelregress auf Grund einer Einzelfallprüfung in den Quartalen II bis IV/2000 in Höhe von 1.407,77 EUR. Sie machte geltend: Ursache der **Überdosierung** des Dosieraerosols sei der **Schweregrad** der seit 1983 bekannten **Emphysemerkrankung** des Patienten gewesen. Sie hätte immer wieder Versuche unternommen, den Medikamentengebrauch zu reduzieren bzw. den Einsatz der Medikamente zu optimieren; wiederholt habe sich aber gezeigt, dass lediglich die Höherdosierung eine kurzfristige Erleichterung gebracht habe. Nachfragen bei der Herstellerfirma von Berodual hätten ergeben, dass eine Höherdosierung insbesondere bei schwer- und schwerstkranken Patienten einen zusätzlichen therapeutischen Nutzen bringen könnte. Das Phänomen der Überdosierung, bei der es nicht zu Todesfällen oder anderen schwerwiegenden Nebenwirkungen gekommen sei, sei in mehr als 100 Literaturstellen weltweit beschrieben worden. Als Gründe für die Überdosierung seien hierin vor allem der Schweregrad der Erkrankung (Emphysem), Schwierigkeiten mit der Inhalation, insbesondere im Zustand der akuten Panik, sowie die subjektive und auch objektive Wirksamkeit, auch bei starker Überdosierung, genannt worden. Diese Gesichtspunkte träfen auch bei dem Patienten zu. Der Patient hätte ohne die Überdosierungen sicherlich ein Vielfaches mehr an Zeit in stationärer Behandlung verbraucht. Der Bekl. ging von einer Maximaldosierung von Berodual Dosieraerosol nach der Fachinformation von 12 Hübe pro Tag aus. Wenn man noch eine bestimmte Zahl von Fehlbedienungen seitens des Patienten hinzurechne, könnten höchstens 16 Hübe pro Tag als Maximaldosierung veranschlagt werden. Daraus errechne sich eine Menge von 4.416 Hüben, was 221 ml Berodual für den gesamten Prüfzeitraum (276 Tage) ergebe. Tatsächlich seien von den Ärzten der Gemeinschaftspraxis jedoch 22.800 Hübe = 1.140 ml Berodual verordnet worden. Unter Berücksichtigung der Packungsgröße seien der Klägerin 225 ml zuzugestehen. Hinsichtlich der restlichen 915 ml sei diese in Regress zu nehmen. **SG Mainz**, Urt. v. 08.12.2004 - S 6 KA 55/03 - verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Klage ab.

#### **B) VERORDNUNG VON VITAMINPRÄPARATEN UND DISTRANEURIN (WIRKSTOFF CLOMETHIAZOL)**

**SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 27.09.2006 – S 3 KA 238/05, 5/04 –**

**RID 07-01-58**

Vitaminpräparat, Vitamin, Kombinationspräparat  
SGB V § 106

**Magnesium Tonil Kapseln** dürfen als Kombinationspräparat mit einem Vitamin nach Nr. 17.1 q ArzneimittelRL nicht verordnet werden.

**Medivitan** darf als Vitaminpräparat nach Nr. 17.2 h ArzneimittelRL nicht verordnet werden.

**Valdispert Dragees, Granufink Kapseln** und **Latschenkiefer Franzbranntwein** können als nicht apothekenpflichtige Mittel nicht verordnet werden.

Nach der Fachinformation zu **Distraneurin** (Wirkstoff Clomethiazol) ist dieses Mittel bei alkoholkranken Patienten kontraindiziert und kann ihnen nicht verordnet werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### **C) BEHANDLUNG IM RAHMEN EINER ARZNEIMITTELSTUDIE**

**SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 14/03 –**

**RID 07-01-59**

Studie, Arzneimittelstudie, Nierenzellkarzinom, Arzneimittelprüfung, Arzneimittel  
AMR D.12

Werden Patienten in einer mit dem Konzept einer Dreifachkombination zur Optimierung der Chemo-Immuntherapie des metastasierenden Nierenzellkarzinoms und damit der **Arzneimittelerprobung** dienenden Studie behandelt und ist die Behandlung nicht ausschließlich mit für die Behandlung eines fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms zugelassenen Mittel erfolgt, so ist ungeachtet der Zulassung einzelner verordneter Mittel **die gesamte erfolgte Behandlung** von dem **Ausschluss** nach D.12 AMR erfasst, wonach die Erprobung von Arzneimitteln auf Kosten des Versicherungsträgers – auch nach Zulassung des Arzneimittels – unzulässig ist.

Die Kl. wendet sich mit ihrer vom Gericht in 26 Verfahren getrennten Klage gegen 26 Beschl. des Bekl. vom 24.07.2002, mit dem dieser Arzneimittelregresse wegen zulasten der verschiedenen jeweils beigel Krankenkassen zur Behandlung an metastasierendem Nierenzellkarzinom bzw. in zwei Fällen (S 27 KA 547/03) an metastasiertem malignen Melanom erkrankten Patienten verordneter Arzneimittel für die Quartale III/98 bis I/01 festgesetzt hat. Verordnet hatte die Kl. hier Fluorouracil (5 FU) und Interferon alfa-2a „Roferon“. Das **SG** wies die Klage gegen den Regressbescheid in Höhe von 2.735,67 Euro ab.

## D) BEHANDLUNG EINES NIERENZELLKARZINOMS IM OFF-LABEL-USE

*SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 546 u. 547/03 –*

RID 07-01-60

Off-Label-Use, Nierenzellkarzinom, Arzneimittel, Interleukin-2, Isotretinoin  
SGB V §§ 27, 106

Für die Behandlung eines malignen Melanoms ist **Interleukin-2** nicht zugelassen und liegen die Voraussetzungen eines Off-Label-Uses nicht vor.

Für die Behandlung eines metastasierenden Nierenzellkarzinoms ist Interleukin-2 nur für die **i.v.-Anwendung** und nicht für die hiervon wesentlich abweichende **s.c.-Applikation** noch mit einer hiermit nicht vergleichbaren **inhalativen Verabreichung** zugelassen. Die Voraussetzungen eines solchen Off-Label-Uses liegen nicht vor.

Für **Isotretinoin** liegen die Voraussetzungen eines Off-Label-Uses bei einem Nierenzellkarzinom nicht vor.

Die Kl. wendet sich mit ihrer vom Gericht in 26 Verfahren getrennten Klage gegen 26 Beschl. des Bekl. vom 24.07.2002, mit dem dieser Arzneimittelregresse wegen zulasten der verschiedenen jeweils beigel Krankenkassen zur Behandlung an metastasierenden Nierenzellkarzinom bzw. in zwei Fällen (S 27 KA 547/03) an metastasiertem malignen Melanom erkrankten Patienten verordneter Arzneimittel für die Quartale III/98 bis I/01 festgesetzt hat. Verordnet hatte die Kl. hier Aldesleukin (gentechnisch hergestelltes Interleukin-2), „Proleukin“, Retinoids Isotretinoin „Roaccutan“ sowie z. T. verschiedener Vitamin-Präparate. Das *SG* wies die Klage gegen die Regressbescheide in Höhe von 364.118,68 Euro und 411.681,35 Euro ab.

*Parallelverfahren: SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 548 bis 551/03 –*

RID 07-01-61

*SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 552 bis 559/03 –*

RID 07-01-62

*SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 560/03 –*

RID 07-01-63

*SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 561 bis 563/03 –*

RID 07-01-64

*SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 564/03 –*

RID 07-01-65

*SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 565/03 –*

RID 07-01-66

*SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 566 bis 568/03 –*

RID 07-01-67

*SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 569 u. 570/03 –*

RID 07-01-68

## E) NICHT VERORDNUNGSFÄHIGES ARZNEIMITTEL (WOBE MUGOS E)

*SG Marburg, Urt. v. 07.02.2007 – S 12 KA 851/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-01-69

Arzneikostenregress, Wobe Mugos E, Arzneimittel, Verschulden, Regresshaftung  
SGB V § 106

Das Arzneimittel **Wobe-Mugos-E** war im Jahr 2004 **nicht verordnungsfähig** (vgl. BSG, Urt. v. 27.09.2005 – B 1 KR 6/04 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 3 = USK 2005-49 = Breith 2006, 557, juris, Rdnr. 14-27).

Die Festsetzung eines Arzneikostenregresses setzt ein **Verschulden** des Arztes nicht voraus. Mit der Verordnung eines Arzneimittels auf Kassenrezept übernimmt der Vertragsarzt die Verantwortung für die Zugehörigkeit des Arzneimittels zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit der vertragsärztlichen Verordnung erwirbt der Versicherte einen Sachleistungsanspruch und tritt der Vertragsarzt potentiell in eine Regresshaftung ein. In Zweifelsfällen kann er dieser Regresshaftung nur entgehen, wenn er bei der Krankenkasse eine Zusicherung einholt oder auf Wunsch des Patienten ein Privatrezept ausstellt oder der Patient bei Verweigerung der Kassenleistung einen Antrag bei seiner Krankenkasse nach § 13 SGB V stellt.

*Parallelverfahren: SG Marburg, Urt. v. 07.02.2007 – S 12 KA 673/06 –*

RID 07-01-70

*SG Marburg, Urt. v. 07.02.2007 – S 12 KA 749/06 –*

RID 07-01-71

*SG Marburg, Urt. v. 07.02.2007 – S 12 KA 765/06 –*

RID 07-01-72

*SG Marburg, Urt. v. 07.02.2007 – S 12 KA 862/06 –*

RID 07-01-73

## 3. PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHE VERORDNUNGEN: ORTHOPÄDISCHE BESCHWERDEBILDER

*LSG Bayern, Urt. v. 19.07.2006 – L 12 KA 172/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-01-74

Statistischer Kostenvergleich, Physikalisch-medizinische Verordnung, Wirtschaftlichkeitsgebot  
SGB V § 106

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach nur orthopädische Beschwerdebilder oder Beschwerdebilder nach Operationen/orthopädischen Eingriffen einen Bedarf von medizinisch-physikalischen Leistungen vermuten ließen, und die Tatsache, dass die Verordnungen nach Bekanntwerden der ersten Prüfentscheidung zurückgegangen seien, verdeutliche, dass es der Ärztin möglich gewesen wäre, bei

vermutlich nahezu gleichem Patientengut die Verordnungsweise dem Wirtschaftlichkeitsgebot anzupassen, ist nicht zu beanstanden.

*SG München*, Urt. v. 27.08.2003 - S 38 KA 2878/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 4. ZAHNÄRZTE

Nach BSG, Urt. v. 29.11.2006 - *B 6 KA 45/05 R* – darf eine Versicherte einen anderen Vertragszahnarzt in Anspruch nehmen, wenn der Zahnersatz unbrauchbar und dadurch eine Nachbesserung nicht möglich war.

##### A) EINZELLEISTUNGSPRÜFUNG/PRAXISBESONDERHEIT PAR BEI NR. 40 BEMA-Z

*SG Dresden*, Urt. v. 12.07.2006 – *S 11 KA 5019/03 Z* –

RID 07-01-75

Abrechnungshäufigkeit, offensichtliches Missverhältnis, Einzelleistungsprüfung, Praxisbesonderheit, PAR-Fälle, statistischer Kostenvergleich

SGB V § 106; BEMA-Z Nr. 25, 26, 40

Eine **Abrechnungshäufigkeit** der Nr. 26 BEMA-Z im KZV-Durchschnitt von 1,74 bis 2,16 %, wobei die Leistung von 87 % der über 2.800 Zahnärzte erbracht wird, schließt einen statistischen Kostenvergleich nicht aus.

Die Grenze zum **offensichtlichen Missverhältnis** bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts von 50 % bei der Prüfung der Einzelleistungen nach Nr. 25, Nr. 26 und Nr. 40 BEMA-Z ist nicht zu beanstanden.

Die Abrechnung von 33 **PAR-Fällen** gegenüber 6 PAR-Fällen der Vergleichsgruppe ist bei Wirtschaftlichkeitsprüfung der Nr. 40 BEMA-Z zu berücksichtigen durch die Feststellung, wie viele Infiltrationsanästhesien als wirtschaftlich anzusehen sind

Das *SG* gab der Klage teilweise unter Aufhebung der Kürzung der Nr. 40 BEMA-Z statt und verpflichtete insoweit zur Neubescheidung.

##### B) VERGLEICHSGRUPPE: SPEZIALISIERUNG AUF ANGSTPATIENTEN

*SG Marburg*, Urt. v. 13.12.2006 – *S 12 KA 842/06* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-76

*Berufung eingelegt: LSG Hessen*

Wirtschaftlichkeitsprüfung, Zahnarzt, Angstpatient, Oralphobiker, Oralphobie, Vergleichsgruppe

SGB V § 106

Sog. Angstpatienten bzw. Oralphobiker sind kein Umstand, der eine Vergleichbarkeit mit den übrigen Zahnärzten eines Bezirks ausschließen würde.

Das *SG* wies die Klage ab.

##### C) UNTERSCHIEDLICHE DURCHSCHNITTSWERTE EINZELNER KZV-BEREICHE

*SG Marburg*, Urt. v. 13.12.2006 – *S 12 KA 797/06* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-77

Zahnarzt, Vergleichsgruppe, statistischer Kostenvergleich, Statistik, Wirtschaftlichkeitsprüfung

SGB V § 106

Unterschiedliche Durchschnittswerte für Einzelwerte zwischen verschiedenen KZV-Bereichen sind für einen Vergleich der Gesamtfallwerte ohne Bedeutung. Ein Vergleich mit dem Gesamtfallwert aller Zahnärzte des Zulassungsbezirks ist zulässig.

Das *SG* wies die Klage ab.

##### D) STIMMENTHALTUNG ZUR WIEDERHERSTELLUNG DER PARITÄT (PROTHETIK-WIDERSPRUCHS-AUSSCHUSS)

*LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 26.04.2006 – *L 5 KA 3677/05* –

RID 07-01-78

Prothetik-Widerspruchsausschuss, Stimmenthaltung, Parität, Dienstvertrag, Zahnersatz, Kündigung

SGB V §§ 72 I 2, 76 IV; SGB X § 41 I; BGB §§ 611, 635; BMV-Z § 2 III, Anlage 12; ZE-Richtlinien

Enthält sich einer der beiden Vertreter der KZV im Prothetik-Widerspruchsausschuss der Stimme, weil nur ein Vertreter der Krankenkassen anwesend ist, so liegt darin kein Verstoß gegen eine Vereinbarung zu § 4 II Anlage 12 zum BMV-Z, wonach bei Verhinderung eines Vertreters der Krankenkassen oder eines Vertreters der Kassenzahnärzte jeweils nur ein Vertreter abstimmt. Mit der **Stimmenthaltung** aus paritätischen Gründen bringt der Betreffende zum Ausdruck, dass er sich solange nicht für stimmberechtigt hält, wie auf der Seite der Krankenkassenvertreter ein weiterer

stimmberechtigter Vertreter fehlt. Er ist somit anwesend, ohne an der Abstimmung teilzunehmen. Im Übrigen würde in der fehlerhaften Besetzung kein Aufhebungsgrund vorliegen (§ 41 I SGB X).

Die Anfertigung einer **Prothese** ist Teil einer Gesamtbehandlung, die nach **dienstvertraglichen** Regelungen zu beurteilen ist. Ein zur **Kündigung** berechtigendes schuldhaftes vertragswidriges Verhalten des Zahnarztes – und damit ein öffentlich-rechtlicher Schadensersatzanspruch der Krankenkasse – ist nur dann gegeben, wenn das Arbeitsergebnis des Zahnarztes vollständig unbrauchbar und eine Nachbesserung nicht möglich oder dem Versicherten nicht zumutbar ist (BSG, Urt. v. 31.07.1991, SozR 3-5555 § 12 Nr. 2; Urt. v. 01.12.1992, SozR 3-5555 § 9 Nr. 1).

Nach den ZE-Richtlinien ist eine **unzureichende Mundhygiene** bei der Planung und eventuellen Durchführung einer prothetischen Versorgung zu berücksichtigen.

Die nicht erfolgte, einer prothetischen Versorgung vorausgehende Entfernung eines **nichterhaltungswürdigen Zahnes** in räumlicher Nähe zur geplanten prothetischen Versorgung verstößt gegen die ZE-Richtlinien.

Eine prothetische Versorgung mit **unterfahrbaren und/oder überkonturierten Kronenrändern** stellt keine fachgerechte Versorgung dar, auch wenn sie dem Patienten zunächst keine Beschwerden verursacht. Es handelt sich wegen des erhöhten Kariesrisikos um einen schwerwiegenden Mangel.

**SG Stuttgart**, Urt. v. 22.06.2005 – S 10 KA 5783/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## E) PROTHETIK-EINIGUNGS-AUSSCHUSS UND PROTHETIK-WIDERSPRUCHSAUSSCHUSS

**SG Marburg**, Urt. v. 13.12.2006 – S 12 KA 700/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-79

Zahnarzt, Regress, Zahnersatz-Versorgung, Prothetik-Einigungsausschuss, Prothetik-Widerspruchsausschuss, Schadensregress

SGG § 95; BMV-Z § 2 III, Anlage 12

Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung ist der Ausgangsbescheid des Prothetik-Einigungsausschusses in der Gestalt des Prothetik-Widerspruchsausschusses (§ 95 SGG).

Gem. § 2 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) i.V.m. Anlage 12 BMV-Z obliegt dem Prothetik-Einigungsausschuss bzw. dem Prothetik-Widerspruchsausschuss die Entscheidung über Schadensregresse wegen Mängeln bei prothetischer Versorgung (vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2000 - B 6 KA 1/00 R - SozR 3-1500 § 78 Nr. 5, juris Rdnr. 17; ebenso weitere Urteile vom selben Tag - B 6 KA 2/00 R, 3/00 R -, jeweils m. w. N.; BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 60/00 R - USK 2001-183, juris Rdnr. 18).

Das **SG** wies die Klage ab.

## VI. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 07.02.2007 – **B 6 KA 3/06** – kann in einem wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich ein quantitativ-allgemeiner Bedarf als Voraussetzung für eine **Ermächtigung** von vornherein nicht bestehen; das besondere Leistungsangebot, das auf die Behandlung von **Sexualstraftätern** ausgerichtet und durch die enge Verzahnung von Behandlung sowie justizförmiger Kontrolle der Betroffenen geprägt ist, fällt nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherung; vgl. ferner zuletzt RID 06-04-A VI (S. 28); RID 05-04-A V (S. 20).

*Gummert/Meier*, **Nullbeteiligungsgesellschaften**, MedR 2007, S. 1-10, halten eine Nullbeteiligungsgesellschaft für zulässig, da es eine Verbotsnorm nicht gebe; in Konzession zum Schrifttum solle sie aber nur für einen Erprobungs- und Kennenlernzeitraum vereinbart werden; *Michels/Ketteler-Eising*, Steuerliche Fragestellungen bei der Gründung Medizinischer Versorgungszentren, MedR 2007, S. 28-39.

### 1. HERZCHIRURGEN/KOOPERATIONSVERTRAG MIT KRANKENHAUS/ORT DER NIEDERLASSUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen**, B. v. 04.09.2006 – L 10 B 2/06 KA ER –

RID 07-01-80

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = MedR 2007, 65 m. Anm. *Pelzer*

Herzchirurgen Kooperationsvertrag, Krankenhaus, Eignung, Niederlassung, Auflage

SGB V §§ 12, 95 II; SGG § 86b I Nr. 1; Ärzte-ZV a. F. §§ 20, 21, 24 I

Ein **Kooperationsvertrag** mit einem Krankenhaus kollidiert mit § 20 II Ärzte-ZV, nach dem sich eine Gemeinschaftspraxis verpflichtet, jede Konkurrenz im ambulanten Bereich mit den bettenführenden Fachabteilungen der Klinik zu unterlassen. Diese Klausel läuft letztlich darauf hinaus, dass die Antragsteller ambulante Untersuchungen und Operationen soweit und solange nicht durchführen, wie im ambulanten Bereich ein Konkurrenzverhältnis zur Klinik entsteht. Derartige Bindungen sind mit der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht vereinbar. Inhalt, Umfang und Notwendigkeit der

vertragsärztlichen Leistungserbringung werden allein durch §§ 12, 27 ff. SGB V sowie die dies konkretisierenden Verträge (§§ 82 ff. SGB V) bestimmt.

Es ist mit dem Wesen einer vertragsärztlichen Praxis nicht vereinbar, wenn ein erheblicher Teil der notwendigerweise in Anspruch zu nehmenden sächlichen und personellen **Ressourcen von Dritten** - entgeltlich - gestellt werden und nicht der Herrschaft des Praxisinhabers unterliegen.

Die **Eignung als Vertragsarzt** liegt in der Regel dann nicht vor, wenn wegen einer gröblichen Pflichtenverletzung (hier: unsachliche und überzogene Angriffe gegen das Vertragsarztsystem) das Vertrauensverhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung und zu den Krankenkassen so schwer gestört ist, dass diesen eine (weitere) Zusammenarbeit mit dem (Vertrags-)Arzt nicht zugemutet werden kann (vgl. u.a. BSG v. 30.03.1977 - 6 RKa 4/76 - SozR 2200 § 368a Nr 3) und im Fall einer Zulassung die Funktionsfähigkeit des vertragsärztlichen Systems gefährdet wäre (§ 21 Ärzte-ZV) (vgl. BSG v. 08.07.1981 - 6 RKa 17/80 - USK 81172 und BSG v. 15.09.1977 - 6 RKa 8/77 - SozR 2200 § 368n Nr. 12; LSG NRW v. 26.06.1996 - L 11 Ka 155/94 -).

Nach § 24 I Ärzte-ZV erfolgt die Zulassung für den **Ort der Niederlassung** als Arzt. Damit ist die Praxisanschrift des Vertragsarztes gemeint (BSG v. 10.05.2000 - B 6 KA 67/98 R -). Ein Vertragsarzt erbringt die Leistungen nicht in seinen Praxisräumen, soweit er ambulante Leistungen auf "Kooperationsbasis" in verschiedenen Kliniken erbringen will.

Als Minus im Vergleich zur Beseitigung des Sofortvollzugs kann die Anordnung der sofortigen Vollziehung mit einer **Auflage** versehen werden (§ 86b I 3 SGG).

**Fachärzte für Herzchirurgie sind zulassungsfähig**; die Bedarfsplanung wird dadurch nicht unterlaufen.

Die Ast. sind Fachärzte für Herzchirurgie. Sie wurden als Gemeinschaftspraxis zugelassen. Den Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung des Beschl. des Berufungsausschusses gab **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 09.12.2005 - S 14 KA 245/05 ER - statt. Das **LSG** wies die Beschwerde der beigel. KV mit der Maßgabe zurück, dass den Ast. auferlegt wird, die vertragsärztliche Tätigkeit ausschließlich in den von ihnen angemieteten Praxisräumen unter der Adresse X auszuüben.

*Pelzer*, MedR 2007, 68, 69 f. weist darauf hin, dass der **EBM 2005** zum 01.10.2006 **geändert** wurde und die Herzchirurgen in Kap. 7.1 EBM 2005 gestrichen wurden (vgl. Bewertungsausschuss, 114 Sitzung, www.kbv.de), worauf die KV im Kostenfestsetzungsverfahren (s. LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 16.10.2006 - L 10 B 2/06 KA ER - RID 07-01 <diese Ausgabe> vorgetragen habe, Fachärzten für Herzchirurgie fehle es an abrechnungsfähigen Leistungen unter Vernachlässigung des Umstands, dass sie noch ambulante und belegärztliche Operationen (Kap. 31 EBM 2005) erbringen könnten.

## 2. ZULASSUNG ALS PSYCHOTHERAPEUTIN: FREIGESTELLTE BEAMTETE LEHRERIN

**LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2006 - L 12 KA 223/04** - www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 07-01-81**

Zulassung, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Lehrerin, Vertragspsychotherapeutin  
SGB V § 95 X; Ärzte-ZV § 20 I

Eine verbeamtete Grundschullehrerin, die in die Freistellungsphase nach dem Altersteilzeitblockmodell nach § 80d II Nr. 2 BayBG eingetreten und damit von jeglicher Unterrichtstätigkeit frei gestellt ist, kann als Vertragspsychotherapeutin zugelassen werden. § 20 Ärzte-ZV steht dem nicht entgegen.

Der bekl. Berufungsausschuss ließ die Beigel. zu 1) als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bedarfsunabhängig zu mit der Auflage, sie habe gegenüber der klagenden KV nachzuweisen, dass sie eine Nebentätigkeit von mindestens 15 Stunden als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in freier Praxis neben ihrer Tätigkeit als beamtete Lehrerin erbringen dürfe. **SG München**, Urt. v. 05.11.2003 - S 33 KA 1079/01 - wies die Klage der Beigel. zu 1) auf unbedingte Zulassung ab; nach Erfüllung der Bedingung zog die Beigel. zu 1) Klage und Berufung zurück; **SG München**, Urt. v. 05.11.2003 - S 33 KA 1011/01 - verpflichtete auf Klage der KV zur Neubescheidung, das **LSG** gab der Berufung der Beigel. zu 1) statt und wies die Klage der KV ab.

## 3. SONDERBEDARFSZULASSUNG: CHIRURGIN/HANDCHIRURGIE

**SG Hamburg, Urt. v. 26.04.2006 - S 3 KA 96/05** -

**RID 07-01-82**

Sonderbedarfszulassung, Versorgungsbedarf, Chirurg, Handchirurgie, Plastische Chirurgie  
SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfsPIRL Nr. 24b

Entscheidend für die Feststellung des für eine **Sonderbedarfszulassung** erforderlichen besonderen Versorgungsbedarfs ist die tatsächliche Versorgungssituation unabhängig vom jeweiligen Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung. Begehrt eine Chirurgin mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie eine Sonderbedarfszulassung, so können in eine **Befragung** auch Fachärzte für plastische Chirurgie

einbezogen werden. In **Hamburg** ist auf die Versorgungssituation im gesamten Planungsbereich, nicht in einem einzelnen Stadtteil abzustellen.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### 4. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

##### A) WOHLVERHALTEN DURCH AUFGABE DES PFLICHTENVERSTOßES

*LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2006 – L 12 KA 42/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 07-01-83**

Gemeinschaftspraxis, Vertragsarzt, freie Praxis, Laborarzt, Wohlverhalten

SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 32 I; BMV-Ä § 24 V; EKV-Ä § 27 V

Besteht eine **finanzielle Abhängigkeit** zu einem anderen Arzt, an den das Honorar weitergeleitet wird, und fehlt das unternehmerische Risiko, weil die Praxiskosten von diesem anderen Arzt getragen werden, so kann von einer Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in freier Praxis i. S. v. § 32 I 1 Ärzte-ZV nicht ausgegangen werden. Ein als Vertragsarzt zugelassener Arzt verstößt bei dieser Gestaltung gegen seine vertragsärztlichen Pflichten.

Ein Pflichtenverstoß liegt auch in der **Weitergabe** der an ihn gerichteten **Aufträge** an die Gemeinschaftspraxis durch einen Laborarzt, weil er mit Rückforderungen der KV konfrontiert ist.

Hat ein Vertragsarzt das ihm zur Last gelegte Verhalten längst von sich aus aufgegeben, so ist im Lichte des Verhältnismäßigkeitsgebotes zweifelhaft, ob ihm deshalb noch die Zulassung entzogen werden kann, oder ob nicht eine Disziplinarmaßnahme als geringere Sanktion ausreicht. Hierin kann aber auch ein Wohlverhalten liegen.

Der Kl. ist Laborarzt. Von Februar 1994 bis März 1997 war er zunächst als Assistent, dann als angestellter Arzt und seit Februar 1997 als Vertragsarzt in der Laborarztpraxis des Dr. M., seit April 1997 in Praxisgemeinschaft mit Dr. M. tätig. Nach dessen Ausscheiden zum Juli 1997 hat der Kläger die Praxis unter der Firma Medizinisches Labor A. allein weitergeführt. Im November 1997 beantragte der Kl. erfolgreich das Ruhen der Zulassung. Vor dem Zulassungsausschuss gab er im Einzelnen an, dass er in der Praxis des Dr. M. auch nach seiner Zulassung als Dauerassistent tätig gewesen sei. Dr. R., dem das Labor gehörte, habe die alleinige Verfügungsgewalt in der Praxis gehabt und das Gehalt seit seiner Zulassung bezahlt und die Unkosten bestritten. Das Honorar habe er an ihn überwiesen. Ab Januar 1998 war der Kl. in Praxisgemeinschaft mit einer zwischenzeitlich gebildeten Gemeinschaftspraxis bestehend aus Dr. M. und einer Frau Dr. B. vertragsärztlich tätig. Auf Antrag der Beigel. zu 1) **entzogen** ihm die Zulassungsgremien die **Zulassung**, weil er im Zeitraum vom Juli bis November 1997 nicht in freier Praxis tätig gewesen sei und weil er die Abrechnungsscheine für von ihm erbrachte Leistungen bis auf wenige Ausnahmen in den beiden ersten Quartalen des Jahres 1998 über die Gemeinschaftspraxis Dres. M./B. habe abrechnen lassen, um Aufrechnungen der Beigel. zu 1) zu verhindern. **SG Nürnberg**, Urt. v. 14.02.2002 - S 6 KA 33/01 - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

##### B) VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTISCHE DOKUMENTATIONSPFLICHTEN

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 80/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 07-01-84**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt - B 6 KA 14/07 B*

Falschabrechnung, Psychotherapeut, Dokumentationspflicht, Pflichtverletzung, Computer

SGB V § 95 VI

Eine **Falschabrechnung** liegt hinsichtlich jeder einzelnen Behandlung vor, die nicht in der Praxis, sondern in einem anderen Zulassungsbezirk oder an einem anderen Tag als abgerechnet erbracht wurde. Die Bewertung dieses Abrechnungsverhaltens als gröbliche Pflichtverletzung kann dann offen bleiben, wenn sie im Zusammenhang mit schwerwiegenden Verstößen gegen die **vertragspsychotherapeutischen Dokumentationspflichten** eine die Zulassungsentziehung rechtfertigende grobe Pflichtverletzung darstellt. Verlässt sich ein Psychotherapeut vollständig auf eine **elektronische Dokumentation** auf der Festplatte seines Computers, ohne insoweit Sicherungskopien herzustellen, so ist dies in hohem Maße fehleranfällig. Kann keinerlei Dokumentation nachgewiesen werden, weil der Psychotherapeut entweder auch auf eine elektronische Dokumentation der Behandlungen vollständig verzichtet oder aber zu einem späteren Zeitpunkt die gesamte Festplatte neu formatiert hat, so stellt jede Sachverhaltsalternative für sich genommen eine gröbliche Pflichtverletzung dar.

Für die **Zulassungsentziehung** ist ein **Verschulden** des Vertragspsychotherapeuten nicht von Belang.

Der 1950 geb. Kl. nahm seit 1991 als Psychotherapeut für Verhaltenstherapie am Delegationsverfahren teil. Seit dem Jahre 1999 besitzt er die Approbation als psychologischer Psychotherapeut sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Vom 01.04.99-31.10.2000 war er im Bezirk der Beigeladenen zu 1), vom



01.11.2000-30.09.2001 im Bereich der KV Mecklenburg-Vorpommern - er betrieb eine Praxis auf der Insel Rügen - und ab 01.01.2001 wieder im Bezirk der Beigeladenen zu 1) – Verwaltungsbezirk Neukölln - zugelassen. Im März 2003 erhielt der Zulassungsausschuss Kenntnis davon, dass der Kläger möglicherweise eine Zweitpraxis auf der Insel Rügen weiter betrieben habe. Außerdem hielt er die Abrechnung des Kl. wegen der teilweise sehr hohen täglichen Behandlungsstundenzahl für implausibel. Er entzog dem Kl. die Zulassung, was der bekl. **Berufungsausschuss** bestätigte. Der Kl. habe den Patienten U N in IV/02 an insgesamt 14 Tagen jeweils auf Rügen behandelt und diese Leistungen im Bezirk der Beigeladenen zu 1) abgerechnet. In IV/02 habe er 93 Behandlungsscheine eingereicht, davon hätten 35 Scheine Patienten mit Rügener Wohnsitz betroffen. An den Tagen, an denen er den Patienten N auf Rügen behandelt habe, habe er außerdem insgesamt einen Behandlungsaufwand betrieben, der zwischen 12,5 und 28,5 Stunden pro Tag betragen habe; dies sei implausibel. Darüber hinaus sei auch die Anzahl der Behandlungsstunden bei den Patienten mit Berliner Wohnsitz oder einem Wohnsitz außerhalb Rügens so hoch, dass hierbei eine Implausibilität aufgetreten sei. Ähnlich verhalte es sich mit dem Quartal II/02. Er habe die Festplatte seines Computers vollständig neu formatiert und hierdurch den Zugriff auf die vorhandenen Daten vereitelt habe. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung der sofortigen Vollziehung blieben erfolglos (zuletzt Beschl. des Senats v. 19.05.2004 - L 7 B 5/04 KA ER -). **SG Berlin**, Urt. v. 18.01.2006 - S 83 KA 324/03-04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### C) UNERHEBLICHKEIT DER GRÜNDE FÜR PRAXISAUFGABE

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 38/04 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt - B 6 KA 9/07 B*

RID 07-01-85

Berufungsausschuss, Praxisaufgabe  
SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 27 S. 1

Der **Berufungsausschuss** gemäß kann § 45 II Ärzte-ZV den Widerspruch gegen eine Zulassungsentziehung **ohne mündliche Verhandlung** zurückweisen, wenn er die Zurückweisung einstimmig beschließt.

Die vertragsärztliche Zulassung ist von Amts wegen zu entziehen, wenn der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht mehr ausübt. Diese Voraussetzungen sind erfüllt, wenn er insbesondere keine Leistungen mehr abgerechnet und auch keine Praxisräumlichkeiten mehr unterhalten hat. Die Gründe für die Praxisaufgabe sind für die Zulassungsentziehung von Belang.

Der 1957 geb. Kl. nahm ab dem 01.10.1993 als Arzt ohne Gebietsbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Zulassung ruhte vom 24.04.1997-30.09.1998. Weitere Ruhensanträge, die der Kl. zuletzt bis zum 31.03.2000 gestellte hatte, blieben erfolglos. Tatsächlich übte der Kläger jedenfalls nach dem 30.04.1997 seine vertragsärztliche Tätigkeit nicht mehr aus und unterhielt seitdem auch keine Praxisräumlichkeiten mehr. **SG Berlin**, Urt. v. 30.06.2004 - S 71 KA 471/00 - wies die Klage gegen die Zulassungsentziehung ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 5. FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND PARTIELLE FACHÄRZTL. VERSORGUNG NACH 2002

**LSG Hamburg**, Urt. v. 28.06.2006 – L 2 KA 4/06 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt - B 6 KA 93/06 B*

RID 07-01-86

Facharzt für Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung  
SGB V §§ 73 Ia, 73c I, 87 I 1; GG Art. 12

Ein **Allgemeinarzt** kann nicht gleichzeitig an der **hausärztlichen** und an der **fachärztlichen Versorgung** teilnehmen. Eine analoge Anwendung von § 73 Ia 3 SGB V auf Allgemeinärzte ist nicht möglich. Die Begrenzung dieser Vorschrift auf den Kreis der Kinderärzte und Internisten (ohne Schwerpunktbezeichnung) verstößt nicht gegen Art. 3 I GG (vgl. BSG v. 31.05.2006 - B 6 KA 74/04 R). Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich ist mit Art. 12 Abs. 1 und Art. 14 GG vereinbar (vgl. BSG v. 18.06.1997 – 6 RKA 58/96 - BSGE 80, 256 = SozR 3-2500 § 73 Nr. 1; BVerfG v. 17.06.1999 - 1 BvR 2507/97 -).

Die Frage, ob der Ausschluss der Abrechenbarkeit der **Nr. 741 EBM** in den Zulassungsstatus eines Allgemeinarztes eingreift, beurteilt sich danach, ob diese Leistung für die hausärztliche Tätigkeit wesentlich ist. Das ist, gemessen an dem in § 73 I 2 SGB V im Wesentlichen beschriebenen Inhalt der hausärztlichen Versorgung, zu verneinen. Denn bei der Leistung nach Nr. 741 EBM handelt es sich um eine typische fachärztliche Leistung.

Der klagende Facharzt für Allgemeinmedizin kaufte im Mai 2000 ein neues Gastroskopiegerät auf Basis eines auf fünf Jahre geschlossenen Leasingvertrages mit monatlicher Zahlungsverpflichtung von 500 DM und rechnete in den Jahren 2000 bis 2002 239, 311 bzw. 300 endoskopische Untersuchungen nach Nr. 741 EBM ab. Einen Antrag auf befristete Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung lehnten die Zulassungsgremien ab. **SG**

**Hamburg**, Urt. v. 04.01.2006 - S 27 KA 342/03 - RID 06-02-51 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 23.11.2005 – L 5 KA 5774/04 – RID 06-04-71 (Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 24/06 R); RID 06-02-A VI 8 (S. 24 ff.); RID 06-01-A VII 2 (S. 23 ff.), RID 05-03-A VII 4 (S. 25).

## 6. 68 JAHRES-ALTERSGRENZE

**LSG Baden-Württemberg, B. v. 23.10.2006 – L 5 KA 4343/06 ER-B** – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-87**

Zulassung, Altersgrenze, Europarecht, AntidiskriminierungsRL

SGB V § 95 VII; Richtlinie 2000/78/EG v. 27.11.2000; GG Art. 3, 12 I; EMRK Art. 14; SGG § 86b II

Die Regelung des § 95 VII SGB V begegnet keinen verfassungs- und europarechtlichen Bedenken.

**SG Stuttgart**, Beschl. v. 01.08.2006 - S 11 KA 5085/06 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Bayern**, Urt. v. 19.07.2006 – L 12 KA 9/06 – RID 06-04-69 (Revision anhängig: B 6 KA 41/06 R).

## 7. ERMÄCHTIGUNG

### A) BERECHTIGUNG ZUR LEISTUNGSERBRINGUNG NACH EBM 2005 (PNEUMOLOGIE)

**LSG Hessen, Beschl. v. 18.12.2006 – L 4 KA 70/06 ER** – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-88**

Einstweilige Anordnung, Berufungsausschuss, Ermächtigung, Internist, Schwerpunkt, Pneumologie

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a; SGG § 86b II

Die Beschwerde gegen **SG Marburg**, Beschl. v. 13.11.2006 – S 12 KA 972/06 ER – RID 06-04-74 wird zurückgewiesen.

Vertragsarzt i. S. d. Gesetzes ist nicht nur der niedergelassene, sondern auch der **ermächtigte Arzt**. Deshalb gelten die Bestimmungen für niedergelassene Vertragsärzte grundsätzlich ebenso für ermächtigte Vertragsärzte.

Die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden (§ 87 IIa 5/2. Halbsatz SGB V). Insoweit besteht für ermächtigte Ärzte gegenüber niedergelassenen Vertragsärzten keine Sonderregelung, die sie aus dem vertragsärztlichen Vergütungssystem herausheben würde. Dementsprechend bildet der EBM 2005 u.a. die besondere Arztgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte, die alleine befugt sind, die unter Ziffer 13.3.7 des EBM 2005 aufgeführten pneumologischen Leistungen abzurechnen, während Internisten ohne Schwerpunkt diese Abrechnungsmöglichkeit nicht zusteht. Ziffer 1.3 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 enthält dementsprechend auch **keine Ausnahme für ermächtigte Ärzte**. Eine Ausnahme ist auch Ziffer 2.3 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 nicht zu entnehmen.

### B) ERMÄCHTIGUNG ZUR PSYCHOTHERAPIE GRIECHISCHSPRECHENDER VERSICHERTER

**LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2006 – L 12 KA 426/04** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 07-01-89**

**Revision erhoben: B 6 KA 40/06 R**

Lautsprache, Psychotherapie, Muttersprache, Versorgungslücke

SGB V § 27 I 1; Ärzte-ZV § 31 I 1 Buchst. a)

Auch bei Überversorgung mit Psychotherapeuten kann eine **qualitative Versorgungslücke** bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung der griechisch sprechenden GKV-Versicherten, die der deutschen Sprache nicht in einem solchen Maße mächtig sind, dass die Therapie in dieser Sprache möglich wäre, bestehen. Diese sektorale Unterversorgung kann gem. § 31 I Buchst. a) Ärzte-ZV durch die Ermächtigung einer **muttersprachlich griechisch sprechenden Psychotherapeutin** geschlossen werden.

Die Ermächtigung nach § 31 Abs.1 Buchst. a) Ärzte-ZV zur Abwendung einer Unterversorgung setzt jedoch voraus, dass es um die Versorgung mit Leistungen geht, die zum **Leistungsumfang der GKV** gehören.

Der Grundsatz, dass es im SGB V keinen Anspruch auf ärztliche Behandlung in einer **Fremdsprache** gibt, bedarf einer modifizierten Betrachtungsweise im Fall der **Psychotherapie**. Bei der Psychotherapie ist die sprachliche Verständigung zwischen Therapeuten und Versicherten ein

unverzichtbarer Teil der Behandlung selber, auf die die Versicherten der GKV einen gesetzlich festgeschriebenen (§ 27 I 2 Nr. 1 SGB V) Anspruch haben.

Bei den in § 31 I Buchst. b) Ärzte-ZV genannten Personen handelt es sich ausdrücklich um Beispiele, so dass darüber hinaus auch für die Versorgung anderer Personen eine Ermächtigung in Frage kommt. Eine Ermächtigung unter dem Gesichtspunkt des besonderen Leistungsangebots gilt auch für die Ermächtigung muttersprachlich tätiger Psychotherapeuten.

Die in Griechenland geb. Kl. ist als Diplom-Psychologin beim Psychologischen Dienst für Ausländer des Caritasverbandes beschäftigt. Sie ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin und in das Arztregister eingetragen. Der Zulassungsausschuss (ZA) ermittelte in M. im Jahr 2000 23.523 griechische Staatsbürger. Von 9 angeschriebenen Psychotherapeuten, die im Arztregister griechische Sprachkenntnisse angegeben hatten, antworteten vier. Zwei gaben an, dass sie auch in griechisch therapierten, aber keine freien Kapazitäten hätten. Daraufhin erteilte der ZA der Kl. die Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in M. im Rahmen der fremdsprachlichen Psychotherapie von griechischsprechenden Patienten in griechischer Sprache im Richtlinienverfahren der Verhaltenstherapie befristet bis zum 31.10.2003. Auf Widerspruch der Beigel. zu 2) hob der Berufungsausschuss die Entscheidung des ZA auf. **SG München**, Urt. v. 04.02.2004 - S 38 KA 2225/02 – verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Berufung zurück mit der Maßgabe, dass der Bekl. über den Widerspruch der Beigel. zu 1) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden hat.

Nach **LSG Baden-Württemberg** v. 16.02.2005 - L 5 KA 3491/04 – juris kann allein der Umstand, dass ein Psychologischer Psychotherapeut über **Fremdsprachenkenntnisse** verfügt, keinen qualitativen Versorgungsbedarf begründen und handelt es sich bei einer Gruppe von gesetzlich Krankenversicherten, die einer psychotherapeutischen Behandlung in ihrer Muttersprache bedürfen, nicht um einen "begrenzten Personenkreis" (§ 31 I Buchst. b) Ärzte-ZV); bestätigt durch **BSG**, Beschl. v. 19.07.2006 - B 6 KA 33/05 B – juris, wonach die Gewährleistung einer Verständigung aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten mit den an der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Leistungserbringern auch in ihrer jeweiligen - nichtdeutschen - Muttersprache nach den gesetzlichen Regelungen nicht zum Leistungsumfang einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung gehört; nach **SG Hamburg**, Urt. v. 10.12.2003 - S 27 KA 251/01 – RID 04-02-81 kann die Beherrschung einer bestimmten **Fremdsprache** keinen Sonderbedarf für die Zulassung als Psychotherapeut begründen und ist die Nichterfassung einer ausreichenden Versorgung mit muttersprachlicher psychotherapeutischer Behandlung in BedarfspIRL-Ä Nr. 24 rechtlich nicht zu beanstanden; für eine Ermächtigung vgl. **LSG Berlin**, Urt. v. 10.04.2002 – L 7 KA 60/01 - RID 02-04-41; nach **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 26.09.2001 – L 11 KA 38/01 - RID 02-03-37 ist die kulturelle, religiöse oder soziale Situation der Versicherten (hier: türkisch sprechender Personenkreis oder Personenkreis türkischer Abstammung) kein entscheidendes Kriterium für die Zulassung einer **Ärztin für Psychiatrie** im Wege des Sonderbedarfs; nach **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 30.04.2003 - L 5 KA 2805/01 - RID 03-04-56 kann ein Psychotherapeut, der auf Grund seiner Ausbildung/seines Lebensweges (hier abgeschlossenes Theologiestudium) für sich in Anspruch nimmt, Patienten mit bestimmten Störungen (hier: sog. **ecclesiogene Störungen**) besser als andere Psychologische Psychotherapeuten behandeln zu können, nicht deshalb ermächtigt werden; nach **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 23.11.2005 – L 5 KA 1484/05 – RID 06-01-52 (bestätigt durch **BSG**, Urt. v. 07.02.2006 - B 6 KA 3/06 -) stellt die Behandlung von **Sexualstraftätern** keine Behandlung eines begrenzten Personenkreises im Sinne von § 31 I Buchst. b) Ärzte-ZV dar und ist eine Ermächtigung für eine soziologische Gruppe mit Bedarfsplanungsrecht unvereinbar; nach **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 20.08.2003 – L 5 KA 3769/02 - RID 04-02-90 begründet die Auffassung eines **Humangenetik**ers mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, auf Grund seiner ärztlichen Kenntnisse im Bereich der Humangenetik psychische Erkrankungen als Folge einer genetisch bedingten Erkrankung besser behandeln zu können, keinen Grund zur Ermächtigung; nach **LSG Hessen**, Urt. v. 31.05.2000 - L 7 KA 1415/99 - RID 00-03-26 besteht kein Sonderbedarf (Umstellung der Zulassung vom Facharzt für innere Medizin zum hausärztlich tätigen Internisten) aufgrund eines hohen Anteils fremdsprachiger Bürger.

Zur Problematik eines hohen Anteils **fremdsprachiger Patienten** im Rahmen der **Wirtschaftlichkeitsprüfung** s. **BSG**, Urt. v. 10.05.2000 - B 6 KA 25/99 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 49 = MedR 2001, 157 = NZS 2001, 219 = NJW 2002, 1822 = USK 2000-153.

### **c) ÜBERWEISUNGEN ZUR MITBEHANDLUNG DURCH KLINIKÄRZTE**

**SG Marburg**, Urt. v. 24.01.2007 – S 12 KA 883/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 07-01-90**

Poliklinik, Überweisungsverbot, Überweisung, Ermächtigung, Kündigung, Vergütungsvereinbarung

SGB V §§ 116, 117 I; Ärzte-ZV § 31a

Sieht ein **Poliklinikvertrag** als Ausnahme eines Überweisungsverbots für die Polikliniken vor, dass u. a. Überweisungen zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrages durch Ärzte und sonstige ärztlich geleitete Einrichtungen des Klinikums erfolgen können, so ist der Zusatz zu einer Ermächtigung „Diese Ermächtigung berechtigt auch zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrags durch Polikliniken des Klinikums“ zulässig.

Ein unbefristet abgeschlossener Poliklinikvertrag, der eine Kündigungsmöglichkeit vorsieht, wird nicht dadurch beendet oder **gekündigt**, dass einer der Vertragspartner mit den Krankenkassenverbänden eine Vergütungsvereinbarung nach § 120 SGB V abschließt.

Das **SG** wies die Klage der KV ab.

## D) ERMÄCHTIGUNG EINER BEI PRO FAMILIA ANGESTELLTEN ÄRZTIN

*SG Marburg, Beschl. v. 19.02.2007 – S 12 KA 46/07 ER* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-91

Pro Familia, einstweilige Anordnung, sofortige Vollziehung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Empfängnisverhütung, Empfängnisregelung, Anordnungsgrund  
SGB V §§ 24a, 24b, 75 IX; Ärzte-ZV § 31 Abs. 2; BMV-Ä § 5 I; EKV-Ä § 9 I; EBM 2005 Nr. 01820, 01821, 01900

Eine bei einer Einrichtung nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes **angestellte Ärztin** kann nicht für die ambulante Erbringung der in § 24b SGB V aufgeführten ärztlichen Leistungen (hier: Nr. 01900 EBM 2005) ermächtigt werden.

Eine **Ärztin ohne Gebietsbezeichnung** ist hinsichtlich der persönlichen Qualifikationsvoraussetzungen wie eine praktische Ärztin nach Kapitel 3 EBM 2005 zu behandeln. Von den in diesem Kapitel genannten Ärzten kann die Leistung nach **Nr. 01900 EBM 2005** nicht erbracht werden und von daher keine Ermächtigung ausgesprochen werden.

Bei einem geschätzten Honorarvolumen in Höhe von 172,20 € im Quartal, das mit einer Ermächtigung erreicht werden kann, haben bzgl. eines **Anordnungsgrundes** die **Interessen der niedergelassenen Ärzte** zurückstehen.

## E) ALTERSGRENZE VON 68 LEBENSJAHREN

*LSG Hessen, Urt. v. 15.11.2006 – L 4 KA 44/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-92

Zulassung, Altersgrenze, Ermächtigung  
SGB V § 95 VII

**Zeiten als ermächtigter Arzt** sind wie eine vertragsärztliche Tätigkeit zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 12.09.2001 - B 6 KA 45/00 R - m.w.N).

§ 95 Abs. 7 Satz 4 SGB V stellt nicht auf eine erstmalige Zulassung als Vertragsarzt ab.

Die Vorschrift des § 95 Abs. 7 SGB V begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Auch ein Verstoß gegen Europarecht ist nicht erkennbar.

Der am 18.06.1929 geb. und jetzt 76-jährige Beigel. zu 1) ist praktischer Arzt. Er führt die Zusatzbezeichnung Homöopathie und Naturheilverfahren. Er ist verheiratet und hat einen 1980 geborenen Sohn. Er war seit 1985 zur vertragsärztlichen Versorgung in E (Rheinland-Pfalz) zugelassen. 1994 wechselte er nach O (Hessen). Eine Zulassung wurde wegen bestehender Zulassungsbeschränkungen abgelehnt. Einem Antrag auf Erteilung einer Sonderbedarfzulassung nach Nr. 24b gab der Zulassungsausschuss statt. Auf Widerspruch der klagenden KV hob der Bekl. seinerzeit diese Entscheidung auf. Einen Antrag auf Ermächtigung lehnte die Kl. ab. Auf die daraufhin vom Beigel. zu 1) erhobene Klage gegen beide Ablehnungen verurteilte SG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.06.1996 - S 28 KA 2592/94 - die Kl., dem Beigel. zu 1) eine Sicherstellungsermächtigung gemäß § 31 II Ärzte-ZV, beschränkt auf die Leistungen nach den Nrn. 1, 2, 5, 10, 18, 25, 26 und 60 EBM zu erteilen. Ab 1997 erhielt er dann fortlaufend jeweils befristete Ermächtigungen. Eine Verlängerung lehnte der **Zulassungsausschuss** wegen Überschreitens der 55-Jahres-Grenze ab, der bekl. **Berufungsausschuss** ermächtigte erneut, weil eine unbillige Härte vorliege (§ 31 Abs. 9 Ärzte-ZV). *SG Marburg*, Urt. v. 23.11.2005 – S 12 KA 42/05 – RID 06-01-52a gab der Klage der KV statt und verpflichtete d. Bekl., den Widerspruch des Beigel. zu 1) zurückzuweisen. Das *LSG* wies die Berufung d. Beigel. zurück.

## F) ENTZIEHUNG: AUFFORDERUNG ZUR UMGEHUNG EINES FACHARZTFILTERS

*SG Marburg, Urt. v. 24.01.2007 – S 12 KA 858/06* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-93

Ermächtigung, Entziehung, Krankenhausarzt, Facharztfilter, prästationäre Abklärung  
SGB V §§ 95 IV 3 u. VI, 115a, 116; Ärzte-ZV § 31a

Eine **Ermächtigung** eines Krankenhausarztes kann **entzogen** werden, wenn er in einem Zusatz in Arztbriefen an niedergelassene Ärzte zur Umgehung einer durch einen Facharztfilter eingeschränkten Ermächtigung diese darauf hinweist, diagnostische Leistungen könnten weiterhin erbracht werden im Rahmen einer prästationären Abklärung, weshalb eine stationäre Einweisung erforderlich sei; den Patienten solle aber vorab mitgeteilt werden, dass sie nicht stationär aufgenommen würden.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 8. KEINE KOSTENERSTATTUNG NACH VERFAHRENERLEDIGUNG

**SG Marburg, Urt. v. 24.01.2007 – S 12 KA 712/06** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 07-01-94**

Kostenerstattung, Berufungsausschuss, Widerspruch, Widerspruchsverfahren, Ermächtigung, Krankenhausarzt, Kostenentscheidung

SGB V § 116; SGB X § 63 I; Ärzte-ZV § 31a

Nach § 63 Abs. 1 SGB X kommt eine Kostenerstattung im Verfahren vor dem Berufungsausschuss nur in Betracht, wenn der Widerspruch erfolgreich ist. Dies setzt den Erlass eines Widerspruchs- oder Abhilfebescheides voraus. Eine Kostenentscheidung setzt eine sachliche Entscheidung der Behörde voraus; bei Erledigung aus anderen Gründen besteht kein Kostenerstattungsanspruch (vgl. BVerwG, Urt. v. 18.04.1996 – 4 C 6/95 – BVerwGE 101, 64 = DVBl 1996, 1315 = Buchholz 316 § 80 VwVfG Nr. 38 = NVwZ 1997, 272, zitiert nach juris, Rdnr. 17 ff.).

Die klagende Gemeinschaftspraxis hatte Widerspruch gegen die Ermächtigung eines Krankenhausarztes erhoben. Nach Durchführung eines einstweiligen Anordnungsverfahrens erklärte der Krankenhausarzt den Verzicht auf seine Ermächtigung, die Kl. das Verfahren für erledigt. Das **SG** wies die Klage mit dem Antrag, dass sich das Verfahren erledigt hat aufgrund des Verzichts des Herrn X auf seine persönliche Ermächtigung sowie aufgrund der Erklärungen der Verfahrensbeteiligten, und den Beklagten zu verpflichten, die notwendigen Aufwendungen für das Verfahren zu tragen, ab.

## VII. Anfechtung der Wahl zur Vertreterversammlung: Geringe Psychotherapeutenquote

**SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 09.08.2006 – S 27 KA 223/04** –

**RID 07-01-95**

Wahl, Vertreterversammlung, Kassenärztliche Vereinigung, Ärzte, Psychotherapeuten, Wahlgleichheit  
SGB V § 80

Für die Wahlen zu den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen gilt nicht uneingeschränkt der **Grundsatz der formalen Wahlgleichheit**. Ärzte und Psychotherapeuten sind unterschiedlich behandelbare Gruppen.

Der klagende psychologische Psychotherapeut machte mit seiner Wahlanfechtungsklage geltend, dass die Psychotherapeuten 16,2 % der Wahlberechtigten ausmachten, ihr Anteil mit 494 an 1.981 abgegebenen Stimmen 20 % betrage, sie aber nur 3 von 30 Sitzen erhalten hätten, während die mit 522 abgegebene Stimmen ähnlich starke Gruppe der „Hamburger Hausärzte“ acht Mitglieder stelle, die ärztliche Stimme damit 2,33 mal so stark wie eine psychotherapeutische Stimme sei. Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren: **SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 09.08.2006 – S 27 KA 224/04** –

**RID 07-01-96**

**SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 09.08.2006 – S 27 KA 225/04** –

**RID 07-01-97**

## VIII. Kündigung eines Modellvertrages aus wichtigem Grund

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KA 3571/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 07-01-98**

Vertrag, Krankenkasse, Kündigung, wichtiger Grund  
SGB V §§ 63, 64, 69 S. 3; BGB § 314

Wird in einem Vertrag zur Teilnahme an einem "Modellvorhaben Akupunktur" das Recht der Krankenkasse zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund vereinbart, so ist § 314 I BGB zur Auslegung heranzuziehen.

Der klagende Arzt für Allgemeinmedizin nahm seit Sept. 2001 an dem von d. bekl. AOK durchgeführten "Modellvorhaben Akupunktur" teil. Er verpflichtete sich, die vertraglichen Bedingungen zu erfüllen. Im Februar 2003 kündigte die Bekl. die Vereinbarung mit sofortiger Wirkung; man habe festgestellt, dass der Kl., der weit überdurchschnittlich Akupunkturleistungen abrechne (rund 16.000 EUR im Quartal IV/02), Ohr-Akupunktur durchführe, die nicht Gegenstand des Modellvorhabens sei. Nach einem Gespräch mit dem Kläger am 31.03.2003 setzte die AOK das Vertragsverhältnis fort. Unter dem 20.11.2003 kündigte die Bekl. die Vereinbarung mit dem Kl. erneut fristlos. Zur Begründung führte sie u. a. aus, der Kl. habe bei einem Telefongespräch vom 23.10.2003 mit einem ihrer Mitarbeiter (dem Zeugen G.) ausweislich des darüber angefertigten Wortprotokolls dargelegt, wegen der "Kleinlichkeiten" der Bekl. und der ihm für die Akupunkturbehandlungen auferlegten Beschränkungen habe er schon mehrfach seinen bei der Bekl. versicherten Patienten empfohlen, die Krankenkasse zu wechseln. Die Bekl. werde sich noch wundern, wie viele Versicherte sie wegen ihres patientenunfreundlichen Verhaltens noch verlieren werde. Er werde künftig seinen Patienten den Wechsel der Krankenkasse noch vermehrt nahe legen. Durch dieses Verhalten habe der Kl. die Neutralitätspflicht verletzt und das Vertrauensverhältnis zerstört; ihr könne deshalb ein weiteres Festhalten an der Vereinbarung nicht mehr zugemutet werden. **SG Stuttgart**, Urt. v. 06.07.2005 - S 10 KR 6904/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## IX. Pharmaunternehmen versus KV: Me-Too-Liste (KV Nordrhein)

S. a. diese Ausgabe unter A V 1 sowie zuletzt RID 06-04-A VII und RID 06-03-A VII u. B IX.3; zur erfolglosen einstweiligen Anordnung eines **Vertragsarztes** gegen die Richtgrößenvereinbarung 2006 (Me-Too-Liste) s. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 27.03.2006 – S 2 KA 50/06 ER – RID 06-02-38. Nach **BSG**, Urt. v. 29.11.2006 - **B 6 KA 7/06 R** – wird der den Heilmittelbringern zusammen mit den Spitzenverbänden im Rahmen des Partnerschaftsmodells des § 125 SGB V zur eigenverantwortlichen Gestaltung zugewiesene Bereich durch die **HeilmittelIRL** des GBA nicht gesetzwidrig eingeschränkt.

### 1. BSG: BESTIMMUNG DES ZUSTÄNDIGEN GERICHTS

**BSG, Beschl. v. 07.11.2006 – B 12 SF 5/06 S** – juris

**RID 07-01-99**

Gericht, negativer Kompetenzkonflikt, Verweisungsbeschluss, Bindungswirkung

GVG § 17a II 3; SGG §§ 58 I Nr. 4, 98; ZPO § 281 II

Verweist ein SG einen einstweiligen Anordnungsantrag bzgl. der Aufnahme in eine sog. Me-Too-Liste an ein anderes SG, weil es der Auffassung ist, es handele sich um eine krankensicherungsrechtliche Streitigkeit, so handelt es nicht willkürlich und ist der Verweisungsbeschluss für das andere SG bindend. Eine Rückverweisung ist unzulässig.

Die Beteiligten streiten in der Hauptsache darüber, ob die Ag., die KV Nordrhein, das von dem antragstellenden Unternehmen vertriebene Medikament Nexium mups als sog. "Me-Too-Präparat" bezeichnen, auf einer im Internet zugänglichen Liste führen und die Vertragsärzte unter Androhung eines Honorarabzuges dazu auffordern darf, dieses Präparat nur noch im Rahmen einer bestimmten Quote zu verordnen. Den einstweiligen Anordnungsantrag verwies **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 26.05.2006 an das SG Itzehoe, da es sich nicht um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handele. Das **SG Itzehoe**, Beschl. v. 22.08.2006, hat sich seinerseits für sachlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das SG Düsseldorf verwiesen. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 08.09.2006 - S 14 KA 277/06 ER – hat das BSG zur Feststellung der Zuständigkeit angerufen.

### 2. MEDIKAMENT GRANOCYTE (WIRKSTOFF LENOGRASTIM)

**LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 15.11.2006 – L 10 B 14/06 KA ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-100**

Lenograstim, Arzneimittelhersteller, Me-Too-Liste, Arzneimittelvereinbarung, Anordnungsgrund

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

Die Beschwerde gegen **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 12.07.2006 – S 2 KA 152/06 ER – RID 06-03-70 wird zurückgewiesen.

Buchungen zwischen **Zweigniederlassungen** oder zwischen einer solchen und der Hauptniederlassung bekunden keine echten Forderungen und Verpflichtungen, sondern sind nur Posten der innerbetrieblichen Erfolgsrechnung. Der solchermaßen handelsrechtlich für Zweigniederlassungen vorbestimmte rechtliche Rahmen rechtfertigt es in einstweiligen Rechtsschutzverfahren für die Frage, ob und inwieweit ein **Anordnungsgrund** dargetan ist, nicht, auf die Situation der Zweigniederlassung sondern auf die der - handelsrechtlich so bezeichneten - Hauptniederlassung abzustellen.

Die Einstufung des **Präparats Granocyte als Me-Too-Präparat** ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen im Sinne der Zielvereinbarung nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 der Arzneimittelvereinbarung ist nach derzeitiger Einschätzung der Sach- und Rechtslage nicht zu beanstanden.

### 3. MEDIKAMENT ACTONEL

**LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 14.12.2006 – L 10 B 21/06 KA ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-101**

Arzneimittelhersteller, Me-Too-Liste, Arzneimittelvereinbarung, Anordnungsgrund

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

Die Beschwerde gegen **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 05.09.2006 – S 2 KA 165/06 ER – RID 06-04-78 wird zurückgewiesen.

Bei einer in einen **Pharmakonzern** eingebundenen **GmbH** ist für die Beurteilung des Anordnungsgrundes auf ihre wirtschaftliche Situation, nicht des Konzerns abzustellen. Ein Umsatzrückgang von 3,4 Mio. EUR bei einem Umsatz von 61,4 Mio. EUR (ca. 5 %) begründet allein noch keinen Anordnungsgrund.

Die Einstufung der risedronsäurehaltigen Arzneimittels Actonel 30 mg Filmtabletten für das Anwendungsgebiet "Morbus Paget" und Actonel 5mg Tabletten, Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabletten sowie Actonel 35 mg plus Calcium für den Anwendungsbereich postmenopausale Osteoporose als **Me-Too-Präparat** ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen im Sinne der Zielvereinbarung nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 der Arzneimittelvereinbarung ist nach derzeitiger Einschätzung der Sach- und Rechtslage nicht zu beanstanden.

#### 4. VERLETZUNG DER BERUFSFREIHEIT EINES ARZNEIMITTELHERSTELLERS

*LSG Hessen, Urt. v. 20.10.2006 – L 4 KA 58/06 ER –*

RID 07-01-102

Arzneimittelhersteller, Oxygesic, Palladon, Me-Too-Liste, Arzneimittelvereinbarung, KV  
SGB V §§ 35b, 73 VIII, 84 I 2 Nr. 2, 92 II; GG Art. 12, 14

Die Beschwerde der KV Nordrhein gegen *SG Wiesbaden*, Beschl. v. 14.08.2006 – S 17 KR 182/06 ER – RID 06-03-175 wird zurückgewiesen.

Die Berufsfreiheit eines Arzneimittelherstellers wird durch die Veröffentlichung der Me-Too-Liste mit Nennung der von diesem in den Verkehr gebrachten Präparate Oxygesic und Palladon durch einen zumindest mittelbaren Eingriff in seine **Berufsfreiheit** nach Artikel 12 I GG beeinträchtigt.

Die Aufstellung der Me-Too-Liste genügt nicht den Anforderungen an die **Richtigkeit staatlicher Informationen**.

#### X. Gesamtvergütung: Kürzung der Abschlagszahlungen wegen integrierter Versorgung

S. BSG, Urt. v. 29.11.2006 - *B 6 KA 4/06 R* – zur Gesamtvergütung 1992 Ost nach Rahmengesamtvertrag.

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 758/06 –* www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-103

*Revision eingelegt - B 6 KA 5/07 R*

Vertragsarzt, integrierte Versorgung, Krankenhaus, Leistungssektor, interdisziplinär-fachübergreifend, sektorenübergreifend, Anästhesist

SGB V §§ 85 II, 140a, 140d

Der Auffassung von *LSG Brandenburg*, Beschl. v. 01.11.2004 - L 5 B 105/04 KA-ER -, MedR 2005, 62, wonach ein vorläufiger Einbehalt von 1 v. H. der Gesamtvergütung unabhängig davon zulässig sei, ob überhaupt entsprechende **Verträge über integrierte Versorgung (IV)** geschlossen worden sind, kann aufgrund der hier klaren Gesetzeslage in § 140d I 1 letzter Halbsatz SGB V nicht gefolgt werden. Der Rechtmäßigkeit eines Einbehaltes nach § 140d I 1 SGB V steht zunächst nicht entgegen, wenn unter den Leistungserbringern eines **IV-Vertrages keine niedergelassenen Vertragsärzte** beteiligt sind. **Verträge** im Sinne von § 140a SGB V müssen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten beinhalten.

Steht der Krankenkasse jeweils **nur ein Leistungserbringer**, ein Krankenhaus gegenüber, so erfüllt ein Vertrag nicht die Voraussetzung für die Anerkennung als integrierte Versorgung unter dem Aspekt "Leistungssektoren übergreifend" und handelt es sich auch nicht um einen Verbund mehrerer Leistungserbringer.

Neben der ambulanten und stationären Versorgung ist die ambulante und stationäre Rehabilitation nicht jeweils als eigener **Leistungssektor** zu qualifizieren.

Relevant ist der Begriff der **interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung** nur, so weit nicht bereits eine sektorenübergreifende Versorgung vorliegt, also nur für Kooperationen innerhalb eines Versorgungssektors. Interdisziplinär-fachübergreifend ist damit eine Kooperation von Hausärzten und Fachärzten oder auch von Fachärzten miteinander soweit mit den Kooperationen die Fachbereichsgrenzen des ärztlichen Weiterbildungsrechtes überschritten werden. Eine fachübergreifende-interdisziplinäre Versorgung liegt nicht schon dann vor, wenn im Zusammenhang mit den (ambulanten oder stationären) Operationen auch jeweils ein **Anästhesist** beteiligt ist. Sie liegt ferner nicht vor, wenn es sich um Anschlussheilbehandlung nach den vorausgegangenen operativen orthopädischen Eingriffen handelt.

Die Bekl. kürzte für den Monat September 2004 die Abschlagszahlung zunächst um 63.173,29 EUR, für die Monate Oktober und November 2004 um jeweils 100.083,17 EUR wegen fünf verschiedener Verträge über integrierte Versorgung mit einer Abzugsquote von insgesamt 0,522 %. *SG Stuttgart*, Urt. v. 12.12.2005 - S 11 KA 8450/04 – gab der Klage statt und verpflichtete die Bekl., an die Klägerin 79.001,88 EUR zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

## XI. Verfahrensrecht

### 1. WAHLWEISE BEKANNTGABE AN BEVOLLMÄCHTIGTEN ODER ADRESSATEN

**LSG Hessen, Ur. v. 25.10.2006 – L 4 KA 40/05 –**

**RID 07-01-104**

Vollmacht, Bekanntgabe, Verwaltungsakt  
SGG §§ 67, 84 II 3; SGB X §§ 13 III 1, 37 I 2

§ 13 III 1 SGB X wird von § 37 I 2 SGB X als *lex specialis* verdrängt. Danach kann die Bekanntgabe des Verwaltungsaktes für den Fall, dass ein Bevollmächtigter bestellt ist, auch ihm gegenüber vorgenommen werden. Ob die Behörde den Verwaltungsakt an den Bevollmächtigten bekannt gibt, steht allein in ihrem Ermessen.

**SG Frankfurt a. M.**, Ur. v. 13.04.2005 - S 28 KA 1535/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 2. ANDROHUNG VON ZWANGSGELD

**LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 12.12.2006 – L 7 B 124/03 KA –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 07-01-105**

Vollstreckungsgläubiger, Zwangsgeld, Vollstreckungsverfahren, Erkenntnisverfahren  
SGG § 201; GKG a. F. § 13

Die sich aus dem Antrag eines Vollstreckungsgläubigers für ihn ergebende Bedeutung der Sache im Sinne Wertvorschriften bemisst sich zunächst an der Höhe des von ihm beantragten Zwangsgeldes nach § 201 SGG. In Anlehnung an den Streitwertkatalog für die Verwaltungsgerichtsbarkeit in der Fassung vom 7./8. Juli 2004 Ziff. 1.6.1. Satz 2 ist im vorliegenden selbständigen gerichtlichen Vollstreckungsverfahren dieser Betrag auf die Hälfte (hier: 500 Euro) herabzusetzen, weil das Verfahren nicht die Festsetzung, sondern lediglich die Androhung des Zwangsgeldes betraf. Der Wert des Verfahrensgegenstandes des Vollstreckungsverfahrens ist entgegen der Vorinstanz nicht an dem Wert zu orientieren, der in dem vorausgegangenen Erkenntnisverfahren als Wert des Verfahrensgegenstandes zu Grunde zu legen gewesen wäre.

### 3. KEIN RECHTSMITTEL GEGEN ERSTINSTANZLICHE KOSTENGRUNDENTSCHEIDUNG

**LSG Baden-Württemberg, B. v. 17.10.2006 – L 5 KA 236/06 AK-B –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-106**

Kostengrundentscheidung, Rechtsmittel  
SGG §§ 172 I, 197a I 1; VwGO § 158 II

Ein Rechtsmittel gegen eine erstinstanzliche Kostengrundentscheidung ist nicht statthaft (ebenso LSG Niedersachsen, Beschl. v. 06.10.2004 - L 3 B 79/03 KA -; LSG Berlin, Beschl. v. 20.12.2004 - L 9 B 2090/04 KR -; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.01.2005 - L 2 B 162/04 KR – u. 30.05.2005 - 10 B 10/05 KA -; LSG Hessen, Beschl. v. 29.03.2004 - L 14 B 55/03 P -). Der gegenteiligen Auffassung von LSG Berlin, Beschl. v. 28.04.2004 - L 6 B 44/03 AL/ER - und LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.08.2003 - L 5 B 25/03 KR – ist nicht zu folgen.

**SG Stuttgart**, Beschl. v. 14.12.2005 - S 5 KA 7239/05 AK-A - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## XII. Streitwert

Vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2006, S. 1; NZS 2003, S. 568; NZS 2001, S. 57; s auch Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit (2006), NZS 2006, 350.

Nach **BSG**, Ur. v. 23.02.2005 – **B 6 KA 72/03 R** – (juris Rn. 33) ändert der in Verfahren der **Wirtschaftlichkeitsprüfung** aus prozessualen Gründen zweckmäßige Bescheidungsantrag nichts daran, dass das wirtschaftliche Interesse des Vertragsarztes regelmäßig auf die Beseitigung der Honorarkürzungen abzielt, sodass der Streitwert auch bei einem solchen Antrag den vollen Kürzungsbetrag umfasst.

Zur Streitwertbemessung in **Zulassungsangelegenheiten** s. **BSG**, Beschl. v. 01.09.2005 - B 6 KA 41/04 R – juris = SozR 4-1920 § 52 Nr 1 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de), **BSG**, Beschl. v. 26.09.2005 - B 6 KA 69/04 B – RID 05-04-71 und **BSG**, Beschl. v. 12.10.2005 - B 6 KA 47/04 B – juris = MedR 2006, 236 = ZMGR 2005, 324, wonach in Abkehr zur früheren Rechtsprechung der Gegenstandswert in der Regel in Höhe der dreifachen Jahreseinnahmen abzüglich der durchschnittlichen Praxiskosten in der jeweiligen Behandlergruppe festzusetzen ist; nach **BSG**, Beschl. v. 11.11.2005 - B 6 KA 12/05 B – juris = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) ist für die **gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung** der dreifache Jahresbetrag der zusätzlich abrechenbaren Leistungen als Streitwert zu ermitteln; nach **BSG**, Beschl. v. 19.05.2006 – **B 6 KA 12/06 R** - RID 06-03-77 ist im Streit um die **Verlängerung der Frist für die Aufnahme der**



**vertragsärztlichen Tätigkeit**, mit dessen Erfolg zugleich die Rechtmäßigkeit einer zugleich ausgesprochenen Zulassungsentziehung wegen nicht rechtzeitiger Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit entfällt, es angemessen, je Quartal der erstrebten Verlängerungszeit für die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in Anlehnung an § 42 III 1 GKG, aber längstens für einen Zeitraum von 12 Quartalen, den Regelwert von 5.000 € (vgl. § 52 II GKG) zur Bemessung des wirtschaftlichen Interesses heranzuziehen; BSG, Beschl. v. 12.09.2006 - **B 6 KA 70/05 B** - juris - zur Streitwertfestsetzung in **atypischen Zulassungsverfahren**; BSG, Beschl. v. 19.09.2006 - **B 6 KA 30/06 B** - juris - zur Streitwertfestsetzung bei **Wahlanfechtungsklagen** (mehrere Kläger) und zur Abänderungsbefugnis des Rechtsmittelgerichts hinsichtlich vorinstanzlicher Streitwertfestsetzungen (Abänderung erfolgt im Parallelverfahren B 6 KA 30/06 B v. 14.09.2006)

### 1. SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG BEI ÜBERSCHREITUNG DES INDIVIDUALBUDGETS

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.07.2006 – L 10 B 8/06 KA –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-107**  
Sachlich-rechnerische Berichtigung, Leistungsbescheid, Geldbetrag, Individualbudget, Kürzungsbetrag, Punktzahlvolumen, Punktwert  
GKG § 52

Das wirtschaftliche Interesse für die Streitwertfestsetzung ist anhand des Klagevorbringens (Antrag und Begründung) zu bestimmen. Dieses wird in Fällen **sachlich-rechnerischer Berichtigungen** auf der Grundlage einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage in der Regel dahin gehen, die belastende Entscheidung der KV zu beseitigen und diese zu verpflichten, die abgesetzten Leistungen nachzuvergüten.

Ein eine sachlich-rechnerische Berichtigung aussprechender **Bescheid** steht einem Leistungsbescheid jedenfalls im Anwendungsbereich des § 52 III GKG gleich. Unterschiedlich ist lediglich, dass ein bestimmter Geldbetrag einerseits zu zahlen ist (Leistungsbescheid), andererseits eine hierauf gerichtete Honorarabrechnung nicht in voller Höhe anerkannt wird (sachlich-rechnerische Berichtigung). Gemeinsames Merkmal beider Bescheidformen ist, dass es um einen bestimmten, konkreten und bezifferbaren **Geldbetrag** geht.

Es kommt nicht darauf an, ob und inwieweit der sich aus Punktzahlvolumen und Punktwert ergebende "**Kürzungsbetrag**" aus anderen Gründen (hier: **Überschreitung des Individualbudgets**) nicht hätte ausgezahlt werden können.

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 12.04.2006 - S 33 KA 109/04 – setzte den Streitwert auf 42.193,00 Euro fest, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### 2. ZUSATZBUDGETS: PUNKTWERTABZUG FÜR EIN JAHR

**LSG Hessen, Beschl. v. 03.11.2006 – L 4 B 179/06 KA –** **RID 07-01-108**  
Zusatzbudget, Punktwertabzug  
SGB V § 85 IV; SGG § 197a; GKG §§ 42 I, II V, 42 I, 52

Wird ein Widerspruchsbescheid zur Gewährung von bedarfsorientierten Zusatzbudgets angefochten und macht darin die beklagte KV zu mehreren Quartalen (hier: III/03 bis IV/04) Ausführungen, zu denen wiederum der Kläger in seiner Klagebegründung Stellung bezieht, so ist der Streitwert in Höhe des strittigen Punktwertabzugs für den Zeitraum von einem Jahr festzusetzen (hier: 23.040,36 Euro).

### 3. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFVERFAHREN: BESCHIEDUNGSANTRAG/ÜBERSCHREITUNG DES INDIVIDUALBUDGETS

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 18.04.2006 – L 10 B 1/06 KA –** [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-109**  
Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren, Leistungsbescheid, Geldbetrag, Individualbudget, Kürzungsbetrag, Punktzahlvolumen, Punktwert  
GKG § 52

Das wirtschaftliche Interesse ist in **Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren** ungeachtet des **Beschiedungsantrags** anhand des Klagevorbringens (Antrag und Begründung) zu bestimmen. Dieses wird in der Regel dahin gehen, die belastende Entscheidung des Prüfungsgremiums zu beseitigen (LSG NRW v. 06.01.2000 - L 11 B 45/99 KA -; LSG Bayern, MedR 2000, 104).

Ist eine Honorarkürzung nach einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren wegen einer Überschreitung des **Individualbudgets** auf den Honoraranspruch ohne Auswirkung, so ist der Streitwert dennoch in Höhe der Honorarkürzung festzusetzen.

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 24.11.2005 - S 14 KA 115/05 – setzte den Streitwert auf 10.355,67 Euro fest, das **LSG** wies die Beschwerde d. Kl. zurück.

#### 4. ZULASSUNG ZWEIER FACHÄRZTE FÜR HERZCHIRURGIE/ EINSTWEILIGES RECHTSSCHUTZ- VERFAHREN

*LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 16.10.2006 – L 10 B 2/06 KA ER – MedR 2007, 70* **RID 07-01-110**

Facharzt für Herzchirurgie, Arztgruppe, Umsatz, Facharzt für Chirurgie einstweiliges Rechtsschutzverfahren  
SGB V § 95; GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 4; SGG § 86b

1. Für die Streitwertermittlung bei der Klage eines **Facharztes für Herzchirurgie** auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ist nicht auf den Umsatz aller Arztgruppen abzustellen, sondern der Umsatz der Fachärzte für Chirurgie abzüglich des Praxiskostenanteils in einem Zeitraum von drei Jahren zugrunde zu legen.

2. Der Streitwert ist zu verdoppeln, wenn **zwei Fachärzte** für Herzchirurgie im Klageverfahren ihre Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung anstreben.

3. Bei der Streitwertfestsetzung für das **einstweilige Rechtsschutzverfahren** ist kein Abzug vorzunehmen, wenn die einstweilig erstrittene Zulassung trotz ihres vorläufigen Charakters in ihren wirtschaftlichen Auswirkungen einer vollen Zulassung gleichkommt.

Zum einstweilige Rechtsschutzverfahren s. *LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 04.09.2006 – L 10 B 2/06 KA ER – RID 07-01-80* (diese Ausgabe).

#### 5. KEINE BESCHWERDE GEGEN VORLÄUFIGE STREITWERTFESTSETZUNG

*LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 21.12.2006 – L 5 B 350/06 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-111**

Streitwert, Streitwertfestsetzung, Beschwerde, Rechtsanwalt, Beschwerderecht

RVG §§ 32 II 1, 56; GKG §§ 62 II, 63 I 1, 67, 68

Gegen eine vorläufige Streitwertfestsetzung ist die isolierte Beschwerde nicht statthaft. § 32 II 1 RVG verleiht dem Rechtsanwalt kein darüber hinausgehendes eigenständiges Beschwerderecht.

*SG Mainz, Beschl. v. 06.06.2006 - S 8 KA 188/06 -* setzte den Streitwert vorläufig auf 5000,- EUR fest, das *LSG* wies die Beschwerde des Pb. eines Beigel. zurück.

#### 6. GEGENSTANDSWERT BEI FESTSTELLUNG ÜBER ZULASSUNGSENDE BEI AVISIERTEM PRAXISVERKAUF

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 86/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-112**

Praxisaufgabe, Kaufpreisinteresse, Regelstreitwert, Verbot der reformatio in peius, Bindungswirkung

SGB V § 97 III 2; SGB X § 63 III 1; BRAGO § 8 I 2; GKG a. F. § 13 I 1

Hat ein Vertragsarzt seine vertragsärztliche Tätigkeit wegen Erkrankung aufgegeben, so rechtfertigt dies ein **Abweichen vom Regelfall** und die Berechnung des Gegenstandswertes nach einem anderen Kriterium als dem Praxisumsatz. Soll die Praxis verkauft werden, ist aber das Kaufpreisinteresse im Zeitpunkt des Antrages auf Ausschreibung des Vertragsarztsitzes noch nicht ermittelbar gewesen, dann ist bei der Kostenfestsetzung der **Regelstreitwert** zugrunde zulegen. Ist die Vorinstanz von einem Kaufpreis von 250.000 Euro ausgegangen, so kann nach dem **Verbot der reformatio in peius** hiervon nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers abgewichen werden.

Die Auffassung der Vorinstanz, die **materielle Bindungswirkung** eines Bescheids über die Kostenerstattung, der in seinem Entscheidungssatz allein die Höhe der festgesetzten Kosten regelt, umfasse nicht den in den Bescheidgründen erwähnten Gegenstandswert, ist zutreffend.

*SG Berlin, Gerichtsbb. v. 10.03.2006 - S 83 KA 154/04 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### XIII. Entscheidungen des BSG

#### 1. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG: KEIN SACHVERSTÄNDIGENGUTACHTEN WEGEN ATYPISCHEM PATIENTENKLIENTEL

*BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 49/06 B – juris* **RID 07-01-113**

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 28.06.2006 – L 4 KA 16/05 – wird zurückgewiesen. Die Frage, ob die **Patientenklientele** einer Praxis **atypisch** zusammengesetzt ist, unterliegt der gerichtlich nur eingeschränkt nachprüfaren Bewertung der Prüfungsgremien und kann nicht Gegenstand der **Beweiserhebung** durch Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens sein.

## 2. ZULASSUNGSRECHT: HÄRTE BEI SELBST VERSCHULDETEM AUSSCHIEDEN (§ 25 SATZ 2 ÄRZTE-ZV A. F.)

*BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 8/06 B –*

RID 07-01-114

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 23.11.2005 wird zurückgewiesen.

Im Falle freiwilligen bzw. selbst verschuldeten Ausscheidens liegt eine Härte i. S. des § 25 Satz 2 Ärzte-ZV (Fassung bis 2006) nur bei existentieller Notwendigkeit erneuter vertragsärztlicher bzw. psychotherapeutischer Tätigkeit vor (s. BSG SozR 3-5520 § 25 Nr. 3 S. 16 ff.). Die Frage, ob dem Antrag einer über 55-Jährigen auf eine Jobsharing-Zulassung entgegengehalten werden könne, sie könne eine Anstellung erhalten oder habe eine solche Anstellung bereits inne, ist ohne weiteres zu bejahen.

## 3. VERFAHRENSRECHT: UNBESETZTER VORSITZ IN BERUFUNGSENAT LÄNGER ALS SECHS MONATE

*BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 34/06 B –* juris = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-115

Zumindest im Regelfall kann der **Vorsitz in einem Spruchkörper** nicht länger als sechs Monate durch das „vom Präsidium bestimmte Mitglied des Spruchkörpers“ i. S. d. § 21f II 1 GVG geführt werden.

Ein **Fortsetzungsfeststellungsinteresse** kann sich nicht daraus ergeben, dass die Krankenkassen gegen einen nach Erreichen der Altersgrenze von 68 Jahren ausgeschiedenen Vertragsarzt Regressansprüche geltend machen, weil er nach der Beendigung seiner Tätigkeit vertragsärztliche Verordnungen ausgestellt hat, die von den betroffenen Patienten eingelöst worden sind. Steht nach einem ergebnislosem einstweiligen Rechtsschutzverfahren fest, dass ein Arzt nicht mehr vertragsärztlich tätig sein dürfen, so durfte er allein wegen des Fehlens des vertragsärztlichen Status Verordnungen nicht mehr ausstellen und muss er den dadurch den Krankenkassen entstandenen Schaden ggf. ersetzen.

Der 1934 geb. Kl. war seit 1974 zur vertragsärztlichen Versorgung niedergelassen. Im Dez. 2004 hat er seine Approbation als Arzt zurückgegeben. Die Zulassungsgremien stellten das Ende der Zulassung zum Sept. 2002 wegen Erreichens der Altersgrenze fest. Dagegen erhob d. Kl. zunächst Anfechtungs- und Verpflichtungsklage mit dem Ziel einer weiteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Nach der Rückgabe seiner Approbation stellte er diese Klage in eine Fortsetzungsfeststellungsklage um. Einen Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes wies *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 18.03.2003 - S 29 KA 51/03 ER – ab, die Beschwerde wies *LSG Hessen*, Beschl. v. 15.12.2004 – L 7 KA 412/03 ER – RID 05-03-41 zurück. *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 15.06.2005 – S 5/29 KA 89/03 – wies die Klage ab, *LSG Hessen*, Urt. v. 15.03.2006 – L 4 KA 32/05 – RID 06-02-53 die Berufung zurück. Nach Ausscheiden des Senatsvorsitzenden zum 31.07.2005 aus Altersgründen war die Planstelle vakant; E wurde vom Präsidium auch noch bei der Geschäftsverteilung für das Jahr 2006 als Vertreter bestimmt. Auf die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers wies das *BSG* den Rechtsstreit an das LSG zurück

## 4. STREITWERT

### A) ATYPISCHE ZULASSUNGSVERFAHREN: RECHTSMITTELFÜHRER BEIGELADENE INSTITUTION/GERINGER UMSATZ

*BSG, Beschl. v. 12.09.2006 – B 6 KA 70/05 B –* juris = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-116

**Leitsätze:** 1. In Zulassungsverfahren von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten ist der Streitwert auch dann nach den Grundsätzen des BSG-Beschlusses vom 01.09.2005 - B 6 KA 41/04 R - SozR 4-1920 § 52 Nr. 1 festzusetzen, wenn **Rechtsmittelführer** nicht der Betroffene, sondern eine zum Rechtsstreit beigeladene **Institution** – z. B. die Kassenärztliche Vereinigung – ist.

2. Wenn in Zulassungsverfahren in **Ausnahmefällen** die durchschnittlichen **Umsätze** der jeweiligen Arztgruppe dem wirtschaftlichen Interesse des Betroffenen auch nicht annähernd entsprechen, ist für jedes Quartal des maßgeblichen Dreijahreszeitraums nach § 42 Abs. 3 GKG der Regelwert von 5000,- Euro anzusetzen; ein Abzug von Praxiskosten erfolgt dann nicht.

## B) WAHLANFECHTUNGSKLAGEN/BEFUGNIS DES RECHTSMITTELGERICHTS

*BSG, Beschl. v. 12.09.2006 – B 6 KA 30/06 B – juris*

**RID 07-01-117**

Für Wahlanfechtungsklagen ist der **Regelstreitwert** gemäß § 52 II GKG zu Grunde zu legen, da genügende Anhaltspunkte für eine Bewertung des Streitgegenstandes nach dem wirtschaftlichen Interesse fehlen. Die mit dem streitigen Wahlamt verbundenen Vergütungen oder Aufwandsentschädigungen sind regelmäßig kein geeigneter Anknüpfungspunkt zur Bemessung des wirtschaftlichen Interesses von Kl. an einer Wahlanfechtungsklage, weil diese auch im Falle einer erfolgreichen Wahlanfechtung nicht automatisch selbst in das betreffende Amt gewählt sind.

Wird die Besetzung mehrerer Positionen angefochten, für die jeweils gesonderte Wahlhandlungen vorgesehen sind, bildet **jedes dieser** separat zu erlangenden **Wahlämter** einen eigenständigen Streitgegenstand, sodass der Regelwert dementsprechend mehrfach anzusetzen und gemäß § 39 Abs. 1 GKG zusammenzurechnen ist.

Die **Zahl** der die **Wahlanfechtungen** betreibenden Kläger ist für die Bestimmung des Streitgegenstands des Verfahrens sowie für die Bemessung des Streitwerts ohne Bedeutung. Gemäß § 39 I GKG kommt es im Falle subjektiver Klagehäufung nicht auf die Anzahl der Prozessrechtsverhältnisse, sondern lediglich darauf an, ob mehrere unterschiedliche Streitgegenstände i. S. dieser Vorschrift vorliegen. Soweit dagegen der Streitwertkatalog für die Verwaltungsgerichtsbarkeit vorsieht, dass im Falle gemeinschaftlicher Klagen mehrerer Kläger eine Addition der Werte der einzelnen Klagen nur unterbleibt, wenn die Kläger eine Maßnahme "als Rechtsgemeinschaft" begehren oder bekämpfen, ist dies angesichts des Regelungsgehalts des § 39 I GKG zu eng und lässt die ständige Rechtsprechung des BGH zum Additionsverbot bei wirtschaftlicher Identität der verfolgten Ansprüche außer Acht.

Für den Wert des **Streitgegenstands des ersten Rechtszugs** ist im Rahmen des § 47 II GKG nicht der in erster Instanz festgesetzte, sondern der objektiv angemessene Streitwert maßgeblich.

Das **Rechtsmittelgericht** ist berechtigt, aber nicht verpflichtet, eine unzutreffende Streitwertfestsetzung durch die Vorinstanzen abzuändern.

## B. Krankenversicherungsrecht

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Zur BSG-Rechtspr. vgl. zuletzt RID 06-04-A B I (S. 47); RID 05-04-B I (S. 35).

#### 1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

Zur BSG-Rechtspr. vgl. zuletzt RID 06-04-A B I 1 (S. 47).

##### A) CLEAR-LENS-EXCHANGE-OPERATION

**LSG Bayern, Urt. v. 12.10.2006 – L 5 KR 134/05** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 07-01-118**

Clear-Lens-Exchange-Operation, Sehschärfe, Kontaktlinse, Fehlsichtigkeit, Augenlinse

SGB V §§ 13 III, 27 I, 135 I

Die Clear-Lens-Exchange-Operation zählt nicht zu den vertragsärztlich erbringbaren Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit sie nicht der Operation des Grauen Stars (Nr. 1351 EBM) dient. Ein sog. Systemversagen besteht nicht.

Die 1964 geb. Kl. leidet unter Sehschwächen verschiedener Ursache. Neben einer Amblyopie (anlagebedingte, durch optische Hilfsmittel nicht zu behebende Herabsetzung der Sehschärfe ohne pathologischen Befund) und hochgradiger Weitsichtigkeit in Verbindung mit Astigmatismus (rechts + 8,75, links + 8,0) bestehen bei ihr eine beginnende Altersweitsichtigkeit sowie Hornhautneovaskularisationen. Den Antrag, ihr als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung die die Fehlsichtigkeit begründenden Augenlinsen gegen eine Kunstlinse operativ auszutauschen (Clear-Lens-Exchange-Operation – CLE) lehnte die bekl. Krankenkasse ab. **SG Nürnberg**, Urt. v. 06.04.2005 - S 7 KR 221/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

##### B) LIPOSUCTION: KEINE PROZESSKOSTENHILFE

**LSG Bayern, Beschl. v. 27.11.2006 – L 4 B 777/06 KR PKH** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 07-01-119**

Liposuction, Behandlungsmethode, Prozesskostenhilfe, Systemversagen, Bundesausschuss

SGB V §§ 13 III, 27 I, 135 I; SGG § 73°; ZPO § 114

Hinsichtlich der Liposuction als anerkannte Therapie zur Behandlung von Lipo-/Lymphödemen liegt eine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht vor. Für eine Klage auf Kostenübernahme besteht deshalb keine hinreichende Aussicht auf Erfolg und ist Prozesskostenhilfe nicht zu bewilligen. Der Vortrag, dass von einem Systemversagen auszugehen sei, ist nicht überzeugend, wenn nicht dargelegt wird, dass der Bundesausschuss eine Überprüfung der beantragten Methode schuldhaft verzögert hat.

**SG Nürnberg**, Beschl. v. 26.07.2006 - S 11 KR 578/05 - wies den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

##### C) SYSTEMTHERAPIE ZUR MACULADEGENERATION

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.12.2006 – L 1 KR 67/04** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 07-01-120**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt - B 1 KR 16/07 B

Maculadegeneration, Behandlungsmethode

SGB V §§ 13 III, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Bei der Systemtherapie zur Maculadegeneration handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode, die bisher nicht in der Positivliste der BUB-Richtlinien aufgeführt ist und worauf kein Versorgungsanspruch besteht. Ein sog. Systemversagen liegt nicht vor.

**SG Berlin**, Urt. v. 16.01.2004 - S 72 KR 2020/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. INTRACYTOPLASMATISCHE SPERMIENINJEKTION (ICSI)

Das *BVerfG* hat für den 28.02.2007 die Entscheidung über die Frage, ob die gesetzlichen Krankenkassen auch nicht verheirateten Paaren Kosten für eine In-vitro-Fertilisation (IvF) erstatten müssen, angekündigt.

### A) GAMETENINTERAKTIONSTÖRUNG

*LSG Bayern, Urt. v. 05.09.2006 – L 5 KR 183/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-121

Intracytoplasmatische Spermieninjektion, ICSI, Gameteninteraktionsstörung

SGB V §§ 2 I 3, 12 II, 27a

Es besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme gemäß § 27a SGB V bei einer Gameteninteraktionsstörung, weil nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses dies nicht vorgesehen ist. Die ab 01.07.2002 geltenden Richtlinien sind rechtmäßig.

*SG Landshut, Urt. v. 17.03.2005 - S 4 KR 145/03* - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) AUSSCHLUSS EINER HOCHGRADIG EINGESCHRÄNKTEN SPERMIENMORPHOLOGIE

*LSG Hamburg, Urt. v. 19.07.2006 – L 1 KR 12/06* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-122

*Revision zugelassen*

Fertilitätsstörung, Spermienmorphologie, Unfruchtbarkeit, Gemeinsamer Bundesausschuss

SGB V § 27a; Künstliche BefruchtungsRL

Kann ein Nachweis der nach den **Vorgaben der Künstliche BefruchtungsRL** nicht geführt werden, so besteht auch kein Anspruch auf Kostenerstattung.

Der Fall der ausschließlich **hochgradig eingeschränkten Spermienmorphologie** wird von den Künstliche BefruchtungsRL nicht erfasst. Darin liegt kein Verstoß gegen den § 27a SGB V in der bis 2003 geltenden Fassung. Ob der Gemeinsame Bundesausschuss - was das BSG für möglich erachtet hat - im Zusammenhang mit seiner 2002 getroffenen Regelung Anlass zu Beschränkungen bei der ICSI gesehen und deshalb die ICSI nur unter einer strengen Indikationsstellung zugelassen hat, bedarf keiner Überprüfung durch das Gericht. Für die Zeit des Jahres 2003 kann nicht verlangt werden, dass der Bundesausschuss auch die Fälle, in denen die Qualität des männlichen Spermas nach allgemeinem Erkenntnisstand einer faktischen Unfruchtbarkeit gleichkommt, bereits in den Indikationskatalog für ICSI aufnehmen musste.

*SG Hamburg, Urt. v. 16.01.2006 - S 28 KR 1038/03* - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### C) NACHWEIS MANGELNDER FERTILITÄT ERFORDERLICH

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.11.2006 – L 24 KR 1118/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-123

Fertilitätsstörung, Spermienmorphologie, Unfruchtbarkeit, Gemeinsame Bundesausschuss,

SGB V § 27a; Künstliche BefruchtungsRL

Der Bundesausschuss ist berechtigt, Indikationen für eine ICSI-Behandlung festzulegen. Die hierzu ergangene Richtlinie stellt eine wirksame Rechtsgrundlage für die Ablehnung eines Leistungsantrages auf die ICSI-Behandlung dar. Dass eine Behandlung, die einen Mangel der **Fertilität der männlichen Spermien** ausgleichen soll, nur dann in den Leistungsbereich der GKV einzubeziehen ist, wenn diese mangelnde Fertilität vorher in hinreichender Form nachgewiesen wurde, kann jedenfalls nicht als willkürlich bezeichnet werden.

*SG Neuruppin, Gerichtsbb. v. 19.08.2005 - S 9 KR 4/04* - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### D) ALTERSGERECHTE AUSSICHT AUF EINTRETEN EINER SCHWANGERSCHAFT

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 08.11.2006 – L 9 KR 56/04* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-124

Frau, 40. Lebensjahr, Schwangerschaft

SGB V i.d. bis 2003 geltenden F. §§ 13 III, 27a I

Nach Ziffer 9 der auch die Gerichte bindenden Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in d. F. v. 26.02. 2002 sollten Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bei Frauen, die das 40. Lebensjahr vollendet hatten, nicht durchgeführt werden. Ein atypischer Fall liegt nicht vor, wenn lediglich eine altersgerechte Aussicht auf das Eintreten einer Schwangerschaft besteht.

*SG Berlin, Urt. v. 23.01.2004 - S 88 KR 421/03* - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### E) KEIN KOSTENANSPRUCH FÜR MAßNAHMEN BEI PRIVAT VERSICHERTER EHEFRAU

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.10.2006 – L 9 KR 122/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-125**  
Kostenerstattungsanspruch, Privatversicherung, Ehefrau, Ehegatte  
SGB V § 27a

Ein **Kostenerstattungsanspruch** eines Versicherten für an seiner privat versicherten Ehefrau vorgenommene medizinische Behandlungen scheidet aus, wenn er die nur seine Ehefrau betreffende Rechnungen vorlegt. Auch wenn er auf die Schuldverpflichtungen seiner Ehefrau geleistet hat, führt dies nicht dazu, dass er selbst mit Kosten belastet worden ist, denn eine rechtliche Inanspruchnahme drohte ihm nicht. Die Leistungspflicht einer Krankenkasse erstreckt sich gemäß § 27a III SGB V nur auf solche Maßnahmen, die jeweils **bei ihrem Versicherten** vorzunehmen sind (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 11/03 R -).

*SG Berlin*, Urt. v. 18.07.2003 - S 72 KR 1010/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG

### A) BESCHRÄNKTER FESTZUSCHUSS: STRAHLENTHERAPIE WEGEN KEHLKOPFKREBS

*LSG Bayern, Urt. v. 23.10.2006 – L 4 KR 335/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-126**  
Zahnersatz, Sonderopfer, Strahlentherapie, Kehlkopfkrebs  
SGB V §§ 13 III, 30

Bei der Versorgung mit Zahnersatz bleibt nach der ständigen Rechtsprechung des BSG die Leistung der Krankenkasse auch dann auf einen **Zuschuss** beschränkt, wenn der Zahnersatz anderen als zahnmedizinischen Zwecken dient oder integrierender **Bestandteil einer anderen Behandlung** ist (BSG vom 06.10.1999, SozR 3-2500 § 30 Nr. 10 = BSGE 85, 86).

Bestehen zur **Behandlung eines Kehlkopfkrebsses** mehrere Behandlungsmöglichkeiten, so stellt sich die medizinische Notwendigkeit des Zahnersatzes, auch wenn ein Kausalzusammenhang mit der vorausgegangenen Strahlentherapie unterstellt wird, nicht als Folge eines **Sonderopfers** dar, weil es an einer zwingenden rechtlichen Vorgabe für diese Behandlung gefehlt hat. Vielmehr war die Strahlentherapie eine von mehreren Behandlungsmöglichkeiten, über die der behandelnde Arzt im Rahmen der Therapiefreiheit und den Regeln der ärztlichen Kunst unter Beachtung der Besonderheiten der individuellen Erkrankung und Abwägung der Effektivität, Nebenwirkungen und Risiken der Behandlung entschieden hat.

*SG München*, Urt. v. 21.07.2005 - S 18 KR 186/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) BEGRENZUNG DES FESTZUSCHUSSES (NICHTZULASSUNGSBESCHWERDE)

*LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 20.11.2006 – L 16 B 62/06 KR NZB – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 06-04-127**  
Nichtzulassungsbeschwerde, Festzuschuss, Zahnersatz, Härtefall  
SGB V § 55

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *SG Köln*, Urt. v. 07.08.2006 - S 19 KR 58/06 - wird zurückgewiesen. Das BSG hat in ständiger Rechtsprechung (vgl. BSG SozR 4-2500 § 61 Nr. 1) daran festgehalten, dass die vom Gesetzgeber im Rahmen von § 55 II 1 und 3 SGB V vorgenommene pauschalierte Betrachtungsweise bei der Beurteilung einer unzumutbaren Belastung auch verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sei.

### C) OBTURATOR (VERSCHLUSSPLATTE FÜR LÜCKEN DES GAUMENS)

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.12.2006 – L 16 KR 101/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-128**  
*Revision zugelassen*  
Tumoroperation, zahnärztliche Versorgung  
SGB V §§ 11 I Nr. 4, 27 I 1 u. 2 Nr. 2

Die besonderen Gründe, die für die Notwendigkeit der zahnärztlichen Versorgung sprechen - Zustand nach Tumoroperation mit Entfernung eines Teils des Oberkiefers und Gaumens und verbliebenem Defekt - rechtfertigen ausnahmsweise einen höheren Prozentsatz im Sinne einer voller Kostenübernahme.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 10.04.2006 - S 8 KR 106/04 - wies die Klage ab, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass der von der Beklagten noch zu erstattende Betrag 1.676,74 EUR beträgt.

## D) ZAHNHERDBEHANDLUNG (AMALGAMAUSLEITUNG)

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.09.2006 – L 24 KR 23/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 06-04-129**

Zahnherdbehandlung, Amalgamausleitung, Quecksilberbestimmung, Speicheltest, DMPS

SGB V §§ 2 II, 11 I 1 Nr. 4, 13 I u. III, 27 I 2 Nr. 2, 28

**Quecksilberbestimmungen** in "Speicheltesten" sind nicht geeignet, die Quecksilberaufnahme durch Amalgamfüllungen zu quantifizieren. In gleicher Weise ungeeignet sind Komplexbildner wie DMPS (Test durch intravenöse Gabe von 2.3-Dimercaptopropan-1-sulfonat).

Eine Zahnherdbehandlung (**Amalgamausleitung**) gehört nicht zur zahnärztlichen Versorgung. Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass sich der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis hinsichtlich der Schädlichkeit von Amalgam zwischenzeitlich geändert haben könnte.

*SG Potsdam, Urt. v. 29.04.2004 - S 7 KR 148/02 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.*

## E) FUNKTIONSANALYTISCHE LEISTUNGEN/BEGRENZUNG BEIM ZAHNERSATZ

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.11.2006 – L 11 KR 29/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-130**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt - B 1 KR 145/06 B

Funktionsanalytische Leistungen, Zahnersatz, Brücke

SGB V §§ 27, 28 II 8, 30 I

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach ein Anspruch auf Gewährung funktionsanalytischer Leistungen nicht bestehe, da diesem Anspruch die Regelung des § 28 II 8 SGB V entgegen stehe, und wonach der **Zahnersatz** bei großen Brücken auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitengebiet begrenzt sei (§ 30 Abs. 1 SGB V), selbst wenn die Behandlung aus anderen als zahnmedizinischen Gründen erforderlich werde, ist zutreffend.

*SG Köln, Gerichtsbb. v. 20.06.2005 - S 9 KR 1012/04 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.*

## II. Kostenerstattungsanspruch

Zur BSG-Rspr. vgl. zuletzt RID 06-04-B II (S. 52).

### 1. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG: KOSTENTRAGUNG DURCH PRIVATVERSICHERUNG DES EHEMANNES

*LSG Hamburg, Urt. v. 15.11.2006 – L 1 KR 40/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-131**

Künstliche Befruchtung, ICSI-Behandlung, IVF, Kostenübernahme, Privatversicherung, Krankenkasse

SGB V § 13 III, 27a

Sind einer Versicherten **keine Kosten** für die selbst beschafften Leistungen **entstanden**, weil die private Krankenversicherung ihres Ehemannes diese Kosten getragen hat, besteht kein Kostenerstattungsanspruch. In diesem Zusammenhang kommt es nicht darauf an, auf welcher Grundlage die Zahlung der privaten Krankenkasse erfolgte. Entscheidend ist allein, dass die Kosten für die Behandlung übernommen wurden.

Die 1968 geb. Kl. ist Mitglied der bekl. Krankenkasse, ihr 1956 geb. Ehemann ist bei der Beigel. privat krankenversichert. Der Kinderwunsch der Eheleute konnte bislang wegen einer isolierten Sterilität des Ehemannes nicht verwirklicht werden. Nachdem die Beigel. lediglich eine Kostenübernahme für bis zu drei ICSI-Behandlungen zugesagt hatte, beantragte die Kl. bei der Bekl. erfolglos die Kostenübernahme für die IVF. Die Bekl. war der Auffassung, dass in den Fällen, in denen der Ehegatte, bei dem die alleinige Ursache für die Sterilität liege, privat krankenversichert sei, dessen Krankenversicherung wegen des zivilrechtlichen Verursacherprinzips die Gesamtkosten allein zu tragen habe. Die Beigel. übernahm alle Kosten auf der Grundlage folgender "**Vereinbarung zur Kostenübernahme für bis zu 3 Zyklen künstlicher Befruchtung**":

Wir behalten uns vor, den Betrag ...zurückzufordern, sollte sich herausstellen, dass die gesetzliche Krankenkasse der Ehefrau zur Leistung verpflichtet war. Der Erteilung der Zusage liegt die Bereitschaft von Frau E.-L. zu Grunde, ihre gesetzliche Krankenkasse auf Übernahme der IVF-Kosten vor dem Sozialgericht zu verklagen. Wir werden den Betrag nur in dem Umfang zurückfordern, in welchem die gesetzliche Krankenkasse von Frau E.-F. zur Übernahme der IVF vor dem Sozialgericht verpflichtet wird. 2. 3. 4. Mit obiger Vereinbarung sind hinsichtlich der künstlichen Befruchtung sämtliche Ansprüche aus dem privaten Krankenversicherungsvertrag abgegolten. Schließlich hatte sich die Beigeladene in der Vereinbarung verpflichtet, die anfallenden Gerichts- und Anwaltskosten "im Zusammenhang mit diesem Rechtsstreit vor dem Sozialgericht" zu übernehmen.

*SG Hamburg, Urt. v. 12.04.2005 - S 22 KR 1551/03 – verurteilte die Bekl., entsprechend dem ab 2004 geltenden § 27a SGB V 50 v.H. der Kosten eines dritten - zu der Zeit noch nicht durchgeführten - Behandlungszyklus (einschließlich Medikamente) zu übernehmen, und wies im Übrigen die Klage ab. Das LSG wies die Berufung der Kl. zurück.*



## 2. NOTFALLBEHANDLUNG IN NICHTVERTRAGSKRANKENHAUS

*LSG Bayern, Urt. v. 30.11.2006 – L 4 KR 73/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 07-01-132**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt - B 1 KR 11/07 B

Notfall, Krankenhaus, Nichtvertragskrankenhaus, unaufschiebbare Leistungen

SGB V §§ 27, 76 I 2

Unter die 1. Alternative (unaufschiebbare Leistungen) fallen **krankenversicherungsrechtliche Notfälle** im Sinne des § 76 I 2 SGB V, die dann vorliegen, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein zu der Versorgung der Versicherten der Krankenkassen zugelassener Leistungserbringer (z. B. Vertragsarzt oder zugelassenes Krankenhaus) nicht zur Verfügung steht. Dies ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden. Ferner gehören zu den unaufschiebbaren Leistungen andere dringliche Bedarfslagen wie z.B. Systemversagen, Systemstörungen oder Versorgungslücken. Bei einer seit längeren (hier: vier Wochen) **geplanten Nachoperation** liegt kein Notfall im Sinne des SGB V vor.

Eine **stationäre Notfallbehandlung** durch ein **Nichtvertragskrankenhaus** ist der Versorgung nach dem SGB V zuzurechnen und hat die Krankenkassen den Vergütungsanspruch zu erfüllen. In einem krankenversicherungsrechtlichen Notfall haben die Versicherten keine Möglichkeit, die Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkassen gegenüber dem Leistungserbringer zu betreiben (BSG v. 09.10.2001, SozR 3-2500 § 13 Nr. 25 = BSGE 89, 39; BSG vom 28.03.2000 SozR 3-2500 § 13 Nr. 21).

*SG Nürnberg, Urt. v. 04.12.2003 - S 7 KR 242/03 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.*

## 3. DIFFERENZIERUNG ZW. AMBULANTER UND STATIONÄRER BEHANDLUNG: UTERUS-ARTERIEN-EMBOLISATION

*LSG Hessen, Urt. v. 19.10.2006 – L 8 KR 118/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 07-01-133**

Kostenerstattungsanspruch, Uterus-Arterien-Embolisation, stationäre Leistung, ambulante Leistung

SGB V §§ 13 III, 125, 137c

Ist ein Antrag einer Versicherten so auszulegen, dass es ihr darum ging, organerhaltend therapiert zu werden, sei es ambulant oder stationär, so ist die Ablehnung auch einer stationären Uterus-Arterien-Embolisation rechtswidrig und besteht ein Kostenerstattungsanspruch für eine ambulant erbrachte Leistung (vgl. BSG, im Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 5/05 R -).

Bei der Uterus-Arterien-Embolisation wird ein Katheter in die den Uterus versorgenden Arterien eingeführt. Durch den Katheter werden Kunststoffpartikel an die Stelle geleitet, von der aus die Blutgefäße zum Myom führen. Diese werden dauerhaft verschlossen, wodurch sich die Geschwulst zurückbildet. Bei diesem Verfahren bleibt die Gebärmutter für die Patientin erhalten. *SG Darmstadt, Urt. v. 11.05.2005 - S 10 KR 363/03 - wies die Klage ab, das LSG verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten der Uterus-Arterien-Embolisation*

## 4. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG MIT ZAHNERSATZ

*LSG Bayern, Urt. v. 12.10.2006 – L 5 KR 21/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 07-01-134**

Heil- und Kostenplan, Notfall, Zahnersatz

SGB V §§ 13 III, 28 II 9, 30 IV

Angesichts der Erstellung des Heil- und Kostenplans am 29.01.2004 und dem Beginn der Behandlung Tage später, nämlich am 02.02.2004, ist das Vorliegen eines Notfalls ausgeschlossen. Eine Kausalität zwischen dem ablehnenden Bescheid der Beklagten und der Inanspruchnahme privatärztlicher Behandlung ist daher von vornherein nicht gegeben.

*SG Regensburg, Urt. v. 19.01.2005 - S 14 KR 330/04 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.*

## 5. KEINE ZAHLUNGSPFLICHT BEI FEHLENDEM VERTRAG MIT KLINIK

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.11.2006 – L 9 KR 82/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 07-01-135**

Kosten, Zahlungsanspruch, Klinik, Vertragsschluss

SGB V § 13 III

Die Erstattung von Kosten setzt nach § 13 III SGB V voraus, dass dem Versicherten **Kosten entstanden** sind (BSG, Urt. v. 23.07.1998 - B 1 KR 3/97 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 17). Hieran fehlt es, wenn

eine Versicherte keinem rechtswirksamen und durchsetzbaren (privatrechtlichen) Zahlungsanspruch einer Klinik wegen eines stationären Aufenthalts ausgesetzt gewesen ist. Auch ein Vertragsschluss durch schlüssiges Verhalten scheidet dann aus, wenn jedenfalls der Leistungserbringer – die Klinik – erkennbar davon ausgeht, es solle eine Versorgung des Versicherten zu Lasten einer gesetzlichen Krankenkasse erfolgen (BSG, Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 6/01 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 25).

*SG Berlin*, Urt. v. 07.04.2003 - S 87 KR 1917/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 6. EIGENE FINANZIELLE BETROFFENHEIT/WARTEZEIT AUF BLINDENFÜHRHUND

*LSG Sachsen*, Urt. v. 25.01.2006 – L 1 KR 81/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-136

Kostenerstattungsanspruch, Blindenführhund, finanzielle Betroffenheit, Geschäftsführung ohne Auftrag, ungerechtfertigte Bereicherung, Wartezeit

SGB V §§ 13 III, 33 I; SGB IX § 15 I 3 u. 4; BGB §§ 670, 683, 812

Es fehlt an einer **eigenen finanziellen Betroffenheit** für einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 III 1 SGB V wenn eine Blindenführhundscheule die Versorgung mit dem Führhund ausschließlich der Krankenkasse in Rechnung stellt und einen offenen Differenzbetrag nicht von der Versicherten fordert. Eine Vergütung aus Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 670, 683 BGB) oder aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB) scheidet aus, wenn eine Behandlung als Privatpatientin mit der Verpflichtung, die entstehenden Kosten selbst zu zahlen, weder dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen der Versicherten noch ihrem Interesse entspricht.

Bei der **Folgeversorgung mit einem Blindenführhund** ist eine **Wartezeit von sechs bis neun Monaten** ab Antragstellung zumutbar.

*SG Chemnitz*, Urt. v. 31.07.2003 - S 13 KR 16/02 - wies die auf Erstattung des Differenzbetrags zwischen den von der Blindenführhundscheule B. der Bekl. in Rechnung gestellten Gesamtkosten von 46.959,98 DM (= 24.010,26 EUR) und dem von der Bekl. übernommenen Betrag von 28.500,00 DM (= 14.571,82 EUR) gerichtete Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## III. Stationäre Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsbehandlung

Zur BSG-Rspr. vgl. zuletzt RID 06-04-B III (S. 55).

### 1. KRANKHEITSBEGRIFF

Vgl. zuletzt RID 06-04-B III 1 (S. 55).

#### A) BRUSTVERKLEINERUNGSOPERATION: PTOSIS (HÄNGEBRUST) KEINE KRANKHEIT

*LSG Bayern*, *Beschl. v. 13.11.2006 – L 4 KR 204/04* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-137

Brustverkleinerungsoperation, Krankheit, Ptosis, Hängebrust

SGB V § 27

Eine Ptosis (Hängebrust) ist keine Krankheit, sondern, möglicherweise, ein kosmetisches Defizit.

*SG Regensburg*, Urt. v. 14.07.2004 - S 2 KR 6/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### B) BRUSTVERGRÖßERUNG BEI UNTERENTWICKLUNG BEIDER BRÜSTE (MAMMAHYOPLASIE/MIKROMASTIE)

*SG Aachen*, Urt. v. 16.01.2007 – S 13 KR 74/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-138

*Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 9/07 -*

Brustvergrößerung, Mammahypoplasie, Mikromastie, Brust, Brüste

SGB V § 27

Bei einer anlagebedingten Unterentwicklung beider Brüste (Mammahypoplasie/Mikromastie) liegt keine körperliche Anomalität vor, die als Krankheit zu bewerten wäre, weil damit keine körperliche Fehlfunktion verbunden ist.

Das *SG* wies die Klage ab.

## C) CHIRURGISCHER EINGRIFF ZUR GEWICHTSREDUKTION (MAGENBANDOPERATION)

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.07.2006 – L 5 KR 5779/04** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-139**  
Magenbandoperation, Magenbandimplantation, Adipositas, Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit  
SGB V § 27,

Fehlt es an einem ärztlich koordinierten und geleiteten Gesamtherapiekonzept, das Diätmaßnahmen, eine Schulung des Ess- und Ernährungsverhaltens, Bewegungstherapie, ggf. pharmakologisch-ärztliche Behandlung und eine kombinierte psychotherapeutische Interventionen umfasst und als Langzeitbehandlung auch konsequent umgesetzt werden muss, so besteht kein Anspruch auf eine operative Magenverkleinerung bei extremer Adipositas.

**SG Stuttgart**, Urt. v. 27.10.2004 - S 4 KR 3413/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**SG Dresden, Gerichtsbb. v. 21.06.2006 – S 18 KR 1302/04** – (rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-140**  
Magenbandoperation, Adipositas, Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit  
SGB V § 27,

Als **ultima ratio** kann eine **Magenbandoperation** unter Abwägung der Schwere der Adipositas und der damit verbundenen Begleit- und Folgeerkrankungen, der mit Rücksicht auf den weiteren Krankheitsverlauf und das steigende Risiko der Inoperabilität gegebenen Dringlichkeit eines Eingriffs, den Risiken und den zu erwartende Erfolgsaussichten des beantragten Eingriffs sowie den zu erwartenden (Folge-)kosten, welche mit der Vornahme einer chirurgischen Therapie einerseits oder dem weiteren Verzicht darauf andererseits verbunden sind, gerechtfertigt sein.

Die medizinische Einschätzung, ob eine Versicherte sich bei dem Grunde nach gegebener Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im konkreten Behandlungszeitpunkt der als zweckmäßig erachteten Behandlung unterziehen kann oder ob dem bislang noch nicht erkannte oder nicht abschließend gewürdigte Gegenanzeigen entgegen stehen, obliegt der **fachlichen Verantwortung der behandelnden Ärzte**.

Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, der Kl. eine chirurgische Behandlung zur Therapie der extremen Adipositas zu gewähren.

## 2. ANWESENHEIT EINER PERSÖNLICHEN BEZUGSPERSON BEI REHA

**LSG Bayern, Beschl. v. 23.10.2006 – L 4 KR 189/06** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-141**  
Bezugsperson, stationäre Behandlung, Unterbringungskosten  
SGB V §§ 11 III, 13 III

Die stationäre Behandlung eines Versicherten umfasst auch die **Anwesenheit einer persönlichen Bezugsperson**. Es müssen dafür allein **medizinische Gründe** sprechen, und die Begleitung muss notwendig sein, um den Behandlungserfolg zu erreichen.

Eine blinde und mit einer großen Zahl gesundheitlicher Beeinträchtigungen (GdB 100 sowie verschiedene Merkmale) Versicherte kann die Unterbringungskosten in der Rehaklinik für ihren Ehemann während ihres eigenen Rehaaufenthaltes von der Krankenkasse nicht erstattet verlangen, wenn die **von der Klinik angebotene Hilfestellung** für die schwerstbehinderte Klägerin nicht genutzt wurde.

**SG Regensburg**, Urt. v. 27.04.2006 - S 2 KR 446/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## IV. Krankenbehandlung im Ausland

*Wunder*, Zur Vereinbarkeit von Wartelisten mit den Grundfreiheiten. Anmerkungen zur EuGH-Entscheidung Watts, MedR 2007, S. 21-28 plädiert für mehr Zurückhaltung bei der Anwendung der Grundfreiheiten in Feldern der Primärzuständigkeiten der Mitgliedstaaten, wozu der Bereich der sozialen Sicherung zähle.

### 1. KRANKENBEHANDLUNGSKOSTEN IN SPANIEN: WOHNSITZ BEI NICHT REALISIERBARER RÜCKKEHR

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KR 142/04** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-142**  
Spanien, Krankenbehandlungskosten, Wohnsitz, Domizilwille  
SGB V §§ 13 IV, 27; SGB I § 30 III EWG-VO 1408/71 Art. 28

Behandlungskosten sind von einer deutschen Krankenkasse dann nicht mehr zu zahlen, wenn die Versicherte ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt nach Spanien verlegt hat.

Abweichend von der zivilrechtlichen Regelung in §§ 7, 8 BGB orientiert sich sowohl der **Wohnsitz** als auch der gewöhnliche Aufenthalt im Wesentlichen an objektiv zu beurteilenden tatsächlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten desjenigen, für den dieses Tatbestandsmerkmal rechtserheblich ist (z. B. BSG SozR 5870 § 2 Nr. 44). Ein **entgegenstehender Wille**, an einem bestimmten Ort zu wohnen, ist dann ohne Bedeutung, wenn er nicht realisierbar ist. Der bloße Domizilwille, d. h. der Wunsch, ins Inland einzureisen, hier zu wohnen oder sich gewöhnlich aufzuhalten, reicht demnach allein nicht, und zwar auch dann nicht, wenn bereits entsprechende Vorbereitungshandlungen getroffen werden. Auf die ordnungsbehördliche Meldung eines Wohnsitzes beim Einwohnermeldeamt kommt es ebenfalls nicht an (BSG, SozR 3 5870 § 2 Nr. 36).

*SG Kiel*, Urt. v. 29.10.2004 - S 17 KR 525/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. KOSTENERSTATTUNG FÜR BEHANDLUNG IN BASEL BEI FEHLENDEM HINWEIS AUF ALTERNATIVE

*LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 17.01.2007 – L 11 KR 6/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-143**

Krankenhausbehandlung, ambulante Behandlung, stationäre Behandlung

SGB V §§ 13 III, 39 I, 135

Lehnt eine Krankenkasse die Leistungspflicht für die DOTATOC-Therapie ab, ohne der Versicherten die beantragte Behandlung als stationäre **Behandlung in der Bundesrepublik** zur Verfügung zu stellen, auch wenn diese eine Behandlung im L-Spital Basel beantragt hat, so handelt sie rechtswidrig. Eine fehlende Anerkennung der Methode steht deren Inanspruchnahme im Rahmen einer **Krankenhausbehandlung** nicht entgegen.

Bei der **DOTATOC-Therapie** wird ein Radionuklid mit einem SMS-Analogen (90-Yttrium DOTATOC) verbunden, so dass das Radionuklid an den Tumor mit dem SMS-Rezeptor gelangt, wo eine gezielte Bestrahlung erfolgt. Nach einem Bericht der Klinik für Allgemein- und Transplantations-Chirurgie war dies die einzige erfolversprechende Therapie, die bei diesem Tumor der Versicherten in dem Metastasierungsstadium und unter dem Nachweis der SMS-Rezeptor-Expression zur Verfügung stehe. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 15.11.2005 - S 9 KR 20/04 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, an den Kläger 8.930,- Euro zu zahlen.

## 3. ZAHNBEHANDLUNG IN DER TÜRKEI

*LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 06.10.2006 – L 24 KR 24/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-144**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt - B 1 KR 5/07 B*

Türkei, Zahnbehandlung, Sachleistungsanspruch, Kostenerstattung

SGB V §§ 13 III; SGB V a. F. §§ 16, 30

Nimmt ein Versicherter den ihm nach Art. 15 des **Abkommens** zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik **Türkei** vom 30.04.1964 zustehenden Sachleistungsanspruch nicht in Anspruch, so besteht kein Kostenerstattungsanspruch.

*SG Potsdam*, Urt. v. 19.01.2005 - S 3 KR 149/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 4. ANSPRUCH BEI ERKRANKUNG WÄHREND AUSLANDSBESCHÄFTIGUNG

*LSG Bayern*, Urt. v. 09.11.2006 – L 4 KR 148/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-145**

Ausland, Auslandsbeschäftigung, Arbeitgeber, Krankenversicherung, Krankenkasse

SGB V § 17

Erkrankt ein im Ausland (hier: Vereinigte Staaten) beschäftigter Versicherter dort und besteht kein Vertrag bezüglich der gesetzlichen Krankenversicherung, hat er einen **Anspruch** nach § 17 SGB V **gegenüber** seinem **Arbeitgeber**. Dies bedeutet, dass der Arbeitgeber in diesem Fall ebenso wie die gesetzlichen Krankenversicherungen berechtigt ist, zu überprüfen, ob die von ihm geschuldete Sachleistung ordnungsgemäß abgerechnet ist. Wenn der ausländische Leistungserbringer auf diese Beanstandungen nicht reagiert und seine Forderungen dem Arbeitgeber gegenüber weder erneuert noch begrenzt hat, ergibt sich für den Versicherten kein direkter Anspruch gegen seine Krankenkasse auf Bezahlung der gesamten Rechnung an ihn.

*SG Augsburg*, Urt. v. 14.01.2004 - S 12 KR 265/02 – verurteilte den bekl. Arbeitgeber, den Kl. von einer Forderung des S. Hospital an Medical Center aufgrund des Krankenhausaufenthaltes vom 13.01. bis 19.01.2002 freizustellen und wies im Übrigen die Klage ab, das **LSG** wies die Berufung d. Kl. zurück.

## V. Arzneimittel

Nach **BSG**, Urt. v. 14.12.2006 – **B 1 KR 12/06 R** – hat eine an Kardiomyopathie bei Friedreich'scher Ataxie leidende Versicherte keinen Sachleistungsanspruch auf das Fertigarzneimittel Mnesis®, weil ihm die dafür erforderliche innerstaatlich wirksame - deutsche oder europäische - Arzneimittelzulassung fehlt. BVerfG vom 6.12.2005 (1 BvR 347/98 - SozR 4-2500 § 27 Nr 5) muss auf enge Ausnahmefälle notstandsähnlicher Situationen begrenzt bleiben; zur Rechtsprechung des **BSG** s. ferner zuletzt RID 05-04-B IV (S. 41).

### 1. OFF-LABEL-USE

Zur Rechtsprechung des **BSG** s. zuletzt RID 06-04-B V 1 (S. 57).

#### A) IMMUNGLOBULINE BEI MULTIPLER SKLEROSE/VORLÄUFIGE EINZELFALLGEWÄHRUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 28.11.2006 – L 16 B 78/06 KR ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-146**

Multiple Sklerose, Immunglobulin

SGB V § 31 I; SGG § 86b II

Es sind keine neuen Erkenntnisse bekannt, die es erlauben würden, von der Auffassung (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.07.2003 – L 16 B 35/03 KR ER - RID 04-01-136) abzuweichen, dass keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür besteht, dass die **intravenöse Verabreichung von Immunglobulinen** (IVIg) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei schubförmig remittierend verlaufender Erkrankung an MS als nur ausnahmsweise zulässiger Off-Label-Use würde betrachtet werden können (BSG Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R - BSGE 89,184 = SozR 3-2500 § 31 Nr. 8 - "Sandoglobulin gegen chronisch progrediente MS").

Trotz seiner Bedenken (vgl. Urt. v. 16.3.06 L 16 KR 306/04 = B 1 KR 66/06 NZB) hinsichtlich der **Umsetzbarkeit von BVerfG v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 = NJW 2006, 891 = USK 2005-50** kann der Senat sich im vorliegenden Einzelfall nicht dazu verstehen, die angefochtene zubilligende Entscheidung des SG vollends aufzuheben.

**SG Gelsenkirchen**, Beschl. v. 24.10.2006 - S 28 KR 150/06 ER – gab dem Antrag statt, das **LSG** wies die Beschwerde mit der Maßgabe zurück, dass die Ag. verpflichtet wird, die Kosten der streitigen Behandlung mit Immunglobulinen für die Dauer von nur einem Jahr (anstatt zwei Jahren) einstweilen zu übernehmen.

Vgl. zum Komplex auch die beim BSG anhängige Revision B 1 KR 17/06 R (Vorinstanz: LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15. 12. 2005 - L 1 KR 56/03: Polyglobin bei Betaferon-Unverträglichkeit).

#### B) IMMUNGLOBULIN-THERAPIE BEI AIDS

**LSG Bayern, Beschl. v. 13.11.2006 – L 5 KR 324/06 ER** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 07-01-147**

Immunglobulin-Therapie, Immunglobulin, Flebogamma

SGB V § 31 I; SGG § 86b II; GG Art. 2 II

Die mangels endgültiger Beurteilung der Erfolgsaussicht vorzunehmende Güterabwägung hat zur Folge, dass ein an AIDS erkrankter Versicherter **vorläufig mit Immunglobulinen zu versorgen** ist.

Der 1950 geb. Kl. leidet an einer fortgeschrittenen HIV-Erkrankung im Stadium AIDS. Eine Kostenübernahme für eine Immunglobulin-Therapie mit dem Medikament "Flebogamma" lehnte die Bekl. ab. **SG München**, Urt. v. 26.10.2005 - S 29 KR 286/04 - wies die Klage ab. Auf den im Berufungsverfahren gestellten einstweiligen Anordnungsantrag verpflichtete das **LSG** die Krankenkasse, dem Kl. nach ärztlicher Verordnung intravenöse Immunglobulin-Therapie mit sofortiger Wirkung bis zur Entscheidung in der Hauptsache, längstens bis 28. Februar 2007, als Sachleistung zu gewähren.

## 2. ARZNEIMITTEL AUF CANNABISGRUNDLAGE (CANNABINOIDE, HIER: DRONABINOL)

#### A) SCHMERZBEHANDLUNG BEI QUERSCHNITTLÄHMUNG

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.08.2006 – L 5 KR 281/06** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**RID 07-01-148**

**Revision eingelegt: B 1 KR 30/06 R**

Dronabinol, Cannaboid, Marinol, Rezepturarzneimittel, Querschnittslähmung

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Für die Versorgung mit einem auf Cannabinoidegrundlage hergestellten Rezepturarzneimittel (wie Dronabinol oder Cannabinol) fehlt es an der nach § 135 I 1 SGB V erforderlichen befürwortenden Entscheidung des Bundesausschusses, ohne die neue Behandlungsmethoden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht gewährt werden können. Zudem befindet sich die Schmerzbehandlung mit Medikamenten auf Cannaboidgrundlage derzeit noch im Erprobungsstadium, was die Leistungspflicht

der gesetzlichen Krankenkassen ebenfalls ausschließt. Schließlich kann auf Schmerzzustände auf Grund einer, die erheblich und nachhaltig beeinträchtigen, aber weder als lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit eingestuft werden können, BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005, - 1 BvR 347/98 -, NZS 2006, 84 angewandt werden.

*SG Reutlingen*, Urt. v. 01.12.2005 - S 3 KR 1103/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## B) DRONABINOL (TROPFEN) ALS REZEPTURARZNEIMITTEL BEI MULTIPLER SKLEROSE

*SG Aachen*, Urt. v. 07.11.2006 – S 13 KR 20/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-01-149

Dronabinol, Dronabinol-Tropfen, Cannaboid, multiple Sklerose, Marinol, Rezepturarztmittel

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Bei der Behandlung von **Multipler Sklerose** mit **Dronabinol** als Rezepturarztmittel handelt es um eine **neue Behandlungsmethode**; denn sie gehört nicht zur medizinischen Standardtherapie von MS und ist bisher nur versuchsweise eingesetzt worden. Es gibt keine durch anerkannte randomisierte Phase-III-Studien erbrachten Nachweise einer höheren und besseren Wirksamkeit gegenüber anerkannten Therapieformen.

Soweit das *BVerfG* im Beschluss vom 06.12.2005 (1 BvR 347/98 = NZS 2006, 84) darüber hinausgehende Kriterien für eine ausnahmsweise Behandlung mit nicht anerkannten neuen Therapien aufgestellt hat, lässt sich auch hieraus ein Versorgungsanspruch mit Dronabinol-Tropfen nicht begründen. Denn es liegt mit der MS zwar eine schwere, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende, aber keine lebensbedrohliche und regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor, wie es das BVerfG gefordert hat.

Das *SG* wies die Klage ab.

Vgl. *SG Landshut*, Urt. v. 29.03.2006 – S 10 KR 241/04 – RID 06-03-126; *LSG Sachsen*, Beschl. v. 22.08.2005 – L 1 B 102/05 KR-ER – RID 05-04-89; *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 25.04.2003 - L 4 KR 3828/01 – (Dronabinol-Tropfen <Cannaboid> bei multipler Sklerose) RID 04-02-185, bestätigt durch *BSG*, Urt. v. 06.01.2005 - B 1 KR 51/03 B – juris; **anders** *SG Augsburg*, Urt. v. 07.04.2006 – S 10 KR 459/04 – RID 06-02-121, das in einer absoluten Ausnahmesituation einen Anspruch auf das Rezeptur-Arzneimittel Dronabinol bejahte; vgl. auch das beim BSG anhängige Revisionsverfahren B 1 KR 30/06 (Vorinstanz LSG Baden-Württemberg Urt. v. 30. 8. 2006 - L 5 KR 281/06 ).

## 3. NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL

### A) BVERFG: NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGES ARZNEIMITTEL BEI THERAPIEALTERNATIVE

*BVerfG*, 1. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 14.03.2006 – 1 BvR 452/06 – juris = NZS 2006, 589 RID 07-01-150

Arzneimittel, Behandlungsmethode, Behandlungsalternative, Therapiestandard

SGB V § 34

Die Ablehnung einer Kostenübernahme mit dem apothekenpflichtigen, aber **nicht verschreibungspflichtigem Arzneimittel** Thioctacid® (Hauptwirkstoff Liponsäure), weil es im Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung andere Behandlungsmethoden gebe, ist nicht zu beanstanden. Eine Verfassungsbeschwerde gegen die Abweisung einer Nichtzulassungsbeschwerde (BSG - B 1 KR 83/05 B -) hat sich damit auseinanderzusetzen, dass es andere, anerkannte **Behandlungsalternativen** im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung gibt; hierin liegt auch ein Unterschied zu BVerfG, Beschl. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 -. Zudem hat sich die Begründung der Verfassungsbeschwerde damit auseinanderzusetzen, dass es nicht um den Ausschluss einer neuen Behandlungsmethode, sondern um die Anerkennung einer Behandlungsmethode als Therapiestandard im Sinne von § 34 I 2 SGB V geht.

### B) ANTHROPOSOPHISCHE ARZNEIMITTEL: NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGES MISTEL-PRÄPARAT HELIXOR A

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 01.03.2005 – S 8 KR 321/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 07-01-151

*Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 27/05 –*

Verordnung, Privatrezept, Anthroposophie, Homöopathie, Verordnungsausschluss, Helixor, Therapierichtung, Arzneimittelrichtlinie, Bundesausschuss, Therapiestandard

SGB V §§ 13 III, 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I 1, 34 I 2; AMR Nr. 16.5

Das nicht verschreibungspflichtige **anthroposophische Mistel-Präparat** kann gemäß Ziffer 16.5 i. V. m. 16.4.27 AMR zur Behandlung eines **malignen Tumors** eingesetzt werden, auch wenn es nicht im Rahmen einer palliativen Therapie erfolgt. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind in die

AMR aufzunehmen, wenn sie die beiden Voraussetzungen "schwerwiegende Erkrankung" und "Therapiestandard" erfüllen.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, die Versorgung der Klägerin mit dem Arzneimittel Helixor A sicherzustellen und die verauslagten Kosten in Höhe von 183,70 Euro zu erstatten.

S. a. **SG Dresden**, Urt. v. 29.06.2006 – S 18 KR 534/05 – RID 06-04-143 (Sprungrevision anh.: B 1 KR 31/06 R).

### C) KEINE LEBENSBEDROHLICHE ERKRANKUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.12.2006 – L 16 KR 142/06** – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-152**  
Arzneimittel, Verschreibungspflicht

SGB V §§ 31 I 1, 34

Ein Anspruch auf Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (hier: die Arzneimittel Omep 20 mg, Duspatal 135 mg, Uta 100 St., Symbioflor 50 ml, Unizink 50 100 St., Selenase 100 Peroral, Coenzym Q10 Plus Kapseln 150 St., OPC Traubenkernextrakt Kapseln, Sogoon FTA 100 St., Phlogenzym 200 St., Toepfer Gelatine Uit Pul 250 g, gepuffertes Vitamin C Tabletten 100 St. und Chlorella Kapseln 240 St.) folgt jedenfalls dann nicht aus BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - SozR 4-2500 § 27 Nr. 5, wenn **keine lebensbedrohliche Erkrankung** vorliegt.

**SG Köln**, Urt. v. 15.05.2006 - S 19 KR 133/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### D) ANORDNUNGSGRUND: VERHÄLTNIS SCHWERE DER ERKRANKUNG ZU KOSTEN ( "MUTAFLOR" )

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.11.2006 – L 16 B 63/06 KR ER** – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-153**  
Anordnungsgrund, Arzneimittel, Mutaflor, Magersucht

SGB V §§ 31 I 1, 34

Leidet ein Versicherter seit Jahren an einer zumindest **die Lebensqualität offensichtlich nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung**, die ihn trotz seines noch nicht fortgeschrittenen Lebensalters zu einer sehr passiven Lebensweise zwingt und trägt er glaubhaft vor, dass er sich aufgrund des mittlerweile wieder erreichten starken Untergewichts kaum noch außer Haus begeben könne, ständig liegen müsse und unter häufigen Durchfällen leide, und ist mit der behandelnden Ärztin zu befürchten, dass sich eine chronische Magersucht und erhebliche Folgeerkrankungen entwickeln könnten, soweit diese nicht bereits eingetreten sind, so sind im Verhältnis dazu die **Kosten für eine Behandlung** mit "Mutaflor", die in der Vergangenheit nach Bekunden der behandelnden Ärzte zu einer deutlichen Besserung des Gesamtzustandes und Erhöhung des Gewichts geführt haben, mit rd. 90 EUR für eine Monatspackung als **verhältnismäßig** gering einzustufen. Damit bestehen am Vorliegen eines Anordnungsgrundes keine Zweifel.

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 16.08.2006 - S 8 KR 180/06 ER – verpflichtete die Ag., vorläufig die Kosten für eine Packung "Mutaflor 100 mg KMR 100" gegen Vorlage der Originalverordnung zu übernehmen; das **LSG** stellte fest, dass das SG die Ag. zu Recht verpflichtet hat, die Kosten für eine Monatspackung "Mutaflor 100 mg KMR 100" zu übernehmen.

## 5. EREKTILE DYSFUNKTION

Zum Ausschluss der Arzneimittel gegen Erektile Dysfunktion s. zuletzt RID 06-03-B IV 5 (S. 93 f.).

### A) LEVITRA (WIRKSTOFF VARDENAFIL)

**LSG Sachsen, Urt. v. 21.09.2005 – L 1 KR 36/04** – www.sozialgerichtsbarkeit.de  
Erektile Dysfunktion, Levitra, Vardenafil, Sildenafil, Viagra

**RID 07-01-154**

SGB V §§ 31, 34

Das Präparat Levitra (Wirkstoff Vardenafil) gehört ebenso wie Sildenafil (Viagra) zu der Substanzgruppe der selektiven Phosphodiesterase-Hemmer (PDE-5-Hemmer) und entfaltet seine Wirkung durch direkte Förderung der Durchblutung im Penis. Es unterfällt damit ebenso wie das Arzneimittel Viagra dem in § 34 I SGB V geregelten Leistungsausschluss für die Zeit ab 01.01.2004.

Auch nach Erlass eines erstinstanzlichen Urteils zur Kostenübernahme ist eine Krankenkasse nach § 48 I SGB X analog berechtigt, den Anspruch eines Versicherten ab Änderung der Rechtsverhältnisse abzulehnen.

**SG Dresden**, Gerichtsbb. v. 03.05.2004 - S 16 KR 42/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## B) VIAGRA

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.01.2007 – L 11 KR 66/06** – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-155**

Viagra, erektile Dysfunktion

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 8

Für den Zeitraum ab 01.01.2004 besteht kein Anspruch auf Versorgung mit dem Arzneimittel Viagra oder einem vergleichbaren Arzneimittel (vgl. **BSG**, Urt. v. 18.07.2006 - B 1 KR 10/05 R -). Es ist unerheblich, ob Viagra vornehmlich einer Unterversorgung der Schwellkörper mit Sauerstoff entgegenwirken soll, da der Verordnungsausschluss nicht daran anknüpft, zu welchem Zweck im konkreten Fall das Medikament eingesetzt werden soll, sondern auf die überwiegende Zweckbestimmung des Arzneimittels abstellt. Insofern kann keinen Zweifel unterliegen, dass Viagra überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion eingesetzt wird.

**SG Dortmund**, Urt. v. 28.07.2006 - S 40 KR 80/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## VI. Hilfsmittel

Zur **Rechtsprechung des BSG** s. zuletzt RID 05-04-B VI (S. 44).

### 1. HÖRGERÄT: KEINE BESCHRÄNKUNG DURCH FESTBETRAGSREGELUNG

**SG Lübeck, Urt. v. 01.06.2006 – S 3 KR 201/05** – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-156**

Hörgerät, Festbetragsregelung, Hörgeräteversorgung, Hörhilfe

SGB V §§ 13 III, 33, 36

Mit der Zahlung des **Festbetrages** erfüllt die Krankenkasse gemäß § 12 II SGB V grundsätzlich ihre Leistungspflicht. Die gilt jedoch nur dann, wenn die **Hörgeräte**, die für den festgesetzten Festbetrag bezogen werden können, **ausreichend** sind, um einen **Ausgleich der konkreten Hörschädigung** im notwendigen Maße zu erreichen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15.06.2005 – S 4 KR 147/03 -; SG Dresden, Urt. v. 02.06.2005 – S 18 KR 210/02 – RID 05-03-102; SG Hamburg Urt. v. 06.05.2004 - S 32 KR 666/01 -). Ist eine bestimmte Hörhilfe notwendig, so hat die Krankenkasse dieses Gerät im Rahmen des **Sachleistungsprinzips in vollem Umfang** und ohne Eigenleistung der Versicherten zu gewähren (LSG Niedersachsen-Bremen a.a.O.; vgl. a. BVerfG, Urt. v. 17.12.2002 - 1 BvL 28, 29 u. 30/95 - RID 03-01-76).

Die 1993 geb. Kl. leidet an einer hochgradigen, an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits. Es besteht eine angeborene Innenohrschwerhörigkeit mit Sprachentwicklungsstörungen. Ein GdB von 90 ist anerkannt. Seit Schulantritt wird die Klägerin von der staatlichen Internatsschule für Hörgeschädigte, Abt. für integrative Beschulung, in S betreut. Sie besucht seit August 2004 als weiterführende Schule eine Gesamtschule. Die Bekl. übernahm die Kosten nur bis zur Festbetragsregelung. Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, der Kl. den Restbetrag der Kosten für die Versorgung mit zwei Hörgeräten der Marke Senso Typ Diva SD-19 Poti in Höhe von 1.880,00 EUR zu zahlen.

### 2. BEIDSEITIGE VERSORGUNG MIT COCHLEAR-IMPLANTAT

**SG Leipzig, Urt. v. 14.09.2006 – S 8 KR 209/03** – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-157**

Hörtraining, Cochlear-Implantat, Hörgerät, Hörgeräteversorgung, Taubheit, beidseitiges Hören

SGB V §§ 13 III, 33

Dient ein 2. Cochlear-Implantat der Verbesserung des Hörens, so besteht hierauf ein Versorgungsanspruch. Eine Krankenkasse kann nicht auf fehlende Studienergebnisse verweisen, weil die Verbesserung des Richtungshörens und das Hören bei Störschall durch eine beidseitige Versorgung unstrittig wesentlich gebessert werden kann, zumal in allen beruflichen, privaten und öffentlichen Bereichen Lärmsituationen entstehen.

Es ist nicht erforderlich, den therapeutischen Nutzen eines Hilfsmittels durch Ergebnisse klinischer Prüfungen nachzuweisen (BSG, SozR 4-2500, § 33 Nr. 8), da ein derartiger Beweismaßstab in der gesetzlichen Krankenversicherung nur bei der Beurteilung der Wirksamkeit von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie von Arzneimitteln gilt. Derartige Zulassungsvoraussetzungen bestehen für das In-Verkehr-bringen von Hilfsmitteln nicht (so auch: SG Berlin, Urt. v. 26.01.2006 – S 73 KR 716/05 – RID 06-02-131).

Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, die Kosten für eine Cochlear-Implantatversorgung der Kl. auch auf dem rechten Ohr zu übernehmen.

Vgl. zuletzt RID 06-02-B VI 9 (S. 49); **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 03.11.2005 – L 16 KR 40/05 – RID 06-01-119.



### 3. ADAPTIV-ROLLSTUHL MIT EINHANDANTRIEB BEI PSYCHOGENER LÄHMUNG

*SG Aachen, Urt. v. 28.11.2006 – S 13 (6) KR 50/06* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
Rollstuhl, Adaptiv-Rollstuhl, Einhandantrieb, psychogene Lähmung  
SGB V § 33

RID 07-01-158

Ein Versicherter, der an einer **psychogenen Lähmung** leidet, hat einen Anspruch auf Versorgung mit einem Rollstuhl (Adaptiv-Rollstuhl) mit Einhandantrieb und Gelkissen. Der Auffassung, ein Rollstuhl könne bei einer psychogenen Lähmung eine weitere Fixierung der Störung bedingen und sei deshalb nicht indiziert, ist nicht zu folgen.

Das *SG* gab der Klage statt.

### 4. SPORTROLLSTUHL FÜR JUGENDLICHE ZUR TEILNAHME AM SCHULSPORT

*SG Itzehoe, Urt. v. 28.09.2005 – S 1 KR 71/04* – (rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
Sportrollstuhl, Kind, Hilfsmittelskriterien, Grundbedürfnis, Schulsport  
SGB V § 33

RID 07-01-159

Bei **Kindern** (hier: eine 1988 geb. Versicherte, die seit ihrer Geburt an einem offenen Rücken <Spina bifida> sowie einem Hydrocephalus internus <Wasserkopf> mit Shunt-Versorgung leidet) sind zur Prüfung eines Leistungsanspruchs nicht die allgemeinen, für Erwachsene geltenden, Hilfsmittelskriterien heranzuziehen sondern **die speziellen Grundbedürfnisse bei Kindern** und Jugendlichen zu berücksichtigen. Die Versorgung mit einem **Sportrollstuhl** zur Teilnahme am **Schulsport** kann erforderlich sein, um die Integration in den Kreis Gleichaltriger so weit wie möglich zu fördern.

Das *SG* gab der Klage statt.

### 5. BEFESTIGUNGSSYSTEM FÜR ROLLSTUHL IN TRANSPORTFAHRZEUG (KRAFTKNOTEN)

*LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2006 – L 4 KR 249/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
Kraftknoten, Rollstuhl, Befestigungssystem, Rückhaltesystem, Behindertentransportkraftwagen  
SGB V §§ 31 I, 33 I 1

RID 07-01-160

Ein **Kraftknoten** wird nicht zur Erfüllung der **Grundbedürfnisse** benötigt. Vorteile des Kraftknotens sind vorwiegend Erleichterungen für den Betreiber bzw. Fahrer des entsprechend ausgerüsteten Behindertentransportwagens.

*SG Nürnberg, Urt. v. 21.07.2005 - S 11 KR 636/04* - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.  
Vgl. zuletzt RID 06-3-B V 4 (S. 53).

### 6. DREIRÄDRIGES FAHRRAD

*LSG Sachsen, Urt. v. 05.04.2006 – L 1 KR 79/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
Dreirädriges Fahrrad, Dreirad  
SGB V §§ 31 I, 33 I 1

RID 07-01-161

Eine Verordnung eines **dreirädrigen Fahrrads** zur Verbesserung der Mobilität im Hinblick auf **Einkaufen und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben** verfolgt keine therapeutische Zielsetzung im Rahmen einer ärztlich verantworteten Krankenbehandlung.

*SG Dresden, Urt. v. 28.07.2005 - S 18 KR 974/04* - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 7. HEIMTRAINER (ERGOMETER): GEBRAUCHSGEGENSTAND DES TÄGLICHEN LEBENS

*LSG Sachsen, Urt. v. 14.12.2005 – L 1 KR 62/04* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
Heimtrainer, Ergometer, Verordnung, Rezept, Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens  
SGB V §§ 27, 33

RID 07-01-162

Heil- und Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung können nicht beansprucht werden, wenn es an einer konkreten **Verordnung** (Rezept) eines Vertragsarztes (§ 73 II Nr. 7 SGB V) oder eines Krankenhausarztes im Rahmen der nachstationären Behandlung (vgl. § 115a SGB V) fehlt (vgl. LSG Niedersachsen, Urt. v. 21.02.2001 – L 4 KR 34/00 – E-LSG KR-194). Eine **"Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse"** stellt keine **ärztliche Verordnung** dar. Die ärztliche Verordnung setzt voraus, dass der Arzt im Rahmen der Konkretisierung des Anspruchs des Versicherten auf Krankenbehandlung nach § 27 SGB V nicht nur ein Hilfsmittel empfiehlt, sondern die Gewährung gegenüber dem Hilfsmittelerbringer im Sinne eines Leistungsbefehls medizinisch anordnet.

Bei einem **Heimtrainer/Ergometer** ohne jegliche krankheits- bzw. behinderungsbedingte Sonderteile handelt es sich um einen allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Ein Heimtrainer dient immer einer Bewegungs- und Krafttherapie.

**SG Leipzig**, Urt. v. 22.04.2004 - S 13 KR 55/03 – verurteilte die Krankenkasse, dem 1991 geb. Kl., bei dem 1992 eine Herztransplantation durchgeführt worden war, es zwischenzeitlich zu einer Abstoßungsreaktion kam und der zudem an einer Niereninsuffizienz leidet, einen Heimtrainer zur Verfügung zu stellen, und lehnte den Hauptantrag auf Versorgung mit einem fremdkraftbetriebenen Beintrainer (Typ MOTOMed viva) ab; das **LSG** wies auf Berufung der Bekl. die Klage in vollem Umfang ab.

## 8. KOMPRESSIIONSTHERAPIEGERÄT MIT 12-KAMMER-MANSCHETTEN FÜR DEN HAUSGEBRAUCH

**SG Augsburg**, Urt. v. 11.08.2005 – S 10 KR 48/04 – (rechtskräftig) [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-163**

Kompressionstherapiegerät, Hausgebrauch

SGB V §§ 12 I, 33 I

Ein Versicherter hat einen Anspruch auf Versorgung mit einem "Lympha-Press Mini Timer 12-Kammer-Heimgerät" (Kosten: 2.637,67 EUR). Er muss sich nicht darauf verweisen lassen, sich einer entsprechenden ambulanten **Therapie bei einem Arzt** mit diesem Gerät zu unterziehen, da die eigene Versorgung des Versicherten mit einem **Amortisationszeitraum** von rund zwei Jahren **wirtschaftlicher** ist.

Das **SG** gab der Klage statt.

## 9. BLINDENFÜHRHUND: MARKTÜBLICHER PREIS

**LSG Hessen**, Urt. v. 04.05.2006 – L 8/14 KR 148/02 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-164**

Blindenführhund, Festbetragsregelung,

SGB V §§ 13 III, 33, 36, 126, 127

Ist eine **Festbetragsregelung nicht erfolgt**, so die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht auf einen einheitlichen Festbetrag beschränkt.

Eine Versicherte muss sich nur dann auf Blindenführhundesschulen mit einem preisgünstigeren Angebot verweisen lassen, wenn diese Leistungserbringer im Sinne von § 126 SGB V sind. Ein marktüblicher Preis kann anhand von zwei Blindenführhundesschulen nicht festgestellt werden.

**SG Kassel**, Urt. v. 19.12.2001 - S 12 KR 857/01 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. über die bereits gezahlten 14.725,21 EUR weitere 9.620,51 EUR für den am 22. November 2000 erhaltenen Blindenführhund S. zu zahlen.

## 10. KEINE ORTHOPÄDISCHEN MAßSCHUHE BEI PASSGERECHTEN KONFEKTIONSSCHUHEN

**LSG Berlin-Brandenburg**, B. v. 12.09.2006 – L 9 B 329/06 KR ER – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-165**

Konfektionsschuhe, Orthopädische Maßschuhe, Spezialschuhe

SGB V §§ 12 I, 33 I, 92 I 2 Nr. 6

Ist eine Beschaffung von passgerechten **Konfektionsschuhen** (als konfektionierte Spezialschuhe) in passgerechter Weitengröße möglich, so besteht kein Anspruch auf Versorgung mit orthopädischen Maßschuhen.

**SG Berlin**, Urt. v. 10.07.2006 - S 86 KR 162/06 – verpflichtete die Ag. im Wege des Erlasses einer einstweiligen Anordnung, die Ast. mit orthopädischen Maßschuhen zu versorgen; das **LSG** wies den Antrag ab.

## 11. ZEHENORTHESI: AUSSCHLUSS DURCH HILFSMITTELVO

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 29.11.2006 – S 4 KR 237/04 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) **RID 07-01-166**

Zehenorthese, Zehenpolster, Ballenpolster, Zehenspreizer

SGB V §§ 13 III, 33, 34 IV,

In der auf Grund des § 34 IV SGB V erlassenen Verordnung über Hilfsmittel von geringem technischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung sind in § 2 (sächliche Mittel mit geringem Abgabepreis) unter Nr. 20 "**Zehen- und Ballenpolster, Zehenspreizer**" aufgeführt, und somit von der Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen. Hierzu gehört auch eine **Zehenorthese**.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 12. SILIKONÜBERZUG ZUR UNTERSCHENKELPROTHESE UND ACRYLNÄGEL FÜR DIE FUßPROTHESE

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.07.2006 – L 5 KR 5148/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-167**

Oberschenkelprothese, Silikonüberzug, Unterschenkelprothese, Acrylnägel, Fußprothese, Silikonkosmetik  
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 33 I; SGB IX § 1 S. 1

Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben setzt bei einer Frau nicht voraus, dass ihr ursprüngliches Aussehen durch einen Silikonüberzug auf der Beinprothese so weit wie möglich wiederhergestellt wird.

*SG Konstanz, Urt. v. 27.07.2005 - S 2 KR 2127/03 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 13. WINDELHOSEN (SOG. EINMALWINDELN) ZUR "TEILNAHME AM GESELLSCHAFTLICHEN LEBEN"

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.08.2006 – L 2 KR 73/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-168**

Windelhose, Einmalwindel, Pflege, Grundbedürfnis  
SGB V § 33

Wegen Harninkontinenz verordnete **Einmalwindeln** sind **Hilfsmittel** i.S. der GKV, wenn sie nicht nur hygienischen oder pflegerischen Zwecken dienen, sondern die Versicherten in die Lage versetzen, das Grundbedürfnis "Teilnahme am gesellschaftlichen Leben" zu befriedigen (BSGE 66, 245, 246).

*SG Köln, Urt. v. 22.03.2004 - S 19 KR 60/03 -* wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Krankenkasse, an den kl. Sozialhilfeträger 3.610,52 Euro zu zahlen..

## 14. EINSTWEILIGE ANORDNUNG - GLAUBHAFTMACHUNG (NEUES MAßGEFERTIGTES STÜTZKORSETT)

*LSG Bayern, Beschl. v. 13.10.2006 – L 5 B 701/06 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-169**

Einstweilige Anordnung, Glaubhaftmachung, Stützkorsett  
SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Für eine einstweilige Anordnung ist ein Mindestmaß an **Glaubhaftmachung** der Gefährdung zu fordern. Hieran fehlt es, wenn für die Versorgung mit einem neuen Stützkorsett keine **Stellungnahme eines Mediziners oder Hilfsmittelversorgers** vorliegt, dass das Ende 2005 reparierte Korsett insuffizient ist.

*SG Würzburg, Beschl. v. 18.07.2006 - S 4 KR 569/06 ER –* lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## VII. Häusliche Krankenpflege

Zur Rspr. des BSG s. zuletzt RID 06-04-B VII (S. 64).

### 1. FESTSTELLUNGSKLAGE/KEIN EIGENER HAUSHALT BEI BETREUTEM WOHNEN

*LSG Hamburg, Urt. v. 30.08.2006 – L 1 KR 88/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-170**

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben - B 3 KR 3/07 B*

Feststellungsklage, Haushalt, Behindertenhilfe,  
SGB V § 37 II; SGB IX § 14; SGB XII §§ 53, 54; SGG § 55 I Nr. 1

Bei der Feststellung, ob eine Versicherte einen Haushalt hat, in welchem sie gemäß § 37 II 1 SGB V als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege erhalten kann, handelt es sich um die **Feststellung** eines notwendigen **Tatbestandsmerkmals**. Eine Feststellungsklage wegen einzelner Elemente, wie zu Tatfragen, Eigenschaften von Personen und Sachen und Rechtsfragen, ist grundsätzlich nicht möglich. Ein Versicherter führt als Bewohner einer Einrichtung der Behindertenhilfe in Form des **betreuten Wohnens** keinen **eigenen Haushalt** i. S. des § 37 II 1 SGB V, wenn ihm keine **eigenverantwortliche Wirtschaftsführung** möglich ist, weil die Kosten des betreuten Wohnens einschließlich der Unterkunft vom Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 53, 54 SGB XII und als Leistung der Grundsicherung nach § 42 SGB XII getragen werden.

Die 1943 geb., unter Betreuung stehende Kl. (Grad der Behinderung 100, Merkzeichen G und H) lebte seit März 2001 in der Einrichtung LiP auf dem Gelände des Klinikums N. und erhielt von der Beigel. u. a. Hilfe zum Lebensunterhalt, Hilfe in besonderen Lebenslagen und Hilfe zur Weiterführung des Haushalts. Letztere wurde durch die P. u. B. GmbH erbracht. Die Kl. schloss mit der PuB Vereinbarungen über ihre Vollverpflegung. Nachdem die Kl. zum 01.05.2004 in das "Wohnhaus am K." (ehemaliges Haus Nr. 37 des Klinikums)

umgezogen war (ein Zimmer, Wohnfläche 20 qm, Mitbenutzung von Gemeinschaftsräumen, Küche, Bad; Mietvertrag mit der a. GmbH vom 20. April/10. Mai 2004; Gesamtmiete 612,48 EUR monatlich), schloss sie mit der PuB die **Vereinbarung über ihre Vollverpflegung** vom Oktober 2004 (156,64 EUR monatlich). Die Bekl. lehnte auch für die Zeit ab Mai 2004 die Genehmigung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege (Medikamentengabe) ab. **SG Hamburg**, Urt. v. 02.09.2005 - S 32 KR 1342/02 -, gab der auf Feststellung gerichteten Klage, dass die Kl. in im "Wohnhaus am K." einen eigenen Haushalt führe, statt, das **LSG** wies sie ab.

## 2. ZUSAMMENTREFFEN VON KRANKENBEOBACHTUNG UND GRUNDPFLEGE: BEATMUNG

**LSG Bayern, Beschl. v. 17.11.2006 – L 4 B 817/06 KR ER** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-171

Grundpflege, Krankenbeobachtung, Behandlungspflege, Pflegekasse Beatmung  
SGB V §§ 37 II; SGG § 86b II

Soweit es um das Zusammentreffen von **Krankenbeobachtung** und **Grundpflege**, für die hier die Pflegekasse zuständig ist, geht, ist nach der BSG-Rspr. (z.B. BSG v. 28.01.1999, BSGE 83, 254; BSG v. 10.11.2005, SozR 4-2500 § 37 Nr. 6) davon auszugehen, dass während der Erbringung der Leistungen der **Grundpflege** die **Behandlungspflege** im Sinne der Krankenbeobachtung grundsätzlich in den Hintergrund tritt, so dass insoweit nur die Leistungspflicht der Pflegekasse besteht. Diese führt aber dann nicht zu einer Verringerung der Leistungspflicht der Krankenkasse, wenn es bei der Behandlungssicherungspflege nicht vorrangig um Krankenbeobachtung geht, sondern um die Notwendigkeit der u. U. manuellen und häufig mit Komplikationen versehenen **Beatmung** und wenn hierfür die ständige pflegerische Betreuung einer in der Kinderintensivpflege ausgebildeten und kompetenten Pflegeperson erforderlich ist.

**SG Landshut**, Beschl. v. 25.08.2006 - S 10 KR 203/06 ER – verpflichtete die Ag., die Kosten der notwendigen Behandlungspflege des Ast. im Umfang von insgesamt 19,5 Stunden täglich für die Zeit vom 01.08.2006 bis 31.12. 2006 zu übernehmen. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## VIII. Haushaltshilfe/Zuzahlung/Fahrkosten/Vorsorge/Reha/Sterbegeld

Zur Rspr. des BSG s. zuletzt RID 06-04-B VIII (S. 67).

### 1. ZUZAHLUNG

#### A) BRUTTOEINNAHMEN AUS VERMIETUNG UND VERPACHTUNG: ABSCHREIBUNG FÜR ABNUTZUNG

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 22.11.2006 – L 4 KR 127/04** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-172

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben - B 1 KR 151/06 B

Bruttoeinnahme, Lebensunterhalt, Arbeitseinkommen, Gesamteinkommen, Vermietung, Verpachtung  
SGB V §§ 62 I 2; SGB IV §§ 15 I, 16

**Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt** i. S. d. § 62 I 1 SGB V bedeuten etwas anderes als Arbeitseinkommen oder Gesamteinkommen i. S. d. §§ 15 und 16 SGB IV. Bei Bruttoeinkünften aus **Vermietung und Verpachtung** sind zur Ermittlung der Belastungsgrenze Werbungskosten abzuziehen, nicht dagegen die Abschreibung für Abnutzung; ebenso wenig Aufwendungen für die Steuerberatung und die für Umsatzsteuervorauszahlungen für ein anderes Jahr.

Der im Mai 1940 geb. Kl. leidet seit 1965 an Diabetes mellitus und ist seit Dezember 2000 Dialysepatient. Im Januar 2002 stellte er bei der Beklagten einen **Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen**, die er im Laufe des Jahres **2001** geleistet hatte. Insgesamt machte er einen Betrag von 5.500,29 DM geltend. In einer Aufstellung vom November 2001 gab der Kl. an, dass er und seine Ehefrau im Jahre 2000 über Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit sowie aus Vermietung und Verpachtung in Höhe von insgesamt 22.247,- DM verfügt hätten. Die Bekl. lehnte die Erstattung von Zuzahlungen ab, weil der Kl. und seine Ehefrau im Jahre 2000 über Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit sowie Vermietung und Verpachtung in Höhe von insgesamt 786.226,35 DM verfügt hätten. Von diesen Einkünften seien unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen weder nachgewiesene Werbungskosten noch Werbungskostenpauschbeträge abzuziehen. Bei den Gesamteinkünften sei ein Familienabschlag in Höhe von 8.064,- DM berücksichtigungsfähig, so dass ein Gesamteinkommen von 778.162,35 DM verbliebe. Von diesem Betrag bilde die Größe von 2 % = 15.563,25 DM die Belastungsgrenze. Die vom Kläger im Jahre 2001 geleisteten und anererkennungsfähigen Zuzahlungen beliefen sich auf 5.253,22 DM. **SG Hannover**, Urt. v. 16.03.2004 - S 2 KR 650/02 - wies die Klage ab, das **LSG** gab ihr teilweise statt.

## B) ZUZAHLUNGSFREIBETRAG FÜR KINDER: GEMEINSAMER HAUSHALT BEIDER ELTERNTEILE

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.11.2006 – L 4 KR 3780/05* – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-173**

**Revision anhängig: B 1 KR 41/06 R**

Zuzahlungsbefreiung, Freibetrag, Kind, Haushalt

SGB V § 62

§ 62 SGB V und auch das SGB V insgesamt definieren den Begriff des **Angehörigen** nicht. Nach dem allgemeinen Sprachgebrauch sind Angehörige jedenfalls der Ehegatte und die Kinder. § 62 SGB V enthält in seinem Wortlaut keine Einschränkung, dass nur Angehörige zu berücksichtigen sind, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Da § 62 II 2 nur für im Haushalt lebende Angehörige (Kinder) einen Abzug vom Einkommen vorsieht, kann der höhere Freibetrag für Kinder nach Satz 3 ebenfalls **nur für die im Haushalt lebenden Kinder** in Ansatz gebracht werden.

*SG Reutlingen*, Urt. v. 11.08.2005 – S 10 KR 445/05 – RID 06-03-154 gab der Klage statt, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. für im Jahr 2004 geleistete Zuzahlungen weitere 109,44 Euro zu erstatten; die weitergehende Klage wies es ab.

## 2. BELASTUNGSGRENZE: BERÜCKSICHTIGUNG DES EINKOMMENS EINES PRIVATVERSICHERTEN EHEGATTEN

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KR 1/06* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 07-01-174**

Belastungsgrenze, Ehemann, Ehegatten, Privatversicherung, Zuzahlung

SGB V § 62

Das **Einkommen eines privatversicherten Ehemannes** bei der Berechnung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen ist zu berücksichtigen. Die zum 01.01.2004 vorgenommene Rechtsänderung führt nicht dazu, dass die von BSG, Urt. v. 19.02.2002 - B 1 KR 20/00 R - aufgestellten Grundsätze nicht mehr gelten.

*SG Itzehoe*, Urt. v. 09.11.2005 - S 1 KR 162/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. FAHRKOSTEN

### A) FAHRKOSTEN ZU EINER STRAHLENTHERAPIE: NÄCHSTGELEGENER BEHANDLUNGORT

*LSG Bayern, Urt. v. 20.10.2006 – L 5 KR 23/05* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 07-01-175**

Fahrkosten, Strahlentherapie, Behandlungsort

SGB V §§ 12 I, 60 II Nr. 4, 76 II

Nach dem im Krankenversicherungsrecht geltenden Grundsatz der **Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit** (§ 12 I SGB V) können nur die **Fahrtkosten** zum **nächstgelegenen Behandlungsort** erstattet werden. Darüber hinausgehende Kosten sind gemäß § 76 II SGB V vom Versicherten zu tragen, wenn kein zwingender Grund im Sinne dieser Vorschrift besteht

*SG München*, Urt. v. 20.10.2004 - S 18 KR 1028/02 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) KEINE FAHRKOSTEN BEI DURCHSCHNITTLICH ZWEI MONATLICHEN BEHANDLUNGEN

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.10.2006 – L 1 KR 1010/05* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 07-01-176**

Fahrkosten, Behandlungsfrequenz, Krankentransport-RL

SGB V §§ 60 I 3, 91 IX, 92 I 2 Nr. 12; Krankentransport-RL § 8

Eine hohe **Behandlungsfrequenz** i. S. d. Krankentransport-RL liegt bei durchschnittlich zwei monatlichen Behandlungen, auch bei einem zeitlich unbegrenzten Behandlungszeitraum nicht vor.

*SG Potsdam*, Urt. v. 12.05.2005 - S 3 KR 167/04 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

### C) KOSTEN FÜR HUBSCHRAUBERTRANSPORT BEI VERLEGUNG AUS RELIGIÖSEN GRÜNDEN

*LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2006 – L 4 KR 75/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-01-177

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 1/07 B*

Zeugen Jehovas, Operationsmöglichkeit, Krankenkasse, Krankenhausbehandlung, Transportkosten  
SGB V §§ 2 III 2, 13 III, 39 II, 60, 70 II, 109 II

Ist einem Versicherten als **Angehöriger der Zeugen Jehovas** bekannt, dass für ihn eine Operation unter Verwendung von Fremdblut nicht infrage kommt, und ausreichend Zeit, das Krankenhaus-Verbindungskomitee der Zeugen Jehovas mit der Abklärung anderer Operationsmöglichkeiten als im ursprünglichen Klinikum und der Organisation eines Hubschraubertransports in das andere Krankenhaus zu beauftragen, so hätte trotz der Notfallsituation auch die Gelegenheit bestanden, die Krankenkasse vor der beabsichtigten Verlegung in ein anderes Krankenhaus und dem Transport mit Hilfe eines Hubschraubers einzuschalten und sie mit der Sicherstellung der medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung zu beauftragen.

§ 39 II SGB V enthält eine Anspruchsgrundlage für die Krankenkasse und zugleich eine Kostenlastverteilung zwischen Krankenkasse und Versicherten. Die Regelung beruht auf der **eingeschränkten Wahlfreiheit bei der Wahl eines Krankenhauses**. Gründe für die Übernahme der Mehrkosten können auch religiöse Gründe gemäß § 2 III 2 SGB V nach Abwägung mit den Interessen der Versichertengemeinschaft sein. Mehrkosten in diesem Sinne sind die durch die Wahl des Krankenhauses verursachten höheren Aufwendungen, nicht jedoch die Transportkosten.

Der 1958 geb. Kl. ist Mitglied der Zeugen Jehovas. Er wurde wegen thorakaler Schmerzen zur Notfallbehandlung in die Klinik gebracht und von dort an das Klinikum A überwiesen, wo u.a. die Diagnose Aortendissektion Typ A mit Beteiligung beider Carotiden und Nierenarterien sowie Aortenklappeninsuffizienz gestellt und eine Notfalloperation für erforderlich gehalten wurde. Der Kl. stimmte als Zeuge Jehovas einer Gabe von Blutprodukten nicht zu, worauf die Herzchirurgische Klinik eine Operation für nicht möglich hielt. Auch das Klinikum G. lehnte eine Operation ohne Fremdblut ab. Die Klinik F war bereit, eine Operation auch ohne Gabe von Bluttransfusionen durchzuführen. Die Kosten für den Hubschraubertransport am 15.04.2002 (4.950,00 Euro) übernahm die Krankenkasse nach Antragstellung am 09.07.2002 nicht. *SG Augsburg, Urt. v. 09.12.2003 - S 12 KR 74/03 –* verurteilte zu Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung des Kl. zurück.

## 4. REHABILITATIONSMAßNAHMEN

### A) NACHRANGIGE ZUSTÄNDIGKEIT DER KRANKENKASSEN BEI STATIONÄRER REHA

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.12.2006 – L 11 KR 28/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-01-178

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben - B 1 KR 4/07 B*

Rehabilitation, stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Zuständigkeit, Krankenkasse  
SGB V §§ 40, 41 I u. II

Gemäß §§ 41 I u. II, 40 II-IV SGB V werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Form einer stationären Rehabilitationsmaßnahme - ungeachtet der in den Anspruchsnormen festgelegten weiteren Voraussetzungen - nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 SGB VI solche Leistungen nicht erbracht werden können. Daraus ergibt sich eine **nachrangige Zuständigkeit der Krankenkassen** gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern. Hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Februar 2006 eine dreiwöchige stationäre Reha-Maßnahme bewilligt, kommt eine diesbezügliche Verurteilung der Krankenkasse zur Erbringung der streitigen Leistung nicht mehr in Betracht.

*SG Köln, Urt. v. 31.05.2005 - S 9 KR 828/04 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) KEINE AMBULANTE REHABILITATIONSLEISTUNG FÜR GEWICHTSREDUZIERUNG

*LSG Bayern, Urt. v. 14.12.2006 – L 4 KR 242/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-01-179

Rehabilitation, Gewichtsreduzierung, Übergewicht  
SGB V § 40 II

Eine **ambulante Rehabilitationsleistung** reicht für eine **Gewichtsreduzierung** aus, wenn nicht ersichtlich ist, mit welchen Maßnahmen der Versicherte versucht hat, sein Übergewicht zu reduzieren.

*SG Regensburg, Urt. v. 28.09.2004 - S 14 KR 108/04 -* verpflichtete die Krankenkasse, dem Kl. eine stationäre Kur gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren, das *LSG* wies die Klage ab.

### C) STATIONÄRE MÜTTERKUR: PRINZIP GESTUFTER LEISTUNGEN

*SG Düsseldorf, Urt. v. 29.11.2006 – S 4 KR 10/04* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-180

Wirtschaftlichkeitsgebot, Mütterkur, Vorsorgeleistung  
SGB V §§ 12, 24

Für den Anspruch aus § 24 I SGB V ergibt sich aus dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** des § 12 I SGB V, dass das in § 23 I, II u. IV SGB V für allgemeine medizinische Vorsorgeleistungen festgelegte Prinzip **gestufter Leistungen** auch bei der Gewährung von **Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter** nach § 24 SGB V zu beachten ist (so LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 05.04.2006 -L 5 KR 5113/04 -).

Das **SG** wies die Klage ab.

### 5. WEGFALL DES STERBEGELDES: KEINE FESTSTELLUNGSKLAGE

*LSG Bayern, Urt. v. 26.10.2006 – L 4 KR 97/06* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-181

Sterbegeld, Tod  
SGB V a. F. §§ 58, 59; SGG § 55 I Nr. 1

Der Wegfall des Sterbegeldes zum 01.01.2004 durch die gesetzliche Neuregelung kann nicht mit der Feststellungsklage angegangen werden.

**SG München**, Gerichtsbb. v. 07.06.2005 - S 32 KR 1010/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Nach **BSG**, Urt. v. 13.12.2005 - B 1 KR 4/05 R - SozR 4-2500 § 58 Nr. 1 und **BSG**, Urt. v. 13.06.2006 - B 8 KN 1/05 KR R - verstößt die Streichung des Sterbegeldes zum 01.01.2004 nicht gegen Verfassungsrecht.

## IX. Beziehungen zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 07.12.2006 – **B 3 KR 29/05 R** – räumt die **Zuzahlungsregelung** (§ 33 II 3 1. Hs. SGB V a. F.) einen privatrechtlichen Anspruch des **Hilfsmittelerbringers** gegen den Versicherten ein, der einen Teil der Vergütung ausmacht, weshalb sich nur der restliche Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse richtet; nach BSG, Urt. v. 07.12.2006 – **B 3 KR 4/06 R u. 5/06 R** – ist die vertragliche Verpflichtung der Betreiber von **ambulanten Krankenpflegediensten**, nur solche Personen als **leitende Pflegefachkraft** einzustellen und zu beschäftigen, die eine Anerkennung als staatlich geprüfte Krankenschwester/Krankenpfleger oder Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger besitzen, zulässig; zur **Rechtsprechung des BSG** s. ferner zuletzt RID 05-04-B X (S. 57 f.).

### 1. BEZIEHUNGEN ZU KRANKENHÄUSERN: KRANKENHAUSKOSTEN

Zur Rspr. des BSG s. zuletzt RID 06-04-B IX 1 (S. 69); RID 05-04-B X 1 (S. 58). Die Vorlage des **I. Senats** des BSG an den **Großen Senat des BSG** (Beschl. v. 07.11.2006 - B 1 KR 32/04 R ist dort nunmehr unter dem Aktenzeichen GS 1/06 anhängig (**Rechtsfragen**: 1. Setzt der Anspruch erkrankter Versicherter auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus voraus, dass allein aus medizinischen Gründen Krankenhausbehandlung erforderlich ist, weil das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen der Krankenbehandlung nicht erreicht werden kann? 2. Hat das Gericht die Voraussetzung gemäß Frage 1 voll zu überprüfen?).

### A) NOTWENDIGKEIT EINER KRANKENHAUSBEHANDLUNG BEI TUBERKULOSE

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.09.2006 – L 24 KR 1137/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-182

Lungentuberkulose, Tuberkulose, Ansteckungsgefahr  
SGB V §§ 39, 109 IV 2; IfSG §§ 7 I Nr. 32, 8 I Nr. 2, 9 II u. III

Die **Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung** bestimmt sich aus der vorausschauenden Sicht (**ex ante**) des Krankenhausarztes. Steht die so getroffene Entscheidung nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung und verletzt sie auch keine medizinischen Standards, muss diese Entscheidung hingenommen werden, auch wenn sich im Nachhinein (**ex post**) diese Entscheidung als fehlerhaft herausstellen sollte. Stehen mehrere Behandlungsalternativen zur Verfügung, so ist dem entscheidenden Krankenhausarzt ein **therapeutischer Spielraum** einzuräumen, sofern nicht eine bestimmte Behandlungsmethode unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eindeutig den Vorzug verdient. Im Zweifel bleibt die Entscheidung des behandelnden Krankenhausarztes maßgebend, weil er die zivilrechtliche und strafrechtliche Verantwortung für sein Handeln zu tragen hat (BSG, Urt. v. 12.05.2005 - B 3 KR 30/04 R - m.w.N.).

Die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung bei **Tuberkulose** ergibt sich nicht allein danach, ob der Patient noch als infektiös gilt oder nicht. Die Notwendigkeit und Dauer der stationären Krankenhausbehandlung ist im Einzelfall nach medizinischen Gesichtspunkten zu bestimmen. Die Ansteckungsgefahr erfordert lediglich eine Isolierung, die nicht zwingend in einem Krankenhaus erfolgen muss.

**SG Cottbus**, Urt. v. 28.07.2005 - S 18 KR 150/03 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## B) GRENZVERWEILDAUER BEI NEUGEBORENEN

*SG Aachen, Urt. v. 05.02.2007 – S 4 KR 81/06* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-183

### *Berufung zugelassen*

Vergütung, Neugeborenes, Entbindung, Grenzverweildauer, Krankenbehandlung

SGB V §§ 27 ff.; RVO § 197; Fallpauschalenverordnung 2006 § 1 V 3

Es besteht kein Anspruch auf Vergütung von Unterkunft, Pflege und Verpflegung eines gesunden Neugeborenen über den Entbindungstag sowie sechs weitere Tage hinaus, auch wenn die **Mutter im Krankenhaus verbleibt**. Für die Abrechnung eines derartigen Zuschlages wegen **Überschreitung der oberen Grenzverweildauer** besteht keine Anspruchsgrundlage. Die Leistungen zur stationären Entbindung nach § 197 RVO, die aufgrund spezieller Regelungen für eine Gesamtleistung ambulanten Einzelleistungen vorgehen, sind von der Krankenbehandlung nach den §§ 27 ff. SGB V zu unterscheiden.

Das *SG* wies die Klage ab.

## C) NACHGEWIESENE ERFORDERLICHKEIT DER BEHANDLUNG

*LSG Hamburg, Urt. v. 30.08.2006 – L 1 KR 10/06* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-184

### *Nichtzulassungsbeschwerde erhoben - B 3 KR 39/06 B*

Erforderlichkeit, stationäre Behandlung, Behandlungsnotwendigkeit, psychiatrische Behandlung

SGB V §§ 39 I, 109 IV

Steht die Erforderlichkeit der teilstationären und nachstationären Behandlungen nach einem schlüssigen Gutachten fest, so kann es **dahingestellt** bleiben, ob weiter an der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG festzuhalten ist, wonach allein maßgebend ist, ob die Entscheidung der Krankenhausärzte nach dem Erkenntnisstand **ex ante** vertretbar war (vgl. nur BSG v. 07.07.2005 – B 3 KR 40/04 R, KH 2006, 48) oder ob entsprechend dem Anfragebeschluss des 1. Senats v. 04.04.2006 – B 1 KR 32/04 R (mit nachgehendem Vorlagebeschluss an den Großen Senat des BSG v. 07.11.2006), an dieser Rechtsprechung zumindest in bestimmten Fallkonstellationen nicht mehr festzuhalten ist.

*SG Hamburg*, Urt. v. 03.02.2006 - S 32 KR 248/03 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## D) SONDERENTGELT 12.241 NEBEN DER FALLPAUSCHALE 12.101 BEI LEBERTRANSPLANTATION

*SG Hamburg, Urt. v. 14.11.2006 – S 48 KR 803/04* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-185

Fallpauschale, Sonderentgelt

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 2; BPflV §§ 11, 12, 14 I, VI 1, 15 I Nr. 1

Das **Sonderentgelt 12.241** kann **neben der Fallpauschale 12.101** abgerechnet werden, wenn wegen einer Leberzirrhose auf dem Boden einer Autoimmunhepatitis eine Lebertransplantation vorgenommen wird. Die Abrechnung des Sonderentgelts 12.241 zusätzlich zu der Fallpauschale 12.101 entspricht § 14 VI 1 Nr. 1 BPflV in Verbindung mit Spiegelstich 4 der Regelung Nr. 3 des nach § 15 I Nr. 1 erlassenen Sonderentgelt-Kataloges. Dieser sieht als eigenständige Leistungsdefinition die Abrechnung des Sonderentgelts für alle Fälle der Leber-Retransplantation ausdrücklich vor.

Das *SG* verurteilte die Krankenkasse, an das klagende Krankenhaus 30.668,05 EUR nebst Zinsen zu zahlen.

## E) KEINE PFLICHT ZUR BEHANDLUNG AUF STATION MIT GERINGSTEM PFLEGESATZ

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KR 106/05* – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-186

Behandlungskosten, Pflegesatz, Station, Fehlbelegung, Krankenhaus, Pflegesatz

SGB V §§ 39 I 2, 109

Maßgeblich für die Behandlungskosten ist der **Pflegesatz der Station**, auf der der Versicherte behandelt wird. Auch wenn kein hämatologisches/onkologisches Krankheitsbild vorliegt, kann der Versicherte auf einer Station Medizinische Hämatologie/Innere behandelt werden. Für die Bestimmung der Pflegesätze war zum damaligen Zeitpunkt nicht das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung maßgebend, sondern der Umstand, dass der Versicherte auf dieser Station behandelt wurde und insoweit keine Fehlbelegung vorlag. Das Krankenhaus ist nicht verpflichtet, die nach der



Pflegesatzvereinbarung für die Krankenkassen finanziell günstigste Art der Durchführung einer Behandlung zu wählen (vgl. BSG v. 24.07.2003 - B 3 KR 28/02 R – Rn. 27).

**SG Kiel**, Urt. v. 10.05.2005 - S 19 KR 290/03 - gab der Klage auf Zahlung von 2.447,38 Euro statt, das **LSG** verurteilte auf Berufung der Bekl. diese, an die Kl. 1.261,10 zu zahlen (Der DM-Betrag war zunächst irrtümlich als Euro-Betrag eingeklagt worden).

## F) STATIONÄRE BEHANDLUNG BEI VIERSTÜNDIGEM AUFENTHALT/ÜBERPRÜFUNGSVERFAHREN

**SG Augsburg**, Urt. v. 08.11.2006 – S 12 KR 222/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-187

Aufenthaltsdauer, stationäre Behandlung, Überprüfungsverfahren

SGB V §§ 39, 109 IV 3

Ein Versicherter, der sich von **abends, 22.29 Uhr, bis nächsten Mittag, 12.00 Uhr**, im Krankenhaus befand, kann mit ca. **13,5 Stunden** und damit weniger als 24 Stunden den Tatbestand eines stationären Aufenthaltes im Sinne von § 39 SGB V erfüllen.

Eine weitere gerichtliche Sachaufklärung ist nicht durchzuführen, wenn das zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung vereinbarte **Verfahren von der Krankenkasse nicht eingehalten** wurde.

Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, an den Krankenhausträger 616,11 EUR zu zahlen zuzüglich Zinsen. Vgl. bereits **SG Augsburg**, Urt. v. 24.04.2006 – S 12 KR 573/05 – RID 06-04-172 nebst weiteren Parallelverfahren.

## G) KEIN ANSPRUCH AUF ERSTATTUNG VON RECHTSANWALTSKOSTEN ALS VERZUGSSCHADEN

Verzugsschaden, Krankenhausträger, Krankenkasse, Rechtsanwaltskosten

SGB V §§ 69, 112 II Nr. 1; BGB §§ 280 II, 286; BPfIV § 17 I 3; KHEntgG § 11 I 4

**LSG Hessen**, Urt. v. 30.11.2006 – L 8 KR 175/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-188

*Revision anhängig: B 3 KR 1/07 R*

Ein Krankenhausträger hat keinen Anspruch auf Erstattung seiner Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden, auch wenn sich die Krankenkasse im Zeitpunkt der Begleichung der restlichen Krankenhausbehandlungskosten im Verzug befindet. Für die Erstattung solcher Verzugsschäden fehlt es an einer Anspruchsgrundlage.

**SG Wiesbaden**, Gerichtsbb. v. 12.08.2005 - S 12 KR 1696/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KR 93/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-189

Einem Anspruch auf Erstattung des Verzugsschadens nach §§ 280 II, 286 BGB steht entgegen, dass die zivilrechtlichen Bestimmungen über den Verzugsschaden auf das zwischen den Krankenhausträgern und Krankenkassen bestehende Rechtsverhältnis nicht anzuwenden sind.

**SG Lübeck**, Urt. v. 11.07.2005 - S 5 KR 849/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. ARZNEIMITTELHERSTELLER: FESTBETRAGSFESTSETZUNG FÜR GLUCOCORTICOIDE (INHALATIV, ORAL)

**LSG Berlin-Brandenburg**, B. v. 20.12.2006 – L 1 B 236/06 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 07-01-190

Festbetragsfestsetzung, Beiladung, Gemeinsamer Bundesausschuss, Vergleichsgröße, Wirkstoffpartikelgröße

SGB V §§ 35, 92 I 2 Nr. 6; SGG § 75 II

**Leitsätze:** Im Streit um eine Festbetragsfestsetzung nach § 35 SGB V sind weder der GBA noch die Bundesrepublik Deutschland notwendig **beizuladen**.

Es bestehen Zweifel an der Vereinbarkeit des **Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses** vom 19.07.2005 über die Ergänzung der Anlage 2 zur Arzneimittel-Richtlinie um die Festbetragsgruppe der Stufe 2 "Glucocorticoide inhalativ, oral" (Bundesanzeiger Nr. 192 vom 11.10.2005 S. 14983) mit § 35 Abs. 1 SGB V.

Eine "**andere geeignete Vergleichsgröße**" nach § 35 Abs. 1 Satz 5, Abs. 3 Satz 1 SGB V setzt eine Ermittlung des kleinsten gleichen gemeinsamen Nenners gleicher therapeutischer Wirkung voraus. Es sind alle hierfür maßgeblich relevanten Faktoren zu berücksichtigen.

Es spricht einiges dafür, dass für eine Festbetragsfestsetzung unter Einschluss des Wirkstoffes Beclometason eine Differenzierung auch nach der **Wirkstoffpartikelgröße** erfolgen muss.

Durch eine nicht im Einklang mit § 35 Abs. 1 SGB V stehende Festbetragsgruppenbildung wird ein **Arzneimittelverteiber** jedenfalls dann in eigenen Rechten verletzt, wenn die Regelung den gesetzlichen Zielvorstellungen widerspricht und ein daran orientiertes Auftreten die Marktposition des Unternehmers kausal einschränkt.

Die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen eine Festbetragsfestsetzung setzt eine offensichtliche **Verletzung von subjektiven Rechten** der Antragstellerin voraus, die hier nicht vorliegen.

Glucocorticoide in Form von (Kortison-)Sprays dienen der Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen wie insbesondere Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Bronchitis (COPD). Zu ihnen gehören die Wirkstoffe Beclometason, Fluticason, Mometason und Budesonid. Das **antragstellende pharmazeutische Unternehmen vertreibt** unter anderem die beclometasonhaltigen Arzneimittel Junik und Bronchocort, die mit geringerem Massendurchmesser der Wirkstoffpartikel angeboten werden. Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob diese **Verkleinerung der Inhalationsteilchen** therapeutische Bedeutung hat. Im Oktober 2006 beschlossen die Ag. für die Wirkstoffgruppe Glucocorticoide inhalativ, oral ausgehend von einer Standardpackung 200 Hub mit 1,2 WGV je Hub für die Hauptanwendungsgebiete Heuschnupfen, Asthma bronchiale, kortikosteroidbedürftige, obstruktive Bronchitiden einen Festbetrag von 37,28 EUR auf Apothekeneinkaufspreisebene. Die Ast. erhob hiergegen im November 2005 die Klage. **SG Berlin**, Beschl. v. 11.04.2006 - S 82 KR 2682/05 ER - wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage zurück, das **LSG** die Beschwerde.

### 3. HILFSMITTELERBRINGER: AUFNAHME EINES DIABETIKER-SPEZIALSCHUHS (LUCRO) IN HILFSMITTELVERZEICHNIS

**SG Düsseldorf, Urt. v. 07.12.2006 – S 8 KR 302/04** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-191

**Berufung eingelegt: LSG Nordrhein-Westfalen - 16 KR 243/06 -**

Spezialschuh, Diabetiker, Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, Komfortschuh, Wirtschaftlichkeit  
SGB V §§ 33 II 1, 139 II 1

Beim **LucRo-Spezialschuh** handelt es sich um ein **Hilfsmittel** i. S. d. § 33 SGB V, ohne dass er einen allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens darstellt. Er ist insb. nicht mit einem sog. Bequem- oder Komfortschuh gleichzustellen. Die Voraussetzungen der Funktionstauglichkeit und des therapeutischen Nutzen des Hilfsmittels sowie seine Qualität sind nachgewiesen (§ 139 II 1 SGB V).

Von der **Funktionstauglichkeit und der Qualität eines Hilfsmittels** ist bereits aufgrund der Konformitätserklärung und der CE-Kennzeichnung gemäß dem MPG auszugehen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen v. 20.09.2005 - L 5 KR 35/02 - RID 05-04-135, bestätigt durch BSG, Urt. v. 28.09.2006 – B 3 KR 28/05 R -, Rn. 37). Ein Nachweis des therapeutischen Nutzens des Spezialschuhs liegt vor. Inwieweit im Einzelfall die Verordnung eines Diabetes-Spezialschuhs wirtschaftlich ist oder die Schuhversorgung des Versicherten mit einfacheren Mitteln bzw. einzelnen Elementen erreicht werden kann, obliegt der späteren **überprüfbaren Einzelverordnung des behandelnden Arztes**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., das Produkt „Spezialschuh für Diabetiker der Marke LucRo“ für die Indikation "Sensibilitätsausfall an den Füßen bei nervaler Versorgungsstörung und/oder Durchblutungsstörung in den Beinen infolge Diabetes mellitus und zusätzlich stattgehabtem abgeheilten Ulcus" in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen und dies im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

### 4. HEILMITTELERBRINGER

#### A) PFLICHT ZUR ÜBERPRÜFUNG DER ÄRZTLICHEN VERORDNUNG

**LSG Hessen, Urt. v. 19.10.2006 – L 8 KR 23/06** – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-192

**Nichtzulassungsbeschwerde erhoben - B 3 KR 37/06 B -**

Vergütungsvereinbarung, Verordnung, Krankengymnastik, Höchstmenge, Physiotherapeut, Heilmittelerbringer  
SGB V § 124

Eine **Vergütungsvereinbarung**, die vorsieht, dass Leistungen nach diesem Vertrag nur aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht werden dürfen, eine **Verordnung nur gültig ist gemäß der jeweils geltenden Heilmittelrichtlinien** und deren Anlagen und Leistungen von den Krankenkassen

nur vergütet werden, wenn sie entsprechend den Abgabebedingungen dieser Vereinbarung und den jeweils gültigen "Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 I SGB V über die einheitliche Versorgung mit Hilfsmitteln" einschließlich der zugehörigen Anlagen erbracht werden, ist bestimmt. Sieht der Heilmittelkatalog bei der Verordnung von Krankengymnastik im Regelfall eine Höchstmenge von 10 Therapieeinheiten vor, so verstößt eine Verordnung von 10 Doppelstunden und damit 20 Therapieeinheiten hiergegen. Eine solche Verordnung kann **nicht in eine "teilgültige" Verordnung** über die zulässige Verordnungsmenge von 10 Therapieeinheiten **umgedeutet** werden. Eine Vergütungsvereinbarung kann vorschreiben, ärztliche **Verordnungen** auf ihre Gültigkeit durch den Heilmittelerbringer **zu überprüfen**,

Die klagende physiotherapeutische Praxis erbrachte die orthopädisch verordneten "zehnmal stabilisierende Krankengymnastik einzeln, zweimal wöchentlich - Doppelstunden erforderlich". Die Bekl. lehnte eine Begleichung der Rechnung ab, weil die Verordnung keine Leitsymptomatik angebe und nach dem Indikationenkatalog zum Heilmittelkatalog bei dieser Diagnose/Leitsymptomatik nur maximal 10 Leistungen abrechenbar seien. *SG Darmstadt*, Urt. v. 11.03.2005 - S 13 KR 176/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## B) KEINE PFLICHT ZUR ÜBERPRÜFUNG DER ÄRZTLICHEN VERORDNUNG

*SG Stuttgart*, Urt. v. 13.12.2006 – S 10 KR 6018/05 – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RID 07-01-193

Physiotherapeut, Verordnung, Vollständigkeitsprüfung, Prüfung, Krankenkasse, Heilmittel-Richtlinien  
SGB V §§ 12 I 2, 125

Für Erbringer von **physiotherapeutischen Heilmitteln** besteht **keine Verpflichtung, entsprechende vertragsärztliche Verordnungen** einer vorherigen Vollständigkeitsprüfung oder einer **Prüfung** auf formale Richtigkeit hin zu unterziehen. Mangels einer entsprechenden Prüfpflicht darf eine Krankenkasse die Abgabe und Abrechnung vertragsärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilmittel nicht von einer vorherigen Vollständigkeitsprüfung durch den Leistungserbringer abhängig machen und Entsprechendes gegenüber Versicherten, Vertragsärzten und Leistungserbringern behaupten. Durch einen **Rahmenvertrag**, wonach der Physiotherapeut zur Abgabe der (vom Vertragsarzt verordneten) Leistungen (nur) im Rahmen der Leistungsbeschreibung berechtigt und verpflichtet ist, wird eine Pflicht, die vertragsärztliche Verordnung physiotherapeutischer Leistungen auf ihre Vereinbarkeit mit den Heilmittel-Richtlinien zu überprüfen, nicht begründet.

Die **Heilmittel-Richtlinien** entfalten für die **nichtärztlichen Leistungserbringer keine unmittelbare verbindliche Wirkung**. Selbst wenn man jedoch den Heilmittel-Richtlinien eine verbindliche Wirkung für die Physiotherapeuten beimisst, ergibt sich hieraus keine Pflicht der Physiotherapeuten zur Prüfung vertragsärztlicher Verordnungen auf deren inhaltliche Richtigkeit.

Um ihre sich aus § 88 II SGB IV ergebende Pflicht zur Vorlage aller prüferelevanten Unterlagen erfüllen zu können, ist eine **Krankenkasse** darauf angewiesen, die **Originalverordnungen** bei sich **aufzubewahren**. Eine **Herausgabe an einzelne Leistungserbringer** scheidet damit aus.

Das *SG* gab der Klage teilweise statt und untersagte es auf Klage eines Berufsverbandes für Physiotherapeuten und einer Physiotherapeutin unter Androhung von Ordnungsgeld der Krankenkasse, a) die Abgabe und Abrechnung vertragsärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilmittel von einer vorherigen Vollständigkeitsprüfung durch den Leistungserbringer abhängig zu machen, b) gegenüber Versicherten, Vertragsärzten und Leistungserbringern zu behaupten, dass ärztliche Verordnungen für physiotherapeutische Leistungen einer Vollständigkeitsüberprüfung durch den Leistungserbringer bedürfen; die Klage auf Herausgabe abgeleiteter Heilmittelversorgung lehnte es ab.

entfällt RID 07-01-194

## 5. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

### A) ANFORDERUNGEN AN EIN FRISTLOSES KÜNDIGUNGSSCHREIBEN

*LSG Berlin-Brandenburg*, B. v. 05.09.2006 – L 9 B 261/06 KR ER – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) RID 07-01-195

Kündigungsschreiben, Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen, Anhörung, Pflegedienst, Pflichtverletzung, Kündigungsggrund, Versorgungsvertrag  
SGB V §§ 132, 132a II; SGG § 86b II

Weist ein Kündigungsschreiben in der Kopfzeile die "**Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen im Land Brandenburg**" als Verfasserin sowie am Ende eine nicht eindeutig zuordenbare Unterschrift auf,

ohne dass in dem Kündigungsschreiben selbst oder in sonstigen Schriftstücken klargestellt worden wäre, ob und inwieweit die Arbeitsgemeinschaft berechtigt gewesen sein könnte, die Kündigung für die Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg als Vertragspartner des Krankenpflegeunternehmens auszusprechen, so können Zweifel bestehen, ob die Kündigung von den Verbänden der Krankenkassen als Vertragspartner ausgesprochen worden ist.

Eine vertraglich vereinbarte **Pflicht zur Anhörung** setzt voraus, dass die Vertragspartner eines Pflegedienstes dem Pflegedienst schriftlich nicht nur die beabsichtigte Maßnahme als solche, sondern alle entscheidungserheblichen Tatsachen, auf die die fristlose Kündigung gestützt werden soll, im Einzelnen nachvollziehbar darlegen, um den Pflegedienst in die Lage zu versetzen, sich hiermit sachgerecht auseinanderzusetzen. **Pflichtverletzungen** sind nach Art, Zeit und Ort aufzuzeigen. Ein Kündigungsschreiben muss zudem in überprüfbarer Weise erkennen lassen, auf welche **konkreten Tatsachen/Pflichtverletzungen** die Kündigung gestützt worden ist.

Die Verbände der Krankenkassen können sich nur auf solche **Kündigungsgründe** berufen, die in der Zeit nach Abschluss des letzten Versorgungsvertrages bekannt geworden sind. Schließen die Verbände der Krankenkassen in Kenntnis bestehender Kündigungsgründe einen **neuen Versorgungsvertrag** ab, kommt - abgesehen von Extremfällen - ein späterer Rückgriff auf diese Kündigungsgründe nicht mehr in Betracht, weil der Pflegedienst bei dieser Sachlage auf den Fortbestand des neu begründeten Vertragsverhältnisses vertrauen darf.

**SG Neuruppin**, Beschl. v. 30.05.2005 - S 9 KR 94/06 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** stellte im Wege der einstweiligen Anordnung fest, dass die mit Schreiben vom 12. Mai 2006 ausgesprochene fristlose Kündigung des Vertrages gemäß §§ 132 und 132 a Abs. 2 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege sowie zur Erbringung von Leistungen nach §§ 198 und 199 RVO (Häusliche Pflege bzw. Haushaltshilfe) vom 31. Januar 2005 unwirksam ist.

## B) VERANTWORTUNG DER KRANKENKASSE FÜR VERSICHERTENWOHL – ÜBERPRÜFUNG EINES LEISTUNGSERBRINGERS

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 26.10.2006 – L 16 KR 21/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-196**  
**Nichtzulassungsbeschwerde erhoben - B 3 KR 2/07 B**

Vertrag, Krankenpflegeunternehmen, Krankenkasse, Bereicherungsrecht, culpa in contrahendo  
SGB V §§ 69, 132, 132a; BGB §§ 812 I 1, 818 II

Bei **Fehlen vertraglicher Beziehungen** zwischen einem Krankenpflegeunternehmen und einer Krankenkasse besteht ein Zahlungsanspruch auch nicht aus Bereicherungsrecht.

Fehlt es an einem Verschulden der Krankenkasse vor Vertragsschluss, so kann bereits aus diesem Grund ein Anspruch nicht auf das Rechtsinstitut der **culpa in contrahendo** (cic) gestützt werden. Eine Krankenkasse ist für das Wohl ihrer Versicherten in dem Sinne verantwortlich, als sie **qualitativ nicht geeigneten Leistungserbringern** keine Verträge anbieten soll und darf, arg. ex § 132 SGB V. Sie darf sich über die **Einsatzmöglichkeiten eines HIV-infizierten Mitarbeiters** eines Krankenpflegeunternehmens Gewissheit verschaffen.

**SG Köln**, Urt. v. 19.08.2003 - S 9 KR 65/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## C) VERGÜTUNGSPPOSITION "KOMPRESSIONSSTRÜMPFE/-HOSE, AN UND AUS ... 14,95 DM"

**LSG Hamburg**, Urt. v. 15.11.2006 – L 1 KR 31/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 07-01-197**  
**Nichtzulassungsbeschwerde erhoben - B 3 KR 38/06 B**

Vergütungsvereinbarung, Kompressionsstrümpfe  
SGB V §§ 37, 132a

Die Vergütungsposition in einem Vertrag mit der Formulierung "Kompressionsstrümpfe/-hose, An und Aus ... 14,95 DM" umfasst mit der **einmaligen Vergütung** sowohl das An- als auch das Ausziehen der Kompressionsstrümpfe. Anderenfalls hätte die Formulierung lauten müssen "An oder Aus" bzw. "jeweils 14,95 DM".

**SG Hamburg**, Urt. v. 29.03.2006 - S 21 KR 1889/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelverfahren: SG Hamburg**, Urt. v. 29.03.2006 - S 21 KR 689/01 -

**LSG Hamburg**, Urt. v. 24.01.2007 – L 1 KR 35/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 07-01-198**

## 6. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMEN

### A) KEIN VERGÜTUNGSANSPRUCH OHNE VERGÜTUNGSVEREINBARUNG

*SG Duisburg, Urt. v. 11.05.2006 – S 7 KR 11/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-01-199

*Sprungrevision zugelassen, Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 146/06 -*

Krankentransportunternehmer, Vergütungsvereinbarung, ungerechtfertigte Bereicherungen, Geschäftsführung ohne Auftrag, GoA

SGB V §§ 2, 69 S. 3, 133; BGB §§ 677 ff., 812 ff.

Ein Krankentransportunternehmer, mit dem **keine Vergütungsvereinbarung** i. S. v. § 133 SGB V besteht, hat gegenüber einer Krankenkasse keinen Vergütungsanspruch für Liegemitwagenfahrten, weder aus Vertrag noch aus einer entsprechenden Anwendung der zivilrechtlichen Grundsätze des Ausgleichs ungerechtfertigter Bereicherungen oder der Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA).

Soweit das **BSG** in anderen Leistungsbereichen als dem Krankentransportrecht in Fällen, in denen es um die Vergütung von während eines vertragslosen Zustandes erbrachten Leistungen ging, **bereicherungsrechtliche Grundsätze** angewendet hat, ist dies **widersprüchlich** zur bisherigen Rechtsprechung. BSG, Beschl. v. 04.10.2004 - B 3 KR 16/04 B – hat erneut ausdrücklich festgestellt, dass ein Vergütungsanspruch eines Rettungsdienstes bzw. eines sonstigen Krankentransportunternehmens gegen die Krankenkasse bei Fehlen vertraglicher Vereinbarungen auch dann ausgeschlossen ist, wenn für die Krankentransporte satzungsmäßig festgelegte Gebühren gelten.

Das **SG** wies die Klage ab.

### B) VERBINDLICHKEIT DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERORDNUNG GEGENÜBER TRANSPORTEUR

*SG Neubrandenburg, Urt. v. 30.11.2006 – S 4 KR 25/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

RID 07-01-200

*Berufung eingelegt: LSG Mecklenburg-Vorpommern - L 6 KR 2/07 -*

Verordnung, Krankentransport, Krankentransportunternehmer

SGB V §§ 60, 133; Krankentransport-RL § 2

Im Verhältnis der Krankenkasse zum nichtärztlichen Leistungserbringer kann die Krankenkasse die fehlende medizinische Notwendigkeit der erbrachten Leistung nicht einwenden, wenn eine ordnungsgemäße vertragsärztliche Verordnung der konkreten Leistung gemäß § 73 II Nr. 7 SGB V vorgelegen hat. Die **vertragsärztliche Verordnung**, die der Vertragsarzt im Verhältnis zum nichtärztlichen Leistungserbringer für diesen verbindlich als Vertreter der Krankenkasse trifft, kann und darf **vom Leistungserbringer nicht** hinsichtlich ihrer inhaltlichen **Richtigkeit überprüft** werden.

Nach dem Gesetzeswortlaut des **§ 60 SGB V in der seit 2004 geltenden Fassung** stellt zwar die Erstreckung des Erfordernisses der vorherigen Genehmigung in Abs. 1 S. 3 auf jegliche Fahrt zu einer ambulanten Behandlung eine mögliche Auslegung dar. Sie stünde jedoch in Widerspruch sowohl zur Systematik der Gesamtnorm als auch zur Entstehungsgeschichte und zum Zweck der Vorschrift.

Das **SG** gab der Klage statt.

## X. Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 14.02.2007 – **B 1 A 3/06 R** – ist die in § 35a VI 2 SGB IV angeordnete Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsgehälter rechtmäßig.

### 1. WERBEMAßNAHME EINER KRANKENKASSE IN ANZEIGENBLATT

*LSG Saarland, Beschl. v. 21.6.2006 – L 2 B 5/06 KR – www.rechtsprechung.saarland.de*

RID 07-01-201

Werbemaßnahme, werbender Charakter, Androhung von Ordnungshaft, Auffangsstreitwert

SGB V § 69; SGG §§ 86b II, 198 I, 201; ZPO § 890

**Leitsätze:** 1. Eine **Werbemaßnahme einer Krankenkasse** muss ihren werbenden Charakter eindeutig erkennen lassen.

2. Eine Krankenkasse hat bei der **Mitgliederwerbung** stets auch ihre Pflicht zur Aufklärung, Beratung und Information des Versicherten (§§ 13-15 SGB I) zu beachten.

3. Die **Androhung von Ordnungshaft** ist gegenüber einer gesetzlichen **Krankenkasse** nicht möglich.

Die antragstellende Krankenkasse wandte sich gegen die Anzeige der Ag., ebf. eine Krankenkasse. **SG für das Saarland**, Beschl. v. 22.02.2006 gab dem Antrag statt, das **LSG** wies auf die Beschwerde der Ag. den Antrag Ziffer 1 der Ast. auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück und fasste Ziffer 1b des Tenors des

Beschlusses des SG wie folgt neu: Die Ag. wird verpflichtet, bei Vermeidung eines für jeden Fall der Zuwiderhandlung festzusetzenden Ordnungsgeldes bis zu 250.000 EUR es zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr zu Wettbewerbszwecken zu behaupten, dass Ärzte im Saarland nach Möglichkeiten suchten, die Behandlung von Versicherten „einer der günstigsten regionalen Krankenkassen-Anbieter“ zu verweigern.

## 2. PERSÖNLICHES ÜBERBRINGEN EINER KÜNDIGUNGSBESTÄTIGUNG

*SG für das Saarland, Urt. v. 28.02.2006 – S 23 KR 500/05 – www.rechtsprechung.saarland.de* **RID 07-01-202**

Krankenkasse, Kündigungsbestätigung, Wettbewerbsgrundsätze, Aufsichtsbehörde  
SGB V § 175 IV 3; SGG § 86b II

**Leitsatz:** Es ist wettbewerbswidrig, die Kündigungsbestätigung für einen Versicherten dadurch zu verzögern, dass diesem angeboten wird, die Kündigungsbestätigung persönlich zu überbringen

## 3. VERÖFFENTLICHUNG DER VORSTANDSBEZÜGE

*SG Detmold, Urt. v. 06.09.2006 – S 3 KR 54/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de* **RID 07-01-203**

*Sprungrevision durch BSG, Urt. v. 14.02.2007 – B 1 A 3/06 R - zurückgewiesen.*

Veröffentlichungspflicht, Veröffentlichung, Vorstandsbezüge, Aufsichtsbehörde, Persönlichkeitsrecht  
SGB V §§ 35a VI, 89; GG Art. 1, 2, 3

Eine Krankenkasse ist verpflichtet, die **Vergütung ihres Vorstandes im Bundesanzeiger** oder in ihrer Mitgliederzeitschrift zu veröffentlichen. Ein Unterlassen verletzt das Recht gemäß § 35a VI 2 SGG IV, so dass die Voraussetzungen für eine Verpflichtung gemäß § 89 I 2 SGB IV vorliegen. Die Pflicht zur Veröffentlichung der Vergütungen verstößt nicht gegen das Recht eines Vorstandsmitglieds auf informationelle Selbstbestimmung.

Das **SG** wies die Klagen der Krankenkasse und eines Vorstandsmitglieds mit dem Antrag, den Verpflichtungsbescheid des bekl. Aufsichtsamtes aufzuheben, das Verfahren gem. Art. 100 I GG auszusetzen und die Entscheidung des BVerfG einzuholen oder die Sprungrevision zuzulassen, ab. Mit Urt. v. 14.02.2007 - B 1 A 3/06 R hat das BSG die dagegen eingelegte Sprungrevisionen der KK und ihres Vorstandes zurückgewiesen (s Medieninformation des BSG 7/07 v. 14. 2. 2007 und Terminbericht 7/07 v. 16. 2. 2007).

S. a. **SG Speyer**, Urt. v. 25.07.2006 – S 13 KR 40/05 – RID 06-04-188 (rechtskräftig, die zunächst anhängige Sprungrevision B 1 A 2/06 R wurde zurückgenommen) sowie **SG Augsburg**, Urt. v. 20. 4. 2005 - S 10 KR 320/04 -; ca. 20 weitere Verfahren sollen beim Bundesversicherungsamt bzw. in den Instanzen ruhen.

# XI. Entscheidungen des BSG

## 1. NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE

*BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 3/06 –* **RID 07-01-204**

**Leitsatz:** Die neuropsychologische Therapie gehörte in den Jahren 2003/2004 nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

## 2. ARZNEIMITTEL: OFF-LABEL-USE

### A) QUALITÄT DER WISSENSCHAFTLICHEN ERKENNTNISSE (ILOMEDIN)

*BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 1/06 –* **RID 07-01-205**

**Leitsätze:** 1. Stirbt ein Versicherter in der Zeit ab dem 2.1.2002, gehen seine Kostenerstattungsansprüche wegen Systemmangels (§ 13 Abs 3 S 1 SGB V; § 15 Abs 1 SGB IX ) vorrangig auf Sonderrechtsnachfolger über (Abgrenzung zu BSG vom 10.12.2003 - B 9 V 7/03 R - BSGE 92, 42 = SozR 4-3100 § 35 Nr 3).

2. Um ein Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung außerhalb seiner Zulassung verordnen zu dürfen, bedarf es während und außerhalb eines arzneimittelrechtlichen Zulassungsverfahrens einer gleichen Qualität der wissenschaftlichen Erkenntnisse über Nutzen und Risiken des Mittels (Weiterführung v. BSG v. 19.3.2002 - B 1 KR 37/00 R - BSGE 89, 184 = SozR 3-2500 § 31 Nr 8).

3. Unterfällt bei objektiver Klagehäufung nur ein Teil des Begehrens der Privilegierung des § 183 SGG, ist eine getrennte Kostenentscheidung für die kostenprivilegierten und nicht kostenprivilegierten Streitgegenstände zu treffen.

## **B) VORRANG PSYCHIATRISCHER LEISTUNGEN BEI SUIZIDGEFAHR (RESTLESS-LEGS-SYNDROM/CABASERIL)**

*BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 14/06 R –*

**RID 07-01-206**

**Leitsatz:** Macht ein Versicherter hochgradig akute Suizidgefahr geltend, kann er regelmäßig eine spezifische Behandlung etwa mit den Mitteln der Psychiatrie beanspruchen, nicht aber Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

**Parallelverfahren:** *BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 15/06 R –*

**RID 07-01-207**

*BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 27/05 R –*

**RID 07-01-208**

## **3. HILFSMITTEL: AUFNAHME VON PRODUKTEN IN DAS HILFSMITTELVERZEICHNIS (VACOPED)**

*BSG, Urt. v. 28.09.2006 – B 3 KR 28/05 –*

**RID 07-01-209**

**Leitsätze:** 1. Die Aufnahme eines neuen Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkassen setzt nicht voraus, dass es bereits aufgenommenen Hilfsmitteln klinisch überlegen oder preisgünstiger ist.

2. Zum Nachweis des therapeutischen Nutzens eines neuen Hilfsmittels, das ein "gelistetes" Hilfsmittel oder ein Verbandmittel ersetzen kann.

3. Zur Abgrenzung zwischen Hilfsmitteln und Verbandmitteln.

## C. Entscheidungen anderer Gerichte

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. APPROBATION: RUHEN/WIDERRUF/WIEDERERLANGUNG/VORLÄUFIGE BERUFS AUSÜBUNG SERLAUBNIS

##### A) BVERFG: RUHEN EINER APPROBATION NUR BEI KONKRETER GEFAHR FÜR GEMEINGÜTER

*BVerfG, Beschl. v. 04.10.2006 – 1 BvR 2403/06 –*

RID 07-01-210

Unzuverlässigkeit, Unwürdigkeit, Ruhensanordnung, Unschuldsumutung, Falschabrechnung, Berufswahl

BÄO § 6 I Nr. 1; ZHG § 5 I Nr. 1; GG Art. 3 I, 12 I, 14 I, 19 IV, 20 III

Es wird nicht nur mit der **Anordnung der sofortigen Vollziehung** einer Ruhensanordnung, sondern auch mit der Anordnung des **Ruhens der Approbation** in die Berufsfreiheit eines Arztes eingegriffen. Nach der BVerfG-Rspr. sind solche Eingriffe in die Freiheit der Berufswahl schon **vor** dem rechtskräftigen **Abschluss des Hauptverfahrens** als Präventivmaßnahme nur zur Abwehr konkreter Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter zulässig; die hohe Wahrscheinlichkeit, dass **das Hauptverfahren zum gleichen Ergebnis führen** wird, **reicht** allein **nicht** aus (vgl. BVerfGE 44, 105 <117 ff.>; stRspr). Überwiegende öffentliche Belange können es hiernach ausnahmsweise rechtfertigen, den Rechtsschutzanspruch des Grundrechtsträgers einstweilen zurückzustellen, um unaufschiebbare Maßnahmen im Interesse des allgemeinen Wohls rechtzeitig in die Wege zu leiten. Wegen der gesteigerten Eingriffsintensität des vorläufigen Berufsverbots sind hierfür jedoch nur solche Gründe ausreichend, die in angemessenem Verhältnis zu der Schwere des Eingriffs stehen und ein Zuwarten bis zur Rechtskraft des Hauptverfahrens ausschließen (vgl. BVerfGK 2, 89 <94>). Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, hängt von einer Gesamtwürdigung der Umstände des Einzelfalls und insbesondere davon ab, ob eine weitere Berufstätigkeit konkrete Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter befürchten lässt.

Die Anordnung des Ruhens der Approbation stellt vielmehr selbst eine **vorläufige Berufsuntersagung** dar, deren Wirkungen durch die sofortige Vollziehung nur auf den Zeitraum vor Bestandkraft der Ruhensanordnung vorverlagert werden.

Der 1953 geb. Bf. besitzt die **Approbation als Zahnarzt und Arzt** und betreibt seit 1989 eine Zahnarztpraxis. Ende September 2003 wurde gegen ihn ein **Ermittlungsverfahren** wegen des Verdachts auf Betrug eingeleitet. Hintergrund hierfür war ein Ermittlungsverfahren gegen einen Lieferanten von Zahnersatz. Den Verantwortlichen dieses Unternehmens wurde vorgeworfen, sie hätten günstigen Zahnersatz aus dem Ausland an eine innerdeutsche Firma verkauft und dann zu deutschen Preisen ihren Kunden in Rechnung gestellt, die den Zahnersatz auch zu diesen Preisen weitergaben. Den Differenzbetrag hätten sie nachträglich teilweise ihren Kunden zurückerstattet. Es bestand Grund zu der Annahme, dass der Bf. zum begünstigten Personenkreis zählte. Vom 22.09. bis 18.11.2003 war er deshalb in Untersuchungshaft. Danach **nahm** er seine **zahnärztliche Tätigkeit wieder auf**. Er baute ein Eigenlabor für die Herstellung von Prothetik auf, das mit zwei Vollzeitkräften und einer Halbtagskraft betrieben wird. Zwischenzeitlich wurde er vom **Landgericht** durch Urte. v. 30.08.2005 zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten auf Bewährung verurteilt. Ein Berufsverbot wurde nicht ausgesprochen. Das Urteil ist nicht rechtskräftig, nachdem sowohl der Bf. als auch die Staatsanwaltschaft **Revision** eingelegt haben. Seine **Zulassung als Vertragsarzt** wurde dem Bf. im März 2004 **entzogen**, bestätigt vom Berufungsausschuss im November 2004. Im September 2004 ordnete die **Bezirksregierung** das **Ruhen der zahnärztlichen und der ärztlichen Approbationen** und die **sofortige Vollziehung** der Verfügungen an. Sie stützte ihre Entscheidung u. a. darauf, dass dem Bf. gemäß der Anklageschrift der Staatsanwaltschaft Betrug in 41 Fällen zur Last gelegt werde. Er habe dem Grunde nach eingeräumt, dass er bei Zahnersatz gegenüber der KZV und insbesondere seinen Patienten falsch abgerechnet habe. Er habe Barrückerstattungen der Lieferfirma in Höhe von mindestens 55.296,21 € nicht weitergegeben. Die Staatsanwaltschaft gehe von einer Summe von mindestens 220.838,49 € aus. Damit liege ein schwerer Verstoß gegen ärztliche Pflichten mit strafrechtlich relevantem Bezug vor. Die Verfehlungen seien so gravierend, dass sie die Annahme rechtfertigten, dass der Bf. nicht mehr die Gewähr dafür biete, in Zukunft seine beruflichen Pflichten zuverlässig zu erfüllen. Angesichts der Schadenshöhe und des Zeitraumes, über den sich die Taten abgespielt hätten, stelle die Anordnung des Ruhens der Approbation das einzig wirksame Mittel dar, weitere mögliche Verfehlungen im Zusammenhang mit der Fortführung seiner Tätigkeit als Zahnarzt zu unterbinden. Ein **einstweiliges Anordnungsverfahren** blieb erfolglos. **BVerfG**, 1. S., 2. Ka., B. v. 29.12.2004 – 1 BvR 2820/04 u. 2851/04 - RID 05-02-184 setzte die sofortige Vollziehung der Verfügungen der Bezirksregierung aus. Im Januar 2005 wies die **Bezirksregierung** die Widersprüche des Beschwerdeführers gegen die Ruhensanordnungen zurück. Die hiergegen gerichtete **Klage** blieb erfolglos. Das **BVerfG** setzte das Ruhen der Approbationen bis zur Entscheidung über die Verfassungsbeschwerden, längstens für die Dauer von sechs Monaten, vorläufig aus.



## B) WIDERRUF DER APPROBATION AUS ALTERSGRÜNDEN

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 05.01.2007 – 8 LA 78/06* – www.dbovg.niedersachsen.de

RID 07-01-211

Alter, Approbation, Leistungsschwäche, Widerruf

BÄO §§ 3 I 1 Nr 3, 5 II 2

**Leitsatz:** Der Widerruf der ärztlichen Approbation für einen 87-Jahre alten, noch in eigener Privatpraxis tätigen Arzt für Allgemeinmedizin ist rechtmäßig, wenn der Betroffene seinen Beruf altersbedingt nicht mehr sachgerecht ausüben kann, er dies aber nicht erkennt und es deshalb zur missbräuchlichen Abgabe von Schmerz- und Betäubungsmitteln kommt.

## C) WIEDERERLANGUNG DER APPROBATION NACH ABRECHNUNGSBETRUG

*VG Stuttgart, Urt. v. 21.09.2006 – 4 K 2576/06* – juris

RID 07-01-212

Abrechnungsbetrug, Zuverlässigkeit, Unwürdigkeit, vorläufige Berufserlaubnis, Approbation

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 8 I

**Leitsatz:** Bei einem Arzt, der zahlreiche Taten des Abrechnungsbetruges über einen mehrjährigen Zeitraum begangen hat, ist ein längerer Reifeprozess für die Wiedererlangung der Zuverlässigkeit erforderlich. Dass der Arzt in Zukunft nur noch privatärztlich tätig sein will, ist ohne Bedeutung.

## D) BERUFS AUSÜBUNG VORLÄUFIG UNTER BEDINGUNGEN (AUFNAHME EINES KOLLEGEN IN PRAXIS)

*OVG Saarland, Beschl. v. 23.10.2006 – 1 W 41/06* – juris

RID 07-01-213

Gesundheitsgefahr, Eignung, Arzt, Approbation, Zusatz-Weiterbildung suchtmedizinische Grundversorgung

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 2; GG Art. 12 I

**Leitsatz:** Sind nach den Gegebenheiten konkrete Gesundheitsgefahren für die Vergangenheit nicht belegt, kann aber nach derzeitiger gutachterlicher Erkenntnislage eine Patientengefährdung aufgrund einer eingeschränkten gesundheitlichen Eignung des in freier Praxis tätigen Arztes (§ 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BÄO) nicht umfassend ausgeschlossen werden, so kann dem Arzt die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit vorläufig bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache unter bestimmten Bedingungen gestattet werden.

## 2. RÜCKNAHME EINER FACHARZTBEZEICHNUNG NACH LANDESRECHTLICHEM VWVFG

*VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 22.12.2006 – 9 S 1977/06* – juris

RID 07-01-214

Landesärztekammer, Rücknahme, Facharztbezeichnung

SGB V § 95a SGB V; VwVfGBW § 1 I, 44, 48, 52; HeilBKGBW §§ 2, 41a; HeilBÄndG Art. 3 II; WBO § 20

**Leitsatz:** Die in der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg geregelte Rücknahme der Berechtigung, eine Facharztbezeichnung zu führen, schließt einen Rückgriff auf § 48 LVwVfG nicht stets aus (in Abgrenzung zu Senurt. v. 13.07.1999 - 9 S 2767/97 - MedR 2000, 274).

## 3. KAMMERBEITRAGSSATZUNG: AM EINKOMMEN ORIENTIERTE BEITRAGSHÖHE

*VGH Hessen, Beschl. v. 20.12.2006 – 1 ZU 990/06* –

RID 07-01-215

Kammer, Psychotherapeutenkammer, Beitragserhebung, Beitragsordnung, Beitragsbemessung

GG Art. 3 I; EMRK Art. 11

Der Antrag auf Zulassung der Berufung gegen VG Gießen, Urt. v. 13.02.2006 – 10 R 3120/05 – wird abgelehnt. Die der Beitragserhebung der Psychotherapeutenkammer Hessen zugrunde liegende Beitragsordnung ist rechtmäßig. Es ist insb. mit Art. 3 I GG vereinbar, entsprechend dem Gedanken der Solidargemeinschaft **wirtschaftlich schwächere Mitglieder auf Kosten der Leistungsstärkeren** zu entlasten, so dass jeder nach seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu den Kosten der Körperschaft beiträgt. Bei der Beitragsbemessung kann jede Tätigkeit, bei der die psychotherapeutischen Kenntnisse von Nutzen sind, einfließen.

#### 4. GEBÜHR FÜR DIE INANSPRUCHNAHME DER LEBENDSPENDEKOMMISSION

*OVG Niedersachsen, Urt. v. 23.11.2006– 11 LC 80/06* – [www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de) **RID 07-01-216**  
Ärztammer, Gebühr, Lebendspendekommission, Pflegesatz, Rückwirkung, Transplantation  
BpflV §§ 7 I, 12 III; HKG §§ 8, 14a; TPG § 8 III

**Leitsatz:** Die bei der nds. Ärztekammer angesiedelte Lebendspendekommission (§ 8 Abs. 3 TPG i.V.m. § 14a Nds. HKG) kann für ihre Gutachter Tätigkeit eine Gebühr gem. § 8 Abs. 2 Nds. HKG erheben.

#### 5. ZUSATZBEZEICHNUNG "PHYSIKALISCHE THERAPIE": WEITERBILDUNG WÄHREND TÄTIGKEIT ALS CHEFARZT

*VG Lüneburg, Urt. v. 22.11.2006– 5 A 469/05* – [www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de) **RID 07-01-217**  
GG Art. 12 I 2; HKG §§ 35 I 1, II, 37 I 1 u. 4, 38 III u. IV, 40 I 1; WBO §§ 4 VI u. VII, 10, 19,  
Berufsausübungsregelung, Ganztätigkeit, Hauptberuflichkeit, Nebenberuflichkeit, physikalische Therapie,  
Weiterbildung, Weiterbildungsordnung, Zusatzbezeichnung "physikalische Therapie"

**Leitsätze:** 1. Die ärztliche Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung "physikalische Therapie" setzt eine **ganztägige und hauptberufliche Weiterbildung** voraus.

2. Lediglich vom Erfordernis der Ganztätigkeit kann in begründeten Fällen eine **Ausnahme** gemacht werden, nicht aber vom Erfordernis der Hauptberuflichkeit. Dies gilt sowohl nach der WBO 1993 als auch nach der WBO 2004.

3. Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt, wenn sich die Tätigkeit eines Arztes innerhalb und während seiner hauptberuflichen und ganztägigen Tätigkeit als **Chefarzt eines Krankenhauses** auch (selbst wenn überwiegend) auf diejenigen Sachgebiete und Gegenstände erstreckt, die Inhalt der Weiterbildung zur Erlangung der erstrebten Zusatzbezeichnung sind.

4. Das wirtschaftliche Interesse, die bisher ausgeübte Tätigkeit als Chefarzt in vollem Umfang aufrecht zu erhalten und nicht zugunsten einer ordnungsgemäßen Weiterbildung zu reduzieren, stellt keinen persönlichen Ausnahmegrund i. S. v. § 4 Abs. 6 Satz 3 WBO 1993/§6 Abs. 7 Satz 1 WBO 2004 dar.

5. In einem solchen Fall besteht auch kein Anspruch auf Anerkennung der "Weiterbildung" als abweichender gleichwertiger Weiterbildungsgang nach § 19 Abs. 1 Satz 1 WBO 1993/§10 WBO 2004.

#### 6. IRRFÜHRENDE BEZEICHNUNG EINER ARZTPRAXIS ALS "KLINIK"

*LG Düsseldorf, Urt. v. 20.11.2006 – 12 O 366/04* – juris **RID 07-01-218**  
Arztpraxis, Klinik, Tagesklinik, Konzession  
UWG §§ 3, 5 II Nr. 3, 8 I

Die Bezeichnung einer Arztpraxis als "**Klinik**" ist irreführend i. S. v. § 5 II Nr. 3 UWG, wenn sie nicht den tatsächlichen Erwartungen, die der **Verkehr** an eine "Klinik" stellt, entspricht. Nach der Verkehrserwartung müssen bei einer "Klinik" auch Übernachtungen gewährleistet sein. Darüber hinaus ist für eine "Klinik" eine gewisse personelle und apparative Mindestausstattung für die stationäre Betreuung erforderlich. Für eine Klinik ist auch eine Konzession gemäß § 30 I GewO erforderlich.

#### 7. VERMITTLUNG EINER BRILLENLIEFERUNG DURCH AUGENARZT

*OLG Celle, Urt. v. 21.12.2006 – 13 U 118/06* – <http://app.olg-ol.niedersachsen.de> **RID 07-01-219**  
Augenarzt, Brille, Sehhilfe, Augenoptikunternehmen  
UWG §§ 3, 4 Nr. 11; NdsBOA §§ 3 II, 34 V; MBO §§ 2 II, 34 V

**Leitsatz:** Ein Augenarzt handelt grundsätzlich nicht unlauter, wenn er im Einzelfall einem Patienten, der nach dem Ergebnis der von ihm durchgeführten Untersuchung ein Brille benötigt, ermöglicht, sich aus einem **in der Praxis vorhandenen Bestand von Musterbrillenfassungen** eines Augenoptikunternehmens ein Brillengestell auszusuchen, wenn er anschließend dem Augenoptikunternehmen die augenärztliche Verordnung sowie die Werte der Pupillendistanz, des Hornhaut-Scheitel-Abstands und des Abstands zwischen Brillenscharnier und Ohrmuschel mitteilt und die Brillenlieferung des Augenoptikunternehmens an den Patienten vermittelt.

## II. Arzthaftung

### 1. BGH: VETORECHT EINES MINDERJÄHRIGEN/AUFKLÄRUNG ÜBER NEBENRISIKO

*BGH, Urt. v. 10.10.2006 – VI ZR 74/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**RID 07-01-220**

Minderjähriger, Vetorecht, Einwilligung, Urteilsfähigkeit, Aufklärung, Verjährungsfrist  
BGB §§ 823 I, 852

**Leitsätze:** 1. Minderjährigen Patienten kann bei einem nur relativ indizierten Eingriff mit der Möglichkeit erheblicher Folgen für ihre künftige Lebensgestaltung ein Vetorecht gegen die Einwilligung durch die gesetzlichen Vertreter zustehen, wenn sie über eine ausreichende Urteilsfähigkeit verfügen.

2. Auch über ein gegenüber dem Hauptrisiko des Eingriffs weniger schweres Risiko ist aufzuklären, wenn dieses dem Eingriff spezifisch anhaftet, es für den Laien überraschend ist und durch die Verwirklichung des Risikos die Lebensführung des Patienten schwer belastet würde.

3. Im Hinblick auf den Beginn der Verjährungsfrist gemäß § 852 BGB a. F. besteht keine Verpflichtung des Patienten, sich Kenntnisse über fachspezifisch medizinische Fragen zu verschaffen.

### 2. BGH: HAFTUNG FÜR FEHLERHAFTE VERHÜTUNG

*BGH, Urt. v. 14.11.2006 – VI ZR 48/06 – www.bundesgerichtshof.de*

**RID 07-01-221**

Schwangerschaftsverhütung, Familienplanung, Betreuungsunterhaltsschaden, Verhütungsmittel, "Implanon"  
BGB §§ 280 I, 328; ZPO § 287

**Leitsätze:** 1. In den Schutzbereich eines auf Schwangerschaftsverhütung gerichteten Vertrages zwischen Arzt und Patientin ist nicht nur ein ehelicher, sondern auch der jeweilige **nichteheliche Partner** einbezogen, der vom Fehlschlagen der Verhütung betroffen ist.

2. Eine Ersatzpflicht des Arztes besteht in derartigen Fällen auch dann, wenn die gegenwärtige berufliche und wirtschaftliche Planung der Mutter durchkreuzt wird und die zukünftige Planung nicht endgültig absehbar ist; einer abgeschlossenen **Familienplanung** in dem Sinne, dass auch die hypothetische Möglichkeit eines späteren Kinderwunsches völlig ausgeschlossen sein muss, bedarf es nicht.

3. Der Tatrichter darf bei der Bemessung des **Betreuungsunterhaltsschadens** einen Zuschlag in Höhe des Barunterhaltsschadens (135 % des Regelsatzes der Regelbetrag-Verordnung) als angemessenen Schadensausgleich ansehen, sofern nicht die Umstände des Falles eine abweichende Bewertung nahe legen.

### 3. BGH: DELEGATION DER AUFKLÄRUNG DURCH CHEFARZT AUF UNTERGEORDNETEN ARZT

*BGH, Urt. v. 07.11.2006 – VI ZR 206/05 – www.bundesgerichtshof.de*

**RID 07-01-222**

Chefarzt, Risikoaufklärung, Arzt, Aufklärung, Stationsarzt  
BGB § 823 I

**Leitsatz:** Der Chefarzt, der die Risikoaufklärung eines Patienten einem nachgeordneten Arzt überträgt, muss darlegen, welche organisatorischen Maßnahmen er ergriffen hat, um eine ordnungsgemäße Aufklärung sicherzustellen und zu kontrollieren.

### 4. EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG DER VOLLSTÄNDIGKEIT VON BEHANDLUNGSUNTERLAGEN

*OLG München, Urt. v. 16.11.2006 – 1 W 2713/06 – MedR 2007, 47 m. Anm. Rigizahn = juris*

**RID 07-01-223**

Behandlungsunterlagen, Eidesstattliche Versicherung  
StGB 33 156, 163; BGB §§ 259-261, 810; ZPO §§ 91, 91a, 93

Ein Arzt ist nicht verpflichtet, an Eides statt zu versichern, dass die seinem Patienten zugänglich gemachten Behandlungsunterlagen vollständig sind.

## 5. EINFACHER ÄRZTLICHER DIAGNOSEFEHLER: VERZÖGERUNG EINER FINGEROPERATION

*OLG Koblenz, Urt. v. 31.08.2006 – 5 U 588/06 – juris = VersR 2006, 1547*

**RID 07-01-224**

Diagnosefehler, Diagnoseirrtum, Kausalverlauf, Behandlung, Haftpflichtprozess, Fingeroperation, Schmerzensgeld  
BGB §§ 837, 847

**Leitsätze:** 1. Beim einfachen ärztlichen Diagnosefehler muss der Patient beweisen, dass der weitere Kausalverlauf bei richtiger Diagnose und Behandlung günstiger gewesen wäre.

2. Im Haftpflichtprozess gegen den Arzt bestehen geringere Anforderungen an die Darlegungspflicht. Gleichwohl ist die durch keinerlei Tatsachenvortrag untermauerte Wertung unzureichend, bei einem Diagnoseirrtum handele es sich um einen groben Fehler.

3. Die annähernd viermonatige Verzögerung einer gebotenen Fingeroperation kann ein Schmerzensgeld von 3000 Euro rechtfertigen

## 6. HINWEIS AUF KAISERSCHNITT NUR BEI VORHERIGEM RISIKO

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 24.01.2006 – 8 U 102/05 – www.vg-wiesbaden.justiz.hessen.de = juris*

**RID 07-01-225**

Aufklärungsmangel, Aufklärung, Kaiserschnitt, Schnittentbindung, Schwangere, Risiko  
BGB §§ 823, 847

Ein Arzt muss eine Schwangere nur dann über die Möglichkeit eines Kaiserschnitts aufklären, wenn sich vor der Geburt eindeutige Risiken zeigen.

## 7. AUFKLÄRUNG ÜBER OPERATIONSMETHODEN ZUR ENTFERNUNG EINER OVARIALZYPSTE

*OLG Koblenz, Urt. v. 12.10.2006 – 5 U 456/06 – juris = VersR 2007, 111*

**RID 07-01-226**

Ovarialzyste, Laparotomie, Operationsmethode, Aufklärung, Einwilligung  
BGB §§ 276, 280, 611, 823; SGB X § 116

**Leitsätze:** 1. Kann eine Ovarialzyste auf laparoskopischem Weg oder durch Laparotomie beseitigt werden, muss der Arzt die Patientin darüber und über die spezifischen Risiken der beiden in Betracht kommenden Möglichkeiten aufklären, sofern keine der beiden Methoden im konkreten Fall eindeutige Vorteile hat.

2. Eine hypothetische Einwilligung der Patientin lässt sich nicht allein auf die Erwägung stützen, diese habe eine weniger belastende ambulante Behandlung gewünscht.

## 8. SCHMERZENSGELD NACH FEHLERHAFTER ZAHNPROTHETIK

*OLG Koblenz, Urt. v. 29.06.2006 – 5 U 1591/05 – juris*

**RID 07-01-227**

Schmerzensgeld, Zahnprothetik, Dokumentation  
BGB §§ 823, 847

Den **Arzt** trifft die **Pflicht**, sämtliche für die Behandlung wichtigen Umstände **aufzuzeichnen**. In die Dokumentation müssen alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Bewandnisse, Gegebenheiten und Maßnahmen Eingang finden. Hierbei dient die ärztliche Dokumentationspflicht zuerst dem **therapeutischen Interesse des Patienten**. Danach bestimmt sich ihr Inhalt und ihr Umfang.

Eine unvollständige oder **lückenhafte Dokumentation** bietet keine eigenständige Anspruchsgrundlage (BGH NJW 1999, 3408), so dass, für sich gesehen, aus den Dokumentationsmängeln materiellrechtlich nichts herzuleiten ist.

Bei der Bemessung des **Schmerzensgeldes** ist zu berücksichtigen, dass eine Patientin seit der Behandlung unter erheblichen Schmerzen gelitten hat. Traten Zahnfleischbluten und Verspannungen hinzu und waren weitere Schmerzen wegen der "Totalreparation" unter langwierigen Nachbehandlungen zusätzlich zu ertragen, so ist ein Schmerzensgeld von 7.000 Euro zwar hoch angesetzt, aber noch angemessen.

### III. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb

#### 1. VERSANDHANDEL

##### A) ZUZAHLUNGSGUTSCHEINE EINER ONLINE-VERSANDHANDELS-APOTHEKE: SOZIALRECHT

**LG Osnabrück, Urt. v. 18.09.2006 – 18 O 487/06** – [www.landgericht-osnabrueck.niedersachsen.de](http://www.landgericht-osnabrueck.niedersachsen.de) **RID 07-01-228**

Wettbewerbsrecht, Apotheke, Zuzahlungs-Gutscheine, Versandhandel, Rabatt  
SGB V § 69

Ein Online-Versandhandels-Shop einer Apotheke, der Krankenkassen sog. Zuzahlungs-Gutscheine zur Weiterverteilung an die Versicherten anbieten, die er bei einer Bestellung rezeptpflichtiger Medikamente auf die gesetzliche Zuzahlung anrechnet, womit er seinen Kunden dadurch faktisch einen Rabatt in Höhe der Zuzahlung gewährt, verstößt nicht gegen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG), da die Kooperation zwischen der Apotheke und den Krankenkassen ausschließlich nach den Vorschriften des Sozialrechts zu beurteilen ist.

##### B) NIEDERL. VERSANDHANDELSAPOTHEKE UND VERBOT EINER FILIALAPOTHEKE

**OLG Saarbrücken, Urt. v. 06.12.2006 – 1 U 484/06 - 151, 1 U 484/06** – juris **RID 07-01-229**

Versandhandelsapotheke, Filialapotheke, Fremdbesitzverbot  
UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8; ApoG §§ 1, 2, 8; EGV §§ 43, 47, 48

Die Berufung gegen **LG Saarbrücken**, Urt. v. 09.08.2006 – 7 I O 77/06 – RID 06-04-212 wird zurückgewiesen. Wird einer nach niederländischem Recht gegründete Kapitalgesellschaft mit Sitz in den Niederlanden, die den Versandhandel mit Medikamenten betreibt, durch Verwaltungsakt gestattet, in Saarbrücken eine Versandhandelsapotheke zu betreiben, die durch eine verantwortliche Apothekerin geleitet wird, so kann eine **konkurrierende ApothekeninhaberIn** keine gerichtliche **Verbotsverfügung** erlangen, wenn die **Betriebserlaubnis**, auch wenn sie gegen das Apothekengesetz (Fremdbesitzverbot) verstößt, **nicht nichtig** ist.

##### C) NIEDERLASSUNGSFREIHEIT VON APOTHEKEN

**OVG Saarland, Beschl. v. 22.01.2007 – 3 W 14/06** – juris **RID 07-01-230**

Filialapotheke, Apothekerkammer, Apothekerverband, Apotheker, Apothekengenehmigung  
ApoG §§ 2, 5, 7, 8; VwVfG § 44; VwGO § 42 II; GG Art. 3 I, 12 I

**Leitsätze:** 1. Die in Art. 43, 48 des EG-Vertrages gewährleistete Niederlassungsfreiheit für Kapitalgesellschaften setzt sich gegen das deutsche Fremdbesitzverbot für Apotheken in § 7 ApoG durch (Eilverfahren).

2. Eine Behörde kann dies einzelfallbezogen feststellen.

Vorinstanz: **VG für das Saarland**, Beschl. v. 12.09.2006 – 3 F 38/06 – RID 06-04-213.

**Parallelverfahren: OVG Saarland, Beschl. v. 22.01.2007 – 3 W 15/06** – juris **RID 07-01-231**

#### 2. HOL- UND BRINGDIENST ZWISCHEN APOTHEKE UND ARZTPRAXIS

**OLG Hamm, Urt. v. 29.08.2006 – 19 U 39/06** – [www.justiz.nrw.de](http://www.justiz.nrw.de) = GesR 2006, 572 **RID 07-01-232**

Hol- und Bringdienst, Apotheke, Arztpraxis, Ärztebevorzugungsverbot  
BGB § 138 I; ApoG §§ 11, 12

**Leitsätze:** Die Verabredung eines regelmäßigen Hol- und Bringdienstes für hochpreisige Medikamente zwischen einer Apotheke und einer Arztpraxis verstößt gegen das sog. Ärztebevorzugungsverbot nach § 11 ApoG.

Der Kaufvertrag über eine Apotheke kann sittenwidrig sein, sofern die konkrete Gefahr besteht, dass der Käufer die berufsrechtswidrige Praxis fortsetzt.

### 3. APOTHEKENERLAUBNIS: VERDECKTE UMSATZBETEILIGUNG EINES MVZ AN APOTHEKE

*VG Berlin, Beschl. v. 10.10.2006 – VG 14 A 28/06* – MedR 2007, 56

RID 07-01-233

Apothekenbetriebsraum, umsatzorientierte Miete, Nichtigkeit, indirekte Umsatzbeteiligung

ApoG §§ 2 IV, 7, 8 S. 2, 9 11; HWG § 7; SGB V §§ 95 I 2 u. 3, 129 Vb, 140a, 140b.; ZPO § 920 II; VwGO § 123 I 2; GG Art. 19 IV

Die Vereinbarung einer am Umsatz oder Gewinn einer Apotheke ausgerichteten Miete ist nach § 8 S. 2 ApoG unzulässig. Das Verbot der Umsatzmiete gilt insbesondere für die Anmietung von Apothekenbetriebsräumen.

Aus dem Gesamtgefüge der Vereinbarungen kann sich ergeben, dass die Vertragsparteien die Miete am Umsatz oder Gewinn ausgerichtet haben und der Vermieter dadurch an den Erträgen der Apotheke teilhat.

Ein immens hoher Mietzins engt die wirtschaftliche Bewegungsfreiheit des Apothekers erheblich ein und macht ihn zumindest indirekt vom Vermieter abhängig.

Der Umstand, dass die Apothekenansiedlung im Kontext eines Medizinischen Versorgungszentrums geplant ist, ändert nicht an der uneingeschränkten Geltung des § 8 S. 2 ApoG.

### 4. ZULÄSSIGER VERTRIEB VON ZIMTKAPSELN ALS "DIÄTETISCHES LEBENSMITTEL"

*LG Bielefeld, Urt. v. 06.12.2006 – 16 O 181/04* – juris

RID 07-01-234

Arzneimittel, Lebensmittel, Zimtkapsel, Zimt

LMBG § 18 I Nr. 1

Das Mittel "Diabetruw® Zimtkapseln" (Mit dem Mittel "Diabetruw" wird Zimt als wässriger Zimtextrakt in den Verkehr gebracht. Dabei werden die gemahlene Zimtstangen mit Wasser extrahiert. Die ätherischen Öle werden auf diese Weise aus dem Produkt entfernt. Übrig bleibt dann Zimtextrakt ohne ätherische Öle.) ist kein Arzneimittel und kann als "diätetisches Lebensmittel" vertrieben werden. Die Aussagen in den Werbeanzeigen "Zimt gegen Zucker", "Für gute Blutzuckerwerte", "Hält den Blutzuckerspiegel im Normbereich" sind zulässig.

### 5. BVERWG: KEINE ANORDNUNG EINES WARNHINWEISES BEI TRADITIONELLEN ARZNEIMITTELN

*BVerwG, Beschl. v. 20.12.2006 – 3 B 17/06* – www.bverwg.de

RID 07-01-235

Nachzulassung, Arzneimittel, Warnhinweis, Anordnung

AMG § 109a III

**Leitsatz:** Bei der Nachzulassung eines traditionell angewendeten frei verkäuflichen Arzneimittels gemäß § 109a Abs. 3 AMG ist kein Raum für die Anordnung eines Warnhinweises, dass beim Auftreten anhaltender oder wiederholter Beschwerden ein Arzt aufgesucht werden solle.

### 6. BGH: PATENTVERLETZUNG

*BGH, Urt. v. 05.12.2006 – X ZR 76/05* – (Simvastatin) www.bundesgerichtshof.de

RID 07-01-236

Patent, Patentverletzung, Schutzdauer

PatG § 9 S 2 Nr 1

**Leitsatz:** Dass sich das Angebot auf Geschäfte und Lieferung in der Zeit nach Ablauf der Schutzdauer bezieht, steht einer Patentverletzung in Form des Anbietens nicht entgegen

## IV. Private Krankenversicherung/Beihilfe/Privatbehandlung

### 1. KEIN HONORARANSPRUCH BEI SYSTEMATISCH FACHFREMDE LEISTUNGEN (CHIRURG UND MRT DES KNIEGELENKS)

*LG Mannheim, Urt. v. 17.11.2006 – 1 S 227/05 – juris*

**RID 07-01-237**

Facharzt, fachfremde Leistung, Chirurg, MRT, Kniegelenk  
HeilBKG BW § 37; BGB §§ 134, 812, 817 BGB; GOÄ § 1 II

**Leitsatz:** Ein Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, der jährlich viele hundert MRT des Kniegelenks durchführt, verstößt gegen § 37 Heilberufekammergesetz BW. Der mit dem Patienten geschlossene Behandlungsvertrag ist gemäß § 134 BGB insoweit nichtig. Dem Arzt steht weder ein Honoraranspruch aus § 1 Abs. 2 GOÄ noch ein Anspruch aus § 812 BGB zu.

### 2. AUSSCHLUSS PRIVATÄRZTLICHER BEHANDLUNG BEI FEHLENDER NIEDERLASSUNG

*OLG Saarbrücken, Urt. v. 19.07.2006 – 5 U 53/06 – juris*

**RID 07-01-238**

Niedergelassener Arzt, Praxis  
MB/KK §§ 4 II, V, VII

**Leitsätze:** 1. Die in den Versicherungsbedingungen vorgesehene Beschränkung von Leistungen des Krankenversicherers auf ärztliche Heilmaßnahmen durch einen niedergelassenen Arzt, die einen Risikoausschluss und keine Obliegenheit enthält, ist wirksam.

2. Ein Arzt, der sich nicht mehr öffentlich erkennbar der Allgemeinheit zur ärztlichen Versorgung in einer selbständigen Praxis anbietet, ist kein niedergelassener Arzt.

### 3. NATURHEILKUNDLICHE BEHANDLUNG BEI HAUTKREBS

*OLG Stuttgart, Urt. v. 26.10.2006 – 7 U 91/05 – juris*

**RID 07-01-239**

Hautkrebs, Kolon-Hydrotherapie, ozonisierte Sauerstoff, Eigenblutbehandlung, Akupunktur, Thymus- und Ney-Präparate  
MB/KK § 1 II; MB/KK 94 § 4 VI

**Leitsätze:** Bei der Behandlung von Hautkrebs (malignes melanom) kommt die Behandlung mit Thymus- und Ney-Präparaten als medizinisch notwendige Heilbehandlung in Betracht. Für die Kolon-Hydrotherapie und die Behandlung mit ozonisiertem Sauerstoff ist insoweit ein medizinisch nachvollziehbarer Ansatz nicht festzustellen.

## 4. ZAHNÄRZTE

### A) INVISALIGN-BEHANDLUNGSMETHODE

*LG Koblenz, Urt. v. 16.03.2006 – 14 S 388/03 – juris = NJW-RR 2006, 970*

**RID 07-01-240**

Invisalign-Schiene, Metallbracket  
GOZ § 6 II

**Leitsatz:** Analoge Abrechenbarkeit einer zahnorthopädischen Behandlung mit Invisalign-Schienen (§ 6 II GOZ) bei einem 11-jährigen nach Durchbruch aller bleibenden Zähne.

### B) BEIHLFFÄHIGER GEBÜHRENSATZ BEI ANALOGBEWERTUNG DER SCHMELZ-DENTIN-ADHÄSIVTECHNIK

*VG Hannover, Urt. v. 19.12.2006 – 13 A 6420/06 – www.dbovg.niedersachsen.de*

**RID 07-01-241**

Analogbewertung, Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik, Begründung, Begründungspflicht, Faktor, Gebührenfaktor, Zahnarzt, Gebühr, Beihilfefähigkeit, Angemessenheit  
BhV § 5 I, II; GOZ § 5II

Bei einer lichthärtenden Kompositfüllung in Schicht- und Ätztechnik (Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik) ist nicht davon auszugehen, dass sie „per se“ einen geringeren Aufwand hat und deshalb es auf der Hand liegt, dass eine Abrechnung über den 1,5fachen Gebührensatz nicht mehr der Billigkeit entspricht. Mit LG Frankfurt a. M. (Urt. v. 24.11.2004 - 2-16 S 173/99 -) ist davon auszugehen, dass der Zeitaufwand mit einem Inlay vergleichbar ist. Der Ansatz einer Gebühr analog der GOZ-Gebührensatz 217 und mit dem 2,2-fachen Faktor ist nicht zu beanstanden.

### **C) SCHRIFTFORM BEI MEHRKOSTENVEREINBARUNG ÜBER ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG**

*LG Freiburg, Urt. v. 12.10.2006 – 3 S 206/06 –*

**RID 07-01-242**

Mehrkostenvereinbarung, zahnärztliche Behandlung, Schriftform  
SGB V § 28 II; BGB §§ 125, 126

Bei einer Mehrkostenvereinbarung über die zahnärztliche Behandlung ist die gesetzlich vorgeschriebene Schriftform einzubehalten (§ 28 II SGB V). Eine mündliche Vereinbarung ist nichtig (§§ 125, 126 BGB).

## **5. BEIHILFE**

### **A) BVERWG: SPERMIENAUFBEREITUNG UND KRYOKONSERVIERUNG VOR RISKANTER OP**

*BVerwG, Urt. v. 07.11.2006 – 2 C 11/06 – juris*

**RID 07-01-243**

Operation, Nebenwirkung, Nebenmaßnahmen, Spermienaufbereitung, Kryokonservierung  
BeihilfeVO Rheinland-Pfalz §§ 1 I 1, 2 I Nr. 1 Buchst. c., II, 3 I Nr. 1, 4 I Nr. 1

**Leitsätze:** Ist bei einer ärztlich gebotenen Operation mit hoher Wahrscheinlichkeit mit schweren und unumkehrbaren Nebenwirkungen zu rechnen, so dienen auch solche Maßnahmen der Heilung oder Linderung von Leiden bzw. dem Ausgleich einer durch die Behandlung erworbenen körperlichen Beeinträchtigung, die darauf gerichtet sind, diese Nebenwirkungen zu vermeiden oder bei Unvermeidbarkeit jedenfalls deren Folgen zu minimieren. Sind die Aufwendungen für die Operation selbst beihilfefähig, so umfasst dies auch die Nebenmaßnahmen.

### **B) KEIN ANSPRUCH AUF BEIHILFE FÜR POTENZMITTEL (CIALIS)**

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 17.11.2006 – 4 S 101/05 – juris*

**RID 07-01-244**

Beihilfe, Potenzsteigerung, Potenzmittel  
BG BW §§ 98, 101; GG Art. 2 II 1, 3 I, 6 I, 33 V

**Leitsatz:** Der in der Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg geregelte Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Mitteln, die zur Potenzsteigerung verordnet sind (hier: Cialis), ist mit höherrangigem Recht vereinbar. Er verstößt insbesondere nicht gegen die Fürsorgepflicht des Dienstherrn.

### **C) ABZUG EINER „PRAXISGEBÜHR“ IST RECHTMÄßIG**

*OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.01.2007 - OVG 4 N 136.06 -*

**RID 07-01-245**

Eine Berufung gegen ein Urteil, wonach der Abzug einer „Praxisgebühr“ in Höhe von 10 Euro pro Kalenderquartal der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen von der dem Beamten zustehenden Beihilfe in den Beihilfavorschriften des Bundes - auf die die Beihilferegelungen des Landes Berlin Bezug nehmen - rechtmäßig ist, ist nicht zuzulassen. Es ist nicht sachwidrig, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreiten Beamten zu einem möglichst wirkungsgleichen Beitrag zur Haushaltskonsolidierung heranzuziehen.

Vgl. Pressemitteilung des Gerichts v. 02.02.2007 - [www.berlin.de/sen/justiz/gerichte/ovg/presse](http://www.berlin.de/sen/justiz/gerichte/ovg/presse) -

## **V. Verschiedenes**

### **1. BVERFG**

#### **A) ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE**

*BVerfG, 1. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 13.02.2006 – 1 BvR 1184/04 – [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de)* **RID 07-01-246**

Informationelle Selbstbestimmung, Gesundheitskarte  
SGB V §§ 291a, 295, 303a I, 303e I

Die Verfassungsbeschwerde ist unzulässig und wird nicht zur Entscheidung angenommen. Soweit sie sich gegen Teile des § 295 Abs. 1 SGB V richtet, ist die Jahresfrist des § 93 Abs. 3 BVerfGG nicht gewahrt. Im Übrigen ist der Beschwerdeführer durch das Gesetz **nicht unmittelbar beschwert**. Er hat die Möglichkeit, gegen ihn gerichtete, auf das angegriffene Gesetz gestützte Rechtsakte gerichtlich



überprüfen zu lassen. Über die von der Verfassungsbeschwerde aufgeworfenen, durchaus gewichtigen verfassungsrechtlichen Fragen kann erst sachgerecht seitens des BVerfG entschieden werden, wenn die Fachgerichte sie näher überprüft haben (Grundsatz der Subsidiarität).

Den gerügten Verletzungen des **Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung** liegen keine leicht überschaubaren, einfach strukturierten und rechtlich ohne weiteres beurteilbaren Sachverhalte zu Grunde, die es etwa erlaubten, sogleich über die Verfassungsbeschwerde zu entscheiden. Das BVerfG hat im **Volkszählungsurteil** dargelegt, dass auf persönliche Daten kein Recht im Sinne einer absoluten, uneinschränkbaren Herrschaft besteht. Vielmehr müsse der Einzelne als eine sich innerhalb der sozialen Gemeinschaft entfaltende, auf Kommunikation angewiesene Persönlichkeit Einschränkungen seines Rechts auf informationelle Selbstbestimmung im überwiegenden Allgemeininteresse hinnehmen. Dabei bedürfe es zur Feststellung der persönlichkeitsrechtlichen Bedeutung eines Datums der Kenntnis seines Verwendungszusammenhangs: Erst wenn Klarheit darüber bestehe, zu welchem Zweck Angaben verlangt werden und welche Verknüpfungs- und Verwendungsmöglichkeiten bestehen, lasse sich die Frage einer zulässigen Beschränkung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung beantworten.

## **B) CHEFÄRZTLICHE PRIVATLIQUIDATION ALS ORIGINÄRE HAUPTPFLICHT/ABGABE**

*BVerfG, 2. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 08.12.2006 – 2 BvR 385/05 – www.bundesverfassungsgericht.de* **RID 07-01-247**  
Berufsbeamtentum, Beamtenrecht, Nebentätigkeit, Krankenhausarzt, Kassenpatient, Privatpatient  
GG Art. 33

Es gibt keinen hergebrachten Grundsatz des Berufsbeamtentums mit dem Inhalt, dass der Dienstherr dem Beamten **Einkünfte aus Nebentätigkeiten** ungeschmälert belassen muss, wenn zu ihrer Erzielung sich der Beamte der Sachausstattung oder des Personals des Dienstherrn bedient.

Bei den **Nebentätigkeiten beamteter Krankenhausärzte** handelt es sich um Tätigkeiten, die zu den **originären Hauptpflichten** der leitenden Ärzte zählen. Die Versorgung von Patienten in der Klinik ist der Zweck dieser Einrichtung, gleichgültig ob es sich dabei um Kassen- oder Privatpatienten handelt. Die praktizierte Aufspaltung, nach der die Behandlung von Kassenpatienten dem Hauptamt zugeordnet, die traditionell entstandene Versorgung der Privatpatienten dagegen als Nebentätigkeit mit getrennter honorarmäßiger Eigenliquidation behandelt wird, erweist sich in beamtenrechtlicher Hinsicht daher als "atypisch" und nur eingeschränkt systemgerecht. Zwar profitiert jede Einrichtung von der Reputation leitenden Personals, weswegen auch besondere Bedingungen zur Gewinnung herausragender Persönlichkeiten gerechtfertigt sind. Aber der leitende Arzt gewinnt seinerseits durch die Möglichkeit "privater" Einnahmen. Es kann daher nicht beanstandet werden, dass der Beamte einen Ausgleich für die privatnützige Inanspruchnahme von Personal und Material zu leisten hat.

## **C) 65 JAHRES-ALTERSGRENZE VERFASSUNGSGEMÄß: VERKEHRSPILOTEN BEI GEWERBSMÄßIGEN FLUGUNTERNEHMEN**

*BVerfG, 2. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 26.01.2007 – 2 BvR 2408/06 – www.bundesverfassungsgericht.de* **RID 07-01-248**  
Altersgrenze, 65 Jahres-Altersgrenze, Verkehrspilot, Flugunternehmen  
LuftV-ZO § 20 Abs. 2

Die Übernahme der Altersgrenze von 65 Jahren für gewerbsmäßig fliegende Verkehrspiloten aus dem unter deutscher Beteiligung erarbeiteten Regelungswerk einer internationalen Institution, den *Joint Aviation Authorities (JAA)*, in eine deutsche Verordnung ist verfassungsgemäß.

### **Aus den Gründen:**

„(...) 15 c) Die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts zur gesetzlichen pauschalen Altersgrenze für gewerbsmäßig fliegende Verkehrspiloten von 65 Jahren verstößt auch nicht gegen Art. 12 Abs. 1 GG. Das Oberverwaltungsgericht hat sich mit den Gründen für eine gesetzliche Altersbeschränkung und den dem Individualinteresse an der Zulassung zur Berufsausübung entgegenstehenden besonders wichtigen Gemeinwohlinteressen insbesondere auch vor dem Hintergrund der Verhältnismäßigkeit eingehend auseinandergesetzt.

16 Das Oberverwaltungsgericht verweist zutreffend auf die medizinischen Erkenntnisse bezüglich des Alterungsprozesses und damit verbundenen, sicherheitsrelevanten Einschränkungen der persönlichen Leistungsfähigkeit und die besondere Bedeutung des Schutzes von Leben und Gesundheit der Besatzung und der Passagiere.

17 Das Bundesverfassungsgericht hat in ständiger Rechtsprechung ausgeführt, dass gesetzliche Altersgrenzen, die die berufliche Betätigung betreffen, an Art. 12 Abs. 1 GG zu messen sind. Altersgrenzen sind subjektive Zulassungsbeschränkungen (BVerfGE 9, 338 <345>; 64, 72 <82>). Sie müssen zur ordnungsgemäßen Erfüllung des Berufs oder zum Schutz eines besonders wichtigen Gemeinschaftsguts, das der Freiheit des Einzelnen vorgeht, erforderlich sein und dürfen zum angestrebten Zweck nicht außer Verhältnis stehen sowie keine übermäßigen unzumutbaren Belastungen enthalten (vgl. nur BVerfGE 64, 72 <82>; 69, 209 <218>).

18 Unter Berufung auf wichtige Gemeinwohlinteressen werden unter anderem die Altersgrenzen für Notare (70 Jahre; Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 29. Oktober 1992 - 1 BvR 1581/91 -, NJW 1993, S. 1575 ff.), Vertragsärzte (68 Jahre; Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 31. März 1998 - 1 BvR 2167/93 und 1 BvR 2198/93 -, NJW 1998, S. 1776 ff.), für Vertragszahnärzte (68 Jahre; Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 4. Oktober 2001 - 1 BvR 1435/01 -, JURIS) sowie die tarifliche Altersgrenze für Piloten, die sogar bei 60 Jahren liegt (BVerfGK 4, 219 ff.), für mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar gehalten. Der vorliegende Fall einer Altersgrenze von 65 Jahren für gewerbsmäßig fliegende Verkehrspiloten bietet angesichts der besonderen Interessen und der Schutzbedürftigkeit der Allgemeinheit im Zusammenhang mit der Sicherheit des gewerblichen Flugverkehrs keinen Anlass, von dieser Rechtsprechung abzuweichen. (...)

## 2. BGH

### A) ABTRETUNG VON FORDERUNGEN GEGEN KV IM INSOLVENZVERFAHREN

**BGH, Urt. v. 11.05.2006 – IX ZR 247/03 –**

**RID 07-01-249**

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)=MedR 2007, 44=NJW 2006, 2485= GesR 2006, 418

Insolvenzrecht, Forderung, Arzt, Kassenärztliche Vereinigung, Insolvenzeröffnung  
InsO §§ 91 I, 114; SGB V § 85

**Leitsatz:** Hat der Schuldner Forderungen auf Vergütung gegen die kassenärztliche Vereinigung abgetreten oder verpfändet, so ist eine solche Verfügung unwirksam, soweit sie sich auf Ansprüche bezieht, die auf nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens erbrachten ärztlichen Leistungen beruhen.

### B) FÄLLIGKEIT ÄRZTLICHER VERGÜTUNG

**BGH, Urt. v. 21.12.2006 – III ZR 117/06 –** [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)

**RID 07-01-250**

Vergütung, Arzt, Fälligkeit, Verzug,  
GOÄ § 4 IIIa, 12 II, III, IV

**Leitsätze:** 1. Die ärztliche Vergütung wird fällig, wenn die Rechnung die formellen Voraussetzungen in § 12 Abs. 2 bis 4 GOÄ erfüllt; die Fälligkeit wird nicht davon berührt, dass die Rechnung mit dem materiellen Gebührenrecht nicht übereinstimmt.

2. Zum Verzugsseintritt, wenn sich in einem laufenden Rechtsstreit herausstellt, dass eine in Rechnung gestellte Gebührenposition nicht begründet ist, der Klage aber auf der Grundlage einer anderen, nicht in Rechnung gestellten Gebührenposition (teilweise) entsprochen werden könnte.

3. Zur selbständigen Abrechenbarkeit der Durchleuchtung nach Nr. 5295 nach einer Operation an der Halswirbelsäule.

### C) DENTALÄSTHETIKA II

**BGH, Urt. v. 13.07.2006 – I ZR 222/03 –** [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)

**RID 07-01-251**

Werbung, Zahnärztekammer, Zahnlabor, Zahnheilkunde, Zeitungsanzeige  
UWG §§ 3, 5; ZPO § 253

**Leitsätze:** Wird eine Klage auf eine irreführende Werbung gestützt, gehört zum schlüssigen Klagevorbringen der Vortrag, in welcher Hinsicht das Verkehrsverständnis von der Wirklichkeit abweicht. Wird im Laufe des Verfahrens vorgetragen, dass die beanstandete Werbung auch noch unter einem anderen, mit der Klage noch nicht vorgetragenen Gesichtspunkt unzutreffend und daher irreführend sei, handelt es sich insofern um einen neuen Streitgegenstand (im Anschluss an BGH, Urt. v. 8. Juni 2000 – I ZR 269/97, GRUR 2001, 181 = WRP 2001, 28 – Dentalästhetika I).

Vorausgehend *BVerfG*, 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 26.09.2003 - 1 BvR 1608/02 -RID 04-01-184.

### D) ANWÄLTICHE BERATUNG BEI ZULASSUNGSENTZIEHUNG

**BGH, Urt. v. 23.11.2006 – IX ZR 21/03 –** [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)

**RID 07-01-252**

Anwalt, Rechtsanwalt, Zulassungsentziehung, Beratung  
BGB §§ 249, 675; ZPO § 287

**Leitsätze:** 1. Der Anwalt verhält sich pflichtwidrig, wenn er zur Rückgabe der Kassenarztzulassung rät, aber nicht darauf hinweist, dass schon auf Grund der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse die Wiedenzulassung des Mandanten ausgeschlossen ist.

2. Kommen für den Mandanten hinsichtlich der Entscheidung über die Rückgabe der Zulassung verschiedene Handlungsweisen ernsthaft in Betracht, die unterschiedliche Vorteile und Risiken in sich bergen, ist grundsätzlich kein Raum für einen Anscheinsbeweis (Bestätigung von BGH, Urt. v. 30.

September 1993 - IX ZR 79/93, BGHZ 123, 311, 319; BGH, Urt. v. 19. Januar 2006 - IX ZR 232/01, WM 2006, 927, 930).

3. Ein Schaden im Rechtssinne entsteht nicht, wenn der Arzt in einem Verfahren auf Entziehung der Zulassung als Kassenarzt auf Grund einer unvollständigen Belehrung die Zulassung freiwillig zurückgibt, die er ansonsten erst nach Abschluss eines gerichtlichen Verfahrens von Rechts wegen verloren hätte (Fortführung von BGH, Urt. v. 16. Dezember 2004 - IX ZR 295/00, WM 2005, 950, 951).

#### **E) NENNUNG DES NAMENS EINES KLINIKCHEFS IN PRESSEBERICHT**

*BGH, Urt. v. 21.11.2006 – VI ZR 259/05* – [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)

**RID 07-01-253**

BGB §§ 823, 1004; GG Art. 2 I, 5 I

Presseagentur, Pressebericht, Name, Namensnennung

**Leitsatz:** Zur Frage, unter welchen Voraussetzungen in der Meldung einer Presseagentur unter namentlicher Benennung des Betroffenen über dessen Abberufung als Geschäftsführer wegen nachhaltiger Störung des Vertrauensverhältnisses mit einem Großteil der Mitarbeiter berichtet werden darf.

#### **3. SCHADENSERSATZANSPRÜCHE EINER KASSENPATIENTIN AUS NICHT DURCHGEFÜHRTEM BEHANDLUNGSVERTRAG**

*LG Oldenburg, Urt. v. 12.01.2007 – 8 S 515/06* –

**RID 07-01-254**

Terminsvereinbarung, Arzt, Patient, Arztvertrag, Kostenübernahme, Schadensersatz

BGB §§ 621, 667

Wenn auch generell davon auszugehen ist, dass **Terminsvereinbarungen** zwischen dem Arzt und dem Patienten lediglich dem geregelten Praxisablauf dienen und von daher generell keinen Schadensersatz bzw. keinen vergütungsauslösenden Charakter haben, zumal beide Vertragsparteien gemäß den §§ 621, 667 den Arztvertrag, bei dem es sich rechtlich um einen Dienstvertrag handelt, kurzfristig kündigen können, so trifft beide Vertragsparteien jedoch eine sog. Mitwirkungs- und Sorgfaltspflicht, um den vereinbarten Termin nicht zu gefährden.

Der Hinweis eines Vertragsarztes auf das Gesundheitsstrukturgesetz und die **Budgetierung**, der er danach unterliegt, stellt **keine ausreichende Entschuldigung** dar. Vertragliche Gestaltungen zwischen Arzt und Krankenkasse bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung haben zwar Einfluss, soweit es um die Abrechnung der ärztlichen Leistungen geht. An diese ist der Patient gebunden. Der Behandlungsvertrag als solcher wird aber trotz dieser Abrechnungsregelungen immer noch zwischen dem Arzt und dem Patienten geschlossen. Wenn der Arzt einen festen Termin mit der Patientin vergibt, dann ist er auch verpflichtet, die Terminsvereinbarung einzuhalten, es sei denn, ihm sei eine Behandlung nicht oder zum vereinbarten Termin nicht möglich.

Macht der Vertragsarzt die Behandlung davon abhängig gemacht, dass die Versicherte sich ihm gegenüber bereit erklärt, die Kosten zu übernehmen, die die Kasse eventuell nicht zahlen würde, dann ist die Behandlung grundsätzlich möglich. Wird diese Forderung nach der getroffenen Terminsvereinbarung erhoben, braucht eine Versicherte darauf nicht einzugehen und verhält sich mit ihrer Weigerung, die Kostenübernahmeerklärung abzugeben, auch nicht selbst vertragswidrig. Sie kann vom Vertragsarzt als Schadensersatz die Kosten ersetzt verlangen, die ihr durch die Nichteinhaltung des Termins entstanden sind.

Vgl. LG Oldenburg, Pressemitteilung v. 23.01.2007 - [www.landgericht-oldenburg.niedersachsen.de](http://www.landgericht-oldenburg.niedersachsen.de)

#### **4. SCHADENSAUSGLEICHS BEI ENTGEGENNAHME VON „KICK-BACK“-ZAHLUNGEN**

*LG Duisburg, Urt. v. 16.03.2006 – 8 O 432/05* – MedR 2007, 51

**RID 07-01-255**

„Kick-Back“-Zahlungen, Schadensausgleich, Krankenkasse

BGB §§ 823 II, 830; StGB § 263

Eine im Zusammenhang mit der Gewährung von „Kick-Back“-Zahlungen gewährte Verlängerung der Garantiezeit entfaltet gegenüber der klagenden Krankenkasse keine Wirkung.

Der hierin liegende Vorteil kann der Krankenkasse bei der Höhe des Schadensausgleichs nicht entgegengehalten werden.

## 5. ANBINDUNG VON BELEGBETTEN AN ALLGEMEINKRANKENHÄUSER/BERLINER KRANKENHAUSPLAN 1999

*OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 21.03.2006 – 5 B 5.05 – juris*

**RID 07-01-256**

Krankenhausfinanzierungsgesetz, Belegkrankenhaus, Krankenhaus, Krankenhausplan, Allgemeinkrankenhaus  
KHG §§ 1, 8; GG Art. 3 I, 12 I

Die **Nichtaufnahme** einer als **Belegkrankenhaus** betriebenen Privatklinik mit 44 Betten für Chirurgie, 25 Betten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 2 Betten Augenheilkunde und 6 Betten Urologie in den Krankenhausplan 1999 war rechtswidrig.

Kommen mehrere bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhäuser für eine Aufnahme in den Krankenhausplan 1999 in Betracht, die insgesamt im Vergleich zu der Zahl der für die Versorgung der Bevölkerung benötigten Betten ein Überangebot erzeugen würden, so ist eine gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbare **Auswahlentscheidung** zu treffen (vgl. BVerwG, Urt. v. 14.11.1985 - BVerwG 3 C 41.84 -, juris Rn. 51).

Es gibt keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass die Anbindung von Belegbetten an **Allgemeinkrankenhäuser** mit einer breitbasigen Allgemeinversorgung und einer flächendeckenden Notfallversorgung allgemein erforderlich ist, um dem Ziel einer Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und der Sicherheit der Patienten gerecht zu werden.

Die mit einem Krankenhausplan verfolgte **Verlagerung der Belegbetten** von den Belegkliniken in Allgemeinkrankenhäuser wird den Anforderungen des Art. 12 I i. V. m. Art. 3 I GG nicht gerecht, da der Grundsatz der Trägervielfalt des § 1 Abs. 2 KHG keine hinreichende Berücksichtigung findet.

## 6. ORGANISATION DER NOTÄRZTLICHEN VERSORGUNG IM RETTUNGSDIENST

*OVG Niedersachsen, Urt. v. 23.11.2006 – 11 LC 72/06 – www.dbovg.niedersachsen.de*

**RID 07-01-257**

Eintreffzeit, Hilfsfrist, Notarzt, Notarzteinsatzfahrzeug, Rettungsdienststräger, Rettungswagen, Versorgung, notärztliche Wirtschaftlichkeit

BedarfVO-RettD § 2; NRettDG §§ 2 II 1 Nr. 1, 4, 15 I 4

**Leitsätze:** 1. Die Eintreffzeit des § 2 Abs. 3 BedarfVO-RettD gilt für das erste geeignete Rettungsmittel.

2. Der Rettungswagen (RTW) kann wegen seiner Funktion im Rettungsdienst das erste geeignete Rettungsmittel sein, das am Einsatzort eintrifft.

3. Ob die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst bedarfsgerecht ist, beurteilt sich nach dem allgemeinen Bedarfsbemessungsgrundsatz des § 2 Abs. 1 BedarfVO-RettD. Die Eintreffzeit des § 2 Abs. 3 BedarfVO-RettD ist dabei ergänzend als grobe Orientierungshilfe heranzuziehen.

## 7. HÖCHSTSATZ FÜR THERAPIEKOSTEN BEI LEGASTHENIE

*VG Göttingen, Urt. v. 12.10.2006 – 2 A 173/05 – www.dbovg.niedersachsen.de = juris*

**RID 07-01-258**

Kosten, Mehrkosten, Therapiekosten, Legasthenie

SGB IX § 15 I 4; SGB VIII §§ 5 II 1, 35a

**Leitsatz:** Der Einwand unverhältnismäßiger Mehrkosten nach § 5 I SGB VIII ist dem Leistungsträger abgeschnitten, wenn er dem Leistungsberechtigten ein konkretes, zumutbares Alternativangebot nicht macht.

## 8. HEILPRAKTIKERERLAUBNIS BEI SYNERGETIK-THERAPIE

*VG Braunschweig, Urt. v. 23.11.2006 – 5 A 102/04 – www.dbovg.niedersachsen.de*

**RID 07-01-259**

Heilkundliche Tätigkeit, Heilpraktiker, Heilpraktikererlaubnis, Hypnose, Selbstheilung, Synergetik

HeilprG § 1; Nds SOG § 11; NGefAG § 11

**Leitsatz:** Die selbstständige Ausübung der Synergetik-Therapie bedarf (mindestens) einer Heilpraktikererlaubnis.

## 9. NOTWENDIGE BEVOLLMÄCHTIGUNG EINES ANWALTS WEGEN HERANZIEHUNG ZUM ZAHNÄRZTL. NOTFALLDIENST

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 18.07.2006 – 13 E 705/06* – MedR 2007, 54 = juris RID 07-01-260  
Vorverfahren, Bevollmächtigter, Rechtsanwalt, Notfalldienst  
VwGO §§ 158 II, 162 II 2

**Leitsatz:** Die Notwendigkeit der Zuziehung eines Bevollmächtigten für das Vorverfahren (§ 162 Abs 2 Satz 2 VwGO) ist anzuerkennen bei der Bevollmächtigung eines Anwalts durch Zahnärzte, die sich gegen das System für die Heranziehung zum zahnärztlichen Notfalldienst wenden.

## 10. BEFREIUNG VON RICHTSGBÜHREN FÜR STÄDTISCHES KLINIKUM

*OLG Celle, Beschl. v. 09.01.2007 – 23 W 35/06* – <http://app.olg-ol.niedersachsen.de> RID 07-01-261  
GmbH, gemeinnützig, Klinikum, Gerichtsgebühr, Stadt  
NGebBefrG § 1 I Nr. 2; NGO § 108 III, IV

**Leitsatz:** Auch ein in der Rechtsnorm einer gemeinnützigen GmbH betriebenes städtisches Klinikum ist gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 NGebBefrG jedenfalls dann von der Zahlung zu Gerichtsgebühren in Zivilverfahren befreit, wenn die Stadt Alleingesellschafterin ist.

## 11. RICHTSSTAND FÜR KLAGEN AUS KRANKENHAUSAUFNAHMEVERTRAG

*OLG Celle, Beschl. v. 27.11.2006 – 1 U 74/06* – <http://app.olg-ol.niedersachsen.de> RID 07-01-262  
Krankenhausaufnahmevertrag, Erfüllungsort, örtliche Zuständigkeit  
ZPO § 29

**Leitsatz:** Für Klagen aus dem Krankenhausaufnahmevertrag gilt (weiterhin) der besondere Gerichtsstand des Erfüllungsortes nach § 29 ZPO i. V. m. § 269 BGB, weil der eindeutige Schwerpunkt einer stationären Krankenhausaufnahme am Klinikort liegt.

## 12. ARBEITSVERTRAG MIT ARZT EINER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

*LAG München, Urt. v. 19.10.2006 – 4 Sa 438/06* – [www.arbg.bayern.de](http://www.arbg.bayern.de) RID 07-01-263  
Gemeinschaftspraxis, Arbeitgeber, Kündigung, BGB-Gesellschaft, Gesellschafter  
BGB §§ 133, 709 I, 710 Satz 1, 714

Ein Arzt einer Gemeinschaftspraxis muss sich als Arbeitgeber an der Auslegungsregel des § 164 II BGB festhalten lassen, wonach dann, wenn der Wille des Vertragspartners, - auch - in Vertretung weiterer Personen - der Gesellschafter der BGB-Gesellschaft als Inhaberin der Praxis - zu handeln, nicht erkennbar gemacht wird, ein lediglich innerer Wille zum Vertreterhandeln - auch für die beiden Mitinhaber der Praxis als BGB-Gesellschafter neben dem Beklagten - unbeachtlich ist und der Vertrag allein mit der nicht (auch) als Vertreter auftretenden Person zustande kommt.

Diese Rechtssubjektivität der bürgerlichrechtlichen Gesellschaft unter vorwiegend praktischen Gesichtspunkten macht diese noch nicht zu einer verselbstständigten juristischen Person. Anders als bei der juristischen Person handeln bei der BGB-Gesellschaft deren Gesellschafter zunächst als solche und als natürliche Personen, nicht etwa als Organe einer rechtlich selbstständigen juristischen Person für diese.

## 13. STEUERRECHT

### A) BFH: VERSTEUERUNG DER MEHRJÄHRIGEN NACHVERGÜTUNG VON PSYCHOTHERAPEUTEN

*BFH, Urt. v. 14.12.2006 – IV R 57/05* – [www.bundesfinanzhof.de](http://www.bundesfinanzhof.de) RID 07-01-264  
Einkünfte, Vergütung, Besteuerung, Nachvergütung, Freiberufler  
EStG 1997 § 34 II Nr 4

**Leitsätze:** Die Annahme außerordentlicher Einkünfte i.S. des § 34 Abs. 2 Nr. 4 EStG setzt voraus, dass die Vergütung für mehrjährige Tätigkeiten eine Progressionswirkung typischerweise erwarten lässt. Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn eine Vergütung für eine mehrjährige Tätigkeit - hier eines Freiberuflers - aufgrund einer vorausgegangenen rechtlichen Auseinandersetzung zusammengeballt zufließt.

## **B) BFH: AUSKUNFTSERSUCHEN AN HERSTELLER VON SPIRALEN**

*BFH, Urt. v. 05.10.2006 – VII R 63/05 –* [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)

**RID 07-01-265**

Steuerfahndung, Steuerfall, Betriebsprüfung, Steuerverkürzung, Befragung  
AO 1977 §§ 93, 208 I 1 Nr. 3, 208 I 2

**Leitsätze:** 1. Ein hinreichender Anlass für Ermittlungen der Steuerfahndung zur Aufdeckung unbekannter Steuerfälle nach § 93, § 208 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 AO 1977 kann auch dann vorliegen, wenn bei Betriebsprüfungen Steuerverkürzungen aufgedeckt worden sind, die durch bestimmte für die Berufsgruppe typische Geschäftsabläufe begünstigt worden sind. Eine nur geringe Anzahl bereits festgestellter Steuerverkürzungen allein steht dann der Aufnahme von Vorfeldermittlungen nicht entgegen.  
2. Die Befragung Dritter, auch wenn sie mit den möglichen Steuerverkürzern in keiner unmittelbaren Beziehung stehen, ist - ohne dass es eines Anlasses in ihrer Person oder Sphäre bedürfte – gerechtfertigt, wenn die Steuerfahndung aufgrund ihrer Vorerkenntnisse nach pflichtgemäßem Ermessen zu dem Ergebnis gelangt, dass die Auskunft zu steuererheblichen Tatsachen zu führen vermag.

## **14. PFLICHTMITGLIEDSCHAFT IN IHK FÜR ENGLISCHE „LIMITED“ MIT GESCHÄFTSNIEDERLASSUNG IN DEUTSCHLAND**

*VG Darmstadt, Urt. v. 07.11.2006 – 9 E 793/05 –*

**RID 07-01-266**

Auch eine nach englischem Recht gegründete private Kapitalgesellschaft in Form einer sog. „Limited“ mit Niederlassung in Deutschland ist Pflichtmitglied der Industrie- und Handelskammer unterliegt und im Rahmen dieser Mitgliedschaft auch der Beitragspflicht. Die Pflichtmitgliedschaft lässt sich mit dem europäischen Gemeinschaftsrecht – speziell mit der in Art. 43 und 48 EGV geregelten Niederlassungsfreiheit – ohne weiteres vereinbaren. Ein Verstoß gegen das europarechtliche Diskriminierungsverbot liege nicht vor, weil die Pflichtmitgliedschaft für die in einem Kammerbezirk ansässigen inländischen und ausländischen Gewerbetreibenden gleichermaßen gilt.

Vgl. Pressemitteilung v. 27.11.2006 - [www.vg-darmstadt.justiz.hessen.de](http://www.vg-darmstadt.justiz.hessen.de) -

## **15. WEISUNG ZUM DIENSTANTRITT BEI UNKLAREN MEDIZINISCHEN FESTSTELLUNGEN ZUR DIENSTFÄHIGKEIT**

*VG Lüneburg, Beschl. v. 01.02.2007 – 1 B 1/07 –* [www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)

**RID 07-01-267**

Amtsarzt, amtsärztliches Gutachten, Dienstantritt, Dienstunfähigkeit, Vorwegnahmeverbot  
VwGO § 123 I 1; NBG § 54 I 2

**Leitsätze:** 1. Kein Vorrang des amtsärztlichen Gutachtens mehr bei Fehlen einer medizinisch kompetenten Auseinandersetzung mit divergierenden ärztlichen Stellungnahmen sowie bei Fehlen einer schlüssigen Begründung.  
2. Dienstunfähigkeit ist nicht am Normalbild eines im medizinischen Sinne gesunden Menschen zu messen, sondern an einem durchschnittlichen, zur Erfüllung seiner amtsgemäßen Dienstgeschäfte tauglichen Amtsinhabers.

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

## Verzeichnis der Entscheidungen

<b>BFH</b> , Urt. v. 05.10.2006 – VII R 63/05 –	RID 07-01-265
BFH, Urt. v. 14.12.2006 – IV R 57/05 –	RID 07-01-264
<b>BGH</b> , Urt. v. 11.05.2006 – IX ZR 247/03 –	RID 07-01-249
BGH, Urt. v. 13.07.2006 – I ZR 222/03 –	RID 07-01-251
BGH, Urt. v. 10.10.2006 – VI ZR 74/05 –	RID 07-01-220
BGH, Urt. v. 07.11.2006 – VI ZR 206/05 –	RID 07-01-222
BGH, Urt. v. 14.11.2006 – VI ZR 48/06 –	RID 07-01-221
BGH, Urt. v. 21.11.2006 – VI ZR 259/05 –	RID 07-01-253
BGH, Urt. v. 23.11.2006 – IX ZR 21/03 –	RID 07-01-252
BGH, Urt. v. 05.12.2006 – X ZR 76/05 –	RID 07-01-236
BGH, Urt. v. 21.12.2006 – III ZR 117/06 –	RID 07-01-250
<b>BSG</b> , Beschl. v. 12.09.2006 – B 6 KA 30/06 B –	RID 07-01-117
BSG, Beschl. v. 12.09.2006 – B 6 KA 70/05 B –	RID 07-01-116
BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 1/06 –	RID 07-01-205
BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 3/06 –	RID 07-01-204
BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 14/06 R –	RID 07-01-206
BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 15/06 R –	RID 07-01-207
BSG, Urt. v. 26.09.2006 – B 1 KR 27/05 R –	RID 07-01-208
BSG, Urt. v. 28.09.2006 – B 3 KR 28/05 –	RID 07-01-209
BSG, Beschl. v. 07.11.2006 – B 12 SF 5/06 S –	RID 07-01-99
BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 8/06 B –	RID 07-01-114
BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 34/06 B –	RID 07-01-115
BSG, Beschl. v. 29.11.2006 – B 6 KA 49/06 B –	RID 07-01-113
<b>BVerfG</b> , 1. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 13.02.2006 – 1 BvR 1184/04 –	RID 07-01-246
BVerfG, 1. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 14.03.2006 – 1 BvR 452/06 –	RID 07-01-150
BVerfG, Beschl. v. 04.10.2006 – 1 BvR 2403/06 –	RID 07-01-210
BVerfG, 2. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 30.12.2006 – 2 BvR 385/05 –	RID 07-01-247
BVerfG, 2. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 26.01.2007 – 2 BvR 2408/06 –	RID 07-01-248
<b>BVerwG</b> , Urt. v. 07.11.2006 – 2 C 11/06 –	RID 07-01-243
BVerwG, Beschl. v. 20.12.2006 – 3 B 17/06 –	RID 07-01-235
<b>LAG München</b> , Urt. v. 19.10.2006 – 4 Sa 438/06 –	RID 07-01-263
<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 26.04.2006 – L 5 KA 3677/05 –	RID 07-01-78
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.07.2006 – L 5 KR 5148/05 –	RID 07-01-167
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.07.2006 – L 5 KR 5779/04 –	RID 07-01-139
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.08.2006 – L 5 KR 281/06 –	RID 07-01-148
LSG Baden-Württemberg, B. v. 17.10.2006 – L 5 KA 236/06 AK-B –	RID 07-01-106
LSG Baden-Württemberg, B. v. 23.10.2006 – L 5 KA 4343/06 ER-B –	RID 07-01-87
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KA 1549/05 –	RID 07-01-24
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KA 3571/05 –	RID 07-01-98
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.11.2006 – L 4 KR 3780/05 –	RID 07-01-173
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 758/06 –	RID 07-01-103
<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 21.06.2006 – L 12 KA 42/02 –	RID 07-01-83
LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2006 – L 12 KA 223/04 –	RID 07-01-81
LSG Bayern, Urt. v. 21.06.2006 – L 12 KA 426/04 –	RID 07-01-89
LSG Bayern, Urt. v. 19.07.2006 – L 12 KA 172/03 –	RID 07-01-74
LSG Bayern, Urt. v. 09.08.2006 – L 12 KA 268/04 –	RID 07-01-54
LSG Bayern, Urt. v. 09.08.2006 – L 12 KA 320/04 –	RID 07-01-22
LSG Bayern, Urt. v. 05.09.2006 – L 5 KR 183/05 –	RID 07-01-121
LSG Bayern, Urt. v. 27.09.2006 – L 12 KA 112/03 –	RID 07-01-46
LSG Bayern, Urt. v. 12.10.2006 – L 5 KR 21/05 –	RID 07-01-134
LSG Bayern, Urt. v. 12.10.2006 – L 5 KR 134/05 –	RID 07-01-118
LSG Bayern, Beschl. v. 13.10.2006 – L 5 B 701/06 KR ER –	RID 07-01-169
LSG Bayern, Urt. v. 20.10.2006 – L 5 KR 23/05 –	RID 07-01-175
LSG Bayern, Beschl. v. 23.10.2006 – L 4 KR 189/06 –	RID 07-01-141
LSG Bayern, Urt. v. 23.10.2006 – L 4 KR 335/05 –	RID 07-01-126
LSG Bayern, Urt. v. 25.10.2006 – L 12 KA 677/04 –	RID 07-01-52
LSG Bayern, Urt. v. 26.10.2006 – L 4 KR 97/06 –	RID 07-01-181
LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2006 – L 4 KR 75/04 –	RID 07-01-177
LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2006 – L 4 KR 148/04 –	RID 07-01-145
LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2006 – L 4 KR 249/05 –	RID 07-01-160
LSG Bayern, Beschl. v. 13.11.2006 – L 4 KR 204/04 –	RID 07-01-137
LSG Bayern, Beschl. v. 13.11.2006 – L 5 KR 324/06 ER –	RID 07-01-147
LSG Bayern, Beschl. v. 17.11.2006 – L 4 B 817/06 KR ER –	RID 07-01-171
LSG Bayern, Beschl. v. 27.11.2006 – L 4 B 777/06 KR PKH –	RID 07-01-119
LSG Bayern, Urt. v. 30.11.2006 – L 4 KR 73/04 –	RID 07-01-132
LSG Bayern, Urt. v. 14.12.2006 – L 4 KR 242/04 –	RID 07-01-179
<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , B. v. 05.09.2006 – L 9 B 261/06 KR ER –	RID 07-01-195
LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 12.09.2006 – L 9 B 329/06 KR ER –	RID 07-01-165
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.09.2006 – L 7 KA 12/02*25 –	RID 07-01-09
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.09.2006 – L 7 KA 14/02*25 –	RID 07-01-08
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 15.09.2006 – L 7 B 90/06 KA ER –	RID 07-01-27
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.09.2006 – L 7 KA 3/03*25 –	RID 07-01-18
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.09.2006 – L 7 KA 13/02 -25 –	RID 07-01-07
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.09.2006 – L 7 B 18/06 KA ER –	RID 07-01-51
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.09.2006 – L 24 KR 23/04 –	RID 06-04-129

LSG LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.09.2006 – L 24 KR 1137/05 –	RID 07-01-182
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.10.2006 – L 24 KR 24/05 –	RID 07-01-144
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.10.2006 – L 1 KR 1010/05 –	RID 07-01-176
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.10.2006 – L 9 KR 122/03 –	RID 07-01-125
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.11.2006 – L 24 KR 1118/05 –	RID 07-01-123
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 08.11.2006 – L 9 KR 56/04 –	RID 07-01-124
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.11.2006 – L 9 KR 82/03 –	RID 07-01-135
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.11.2006 – L 7 KA 36/01-25 –	RID 07-01-111
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.11.2006 – L 7 KA 126/06 –	RID 07-01-10
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 38/04 –	RID 07-01-85
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 80/06 –	RID 07-01-84
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 86/06 –	RID 07-01-112
LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 12.12.2006 – L 7 B 124/03 KA –	RID 07-01-105
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.12.2006 – L 1 KR 67/04 –	RID 07-01-120
LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 20.12.2006 – L 1 B 236/06 KR ER –	RID 07-01-190
LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 21.12.2006 – L 7 B 117/06 KA ER –	RID 07-01-39
<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 28.06.2006 – L 2 KA 4/06 –	RID 07-01-86
LSG Hamburg, Urt. v. 19.07.2006 – L 1 KR 12/06 –	RID 07-01-122
LSG Hamburg, Urt. v. 30.08.2006 – L 1 KR 10/06 –	RID 07-01-184
LSG Hamburg, Urt. v. 30.08.2006 – L 1 KR 88/05 –	RID 07-01-170
LSG Hamburg, Beschl. v. 13.09.2006 – L 2 B 320/05 ER KA –	RID 07-01-26
LSG Hamburg, Urt. v. 15.11.2006 – L 1 KR 31/06 –	RID 07-01-197
LSG Hamburg, Urt. v. 15.11.2006 – L 1 KR 40/05 –	RID 07-01-131
LSG Hamburg, Urt. v. 24.01.2007 – L 1 KR 35/06 –	RID 07-01-198
<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 04.05.2006 – L 8/14 KR 148/02 –	RID 07-01-164
LSG Hessen, Urt. v. 19.10.2006 – L 8 KR 23/06 –	RID 07-01-192
LSG Hessen, Urt. v. 19.10.2006 – L 8 KR 118/05 –	RID 07-01-133
LSG Hessen, Urt. v. 20.10.2006 – L 4 KA 58/06 ER –	RID 07-01-102
LSG Hessen, Urt. v. 25.10.2006 – L 4 KA 39/05 –	RID 07-01-03
LSG Hessen, Urt. v. 25.10.2006 – L 4 KA 40/05 –	RID 07-01-104
LSG Hessen, Beschl. v. 03.11.2006 – L 4 B 179/06 KA –	RID 07-01-108
LSG Hessen, Urt. v. 15.11.2006 – L 4 KA 19/05 –	RID 07-01-04
LSG Hessen, Urt. v. 15.11.2006 – L 4 KA 43/05 –	RID 07-01-17
LSG Hessen, Urt. v. 15.11.2006 – L 4 KA 44/05 –	RID 07-01-92
LSG Hessen, Urt. v. 30.11.2006 – L 8 KR 175/05 –	RID 07-01-188
LSG Hessen, Beschl. v. 18.12.2006 – L 4 KA 70/06 ER –	RID 07-01-88
LSG Hessen, Urt. v. 20.12.2006 – L 4 KA 16/06 –	RID 07-01-25
LSG Hessen, Urt. v. 20.12.2006 – L 4 KA 41/06 –	RID 07-01-34
LSG Hessen, Urt. v. 20.12.2006 – L 4 KA 44/06 –	RID 07-01-43
<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 12.07.2006 – L 3 KA 69/05 –	RID 07-01-44
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2006 – L 3 KA 17/04 –	RID 07-01-20
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2006 – L 3 KA 199/03 –	RID 07-01-02
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2006 – L 3 KA 449/03 –	RID 07-01-06
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 22.11.2006 – L 4 KR 127/04 –	RID 07-01-172
<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Beschl. v. 18.04.2006 – L 10 B 1/06 KA –	RID 07-01-109
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.07.2006 – L 10 B 8/06 KA –	RID 07-01-107
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 09.08.2006 – L 10 B 6/06 KA ER –	RID 07-01-56
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.08.2006 – L 2 KR 73/04 –	RID 07-01-168
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 04.09.2006 – L 10 B 2/06 KA ER –	RID 07-01-80
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 16.10.2006 – L 10 B 2/06 KA ER –	RID 07-01-110
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.10.2006 – L 10 KA 20/04 –	RID 07-01-40
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.10.2006 – L 16 KR 21/06 –	RID 07-01-196
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.10.2006 – L 11 KA 126/04 –	RID 07-01-05
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 15.11.2006 – L 10 B 14/06 KA ER –	RID 07-01-100
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.11.2006 – L 16 B 63/06 KR ER –	RID 07-01-153
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 20.11.2006 – L 16 B 62/06 KR NZB –	RID 06-04-127
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.11.2006 – L 11 KR 29/05 –	RID 07-01-130
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 28.11.2006 – L 16 B 78/06 KR ER –	RID 07-01-146
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.12.2006 – L 11 KR 28/05 –	RID 07-01-178
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.12.2006 – L 11 KA 59/06 –	RID 07-01-31
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.12.2006 – L 11 KA 60/05 –	RID 07-01-30
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.12.2006 – L 11 KA 82/05 –	RID 07-01-29
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 14.12.2006 – L 10 B 21/06 KA ER –	RID 07-01-101
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.12.2006 – L 16 KR 101/06 –	RID 07-01-128
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.12.2006 – L 16 KR 142/06 –	RID 07-01-152
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.01.2007 – L 11 KR 6/06 –	RID 07-01-143
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.01.2007 – L 11 KR 66/06 –	RID 07-01-155
<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 05.10.2006 – L 5 KA 11/05 –	RID 07-01-57
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 21.12.2006 – L 5 B 350/06 KA –	RID 07-01-111
<b>LSG Saarland</b> , Beschl. v. 21.6.2006 – L 2 B 5/06 KR –	RID 07-01-201
<b>LSG Sachsen</b> , Urt. v. 25.01.2006 – L 1 KR 81/03 –	RID 07-01-136
LSG Sachsen, Urt. v. 05.04.2006 – L 1 KR 79/05 –	RID 07-01-161
LSG Sachsen, Urt. v. 19.04.2006 – L 1 KA 10/03 –	RID 07-01-12
LSG Sachsen, Urt. v. 26.07.2006 – L 1 KA 21/01 –	RID 07-01-14
LSG Sachsen, Urt. v. 29.08.2006 – L 1 KA 20/01 –	RID 07-01-13
LSG Sachsen, Urt. v. 21.09.2005 – L 1 KR 36/04 –	RID 07-01-154
LSG Sachsen, Urt. v. 18.10.2006 – L 1 KA 14/06 –	RID 07-01-16
LSG Sachsen, Urt. v. 18.10.2006 – L 1 KA 23/06 –	RID 07-01-15
LSG Sachsen, Urt. v. 14.12.2005 – L 1 KR 62/04 –	RID 07-01-162



<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 13.10.2006 – L 4 KA 4/05 –	RID 07-01-01
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KR 93/05 –	RID 07-01-189
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KR 106/05 –	RID 07-01-186
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KR 142/04 –	RID 07-01-142
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KR 1/06 –	RID 07-01-174
<b>LG Bielefeld</b> , Urt. v. 06.12.2006 – 16 O 181/04 –	RID 07-01-234
<b>LG Düsseldorf</b> , Urt. v. 20.11.2006 – 12 O 366/04 –	RID 07-01-218
<b>LG Duisburg</b> , Urt. v. 16.03.2006 – 8 O 432/05 –	RID 07-01-255
<b>LG Freiburg</b> , Urt. v. 12.10.2006 – 3 S 206/06 –	RID 07-01-242
<b>LG Koblenz</b> , Urt. v. 16.03.2006 – 14 S 388/03 –	RID 07-01-240
<b>LG Mannheim</b> , Urt. v. 17.11.2006 – 1 S 227/05 –	RID 07-01-237
<b>LG Oldenburg</b> , Urt. v. 12.01.2007 – 8 S 515/06 –	RID 07-01-254
<b>LG Osnabrück</b> , Urt. v. 18.09.2006 – 18 O 487/06 –	RID 07-01-228
<b>OLG Celle</b> , Beschl. v. 27.11.2006 – 1 U 74/06 –	RID 07-01-262
OLG Celle, Urt. v. 21.12.2006 – 13 U 118/06 –	RID 07-01-219
OLG Celle, Beschl. v. 09.01.2007 – 23 W 35/06 –	RID 07-01-261
<b>OLG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 24.01.2006 – 8 U 102/05 –	RID 07-01-225
<b>OLG Hamm</b> , Urt. v. 29.08.2006 – 19 U 39/06 –	RID 07-01-232
<b>OLG Koblenz</b> , Urt. v. 29.06.2006 – 5 U 1591/05 –	RID 07-01-227
OLG Koblenz, Urt. v. 31.08.2006 – 5 U 588/06 –	RID 07-01-224
OLG Koblenz, Urt. v. 12.10.2006 – 5 U 456/06 –	RID 07-01-226
<b>OLG München</b> , Urt. v. 16.11.2006 – 1 W 2713/06 –	RID 07-01-223
<b>OLG Saarbrücken</b> , Urt. v. 19.07.2006 – 5 U 53/06 –	RID 07-01-238
OLG Saarbrücken, Urt. v. 06.12.2006 – 1 U 484/06 - 151, 1 U 484/06 –	RID 07-01-229
<b>OLG Stuttgart</b> , Urt. v. 26.10.2006 – 7 U 91/05 –	RID 07-01-239
<b>OVG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 21.03.2006 – 5 B 5.05 –	RID 07-01-256
OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.01.2007 - OVG 4 N 136.06 -	RID 07-01-245
<b>OVG Niedersachsen</b> , Urt. v. 23.11.2006 – 11 LC 72/06 –	RID 07-01-257
OVG Niedersachsen, Urt. v. 23.11.2006 – 11 LC 80/06 –	RID 07-01-216
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 05.01.2007 – 8 LA 78/06 –	RID 07-01-211
<b>OVG Nordrhein-Westfalen</b> , Beschl. v. 18.07.2006 – 13 E 705/06 –	RID 07-01-260
<b>OVG Saarland</b> , Beschl. v. 23.10.2006 – 1 W 41/06 –	RID 07-01-213
OVG Saarland, Beschl. v. 22.01.2007 – 3 W 14/06 –	RID 07-01-230
OVG Saarland, Beschl. v. 22.01.2007 – 3 W 15/06 –	RID 07-01-231
SG Aachen, Urt. v. 07.11.2006 – S 13 KR 20/06 –	RID 07-01-149
SG Aachen, Urt. v. 28.11.2006 – S 13 (6) KR 50/06 –	RID 07-01-158
SG Aachen, Urt. v. 16.01.2007 – S 13 KR 74/06 –	RID 07-01-138
SG Aachen, Urt. v. 05.02.2007 – S 4 KR 81/06 –	RID 07-01-183
<b>SG Augsburg</b> , Urt. v. 11.08.2005 – S 10 KR 48/04 –	RID 07-01-163
SG Augsburg, Urt. v. 08.11.2006 – S 12 KR 222/06 –	RID 07-01-187
<b>SG Detmold</b> , Urt. v. 06.09.2006 – S 3 KR 54/04 -	RID 07-01-203
<b>SG Dresden</b> , Gerichtsbb. v. 21.06.2006 – S 18 KR 1302/04 –	RID 07-01-140
SG Dresden, Urt. v. 12.07.2006 – S 11 KA 5019/03 Z –	RID 07-01-75
<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 01.03.2005 – S 8 KR 321/04 –	RID 07-01-151
SG Düsseldorf, Urt. v. 18.01.2006 – S 14 KA 189/02 –	RID 07-01-41
SG Düsseldorf, Urt. v. 29.11.2006 – S 4 KR 10/04 –	RID 07-01-180
SG Düsseldorf, Urt. v. 29.11.2006 – S 4 KR 237/04 –	RID 07-01-166
SG Düsseldorf, Urt. v. 07.12.2006 – S 8 KR 302/04 –	RID 07-01-191
SG Düsseldorf, Urt. v. 20.12.2006 – S 2 (17) KA 276/03 –	RID 07-01-33
SG Duisburg, Urt. v. 11.05.2006 – S 7 KR 11/05 –	RID 07-01-199
<b>SG Gotha</b> , Urt. v. 26.07.2006 – S 7 KA 2343/04 –	RID 07-01-32
<b>SG Hamburg</b> , Beschl. v. 06.02.2006 – S 3 KA 165/05 ER –	RID 07-01-28
SG Hamburg, Urt. v. 26.04.2006 – S 3 KA 96/05 –	RID 07-01-82
SG Hamburg, Urt. v. 31.05.2006 – S 3 KA 324/04 –	RID 07-01-42
SG Hamburg, Urt. v. 28.06.2006 – S 3 KA 61/04 –	RID 07-01-35
SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 09.08.2006 – S 27 KA 223/04 –	RID 07-01-95
SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 09.08.2006 – S 27 KA 224/04 –	RID 07-01-96
SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 09.08.2006 – S 27 KA 225/04 –	RID 07-01-97
SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 21.09.2006 – S 27 KA 100/03 –	RID 07-01-38
SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 27.09.2006 – S 3 KA 238/05, 5/04 –	RID 07-01-58
SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 14/03 –	RID 07-01-59
SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 546 u. 547/03 –	RID 07-01-60
SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 548 bis 551/03 –	RID 07-01-61
SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 552 bis 559/03 –	RID 07-01-62
SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 560/03 –	RID 07-01-63
SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 561 bis 563/03 –	RID 07-01-64
SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 564/03 –	RID 07-01-65
SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 565/03 –	RID 07-01-66
SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 566 bis 568/03 –	RID 07-01-67
SG Hamburg, Urt. v. 04.10.2006 – S 27 KA 569 u. 570/03 –	RID 07-01-68
SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 30.10.2006 – S 3 KA 402/03 –	RID 07-01-37
SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 14.11.2006 – S 3 KA 457/98 –	RID 07-01-19
SG Hamburg, Urt. v. 14.11.2006 – S 48 KR 803/04 –	RID 07-01-185
<b>SG Itzehoe</b> , Urt. v. 28.09.2005 – S 1 KR 71/04 –	RID 07-01-159
<b>SG Leipzig</b> , Urt. v. 14.09.2006 – S 8 KR 209/03 –	RID 07-01-157
<b>SG Lübeck</b> , Urt. v. 01.06.2006 – S 3 KR 201/05 –	RID 07-01-156
<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 12.10.2006 – S 11 ER 194/06 KA –	RID 07-01-45
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 285/06 –	RID 07-01-47
SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 290/06 –	RID 07-01-21

SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 492/06 –	RID 07-01-49
SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 656/06 –	RID 07-01-55
SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 658/06 –	RID 07-01-48
SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 800/06 –	RID 07-01-23
SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 864/06 –	RID 07-01-53
SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 888/06 –	RID 07-01-36
SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 – S 12 KA 1268/05 –	RID 07-01-50
SG Marburg, Urt. v. 24.01.2007 – S 12 KA 883/06 –	RID 07-01-90
SG Marburg, Urt. v. 13.12.2006 – S 12 KA 700/05 –	RID 07-01-79
SG Marburg, Urt. v. 13.12.2006 – S 12 KA 797/06 –	RID 07-01-77
SG Marburg, Urt. v. 13.12.2006 – S 12 KA 842/06 –	RID 07-01-76
SG Marburg, Urt. v. 24.01.2007 – S 12 KA 712/06 –	RID 07-01-94
SG Marburg, Urt. v. 24.01.2007 – S 12 KA 858/06 –	RID 07-01-93
SG Marburg, Urt. v. 07.02.2007 – S 12 KA 673/06 –	RID 07-01-70
SG Marburg, Urt. v. 07.02.2007 – S 12 KA 749/06 –	RID 07-01-71
SG Marburg, Urt. v. 07.02.2007 – S 12 KA 765/06 –	RID 07-01-72
SG Marburg, Urt. v. 07.02.2007 – S 12 KA 851/06 –	RID 07-01-69
SG Marburg, Urt. v. 07.02.2007 – S 12 KA 862/06 –	RID 07-01-73
SG Marburg, Beschl. v. 19.02.2007 – S 12 KA 46/07 ER –	RID 07-01-91
<b>SG Neubrandenburg</b> , Urt. v. 30.11.2006 – S 4 KR 25/06 –	RID 07-01-200
<b>SG für das Saarland</b> , Urt. v. 28.02.2006 – S 23 KR 500/05 –	RID 07-01-202
<b>SG Stuttgart</b> , Urt. v. 13.12.2006 – S 10 KR 6018/05 –	RID 07-01-193
<b>VG Berlin</b> , Beschl. v. 10.10.2006 – VG 14 A 28/06 –	RID 07-01-233
<b>VG Braunschweig</b> , Urt. v. 23.11.2006 – 5 A 102/04 –	RID 07-01-259
<b>VG Darmstadt</b> , Urt. v. 07.11.2006 – 9 E 793/05 –	RID 07-01-266
<b>VG Göttingen</b> , Urt. v. 12.10.2006 – 2 A 173/05 –	RID 07-01-258
<b>VG Hannover</b> , Urt. v. 19.12.2006 – 13 A 6420/06 –	RID 07-01-241
<b>VG Lüneburg</b> , Urt. v. 22.11.2006 – 5 A 469/05 –	RID 07-01-217
VG Lüneburg, Beschl. v. 01.02.2007 – 1 B 1/07 –	RID 07-01-267
<b>VG Stuttgart</b> , Urt. v. 21.09.2006 – 4 K 2576/06 –	RID 07-01-212
<b>VGH Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 17.11.2006 – 4 S 101/05 –	RID 07-01-244
VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 22.12.2006 – 9 S 1977/06 –	RID 07-01-214
<b>VGH Hessen</b> , Beschl. v. 20.12.2006 – 1 ZU 990/06 –	RID 07-01-215

## Redaktion

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

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

e-mail: pawlita@web.de;

Telefon: 0641/201 776 oder 06421/1708-24 (SG Marburg);

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

Ältere Ausgaben (RID 00-01 bis 06-04) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

## Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 08.02.2007: Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen: B 6 KA ... R	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Honorarverteilung</b>				
Psychotherapeuten: Probatorische Sitzungen	35/06	Gelten für die Vergütung probatorischer Sitzungen (Nr 870 EBM-Ä aF) die gleichen Maßstäbe wie für zeitgebundene und genehmigungspflichtige Leistungen nach Kapitel G Abschnitt IV des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen?	<i>SG Reutlingen</i> , Urt. v. 10.05.2006 - S 1 KA 201/04 -	06-04-01
Trennung der haus- und fach- ärztlichen Vergütungsbereiche/ Bewertungsausschuss	29, 30/05 Termin: 06.09.06	Verstößt die durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 eingeführte Verteilung der Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung sowie deren Umsetzung durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.2.2000 gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 07.04.2004 - L 5 KA 30, 38/04 -	05-03-02 u. 03
Bewertungsausschuss: Veränderungen der Zahl der Hausärzte	36/06	Steht die Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrages durch den Bewertungsausschuss dahingehend, dass bei der Ermittlung des hausärztlichen bzw fachärztlichen Vergütungsanteils nur Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen berücksichtigt werden, nicht hingegen auf sonstigen Ursachen beruhende Veränderungen der Anzahl der an der hausärztlichen oder der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, im Einklang mit der Ermächtigungsgrundlage in § 85 Abs 4a S 3 SGB 5? Verstößt die Regelung des § 85 Abs 4a S 3 SGB 5 gegen Verfassungsrecht?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 11.07.2006 - L 4 KA 14/05 -	06-04-06
Laborreform '99: Laborärzte	46, 47, 48, 49/05 Termin: 11.10.2006	War der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs 3 SGB 5 berechtigt, die ab 1.7.1999 geltenden Vorschriften des Kapitels O Abschnitte I-III EBM-Ä (Kombination von Gebührentatbeständen (Nr 3450 und Nr 3452 EBM-Ä und Abschmelzungsregelung - Abs 1-4 der Präambeln zu den Abschnitten I/II/III)) zu erlassen?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 02.11.2005 - L 5 KA 4427, 4486/03; 91,04, 1002/03 --	06-01-04
Vergütung für Laborärzte (KV Nordrhein IV/97 bis IV/98)	20/06	Ist eine Anpassung der Aufteilung der Gesamtvergütung auf einzelne Honorartöpfe ausschließlich nach Maßgabe der Veränderung der Arztlizenzen im jeweiligen Leistungsbereich zulässig?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 21.07.2004 - L 10 KA 48/03 -	04-04-05
O III-Laborleistungen: Vergü- tungszuschlag nur für kleinere Praxen rechtswidrig	2/06	Hat die Begrenzung des Zuschlags von 24 % nach der Präambel zu Kap O Abschn III EBM-Ä auf eine Gesamtsumme von 6.200 Euro in den Quartalen I-III/2000 gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG verstoßen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 22.11.2005 - L 4 KA 21/05	06-01-03
Regelleistungsvolumen: Kieferorthopäden u. Allgemeinzahnärzte	8 u. 9/05 Termin: 19.07.06	Musste bei der Festlegung eines Regelleistungsvolumens nach § 85 Abs 4 S 6 SGB 5 idF vom 19.12.1998 zwischen Kieferorthopäden und Allgemeinzahnärzten differenziert werden?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 20.10.2004 - L 4 KA 6/02 u. 7/02 -	05-02-08 05-02-09
Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen	31/05 Termin: 06.09.06	Ist es mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar, wenn nur Notfallbehandlungen im organisierten Notfalldienst, nicht aber die ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus mit einem gestützten Punktwert vergütet werden?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 19.01.2005 - L 10 KA 11/04 -	05-03-08
Notfallbehandlungen durch Krankenhäuser - Fallzahlabstaffelung	5/06	Darf ein Honorarverteilungsmaßstab bei der Vergütung für Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Krankenhäusern über § 120 Abs 3 S 2 SGB 5 hinausgehende Begrenzungen der Vergütung im Wege prozentualer Abschlä-	<i>LSG Mecklenburg-Vorpom- mern</i> , Urt. v. 31.08.2005	06-03-12

		ge oder durch Ausschluss der Abrechnungsfähigkeit bestimmter Leistungen vorsehen?	- L 1 KA 1/04 –	
Notfallbehandlungen im Krankenhaus – Kein gestützter Punktwert	15/06 <b>Termin:</b> 06.09.06	Hat ein Krankenhaus einen Vergütungsanspruch für ambulante Notfallbehandlungen nur in Höhe von 90% des Punktwertes, der sich aus dem HVM für den sogenannten roten Bereich errechnet, oder in Höhe von 90% des Punktwertes von 9,0 Pf, der speziell für Leistungen im organisierten Notfalldienst gilt?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 05.04.2006 - L 11 KA 9/04 R –; Urt. v. 28.06.2006 - L 10 KA 8/05	06-03-10 06-03-11
Individualbudget: FachgruppPENDURCHSCHNITT	9 u. 10/06	Ist die für die Bemessung von Individualbudgets vorgesehene Berechnung des FachgruppPENDURCHSCHNITTS anhand des Medians (und nicht nach Maßgabe des arithmetischen Mittelwerts) von dem Gestaltungsspielraum gedeckt, der einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung des Honorarverteilungsmaßstabes zusteht?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 02.11.2005 - L 11 KA 6/02 u. 14/01 -	06-04-10
Rückwirkungsverbot: Teilhonorarkontingente in zahnärztlichen Leistungsbereichen	42, 45/05 <b>Termin:</b> 29.11.06	Verstößt eine im laufenden Quartal beschlossene Regelung im Honorarverteilungsmaßstab, wonach bereits ab Quartalsbeginn in den Leistungsbereichen Kieferorthopädie (KFO), Zahnersatz (ZE), Parodontose (PAR) sowie Kieferbruch/Kiefergelenk (KB/KG) Teilhonorarkontingente gebildet werden, gegen das Rückwirkungsverbot?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 31.08.2005 – L 11 KA 80/04 – – L 11 KA 59/04 –	06-01-12
Honorarkontingent für Anästhesisten und andere Mehreinnahmen (KV Niedersachsen I/96 bis I/97)	43/06	Kann eine Kassenärztliche Vereinigung bei der Prüfung, ob angesichts des Punktwertverfalls innerhalb eines Honorarkontingents eine Änderung oder Weiterentwicklung des zu Grunde liegenden Honorarverteilungsmaßstab zu erfolgen hat, auch berücksichtigen, dass die zum Punktwertverfall führende Leistungsausweitung gleichzeitig zu überproportionalen Mehreinnahmen in einer anderen Sparte (hier: Zuschläge für ambulante Operationsleistungen bei Anästhesisten) geführt hat?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 08.11.2006 - L 3 KA 449/03 -	07-01- (S. 10)
Vergütungsausschluss bei unaufklärablem Software-Fehler	29/06	Ist eine Regelung im Honorarverteilungsmaßstab, die nachträgliche Ergänzungen unvollständiger Leistungsansätze (hier: infolge eines EDV-Fehlers) bei bereits zur Abrechnung eingereichten Behandlungsfällen generell ausschließt, mit höherrangigem Recht vereinbar?	<b>SG Stuttgart</b> , Urt. v. 28.06.2006 - S 10 KA 5811/05 -	06-03-16
Aufrechnung alten Schuldsaldos einer Einzelpraxis mit Gemeinschaftspraxis	6/06 <b>Termin:</b> 07.02.2007	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, Honoraransprüche einer neu gegründeten Gemeinschaftspraxis mit Forderungen zu verrechnen, die gegenüber einem der Vertragsärzte während dessen Einzelpraxis und noch vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens entstanden sind?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 07.12.2005 – L 11 KA 7/04 –	06-01-11
Zahnärzte: Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs nach § 95b SGB V	38/06	Können Zahnärzte, die in einem mit anderen Zahnärzten abgestimmten Verhalten auf ihre vertragszahnärztliche Zulassung verzichtet haben (kollektiver Zulassungsverzicht), von den Krankenkassen die Vergütung ihrer Leistungen für GKV-Patienten beanspruchen?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 06.04.22 - L 3 KA 90/06 -	06-04-22
	37/06	Können Zahnärzte, die in einem mit anderen Zahnärzten abgestimmten Verhalten auf ihre vertragszahnärztliche Zulassung verzichtet haben (kollektiver Zulassungsverzicht) nur dann eine Vergütung von den Krankenkassen für die Behandlung von GKV-Patienten beanspruchen, wenn ein Notfall iS des § 76 Abs 1 S 2 SGB 5 vorgelegen hat?	<b>SG Hannover</b> , Urt. v. 27.09.2006 - S 35 KA 535/05 -	
	39/06	Können Zahnärzte, die in einem mit anderen Zahnärzten abgestimmten Verhalten auf ihre vertragszahnärztliche Zulassung verzichtet haben (kollektiver Zulassungsverzicht) nur dann eine Vergütung von den Krankenkassen für die Behandlung von GKV-Patienten beanspruchen, wenn ein Notfall iS des § 76 Abs 1 S 2 SGB 5 vorgelegen hat?	<b>SG Hannover</b> , Urt. v. 13.09.2006 - S 35 KA 878/06 -	
Degressionsgrenze für als Oralchirurgen zugelassenen	23/06 <b>Termin:</b> 29.11.06	Gelten die Degressionsregelungen des § 85 Abs 4b SGB 5 in der Fassung vom 14.12.2003 mit der ab 1.1.2005 für Allgemeinzahnärzte reduzierten Degressionsfreien-	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 17.05.2006	06-03-24

MKG-Chirurgen		ge auch für einen MKG-Chirurgen, dem auf seinen Antrag hin eine Zulassung (nur) für den Bereich Oralchirurgie erteilt wurde?	- S 2 KA 52/06 -	
<b>Praxisbudgets/Teilbudgets</b>				
Regionalisierten Praxisbudgets in den neuen Bundesländern	14/06, 16 bis 19/06	Verstößt die Heranziehung eines festen Betrags an Betriebsausgaben bei der Berechnung der regionalisierten Praxisbudgets in den neuen Bundesländern gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 07.12.2005 - L 4 KA 604/04 – L 4 KA 805, 619,589/02.1001, 48/03 -	06-03-14 u. 15
<b>Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>				
Vier-Jahres-Frist und Wirtschaftlichkeitsprüfbescheid	40/05 R <b>Termin:</b> 06.09.06	Wird die Vierjahresfrist im Bereich der sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch Prüfbescheide im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gewahrt bzw unterbrochen oder gehemmt?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 28.06.2005 – L 4 KA 9 u. 12/05 -	06-01-16 u. 17
Beginn der vierjährigen Ausschlussfrist	22, 25 u. 26/06	Ist bei sachlich-rechnerischen Richtigstellungen hinsichtlich des Fristbeginns im Vertrags(zahn)ärzterbereich auf die Bekanntgabe der Honorarbescheide oder auf den Ablauf des Kalenderjahres abzustellen, in dem der ursprüngliche Honorarbescheid ergangen ist?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 10.05.2006 – L 11 KA 52, 54 u. 53/04 -	06-03-30 bis 32
Kinderchirurg: Ordinations- und Konsultationsgebühren	11/05 <b>Termin:</b> 11.10.2006	Ist ein Kinderchirurg hinsichtlich der Abrechnung bzw Vergütung der Ordinations- und Konsultationsgebühren nach Nm 1 und 2 des EBM-Ä einem anderen Chirurgen gleichzustellen?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 19.01.2005 - L 4 KA 22/01 -	05-03-14
Verweilgebühr im Rettungsdienst (Nr. 40 EBM)	35/05 <b>Termin:</b> 11.10.2006	Kann ein im Notdienst tätiger Arzt für die Rückfahrt vom Krankenhaus zu seiner Privatwohnung nach Transportbegleitung des Notfallpatienten die Leistung nach Nr 40 EBM (vgl Nr 01440 EBM-Ä in der Ab 1.4.2005 geltenden Fassung) abrechnen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 27.04.2005 – L 6/7 KA 610/03 –	05-03-15
Nr. 689 EBM: Zuschlag für farbcodierte Duplex-Sonographie	32, 33/05 <b>Termin:</b> 07.02.2007	Ist der in Ziffer 689 EBM-Ä vorgesehene Zuschlag für die farbcodierte Durchführung von Duplex-Sonographien nach den Ziffern 668, 686 und 687 EBM-Ä für jede einzelne Sonographie auch dann zu gewähren, wenn mehrere dieser Untersuchungen am selben Tag durchgeführt werden?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 515/03, 30/04 –	05-03-16 05-02-22
Zahnärzte: Nrn 169 und 172 GOÄ 1965	39/05 <b>Termin:</b> 29.11.06	Können Zahnärzte die Leistungen nach den Nrn 169 und 172 GOÄ 1965 neben anderen chirurgischen Leistungen in demselben Zielgebiet abrechnen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 13.07.2005 - L 6/7 KA 565/02 -	05-04-13a
Beginn der vierjährigen Ausschlussfrist	28/06	Ist bei nachgehenden sachlich-rechnerischen Richtigstellungen hinsichtlich des Beginns der vierjährigen Ausschlussfrist auf den Zeitpunkt der Bekanntgabe des Honorarbescheids oder auf den Ablauf des Kalenderjahres abzustellen, in dem der ursprüngliche Honorarbescheid ergangen ist?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 22.06.2006 - L 11 KA 6/06 -	06-03-33
<b>Arztregister/Fachkunde/Notfalldienst/Genehmigung</b>				
Fachkundenachweis Psychotherapeuten	11/06 <b>Termin:</b> 07.02.2007	Setzt die Glaubhaftmachung des Fachkundenachweises iS des § 95c S 1 Nr 2 SGB 5 die fachkundige Aussage eines Dritten voraus?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 07.12.2005 - L 11 KA 16/02 -	06-04-41
Genehmigung Kernspintomografie	1/05 <b>Termin:</b> 11.10.2006	Zum Anspruch eines Arztes für Innere Medizin/Kardiologie auf Genehmigung der Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomografie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der Kernspintomografie-Vereinbarung idF vom 16.3.2001	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 11.02.2004 - S 79 KA 99/02 -	05-03-23
Anfechtung einer	8/06	Hat ein niedergelassener Facharzt für innere Medizin die Befugnis zur Anfechtung der Dialysegenehmigung, die einem Fachkollegen auf Grund des § 135 Abs 2 SGB 5 iVm	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 07.12.2005	06-02-21

Dialysegenehmigung durch Konkurrenten	<b>Termin:</b> 07.02.2007	der Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungs-Verfahren erteilt wurde?	- L 12 KA 20/03 -	
Notfalldienst und fachärztliche Versorgung	43/05 <b>Termin:</b> 06.09.06	Hat eine Kassenärztliche Vereinigung bei der Organisation des Bereitschafts- bzw Notdienstes die in § 73 Abs 1a SGB 5 vom Gesetzgeber vorgenommene Aufteilung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung zu berücksichtigen?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 08.06.2005 - L 12 KA 369/04 -	05-04-20
Notfalldienst: Ungeeignetheit eines Pathologen	13/06	Kann ein seit längerer Zeit als Pathologe tätiger Arzt beanspruchen, wegen fehlender Eignung von der Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst ausgeschlossen zu werden, wenn er seiner Verpflichtung zur Weiterbildung in der Notfallmedizin nicht nachgekommen ist?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 16.02.2005 - L 11 KA 42/04 -	05-03-25
Vorbereitungsassistent: Rückwirkende Genehmigung	30/06	Ist eine Kassenzahnärztliche Vereinigung verpflichtet, die Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten rückwirkend zu genehmigen?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> Urt. v. 12.07.2006 - L 3 KA 69/05 -	07-01-44

#### Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Eingeschränkte Einzelfallprüfung bei Überschreitung des zulässigen Verordnungsumfanges	44/06	Dürfen die Prüfungsgremien im Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren eine durch die Prüfvereinbarung zugelassene Einzelfallprüfung anwenden, um der Frage nachzugehen, ob der Vertragsarzt bei einem bestimmten Patienten den nach den sachgerechten Arzneimittelverordnungsumfang überschritten hat?	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> Urt. v. 05.10.2006 - L 5 KA 11/05 -	07-01-57
Prothetik – Nachbesserung durch weiteren Zahnarzt	21/06 <b>Termin:</b> 29.11.06	Sind die Voraussetzungen für einen Schadensregress wegen mangelhafter Prothetik erfüllt, wenn der Vertragszahnarzt zunächst eine Neuankfertigung ablehnt, sich jedoch zu einem späteren Zeitpunkt bereiterklärt, die zahnärztliche Behandlung durch eine andere Zahnärztin durchführen zu lassen?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 07.12.2005 - L 6/7 KA 79/04 -	06-04-57
Umfang der Rechtskraft in Bescheidungsurteilen	27/06	Bindet die Rechtskraft eines Bescheidungsurteils im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinsichtlich der in den Urteilsgründen genannten Punkte nur den Beklagten oder wird dadurch auch die Prüfungsbefugnis des Gerichts im Verfahren über den neuen Bescheid begrenzt?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen, L</b> Urt. v. 14.06.2006 - 3 KA 47/05 -	06-03-48

#### Zulassung und Ermächtigung

68 Jahres-Altersgrenze: EU-Recht	41/06	Verstößt die Altersgrenzenregelung des § 95 Abs 7 S 3 SGB 5 idF des GMG vom 14.11.2003 gegen die Berufsfreiheit und wegen Altersdiskriminierung gegen Gemeinschaftsrecht?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 19.07.2006 - L 12 KA 9/06	06-04-69
Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung (Allgemeinmediziner)	24/06	Hätte der Berufungsausschuss einem Facharzt für Allgemeinmedizin, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Gebührennummern 740, 760 und 763 EBM-Ä für die Zeit vom 1.1.2003 - 31.12.2004 erteilen dürfen bzw. müssen?	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 23.11.2005 - L 5 KA 5774/04 -	06-04-71
Zulassungsentziehung	1/06 <b>Termin:</b> 19.07.06	Ist in den Gründen einer sozialgerichtlichen Entscheidung über die Rechtmäßigkeit einer Zulassungsentziehung die Frage eines Wohlverhaltens des betroffenen Vertrags(zahn)arztes während des Gerichtsverfahrens ausdrücklich zu erörtern?	<b>LSG Saarland,</b> Urt. v. 11.02.2005 - L 3 KA 5/01 -	06-03-59
Frist zur Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit	12/06 <b>Termin:</b> 07.02.2007	Was ist unter einer angemessenen Frist iS des § 95 Abs 5 SGB 5 im Falle der Erziehung eigener Kinder durch den Vertragsarzt zu verstehen?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 15.03.2006 - L 4 KA 29/05 -	06-02-45
Ermächtigung: Leistungsangebot in benachbarten Planungs-	14/05 <b>Termin:</b> 19.07.06	Sind die Zulassungsgremien befugt - ggf unter welchen Voraussetzungen - bzw gar verpflichtet, bei der Prüfung des Ermächtigungsantrages eines Krankenhausarztes in atypi-	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> Urt. v. 09.02.2005	05-02-45

bereichen		schen Fällen auch das Leistungsangebot in benachbarten Planungsbereichen in ihre Beurteilung mit einbeziehen?	- L 3 KA 253/02 -	
Psychologischer Psychotherapeut: Soziologische Gruppe Sexualstraftäter	3/06 <b>Termin:</b> 07.02.2007	Ist ein Psychologischer Psychotherapeut, der als Fachbereichsleiter einer psychotherapeutischen Ambulanz im Bereich der Bewährungshilfe tätig ist, zur Teilnahme an der psychotherapeutischen ambulanten Versorgung ehemaliger Sexualstraftäter zu ermächtigen?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 23.11.2005 - L 5 KA 1484/05 -	06-01-52
Ermächtigung zur Psychotherapie griechischsprechender Versicherter	40/06	Hat eine Diplom-Psychologin einen Anspruch auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung fremdsprachlicher Versicherter in ihrer Heimatsprache, sofern diese Personen der deutschen Sprache nicht in einem solchen Maße mächtig sind, dass die Therapie in dieser Sprache möglich wäre?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 21.06.2006 - L 12 KA 426/04 -	07-01-89
Rückwirkende Anordnung einer Zulassungsbeschränkung	45/06	Ist der Gemeinsame Bundesausschuss bei Änderungen der Bedarfsplanung-Richtlinien-Ärzte (hier: räumliche Abgrenzung der Planungsbereiche im Land Berlin) befugt, Übergangsbestimmungen für die Zulassung von Vertragsärzten abweichend von der Regelung in § 19 Abs 1 S 2 Ärzte-ZV zu treffen?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 14.12.2005 - L 7 KA 9/05 -	06-02-43
Klagebefugnis niedergelassener Ärzte gegen Ermächtigung	42/06	Ist die Widerspruchs- bzw eines Krankenhausarztes unter Berücksichtigung des BVerfG-Beschlusses vom 17.8.2004 (1 BvR 378/00 = SozR 4-1500 § 54 Nr 4) auf diejenigen Vertragsärzte beschränkt, die in demselben Planungsbereich wie der ermächtigte Arzt tätig sind oder tätig werden wollen?	<b>SG Karlsruhe</b> , Urt. v. 27.10.2006 - S 1 KA 3241/05 -	

**Gesamtvergütung**

Schiedsspruch: Vergütung von zahntechnischen Leistungen	44/05 <b>Termin:</b> 19.07.06	Verstößt der Schiedsspruch eines Landesschiedsamtes bezüglich der Vergütung von zahntechnischen Leistungen gegen den Grundsatz der Beitragsstabilität, wenn er die Mengenentwicklung des Vorjahres ausdrücklich unberücksichtigt lässt?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 21.09.2005 - L 5 KR 56/04 -	06-01-61
Gestaltungsspielraum eines Landesschiedsamtes	4/06 <b>Termin:</b> 29.11.06	Zum Gestaltungsspielraum eines Landesschiedsamtes bei der Anpassung der Gesamtvergütung im vertragsärztlichen Bereich für ein bestimmtes Kalenderjahr (hier: 1992).	<b>SG Schwerin</b> , Urt. v. 30.11.2005 - S 3 KA 13/04 -	06-03-76
Festlegung zweier Kopfpauschalen, Rechtskreis Ost/West	34/06	Verstößt die Festlegung zweier Kopfpauschalen, die abhängig von dem Rechtskreis (Ost oder West) zu zahlen sind, für den die Mitglieder der Erstreckungskassen gemeldet wurden, gegen höherrangiges Recht? Verstößt eine Gesamtvergütungsvereinbarung insoweit gegen höherrangiges Recht, als Erstreckungskassen für Mitglieder, die für den Rechtskreis West gemeldet sind, eine Kopfpauschale an eine Kassenärztliche Vereinigung in den neuen Bundesländern zahlen muss, die auf der Grundlage des Ausgangsbetrages für den Rechtskreis West berechnet ist?	<b>LSG Sachsen</b> , Urt. v. 26.07.2006 - L 1 KA 3/06 -	

**Gemeinsamer Bundesausschuss**

Heilmittelbereich: Vertragspartner oder Bundesausschuss	7/06 <b>Termin:</b> 29.11.06	Haben die Vertragspartner im Heilmittelbereich unter Beachtung des § 125 Abs 1 SGB 5 eine ausschließliche Kompetenz hinsichtlich des Inhalts und Umfangs des einzelnen Heilmittels oder gebührt den Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Vorrang?	<b>SG Köln</b> , Urt. v. 28.09.2005 - S 19 KA 38/03 -	06-04-82
---	---------------------------------	---	---	----------

## Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 08.02.2007: Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Ärztliche Behandlung</b>				
Laserinduzierte Thermotherapie (LITT) bei lebensbedrohlicher Krankheit	B 1 KR 24/06 R Termin: 07.11.2006	Sind die Kosten einer neuen Behandlungsmethode (hier: laserinduzierte Thermotherapie) von den Krankenkassen zu übernehmen, wenn der Versicherte an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leidet (hier: hepatozelluläres Karzinom)?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 19.01.2006 - L 4 KR 85/03 -	06-02-86
Neuropsychologie	B 1 KR 3/06 R Termin: 26.09.2006	Können die Nichtbefassung bzw die Dauer der Befassung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit einer bestimmten ärztlichen Behandlungsmethode ein Systemversagen darstellen, das zu einem Kostenerstattungsanspruch von Versicherten führt (hier: ambulante neuropsychologische Therapie bei eingetretener Hirnschädigung)?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 07.02.2006 - S 48 KR 1620/03 -	juris
Künstliche Befruchtung und Altersgrenze bei Männern	B 1 KR 10/06 R	Verstößt die Einführung einer Altersgrenze für den Anspruch auf künstliche Befruchtung (§ 27a Abs 3 S 1 Halbs 2 SGB 5 idF durch Art 1 Nr 14 GMG vom 14.11.2003, BGBl I, 2190; hier: Vollendung des 50. Lebensjahres bei Männern) gegen den Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG?	<i>SG Osnabrück</i> , Urt. v. 31.01.2006 - S 14 KR 116/05 -	06-04-115
	B 1 KR 26/06 R	Ist die Einführung einer Altersgrenze für den Anspruch auf künstliche Befruchtung (§ 27a Abs 3 S 1 Halbs 2 SGB 5 idF durch Art 1 Nr 14 GMG vom 14.11.2003, BGBl I, 2190; hier: Vollendung des 50. Lebensjahres bei Männern) verfassungswidrig?	<i>SG Koblenz</i> , Urt. v. 19.06.2006 - S 8 KR 76/06 -	
<b>Kosten für stationäre Behandlung</b>				
<b>Kostenerstattung</b>				
Antragsvoraussetzung bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln	B 1 KR 8/06 R Termin: 14.12.2006	Muß ein Versicherter auch bei nicht verschreibungspflichtigen homöopathischen bzw anthroposophischen Arzneimitteln, deren Verordnungsfähigkeit er als kraft Gesetzes ausgeschlossen ansieht, zunächst bei der Krankenkasse eine Kostenübernahme bzgl Sachleistungsantrag stellen, bevor er sich das Arzneimittel selbst beschafft um anschließend einen Kostenerstattungsantrag nach § 13 SGB 5 geltend machen zu können?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 24.01.2006 - L 11 KR 5014/05 -	06-04-126
Ablehnung einer Kostenübernahme ohne Differenzierung ambulant/stationärer	B 1 KR 25/06 R Termin voraus-sichtlich 27. 3. 2007	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer selbstbeschafften ambulanten Brachytherapie mit permanenter Seeds-Implantation bei Prostatakrebs zu erstatten, wenn sie den Antrag auf Kostenübernahme abgelehnt hat, ohne zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu differenzieren?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 28.06.2006 - L 5 KR 70/05 -	06-04-123
<b>Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im Ausland/Inland</b>				
Bilaterales Sozialversicherungsabkommen und Notfallbehandlung (Stationärer Aufenthalt in Tunesien nach Unfall)	B 1 KR 18/06 R	Folgt aus den Gebietsgleichstellungsregelungen eines bilateralen Sozialversicherungsabkommens bei einer außerhalb der Sachleistungsaushilfe erforderlich gewordenen Notfallbehandlung im Vertragsausland die uneingeschränkte Anwendbarkeit des § 13 Abs 3 S 1 Alt 1 SGB 5 oder hat der Versicherte nur in dem Umfang Anspruch auf Kostenerstattung, wie es getroffene Verbindungsstellen-Vereinbarungen vorsehen (hier: Beschränkung auf den Betrag der fiktiven Sachleistungskosten nach dem deutsch-tunesischen Abkommensrecht)?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 15.12.2005 - L 1 KR 64/02 -	06-02-110
<b>Arzneimittel</b>				



Off-Label-Use: EU-weit nicht zugelassenen Arzneimittels	B 1 KR 12/06 R Termin: 14.12.2006	Gelten die vom BVerfG im Beschluss vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 = NJW 2006, 891 aufgestellten Grundsätze zur Leistungspflicht der Krankenkassen bei einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung auch für den Ausschluss eines in Deutschland und EU-weit nicht zugelassenen Arzneimittels (hier: Mnesis bei Kardiomyopathie/Friedenreich'scher Ataxie)?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 28.03.2006 - L 24 KR 39/05 -	06-03-125
Off-Label-Use: Ilomedin	B 1 KR 1/06 R Termin: 26.09.2006	Hatte eine Krankenkasse die Kosten für die vom 17.11.2001 - 19.3.2002 durchgeführte Inhalationsbehandlung mit dem Arzneimittel "Ilomedin" (jetzt: "Ventavis") im Rahmen des sogenannten "Off-Label-Use" zu übernehmen, wenn die Versicherte an einer sekundären pulmonalen Hypertonie als Folge des CREST-Syndroms gelitten hat?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 21.07.2005 - L 5 KR 179/04 -	06-03-121
Off-Label-Use: Cabaseril (Wirkstoff L-Dopamin) bei Restless-Legs-Syndrom	B 1 KR 27/05 R Termin: 26.09.2006	Können auch Dauererkrankungen (hier: Restless-Legs-Syndrom), die in Folge ihrer Auswirkungen den Patienten nachhaltig bei seinen Alltagsaktivitäten behindern und zumindest teilweise vom gesellschaftlichen Leben ausschließen, den Off-Label-Use auslösen? Müssen für einen Off-Label-Use die veröffentlichten Studienergebnisse für den Nachweis der Wirksamkeit der Therapie bereits den Prüfkriterien der Zulassungsbehörden entsprechen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 20.09.2005 - L 5 KR 144/03 -	06-01-99
	B 1 KR 15/06 R Termin: 26.09.2006	Hat eine Krankenkasse die Kosten des Arzneimittels "Cabaseril" zur Behandlung einer Dauererkrankung (hier: schweres Restless-Legs-Syndrom mit erheblichen Schlafstörungen) im Rahmen des Off-label-use auch dann zu übernehmen, wenn in concreto kein anderes Medikament zur Verfügung steht, aufgrund wissenschaftlich nachprüfbarer Aussagen Konsens über den voraussichtlichen Nutzen der Therapie besteht, aber die Studienlage nicht eine solche Qualität erreicht, wie sie die Zulassung nach §§ 21 ff AMG erfordert?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 30.03.2006 - L 1 KR 115/04 -	
	B 1 KR 14/06 R Termin: 26.09.2006	Hat eine Krankenkasse die Kosten des Arzneimittels "Cabaseril" zur Behandlung einer Dauererkrankung (hier: schweres Restless-Legs-Syndrom mit erheblichen Schlafstörungen) im Rahmen des Off-label-use auch dann zu übernehmen, wenn in concreto kein anderes Medikament zur Verfügung steht, aufgrund wissenschaftlich nachprüfbarer Aussagen Konsens über den voraussichtlichen Nutzen der Therapie besteht, aber sich nicht auf Ergebnisse einer klinischen Studie der Phase III stützt?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 25.04.2006 - L 4 KR 114/04 -	
Off-Label-Use: Multiplen Sklerose mit "Polyglobin 10%"	B 1 KR 17/06 R Termin voraussichtlich 27.03.2007	Können die Grundsätze des Sandoglobulin-Urteils vom 19.3.2002 (BSGE 89, 184 = SozR 3-2500 § 31 Nr 8) zum Off-label-use eines Fertigarzneimittels bei schweren, die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigenden Krankheiten vor dem Hintergrund des Beschlusses des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 - (NZS 2006, 84 = NJW 2006, 891 = MedR 2006, 164 - immunbiologische Therapie) uneingeschränkt aufrecht erhalten bleiben (hier: Behandlung einer sekundär-progredienten chronischen Multiplen Sklerose mit "Polyglobin 10%" nach dem Auftreten erheblicher Nebenwirkungen unter Betaferon-Vergabe)?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 15.12.2005 - L 1 KR 56/03 -	06-02-112
Anthroposophische Therapierichtung (Mistelpräparat Helixor)	B 1 KR 31/06 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für ein nicht verschreibungspflichtiges Mistelpräparat der anthroposophischen Therapierichtung (hier: Helixor A), das in der adjuvanten Krebstherapie eingesetzt wird, zu übernehmen? Zur Feststellung des Therapiestandards bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln der besonderen Therapieeinrichtungen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB 5 keine näheren Bestimmungen zur standardmäßigen Anwendung solcher Arzneimittel bei diesen Erkrankungen nach dem Erkenntnisstand der besonderen Therapierichtungen getroffen hat.	<b>SG Dresden</b> , Urt. v. 29.06.2006 - S 18 KR 534/05 -	06-04-143

Schmerzmitteln auf Cannabinoidgrundlage (Dronabinol und Cannabinol)	B 1 KR 30/06 R Termin voraussichtlich 27.03.2007	Haben versicherte Schmerzpatienten zu Lasten der GKV nach den Rechtsgedanken des Beschlusses des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5 Anspruch auf Versorgung mit Schmerzmitteln auf Cannabinoidgrundlage, die weder als Fertigarzneimittel in Deutschland zugelassen sind noch deren Verwendung als Rezepturarzneimittel vom G-BA befürwortet worden ist?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 30.08.2006 - L 5 KR 281/06 -	07-01-148
---	---	---	---	-----------

**Hilfsmittel/Heilmittel**

Behindertengerechter Umbau eines PKW	B 3 KR 9/06 R	Besteht für den behindertengerechten Umbau eines PKW ein Anspruch auf Kostenerstattung im Rahmen der Hilfsmittelversorgung?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 22.02.2006 - L 11 (2) KR 107/05 -	06-02-122
Altes Recht für erst 2004 ausgelieferte Brillen	B 3 KR 20/06 R	Haben die Krankenkassen die Kosten für Sehhilfen von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, vor dem Hintergrund der Rechtsänderung des § 33 SGB 5 durch das GMG in Höhe der Festbeträge zu übernehmen, wenn die Verordnungen durch die Ärzte und die Bestellungen durch die Versicherten in 2003, die Abgabe durch die Optiker jedoch erst in 2004 erfolgten?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.09.2006 - L 16 KR 194/05 -	06-04-179

**Häusliche Krankenpflege/Hospizversorgung**

Mobilisierungsübungen	B 8 KN 4/04 KR R	Zählen ärztlich verordnete Bewegungsübungen (bei Zustand nach Akustikneurinom-OP, Hydrocephalusaresoption mit Ventoimplantat) zu den Maßnahmen der Behandlungspflege iS von § 37 Abs 2 S 1 SGB 5 oder sind sie als Bewegungstherapie iS von § 32 Abs 1 SGB 5 bzw als Pflegeleistungen iS der so genannten aktivierenden Pflege im Rahmen der Grundverrichtung "Gehen" nach § 14 Abs 4 Nr 3 SGB 11 zu berücksichtigen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 08.07.2004 - L 2 KN 76/04 KR -	04-04-127
An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen	B 3 KR 11/05 R	Hatte ein ambulanter Pflegedienst nach der im Jahre 2000 geltenden Vertragsbestimmungen einen Anspruch auf Zahlung jeweils einer Einzelvergütung für das morgendliche Anziehen und das abendliche Ausziehen von Kompressionsstrümpfen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 03.03.2005 - L 1 KR 380/03 -	05-02-154

**Fahrkosten/Zuzahlung**

Zuzahlung	B 10 KR 1/06 R	Sind bei der Feststellung des Freibetrages nach § 62 Abs 2 S 3 SGB 5 nicht nur der Freibetrag für das sächliche Existenzminimum des Kindes (Kinderfreibetrag), sondern auch der Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes zu berücksichtigen?	<i>SG Lübeck</i> , Urt. v. 19.01.2006 - S 3 KR 1501/04 -	06-03-155
Zuzahlungsfreibetrag für Kinder: Gemeinsamer Haushalt beider Elternteile	B 1 KR 41/06 R	Ist der Wortlaut von § 62 Abs 2 SGB 5 dahingehend auszulegen, dass nur Angehörige des Versicherten zu berücksichtigen sind, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 24.11.2006 - L 4 KR 3780/05 -	07-01-173
Einnahmen zum Lebensunterhalt und Beitragserstattung	B 1 KR 1/07 R	Ist eine Beitragserstattung bei den Einnahmen zum Lebensunterhalt nach § 62 Abs 2 S 4 SGB 5 zu berücksichtigen, verneinendenfalls, ob der Eckregelsatz nach dem SGB 12 als fiktives Mindesteinkommen heranzuziehen ist?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 14.03.2006, - L 11 KR 4861/05 -	

**Krankenhauskosten**

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit: Fehlende Behandlungsalternative	B 3 KR 19/05 R	Besteht ein Anspruch auf fortdauernde Krankenhausbehandlung bei einer Alkoholkrankung mit weiteren Gesundheitsstörungen, wenn keine konkrete Behandlungsalternative aufgezeigt wird und mangels Bestellung eines Betreuers keine wirksame Mitteilung über den Wegfall der Voraussetzungen für die weitere Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit an den Versicherten ergehen kann (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 12.04.2005 - L 5 KR 37/04 -	06-01-133
Psychiatrie-Patienten	B 3 KR 21/05 R	Zur Frage der Notwendigkeit fortdauernder Krankenhausbehandlung bei Psychiatrie-Pa-	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> ,	06-01-134

		tienten, die aufgrund ihres Krankheitsbildes von der Krankenkasse als Pflegefall angesehen werden (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	Urt. v. 11.05.2005 - L 5 KR 42/04 -	
Vollstationäre Behandlung bei chronifiziertem Dauerzustand (Schizophrenie)	B 3 KR 13/06 R	Zur Beurteilung der Notwendigkeit einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung einer Versicherten, die sich seit 1973 ununterbrochen in derselben Station der psychiatrischen Klinik aufgehalten hat, dort aber stets nur zeitweise auf Kosten der Krankenkasse versorgt worden ist.	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 30.03.2006 - L 5 KR 142/04 -	06-03-166
Weiterbehandlung im Krankenhaus bei fehlendem Heimplatz	B 3 KR 15/06 R	Hat eine Krankenkasse für die Kosten der Weiterbehandlung im Krankenhaus eines psychisch kranken Versicherten mit akuter Eigen- und Fremdgefährdung aufzukommen, wenn diese deshalb notwendig wurde, weil ein entsprechender Heimplatz nicht zur Verfügung stand?	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> Urt. v. 27.04.2006 - L 1 KR 61/05 -	
Keine Hinweispflicht auf Behandlungsalternative -	B 1 KR 32/04 R (Anfrage 3. Sen., s. Beschl. v. 04.04.2006) Vorlagebeschluss an den GS am 07.11.2006	Zum Anspruch auf fortdauernde Krankenhausbehandlung bei Psychiatrie-Patienten im Falle von nicht aufgezeigten konkreten Behandlungsalternativen (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	<b>LSG Schleswig-Holstein,</b> Urt. v. 21.09.2004 - L 1 KR 58/03 -	05-01-165
Ende der Zahlungsverpflichtung	B 3 KR 27/05 R	Ist eine Krankenkasse im Rahmen der Krankenhausbehandlung verpflichtet, in einem förmlichen Verwaltungsverfahren gegenüber dem Versicherten über das Ende der Zahlungsverpflichtung zu entscheiden, oder beschränkt sich diese Verfahrensweise nur auf psychiatrische Behandlungen?	<b>LSG Schleswig-Holstein,</b> Urt. v. 11.05.2005 - L 5 KR 31/04 -	06-02-144
Überprüfungsverfahren	B 3 KR 22/05 R <b>Termin:</b> 28.09.2006	Zum Vergütungsanspruch eines Krankenhauses bei streitiger Notwendigkeit der Verlängerung einer Krankenhausbehandlung, wenn das zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren von mehreren Beteiligten nicht eingehalten worden ist.	<b>LSG Saarland,</b> Urt. v. 19.01.2005 - L 2 KR 29/02 -	05-04-128
	B 3 KR 23/05 R <b>Termin:</b> 28.09.2006	Sind Einwendungen einer Krankenkasse gegen die Verlängerung einer Krankenhausbehandlung ausgeschlossen, wenn das zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren von ihr nicht eingehalten und dem Krankenhaus eine Nachholung der Überprüfung nicht zugemutet werden kann?	<b>LSG Saarland,</b> Urt. v. 19.01.2005 - L 2 KR 30/02	05-04-129
	B 3 KR 12/06 R	Kann eine Krankenkasse im Rahmen der Prüfung von Behandlungsabrechnungen vom Krankenhaus die Herausgabe von Behandlungsunterlagen an den zuständigen MDK verlangen, nachdem eine entsprechende Aufforderung des MDK vom Krankenhaus nicht befolgt worden ist?	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 18.11.2005 - L 4 KR 778/05 -	06-04-167
Verbringung in anderes Krankenhaus und Rückverlegung am selben Tag	B 3 KR 17/06 R	Handelt es sich um Leistungen Dritter im Sinne des § 2 Abs 2 S 2 Nr 2 BPflV 1994, wenn eine Versicherte während einer stationären Behandlung in der orthopädischen Fachabteilung einer Klinik wegen Verdachts auf Herzinfarkt in die Intensivstation eines weiteren Krankenhauses eingeliefert wird und eine Rückverlegung am selben Tag erfolgt?	<b>LSG Schleswig-Holstein,</b> Urt. v. 23.08.2006 - L 5 KR 78/05 -	06-04-169
Fallpauschale 16.02	B 3 KR 20/05 R <b>Termin:</b> 28.09.2006	Kann die Fallpauschale 16.02 abgerechnet werden, wenn ein frühgeborenes Kind noch am Tag der Entbindung von der gynäkologischen in die pädiatrische Abteilung verlegt wird? Setzt die Hemmung bzw Unterbrechung der Verjährung durch Klageerhebung eine hinreichende Spezifizierung der eingeklagten Forderungen voraus?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 23.09.2004 - L 2 KR 13/04 -	05-01-168
Anspruch auf Erstattung von	B 3 KR 1/07 R	Hat ein Krankenhausträger gegenüber einer Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung	<b>LSG Hessen,</b>	07-01-188

Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden		der Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden, wenn die Krankenkasse die Krankenhausbehandlungskosten erst verspätet beglichen hat?	Urt. v. 30.11.2006 - L 8 KR 175/05 -	
<b>Weitere Leistungserbringer</b>				
Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis (VACOPED)	B 3 KR 28/05 R <b>Termin:</b> 28.09.2006	Besteht ein Anspruch des Hilfsmittelherstellers auf Aufnahme der Vakuumstützsysteme VACOPEd für die Indikationen "schwere Bandverletzung im Bereich des oberen Sprunggelenkes" und "Frakturen am Fuß und Sprunggelenk (außer Zehenverletzung)" sowie VACOachill für die Indikation "Achillessehnenruptur" in das Hilfsmittelverzeichnis?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 20.09.2005 - L 5 KR 35/02 -	05-04-135
Inkassorisiko bei ausbleibender Zuzahlung (Sanitätshaus)	B 3 KR 29/05 R <b>Termin:</b> 07.12.2006	Hat ein Hilfsmittelerbringer den unterbliebenen Zuzahlungsbetrag unter Berücksichtigung des § 33 Abs 2 S 3 Halbs 2 SGB 5 idF vom 23.6.1997 vollständig gegenüber dem Versicherten durchzusetzen oder kann er ihn gegenüber der Krankenkasse nach § 43b S 2 SGB 5 idF vom 21.12.1992 geltend machen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 20.10.2005 - L 16 KR 31/05 -	06-01-147
Leitung eines ambulanten Pflegedienstes	B 3 KR 5/06 R <b>Termin:</b> 28.09.2006	Besitzt eine staatlich anerkannte Altenpflegerin die Eignung zur Leitung eines ambulanten Pflegedienstes für die häusliche Krankenpflege?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 06.04.2005 - L 1 KR 4/05 -	06-02-157
Anerkennung als Pflegedienstleitung	B 3 KR 4/06 R <b>Termin:</b> 28.09.2006	Kann eine als Arzthelferin und Altenpflegerin ausgebildete und tätig gewesene Pflegekraft die fachliche Leitung eines ambulanten Krankenpflegedienstes übernehmen und besteht in entsprechender Feststellungsanspruch der Pflegekraft gegenüber den Krankenkassen?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 06.04.2005 - L 1 KR 119/04 -	06-02-158
	B 3 KR 10/06 R	Hat ein sonstiger Leistungserbringer im Bereich der häuslichen Krankenpflege einen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Zahlung von Verzugszinsen im Zusammenhang mit der Abwicklung von Vergütungsansprüchen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 06.04.2006 - L 16 KR 141/05 -	06-03-179
<b>Sonstiges</b>				
Offenlegungspflicht der jährlichen Vergütungen	B 1 A 3/06 R <b>Termin:</b> 14.02.2007	Verstößt die gesetzliche Offenlegungspflicht der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einer Krankenkasse einschließlich Nebenleistungen und wesentlicher Versorgungsregelungen gegen höherrangiges Recht? Darf eine Krankenkasse die Veröffentlichung nach § 35a Abs 6 S 2 SGB 4 verweigern	<b>SG Speyer</b> , Urt. v. 25.07.2006 - S 13 KR 40/05 - <b>SG Detmold</b> , Urt. v. 06.09.2006 - S 3 KR 54/04 -	06-04-188
Erstattungsanspruch/Adaptionsmaßnahme im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung	B 1 KR 36/06 R	Ist der Erstattungsanspruch nach § 14 Abs 4 S 1 SGB 9 ausgeschlossen, wenn der Sozialhilfeträger bereits vor Bewilligung der Leistung von der Zuständigkeit der Krankenkasse ausgegangen ist? Handelt es sich bei einer Adaptionsmaßnahme im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung um eine aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsmaßnahme im Sinne der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 19.10.2006 - L 5 KR 50/06 -	
Öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche und Prozesszinsen	B 1 KR 39/06 R	Können für öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche in analoger Anwendung des § 291 BGB Prozesszinsen verlangt werden?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 16.08.2006 - L 1 KR 23/05 -	