

# Rechtsprechungsinformationsdienst 08-02

Redaktion \_\_\_\_\_ 6

## A. Vertragsarztrecht \_\_\_\_\_ 7

### I. Honorarverteilung \_\_\_\_\_ 7

1. Psychotherapeuten \_\_\_\_\_ 7
  - a) Vergütung 1999 \_\_\_\_\_ 7
    - aa) KV Hessen \_\_\_\_\_ 7
    - bb) KV Nordrhein \_\_\_\_\_ 8
    - cc) KV Niedersachsen \_\_\_\_\_ 8
  - b) Vergütung 2000 \_\_\_\_\_ 8
  - c) Vergütung 1999 und 2002 \_\_\_\_\_ 9
2. Individualbudget \_\_\_\_\_ 9
  - a) Unzulässige Individualbudgets: Bindung an Bewertungsausschuss (KV Baden-Württemberg II/05) \_\_\_\_\_ 9
  - b) KV Schleswig-Holstein \_\_\_\_\_ 10
    - aa) Keine Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen für begrenzte Zeit \_\_\_\_\_ 10
    - bb) Kalkulierbare Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen \_\_\_\_\_ 11
    - cc) Augenärzte: Durchschnittlichkeit der Fachgruppe \_\_\_\_\_ 11
  - c) Einführung eines praxisindividuellen Regelleistungsvolumens (KV Hamburg) \_\_\_\_\_ 12
  - d) Erhöhung eines Individualbudgets im einstweiligen Rechtsschutz \_\_\_\_\_ 12
3. Fester oder floatender Punktwert \_\_\_\_\_ 12
4. Teilbudgets und Fachgruppentopf für fachärztlich tätige Fachinternisten \_\_\_\_\_ 13
5. KV Hessen \_\_\_\_\_ 14
  - a) Regelleistungsvolumen: Ermessen bei Sonderregelung (Kinderkardiologie)/80 %-Grundlage \_\_\_\_\_ 14
  - b) Ausgleichsregelung nach EBM 2005 (5 %-Schwankungsbreite, Ziff. 7.5 HVV): Junge Praxis \_\_\_\_\_ 14
  - c) Koordination verschiedener Budgetierungsmaßnahmen \_\_\_\_\_ 14
  - d) Sonderregelung für junge kinderkardiologische Praxis (Individualbudget) \_\_\_\_\_ 15
  - e) Änderung bei Dialysesachkosten (III/01) \_\_\_\_\_ 15
6. Notfallbehandlung \_\_\_\_\_ 15
  - a) Unterschiedliche Vergütung zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten \_\_\_\_\_ 15
  - b) Patienten im organisierten Notfalldienst außerhalb Praxisbudget \_\_\_\_\_ 15
7. Vergütungsanspruch bei angefochtener Genehmigung einer Arztanstellung \_\_\_\_\_ 15
8. Aufhebung rechtswidriger bestandskräftiger Honorarbescheide \_\_\_\_\_ 16
9. Adressat eines Sicherungseinhaltes nach veränderter Zusammensetzung einer Gemeinschaftspraxis \_\_\_\_\_ 16
10. Zahnärzte \_\_\_\_\_ 17
  - a) Fallwertbezogene Bemessungsgrenzen und Wachstum \_\_\_\_\_ 17
  - b) Honorarbegrenzung bis zu einer Obergrenze \_\_\_\_\_ 17
  - c) Degressionsforderung gegen Gemeinschaftspraxis bei Mitgliederwechsel \_\_\_\_\_ 17
  - d) Bindungswirkung einer Festsetzung in Degressionsbescheid \_\_\_\_\_ 18
  - e) Restvergütungsquote/Degressionskürzung \_\_\_\_\_ 18

### II. Sachlich-rechnerische Berichtigung \_\_\_\_\_ 18

1. Leistungsbeschränkung bei Job-Sharing \_\_\_\_\_ 18
2. Ende der Ermächtigung nach § 95 XI SGB V \_\_\_\_\_ 19
3. Nr. 60 EBM (Ganzkörperstatus) in Notfallambulanz \_\_\_\_\_ 19
4. Hausärztlicher Allgemeinmediziner: Nrn. 740, 741, 745 EBM (Endoskopie) \_\_\_\_\_ 20
5. Frauen- und Belegarzt: Leistungen bei einem Neugeborenen \_\_\_\_\_ 20
6. Kosten für Individualausblendungen bei einem Multi-Leaf-Collimator \_\_\_\_\_ 20
7. Ziffer 05340 „Überwachung der Vitalfunktion“ nicht mit Ziffer 05230 EBM 2005 \_\_\_\_\_ 20
8. Zahnärzte: Nr. 01 nicht neben Nr. 7500 BEMA-Z \_\_\_\_\_ 21

### III. Fachkunde/Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst/Ausschreibung \_\_\_\_\_ 21

1. Fachkunde/Qualitätssicherung \_\_\_\_\_ 21
  - a) Widerruf der Koloskopiegenehmigung/Sofortige Vollziehbarkeit \_\_\_\_\_ 21
  - b) Nachweis mit Bilddokumentation einschl. Zoekum \_\_\_\_\_ 21
  - c) Onkologisch verantwortlicher Arzt und hausärztliche Versorgungsebene \_\_\_\_\_ 22
2. Vertrauensschutz bei Inkrafttreten einer Neuregelung \_\_\_\_\_ 22

3. Zweigpraxis	22
a) Genehmigung einer Zweig(Filial-)Praxis bei defensiver Konkurrentenklage	22
b) Keine defensive Konkurrentenklage gegen Zweigpraxisgenehmigung	22
c) Kinderärztliche Zweigpraxis in Ortschaft ohne Kinderarzt	23
d) MVZ: Leistungsspektrum am Vertragsarztsitz	23
4. Genehmigung als Belegarzt: Unzureichende Belegbettenzahl	23
5. EBM 2005	24
a) Rückwirkende Genehmigung (Nrn. 01730, 01821, 01822 und 01828 EBM 2005)	24
b) Kinder- und Jugendmediziner: Nr. 09323 EBM 2005/Abweichende Regelung	24
c) Kein Genehmigungsvorbehalt für kapitelfremde Leistungen nach Ermächtigung	24
d) Keine Akupunkturgenehmigung für Augenärztin	25
6. Entlastungsassistent aus familiären und berufspolitischen Gründen	25
7. Sicherstellungsassistentin ohne Weiterbildung	25
8. Bereitschaftsdienst: Teilnahme am Notdienst durch Nichtvertragsarzt	25
9. Ausschreibung zur Praxisnachfolge nach Ruhen der Zulassung	25
<b>IV. Disziplinarrecht: Buße von 5.000 Euro wegen unzulässigen Privatleistungen</b>	<b>26</b>
<b>V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz</b>	<b>26</b>
1. Eingeschränkte Einzelfallprüfung	26
2. Arzneimittelregress/Heilmittelregress	26
a) Richtgrößenprüfung KV Bayern 2002	26
b) Arzneikostendaten: Fehlende Substantiierung ihrer Unrichtigkeit	26
c) Off-Label-Use	27
aa) Equasym bei ADHS im Erwachsenenalter	27
bb) Sildenafil bei pulmonaler Hypertonie (2001 bis 2005)	27
d) Unsichere Rechtslage über Verordnungsfähigkeit eines Arzneimittels (Wobe Mugos E)	27
e) Cannabinoidhaltiges Rezepturarzneimittel (hier: Dronabinol)	28
f) Keine Saldierung mit hypothetischen Arzneimittelkosten (Kombinationspräparat)	28
g) Regress Krankengymnastik: Verordnung über Gesamtverordnungsmenge	28
h) Aufschiebende Wirkung gegen Regress nach Richtgrößenprüfung bei drohender Insolvenz	29
3. Aufschiebende Wirkung gegen Feststellung eines sonstigen Schadens	29
4. Anordnung der sofortigen Vollziehung	29
5. Zahnärzte	30
a) Durchschnittswerte/Unterschiedliche Morbidität Stadt-Land	30
b) Verantwortlichkeit des Vertragszahnarztes für zahntechnisches Labor	30
c) Ausländische Versicherte/Berücksichtigung der Degression	31
d) Vergleichsgruppe MKG-Chirurgen: Größe/Homogenität	31
<b>VI. Zulassungsrecht</b>	<b>31</b>
1. Zulassungsentziehung	31
a) Wiederzulassung nach kollektivem Zulassungsverzicht	31
b) Bewährungszeit und Altverfehlungen/Eignungsprüfung	32
c) Zulassungsentziehung wegen Kickback-Zahlungen („Globudent“)	33
2. Sonderbedarfszulassung	33
a) Rheumatologe	33
b) Keine rückwirkende Sonderbedarfszulassung	33
3. Psychotherapeut und sog. Zeitfenster	34
4. 68 Jahres-Altersgrenze	34
5. Ermächtigung	34
a) Ermächtigung einer bei Pro Familia angestellten Ärztin	34
b) Nachbetreuung nach Magenbandoperation	35
c) Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	35
d) „Ärztlich geleitete Abteilung“ nach §119a SGB V	35
<b>VII. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen</b>	<b>35</b>
1. Einstweilige Anordnung gegen Quotierung über den sog. Nachhaltigkeitsfaktor	35
2. Mindestsatzregelung und Mammakarzinom	36
3. Statusrelevanter Charakter: Gesondertes Feststellungsverfahren/Beitragsbemessungsgrenze	36
<b>VIII. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/GBA</b>	<b>36</b>
1. Abwehrklage gegen Versorgungsvertrag mit Kostenübernahme für Off-Label-Use (Avastin)	36
2. Einstweiliger Rechtsschutz gegen GBA wegen Beschlussfassung Gesprächspsychotherapie	37
<b>IX. Me-Too-Liste: Almogran® (Wirkstoff Almotriptan)</b>	<b>38</b>

<b>X. Verfahrensrecht</b>	<b>38</b>
1. Klage auf Korrektur des EBM	38
2. Honorarrückforderung und einstweiliger Rechtsschutz	38
3. Anfechtung der Feststellung fehlender Sicherstellung (§ 72a SGB V)	39
4. Rechtskraft bei Bescheidungsurteil	39
5. Keine Anfechtung einer Nichtgenehmigung eines „Disease Management Program“ durch KV	39
<b>XI. Streitwert/Anwaltsvergütung</b>	<b>40</b>
1. Honorarstreitigkeiten	40
a) Erhöhtes Individualbudget bis zum Fachgruppendurchschnitt	40
b) Untätigkeitsklage in Honorarstreitverfahren	40
2. Widerruf der Koloskopiegenehmigung/Sofortige Vollziehbarkeit	40
3. Zulassungssachen	41
a) Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit	41
b) Beschluss durch Vorsitzenden/Ermächtigung zur Durchführung von LDL-Apheresen	41
c) Abwehrklage gegen Versorgungsvertrag mit Kostenübernahme für Off-Label-Use (Avastin)	41
4. Merkmal „schwierig“ i. S. d. Ziffer 2400 RVG-VV	41
5. Fälligkeit der im Beschwerdeverfahren anfallenden Gebühren	41
<b>XII. Entscheidungen des BSG</b>	<b>42</b>
1. Honorarverteilung	42
a) Kein Behandlungsanspruch nach kollektivem Systemausstieg	42
b) Probatorische Leistungen von Psychotherapeuten	42
c) Bewertungsausschuss: Veränderungen der Zahl der Hausärzte	42
d) Honorartöpfe nach alten Abrechnungsvolumina und Höherbewertung im EBM	42
e) Anknüpfen an Ergebnisse einer materiell rechtswidrigen Honoraraufteilung	42
f) Individualbudget und Steigerung des Leistungsvolumens	43
g) Fristen für Einreichung der Quartalsabrechnungen	43
2. Zulassungsrecht	43
a) 68 Jahres-Altersgrenze	43
b) Zulassungsentziehung: Entscheidung des Berufungsausschusses ohne mündliche Verhandlung	43
c) Keine Ermächtigung aufgrund nichtdeutscher Muttersprache	44
3. Anwaltsvergütung: Hauptsacheentscheidung und Sofortvollzug	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) BVerfG: Kostentrugspflicht für neue Behandlungsmethode (Hyperthermie)	45
b) BVerfG: Apheresebehandlung bei Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie)	46
c) LDL-Apherese zur isolierten Senkung des Lipoprotein(a)-wertes	47
d) Ambulante Radiochirurgie	47
e) Photodynamische Diagnostik mittels Fluoreszenzzystoskopie	47
f) Anspruch auf Laserinduzierte Thermoerapie (LITT) bei lebensbedrohlicher Krankheit	47
g) Extrakorporale Stoßwellentherapie	48
h) Wangenauffüll-Behandlung mit "New-Fill"	48
2. Künstliche Befruchtung	48
a) Leistungsumfang bei klinisch nachgewiesener Schwangerschaft	48
b) Altersgrenze für Frauen von 40 Jahren verfassungsgemäß	49
3. Leistung durch nicht zugelassenen Arzt/Psychotherapeuten	49
4. Zahnärztliche Behandlung	49
a) Implantatversorgung	49
aa) Keine Implantatversorgung bei Unterkieferatrophie	49
bb) Kieferanomalie/Kieferatrophie	50
b) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahme (Aufbisschiene)	50
c) Bindung an Kieferorthopädie-RL	50
<b>II. Kostenerstattungsanspruch</b>	<b>50</b>
1. Nadel-Epilation bei Transsexualität durch Kosmetikerin	50
2. Behandlung in Privatklinik bei Behandlungsalternative in Vertragskrankenhaus	50
3. Fehlende Einschaltung der Krankenkasse/Ursächlichkeit der Leistungsablehnung	51
4. Keine Kosten bei Erbringung als Sachleistung	51
5. Antrag auf Kostenerstattung für Behandlung durch nicht zugelassenen Zahnarzt	52

<b>III. Stationäre Krankenhausbehandlung: Brustverkleinerungsoperation</b>	<b>52</b>
<b>IV. Arzneimittel</b>	<b>52</b>
1. Off-Label-Use	52
a) BVerfG: Immunglobulintherapie (Flebogamma) zur AIDS-Behandlung	52
b) Intravenöse Immunglobuline (Octagam) bei Multipler Sklerose	53
2. Fehlende Zulassung (Maliasin)	53
3. Arzneimittel auf Cannabisgrundlage (Dronabinol/Marinol)	53
a) Kein Versorgungsanspruch	53
b) Anspruch auf Prozesskostenhilfe	54
4. BVerfG: Ausschluss von Arzneimitteln für erektile Dysfunktion (Viagra)	54
5. Anspruch auf Versorgung mit Sonnencreme	55
<b>V. Hilfsmittel</b>	<b>55</b>
1. Rollstuhlrückhaltesystem für Behindertentransportkraftwagen (Kraftknoten)	55
2. Sicherheitsweste für Rückhaltesystem im PKW	56
3. Mobile Rampe	56
4. Therapie-Tandem	56
5. Ausstattung mit einer zweiten Unterschenkel-Prothese	56
6. Feststehender Klemmlifter	57
7. Neuprogrammierung eines Umfeldkontrollgerätes	57
8. IMEG (Intramyokardiales Elektrogramm)-Abstoßungsmonitoring-System	57
<b>VI. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe</b>	<b>58</b>
1. Alternative Pflegedienstangebote bei fehlender Einigung	58
2. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen und Pflegeversicherung (bis 2003)	58
3. Rückforderung von Pflegekosten nach einstweiliger Anordnung	59
<b>VII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha</b>	<b>59</b>
1. Zuzahlungen	59
a) Krankheit nach § 2 II Buchst. c) Chroniker-RL	59
b) Verfassungsgemäßheit der Praxisgebühr	60
2. Fahrkosten:	60
a) KrTRL - Hohe Behandlungsfrequenz	60
b) Fahrten zu einer ambulanten Strahlenbehandlung	60
3. Rehabilitationsmaßnahmen	60
a) Keine stationäre Rehabilitation bei ambulanten Maßnahmen am Wohnort	60
b) Vorzeitige stationäre Rehabilitationsmaßnahme	61
c) Ambulante vor stationärer Rehabilitationsmaßnahme	61
d) Refahfunktionstraining	61
aa) Beschränkung durch Rahmenvereinbarung	61
bb) Fortsetzung des Funktionstrainings im Einzelfall	62
<b>VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern</b>	<b>62</b>
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	62
a) Einwendungsausschluss nach Krankenhausüberprüfungsverfahren in Landesvertrag	62
b) Einhaltung des Krankenhausüberprüfungsvertrages	63
c) Medikamentöse Umstellung als Grund für stationäre Behandlung	63
d) Auf Dauer angelegte Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern	63
e) Vergütung stationär durchgeführter Operation als ambulante Operation	64
f) Rechnungsabschlag gemäß § 8 IX KHEntgG verfassungsgemäß	64
g) Entbindungsanstaltspflege über den 6. Tag nach der Geburt	64
h) Abschluss eines Versorgungsvertrages bei wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden	65
2. Herstellerrabatt bei niederländischer Internetapotheke und französischem Pharmaunternehmen	65
3. Arzneimittelhersteller: Voraussetzung für Ausschreibung von Rabattverträgen	66
4. Umsatzsteuer für Sondennahrung nach Vorgabe der Steuerverwaltung	68
5. Hilfsmittelerbringer	68
a) Vergabeverfahren: Hauszustellung und Lieferung von Inkontinenzartikeln	68
b) Ansprüche bis Ende 2008 nach Übergangsrecht	69
c) Übergangsfrist nach § 126 II SGB V	69
d) Vorlage einer Maßkarte für Kompressionsstrümpfe	69
6. Häusl. Krankenpflege: Vorlagepflicht nach drei Tagen begründet keine Ausschlussfrist	70
7. Krankentransportunternehmen: Einzug des Versichertenanteils durch Krankenkasse	70
8. Erstattung der Kosten von rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbrüchen	70

<b>IX. Angelegenheiten der Krankenkassen</b>	<b>70</b>
1. BVerfG: Veröffentlichung der Vorstandsvergütung verfassungsgemäß	70
2. Wahltarife nach § 53 SGB V und private Krankenversicherung	71
3. Risikostrukturausgleich: Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen	71
4. Keine Vorlage einer Kündigungsbestätigung bei Neuaufnahme	71
<b>X. Verfahrensrecht: Keine Berufung bei Untätigkeit des SG</b>	<b>72</b>
<b>XI. Entscheidungen des BSG</b>	<b>73</b>
1. Neben Kostenerstattungsanspruch kein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch	73
2. Arzneimittel/Off-Label-Use: Immunglobulintherapie (Flebogamma) zur AIDS-Behandlung	73
3. Fahrkosten	73
a) Krankentransport wegen Krankenhausverlegung aus religiösen Gründen	73
b) Fehlfahrt eines Rettungsdienstes	73
4. Krankenhausbehandlung: Vergütung bei Kassenwechsel/Prozesszinsen	74
5. Augenoptiker und Wegfall der Leistungspflicht für Sehhilfen im Jahr 2004	74
6. Erstattungsanspruch bei Rehabilitationsmaßnahmen	74
a) Erstattungsanspruch des zweitangegangenen Trägers/medizinische Rehabilitation	74
b) Erstattungsanspruch des erstangegangenen Leistungsträgers/Altersteilzeit	74
7. Gewährung der Akteneinsicht auf Zwischenfeststellungsklage	74
<b>C. Entscheidungen anderer Gerichte</b>	<b>75</b>
<b>I. Ärztliches Berufsrecht</b>	<b>75</b>
1. Approbation: Entziehung/Ruhen	75
a) BVerfG: Sofortige Vollziehung des Ruhens der Approbation	75
b) BVerwG: Approbationswiderruf nach Abrechnungsbetrug als Vertragsarzt	75
c) Widerruf der Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	76
2. Erlaubte Abgabe von Brillen durch Augenärzte/„Verkürzter Versorgungsweg“	76
3. Erstellung von Befundberichten in angemessener Frist	76
4. BVerwG: Erlaubnis nach § 13 ZHG nicht auf Dauer	77
5. Anerkennung als Fachärztin für Allgemeinmedizin ohne Weiterbildung	77
6. Führung des Titels „Master of Science (Kieferorthopädie)“	77
7. Versorgungsrecht: Lebenspartnerschaft ohne Hinterbliebenenrente und Beitragshöhe	77
<b>II. Arzthaftung</b>	<b>78</b>
1. Aufklärung bei mehreren Behandlungsmethoden	78
2. Allgemein gefasste Einverständniserklärung und Risikoeingriff	78
3. Verwirklichung eines behandlungsimmanenten Risikos	78
4. Bindung an Überweisungsauftrag	78
5. Pflegeaufwand nach Geburtsschaden	79
6. Schadensersatz nach Entfernung weiblicher Geschlechtsorgane vor 30 Jahren	79
7. Unterlassene Befunderhebung und Beweislast/Schmerzensgeld für angeblichen Simulanten	79
8. Beweislast: Dokumentationsversäumnis bei unstreitiger Befunderhebung	79
9. Zum Ausschluss der Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern	79
10. Persönliche Haftung des Durchgangsarztes	80
11. Auftragsumfang an Sachverständigen	80
<b>III. Private Krankenversicherung/Privatbehandlung/Beihilfe</b>	<b>80</b>
1. Arzt trägt Beweispflicht für Leistungen und ihre medizinische Notwendigkeit	80
2. Aufklärungspflicht bei Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung	81
3. Ambulante vor stationärer Reha	81
4. Klage auf Zahnarzthonorar wegen nicht rechtzeitiger Vorlage der Versichertenkarte	81
5. Axilläre Hyperhidrose III. Grades als Krankheitsfall/Therapie mit Botulinumtoxin ("Botox")	81
6. Verfassungswidrigkeit der Beihilferegelungen des Bundes	81
<b>IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte</b>	<b>82</b>
1. Werbegeschenke von Pharmaunternehmen an niedergelassene Ärzte	82
2. BVerwG: Versandhandel mit Arzneimitteln darf Drogeriemärkte einbeziehen	82
3. BVerwG: „Internationale Apotheke“	82
4. Beihilfe: Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (Hyaluronsäure)	83
5. Beihilfe für nichtverschreibungspflichtige Medikamente	83
6. Medikamente zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion	83

<b>V. Rechtsweg</b>	<b>83</b>
1. BGH: Rechtsweg für wettbewerbsrechtliche Ansprüche gegen Apotheker - Treuebonus	83
2. Rechtsweg zu Sozialgerichten: Vergütungspauschale für Überweisung	83
<b>VI. Verschiedenes</b>	<b>84</b>
1. EuGH	84
a) Gemeinschaftsrechtliches Vergaberecht: Öffentl.-rechtl. Rundfunkanstalten	84
b) Risikoausgleichssystem auf dem irischen Markt der privaten Krankenversicherung	84
c) Witwerrente aus Versorgungswerk für gleichgeschlechtlichen Lebenspartner	85
2. BVerfG:	85
a) Zu den Grenzen der Kompetenz des Vermittlungsausschusses	85
b) Pauschgebühr nach SGG/Private Pflegeversicherung ohne Kostenerstattung bei Obsiegen	86
c) Beitragspflicht der Kapitalzahlung von Direktlebensversicherungen	86
3. BVerwG	86
a) Einsatz von nicht in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten	86
b) Nutzungsentgelt Von Chefsärzten für Behandlung von Privatpatienten in Universitätsklinik	86
c) Widerruf der Approbation eines Apothekers nach Abrechnungsbetrug	86
4. BGH	87
a) Zusammenschluss von Krankenhäusern unterliegt Fusionskontrolle	87
b) Behandlung in geschlossener Abteilung eines Landeskrankenhauses ist öffentlich-rechtlich	87
c) BGH: Rettungsleitstelle öffentlich-rechtlich organisiert	87
5. Zahnärzte: Haftung für Dentallaborleistungen/Forderungsabtretung/Nachbesserungsrecht	88
6. Steuerrecht	88
a) BFH	88
aa) Einlagerung von Nabelschnurblut als private Vorsorge	88
bb) Umsatzsteuerfreiheit von Massageleistungen	88
b) Laborarzt – Gewerbliche Beschäftigung eines weiteren Facharztes als freier Mitarbeiter	88
<b>Verzeichnis der Entscheidungen</b>	<b>89</b>
<b>Editorische Hinweise</b>	<b>92</b>
<b>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht</b>	<b>93</b>
<b>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)</b>	<b>98</b>

## Redaktion

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

**REDAKTION:** Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen  
e-mail: pawlita@web.de;  
Telefon: 0641/201 776 oder 06421/1708-24 (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@dgtkassenarztrecht.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 08-01) 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.**

## A. Vertragsarztrecht

*Francke/Hart*, Bewertungskriterien und -methoden nach dem SGB V, MedR 2008, 2-24; *Rixen*, Verhältnis von IQWiG und G-BA: Vertrauen oder Kontrolle? – Insbesondere zur Bindungswirkung der Empfehlungen des IQWiG, MedR 2008, 24-30; *Schlegel*, Gerichtliche Kontrolle von Kriterien und Verfahren, MedR 2008, 30-34; *Pitschas*, Information der Leistungserbringer und Patienten im rechtlichen Handlungsrahmen von G-BA und IQWiG: Voraussetzungen und Haftung, MedR 2008, 34-41; *Haage*, Die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Rechtsfolgen für die Zulassung insbesondere als Ärztin/Arzt, MedR 2008, 70-76; *Wigge/Harney*, Selektivverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen nach dem GKV-WSG. Rechtliche Rahmenbedingungen für den Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen, MedR 2008, 139-149; *Bühning/Linnemanström*, § 127 SGB V n.F. – Ausschreibung, Rahmenvertrag oder Einzelvereinbarung?, MedR 2008, 149-152; *Rolfs/de Groot*, Die Unwirksamkeit des Verbots der Datenübermittlung gemäß § 305a SGB V, MedR 2007, 573-578; *Thinken*, Die wettbewerbs- und berufsrechtliche Zulässigkeit der Einbindung von Ärzten in den Vertrieb von Gesundheitsprodukten, MedR 2007, 578-584;

### I. Honorarverteilung

*BVerfG*, 1. Sen. 3. Ka. v. 27.10.2006 – 1 BvR 1645/06, 1657/06, 1689/06 – MedR 2007, 298 - RID 07-03-01 (Eine Honorarverteilung, wonach der größte Teil des Gesamtvergütungsvolumens für eine Honorierung zu vollen Punktwerten verwendet wird und für die restlichen Leistungen lediglich geringe Punktwerte verbleiben, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.) wies die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 25/05 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 23 = BSGE 96, 53 zurück.

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

### 1. PSYCHOTHERAPEUTEN

Zur *BSG-Rspr.* s. zuletzt die Entscheidungen v. 28.05.2008; s. ferner die Hinweise bei RID 05-01-01 (S. 9) u. RID 04-01-A I 1 (S. 7). Aus der **Instanzenpraxis** vgl. zuletzt *SG Marburg*, Urt. v. 04.07.2007 – S 11 KA 609/05, 101/05 u. 270/05 – RID 07-03-01-03 (Sprungrevision anhängig: B 6 KA 41-43/07 R; *SG für das Saarland*, Gerichtsbb. v. 22.06.2007 – S 2 KA 47/07 – RID 07-03-05; *SG Dresden*, Urt. v. 13.12.2006 – S 11 KA 316/03 – RID 07-02-01 (Sprungrevision anhängig: B 6 KA 8/07 R sowie 9, 10 u. 11/07 R); *LSG Schleswig-Holstein*, Urt. v. 13.10.2006 – L 4 KA 4/05 – RID 07-01-01 (Revision anhängig: B 6 KA 12/07 R).

### A) VERGÜTUNG 1999

#### AA) KV HESSEN

*LSG Hessen*, Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 9/06 –

Revision anhängig: B 6 KA 12/08 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV; EG-PsychThG Art. 12

Nach Art. 11 Abs. 2 EG-PsychThG ist der Interventionspunktwert anhand der Vergütung nach Kapitel B II des EBM zu berechnen. Hiervon kann in einem HVM (Quartale III u. IV/99) nicht abgewichen werden und auf die Honorare nach einer Honorargruppe (HG 2) abgestellt werden.

Bei der Feststellung des Auszahlungspunktwertes und des Interventionspunktwertes kann nicht auf den Jahresdurchschnitt abgestellt werden. Maßgeblich ist das in der Abrechnungspraxis herrschende Quartalsprinzip.

Art. 11 EG-PsychThG hat eine Mindestgrenze, nicht aber eine Obergrenze eingeführt (vgl. *LSG Bayern*, Urt. v. 15.12.2004 – L 12 KA 172/01 – RID 05-02-02). § 85 IV 5 SGB V hat eine andere Zielrichtung. Art. 11 II EG-PsychThG will verhindern, dass wegen der Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Einbeziehung der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung der Punktwert unangemessen verfallen würde.

*SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 28.09.2005 - S 5/28 KA 2149/04 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück. Der Senat führt in den Gründen weiter aus, dass nach den Berechnungen der Bekl. der Interventionspunktwert bezogen auf das Quartal IV/99 bei den Primär-/Ersatzkassen bei 7,38/8,18 Pfg gelegen habe, während lediglich ein Punktwert von 7,23/7,60 Pfg zur Auszahlung gekommen sei. Hinsichtlich der Ersatzkassen habe der Interventionspunktwert im Quartal III/99 bei 7,67 Pfg und der Auszahlungspunktwert bei 7,60 Pfg gelegen. Die Bekl. werde gem. dem in Art. 11 EG-PsychThG vorgesehenen Verfahren auf eine entsprechende Erhöhung des notwendigen Ausgabevolumens hinzuwirken und dann die notwendigen Nachzahlungen an den Kl. vorzunehmen haben.

## BB) KV NORDRHEIN

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 (10) KA 36/07 –** **RID 08-02-02**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
PsychThG Art. 11

Die KV Nordrhein hat für zeitgebundene und genehmigungsbedürftige psychotherapeutische Leistungen im Quartal III/1999 einen Punktwert von 6,5973 Pf. (PK) bzw. 7,3786 Pf. (EK) zutreffend berechnet.

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 18.04.2007 - S 14 KA 13/01 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

**Parallelverfahren:** **SG Düsseldorf**, Urt. v. 18.04.2007 - S 14 (17) KA 321/04 –

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 KA 44/07 –** **RID 08-02-03**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 (10) KA 37/07 –** **RID 08-02-04**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
PsychThG Art. 11

Die KV Nordrhein hat für zeitgebundene und genehmigungsbedürftige psychotherapeutische Leistungen im Quartal IV/1999 einen Punktwert von 6,5973 Pf. (PK) bzw. 7,3786 Pf. (EK) zutreffend berechnet.

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 18.04.2007 - S 14 KA 14/01 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

**Parallelverfahren:** **SG Düsseldorf**, Urt. v. 30.06.2004 - S 33 KA 130/02 –

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 KA 103/04 –** **RID 08-02-05**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 18.04.2007 - S 14 (17) KA 322/04 –

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 KA 45/07 –** **RID 08-02-06**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

## CC) KV NIEDERSACHSEN

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.09.2007 – L 3 KA 118/04 –** **RID 08-02-07**

*Revision anhängig: B 6 KA 65/07 R* juris

SGB V §85 IV; PsychThG Art. 11

Die KV Niedersachsen muss für Psychotherapeuten das III. und IV. Quartal 1999 nachvergüten, soweit es um die Behandlung von Versicherten der Primärkassen geht und die entsprechenden Honorarbescheide noch nicht bestandskräftig sind.

Art. 11 II PsychThG eröffnet subjektive Rechte zugunsten der konkreten Leistungserbringer, indem eine feste Untergrenze für den Vergütungspunktwert festgelegt wird. Eine „Jahresbetrachtung“, bei der Differenzen zum Vergleichspunktwert im III. und IV. Quartal mit den Vergleichspunktwert überschreitenden Beträgen im I. und II. Quartal verrechnet werden, ist angesichts des Vertragsarztrecht prägenden Quartalsprinzips unstatthaft.

**SG Hannover**, Urt. v. 12.05.2004 – S 16 KA 1034/00 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## B) VERGÜTUNG 2000

**SG Frankfurt a. M., Urt. v. 15.08.2007 – S 28 KA 3967/01 –** **RID 08-02-08**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 8/08 -*

SGB V § 85 IV, IVa

**Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 ist rechtswidrig.**

Das **SG** gab der Klage bzgl. des Quartals III/00 statt und verurteilte zur Neubescheidung.

**SG Düsseldorf, Urt. v. 04.07.2007 – S 33 KA 176/05 –** **RID 08-02-09**

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 49/07 R (Termin: 28.05.2008)* juris

SGB V §§ 72 II, 85 IV 4, Iva 1 HS 2, 87 I u. II; EBM 1996 Kap. G Abschn. IV, Nr. 870

Die Bestimmungen des **Beschlusses des Bewertungsausschusses** vom 29.10.2004 und deren Umsetzung durch die Bekl. sind **geeignet** sicherzustellen, dass die ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten, die ausschließlich oder ganz überwiegend die zeitgebundenen und genehmigungspflichtigen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM erbringen, ein angemessenes Honorar erzielen können. Denn der erreichbare Überschuss entspricht ungefähr dem einer vergleichbaren Arztgruppe, hier der der Allgemeinmediziner.



Die Entscheidungen des BSG sind nicht dahin zu verstehen, dass die Anwendung eines **Kostensatzes** von 40,2 Prozent zwingend vorgeschrieben ist, sondern dass vielmehr auch eine anderweitige, sachlich gerechtfertigte Regelung zulässig ist, soweit diese eine angemessene Höhe der Vergütung nicht gefährdet. Ein Abstellen auf die **Personalkosten** von Arzthelferinnen ist sachgerecht, zumal die jetzt veranschlagten Kosten in Höhe von 14.727,- Euro die Begründung eines beitragspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses nicht ausschließen.

Die nichtgenehmigungspflichtigen, aber zeitgebundenen Leistungen wie insb. **probatorische Sitzungen** müssen nicht auf der Grundlage der Mindestpunktwerte vergütet werden.

Das **SG** wies die Klage (Quartale I-III/00) ab.

### C) VERGÜTUNG 1999 UND 2002

**SG Frankfurt a. M., Urt. v. 15.08.2007 – S 28 KA 381/01 –**

RID 08-02-10

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 7/08 -*

SGB V § 85 IV, IVa; PsychThG Art. 11

Für das Jahr **1999** muss bei der Bestimmung des Punktwertes nach Art. 11 II PsychThG auf den Punktwert für die Leistungen nach Abschn. B II EBM 1996 **quartalsweise** und **nach Kassenarten** differenziert abgestellt werden (Anschluss an **SG Hannover** v. 12.05.2004 - 16 KA 1440/00 -).

Der **Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004** ist **rechtswidrig**.

Das **SG** gab der Klage bzgl. der Quartale I-IV/99 u. IV/02 statt und verurteilte zur Neubescheidung und wies sie bzgl. der Quartale I u. II/00 – hier ging es von einer Versäumung der Klagefrist aus - ab.

## 2. INDIVIDUALBUDGET

### A) UNZULÄSSIGE INDIVIDUALBUDGETS: BINDUNG AN BEWERTUNGS-AUSSCHUSS (KV BADEN-WÜRTTEMBERG II/05)

**SG Stuttgart, Urt. v. 27.02.2008 – S 5 KA 2804/06 –**

RID 08-02-11

*Sprungrevision zugelassen*

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

Die Festlegung von arztgruppenspezifischen Grenzwerten im **HVV der KV Baden-Württemberg**, die zudem verändert im **Quartal II/05** eingeführt wurden, als dem Produkt von Fallzahl und Fallpunktzahl, wobei die Fallpunktzahl auf einer modifizierten praxisindividuellen Punktzahl auf der Grundlage der Abrechnung des entsprechenden Quartals des Jahres 2002 beruht, entspricht nicht den Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004.

Bei einer Honorarverteilung, die eine Honorarbegrenzung auf der Grundlage **praxisindividueller Punktzahl-Obergrenzen** an Hand des jeweiligen individuellen Leistungs- und Abrechnungsverhaltens des Vertragsarztes in den Quartalen des Jahres 2002 vorsieht, handelt es sich nicht um „**arztgruppenspezifische Grenzwerte**“ (**Regelleistungsvolumina**) i.S.d. § 85 IV 7 SGB V. Es handelt sich deshalb nicht um ein Steuerungsinstrument, das in seinen Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in § 85 IV SGB V vergleichbar ist. Zudem wird eine solche nicht fortgeführt, wenn von den bislang geltenden **festen Punktwerten** wieder zu einem **floatenden Punktwert** übergegangen wird und nunmehr eine Vergütung der das Punktzahlgrenzvolumen überschreitenden Punktzahlanforderungen wieder vorgesehen wird.

Bei einem **Fehlen vergleichbarer Steuerungsinstrumente** eröffnet der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 nicht die Möglichkeit, - neue - eigene Regelungen zu treffen, vielmehr war für diesen Fall die Anwendung des Regelleistungsvolumens vorgegeben.

Der **Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004** steht **mit geltendem Recht nicht in Einklang**, soweit er bis 31.12.2005 die Möglichkeit eröffnet hat, von dem von ihm definierten Regelleistungsvolumen abweichende Regelungen zu treffen. Schon das Fehlen von Regelungen für die Zeit ab 01.03.2004 war rechtswidrig, erst recht konnte der Bewertungsausschusses nicht - auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Übergangsregelung - die Einführung der im Gesetz vorgegebenen Regelleistungsvolumina mit einem festen Punktwert noch weiter hinausschieben.

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

Zur Bindung an die Vorgaben des Bewertungsausschusses s.a. **SG Marburg**, Urt. v. 26.09.2007 – S 12 KA 822/06 – RID 07-04-08 (Berufung zurückgewiesen durch **LSG Hessen**, Urt. v. 23.04.2008 - L 4 KA 69/07 -); **SG Marburg**, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 49/07 – RID 08-01-06 (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 23/08 -).

Aus dem HVV (Anlage 1) der KV Baden-Württemberg ab II/05:

4.5.1 (1) Je Vertragsarztpraxis wird eine Fallpunktzahl für die je Behandlungsfall (im Sinne der nach Durchführung der Fallzahlzuwachsbeschränkung anerkannten Behandlungsfälle) nach Anwendung von Praxis- und Zusatzbudgets anerkannten Punktzahlen (ohne Euro-Werte) aus den Quartalen des Jahres 2002 berechnet; (...).

(2) Die so ermittelte Fallpunktzahl wird entsprechend der Veränderung der Gesamtvergütungsanteile gem. Nr. 3.7 angepasst. In einem weiteren Schritt werden die Fallpunktzahlen individuell an den zu erwartenden Leistungsbedarf unter Berücksichtigung des zum 1. April 2005 in Kraft tretenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabs angepasst. Anschließend werden die Fallpunktzahlen mit den folgenden Faktoren verändert: Hausärztlicher Versorgungsbereich 0,9996 (Primärkassen) und 0,8402 (Ersatzkassen); Fachärztlicher Versorgungsbereich 0,9084 (Primärkassen) und 0,8015 (Ersatzkassen). Über Ausnahmen zu den Fallpunktzahlen wie Anträge auf Härtefälle und anzuerkennende dynamische Entwicklungen entscheidet der Vorstand der KV Baden-Württemberg im Einzelfall; bereits bewilligte Ausnahmeregelungen bei den Fallpunktzahlen bleiben bestehen.

(3) Aus der Multiplikation der nach Absatz 1 und 2 ermittelten Fallpunktzahl mit den gemäß Anlage 2 zum Honorarverteilungsvertrag (Fallzahlzuwachsbeschränkung) anerkannten Behandlungsfällen in der Aufteilung nach Primär- und Ersatzkassen des jeweils aktuellen Quartals ergibt sich die Punktzahlgrenze jeweils für Primär- und Ersatzkassen (Punktzahlgrenzvolumen) für die Leistungen je Vertragsarztpraxis. Vorbehaltlich der Regelungen zur Fallzahlzuwachsbeschränkung werden die Punkte bis zu dieser Grenze mit dem Punktwert vergütet, der sich aus der Division der - unter Berücksichtigung von Nr. 3.7 und Nr. 4.5.2 - zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsanteile der jeweiligen Gruppe durch die anerkannten Punktzahlen ergibt; Euro-Werte werden vorweg abgezogen und wie anerkannt vergütet. Die das Punktzahlgrenzvolumen überschreitende Punktzahlanforderungen werden vorbehaltlich der Regelungen zur Fallzahlzuwachsbeschränkung mit dem nach Nr. 4.5.2 ermittelten Punktwert vergütet.

(4) Sollte sich nach Durchführung des Verfahrens nach Nr. 4.5.2 ein Punktwert für das Punktzahlgrenzvolumen ergeben, der den ermittelten Durchschnittspunkt im haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich (ohne Berücksichtigung des Labors, der hausärztlichen Grundvergütung, der Psychotherapie gemäß Anlage 3 und der Euro-Werte) um mehr als 20 vH (Quartal 2/05), 15. vH (Quartal 3/05) und 10 vH (Quartal 4/05) über- oder unterschreitet (Punktwertkorridor), so werden die Punktwerte durch Anpassung der Gesamtvergütungsanteile so weit angehoben bzw. abgesenkt, bis die Punktwerte den Korridor nicht mehr über- oder unterschreiten. (...)

#### Aus dem HVV (Anlage 1) der KV Baden-Württemberg bis 1/05:

4.5.1 (1) In einem ersten Schritt wird je Vertragsarztpraxis eine Nettofallpunktzahl für die je Behandlungsfall (im Sinne der anerkannten Behandlungsfälle der Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab der KV NW) nach Anwendung von Praxis- und Zusatzbudgets anerkannten Punktzahlen (ohne Euro-Werte) aus den Quartalen des Jahres 2002 berechnet; Berichtigungen der Honoraranforderungen nach Erstellung des Honorarbescheides aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Qualitätssicherung und Prüfungen auf rechnerisch/sachliche Richtigkeit bis zu jeweils 10.000 Punkten bleiben bei der Feststellung der anerkannten Punktzahlen unberücksichtigt.

(2) In einem nächsten Schritt wird die so ermittelte Nettofallpunktzahl entsprechend der Veränderung der Gesamtvergütungsanteile gem. Nr. 3.7 angepasst.

(3) Die so angepasste Nettofallpunktzahl wird in einem weiteren Schritt mit dem Arztgruppenfaktor gem. Nr. 4.5.2 Abs. 1 multipliziert.

(4) Aus der Multiplikation der nach Abs. 1 bis 3 ermittelten Fallpunktzahl mit den gemäß Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab der KV (Fallzahlzuwachsbeschränkung) anerkannten Behandlungsfälle in der Aufteilung nach Primär- und Ersatzkassen des jeweils aktuellen Quartals ergibt sich die Punktzahlgrenze (jeweils für Primär- und Ersatzkassen) für die Leistungen je Vertragsarztpraxis. Vorbehaltlich der Regelungen zur Fallzahlzuwachsbeschränkung werden die Punkte bis zu dieser Grenze mit einem Punktwert von 0,048 EUR bei Primärkassen und 0,046 EUR bei Ersatzkassen vergütet. Darüber hinausgehende Punktzahlanforderungen werden nicht anerkannt. (...)

4.5.2 (1) Je Arztgruppe wird ein Arztgruppenfaktor berechnet. Dazu wird in einem ersten Schritt durch Division des zur Verfügung stehenden budgetierten Gesamtvergütungsanteils (nach Abzug der entsprechenden Euro-Werte) durch den Punktwert nach Nr. 4.5.1 Abs. 4 ein Punktzahlvolumen ermittelt, welches mit dem Punktwert nach Nr. 4.5.1 Abs. 4 vergütet werden kann. Anschließend erfolgt die Berechnung des Arztgruppenfaktors, indem das Punktzahlvolumen nach Satz 2 in das Verhältnis zu der nach Durchführung des Schrittes gem. Nr. 4.5.1 Abs. 2 verbleibenden Punktzahl gesetzt wird.

## B) KV SCHLESWIG-HOLSTEIN

### AA) KEINE WACHSTUMSMÖGLICHKEITEN KLEINER PRAXEN FÜR BEGRENZTE ZEIT

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.01.2008 – L 4 KA 11/07 –*

RID 08-02-12

*Revision anhängig: B 6 KA 13/08 R*

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

*SGB V §§ 85 IV; 87*

**Anästhesisten** können in die Budgetierung in Gestalt individueller Punktzahlvolumina einbezogen werden. Dies folgt bereits aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses v. 19.12.2002, der für die KV verbindlich ist.

Von individuellen Punktzahlvolumina können auch Leistungen umfasst werden, die zu einem maßgeblichen Teil auf **Überweisung** erbracht werden (vgl. BSG, Urt. v. 10.03.2004 - B 6 KA 13/03 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 10, juris Rn. 23 m.w.N.).

Das Honorarwachstum einer **kleinen Praxis** kann beschränkt werden; es müssen nur Wachstumsraten in einer Größenordnung zulässig sein, die es einer Praxis mit unterdurchschnittlichem Umsatz noch gestattet, den durchschnittlichen Umsatz in absehbarer Zeit zu erreichen. Als absehbar wird in diesem Zusammenhang ein Zeitraum von fünf Jahren angesehen (BSG, Urt. v. 10.03.2004 – B 6 KA 3/03 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 9; BSG, Urt. v. 10.12.2003 – B 6 KA 54/02 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 5, juris Rn. 27). Dies ist nach der im Bereich der KV Schleswig-Holstein ab dem Quartal III/03 geltenden Regelung nicht der Fall, was aber im Rahmen eines Gestaltungsspielraums für die ersten vier Quartale hinzunehmen ist. Eine Steigerung in Richtung des Fachgruppenschnitts muss nicht in jedem einzelnen Quartal ermöglicht werden. Einer Regelung, die dazu führt, dass steigende Honoraranforderungen zunächst unberücksichtigt bleiben und sich erst bei der Bildung des Budgets für das Folgejahr auswirken, kann nicht entgegengehalten werden, dass dem Arzt jede Möglichkeit der Honorarsteigerung durch Fallzahlerhöhung verweigert werde (vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 22 = BSGE 96, 1, juris Rn. 33).

Im Zusammenhang mit der Aufhebung der Regelungen zum Praxisbudget im EBM mit Ablauf des Quartals II/03 führte die KV mit Wirkung zum 01.07.2003 Regelungen zur Bildung von individuellen Punktzahlvolumina (IPZV) für die meisten Arztgruppen und für den ganz überwiegenden Teil der Leistungen ein. Der HVM sieht die Bildung sog. **Startquartale** von **III/03 bis II/04** vor. Für die Bildung des IPZV in diesen Startquartalen wird auf das praxisindividuelle **Honorar** aus dem Jahr 2002 zurückgegriffen. Bei Praxen, die in den Jahren 2001 und 2002 keinen Statuswechsel vollzogen haben, werden auch die Quartale des Jahres 2001 berücksichtigt. Für Leistungen innerhalb der IPZV wird ein Punktwert von 4,5 Cent angestrebt. Dazu wird für jede Praxis und für jedes Quartal die Punktzahl so begrenzt, dass unter Zugrundelegung des im **Bemessungszeitraum (2001/2002)** erzielten Honorars eine Vergütung mit 4,5 Cent hätte erfolgen können (§ 12.4.2.b) Satz 1 HVM). Dabei wird von dem Honorar des entsprechenden Bestquartals aus den Jahren 2001 und 2002 ausgegangen. Überschreitet die Summe der vier gewählten Quartale die entsprechende Summe des Bestjahres, so werden die Bestquartale entsprechend quotiert. Die das IPZV überschreitenden Mehrleistungen werden mit 0,05 bis maximal 1 Cent vergütet. Zur Sicherung des Zielpunktwertes und zur Finanzierung der Vergütung für Mehrleistungen wird die Punktzahl in den Startquartalen um 3 % reduziert. Die IPZV werden getrennt nach **Kassenarten** gebildet, wobei jedoch ein **Ausgleich** stattfindet. Für die Weiterentwicklung der IPZV nach Ablauf der Startquartale (sog. **Folgequartale ab III/04**) richtet sich die Weiterentwicklung im Wesentlichen nach dem Maß der Überschreitung oder Unterschreitung des IPZV und nach dem Abrechnungsverhalten der anderen Ärzte der Fachgruppe. Die erreichbare **Zugewinnmenge** im Vergleich zu dem entsprechenden Quartal des Vorjahres wird auf 10% der durchschnittlichen anerkannten Punktzahlanforderung je Arzt innerhalb der Arztgruppe begrenzt. Der HVM enthält Sonderregelungen für die Bildung des IPZV in den Startquartalen und in den Folgequartalen u.a. für neu gegründete Praxen, nicht jedoch für andere unterdurchschnittlich abrechnende Praxen. Nach der Härteregelung kann der Vorstand auf Antrag in besonderen Fällen aus Sicherstellungsgründen Punktzahlvolumina der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. **SG Kiel**, Urt. v. 02.03.2007 - S 15 KA 211/04 - wies die Klage (Quartale III/03 bis II/04) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Parallelverfahren: SG Kiel**, Urt. v. 13.09.2006 - S 16 KA 91/05 -

**LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 13.11.2007 - L 4 KA 5/07 -

Revision anhängig: B 6 KA 5/08 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 08-02-13**

**SG Kiel**, Urt. v. 13.09.2006 - S 15 KA 195/04 - (Allgemeinmediziner)

**LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 13.11.2007 - L 4 KA 9/07 -

Revision anhängig: B 6 KA 4/08 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 08-02-14**

## **BB) KALKULIERBARE WACHSTUMSMÖGLICHKEITEN KLEINER PRAXEN**

**LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 22.01.2008 - L 4 KA 15/07 -

Revision anhängig: B 6 KA 20/08 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 08-02-15**

SGB V §§ 85 IV; 87

Das Honorarwachstum einer **kleinen Praxis** kann beschränkt werden (s. vorstehend).

Die dargestellte Regelung im HVM zur Verteilung der Zugewinnmenge ermöglicht Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz insbesondere deshalb keine effektive Steigerung, weil sie nicht absehen können, ob eine Ausweitung der Tätigkeit z. B. durch eine Steigerung der Fallzahl zu einer Erhöhung des IPZV im Folgejahr führen wird oder ob diese Bemühungen ohne Auswirkungen auf das künftige IPZV bleiben. Die fehlende Planbarkeit betrifft alle Praxen und damit auch Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz. Indem auch **kleine Praxen** mit unterdurchschnittlichem Umsatzvolumen diesem unkalkulierbaren Verfahren unterworfen werden, werden sie an einer effektiven Steigerung bis zum Durchschnitt der Fachgruppe innerhalb eines überschaubaren Zeitraums gehindert. Zwar kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine solche Steigerung bis zum Fachgruppendurchschnitt im Einzelfall erreicht wird. Sie ist jedoch nicht im Voraus kalkulierbar, sondern von Faktoren abhängig, die der einzelne Arzt zum Zeitpunkt der Erbringung seiner Leistungen nicht kennt und die er auch nicht beeinflussen kann.

**SG Kiel**, Urt. v. 13.04.2007 - S 15 KA 66/05 - gab Klage teilweise (Quartale II u. III/04) statt, das **LSG** wies die Klage auch bzgl. des Quartals II/04 ab.

## **CC) AUGENÄRZTE: DURCHSCHNITTlichkeit DER FACHGRUPPE**

**LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 13.11.2007 - L 4 KA 9/06 -

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 24/08 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 08-02-16**

SGB V §§ 85 IV; 87

Eine Budgetierung in Gestalt individueller Punktzahlvolumina ist rechtmäßig. Dies folgt bereits aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses v. 19.12.2002, der für die KV verbindlich ist.

Als Maßstab für die Durchschnittlichkeit der Praxis kann die gesamte Gruppe der Augenärzte und nicht nur die kleinere Gruppe der operierenden Augenärzte für einen Erprobungszeitraum herangezogen werden.

**SG Kiel**, Urt. v. 17.05.2006 - S 15 KA 255/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### C) EINFÜHRUNG EINES PRAXISINDIVIDUELLEN REGELLEISTUNGSVOLUMENS (KV HAMBURG)

**SG Hamburg**, Urt. v. 10.10.2007 – S 27 KA 289/04 –

RID 08-02-17

SGB V § 85 IV

Einem Vertragsarzt kommt kein Besitzstand derart zu, dass die Chance erhalten bleiben müsste, alle Leistungen weiterhin in bisherigem Umfang honoriert zu erhalten (vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2005 – B 6 KA 17/05 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 22 = BSGE 96, 1 = MedR 2006, 542 m.w.N.).

Das **SG** wies die Klage ab.

### D) ERHÖHUNG EINES INDIVIDUALBUDGETS IM EINSTWEILIGEN RECHTSSCHUTZ

**LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 06.02.2008 – L 7 B 170/07 KA ER –

RID 08-02-18

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

SGB V § 85 IV 6 u. 9; SGG § 86b I, II

Es besteht kein Anspruch auf Erhöhung eines Individualbudgets, wenn schon nicht **plausibel** gemacht, geschweige denn in Gestalt einer transparenten Berechnung dargelegt wird, aus welchen Gründen eine Festlegung gerade der begehrten Punktmengen beansprucht wird.

Ein Bescheid über die Kürzung des Individualbudgets ist von der in § 86a II Nr. 4 SGG i.V.m. § 85 IV 9 SGB V enthaltenen Regelung erfasst, wonach "Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung" keine **aufschiebende Wirkung** entfalten.

Die Punktmenge ist Kernbestandteil eines jeden Honorarbescheides; sofern sie vorab durch gesonderten **Bescheid als Individualbudget** festgelegt wurde, wird diese Punktmenge in den eigentlichen Honorarbescheid nur noch nach Art einer wiederholenden Verfügung integriert. Aus Sicht des Vertragsarztes gibt diese vorab erfolgende Festlegung eines Elements der Honorarfestsetzung Kalkulationssicherheit in dem Sinne, dass er bei ungefähr gleich bleibenden Behandlungsfällen und –voraussetzungen schon zu Beginn eines Quartals abschätzen kann, welche Höhe sein zu erwartendes Honorar haben wird; dieser Zugewinn an Kalkulationssicherheit ist ein im Rahmen von § 85 IV 3 SGB V i.V.m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit billigenwertes Ziel (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003 - B 6 KA 54/02 R- juris Rdnr. 18).

Sofern der Bescheid über die Höhe des Individualbudgets **bestandskräftig** geworden ist, kann ein u.a. auf dieser Grundlage ergangener Honorarbescheid nicht mehr mit der Begründung angefochten werden, die Bemessungsgrundlage sei fehlerhaft ermittelt worden (vgl. BSG, Urt. v. 21.10.1998 - B 6 KA 65/97 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 27, juris Rdnr. 17).

Weil es Sinn und Zweck des Ausschlusses der aufschiebenden Wirkung durch § 85 IV 9 SGB V ist, die Finanzierbarkeit der Honorarverteilung nicht zu gefährden und die Gewährleistung der finanziellen Stabilität des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung einen besonders herausgehobenen Gemeinwohlbelang darstellt, darf das **Aussetzungsinteresse** bei Verringerung eines Individualbudgets nur zurücktreten, wenn die sofortige Vollziehung für den Vertragsarzt eine besondere Härte mit sich bringen würde (vgl. Senatsbeschl. v. 06.02.2006 - L 7 B 1043/05 KA ER - juris).

**SG Berlin**, Beschl. v. 14.11.2007 - S 83 KA 543/07 ER - wies den Eilantrag zurück, das **LSG** die Beschwerde zurück.

### 3. FESTER ODER FLOATENDER PUNKTWERT

**LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 22.01.2008 – L 4 KA 14/07 –

RID 08-02-19

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 22/08 B*

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

SGB V § 85 IV

Unter einem "**Zielpunktwert**" ist ein angestrebter und nicht ein garantierter Punktwert zu verstehen. Es entspricht dem **Gestaltungsspielraum einer KV** bei der ihr gemäß § 85 IV SGB V obliegenden Honorarverteilung, Leistungen nach einem **festen oder einem floatenden Punktwert** zu vergüten oder auch beide Elemente zu verbinden. Entscheidend ist, dass dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit Rechnung getragen wird. Dies ist bei Regelungen, die durch eine

Begrenzung der zu vergütenden Punktmenge bei bestimmten Leistungen eine Stabilisierung des Punktwertes für den einzelnen Arzt erreichen und damit für ihn für die Leistungsmenge in Höhe seines individuellen Budgets Kalkulationssicherheit schaffen sollen, im Grundsatz der Fall, weil der einzelne Arzt hierdurch bei ungefähr gleich bleibenden Behandlungsfällen und -voraussetzungen schon zu Beginn eines Quartals die Höhe des insoweit zu erwartenden Honorars sicherer abschätzen kann.

Die Verteilung der Gesamtvergütung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung ist den KVen in § 85 IV 1 SGB V verbindlich vorgegeben. Aus diesem Grunde kann der rechnerische **Punktwertabstand** im Verhältnis der Punktwerte von **hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen** keinen Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit begründen (vgl. im Zusammenhang mit einer geforderten bereichsübergreifenden Punktwertstützung BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 67/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 24; Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 29/05 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 26, juris Rn. 28).

Der Kl. ist **Facharzt für Neurologie und Psychiatrie**. Der HVM sieht ab II/03 für den fachärztlichen Bereich u.a. für die Nervenärzte (wie bisher) die Unterteilung der nach Absatz 1 verbleibenden fachärztlichen Gesamtvergütung in Honorarkontingente und für die Verteilung der im Kontingent verbleibenden Honorare die Vergütung unter Zugrundlegung individueller Punktzahlvolumina vor. Jeder Praxis wird ein individuelles Punktzahlvolumen für Primär- und Ersatzkassen zugeordnet, Leistungen innerhalb der Punktzahlvolumina bzw. Puffer (Ausgleich von Über- und Unterschreitungen der IPZV über die Kassenarten) werden mit einem Referenzpunktwert vergütet (Referenzleistungen), der um 4,5 Cent beträgt, überschreitende Punktzahlanforderungen (Mehrleistungen) mit einem floatenden Punktwert, welcher maximal 1,0 Cent beträgt. Die Höhe des IPZV wird quartalsweise bestimmt und richtet sich bei Praxen, die in 2001 und 2002 keinen Statuswechsel vollzogen haben, in den sog. Startquartalen (Quartale III/03 bis II/04) nach dem Honorar in dem entsprechenden Quartal entweder in 2001 oder 2002 (sog. Bestregelung), allerdings beschränkt auf die Punktzahlsumme des Bestjahres, im Übrigen nach den jeweiligen Honoraren im Jahr 2002. Der Honorarumsatz der Praxis in dem so definierten Vergleichszeitraum, bereinigt um bestimmte Leistungen und dividiert durch den Zielpunktwert von 4,5 Cent, ergibt die einer Praxis zustehende Punktmenge. Diese wird für die Startquartale jeweils um 3 % reduziert zur Sicherung des Zielpunktwerts in Bezug auf Effekte wie neue Praxen sowie die Finanzierung der Mehrleistungen. Der Vorstand kann auf Antrag der Praxis Veränderungen der Punktzahlvolumina festlegen, sofern bei der Zugrundelegung des Berechnungszeitraumes Ausnahmesituationen zu einer im Vergleich zu anderen Quartalen deutlichen Verringerung der Punktzahlanforderung geführt haben. Der Vorstand kann in begründeten Fällen auf Antrag aus Sicherstellungsgründen Punktzahlvolumina der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere dauerhafte Veränderungen im Umfeld der Praxis. Über unbillige Härtefälle infolge der Anwendung dieses HVM entscheidet der Vorstand auf Antrag. Die Bekl. setzte das Honorar des Kl. für das Quartal III/03 auf der Grundlage eines IPZV von insgesamt 956.843 Punkten als Referenzleistungen (mit Punktwerten von 4,1640 für die Primärkassen und von 4,0830 Cent für die Ersatzkassen) und der darüber hinaus abgerechneten Punktzahlen als Mehrleistungen mit Punktwerten von jeweils 0,05 Cent fest. Es ergab sich ein Honorar von 41.882,08 EUR. Der Kl. begehrte eine korrigierte Abrechnung auf Basis eines Punktwertes von 4,5 Cent und die entsprechende Nachzahlung. **SG Kiel**, Urt. v. 30.03.2007 - S 15 KA 156/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 4. TEILBUDGETS UND FACHGRUPPENTOPF FÜR FACHÄRZTLICH TÄTIGE FACHINTERNISTEN

**LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 28.11.2007 – L 7 KA 268/03 –

RID 08-02-20

juris

SGB V § 85 IV; GG Art. 3, 12

Die Bildung eines **einheitlichen Fachgruppentopfes für die fachärztlich tätigen Internisten** ist zulässig. Der Einwand, für die Gruppe der **rheumatologisch tätigen Internisten** seien aufgrund des begrenzten Leistungsspektrums von vornherein geringere Honorarabrechnungen zu erwarten gewesen, weil voraussehbar gewesen sei, dass die apparateintensiven Leistungen von den rheumatologisch tätigen Internisten nicht abgerechnet würden und die Mengenausweitungen der anderen internistisch tätigen Fachärzte durch Abrechnung dieser Leistungen zu einem Punktwertabfall für die aus dem Honorarkontingent honorierten Ärzte führen würde, rechtfertigt keine andere Bewertung. Ein HVM soll möglichst gleichmäßige Regelungen für alle Arztgruppen und Sonderbestimmungen für einzelne Arztgruppen nicht ohne begründeten Anlass treffen.

Spezialisiert sich ein Vertragsarzt innerhalb eines Teilgebietes in einer **Spezialpraxis** auf wenige ausgewählte Leistungen (hier rheumatologische Leistungen im Teilgebiet der fachärztlichen Internisten), so muss er das Risiko selbst tragen, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen einer größeren Zahl von Leistungen in anderen Bereichen des fachärztlichen Teilgebietes nicht mehr möglich ist (BSG SozR 3-2500 § 72 Nr. 6).

**SG Berlin**, Urt. v. 02.07.2003 - S 79 KA 150/00 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 5. KV HESSEN

### A) REGELLEISTUNGSVOLUMEN: ERMESSEN BEI SONDERREGELUNG (KINDERKARDIOLOGE)/80 %-GRUNDLAGE

**SG Marburg, Urt. v. 20.02.2008 – S 12 KA 766/06 –**

**RID 08-02-21**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 34/08 -*

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

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

Es ist ermessensfehlerhaft, einer Kinderarztpraxis mit kinderardiologischen Behandlungsfällen das Regelleistungsvolumen der internistischen Kardiologen als Ausnahmeregelung zuzugestehen, weil die sich hieraus ergebenden, für die Altersgruppen und Kassenbereiche unterschiedlichen Punktzahlen nicht begründet werden; ferner ist auf den Anteil der kinderardiologischen Fälle einzugehen.

Bei einer Neubescheidung kann die Kassenärztliche Vereinigung berücksichtigen, dass die Regelleistungsvolumina selbst nur auf einer 80 %-Grundlage berechnet sind.

Das **SG** gab der Klage statt.

**Parallelverfahren: SG Marburg, Urt. v. 20.02.2008 – S 12 KA 1392/05 –**

**RID 08-02-22**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 33/08 -*

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

S.a. **SG Marburg**, Urt. v. 06.02.2008 – S 12 KA 1271/05 – RID 08-01-11.

### B) AUSGLEICHSREGELUNG NACH EBM 2005 (5 %-SCHWANKUNGSBREITE, ZIFF. 7.5 HVV): JUNGE PRAXIS

**SG Marburg, Urt. v. 12.03.2008 – S 12 KA 236/07 –**

**RID 08-02-23**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 40/08 -*

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

SGB V § 85 IV

Eine Ausgleichregelung in einem Honorarverteilungsvertrag, wonach zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2005 ein Vergleich des für das aktuelle Abrechnungsquartal berechneten fallbezogenen Honoraranspruches der einzelnen Praxis mit der fallbezogenen Honorarzahmung im entsprechenden Abrechnungsquartal des Jahres 2004 erfolgt und in dem Fall, dass der Fallwertvergleich eine Fallwertminderung oder Fallwerterhöhung von jeweils mehr als 5% (bezogen auf den Ausgangswert des Jahres 2004) zeigt, zu einer Begrenzung oder Stützung auf den maximalen Veränderungsrahmen von 5% führt, ist jedenfalls als **Anfangs- und Erprobungsregelung** im Quartal II/05 nicht zu beanstanden.

Der Regelungszweck einer solchen Ausgleichregelung, die auf die Fallzahl des Vorjahresquartals beschränkt ist, wird jedoch für sog. junge Praxen in der Aufbauphase nicht erreicht. Abweichend hiervon ist der Stützungsbetrag für sog. **junge Praxen** aus dem Fallwert des Quartals I/05 und der Fallzahl des aktuellen Abrechnungsquartals zu berechnen, maximal jedoch bis zum Durchschnittshonorar der Fachgruppe (Fortführung von **SG Marburg**, Urt. 16.01.2008 - S 12 KA 188/07 – <Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 14/08 ->).

Das **SG** gab der Klage statt.

### C) KOORDINATION VERSCHIEDENER BUDGETIERUNGSMABNAHMEN

**SG Marburg, Urt. v. 12.03.2008 – S 12 KA 1033/05 –**

**RID 08-02-24**

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

SGB V § 85 IV

Zur Koordination der Budgetierungsmaßnahmen nach Leitzahl (LZ) 506 HVM KV Hessen und Anlage 3 zu LZ 702 HVM KV Hessen (hier: Quartal IV/03) fehlt es an einer Regelung. Eine Verwaltungspraxis kann noch hingenommen werden, wenn sie im Sinne einer sog. Bestwertregelung verfährt, also die Punktwertminderungen aufgrund der Budgetierungsmaßnahme nach LZ 506 HVM zunächst durch Abzug der Punktezahlen durchführt, die nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM zum unteren Punktwert vergütet werden. Es ist jedoch fehlerhaft, LZ 702 HVM getrennt nach ambulantem und stationärem Bereich durchzuführen und lediglich die Punktzahlen aus dem ambulanten Bereich zum unteren Punktwert zu berücksichtigen.

Das **SG** gab der Klage statt.

## D) SONDERREGELUNG FÜR JUNGE KINDERKARDIOLOGISCHE PRAXIS (INDIVIDUALBUDGET)

**SG Marburg, Urt. v. 20.02.2008 – S 12 KA 60/07 –**

**RID 08-02-25**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 85 IV, IVa

Es ist ermessensfehlerhaft, einer Kinderarztpraxis mit mehr als 1/3 kinderkardiologischer Behandlungsfälle im Rahmen einer Individualbudgetierungsmaßnahme die Fallwerte der Vergleichsgruppe aller Kinderärzte als Ausnahmeregelung (sog. Bestwertregelung für „Junge Praxen“) zuzugestehen.

Das **SG** gab der Klage statt.

## E) ÄNDERUNG BEI DIALYSESACHKOSTEN (III/01)

**LSG Hessen, Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 6/06 –**

**RID 08-02-26**

SGB V §§ 82, 83

Bezüglich der zum 01.07.2001 in Kraft gesetzten Änderung bei der Honorierung der Dialysesachkosten (Anlage 6 zum Gesamtvertrag der Beklagten und der VdAK Landesvertretung Hessen i.d.F. v. 19.12.2001) liegt eine echte Rückwirkung vor.

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 14.09.2005 – S 5 KA 3085/02 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## 6. NOTFALLBEHANDLUNG

### A) UNTERSCHIEDLICHE VERGÜTUNG ZWISCHEN KRANKENHÄUSERN UND VERTRAGSÄRZTEN

**SG für das Saarland, Urt. v. 12.09.2007 – S 2 KA 246/07 –**

**RID 08-02-27**

Revision anhängig: B 6 KA 47/07 R juris  
SGB V §§ 75 I 2, 87 I, II; EBM 2005 Nr 01210, 01218

Die Regelungen zur Vergütung der Leistungen im ambulanten Notfalldienst der Krankenhäuser im EBM 2005 stellen wegen der Ungleichbehandlung gegenüber dem organisierten Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte einen Verstoß gegen Art. 3 I GG dar.

Das **SG** gab der Klage statt.

S.a. Parallelverfahren RID 08-01-14 u. 15.

### B) PATIENTEN IM ORGANISIERTEN NOTFALLDIENST AUßERHALB PRAXISBUDGET

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 KA 49/06 –**

**RID 08-02-28**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 73 II, 75 I 2,

Die Behandlung eigener Patienten im organisierten Notfalldienst stellte im Jahr 2000 keine budgetrelevanten Fälle dar. Eine Differenzierung zwischen eigenen und Fremdpatienten ist nicht zulässig und durch die rechtlichen Grundlagen nicht gedeckt. Dies gilt jedoch nur für Leistungen im organisierten Notfalldienst. Eine Rufbereitschaft der Kinderärzte stellt einen selbst organisierten ärztlichen Notfalldienst dar, der dem organisierten Notfalldienst nicht gleichgestellt werden kann.

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 03.05.2006 – S 2 (17) KA 102/04 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage größtenteils zurück.

## 7. VERGÜTUNGSANSPRUCH BEI ANGEFOCHTENER GENEHMIGUNG EINER ARZTANSTELLUNG

**SG Potsdam, Urt. v. 19.09.2007 – S 1 KA 114/05 –**

**RID 08-02-29**

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 16/08 R www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 85 IV; SGB X § 44; SGG § 86b I

Mit der Eigenart statusbegründender Verwaltungsakte im Vertragsarztrecht und der ihr innewohnenden Ordnungsfunktion wäre es nicht vereinbar, wenn das Verbot, eine durch Verwaltungsakt begründete Begünstigung während des Schwebezustandes der Drittanfechtung zu nutzen, dadurch unterlaufen werden könnte, dass trotzdem erbrachte Leistungen im Falle der späteren Zurückweisung der Drittanfechtung nachträglich vergütet würden.

Entgegen BSG SozR 3-1500 § 97 Nr. 3 sind auch Leistungen, die in der Zeit vom Beginn der äußeren Wirksamkeit bis zur Widerspruchseinlegung erbracht wurden, zu vergüten.

Der Zulassungsausschuss genehmigte der klagenden Einrichtung nach § 311 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2002, Dr. H. als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe einzustellen. Am 25.01.2002 erfuhr die Kl. vom Berufungsausschuss, dass die bekl. KV dagegen Widerspruch eingelegt hatte. Den Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung und den Widerspruch wies der Berufungsausschuss mit Beschl. v. 26.02.2002 zurück und lehnte zugleich den Antrag der Klägerin auf Anordnung der sofortigen Vollziehung ab. Auf den diesbezüglichen Antrag der Klägerin ordnete das SG Potsdam, Beschl. v. 28.05.2002 - S 1 KA 07/02 ER - die sofortige Vollziehung der Genehmigung des Zulassungsausschusses an. Den unter dem Aktenzeichen S 1 KA 105/02 geführten Rechtsstreit, in dem sich die Bekl. gegen den Beschl. des Berufungsausschusses vom 26.02.2002 wandte, erklärte sie mit Schriftsatz vom 21.04.2004 im Hinblick auf eine Gesetzesänderung für erledigt. Die Honorarbescheide für die Quartale I u. II/02, in denen Leistungen vor dem 28.05.2002 nicht vergütet wurden, griff die Kl. nicht an. Den Antrag der Kl., die Vergütbarkeit/Vergütung von Leistungen einstweilen anzuordnen, lehnte SG Potsdam, Beschl. v. 22.10.2002 - S 1 KA 227/02 ER – ab; das LSG, Beschl. v. 08.09.2003 - L 5 KA 120/02 KA ER - wies die Beschwerde zurück. Einen **Antrag auf Nachvergütung** v. März 2005 lehnte die Bekl. ab. Das **SG** gab der Klage teilweise statt und verpflichtete die Bekl., die im Zeitraum vom 01.01.2002 bis 25.01.2002 – also zwischen Zulassung und Widerspruch - von dem bei der Kl. tätigen Arzt Dr. H. erbrachten Leistungen zu vergüten.

In **BSG**, Urt. v. 28.01.1998 - B 6 KA 41/96 R – SozR 3-1500 § 97 Nr. 3 - juris Rn. 22 heißt es: „Schließlich trifft die Ansicht des Klägers, dass ihm Vergütungen jedenfalls für die Leistungen zustünden, die in den Zeiten von der Ermächtigungserteilung bis zur Widerspruchseinlegung und von der Widerspruchszurückweisung bis zur Klageerhebung erbracht worden seien, da in diesen Zeiträumen die Ermächtigung nicht angefochten gewesen sei, nicht zu. Auch in diesen Zeiten galt die Ermächtigung als angefochten, denn die aufschiebende Wirkung eines- wie hier - fristgerecht eingelegten Rechtsbehelfs wirkt auf den Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Bescheides zurück...“

## 8. AUFHEBUNG RECHTSWIDRIGER BESTANDSKRÄFTIGER HONORARBESCHEIDE

**SG Marburg, Urt. v. 12.03.2008 – S 12 KA 1008/07 –**

**RID 08-02-30**

*Berufung eingelegt*

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

SGB V § 85 IV; SGB X § 44

Auf die Aufhebung rechtswidriger bestandskräftiger Honorarbescheide besteht kein Rechtsanspruch. Ein atypischer Fall liegt nicht schon dann vor, wenn ein Vertragsarzt vorträgt, er habe auf die Rechtmäßigkeit des Handelns der Kassenärztlichen Vereinigung vertraut. Eine Kassenärztliche Vereinigung ist befugt, bei einem Vertragsarzt anzufragen, ob er ein Rechtsmittel im Hinblick auf eine bestimmte Rechtsprechung oder auf bestimmte Nachbesserungen ihrerseits zurücknimmt. Es obliegt dann dem einzelnen Vertragsarzt, ob er diesen Hinweisen vertraut und das Rechtsmittel zurücknimmt, ob er sein Rechtsbegehren weiterverfolgt oder ob er sich fachlichen Rat durch Rechtsanwälte oder auch Berufsverbände einholt.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 9. ADRESSAT EINES SICHERUNGSEINBEHALTES NACH VERÄNDERTER ZUSAMMENSETZUNG EINER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.02.2008 – L 11 KA 35/06 –**

**RID 08-02-31**

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

SGB V § 85 IV; BGB § 730 II 1

Wenn aber in prozessualer Hinsicht keine Bedenken mehr bestehen, die Sachbefugnis zur Geltendmachung von Rechten und Abwehrung von Pflichten trotz Wechsels in Mitgliederbestand als bestehend anzusehen (vgl. BSG v. 23.05.2007 - B 6 KA 2/06 R -), kann eine KV als Adressaten des Honorarbescheides und eines Sicherungseinbehaltes die Gemeinschaftspraxis in der Zusammensetzung benennen, die sie im betroffenen Quartal hatte.

**SG Münster**, Urt. v. 20.02.2006 - S 2 KA 24/05 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.



## 10. ZAHNÄRZTE

### A) FALLWERTBEZOGENE BEMESSUNGSGRENZEN UND WACHSTUM

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.01.2008 – L 4 KA 31/07 –*

RID 08-02-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 85 IV

Für die Honorierung vertragszahnärztlicher Leistungen dürfen fallwertbezogene Bemessungsgrenzen vorgegeben werden, bis zu denen zahnärztliche Leistungen mit dem vollen Punktwert zu vergüten sind (vgl. BSG v. 03.12.1997 - 6 RKA 21/97 - BSGE 81, 213 = SozR 3 2500 § 85 Nr. 23). Die darüber hinausgehenden Leistungsanforderungen des Zahnarztes dürfen mit entsprechend niedrigeren Punktwerten vergütet werden und auch der Ausschluss jeglicher Restvergütung ist rechtmäßig (vgl. BSG, Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 25/05 R - BSGE 96, 53 = SozR 4 2500 § 85 Nr. 23).

Das **Wachstum**, das unterdurchschnittlichen Praxen durch die Gestaltung der Honorarverteilung nicht verbaut werden darf, muss nicht durch reine Leistungsausweitung, sondern durch eine Erhöhung der Zahl der behandelten Patienten erzielt werden (vgl. BSG, Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 1/06 B - juris Rn. 10, m.w.N.). Ein HVM, der allein eine Begrenzung des Fallwerts in Gestalt eines für alle Zahnärzte der Zahnarztgruppe geltenden Richtwerts vorsieht, schließt einen Anspruch auf Freistellung von dieser Begrenzung aus.

Die **Übernahme einer Praxis** stellt keine Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit als Praxisneugründung dar.

*SG Kiel*, Urt. v. 12.06.2007 - S 13 KA 116/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) HONORARBEGRENZUNG BIS ZU EINER OBERGRENZE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.02.2008 – L 11 KA 91/06 –*

RID 08-02-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 85 IV

Eine Honorarbegrenzung bis zu einer **Obergrenze** ist zulässig (BSG 81, 213 - SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 23; BSG MedR 2004, 172; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.08.2005 – L 11 KA 80/04 u. L 11 KA 59/04 – RID 06-01-12 u. 13; BVerfG, Beschl. v. 27.10.2006 - 1 BVR 1645/06 - RID 07-03-01).

Auch die Anrechnung von Quartal zu Quartal unterschiedlich hoher rechnerischer Honorargrenzen je Fall verstößt nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Sinne einer gleich bleibenden Vergütungshöhe.

Der klagende Zahnarzt hatte die Praxis zum 01.07.2002 von einem Vorgänger übernommen. Mit der Quartalsabrechnung IV/03 nahm die Bekl. Honorareinbehalte im Kalenderjahr 2003 für den Leistungsbereich KCH in Höhe von 28.876,33 Euro (Primärkassen) und 14.472,29 Euro (Ersatzkassen) und für den Leistungsbereich ÜLE (übrige Leistungen) in Höhe von 10.435,83 Euro (Primärkassen) und 11.158,23 Euro (Ersatzkassen). Diese Honorareinbehalte bezogen sich auf ein angefordertes Honorarvolumen von 143.292,00 Euro (KCH) und 83.258,00 Euro (ÜLE), insgesamt 226.550,66 Euro. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 20.09.2006 - S 2 KA 39/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### C) DEGRESSIONSFORDERUNG GEGEN GEMEINSCHAFTSPRAXIS BEI MITGLIEDERWECHSEL

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.02.2008 – L 11 KA 1/06 –*

RID 08-02-34

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 28/08 B*  
SGB V § 85 IVb ff.

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ein zwischenzeitlich im Verfahren eingetretener Mitgliederwechsel und damit die Änderung des Namens der Gemeinschaftspraxis sind von Amts wegen durch Anpassung im **Rubrum** zu berücksichtigen (BSG SozR 4-1500 § 86 Nr. 2 Rn. 8 m.w.N.; BSG v. 27.06.2007 - B 6 KA 27/06 R - SozR 4-1500 § 141 Nr. 1).

Die **Degressionsregelungen** des § 85 IVb ff. SGB V sind rechtmäßig (grundlegend BSGE 80, 223 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 22 sowie dazu BVerfG NJW 2000, 3413).

Für sachlich-rechnerische Richtigstellungen gilt ebenso wie für den Erlass von Prüfbescheiden in Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren und für Bescheide der Umsetzung der degressionsbedingten Honorarminderung eine **4-jährige Ausschlussfrist**, innerhalb derer Richtigstellungsbescheide der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung dem Betroffenen bekannt gegeben werden müssen (s. zuletzt mit umfangreichen Nachweisen BSG vom 06.09.2006 - B 6 KA 40/05 R - BSGE 97, 84 = SozR 4-2500 §

106 Nr. 15 = ArztR 2007, 301). Ein weitergehender Vertrauensschutz allein wegen Zeitablaufs besteht nicht.

Eine **Gemeinschaftspraxis** schuldet eine Honorarrückforderung unabhängig vom Wechsel in ihrem Mitgliederbestand (BSG v. 27.06.2007 - B 6 KA 27/06 R - - SozR 4-1500 § 141 Nr. 1).

*SG Münster*, Urt. v. 12.12.2005 - S 2 KA 15/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### D) BINDUNGSWIRKUNG EINER FESTSETZUNG IN DEGRESSIONSBESCHIED

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 05.03.2008 – S 2 KA 123/07 –

RID 08-02-35

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85, 87; SGB X § 31

Wird in einem Quartalsabrechnungsbescheid eine Regelung getroffen, Honorar in bestimmter Höhe aufgrund einer Nachberechnung der Degression für das Jahr 1997 zurückzufordern, so sind Einwendungen gegen die Rückforderung durch Einlegung eines Widerspruchs vorzubringen.

Das *SG* wies die Klage ab.

#### E) RESTVERGÜTUNGSQUOTE/DEGRESSIONSKÜRZUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 156/04 –

RID 08-02-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§

BSG Urt. v. 08.02.2006 – B 6 KA 25/05 R - BSGE 96, 53 =SozR 4-2500 § 85 Nr. 23, hat zum HVM 1999 im Einzelnen dargelegt, dass insb. der Verbleib einer geringen (quotierten) **Restvergütung** – mit der Folge erheblicher Honorarminderungen für große Zahnarztpraxen – rechtmäßig ist. Die hiergegen eingelegten Verfassungsbeschwerden sind vom BVerfG nicht zur Entscheidung angenommen worden (BVerfG MedR 2007, 298, 299).

Ein HVM kann vorsehen, dass die sich nach Berücksichtigung der Degressionsstufen ergebende zu **degressierende Punktmenge** ins Verhältnis zu der vom Vertragszahnarzt abgerechneten Gesamtpunktmenge gesetzt wird. Hieraus ergibt sich ein (prozentualer) Faktor, um den gemäß § 2 Abs. 2 die "Ist-Abrechnung" in jedem Leistungsbereich zu vermindern ist; die verminderten Abrechnungsbeträge sind sodann der "HVM-Jahreshonorarzuteilung" zu Grunde zu legen.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 30.06.2004 - S 35 KA 322/01 - verurteilte die KZV, den Honoraranspruch des Klägers unter Beachtung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Berücksichtigung der Degressionsabzüge im Rahmen der Honorarverteilung (BSG, Urteil vom 21. Mai 2003, Az. B 6 KA 24/02 R; Parallelentscheidung B 6 KA 25/02 R = SozR 4-2500 § 85 Nr. 2) neu zu bescheiden und wies im Übrigen die Klage ab, das *LSG* wies die Berufung d. Kl. zurück.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 07-04 A II (S. 14); RID 06-04 A II (S. 16); RID 05-04-A II (S. 9).

### 1. LEISTUNGSBESCHRÄNKUNG BEI JOB-SHARING

*LSG Hessen*, Urt. v. 12.12.2007 – L 4 KA 62/06 –

RID 08-02-37

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 17/08 B*

SGB V §§ 85 I, IIa, 95 IX, 101 I Satz 1 Nr. 5; Ärzte-ZV § 32b

Eine **KV** ist bei der Festsetzung des Honoraranspruchs an eine bestandskräftige Beschränkung des Leistungsumfangs durch die **Entscheidung des Zulassungsausschusses** aufgrund eines sog. Job-Sharings **gebunden**. Bei Leistungsausweitung kommt es nicht auf den Inhalt der Leistungen an. Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei der Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen.

Zum Sachverhalt s. das vorausgehende einstweilige Anordnungsverfahren mit *SG Marburg*, Beschl. v. 17.10.2005 – S 12 KA 783/05 ER - RID 05-04-07 und *LSG Hessen*, Beschl. v. 20.12.2005 – L 4 KA 42/05 ER – RID 06-01-15. *SG Marburg*, Urt. v. 30.08.2006 – S 12 KA 637/06 – RID 06-04-32 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. ENDE DER ERMÄCHTIGUNG NACH § 95 XI SGB V

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 KA 103/06 –*

RID 08-02-38

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 23/08 B*

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

SGB V § 95 XI

Nach § 95 XI SGB V endet die Ermächtigung des Psychotherapeuten ebd. wie nach § 95 Abs. 7 SGB V kraft Gesetzes, also ohne dass es einer Entscheidung der Zulassungsgremien bedarf. Deren Feststellung, dass die Zulassung wegen Vollendung des 68. Lebensjahres geendet habe, hat nur **deklaratorische Bedeutung**. Von daher hat die aufschiebende Wirkung nur zur Folge, dass zwar die Zulassungsgremien (und Dritte) von der Wirkung des Verwaltungsakts keinen Gebrauch machen dürfen, berührt aber nicht den materiell-rechtlichen Eintritt der Beendigung der Zulassung kraft Gesetzes (Festhalten an *LSG Nordrhein-Westfalen*, B. v. 20.06.2007 – L 11 B 12/07 KA ER – RID 07-04-48).

Der Kl. ist Psychologischer Psychotherapeut und wurde mit Beschl. vom 30.06.1999 zur Nachqualifikation innerhalb von fünf Jahren ermächtigt. Der Zulassungsausschuss stellte nach Antrag des Kl. auf Umwandlung der Ermächtigung in eine Zulassung im Juni 2004 mit Beschl. v. 01.12.2004, ausgefertigt und versandt als Bescheid am 17.12.2004, das Ende der Ermächtigung zur Nachqualifikation zum 30.06.2004 wegen fehlender Fachkunde fest. Widerspruch und Klage (SG Düsseldorf, Urt. v. 31.05.2006 - S 14 KA 80/05 -) blieben erfolglos, die Berufung nahm d. Kl. zurück. Die Bekl. lehnte die Durchführung der von dem Kl. für das Quartal IV/04 eingereichten Abrechnung ab und behielt das ausstehende Honorar vollständig ein, da die Ermächtigung des Klägers zur Nachqualifikation zum 30.06.2004 geendet habe. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 18.10.2006 – S 2 KA 164/05 – RID 06-04-20 verurteilte die KV, die Abrechnung des Kl. für das Quartal IV/04 bis zur Zustellung des Beschlusses des Zulassungsausschusses vom 01.12.2004 vorzunehmen und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

## 3. NR. 60 EBM (GANZKÖRPERSTATUS) IN NOTFALLAMBULANZ

*LSG Bayern, Urt. v. 14.11.2007 – L 12 KA 1/06 –*

RID 08-02-39

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

SGB V §§

Ein **Notfall** liegt aber nur so lange vor, solange eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein Teilnahmeberechtigter mangels Umfang des Teilnahmerechts oder Qualifikation oder eigener Bereitschaft zur Behandlungsübernahme nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht, wenn aus einer ex-ante-Betrachtung heraus, ohne sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben bestehen oder Schmerzen unzumutbar lange dauern würden. Behandlungsleistungen, die über einen solchermaßen eingeschränkten Notfallversorgungsauftrag hinausgehen, sind nicht mehr vom Teilnahmerecht umfasst und daher richtig zu stellen.

Auch im Rahmen einer Beschränkung auf die Notfallversorgung ist gleichwohl der ärztliche **Behandlungsstandard** zu beachten. Soweit die Erbringung eines Ganzkörperstatus erforderlich ist, um bis zur voraussichtlichen Weiterbehandlung durch zugelassene Vertragsärzte (außerhalb des Bereitschaftsdienstes) oder bis zu einer notwendigen stationären Einweisung akute Gefahren für den die Notfallambulanz aufsuchenden Versicherten zu erkennen, zu behandeln oder auszuschließen, darf und muss dieser auch von den Ärzten der Notfallambulanz erbracht werden.

Unter einem **Ganzkörperstatus** ist eine Untersuchung "von Kopf bis Fuß" zu verstehen. Dies erfordert eine Untersuchung aller Organsysteme. Hierbei müssen je nach geäußerten Symptomen, Anamnese und bisherigem Verlauf der klinischen Untersuchung einige solcher Organsysteme vollständig, alle restlichen wenigstens orientierend untersucht werden. Eine Überprüfung der Funktion der Sinnesorgane, eine orientierende neurologische Untersuchung mit Koordinationsprüfungen und Prüfung des Reflexverhaltens gehören ebenso dazu, wie die Inspektion der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, die Perkussion und Auskultation der Brustorgane, die Untersuchung des Abdomens, die Überprüfung des Bewegungsapparates sowie auch einfache Messungen (z.B. Körpergröße, Gewicht, Körpertemperatur, Blutdruck). Da die Leistungslegende auch die Dokumentation des erhobenen Status beinhaltet, verpflichtet ein Verstoß gegen diese Dokumentationspflicht ebenfalls zur Richtigstellung.

*SG München*, Urt. v. 19.10.2005 - S 21 KA 1628/03 - wies die Klage ab, das *LSG* hob die Kürzung der Ziff. 60 EBM in zwei der strittigen zehn Behandlungsfällen auf und wies die Berufung im Übrigen zurück.

#### 4. HAUSÄRZTLICHER ALLGEMEINMEDIZINER: NRN. 740, 741, 745 EBM (ENDOSKOPIE)

**LSG Hamburg, Urt. v. 19.09.2007 – L 2 KA 25/06 –**

**RID 08-02-40**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 6/08 B*

SGB V §§ 73 I 1, Ia 1 Nr. 1, 87 II a 4

Ein an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Allgemeinmediziner ist seit 01.01.2003 nicht mehr berechtigt, Leistungen der endoskopischen Untersuchungen des oberen Gastrointestinaltraktes nach Nrn. 740, 741, 745 EBM zu erbringen.

**SG Hamburg**, Urt. v. 15.02.2006 – S 27 KA 540/03 u.a. – RID 06-04-35 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 5. FRAUEN- UND BELEGARZT: LEISTUNGEN BEI EINEM NEUGEBORENEN

**LSG Hessen, Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 43/06 –**

**RID 08-02-41**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 27/08 B*

SGB V § 121 III 1

Die Leistungen nach Nr. 1, 5, 28 und 7200 EBM können von einem Frauen- und Belegarzt nicht bei einem Neugeborenen abgerechnet werden, auch wenn das Belegkrankenhaus keine Säuglingsstation hat. Es handelt sich nicht um belegärztliche Leistungen an seinem Belegpatienten (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003 - B 6 KA 43/02 R - SozR 4-2500 § 121 Nr. 1 = GesR 2004, 281 = Breith 2004, 705 = KRS 03.052).

**SG Marburg**, Urt. v. 29.03.2006 – S 12 KA 719/05 – RID 06-02-12 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 6. KOSTEN FÜR INDIVIDUALAUSBLENDUNGEN BEI EINEM MULTI-LEAF-COLLIMATOR

Vgl. bereits **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 01.03.2006 – L 3 KA 269/04 – RID 06-02-03; anders als nachfolgend **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 01.12.2005 – L 5 KA 77/04 – RID 06-02-32.

SGB V §§ 82 I, 87 I u. II; BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä § 34 II 2; EBM 1996 Nr. 7024, 7025, Allg. Best. A Nr. 2

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 23.05.2007 – L 3 KA 276/04 –**

**RID 08-02-42**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 66/07 R*

juris

Gemäß Ziffer 2 der Allgemeinen Bestimmungen Teil A des EBM in der hier maßgeblichen bis zum 31.03.2005 geltenden Fassung sind Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaten entstanden sind, in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist. Eine "andere Bestimmung" in diesem Sinne ist in der Anmerkung zu den EBM-Ziffern 7024 und 7025 enthalten. Mit der Nr. 7024 wird die "Bestrahlung mit Beschleunigern, ggfs. unter Anwendung von vorgefertigten wiederverwendbaren Ausblendungen, je Fraktion, mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern" vergütet; die Nr. 7024 sieht einen Zuschlag zu dieser Leistung bei Bestrahlung von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern vor. Die Anmerkung hierzu regelt, dass "die Kostenindividuell geformter Ausblendungen (ohne Kosten für wieder verwendbares Material) und/oder Kompensatoren oder individuell gefertigte Lagerungs- und/oder Fixationshilfen ... gesondert berechnungsfähig" sind. Kosten für Individualausblendungen bei einem Multi-Leaf-Collimator (MLC) können daher nicht gesondert berechnet werden.

**SG Hannover**, Urt. v. 08.09.2004 – S 16 KA 86/02 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KA 1838/05 –**

**RID 08-02-43**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 45/07 R*

juris

Ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Facharzt für Strahlentherapie hat keinen Anspruch auf Erstattung der Sachkosten für einen Multileaf-Kollimator.

**SG Karlsruhe**, Urt. v. 23.05.2005 – S 1 KA 3532/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 7. ZIFFER 05340 „ÜBERWACHUNG DER VITALFUNKTION“ NICHT MIT ZIFFER 05230 EBM 2005

**SG Marburg, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 406/07 –**

**RID 08-02-44**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

EBM 2005 Ziffer 05230, 05340, 40224

Neben der Erbringung der Leistung nach Ziffer 05340 EBM 2005 „Überwachung der Vitalfunktion“ kann die Leistung nach Ziffer 05230 EBM 2005 „Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes“ nicht abgerechnet werden. Entsprechend entfällt die Wegepauschale nach der Ziffer 40224 EBM 2005.

## 8. ZAHNÄRZTE: NR. 01 NICHT NEBEN NR. 7500 BEMA-Z

*SG Stuttgart, Urt. v. 24.10.2007 – S 10 KA 5182/05 –*

RID 08-02-45

Revision anhängig: B 6 KA 1/08 R

[www.zahn-forum.de/zf/urteile](http://www.zahn-forum.de/zf/urteile)

SGB V § § 87 I, II; Bema Nr. 01, 7500

Die Gebührennummer 01 BEMA-Z darf nicht neben der Nr. 7500 BEMA-Z in derselben Sitzung abgerechnet werden. Dieser Abrechnungsausschluss ergibt sich aus Ziffer 2 der Allgemeinen Bestimmungen zum BEMA-Z, wonach eine Leistung als selbständige Leistung dann nicht abrechnungsfähig ist, wenn sie Bestandteil einer anderen abrechnungsfähigen Leistung ist. Dieser Abrechnungsausschluss ergibt sich ferner aus den Ziffern 1 und 4 der Abrechnungsbestimmungen zu der Nr. 01 BEMA-Z. Nach Ziffer 1 der Abrechnungsbestimmungen kann neben einer Leistung nach Nr. 01 für dieselbe Sitzung eine Beratungsgebühr nicht abgerechnet werden. Nach Ziffer 4 der Abrechnungsbestimmungen besteht die u.a. über die Nr. 01 hinausgehende Möglichkeit der Abrechnung einer Untersuchung nicht.

Das *SG* wies die Klage ab.

## III. Fachkunde/Zweigpraxis/Genehmigung/Bereitschaftsdienst/Ausschreibung

Vgl. zuletzt RID 07-04 A III (S. 17).

### 1. FACHKUNDE/QUALITÄTSSICHERUNG

#### A) WIDERRUF DER KOLOSKOPIEGENEHMIGUNG/SOFORTIGE VOLLZIEHBARKEIT

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.02.2008 – L 7 B 106/07 KA ER –*

RID 08-02-46

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

SGB V § § 135 II; SGG § § 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2; Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie

Hat ein Vertragsarzt für zwei aufeinander folgende Zeiträume von 12 Monaten die ihm obliegende Pflicht zum **Nachweis einer ausreichenden Zahl von Koloskopien** nicht erbracht, muss ihm die Abrechnungsgenehmigung gemäß § § 6 I Nr. 2, 8 III Koloskopie-Vb entzogen werden; die Entscheidung über die Entziehung ist wegen der großen Bedeutung der Untersuchung für eine ggf. erforderliche Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Darms einerseits und dem nicht unerheblichen Eingriff bei der Untersuchung andererseits bei Fehlen des Nachweises der Fachkunde als **gebundene** und **nicht als Ermessensentscheidung** ausgestaltet und lässt der KV keinen Entscheidungsspielraum.

Die **Bilddokumentation** ist nach Nrn. 156, 764 EBM schon für die vollständige Erbringung der koloskopischen Leistungen durch Foto-/Videoaufnahmen zu führen. Die Foto-/Videoaufnahmen müssen selbst, ohne weitere Hilfsmittel, die Identifikation des Patienten und des Untersuchungszeitpunktes ermöglichen, was aus § 57 BMV-Ä und § 13 VII EKV-Ä folgt. Fehlen auf den Foto-/Videoaufnahmen Angaben zum Patienten und zum Untersuchungszeitpunkt, ist die Koloskopie nicht ordnungsgemäß erbracht worden und kann zum Fachkundenachweis nicht verwendet werden.

Die **sofortige Vollziehbarkeit** des Widerrufs der Abrechnungsgenehmigung kann wegen des Schutzes der Versicherten vor möglicherweise folgenschweren Fehldiagnosen auf Grund der fehlenden oder unbrauchbaren Bilddokumentation angeordnet werden.

*SG Berlin*, Beschl. v. 07.05.2007 - S 79 KA 278/06 ER - wies den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Klage wieder herzustellen, ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

#### B) NACHWEIS MIT BILDDOKUMENTATION EINSCHL. ZOEKUM

*SG Marburg, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 412/07 –*

RID 08-02-47

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

SGB V § 135; § 6 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 20.09.2002

Nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 20.09.2002 (Deutsches Ärzteblatt 2002, Heft 40 S. A.-2654) ist ein Nachweis anhand der Bilddokumentation dafür, dass die Koloskopie auch das Zoekum umfasst, zu erbringen.

### C) ONKOLOGISCH VERANTWORTLICHER ARZT UND HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

**SG Marburg, Urt. v. 27.02.2008 – S 12 KA 143/07 –**

**RID 08-02-48**

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

SGB V §§ 73 I u. Ia; Onkologie-Vereinbarung (Anl. 7 zum EKV-Ä)

Zur ärztlichen Behandlung des onkologisch verantwortlichen Arztes gehört auch die Erbringung der Leistungen nach Ziffern 13500 und 13502 EBM 2005. In der Konsequenz führt dies dazu, dass nur noch Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und internistische Onkologie“ als onkologisch verantwortliche Ärzte im Sinne der Onkologie-Vereinbarungen tätig sein können.

Das **SG** wies die Klage eines hausärztlich tätigen Internisten ab.

### 2. VERTRAUENSCHUTZ BEI INKRAFTTRETEN EINER NEUREGELUNG

**SG Marburg, Urt. v. 12.03.2008 – S 12 KA 495/07 –**

**RID 08-02-49**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 39/08 -*

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

SGB V § 135; Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie v. 29.03.2006

Den Vertragspartnern einer Qualitätssicherungsvereinbarung (hier: interventionelle Radiologie) bleibt es im Regelfall unbenommen, die Voraussetzungen für eine Genehmigung zu verändern. Hat jedoch ein Vertragsarzt umfangreiche Vorkehrungen getroffen (hier: mehrmonatige Hospitation), um die ihm nach altem Recht zugestandene erneute Teilnahme an einem Kolloquium zu ermöglichen, so ist dieses Vertrauen unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten schutzwürdig und handelt es sich insofern um einen atypischen Fall, der die erneute Zulassung zu einem Kolloquium rechtfertigen kann.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 3. ZWEIGPRAXIS

#### A) GENEHMIGUNG EINER ZWEIG(FILIAL-)PRAXIS BEI DEFENSIVER KONKURRENTENKLAGE

**SG Dortmund, Beschl. v. 20.01.2008 – S 16 KA 171/07 ER –**

**RID 08-02-50**

MedR 2008, 242

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

Leitsatz (MedR): 1. Die Klage gegen den Genehmigungsbescheid für eine Zweigpraxis hat aufschiebende Wirkung.

2. Die Erhöhung des Angebots an Ärzten beinhaltet nicht automatisch eine Verbesserung der Versorgung vor Ort.

3. Soll eine Filialpraxis in einem gesperrten Planungsbereich eröffnet werden, muss die Verbesserung der Versorgung substantiiert dargelegt werden und die Darlegung mit den tatsächlichen Bedingungen der Versorgung übereinstimmen.

Das **SG** wies den Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung ab.

#### B) KEINE DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE GEGEN ZWEIGPRAXISGENEHMIGUNG

**SG München, Urt. v. 11.12.2007 – S 28 KA 781/07 –**

**RID 08-02-51**

*Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 3/08 -*

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

SGG § 54 I; Ärzte-ZV § 24 III

Im Verhältnis zwischen Filiale und Praxis des Vertragsarztes besteht ein **Vorrang-Nachrang-Verhältnis nicht**. Die Zweigpraxis eröffnet keinen (neuen) Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung im Sinne einer Statusgewährung, wie dies z.B. bei Ermächtigungen der Fall ist, sondern sie erweitert lediglich die Orte, an denen die Leistungen erbracht werden dürfen. Eine Ausweitung des budgetierten Honorarvolumens ist durch die Filialgenehmigung ausdrücklich nicht zulässig.

Die Versicherten sind nicht an einen Vertragsarzt in dem ihrem Wohnort entsprechenden Planungsbereich gebunden. Mit der **Genehmigung einer Zweigpraxis** wird der (örtliche) Leistungsbereich eines sich schon im System der vertragsärztlichen Versorgung befindlichen Arztes erweitert. Hinsichtlich der Genehmigung der Filiale tritt im Vergütungsbereich keine Veränderung der bisherigen Situation ein, denn den Ärzten war es bisher schon erlaubt, die nunmehr in der Filialpraxis erbrachten Leistungen in der Stammpraxis zu erbringen.

Eine **Drittbetroffenheit** ergibt sich auch nicht daraus, dass § 24 III Ärzte-ZV für die Erteilung einer Filialgenehmigung eine **Verbesserung der Patientenversorgung** fordert, denn dabei handelt es sich nicht um eine Bedarfsprüfung, die drittschützende Wirkung entfalten könnte.

Das **SG** wies die Klage einer orthopädischen Praxis gegen die dem beigel. Orthopäden genehmigte Zweigpraxis ab.

### C) KINDERÄRZTLICHE ZWEIGPRAXIS IN ORTSCHAFT OHNE KINDERARZT

**SG Marburg, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 403/06 –**

**RID 08-02-52**

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

§ 24 Abs. 1, 2 und 3 Satz 1 u. 2 Ärzte-ZV i.d.F. d. VÄndG

Eine kinderärztliche Zweigpraxis in einer Ortschaft ohne Kinderarzt mit über 15.000 Einwohnern und einem weiteren Hinterland bedeutet eine Versorgungsverbesserung i.S.d. § 24 Abs. 1 Ärzte-ZV, auch wenn in Entfernungen von 4, 8 und 11 km kinderärztliche Praxen vorhanden sind.

### D) MVZ: LEISTUNGSSPEKTRUM AM VERTRAGSARZTSITZ

**SG Marburg, Beschl. v. 22.02.2008 – S 12 KA 47/08 ER –**

**RID 08-02-53**

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

SGB V § 95; SGG § 86b II; Ärzte-ZV § 24

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) muss am Vertragsarztsitz alle ärztlichen Leistungen erbringen, um fachübergreifend tätig zu sein. Leistungen eines Fachgebiets können nicht ausschließlich in einer Zweigpraxis erbracht werden. Zwei selbständige Praxen unter dem Dach eines MVZ sind nach gegenwärtiger Rechtslage nicht zulässig.

Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung eines MVZ, das nach Übernahme eines gynäkologischen Vertragsarztsitzes diese 17 km vom Hauptsitz liegende Praxis fortführen wollte, ohne gynäkologische Leistungen am Hauptsitz anzubieten, ab; zuvor erging bereits **SG Marburg**, Beschl. v. 23.11.2007 – S 12 KA 465/07 ER – RID 07-04-30; danach erging nachfolgender Beschl.

**SG Marburg, Beschl. v. 09.04.2008 – S 12 KA 93/08 ER –**

**RID 08-02-54**

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

Ein erneut gestellter Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, der zu einem bereits zurückgewiesenen Antrag inhaltsgleich ist, ist unzulässig.

Ein MVZ muss am Vertragsarztsitz alle ärztlichen Leistungen erbringen, um fachübergreifend tätig zu sein. Leistungen eines Fachgebiets können nicht ausschließlich in einer Zweigpraxis erbracht werden. Für die **Präsenzpflicht** am Vertragsarztsitz im Verhältnis zur Zweigpraxis gilt für ein MVZ die Maßgabe, dass die angegebenen Mindestzeiten für den Versorgungsauftrag des MVZ insgesamt unabhängig von der Zahl der beschäftigten Ärzte anzuwenden sind (§ 17 Ia 4 BMV-Ä/EKV-Ä). Es reicht aus, dass die Summe der Tätigkeitszeiten aller am Vertragsarztsitz tätigen Ärzte alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen (s. bereits **SG Marburg**, Beschl. v. 23.11.2007 – S 12 KA 465/07 ER -; 22.02.2008 – S 12 KA 47/08 ER -).

Das **SG** (zur Vorgeschichte s. vorstehend) verpflichtete die KV im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. vorläufig die Tätigkeit in dem Fachgebiet Gynäkologie an einem weiteren Ort, längstens bis zu einer Entscheidung des SG zum Az.: S 12 KA 45/08 in einem Umfang von 18 Wochenstunden zu gestatten; es gab der Ast. auf, an ihrem Vertragsarztsitz in einem Umfang von 20 Wochenstunden tätig zu sein und ein Tagebuch unter Angabe der jeweiligen Arbeitszeiten über die Verteilung der gynäkologischen Tätigkeit am Vertragsarztsitz und dem weiteren Ort zu führen und der Ag. bis zum 5. des nachfolgenden Monats vorzulegen sowie bei der Erbringung und Abrechnung einer Leistung den jeweiligen Ort der Leistungserbringung mit einer Betriebsstättennummer zu kennzeichnen. Im Übrigen wies es den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

### 4. GENEHMIGUNG ALS BELEGARZT: UNZUREICHENDE BELEGBETTENZAHL

**LSG Bayern, Urt. v. 10.10.2007 – L 12 KA 622/04 –**

**RID 08-02-55**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 10/08 B*

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

SGB V §§ 121, 103 VII

Das Angebot zum Abschluss eines Belegarztvertrages muss von der Klinik korrekt an einer dafür geeigneten Stelle ausgeschrieben werden.

Bei einer Bettenzahl von drei, die noch dazu einseitig von der Klinik verringert werden kann, und auf die der Arzt nach dem Vertragstext keinen Rechtsanspruch hat, handelt es sich nicht um eine belegärztliche Tätigkeit i.S.d. § 121 II SGB V. Dies gilt auch im Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit vergleichsweise kurzen Liegezeiten.

**SG München**, Urt. v. 22.07.2004 - S 32 KA 712/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 5. EBM 2005

### A) RÜCKWIRKENDE GENEHMIGUNG (NRN. 01730, 01821, 01822 UND 01828 EBM 2005)

*LSG Hessen, Urt. v. 12.12.2007 – L 4 KA 51/06 –*

RID 08-02-56

EBM 2005 Nrn. 01730, 01821, 01822, 01828, Präambel in Abschnitt 3.1

Die Abrechnungsvoraussetzungen in Nrn. 01730, 01821, 01822 und 01828 EBM 2005 sowie in Satz 1 zu Nr. 4 der Präambel in Abschnitt 3.1 EBM 2005, wonach diese Leistungen von Vertragsärzten im häuslichen Versorgungsbereich abrechnungsfähig sind, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden, begründen einen **Anspruch auf eine rückwirkende Genehmigung**, soweit die entsprechenden **Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt** und abgerechnet wurden.

*SG Marburg*, Urt. v. 05.07.2006 – S 12 KA 171/06 – RID 06-03-40 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

### B) KINDER- UND JUGENDMEDIZINER: NR. 09323 EBM 2005/ABWEICHENDE REGELUNG

*LSG Hessen, Beschl. v. 04.02.2008 – L 4 KA 28/07 –*

RID 08-02-57

SGB V §§ 72, 87 I 1, II 1, IIa 5 u. 6; EBM 2005 Nr. 09323; Kap. 4

Einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin kann eine Genehmigung für Leistungen nach Nr. 09323 EBM 2005 nicht erteilt werden. Eine KV ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt des allgemeinen oder besonderen Sicherstellungsauftrages nach §§ 72 I, 75 I SGB V befugt, vom EBM 2005 abweichende Abrechnungserlaubnisse bei entsprechendem Versorgungsbedarf zu erteilen.

*SG Marburg*, Urt. v. 07.03.2007 – S 12 KA 807/06 – RID 07-02-42 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### C) KEIN GENEHMIGUNGSVORBEHALT FÜR KAPITELFREMDE LEISTUNGEN NACH ERMÄCHTIGUNG

*LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 10.03.2008 – L 4 B 308/08 KA ER –*

RID 08-02-58

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

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

Es entspricht dem üblichen Regelungsgehalt eines Bescheides über die Erteilung einer Ermächtigung bezogen auf bestimmte EBM-Leistungsziffern, dass die entsprechenden Leistungen grundsätzlich ohne weitere Voraussetzungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden dürfen. Soll die Leistungsbringung von weiteren Voraussetzungen abhängig bleiben, insb. der zusätzlichen Genehmigung eines Dritten, wird dies in den Bescheiden der Zulassungsgremien deutlich zum Ausdruck gebracht.

Wenn in einem Ermächtigungsbescheid ausgeführt ist, die dem Wortlaut nach entgegenstehende Regelung des Kapitels 19.1.1 EBM stelle einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit des Ast. dar, die es nicht rechtfertige, dem Widerspruch stattzugeben, so lässt dies keine andere Deutung zu, als dass dem Ast. entgegen dem Wortlaut des EBM und ohne Genehmigungsvorbehalt zugunsten der KV die Leistungserbringung und Abrechnung ermöglicht werden sollte.

Der Ast. ist Assistenzarzt am Zytologischen Labor des Krankenhauses G GmbH. Er ist **Facharzt für innere Medizin/Pulmologie**. Erstmals 1994 wurde er zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Überweisungspraxis zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen im Zusammenhang mit pulmologischer Diagnostik nach den Nr. 4852, 4855, 4860 sowie 74 EBM einschließl. der Entnahmetechniken ermächtigt. Die Ermächtigung wurde seitdem mehrfach verlängert, nach Änderung des EBM nunmehr bezogen auf die Leistungsziff. 4952, 4955 und 4960 EBM 1996 bzw. Ziff. 19310, 19311, 19312 und 19320 EBM 2005, zuletzt bis 2008. Hiergegen erhob die **Ag. Widerspruch**. Es handele sich hierbei um Leistungen aus dem **Kapitel Pathologie**, die für Fachärzte für innere Medizin nicht abrechenbar seien. Der Beigel. zu 1) wies den Widerspruch zurück und ordnete den Sofortvollzug der Ermächtigung an. Hiergegen erhob die **Ag.** die Klage (S 15 KA 91/07). *SG Kiel*, Beschl. v. 23.11.2007 - S 15 KA 61/07 ER – wies den Antrag der **Ag.** festzustellen, dass der Ast. aufgrund der ihm erteilten Ermächtigung nicht berechtigt sei, Leistungen des Kap. 19 EBM abzurechnen bzw. sie nicht verpflichtet sei, entsprechend abgerechnete Leistungen zu vergüten, hilfsweise, die aufschiebende Wirkung der von ihr erhobenen Klage S 15 KA 91/07 wiederherzustellen, als unzulässig ab. Nachdem die **Ag. die Vergütung** der von dem Ast. abgerechneten Leistungen nach den Ziff. 19310 bis 19312 und 19320 EBM 2005 für die Quartale I/07 und II/07 **abgelehnt** hatte, lehnte *SG Kiel*, Beschl. v. 30.11.2007 - S 16 KA 62/07 ER – eine einstweilige Anordnung ab, das *LSG* stellte fest, dass der Ast. aufgrund des Beschl. des Beigel. zu 1) bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens S 15 KA 91/07, längstens bis zum 31.12.2008 berechtigt ist, Leistungen nach den EBM-Ziffern 19310 bis 19312 und 19320 einschließlich der Entnahmetechniken im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen und abzurechnen.



## D) KEINE AKUPUNKTURGENEHMIGUNG FÜR AUGENÄRZTIN

**SG Marburg, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 363/07 –**

**RID 08-02-59**

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

SGB V § 87; EBM 2005 Ziff. 30790 und 30791

Augenärzte haben keinen Anspruch auf eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen der Akupunktur nach Ziffern 30790 und 30791 EBM 2005. Der Beschluss des Bewertungsausschusses (vgl. 126. Sitzung <Teil C> DÄBl. Nr. 13/2007, A-896/B-796/C-764), der die Leistungserbringung auf einzelne Fachgruppen beschränkt hat, ist rechtmäßig.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 6. ENTLASTUNGSASSISTENT AUS FAMILIÄREN UND BERUFSPOLITISCHEN GRÜNDEN

**SG Marburg, Gerichtsbb. v. 18.03.2008 – S 12 KA 262/07 –**

**RID 08-02-60**

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

Ärzte-ZV § 32 II 2 u. 3

Bei einer Genehmigung zur Beschäftigung eines Entlastungsassistenten aus familiären und berufspolitischen Gründen ist zu berücksichtigen, dass freiberuflich Erwerbstätige im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten ihre Berufstätigkeit sowohl hinsichtlich des Umfangs als auch der Art und Weise der Ausübung frei gestalten können.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 7. SICHERSTELLUNGSASSISTENTIN OHNE WEITERBILDUNG

**SG Marburg, Beschl. v. 19.03.2008 – S 12 KA 520/07 –**

**RID 08-02-61**

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

Ärzte-ZV § 32 II 2 u. 3

Für die Genehmigung einer Sicherstellungsassistentin ist eine fachärztliche Qualifikation der Sicherstellungsassistentin nicht erforderlich.

Das **SG** verurteilte die bekl. KV nach Erledigung des Rechtsstreits aufgrund Ausscheidens des klagenden Vertragsarztes zur Kostentragung.

## 8. BEREITSCHAFTSDIENST: TEILNAHME AM NOTDIENST DURCH NICHTVERTRAGSARZT

**SG Marburg, Beschl. v. 30.04.2008 – S 12 KA 140/08 ER –**

**RID 08-02-62**

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

SGB V § 75 I 2; SGG § 86b II

Ein nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt, der seit Jahren am Notdienst teilnimmt, kann von einer weiteren Teilnahme nicht ohne weiteres ausgeschlossen werden, soweit der Bedarf für die Teilnahme von Nichtvertragsärzten nicht weggefallen ist.

Das **SG** verpflichtete die KV im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. bei der Dienstplanerstellung für den Notdienst im ärztlichen Bereitschaftsdienst LX. für den Zeitraum 01.07. bis 31.12.2008 mindestens einmal im Monat zur Verrichtung von ärztlichen Notdiensten zum Dienst einzuteilen.

Nach **BSG**, Urt. v. 06.02.2008 – **B 6 KA 13/06 R** - sind alle Vertragsärzte kraft ihres Zulassungsstatus verpflichtet, die durch die Einrichtung eines Notfalldienstes entstehenden Belastungen gleichwertig mitzutragen, denn dieser **Notfalldienst** bewirkt zugleich eine Entlastung des einzelnen Vertragsarztes; dies gilt auch für **Fachärzte** (hier: Pathologe), die ohne direkten Patientenkontakt tätig sind; kann ein Arzt - gleichgültig ob aus gesundheitlichen Gründen oder etwa aufgrund unterlassener ausreichender Fortbildung - den **Notfalldienst nicht persönlich erbringen**, ist er verpflichtet, auf eigene Kosten einen geeigneten Vertreter zu stellen; eine Befreiung von dieser Verpflichtung kommt nur in Frage, wenn einem Arzt wegen seiner geringen Einkünfte aus vertragsärztlicher Tätigkeit die Finanzierung eines Vertreters nicht mehr zugemutet werden kann.

## 9. AUSSCHREIBUNG ZUR PRAXISNACHFOLGE NACH RUHEN DER ZULASSUNG

**SG Marburg, Urt. v. 20.02.2008 – S 12 KA 123/07 –**

**RID 08-02-63**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 38/08 -*

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

SGB V §§

Es obliegt grundsätzlich den Zulassungsgremien, über die Nachfolgezulassung nach § 103 IV SGB V zu entscheiden, und insofern handelt es sich bei der von der Kassenärztlichen Vereinigung vorzunehmende Ausschreibung lediglich um eine Vorbereitungshandlung. Die Kassenärztliche Vereinigung ist jedenfalls dann nicht berechtigt, eine Ausschreibung zu verweigern, wenn die fehlende Ausschreibefähigkeit nicht offensichtlich ist.

Im Falle des Ruhens der Zulassung hat eine Ausschreibung auch dann zu erfolgen, wenn eine vertragsärztliche Praxis nur noch in der Hülse des Vertragsarztsitzes vorhanden ist.

Das **SG** gab der Klage statt.

## **IV. Disziplinarrecht: Buße von 5.000 Euro wegen unzulässigen Privatleistungen**

**SG Marburg, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 349/07 –**

**RID 08-02-64**

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

SGB V §§ 2 II 1, 13 I, 73 II, 81 V 2 u. 3; BMV-Ä § 18 III; EKV-Ä § 21 III

Die Verhängung einer Disziplinarbuße von 5.000 Euro gegen einen Vertragsarzt, der unzulässigerweise ein Privatrezept ausgestellt, eine Kassenleistung privat abgerechnet und in einem dritten Fall eine Unkostenpauschale von 20 Euro erhoben hat, ist nicht unverhältnismäßig.

Das **SG** wies die Klage ab.

## **V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz**

Nach BSG, Urt. v. 09.04.2008 – **B 6 KA 34/07 R** – kann auf der Grundlage einer Prüfvereinbarung aus dem Jahr 1995 eine statistische Vergleichsprüfung auch nach der Neufassung des § 106 SGB V durch das GMG durchgeführt werden; für die Forderung, den als unwirtschaftlich angesehenen Teil zuerst von der Honoraranforderung abzuziehen und erst dann die Vorschriften über das "Individuelle Punktzahlvolumen" des Honorarverteilungsmaßstabs anzuwenden, bietet das Bundesrecht keine Grundlage.

Vgl. zur **BSG-Rspr.** ferner zuletzt RID 07-04 A IV (S. 20); RID 06-04-A V (S. 24); RID 05-04-A IV (S. 17).

### **1. EINGESCHRÄNKTE EINZELFALLPRÜFUNG**

**SG Marburg, Urt. v. 16.04.2008 – S 12 KA 174/07 –**

**RID 08-02-65**

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

SGB V § 106

Wenn auch grundsätzlich vom Vorrang eines statistischen Kostenvergleichs auszugehen ist, so sind die Prüfgremien im Hinblick auf geringe Abrechnungsfrequenzen in den Folgequartalen berechtigt, die eingeschränkte Einzelfallprüfung durchzuführen. Im Bereich der Prüfung von Einzelleistungen ist es noch vom Beurteilungsspielraum gedeckt, wenn, auch im Hinblick auf geringe Abrechnungsfrequenzen, der Methode der eingeschränkten Einzelfallprüfung der Vorrang gegeben wird.

Allein aufgrund der Zuerkennung eines psychosomatischen Zusatzbudgets folgt keine Berechtigung, immer im Umfang des zuerkannten Zusatzbudgets auch diese Leistungen abzurechnen.

Das **SG** wies die Klage ab.

### **2. ARZNEIMITTELREGRESS/HEILMITTELREGRESS**

#### **A) RICHTGRÖßENPRÜFUNG KV BAYERN 2002**

**SG München, Urt. v. 24.10.2007 – S 38 KA 1231/06 –**

**RID 08-02-66**

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

SGB V §§ 84, 89 I, 106; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Das Rechtsstaatsgebot des Art. 20 III GG erfordert es, dass Richtgrößenvereinbarungen bekannt gemacht werden (vgl. BSG v. 09.12.2004 - B 6 KA 40/03 R -). Eine Weiterverweisung in den nach der Satzung einer KV vorgesehenen Publikationsorganen auf das Extranet, die Möglichkeit des Fax-Abrufes oder eine Hotline reicht nicht aus.

Wird eine Richtgrößen-Vereinbarung für das Kalenderjahr 2002 erst im Mai 2002 bekannt gemacht, so handelt es sich um eine echte Rückwirkung, die unzulässig ist (vgl. BSG v. 02.11.2005 - B 6 KA 63/04 R -BSGE 95, 199 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 11).

Gegen den Kl., einen praktischen Arzt, ordnete der Beschwerdeausschuss wegen Überschreitens des Richtgrößenvolumens für das Jahr 2002 einen Regress in Höhe von 40.734,70 EUR an. **SG München**, Beschl. v. 14.08.2006 - S 38 KA 1252/06 ER - gab dem Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung statt, **LSG Bayern**, Beschl. v. 17.07.2007 – L 12 B 795/06 KA ER – RID 07-04-37 wies den Antrag z. T. zurück; dem Ast. wurde insoweit jedoch nachgelassen, diesen Betrag in monatlichen Raten zu je 2.000,00 EUR, beginnend mit dem Monat August 2007, jeweils zur Monatsmitte, zurückzuführen. Das **SG** gab der Klage statt.

#### **B) ARZNEIKOSTENDATEN: FEHLENDE SUBSTANTIIERUNG IHRER UNRICHTIGKEIT**

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.05.2008 – L 11 KA 64/07 –**

**RID 08-02-67**

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

SGB V § 106

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach die lediglich pauschale Behauptung, dass Verordnungsvolumen sei nicht ordnungsgemäß erfasst worden, keine Verpflichtung zur weiteren Überprüfung oder Vorlage sämtlicher Ordnungsblätter auslöse, ist nicht zu beanstanden.

**SG Dortmund**, Urt. v. 22.08.2007 - S 16 (9) KA 128/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## C) OFF-LABEL-USE

### AA) EQUASYM BEI ADHS IM ERWACHSENENALTER

*SG Düsseldorf, Urt. v. 05.03.2008 – S 2 KA 84/07 –*

RID 08-02-68

*Berufung zugelassen* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 106

Es gibt keine gesicherte Datenlage für eine hinreichend begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg mit Methylphenidat zur Therapie der adulten ADHS.

Das *SG* wies die Klage ab.

**Parallelverfahren:** *SG Düsseldorf, Urt. v. 05.03.2008 – S 2 KA 209/06 –*

RID 08-02-69

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

*SG Marburg, Urt. v. 16.04.2008 – S 12 KA 390/07 –*

RID 08-02-70

*Berufung anhängig* [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 106

Einer Patientin, die an einer pulmonalen Hypertonie erkrankt war und mit Ilomedin inhalativ behandelt wurde, konnte bei Verschlechterung ihres Gesundheitszustands im Jahr 2001 zur Stabilisierung zusätzlich Sildenafil im Rahmen eines sog. Off-Label-Use verordnet werden. Soweit eine andere Medikation ein Jahr später zur Verfügung stand, konnte die Kombinationstherapie mit Sildenafil fortgesetzt werden, wenn eine Umstellung aus medizinischen Gründen unzumutbar war. Soweit ein Versorgungsanspruch besteht, ist ein Arzneikostenregress ausgeschlossen.

Das *SG* wies die Klage der AOK ab.

## D) UNSICHERE RECHTSLAGE ÜBER VERORDNUNGSFÄHIGKEIT EINES ARZNEIMITTELS (WOB E MUGOS E)

*SG Potsdam, Urt. v. 18.07.2007 – S 1 KA 101/06 –*

RID 08-02-71

SGB V §§ 27, 31, 106

**Wobe Mugos E** war 1999 nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig (vgl. *BSG*, Urt. v. 27.09.2005, SozR 4-2500 § 31 Nr. 3). Ein Arzneikostenregress scheidet jedoch aus **Vertrauensschutzgründen** aus, da bis zur Entscheidung des BSG erhebliche Unsicherheit hierüber bei Ärzten und Juristen bestand. Ist die objektive Rechtslage zur Zeit der Verordnung aufgrund eines juristischen Meinungsstreits nicht feststellbar, so kann dies bis zur Veröffentlichung einer höchstrichterlichen Entscheidung nicht zu Lasten des Arztes gehen.

Das *SG* gab der Klage statt.

Vgl. zuletzt *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 14.11.2007 – L 11 KA 112/06 – RID 08-01-52 (Revision anhängig: B 6 KA 64/07 R -).

*SG Berlin, Urt. v. 04.04.2007 - S 71 KA 26/03 W05 –*

RID 08-02-72

SGB V §§ 27, 31, 106

Das Arzneimittel **Wobe-Mugos-E** war im Zeitraum I/00 bis I/01 **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.

Eine unsichere Rechtslage über die Verordnungsfähigkeit eines Arzneimittels allein begründet noch keinen **Vertrauensschutz**. Durch einen von der KV veröffentlichten Hinweis, dass die Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen, ist zudem etwaiges Vertrauen zerstört worden. Bei unklarer Rechtslage kann der Arzt dem Patienten ein Privatrezept ausstellen und es diesem überlassen, sich bei der Krankenkasse um Erstattung der Kosten zu bemühen.

Das *SG* wies die Klage ab.

*SG Berlin, Urt. v. 20.06.2007 - S 83 KA 383/06 –*

RID 08-02-73

Das Arzneimittel **Wobe-Mugos-E** war im Zeitraum IV/00 bis II/01 **nicht verordnungsfähig**.

Die Festsetzung eines Arzneikostenregresses setzt ein **Verschulden** des Arztes nicht voraus.

Eine unklare Rechtslage bzgl. der Verordnungsfähigkeit eines Arzneimittels kann keinen **Vertrauensschutz** begründen. Der Arzt kann dem Patienten ein Privatrezept ausstellen und es diesem überlassen, sich bei der Krankenkasse um Erstattung der Kosten zu bemühen.

Das *SG* wies die Klage ab.

## E) CANNABINOIDHALTIGES REZEPTURARZNEIMITTEL (HIER: DRONABINOL)

*SG Düsseldorf, Urt. v. 27.02.2008 – S 14 KA 272/06 –*

RID 08-02-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 106, 135 I 1

Die Zulassung eines Arzneimittels in einem anderen Staat und die arzneimittelrechtliche Möglichkeit, ein solches Mittel im Rahmen des Einzelimports gemäß § 73 III 1 AMG nach Deutschland einzuführen, ersetzt den **fehlenden Zulassungsstatus** insoweit nicht (vgl. BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R -).

Die Verordnung von **cannabinoidhaltigen Rezeptur Arzneimitteln** (hier: Dronabinol) wird nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst. Nach der Rechtsprechung des BSG dürfen Krankenkassen ihren Versicherten eine neuartige Therapie mit einem Rezeptur Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bisher nicht empfohlen ist, grundsätzlich nicht gewähren, weil sie an das Verbot des § 135 I 1 SGB V und die das Verbot konkretisierenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden sind (BSG SozR 3-2500 § 31 Nr. 5; SozR 3-2500 § 135 Nr. 14).

Das *SG* wies die Klage ab.

## F) KEINE SALDIERUNG MIT HYPOTHETISCHEN ARZNEIMITTELKOSTEN (KOMBINATIONSPRÄPARAT)

*SG Dresden, Urt. v. 26.03.2008 – S 18 KA 831/07 –*

RID 08-02-75

Berufung zugelassen  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 31 I 1, 34 I 1 u. 2, 92 I 2 Nr. 6, 106 II 4; AMRL 16.4.14, 16.4.16, 14.4.39, 16.9, 20.1; BMV-Ä § 48 I

**Leitsatz:** Verordnet der Vertragsarzt zu Lasten der Krankenkasse ein nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel, für das keine Ausnahmeindikation in der sog. **OTC-Liste** nach Abschnitt F Nr. 16 der Arzneimittel-Richtlinien vorgesehen ist (hier: Kombinationspräparat aus Eisen- und Folsäure), so kann er einem **Arzneimittelregress** nicht entgegen halten, der Krankenkasse sei **kein Schaden** entstanden, weil bei der hypothetischen Verordnung eines nach der OTC-Liste verordnungsfähigen Alternativpräparats (hier: Eisen als Monopräparat) wegen des selben Arzneimittelfestpreises Kosten in gleicher Höhe angefallen wären; es erfolgt **keine Gegenrechnung** ersparter Aufwendungen (Anschluss an LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.05.2006 – L 4 KA 14/04 – RID 06-04-50).

Mit ihrer **Klage** wendet sich die **KV** gegen einen gegenüber dem zu 1 beigel. Vertragsarzt festgesetzten Verordnungsregress. Dieser hatte im Quartal IV/04 als Weiterverordnung zur Behandlung einer postoperativen Anämie nach einem gynäkologischen Eingriff ferro sanol® gyn Kapseln, ein nicht verschreibungspflichtiges chemisch definiertes Antianämikum von Eisen in Kombinationen mit Folsäure zur Behandlung eines kombinierten Eisen- und Folsäure-Mangels verordnet (Apothekenabgabepreis: 12,46 EUR, Apothekenrabatt: 0,62 EUR, Zuzahlung: 5,00 EUR). Die zu 2. beigel. Ärztin wurde mit **6,84 EUR** belastet. Die KV trägt vor, die Verordnung des Kombinationspräparates entspreche zwar formal nicht der Regelung in Nr. 16.4.14 AMR, weil kein Monopräparat verordnet worden sei. Der geltend gemachte Schaden sei der Beigel. zu 2. indessen nicht entstanden, weil der im Arzneimittel mit enthaltene Wirkstoff Folsäure für den Festbetrag irrelevant sei. Bei einem **Monopräparat** wären **Kosten in gleicher Höhe angefallen**. Es handele sich um einen speziellen Fall, in dem sich der Festbetrag allein am Preis der auch in der Kombination in erster Linie therapierelevanten Eisenpräparate orientiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe, indem er den Festbetrag des **Kombinationspräparates** allein auf Basis des Hauptwirkstoffes festsetzte, verhindern wollen, dass durch die Beimengung therapeutisch unwesentlicher Zusätze - hier: der Folsäure - ein Preisvorteil erzielt wird. Deshalb könne in diesen Fällen der Krankenkasse kein Schaden entstehen. Die Anordnung eines Regresses beruhe auf einer viel zu formalen Herangehensweise. Das *SG* wies die Klage ab.

## G) REGRESS KRANKENGYMNASTIK: VERORDNUNG ÜBER GESAMTVERORDNUNGSMENGE

*SG Düsseldorf, Urt. v. 05.03.2008 – S 2 KA 62/07 –*

RID 08-02-76

Berufung zugelassen  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106 II 4

Die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind befugt, **Regressive** wegen unzulässiger Verordnung von **Heilmitteln** festzusetzen, jedenfalls wenn dies eine Prüfvereinbarung vorsieht (vgl. z.B. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 52). Dieser ist hier nicht - wie bei Regressen wegen eines sog. sonstigen Schadens - von einem **Verschulden** des Vertragsarztes abhängig (vgl. z.B. BSG, Beschl. v. 14.03.2001 - B 6 KA 71/00 B - zu Verordnungen von Krankengymnastik nach den Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien).

Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittel-Kataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind gemäß Teil 1 Abschn. II. (Grundsätze der Heilmittelverordnung) Nr. 11.3 Heilmittel-RL weitere Verordnungen möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). Solche **Verordnungen** bedürfen einer **besonderen Begründung** mit prognostischer Einschätzung. Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen, sofern sie nicht auf die Vorlage verzichtet (Nr. 11.5).

Die klagende Gemeinschaftspraxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie verordnete im Quartal I/05 zugunsten der T, geb. 1914, als Folgeverordnung 20 x "KG nach PNF" (Krankengymnastik unter Einsatz der neurophysiologischen Techniken der propriozeptiven neuromuskulären Fazilitation) unter Angabe der Diagnose "M. Parkinson" zur Erreichung der Therapieziele "Förderung und Besserung der Koordination und Grob- und Feinmotorik". Nicht angekreuzt war auf dem Ordnungsblatt das Feld "Verordnung außerhalb des Regelfalles", auch wurde keine "medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)" auf dem entsprechenden Textfeld angegeben. Entsprechend dem Prüfantrag setzte der Prüfungsausschuss einen Regress in Höhe von 499,40 EUR fest, da die Heilmittel-Richtlinien eine Behandlung für die angeführte Indikation mit Krankengymnastik als Folgeverordnung in einer Ansatzhäufigkeit von 20 Einheiten nicht vorsähen. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

Nach **BSG**, Urt. v. 15.11.2007 - B 3 KR 4/07 R – kommt ein wirksamer Behandlungsvertrag zwischen Krankenkasse und Physiotherapeutin auch bei einer **vorschriftswidrigen Verordnung** (weder ein entsprechender Genehmigungsvermerk noch eine Kostenübernahmeerklärung) zustande, wenn die Krankenkasse auf die Genehmigung im Einzelfall gegenüber den Leistungserbringern verzichtet.

#### **H) AUFSCHIEBENDE WIRKUNG GEGEN REGRESS NACH RICHTGRÖßENPRÜFUNG BEI DROHENDER INSOLVENZ**

**SG Hannover, Beschl. v. 02.04.2008 – S 16 KA 62/08 ER –**

**RID 08-02-77**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106; SGG § 86b I

Für einen Vertragsarzt, der für sich und seine Familie über Einnahmen in Höhe von 3.250 Euro monatlich verfügt, würde die Realisierung des gesamten Regressbetrages in Höhe von 104.175,68 Euro die **Insolvenz** zur Folge haben. Diese Folge kann nicht im Interesse des Beschwerdeausschusses und der KV liegen, denn im Falle der Insolvenz würden sie möglicherweise nicht nur auf den Regressbetrag verzichten müssen, sondern auch auf die möglichen Regressbeträge aus den Richtgrößenprüfungen der Folgejahre 2002 bis 2005 (400.401,60 Euro, 218.520,31 Euro, 164.280,97 Euro sowie 237.171,39 Euro).

Die gesetzliche Konstruktion der **Richtgrößenprüfung** beruht darauf, dass die gesamte Vergütung aller niedersächsischen Vertragsärzte um die regressierten Beträge gemindert wird. Diese kollektivrechtliche Wirkung ist als rechtswirksam hinzunehmen. Sie darf jedoch nicht zur Folge haben, dass zur Stabilisierung des Gesamtvergütungsanspruches die **Rechte einzelner Ärzte** eingeschränkt werden.

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

#### **3. AUFSCHIEBENDE WIRKUNG GEGEN FESTSTELLUNG EINES SONSTIGEN SCHADENS**

**LSG Hessen, Beschl. v. 28.02.2008 – L 4 KA 68/07 ER –**

**RID 08-02-78**

SGB V § 106 V 7; SGG § 86b I

§ 106 V 7 SGB V gilt nur für Honorarberichtigungen aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, nicht aber für Bescheide über Arzneimittelregresse oder einen sonstigen Schaden. Ein solcher liegt vor, wenn ein Regress wegen nicht vertragsgerechter Durchführung festgesetzt wird.

**SG Marburg**, Beschl. v. 23.08.2007– S 12 KA 316/07 ER – RID 07-03-62 gab dem Antrag statt, das LSG wies die Beschwerde zurück.

#### **4. ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG**

**LSG Hessen, Beschl. v. 28.03.2008 – L 4 KA 72/07 ER –**

**RID 08-02-79**

SGB V § 106 V 7; SGG § 86b I

Sind keine konkreten Hinweise bekannt, wonach eine Vertragszahnärztin zum Zeitpunkt der Anordnung der sofortigen Vollziehung durch den Beschwerdeausschuss nicht in der Lage war oder ist, fällige (Regress-)Forderungen zu begleichen, so besteht kein öffentliches Interesse für die Anordnung der sofortigen Vollziehung.

**SG Marburg**, Beschl. v. 16.10.2007– S 12 KA 410/07 ER – gab dem Antrag statt, das LSG wies die Beschwerde zurück.

**Parallelverfahren: SG Marburg**, Beschl. v. 16.10.2007– S 12 KA 411/07 ER –

**LSG Hessen, Beschl. v. 28.03.2008 – L 4 KA 73/07 ER –**

**RID 08-02-80**

## 5. ZAHNÄRZTE

### A) DURCHSCHNITTSWERTE/UNTERSCHIEDLICHE MORBIDITÄT STADT-LAND

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.03.2008 – L 11 KA 88/06 –*

RID 08-02-81

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 29/08 B*

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

SGB V §§ 106

Die Vertragspartner auf Landesebene können Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach **Durchschnittswerten** auch nach dem 01.01.2004 in der Prüfvereinbarung vereinbaren.

Der Hinweis eines Vertragszahnarztes auf die **hohe Morbidität** einerseits aufgrund der ländlichen Lage seiner Praxis und andererseits aufgrund der Übernahme von Patienten wegen Praxisschließungen ist nicht hinreichend substantiiert um darzulegen, dass bei seinen Patienten ein höherer Krankenstand besteht.

Es besteht kein Erfahrungssatz, dass Patienten in der **Stadt** gesünder sind und weniger zahnärztlicher Behandlung bedürfen als die auf dem **Land** (s.a. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.11.2001 - L 5 KA 2438/99 -).

*SG Münster*, Urt. v. 25.09.2006 - S 2 KA 30/05 - wies die Klage gegen eine Honorarkürzung für die Quartale I/99 bis IV/01 in Höhe von 20.371,08 EUR (Nrn. 12, 25 und 26 um 100 %, Nr. 34 um 120%, Nr. 38 um 110% und Nr. 49 um 200 %) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Nach BSG, Urt. v. 09.04.2008 – **B 6 KA 34/07 R** – kann auf der Grundlage einer Prüfvereinbarung aus dem Jahr 1995 eine statistische Vergleichsprüfung auch nach der Neufassung des § 106 durch das GMG durchgeführt werden.

### B) VERANTWORTLICHKEIT DES VERTRAGSZAHNARZTES FÜR ZAHNTECHNISCHES LABOR

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 21.11.2007 – L 7 KA 18/03 –*

RID 08-02-82

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

SGB V i.d.F. bis 31.12.1998 §§ 28 II, 30 I, 72 I, 75 I, 76 IV, 135 IV 3; BGB § 278; EKVZ § 12 VI; BGB § 278

Der Einwand eines Zahnarztes, die vom Gutachter festgestellten Mängel seien nicht durch ihn, sondern durch **Nachbehandler** entstanden, greift dann nicht durch, wenn aufgrund der Feststellungen eines Sachverständigen feststeht, dass bereits die zahntechnische Herstellung des Zahnersatzes fehlerhaft war.

Ein Vertragszahnarzt ist **uneingeschränkt verantwortlich** für die zahnmedizinische Leistung. Er kann sich nicht mit Erfolg darauf berufen, er habe die Arbeit zahnmedizinisch de lege artis durchgeführt, wenn die Mangelhaftigkeit auf einer fehlerhaften zahntechnischen Anfertigung der Prothese beruht und er dies bei der Eingliederung nicht erkennen konnte, weil er eine dem zahnärztlichen Standard entsprechende Versorgung mit Zahnersatz schuldet, wozu neben der zahnärztlichen Behandlung auch die **zahntechnischen Leistungen** gehören (vgl. §§ 28 II, 30 I SGB V in der bis zum 31.12.1998 geltenden Fassung). Gem. § 76 IV SGB V ist der Vertragszahnarzt der Patientin gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des BGB verpflichtet. Er muss sich deshalb entsprechend § 278 BGB das Verschulden des zahntechnischen Labors, welches den Zahnersatz hergestellt hatte, zurechnen lassen.

Da das Behandlungsverhältnis zwischen Vertragszahnarzt und Versichertem durch die Auferlegung besonderer Pflichten öffentlich-rechtlich überlagert ist, sind zivilrechtliche Grundsätze nicht anzuwenden, sondern ist entsprechend der Befugnis zum **Wechsel des behandelnden Arztes** innerhalb eines Quartals bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gem. § 76 III 1 SGB V ein Zahnarztwechsel dann zu akzeptieren, wenn eine Nachbesserung - wegen Unbrauchbarkeit des Arbeitsergebnisses - nicht möglich und/oder wenn eine Nachbesserung bzw. Neuanfertigung durch den bisher behandelnden Vertragszahnarzt nicht zumutbar ist (vgl. BSG SozR 4-5555 § 15 Nr. 1).

Sind zwischen Behandlungsbeginn am 11.04.1997 und der Eingliederung des letzten Zahnersatzes am 06.07.1998 mindestens 22 Behandlungstermine notwendig und werden während der gesamten Behandlungsdauer insgesamt drei fehlerhafte und nicht nachbesserungsfähige Prothesen angefertigt, so kann der Versicherte die **Behandlung beenden**.

*SG Berlin*, Urt. v. 11.09.2002 - S 79 KA 29/99 KZA - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### C) AUSLÄNDISCHE VERSICHERTE/BERÜCKSICHTIGUNG DER DEGRESSION

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 21.11.2007 – L 7 KA 30/04 –*

RID 08-02-83

juris  
SGB V § 106

Bei der Behandlung **ausländischer Versicherter** ist nicht generell ein erhöhter zahnmedizinischer Behandlungsbedarf gegeben (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 49 m.w.N.).

Grundsätzlich dürfen verschiedene **Honorarkorrekturmaßnahmen**, wie die Degression nach § 85 IVb SGB V, die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 II SGB V und die Honorarverteilung nach dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der jeweiligen KZV nebeneinander und unabhängig voneinander durchgeführt werden und stellen keine unzumutbare Belastung des Vertragszahnarztes dar (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 22). Allein § 85 IV 3 SGB V i.V.m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit erfordert, dass bei HVM-Honorarbegrenzungsmaßnahmen die Verringerung des Honoraranspruchs aufgrund der **Punktwertdegression** berücksichtigt wird. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung scheidet somit die Berücksichtigung einer bereits erfolgten Punktwertdegression aus. Allein im Rahmen des dem Beklagten zustehenden Ermessensspielraumes bei der Kürzung des Honorars nach Feststellung der Unwirtschaftlichkeit kann die bereits degressionsbedingte Kürzung des Honorars berücksichtigt werden.

*SG Berlin*, Urt. v. 28.04.2004 - S 79 KA 34/01 KZA - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### D) VERGLEICHSGRUPPE MKG-CHIRURGEN: GRÖßE/HOMOGENITÄT

*SG Düsseldorf, Urt. v. 09.04.2008 – S 2 KA 113/07 –*

RID 08-02-84

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106

Die Prüfung an der engeren **Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen** ist nicht zu beanstanden.

Die verfeinerte **Vergleichsgruppe** muss allerdings eine **genügende Größe** aufweisen und darf zahlenmäßig nicht so klein sein, dass sie keine tragfähige Grundlage mehr für statistische Aussagen ergeben könnte. Für die Prüfung der Einzelleistung nach Nr. 56c (Zy3) hat das BSG eine Vergleichsgruppengröße von 40 als groß genug erachtet (BSG, Urt. v. 08.05.1996 - 6 RKa 45/95 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 36).

Das chirurgische Abrechnungsvolumen der MKG-Chirurgen wird durch die Positionen Ä127, Ä134, Ä160, Ä167-Ä169, Ä172, Ä174-Ä176, Ä191, Ä195, Ä242, Ä450, Ä632, Ä634, Ä640, Ä736, 44 (X2), 45 (X3), 47a (Ost1), 47b (Hem), 48 (Ost2), 50 (Exc2), 51a (Pla1), 51b (Pla0), 53 (Ost3), 54a (WR1), 54b (WR2), 54c (WR3), 55 (RI), 56a (Zy1) bis 56d (Zy4), 57 (SMS), 58 (KnR), 59 (Pla2), 60 (Pla3), 61 (Dia), 62 (Alv), 63 (FI) und 64 (Germ) charakterisiert. Es handelt sich um typische Leistungen, die jedenfalls in ihrer Gesamtheit von den MKG-Chirurgen in signifikant größerer Häufigkeit erbracht werden als von allgemein tätigen Zahnärzten und in Verbindung mit dem Korrekturfaktor zu einer hinreichenden **Homogenität** der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen führen.

Das *SG* wies die Klage gegen eine Honorarkürzungen wegen Unwirtschaftlichkeit in den Quartalen I/00 und II/00 in Höhe von insgesamt 10.306 Punkten in Gestalt von 71x bzw. 64x Diff. zw. Ä 935d zu R02 sowie Honorarberichtigungen für zahlreiche Einzelfälle ab.

## VI. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 09.04.2008 – **B 6 KA 40/07 R** – hat ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung keinen Anspruch auf Ermächtigung zur Erbringung pneumologischer Leistungen nach Abschnitt 13.3.7 EBM 2005, da diese Leistungen nur von Fachärzten für innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und von Lungenärzten berechnet werden dürfen, und zwar unabhängig davon, ob der einzelne Arzt persönlich entsprechende Befähigungen aufweist; nach BSG, Urt. v. 06.02.2008 – **B 6 KA 40/06 R** – besteht kein Anspruch auf **Ermächtigung** für die psychotherapeutische Versorgung von Versicherten in deren **griechischer Muttersprache**; das Versorgungsdefizit, dessen Behebung eine Ermächtigung dient, kann sich immer nur auf medizinisch-fachliche Kriterien beziehen.

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

### 1. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

#### A) WIEDERZULASSUNG NACH KOLLEKTIVEM ZULASSUNGSVERZICHT

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 139/06 –*

RID 08-02-85

Revision anhängig: *B 6 KA 16/08 R* www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 72a I, 95 II, 95b; Zahnärzte-ZV §§ 18 ff.; GG Art. 3 I, 9 I, 12 I, 14 I, 19 IV

Liegen ein werbendes Verhalten einer (zahn)ärztlichen Interessengruppe und Verzichtserklärungen in größerer Zahl vor, bleibt es dem einzelnen verzichtenden (Zahn)arzt unbenommen, bei einem Antrag auf Wiederzulassung darzulegen, dass die Rückgabe seiner Zulassung nicht auf die Werbung zum **Kollektivverzicht** zurückzuführen ist, sondern auf **persönlichen Umständen** beruht.

Bei der Anwendung des § 95b II SGB V kommt es auf ein **Verschulden** nicht an. § 95b II SGB V ist keine disziplinarische Maßnahme, sondern mit der Regelung in § 95 VI SGB V zu vergleichen, wonach die Zulassung zu entziehen ist, wenn der Vertragszahnarzt seine vertragszahnärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

§ 95b II SGB V setzt allein den Erlass des **Feststellungsbescheids** nach § 72a I SGB V voraus, der damit Tatbestandswirkung für die Zulassungsgremien entfaltet.

Neben der **generalpräventiven Wirkung** ist vor allem Zweck der Wiederzulassungssperre, das als Folge der Feststellung nach § 72a Abs. 1 SGB V zu installierende **alternative Versorgungssystem** zu schützen, das nach dem Übergang des Sicherstellungsauftrags von den Kassen unter Heranziehung von anderen (Zahn)ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen geeigneten Einrichtungen als Vertragspartner bzw. durch Eigeneinrichtungen nach § 140 II SGB V zu errichten ist (§ 72a Abs. 3 SGB V).

§ 95b II SGB V steht mit dem **GG in Übereinstimmung**.

Die Kl. verzichtete zum 30.06.2004 auf ihre Zulassung. Das Ministerium stellte fest, dass in den drei niedersächsischen Planungsbereichen jeweils mehr als 50 % aller dort niedergelassenen Vertragszahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, darunter auch die Kl., in einem mit anderen Zahnärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung zum 30.06.2004 nach § 95b I SGB V verzichtet hätten und dadurch die vertragszahnärztliche kieferorthopädische Versorgung ab 01. Juli 2004 dort nicht mehr sichergestellt sei. Mit Schreiben vom 13.08.2004 beantragte die Kl. erfolglos ihre erneute Zulassung. Hiergegen und gegen die Ablehnung eines weiteren Antrags erhob sie und die KZV die Klage. **SG Hannover**, Urt. v. 21.06.2006 - S 43 KA 19/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zum Behandlungs- und Vergütungsanspruch nach einem kollektivem Zulassungsverzicht s. BSG, Urt. v. 27.06.2007 - **B 6 KA 37/06 R** - ZMGR 2007, 142 = GesR 2008, 90 = SGB 2008, 235; die Verfassungsbeschwerde wurde nicht zur Entscheidung angenommen, BVerfG, 1. Sen. 3. Ka. v. 26.02.2008 - 1 BvR 3067/07 - S.a. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 09.04.2008 - L 3 KA 145/06 - RID 08-02-109 (diese Ausgabe S. 39).

**Parallelverfahren: SG Hannover**, Urt. v. 21.06.2006 - S 43 KA 17/05 -

**LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 09.04.2008 - L 3 KA 149/06 -

Revision anhängig: **B 6 KA 14/08 R**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 08-02-86**

## **B) BEWÄHRUNGSZEIT UND ALTVERFEHLUNGEN/EIGNUNGSPRÜFUNG**

**LSG Bayern**, Urt. v. 26.09.2007 - L 12 KA 5017/04 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95

**RID 08-02-87**

Maßgeblicher Beurteilungszeitpunkt einer auf das Bestehen eines Rehabilitationsinteresses gestützten **Fortsetzungsfeststellungsklage** ist der Zeitpunkt der Beklagtenentscheidung.

**Bewährungszeit** nach einer Zulassungsentziehung meint, dass die früheren Verfehlungen, die zur Zulassungsentziehung geführt haben, in diesem Zeitraum als der Eignung entgegenstehender Sachverhalt herangezogen werden dürfen. Dagegen dürfen die **Altverfehlungen** nach Ablauf der Bewährungszeit nicht mehr entgegengehalten werden. Vielmehr ist dann zu prüfen, ob der Arzt bei Würdigung seiner gesamten beruflichen Tätigkeit seit Bestandskraft der Zulassungsentziehung nicht nur geringfügige Zweifel an seiner Eignung dahin begründet hat, seine vertragszahnärztlichen Pflichten einschließlich der Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ordnungsgemäß zu erfüllen (BSG v. 29.10.1986, 6 RKa 32/86). Dabei darf und muss selbstverständlich auch der Teil der beruflichen Tätigkeit, der auf die Zeit nach Ablauf der Bewährung entfällt, in die Eignungsprüfung mit einbezogen werden. Die Eignungsprüfung ist mithin nicht auf den Bewährungszeitraum beschränkt.

Von der Wiederzulassungsrechtsprechung zu unterscheiden ist die sog. **"Wohlverhaltensrechtsprechung"**, wonach ein fünfjähriges Wohlverhalten in gerichtlichen Verfahren nach nicht bestandskräftiger Zulassungsentziehung durch den Berufungsausschuss die Wiedererlangung der Eignung begründen kann. Dieses Wohlverhalten hat jedoch insofern mit der Bewährungsproblematik im Rahmen der Wiederzulassung nichts gemein.

**SG München**, Urt. v. 18.02.2004 - S 38 KA 5208/02 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.



## C) ZULASSUNGSENTZIEHUNG WEGEN KICKBACK-ZAHLUNGEN („GLOBUDENT“)

*SG Duisburg, Urt. v. 20.11.2007 – S 19 KA 3/05 –*

RID 08-02-88

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 16/08 -  
SGB V §§ 95 VI; Ärzte-ZV § 27*

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

Ein Vertragszahnarzt, der **Rückzahlungen in Höhe von 18 bis 28 % der Netto-Rechnungssumme** für Zahnersatz erhalten, diese jedoch nicht an die betreffenden Patienten und deren Krankenkassen weitergeleitet hat, verletzt seine Pflichten gröblich; ihm kann die Zulassung entzogen werden.

Die Eignung als Vertragszahnarzt ist 5 ½ Jahre seit der letzten Kickback-Zahlung noch nicht wiedererlangt, wenn eine Verurteilung wegen bandenmäßigen bzw. gewerbsmäßigen Betruges zu einer Freiheitsstrafe von 22 Monaten auf Bewährung erfolgt ist und einer positiven Prognose zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung auch die Tatsache entgegen steht, dass das Eigenlabor bereits Gegenstand verschiedener Ermittlungsverfahren gewesen ist. Von daher schlägt das Vorbringen des Klägers fehl, dass er seit geraumer Zeit beanstandungsfrei arbeite.

Der 1953 geb. Kl. ist seit 1989 - zeitweise (von Juli 2002 bis November 2003) in einer Gemeinschaftspraxis - zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Von Juni 1999 bis Oktober 2002 bezog er von der Firma G. GmbH in China hergestellten Zahnersatz. Er wurde wegen bandenmäßigen bzw. gewerbsmäßigen Betruges zu einer Freiheitsstrafe von 22 Monaten auf Bewährung verurteilt. Der Berufungsausschuss bestätigte die Zulassungsentziehung. In einem Haftprüfungsverfahren habe der Kl. eingeräumt, dass er Zahlungen in einem Umfang von circa 80.000,00 Euro nicht an die Beigel. zu 7) weitergeleitet habe. Das SG wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt zur **Strafbarkeit** RID 08-01-C I 4 e (S. 84 f.); zur **Absetzung des Kassenanteils** für in Italien gefertigten Zahnersatz s. *SG Düsseldorf, Urt. v. 07.05.2003 – S 2 KA 22/01 - RID 04-01-45.*

## 2. SONDERBEDARFSZULASSUNG

### A) RHEUMATOLOGE

*SG Hamburg, Urt. v. 07.11.2007 – S 27 KA 140/05 –*

RID 08-02-89

*SGB V §§ 101 S. 1 Nr. 3; BedarfspRL-Ä § 24 S. 1 Buchst. b*

Rheumatologische Erkrankungen können auch von Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie behandelt werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

### B) KEINE RÜCKWIRKENDE SONDERBEDARFSZULASSUNG

*LSG Bayern, Urt. v. 10.10.2007 – L 12 KA 148/05 –*

RID 08-02-90

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

*SGB V §§ 95, 98; § 24 Satz 1 Buchst. e) BedarfspRL-Ä*

Eine Sonderbedarfszulassung von Internisten/Nephrologie nach § 24 Satz 1 Buchst. b) BedarfspRL-Ä kommt nicht in Betracht, denn § 24 Satz 1 Buchst. e) BedarfspRL-Ä enthält eine **spezielle Regelung**. Die Zulassung hat konstitutiven Charakter, und kann damit nur mit **Wirkung für die Zukunft** ausgesprochen werden (vgl. BSG SozR 3-2500 § 116 Nr. 5). Anzuwenden ist dabei das zur Zeit der Entscheidung geltende Recht.

Die **Ausnahmen** vom Grundsatz der bedarfsabhängigen Zulassung (§ 99 SGB V) nach Nr. 24 BedarfspRL-Ä sind nur unter dem Aspekt der Qualitätswahrung in der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt (§ 101 I Nr. 3 SGB V). Das Erstarken der Sonderbedarfszulassung zur Vollzulassung nach fünf Jahren soll es Ärzten zur Abdeckung eines besonderen Behandlungsbedarfes erleichtern, trotz bestehender Zulassungssperre ggf. das Risiko einer regelmäßig auf längere Dauer angelegten Praxiseröffnung auf sich zu nehmen. Dafür besteht im Fall der Nr. 24 Satz 1 Buchst. e) BedarfspRL-Ä keine Veranlassung, denn hier geht es um den Eintritt eines weiteren Arztes in eine schon bestehende Dialysepraxis, und nicht um den Aufbau einer eigenen neuen Praxis.

Die Kl. sind Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie. Der Kl. zu 2) führte bereits seit 1999 in seiner Praxis ambulante Dialysebehandlungen durch und hat im Juni 2000 erstmals mehr als 30 Dialysepatienten betreut. In S. bestehen für Internisten Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung. Im September 2001 beantragte die Kl. zu 1) die Sonderbedarfszulassung als Internistin/Nephrologie nach Nr. 24 Satz 1 Buchst. b) BedarfspRL-Ä in der Dialysepraxis des Kl. zu 2). Zugleich beantragten beide Kl. die Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis. Beide Anträge lehnte der Zulassungsausschuss ab. Nach der am 01.07.2002 in Kraft getretenen neuen Vereinbarung über die Versorgung chronisch niereninsuffizienter

Patienten (Anlage 9 BMV-Ä/EKV-Ä) und Einfügen der Nr. 24 Buchst. e) BedarfspIRL-Ä gab der Zulassungsausschuss einem Neuantrag statt. Den Widerspruch gegen den ersten Bescheid des ZA erklärten die Kl., soweit es um die Genehmigung zum Betrieb einer Gemeinschaftspraxis ging, in der Hauptsache für erledigt, und bezüglich der Sonderbedarfzulassung beantragte der Kl. zu 1) ohne Erfolg, **die internistisch-nephrologische Sonderbedarfzulassung nach neuem Recht in eine Sonderbedarfzulassung nach altem Recht umzuwandeln**, weil es in einigen Punkten günstiger als das neue sei. Ferner beantragten sie, der Beigel. zu 1) die Kosten des Widerspruchsverfahrens aufzuerlegen. **SG Nürnberg**, Urt. v. 17.12.2004 - S 6 KA 11/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 3. PSYCHOTHERAPEUT UND SOG. ZEITFENSTER

**LSG Bayern, Urt. v. 10.10.2007 – L 12 KA 282/05 –**

**RID 08-02-91**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 19/08 B*  
SGB V § 95 X 1 Nr. 3

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

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach 149 Behandlungsstunden in einem Zeitraum von einem Jahr und 243 Behandlungsstunden im Dreijahreszeitraum des Zeitfensters die an die Teilnahme an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 95 X 1 Nr. 3 SGB V gestellten Anforderungen hinsichtlich des Umfangs der Behandlungstätigkeit nicht erfüllt und die Tätigkeit im Beauftragungsverfahren nicht als eigenständige Form der Teilnahme an der psychotherapeutischen Versorgung bewertet werden kann, ist zutreffend.

**SG München**, Urt. v. 21.06.2005 - S 45 KA 253/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 4. 68 JAHRES-ALTERSGRENZE

Nach BSG, Urt. v. 06.02.2008 – **B 6 KA 41/06 R** - ist die Regelung des § 95 VII 3 SGB V, wonach eine Zulassung mit Ablauf des Kalendervierteljahres endet, in dem der Vertragsarzt das **68. Lebensjahr** vollendet hat, sowohl mit Verfassungs- als auch mit europäischem Recht vereinbar; die Vereinbarkeit mit **europäischem Recht** ergibt sich aus den Grundsätzen, die der EuGH - in Fortführung seiner Entscheidung vom 22.11.2005 ("Mangold" - NJW 2005, 3695) - in seinem Urteil vom 16.10.2007 in der Rechtssache C-411/05 ("Palacios de la Villa") dargelegt hat; ein Anlass zu einer Vorlage gemäß Art 234 III EGV besteht nicht, weil der EuGH die Auslegung des europäischen Rechts klar vorgezeichnet hat; eingelegte Rechtsbehelfe entfalten keine aufschiebende Wirkung, weil die Beendigung lediglich deklaratorisch festgestellt wird; nach BSG, Urt. v. 09.04.2008 – **B 6 KA 44/07 R** – ist die Altersregelung nach § 95 VII 3 SGB V sowohl mit Verfassungs- als auch mit europäischem Recht vereinbar; eine Ausnahme oder eine einschränkende Auslegung ist weder für die Arztgruppe der Pathologen noch individuell möglich.

Zur Instanzenpraxis vgl. zuletzt RID 07-04-A.V.4 (S. 24 f.); RID 07-03-A.VI.9 (S. 34 ff.); zur tarifvertraglichen Altersgrenze für Eintritt in Ruhestand s. **EuGH**, Urt. v. 16.10.2007 - C-411/05 – RID 07-04-208.

**SG Marburg, Beschl. v. 14.05.2008 – S 12 KA 172/08 ER –**

**RID 08-02-92**

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

SGB V § 97 VII; SGG § 86b II

Die Altersregelung nach § 95 Abs. 7 SGB ist für Vertragszahnärzte auch nach Verabschiedung des VÄndG und GKV-WSG rechtmäßig.

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

### 5. ERMÄCHTIGUNG

#### A) ERMÄCHTIGUNG EINER BEI PRO FAMILIA ANGESTELLTEN ÄRZTIN

**LSG Hessen, Beschl. v. 29.02.2008 – L 4 KA 16/08 ER –**

**RID 08-02-93**

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

SGB V §§ 24a, 24b, 75 IX; Ärzte-ZV § 31 Abs. 2; EBM 2005 Nr. 01820, 01821, 01900; SGG § 86b II

Besondere Fallkonstellationen können vor Ort von den Zulassungsgremien bei der Entscheidung berücksichtigt werden. Dabei kann insbesondere der Gesichtspunkt berücksichtigt werden, dass Versicherte bestimmter sozialer Schichten unter Umständen niedergelassene Ärzte nicht aufsuchen (vgl. BSG, Urt. v. 01.07.1998 - B 6 KA 64/97 R -).

**SG Marburg**, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 1021/06 – RID 08-01-87 wies die Klage der KV weitgehend ab; das **LSG** ordnete die sofortige Vollziehung der Ermächtigung an, soweit die Ast. hierin ermächtigt wurde, unter Nr. 2 a) ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft im Sinne von § 24b SGB V nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses, abzurechnen nach Nr. 01900 EBM 2005 mit Ausnahme der Leistungen, die von der Einrichtung, bei der die Ast. beschäftigt ist, nach deren Vertrag nach § 13 SchKG erbracht werden dürfen sowie unter Nr. 2 b) ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelungen im Sinne von § 24a SGB V, abzurechnen nach den Nrn. 01820 und 01821 EBM 2005, zu erbringen. Die Anordnung der sofortigen Vollziehung gilt bis zu einer Entscheidung des Gerichts im Hauptsacheverfahren mit dem Az.: L 4 KA 9/08, längstens bis zum 30.09.2008. Im Übrigen lehnte es den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

## **B) NACHBETREUUNG NACH MAGENBANDOPERATION**

**SG Marburg, Urt. v. 30.04.2008 – S 12 KA 509/07 –**

**RID 08-02-94**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 27, 116

Bei der Magenbandoperation handelt es sich um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Für eine erfolgreiche Behandlung durch eine Magenbandoperation muss die Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung bestehen (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2003 – B 1 KR 1/02 R-BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 1 = NZS 2004, 140). Hierfür kann ein operierender Chirurg auch für die Zeit zwei Jahre nach der Operation ermächtigt werden.

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

## **C) SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM (§ 119 SGB V)**

**SG Marburg, Urt. v. 30.04.2008 – S 12 KA 393/07 –**

**RID 08-02-95**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 119

Die Ermittlung des Bedarfs für eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung nach § 119 SGB V hat sich grundsätzlich anhand des Planungsbereichs auszurichten. Hiervon kann abgesehen werden, wenn von einer ausreichenden sozialpädiatrischen Versorgung aufgrund bestehender sozialpädiatrischer Zentren in benachbarten Planbereichen ausgegangen werden kann.

Das **SG** wies die Klage ab.

## **D) „ÄRZTLICH GELEITETE ABTEILUNG“ NACH §119A SGB V**

**SG Marburg, Urt. v. 30.04.2008 – S 12 KA 74/07 –**

**RID 08-02-96**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 72 I 2, 119a

Der Begriff der „ärztlich geleiteten Abteilung“ nach §119a SGB V ist so zu verstehen, dass es sich tatsächlich um eine ärztlich geleitete Abteilung handeln muss, das also mindestens ein Arzt in der Einrichtung tätig ist. Nur auf diese Weise kann dem multiprofessionellen Ansatz, wie er vom Gesetzgeber vorgesehen ist, Genüge getan werden. Eine Abteilung, der lediglich ein oder mehrere psychologische Psychotherapeuten angehören, genügt diesen Voraussetzungen nicht.

Das **SG** wies die Klage ab.

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

## **1. EINSTWEILIGE ANORDNUNG GEGEN QUOTIERUNG ÜBER DEN SOG. NACHHALTIGKEITSAKTOR**

**LSG Hessen, Beschl. v. 29.02.2008 – L 4 KA 75/07 ER –**

**RID 08-02-97**

SGG § 86b I 1 Nr. 2, II; Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

Ein Antrag nach **§ 86b I Nr. 2 SGG** gegen die Quotierung über den sog. Nachhaltigkeitsfaktor ist **unstatthaft**.

Für eine einstweilige Anordnung nach § 86b II SGG gegen die Bescheide der KV Hessen für die Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung in den Quartalen III und IV/06 besteht kein **Anordnungsgrund**, wenn bei einem monatlichem Einkommen aus EHV von 2.188,41 € bzw. 2.383,51 € der strittige Mehrbetrag für zwei Quartale 1.724,92 € beträgt.

**SG Marburg**, Beschl. v. 06.11.2007– S 12 KA 433/07 ER – RID 07-04-60 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

**Parallelverfahren:** **SG Marburg**, Beschl. v. 06.11.2007– S 12 KA 432/07 ER – RID 07-04-59

**LSG Hessen, Beschl. v. 29.02.2008 – L 4 KA 76/07 ER –**

**RID 08-02-98**

**SG Marburg**, Beschl. v. 06.11.2007– S 12 KA 431/07 ER – RID 07-04-60

**LSG Hessen, Beschl. v. 29.02.2008 – L 4 KA 77/07 ER –**

**RID 08-02-99**

## 2. MINDESTSATZREGELUNG UND MAMMAKARZINOM

*LSG Hessen, Urt. v. 12.12.2007 – L 4 KA 47/06 –*

**RID 08-02-100**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 18/08 B*

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung KV Hessen §§ 1, 2, 3

Der Vertragsarzt hat gegenüber der KV den Nachweis im Sinne des Vollbeweises zu führen, dass trotz Vorerkrankung der Eintritt von Berufsunfähigkeit im maßgeblichen Zeitraum nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung nicht zu erwarten ist, womit er auch die objektive Beweislast trägt. Vernünftige Zweifel daran, dass bei einer Brustkrebserkrankung innerhalb von sechs Jahren nach Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit keine Berufsunfähigkeit eintreten kann, sind wohl begründet.

*SG Marburg, Urt. v. 17.05.2006 – S 12 KA 1025/05 – RID 06-03-74* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. STATUSRELEVANTER CHARAKTER: GESONDERTES FESTSTELLUNGSVERFAHREN/BEITRAGS-BEMESSUNGSGRENZE

*LSG Hessen, Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 18/07 –*

**RID 08-02-101**

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung KV Hessen §§ 1, 2, 3

Der **statusrelevante Charakter** der Teilnahme eines hessischen Vertragsarztes an der EHV lässt es nicht zu, über die Rechtmäßigkeit der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen über die EHV in einem Streitverfahren gegen Honorarbescheide zu befinden. Der statusrelevante Charakter der Teilnahme an der EHV ergibt sich aus den gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen über diese Form der Altersversorgung hessischer Vertragsärzte. Aktive und inaktive Phase, Hinnahme des Vorwegabzuges von Bestandteilen der Gesamtvergütung (LZ 702 HVM) und Anspruch auf "weitere Teilnahme" nach Maßgabe von Dauer und vertragsärztlichem Umsatz während der aktiven vertragsärztlichen Tätigkeit bilden eine untrennbare Einheit. Diese Einheit würde aufgehoben, wenn ein Vertragsarzt sich mit einer Klage gegen Honorarbescheide der Beklagten für einzelne Quartale gegen seine Teilnahme an der EHV wenden könnte. Ein Arzt kann nur entweder während der gesamten Zeit seiner vertragsärztlichen Tätigkeit oder überhaupt nicht an der EHV teilnehmen.

Ein Vertragsarzt, der geltend machen will, er müsse ohne hinreichende rechtliche Grundlage an der EHV teilnehmen, muss die KVH in einem **gesonderten Verfahren** gerichtlich auf eine entsprechende Feststellung in Anspruch nehmen.

Der Verzicht auf eine **Beitragsbemessungsgrenze** widerspricht nicht dem Äquivalenzprinzip, solange aus höheren Beiträgen im Grundsatz auch höhere Versorgungsleistungen entstehen. Die Anknüpfung des Beitrags an die Honorarhöhe, nicht aber an den Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht zu beanstanden.

*SG Frankfurt a. M., Gerichtsbb. v. 03.02.2007 - S 28 KA 2021/04 -* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## VIII. Gesamtvertrag/Gesamtvergütung/GBA

Nach BSG, Urt. v. 09.04.2008 – *B 6 KA 29/07 R* – verletzt ein Schiedsspruch Bundesrecht, wenn er auf der Annahme beruht, die zahnärztlichen Gesamtvergütungen für das Jahr 2004 müssten im Rahmen der "Ost-West-Angleichung" nach § 85 III d SGB V im Osten erhöht werden, weil § 85 III d SGB V auf vertragszahnärztliche Gesamtvergütungen keine Anwendung findet.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04 A VIII (S. 29).

## 1. ABWEHRKLAGE GEGEN VERSORGUNGSVERTRAG MIT KOSTENÜBERNAHME FÜR OFF-LABEL-USE (AVASTIN)

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.02.2008 – L 11 (10) B 17/07 KA ER –*

**RID 08-02-104**

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

SGB V §§ SGG § 86b II

Eine **vertragsarztrechtliche Streitigkeit** liegt auch dann vor, wenn Dritte, die nicht an der Beziehung zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten beteiligt sind, behaupten, durch eine zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten getroffene Regelung in ihren Rechten unmittelbar oder mittelbar berührt zu sein (so LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.07.2004 – L 10 B 6/04 KA ER - RID 04-04-40).

Ein lediglich pauschales Vorbringen von Umsatzausfällen bzw. nachhaltig negativer Beeinflussung der Marktchancen eines neu eingeführten Arzneimittels genügt den an die **Glaubhaftmachung eines**

**Anordnungsgrundes** zu stellenden Anforderungen nicht einmal im Ansatz. Die möglicherweise drohende Verletzung von Rechten Dritter kann ein Arzneimittelhersteller nicht geltend machen.

Es erscheint fern liegend, dass aus der Rechtsprechung zum **Off-Label-Use** gleichzeitig ein **Abwehrenspruch** eines Pharmaunternehmens gegen die Übernahme der Kosten eines Off-Label-Use durch die Krankenkassen oder gegen die Verordnung bzw. Applikation eines Medikaments durch den Vertragsarzt resultiert.

Die Ast. vertreibt u.a. das seit Januar 2007 in der Bundesrepublik Deutschland zur Behandlung der feuchten AMD zugelassene Arzneimittel Lucentis. Sie wendet sich gegen die Durchführung eines zwischen den Ag. (2 Verbänden operierender Augenärzte und 3 gesetzliche Krankenkassen) geschlossenen Vertrages "zur Behandlung der feuchten Maculadegeneration mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern". Die **altersabhängige Makuladegeneration (AMD)** ist eine Netzhaut-Erkrankung, die zu Einschränkungen der Sehfähigkeit führt. Bei der sog. feuchten Form der Erkrankung wachsen neu gebildete Blutgefäße in die Macula ein. Aus diesen abnormalen Gefäßen tritt eine die Sehzellen schädigende Flüssigkeit aus; dies kann zur Beeinträchtigung der Sehfähigkeit bis zur Erblindung führen. Die bisher aussichtsreichste Therapie besteht in der Unterdrückung der Bildung von Blutgefäßen in der Netzhaut durch Einsatz von VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)-Hemmern. In Deutschland wurde vor der Zulassung von Lucentis das **Arzneimittel Avastin**, das ebenfalls zu den VEGF-Antagonisten gehört und Gefäßneubildungen hemmt, zur Behandlung der feuchten AMD im Rahmen eines sog. Off-Label-Use von Vertragsärzten eingesetzt und von Krankenkassen bezahlt. Dieses von der Fa. S vertriebene Arzneimittel wurde in den USA Anfang 2004, in der Europäischen Union Anfang 2005 zugelassen. Avastin ist arzneimittelrechtlich nicht zur Behandlung der feuchten AMD, sondern zur First-Line-Behandlung von Patienten mit metastasierendem Kolon- oder Rektumkarzinom sowie mit metastasierendem Mammakarzinom zugelassen. Ebenfalls zur Behandlung der feuchten AMD zugelassen ist das **Arzneimittel Macugen (Pegaptanib)** der Pfizer Pharma GmbH. Die am Vertrag teilnehmenden Ärzte enthalten nach Anlage 3 des Vertrages eine Leistungskomplexpauschale incl. Anästhesie und VEGF-Hemmer in Höhe von 450,- EUR. Die zwischen den Vertragsparteien letztlich verbindlich geregelte Anlage 1a des Vertrages enthält ein vom teilnehmenden Arzt zu verwendendes Formular "Aufklärung und Einverständniserklärung". Darin werden die Medikamente Macugen, Lucentis und Avastin unter Angabe der durchschnittlichen jährlichen Medikamentenkosten beschreiben. U.a. heißt es - zusammengefasst:

- bei Macugen (Pegaptanib), dass die Chancen für eine Visusverbesserung bei Verwendung von Lucentis und wahrscheinlich auch Avastin deutlich besser und dass jährliche Medikamentenkosten in Höhe von (i.H.v.) 9.350,00 EUR zu erwarten seien

- bei Lucentis (Ranibizumab), dass der rechtliche Vorteil im Verhältnis zu Avastin in der arzneimittelrechtlichen Zulassung, der Nachteil im Preis (zu erwartende jährliche Medikamentenkosten i.H.v. 14.100,00 EUR) liege und dass hinsichtlich der Wirksamkeit eine vergleichende Beurteilung nicht möglich sei, da es bei Lucentis an praktischen Erfahrungen fehle

- bei Avastin (Bevacizumab), dass dieses nicht zur Behandlung der feuchten AMD zugelassen sei und mit guten Behandlungsergebnissen eingesetzt werde. Es sei kein teures Medikament (zu erwartende jährliche Medikamentenkosten i.H.v. 650,00 EUR), so dass auch die gesetzlichen Krankenkassen in der Vergangenheit in der Regel die Behandlungskosten übernommen hätten.

Das Formular endet mit einer von dem Patienten zu unterschreibenden Erklärung, nach der er schriftlich und mündlich über die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten aufgeklärt worden sei. Für den Fall, dass sich der Patient für die Behandlung mit Avastin entscheide, sei er darüber aufgeklärt worden, dass es sich dabei um ein für diese Behandlung nicht zugelassenes Medikament handele. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 23.08.2007 - S 2 KA 104/07 ER – RID 07-03-87 wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück. S.a. unter Streitwert.

## 2. EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ GEGEN GBA WEGEN BESCHLUSSFASSUNG GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

**LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 23.04.2008 – L 7 B 28/08 KA ER –

RID 08-02-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 92; SGG § 86b II

Der **Gemeinsame Bundesausschuss** ist nicht zu verpflichten, die Anwendung seiner Beschlüsse "Definition Verfahren, Methode, Technik" und "Einführung eines Schwellenkriteriums" vom 20.12.2007 auf die **Beschlussfassung zur Gesprächspsychotherapie** bis zur Entscheidung in der Hauptsache zu unterlassen.

Vor der vom Gemeinsamen Bundesausschuss für den 24.04.2008 angekündigten Beschlussfassung steht nicht fest, ob die Gesprächspsychotherapie auch künftig vom **Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung** ausgeschlossen ist. Zum anderen ist es dem Ast. zumutbar, vorläufigen Rechtsschutz gegen einen Beschluss des GBA - so er entsprechend dem Beschlussentwurf gefasst werden sollte - nach der Beschlussfassung zu beantragen, zumal diesem Beschluss rechtliche Bedeutung erst ab seiner Bekanntmachung im Bundesanzeiger zukommt (BSG SozR 3-2500 § 92 Nr. 12). Schließlich ist ein vom Senat zu berücksichtigender Nachteil auch deswegen nicht erkennbar,

weil ein Beschluss des GBA die Rechtslage nicht zu Ungunsten des GBA verändern würde. Die Gesprächspsychotherapie zählt derzeit nicht zu den durch die Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Behandlungsformen und ist daher vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasst. Hieran würde sich durch den Beschluss des GBA mit dem Inhalt des Beschlusstentwurfs nichts ändern.

**SG Berlin**, Beschl. v. 11.04.2008 - S 79 KA 108/08 ER – wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Der GBA hat am 24.04.2008 zu den Psychotherapie-RL den Beschl. gefasst, dass die Gesprächspsychotherapie weiterhin in der Anl. 1 Nr. 3 der Psychotherapie-RL als Verfahren zu führen, das die Erfordernisse der Psychotherapie-RL nicht erfüllt.

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 15.10.2003 - S 27 KA 3870/02 – RID 03-04-39 wies die Klage auf Anerkennung der Fachkunde für Gesprächspsychotherapie zurück; **LSG Hessen**, Beschl. v. 20.12.2007 – L 6/7 KA 1133/03 – RID 08-01-39 setzte das Verfahren aus. Zur **Anerkennung einer Ausbildungsstätte** für Gesprächspsychotherapie bei Kinder- und Jugendlichen s. **OVG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 15.01.2008 – 13 A 5238/04 – RID 08-01-217.

## IX. Me-Too-Liste: Almogran® (Wirkstoff Almotriptan)

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 23.04.2008 – S 2 KA 76/07 –

RID 08-02-106

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

SGB V §§ 31 II, 35b, 84, 92 II; BGB § 1004; GG Art. 12, 14

Das Fertigarzneimittel Almogran® (Wirkstoff Almotriptan) kann in einer im Internet zugänglichen sog. "Me-Too"-Liste und in einer Marktübersicht "Pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Arzneimittel zu Analogpräparaten" geführt werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt RID-08-01-XI (S. 42); RID 07-03-83; RID 07-02-A.VIII (S. 35 f.) m.w.N.

## X. Verfahrensrecht

### 1. KLAGE AUF KORREKTUR DES EBM

**SG Berlin**, Urt. v. 21.11.2007 – S 83 KA 178/05 –

RID 08-02-107

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

SGB V § 87; SGG § 55; GG Art. 19 IV

Vertragsärzte können die Bundesmantelvertragsparteien nicht mittels Leistungsklage zu einer bestimmten Ausformung des EBM anhalten. Dem Gericht fehlt hierzu die entsprechende Kompetenz. Dies liefe dem vom Gesetzgeber vorgesehenen Regelungskonzept der selbstverantwortlichen untergesetzlichen Normgebung zuwider.

Die Kl. sind niedergelassene Fachärzte für Augenheilkunde und erbringen als Netzhautchirurgen Leistungen im Bereich der vitreoretinalen Chirurgie. Sie wenden sich zum einen gegen zu geringe Bewertungen der in den Anhang des EBM (Band 2) aufgenommenen Leistungen. Zum anderen seien andere Operationsformen der pars-plana-Vitrektomie zu Unrecht nicht in den EBM 2005 aufgenommen worden. Das **SG** wies die Klage ab.

### 2. HONORARRÜCKFORDERUNG UND EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ

**LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 14.03.2008 – L 7 B 10/08 KA ER –

RID 08-02-108

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

SGB V § 85, SGG § 86b

§ 86a II 2 Nr. 4 SGG i.V.m. § 85 IV 9 SGB V erfasst auch Widersprüche gegen Bescheide, mit denen Honorarbescheide nachträglich geändert und bereits **ausbezahlte Honorare zurückgefordert** oder verrechnet werden.

Insbesondere dann, wenn die Prüfung der Rechtmäßigkeit eines belastenden Verwaltungsaktes in einem vorläufigen Rechtsschutzverfahren besonders schwierig oder ohne weitere Ermittlungen nicht möglich ist, können die Sozialgerichte auf die summarische Prüfung der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Verwaltungsaktes verzichten. Ist die aufschiebende Wirkung kraft Gesetzes ausgeschlossen, kann ein Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes in Anlehnung an § 86a III 2 SGB V nur dann Erfolg haben, wenn die Vollziehung für den Antragsteller eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene **Härte** zur Folge hätte.

Die Vollziehung einer **Rückforderung von 4.904,37 EUR** bei durchschnittlichen Quartalshonoraren von mehr als mehr 70.000,00 EUR belastet einen Vertragsarzt nur unerheblich.

**SG Potsdam**, Beschl. v. 07.01.2008- S 1 KA 171/07 ER - wies den Eilantrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

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

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 145/06 –*

RID 08-02-109

Revision anhängig: B 6 KA 18/08 R

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 72a, 95b; SGG § 54 II 1; GG Art. 12 I, 19 IV

**Leitsatz:** (Zahn)ärzten, denen vorgeworfen wird, ihre Zulassung in einem mit anderen (Zahn)ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren zurück gegeben zu haben, können die hierauf ergangene Entscheidung der Aufsichtsbehörde nach § 72a Abs. 1 SGB V nicht mit Erfolg anfechten. An einem entsprechenden subjektiven Recht fehlt es auch dann, wenn die Entscheidung nach § 72a Abs. 1 SGB V dazu führt, dass eine 6jährige Wiederzulassungssperre eingreift.

**SG Hannover**, Urt. v. 21.06.2006 - S 43 KA 582/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

S.a. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 139/06 – RID 08-02-85 (diese Ausgabe S. 31).

### 4. RECHTSKRAFT BEI BESCHIEDUNGSRURTEIL

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 (10) KA 16/05 –*

RID 08-02-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG §§ 54 II 1, 141 I Nr. 1

Die **Rechtskraft** erfasst auch die Gerichte in einem **späteren Rechtsstreit** der Beteiligten über denselben Streitgegenstand. Bei Bescheidungsurteilen bestimmt die in den Entscheidungsgründen des Urteils als maßgeblich zum Ausdruck gebrachte Rechtsauffassung des Gerichts die Reichweite der Rechtskraft. Die Bindungswirkung erfasst dabei nicht allein die Gründe, wegen derer das Gericht den angefochtenen Verwaltungsakt aufhebt, sondern alle Rechtsauffassungen, die das Gericht der Behörde bei Erlass des neuen Verwaltungsakts zur Beachtung vorschreibt. In einem neuen Klageverfahren ist allerdings die Rechtmäßigkeit des in Ausführung des Bescheidungsurteils ergangenen Bescheides hinsichtlich aller noch nicht bestandskräftigen Fragen zu überprüfen (vgl. im BSG, Urt. v. 27.06.2007 - B 6 KA 27/06 R - SozR 4-1500 § 141 Nr. 1).

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 09.03.2005 - S 17 KA 226/00 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

### 5. KEINE ANFECHTUNG EINER NICHTGENEHMIGUNG EINES „DISEASE MANAGEMENT PROGRAM“ DURCH KV

*SG Berlin, Urt. v. 17.10.2007 – S 83 KA 38/05 –*

RID 08-02-111

(rechtskräftig)

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 135a, 136, 137 f I, 137g I 1

Nach § 137g I 1 SGB V werden unmittelbare **rechtliche Beziehungen** nur zwischen den **Krankenkassen** (bzw. Krankenkassenverbänden) und dem **Bundesversicherungsamt** begründet, weil allein die Krankenkassen den Antrag auf Zulassung stellen können und Adressaten einer entsprechenden Zulassungsentscheidung sind. Eine **KV** ist als Vertragspartnerin der Krankenkassenverbände allenfalls Drittbetroffene. Der Sicherstellungsauftrag der KV wird von den §§ 137f und 137g nicht tangiert. Die Regelung begrenzt sich bewusst auf den Risikostrukturausgleich und das Innenverhältnis der Krankenkassen zueinander.

Da die im Rahmen eines „**Disease Management Program**“ (DMP) durchgeführte Versorgung der Versicherten nicht Bestandteil der vertragsärztlichen, ambulanten Versorgung ist, sondern eine **neue medizinische Versorgungsform** schafft, entfalten die Vorschriften gegenüber der KV keinerlei rechtliche Wirkung, insbesondere stellen sie keine Normen mit drittschützender Funktion dar.

Von einer **negativen Zulassungsentscheidung** erleidet die KV keinen rechtlichen Nachteil, insbesondere nicht in Bezug auf die Durchführung der arztbezogenen Qualitätssicherung.

Das **SG** wies die Klage ab.

## XI. Streitwert/Anwaltsvergütung

Vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2006, S. 1; NZS 2003, S. 568; NZS 2001, S. 57; s auch Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit/Streitwertkatalog 2007, NZS 2007, 472 = MedR 2007, 684 - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) - (rechts unten auf der Startseite ist link vorhanden); Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit (2006), NZS 2006, 350, sowie Straßfeld, SGB 2008, 119 u. 191.

Nach BSG, Urt. v. 28.11.2007 – **B 6 KA 26/07 R** – juris Rn. 36 ist der Streitwert in einem Verfahren um die Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes für eine wieder zu betreibende Gemeinschaftspraxis auf der Grundlage eines Drei-Jahres-Zeitraums für Zulassungssachen und des Regelstreitwerts pro Quartal festzusetzen (60.000 €); nach BSG, Beschl. v. 07.12.2006 – **B 6 KA 42/06 R** – ZMGR 2007, 44 - ist bei einer **defensiven Konkurrentenklage** gegen eine **Ermächtigung** vom Regelstreitwert pro Quartal des Ermächtigungszeitraums auszugehen.

Zur BSG-Rspr. s. ferner zuletzt RID 07-04 A X (S. 31).

### 1. HONORARSTREITIGKEITEN

#### A) ERHÖHTES INDIVIDUALBUDGET BIS ZUM FACHGRUPPENDURCHSCHNITT

**LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 05.03.2008 – L 4 KA 7/07 –**

**RID 08-02-112**

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

SGB V § 197a; GKG §§ 1 Nr. 4, 47 I, 52 I

Ist das wirtschaftliche Ziel darauf gerichtet, für die die individuellen Punktzahlvolumina (IPZV) übersteigenden erbrachten Mehrleistungen bis zur Höhe des Fachgruppenschmitts höheres Honorar in Höhe der Vergütungen für Referenzleistungen zu erhalten, so ist dieses Honorarvolumen mit dem Zielpunktwert (hier: 4,5 Cent) abzüglich des Mehrleistungspunktwerts (hier: 0,05 Cent) zu multiplizieren, obwohl der tatsächliche Punktwert in den streitigen Quartalen jeweils unter dem Zielpunktwert lag und unter Vernachlässigung des Umstandes, dass der Auszahlungspunktwert noch weiter unter dem Zielpunktwert liegen müsste, wenn, dem Begehren des Klägers entsprechend, die das IPZV des Klägers übersteigenden Leistungen mit dem Zielpunktwert abgerechnet würden. Bei der Berechnung des Streitwerts, zumal in einem auf Neubescheidung gerichteten Verfahren, ist jedoch eine pauschalierende Betrachtung angemessen.

**SG Kiel**, Beschl. v. 26.01.2007 - S 15 KA 216/04 -; das **LSG** setzte den Streitwert auf 20.488,00 EUR fest.

Parallelverfahren: **SG Kiel**, Beschl. v. 13.09.2006 - S 16 KA 279/04 -; LSG: 155.473,00 EUR

**LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 05.03.2008 – L 4 KA 4/07 –**

**RID 08-02-113**

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

#### B) UNTÄTIGKEITSKLAGE IN HONORARSTREITVERFAHREN

**LSG Hessen, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 413/07 KA –**

**RID 08-02-114**

**LSG Hessen, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 414/07 KA –**

**RID 08-02-115**

**LSG Hessen, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 415/07 KA –**

**RID 08-02-116**

SGB V § 85 IV; SGG § 197a; GKG 52 I u. II, 63 II 1

In einem Honorarstreitverfahren wegen Untätigkeit, dem unmittelbar keine Anhaltspunkte für die Bestimmung des Streitwerts entnommen werden kann, ist der mittelbare wirtschaftliche Wert eines endgültigen oder vorläufigen Prozessenerfolgs nicht zu berücksichtigen, sondern ist vom Regelstreitwert auszugehen. Hiervon ist bei Untätigkeitsklagen 1/10 bis 1/4 zu nehmen. 1/10 des Regelstreitwerts (hier: 500 Euro) ist angemessen, wenn lediglich der Honorarbescheid für ein Abrechnungsquartal betroffen ist.

Vgl. a. **LSG Hessen**, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 395/07 KA – RID 08-01-119; **LSG Hessen**, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 393/07 KA – RID 08-01-118.

### 2. WIDERRUF DER KOLOSKOPIEGENEHMIGUNG/SOFORTIGE VOLLZIEHBARKEIT

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.02.2008 – L 7 B 106/07 KA ER – RID 08-02-46** (diese Ausgabe S. 21)

Die Wertfestsetzung für den Widerruf einer Koloskopiegenehmigung folgt im einstweiligen Anordnungsverfahren aus der Hälfte des Wertes, den ein Vertragsarzt für 200 Leistungen pro Jahr nach der Nr. 13421 EBM (4.100 Punkte) erzielen kann (hier: 34.030 € bei Punktwert von 0,0415 €).



### 3. ZULASSUNGSSACHEN

#### A) ZULASSUNGSENTZIEHUNG WEGEN NICHTAUSÜBUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

*SG Marburg, Beschl. v. 22.02.2008 – S 12 KA 218/07 –*

RID 08-02-117

GKG § 42 III, 52

Bei Streitigkeiten über die Entziehung der Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist vom Mindeststreitwert in Zulassungsangelegenheiten (vgl. BSG, Beschl. v. 12.09.2006 – B 6 KA 70/05 B – juris) auszugehen und der Regelstreitwert pro Quartal für einen Dreijahreszeitraum festzusetzen (hier: 60.000 Euro).

Zum Streitverfahren s. *SG Marburg*, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 218/07 – RID 08-01-77.

#### B) BESCHLUSS DURCH VORSITZENDEN/ERMÄCHTIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG VON LDL-APHERESEN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.03.2008 – L 11 (10) KA 36/06 –*

RID 08-02-118

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

SGB V § 97; SGB X §§ 40 I, 63; Ärzte-ZV §§ 41 II, 45 III

Setzt der **Vorsitzende des Berufungsausschusses** die zu erstattenden Kosten für das Widerspruchsverfahren alleine und damit nicht in der in § 41 II i.V.m. § 45 III Ärzte-ZV vorgesehenen Besetzung, so ist der Widerspruchsbescheid nicht nichtig.

Der Gegenstandswert für die **Ermächtigung** zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, begrenzt auf die Durchführung von **LDL-Apherese**n für zwei Jahre, ist nach dem erzielbaren Umsatz abzüglich der durchschnittlichen Praxiskosten in der jeweiligen Behandlergruppe zu bestimmen. Reine Sachkostenpauschalen sind vom Umsatz in Abzug zu bringen.

*SG Köln*, Urt. v. 19.07.2006 - S 19 KA 2/05 – wies die Klage ab, das *LSG* setzte die der Beigel. zu 5) zu erstattenden Kosten für die Widerspruchsverfahren auf 1.320,66 Euro und 1.294,27 Euro fest.

#### C) ABWEHRKLAGE GEGEN VERSORGUNGSVERTRAG MIT KOSTENÜBERNAHME FÜR OFF-LABEL-USE (AVASTIN)

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.02.2008 – L 11 (10) B 17/07 KA ER – RID 08-02-104* (diese Ausgabe).

GKG § 52

Im einstweiligen Anordnungsverfahren gegen die Durchführung eines Vertrages "zur Behandlung der feuchten Maculadegeneration mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern" ist im Wege der Schätzung der Streitwert auf 2.500.000,00 EUR festzusetzen. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass von der pharmazeutischen Industrie insgesamt ca. 25.000 pro Jahr zu behandelnde AMD-Patienten genannt werden, also bei ausschließlichem Einsatz von Lucentis ein den Höchstwert des § 52 IV GKG überschreitendes Interesse besteht.

### 4. MERKMAL „SCHWIERIG“ I. S. D. ZIFFER 2400 RVG-VV

*SG Marburg, Beschl. v. 26.03.2008 – S 12 KA 1429/05 –*

RID 08-02-119

*SG Marburg, Beschl. v. 26.03.2008 – S 12 KA 732/05 –*

RID 08-02-120

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

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31, 31a; RVG § 17

Für das Merkmal „schwierig“ i. S. d. Ziffer 2400 RVG-VV mit der Folge, dass eine Gebühr von mehr als 1,3 gefordert werden kann, kommt es nicht darauf an, welche Vorkenntnisse ein Rechtsanwalt mitbringt und ob er sich schwerpunktmäßig mit der Rechtsmaterie befasst. Es ist auf die Schwierigkeiten abzustellen, die typischerweise mit der Rechtsmaterie verbunden sind. Probleme des Vertragsarztes und hier insbesondere der Ermächtigung sind als schwierige Rechtsmaterien einzustufen (Anschluss an *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 13.12.2006 – L 5 KA 5567/05 – RID 07-02-84).

### 5. FÄLLIGKEIT DER IM BESCHWERDEVERFAHREN ANFALLENDEN GEBÜHREN

*LSG Hessen, Beschl. v. 19.03.2008 – L 4 SF 191/07 KA –*

RID 08-02-121

*LSG Hessen, Beschl. v. 19.03.2008 – L 4 SF 192/07 KA –*

RID 08-02-122

GKG §§ 6 I Nr. 4, 9 II

Die Fälligkeit der im Beschwerdeverfahren anfallenden Gebühren Nrn. 7220, 7221 KV-GKG richtet sich nicht nach § 6 I Nr. 4 GKG, sondern nach der Auffangvorschrift des § 9 II GKG i.d.F.d.G. v.

16.08.2005. Danach werden die Gebühren nicht bei Einreichung der Beschwerdeschrift, sondern erst bei Erfüllung eines der in § 9 II Nrn. 1 bis 5 GKG aufgelisteten Tatbestände fällig.

## XII. Entscheidungen des BSG

### 1. HONORARVERTEILUNG

#### A) KEIN BEHANDLUNGSANSPRUCH NACH KOLLEKTIVEM SYSTEMAUSSTIEG

*BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 37/06 R – SGB 2008, 235 = GesR 2008, 90 = ZMGR 2007, 142*

RID 08-02-123

(Zahn-)Ärzten, die in einem aufeinander abgestimmten Verfahren auf ihre Zulassungen verzichtet haben (sog "kollektiver Systemausstieg"), steht kein Recht auf weiterhin uneingeschränkte Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zu.

*Parallelverfahren: BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 38/06 R –*

RID 08-02-124

*BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 39/06 R –*

RID 08-02-125

*BVerfG, Beschl. v. 26.02.2008 – 1 BvR 3066/07 –*

RID 08-02-125a

Die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 39/06 R – wird zurückgewiesen.

*BVerfG, Beschl. v. 26.02.2008 – 1 BvR 3067/07 –*

RID 08-02-125b

Die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 37/06 R – wird zurückgewiesen.

*BVerfG, Beschl. v. 01.04.2008 – 1 BvR 675/08 –*

RID 08-02-125c

Die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 38/06 R – wird zurückgewiesen.

#### B) PROBATORISCHE LEISTUNGEN VON PSYCHOTHERAPEUTEN

*BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 35/06 R –*

RID 08-02-126

**Leitsatz:** Probatorische Leistungen von Psychotherapeuten müssen nicht in die Punktwertstützung einbezogen werden, die für die zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen Leistungen nach Abschnitt G IV EBM-Ä a.F. gewährt wird.

#### C) BEWERTUNGS-AUSSCHUSS: VERÄNDERUNGEN DER ZAHL DER HAUSÄRZTE

*BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 36/06 R – GesR 2008, 199*

RID 08-02-127

**Leitsatz:** Die Vorgabe des Bewertungsausschusses, bei der Bestimmung des hausärztlichen und des fachärztlichen Vergütungsanteils in den Jahren 2000 und 2001 nur Wechsel von Vertragsärzten von einem Versorgungsbereich in den anderen, nicht aber auf sonstigen Ursachen beruhende Änderungen der Arztzahlen zu berücksichtigen, ist rechtmäßig.

#### D) HONORARTÖPFE NACH ALTEN ABRECHNUNGSVOLUMINA UND HÖHERBEWERTUNG IM EBM

*BSG, Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 61/07 B –*

RID 08-02-128

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Sachsen-Anhalt*, Urt. v. 30.05.2007 – L 1 KA 3/05 – wird zurückgewiesen.

Honorartöpfe dürfen für Arztgruppen in Anknüpfung an die in einem früheren Jahr ausbezahlten Abrechnungsvolumina gebildet werden; die so gebildeten Honorarkontingente werden nicht allein dadurch rechtswidrig, dass nach der Festlegung ihres Zuschnitts eine Höherbewertung von solchen Leistungen im EBM erfolgt, die aus einem derartigen festen Honorarkontingent vergütet werden (vgl. bereits BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 23 S 125; Beschl. v. 20.10.2004 - B 6 KA 13/04 B -).

#### E) ANKNÜPFEN AN ERGEBNISSE EINER MATERIELL RECHTSWIDRIGEN HONORARAUFTEILUNG

*BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 2/07 R –*

RID 08-02-129

**Leitsatz:** Eine vertragsärztliche Honorarverteilungsregelung, die zur Bemessung der Honoraranteile einzelner Facharztgruppen unmittelbar an die Ergebnisse einer materiell rechtswidrigen Honoraraufteilung in einem vorangegangenen Zeitraum anknüpft, ist mit dem bundesrechtlichen Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar.

## F) INDIVIDUALBUDGET UND STEIGERUNG DES LEISTUNGSVOLUMENS

*BSG, Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 64/07 B –*

**RID 08-02-130**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 15.08.2007 – L 11 KA 63/06 – RID 07-04-02 wird zurückgewiesen.

Honorarbegrenzungsregelungen müssen wie die Vorschriften über das Individualbudget umsatzmäßig unterdurchschnittlichen Praxen in "effektiver Weise" ermöglichen, den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Nach diesen Vorgaben ist jede Regelung unbedenklich, die Honorarzuwächse unterdurchschnittlich abrechnender Altpraxen davon abhängig macht, dass auch **Fall- bzw. Patientenzahlerhöhungen** vorliegen. Danach ist die Versagung einer Honorarsteigerung bei fehlender **Steigerung des Punktzahlvolumens** jedenfalls in solchen Fällen nicht zu beanstanden, in denen der Arzt seine Fall- bzw. Patientenzahl gegenüber dem Referenzzeitraum nicht gesteigert hat (Senatsbeschluss v. 28.11.2007 - B 6 KA 45/07 B -).

Noch nicht entschieden hat das BSG, ob es zulässig ist, die **Erhöhung des Individualbudgets** bei unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen davon abhängig zu machen, dass neben der Fall- bzw. Patientenzahl auch der Honorarumsatz gesteigert worden ist, also der anerkannte Leistungsbedarf in Punkten der betroffenen Praxis sich erhöht hat. Ob die Erhöhung der Zahl der behandelten Fälle nicht nur eine notwendige, sondern auch eine allein hinreichende Voraussetzung dafür ist, dass im HVM (HVV) Steigerungsmöglichkeiten für das Individualbudget vorgesehen werden müssen, ist durch das BSG noch nicht abschließend entschieden worden.

## G) FRISTEN FÜR EINREICHUNG DER QUARTALSABRECHNUNGEN

*BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 29/06 R – GesR 2008, 197*

**RID 08-02-132**

**Leitsatz:** 1. Fristen im Honorarverteilungsmaßstab für die Einreichung der Quartalsabrechnungen sowie die Sanktionierung von Fristüberschreitungen durch Honorarabzüge sind grundsätzlich rechtmäßig.

2. Ihre Anwendung darf allerdings nur in eng begrenzten Ausnahmefällen zu völligem Honorarverlust führen (Fortführung von BSG vom 22.6.2005 - B 6 KA 19/04 R = SozR 4-2500 § 85 Nr. 19).

## 2. ZULASSUNGSRECHT

### A) 68 JAHRES-ALTERSGRENZE

*BSG, Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 58/07 B –*

**RID 08-02-133**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen LSG Hamburg, Urt. v. 28.02.2007 – L 2 KA 2/06 – RID 07-03-73 wird zurückgewiesen.

Das Ausscheiden von Vertragsärzten aus der Versorgung mit Vollendung des 68. Lebensjahres ist eine durch Art. 6 der auf Art. 13 EGV beruhenden Richtlinie des Rates 2000/78/EG vom 27.11.2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf zugelassene Ungleichbehandlung wegen Alters (Urt. des Senats v. 06.02.2008 - B 6 KA 41/06 R).

### B) ZULASSUNGSENTZIEHUNG: ENTSCHEIDUNG DES BERUFUNGS-AUSSCHUSSES OHNE MÜNDLICHE VERHANDLUNG

*BSG, Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 9/07 B –*

**RID 08-02-134**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 38/04 – RID 07-01-85 wird zurückgewiesen.

Der Widerspruch gegen eine Zulassungsentziehung kann bei einstimmiger Entscheidung des Berufungsausschusses ohne vorherige Durchführung einer mündlichen Verhandlung zurückgewiesen werden.

### **C) KEINE ERMÄCHTIGUNG AUFGRUND NICHTDEUTSCHER MUTTERSPRACHE**

*BSG, Urt. v. 17.10.2007 – B 6 KA 31/05 R –*

**RID 08-02-135**

Die Gewährleistung einer Verständigung des Patienten mit seinem Arzt einschließlich der Psychotherapeuten auch in ihrer jeweiligen - nichtdeutschen - Muttersprache gehört nicht zum Leistungsumfang der GKV. Eine Ermächtigung kann daher zur psychotherapeutischen Versorgung von türkisch bzw. arabisch sprechenden Patienten nicht erteilt werden (vgl. bereits BSG, Beschl. v. 19.07.2006 – B 6 KA 33/05 B – juris).

### **3. ANWALTSVERGÜTUNG: HAUPTSACHEENTSCHEIDUNG UND SOFORTVOLLZUG**

*BSG, Urt. v. 17.10.2007 – B 6 KA 4/07 R – GesR 2008, 203*

**RID 08-02-136**

**Leitsatz:** Ein Rechtsanwalt, der einen Arzt im Zulassungsverfahren vor dem Berufungsausschuss vertritt, erhält keine zusätzliche Gebühr, wenn er neben der Entscheidung über den Widerspruch die Anordnung der Vollziehung der Entscheidung des Berufungsausschusses beantragt.

## B. Krankenversicherungsrecht

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

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

*Francke/Hart*, Bewertungskriterien und –methoden nach dem SGB V, MedR 2008, 2-24; *Rixen*, Verhältnis von IQWiG und G-BA: Vertrauen oder Kontrolle? – Insbesondere zur Bindungswirkung der Empfehlungen des IQWiG, MedR 2008, 24-30; *Schlegel*, Gerichtliche Kontrolle von Kriterien und Verfahren, MedR 2008, 30-34; *Pitschas*, Information der Leistungserbringer und Patienten im rechtlichen Handlungsrahmen von G-BA und IQWiG: Voraussetzung und Haftung, MedR 2008, 34-41

#### 1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

##### A) BVERFG: KOSTENTRAGUNGSPFLICHT FÜR NEUE BEHANDLUNGSMETHODE (HYPERTHERMIE)

*BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 29.11.2007 – 1 BvR 2496/07 –*

RID 08-02-137

juris

GG Art. 2 I, 19 IV 1, 20 I; BVerfGG § 93c I 1; SGB V §§ 2 I 1, 13 II 1, 27 I 2 Nr. 1, 28 I 1, *LSG Schleswig-Holstein*, Beschl. v. 27.08.2007 – L 5 B 488/07 KR ER - verletzt die Bf. in ihren Grundrechten aus Art. 2 I i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip und Art. 19 IV 1. Er wird aufgehoben. Die Sache wird an das LSG zurückverwiesen.

In gerichtlichen **Eilverfahren** begegnet es zwar grundsätzlich keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, wenn sich die Fachgerichte bei der Beurteilung der Sach- und Rechtslage an den Erfolgsaussichten der Hauptsache orientieren (vgl. BVerfGK 5, 237 <242>). Allerdings ist ihnen in den Fällen, in denen es um existentiell bedeutsame Leistungen der Krankenversicherung für den Antragsteller geht, eine lediglich summarische Prüfung der Sach- und Rechtslage verwehrt. Sie haben unter diesen Voraussetzungen die **Sach- und Rechtslage abschließend zu prüfen** (vgl. BVerfGK 1, 292 <296>; BVerfG, NJW 2003, S. 1236 f.). Ist dem Gericht eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, so ist anhand einer **Folgenabwägung** zu entscheiden (vgl. BVerfGK 5, 237 <242> m.w.N.); die grundrechtlichen Belange des Antragstellers sind umfassend in die Abwägung einzustellen. Die Gerichte müssen sich schützend und fördernd vor die Grundrechte des Einzelnen stellen (vgl. BVerfG, NJW 2003, S. 1236 <1237>).

Ebenso wenig wie der materiellrechtliche **Sachleistungsanspruch** gemäß § 2 I 1, § 27 I 2 Nr. 1, § 28 I 1 SGB V durch die Existenz eines **Kostenerstattungsanspruchs** nach § 13 III 1 SGB V allgemein ausgeschlossen werden kann, kann ein derartiger Kostenerstattungsanspruch den auf die Durchsetzung des materiellrechtlichen Sachleistungsanspruchs gerichteten gerichtlichen Rechtsschutz ausschließen.

Soweit das LSG dargelegt hat, dass der behandelnde Arzt der Bf. noch keine Kosten in Rechnung gestellt beziehungsweise ihr die Behandlungskosten möglicherweise **gestundet** hat, vermag dies nichts daran zu ändern, dass die Bf. für die außerhalb des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachte Leistung dem Arzt gegenüber leistungspflichtig ist.

Schon aus tatsächlichen Gründen ist die Annahme des LSG, die Bf. könne bei einer monatlichen Rente von 96 € in Vorleistung für die monatlich entstehenden Behandlungskosten von 1.386 € treten, nicht nachvollziehbar.

Das LSG wird aber durch Ermittlungen beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu klären haben, inwieweit dieser **Leistungsausschluss** auch eine **Hyperthermie-Therapie** erfasst, die nicht an Stelle einer konventionellen Krebstherapie, sondern **simultan** hierzu zur **Schmerzbehandlung** erbracht wird. Soweit das LSG zu dem Ergebnis kommt, dass auch die individuell im Fall der Bf. durchgeführte Hyperthermie-Therapie zur Schmerzbehandlung in rechtsfehlerfreier Form vom Gemeinsamen Bundesausschuss vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich ausgeschlossen wurde, wird es in rechtlicher Hinsicht in eigenständiger Würdigung zu entscheiden haben, ob die von BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005, BVerfGE 115, 25 für eine im dortigen verfahrengegenständlichen Zeitraum noch nicht anerkannte, aber auch noch nicht ausdrücklich ausgeschlossene neue Behandlungsmethode aufgestellten Grundsätze auch in den Fällen gelten, in welchen eine **neue Behandlungsmethode bereits ausdrücklich vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde** (ablehnend BSG, Urteil vom 7. November 2006 - B 1 KR 24/06 R -, NJW 2007, 1385 <1388> Rn. 24). Schließlich wird es ggf. über die Anwendung dieser Grundsätze im konkreten Fall der Bf. zu entscheiden haben.

## B) BVERFG: APHERESEBEHANDLUNG BEI LIPOPROTEIN(A)-ERHÖHUNG (HYPER-LP(A)ÄMIE)

*BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 06.02.2007 – 1 BvR 3101/06 –*

RID 08-02-138

<sup>juris</sup>  
GG Art. 19 IV 1; BVerfGG § 93c I 1; SGB V §§ 27 I 2 Nr. 1, 28 I 1,  
*LSG Bayern*, Beschl. v. 03.11.2006 – L 4 B 775/06 KR ER – u. *SG Nürnberg*, Beschl. v. 17.08.2006 – S 11 KR 297/06 ER - verletzen den Bf. in seinen Grundrechten aus Art. 19 IV 1 GG und werden aufgehoben. Die Sache wird an das SG zurückverwiesen.

Im Hinblick auf die für den an einer progredienten Koronaren Herzkrankheit sowie einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit beider Beine und damit lebensbedrohlich - auch wenn er noch nicht das Stadium einer akuten Lebensgefahr erreicht hat - erkrankten Bf. existentielle Bedeutung der in Frage stehenden Therapie hätten die Fachgerichte **den medizinischen Sachverhalt** näher in Bezug auf das Vorliegen der **anerkannten Indikation** einer schweren Hypercholesterinämie prüfen müssen.

Der Annahme eines **lebensbedrohlichen Zustands** des Bf. steht nicht entgegen, dass die koronare Herzerkrankung **noch nicht das Stadium einer akuten Lebensgefahr** erreicht hat. Das BVerfG hat entschieden, dass eine Krankheit auch dann als regelmäßig tödlich zu qualifizieren ist, wenn sie "erst" in einigen Jahren zum Tod des Betroffenen führt (vgl. BVerfGE 115, 25 <45>; vgl. auch BSG, Urt. v. 18.12.2006 - B 1 KR 12/06 R -; zitiert nach dem Termin-Bericht Nr. 68/06).

Der Annahme eines lebensbedrohlichen Zustands steht nicht entgegen, dass die verfahrensgegenständliche **Therapie hierauf nicht unmittelbar einwirkt**. Soweit sich das LSG hierzu auf die Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung stützt, wonach es sich bei dem Lipoprotein(a)-Wert lediglich um einen Laborwert ohne eigenen Krankheitswert handele, trägt dies die Verneinung eines Behandlungsanspruchs des Bf. nicht. Dies gilt auch für die Feststellung, es sei nicht bewiesen, dass die mäßige **Hypercholesterinämie** der einzige Risikofaktor für die Entstehung der Koronaren Herzkrankheit sei und die Patienten aus einer Absenkung der Werte Nutzen ziehen könnten. Nach dem gegenwärtigen Stand in der Medizin ist vielmehr davon auszugehen, dass die Hypercholesterinämie einen bedeutsamen Faktor im Gesamtrisikoprofil einer kardiovaskulären Erkrankung repräsentiert, der bei Hochrisikopatienten durch eine lipidsenkende Therapie zu behandeln ist (vgl. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Empfehlungen zur Therapie von Fettstoffwechselstörungen, 2. Aufl. 1999, S. 6 f.). Dies deckt sich mit der Beurteilung des GBA, wonach die einzelnen Lipidwerte nicht allein Ursache für die Koronare Herzkrankheit und andere Verschlusskrankheiten seien (vgl. Abschlussbericht, S. 153), gleichwohl aber die LDL-Apherese bei einer schweren Hypercholesterinämie in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen sei.

Die Erbringung der **Apheresebehandlung** kann vorliegend nicht deshalb verweigert werden, weil beim Beschwerdeführer auch eine Lipoprotein(a)-Erhöhung vorliegt. Der entsprechende Leistungsausschluss in der Richtlinie erfasst lediglich die Indikation einer *isolierten* Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie). Der Fall des *kombinierten* Vorliegens einer Hypercholesterinämie *und* einer Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie) ist nach dem Abschlussbericht ausdrücklich von der anerkannten Indikationsform einer schweren Hypercholesterinämie erfasst (vgl. Abschlussbericht, S. 175). Demzufolge kommt es vorliegend nicht darauf an, ob der derzeitige Leistungsausschluss der LDL-Apherese für die Indikation einer *isolierten* Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie) mit höherrangigem Recht vereinbar ist und welche Rückschlüsse gegebenenfalls aus dem derzeitig beim Gemeinsamen Bundesausschuss anhängigen Überprüfungsverfahren zu ziehen sind.

Das SG wird in **tatsächlicher Hinsicht vor allem zu prüfen haben**, wie sich das Risikoprofil des Beschwerdeführers für eine Verschlimmerung seiner vielfältigen Verschlusskrankheiten aktuell darstellt. Dabei wird insbesondere zu berücksichtigen sein, inwieweit der Beschwerdeführer an einer schweren Hypercholesterinämie, kombiniert mit einer Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie), leidet. Es wird auch zu ermitteln haben, ob und inwieweit beim Bf. alternative Behandlungsmöglichkeiten zur Senkung der Lipidwerte ausgeschöpft sind. Schließlich sind Ermittlungen zum Umfang der begehrten Apheresebehandlung veranlasst. Es wird sodann unter Berücksichtigung der Gründe dieser Entscheidung erneut über den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes mit der durch die Sache gebotenen Eile zu entscheiden haben.

### C) LDL-APHERESE ZUR ISOLIERTEN SENKUNG DES LIPOPROTEIN(A)-WERTES

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.01.2008 – L 9 B 639/07 KR ER –**

**RID 08-02-139**

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

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I, 135; GG Art. 2 I, II

Ein Anordnungsanspruch für die ambulante Erbringung der LDL-Apherese zur isolierten Senkung des Lipoprotein (a)-wertes, einer neuen Behandlungsmethode, ist nicht glaubhaft gemacht, da Fall des Systemversagens nicht vorliegt, weil das Verfahren vor dem Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht abgeschlossen ist, nachdem dieser am 24.05.2006 beschlossen hat, erneut über die Apheresebehandlung bei Erhöhung der Werte des Lipoproteins (a) zu beraten. Bei einer ausgeprägten Arteriosklerose liegt eine lebensbedrohliche Erkrankung nicht vor.

**SG Neuruppin**, Beschl. v. 26.11.2007 - S 9 KR 143/07 ER – gab dem Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes statt, das **LSG** wies den Antrag ab.

### D) AMBULANTE RADIOCHIRURGIE

**LSG Bayern, Urt. v. 14.11.2007 – L 5 KR 24/07 –**

**RID 08-02-140**

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

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I, 135; GG Art. 2 I, II

Kann trotz zweier Metastasen im Gehirn einer Versicherten das **Zuwarten** von einem oder zwei Tagen bis zur Entscheidung der Krankenkasse zugemutet werden, so fehlt es an der **Kausalität** für einen Kostenerstattungsanspruch.

Die **radiochirurgische Behandlung** ist eine **neue Behandlungsmethode**, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehört. Ein Systemversagen liegt nicht vor. Für die Absiedelung von Metastasen im Gehirn stehen mehrere Behandlungsalternativen zur Verfügung.

**SG Bayreuth**, Gerichtsbb. v. 13.12.2006 - S 8 KR 27/06- wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### E) PHOTODYNAMISCHE DIAGNOSTIK MITTELS FLUORESCENZZYSTOSKOPIE

**LSG Bayern, Urt. v. 25.10.2007 – L 4 KR 129/05 –**

**RID 08-02-141**

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

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I, 135; GG Art. 2 I, II

Die photodynamische Diagnostik mittels Fluoreszenzzystoskopie gehört nicht zu den Leistungen der GKV. Es kann auch nicht von dem Fehlen einer Standardtherapie gesprochen werden, da als herkömmliche Untersuchungsmethode noch die Weißlicht-Zystoskopie in Betracht kommt.

**SG Regensburg**, Urt. v. 06.04.2005 - S 14 KR 260/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### F) ANSPRUCH AUF LASERINDUZIERTE THERMOTHERAPIE (LITT) BEI LEBENSBEDROHLICHER KRANKHEIT

**LSG Bayern, Urt. v. 13.12.2007 – L 4 KR 376/06 ZVW –**

**RID 08-02-142**

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

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

Im fehlenden Aufzeigen einer stationären Behandlungsmöglichkeit für eine LITT liegt ein Systemversagen, das durch den Kostenerstattungsanspruch zu schließen ist.

Hinsichtlich des Fehlens aussagekräftiger randomisierter Studien über die LITT hat der Sachverständige darauf hingewiesen, dass alle Patienten die Randomisation in den chirurgischen Therapien verweigert haben und stattdessen die minimalinvasive LITT als Therapieverfahren wünschten. Im Übrigen sind auch bei der von der Beklagten offensichtlich favorisierten Resektion von Lebertumoren bislang keinerlei randomisierte Studien publiziert, so dass im Hinblick auf den medizinischen Behandlungsstandard und die Regeln der ärztlichen Kunst sowie die hohe Patientenzahl die LITT den gleichen Anspruch auf Wirksamkeit erheben kann. Dass die Behandlung nach der LITT den Regeln der ärztlichen Kunst entsprochen hat, ergibt sich auch aus der Tatsache, dass sie an einer Universitätsklinik durchgeführt wurde und im Übrigen seit dem Jahr 2001 18 weitere Kliniken in Deutschland und zahlreiche europäische und außereuropäische Kliniken nach dieser Methode behandeln.

**SG Augsburg**, Urt. v. 10.10.2002 - S 12 KR 171/01 - wies die Klage ab, **LSG Bayern**, Urt. v. 19.01.2006 – L 4 KR 85/03 – RID 06-02-86 verurteilte die Krankenkasse, die Kosten der Behandlung mit der laserinduzierten Thermotherapie (LITT) in Höhe von 5.604,57 Euro zu erstatten; **BSG**, Urt. v. 07.11.2006 – B 1 KR 24/06 R – RID 07-02-191 verwies nach Nichtzulassungsbeschwerde die Sache an das LSG zurück. Das **LSG** verurteilte erneut die Krankenkasse.

## G) EXTRAKORPORALE STOßWELLENTHERAPIE

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.07.2007 – L 5 KR 14/07 –**

**RID 08-02-143**

rechtskräftig [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 27, 92 II Nr. 5, 135 I Nr. 1

Da der Gemeinsame Bundesausschuss sich mit der extrakorporalen Stoßwellentherapie bei Sialolithiasis noch nicht befasst hat, besteht für diese Methode grundsätzlich keine Leistungspflicht der Krankenkasse, auch nicht unter dem Gesichtspunkt des sog. Systemversagens.

**SG Dortmund**, Urt. v. 28.11.2006 - S 44 (13) KR 504/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Bayern**, Urt. v. 20.09.2007 – L 4 KR 179/06 – RID 08-01-133. Nach **BSG**, Urt. v. 27.09.2005 - B 1 KR 28/03 R - USK 2005-77 handelt es sich bei der extrakorporalen Stoßwellentherapie (EWST) um eine neue Behandlungsmethode i.S. von § 135 SGB V, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil wurde nicht zur Entscheidung angenommen (**BVerfG**, I. Sen. 3. Ka. v. 02.02.2006 - 1 BvR 2678/05); **BSG**, Beschl. v. 02.11.2007 – B 1 KR 110/07 B – juris hat eine Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 12.07.2007 - L 5 KR 14/07 – juris zurückgewiesen.

## H) WANGENAUFFÜLL-BEHANDLUNG MIT "NEW-FILL"

**LSG Bayern, Urt. v. 23.10.2007 – L 5 KR 54/07 –**

**RID 08-02-144**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 135 I

Es kann offen bleiben, ob die Wangenathropie („Totenkopfsyndrom“) eine **Krankheit** i.S.d. GKV ist. Die Behandlung mit New-Fill stellt eine **neue Behandlungsmethode** dar, für die an einer erforderlichen positiven Empfehlung des Bundesausschusses fehlt. Die Methode ist nicht eine einfache Anwendung eines Arzneimittels, Medikamentes oder Arzneimittelproduktes, sondern sie umfasst die Injektion von polyvalenter Milchsäure in die Wangen durch einen Arzt. Es handelt sich somit um eine in den Körper eingreifende ärztliche Therapie, welche eine Kombination aus Untersuchung, Einbringen des Materials in den Körper mittels Injektion unter Beachtung der – wie hier im Falle der HIV-Infektion nochmals gesteigert zu beachtenden - hygienischen Medizinstandards sowie aus Nachsorge umfasst.

Ein Systemversagen liegt nicht vor.

**SG Landshut**, Urt. v. 19.10.2007 - S 10 KR 193/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. a. **SG Aachen**, Urt. v. 29.05.2007 – S 13 KR 56/06 – RID 07-03-115; **BSG** v. 20.07.2005 - NZB B 1 KR 56/04 B - (zu einem Urteil des LSG Rheinland-Pfalz).

## 2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B I 2 (S. 36).

### A) LEISTUNGSUMFANG BEI KLINISCH NACHGEWIESENER SCHWANGERSCHAFT

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.03.2008 – L 5 KR 20/07 –**

**RID 08-02-145**

Revision zugelassen [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 27a

In § 27a SGB V in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung wird unwiderlegbar vermutet, dass nach drei vergeblichen Versuchen der bezeichneten Maßnahme keine hinreichende Aussicht auf Herbeiführung einer Schwangerschaft besteht (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 31.01.2006 – L 24 KR 43/05 – RID 06-02-95). Eine **Eileiterschwangerschaft** aufgrund einer vierten, selbst beschafften ICSI-Behandlung rechtfertigt keinen Anspruch auf weitere ICSI-Maßnahmen. Der Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft hat lediglich zur Folge, dass dieser Behandlungsversuch nicht auf die Anzahl der erfolglosen Behandlungen angerechnet wird, so dass dieser Regelung nur Bedeutung zukommen kann, solange noch keine drei erfolglosen Versuche vorgenommen wurden. Dies ist verfassungsgemäß.

Die 1973 geb. Kl. zu 1) und der 1972 geb. Kl. zu 2), bei dem eine subtotale Azoospermie besteht, sind miteinander verheiratet und bei der Bekl. gesetzlich krankenversichert. Die Bekl. übernahm zweimal die Kosten für künstliche Befruchtungen mittels ICSI und für eine weitere in Österreich, die alle erfolglos blieben. 2005 beantragten die Kl. die Kostenübernahme für eine weitere ICSI. Sie gaben an, aufgrund einer von ihnen selbst finanzierten vierten ICSI-Maßnahme sei es zu einer Eileiterschwangerschaft gekommen, so dass nunmehr wieder ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für erneute ICSI-Behandlungen bestehe, was die Bekl. ablehnte. Nach erfolglosem Antrag wurde eine weitere ICSI-Maßnahme durchgeführt, die 2007 zur Geburt eines Sohnes führte. Eine Kostenerstattung (4.098,83 Euro) lehnte die Bekl. ab. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 10.01.2007 - S 3 (5) KR 47/06 - wies die Klage, die auch darauf gerichtet war, festzustellen, dass die Bekl. verpflichtet ist, Kosten für drei weitere ICSI-Behandlungsversuche zu 50 % zu tragen, ab, das **LSG** die Berufung zurück.



## B) ALTERSGRENZE FÜR FRAUEN VON 40 JAHREN VERFASSUNGSGEMÄß

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.02.2008 – L 5 KR 93/07 –*

RID 08-02-146

*Revision anhängig: B 3 KR 7/08 R*

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

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

Es besteht kein Anspruch auf eine künstliche Befruchtung, wenn die **Ehefrau** eines Versicherten sowohl im Zeitpunkt des Antrages als auch zu Beginn der Behandlung bereits das **40. Lebensjahr vollendet** hatte (vgl. § 27a III 1 SGB V). Dies gilt auch dann, wenn die Ehefrau als Beamtin im Schuldienst in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 6 I Nr. 1 SGB V versicherungsfrei ist.

Die **Altersgrenze für Frauen** in § 27a III 1 SGB V verletzt nicht den allgemeinen Gleichheitssatz. Der Gesetzgeber ist unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten nicht gezwungen, die individuelle Empfängnisfähigkeit zur Grundlage der gesetzlichen Regelung zu machen (LSG Hamburg, Urt. v. 12.12.2007 – L 1 KR 3/07 – RID 08-01-136; LSG Hessen, Urt. v. 29.06.2006 – L 8 KR 87/05 – ID 06-03-105). Ein Verstoß gegen das AGG ist nicht gegeben.

*SG Köln*, Gerichtsbb. v. 18.07.2007 - S 9 KR 222/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur **Zulassung der Revision** weist es darauf hin, dass das **BSG** bereits im Urt. v. 24.05.2007 - B 1 KR 10/06 R - ausgeführt habe, dass es nicht dem Grundgesetz widerspreche, dass Eheleute nur bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres des Mannes Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gegen ihre Krankenkasse haben. Jedoch habe es die Zulässigkeit dieser typisierenden Betrachtungsweise mit Erwägungen begründet, die die Festlegung der Altersgrenze für die Frau nicht tragen. Mit der 50-Jahres-Grenze bei dem Mann hat der Gesetzgeber Belange des Kindeswohls berücksichtigt; bei der Altersgrenze bei der Frau werden mit dem Hinweis auf die sinkende Konzeptionswahrscheinlichkeit medizinische Belange als ausschlaggebend angesehen.

## 3. LEISTUNG DURCH NICHT ZUGELASSENEN ARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.02.2008 – L 5 KR 113/07 –*

RID 08-02-147

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 35/08 B*

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

SGB V §§ 2, 13 III, 27, 76 I 2

Eine **notfallmäßige Inanspruchnahme** eines nicht zugelassenen **Psychotherapeuten** gemäß § 76 I 2 SGB V kommt nur in Betracht, wenn der Versicherte auf eine Akutbehandlung angewiesen und ein zugelassener Leistungserbringer zumutbar nicht erreichbar ist (BSG, Urt. v. 18.07.2006 - B 1 KR 24/05 R -, parallel: B 1 KR 9/05, 25/05 R).

*SG Dortmund*, Beschl. v. 30.06.2006 – S 44 KR 139/06 - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 26.10.2006 – L 16 B 50/06 KR ER – RID 06-04-117 die Beschwerde zurück. *SG Dortmund*, Urt. v. 31.07.2007 – S 44 KR 202/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 4. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

### A) IMPLANTATVERSORGUNG

#### AA) KEINE IMPLANTATVERSORGUNG BEI UNTERKIEFERATROPHIE

SGB V §§ 12 I, 13 III, 28 II 9, 92 I; Behandlungs-RL v. 24.09.2003

*LSG Bayern, Urt. v. 25.10.2007 – L 4 KR 275/05 –*

RID 08-02-148

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

Steht eine Krankenhausbehandlung funktional und zeitlich in einem engen Zusammenhang mit der sich anschließenden Implantatversorgung, weil sie medizinisch gesehen nur zweckmäßig (§ 12 I SGB V) ist, wenn eine Implantatbehandlung nachfolgt, so bilden sie Teile einer **Gesamtleistung**, der sich hinsichtlich der Leistungsbewilligung nicht aufspalten lässt (vgl. BSG, Urt. v. 19.06.2001, SozR 3-2500 § 28 Nr. 6).

Bei der Diagnose **Unterkieferatrophie** besteht kein Anspruch auf Implantatversorgung.

*SG Nürnberg*, Gerichtsbb. v. 24.08.2005 - S 11 KR 217/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

*SG Düsseldorf, Urt. v. 24.01.2008 – S 8 KR 353/06 –*

RID 08-02-149

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 20/08 -*

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

Auf eine Implantat-Versorgung des Unterkiefers bei **Athrophie** besteht in der gesetzlichen Krankenversicherung kein Anspruch.

Das **SG** wies die Klage ab.

## BB) KIEFERANOMALIE/KIEFERATROPHIE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.02.2008 – L 16 KR 39/05 –*

RID 08-02-150

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

Liegt **keine Ausnahmeindikation** nach der BehandlungsRL-ZÄ vor, so besteht kein Anspruch auf Gewährung implantologischer Leistungen. Die bei einer Versicherten seit ihrer Jugend vorliegenden Kieferanomalien und die infolge des steten Zahnausfalls hervorgerufene Kieferatrophie, aber auch der traumabedingte Kieferbruch stellen keine größere Kieferdefekte im Sinne der Ausnahmeindikation dar. Auch bei **Beeinträchtigungen der Kau- und Sprachfunktion** sowie des gesellschaftlichen Lebens bestehen keine verfassungsrechtlichen Bedenken gegen den Leistungsausschluss.

*SG Köln*, Urt. v. 26.01.2005 - S 5 KR 308/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## B) FUNKTIONSANALYTISCHE UND FUNKTIONSTHERAPEUTISCHE MAßNAHME (AUFBISSSCHIENE)

*LSG Bayern, Urt. v. 15.11.2007 – L 4 KR 287/05 –*

RID 08-02-151

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

SGB V §§ 13 III 1, 27, 28

Eine funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahme (**Aufbissschiene**) ist nicht Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 28 II 8 SGB V). Gegenstand des Ausschlusses sind u.a. Maßnahmen zur Feststellung und Beeinflussung der Gebissfunktion entsprechend Nr. 800 ff. GOZ; hierzu gehören z.B. die Befunderhebung des stomatognathen Systems (= Gesamtheit des Kauorgans), das Registrieren der Zentrallage des Unterkiefers, Modellmontage. Auch die Aufbisshilfe gemäß Nr. 701 GOZ rechnet zu den **funktionstherapeutischen Maßnahmen**.

*SG Augsburg*, Gerichtsbb. v. 22.09.2005 - S 10 KR 218/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## C) BINDUNG AN KIEFERORTHOPÄDIE-RL

*SG Würzburg, Urt. v. 17.03.2008 – S 4 KR 727/06 –*

RID 08-02-152

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

SGB V §§ 29, 92

Liegen die Voraussetzungen nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung nicht vor (hier: Behandlungsbedarfsgrad 3), so besteht kein Anspruch auf **kieferorthopädische Behandlung**. § 29 SGB V ist so gestaltet, dass der Leistungsanspruch sich ausschließlich auf die durch die Richtlinien geschaffenen Indikationsgruppen bezieht. Für einen darüber hinausgehenden Leistungsanspruch verbleibt somit kein Raum.

Das *SG* wies die Klage ab.

## II. Kostenerstattungsanspruch

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

### 1. NADEL-EPIILATION BEI TRANSSEXUALITÄT DURCH KOSMETIKERIN

*SG Düsseldorf, Urt. v. 11.12.2007 – S 4 KR 78/07 –*

RID 08-02-153

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

SGB V §§ 2 II 1, 13 III, 27 I 1 u. 2 Nr. 1, 75, 76 I

Bei Transsexualität kann die Behaarung im Gesichts- und Halsbereich eine **Krankheit** darstellen.

Die **Nadel-Epilation**, die grundsätzlich als ärztliche Behandlung im Sinne von § 27 I 2 Nr. 1 SGB V zu bewerten ist, kann, wenn **kein vertragsärztlicher Behandler** gefunden werden kann, auch durch eine Kosmetikerin ausgeführt werden.

Das *SG* gab der Klage statt u. verurteilte die Krankenkasse, die bisher entstandenen Kosten der am 29.08.2007 begonnenen Nadelepilation bei der Kosmetikerin J C1 zu erstatten und in der Zukunft bis insgesamt 180 Stunden zu übernehmen.

### 2. BEHANDLUNG IN PRIVATKLINIK BEI BEHANDLUNGALTERNATIVE IN VERTRAGSKRANKENHAUS

*LSG Bayern, Urt. v. 20.09.2007 – L 4 KR 86/06 –*

RID 08-02-154

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

SGB V § 13 III

Der Auffassung der Vorinstanz, Systemstörungen oder Versorgungslücken, die die Behandlung in einer **Privatklinik** notwendig machten, lägen nicht vor, wenn es für die Behandlung ausreichend Vertragsärzte und Therapeuten sowie zugelassene Krankenhäuser gegeben hat, ist zutreffend.

*SG Würzburg*, Urt. v. 01.12.2005 - S 3 KR 363/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 3. FEHLENDE EINSCHALTUNG DER KRANKENKASSE/URSÄCHLICHKEIT DER LEISTUNGSABLEHNUNG

Vgl. zum Komplex die anhängigen *Revisionen* B 1 KR 25/07 R (Termin: 17.06.2008) und B 1 KR 2/08 R.  
SGB V §§ 13 III, 76 I 2, 108

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.01.2008 – L 16 KR 25/07 –*

RID 08-02-155

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III

Ein auf Verweigerung der Sachleistung gestützter Kostenerstattungsanspruch nach § 13 III 2. Alternative SGB V setzt voraus, dass die Versicherte die **Krankenkasse** einschaltet und deren Entscheidung abwartet, bevor sie sich die Leistung beschafft. Denn die Regelung stellt in dem Sachleistungsprinzip des SGB V einen Ausnahmefall dar und gibt einen Anspruch der Versicherten auf Kostenerstattung nur dann, wenn sich das Leistungssystem der Krankenversicherung im Einzelfall als mangelhaft erwiesen hat (st. Rspr., vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2006 - B 1 KR 8/06 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 12; Urt. v. 02.11.2007 - B 1 KR 14/07 R - juris).

*SG Münster*, Gerichtsb. v. 26.01.2007 - S 9 KR 106/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

*SG Köln, Urt. v. 14.03.2008 – S 26 KR 829/04 –*

RID 08-02-156

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Dem Versicherten sind Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung nur zu erstatten, wenn sie dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Voraussetzung 1) oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Voraussetzung 2). Zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (bei Voraussetzung 1: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Voraussetzung 2: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) muss ein **Kausalzusammenhang** bestehen, ohne den die Bedingung des § 13 I SGB V für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt ist.

Das *SG* wies die Klage wegen Erstattung privatärztlicher Leistungen ab.

*LSG Bayern, Urt. v. 29.11.2007 – L 4 KR 89/06 –*

RID 08-02-157

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Für einen Kostenerstattungsanspruch fehlt die **Kausalität** wenn eine Versicherte die kostenträchtigen Maßnahmen bereits eingeleitet und teilweise durchgeführt hat, ehe die Krankenkasse überhaupt damit befasst gewesen ist. Die spätere Ablehnung, diese Behandlung zu erbringen, kann somit nicht ursächlich für das zuvor in die Wege geleitete Entstehen der Kosten der Privatbehandlung gewesen sein.

*SG München*, Urt. v. 25.01.2006 - S 3 KR 219/03 LW - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 4. KEINE KOSTEN BEI ERBRINGUNG ALS SACHLEISTUNG

SGB V §§ 13 III, 27; BGB §§ 133, 145 ff., 677, 678, 683, 812, 814

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2007 – L 1 KR 200/05 –*

RID 08-02-158

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Nach § 13 III SGB V besteht kein Anspruch, wenn die Behandlung sowohl von Seiten des Leistungserbringers als auch von Seiten des Versicherten erkennbar als **Sachleistung** zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden soll und lediglich bei der Abwicklung gegen die Grundsätze des Leistungsrechts verstoßen wird (BSG, Urt. v. 09.06.1998 - B 1 KR 18/96 - BSGE 82, 158 = SozR 3-2500 § 39 Nr. 5; Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 6/01 R - BSGE 89, 39 = SozR 3-2500 § 39 Nr. 25 ).

*SG Lüneburg*, Urt. v. 19.05.2008 - S 16 KR 42/01 – verurteilte d. Bekl., auch für die Zeit vom 20.06.2000 bis 20.08.2000 die Kosten für eine medizinische Rehabilitation in der Einrichtung J. zu erbringen und wies die darüber hinausgehende Klage (bis 19.02.2001) ab; das *LSG* wies die Berufung d. Kl. zurück.

## 5. ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG FÜR BEHANDLUNG DURCH NICHT ZUGELASSENEN ZAHNARZT

*LSG Bayern, Urt. v. 23.08.2007 – L 4 KR 110/05 –*

RID 08-02-159

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 13 II

Hat ein Versicherter Kostenerstattung nicht gewählt, entfällt für ihn die Möglichkeit der Inanspruchnahme **nicht zugelassener Leistungserbringer**. Es ist auch nach § 13 SGB V a.F. nicht möglich, die Wahl der Kostenerstattung auf bestimmte ambulante Leistungen zu beschränken.

Auch nach § 13 II SGB V in der ab 01.04.2007 geltenden Fassung können wie nach dem bis 31.03.2007 geltenden Recht einzelne Leistungserbringer nur dann im Wege der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden, wenn Versicherte vorher anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung gewählt haben. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von nicht im 4. Kapitel genannten Leistungserbringern. Hier ist jedoch zusätzlich eine vorherige **Zustimmung der Krankenkasse** im Einzelfall erforderlich (§ 13 II SGB V).

Es ist **nicht europarechtswidrig**, nicht zugelassene inländische Leistungserbringer und ausländische Leistungserbringer unterschiedlich zu behandeln. Im vorliegenden Fall fehlt es bereits an einem europarechtlichen Bezug. Sowohl Leistungserbringer wie Versicherte befinden sich im Bundesgebiet.

*SG München*, Urt. v. 09.03.2005 - S 47 KR 1254/04- wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### III. Stationäre Krankenhausbehandlung: Brustverkleinerungsoperation

Nach BSG, Urt. v. 28.02.2008 - *B 1 KR 19/07 R* - kommt einer Abweichung vom Regelfall Krankheitswert dann zu, wenn sie entstellend wirkt; eine Entstellung besteht, wenn Versicherte objektiv an einer körperlichen Auffälligkeit von so beachtlicher Erheblichkeit leiden, dass sie die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gefährdet; bei einer **Asymmetrie der Brüste** fehlt es hieran, wenn sie sich im Alltag durch Prothesen verdecken lässt; zur *BSG-Rspr.* vgl. zuletzt RID 06-04-B III 1 (S. 55); zur *Instanzenrspr.* vgl. zuletzt RID 07-04-B III (S. 41 f.); RID 07-01-B III 1 (S. 50 f.); 06-04-B III 1 (S. 55).

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.06.2007 – L 4 KR 153/05 –*

RID 08-02-160

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 27 I 1

Die Krankenkasse ist lediglich in den Fällen zur Leistung verpflichtet, in denen die Krankenbehandlung unmittelbar an der eigentlichen Krankheit ansetzt. Liegt eine **psychische Störung** vor, so ist sie mit Mitteln der Psychiatrie oder Psychotherapie zu behandeln. Die Leistungspflicht der Krankenkasse umfasst grundsätzlich nicht die Kosten für operative Eingriffe in einen regelrechten Körperzustand, um auf diesem Wege eine psychische Störung zu beheben oder zu lindern (vgl. Senatsurt. v. 12.07.2000 - L 4 KR 193/99 -). Diese Auffassung entspricht höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. v. 19.20.2004 - B 1 KR 9/04 R -).

*SG Hannover*, Urt. v. 19.03.2004 - S 6 KR 1126/03 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

### IV. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 28.02.2008 - *B 1 KR 15/07 R* - bestand aufgrund der damals vorliegenden konkreten Datenlage (Juni 2003 bis Oktober 2004) keine begründete Aussicht darauf, dass gerade mit einem **Immunglobulin** wie Venimmun ein Behandlungserfolg bei **Multipler Sklerose** erzielt werden kann; nach BSG, Urt. v. 28.02.2008 - *B 1 KR 16/07 R* - ist **Lorenzos Öl** weder ein Heil- noch ein Hilfsmittel, sondern (nur) entweder ein Arznei- oder ein Lebensmittel; in beiden denkbaren Fällen ist eine Krankenkasse jedoch nicht leistungspflichtig.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B V (S. 44).

*Christian Koenig/Eva Maria Müller*, Haftungsrechtliche Maßstäbe beim „Off-off“-label-Use trotz Verfügbarkeit eines indikationspezifisch zugelassenen Arzneimittels, MedR 2008, 190-202.

#### 1. OFF-LABEL-USE

##### A) BVERFG: IMMUNGLOBULINTHERAPIE (FLEBOGAMMA) ZUR AIDS-BEHANDLUNG

*BVerfG, Beschl. v. 07.04.2008 – 1 BvR 550/08 –*

RID 08-02-161

www.bundesverfassungsgericht.de  
SGB V § 31 I; GG Art. 2 II

Die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Beschl. v. 20.11.2007 - B 1 KR 118/07 B - juris, LSG Bayern, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 352/05 – RID 07-04-114 und *SG München*, Urt. v. 26.10.2005 - S 29 KR 286/04 - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Sozialgerichte haben die Kriterien von BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 - bei ihren Entscheidungen beachtet. Das LSG hat ausgeführt, es stünden **schulmedizinische Behandlungsmethoden** in Form verschiedener antiretroviraler Medikamente zur Verfügung, welche die Vermehrung des HIV-Virus bei dem Bf. derzeit weitgehend unterdrückten und zu deren Finanzierung sich die Krankenkasse bereiterklärt habe. Damit sei der Lebensschutz des Beschwerdeführers aktuell gewährleistet, so dass er weitere Therapieoptionen ungesicherter Art nicht beanspruchen könne. Einen für den Lebensschutz des Bf. bedeutsamen, zusätzlichen Nutzen des Einsatzes von Immunglobulinen haben die angegriffenen Entscheidungen aber nicht festgestellt.

## **B) INTRAVENÖSE IMMUNGLOBULINE (OCTAGAM) BEI MULTIPLER SKLEROSE**

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.02.2008 – L 4 KR 2153/06 –*

**RID 08-02-162**

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

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; GG Art. 2 II

Eine zulassungsüberschreitende Anwendung von Octagam bei der **Multiplen Sklerose** scheidet aus (vgl. BSG, Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R - BSGE 89, 184 ff = SozR 3-2500 § 31 Nr. 8). Es fehlt jedenfalls an der für einen Off-Label-Use auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen erforderlichen **Erfolgsaussicht**.

Es handelt sich bei der sekundär-progredienten und der schubförmigen Multiplen Sklerose nicht um eine Krankheit, die von ihrem akuten Behandlungsbedarf her derjenigen gleichsteht, welche dem vom BVerfG am 06.12.2005 entschiedenen Fall der Duchenneschen Muskeldystrophie zugrunde lag.

*SG Stuttgart*, Urt. v. 16.01.2006 - S 8 KR 3456/03 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 22.01.2008 – L 16 B 102/07 KR ER - RID 08-01-146 m.w.N.

## **2. FEHLENDE ZULASSUNG (MALIASIN)**

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.04.2008 – L 5 KR 115/07 –*

**RID 08-02-163**

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

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 1 u. 3, 31 I 1; AMG §§ 21 I, 73 III

Maliasin ist als Fertigarzneimittel weder in Deutschland noch EU-weit zugelassen (vgl. § 21 I AMG). Fertigarzneimittel sind mangels Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, wenn ihnen die erforderliche arzneimittelrechtliche **Zulassung** fehlt (vgl. nur BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R -, m.w.N.).

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 20.07.2007 – S 4 KR 59/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **3. ARZNEIMITTEL AUF CANNABISGRUNDLAGE (DRONABINOL/MARINOL)**

Nach *BSG*, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R - kann die Gewährung cannabinoidhaltiger Arzneimittel zur Schmerztherapie nicht beansprucht werden; zur Instanzenpraxis s. zuletzt *LSG Bayern*, Urt. v. 11.09.2007 – L 5 KR 132/06 – RID 08-01-148.

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

### **A) KEIN VERSORGUNGSANSPRUCH**

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.02.2008 – L 5 KR 25/06 –*

**RID 08-02-164**

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

Ein Anspruch auf Versorgung mit dem **Rezepturarzneimittel Dronabinol** besteht nicht. Nach der Rechtsprechung des BSG dürfen die Krankenkassen jedoch ihren Versicherten eine neuartige Therapie mit einem Rezepturarzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bisher nicht empfohlen ist, grundsätzlich nicht gewähren, weil sie an das Verbot des § 135 I 1 SGB V und die das Verbot konkretisierenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden sind. Für die neuartige Schmerztherapie fehlt es aber an der erforderlichen **Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses** (BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R -).

Ein **Anspruch auf Versorgung** mit dem in Deutschland nicht zugelassenen Fertigarzneimittel Marinol besteht nicht.

*SG Gelsenkirchen*, Urt. v. 19.01.2006 - S 17 KR 109/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Der Kl. leidet unter einem Morbus Hirschsprung, einem Zustand nach Dickdarmresektion und Dünndarmteilresektion, chronischen Neuralgien des Nervus podendus, einem chronischen Schmerzsyndrom,

einer anhaltenden Somatisierungsstörung, mittelgradigen depressiven Episoden sowie unter einer Morphinunverträglichkeit.

**LSG Bayern, Urt. v. 13.12.2007 – L 4 KR 150/06 –**

**RID 08-02-165**

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

Eine an **Multipler Sklerose** erkrankte Versicherte hat keinen Anspruch auf Versorgung mit **Dronabinol Tropfen**. Die Verwendung der begehrten Tropfen ist generell aus medizinischen Gründen, unabhängig von ihrer formalen Zulassung, zur Einwirkung auf die klägerische Spastik abzulehnen. Der Senat orientiert sich hier wie auch das BSG im Urteil B 1 KR 17/06 R an den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Verneinen aber die Leitlinien die Wirksamkeit des aus Hanfblüten gewonnenen Mittels, kann von einer wissenschaftlichen Anerkennung nicht die Rede sein.

**SG Augsburg**, Urt. v. 01.12.2005 - S 12 KR 154/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## **B) ANSPRUCH AUF PROZESSKOSTENHILFE**

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 04.03.2008 – L 9 B 462/07 KR PKH –**

**RID 08-02-166**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§

Ein Kläger, der unter einem fortgeschrittenen Immundefekt bei HIV-Infektion und einer Kachexie (Auszehrung) bei Wasting-Syndrom leidet, hat **Anspruch auf Prozesskostenhilfe** für ein Verfahren, in dem er die Verurteilung der bekl. Krankenkasse zur Übernahme der Kosten für das ärztlich verordnete Arzneimittel Dronabinol (Handelsname: Marinol) begehrt. Die in diesem Zusammenhang aufgeworfenen Rechtsfragen sind so komplex, ihre Beantwortung ist gleichzeitig von so erheblicher Bedeutung für den Kläger, dass dem Hauptsacheverfahren nicht nur eine entfernte Erfolgchance eingeräumt werden kann und die Notwendigkeit anwaltlicher Vertretung auf der Hand liegt. BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R - kann nicht schematisch angewandt werden, da dort Dronabinol zur Behandlung eines chronischen Schmerzsyndroms verordnet war.

**SG Berlin**, Beschl. v. 04.07.2007 - S 112 KR 268/07 - wies den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe ab, das **LSG** gab ihm statt.

## **4. BVERFG: AUSSCHLUSS VON ARZNEIMITTELN FÜR EREKTILE DYSFUNKTION (VIAGRA)**

**BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 28.02.2008 –1 BvR 1778/05 –**

**RID 08-02-167**

www.bundesverfassungsgericht.de

Die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Urt. v. 10.05.2005 – B 1 KR 25/03 R – wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Das Bundesverfassungsgericht hat bereits entschieden, dass es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung den Versicherten Leistungen nach Maßgabe eines **allgemeinen Leistungskatalogs** (§ 11 SGB V) unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung stellt, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Es steht mit dem Grundgesetz in Einklang, wenn der Gesetzgeber vorsieht, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein haben und nicht das Maß des Notwendigen überschreiten dürfen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Der Leistungskatalog darf auch von finanzwirtschaftlichen Erwägungen mitbestimmt sein. Gerade im Gesundheitswesen hat der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen erhebliches Gewicht (vgl. BVerfGE 103, 172 <184> ). Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht von Verfassungs wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (vgl. BVerfGE 115, 25 <45 f.> ). Angesichts dieses Befunds hätte für den Bf. besonderer Anlass bestanden, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, worin eine Überschreitung des dem Gesetzgeber zuzubilligenden Gestaltungsspielraums zu sehen ist, wenn er eine **medikamentöse Behandlung der Eigenverantwortung der Versicherten zuweist**.

## 5. ANSPRUCH AUF VERSORGUNG MIT SONNENCREME

**SG Braunschweig, Urt. v. 10.12.2007 – S 6 KR 319/05 –**

**RID 08-02-168**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 27 I 2,

Ein Anspruch auf Versorgung mit Lichtschutzmitteln ergibt sich aus § 27 I 1 SGB V, § 2a SGB V ("den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen") i.V.m. Art. 2 I GG und dem grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzip (entgegen SG Dortmund, Urt. v. 17.03.2005 – S 44 KR 6/04 – RID 05-02-121), wenn eine Versicherte an einer extrem seltenen Krankheit leidet und diese nicht anders als durch konsequentes Eincremen mit der Sonnencreme mit höchstem Lichtschutzfaktor zu behandeln ist und ein kausaler Behandlungserfolg besteht.

Die 1987 geb. Kl. leidet an aktinischer Prurigo (ICD10 Ziffer L 56.410). Die **aktinische Prurigo** zählt zu den idiopathischen Fotodermatosen und ist im europäischen Raum eine extrem seltene Erkrankung. 1998 war die Erkrankung in Deutschland erst einmal beschrieben worden; bis heute sind weit weniger als 50 Fälle bekannt. Ursache der Erkrankung ist eine genetisch bedingte Überempfindlichkeit der Haut gegenüber ultravioletten Strahlen (sowohl UVA als auch UVB). Eine Heilung der Erkrankung ist bisher nicht möglich. Die Therapiemaßnahmen beschränken sich deshalb im Wesentlichen auf Prophylaxe durch Vermeidung von Sonneneinwirkung. Die Ärzte der Hautklinik der G. empfahlen das Tragen von UV-Strahlen undurchlässiger Kleidung, das Abkleben der häuslichen Fenster durch UV undurchlässige Folien, weitgehende Vermeidung von Sonneneinstrahlung und insbesondere konsequenten Hautschutz durch permanentes Eincremen mit Sonnenschutzcreme mit höchstem Lichtschutzfaktor. Unter konsequenter Einhaltung dieser Vorgaben heilten die Prurigoknoten weitgehend ab. Die Sonnenschutzcreme erhielt die Kl. zunächst ärztlich verordnet auf Kassenrezept. Eine weitere Kostenübernahme lehnte die Krankenkasse ab. Das **SG** gab der Klage statt.

## V. Hilfsmittel

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

### 1. ROLLSTUHLRÜCKHALTESYSTEM FÜR BEHINDERTENTRANSPORTKRAFTWAGEN (KRAFTKNOTEN)

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.02.2008 – L 5 KR 129/07 –**

**RID 08-02-169**

Revision anhängig: B 3 KR 6/08 R  
SGB V §§ 31 I, 33 I 1

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Der **Schulbesuch** zählt zu den Grundbedürfnissen, soweit es um die Vermittlung von grundlegendem schulischem Allgemeinwissen im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und der Sonderschulpflicht geht (BSG v. 22.07.2004 – B KR 13/03 R -). Die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels (bzw. eines Zubehörs zu einem solchen) zur Befriedigung eines Grundbedürfnisses kann sich in einem derartigen Fall auch durch die Notwendigkeit des regelmäßigen Transports zur Schule ergeben (BSG v. 02.08.1979 – 11 RK 7/78 - SozR 2200 § 182b Nr. 13; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.06.2007 – L 2 KN 209/05 KR – juris Rn 44, RID 07-04-121). Dass die Fahrten nicht täglich, sondern im Wesentlichen lediglich wegen der Aufenthalte im häuslichen Bereich der Eltern an den Wochenenden anfallen, ist ohne Bedeutung. Da das Kraftknotensystem nicht am PKW, sondern (ergänzend) am Rollstuhl ansetzt, mithin an dem Hilfsmittel, das grundsätzlich zu gewähren ist, umfasst der Versorgungsanspruch auch das Kraftknotensystem am Rollstuhl.

Der am 1990 geb. Kl. ist mit einem Aktivrollstuhl und einem Elektrorollstuhl versorgt. Er besucht eine Sonderschule und wohnt in einem Schulinternat; die Kosten der Unterbringung trägt der zuständige Sozialhilfeträger. Zur Schule und zurück – insb. an Wochenenden – sowie zu Ärzten und Therapeuten wird er von der Firma Mietwagen T R und von der J -G E gefahren. Er kann nur im Rollstuhl sitzend transportiert werden, da er aufgrund seiner Behinderung eine spezielle Sitzschale benötigt. Die Versorgung mit einem Kraftknoten (Kostenvoranschlag 476,37 EUR + 35,50 EUR zzgl. MWSt) lehnte die Bekl. ab. Bei dem **Kraftknoten** handelt es sich um ein Rückhaltesystem zur Sicherung des Rollstuhls bei der Beförderung mit einem Kraftfahrzeug. Der Kraftknoten besteht aus vier am widerstandsfähigen Rollstuhlrahmen verschraubten Schlosszungen (zwei vorne, zwei hinten), an denen sich die Gurtschlösser der Gurte des Rollstuhlrückhaltesystems einfach, schnell und verwechslungsfrei befestigen lassen. **SG Koblenz**, Urt. v. 10.07.2007 - S 12 KR 576/05 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 14.06.2007 – L 2 KN 209/05 KR – RID 07-04-121 (Revision anhängig: B 5b KN 4/07 KR R).

## 2. SICHERHEITSWESTE FÜR RÜCKHALTESYSTEM IM PKW

*SG Würzburg, Urt. v. 26.02.2008 – S 4 KR 136/07 –*

RID 08-02-170

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 33 I

Für einen **zwölfjährigen Versicherten** ist ein Rückhaltesystem unter Einsatz einer Sicherheitsweste zum Behinderungsausgleich erforderlich, wenn er aufgrund des krankheitsbedingten **Bewegungsdrangs** und der unkontrollierten Bewegungen mit einem normalen Gurtsystem nicht hinreichend für die Beförderung in einem Kraftfahrzeug gesichert werden kann.

Das *SG* gab der Klage statt.

## 3. MOBILE RAMPE

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.04.2008 – L 5 KR 115/06 –*

RID 08-02-171

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 33 I; SGB IX §§ 14, 15 I 4, 33, 97

Eine **mobile Rampe** kann grundsätzlich ein **Hilfsmittel** i.S.d. § 33 SGB V sein. Bei ihr handelt es sich nicht um einen Bestandteil der Wohnung und sie dient auch nicht der Anpassung des individuellen Wohnumfeldes an die Bedürfnisse eines Versicherten (vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 30). Eine mobile Rampe ist aber nicht erforderlich, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, wenn das Hilfsmittel die Behandlung erst ermöglichen soll, etwa durch Transporte zu Ärzten (BSG v. 16.09.2004 – B 3 KR 19/03 R – Rn. 18) oder Krankengymnasten; ebenso wenig für einen Basisausgleich, wenn die dafür maßgeblichen Entfernungen mit einem Elektrorollstuhl zurückgelegt werden können.

Die **Bundesagentur für Arbeit** hat nach § 97 I SGB III i.V.m. § 33 SGB IX für die Kosten einer mobilen Rampe aufzukommen, wenn sie für den **Besuch der Berufsschule** einschließlich überbetrieblicher Ausbildungen und der damit im Zusammenhang stehenden Fahrten benötigt wird. Die Leistungspflicht wird nicht dadurch tangiert, dass die Rampe auch für andere Zwecke benutzt werden kann. Die Bundesagentur muss sich eine ablehnende Entscheidung der Krankenkasse zurechnen lassen.

*SG Speyer, Urt. v. 24.02.2006 - S 13 KR 89/04 -* wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die zu 1) beigelegene Bundesagentur für Arbeit, dem Kl. die Kosten der selbst beschafften mobilen Rampe in Höhe von 570,71 EUR zu erstatten und wies die weitergehende Berufung (Verurteilung der bekl. Krankenkasse) zurück.

## 4. THERAPIE-TANDEM

*SG Aachen, Urt. v. 04.03.2008 – S 13 KR 75/07 –*

RID 08-02-172

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 33 I

Das BSG hat mehrfach festgestellt, dass **regelmäßige Krankengymnastik** nicht nur ausreicht, sondern sogar gezielter und vielseitiger die angestrebten Verbesserungen der körperlichen Verfassung erreichen könne, einschließlich der Stärkung von Muskulatur, Herz-Kreislauf-System, Lungenfunktion, Körperkoordination und Balancegefühl, und deshalb ein **Therapie-Tandem** nicht für erforderlich gehalten wird, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern (vgl. BSG, Urt. v. 21.11.2002 - B 3 KR 8/02 R = USK 2002-88; BSG, Beschl. v. 27.07.2006 - B 3 KR 11/06 B; ebs. LSG Bayern, Urt. v. 28.08.2003 – L 4 KR 145/01 - RID 04-01-154).

Das *SG* wies die Klage ab.

## 5. AUSSTATTUNG MIT EINER ZWEITEN UNTERSCHENKEL-PROTHESE

*LSG Bayern, Urt. v. 29.11.2007 – L 4 KR 5/06 –*

RID 08-02-173

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 12 I, 20 I 2 Nr. 3, 33 I 1

Ein **Hilfsmittel** muss für die in § 33 I 1 SGB V genannten Zwecke unentbehrlich sein. Diese Kriterien gelten auch für die Frage, ob eine zweite Versorgung bzw. **Mehrfachausstattung** erforderlich ist. Nach Nr. 21 Hilfsmittel-RL kann eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln nur dann verordnet werden, wenn dies aus hygienischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Als Mehrfachausstattung sind funktionsgleiche Mittel anzusehen. Eine Zweitversorgung kommt auch noch in Frage, wenn die Krankenkasse mit der Erstversorgung ihrer Leistungspflicht nicht ausreichend nachgekommen ist, d.h. ein unzureichendes Hilfsmittel geliefert hat oder die zu befriedigenden Bedürfnisse mit einem einzigen Hilfsmittel nicht zu decken sind (BSG v. 22.07.1981 SozR 2200 § 182 Nr. 73 - Sportbrille).



Eine Zweitversorgung mit einer Unterschenkel-Prothese für die Zeit der **Reparatur** des als Erstversorgung dienenden Hilfsmittels ist medizinisch nicht erforderlich, da in diesem Fall die Krankenkasse zu einer kurzfristigen Ersatzbeschaffung verpflichtet ist bzw. für die Kosten der Reparatur aufzukommen hat (§ 33 I 3 SGB V). Für die Dauer der Reparatur ist als Hilfsmittel zur Fortbewegung ein universell einsetzbare Rollstuhl ausreichend.

*SG Bayreuth*, Gerichtsbb. v. 16.12.2005 - S 9 KR 39/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 6. FESTSTEHENDER KLEMLIFTER

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.03.2008 – L 11 KR 62/06 –*

RID 08-02-174

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

SGB V §§ 12 I, 33

Ein von der Krankenkasse als Hilfsmittel angebotener **mobiler Lifter** ist ausreichend, um den behinderungsbedingten Funktionsausgleich in dem eng begrenzten Rahmen des Transports zwischen Bett und Rollstuhl zu gewährleisten. Es besteht dann kein Anspruch auf einen **feststehenden Klemmlifter**.

*SG Dortmund*, Urt. v. 05.07.2006 - S 8 (24) KR 61/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 7. NEUPROGRAMMIERUNG EINES UMFELDKONTROLLGERÄTES

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.05.2008 – L 16 B 18/08 KR –*

RID 08-02-175

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

SGB V § 33 I

Das **allgemeine Informationsbedürfnis** wird durch Zeitschriften, Bücher, Radio und Fernsehen (kumulativ) abgedeckt. Ist eine Versicherte, die an allen Gliedmaßen gelähmt und ohne fremde Hilfe dauernd bettlägerig ist, ohne die Möglichkeit einer Fernbedienung nicht in der Lage, das ihr zur Verfügung stehende **Medium "Fernsehen"** zu nutzen, weil sie sich nicht an das Gerät heran bewegen und auch eine handelsübliche Fernbedienung eines Fernsehgerätes kaum bedienen kann, dann besteht ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Neuprogrammierung eines **Umfeldkontrollgerätes** (Gerät zur Bedienung von elektronisch gesteuerten Apparaturen wie etwa Türöffner, Rollläden, Fensteröffner, Radio- und Fernsehgeräte, Telefon, Funkruf-Systeme, Steckdosen, Beleuchtung, Pflegebett, Seitenwender) (535,50 Euro).

*SG Duisburg*, Urt. v. 23.01.2008 - S 11 KR 164/07 - wies den Antrag auf Prozesskostenhilfe ab, das *LSG* gab ihm statt.

## 8. IMEG (INTRAMYOKARDIALES ELEKTROGRAMM)-ABSTOßUNGS-MONITORING-SYSTEM

*SG Dresden, Beschl. v. 17.01.2007 – S 15 KR 620/06 ER –*

RID 08-02-176

(rechtskräftig)

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

SGB V §§ 27 I 1 Nr. 1, 33 I; SGG § 86b II

Ein IMEG-Monitoringsystem stellt **kein Hilfsmittel** i.S.d. § 33 I 1 SGB V dar. Hilfsmittel sind stets dem Patienten zur selbständigen und eigengesteuerten (wenn auch ggf. krankheits- oder behinderungsbedingt assistierten) Anwendung oder Benutzung zur Verfügung gestellte Sachleistungen. Ein Hilfsmittel liegt dann nicht vor, wenn die therapeutische oder Ausgleichsfunktion eines Gegenstandes unabhängig von der Mitwirkung des Versicherten allein durch die Dienstleistung eines Leistungserbringers erzielt wird.

Es kann offen bleiben, ob das IMEG-Monitoring eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** i.S.d. § 135 I SGB V darstellt oder nicht. Die damit verbundenen Behandlungskosten sind dann entweder durch die vertragsärztliche Vergütung des nachbetreuenden Arztes bzw. durch das Krankenhausentgelt bereits abgegolten oder die Anwendung der Methode ist aus dem Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung ohnehin ausgeschlossen.

Der 1952 geb. Ast. beantragte erfolglos nach einer Herztransplantation ein **IMEG (intramyokardiales Elektrogramm)-Abstoßungsmonitoring-System** (Kosten: 836,27 € für die monatliche Miete des Monitors HZ 9 sowie über 19.065,15 € für die Lizenz der Systemsoftware und Kommunikationssoftware des Monitors); ihm war gleichzeitig ein Chip implantiert worden, der die Daten über die Herztätigkeit speichert. Diese Daten werden durch die Haut per Funk an die Antenne des beantragten und streitgegenständlichen, sich dann in der Wohnung des Patienten befindlichen IMEG-Patientenmonitors gesendet und durch das eingebaute Modem täglich zur Fa. Cardiotechnica Berlin übertragen, die wiederum die Daten nach elektronischer Aufarbeitung per Fax an die Praxis des behandelnden Arztes sendet. Dort sollen nach Angaben des Ast. die Daten täglich auf möglichen Abstoßreaktionen hin ausgewertet werden. Nach seinem eigenen Vortrag sei 6 Wochen nach der Transplantation eine schwere akute Abstoßreaktion durch die IMEG-Überwachung rechtzeitig erkannt und behandelt worden. Das *SG* wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

## VI. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

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

### 1. ALTERNATIVE PFLEGEDIENSTANGEBOTE BEI FEHLENDER EINIGUNG

**SG Aachen, Urt. v. 08.04.2008 – S 13 KR 78/07 –**

**RID 08-02-177**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 37, 132a

Erklärt die Krankenkasse ihre Bereitschaft und ihren Willen, die häusliche Krankenpflege der Versicherten **durch andere Pflegedienste als Sachleistung** sicherzustellen und benennt sie dazu drei verschiedene Pflegedienste, so hat sie keinen Anspruch darauf, dass sie nur und ausschließlich von einem anderen Pflegedienst gepflegt wird, wenn die Krankenkasse mit diesem keine Einigung über die wirtschaftlichen Konditionen der Pflege erzielt.

Die 1978 geb. Kl. ist insb. wegen notwendiger künstlicher Beatmung auf Behandlungspflege rund um die Uhr sowie weitere Pflegeverrichtungen angewiesen. Ihre Pflege wird durch den von ihren Eltern und ihrem Bruder betriebenen Pflegedienst I. GmbH durchgeführt. Bis zum 31.12.2005 bestand zwischen der Bekl. und der I. GmbH ein im Dezember 2004 nach § 132a II 1 SGB V geschlossener Versorgungsvertrag. Dieser sah in der Vergütungsvereinbarung (Anlage 2) eine Vergütungspauschale von 40,55 EUR je Stunde (Ziffer 1) und eine Fahrkostenpauschale von 5,75 EUR je Einsatz (Ziffer 2) vor. § 1 Ziffer 4 dieser Vergütungsvereinbarung lautete: "Die Kosten einer Rufbereitschaft sind mit der Vergütung nach Ziffer 1 abgegolten." Als ein neuer Versorgungsvertrag zwischen der Bekl. und der I. GmbH nicht zustande kam, schlossen die Kl. und der Pflegedienst I. am 17.01.2006 ohne Beteiligung der Bekl. mit Wirkung am 01.01.2006 einen neuen HKP-Vertrag. In § 1 der Vergütungsvereinbarung (Anlage 2) zu diesem Vertrag vereinbarten die Klägerin und I. eine Vergütungspauschale von 50,15 EUR je Stunde (Ziffer 1) und eine Fahrkostenpauschale von 6,75 EUR je Einsatz (Ziffer 2). § 1 Ziffer 4 der Vergütungsvereinbarung dieses Vertrages lautet: "Die Kosten der Rufbereitschaft sind zusätzlich zu geleisteten Pflegeaufwandszeit mit 12,5 % der i. H. der Vergütungspauschale zu (1) zu regulieren." Die Beklagte trat diesem Vertrag nicht bei. Sie lehnte es ab, die Kosten einer Rufbereitschaft zusätzlich zu vergüten. Die Klägerin ist der Auffassung, sie habe einen Anspruch auf Erstattung ihrer HKP-Kosten auf der Basis eines Pflegestundensatzes von 49,61 EUR. Das **SG** wies die Klage ab.

**SG Aachen, Urt. v. 04.03.2008 – S 13 KR 31/07 –**

**RID 08-02-178**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 37, 132a

Die Kosten für eine **selbst beschaffte Kraft** sind nicht zu erstatten, wenn die Krankenkasse ihre Bereitschaft und ihren Willen erklärt hat, die häusliche Krankenpflege **durch andere Pflegedienste** als Sachleistung sicherzustellen und dazu drei verschiedene Pflegedienste benannt hat. Wenn sich mit der Krankenkasse keine Einigung über die wirtschaftlichen Konditionen der Pflege erzielen lässt, hat die Versicherte keinen Anspruch darauf, dass sie nur und ausschließlich von diesem einen Pflegedienst gepflegt wird.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 2. AN- UND AUSZIEHEN VON KOMPRESSIONSTRÜMPFEN UND PFLEGEVERSICHERUNG (BIS 2003)

**LSG Bayern, Urt. v. 29.11.2007 – L 4 KR 247/05 –**

**RID 08-02-179**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 37, 132a

Das **An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen** der Klasse II ist eine Maßnahme der Behandlungspflege (vgl. Senatsbeschl. v. 25.10.2004 - L 4 KR 41/03 -).

Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klassen II und III fällt vor Inkrafttreten der Neufassung des § 37 II SGB V als eine mit der Grundpflege zeitlich notwendig zusammenhängende Maßnahme der Behandlungspflege in die **Leistungspflicht der Pflegeversicherung**. Hierzu zählt die Behandlungspflege dann, wenn es sich um eine Maßnahme handelt, die untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung aus dem Katalog des § 14 IV SGB XI ist oder jedenfalls mit einer solchen Verrichtung objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang steht. Liegt eine der genannten Voraussetzungen vor, ist der zeitliche Aufwand für diese Maßnahme der Behandlungspflege im Rahmen des Gesamtaufwands für die betroffene Verrichtung der Grundpflege als Pflegebedarf zu berücksichtigen (BSG v. 30.10.2001 SozR 3-2500 § 37 Nr. 3; BSG v. 20.05.2003 SozR 4-2500 § 32 Nr. 1).

**SG Würzburg**, Urt. v. 05.07.2005 - S 15 KR 225/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 3. RÜCKFORDERUNG VON PFLEGEKOSTEN NACH EINSTWEILIGER ANORDNUNG

**SG Aachen, Urt. v. 15.01.2008 – S 13 KR 65/06 –**

**RID 08-02-180**

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 23/08 -  
SGB V § 37*

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

Der Umstand, dass eine Krankenkasse - unfreiwillig - allein aufgrund der Verpflichtung durch eine **einstweilige Anordnung** (hier: SG Aachen, Beschl. v. 03.01.2000 - S 6 KR 70/99 ER -) ungekürzt Behandlungspflegeleistungen erbracht hat, begründet **keinen Vertrauensschutz** und kein Recht auf ein Behaltendürfen der Mehrzahlungen. Denn es handelte sich um eine Eilentscheidung im Rahmen des vorläufigen Rechtsschutzes, die nicht dazu bestimmt war, einen endgültigen Anspruch auf diese Mehrleistungen zu begründen. Bei einer Verpflichtung im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes muss eine Versicherte stets damit rechnen, die Leistungen nach einer Hauptsacheentscheidung zu ihren Ungunsten erstatten zu müssen.

Wenn von der Krankenkasse bezahlte Behandlungspflegekräfte neben häuslicher Krankenpflege auch Grundpflege/hauswirtschaftliche Versorgung zeitgleich erbracht haben und erbringen, ist es gerechtfertigt, diese Leistungen der **Pflegeversicherung** bei den **Leistungen der Krankenversicherung** in Ansatz zu bringen. Eine Krankenkasse kann den Wert der Leistungen der Pflegekasse von dem Wert der Behandlungspflegeleistungen in Abzug bringen.

Das **SG** wies die Klage ab.

**Parallelverfahren: SG Aachen, Urt. v. 15.01.2008 – S 13 KR 61/07 –**

**RID 08-02-181**

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 24/08 -*

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

Das **SG** gab der Klage teilweise statt.

## VII. Zuzahlung/Fahrkosten/Reha

Nach BSG, Urt. v. 22.04.2008 – **B 1 KR 22/07 R** – besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für **Fahrten** zum **Rehabilitationssport**; nach BSG, Urt. v. 22.04.2008 – **B 1 KR 18/07 R** – bewirkt § 62 SGB V in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung, dass auch solche Versicherte **Zuzahlungen** bis hin zu einer **Belastungsgrenze** leisten müssen, die nach altem Recht u.a. als **chronisch Kranke** wegen Leistung von Zuzahlungen in der Vergangenheit befreit waren; nach BSG, Urt. v. 22.04.2008 – **B 1 KR 10/07 R** – wurden **Befreiungsbescheide** nach §§ 61, 62 SGB V a.F. ab 01.01.2004 gegenstandslos, ohne dass es ihrer Aufhebung bedurfte; das verfassungsrechtlich gesicherte Existenzminimum gebietet, jedenfalls das zur physischen Existenz Unerlässliche zu gewähren; jenseits der Bestimmung des "**physischen Existenzminimums**" steht es im weiten Gestaltungsermessern des Gesetzgebers, in welchem Umfang er soziale Hilfe unter Berücksichtigung der vorhandenen Mittel und anderer gleichrangiger Staatsaufgaben gewähren will; letzterem unterfällt die Zuzahlungspflicht für Leistungsbezieher nach dem SGB II; nach BSG, Urt. v. 22.04.2008 – **B 1 KR 20/07 R** – (u. **B 1 KR 5/07 R**) ist es bei der Berechnung der **Belastungsgrenze** (§ 62 SGB V) nicht zulässig, zu Lasten des Versicherten einen fiktiven Regelsatz nach dem BSHG zu berücksichtigen; vielmehr sind lediglich die **tatsächlichen Bruttoeinnahmen** zum Lebensunterhalt entscheidend. Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B VIII (S. 50); RID 06-04-B VIII (S. 67).

### 1. ZUZÄHLUNGEN

#### A) KRANKHEIT NACH § 2 II BUCHST. C) CHRONIKER-RL

**SG Augsburg, Urt. v. 28.03.2006 – S 12 KR 91/05 –**

**RID 08-02-182**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 62 I 2 HS 2

Die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender **chronischer Krankheiten** im Sinne des § 62 SGB V verlangte Voraussetzung einer Dauerbehandlung ist für die **Harnröhrenstriktur** erfüllt, da diese monatlich ein Bougieren erfordert. Hinzu kommen muss aber für eine chronische Krankheit entweder **Pflegebedürftigkeit** oder ein **GdB** von wenigstens 60 oder aber, es muss eine bestimmte Krankheit nach § 2 II Buchst. c) der **Richtlinie** vorliegen. Damit sollten nur tatsächlich schwerwiegende Erkrankungen erfasst werden. Die Orientierung an der Definition im Urteil des BSG vom 19.03.2002 zum Off-Label-Use (B 1 KR 37/00 R in SozR 3-2500 § 31 Nr. 8) erscheint dabei grundsätzlich tauglich. Die Harnröhrenstriktur gehört nicht dazu.

Das **SG** wies die Klage ab.

## B) VERFASSUNGSGEMÄßHEIT DER PRAXISGEBÜHR

*LSG Bayern, Urt. v. 13.12.2007 – L 4 KR 297/05 –*

RID 08-02-183

*Revision anhängig: B 3 KR 3/08 R*

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

SGB V §§ 28 IV, 43b II; SGB IV § 26; GG Art. 3 I, 12 I, 14

Diese gesetzliche Regelung zur Zahlung der sog. **Praxisgebühr** (§ 28 IV SGB V ist nicht verfassungswidrig. Die Praxisgebühr ist kein zusätzlicher Beitrag zur direkten Finanzierung der ärztlichen Behandlung. Vielmehr handelt es sich hierbei um eine den **Beiträgen** zuzuordnende Finanzierung zur Steuerung der Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.

*SG Nürnberg*, Urt. v. 14.09.2005 - S 7 KR 300/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. FAHRKOSTEN:

### A) KRTRL - HOHE BEHANDLUNGSFREQUENZ

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 43/07 –*

RID 08-02-184

*Revision anhängig: B 1 KR 27/07 R*

juris

SGB V §§ 2 I 1, 60 I 1 u. 3, 92 I 2 Nr. 12; GG Art. 2 I u. II 1, 20 I; KrTRL § 8

Es ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass eine Krankenkasse Fahrkosten zur ambulanten Behandlung ab Januar 2004 nur zu übernehmen hat, wenn Versicherte krankheitsbedingt mit **hoher Behandlungsfrequenz** über einen längeren Zeitraum behandelt werden und ihre Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist (vgl. BSG v. 26.09.2006 - B 1 KR 20/05 R - SozR 4-2500 § 60 Nr. 1).

Auch wenn die erforderliche **Behandlungshäufigkeit** i.S. von § 8 II KrTRL unterschiedlich ist und in einzelnen Fällen bei den aufgezählten Therapien auch eine höhere Frequenz in Betracht kommen mag, erscheint es angemessen, ausgehend von der regelmäßigen Behandlungshäufigkeit eine Therapiedichte von mindestens zweimal pro Woche zu fordern.

Die 1948 geb. Versicherte beantragte unter Vorlage eines ärztlichen Attests weitgehend erfolglos die Kostenübernahme für die **Fahrten zu einer wöchentlichen LDL-Apheresetherapie**. In dem Attest wurde u.a. ausgeführt, während der Behandlung werde die Blutgerinnung stark verändert, so dass die Kl. für mehrere Stunden nach der Behandlung vermehrt blutungsgefährdet sei. Aus diesem Grund empfehle es sich, dass die Kl. von einer Begleitperson zur Behandlung gebracht und wieder nach Hause zurückgefahren werde. Von der Beeinträchtigung des Organismus her sei die gesamte Behandlung durchaus mit einer Dialysetherapie zu vergleichen. *SG Mainz*, Urt. v. 28.11.2006 - S 6 KR 140/05- wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### B) FAHRTEN ZU EINER AMBULANTEN STRAHLENBEHANDLUNG

*SG Würzburg, Urt. v. 26.02.2008 – S 4 KR 65/07 –*

RID 08-02-185

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

SGB V §§ 60 I 3, 61; KrankentransportRL

Durch die Nennung der onkologischen Strahlenbehandlung in den KrankentransportRL ist nicht automatisch eine Anwendung von § 60 II 1 Nr. 4 SGB V ausgeschlossen. Erforderlich ist für die Anwendung dieser Alternative jedoch die eine stationäre Behandlung ersetzende Situation. Eine derartige Situation ist bei der Strahlenbehandlung einer Prostataerkrankung nicht gegeben, denn in diesen Fällen wird die Strahlentherapie derzeit bereits **regelmäßig ambulant** durchgeführt (mit einem Bestrahlungsplan von 5 Terminen in der Woche und einer Behandlungsdauer von mehreren Wochen).

Das *SG* wies die Klage auf Erstattung der Zuzahlung zu den Fahrkosten ab.

## 3. REHABILITATIONSMAßNAHMEN

### A) KEINE STATIONÄRE REHABILITATION BEI AMBULANTEN MAßNAHMEN AM WOHNORT

*SG Düsseldorf, Urt. v. 24.01.2008 – S 8 KR 90/07 –*

RID 08-02-186

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

SGB V § 40

Eine **stationäre Rehabilitation** mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung können Krankenkassen nur erbringen, wenn zur Behandlung der Gesundheitsstörungen sowohl eine ambulante Krankenbehandlung als auch eine darüber hinausgehende ambulante Rehabilitationsmaßnahme nicht ausreichen (§ 40 SGB V). Sind **ambulante Maßnahmen** am Wohnort (ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln) ausreichend, kommt eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in Betracht.

Das *SG* wies die Klage ab.

## B) VORZEITIGE STATIONÄRE REHABILITATIONSMAßNAHME

**SG Düsseldorf, Urt. v. 07.02.2008 – S 8 KR 272/06 –**

**RID 08-02-187**

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen- L 5 KR 39/08 -  
SGB V §§ 40 III 4*

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

Eine **stationäre Rehabilitationsmaßnahme** kann **nicht vor Ablauf von 4 Jahren** nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich (§ 40 III 4 SGB V). An einer **Erforderlichkeit** fehlt es, wenn bei der grundsätzlichen Indikation für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme eine vorzeitige Rehabilitationsmaßnahme wegen der gut eingestellten Lungenerkrankung COPD Gold II nicht erforderlich und Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden keine besondere Rolle spielen.

## C) AMBULANTE VOR STATIONÄRE REHABILITATIONSMAßNAHME

**LSG Bayern, Urt. v. 04.12.2007 – L 5 KR 214/06 –**

**RID 08-02-188**

*www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 2, 12, 13 III, 39, 40*

Sind ambulante Maßnahmen insbesondere der Physiotherapie und Bewegungsbäder erforderlich, welche ambulant erbracht werden können, so besteht kein Anspruch auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

*SG Landshut, Urt. v. 27.04.2006 - S 10 KR 254/03 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.*

## D) REHAFUNKTIONSTRAINING

### AA) BESCHRÄNKUNG DURCH RAHMENVEREINBARUNG

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 12/07 –**

**RID 08-02-189**

*Revision anhängig: B 1 KR 31/07 R*

*juris*

*SGB V §§ 11 II 1, II 3, 43 I, 92 I 2 Nr. 6; SGB IX §§ 12 I Nr. 1, 13 I, 44 I Nr. 4; HeilMRL Nr. 11.2.2*

Nach der vom Gesetzgeber in Bezug genommenen **Definition** umfasst **Funktionstraining** bewegungstherapeutische Übungen. Nach § 44 I Nr. 4 SGB IX ist Funktionstraining zwingend in Gruppen durchzuführen. Die ausschließliche Beschränkung auf Gruppendurchführung impliziert, dass die Übungen von den behinderten Menschen aktiv selbst durchführbar sein müssen. Funktionstraining ist grundsätzlich auf die zum Erlernen der selbstständigen Durchführung erforderliche Höchstdauer begrenzt und nur bei fehlender Fähigkeit zur selbstständigen Durchführung besteht ein unbegrenzter Anspruch.

Eine Krankenkasse kann bei ihrer Leistungsentscheidung an den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten gemeinsamen Empfehlungen der **"Rahmenvereinbarung"** orientieren. Der Umstand, dass zur Durchführung der Übungen spezielle Einrichtungen erforderlich sind (hier: Warmwasserbad), rechtfertigt die längere Leistungsdauer ebenso wenig wie das Angewiesensein auf weitere fachkundige Übungsanleitungen wegen bestehender Schmerzsymptomatik und ein hohes Lebensalter.

Zur Begründung einer Leistungspflicht ist eine **qualifizierte ärztliche Bescheinigung** im Sinne der Ziff. 4.4.1 i. V. m. Ziff. 15.2 der seit 01.10.2003 geltenden "Rahmenvereinbarung" notwendig.

Bei der 1935 geb. Kl. besteht auf Grund einer **rheumatoiden Arthritis** eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit beider Schultern sowie der Fingergelenke mit Schwellneigung und zunehmender Bewegungseinschränkung. Zu Lasten der bekl. Krankenkasse nahm sie **seit Juni 1994** an einem von der Deutschen Rheuma Liga veranstalteten **Funktionstraining** teil, zuletzt durchgehend ab 01.01.2002 auf Grund einer bis zum 31.03.2005 befristeten Kostenübernahme. 2005 verordnete ihre Hausärztin für zwölf Monate erneut Funktionstraining in Form von **Wassergymnastik zweimal wöchentlich**. Die Bekl. lehnte die Kostenübernahme hierfür ab, weil nach der seit 01.10.2003 gültigen neuen Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Leistungsumfang auch bei schweren Funktionseinschränkungen grundsätzlich maximal vierundzwanzig Monate betrage; eine längere Leistungsdauer sei danach nur möglich, wenn die Motivation zur langfristigen Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung krankheits-/behinderungsbedingt nicht oder noch nicht gegeben ist und eine Bescheinigung von einem Arzt mit Zusatzausbildung in psychosomatischer Grundversorgung, einem Arzt mit der Gebietsbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einem Arzt aus dem neurologisch/psychiatrisch/psychotherapeutischen Fachgebiet vorliegt; diese Voraussetzungen lägen bei der Kl. nicht vor. **SG Koblenz, Urt. v. 14.12.2006 - S 12 KR 360/05 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.**

**Parallelentscheidung: SG Koblenz, Urt. v. 11.01.2007 - S 12 KR 12/07 -**

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 116/07 –**

**RID 08-02-190**

*Revision anhängig: B 1 KR 32/07 R*

*juris*

- SG Trier*, Urt. v. 07.03.2005 - S 5 KR 40/06  
**LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 25.10.2006 – L 5 KR 60/07 – **RID 08-02-191**  
Revision anhängig: B 1 KR 36/07 R juris
- SG Koblenz*, Urt. v. 15.11.2007 - S 12 KR 279/05 -  
**LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 72/07 – **RID 08-02-192**  
Revision anhängig: B 1 KR 33/07 R juris  
Termin des BSG: 17.06.2008

## BB) FORTSETZUNG DES FUNKTIONSTRAININGS IM EINZELFALL

- SG Marburg**, Urt. v. 19.02.2008 – S 6 KR 137/06 – **RID 08-02-193**  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 11, 12; SGB IX § 44

**Leitsatz:** Ist angesichts der medizinischen Besonderheiten des zu entscheidenden Einzelfalls von der Notwendigkeit einer Fortsetzung des Funktionstrainings über die in der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vorgesehene Höchstdauer hinaus auszugehen, ist der entsprechende Leistungsanspruch des Versicherten **zeitlich nicht begrenzt**.

Versicherte, die an **Morbus Bechterew** leiden, benötigen in der Regel dauerhaft eine Bewegungstherapie in der Gruppe mit den Inhalten „Trockenübungen, Schwimmen und Gruppensport unter Anleitung eines Physiotherapeuten“.

Das **SG** gab der Klage statt.

## VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 10.04.2008 - **B 3 KR 5/07 R** – besteht **mangels vertraglicher Vereinbarungen** und wegen der Nichtanwendbarkeit der Regeln über die öffentlich-rechtliche GoA kein Vergütungsanspruch eines **Rettungstransportunternehmers**; nach BSG, Urt. v. 15.11.2007 - **B 3 KR 4/07 R** – kommt ein wirksamer Behandlungsvertrag zwischen Krankenkasse und **Physiotherapeutin** auch bei einer vorschriftswidrigen Verordnung (weder ein entsprechender Genehmigungsvermerk noch eine Kostenübernahmeerklärung) zustande, wenn die Krankenkasse auf die Genehmigung im Einzelfall gegenüber den Leistungserbringern verzichtet.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B IX (S. 52); RID 05-04-B X (S. 57 f.).

*Thomas Roth*, Vertrauensschutz gegen Wirksamkeit von Ausschreibungen – wollte der Gesetzgeber zugelassene Leistungserbringer von Hilfsmitteln bis Ende 2008 in jedem Fall zur Versorgung der Versicherten berechtigen?, MedR 2008, 206-208; *Karsten Fehn*, Zur Rechtsnatur des Rettungsdienstes am Beispiel von Baden-Württemberg und Bayern – Zugleich kritische Besprechung des Urteils des BGH vom 25.9.2007 – KZR W –, MedR 2008, 203-206.

## 1. BEZIEHUNGEN ZU KRANKENHÄUSERN

Der 3. Senat des BSG hat in vier Urteilen v. 10.04.2008 (**B 3 KR 19/05 R** sowie **B 3 KR 14, 20 u. 21/05 R**) nach der Entscheidung des Großen Senats v. 25.09.2007 - GS 1/06 - GesR 2008, 83 ein **Prüfungsschema** für die sog. **Krankenhausfälle** entwickelt. Danach ist zunächst zu klären, ob tatsächlich Krankenhausbehandlung stattgefunden hat, ob sie nach medizinischen Erfordernissen erforderlich war; hierzu hat der Senat Fallgruppen entwickelt, wobei es dabei immer auf die Verhältnisse des konkreten Einzelfalls ankommt. Die Entscheidung des verantwortlichen Krankenhausarztes ist daraufhin zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals - ex ante - verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes eine Krankenhausbehandlung erforderlich war, seine Entscheidung also den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprach und nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stand. Dies gilt sowohl für die erstmalige Entscheidung über die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit als auch für die jeweiligen Folgeentscheidungen, wenn es um die Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes geht, wobei sich der Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes im Laufe einer Krankenhausbehandlung naturgemäß verändern wird.

Nach BSG, Urt. v. 24.01.2008 - **B 3 KR 6/07 R** – u. - **B 3 KR 17/07 R** – bestehen Vergütungsansprüche nur im Rahmen eines **wirksamen Versorgungsvertrages**; eine zuvor erteilte Kostenübernahmeerklärung steht einer Rückforderung der Behandlungskosten nicht entgegen, denn diese schließt die Krankenkasse lediglich mit solchen Einwendungen aus, die sie kannte oder mit denen sie hätte rechnen müssen; nach BSG, Urt. v. 15.11.2007 - **B 3 KR 13/07 R** – besteht für eine **Zwischenfeststellungsklage auf Akteneinsicht** kein Raum, weil die Regelung des § 120 SGG insoweit abschließend ist.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 07-04-B IX 1 (S. 52).

## A) EINWENDUNGS AUSSCHLUSS NACH KRANKENHAUS ÜBERPRÜFUNGSVERFAHREN IN LANDESVERTRAG

- LSG Hessen**, Urt. v. 20.03.2008 – L 8 KR 202/06 – **RID 08-02-194**  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = web1.justiz.hessen.de  
SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1

**Leitsatz:** Auch nach dem Ergehen des Beschlusses des Großen Senats des BSG vom 25.09.2007 (GS 1/06) zu den Kriterien für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung sind Be-

stimmungen in **Landesverträgen**, die das Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung regeln, weiter wirksam, auch wenn sie über Verfahrenserfordernisse, Fristen oder Beweislastverteilungen zu einer geringeren Intensität der Überprüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung führen. Im Falle eines gravierenden Verstoßes der Krankenkasse gegen das vertraglich vorgesehene Krankenhausüberprüfungsverfahren ist diese mit dem Einwand, die stattgehabte Krankenhausbehandlung sei nicht notwendig gewesen, ausgeschlossen.

§ 2 II Hess. Krankenhausüberprüfungsvertrages vom 01.08.1990 zeigt nicht nur eine sinnvolle Vorgehensmöglichkeit auf, sondern statuiert ein **Regel-Ausnahmeverhältnis**, das Beachtung verlangt.

**SG Frankfurt a. M.**, Gerichtsbb. v. 04.08.2006 – S 30 KR 2041/04 - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

## B) EINHALTUNG DES KRANKENHAUSÜBERPRÜFUNGSVERTRAGES

**LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.04.2007 – L 5 KR 166/06 –**

RID 08-02-195

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig; B 3 KR 24/07 R

juris

SGB V §§ 275 I Nr. 1, 276 II 1 HS 2, 277 I 1; StGB § 203; MBO § 9

Hat das **Krankenhaus** lange vor Fälligkeit einer erst später gestellten Rechnung die vertragsgemäße **Mitwirkung am Überprüfungsverfahren** nach dem Krankenhausüberprüfungsvertrag abgelehnt, ist die Krankenkasse zur Bezahlung der Krankenhausrechnungen nach Maßgabe des § 109 IV 3 SGB V i.V.m. dem nach § 112 II Nr. 1 SGB V geschlossenen Krankenhausbehandlungsvertrag nicht verpflichtet.

Die Krankenkasse hat zwar kein eigenständiges Recht auf **Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen** (BSG v. 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R - SozR 3 – 2500 § 112 Nr. 3). Vielmehr ist sie insoweit auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen (§ 276 II 1 HS 2, 277 SGB V; BSG v. 28.05.2003 – B 3 KR 10/02 R, SozR 4 – 2500, § 109 Nr. 1). Die Angabe des Überprüfungsanlasses reicht aus. Eine weitergehende spezifizierte Begründung ist nicht geboten.

Die 1929 geb. Versicherten wurde vom 28.06.2001 bis 04.07.2001 im Krankenhaus d. Kl. wegen instabiler Angina pectoris, bis zum 06.07.2001 in einem weiteren Krankenhaus stationär behandelt und sodann erneut vom 06.07.2001 bis zum 11.07.2001 wegen atherosklerotischer Herzkrankheit. Die vom MDK mit dem Zusatz "Abgrenzung amb/stat" vom Juli 2001 vom Krankenhaus erbetene Zusendung des Krankenhausentlassungsberichtes zur Überprüfung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit lehnte das Krankenhaus ab, weil eine Begründung vermisst werde, die Zweifel an der Notwendigkeit bzw. der Dauer der stationären Behandlung aufzeige. **SG Mainz**, Urt. v. 10.04.2006 – S 11 KR 155/05 - wies die Klage ab, weil die Kl. den zwischen den Bet. geltenden Vertrag nach § 112 II Nr. 2 SGB V über die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (KÜV) nicht eingehalten habe; diese Nichteinhaltung des vertraglich vereinbarten Verfahrens führe zwar nicht generell, aber dann zum Verlust der Rechtsposition, wenn der andere Vertragspartner sich nicht mehr auf die Nachholung einstellen müsse (Hinweis auf BSG 13.12.2001 – B 3 KR 11/01 R, BSGE 89, 104). Das **LSG** wies die Berufung zurück.

## C) MEDIKAMENTÖSE UMSTELLUNG ALS GRUND FÜR STATIONÄRE BEHANDLUNG

**LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 13.02.2008 – L 5 KR 71/07 –**

RID 08-02-196

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3

Bei einer an einer Chorea-Huntington-Erkrankung leidenden Versicherten kann Grund für die Aufnahme in eine Klinik eine **medikamentöse Umstellung** sein, wenn sie unter ständiger ärztlicher Kontrolle und Überwachung vorgenommen werden muss.

**SG Lübeck**, Urt. v. 10.05.2004 - S 19 KR 136/02 - gab der Klage hinsichtlich der Hauptforderung statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## D) AUF DAUER ANGELEGTE ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN KRANKENHÄUSERN

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.12.2007 – L 2 KN 230/05 KR –**

RID 08-02-197

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I; BpflV a.F. § 14 IV 1, V 1 Nr. 2, VII, XI 1 u. 2

Die **Hauptleistung** des Krankenhauses bleibt bestimmend für die Abrechnung des gesamten Behandlungsfalls. Sie ändert sich selbst dadurch nicht, dass im Laufe der Behandlung zunächst im Hintergrund stehende Erkrankungen mit zunehmender Verweildauer und Abklingen der Folgen der Haupterkrankung in den Vordergrund treten (BSG SozR 4-5565 § 14 Nr. 9). Einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes durch bestehende Co-Morbiditäten oder aufgetretene Komplikationen wird allein dadurch Rechnung getragen, dass nach Ablauf der jeweiligen Grenzverweildauer tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet werden dürfen (§ 14 VII BpflV). Ein solcher Fall liegt vor, wenn eine Versicherte während der Mobilisierungsphase in ein anderes Krankenhaus verlegt wird, da wegen der

**Multimorbidität die Mobilisierung erschwert** ist und durch das insoweit besser geschulte Fachpersonal des Krankenhauses fortgeführt werden soll.

Eine **auf Dauer angelegte Zusammenarbeit** erfordert keine Mindestzahl von Verlegungsfällen und auch keine schriftliche oder mündliche Vereinbarung oder Absprache, sondern nur ein (u.U. stillschweigendes) Zusammenwirken. Es genügt bereits, wenn sich bei objektiver Betrachtung Tatsachen feststellen lassen, die den Schluss zulassen, es handele sich nicht lediglich um eine gelegentliche, zufällige Verlegung im Einzelfall, z.B. die (Zurück-)Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus.

**SG Dortmund**, Urt. v. 28.10.2005 - S 24 (31) KN 4/03 KR - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

#### E) VERGÜTUNG STATIONÄR DURCHGEFÜHRTER OPERATION ALS AMBULANTE OPERATION

**LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 01.08.2007 – L 5 KR 99/07 – RID 08-02-198  
*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 21/07 R* juris  
BGB V § 812 I 1

Ein Leistungsträger, der eine Leistung unter **Verstoß gegen formale und inhaltliche Vorschriften** des Leistungserbringungsrechts erbracht hat, hat keinen Vergütungsanspruch und auch keinen Bereicherungsanspruch. Das gilt auch, wenn die Leistung ordnungsgemäß erbracht wurde und für den Versicherten geeignet und nützlich war (BSG 17.03.2005 – B 3 KR 2/05, juris Rn. 32 m.w.N.)

Der Versicherte befand sich im Okt. 2005 zur vollstationären Behandlung in dem Krankenhaus der Kl. Dieses stellte die Fallpauschale G 25 Z (Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien) mit einem Abschlag wegen Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer in Rechnung (insgesamt 1.253,58 €). Nachdem der MDK die Notwendigkeit einer stationären Behandlung verneint hatte, verweigerte die Bekl. die Begleichung der Rechnung. **SG Speyer**, Urt. v. 15.03.2007 – S 11 KR 55/06 - wies die Klage ab, weil die Operation bei dem Patienten auch ambulant möglich gewesen wäre. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

**Parallelverfahren: SG Speyer**, Urt. v. 30.06.2006 – S 8 KR 716/04 -  
**LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 24.05.2007 – L 5 KR 205/06 – RID 08-02-199  
*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 22/07 R* juris

#### F) RECHNUNGSABSCHLAG GEMÄß § 8 IX KHENTGG VERFASSUNGSGEMÄß

**SG Aachen**, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 122/07 – RID 08-02-200  
*Sprungrevision zugelassen* www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 109 IV, 112 II Nr. 1; GKV-WSG Art. 19 Nr. 2; KHEntgG § 8 IX; GG Art. 3 I, 12 I, 14 I  
Der in den streitbefangenen Rechnungen vorgenommene und ausgewiesene 0,5 %-Abschlag ist rechtmäßig. § 8 Abs. 9 KHEntgG ist weder formell noch materiell verfassungswidrig.

Die Kl. ist Mitglied der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), die wiederum Mitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ist. Für mehrere in ihrem Krankenhaus stationär behandelte und nach dem 30.06.2007 entlassene Patienten, Mitglieder der bekl. Ersatzkasse, erstellte die Kl. in der Zeit vom 01.07. bis 22.11.2007 über die Behandlungskosten 186 Rechnungen. mit einem Abschlag von 0,5 %, insgesamt 1.943,57 EUR. Das **SG** wies die auf Zahlung des Abschlags gerichtete Klage ab.

**Parallelverfahren: SG Aachen**, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 (2) KR 101/07 – RID 08-02-201  
*Sprungrevision zugelassen* www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SG Aachen**, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 118/07 – RID 08-02-202  
*Sprungrevision zugelassen* www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SG Aachen**, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 119/07 – RID 08-02-203  
*Berufung zugelassen* www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SG Aachen**, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 120/07 – RID 08-02-204  
*Berufung zugelassen* www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SG Aachen**, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 41/08 – RID 08-02-205  
*Berufung zugelassen* www.sozialgerichtsbarkeit.de

#### G) ENTBINDUNGSANSTALTSPFLEGE ÜBER DEN 6. TAG NACH DER GEBURT

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 22.11.2007 – L 16 KR 37/07 – RID 08-02-206  
*Revision zugelassen* www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 109 IV 2 u. 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b I, VI 1; RVO § 197; GG Art. 6  
Ab dem 7. Behandlungstag nach der Geburt lässt die DRG-Nr. P67D ausdrücklich die Geltendmachung eines **zusätzlichen Entgelts** nach § 1 II 1 FPV 2006 zu.

Die **stationäre Entbindungsanstaltspflege eines Neugeborenen** ist auch bis zur Entlassung ihrer Mutter aus der stationären Behandlung durchgehend medizinisch notwendig. § 197 Satz 1 RVO kann entgegen seinem Wortlaut kein allgemeiner materieller Ausschluss einer medizinisch notwendigen Entbindungsanstaltspflege über den 6. Tag nach der Geburt entnommen werden.



Die Beteiligten streiten über Behandlungskosten von nur noch 128,98 EUR. Dabei geht es um die Frage, ob die Bekl. verpflichtet ist, der Kl. die im Jahre 2006 entstandenen Kosten für Unterkunft, Pflege und Verpflegung einer gesunden Neugeborenen länger als 6 Tage nach der Entbindung bei einer medizinisch notwendigen längeren Verweildauer der Mutter zu bezahlen. Im Krankenhaus der Kl. entband am 25.08.2006 die G B nach Sectio caesarea (Kaiserschnitt) eine gesunde Tochter mit einem Geburtsgewicht von 4.200 Gramm. Aufgrund der Behandlungsbedürftigkeit der Mutter (Uterusnarbe durch den vorangegangenen chirurgischen Eingriff) wurden Mutter und Tochter erst am 01.09.2006 (8. Tag nach der Geburt) aus dem Krankenhaus entlassen. Mit Rechnung vom 28.09.2006 machte die Kl. für den stationären Aufenthalt der Neugeborenen die DRG-Nr P67D ("Neugeborenes ohne schweres Problem") und aufgrund der Überschreitung der oberen Grenzverweildauer (OGVD) um einen Tag ein zusätzliches tagesbezogenes Entgelt von 128,98 EUR als sog. Langlieger-Zuschlag nach § 1 II Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (FPV 2006) geltend. Die Bekl. lehnte die Zahlung dieses Zuschlags ab, da für gesunde Neugeborene nach § 197 RVO nur für den Entbindungstag sowie maximal sechs weitere Kalendertage ein Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung bestehe. *SG Aachen*, Urt. v. 05.02.2007 - S 4 KR 80/06 – (s.a. *SG Aachen*, Urt. v. 05.02.2007 – S 4 KR 81/06 – RID 07-01-183) wies die Klage ab, das *LSG* gab der Klage statt.

## H) ABSCHLUSS EINES VERSORGUNGSVERTRAGES BEI WISSENSCHAFTLICH NICHT ANERKANNTEN METHODEN

*LSG Hessen*, Urt. v. 17.12.2007 – L 1 KR 62/04 –

RID 08-02-207

Revision anhängig: B 1 KR 5/08 R

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

SGB V §§ 108 Nr. 3, 107 I, 109 III; HKHG § 17; SGG § 70

**Leitsatz** Eine Klinik, deren **Behandlungskonzept** überwiegend auf wissenschaftlich **nicht anerkannten Methoden** beruht, bietet nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Ein Anspruch auf Abschluss eines **Versorgungsvertrages** besteht für eine solche Einrichtung nicht.

Ist der Bedarf an Krankenhäusern durch den zuständigen staatlichen **Krankenhausplaner** für einen bestimmten Zeitraum konkret geprüft worden, so sind die Sozialversicherungsträger an dessen bestandkräftige Entscheidung für diesen Zeitraum gebunden; es besteht insoweit kein eigenständiges Prüfungsrecht der Sozialversicherungsträger.

*SG Wiesbaden*, Urt. v. 13.11.2003 - S 4 KR 1114/99 - wies die Klage des Trägers einer Fachklinik für onkologische Akutbehandlungen, dessen Konzept eine umfassende Diagnostik und einen ganzheitlichen Behandlungsansatz vorsah, in dem sowohl konventionelle onkologische Therapieverfahren vorgesehen waren als auch komplementär-onkologische Therapieverfahren, u.a. sämtliche Verfahren der klassischen Naturheilkunde, biologische Krebstherapien, Misteltherapie, Hyperthermieverfahren (Überwärmungstherapie), Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne, psychoonkologische Verfahren, ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. HERSTELLERRABATT BEI NIEDERLÄNDISCHER INTERNETAPOTHEKE UND FRANZÖSISCHEM PHARMAUNTERNEHMEN

*LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 16.01.2008 – L 5 KR 3869/05 –

RID 08-02-208

Revision anhängig: B 1 KR 4/08 R

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

SGB V §§ 2 II, 13, 16, 129, 130a, 140e; SGB I §§ 30 I, 37; EG Art. 28, 49; AMG §§ 73 I 1 Nr. 1a, 78

Die durch das Beitragssatzsicherungsgesetz vom 23.12.2002 eingeführte **Herstellerrabattregelung** des § 130a SGB V ist mit dem **GG** vereinbar (BVerfG, Beschl. v. 13.09.2005, - 2 BvF 2/03 -).

Die Rabattregelungen in § 130a SGB V sind auf eine in den **Niederlanden** ansässige **Internetapotheke** anzuwenden, selbst wenn sie den Vereinbarungen des Rahmenvertrags nach § 129 II SGB V nicht unterliegt, sondern mit den Krankenkassen Einzelverträge nach § 140e SGB V geschlossen hat.

Die Existenz eines **"Abgabepreises"** i.S.d. § 130a I SGB V als Bezugspunkt des Herstellerrabatts hängt von der Anwendbarkeit der Arzneimittelpreisverordnung auf ausländische Apotheken nicht ab.

Die Abgabe der Arzneimittel steht für das **Jahr 2004** in Einklang mit den dafür geltenden Bestimmungen des Arzneimittelrechts zum Versandhandel mit Arzneimitteln. Für die **Zeit davor** war das indessen nicht der Fall, weshalb insoweit ein Anspruch auf Erstattung des Herstellerrabatts ausscheidet. Die Rechtsprechung des EuGH zur Warenverkehrsfreiheit im öffentlichen Gesundheitswesen ändert daran nichts. Sie steht der Anwendbarkeit des seinerzeit noch geltenden strikten Versandhandelsverbots in § 43 I AMG a. F. nicht entgegen.

Die **Kl.**, eine Aktiengesellschaft niederländischen Rechts, betreibt neben einer Apotheke am Firmensitz eine Versandapotheke (**Internetapotheke**). Mit dieser erzielt sie den ganz überwiegenden Teil des Umsatzes. Nach eigenen Angaben beliefert sie überwiegend den deutschen Markt; im ersten Halbjahr 2006 verfügte sie (wiederum nach eigenen Angaben) über 700.000 deutsche Kunden. Die Arzneimittel erwirbt sie bei deutschen

Großhändlern, die an den Betriebssitz der Kl. in die Niederlande liefern. Die Abrechnung erfolgt (wie bei deutschen Apotheken) über die zuständige Verrechnungsstelle unmittelbar mit den Krankenkassen. Die **Bekl. ist die deutsche Niederlassung eines französischen Pharmakonzerns**. Ihre Produkte werden von der Kl. in der beschriebenen Weise, u.a. im Versandhandel, an Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen abgegeben. Wegen ihres auswärtigen Betriebssitzes nimmt die Kl. für die Abwicklung des Arzneimittelrabatts nicht am zentralen Abrechnungsverfahren teil. Sie hat deshalb eine (eigene) Abrechnungsstelle, die Firma K., G., mit dem Nachweis des den Krankenkassen gewährten Abschlags auf an ihre Mitglieder abgegebene Arzneimittel (Herstellerrabatt) beauftragt. Dieses Unternehmen übermittelt den Arzneimittelherstellern hierfür die PZN sowie die Rezeptnummer, die bundeseinheitliche Kassenummer und die Versicherungsnummer. In den Jahren seit 2003 gab die Kl. (u.a.) von der Bekl. hergestellte Arzneimittel im Versandwege ab. Bei der Abrechnung **behielten die Krankenkassen den Herstellerrabatt** jeweils in gesetzlicher Höhe ein. **SG Freiburg**, Urt. v. 21.06.2005 - S 11 KR 4103/03 - wies die auf Erstattung des den Krankenkassen in den Jahren 2003 und 2004 gewährten Herstellerrabatts gerichtete Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.826,02 EUR zzgl. Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Berufung zurück.

### 3. ARZNEIMITTELHERSTELLER: VORAUSSETZUNG FÜR AUSSCHREIBUNG VON RABATTVERTRÄGEN

Nach BSG, Urt. v. 22.04.2008 – **B 1 SF 1/08 R** – ist der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für Klagen gegen Entscheidungen der **Vergabekammern** über **Arzneimittel-Rabattverträge** eröffnet. S auch Engelmann, Keine Geltung des Kartellvergaberechts für Selektivverträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern, SGB 2008, 133.

**LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 27.02.2008 – L 5 KR 507/08 ER-B –**

**RID 08-02-209**

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

SGB V §§ 69, 130a IX, SGG § 51 I Nr. 2, II

Für Streitigkeiten, bei denen es um die Erteilung von Zuschlägen zu Angeboten zum Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a SGB V geht, ist der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet. Bei einer zeitlich früheren Anrufung des OLG greift die Rechtswegsperre des § 17 I 2 GVG mit der Folge, dass das SG nicht über die dort eingereichte Klage entscheiden darf.

Das **Vergaberecht** nach dem GWB (§§ 97 ff.) findet auf Rabattverträge nach § 130a SGB V keine Anwendung. Die **Vergabekammern** sind deshalb nicht zuständig.

§ 130a SGB V ist **verfassungsgemäß** (BVerfG, Beschl. v. 26.03.2003 -1 BvR 112/03 – u. v. 13.09.2005 - BvF 2/03 -). Mit dieser Vorschrift zieht der Gesetzgeber die pharmazeutischen Unternehmer in den Kreis der Leistungserbringer ein.

§ 130a VIII SGB V räumt den Krankenkassen einen weiten **Gestaltungsspielraum** für den Abschluss von Rabattverträgen ein. Es ist zulässig, Rabattverträge grundsätzlich nur für einzelne Wirkstoffe und mit einer zweijährigen Laufzeit abzuschließen sowie drei, bei umsatzstarken Wirkstoffen vier Bietern den Zuschlag zu erteilen. Es kann eine Produktbreite von 75 % verlangt werden.

Vergaberechtlich hat der Gesetzgeber des **SGB V** in den Fällen, in denen Selektivverträge den potenziellen Vertragspartnern neben der Abschlussfreiheit auch inhaltliche Gestaltungsfreiheit einräumen, bereits ein rudimentäres Ausschreibungsverfahren vorgeschrieben, ohne insoweit die unmittelbare Anwendung der Vorschriften des GWB anzuordnen.

Ob die **Richtlinie 2004/18/EG** auch für das Gesundheitswesen gilt, lässt sich dieser Richtlinie nicht zweifelsfrei entnehmen. Die direkte Anwendung der §§ 97 ff GWB ist nicht zwingend erforderlich.

**BVerfG** v. 13.06.2006 - 1 BvR 1160/03 - legt eine Prüfung des Verhaltens der Krankenkassen unter entsprechender Beachtung der **Grundsätze des Vergaberechts** nahe. Jeder Bieter hat einen Anspruch auf Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung. Aus allgemeinen rechtsstaatlichen Grundsätzen folgt weiterhin ein Anspruch auf ein faires und transparentes Verfahren (vgl. dazu etwa BSG v. 23.02.2005 - B 6 KA 81/03 - juris Rn 31). Es braucht zwar kein förmliches Vergabeverfahren stattzufinden, es ist jedoch in allen Fällen ein **transparentes, diskriminierungsfreies, verhältnismäßiges und nachprüfbares Auswahlverfahren durchzuführen**. Dabei kann nicht außer Acht gelassen werden, dass das Vergaberecht in langer Rechtsentwicklung schon herausgearbeitet hat, was im Zusammenhang mit einer Ausschreibung und der anschließenden Vergabe als fair und transparent anzusehen ist. Es spricht also nichts dagegen, zumindest die Grundsätze des materiellen Vergaberechts der §§ 97 bis 101 GWB entsprechend heranzuziehen. Es trifft nicht zu, dass der Abschluss von Rabattverträgen allein im Willkürverbot des Grundgesetzes eine rechtliche Grenze findet. Einer gänzlichen oder teilweise Heranziehung der Vorschriften der §§ 102 bis 129 GWB über das Nachprüfungsverfahren bedarf es hingegen nicht.

In Analogie zu dem Modell der **Mehrstufentheorie** (vgl. BVerwG v. 02.05.2007 - 6 B 10/07 - Rn 15) ist es erforderlich, streng zwischen den rechtlichen Vorgaben des SGB V und denen des Vergaberechts zu unterscheiden. Der Rechtsschutz wird dann gewährleistet, wenn das Vergaberecht entspre-

chend auch auf Ausschreibungen von Rabattverträgen angewendet wird, allerdings mit der Maßgabe, dass vorrangig die Vorschriften des materiellen Sozialrechts gelten und innerhalb diese Rahmens bei der Umsetzung öffentlich-rechtlicher Aufträge vergaberechtliche Grundsätze heranzuziehen sind. Konkret bedeutet dies, dass SGB V überall dort zur Anwendung kommt, wo pharmazeutische Unternehmer nicht als Bieter, sondern als Adressat von Rechten und Pflichten nach dem SGB V angesprochen sind, wie etwa in § 130 VIII SGB V. Erst dort, wo eine Ausschreibung stattfindet, sind ihre Rechte als Bieter entsprechend Vergaberecht zu beachten. Eine Vermischung darf nicht stattfinden.

Auf Grund der **europarechtlichen Überlagerung** werden Bietern zwar bestimmte Rechte eingeräumt, die jedoch nicht weiter reichen als öffentlich-rechtlicher Rechtsschutz ohnedies reicht. Die praktischen Unterschiede zwischen einer entsprechenden Anwendung von Vergaberecht und der Anwendung des Gleichheitssatzes sowie allgemeinen rechtsstaatlichen Grundsätze sind dabei nicht groß.

Es liegt auf der Hand, dass die Rabattverträge die bisherigen **Wettbewerbs- und Marktverhältnisse ändern**. Dies hat der Bundesgesetzgeber so gewollt und ist im Grundsatz verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (BVerfG v. 26.03.2003 - 1 BvR 112/03 -).

Unter Beachtung von Art. 3 GG können die in § 8 Nr. 1 Abs. 1 VOL/A Abschnitt 2 aufgestellten Anforderungen an die **Leistungsbeschreibung** herangezogen werden. Danach ist die Leistung eindeutig und so erschöpfend zu beschreiben, dass alle Bewerber die Beschreibung im gleichen Sinne verstehen müssen und die Angebote miteinander verglichen werden können.

Die Beteiligten streiten über die aufschiebende Wirkung der am 29.11.2007 gegen die Beschlüsse der zweiten Vergabekammer des Bundes vom 15.11.2007 eingereichten Klagen. Im Ergebnis ist damit streitig, ob den Ast. zu gestatten ist, das Vergabeverfahren zum Abschluss von Rabattverträgen fortzuführen und auf die von ihnen ausgewählten wirtschaftlichen Angebote hinsichtlich insgesamt 83 verschiedener Wirkstoffe Zuschläge zu erteilen. Die Ast. haben gemeinsam unter Federführung der Ast. Ziff. 1 (AOK Baden-Württemberg) für insgesamt 83 Wirkstoffe die auf dem Markt in Deutschland für diese Wirkstoffe tätigen in- und ausländischen Pharmaunternehmen aufgefördert, ein Angebot für eine Rabattvereinbarung nach § 130a VIII SGB V für den Zeitraum vom 01.01.2008 bis 31.12.2009 abzugeben. Die Beigel. Ziff. 1 - 7 stellten bei der Vergabekammer des Bundes beim Bundeskartellamt einen Nachprüfungsantrag gem. §§ 107 ff. GWB. Auf die mündliche Verhandlung vom 24.10.2007 hat die **2. Vergabekammer des Bundes** mit Beschlüssen vom 15.11.2007 den Ast. untersagt, in den Vergabeverfahren "Arzneimittel- Rabattverträge Ausschreibung 2008/2009" den Zuschlag hinsichtlich insgesamt 83 Wirkstoffen auf der Grundlage der in der Ausschreibung festgelegten Bedingungen zu erteilen. Gegen diese Beschlüsse haben die Beigel. Ziff. 1 und 2 bei dem OLG Düsseldorf am 23.11.2007 Beschwerde eingelegt, die Beigeladene Ziff. 4 hat Kostenbeschwerde beschränkt auf die Kostengrundentscheidung erhoben. Die Ast. haben gegen alle 7 Beschlüsse der 2. Vergabekammer des Bundes am 15.11.2007 Klage bei dem SG Stuttgart erhoben (S 10 KR 8605/07). Sie haben weiterhin wegen dieser Beschlüsse am 29.11.2007 vorsorglich Beschwerde beim OLG Düsseldorf eingereicht. **OLG Düsseldorf**, Beschl. v. 18/19.12.2007 – VII – Verg 45-51/07 – RID 08-01-280 hielt sich für zuständig und stellte fest, dass das von der Vergabekammer ausgesprochene Zuschlagsverbot bis zu einem Beschluss des Vergabesenats gem. § 121 GWB oder 123 GWB - und zwar ungeachtet etwaiger anders lautender Entscheidungen der Sozialgerichte – fort dauert; das Beschwerdeverfahren setzte es bis zur Entscheidung EuGH (C - 300/07) über die Vorlage OLG Düsseldorf, Beschl. v. 23.05.2007 – VII-Verg 50/06 – RID 07-03-234 aus. Die Ast. nahmen ihre Beschwerde beim OLG Düsseldorf (Verfahren VII Verg 45/07 - 51/07) am 19.12.2007 wieder zurück. **SG Stuttgart**, Beschl. v. 20.12.2007 - S 10 KR 8650/07 - erklärte vorab den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für zulässig. Gegen diesen Beschl. haben die Ag. u. Beigel. Ziff. 1-5 Beschwerde erhoben. Der Senat hat die Beschwerden teilweise getrennt. Mit **Senatsbeschl.** v. 18.02.2008 hat er auf die Beschwerde der Beigel. Ziff. 1 und 2 den Beschluss des SG Stuttgart v. 20.12.2007 insoweit aufgehoben, als er im Klageverfahren gegen die Beschl. der 2. Vergabekammer des Bundes v. 15.11.2007 VK 2 - 117/07 und VK 2 - 120/07 ergangen ist (Verfahren L 5 KR 717/08 B und L 5 KR 718/08 B). Bezüglich der übrigen fünf Beschlussverfahren der 2. Vergabekammer des Bundes hat der Senat die Beschwerden der Ag. und der Beigel. Ziff. 3 bis 5 gegen den Beschl. des SG Stuttgart zurückgewiesen und die Rechtsbeschwerde zum BSG zugelassen. **SG Stuttgart**, Beschl. v. 20.12.2007 – S 10 KR 8604/07 ER – RID 08-01-203 ordnete die aufschiebende Wirkung der am 28.11.2007 gegen die Beschl. der 2. Vergabekammer des Bundes v. 15.11.2007 eingereichten Klagen an. Es gestattete den Ast. weiterhin, das Vergabeverfahren zum Abschluss von Rabattverträgen fortzuführen und auf die von ihnen ausgewählten wirtschaftlichen Angebote bezüglich 54 im Einzelnen genannter Wirkstoffe Zuschläge zu erteilen. Das **LSG** untersagte den Ast., in dem vorliegenden Verfahren zum Abschluss von Rabattverträgen Zuschläge auf die vom SG im Beschl. v. 20.12.2007 - S 10 KR 8604/07 ER - unter Ziff. 2 genannten Wirkstoffe zu erteilen. Die Anträge der Ast. auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes und die weitergehenden Feststellungsanträge der Ast. wies es zurück.

**Parallelverfahren:** **SG Stuttgart**, Beschl. v. 20.12.2007 – S 10 KR 8404/07 ER – RID 08-01-202

**LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 27.02.2008 – L 5 KR 6123/07 ER-B –

**RID 08-02-210**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

#### 4. UMSATZSTEUER FÜR SONDENNAHRUNG NACH VORGABE DER STEUERVERWALTUNG

*LSG Bayern, Urt. v. 12.02.2008 – L 5 KR 223/06 –*

RID 08-02-211

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33, 126, 127

Wird in einem **Vertrag nach § 127 SGB V** vereinbart, dass für Lieferungen von Sondennahrung und Zubehör der berechnete Leistungspreis zuzüglich **Mehrwertsteuer** zu zahlen ist, so richtet sich die Höhe des Umsatzsteuersatzes nach § 12 Abs. 2 Nr.1 UStG i.V.m. der Anlage 2 zum UStG i.V.m. Anlage 2 zum Zolltarif. Für enterale Nahrung fällt unter den steuerlichen Begriff der Lebensmittel, für welche der verminderte Steuersatz gilt (LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 02.08.2007 – L 5 KNK 1/06 – RID 07-04-140). Die **Krankenkasse** hat aber kein Recht, zu beanstanden, dass der Unternehmer der **Zollauskunft** folgend die erbrachten Leistungen mit einem Umsatzsteuersatz von 16% belegt. Wenn sich der Steuerschuldner konform mit den unmissverständlichen Angaben der Steuerbehörden verhält ist das nicht zu beanstanden, selbst wenn die Steuerbehörden einen mit der konkreten Rechtslage nicht zu vereinbarenden Standpunkt vertreten. Es besteht keine Pflicht, gegen die Praxis der Steuerverwaltung vorzugehen (gegen LSG Rheinland-Pfalz, aaO.).

*SG Nürnberg, Urt. v. 24.05.2006 - S 11 KR 329/03 -* gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

#### 5. HILFSMITTELERBRINGER

Nach BSG, Urt. v. 10.04.2008 – **B 3 KR 8/07** – muss eine von einem Rahmenvertrag zwingend vorgeschriebene vorherige Genehmigung der Hilfsmittelversorgung eingeholt und ein Kostenvoranschlag vor Durchführung der Versorgung eingereicht werden.

#### A) VERGABEVERFAHREN: HAUSZUSTELLUNG UND LIEFERUNG VON INKONTINENZARTIKELN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.03.2008 – L 16 B 13/08 KR ER –*

RID 08-02-212

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 I 2, 126, 127; § 115 I, § 118 I 1 GWB; Vergabeverordnung § 13 Satz 5

§ 115 I, § 118 I 1 GWB und § 13 Satz 5 **Vergabeverordnung** finden keine direkte Anwendung auf die Ausschreibung eines Vertrags zur Hauszustellung und Lieferung von Inkontinenzartikel; es verbleibt bei der in § 69 I 2 SGB V enthaltenen Regelung einer entsprechenden Anwendung der §§ 19 bis 21 GWB (wie hier: LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 27.02.2008 - L 5 KR 507/08 ER-B u. L 5 KR 61207 ER-B -).

Bei einer rein summarischen Prüfung kann aus dem Leistungserbringungsrecht des SGB V zumindest bis zum 31.12.2008 kein Anspruch eines Lieferanten von Inkontinenzartikel hergeleitet werden, Zuschläge zu den nach **§ 127 I SGB V n.F. zu schließenden Verträgen zu verhindern**. Bei summarischer Prüfung scheidet eine Verletzung europäischen Kartellrechts aus.

Bei einer **Folgenabwägung** ist ein möglicher monatlicher Schaden einer Krankenkasse von 120.000,- bis 150.000,- EUR gewichtiger als der mögliche Verlust von 2.000 EUR eines Hilfsmittellieferanten.

Die Ast., ein **Sanitätshaus**, ist als Orthopädietechnikbetrieb gem. § 126 I SGB V Vertragspartnerin der Ag. u.a. für die Abgabe von Inkontinenzhilfen. Die Ag. schrieb den Abschluss einer **Rahmenvereinbarung** nach § 127 I SGB V zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln und Krankenunterlagen europaweit. in 20 Losen aus, wobei die Lose 4 bis 8 auf NRW bezogen waren. Die **Ast.** forderte die Vergabeunterlagen nicht selbst bei der Ag. an, sondern beschaffte sich diese außerhalb. Mit Schreiben vom 23.10.2007 forderte sie die Ag. auf, ihr gegenüber innerhalb einer Frist von drei Werktagen klarzustellen, dass aufgrund dieser Ausschreibung kein Zuschlag erteilt werde, denn sie sehe sich durch die Leistungsbeschreibungen und die Vertragsbestimmungen an der Abgabe eines Angebotes gehindert. Die Leistungs- und Vergabebedingungen benachteiligten sie unangemessen und berücksichtigten nicht die gesetzlichen Bestimmungen, wonach sie unter gewissen Voraussetzungen auch ohne Zuschlag berechtigt sei, eine Versorgung von Versicherten der Ag. mit Inkontinenzartikeln weiterhin durchzuführen. Mit Schreiben vom 26.10.2007 lehnte die **Ag.** eine inhaltliche Befassung mit diesem Vorbringen ab, denn die Ast. habe die Vertragsunterlagen nicht ordnungsgemäß angefordert. Daher sei diese im vorliegenden Vergabeverfahren bereits keine Bewerberin; es fehle ihr das erforderliche Rechtsschutzbedürfnis. Mit Beschl. v. 14.11.2007 hat das **SG** den **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten für unzulässig erklärt und das Verfahren nach § 17a GVG an die Vergabekammer des Bundes verwiesen. *LSG Nordrhein-Westfalen*, B. v. 20.12.2007 – L 16 B 127/07 KR ER –RID 08-01-201 gab der Beschwerde der Ast. statt und stellte fest, der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit sei eröffnet; die zugelassene weitere Beschwerde hat **BSG**, Beschl. v. 24.01.2008 – B 3 SF 1/08 R – RID 08-01-211 als unzulässig verworfen. *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 11.02.2008 - S 9 KR 147/07 ER – untersagte der Ag., bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren - längstens jedoch bis zum 31.12.2008 - in dem vorliegenden Vergabeverfahren für die Lose 4 und 5 einen Zuschlag zu erteilen; das **LSG** wies den Antrag ab.

## B) ANSPRÜCHE BIS ENDE 2008 NACH ÜBERGANGSRECHT

*LSG Sachsen, Beschl. v. 29.04.2008 – L 1 B 207/08 KR-ER –*

RID 08-02-213

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 33, 126, 127

Ein Hilfsmittelerbringer ist, auch wenn seine **Zulassung bis Ende 2008** fortbesteht, nach erfolgter **Ausschreibung** und erteiltem Zuschlag zugunsten eines anderen Hilfsmittelerbringers nicht mehr berechtigt, die Versicherten einer Krankenkasse zu ihren Lasten zu versorgen.

Den **Versicherten** steht bis zum Ablauf der **Übergangsfrist** Ende Dezember 2008 ein Wahlrecht zu, ob sie Hilfsmittel beim Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder bei dem nach § 126 II SGB V n.F. versorgungsberechtigten Leistungserbringer beziehen (ebenso: LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 08.02.2008 – L 1 B 41/08 KR ER -; SG Frankfurt <Oder>, Beschl. v. 04.01.2008 – S 4 KR 285/07 ER; SG Köln, Beschl. v. 31.01.2008 – S 5 KR 310/07 ER -).

Nach erfolgtem **Bieterverfahren** ist das in § 33 VI SGB V vorgesehene **Wahlrecht** jedoch ausgeschlossen. Diese Regelung ist in sich widerspruchsfrei und schützt abschließend den **Vorrang des formalisierten Bieterverfahrens**, an dem sich jeder interessierte Leistungserbringer beteiligen kann. Im Übrigen wird das Recht der nach § 126 II SGB V n.F. bis Ende Dezember 2008 versorgungsberechtigten Leistungserbringer nicht eingeschränkt. So können diese mit den Krankenkassen bis dahin Verträge nach § 127 II SGB V oder Vereinbarungen nach § 127 III SGB V schließen.

Die Ast., vom VdAK zur Versorgung der Ersatzkassenversicherten mit orthopädischen Hilfsmitteln zugelassen, bietet Artikel der Produktgruppe "aufsaugende Inkontinenz und Krankenunterlagen" an. Auf die Ausschreibung der Ag. hat diese der Beigel. den Zuschlag erteilt. Die 3. Vergabekammer des Bundes beim Bundeskartellamt, Beschl. v. 05.02.2008, wies einen Nachprüfungsantrag zurück. Mit Schreiben vom 17.01.2008 hatte die Ast. die Ag. um Mitteilung gebeten, ob sie deren Versicherte unabhängig vom Ergebnis der Ausschreibung auf der Basis ihrer bis Ende 2008 fortbestehenden Zulassung mit Inkontinenzartikeln versorgen dürfe. Dieses Ansinnen hat die Ag. abgelehnt, da der Beigel. nach abgeschlossenem Bieterverfahren das exklusive Versorgungsrecht zustehe. **SG Chemnitz**, Beschl. v. 22.02.2008 - S 11 KR 43/08 ER – verpflichtete die Ag., die Ast. bis zum 31.12.2008 zur Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln der aufsaugenden Inkontinenz zuzulassen; das **LSG** wies den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

## C) ÜBERGANGSFRIST NACH § 126 II SGB V

*LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 08.02.2008 – L 1 B 41/08 KR ER –*

RID 08-02-214

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 33 VI, 126 II; SGG § 86b II

§ 126 II SGB V ist eine **Übergangsvorschrift**, die den bisherigen Versorgern die Möglichkeit gibt, sich während einer angemessenen Übergangszeit bis zum 31.12.2008 auf die neuen Bedingungen einzustellen. Stünde es im Ermessen der Krankenkassen, durch "blitzartige Ausführung" des Ausschreibungs- und Entscheidungsverfahrens sehr schnell vertragliche Beziehungen herzustellen, die dazu führten, dass die in § 126 II SGB V begünstigten Leistungserbringer weitestgehend von der Versorgung ausgeschlossen wären, so bestimmte nicht der Gesetzgeber, sondern die Träger der GKV über die Dauer der Übergangsfrist. Zwischen den jeweiligen Vertragspartnern der Krankenkasse und den Leistungserbringern, die aufgrund der Übergangsregelungen § 126 II SGB V versorgungsberechtigt sind, wird in Bezug auf die Wahlfreiheit der Versicherten nicht unterschieden. Diese sind also für die Übergangszeit den Vertragspartnern gleichgestellt.

**SG Frankfurt (Oder)**, Beschl. v. 04.01.2008 - S 4 KR 285/07 ER – gab dem Antrag statt, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## D) VORLAGE EINER MAßKARTE FÜR KOMPRESSIONSSTRÜMPFE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.12.2007 – L 2 KN 17/05 KR –*

RID 08-02-215

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 127 I a.F.

Für die Praxis, jede Genehmigung und/oder Abrechnung von vertragsärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen oder Kompressionsstrumpfhosen nach Maß von der **Vorlage einer Maßkarte** abhängig zu machen, fehlt es an einer Rechtsgrundlage, sofern eine Vereinbarung dies nicht vorsieht.

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 11.01.2005 - S 24 KN 41/03 KR - wies die Klage ab, das **LSG** stellte fest, dass die Bekl. nicht berechtigt ist, jede Genehmigung und/oder Abrechnung von vertragsärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen oder Kompressionsstrumpfhosen nach Maß von der Vorlage einer Maßkarte abhängig zu machen.

## 6. HÄUSL. KRANKENPFLEGE: VORLAGEPFLICHT NACH DREI TAGEN BEGRÜNDET KEINE AUSSCHLUSSFRIST

*SG Potsdam, Urt. v. 24.01.2008 – S 3 KR 57/06 –*

RID 08-02-216

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

SGB V §§ 132, 132a; HKP-RL Ziff. 24

Ziffer 24 HKP-RL, wonach die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen übernimmt, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird, begründet keine **Ausschlussfrist**, sofern die notwendige Leistung erbracht und die Verordnung erst später als am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Das *SG* verurteilt die Bekl., an die Kl. 87,30 EUR zu zahlen.

## 7. KRANKENTRANSPORTUNTERNEHMEN: EINZUG DES VERSICHERTENANTEILS DURCH KRANKENKASSE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.02.2008 – L 16 KR 157/06 –*

RID 08-02-217

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 38/08 B*

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

SGB V §§ 60 III 3 a.F. (Satz 2 n.F.), 133; BGB § 1004

Ein Unternehmer hat keinen Anspruch auf Verpflichtung einer Krankenkasse zur **Einziehung der Versichertenanteile** für die vom ihm durchgeführten qualifizierten Krankentransporte, weil es ihm an einem subjektiv-öffentlichen Recht hierfür fehlt.

*SG Düsseldorf, Urt. v. 06.04.2006 - S 4 KR 271/01 –* verpflichtete d. Bekl., für die vom Kläger durchgeführten Krankentransporte den Versichertenanteil einzuziehen und wies im Übrigen (wegen nicht erstatteter Versichertenanteile einen Schadensersatz in Höhe von 16.288,19 EUR und wegen Bearbeitungskosten einen Schadensersatz in Höhe von 27.000 EUR zu zahlen) ab; das *LSG* wies die Klage insgesamt ab.

## 8. ERSTATTUNG DER KOSTEN VON RECHTSWIDRIGEN, ABER STRAFFREIEN SCHWANGERSCHAFTS-ABBRÜCHEN

*SG Düsseldorf, Urt. v. 11.12.2007 – S 4 KR 11/06 –*

RID 08-02-218

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

SGB V § 24b III u. IV; SchwHG § 4; KHG § 17 b VII 3

Nach Umstellung der Vergütung vollstationärer Krankenhausbehandlung auf eine Vergütung nach Pauschalen kann die Regelung in § 24b IV 3 SGB V so nicht mehr umgesetzt werden. Die exakten Kosten der in § 24b IV 1 SGB V aufgeführten Behandlungsmaßnahmen lassen sich bei Vergütung der Gesamtbehandlung durch eine Pauschale nicht mehr ermitteln. Die gesetzliche Vorgabe in § 24b III u. IV SGB V macht es jedoch erforderlich, zwischen den von der **Krankenkasse** und den vom **Land** zu tragenden **Kosten** zu unterscheiden.

Die durch das "Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus" (InEK) ermittelten Kosten (Basis der Kalkulation: 1.702 Patientinnen, die an einem Pflgetag stationär behandelt wurden; Begrenzung auf die Kosten der Operation und einen Pflgetag <Kalendertag>, ohne Berücksichtigung von Komplikationen) werden den gesetzlichen Vorgaben mit § 24b IV SGB V mehr gerecht als eine prozentuale Aufteilung der Fallpauschale nach Tagen.

Das *SG* wies die Klage des Landes gegen die Krankenkasse ab.

# IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

## 1. BVERFG: VERÖFFENTLICHUNG DER VORSTANDSVERGÜTUNG VERFASSUNGSGEMÄß

*BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 25.02.2008 – 1 BvR 3255/07 –*

RID 08-02-219

NJW 2008, 1435 = [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) = juris

SGB V §§ 35a VI, 89; GG Art. 1, 2, 3

Die Verfassungsbeschwerde gegen *OLG Hamm*, Urt. v. 18.12.2007 - 27 U 157/07 – juris und *SG Detmold*, Urt. v. 31.10.2007 – S 5 KR 235/04 – wird zurückgewiesen.

Die Pflicht zur Veröffentlichung von Vorstandsvergütungen der gesetzlichen Krankenkassen ist verfassungsgemäß.

Vgl. a. BSG, Urt. v. 14.02.2007 - B 1 A 3/06 R - SozR 4-2400 § 35a Nr. 1 (auch zur Veröff. in BSGE vorgesehen) = GesR 2007, 472 = NZS 2008, 89 = SGB 2008, 97.

## 2. WAHLTARIFE NACH § 53 SGB V UND PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

**SG Dortmund, Beschl. v. 21.01.2008 – S 40 KR 236/07 ER –**

**RID 08-02-220**

juris

SGB V §§ 53 IV u. IX, 194 Ia; EG Art. 81, 82, 86 I; GG Art. 3 I, 12 I, 14 I, 74 I Nr. 12; GWB § 33 I; SGB IV § 30; SGG § 86b II; UWG §§ 3 Nr. 11, 4 Nr. 11, 8 I

Einer einzelnen gesetzlichen Krankenkasse mit einer Mitgliederzahl von über 3 Millionen Mitgliedern, die Wahltarife eingeführt hat, kommt keine **marktbeherrschende Stellung** zu.

Wettbewerber haben keinen grundrechtlichen Anspruch darauf, dass die **Wettbewerbsbedingungen** gleich bleiben (BVerfGE 105, 252 <265>; BVerfGE 106, 275 <299>). Durch die Einführung der Wahltarife ist kein Verstoß gegen Art. 3 I GG gegeben, denn dadurch wird vielmehr erst der Wettbewerb zwischen den privaten und den gesetzlichen Krankenkassen eröffnet.

Dem gesetzgeberischen Ziel der Stärkung der **Wettbewerbsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen** muss Vorrang eingeräumt werden vor den Interessen der privaten Krankenversicherung, soweit sie allenfalls geringfügig beeinträchtigt werden.

Das **SG** wies den Antrag einer privaten Krankenversicherung auf Erlass einer einstweiligen Anordnung auf Unterlassung des Angebots oder der Werbung einer gesetzlichen Krankenkasse für Versicherungsleistungen in Form von Kostenerstattungstarifen für Zusatzleistungen (Wahltarife nach § 53 SGB V) zurück.

**SG Köln, Beschl. v. 18.12.2007 – S 5 KR 169/07 ER –**

**RID 08-02-221**

juris (Kurztext)

SGB V §§ 53 IV u. IX, 194 Ia; EG Art. 81, 82; GG Art. 3 I, 12 I, 14 I; SGB IV § 30; SGG § 86b II; UWG §§ 4 Nr. 11, 8 I  
Zum Erlass einer einstweiligen Anordnung auf Unterlassung des Angebots oder der Werbung einer gesetzlichen Krankenkasse für Tarife im Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus, für Krankenhauszuzahlungen, für Leistungen im Ausland und für die Kostenerstattung bei Zahnersatz.

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

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.05.2008 – L 5 B 8/08 KR ER –**

**RID 08-02-222**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Die Beschwerde gegen **SG Köln**, Beschl. v. 18.12.2007 – S 5 KR 169/07 ER – RID 08-02- wird zurückgewiesen.

Ein Anordnungsanspruch, der es einer gesetzlichen Krankenkasse untersagen würde, ihren Versicherten **Wahltarife** nach ihrer Satzung anzubieten, steht einer Vereinigung von privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht zur Seite. Allein aufgrund der in den §§ 8 III Nr. 2 UWG, 33 II GWB eingeräumten Möglichkeit, die Verletzung fremder Rechte in eigenem Namen geltend zu machen, käme das Bestehen eines Anordnungsanspruchs in Betracht ("Prozessstandschaft", vgl. BSG, Urt. v. 25.09.2001 - B 3 KR 3/01 R -). **§ 69 SGB V** trifft eine Wertungsentscheidung, die generell die Anwendung der Vorschriften des UWG und GWB auf das Leistungsrecht des SGB V ausschließt, und zwar auch dann, wenn durch die aufgrund gesetzlicher Vorschriften des SGB V angebotenen Leistungen an Versicherte Dritte betroffen sind.

## 3. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH: AUSGLEICH FÜR VERSICHERUNGSFREMDE LEISTUNGEN

**SG Köln, Urt. v. 07.12.2007 – S 26 KR 89/05 –**

**RID 08-02-223**

juris

SGB V §§ 10, 221 II 2, 266, 267 II

Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleichs bleiben die von Dritten erstatteten Ausgaben außer Betracht (§ 266 IV 1 Nr. 1 SGB V), also auch die vom Bund nach § 221 SGB V gewährten Beteiligungen an den Aufwendungen der Krankenkassen für **versicherungsfremde Leistungen** für das Jahr 2004.

§ 10 I Nr. 2 RSAV verstößt nicht gegen das Wesentlichkeitsprinzip.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 4. KEINE VORLAGE EINER KÜNDIGUNGSBESTÄTIGUNG BEI NEUAUFNAHME

**SG Düsseldorf, Urt. v. 04.04.2008 – S 4 KR 28/08 ER –**

**RID 08-02-224**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 3, 173, 175 II

Es besteht kein Anspruch einer Krankenkasse auf **Untersagung einer anderen Krankenkasse**, Mitglieder oder Versicherte aufzunehmen, ohne dass der Krankenkasse eine **Kündigungsbestätigung** oder sonstige Bestätigung der abgebenden Krankenkasse vorgelegt wird, dass die Bindungsfrist erfüllt ist (unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 13.06.2007 - B 12 KR 19/06 R - SozR 4-2500 § 175 Nr. 2).

Das **SG** wies die Klage ab.

## X. Verfahrensrecht: Keine Berufung bei Untätigkeit des SG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.02.2008 – L 5 KR 54/07 –*

RID 08-02-225

*Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 3 KR 16/08 B*

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

EMRK Art. 6 I, 13; GG Art. 2 I, 20 III

Liegt ein erstinstanzliches Urteil eines SG nicht vor, so ist die Berufung unzulässig. Von dem Erfordernis der Beschwer durch ein tatsächlich vorliegendes Urteil des SG kann auch nicht im Hinblick auf eine behauptete Weigerung des SG, den Rechtsstreit zu entscheiden, abgesehen werden.

Die Bekl. überprüfte von dem kl. Fachgeschäft für Orthopädieschuhtechnik erbrachte Leistungen mit dem Ergebnis, dass Leistungen, die der Kl. im Umfang von 79.982,82 DM abgerechnet hatte, nur in einem Umfang von 44.580,88 DM sachlich gerechtfertigt gewesen seien; Die Bekl. behielt von in Rechnung gestellten Leistungen in Höhe von 50.067,51 Euro 45.663,58 Euro ein. Im einstweiligen Rechtsschutzverfahren erklärte sich die Bekl. bereit, den über 25.564,59 Euro hinausgehenden Betrag, also 20.098,99 Euro an den Kl. auszuführen, der daraufhin das einstweilige Rechtsschutzverfahren für erledigt erklärte. Der Kl. hat am 05.03.2002 Klage vor dem SG Gelsenkirchen erhoben. Das SG hat am 04.08.2003 die den Kl. und den **Vorwurf des Betrugs wegen der (angeblichen) Falschabrechnung** betreffenden Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft N angefordert, die am 18.08.2003 beim SG eingingen und am 20.01.2004 an die Staatsanwaltschaft zurückgegeben wurden. Zwischen dem 13.09.2004 und dem 30.08.2006 veranlasste der erstinstanzliche Richter nichts weiter; am 07.06.2005 sah er die Streitsache für einen Termin zur mündlichen Verhandlung vor. Auch die Beteiligten unternahmen während dieses Zeitraums nichts. Die für den 14.12.2006 und 22.02.2007 vorgesehenen Verhandlungstermine hob der erstinstanzliche Richter wegen der mangelnden Verfügbarkeit der Ermittlungsakten in der Strafsache des Klägers jeweils auf. Den für den 19.04.2007 vorgesehenen Termin hob das SG am 17.04.2007 mit der Begründung auf, dass wegen der Übersendung der Strafakten durch das LG Münster erst am 13.04.2007 "ein vertretbarer Entscheidungsvorschlag nicht habe erarbeitet werden können". Der Kl. hat am 26.04.2007 wegen der Untätigkeit des **SG Münster** - S 11 KR 24/02 - Berufung eingelegt.



## XI. Entscheidungen des BSG

### 1. NEBEN KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCH KEIN SOZIALRECHTLICHER HERSTELLUNGSANSPRUCH

*BSG, Urt. v. 02.11.2007 – B 1 KR 14/07 R –*

**RID 08-02-227**

**Leitsatz:** 1. Die in § 13 Abs. 3 SGB V und § 15 Abs. 1 SGB IX geregelten Ansprüche auf Kostenerstattung stellen sich als abschließende gesetzliche Regelung der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht dar; für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ist daneben kein Raum (Festhaltung an BSG v. 24.09.1996 - 1 RK 33/95 - BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 11; Abgrenzung zu BSG v. 30.10.2001 - B 3 KR 27/01 R - BSGE 89, 50 = SozR 3-3300 § 12 Nr. 1).

2. Ärztliche Aufklärungsfehler begründen keinen Kostenerstattungsanspruch, sondern schließen ihn aus (Aufgabe von BSG v. 23.10.1996 - 4 RK 2/96 - BSGE 79, 190 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 12).

### 2. ARZNEIMITTEL/OFF-LABEL-USE: IMMUNGLOBULINTHERAPIE (FLEBOGAMMA) ZUR AIDS-BEHANDLUNG

*BSG, Beschl. v. 20.11.2007 – B 1 KR 118/07 B –*

**RID 08-02-228**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 31.07.2007 – L 5 KR 352/05 – RID 07-04-114 wird zurückgewiesen.

Das Verfahren der Nichtzulassungsbeschwerde dient nicht dazu, die inhaltliche Richtigkeit eines LSG-Urteils nochmals allgemein überprüfen zu lassen (vgl. BSG SozR 1500 § 160a Nr. 7).

Mit einer Grundsatzrüge können nur "Rechtsfragen", nicht aber Fragen tatsächlicher Art zur Überprüfung durch das Revisionsgericht gestellt werden.

Die Frage nach den Therapiemöglichkeiten für ein einzelnes Leiden und dem darauf bezogenen krankenversicherungsrechtlichen Behandlungsanspruch eines Versicherten kann angesichts der Vielzahl der in der Medizin diskutierten Krankheitsbilder und ihrer Behandlungsoptionen nicht in den Rang einer Rechtsfrage von "grundsätzlicher" Bedeutung gehoben werden (st. Rspr. des Senats, vgl. z.B. Beschl. v. 07.10.2005 - B 1 KR 107/04 B - SozR 4-1500 § 160a Nr. 9 u. v. 21.11.2006 - B 1 KR 132/06 B -).

*BVerfG*, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 07.04.2008 - 1 BvR 550/08 – hat die Verfassungsbeschwerde gegen den Beschluss nicht zur Entscheidung angenommen.

### 3. FAHRKOSTEN

#### A) KRANKENTRANSPORT WEGEN KRANKENHAUSVERLEGUNG AUS RELIGIÖSEN GRÜNDEN

*BSG, Urt. v. 02.11.2007 – B 1 KR 11/07 R –*

**RID 08-02-231**

**Leitsatz:** Begehrt ein in ein Krankenhaus aufgenommenem Versicherter die Verlegung in ein anderes Krankenhaus, obwohl er im Aufnahmehaus die erforderliche Krankenhausbehandlung erhalten kann, hat seine Krankenkasse die Fahrtkosten für die Verlegung nicht zu tragen. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherte auf seine religiösen Bedürfnisse beruft, die Verlegung erfolgt und die Krankenkasse die anschließende Krankenhausbehandlung übernimmt.

#### B) FEHLFAHRT EINES RETTUNGSDIENSTES

*BSG, Urt. v. 02.11.2007 – B 1 KR 4/07 R –*

**RID 08-02-232**

**Leitsatz:** Versicherte, die ein Fahrzeug nicht für den eigenen Transport benutzen oder keine Hauptleistung einer Krankenkasse in Anspruch nehmen, für die sie auf einen Transport angewiesen sind, können von ihrer Krankenkasse keine Fahrtkosten beanspruchen.

Vgl. auch anhängige *Revision* unter B 1 KR 38/07 R gegen LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.10.2007 – L 11 KR 23/07 – RID 08-01-178.

#### **4. KRANKENHAUSBEHANDLUNG: VERGÜTUNG BEI KASSENWECHSEL/PROZESSZINSEN**

*BSG, Urt. v. 19.09.2007 – B 1 KR 39/06 R –*

**RID 08-02-233**

**Leitsatz:** 1. Wechselt ein Versicherter seine Krankenkasse, so endet die Leistungszuständigkeit der abgebenden Krankenkasse auch dann mit dem Ende der Mitgliedschaft, wenn der Versicherte Krankenhausbehandlung erhält, die mit einer Fallpauschale vergütet wird (Aufgabe von BSG v. 20.11.2001 - B 1 KR 26/00 R = BSGE 89, 86, 87 = SozR 3-2500 § 19 Nr. 4).

2. Erstattungsansprüche der Sozialleistungsträger untereinander unterliegen im Bereich der Sozialversicherung nicht dem Anspruch auf Prozesszinsen (Fortführung von BSG v. 18.12.1979 - 2 RU 3/79 = BSGE 49, 227 = SozR 1200 § 44 Nr. 2; Abgrenzung zu BVerwG v. 22.2.2001 - 5 C 34/00 = BVerwGE 114, 61).

#### **5. AUGENOPTIKER UND WEGFALL DER LEISTUNGSPFLICHT FÜR SEHHILFEN IM JAHR 2004**

*BSG, Urt. v. 06.09.2007 – B 3 KR 20/06 R –*

**RID 08-02-234**

**Leitsatz:** Der Wegfall der Leistungspflicht für Sehhilfen volljähriger Versicherter zum 1.1.2004 berührt nicht die Ansprüche der Augenoptiker gegen die Krankenkassen auf Zahlung der Festbeträge für bis zum 31.12.2003 verordnete und bestellte, aber erst Anfang 2004 an die Versicherten ausgelieferte Sehhilfen.

#### **6. ERSTATTUNGSANSPRUCH BEI REHABILITATIONSMAßNAHMEN**

##### **A) ERSTATTUNGSANSPRUCH DES ZWEITANGEGANGENEN TRÄGERS/MEDIZINISCHE REHABILITATION**

*BSG, Urt. v. 26.06.2007 – B 1 KR 36/06 R –*

**RID 08-02-235**

**Leitsatz:** 1. Der zweitangegangene Sozialhilfeträger kann von einer Krankenkasse Erstattung wegen Gewährung medizinischer Rehabilitation an einen Versicherten nur verlangen, wenn der Versicherte die gewährte Rehabilitation von seiner Krankenkasse hätte beanspruchen können.

2. Versicherte haben gegen ihre Krankenkasse nur dann Anspruch auf stationäre medizinische Rehabilitation, wenn diese notwendig unter ständiger ärztlicher Verantwortung durchgeführt werden muss und dabei nicht lediglich die Gewährung von Unterkunft in einem nicht gefährdenden Milieu mit Anleitung zur Bewältigung lebenspraktischer und beruflicher Anforderungen im Vordergrund stehen soll.

##### **B) ERSTATTUNGSANSPRUCH DES ERSTANGEGANGENEN LEISTUNGSTRÄGERS/ALTERSTEILZEIT**

*BSG, Urt. v. 26.06.2007 – B 1 KR 34/06 R –*

**RID 08-02-236**

**Leitsatz:** 1. Hat ein erstangegangener Träger in Bejahung seiner Zuständigkeit Rehabilitationsleistungen erbracht, schließt dies Erstattungsansprüche nach §§ 103, 104 SGB X nicht aus (Abgrenzung zu BSG vom 26.10.2004 – B 7 AL 16/04 R = BSGE 93, 283 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 1).

2. Leitet ein erstangegangener Rehabilitationsträger in der irrtümlichen Annahme seiner Zuständigkeit den Leistungsantrag nicht weiter, begründet dies im Erstattungsverhältnis zu anderen Trägern nur eine nachrangige Zuständigkeit.

3. Für Versicherte sind während der Altersteilzeit Leistungen zur Teilhabe des Rentenversicherungsträgers nicht ausgeschlossen.

#### **7. GEWÄHRUNG DER AKTENEINSICHT AUF ZWISCHENFESTSTELLUNGSKLAGE**

*BSG, Urt. v. 15.11.2007 – B 1 KR 13/07 R –*

**RID 08-02-237**

**Leitsatz:** Die Frage, ob einer Krankenkasse im Prozess über einen Abrechnungstreit mit einem Krankenhaus Einsicht in die vom Sozialgericht beigezogenen Behandlungsunterlagen des Krankenhauses zu gewähren ist (§ 120 SGG), kann nicht Gegenstand einer Zwischenfeststellungsklage sein.

## C. Entscheidungen anderer Gerichte

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. APPROBATION: ENTZIEHUNG/RUHEN

##### A) BVERFG: SOFORTIGE VOLLZIEHUNG DES RUHENS DER APPROBATION

*BVerfG - 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 19.12.2007 - 1 BvR 1941/07 -*

RID 08-02-238

NJW 2008, 1369

GG Art. 2 I, 12 I, 19 IV; VwGO § 80 I 1, V; BÄO §§ 5, 6 I

Der Verfassungsbeschwerde gegen *OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 31.07.2007 – 13 B 929/07 – RID 08-01-214 wird stattgegeben.

Die Anordnung der sofortigen Vollziehung des Ruhens der Approbation eines Arztes sowie der Einziehung der Approbationsurkunde ist ein Eingriff in die bei Deutschen durch Art. 12 I GG geschützte Berufsfreiheit und nur unter strengen Voraussetzungen zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter und unter strikter Beachtung des Grundsatzes der **Verhältnismäßigkeit** statthaft. Es kann offen bleiben, ob sich ein EG-Ausländer insoweit ebenfalls auf Art. 12 I GG berufen kann; er hat jedenfalls über die Grundrechtsgewährleistung aus Art. 2 I GG Anspruch auf eine entsprechende Einhaltung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes.

**Überwiegende öffentliche Belange** können es ausnahmsweise rechtfertigen, den Rechtsschutzanspruch des Grundrechtsträgers gegen die Anordnung des Sofortvollzugs einstweilen zurückzustellen, um unaufschiebbare Maßnahmen im Interesse des allgemeinen Wohls rechtzeitig in die Wege zu leiten. Wegen der gesteigerten Eingriffsintensität beim Sofortvollzug des Ruhens einer Approbation sind hierfür jedoch nur solche Gründe ausreichend, die in angemessenem Verhältnis zu der Schwere des Eingriffs stehen und die ein Zuwarten bis zur Rechtskraft des Hauptverfahrens ausschließen. Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, hängt von einer Gesamtwürdigung der Umstände des Einzelfalls und insbesondere davon ab, ob eine **weitere Berufstätigkeit (hier: Dialysebehandlungen durch einen Arzt) konkrete Gefahren** für wichtige Gemeinschaftsgüter befürchten lässt.

##### B) BVERWG: APPROBATIONSWIDERRUF NACH ABRECHNUNGSBETRUG ALS VERTRAGSARZT

*BVerwG, Beschl. v. 25.02.2008 – 3 B 85.07 –*

RID 08-02-239

www.bverwg.de

BÄO § 5 II 1

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *VGH Bayern*, Urt. v. 28.03.2007 – 21 B 04.3153 – RID 07-03-201 wird zurückgewiesen.

Es ist ständige Rechtsprechung des Senats, dass für die im Rahmen des Widerrufs einer ärztlichen Approbation geforderte **Prognose** zur Beurteilung der Zuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes auf die Umstände im **Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens** abzustellen ist (Urt. v. 16.09.1997 - 3 C 12.95 - BVerwGE 105, 214; zuletzt Beschl. v. 09.11.2006 - 3 B 7.06 - Rn. 10). Später eintretende Umstände können im Rahmen eines Antrags auf Wiedererteilung der Approbation berücksichtigt werden. Dieser Rechtsprechung hat sich das **BSG** im Grundsatz ausdrücklich angeschlossen. Es hat diesen Grundsatz allerdings im Falle der Entziehung der Kassenzulassung wegen der faktischen und rechtlichen Hindernisse, die einer Wiederzulassung am bisherigen Ort der Niederlassung entgegenstehen, dahin modifiziert, dass im Hinblick auf die Bedeutung des Rechts auf Art. 12 Abs. 1 GG bei noch nicht vollzogenen Zulassungsentscheidungen zugunsten des betroffenen Vertragsarztes Änderungen des Sachverhalts bis zur letzten mündlichen Verhandlung vor dem Tatsachengericht zu berücksichtigen seien (BSG v. 20.10.2004 - B 6 KA 67/03 R - BSGE 93, 269). Die Hindernisse, die einer Wiederzulassung als Kassenarzt entgegenstehen mögen, gibt es bei der Approbation als solcher nicht. Art. 12 I GG fordert nicht, dass der Betroffene nach Wiedererteilung der Approbation seine berufliche Tätigkeit in demselben Umfeld ausüben können muss. **Der Arzt muss sich nach Wiedererteilung der Approbation neu in seinem Beruf einrichten, und zwar unter den dann herrschenden Bedingungen.**

### C) WIDERRUF DER APPROBATION ALS KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTIN

PsychThG §§ 3 I, 12 V

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.02.2007 – 13 A 1714/04 –*

RID 08-02-240

juris = MedR 2007, 367

**Leitsatz:** 1. Der Widerruf einer Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin ist auch bei einem nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes aufgenommenen und abgeschlossenen Studium der Heilpädagogik gerechtfertigt.

2. Das Verwaltungsgericht kann seiner Entscheidung auch nach den Behördenbescheiden ergangene obergerichtliche Urteile zu Grunde legen

*BVerwG, Beschl. v. 26.09.2007 – 3 B 39.07 –*

RID 08-02-241

www.bverwg.de = juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 05.02.2007 – 13 A 1714/04 – RID 08-02- wird zurückgewiesen.

Eine psychotherapeutische Vortätigkeit im Rahmen der Übergangsregelung des Psychotherapeutengesetzes kann für die Approbation als psychologischer Psychotherapeut nicht berücksichtigt werden, wenn sie ohne die Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz ausgeübt wurde (BVerwG, Urt. v. 28.11.2002 - 3 C 44.01 - Buchholz 418.04 Heilpraktiker Nr. 21). Dies gilt in derselben Weise für die Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut nach § 12 V PsychThG.

### 2. ERLAUBTE ABGABE VON BRILLEN DURCH AUGENÄRZTE/“VERKÜRZTER VERSORGUNGSWEG”

*OLG Naumburg, Urt. v. 23.11.2007 – 10 U 47/07 –*

RID 08-02-242

MedR 2008, 215

UWG §§ 3, 4 Nr. 11 i.V.m. BOÄ LSA §§ 3 II, 34 V (= MBO-Ä §§ 3 II, 34 V)

**Leitsatz (MedR):** 1. Aus einem möglichen Verstoß im Einzelfall gegen §§ 3 II, 34 V BOÄ Sachs.-Anh. lässt sich kein allgemeines Unterlassungsgebot ableiten, ohne in die Therapiefreiheit des Arztes einzugreifen.

2. Die Frage, was im Einzelfall medizinisch geboten ist, unterliegt grundsätzlich der Beurteilung des behandelnden Arztes.

3. Der Fall der Abgabe von Brillen an Patienten liegt aufgrund seiner werkvertraglichen Elemente näher an der Verabreichung von Hörgeräten als an dem Verkauf von Diabetes-Teststreifen.

### 3. ERSTELLUNG VON BEFUNDBERICHTEN IN ANGEMESSENER FRIST

*VG Münster, Urt. v. 08.08.2007 – 16 K 349/07.T –*

RID 08-02-243

juris

SGB IX §§ 21 III 1, 22I, 69 I 2; KOV § 12 II 3

Zur gewissenhaften Berufsausübung gehört es, die für die Berufsausübung geltenden **Vorschriften zu beachten**.

Ein Arzt verstößt gegen die Pflicht, **Gutachten oder Zeugnisse**, zu deren Ausstellung eine Verpflichtung besteht oder deren Ausstellung übernommen wurde, **innerhalb angemessener Frist** abzugeben, wenn er die vom Versorgungsamt und Sozialgericht bei ihm angeforderten ärztlichen Auskünfte sowie Behandlungs- und Befundberichte trotz mehrfacher Aufforderung nicht erstellt und auch als geladener Zeuge zu den vom Sozialgericht anberaumten Terminen unentschuldigt nicht erscheint.

Ein Arzt darf auch nur so viele Patientinnen und Patienten zur Behandlung annehmen, dass ihm deren sachgemäße Betreuung unter Berücksichtigung seiner Arbeitskraft und der seines Personals möglich bleibt. Dabei muss er den anfallenden **Schriftverkehr** und damit auch die Abfassung von Befundberichten berücksichtigen (Landesberufsgesetz für Heilberufe beim OVG NRW, Urt. v. 20.09.1984 - ZA 6/83 -). Er kann und muss ggf. seine **Praxis derart organisieren**, dass er einen Fristenkalender führt bzw. führen lässt und sich danach anstehende Auskunftsverlangen und Anforderungen von Befundberichten zur Bearbeitung gesondert und rechtzeitig vorlegen lässt.

#### 4. BVERWG: ERLAUBNIS NACH § 13 ZHG NICHT AUF DAUER

*BVerwG, Beschl. v. 20.12.2007 – 3 B 59/07 –*

RID 08-02-244

www.bverwg.de  
ZHG §§ 1, 13

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 19.03.2007 – 13 A 4204/06 – RID 07-03-202 wird zurückgewiesen.

Werden die **Gleichwertigkeitslisten**, die gemeinsam von Fachleuten aus den Universitäten, den Verwaltungen und den zur Beurteilung ausländischer Bildungsgänge zuständigen Stellen erarbeitet worden sind, als Beweismittel dafür herangezogen, dass die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes im Sinne des § 2 II Nr. 1 ZHG für eine in der **Türkei abgeschlossene Ausbildung als Zahnarzt** nicht gegeben ist, so liegt dem eine Bewertung des Inhalts der Gleichwertigkeitslisten zugrunde. Dies ist eine typische trichterliche Aufgabe.

Sowohl nach § 1 I 2 als auch nach § 13 I ZHG hat die **Berufsausübungserlaubnis** die vorübergehende Ausübung der Zahnheilkunde zum Gegenstand. § 13 II 2 ZHG bestimmt dazu, dass die Erlaubnis nur bis zu einer Gesamtdauer der zahnärztlichen Tätigkeit von höchstens drei Jahren im Geltungsbereich des Gesetzes erteilt oder verlängert werden kann. § 13 III ZHG, wonach bestimmten Personen, etwa anerkannten Asylberechtigten oder Ehepartnern eines deutschen Staatsangehörigen, eine **unbefristete Erlaubnis** erteilt werden kann, trägt der Tatsache Rechnung, dass Angehörigen von Drittstaaten die Approbation als normale Grundlage einer dauernden Ausübung der Zahnheilkunde nach § 2 I 1 Nr. 1 ZHG im Allgemeinen verschlossen ist. Dies ist weder unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung noch unter dem der Berufsausübungsfreiheit mit dem Fall vergleichbar, dass einem deutschen Staatsbürger die Approbation wegen ins Gewicht fallender fachlicher Mängel versagt werden muss.

#### 5. ANERKENNUNG ALS FACHÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN OHNE WEITERBILDUNG

*VGH Hessen, Urt. v. 19.12.2007 – 1 UE 721/07 –*

RID 08-02-245

juris  
HessHeilberufG a.F. § 38d

Eine Ärztin, die sich nach dem 31.12.1991 ohne Gebietsbezeichnung niedergelassen hat und zum Stichtag 01.01.2004 nicht berechtigt war, die Bezeichnung „Praktische Ärztin“ zu führen, kann nicht nach § 38d Satz 1 oder 3 HessHeilberufG i.d.F. des G. v. 23.06.2004 (GVBl. I S. 221) die Anerkennung als Fachärztin für Allgemeinmedizin verlangen. Ein Anspruch folgt auch nicht aus dem Gesichtspunkt der „Inländerdiskriminierung“.

#### 6. FÜHRUNG DES TITELS „MASTER OF SCIENCE (KIEFERORTHOPÄDIE)“

*LG Ingolstadt, Urt. v. 18.09.2007 – 1 HK O 507/07 –*

RID 08-02-246

ZGMR 2008, 84  
UWG §§ 3, 4; HeilberufeG NW §§ 33 ff.

Die Führung des Titels „Master of Science (Kieferorthopädie)“, welcher an einer österreichischen Universität erworben wurde, ist weder berufsrechtlich noch wettbewerbsrechtlich zu beanstanden.

Anders *LG Kleve*, Urt. v. 10.08.2007 – 8 O 3/07 – RID 07-03-208.

#### 7. VERSORGUNGSRECHT: LEBENSPARTNERSCHAFT OHNE HINTERBLIEBENENRENTE UND BEITRAGSHÖHE

*OVG Niedersachsen, Beschl. v. 28.04.2008 – 8 LA 16/08 –*

RID 08-02-247

www.dbovg.niedersachsen.de  
AGG; GG Art. 3; LPartG; EG Richtlinie 2000/78 §§

**Leitsatz:** Ein niedersächsisches berufsständisches Versorgungswerk, das dem überlebenden Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft keine Hinterbliebenenrente gewährt, ist grundsätzlich nicht verpflichtet, stattdessen den Versorgungsbeitrag zu vermindern, um so den Aufbau einer anderweitigen Alterssicherung zu ermöglichen.

## II. Arzthaftung

*Eike Schmidt*, Der ärztliche Behandlungsfehler im Spannungsfeld zwischen medizinischem Versagen und juristischer Problembearbeitung, MedR 2007, 693-702.

### 1. AUFKLÄRUNG BEI MEHREREN BEHANDLUNGSMETHODEN

*OLG Naumburg, Urt. v. 20.12.2007 – 1 U 95/06 –*

RID 08-02-248

<sup>juris</sup>  
BGB §§ 280, 823 I

**Leitsatz:** 1. Stehen **mehrere** medizinisch sinnvolle und angezeigte **Behandlungsmethoden** zur Verfügung, die zu jeweils unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen bieten, so muss der Patient selbst prüfen und mitentscheiden können, was er an Belastungen und Gefahren im Hinblick auf möglicherweise unterschiedliche Erfolgchancen der verschiedenen Behandlungsmethoden auf sich nehmen will.

2. Zur Pflicht der **Aufklärung einer Schwangeren** durch den Geburtshelfer in der laufenden 31. Schwangerschaftswoche nach Blasensprung über die Möglichkeit der Hinauszögerung der Geburtseinleitung mit Förderung der Lungenreife anstelle der bewusst eingeleiteten Frühgeburt.

### 2. ALLGEMEIN GEFASSTE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG UND RISIKOEINGRIFF

*OLG Koblenz, Beschl. v. 22.10.2007 – 5 U 1288/07 –*

RID 08-02-249

<sup>juris</sup>  
BGB §§ 276, 611, 823, 847; ZPO §§ 141, 286, 445, 448

**Leitsatz:** 1. Eine formularmäßige, ganz allgemein gefasste **Einverständniserklärung** des Patienten ist bei einem Eingriff mit erheblichen Risiken (hier: Entfernung einer in das Perineum eingelagerten Vaginalzyste) in der Regel unzureichend. Die Unterzeichnung derartiger Formulare für sich allein beweist noch nicht, dass der Patient sie gelesen und verstanden hat, geschweige denn, dass der Inhalt mit ihm erörtert wurde.

2. Das erforderliche ärztliche **Aufklärungsgespräch** und sein Inhalt können in einem derartigen Fall durch Parteienanhörung des aufklärenden Arztes unter Gegenüberstellung mit dem Patienten nachgewiesen werden, wenn ein zureichender Anhalt dafür besteht, dass die Sachdarstellung des Arztes zutrifft. Außerdem kommt eine von Amts wegen vorzunehmende Parteivernehmung des Arztes in Betracht, um letzte Zweifel auszuräumen.

3. **Operationsrisiken** müssen dem Patienten nicht in allen medizinischen Einzelheiten, sondern nur in ihrem Kern dargestellt werden, damit die Gefahrenlage hinreichend verdeutlicht ist.

### 3. VERWIRKLICHUNG EINES BEHANDLUNGSSIMMANENTEN RISIKOS

*OLG Hamm, Urt. v. 20.08.2007 – 3 U 274/06 –*

RID 08-02-250

MedR 2008, 217 m. Anm. Cramer  
BGB §§ 249 II 1, 253 II, 611, 823 I u. II, 847 a. F.; StGB § 230

**Leitsatz (MedR):** Die unterlassene Anwendung eines Mundschutzes bei der Durchführung einer Injektionsbehandlung kann einen ärztlichen Behandlungsfehler darstellen. Eine Haftung für den weiteren Krankheitsverlauf scheidet jedoch aus, wenn sich die Kausalität nicht nachweisen lässt.

### 4. BINDUNG AN ÜBERWEISUNGS-AUFTRAG

*OLG Naumburg, Urt. v. 18.01.2008 – 1 U 77/07 –*

RID 08-02-251

<sup>juris</sup>  
BGB §§ 280 I, 823 I

**Leitsatz:** Bei einer Überweisung eines Patienten zu einer Befunderhebung richtet sich der Umfang der geschuldeten ärztlichen Leistungen nach dem in der Überweisung genannten **Auftrag**.

Erfolgt eine Überweisung zur eigenverantwortlichen Abklärung einer **Verdachtsdiagnose**, so entsteht mit der Übernahme dieses Auftrags eine Verpflichtung zur Erhebung aller notwendigen Befunde, um den Verdacht entweder zu bestätigen oder auszuschließen. Der Überweisungsauftrag umfasst dann auch die vollständige Auswertung der erhobenen Befunde.

Wird hingegen die Überweisung zur Ausführung einer konkret benannten **Diagnosemaßnahme** vorgenommen, so beschränkt sich die geschuldete und erlaubte ärztliche Leistung auf diese Maßnahme. Es bleibt Sache des überweisenden Arztes, die Ergebnisse der Befunderhebung zu interpretieren und hieraus z. Bsp. therapeutische Schlussfolgerungen abzuleiten.

(Der hier vorliegende **Überweisungsauftrag „CT BWS/LWS – ossär metastast. PCA – beg. Querschnittssymptomatik“** ist ein beschränkter Auftrag im letzt genannten Sinne.).

## 5. PFLEGEAUFWAND NACH GEBURTSSCHADEN

*OLG Zweibrücken, Urt. v. 13.11.2007 – 5 U 62/06 –*

RID 08-01-252

juris

ZPO § 287; BGB §§ 843 I u. IV, 1836 I u. II

**Leitsatz:** Zur Bemessung des Schadensersatzes wegen eines vermehrten Bedürfnisses für Pflege und Betreuung eines durch einen ärztlichen Behandlungsfehler bei der Geburt schwer geschädigten Kindes durch Eltern im Rahmen häuslicher Gemeinschaft und durch fremde Hilfskräfte, insbesondere zur Bewertung sog. „Bereitschaftszeiten“ der Eltern.

## 6. SCHADENSERSATZ NACH ENTFERNUNG WEIBLICHER GESCHLECHTSORGANE VOR 30 JAHREN

*LG Köln, Urt. v. 06.02.2008 – 25 O 179/07 –*

RID 08-02-253

juris

BGB § 823 I

Sollen eindeutig weibliche und nicht gemischtgeschlechtliche Organe entfernt werden, so ist dies vor dem Hintergrund einer psychischen Irritation des Patienten schon wegen der Vorstellung, "organische weibliche Anteile" zu haben, von ganz wesentlicher Bedeutung und damit **aufklärungspflichtig**. Hierdurch erlangt der Eingriff nämlich eine andere Qualität, weil es sich nicht mehr um eine korrigierende Angleichung zur Erhaltung eines von zwei angelegten Geschlechtern handelte, sondern um eine vollständige Entfernung der Organe des einzigen organisch angelegten Geschlechts. Es ist Sache des Arztes, triftige **Gründe für das Unterlassen** der Aufklärung darzulegen.

## 7. UNTERLASSENE BEFUNDERHEBUNG UND BEWEISLAST/SCHMERZENGELD FÜR ANGEBO- LICHEN SIMULANTEN

### LICHEN SIMULANTEN

*OLG Koblenz, Beschl. v. 10.01.2008 – 5 U 1508/07 –*

RID 08-02-254

juris

BGB §§ 249, 276, 611, 823, 847

**Leitsatz:** 1. Eine **fehlerhaft unterlassene Befunderhebung** führt dann zu einer **Umkehr der Beweislast** hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den Gesundheitsschaden, wenn sich bei rechtzeitiger und genügender Abklärung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt hätte, und sich die Verkennung des Befundes als fundamental bzw. die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde.

2. Muss ein lebensbedrohlich erkrankter und letztlich verstorbener Krankenhauspatient neben der Verdächtigung, nur zu simulieren, 6 Tage lang Luftnot, Erstickungsgefühle und Todesangst erdulden, kann das ein **Schmerzensgeld** von 15.000 € rechtfertigen.

3. Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes muss das **Regulierungsverhalten des Zahlungspflichtigen** außer Betracht bleiben, da es den ausschließlich in der Person des Verstorbenen entstandenen Anspruch nicht beeinflussen kann.

## 8. BEWEISLAST: DOKUMENTATIONSVERSÄUMNIS BEI UNSTREITIGER BEFUNDERHEBUNG

*OLG Düsseldorf, Urt. v. 26.07.2007 – I-8 U 32/06 –*

RID 08-02-255

juris = ZMGR 2008, 90

BGB §§ 280 I, 823 I, 831 I

Allein aufgrund eines **Dokumentationsversäumnisses** kann nicht schon auf das Vorliegen eines **ärztlichen Fehlers** geschlossen werden, wenn jedenfalls feststeht, dass Befunde erhoben wurden. Ein solches Dokumentationsversäumnis führt auch für sich nicht zu einer Beweiserleichterung für den Patienten bezüglich des Vorliegens eines ärztlichen Behandlungsfehlers.

*BGH*, Beschl. v. 04.03.2008 – VI ZR 214/07 [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

## 9. ZUM AUSSCHLUSS DER BEWEISLASTUMKEHR BEI GROBEN BEHANDLUNGSFEHLERN

*LG Dresden, Urt. v. 30.11.2007 – 6 O 0266/06 –*

RID 08-02-256

MedR 2008, 223

BGB §§ 253 II, 280 I, 611, 823 I; ZPO § 287

**Leitsatz (MedR):** 1. Ist der **Patient** (hier: ein Fachzahnarzt) mit medizinischem Sachverstand ausgestattet, darf der behandelnde Arzt (hier: Facharzt für Chirurgie) darauf vertrauen, dass der um die

Bedeutung wahrheitsgemäßer anamnestischer Angaben wissende Patient auch wahrheitsgemäße und **vollständige Auskünfte** erteilt. Mit aus medizinischer Sicht völlig unverständlichem Verhalten muss der behandelnde Arzt nicht rechnen.

2. Die mit einem groben Behandlungsfehler verbundene **Beweislastumkehr** für die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden ist ausgeschlossen, wenn der (zahn)medizinisch sachverständige Patient seinen behandelnden Arzt über **wesentliche Tatsachen täuscht** (hier: schlechte Blutzuckereinstellung) oder solche ungefragt verschweigt (hier: langjähriger Alkoholabusus) und hierdurch ebenfalls maßgeblich zur Unaufklärbarkeit des Ursachenzusammenhanges zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden beiträgt. Eine Beweislastumkehr würde in diesem Fall ihrem Sinn und Zweck, nämlich der Herstellung der Waffengleichheit in Gestalt eines Ausgleichs für die erschwerte Aufklärung des Kausalverlaufes, widersprechen.

3. **Verweigert** der um das Gefährdungspotential von Wundinfektionen beim diabetischen Fuß wissende Patient wegen einer ausgedehnten Brandwunde am Fuß eine zunächst noch nicht zwingend notwendige, aber schon vorbereitete **stationäre Aufnahme**, ist bei späterer Befundverschlechterung die nochmalige **therapeutische Aufklärung** über eine dann zwingende Indikation zur stationären Behandlung entbehrlich.

## 10. PERSÖNLICHE HAFTUNG DES DURCHGANGSARZTES

*OLG Karlsruhe, Urt. v. 14.11.2007 – 7 U 101/06 –*

RID 08-02-257

juris = GesR 2008, 45 = ZMGR 2008, 92  
BGB §§ 823, 847, 839; GG Art. 34

**Leitsatz:** 1. Die Grundsätze zur Haftung der Unfallversicherungsträger gem. Art. 34 GG, § 839 BGB für Diagnosefehler, die dem **Durchgangsarzt** in der Ausübung eines öffentlichen Amtes bei der Entscheidung, ob der Verletzte in die besondere Heilbehandlung übernommen wird oder die allgemeine Heilbehandlung ausreichend ist, sind auf den **H-Arzt** (Heilbehandlungsarzt) gem. § 30 des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger (i. V. m. § 34 Abs. 3 SGB VII) nicht übertragbar.

2. Auch im Arzthaftungsprozess können **Tatsachen**, die Anlass für die Annahme eines Behandlungsfehlers geben, mit der den Wirkungen des § 288 ZPO **zugestanden werden**, obwohl besondere Anforderungen an die Aufklärungspflicht des Gerichts gestellt werden und die Darlegungslast der Parteien geringer ist.

## 11. AUFTRAGSUMFANG AN SACHVERSTÄNDIGEN

*OLG Oldenburg, Beschl. v. 25.02.2008 – 5 W 10/08 –*

RID 08-02-258

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de>  
ZPO §§ 42 II, 359

**Leitsatz:** Das Gericht ist im Arzthaftungsprozess nicht an die vom Patienten vorgebrachten Gründe für eine vermutete Fehlerhaftigkeit des ärztlichen Handelns gebunden, sondern darf den **Sachverständigen** darüber hinaus mit der **Prüfung beauftragen**, ob sonstige für den behaupteten Schaden ursächliche Behandlungsfehler zu erkennen sind.

## III. Private Krankenversicherung/Privatbehandlung/Beihilfe

### 1. ARZT TRÄGT BEWEISPFICHT FÜR LEISTUNGEN UND IHRE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT

*OLG Nürnberg, Urt. v. 21.12.2007 – 5 U 2308/05 –*

RID 08-02-259

[www.iww.de/index](http://www.iww.de/index)  
BGB § 612 II; GOÄ § 1; GOZ § 1; ZPO § 284

Auch in einem Prozess um ein **Arzthonorar** gilt die **allgemeine Darlegungs- und Beweislastverteilung**: Jede Partei hat die Tatsachen zu behaupten und zu beweisen, welche den Tatbestand der für sie günstigen Rechtsnorm erfüllen. Die maßgebenden Tatsachen für die Beweisführung hinsichtlich eines Arzthonorars ereignen sich sämtlich in der **Einflussphäre des Arztes**. Er hat, anders als der Patient, die Möglichkeit, sein ärztliches Handeln in geeigneter Form zu dokumentieren. Daher sprechen auch praktische Gründe eines gerechten Interessenausgleichs dafür, dass der Arzt sowohl die **Erbringung** als auch die **medizinische Notwendigkeit** der abgerechneten Leistungen beweisen muss.



## 2. AUFKLÄRUNGSPFLICHT BEI WECHSEL VON DER GESETZLICHEN IN DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

*OLG Celle, Urt. v. 07.02.2008 – 8 U 189/07 –*

RID 08-02-260

<http://app.olg-ol.niedersachsen.de>  
BGB §§ 280, 311; MB/KK § 1

**Leitsatz:** Den für einen privaten Krankenversicherer handelnden Agenten trifft beim Abschluss eines **Krankheitskostenversicherungsvertrages** für den Versicherungsnehmer und dessen Familienangehörige grundsätzlich keine Pflicht, diesen ungefragt und umfassend über die Vor- und Nachteile zu **beraten**, die sich aus dem Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung ergeben können, insbesondere soweit sich Änderungen aus der Familienplanung oder der Absicht der Ehefrau zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit oder zur Betreuung der Kinder ergeben. Anderes kommt nur in Betracht, wenn im Einzelfall ein besonderes Auskunfts- oder Beratungsbedürfnis erkennbar ist oder wenn konkrete Vergleichsberechnungen bezüglich der künftigen Kosten in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung aufgestellt werden.

## 3. AMBULANTE VOR STATIONÄRE REHA

*OLG Koblenz, Urt. v. 20.04.2007 – 10 U 216/06 –*

RID 08-02-261

juris = VersR 2008, 339  
MB/KK § 4 V

Der Nachweis der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung kann nicht durch **Zeugnis eines Behandlers** geführt werden, was allgemein anerkannt ist, sondern nur in objektiver Weise durch einen **neutralen Sachverständigen**, der sich an objektiven Tatsachen, insbesondere konkreten Befunden zu orientieren hat. Können die stationär durchgeführten Therapiemaßnahmen auch ambulant durchgeführt werden, dann ist eine stationäre Behandlung nicht erforderlich.

## 4. KLAGE AUF ZAHNARZTHONORAR WEGEN NICHT RECHTZEITIGER VORLAGE DER VERSICHERTENKARTE

*BayVerfGH, Entsch. v. 20.02.2008 – Vf.24-VI-07 –*

RID 08-02-262

juris  
SGB V § 15 II; Bay. Verf. Art. 91 I, 118 I; ZPO § 321a; BGB § 242

**AG Traunstein**, Urt. v. 01.12.2006 - 321 C 230/06 -, mit dem die Klage eines Vertragszahnarztes auf Zahnarzthonorar abgewiesen wurde, weil dieser sich nach Treu und Glauben nicht auf die **Zehn-Tages-Frist zur Vorlage einer gültigen Krankenversichertenkarte** habe berufen können, da ihn die zuständige Krankenversicherung vor Einleitung des gerichtlichen Verfahrens gebeten habe, die vorhandene Versichertenkarte anzunehmen und die Leistungen über die Versicherung abzurechnen, verletzt nicht das Grundrecht auf rechtliches Gehör und das Willkürverbot.

## 5. AXILLÄRE HYPERHIDROSE III. GRADES ALS KRANKHEITSFALL/THERAPIE MIT BOTULINUMTOXIN ("BOTOX")

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.12.2007 – 6 A 5173/05 –*

RID 08-02-263

juris  
LBG NRW § 88 S. 2; BhV NRW § 3 I Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Zum Begriff des "**Krankheitsfalls**" nach § 88 Satz 2 LBG NRW i.V.m. § 3 Abs. 1 Nr. 1 BhV NRW.

2. Die **axilläre Hyperhidrose III. Grades** (übermäßiges Schwitzen im Bereich der Achsel) ist ein Krankheitsfall im Sinne der Beihilfenverordnung NRW.

3. Sind andere Behandlungsmethoden erfolglos geblieben, kann die Therapie der axillären Hyperhidrose mit **Botulinumtoxin** ("Botox") notwendig und angemessen sein

## 6. VERFASSUNGSWIDRIGKEIT DER BEIHILFEREGELUNGEN DES BUNDES

*VG Göttingen, Urt. v. 26.02.2008 – 3 A 277/07 –*

RID 08-02-264

*Sprungsrevision zugelassen* juris  
BBG § 200; BhV §§ 6 I Nr. 2, 12 I 2, 17 III 2; VwGO § 124 I 1

**Leitsatz:** Weil der Gesetzgeber entgegen BVerwG, Urt. v. 17.06.2004 - 2 C 50.02 - BVerwGE 121, 103, 111 nicht in einem überschaubaren Zeitraum seiner **Normierungspflicht** nachgekommen ist und überdies der Vorschriftengeber nach dem 17.06.2004 noch wesentliche Änderungen an den BhV vorgenommen hat, sind die BhV spätestens ab dem 01.10.2006 nicht mehr anwendbar.

## IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte

### 1. WERBEGESCHENKE VON PHARMAUNTERNEHMEN AN NIEDERGELASSENE ÄRZTE

*LG München I, Urt. v. 12.01.2008 – IHK O 13279/07 –*

RID 08-02-265

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 1, 8 III Nr. 2; HWG § 7 I Nr. 4; UGP-Richtlinie Art. 5

**Leitsatz:** 1. Das besondere **Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient** gebietet bei der Verschreibung von Medikamenten die ausschließliche Orientierung des Arztes an den Interessen des Patienten, die bereits durch den **Verdacht der unsachlichen Beeinflussung** seitens eines Herstellers von Medikamenten gefährdet wäre.

2. **Sachzuwendungen von Pharmaunternehmen an Ärzte**, die nicht mehr als geringwertig eingestuft werden können, stellen - auch wenn sie im Rahmen einer nicht produktbezogenen Imagewerbekampagne gewährt werden - sowohl einen sonstigen unangemessenen unsachlichen Einfluss i.S.v. § 4 Nr. 1 UWG als auch einen Verstoß gegen die "anständigen Gepflogenheiten in Gewerbe und Handel" i.S. von § 3 UWG i.V.m. Art. 5 UGP-Richtlinie dar.

3. Das Anbringen von **Werbelogos auf Praxiseinrichtungsgegenständen**, die Ärzten zu erheblich vergünstigten Preisen angeboten werden, stellt keine Rechtfertigung für die in der Subventionierung der Gegenstände zu sehende unlautere Sachzuwendung dar.

4. Das Angebot eines Pharmaunternehmens an einen Arzt, **kostenfreie Beratung durch eine Unternehmensberatung** in Anspruch zu nehmen stellt - jedenfalls wenn die Beratung sich nicht auf pharmakologische Fragestellungen bezieht, sondern auf solche der Organisation und des Praxismanagements - eine unlautere Zuwendung dar. Ein Ausschluss vom Zuwendungsverbot analog § 7 Abs. 1 Ziff. 4 HWG scheidet daher aus.

5. Das Erfordernis einer "**erheblichen Zahl von Unternehmen**" i.S.v. § 8 Abs. 3 Ziff. 2 UWG bedeutet nicht, dass die dem klagenden Wettbewerbsverband angehörenden Unternehmen einen exakten Querschnitt der sonstigen Marktteilnehmer der betreffenden Branche darstellen müssen. Etwa 10 % der Unternehmen, die etwa 70 % der Umsätze einer Branche tätigen, stellen daher eine "erhebliche Zahl" i.S.d. Vorschrift dar.

### 2. BVERWG: VERSANDHANDEL MIT ARZNEIMITTELN DARF DROGERIEMÄRKTE EINBEZIEHEN

*BVerwG, Urt. v.13.03.2008 – 3 C 27.07 –*

RID 08-02-266

juris

AMG §§ 43 I 1, 73 I 1 Nr. 1°; ApBetrO § 24

**Leitsatz:** Der in § 43 Abs. 1 Satz 1 und § 73 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1a AMG zugelassene Versandhandel mit Arzneimitteln setzt nicht voraus, dass die bestellten Medikamente dem **Endverbraucher** an seine Adresse zugestellt werden. Der Versand kann auch durch Übersendung an eine in einem Gewerbebetrieb eingerichtete **Abholstation** erfolgen, in der die Arzneimittelsendung dem Kunden ausgehändigt wird.

Überschreitet das in den Vertrieb eingeschaltete Unternehmen die **Funktion des Transportmittlers** und erweckt es den Eindruck, die Arzneimittel würden von ihm selbst abgegeben, handelt es sich nicht mehr um einen Arzneimittelversand durch eine Apotheke im Sinne des § 43 Abs. 1 Satz 1 AMG.

Das Verbot der Einrichtung von **Rezeptsammelstellen** (§ 24 ApBetrO) betrifft nicht das Einsammeln von Medikamentenbestellungen im Rahmen des Versandhandels mit Arzneimitteln.

### 3. BVERWG: „INTERNATIONALE APOTHEKE“

*BVerwG, Urt. v. 17.01.2008 – 3 C 1.07–*

RID 08-02-267

www.bverwg.de

GG Art. 12 I; AMG § 73; ApBetrO § 18; HeilBerG NW § 6 I; BOAPO Westf. L. § 9

**Leitsatz:** Das Recht zur Bezeichnung als „Internationale Apotheke“ setzt nicht voraus, dass in nennenswertem Umfang gängige ausländische Arzneimittel vorrätig gehalten werden.

#### 4. BEIHILFE: AUSSCHLUSS NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER ARZNEIMITTEL (HYALURONSÄURE)

*VG Regensburg, Urt. v. 18.02.2008 – RO 8 K 07.1650 –*

**RID 08-02-268**

<sup>juris</sup>  
BBG §§ 79, 200; SGB V § 34 I 2, 92 I 2 Nr. 6

**Leitsatz:** 1. Mit dem **Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel** durch § 6 Abs. 1 Nr. 2 b BhV nach der 27. Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfavorschriften greift der Bundesminister in wesentliche Strukturprinzipien der Beihilfe ein, in dem er losgelöst vom Aspekt der Notwendigkeit und Angemessenheit auf beihilferechtlich fremde Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung verweist.

2. Die **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses** stellen keine verbindliche und abschließende Regelung für das Beihilferecht dar. Die Entscheidung darüber, welche Arzneimittel jeweils ausgeschlossen oder dem Aufwand nach begrenzt sind, muss sich aus dem „Programm“ der Beihilfavorschriften selbst ergeben und kann nicht ohne jegliche bindende Vorgaben in die Zuständigkeit eines Organs der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen werden.

3. Für die Erfüllung des **Arzneimittelbegriffs** im beihilferechtlichen Sinn ist maßgeblich der überwiegende Zweck, dem das Mittel nach wissenschaftlicher oder allgemeiner Verkehrsanschauung zu dienen bestimmt ist.

4. Die Gabe von **Hyaluronsäure** ist eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode zur Behandlung der Arthrose der Kniegelenke.

#### 5. BEIHILFE FÜR NICHTVERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE MEDIKAMENTE

*VG Gelsenkirchen, Urt. v. 22.02.2008 – 3 K 3325/07 –*

**RID 08-02-269**

<sup>juris</sup>  
BhV NW § 4 I Nr. 7 S. 2 Buchst. a; SGB V § 34 I

**Leitsatz:** Die Gewährung einer Beihilfe für nichtverschreibungspflichtige Medikamente - hier zur Behandlung einer Rachenerkrankung bzw. eines grippalen Infekts - ist nach der ab dem 1. Januar 2007 geltenden Fassung der Beihilfeverordnung NW nicht wirksam ausgeschlossen.

#### 6. MEDIKAMENTE ZUR BEHANDLUNG EINER EREKTILEN DYSFUNKTION

*VG Gelsenkirchen, Urt. v. 22.02.2008 – 3 K 2953/07 –*

**RID 08-02-270**

<sup>juris</sup>  
BhV NW § 4 I Nr. 7 S. 2 Buchst. a; SGB V § 34 I

**Leitsatz:** Die Gewährung einer Beihilfe für Medikamente zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion ist auch nach der ab dem 01. Januar 2007 geltenden Fassung der Beihilfeverordnung NW nicht wirksam ausgeschlossen.

### V. Rechtsweg

#### 1. BGH: RECHTSWEG FÜR WETTBEWERBSRECHTLICHE ANSPRÜCHE GEGEN APOTHEKER - TREUEBONUS

*BGH, Beschl. v. 30.01.2008 – I ZB 8/07 –*

**RID 08-02-271**

<sup>www.bundesgerichtshof.de</sup> = NJW 2008, 1389

GVG § 13; SGG § 51 I Nr. 2, II 1

**Leitsatz:** Ein Streit über die **wettbewerbsrechtliche Zulässigkeit von Sonderzahlungen eines Apothekers** an privat und gesetzlich Krankenversicherte bei Einlösung von Rezepten (hier: Bonus in Höhe der Hälfte der gesetzlichen Zuzahlung bei gesetzlich Krankenversicherten bzw. 3 Euro bei privat Krankenversicherten) betrifft keine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung i.S. von § 51 I Nr. 2, II 1 SGG, sondern eine Streitigkeit, für die der Rechtsweg zu den Zivilgerichten nach § 13 GVG eröffnet ist.

#### 2. RECHTSWEG ZU SOZIALGERICHTEN: VERGÜTUNGSPAUSCHALE FÜR ÜBERWEISUNG

*OLG München, Beschl. v. 03.04.2008 – 29 W 1081/08 –*

**RID 08-02-272**

<sup>juris</sup>  
SGG § 51 II 1; SGB V § 140a

**Leitsatz:** Zum Rechtsweg zu den Sozialgerichten für einen auf Wettbewerbsrecht gestützten Unterlassungsantrag gegen die Vereinbarung einer Vergütungspauschale für die Überweisung von Patienten in einem Rahmenvertrag zur integrierten Versorgung gem. §§ 140a ff. SGB V.

## VI. Verschiedenes

### 1. EUGH

#### A) GEMEINSCHAFTSRECHTLICHES VERGABERECHT: ÖFFENTL.-RECHTL. RUNDFUNKANSTALTEN

*EuGH, Ur. v. 13.12.2007 – C-337/06 -*

RID 08-02-273

(Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 234 EG, eingereicht vom Oberlandesgericht Düsseldorf) curia.europa.eu = VergabeR 2008, 42

**Leitsatz:** 1. Art. 1 Buchst. b Abs. 2 dritter Gedankenstrich erste Alternative der Richtlinie 92/50/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Dienstleistungsaufträge ist dahin auszulegen, dass eine überwiegende Finanzierung durch den Staat vorliegt, wenn öffentlich-rechtliche Rundfunkanstalten wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehenden überwiegend durch eine Gebühr finanziert werden, die von denjenigen zu zahlen ist, die ein Rundfunkgerät bereithalten, und die nach Regeln auferlegt, berechnet und erhoben wird, wie sie im Ausgangsverfahren in Rede stehen.

2. Art. 1 Buchst. b Abs. 2 dritter Gedankenstrich erste Alternative der Richtlinie 92/50 ist dahin auszulegen, dass im Fall der Finanzierung öffentlich-rechtlicher Rundfunkanstalten wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden gemäß den im Rahmen der Prüfung der ersten Vorlagefrage dargestellten Modalitäten das Tatbestandsmerkmal der „Finanzierung durch den Staat“ keine Eröffnung eines direkten Einflusses des Staates oder anderer öffentlicher Stellen bei der Vergabe eines Auftrags wie des im Ausgangsverfahren in Rede stehenden durch solche Einrichtungen verlangt.

3. Art. 1 Buchst. a Ziff. i.v der Richtlinie 92/50 ist dahin auszulegen, dass nach dieser Bestimmung nur die öffentlichen Aufträge dem Anwendungsbereich dieser Richtlinie entzogen sind, die die in dieser Vorschrift genannten Dienstleistungen betreffen.

#### B) RISIKOAUSGLEICHSSYSTEM AUF DEM IRISCHEN MARKT DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

*EuGH, Ur. v. 12.02.2008 – T-289/03 -*

RID 08-02-274

British United Provident Association Ltd (BUPA) u. a. / Kommission der Europäischen Gemeinschaften curia.europa.eu

Die Mitgliedstaaten verfügen insbesondere auf dem **Gesundheitssektor**, auf dem sie nahezu ausschließlich zuständig bleiben, über ein **weites Ermessen** bei der Definition der Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse. In diesem Kontext ist die Kontrolle, zu der die Gemeinschaftsorgane befugt sind, auf das Vorliegen eines offenkundigen Beurteilungsfehlers beschränkt.

Wenn sich allerdings ein Mitgliedstaat auf das Vorliegen und die Erforderlichkeit des Schutzes einer Aufgabe von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse beruft, müssen bestimmte **Mindestkriterien** erfüllt sein, insbesondere muss die Aufgabe von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse den betreffenden Wirtschaftsteilnehmern durch Hoheitsakt übertragen worden sein und einen universalen und obligatorischen Charakter haben.

Diese Voraussetzungen sind nach Auffassung des Gerichts im vorliegenden Fall erfüllt. Die **irischen Rechtsvorschriften**, in denen die Verpflichtungen der privaten Krankenversicherung (PK) detailliert definiert werden, sind ein **Hoheitsakt**. Außerdem bedeutet die Tatsache, dass die Versicherer jedermann, der einen Antrag auf Aufnahme stellt, versichern müssen, dass die Leistungen der privaten Krankenversicherung **obligatorisch und universal** sind. Daher konnte die Kommission im konkreten Fall zu Recht die Ansicht vertreten, dass die den PK-Versicherern im öffentlichen Interesse auferlegten PK-Verpflichtungen Bestandteile einer **Aufgabe von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse** sind.

Schließlich stellt das Gericht fest, dass BUPA nicht bewiesen hat, dass der Kommission bei ihrer Feststellung ein Fehler unterlaufen ist, dass das vom RES vorgesehene Ausgleichssystem in Bezug auf die in Erfüllung der PK-Verpflichtungen angefallenen Kosten erforderlich und verhältnismäßig sei. Das Gericht ist der Auffassung, dass die Feststellung keinem Irrtum unterliegt, dass ein **Risikoausgleich** auf einem PK-Markt erforderlich ist, auf dem die Versicherer jedermann zum gleichen Preis und ungeachtet des individuellen Risikos versichern müssen, um die Quersubventionierung der Prämien zwischen den Generationen sicherzustellen und zu ermöglichen, dass jeder PK-Versicherer nur die mit dem durchschnittlichen Risikoprofil des Marktes verbundenen

Belastungen trägt. Außerdem zielt das RES nur darauf ab, die PK-Versicherer für die finanziellen Folgen der PK-Verpflichtungen zu entschädigen, die es ihnen untersagen, Beitragstarife nach Maßgabe des versicherten Risikos festzulegen und „schlechte“ Risiken abzulehnen.

Vgl. Pressemitteilung Nr. 8/08

### C) WITWERRENTE AUS VERSORGUNGSWERK FÜR GLEICHGESCHLECHTLICHEN LEBENSPARTNER

*EuGH, Urt. v. 01.04.2008 – C-267/06 -*

RID 08-02-275

Tadao Maruko gegen Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen

curia.europa.eu

1. Eine Hinterbliebenenversorgung, die im Rahmen eines **berufsständischen Versorgungssystems** wie der Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen gewährt wird, fällt in den Geltungsbereich der Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27.11.2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf.

2. Art. 1 i.V.m. Art. 2 der Richtlinie 2000/78 steht einer Regelung wie der im Ausgangsverfahren entgegen, wonach der überlebende Partner nach Versterben seines Lebenspartners keine Hinterbliebenenversorgung entsprechend einem überlebenden Ehegatten erhält, obwohl die **Lebenspartnerschaft** nach nationalem Recht Personen gleichen Geschlechts in eine Situation versetzt, die in Bezug auf diese Hinterbliebenenversorgung mit der Situation von Ehegatten vergleichbar ist. Es ist Sache des vorlegenden Gerichts, zu prüfen, ob sich ein überlebender Lebenspartner in einer Situation befindet, die mit der eines Ehegatten, der die Hinterbliebenenversorgung aus dem berufsständischen Versorgungssystem der Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen erhält, vergleichbar ist.

## 2. BVERFG:

### A) ZU DEN GRENZEN DER KOMPETENZ DES VERMITTLUNGS-AUSSCHUSSES

*BVerfG, Beschl. v. 15.01.2008 – 2 BvL 12/01 –*

RID 08-02-277

www.bundesverfassungsgericht.de

GG Art. 20 II, 38 I 2, 42 I 1, 76 I, 77 I 1, II 1 u. 5; UmwStG 1995 §§ 12, 27

Der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts hatte sich anhand des Art. 3 Nr. 4 Buchstabe a des Gesetzes zur Fortsetzung der Unternehmenssteuerreform vom 29. Oktober 1997 mit der Frage der verfassungsrechtlichen Grenzen für Beschlussempfehlungen des Vermittlungsausschusses zu befassen. Die beanstandete Norm war auf Empfehlung des Vermittlungsausschusses in das Gesetz aufgenommen worden, ohne dass diese oder auch nur eine thematisch verwandte Regelung Gegenstand des vorherigen Gesetzgebungsverfahrens gewesen wäre. Der Senat kam zu dem Ergebnis, dass der Vermittlungsausschuss damit seine verfassungsrechtlichen Kompetenzgrenzen überschritten hat.

Der Vermittlungsausschuss hat die Aufgabe, im Falle unterschiedlicher Auffassungen zwischen Bundestag und Bundesrat im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens einen **Einigungsvorschlag** zu erarbeiten, über den der Bundestag sodann erneut zu beschließen hat. Zur Wahrung der bundesstaatlichen Kompetenzverteilung, der Rechte der Abgeordneten, der Öffentlichkeit der parlamentarischen Debatte und damit der demokratischen Kontrolle der Gesetzgebung darf der Vermittlungsausschuss lediglich solche Änderungen, Ergänzungen oder Streichungen des Gesetzesbeschlusses vorschlagen, die sich im **Rahmen des Anrufungsbegehrens** und des **Gesetzgebungsverfahrens** bewegen. Er ist deshalb durch diejenigen **Regelungsgegenstände begrenzt**, die bis zur letzten Lesung im Bundestag in das jeweilige Gesetzgebungsverfahren eingeführt waren. An diesen Maßstäben gemessen hat der Vermittlungsausschuss mit der Aufnahme des Art. 3 Nr. 4 Buchstabe a des Gesetzes zur Fortsetzung der Unternehmenssteuerreform in den Einigungsvorschlag seine Kompetenzen überschritten. Er hat die Vorschrift in das Gesetzgebungsverfahren eingeführt, ohne dass diese oder auch nur eine thematisch verwandte Regelung Gegenstand des vorherigen Verfahrens gewesen wäre. Die Entscheidung über die getroffene umwandlungssteuerliche Regelung fiel erst im Vermittlungsausschuss. Damit hat der Vermittlungsausschuss **der Sache nach ein Gesetzesinitiativrecht beansprucht**, das ausschließlich dem Bundestag, dem Bundesrat und der Bundesregierung zusteht. Die Norm ist trotz des festgestellten Verfassungsverstoßes weiter gültig, weil es an der nötigen **Evidenz des Verfahrensverstößes** fehlt. Entscheidend ist, dass das Bundesverfassungsgericht die Maßstäbe, an denen gemessen das eingeschlagene Gesetzgebungsverfahren als verfassungswidrig anzusehen ist, erst in seinem Urteil vom 7. Dezember 1999 und damit nach Abschluss des hier in Rede stehenden Gesetzgebungsverfahrens konkretisiert hat. Auf diese Maßstäbe konnte sich der Gesetzgeber im Jahr 1997 noch nicht einstellen.

Vgl. Pressemitteilung Nr. 26/2008 vom 6. März 2008.

## **B) PAUSCHGEBÜHR NACH SGG/PRIVATE PFLEGEVERSICHERUNG OHNE KOSTENERSTATTUNG BEI OBSIEGEN**

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 31.01.2008 – 1 BvR 1806/02 –*

**RID 08-02-278**

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

SGG §§ 184, 193 IV; GG Art. 2 I, 3 I, 14 I, 19 IV 1, 20 III

Die Verfassungsbeschwerde gegen *SG Augsburg*, Urt. v. 14.05.2002 - S 10 P 40/01 - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die gesetzliche Ausgestaltung der Pauschgebühr nach § 184 SGG sowie der Ausschluss von Kostenerstattungsansprüchen im Obsiegensfall auch für die privaten Unternehmen der Pflegeversicherung verstößt nicht gegen Verfassungsrecht.

## **C) BEITRAGSPFLICHT DER KAPITALZAHLUNG VON DIREKTLEBENSVERSICHERUNGEN**

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 31.01.2008 – 1 BvR 1924/07 –*

**RID 08-02-279**

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

SGB V § 229 I 3; GG Art. 2 I, 3 I

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Urt. v. 25.04.2007 – B 12 KR 25 u. 26/05 R - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Beitragspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung aus der Kapitalzahlung von Direktlebensversicherungen ist verfassungsgemäß.

## **3. BVERWG**

### **A) EINSATZ VON NICHT IN DEN KRANKENHAUSPLAN AUFGENOMMENEN BETTEN**

*BVerwG, Urt. v. 20.12.2007 – 3 C 53/06 –*

**RID 08-02-280**

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

SGB V § 108 Nr. 2; KHG §§ 17 I 3, 18 I 1, IV 1, V 1; BPflV 1994 §§ 4 Nr. 1, 12 IV 1

**Leitsatz:** Einnahmen, die ein Plankrankenhaus durch den Einsatz von nicht in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten erzielt, unterliegen nicht dem Mehrerlösausgleich nach § 12 IV 1 BPflV.

### **B) NUTZUNGSENTGELT VON CHEFÄRZTEN FÜR BEHANDLUNG VON PRIVATPATIENTEN IN UNIVERSITÄTSKLINIK**

*BVerwG, Urt. v. 27.02.2008 – 2 C 27.06 –*

**RID 08-02-281**

[juris](http://juris)

BPflV §§ 7 II 2 Nr. 4, 22 III, 24 II; GG Art. 33 V; LBG NRW §§ 72 I 2, 75 II Nr. 6

**Leitsatz:** Beamtete Chefärzte, denen die persönliche Behandlung von Privatpatienten mit den Mitteln des Krankenhauses als Nebentätigkeit gestattet ist, haben als Nutzungsentgelt zusätzlich zu der pflegesatzrechtlichen Kostenerstattung des Krankenhauses einen angemessenen Vorteilsausgleich zu entrichten.

Der Vorteilsausgleich ist der Höhe nach angemessen, wenn er angesichts der wirtschaftlichen Vorteile der beamteten Chefärzte sachlich gerechtfertigt und zumutbar ist. Dies ist bei einem Vorteilsausgleich von 20 v.H. der Bruttoeinnahmen für die Nebentätigkeit an einer Universitätsklinik zu bejahen.

### **C) WIDERRUF DER APPROBATION EINES APOTHEKERS NACH ABRECHNUNGSBETRUG**

*BVerwG, Beschl. v. 23.10.2007 – 3 B 23.07 –*

**RID 08-02-282**

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

BApO §§ 4 I 1 Nr. 2, 6 II

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *VGH Bayern*, Urt. v. 24.10.2006 – 21 BV 05.2036 – wird zurückgewiesen.

Der in § 6 II i.V.m. § 4 I 1 Nr. 2 BApO ausnahmslos vorgesehene Widerruf der Approbation für jemanden, der sich wie der Kläger aufgrund seines Verhaltens als unzuverlässig und/oder unwürdig zur Ausübung des Apothekerberufs erwiesen hat (**32-facher Abrechnungsbetrug** gegenüber der AOK mit einer auf Bewährung ausgesetzten **Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr**), ist kein verfassungswidriger, insbesondere kein unverhältnismäßiger Eingriff in die Berufsfreiheit.

Ein milderer Mittel wie der Entzug der **Apothekenbetriebslaubnis** kann ausschließlich dann in Betracht kommen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für den **Widerruf der Approbation** nicht

erfüllt sind, also die Würdigung des inkriminierten Verhaltens des Betroffenen (noch) nicht die Annahme der Unzuverlässigkeit oder Unwürdigkeit zur Ausübung des Apothekerberufs im Sinne des § 4 I 1 Nr. 2 BApO rechtfertigt; denn zum Apothekerberuf zählt auch die Tätigkeit als angestellter Apotheker.

Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet auch nicht die **Befristung des Widerrufs der Approbation**, wenn die Möglichkeit der Wiedererteilung der Approbation besteht.

#### 4. BGH

##### A) ZUSAMMENSCHLUSS VON KRANKENHÄUSERN UNTERLIEGT FUSIONSKONTROLLE

*BGH, Urt. v. 16.01.2008 – KVR 26/07 –*

RID 08-02-283

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

SGB § 69; GWB §§ 35, 43

Der **Zusammenschluss von Krankenhäusern** unterliegt der **Fusionskontrolle** nach den §§ 35 bis 43 GWB.

Krankenhäuser bieten die stationäre Behandlung nicht nur Privatpatienten, sondern auch den gesetzlich versicherten Patienten auf einem **Wettbewerbsmarkt** im Sinne der deutschen Fusionskontrolle an. Zwar fragen aufgrund des Sachleistungsprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung die Krankenkassen die stationären Behandlungsleistungen für Kassenpatienten nach und zahlen das dafür geschuldete Entgelt. Die öffentlich-rechtliche Ausgestaltung des Verhältnisses zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern steht jedoch der Annahme eines Wettbewerbsmarktes nicht entgegen. Auch den Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung stehe ein Wahlrecht hinsichtlich des Krankenhauses zu, in das sie sich zu einer Behandlung begeben. Aufgrund dieser Auswahlentscheidung kommt es zu einem eigenen Behandlungsvertrag mit dem jeweiligen Krankenhaus. Weil die Patienten die Entscheidung treffen, bei welchem Krankenhaus die Behandlungsleistung nachgefragt wird, sind sie und nicht die Krankenkassen die fusionsrechtlich maßgebliche Marktgegenseite für das Angebot von Krankenhausleistungen. Zwischen Krankenhäusern besteht auch erheblicher Qualitätswettbewerb, etwa bei der fachlichen Qualifikation von Ärzten und Pflegepersonal oder der sachlichen Ausstattung.

Mitteilung der Pressestelle Nr. 13/2008 - [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)

##### B) BEHANDLUNG IN GESCHLOSSENER ABTEILUNG EINES LANDESKRANKENHAUSES IST ÖFFENTLICH-RECHTLICH

*BGH, Beschl. v. 31.01.2008 – III ZR 186/06 –*

RID 08-02-284

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = NJW 2008, 1444

BGB § 839; GG Art. 34

**Leitsatz:** Es wird daran festgehalten, dass die Behandlung eines Patienten in der geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Landeskrankenhauses auch dann **öffentlich-rechtlicher Natur** ist, wenn sie im **Einverständnis des Patienten** und seines Betreuers und nicht etwa auf Grund einer hoheitlichen Unterbringung erfolgt. Grundlage für Schadensersatzansprüche aus Behandlungsfehlern ist daher die Amtshaftung und nicht etwa eine privatrechtliche Haftung wegen positiver Vertragsverletzung (Bestätigung der Senatsurteile BGH, 24. September 1962, III ZR 201/61, BGHZ 38, 49 und vom 19. Januar 1984, III ZR 172/82, NJW 1985, 677).

##### C) BGH: RETTUNGSLEITSTELLE ÖFFENTLICH-RECHTLICH ORGANISIERT

*BGH, Urt. v. 25.09.2007 – KZR 48/05 –*

RID 08-02-285

[www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) = MedR 2008, 211 = NVwZ-RR 2008, 79

RettdG BW § 6 I

**Leitsatz:** In Baden-Württemberg handelt die Rettungsleitstelle bei der Lenkung der Einsätze des Rettungsdienstes öffentlich-rechtlich.

Vgl. hierzu *Fehn*, Zur Rechtsnatur des Rettungsdienstes am Beispiel von Baden-Württemberg und Bayern – Zugleich kritische Besprechung des Urteils des BGH vom 25.9.2007 – KZR W –, MedR 2008, 203-206.;

## 5. ZAHNÄRZTE: HAFTUNG FÜR DENTALLABORLEISTUNGEN/FORDERUNGS- ABTRETUNG/NACHBESSERUNGSRECHT

*OLG Oldenburg, Urt. v. 04.07.2005 – 13 U 16/05 –*

RID 08-02-286

MedR 2008, 222

BGB §§ 133, 134, 157, 634 Nr. 3, 638 i.V.m. 836 u. 323, 705 ff.; Zahnärzte-ZV § 33 II

**Leitsatz (MedR):** 1. Der **Abtretung fälliger Werklohnforderungen eines Dentallabors** an eine Abrechnungsfirma stehen keine gesetzlichen Verbote entgegen.

2. Die Partner einer **Zahnarztgemeinschaftspraxis haften gesamtschuldnerisch** für Verbindlichkeiten gegenüber einem Dentallabor, ohne dass es darauf ankommt, wessen Patienten die jeweiligen Laboraufträge betrafen.

3. Dem **Dentallabor** ist ein **Nachbesserungsrecht** zu gewähren. Frühestens nach einem zweimaligen erfolglosen Nachbesserungsversuch ist an ein Fehlschlagen i.S. des § 636 zu denken.

## 6. STEUERRECHT

### A) BFH

#### AA) EINLAGERUNG VON NABELSCHNURBLUT ALS PRIVATE VORSORGE

*BFH, Beschl. v. 15.10.2007 – III B 112/06 –*

RID 08-02-287

www.bundesfinanzhof.de = juris

EStG 2002 § 33 I

**Leitsatz:** Durch die Entnahme und Einlagerung des Nabelschnurblutes Neugeborener wird keine gegenwärtig bestehende Krankheit behandelt, sondern sie dient der privaten Vorsorge. Die den Eltern dafür entstandenen Aufwendungen können deshalb nicht als außergewöhnliche Belastung abgezogen werden, wenn nicht eine konkrete Gesundheitsgefährdung drohte

#### BB) UMSATZSTEUERFREIHEIT VON MASSAGELEISTUNGEN

*BFH, Beschl. v. 28.09.2007 – V B 7/06 –*

RID 08-02-288

juris

GG Art. 12; UStG 1993 § 4 Nr. 14

Nach richtlinienkonformer Auslegung des § 4 Nr. 14 UStG sind **Massageleistungen** nur dann steuerfrei, wenn es sich um der menschlichen Gesundheit dienende Heilbehandlungen handelt, nicht aber, wenn sie aus kosmetischen Gründen oder aus Gründen der "Wellness" durchgeführt werden. Die **Feststellungslast** hierfür trägt nach allgemeinen Grundsätzen derjenige, der sich auf die Steuerbefreiung beruft.

### B) LABORARZT – GEWERBLICHE BESCHÄFTIGUNG EINES WEITEREN FACHARZTES ALS FREIER MITARBEITER

*FG Köln, Urt. v. 11.09.2007 – 9 K 2035/07 –*

RID 08-02-289

juris = ZGMR 2008, 105

Ein **Laborarzt** erzielt **Einkünfte aus Gewerbebetrieb**, wenn er in seiner Praxis einen weiteren Facharzt als freien Mitarbeiter beschäftigt, der seinerseits ohne Kontrolle oder Aufsicht durch den Praxisinhaber eigenverantwortlich tätig wird, ohne aber an der Praxis des Laborarztes mitunternehmerisch beteiligt zu sein.



## Verzeichnis der Entscheidungen

<b>BayVerfGH</b> , Entsch. v. 20.02.2008 – Vf.24-VI-07 –	RID 08-02-262
<b>BFH</b> , Beschl. v. 28.09.2007– V B 7/06 –	RID 08-02-288
BFH, Beschl. v. 15.10.2007 – III B 112/06 –	RID 08-02-287
<b>BGH</b> , Urt. v. 25.09.2007 – KZR 48/05 –	RID 08-02-285
BGH, Urt. v. 16.01.2008 – KVR 26/07 –	RID 08-02-283
BGH, Beschl. v. 30.01.2008 – I ZB 8/07 –	RID 08-02-271
BGH, Beschl. v. 31.01.2008 – III ZR 186/06 –	RID 08-02-284
<b>BSG</b> , Urt. v. 26.06.2007 – B 1 KR 34/06 R –	RID 08-02-236
BSG, Urt. v. 26.06.2007 – B 1 KR 36/06 R –	RID 08-02-235
BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 37/06 R –	RID 08-02-123
BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 38/06 R –	RID 08-02-124
BSG, Urt. v. 27.06.2007 – B 6 KA 39/06 R –	RID 08-02-125
BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 2/07 R –	RID 08-02-129
BSG, Urt. v. 06.09.2007 – B 3 KR 20/06 R –	RID 08-02-234
BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 29/06 R –	RID 08-02-132
BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 35/06 R –	RID 08-02-126
BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 36/06 R –	RID 08-02-127
BSG, Urt. v. 29.08.2007 – B 6 KA 43/06 R –	RID 08-02-131
BSG, Urt. v. 19.09.2007 – B 1 KR 39/06 R –	RID 08-02-233
BSG, Urt. v. 17.10.2007 – B 6 KA 4/07 R –	RID 08-02-136
BSG, Urt. v. 17.10.2007 – B 6 KA 31/05 R –	RID 08-02-135
BSG, Urt. v. 02.11.2007 – B 1 KR 4/07 R –	RID 08-02-232
BSG, Urt. v. 02.11.2007 – B 1 KR 11/07 R –	RID 08-02-231
BSG, Urt. v. 02.11.2007 – B 1 KR 14/07 R –	RID 08-02-227
BSG, Urt. v. 15.11.2007 – B 1 KR 13/07 R –	RID 08-02-237
BSG, Beschl. v. 20.11.2007 – B 1 KR 118/07 B –	RID 08-02-228
BSG, Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 9/07 B –	RID 08-02-134
BSG, Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 58/07 B –	RID 08-02-133
BSG, Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 61/07 B –	RID 08-02-128
BSG, Beschl. v. 06.02.2008 – B 6 KA 64/07 B –	RID 08-02-130
<b>BVerfG</b> , 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 06.02.2007 – 1 BvR 3101/06 –	RID 08-02-138
BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 29.11.2007 – 1 BvR 2496/07 –	RID 08-02-137
BVerfG - 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 19.12.2007 - 1 BvR 1941/07 -	RID 08-02-238
BVerfG, Beschl. v. 15.01.2008 – 2 BvL 12/01 –	RID 08-02-277
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 31.01.2008 – 1 BvR 1806/02 –	RID 08-02-278
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 31.01.2008 – 1 BvR 1924/07 –	RID 08-02-279
BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 25.02.2008 – 1 BvR 3255/07 –	RID 08-02-219
BVerfG, Beschl. v. 26.02.2008 – 1 BvR 3066/07 –	RID 08-02-125a
BVerfG, Beschl. v. 26.02.2008 – 1 BvR 3067/07 –	RID 08-02-125b
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v.28.02.2008 –1 BvR 1778/05 –	RID 08-02-167
BVerfG, Beschl. v. 01.04.2008 – 1 BvR 675/08 –	RID 08-02-125c
BVerfG, Beschl. v. 07.04.2008 – 1 BvR 550/08 –	RID 08-02-161
<b>BVerwG</b> , Beschl. v. 26.09.2007 – 3 B 39/07 –	RID 08-02-241
BVerwG, Beschl. v. 23.10.2007 – 3 B 23/07 –	RID 08-02-282
BVerwG, Beschl. v. 20.12.2007 – 3 B 59/07 –	RID 08-02-244
BVerwG, Urt. v. 20.12.2007 – 3 C 53/06 –	RID 08-02-280
BVerwG, Urt. v. 17.01.2008 – 3 C 1/07–	RID 08-02-267
BVerwG, Urt. v. 27.02.2008 – 2 C 27/06 –	RID 08-02-281
BVerwG, Urt. v.13.03.2008 – 3 C 27/07 –	RID 08-02-266
BVerwG, Beschl. v. 25.02.2008 – 3 B 85/07 –	RID 08-02-239
<b>EuGH</b> , Urt. v. 13.12.2007 – C-337/06 -	RID 08-02-273
EuGH, Urt. v. 12.02.2008 – T-289/03 -	RID 08-02-274
EuGH, Urt. v. 01.04.2008 – C-267/06 -	RID 08-02-275
<b>FG Köln</b> , Urt. v. 11.09.2007 – 9 K 2035/07 –	RID 08-02-289
<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 08.11.2006 – L 5 KA 1838/05 –	RID 08-02-43
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.01.2008 – L 5 KR 3869/05 –	RID 08-02-208
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.02.2008 – L 4 KR 2153/06 –	RID 08-02-162
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 27.02.2008– L 5 KR 507/08 ER-B –	RID 08-02-209
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 27.02.2008– L 5 KR 6123/07 ER-B –	RID 08-02-210
<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 23.08.2007 – L 4 KR 110/05 –	RID 08-02-159
LSG Bayern, Urt. v. 20.09.2007 – L 4 KR 86/06 –	RID 08-02-154
LSG Bayern, Urt. v. 26.09.2007 – L 12 KA 5017/04 –	RID 08-02-87
LSG Bayern, Urt. v. 10.10.2007 – L 12 KA 148/05 –	RID 08-02-90
LSG Bayern, Urt. v. 10.10.2007 – L 12 KA 282/05 –	RID 08-02-91
LSG Bayern, Urt. v. 10.10.2007 – L 12 KA 622/04 –	RID 08-02-55
LSG Bayern, Urt. v. 23.10.2007 – L 5 KR 54/07 –	RID 08-02-144
LSG Bayern, Urt. v. 25.10.2007 – L 4 KR 129/05 –	RID 08-02-141
LSG Bayern, Urt. v. 25.10.2007 – L 4 KR 275/05 –	RID 08-02-148
LSG Bayern, Urt. v. 14.11.2007 – L 12 KA 1/06 –	RID 08-02-39
LSG Bayern, Urt. v. 14.11.2007 – L 5 KR 24/07 –	RID 08-02-140
LSG Bayern, Urt. v. 15.11.2007 – L 4 KR 287/05 –	RID 08-02-151
LSG Bayern, Urt. v. 29.11.2007 – L 4 KR 5/06 –	RID 08-02-173
LSG Bayern, Urt. v. 29.11.2007 – L 4 KR 89/06 –	RID 08-02-157
LSG Bayern, Urt. v. 29.11.2007 – L 4 KR 247/05 –	RID 08-02-179
LSG Bayern, Urt. v. 04.12.2007 – L 5 KR 214/06 –	RID 08-02-188

LSG Bayern, Urt. v. 13.12.2007 – L 4 KR 150/06 –	RID 08-02-165
LSG Bayern, Urt. v. 13.12.2007 – L 4 KR 297/05 –	RID 08-02-183
LSG Bayern, Urt. v. 13.12.2007 – L 4 KR 376/06 ZVW –	RID 08-02-142
LSG Bayern, Urt. v. 12.02.2008 – L 5 KR 223/06 –	RID 08-02-211
<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 21.11.2007 – L 7 KA 18/03 –	RID 08-02-82
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 21.11.2007 – L 7 KA 30/04 –	RID 08-02-83
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.11.2007 – L 7 KA 268/03 –	RID 08-02-20
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.01.2008 – L 9 B 639/07 KR ER –	RID 08-02-139
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 06.02.2008 – L 7 B 170/07 KA ER –	RID 08-02-18
LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 08.02.2008 – L 1 B 41/08 KR ER –	RID 08-02-214
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.02.2008 – L 7 B 106/07 KA ER –	RID 08-02-46
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 04.03.2008 – L 9 B 462/07 KR PKH –	RID 08-02-166
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 14.03.2008 – L 7 B 10/08 KA ER –	RID 08-02-108
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 23.04.2008 – L 7 B 28/08 KA ER –	RID 08-02-105
<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 19.09.2007 – L 2 KA 25/06 –	RID 08-02-40
<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 12.12.2007 – L 4 KA 47/06 –	RID 08-02-100
LSG Hessen, Urt. v. 12.12.2007 – L 4 KA 51/06 –	RID 08-02-56
LSG Hessen, Urt. v. 12.12.2007 – L 4 KA 62/06 –	RID 08-02-37
LSG Hessen, Urt. v. 17.12.2007 – L 1 KR 62/04 –	RID 08-02-207
LSG Hessen, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 413/07 KA –	RID 08-02-114
LSG Hessen, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 414/07 KA –	RID 08-02-115
LSG Hessen, Beschl. v. 21.01.2008 – L 4 B 415/07 KA –	RID 08-02-116
LSG Hessen, Beschl. v. 04.02.2008 – L 4 KA 28/07 –	RID 08-02-57
LSG Hessen, Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 6/06 –	RID 08-02-26
LSG Hessen, Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 9/06 –	RID 08-02-01
LSG Hessen, Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 18/07 –	RID 08-02-101
LSG Hessen, Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 43/06 –	RID 08-02-41
LSG Hessen, Beschl. v. 28.02.2008 – L 4 KA 68/07 ER –	RID 08-02-78
LSG Hessen, Beschl. v. 29.02.2008 – L 4 KA 16/08 ER –	RID 08-02-93
LSG Hessen, Beschl. v. 29.02.2008 – L 4 KA 75/07 ER –	RID 08-02-97
LSG Hessen, Beschl. v. 29.02.2008 – L 4 KA 76/07 ER –	RID 08-02-98
LSG Hessen, Beschl. v. 29.02.2008 – L 4 KA 77/07 ER –	RID 08-02-99
LSG Hessen, Beschl. v. 19.03.2008 – L 4 SF 191/07 KA –	RID 08-02-121
LSG Hessen, Beschl. v. 19.03.2008 – L 4 SF 192/07 KA –	RID 08-02-122
LSG Hessen, Urt. v. 20.03.2008 – L 8 KR 202/06 –	RID 08-02-194
LSG Hessen, Beschl. v. 28.03.2008 – L 4 KA 72/07 ER –	RID 08-02-79
LSG Hessen, Beschl. v. 28.03.2008 – L 4 KA 73/07 ER –	RID 08-02-80
<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 23.05.2007 – L 3 KA 276/04 –	RID 08-02-42
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.06.2007 – L 4 KR 153/05 –	RID 08-02-160
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.09.2007 – L 3 KA 118/04 –	RID 08-02-07
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2007 – L 1 KR 200/05 –	RID 08-02-158
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 139/06 –	RID 08-02-85
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 145/06 –	RID 08-02-109
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 149/06 –	RID 08-02-86
<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 12.07.2007 – L 5 KR 14/07 –	RID 08-02-143
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.11.2007 – L 16 KR 37/07 –	RID 08-02-206
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.12.2007 – L 2 KN 230/05 KR –	RID 08-02-197
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.12.2007 – L 2 KN 17/05 KR –	RID 08-02-215
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 (10) KA 36/07 –	RID 08-02-02
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 (10) KA 37/07 –	RID 08-02-04
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 KA 44/07 –	RID 08-02-03
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 KA 45/07 –	RID 08-02-06
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 KA 103/04 –	RID 08-02-05
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.01.2008 – L 11 KA 103/06 –	RID 08-02-38
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.01.2008 – L 16 KR 25/07 –	RID 08-02-155
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.02.2008 – L 11 (10) B 17/07 KA ER –	RID 08-02-104
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.02.2008 – L 11 KA 1/06 –	RID 08-02-34
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.02.2008 – L 11 KA 35/06 –	RID 08-02-31
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.02.2008 – L 11 KA 91/06 –	RID 08-02-33
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.02.2008 – L 5 KR 25/06 –	RID 08-02-164
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.02.2008 – L 5 KR 54/07 –	RID 08-02-225
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.02.2008 – L 5 KR 93/07 –	RID 08-02-146
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.02.2008 – L 16 KR 39/05 –	RID 08-02-150
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.02.2008 – L 16 KR 157/06 –	RID 08-02-217
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.02.2008 – L 5 KR 113/07 –	RID 08-02-147
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.03.2008 – L 11 (10) KA 36/06 –	RID 08-02-118
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.03.2008 – L 11 KA 88/06 –	RID 08-02-81
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.03.2008 – L 5 KR 20/07 –	RID 08-02-145
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.03.2008 – L 11 KR 62/06 –	RID 08-02-174
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.03.2008 – L 16 B 13/08 KR ER –	RID 08-02-212
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.04.2008 – L 5 KR 115/07 –	RID 08-02-163
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 3 KA 156/04 –	RID 08-02-36
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 (10) KA 16/05 –	RID 08-02-110
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2008 – L 11 KA 49/06 –	RID 08-02-28
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.05.2008 – L 5 B 8/08 KR ER –	RID 08-02-222
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.05.2008 – L 11 KA 64/07 –	RID 08-02-67
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.05.2008 – L 16 B 18/08 KR –	RID 08-02-175
<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 24.05.2007 – L 5 KR 205/06 –	RID 08-02-199
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 01.08.2007 – L 5 KR 99/07 –	RID 08-02-198

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 12/07 –	RID 08-02-189
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 43/07 –	RID 08-02-184
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 72/07 –	RID 08-02-192
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.09.2007 – L 5 KR 116/07 –	RID 08-02-190
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 25.10.2006 – L 5 KR 60/07 –	RID 08-02-191
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.02.2008 – L 5 KR 129/07 –	RID 08-02-169
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.04.2008 – L 5 KR 115/06 –	RID 08-02-171
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.04.2007 – L 5 KR 166/06 –	RID 08-02-195
<b>LSG Sachsen</b> , Beschl. v. 29.04.2008 – L 1 B 207/08 KR-ER –	RID 08-02-213
<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 13.11.2007 – L 4 KA 5/07 –	RID 08-02-13
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 13.11.2007 – L 4 KA 9/06 –	RID 08-02-16
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 13.11.2007 – L 4 KA 9/07 –	RID 08-02-14
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.01.2008 – L 4 KA 11/07 –	RID 08-02-12
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.01.2008 – L 4 KA 14/07 –	RID 08-02-19
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.01.2008 – L 4 KA 15/07 –	RID 08-02-15
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.01.2008 – L 4 KA 31/07 –	RID 08-02-32
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 13.02.2008 – L 5 KR 71/07 –	RID 08-02-196
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 05.03.2008 – L 4 KA 4/07 –	RID 08-02-113
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 05.03.2008 – L 4 KA 7/07 –	RID 08-02-112
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 10.03.2008 – L 4 B 308/08 KA ER –	RID 08-02-58
<b>LG Dresden</b> , Urt. v. 30.11.2007 – 6 O 0266/06 –	RID 08-02-256
<b>LG Ingolstadt</b> , Urt. v. 18.09.2007 – 1 HK O 507/07 –	RID 08-02-246
<b>LG Köln</b> , Urt. v. 06.02.2008 – 25 O 179/07 –	RID 08-02-253
<b>LG München I</b> , Urt. v. 12.01.2008 – 1HK O 13279/07 –	RID 08-02-265
<b>OLG Celle</b> , Urt. v. 07.02.2008 – 8 U 189/07 –	RID 08-02-260
<b>OLG Düsseldorf</b> , Urt. v. 26.07.2007 – I-8 U 32/06 –	RID 08-02-255
<b>OLG Hamm</b> , Urt. v. 20.08.2007 – 3 U 274/06 –	RID 08-02-250
<b>OLG Karlsruhe</b> , Urt. v. 14.11.2007 – 7 U 101/06 –	RID 08-02-257
<b>OLG Koblenz</b> , Urt. v. 20.04.2007 – 10 U 216/06 –	RID 08-02-261
OLG Koblenz, Beschl. v. 22.10.2007 – 5 U 1288/07 –	RID 08-02-249
OLG Koblenz, Beschl. v. 10.01.2008 – 5 U 1508/07 –	RID 08-02-254
<b>OLG München</b> , Beschl. v. 03.04.2008 – 29 W 1081/08 –	RID 08-02-272
<b>OLG Naumburg</b> , Urt. v. 23.11.2007 – 10 U 47/07 –	RID 08-02-242
OLG Naumburg, Urt. v. 20.12.2007 – 1 U 95/06 –	RID 08-02-248
OLG Naumburg, Urt. v. 18.01.2008 – 1 U 77/07 –	RID 08-02-251
<b>OLG Nürnberg</b> , Urt. v. 21.12.2007 – 5 U 2308/05 –	RID 08-02-259
<b>OLG Oldenburg</b> , Urt. v. 04.07.2005 – 13 U 16/05 –	RID 08-02-286
OLG Oldenburg, Beschl. v. 25.02.2008 – 5 W 10/08 –	RID 08-02-258
<b>OLG Zweibrücken</b> , Urt. v. 13.11.2007 – 5 U 62/06 –	RID 08-01-252
<b>OVG Niedersachsen</b> , Beschl. v. 28.04.2008 – 8 LA 16/08 –	RID 08-02-247
<b>OVG Nordrhein-Westfalen</b> , Beschl. v. 14.12.2007 – 6 A 5173/05 –	RID 08-02-263
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.02.2007 – 13 A 1714/04 –	RID 08-02-240
<b>SG Aachen</b> , Urt. v. 15.01.2008 – S 13 KR 61/07 –	RID 08-02-181
SG Aachen, Urt. v. 15.01.2008 – S 13 KR 65/06 –	RID 08-02-180
SG Aachen, Urt. v. 04.03.2008 – S 13 KR 31/07 –	RID 08-02-178
SG Aachen, Urt. v. 04.03.2008 – S 13 KR 75/07 –	RID 08-02-172
SG Aachen, Urt. v. 08.04.2008 – S 13 KR 78/07 –	RID 08-02-177
SG Aachen, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 41/08 –	RID 08-02-205
SG Aachen, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 (2) KR 101/07 –	RID 08-02-201
SG Aachen, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 118/07 –	RID 08-02-202
SG Aachen, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 119/07 –	RID 08-02-203
SG Aachen, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 120/07 –	RID 08-02-204
SG Aachen, Urt. v. 22.04.2008 – S 13 KR 122/07 –	RID 08-02-200
<b>SG Augsburg</b> , Urt. v. 28.03.2006 – S 12 KR 91/05 –	RID 08-02-182
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 04.04.2007 – S 71 KA 26/03 W05 –	RID 08-02-72
SG Berlin, Urt. v. 20.06.2007 – S 83 KA 383/06 –	RID 08-02-73
SG Berlin, Urt. v. 17.10.2007 – S 83 KA 38/05 –	RID 08-02-111
SG Berlin, Urt. v. 21.11.2007 – S 83 KA 178/05 –	RID 08-02-107
<b>SG Braunschweig</b> , Urt. v. 10.12.2007 – S 6 KR 319/05 –	RID 08-02-168
<b>SG Dortmund</b> , Beschl. v. 20.01.2008 – S 16 KA 171/07 ER –	RID 08-02-50
SG Dortmund, Beschl. v. 21.01.2008 – S 40 KR 236/07 ER –	RID 08-02-220
<b>SG Dresden</b> , Beschl. v. 17.01.2007 – S 15 KR 620/06 ER –	RID 08-02-176
SG Dresden, Urt. v. 26.03.2008 – S 18 KA 831/07 –	RID 08-02-75
<b>SG Duisburg</b> , Urt. v. 20.11.2007 – S 19 KA 3/05 –	RID 08-02-88
<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 04.07.2007 – S 33 KA 176/05 –	RID 08-02-09
SG Düsseldorf, Urt. v. 11.12.2007 – S 4 KR 11/06 –	RID 08-02-218
SG Düsseldorf, Urt. v. 11.12.2007 – S 4 KR 78/07 –	RID 08-02-153
SG Düsseldorf, Urt. v. 24.01.2008 – S 8 KR 90/07 –	RID 08-02-186
SG Düsseldorf, Urt. v. 24.01.2008 – S 8 KR 353/06 –	RID 08-02-149
SG Düsseldorf, Urt. v. 07.02.2008 – S 8 KR 272/06 –	RID 08-02-187
SG Düsseldorf, Urt. v. 27.02.2008 – S 14 KA 272/06 –	RID 08-02-74
SG Düsseldorf, Urt. v. 05.03.2008 – S 2 KA 84/07 –	RID 08-02-68
SG Düsseldorf, Urt. v. 05.03.2008 – S 2 KA 123/07 –	RID 08-02-35
SG Düsseldorf, Urt. v. 05.03.2008 – S 2 KA 209/06 –	RID 08-02-69
SG Düsseldorf, Urt. v. 05.03.2008 – S 2 KA 62/07 –	RID 08-02-76
SG Düsseldorf, Urt. v. 04.04.2008 – S 4 KR 28/08 ER –	RID 08-02-224
SG Düsseldorf, Urt. v. 09.04.2008 – S 2 KA 113/07 –	RID 08-02-84
SG Düsseldorf, Urt. v. 23.04.2008 – S 2 KA 76/07 –	RID 08-02-106
<b>SG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 15.08.2007 – S 28 KA 3967/01 –	RID 08-02-08

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 15.08.2007 – S 28 KA 381/01 –	RID 08-02-10
<b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 10.10.2007 – S 27 KA 289/04 –	RID 08-02-17
SG Hamburg, Urt. v. 07.11.2007 – S 27 KA 140/05 –	RID 08-02-89
<b>SG Hannover</b> , Beschl. v. 02.04.2008 – S 16 KA 62/08 ER –	RID 08-02-77
<b>SG Köln</b> , Urt. v. 07.12.2007 – S 26 KR 89/05 –	RID 08-02-223
SG Köln, Beschl. v. 18.12.2007 – S 5 KR 169/07 ER –	RID 08-02-221
SG Köln, Urt. v. 14.03.2008 – S 26 KR 829/04 –	RID 08-02-156
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 19.02.2008 – S 6 KR 137/06 –	RID 08-02-193
SG Marburg, Urt. v. 20.02.2008 – S 12 KA 60/07 –	RID 08-02-25
SG Marburg, Urt. v. 20.02.2008 – S 12 KA 123/07 –	RID 08-02-63
SG Marburg, Urt. v. 20.02.2008 – S 12 KA 766/06 –	RID 08-02-21
SG Marburg, Beschl. v. 22.02.2008 – S 12 KA 47/08 ER –	RID 08-02-53
SG Marburg, Beschl. v. 22.02.2008 – S 12 KA 218/07 –	RID 08-02-117
SG Marburg, Urt. v. 27.02.2008 – S 12 KA 143/07 –	RID 08-02-48
SG Marburg, Urt. v. 12.03.2008 – S 12 KA 236/07 –	RID 08-02-23
SG Marburg, Urt. v. 12.03.2008 – S 12 KA 495/07 –	RID 08-02-49
SG Marburg, Urt. v. 12.03.2008 – S 12 KA 1008/07 –	RID 08-02-30
SG Marburg, Urt. v. 12.03.2008 – S 12 KA 1033/05 –	RID 08-02-24
SG Marburg, Gerichtsbb. v. 18.03.2008 – S 12 KA 262/07 –	RID 08-02-60
SG Marburg, Beschl. v. 19.03.2008 – S 12 KA 520/07 –	RID 08-02-61
SG Marburg, Beschl. v. 26.03.2008 – S 12 KA 732/05 –	RID 08-02-120
SG Marburg, Beschl. v. 26.03.2008 – S 12 KA 1429/05 –	RID 08-02-119
SG Marburg, Beschl. v. 09.04.2008 – S 12 KA 93/08 ER –	RID 08-02-54
SG Marburg, Urt. v. 16.04.2008 – S 12 KA 174/07 –	RID 08-02-65
SG Marburg, Urt. v. 16.04.2008 – S 12 KA 390/07 –	RID 08-02-70
SG Marburg, Urt. v. 30.04.2008 – S 12 KA 74/07 –	RID 08-02-96
SG Marburg, Beschl. v. 30.04.2008 – S 12 KA 140/08 ER –	RID 08-02-62
SG Marburg, Urt. v. 30.04.2008 – S 12 KA 393/07 –	RID 08-02-95
SG Marburg, Urt. v. 30.04.2008 – S 12 KA 509/07 –	RID 08-02-94
SG Marburg, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 349/07 –	RID 08-02-64
SG Marburg, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 363/07 –	RID 08-02-59
SG Marburg, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 403/06 –	RID 08-02-52
SG Marburg, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 406/07 –	RID 08-02-44
SG Marburg, Urt. v. 07.05.2008 – S 12 KA 412/07 –	RID 08-02-47
SG Marburg, Beschl. v. 14.05.2008 – S 12 KA 172/08 ER –	RID 08-02-92
<b>SG München</b> , Urt. v. 24.10.2007 – S 38 KA 1231/06 –	RID 08-02-66
SG München, Urt. v. 11.12.2007 – S 28 KA 781/07 –	RID 08-02-51
<b>SG Potsdam</b> , Urt. v. 18.07.2007 – S 1 KA 101/06 –	RID 08-02-71
SG Potsdam, Urt. v. 19.09.2007 – S 1 KA 114/05 –	RID 08-02-29
SG Potsdam, Urt. v. 24.01.2008 – S 3 KR 57/06 –	RID 08-02-216
<b>SG für das Saarland</b> , Urt. v. 12.09.2007 – S 2 KA 246/07 –	RID 08-02-27
<b>SG Stuttgart</b> , Urt. v. 24.10.2007 – S 10 KA 5182/05 –	RID 08-02-45
SG Stuttgart, Urt. v. 27.02.2008 – S 5 KA 2804/06 –	RID 08-02-11
<b>SG Würzburg</b> , Urt. v. 26.02.2008 – S 4 KR 65/07 –	RID 08-02-185
SG Würzburg, Urt. v. 26.02.2008 – S 4 KR 136/07 –	RID 08-02-170
SG Würzburg, Urt. v. 17.03.2008 – S 4 KR 727/06 –	RID 08-02-152
<b>VG Gelsenkirchen</b> , Urt. v. 22.02.2008 – 3 K 2953/07 –	RID 08-02-270
VG Gelsenkirchen, Urt. v. 22.02.2008 – 3 K 3325/07 –	RID 08-02-269
<b>VG Göttingen</b> , Urt. v. 26.02.2008 – 3 A 277/07 –	RID 08-02-264
<b>VG Münster</b> , Urt. v. 08.08.2007 – 16 K 349/07.T –	RID 08-02-243
<b>VG Regensburg</b> , Urt. v. 18.02.2008 – RO 8 K 07.1650 –	RID 08-02-268
<b>VGH Hessen</b> , Urt. v. 19.12.2007 – 1 UE 721/07 –	RID 08-02-245

### Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum **22.05.2008** eingestellten Entscheidungen.

## Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 09.05.2008. 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: Beschluss des Bewertungsausschusses	8, 9, 10 u. 11/07 <b>Termin:</b> 28.05.2008	Ist der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 gemäß § 85 Abs 4 S 4 iVm Abs 4a SGB 5 zur Festlegung der angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen hinsichtlich der Festsetzung der Betriebsausgaben der Psychotherapeuten sowie hinsichtlich der Berechnung der Erträge der Vergleichsgruppen rechtswidrig? Kann ein psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt für die probatorischen Leistungen nach Nr 870 EBM-Ä den selben Punktwert wie für die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen beanspruchen? Nur 11/07: Darf die Stützung des Punktwerts für sonstige (zB probatorische) Leistungen umso geringer ausfallen, je höher der Punktwert für die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen liegt?	<b>SG Dresden,</b> Urt. v. 13.12.2006 - S 11 KA 316/03 – - S 11 KA 848/02 – - S 11 KA 950/02 – - S 11 KA 795/01 –	07-02-01
	12/07 <b>Termin:</b> 28.05.2008  41, 42, 43/07 <b>Termin:</b> 28.05.2008	Ist durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 bezüglich der Berechnung des Mindestpunktwertes für die antrags- und genehmigungsbedürftigen Leistungen des Kap G Abschn IV EBM-Ä eine angemessene Vergütung je Zeiteinheit iS der gesetzlichen Vorgabe des § 85 Abs 4 S 4 SGB 5 und der Rechtsprechung des BSG gewährleistet?	<b>LSG Schleswig-Holstein,</b> Urt. v. 13.10.2006 - L 4 KA 4/05 – <b>SG Marburg,</b> Urt. v. 04.07.2007 - S 11 KA 101, 270 u. 609/05	07-01-01  07-03-02, 03 u. 04
Psychotherapeuten – Honorar bis Ende 1998: Vergleichsgruppe/ Mengenzuwachsbegrenzungsregelungen	17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25/07 <b>Termin:</b> 28.11.2007	Ist für die Beurteilung, ob zeitabhängige und genehmigungsbedürftige psychotherapeutische Leistungen bis Ende 1998 angemessen vergütet wurden, stets auf die Honorarsituation der Allgemeinärzte abzustellen oder sind die Arztgruppen mit den im Bereich der jeweiligen KÄV niedrigsten Durchschnittseinkommen (hier: Kinderärzte, Hautärzte, Nervenärzte) vergleichend heranzuziehen? Ist für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bis Ende 1998 im Bereich der neuen Bundesländer bei Anwendung des vom BSG entwickelten Berechnungsmodells hinsichtlich der Praxiskosten der Psychotherapeuten auf den festen Betrag von 66.000 DM oder auf den linearen Kostensatz von 40,2 % abzustellen? Außer 23 u. 25/07: Darf ein Honorarverteilungsmaßstab Mengenzuwachsbegrenzungsregelungen auch für zeitabhängige und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen vorsehen?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 14.06.2006 - L 7 KA 18/02 *25 - - L 7 KA 72/06 - - L 7 KA 19/02 *25 - - L 7 KA 20/02 *25 - - L 7 KA 76/06 - - L 7 KA 22/02 *25 - - L 7 KA 17/02 *25 - - L 7 KA 15/02 *25 -	06-03-03  06-04-02
Psychotherapeuten – Honorar 1999	12/08	Wird der in Art 11 Abs 2 PsychThG/SGB5uaÄndG normierte Mindestpunktwert für psychotherapeutische Leistungen in 1999 unterschritten, wenn er nur bei einer Jahresdurchschnittsbetrachtung, nicht aber in jedem einzelnen der vier Quartale eingehalten worden ist?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 9/06 -	08-02-01 (S. 7)
Psychotherapeuten: Probatorische Sitzungen	49/07 <b>Termin:</b> 28.05.2008	Kann ein psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt für die probatorischen Leistungen nach Nr 870 EBM-Ä den selben Punktwert wie für die zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen beanspruchen?	<b>SG Düsseldorf,</b> Urt. v. 04.07.2007 - S 33 KA 176/05 -	08-02-09 (S. 8)

Psychotherapeuten 1999 (KV Niedersachsen)	65/07	Wird der in Art 11 Abs 2 PsychThG/SGB 5 u. ÄndG normierte Mindestpunktwert für psychotherapeutische Leistungen in 1999 unterschritten, wenn er nur bei einer Jahresdurchschnittsbetrachtung, nicht aber in jedem einzelnen der vier Quartale eingehalten worden ist?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 26.09.2007 - L 3 KA 118/04 -	08-02-07 (S. 8)
Keine Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen für begrenzte Zeit	4 u. 5/08	Hat eine Kassenärztliche Vereinigung bei individuellen Punktzahlvolumina, die sie zur Erfüllung der Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses im Zusammenhang mit der Streichung des Praxisbudgets eingeführt hat, Arztpraxen mit unterdurchschnittlichem Honorarvolumen von der Honorarbegrenzung zunächst auszunehmen?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 13.11.2007 - L 4 KA 5/07 - u. - L 4 KA 9/07 -	08-02-12 (S. 10)
Vergütung: rheumatologische Orthopäden/Internisten	50/07	Verstößt die unterschiedliche Höhe der Vergütung zwischen rheumatologisch tätigen Orthopäden und rheumatologisch tätigen fachärztlichen Internisten bezüglich der kontinuierlichen Betreuung von Rheumapatienten ab 1.7.2002, die aus dem Fehlen von Praxisbudgets für die Internisten resultierte, gegen höherrangiges Recht?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 19.09.2007 - L 5 KA 4288/06 -	08-01-04
Punktwert für Wirtschaftlichkeitsbonus	32, 33/07	Verstößt die Regelung eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht, die eine Erhöhung des Punktwertes für den Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Nr 3452 EBM-Ä gegenüber den Punktwerten für die Ausfertigung von Laborleistungen (Nrn 3450, 3454 und 3456 EBM-Ä) um 20% vorsieht? Dürfen die Leistungen der Laborärzte und die Laborleistungen aller anderen Vertragsärzte demselben Honorartopf zugeordnet werden?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 14.06.2007 - L 5 KA 22/05 - - L 5 KA 23/05 -	07-03-14 07-03-14a
Vergütung im ambulanten Notfalldienst der Krankenhäuser	46, 47/07	Verstoßen die Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ab 1.4.2005 zur Vergütung der Leistungen im ambulanten Notfalldienst der Krankenhäuser gegen Art 3 Abs 1 GG?	<b>SG Saarland</b> , Urt. v. 12.09.2007 - S 2 KA 167 u. 246/07 -	08-01-14 08-02-27 (S. 15)
Fremdanamnese im Notdienst	51/07	Ist die Erhebung der Fremdanamnese über einen kommunikationsgestörten Patienten im organisierten ärztlichen Notdienst nach Nr 19 EBM-Ä in der bis zum 31.3.2005 geltenden Fassung berechnungsfähig?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 26.09.2007 - L 4 KA 65/06 -	08-01-28
Verwaltungsgebühren für Erstattung von Intraokularlinsen	1/07 <b>Termin:</b> 28.11.2007	Unterliegen Honoraranteile, die auf einer Erstattung von Sachkosten für Intraokularlinsen beruhen, die Augenärzte in ihrer Eigenschaft als Operateure beschafft und vorgehalten haben, der Verwaltungskostenumlage einer Kassenärztlichen Vereinigung?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 09.08.2006 - L 12 KA 320/04 -	07-01-22
Vergütung Leistungen zu Lasten sog. besonderer Kostenträger (Durchschnittspunktwert aller Ärzte)	48/07	Sind die Leistungen für Patienten, die von sogenannten "besonderen Kostenträgern" zu vergüten sind, nach einem Durchschnittspunktwert aller Ärzte zu vergüten oder sind die jeweiligen Auszahlungspunktwerte im Regional- und Ersatzkassenbereich zu berücksichtigen?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 16.05.2007 - L 12 KA 255/05 -	07-04-15
Abrechnung mit Hilfe einer Abrechnungsstelle	37/07	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung die Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen von gesetzlich versicherten Patienten durch ein Krankenhaus, das diese Abrechnungen durch ein privates Dienstleistungsunternehmen erstellen lässt, zurückweisen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 13.06.2007 - L 11 KA 110/06 -	07-03-22

**Praxisbudgets/Teilbudgets**

**Sachlich-rechnerische Berichtigung**

Richtigstellungsbetrag bei Praxis- und Zusatzbudgets	62/07	Ist die Kassenärztliche Vereinigung bei nachträglicher sachlich-rechnerischer Richtigstellung von in das Praxisbudget fallenden Leistungen zu einer Honorarrückforderung nach Maßgabe der ursprünglichen Anerkennungsquote berechtigt oder hat eine Rückforderung zu unterbleiben, solange die anerkannten Leistungen das Gesamtpunktzahlvolumen des Praxisbudgets übersteigen?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 04.07.2007 - L 12 KA 11/06 -	08-01-25
Vergütungsausschluss	30/07	Kann ein Belegarzt selbst erbrachte Laborleistungen gegenüber einer Kassenärztlichen	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> ,	07-03-28

belegärztlicher Leistungen		Vereinigung geltend machen oder hat er sich gegebenenfalls an den Krankenhausträger zu halten; wenn diese Leistungen Gegenstand des Pflegesatzes sind?	Urt. v. 23.05.2007 - L 3 KA 268/04 -	
Strahlentherapie mit Hilfe eines Multileaf-Kollimators	66/07 u. 45/07	Sind Kosten (hier: Personalkosten), die bei der Herstellung von Ausblendungen für die Strahlentherapie mit Hilfe eines Multileaf-Kollimators anfallen, gemäß der Anmerkung nach Nr 7025 EBM-Ä in der bis zum 31.3.2005 geltenden Fassung gesondert berechnungsfähig	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 23.05.2007, L 3 KA 276/04 -, <b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 08.11.2006 - L 5 KA 1838/05 -	08-02-42 (S. 20)  08-02-43 (S. 20)
Einmal-Abdecksets	6/08	Sind die Kosten für Einmal-Abdecksets, die bei Eingriffen der Knochen- und Gelenkchirurgie außerhalb arthroskopischer Operationen eingesetzt werden, als Verbrauchsartikel gesondert abrechenbar oder unterfallen sie als Surrogat für sterilisierbare Abdecktücher den allgemeinen Praxiskosten?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 16.01.2008 - L 11 KA 44/06 -	08-01-31
BEMA-Z: Nr. 01 neben Nr. 7500	1/08	Ist die Abrechnung der Gebührennummer 01 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen - BEMA-Z - (eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung) neben der Gebührennummer 7500 des BEMA-Z (Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung) in derselben Sitzung zulässig oder ist die Gebührennummer 01 BEMA-Z als Bestandteil der Gebührennummer 7500 BEMA-Z anzusehen?	<b>SG Stuttgart</b> , Urt. v. 24.10.2007 - S 10 KA 5182/05 -	

**Arztregister/Fachkunde/Notfalldienst/Genehmigung**

Notfalldienst: Ungeeignetheit eines Pathologen	13/06 <b>Termin:</b> 06.02.2008	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
--	------------------------------------	---	---	----------

**Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress**

Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten	34/07 <b>Termin:</b> 09.04.2008	Ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten in Schleswig-Holstein auf der Grundlage der Prüfvereinbarung vom 15.3.1995 auch nach Änderung des § 106 SGB 5 durch das GMG vom 14.11.2003 zulässig?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 22.05.2007 - L 4 KA 4/06 -	07-03-52
Nicht verordnungsfähiges Arzneimittel (Wobe Muges E)	63, 64/07	Ist für die Rechtmäßigkeit der Festsetzung eines Regresses gegen einen Vertragsarzt wegen Verschreibung nicht verordnungsfähiger Arzneimittel – hier: des Enzympräparats Wobe Muges E - erforderlich, dass der Beschwerdeausschuss darlegt, weshalb eine Beratung als Maßnahme nicht ausreicht? Können bei unklarer Rechtslage über die Verordnungsfähigkeit eines Fertigarzneimittels in der gesetzlichen Krankenversicherung Aspekte des Vertrauensschutzes der Festsetzung eines Arzneikostenregresses entgegenstehen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 14.11.2007 - L 11 KA 36/07 u. 112/06 -	08-01-52
	3/08	Kann sich ein Vertragsarzt gegenüber einem Regress wegen unzulässiger Verordnung von Arzneimitteln (hier: Wobe Muges E) im Hinblick auf eine unklare Rechtslage auf Vertrauensschutz berufen, weil die Verordnungsfähigkeit dieses Arzneimittels seinerzeit von mehreren Sozialgerichten bejaht wurde?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 14.11.2007 - L 11 KA 100/06	08-01-55
Arzneikostendaten	57, 59 u. 60/07 R	Verstößt es gegen den Untersuchungsgrundsatz iS von § 20 Abs 1 und 2 SGB 10, wenn die Prüfungsgremien die erweiterten Arzneimitteldateien nach Abschnitt 5 § 2 des Datenträgeraustauschvertrages nicht beigezogen haben, der geprüfte Vertragsarzt seinerseits aber keine substantiellen Einwendungen gegen die Richtigkeit der ihm elektronisch zugeordneten Verordnungskosten geltend gemacht hat?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 23.05.2007 - L 4 KA 22 u. 25/06 - Urt. v. 25.04.2007 - L 4 KA 34/06 -	07-04-41 07-04-39  07-02-52

Sprechstundenbedarfsregress wegen koaxialer Interventionssets: Vertrauensschutz	2/08	Scheidet ein Verordnungsregress wegen Sprechstundenbedarf (hier: koaxiale Interventionssets) aus Vertrauensschutzgründen aus, wenn die betreffende Kassenärztliche Vereinigung gegenüber den Prüfungsgremien und den betroffenen Vertragsärzten in mehreren Stellungnahmen bestätigt hat, dass diese Sets unter die Sprechstundenvereinbarung fallen bzw über Sprechstundenbedarf zu beziehen sind und erst zu einem späteren Zeitpunkt eine gegenteilige Auffassung vertreten hat?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.11.2007 - L 11 KA 67/06 -	08-01-58
Heilmitteldateien	58/07	Verstößt es gegen den Untersuchungsgrundsatz iS von § 20 Abs 1 und 2 SGB 10, wenn die Prüfungsgremien die erweiterten Heilmitteldateien nach Abschnitt 5 § 3 des Datenträgeraustauschvertrages nicht beigezogen haben, der geprüfte Vertragsarzt seinerseits aber keine substantiellen Einwendungen gegen die Richtigkeit der ihm elektronisch zugeordneten Verordnungskosten geltend gemacht hat?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 23.05.2007 - L 4 KA 31/06 -	07-04-40
Zuständigkeit für Hochschulambulanzen	36/07	Sind die Prüfungsgremien nach § 106 Abs 4 SGB 5 auch für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Hochschulambulanzen zuständig oder obliegt diese seit dem 1.1.2003 allein den Krankenkassen?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 18.07.2007 - S 3 KA 532/06 -	08-01-51
Bindung an Wiedereinsetzung in versäumte Widerspruchsfrist	11/08	Ist das Gericht an die Bestandskraft einer Entscheidung des Beschwerdeausschusses gebunden, mit der dem Kläger Wiedereinsetzung in eine versäumte Widerspruchsfrist versagt worden ist?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 14.06.2007 - L 5 KA 42/06 - (NZB)	
Kostenfestsetzung durch Vorsitzenden des Berufungsausschusses	7/08	Ist der Vorsitzende eines Berufungsausschusses zur Kostenfestsetzung im Rahmen des § 63 Abs 3 SGB 10 allein entscheidungsbefugt, oder kann dieser Beschluss nur bei vollständiger Besetzung des Gremiums erfolgen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 19.12.2007 - L 11 KA 33/07 -	08-01-95
<b>Zulassung und Ermächtigung</b>				
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	13/07	Kann ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in einem für Nervenärzte gesperrten Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, wenn er sich verpflichtet, ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu sein und der Versorgungsanteil an ärztlichen Psychotherapeuten im betreffenden Planungsbereich noch nicht ausgeschöpft ist?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.03.2006 - L 5 KA 2537/05 -	06-03-54
Ermächtigung zur Psychotherapie griechischsprechender Versicherter	40/06 <b>Termin:</b> 06.02.2008	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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 21.06.2006 - L 12 KA 426/04 -	07-01-89
	56/07	Begründet die Einführung einer neuen Schwerpunktbezeichnung einen flächendeckenden besonderen Versorgungsbedarf, wie er durch den Inhalt dieses Schwerpunktes nach der Weiterbildungsordnung umschrieben ist?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 28.02.2007 - L 11 KA 82/06 -	07-02-63
68 Jahres-Altersgrenze: EU-Recht	41/06 <b>Termin:</b> 06.02.2008	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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 19.07.2006 - L 12 KA 9/06	06-04-69
	44/07 <b>Termin:</b> 09.04.2008	Sind die Vorschriften über die Beendigung der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit bei Erreichen der Altersgrenze von 68 Jahren nach dem Inkrafttreten des Vertragsarztsrechtsänderungsgesetzes (1.1.2007) noch mit dem Grundgesetz und/oder mit Europäischem Gemeinschaftsrecht unvereinbar?	<i>SG Reutlingen</i> , Urt. v. 27.06.2007 - S 1 KA 2556/05 -	juris
Ausschreibung für einen Vertragsarztsitz	26/07 <b>Termin:</b> 28.11.2007	Kann (nach einem erst im Gerichtsverfahren erstrittenen Zulassungsverzicht) noch eine Ausschreibung für einen Vertragsarztsitz erfolgen, dessen früherer Inhaber schon seit geraumer Zeit aus der Gemeinschaftspraxis ausgeschieden war und zwischenzeitlich	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 15.02.2007 - L 5 KA 1/07 -	07-02-50



		auch bereits in anderen Praxen im selben Planungsbereich tätig gewesen ist?		
Rückwirkende Anordnung einer Zulassungsbeschränkung	45/06 <b>Termin:</b> 17.10.2007	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 14.12.2005 - L 7 KA 9/05 -	06-02-43
	31/07 <b>Termin:</b> 17.10.2007	Hat ein Psychologischer Psychotherapeut einen Anspruch auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung, wenn zum Zeitpunkt seiner Antragstellung Zulassungsbeschränkungen wegen einer durch einen Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen notwendig gewordenen Neuordnung des entsprechenden Planungsbereichs noch nicht vom betreffenden Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen angeordnet waren?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.11.2006 - L 7 KA 17/05 -	07-02-60
Sonderbedarfszulassung: Anforderungen an Bedarfsermittlung	10/08	Haben die Zulassungsgremien bei der Klärung eines besonderen Versorgungsbedarfs zu prüfen, in welchem Umfang ein Bedarf an den streitigen ärztlichen Leistungen besteht, ob dieser Bedarf abgedeckt ist und die ärztliche Tätigkeit des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden fachärztlichen Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung steht?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 25.04.2007 - L 10 KA 48/06 - RID 07-03-67 (NZB)	07-03-67
Berechtigung zur Leistungserbringung nach EBM 2005 (Pneumologie)	40/07 <b>Termin:</b> 09.04.2008	Ist ein Internist ohne entsprechende Schwerpunktbezeichnung berechtigt, pneumologische Leistungen nach Kapitel 13.3.7 EBM 2005 zu erbringen? Ist die Entscheidung der Prüfungsgremien, insoweit keine erneute Ermächtigung zu erteilen, rechtmäßig?	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 27.06.2007 - S 12 KA 64/07 -	07-03-81
Ermächtigung einer Tagesklinik für Psychiatrische Institutsambulanz	61/07	Können eigenständige Tageskliniken, die ausschließlich teilstationäre Behandlungen anbieten, aber mit ca 16, 21 bzw 35 km entfernt liegenden vollstationären Krankenhäusern Kooperationsvereinbarungen geschlossen haben, als psychiatrische Krankenhäuser gemäß § 118 Abs 1 S 1 SGB 5 für ambulante Behandlungen ermächtigt werden? Hat die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Tatbestandswirkung für die Beurteilung der Frage, ob ein Krankenhaus iS von §§ 108, 118 SGB 5 vorliegt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 17.10.2007 - L 10 KA 21/06 -	08-01-90
Klagebefugnis niedergelassener Ärzte gegen Ermächtigung	42/06 <b>Termin:</b> 17.10.2007	Ist die Widerspruchs- bzw Klagebefugnis 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?	<i>SG Karlsruhe</i> , Urt. v. 27.10.2006 - S 1 KA 3241/05 -	07-02-71
<b>Erweiterte Honorarverteilung KV Hessen</b>				
Absenkung des Anspruchsniveaus für Rentenbezieher	38, 39/07	Verstoßen die unter Berufung auf § 8 KÄV/KZÄVG HE ergangenen "Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung" der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 01.11.2006 - L 6/7 KA 66 u. 68/04 -	07-02-72 u. 73
<b>Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung</b>				
Festlegung zweier Kopfpauschalen.: Rechtskreis Ost/West)	34/06 <b>Termin:</b> 17.10.2007	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?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 26.07.2006 - L 1 KA 3/06 -	07-02-79

Erhöhte Gesamtvergütung in neuen Bundesländern/Zahnärzte	29/07 <b>Termin:</b> 09.04.2008	Kann die Regelung des § 85 Abs 3d SGB 5 idF des GMG vom 14.11.2003 auch im vertragszahnärztlichen Bereich angewendet werden?	<b>SG Schwerin</b> , Urt. v. 30.05.2007 - S 3 KA 21/06 -	juris
Gesamtvergütung: Kürzung der Abschlagszahlungen wegen Integrierter Versorgung	5 - 7/07 <b>Termin:</b> 06.02.2008	Darf eine Krankenkasse, von der zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung 1% für die Anschubfinanzierung von IV-Verträgen einbehalten, wenn diese Verträge die Zusammenarbeit zwischen dem operierenden Krankenhaus und der die Anschlussheilbehandlung durchführenden stationären Rehabilitationseinrichtung und die Ermächtigung eines Krankenhauses, alternativ je nach der konkreten Situation eine Behandlung ambulant oder stationär auszuführen, beinhalten?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 13.12.2006 - L 5 KA 758/06 - - L 5 KA 894/06 - - L 5 KA 734/06 -	07-01-103  07-02-77 07-02-78
Vergütungseinbehalt und Integrierte/Hausarztzentrierte Versorgung	27/07 <b>Termin:</b> 06.02.2008	Erfüllt der zwischen einer Ersatzkasse und einer hausärztlichen Vertragsgemeinschaft bzw einer Marketinggesellschaft im Apothekerbereich geschlossene Integrationsvertrag die Voraussetzungen der integrierten Versorgung iS des § 140a Abs 1 SGB 5?	<b>LSG Thüringen</b> , Urt. v. 24.01.2007 - L 4 KA 362/06 -	07-03-88
Nachforderung für Psychotherapeuten	55/07	Sind in der Kopfpauschale der Vergütungsvereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg mit dem BKK Landesverband Baden-Württemberg vom 1.12.2003 bereits die als Folge der Psychotherapeutengesetzes und der dadurch ausgelösten Rechtsentwicklung angefallenen Zusatzkosten vollständig enthalten und damit abgegolten oder kann die Kassenärztliche Vereinigung die zur Punktwertunterstützung für Psychotherapeuten erforderlichen Beträge zusätzlich zu dem Ausgangsbetrag nach Art 2 § 1 Abs 1 ArztWohnortG beanspruchen?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 19.09.2007 - L 5 KA 5161/06 -	08-02-102

## Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 09.05.2008. 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 interstitielle Thermoerapie (LITT)	B 1 KR 23/07 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer neuen Behandlungsmethode zu übernehmen (hier: laserinduzierte interstitielle Thermoerapie (LITT)) zur Zerstörung von Lebermetastasen bei Mammakarzinom im Jahr 2002?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 21.06.2007 - L 8 KR 119/05 -	07-04-77
Photodynamische Therapie	B 1 KR 25/07 R <b>Termin:</b> 17.06.2008	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine photodynamische Therapie (PDT) unter Anwendung des Medikaments "Visudyne" zu erstatten, wenn bei dem Versicherten eine überwiegend klassische extrafoveolare subretinale Neovaskularisation vorgelegen hat?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 27.06.2007 - L 5 KR 5/07 -	07-03-121
LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren	B 1 KR 26/07 R	Liegt eine teilstationäre Behandlung vor, wenn aufgrund eines auf Dauer angelegten Behandlungsplanes eine Leistungserbringung in Form von Tagesaufenthalten (Dialyse) in regelmäßigen wöchentlichen bis 14-tägigen Abständen im Krankenhaus erfolgt, ohne dass eine auf einen längeren Zeitraum gerichtete Krankenhausbehandlung vorliegt? Ist das Fehlen einer auf die konkrete Behandlungsform gerichteten vertragsärztlichen Verordnung selbst bei Vorliegen der Voraussetzungen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches im Geltungsbereich des § 13 Abs 3 SGB 5 nicht durch einen auslegungsbedürftigen anderweitigen Antrag ersetzbar und führt in jedem Fall dazu, dass ein Kostenerstattungsanspruch nicht gegeben ist?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 31.01.2007 - L 9 KR 1168/05 -	07-02-117

Erfüllung der Forderung durch private Krankenversicherung des Ehegatten	B 1 KR 24/07 R <b>Termin:</b> 17.06.2008	Kann eine gesetzlich krankenversicherte Ehefrau, deren privat versicherter Ehemann an einer Fertilitätsstörung leidet, die eine intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) als medizinische Maßnahme zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich macht, von ihrer Krankenkasse (KK) Kostenerstattung oder -freistellung für die an ihrem Körper im Rahmen der ICSI durchgeführten Behandlungsmaßnahmen verlangen, wenn der private Krankenversicherer des Ehemannes diese Kosten den behandelnden Ärzten gezahlt hat, sich aber in einem Vertrag mit den Eheleuten vorbehalten hat, von den Eheleuten den Betrag "zurückzufordern", der sich aufgrund einer Klage der Ehefrau gegen ihre KK als deren Schuld ergibt?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 23.05.2007 - L 4 KR 53/03 -	07-04-84
Brustvergrößerung	B 1 KR 19/07 R <b>Termin:</b> 28.02.2008	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer einseitigen Brustvergrößerung zur Beseitigung einer bestehenden Asymmetrie der Brüste zu übernehmen? Haben Versicherte, die für ärztliche Leistungen ein der Gebührenordnung für Ärzte entsprechendes Pauschalhonorar gezahlt haben, Anspruch auf dessen Erstattung nach § 13 Abs 3 SGB 5?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 21.06.2007 - L 5 KR 220/06 -	07-04-100

#### Kostenerstattung

Ursachenzusammenhang zwischen Ablehnung und entstandenen Kosten	B 1 KR 2/08 R	Ist ein vorheriger Antrag des Versicherten auf Sachleistungsgewährung für einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 S 1 Alt 2 SGB 5 auch dann erforderlich, wenn die Krankenkasse die gleiche Leistung (hier: Magenband-OP) bereits ca 6 Monate zuvor bestandskräftig abgelehnt hatte?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 28.11.2007 – L 5 KR 14/07	08-01-139
---	---------------	--	---	-----------

#### Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im Ausland

#### Arzneimittel

Intravenös verabreichte Immunglobuline bei Multipler Sklerose	B 1 KR 15/07 R <b>Termin:</b> 28.02.2008	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer Behandlung mit Immunglobulinen bei Vorliegen von Multiple Sklerose unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 = BVerfGE 115, 25 zu übernehmen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 31.01.2007 - L 5 KR 28/06 -	07-02-139
Lorenzo's Öl	B 1 KR 16/07 R <b>Termin:</b> 28.02.2008	Hat ein GKV-Versicherter wegen seiner Fettstoffwechselerkrankung Ansprüche auf Versorgung mit einem Spezialöl (Lorenzos Öl), einer Mischung von Glycerol-Trioleat (GTO) und Glycerol-Trioleat (GTE)?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 25.01.2007 - L 8 KR 18/05 -	07-02-144
	B 5b KN 3/07 KR R	Ist Lorenzos Öl, eine Mischung von Glycerol-Trioleat (GTO) und Glycerol-Trioleat (GTE), in der gesetzlich vorgegebenen Abgrenzung von Arzneimitteln und Lebensmitteln als Arzneimittel anzusehen? Ist es aus verfassungsrechtlicher Sicht geboten, die Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei nicht zugelassenen Arzneimitteln in Fällen einer lebensbedrohenden und regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung erweiternd auf andere notstandsähnliche Fallkonstellationen auszudehnen?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 20.06.2007, - L 4 KR 39/06 –	08-01-147
Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel	B 1 KR 6/08 R	Verstößt der gesetzliche Ausschluss der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel (hier: Gelomyrtol forte) von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und die mit ihm einhergehenden Ausnahmebestimmungen gegen Verfassungs- oder Gemeinschaftsrecht?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 31.08.2007 - L 4 KR 171/05 -	

#### Hilfsmittel/Heilmittel

Kraftknotensystem	B 5b KN 4/07 KR R	Hat eine Krankenkasse die Ausstattung eines Rollstuhls mit einem Rückhaltesystem (Kraftknotensystem), das im Wesentlichen der Beförderung zur und von der Werkstatt für behinderte Menschen dient, im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen oder ist	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.06.2007 - L 2 KN 209/05 KR -	07-04-121
-------------------	-------------------	---	--	-----------

		der Sozialhilfeträger im Rahmen der beruflichen Rehabilitation leistungspflichtig?		
Rollstuhlrückhaltesystem für Behindertentransportkraftwagen (Kraftknoten)	B 3 KR 6/08 R	Besteht Anspruch auf Versorgung mit einem Rollstuhlrückhaltesystem - sog Kraftknoten – zur Sicherung des Transports eines Versicherten in einem Behindertentransportkraftwagen als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn dies den sicheren Transport des Versicherten zur Schule im Rahmen seiner gesetzlichen Schulpflicht dient?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 21.02.2008 – L 5 KR 129/07 –	08-02-169 (S. 55)
Wasserfeste Prothese (Badeprothese)	B 3 KR 2/08 R	Hat ein unterschenkelamputierter Versicherter Anspruch auf Versorgung mit einer wasserfesten Prothese in Form einer Badeprothese als Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung iS von § 33 Abs 1 S 1 Alt 3 SGB 5?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 11.12.2007 – L 11 KR 9/06 –	08-01-160
Teilhhandprothese (Epithese)	B 3 KR 12/07 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer Teilhhandprothese zu übernehmen, wenn diese Prothese die Trage- und Greiffunktion teilweise ausgleicht oder zumindest erleichtert?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 20.06.2007 - L 11 KR 39/05 -	07-03-153
GPS-gestütztes Navigationssystem	B 3 KR 4/08 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für ein GPS-gestütztes Navigationssystem für Blinde und Sehbehinderte im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 30.05.2007 - L 6 KR 4/06 -	

#### Fahrkosten

Anspruch auf Rettungstransportwagen auch bei sog. Leerfahrt	B 1 KR 38/07 R	Besteht die Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 13 Abs 3 S 1 Alt 1 iVm § 60 Abs 2 S 1 Nr 2 SGB 5 auch für Rettungsfahrten, die mit dem Ziel der Verbringung des Versicherten in ein Krankenhaus begonnen worden sind, wenn es zu einer solchen Fahrt tatsächlich nicht kommt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 31.10.2007 – L 11 KR 23/07 –	08-01-178
Fahrten zum Rehabilitationssport	B 1 KR 22/07 R <b>Termin:</b> 22.04.2008	Hat ein Versicherter einen Kostenübernahmeanspruch für Fahrten zum Rehabilitationssport?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 26.07.2007 - L 1 KR 161/06 -	08-01-177
	B 3 KR 5/08 R	Hat ein Versicherter einen Kostenübernahmeanspruch für Fahrten zum Rehabilitationssport?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 17.01.2008 - L 5 KR 22/07 -	
KrTRL - Hohe Behandlungsfrequenz	B 1 KR 27/07 R	Setzt eine zur Fahrkostenerstattung führende "hohe Behandlungsfrequenz ..." iS von § 8 Abs 2 KrTRL eine Therapiedichte von mindestens zwei Behandlungen pro Woche voraus?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.09.2007 - L 5 KR 43/07 -	08-02-184 (S. 60)

#### Zuzahlung

Zuzahlungen	B 1 KR 18/07 R <b>Termin:</b> 22.04.2008	Verstoßen die durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 - BGBl I 2190 zum 1.1.2004 eingeführten Neuregelungen im Bereich der Zuzahlungen gegen das aus Art 20 Abs 1 GG folgende Sozialstaatsprinzip und gegen das rechtsstaatliche Vertrauensschutzgebot?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 30.05.2007 - L 4 KR 91/05 -	07-04-129
Fiktives Mindesteinkommen	B 1 KR 20/07 R <b>Termin:</b> 22.04.2008	Ist bei Berechnung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB 5 der Eckregelsatz nach dem SGB 12 als fiktives Mindesteinkommen heranzuziehen, wenn die Berücksichtigung der Ehefrau und Kinder des Versicherten zu keinem positiven Einkommen führt?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 26.04.2007 - L 4 KR 276/05 -	08-01-174
Zuzahlungen und Arbeitslosenhilfe	B 1 KR 10/07 R <b>Termin:</b> 22.04.2008	Verstoßen die Neuregelungen der Zuzahlungspflichten nach den §§ 61, 62 SGB 5 idF des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 - BGBl I, 2003, 2190 - insoweit gegen Verfassungsrecht, als sie Beziehern von Arbeitslosenhilfe/Leistungen der Grundsicherung Zahlungslasten bis zur Belastungsgrenze auferlegen?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 22.06.2006 - L 5 KR 7/06 -	08-01-175
Zuzahlungen und AsylbLG	B 1 KR 5/07 R	Ist ein Versicherter, der lediglich unter Anrechnung seines Arbeitseinkommens	<i>LSG Baden-Württemberg</i> ,	07-02-165

	<b>Termin:</b> 22.04.2008	Grundleistungen nach § 3 AsylbLG erhält, die niedriger als Sozialhilfeleistungen sind, von der Zuzahlungspflicht ab 1.1.2004 vollständig zu befreien, oder gilt für ihn die Mindestbelastungsgrenze nach § 62 Abs 2 S 5 SGB 5?	Urt. v. 14.02.2007 - L 5 KR 4134/05 -	
Verfassungsgemäßheit der Praxisgebühr	B 3 KR 3/08 R	Ist die Zuzahlungsregelung des § 28 Abs 4 S 1 SGB 5 (Praxisgebühr) verfassungswidrig?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 13.12.2007 - L 4 KR 297/05 -	08-02-183 (S. 60)
<b>Rehabilitationsmaßnahmen</b>				
Funktionstraining	B 1 KR 31 bis 33 u. 36/07 R <b>Termin:</b> 17.06.2008	Ist die Beschränkung der Kostenübernahme für ein ärztlich verordnetes Funktionstraining auf die grundsätzliche Höchstleistungsdauer von 24 Monaten rechtmäßig?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 03.09.2007 - L 5 KR 12/07, 116/07, 72/07, u. 60/07 -	08-02-189 (S. 61)
<b>Krankenhauskosten</b>				
Prognose des behandelnden Arztes	B 3 KR 14/07 R <b>Termin:</b> 10.04.2008	Ist eine Krankenhausbehandlung notwendig, wenn sie aus der vorausschauenden Sicht des Krankenhausarztes unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände vertretbar ist, dh nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung steht oder medizinische Standards verletzt und kommt es im Zweifel auf die Prognose des behandelnden Arztes an?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 05.07.2007 - L 5 KR 143/05 -	07-04-134
Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit: Fehlende Behandlungsalternative	B 3 KR 19/05 R <b>Termin:</b> 10.04.2008	Besteht ein Anspruch auf fortdauernde Krankenhausbehandlung bei einer Alkoholikerkrankung 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).	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 12.04.2005 - L 5 KR 37/04 -	06-01-133
Psychiatrie-Patienten	B 3 KR 21/05 R <b>Termin:</b> 10.04.2008	Zur Frage der Notwendigkeit fortdauernder Krankenhausbehandlung bei Psychiatrie-Patienten, 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).	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 11.05.2005 - L 5 KR 42/04 -	06-01-134
	B 3 KR 20/07 R <b>Termin:</b> 10.04.2008	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 Pflegeplatz	B 5b/8 KN 1/07 KR R	Hat ein Krankenhausträger gegenüber einer Krankenkasse einen Vergütungsanspruch für den Krankenhausaufenthalt einer Versicherten, wenn diese aufgrund ihres psychischen Zustands nicht in die Häuslichkeit entlassen werden konnte und eine unmittelbare Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung wegen Fehlen eines erforderlichen Pflegeplatzes noch nicht möglich war?	<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 19.12.2006 - L 4 KR 74/05 -	08-01-183
Versorgungsauftrag und Behandlung	B 3 KR 6 u. 17/07 R <b>Termin:</b> 24.01.2008	Zum Vergütungsanspruch eines Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse, wenn sich nachträglich herausstellt, dass ein Versicherter angesichts des begrenzten Versorgungsauftrages des Krankenhauses nicht hätte behandelt werden dürfen.	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 03.05.2007 - L 5 KR 186/06 - v. 05.07.2007 - L 5 KR 59/06 -	07-04-133 08-01-184
Abschluss eines Versorgungsvertrages bei wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden	B 1 KR 5/08 R	Bietet eine Klinik, deren Behandlungskonzept überwiegend auf wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden beruht, die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung mit der Folge, dass sie einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages hat?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 17.12.2007 - L 1 KR 62/04 -	08-02-207 (S. 65)
Vergütung stationär durchgeführter	B 3 KR 21 u. 22/07 R	Hat die Krankenkasse eine stationär durchgeführte Operation wie eine ambulante Opera-	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v.	08-02-198

Operation als ambulante Operation		tion zu vergüten, wenn die stationäre Behandlung nicht notwendig und das Krankenhaus zur Durchführung ambulanter Operationen zugelassen war (§ 115b Abs 2 SGB 5)?	01.08.2007 - L 5 KR 99/07 -, v. 24.05.2007 - L 5 KR 205/06 -	(S. 64)
Einsichtnahme in die beigezogenen Behandlungsakten	B 3 KR 13/07 R <b>Termin:</b> 15.11.2007	Steht einer Krankenkasse im gerichtlichen Verfahren über die Vergütungsrückzahlungsklage gegen ein Krankenhaus ein eigenes Recht auf Einsichtnahme in die beigezogenen Behandlungsakten des Krankenhauses zu?	<b>SG Duisburg</b> , Urt. v. 22.06.2007 - S 9 KR 192/06 -	juris
Abrechnungsprüfung durch MDK	B 3 KR 24/07 R	Zu den Anforderungen an die Darlegung der Voraussetzungen für eine Abrechnungsprüfung durch den MDK nach § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB 5.	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 05.04.2007 - L 5 KR 166/06 -	08-02-195 (S. 63)
Herzkatheteruntersuchung nach Sones	B 3 KR 15/07 R	Hat ein Krankenhaus für eine nach Abschluss der Herzkatheteruntersuchung nach Sones angelegte Gefäßnaht einen zusätzlichen Vergütungsanspruch (DRG F 44 B/DRG D 14 B)?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 19.07.2007 - L 5 KR 228/06 -	08-01-186
Missbrauch mit Krankenversichertenkarte	B 3 KR 19/07 R	Hat die Krankenkasse die Kosten einer für einen vermeintlich Versicherten erbrachten Krankenhausbehandlung zu tragen, der Personenidentität mit einem bei ihr Versicherten vorspiegelt und die ihm vom tatsächlich Versicherten überlassene Krankenversichertenkarte missbräuchlich benutzt?	<b>SG Duisburg</b> , Urt. v. 16.03.2007 - S 9 KR 123/05 -	08-01-182
Lauf der Frist für die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs (§ 111 SGB X)	B 1 KR 13/07 R <b>Termin:</b> 28.02.2008	Werden krankenversicherungsrechtliche Sachleistungsansprüche (hier: Krankenhausbehandlung) von der Regelung des § 111 S 2 SGB 10 idF des 4. Euro-Einführungsgesetzes vom 21.12.2000 erfasst oder ist diese Regelung nur auf Sachverhalte von parallel bestehenden Zuständigkeiten zweier Sozialleistungsträger bei der Erbringung von sich gegenseitig ausschließenden Sozialleistungen anzuwenden, in denen eine Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträger noch ergehen kann?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 15.03.2007 - L 5 KR 143/06 -	07-02-179
Anspruch auf Erstattung von Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden	B 3 KR 1/07 R	Hat ein Krankenhausträger gegenüber einer Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden, wenn die Krankenkasse die Krankenhausbehandlungskosten erst verspätet beglichen hat?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 30.11.2006 - L 8 KR 175/05 -	07-01-188
<b>Weitere Leistungserbringer</b>				
Herstellerrabatt bei niederländischer Internetapotheke	B 1 KR 4/08 R	Sind die Rabattregelungen in § 130a SGB 5 auch auf eine Versandapotheke anzuwenden, die ihren Sitz in den Niederlanden hat?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 16.01.2008 - L 5 KR 3869/05 -	08-02-208 (S. 65)
Lieferant von Sondennahrung: Umsatzsteuersatz	B 3 KR 18/07 R	Kann der Lieferant von Sondennahrung von der Krankenkasse die Zahlung des Regelsatzes anstelle des ermäßigten Umsatzsteuersatzes verlangen, wenn die Finanzverwaltung von ihm nach geänderter Rechtsauffassung Umsatzsteuer nach dem vollen Steuersatz erhebt?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 02.08.2007 - L 5 KR 200/05 - - L 5 KNK 1/06 -	07-04-140
Hüftprotectoren in Hilfsmittelverzeichnis	B 3 KR 11/07 R	Sind Hüftprotectoren in das Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufzunehmen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 31.05.2007 - L 16 (5,2) KR 70/00 -	07-03-174
Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis: Geräte der nicht-invasiven Magnetfeldtherapie	B 3 KR 10/07 R	Zur Verpflichtung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Aufnahme eines Hilfsmittels (hier: Gerät zur Elektrostimulation des Knochen- und Bindegewebes mittels pulsierender Magnetfelder - nicht-invasive Magnetfeldtherapie) in das Hilfsmittelverzeichnis.	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 24.05.2007 - L 5 KR 245/00 -	07-03-173
Unzulässiger Ausschluss von Hilfsmittellieferanten	B 5b KN 2/07 KR R	Sind die Krankenkassen verpflichtet, Rahmenverträge gemäß § 127 Abs 1 SGB 5 mit den Leistungserbringern (hier: Innungen für Orthopädietechnik) abzuschließen, um diesen die Teilnahme an der Hilfsmittelversorgung zu ermöglichen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 18.01.2007 - L 2 KN 16/05 KR -	07-03-175
Grenzüberschreitende Hilfsmittel	B 3 KR 8/07 R	Wirkt ein nach § 127 Abs 1 S 1 SGB 5 (Fassung bis 31.3.2007) geschlossener	<b>LSG Bayern</b> ,	07-03-172

telversorgung (Schulterbewegungsschiene - CPM)	<b>Termin:</b> 10.04.2008	Versorgungsvertrag über den Bereich der Mitgliedskassen der entsprechenden Landesverbände hinaus auch für Mitgliedskassen in anderen Landesverbänden (grenzüberschreitende Hilfsmittelversorgung)?	Urt. v. 08.03.2007 - L 4 KR 20/06 -	
Heilmittelbringer: Pflicht zur Überprüfung der ärztlichen Verordnung	B 3 KR 4/07 R	Hat ein Physiotherapeut einen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse für krankengymnastische Leistungen, wenn die Verordnung des Vertragsarztes nach den Abgabebedingungen genehmigungspflichtig war, die Krankenkasse aber dem Versicherten mitgeteilt hat, eine Genehmigung der Maßnahme sei nicht erforderlich?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 19.10.2006 - L 8 KR 23/06 -	07-01-192
Häusliche Krankenpflege - Versorgungsvertrag	B 3 KR 2/07 R <b>Termin:</b> 24.01.2008	Zur Frage des rückwirkenden Abschlusses eines Versorgungsvertrages nach den §§ 132, 132a SGB 5 sowie eines Vergütungsanspruches aus vorvertraglichem Verschulden.	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 26.10.2006 - L 16 KR 21/06 -	07-01-196
Haushaltshilfe: Abschluss einer Vergütungsvereinbarung	B 3 KR 23/07 R	Hat ein privater Leistungserbringer für Haushaltshilfe einen Anspruch gegen die Krankenkassen auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach den mit den Wohlfahrtsverbänden vereinbarten Sätzen?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 10.07.2007 - L 11 KR 6157/06 -	07-03-182
Vergütung für Krankentransportleistungen	B 3 KR 25/07 R	Zur Frage der gerichtlichen Überprüfung und Festsetzung der Vergütung für Krankentransportleistungen.	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 23.08.2007 – L 5 KR 152/03 –	07-04-146
Vergütung von Krankentransportleistungen ohne Vertrag	B 3 KR 5/07 R <b>Termin:</b> 10.04.2008	Kommt für die Vergütung von Krankentransportleistungen bei Fehlen einer vertraglichen Vereinbarung zwischen Transportunternehmen und Krankenkasse ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung oder aus Geschäftsführung ohne Auftrag in Betracht?	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 04.05.2007 - S 34 (4) KR 321/04 -	08-01-195
Verjährungsfrist für Benutzungsentgelte im Rettungsdienst	B 3 KR 7/07 R <b>Termin:</b> 10.04.2008	Welcher Verjährungsfrist unterliegt der Anspruch auf Benutzungsentgelt nach der zwischen Leistungserbringern im Rettungsdienstbereich und Krankenkassen geschlossenen Vereinbarung über Benutzungsentgelte im Rettungsdienst in Hessen (hier: Rettungsfahrt 1997)?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 12.06.2007 - L 1 KR 58/05 -	07-03-183
<b>Krankenkassen</b>				
Umlagepflicht zur Sanierung einer überschuldeten Krankenkasse	B 12 KR 1/07 R	Ist die Satzungsregelung eines Landesverbandes der Krankenkassen rechtmäßig, wonach eine Umlagepflicht zur Sanierung einer überschuldeten Krankenkasse im Rahmen des § 265 SGB 5 als andere aufwändige Belastung eingeführt wird?	<b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 29.08.2006 - S 48 KR 251/04 -	07-03-185
	B 12 KR 10 u. 11/07 R	Ist die Satzungsregelung eines Landesverbandes der Betriebskrankenkassen rechtmäßig, wonach eine Umlagepflicht besteht, um die Kosten einer Fusionsbeihilfe zur Vermeidung des Eintritts eines Haftungsfalls nach § 155 Abs 4 SGB 5 als andere aufwändige Belastung zu decken?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 25.01.2007 - L 16 KR 162/06 – - L 16 KR 214/04 -	07-02-189
<b>Sonstiges</b>				
Herstellungskosten für Krankenversichertenkarte	B 1 KR 30/07 R <b>Termin:</b> 17.06.2008	Gehören die Herstellungskosten für die erstmalige Ausstellung einer Krankenversichertenkarte zu den Verwaltungskosten nach § 264 Abs 7 S 2 SGB 5? Kann die Krankenkasse gemäß § 93 SGB 10 iVm § 91 Abs 3 SGB 10 einen angemessenen Vorschuss auf ihre Erstattungsforderung nach § 264 Abs 7 S 1 SGB 5 beanspruchen?	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 23.08.2007 - S 4 KR 255/04 -	juris