

# Rechtsprechungsinformationsdienst 10-02

Redaktion	6
Erratum	6
<b>A. VERTRAGSARZTRECHT</b>	<b>7</b>
<b>I. Honorarverteilung</b>	<b>7</b>
1. Keine Mengenbegrenzung für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen	7
2. Verspätete Abrechnung von Sachkosten	7
3. Honorarverteilung KV Hessen	8
a) Regelleistungsvolumen	8
aa) Spezialisierung eines Chirurgen auf Proktologie und Koloskopie	8
bb) Ausnahmetatbestand: Spezialisierung eines Chirurgen auf Proktologie	8
cc) Ausnahmetatbestand: Spezialisierung eines Chirurgen auf Phlebologie	9
dd) Sonderregelung: Internist und Proktologe	9
ee) Behandlung von ADHS-Patienten	10
ff) Inhomogenität der Fachärzte für Anästhesiologie mit Schmerztherapie	10
gg) Ambulantes Operieren nach Aufgabe belegärztlicher Tätigkeit	10
b) Ausgleichsregelung und extrabudgetäre Leistungen	10
c) Punktwert Psychotherapeuten KV Hessen (III/04)	11
4. Verrechnung der Abschlagszahlungen mit der Restzahlung im Insolvenzverfahren	11
5. Allgemeines Praxisbudget (Quartale ab III/97)	12
6. Umlage für sonstige Sicherstellungsmaßnahmen	12
<b>II. Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>	<b>12</b>
1. Nr. 01100, 01101 und 01210 EBM 2005 nur im organisierten Not(fall)dienst	13
2. Frauenarzt und Nr. 19330 EBM 2005/Persönliche Leistungserbringung	13
3. Beschränkung der Abrechnung von Leistungen nach Operationen (Kap. 31.2 EBM 2005)	13
4. Vergütung von Akupunkturleistungen bei fehlender Genehmigung	13
5. Neuregelung Dialysesachkosten ab III/02	13
<b>III. Zweigpraxis/Genehmigung</b>	<b>14</b>
1. Zweigpraxis	14
a) Umfang der Amtsermittlungspflicht	14
b) Drittwiderspruch/Sofortige Vollziehung: Vorrangiger Antrag nach § 86a II Nr. 5 SGG	14
2. Genehmigungen	14
a) Widerruf einer Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen	14
b) Keine Akupunkturgenehmigung für Frauenärzte	15
c) Teilnahme an Strukturvertrag Asthma/COPD	15
d) Widerruf einer Ultraschallgenehmigung nach Qualitätsmängeln	16
e) Anordnung der sofortigen Vollziehung des Entzugs einer Koloskopiegenehmigung	16
<b>IV. Disziplinarrecht: Nichtbeantwortung einer Anfrage/Fehlerhafter Vertragsarztstempel</b>	<b>16</b>
<b>V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz</b>	<b>16</b>
1. Abgrenzung Kompetenz Prüfungsstelle/Beschwerdeausschuss	17
2. Arzneikostenregresse	18
a) Richtgrößenprüfung KV Bayern 2002	18
b) Verordnung von Wobe Mugos E	18
c) Off-Label-Use	18
aa) Klinische Prüfung/Cellept und Zenapax bei Kindern mit Morbus Crohn	18
bb) Immunglobulin bei multifokaler motorischer Neuropathie	19
cc) Immunglobulin bei multipler Sklerose	19
dd) Hoher Ausländeranteil und Schwerarbeiter keine Praxisbesonderheit	19
d) Verordnung über der Tageshöchstdosis/Arzneimittelverlust durch Patienten	19
e) Sprechstundenbedarf: Corticoide und Kristallsuspensionen	20
f) Regressforderungen nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens	20
3. Vergleichsgruppenbildung bei Anästhesisten	20
4. Zahnärzte: Vertagungsgesuch wegen Erkrankung	21

5. Kassenregress wegen Verordnung von Arzneimitteln nach Zulassungsende (68-Jahresgrenze)	21
<b>VI. Zulassungsrecht</b>	<b>21</b>
1. Kein Zulassungsanspruch bei Eintragung in Arztregister erst nach Sperrung des Planungsbereichs	22
2. Medizinische Versorgungszentren	22
a) Ärztlicher Leiter muss nicht zur Versorgung der Patienten beitragen	22
b) Keine Übertragung einer Vertragsarztstelle zu Gunsten eines anderen MVZ	23
c) Vorlage einer Bürgschaftserklärung durch Gesellschafter: Klagebefugnis	23
3. Praxismachfolge: Keine Berücksichtigung nach Abrechnungsmanipulation und Zulassungsverzicht	23
4. Sonderbedarfzulassung	24
a) Kinderchirurgie	24
b) Einbeziehung der Fachärzte für plastische Chirurgie in die Bedarfsplanung/KV-Umfragen	24
5. Ruhensanordnung wegen psychischer Erkrankung/Sofortvollzug	25
6. Zulassungsentziehung	25
a) Anstellung als Chefarzt kein Zulassungshindernis	25
b) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit	25
c) Keine Ruhensverlängerung nach sechs Jahren/Wegzug	26
d) Alkoholabhängigkeit	26
e) Entziehung einer MVZ-Zulassung/Anordnung der sofortigen Vollziehung	26
aa) LSG Berlin-Brandenburg: Zulässigkeit generalpräventiver Überlegungen	26
bb) BVerfG: Folgenabwägung	27
7. Rechtmäßigkeit der Altersgrenze von 68 Jahren	27
8. Zweigpraxis	28
a) Keine qualifizierte Versorgungsverbesserung bei Entfernung von 17 km/19 km	28
b) Keine qualifizierte Versorgungsverbesserung bei gleichen Leistungen	28
9. Ermächtigung	28
a) Entziehung einer Ermächtigung bei nur noch geringfügiger Beschäftigung am Krankenhaus	28
b) Ermächtigung eines sozialpädiatrischen Zentrums	29
10. Zulässigkeit einer Konkurrentenklage gegen Genehmigung nach § 121a SGB V	29
11. Nichtentrichtung der Widerspruchsgebühr: Rücknahmefiktion	30
<b>VII. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen</b>	<b>30</b>
1. EHV-Reform 2006	30
a) Durchschnittshonorar/Nachhaltigkeitsfaktor/Zumutbarkeit	30
b) vorzeitiger Verzicht: Mehrzeitenregelung/0,5 %-Kürzung	30
2. Anspruch nach Versorgungsausgleich	31
3. Wiederverheiratung eines Witwers: Erlöschen des EHV-Anspruchs	31
<b>VIII. Krankenkassen/GBA</b>	<b>31</b>
1. Anspruch auf Datenübermittlung vor bundesmantelvertraglicher Vereinbarung	31
2. Zuständigkeit Spruchkörper für Vertragsarztrecht/Ausschluss von Insulinanaloga	32
<b>IX. Streitwert/Anwaltsvergütung/Kosten des Widerspruchsverfahrens/Ordnungsgeld</b>	<b>32</b>
1. Streitwert	32
a) Akupunkturgenehmigung/Einstweiliges Rechtsschutzverfahren	32
b) Vorlage der Kontoauszüge im ärztlichen Bereitschaftsdienst	33
c) Voller Regressbetrag bei Bescheidungsurteil	33
d) Zweigpraxisgenehmigung/Senatsbesetzung	33
e) „Zulassungsinteresse“ bei Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes	34
f) Streitigkeit um ärztlichen Leiter eines MVZ	34
g) Ermächtigung eines sozialpädiatrischen Zentrums	34
aa) Hauptsacheverfahren	34
bb) Eilverfahren	34
2. Erstattung von Vorverfahrenskosten nach Stattgabe aufgrund gerichtlicher Entscheidung	35
3. Ordnungsgeld bei Nichterscheinen eines anwaltlich Vertretenen	35
<b>X. Entscheidungen des BSG</b>	<b>36</b>
1. Honorar:	36
a) Laborreform 1999: Abstufungsregelung nach Präambel zu Kapitel O III EBM	36
b) Zahnärzte: Anwendung einer Härteklausele	36
2. Eintragung in Arztregister/Psychotherapeutenregister/Fachkunde	37
a) Allgemeinmedizin und fünfjährige Weiterbildungszeit	37
b) Überprüfung der Fachkunde eines approbierten Psychotherapeuten durch KV	37

c) Fachkundenachweis Psychotherapeuten nach Übergangsrecht/Gesprächspsychotherapie	37
3. Genehmigungen	37
a) Keine Genehmigung für Hausärzte zur Abrechnung fachärztlicher Leistungen	37
b) Abrechnungsgenehmigung für bestimmte Leistungen/Versorgungsschwerpunkt	38
c) Keine rückwirkende Koloskopiegenehmigung	38
4. Keine Ausschreibung zur Praxisnachfolge nach Ruhen der Zulassung	38
5. Keine Konkurrentenklage gegen Zweigpraxisgenehmigung/Versorgungsverbesserung	39
6. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	39
a) Vertrauensschutzgesichtspunkte	39
b) Sprechstundenbedarf/Beweiserhebung	39
7. Zulassungsrecht: Sonderzulassung zur Ausübung der belegärztlichen Tätigkeit	40
a) Zahl der Belegbetten/Förderung des kooperativen Belegarztwesens/Ausschreibung	40
b) Unterdurchschnittliche Zahl von Belegbetten	40
8. Verfahrensrecht	40
a) Fehlende Ladung des Prozessbevollmächtigten zur mündlichen Verhandlung	40
b) Hinweispflicht des Gerichts/Vorlage der Vollmacht im Widerspruchsverfahren	40

## **B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT** **41**

### **I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung** **41**

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	41
a) Hyperthermietherapie	41
aa) Hyperthermiebehandlung einer Prostatavergrößerung	41
bb) Hyperthermietherapie im einstweiligen Rechtsschutz	41
b) Laserinduzierte Thermotherapie (LITT) bei Lebermetastasen	41
c) Balneo-Photo-Dauertherapie zur Behandlung der Vitiligo	42
d) Interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds	42
e) Hochtון-Therapiegerät	42
2. Künstliche Befruchtung: Störung der Geschlechtsidentität in Form einer Zisidentität	42
3. Zahnärztliche Leistungen	43
a) Zahnersatzversorgung nur für das medizinisch Notwendige	43
b) Genehmigung kieferorthopädischen Behandlungsplans/Ausschluss implantologischer Leistungen	43
c) Implantatversorgung: Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen	43

### **II. Kostenerstattungsanspruch** **43**

1. Einhaltung des Beschaffungswegs	43
2. Hinweis auf fehlende Zuständigkeit keine Leistungsablehnung	44
3. Kein wirksamer privatärztlicher Behandlungsvertrag bei fehlender Kostenaufklärung	44

### **III. Stationäre Krankenhausbehandlung** **44**

1. Brustverkleinerung	44
2. Gewichtsreduktion	44

### **IV. Krankenbehandlung im Ausland** **45**

### **V. Arzneimittel: Off-Label-Use** **45**

1. Kein Verweis auf Avastin zur Behandlung altersabhängiger Maculadegeneration	45
2. Methylphenidathaltige Arzneimittel bei ADHS im Erwachsenenalter	45
a) Kein Anspruch	45
b) Modifizierende Anwendung der Off-Label-Use-Grundsätze/„Jugendlicher“/Folgenabwägung	46
c) Anspruch nach Überschreiten der Schwelle der Volljährigkeit	46
3. Vigil (Wirkstoff Modafinil) bei Multipler Sklerose Fatigue-Symptomatik	47

### **VI. Hilfsmittel/Heilmittel** **47**

1. Zweitversorgung für Besuch des Kindergartens	47
2. Rollstuhl mit Elektroantrieb (Elektrorollstuhl)	47
3. Elektrisches Krankenfahrzeug (Selbstfahrrollstuhl)	47
4. Kein Sportrollstuhl für körperbehinderten Jugendlichen	48
5. Liegedreirad: Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	48
6. Therapie-Tandem nebst Zusatzausstattung	48
7. Toilettenlifter/Keine Eilbedürftigkeit nach Selbstbeschaffung	48
8. Hörgeräte und Festbetrag	49

9. DAISY-Abspielgeräte _____	49
10. Inkontinenzhilfen im Pflegeheim _____	50
<b>VII. Häusliche Krankenpflege _____</b>	<b>50</b>
1. Häusliche Krankenpflege und gemeinsamer Haushalt _____	50
2. Beatmungspflege: Einstweiliger Rechtsschutz _____	50
<b>VIII. Zuzahlung/Rehabilitation/Fahrkosten/Prävention/Impfung/Kostenbeteiligung nach § 52 SGB V _</b>	<b>51</b>
1. Vorleistung für kieferorthopädische Behandlung mit Eigenanteil von 20 % _____	51
2. Zuständigkeit für Reha bei Freistellungsphase eines Altersteilzeitblockmodells _____	51
3. Transportkosten für Eigenblutentnahme _____	51
4. Prävention: Dauerhafter Besuch eines Fitnessstudios _____	51
5. Nur eingeschränkter Anspruch auf Schutzimpfung _____	52
6. Kostenbeteiligung nach § 52 SGB V nach Verkehrsunfall _____	52
<b>IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen _____</b>	<b>52</b>
1. Beziehungen zu Krankenhäusern _____	52
a) Abgrenzung von Frührehabilitation und Rehabilitation _____	53
b) Vergütungsansprüche für eine geriatrische Frührehabilitation als Krankenhausbehandlung _____	53
c) Fehlende Vereinbarung für Fallpauschale _____	53
d) Fallpauschale G-DRG (2005) Q60A (Hämaturie) _____	54
e) Methode zur Zinsberechnung _____	54
f) Aufwandspauschale § 275 Ic 3 SGB V _____	54
aa) Altfälle vor 01.04.2007 _____	54
bb) Neue Diagnosen bei gleicher Abrechnung _____	54
2. Apotheker _____	55
3. Arzneimittelhersteller _____	55
a) Anforderung "Lieferfähigkeit innerhalb von 24 Stunden an Apotheken" _____	55
b) Einhaltung des Transparenzgebots _____	55
4. Hilfsmittelerbringer _____	55
a) Vergabeverfahren: Streitgenossenschaft/Rügeobliegenheiten/Wagnis/Verdingungsunterlagen _____	55
b) BVerfG: Keine Verfassungsbeschwerde gegen Hilfsmittelausschreibung _____	56
5. Häusliche Krankenpflege: Vertrauensschutz nur bzgl. beantragter Leistungen _____	56
<b>X. Angelegenheiten der Krankenkassen _____</b>	<b>56</b>
1. BVerfG: Verfassungsbeschwerde gegen die Höhe des Bundeszuschusses zur GKV _____	56
2. Bonus für Normalgewichtige und Nichtraucher ohne ärztlichen Nachweis _____	57
3. Erstattungsstreitverfahren: Statusentscheidung bindet SGB-XII-Leistungsträger _____	57
<b>XI. Kosten: Gerichtsgebühren für sofortige Beschwerden nach § 142a SGG _____</b>	<b>57</b>
<b>XII. Entscheidungen des BSG _____</b>	<b>57</b>
1. Kryokonservierung wegen einer drohenden Empfängnisunfähigkeit infolge Chemotherapie _____	57
2. Kostenerstattung: Fehlender Kausalzusammenhang _____	58
3. Arzneimittelherstellerrabatt _____	58
4. Heilmittelerbringer: Prüfung der ärztlichen Verordnung _____	58
5. Verfahrensrecht _____	58
a) Zuständigkeit: Abgrenzung Vertragsarztrecht/Krankenversicherungsrecht _____	58
b) Mitentscheidung einer wegen Befangenheit abgelehnten RichterIn _____	58
<b>C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE _____</b>	<b>59</b>
<b>I. Ärztliches Berufsrecht _____</b>	<b>59</b>
1. Approbation _____	59
a) Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg: Approbation als Zahnarzt erforderlich _____	59
b) Widerruf der Approbation _____	59
aa) BVerfG: Anordnung der sofortigen Vollziehung – Unwürdigkeit/Vertrauen der Allgemeinheit _____	59
bb) Beruflicher Zusammenhang bei Steuerhinterziehung und Veruntreuung von Arbeitsentgelt _____	60
c) Ruhen der Approbation: Zweifel an der völligen Alkoholabstinenz _____	60
2. Zulässige Bezeichnung „Tätigkeitsschwerpunkt Laserbehandlung“ _____	60
3. Berufspflichten: Aushändigung des Leichenschauscheins/Beantwortung von Anfragen der Ärztekammer _____	60
4. Strafrecht: Vertragsarzt als Beauftragter der Krankenkasse (Bestechlichkeit, § 299 StGB) _____	61

5. Ziviles Vertragsrecht/Arztrecht	61
a) BGH: Vergütungsanspruch des beauftragten Laborarztes für nicht notwendige Blutuntersuchung	61
b) BGH: Quersubventionierung von Laborgemeinschaften II	61
c) Sittenwidriger Kaufpreis für psychotherapeutische Praxis	61
6. Kammern: Beitrag bei Doppelmitgliedschaft in zwei Zahnärztekammern	62
<b>II. Arzthaftung</b>	<b>62</b>
1. Aufklärungspflichten	62
a) Keine Aufklärung über Zugangsweg zum Hüftgelenk (Hüfttotalendoprothese)	62
b) Aufklärung über operationstypisches (seltenes) Risiko (hier: endonasaler Siebbeineingriff)	62
c) Nicht bewiesenes Aufklärungsgespräch vor Koloskopie	63
d) Zu spät operierter Bandscheibenvorfall: Aufklärung/Schmerzensgeld	63
e) Korrektur-Operation der Brust: Keine Fotos missglückter Operationen	63
2. Unterlassen einer Desinfektion vor Injektionsbehandlung durch Notärztin	63
3. Schmerzensgeld: Versehentliches Belassen einer Tamponade	64
4. Schmerzensgeld nach Tod (Anästhesiefehler bei Schwangerschaftsabbruch)	64
5. Lagerung des Patienten während Operation	64
6. Unterbringung eines psychotischen Patienten zur Verhinderung von Suizid	64
7. Haftung wegen der Geburt eines behinderten Kindes	64
8. Zuordnung der Erstellung von Röntgenbildern durch Durchgangsarzt	65
9. Besorgnis der Befähigung eines Sachverständigen	65
a) Fachlicher Austausch mit Praxismitinhaber des Antragsgegners	65
b) Chefarzt eines akademischen Lehrkrankenhauses des beklagten Universitätsklinikums	65
10. Persönliche Anhörung eines Klägers	65
11. Schmerzensgeld wegen fehlerhaften Setzens zweier Zahnimplantate	65
<b>III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe</b>	<b>66</b>
1. Behandlungsvertrag	66
a) BGH: Abrechnung computergestützter Totalendoprothese	66
b) Herausgabe von imprägnierten Eizellen nach dem Tode des Mannes	66
2. Private Krankenversicherung	66
a) Anspruch auf Einsicht in Behandlungsunterlagen durch PKV	66
b) Krankheitskostenzusatzversicherung: Außenseiter-Methoden	66
3. Zahnärzte: Rückforderung von (Zahn-)Arzthonorar	67
4. Beihilfe	67
a) Keine Beihilfe für nicht verschreibungspflichtige Präparate	67
b) Keine Beschränkung bei Notfall im Ausland	67
c) Zahnärztliche Behandlung	67
aa) Vereinbarkeit beihilferechtlich geregelter Indikationen mit höherrangigem Recht	67
bb) Dentin-adhäsive Kompositfüllungen	68
cc) Gestaltung des Alveolarfortsatzes (Nr. 2254, 2730)	68
<b>IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel</b>	<b>68</b>
1. EuGH	68
a) Finanzielle Anreize für Arztpraxen bei Verschreibung preiswerter Wirkstoffe	68
b) Transparenz bzgl. Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für menschl. Gebrauch	69
2. EuG: Kein Schadenersatz nach rechtswidrigem Amfepramon-Verbot	69
3. BGH: Heilmittelwerbung: Abgrenzung von Lebensmitteln und Arzneimitteln – Zimtkapseln	69
4. Ersetzung des verordneten Arzneimittels durch Apotheker	69
5. Notdienst durch Filialapotheke	70
6. Gutschein-Werbung/Arzneimittelpreisverordnung und ausländische Versandapotheken	70
<b>V. Verschiedenes</b>	<b>70</b>
1. EGMR	70
a) Inanspruchnahme gerichtlicher Verfahren trotz Geringfügigkeit	70
b) Einhaltung der „angemessenen Frist“ trotz Gutachtens nach §109 SGG	71
2. BVerfG	71
a) Untersagung der Zwangsmedikation eines Maßregelpatienten mit einem atypischen Neuroleptikum	71
b) Vorratsdatenspeicherung	72
3. BSG: Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben/Digitales Hörgerät	72
4. Beurteilung eines Impfschadens: Heranziehung des neusten medizinischen Erkenntnisstandes	72
5. Krankenhäuser	73
a) Erstattung auch des Investitionszuschlags	73

b) Anwendung des allgemeinen Fallpauschalenkatalogs	73
6. Genehmigungspflicht eines teleradiologischen Betriebs eines Computertomographen	73
7. Rettungsdienst	74
a) Generalanwalt EuGH: Vergabe im Bereich des öffentlichen Rettungsdienstes	74
b) Genehmigung für qualifizierten Krankentransport außerhalb des Rettungsdienstes	74
8. Heilpädagogisches Reiten (Hippotherapie) keine Leistung der Eingliederungshilfe	74
9. Veröffentlichung von Transparenzberichten über Pflegeheime	74
a) Veröffentlichungspflicht verfassungsgemäß/Abstellen auf Dokumentation	74
b) Veröffentlichung im Internet zulässig	75
c) Vorläufig keine Veröffentlichung bei berechtigten Zweifeln an Qualität des Berichts	76
d) Keine offensichtliche Fehlerhaftigkeit eines Prüfberichts	76
10. Beförderung auf einer fahrbaren Krankentrage kein qualifizierter Krankentransport	76
11. Nothelfer nur Arzt, nicht Pharmaunternehmen	77
12. Widerruf der Berufserlaubnis als Logopäde wegen sexuellen Missbrauchs eines Kindes	77
13. Ausschluss der Gebührenfreiheit für Autoradiogerät eines niedergelassenen Arztes	77
14. BFH: Vermittlungstätigkeit gesetzlicher Krankenversicherungen für Privatverträge gewerblich	77
<b>Verzeichnis der Entscheidungen</b>	<b>78</b>
<b>Editorische Hinweise</b>	<b>80</b>
<b>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht</b>	<b>81</b>
<b>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)</b>	<b>87</b>

## Redaktion

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

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

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

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

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

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

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

## Erratum

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 27.09.2006 – S 27 KA 238/05, 5/04 – **RID 07-01-58** wurde irrtümlich mit dem Az.: S 3 KA 238/05, 5/04 angegeben.

SG Marburg, Urt. v. 10.02.2009 – S 12 KA 160/09 – **RID 10-01-30**, SG Marburg, Urt. v. 10.02.2010 – S 12 KA 824/09 – **RID 10-01-31** und SG Marburg, Urt. v. 10.02.2010 – S 12 KA 800/08 – **RID 10-01-41** wurden irrtümlich in das Jahr 2009 datiert.

## A. VERTRAGSARZTRECHT

### I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 05.05.2010 - **B 6 KA 21/09 R** – hat die **Degressionsberechnung** nicht quartalsbezogen, sondern jahresbezogen zu erfolgen, jedoch sind aus Sachgründen in **Ausnahmefällen** Abweichungen von diesem Grundsatz geboten, etwa dann, wenn ein Vertragszahnarzt im Laufe eines Kalenderjahres die Praxis wechselt, z.B. - wie hier - von einer Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis oder zwischen verschiedenen Gemeinschaftspraxen; in derartigen Fällen bedarf es einer **zeitanteiligen sowie nach Praxen getrennten Degressionsberechnung**; nach BSG, Urt. v. 17.03.2010 - **B 6 KA 43/08 R** – entspricht die **Honorarverteilung** ab II/05 im Bereich der **KV Baden-Württemberg** - eine Honorierung nach Maßgabe von Individualbudgets, die auf der Basis der Abrechnungswerte der einzelnen Praxis aus dem Jahr 2002 berechnet waren – nicht den gesetzlichen Vorgaben; nach BSG, Urt. v. 17.03.2010 - **B 6 KA 13/09 R** – sind die zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen Leistungen eines Psychotherapeuten, auch soweit sie von einem genehmigten Weiterbildungsassistenten erbracht wurden, bis zu der maßgeblichen Obergrenze von 561.150 Punkten mit dem Mindestpunktwert von 4.423 Cent zu vergüten; bei ihrer erneuten Entscheidung wird die KV allerdings zu prüfen haben, ob bzw. in welchem Umfang diese Zurechnung gerechtfertigt ist, die nämlich eine ausreichende Überwachung und Anleitung des Assistenten voraussetzt; nach BSG, Urt. v. 17.03.2010 - **B 6 KA 41/08 u. B 6 KA 15-19/09 R** – sind umfangmäßig begrenzte **Privilegierungen von Gemeinschaftspraxen** hinsichtlich der Zahl der berechnungsfähigen Punkte im Verhältnis zu Einzelpraxen auch für die Zeit ab dem Quartal II/05 zulässig; die Grenze einer nicht mehr gerechtfertigten Ungleichbehandlung wird erst erreicht, wenn die Benachteiligung von Einzelpraxen so gravierend ist, dass diese nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden können; die Entscheidung des Bewertungsausschusses, das Ziel der Förderung von Gemeinschaftspraxen durch einen für alle Praxen gleich hohen Zuschlag statt durch eine prozentuale Erhöhung des Ordinationskomplexes zu verfolgen, ist nicht zu beanstanden; nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 30/08 R** – gebietet der Rechtsgedanke des § 140 III **InsO**, für den maßgeblichen Zeitpunkt des Eintritts der Wirkungen der Rechtshandlung nicht (erst) auf den Zeitpunkt der Wirksamkeit des **Honorarbescheides**, sondern auf den Abschluss des jeweiligen Quartals, in dem die vertragsärztlichen Leistungen erbracht worden sind, sowie die Vorlage der entsprechenden Abrechnung des Vertragsarztes abzustellen; der Arzt hat mit der Erbringung seiner vertragsärztlichen Leistungen und der Abgabe der Abrechnung alles ihm Mögliche für seinen Vergütungsanspruch gegen die KV getan; damit ist bereits ein genereller Anspruch des Arztes auf Teilhabe an der Honorarverteilung und insofern schon dem Grunde nach ein Vergütungsanspruch des Arztes entstanden; nur die Höhe und Fälligkeit dieses Anspruchs (im Sinne eines "konkreten" Honoraranspruchs) hängen von Inhalt und Zeitpunkt des Erlasses des Honorarbescheides ab; dieser Erlass entspricht insoweit dem Eintritt einer Bedingung i.S. des § 140 III **InsO**; nach BSG, Urt. v. 16.12.2009 - **B 6 KA 33/08 R** – (Parallelverfahren: - **B 6 KA 39 u. 40/08 R** – ist die **Degressionsabführung** entsprechend Senatsurt. v. 21.05.2003 (SozR 4-2500 § 85 Nr. 2) an die Krankenkassen vorrangig und unabhängig von der Ausgestaltung der Honorarverteilung; die Degressionsabführung an die Krankenkassen und der Degressionsabzug gegenüber dem Zahnarzt muss nicht notwendigerweise unter Zugrundelegung derselben Punktwerte erfolgen; die Bemessung des Degressionsabzugs gegenüber dem Zahnarzt muss nicht nach den konkreten Auszahlungspunktwerten erfolgen; nach BSG, Urt. v. 16.12.2009 - **6 KA 10/09 R** – (Parallelverfahren: - **B 6 KA 9/09 R** -) verstößt die zum 01.01.2004 in Kraft getretene, allein **Kieferorthopäden** betreffende **Absenkung der degressionsfreien Punktmenge** sowie der Degressionssschwellen nicht gegen höherrangiges Recht. Vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 09-04-A (S. 8); 08-04-A I (S. 7); 07-04 A I (S. 6); 06-04 A I (S. 6); RID 05-04-A I (S. 7).

#### 1. KEINE MENGENBEGRENZUNG FÜR GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE PSYCHOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN

**SG Hannover, Urt. v. 20.01.2010 – S 24 KA 242/05 –**  
rechtskräftig  
SGB V § 85 IV

RID 10-02-01

Im Anschluss an LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.06.2006 - L 7 KA 76/06 – juris ist es rechtswidrig, das Honorar eines Facharztes für Psychotherapeutische Medizin für die zeitabhängigen und genehmigungspflichtigen **psychotherapeutischen Leistungen** einer **Mengenbegrenzungsregelung** zu unterwerfen.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte zur Neubescheidung (Quartale III/03-II/04).

#### 2. VERSPÄTETE ABRECHNUNG VON SACHKOSTEN

**SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 691/08 –**  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de  
SGB V § 85 IV

RID 10-02-02

Ein Vertragsarzt, der die Sachkosten für ambulantes Operieren nicht mit der Abrechnung geltend macht, weil das damit betraute Personal nicht hinreichend qualifiziert war, ist zur **nachträglichen Abrechnungskorrektur** nicht zuzulassen, auch wenn der Honorarverlust für vier Quartale (hier: I – IV/04) über 60.000 € bei einem verbliebenen Quartalshonorar von etwa 86.000 € bis 112.000 € beträgt.

Es besteht keine allgemeine Verpflichtung einer KV, die **Abrechnung auf Vollständigkeit** und Richtigkeit zu Gunsten eines Vertragsarztes zu **prüfen**.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 3. HONORARVERTEILUNG KV HESSEN

Nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 31/08 R** – durfte der HVV KV Hessen die **Nephrologen** und die von ihnen erbrachten **Dialyseleistungen** nicht in **Regelleistungsvolumina** einbeziehen; dies war unvereinbar mit den höherrangigen **Vorgaben des Bewertungsausschusses**, die sich wiederum im Rahmen dessen Gestaltungsspielraums hielten; nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 1/09 R** – stellt die im HVV KV Hessen vorgegebene Berechnung des **Auffüllbetrages** auf der Basis vorjähriger Fallzahlen eine rechtswidrige Benachteiligung **junger Praxen** in ihrer Aufbauphase dar, soweit diese im Referenzzeitraum weder die durchschnittliche Fallzahl noch den durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe erreicht hatten; dies ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung hinzunehmen; das strukturelle Erfordernis, auch bei komplexen und vorab in ihren Auswirkungen schwer übersehbaren Regelungen eine Benachteiligung neu gegründeter Praxen zu vermeiden, entspricht langjähriger Rechtsprechung des Senats; der Auffüllbetrag stellt einen wesentlichen Anteil an der Gesamthonorarforderung der einzelnen Praxen dar, und seine Berechnung wirkt für die im Aufbau befindlichen Praxen im Vergleich mit den anderen Praxen **wie eine Zuwachsbegrenzungsregelung**; diesen Anforderungen ist durch **Regelungen im HVV selbst** Rechnung zu tragen und kann die Entscheidung nicht allein dem Vorstand der KV überlassen werden.

#### A) REGELLEISTUNGSVOLUMEN

##### AA) SPEZIALISIERUNG EINES CHIRURGEN AUF PROKTOLOGIE UND KOLOSKOPIE

**LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2010 – L 4 KA 28/08 –**

**RID 10-02-03**

*Revision eingelegt: B 6 KA 18/10 R*

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

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

**Leitsatz:** 1. Bei der Entscheidung des Vorstands der KV Hessen gem. Ziffer 6.3 letzter Absatz HVV 2005, aus Gründen der **Sicherstellung** der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen, steht diesem ein **Beurteilungsspielraum** zu.

2. Von einer **Sicherstellung der ärztlichen Versorgung** kann nur ausgegangen werden, wenn es für die Versicherten unter Berücksichtigung der festgestellten Nachfrage nach den streitgegenständlichen ärztlichen Leistungen entweder im Planungsbereich selbst oder zumindest in den unmittelbar angrenzenden Planungsbereichen eine in zumutbarer Zeit erreichbare ausreichende Zahl von Behandlern gibt, die in der Lage wären, die notwendige Versorgung mit solchen Leistungen zeitnah sicherzustellen.

3. Art. 12 Abs. 1 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG erfordert eine **Ausnahme** vom Regelleistungsvolumen außer für den im HVV 2005 geregelten Fall einer Sicherstellungsproblematik auch dort, wo sich innerhalb einer Arztgruppe bereits vor Inkrafttreten der Regelungen über die Regelleistungsvolumina Ärzte mit Leistungen in zulässiger Weise **spezialisiert** hatten und dieses spezifische Leistungsangebot durch das Regelleistungsvolumen der Fachgruppe, der sie zugeordnet sind, nicht leistungsangemessen abgedeckt wird.

**SG Marburg**, Urt. v. 06.02.2008 -S 12 KA 249/07 - RID 08-01-08 verurteilte zur Neubescheidung und wies im Übrigen Klage ab, das **LSG** wies die Berufung der KV zurück.

##### BB) AUSNAHMETATBESTAND: SPEZIALISIERUNG EINES CHIRURGEN AUF PROKTOLOGIE

**LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2009 – L 4 KA 29/08 –**

**RID 10-02-04**

*Revision eingelegt: B 6 KA 19/10 R*

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

SGB V §§ 85 IV, IVa, 89 I 1; GG Art. 3 I, 12 I

Parallelverfahren zu **LSG Hessen**, Urt. v. 17.03.2010 – L 4 KA 28/08 – RID 10-02-03.

Für die Anerkennung eines Praxisschwerpunkts kann nicht gefordert werden, dass **der Anteil der spezialisierten Leistungen** mindestens 30 % der Gesamtpunktzahl ausmachen muss (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 26/08 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 19 Rn. 17). Vielmehr ist unter Berücksichtigung der bereits äußerlich erkennbaren Praxisspezialisierung, der festgestellten Fallzahlen im Bereich der proktologischen Leistungen und einem Anteil der proktologischen Leistungen am Gesamtpunktzahlvolumen von durchschnittlich 22 % ein **Versorgungsschwerpunkt** offenkundig.

Eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen scheidet nicht bei der überproportionalen Abrechnung **fachgruppentypischer Leistungen** – hier der Ziffer 30600 EBM 2005 – aus. LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 99/08 – RID 10-01-15 ist ein derartiger Rechtssatz nicht zu entnehmen; in dem dortigen Fall lag eine spezialisierte Praxisausrichtung gerade nicht vor. Ausreichend ist vielmehr eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebietes (LSG Hessen, Urt. v. 18.06.2008 – L 4 KA 1/07 – RID 08-03-44, juris Rn. 27).

**SG Marburg**, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 12/07 – RID 08-01-07 verurteilte zur Neubescheidung und wies im Übrigen Klage ab, das **LSG** wies die Berufung der KV zurück.

## CC) AUSNAHMETATBESTAND: SPEZIALISIERUNG EINES CHIRURGEN AUF PHLEBOLOGIE

*LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2009 – L 4 KA 25/08 –*

RID 10-02-05

*Revision eingelegt: B 6 KA 17/10 R*

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

SGB V §§ 85 IV, IVa, 89 I 1; GG Art. 3 I, 12 I

**Leitsatz:** 1. Angesichts des ausdrücklich auf Sicherstellungsgründe beschränkten Wortlauts kann die Ausnahmeregelung der Ziff. 6.3 HVV weder im Sinne einer allgemeinen Ausnahmeregelung verstanden, noch kann das Fehlen einer generalklauselartigen Härtefallregelung im Wege ergänzender Auslegung in den HVV hineininterpretiert werden (Anschluss an BSG, Beschluss vom 29. November 2006, B 6 KA 43/06 B, juris Rn. 10 m.w.N.).

2. Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG erfordert eine Ausnahme vom Regelleistungsvolumen außer für den im HVV 2005 geregelten Fall einer Sicherstellungsproblematik auch dort, wo sich innerhalb einer Arztgruppe bereits vor Inkrafttreten der Regelungen über die Regelleistungsvolumina Ärzte mit Leistungen in zulässiger Weise **spezialisiert** hatten und dieses spezifisches Leistungsangebot durch das Regelleistungsvolumen der Fachgruppe, der sie zugeordnet sind, nicht leistungsangemessen abgedeckt wird.

Der HVV ist als Normsetzungsvertrag insoweit rechtswidrig und teilweise nicht zustande gekommen i.S.d. § 89 Abs. 1 Satz 1 SGB V, weil er eine regelungsbedürftige und durch Auslegung nicht zu schließende **Lücke** enthält, die von den Vertragspartnern des HVV zu schließen ist.

*SG Marburg*, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 83/07 – RID 08-01-10 wies die Klage ab, das *LSG* gab der Klage statt.

## DD) SONDERREGELUNG: INTERNIST UND PROKTOLOGE

*LSG Hessen, Urt. v. 10.02.2009 – L 4 KA 75/08 –*

RID 10-02-06

SGB V i.d.F. GMG §§ 85 IV, IVa, 87

Bei der Beurteilung des **Sicherstellungsbedarfs** im Zusammenhang mit der Bildung des praxisindividuellen **Regelleistungsvolumens** als Honorarbegrenzungsmaßnahme steht dem Vorstand der KVH ein Beurteilungsspielraum zu, auf welchen räumlichen Bereich abzustellen ist (*LSG Hessen*, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 82/07 – RID 09-02-15, juris Rn. 28). Es ist nicht zu beanstanden, wenn die KVH für ein verkehrstechnisch gut erschlossenes Gebiet darauf abstellt, dass im Umkreis von 15 km zur Praxis des Klägers 10 Praxen proktologische Leistungen erbringen und es im Umkreis von bis zu 60 km fast 60 Praxen sind. Unerheblich ist hierbei, ob diese Praxen im Planungsbereich der Beklagten (Anm.: gemeint wohl des Klägers) ansässig sind.

Es besteht kein untrennbarer Zusammenhang zwischen der **Sicherstellung** der ärztlichen Versorgung und der Bildung eines **Versorgungsschwerpunkts**. Allein die Tatsache, dass sich eine ärztliche Praxis auf ein bestimmtes Leistungsangebot spezialisiert hat und in einem bestimmten Einzugsgebiet die Versorgung der Versicherten vorrangig durch diese Praxis erfolgt, bedeutet nicht notwendig, dass sie die ärztliche Versorgung sicherstellt. Die Bildung eines Versorgungsschwerpunkts bringt eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung, einen besonderen Behandlungsschwerpunkt bzw. eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen in einem Teilgebiet des Fachbereichs zum Ausdruck. Demgegenüber wird bei der Frage der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung darauf abgehoben, ob auch ohne das schwerpunktmäßige Leistungsangebot der zu beurteilenden Praxis die zu dem Versorgungsschwerpunkt gehörenden und prägenden Leistungen weiterhin erbracht werden können (BSG, Urt. v. 06.09.2000 - B 6 KA 40/99 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 26 = BSGE 87, 112 = MedR 2001, 323, juris Rn. 22, 24). Hierbei kann allerdings die Notwendigkeit der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit dem Aspekt des Versorgungsschwerpunkts zusammenfallen. So ist denkbar, dass bestimmte Leistungen nur unter den Bedingungen einer besonders spezialisierten Praxis sinnvoll zu erbringen sind und dementsprechend von anderen Praxen kaum angeboten werden mit der Folge, dass es zu einer Versorgungslücke käme, wenn das spezialisierte Angebot wegfiel.

Ein Internist, der in den **hausärztlichen Bereich** wechselt, kann sich nicht darauf berufen, in seiner Fachgruppe gebe es keinen anderen Arzt, der proktologisch tätig sei, weil die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung mit **proktologischen Leistungen** nicht den Hausärzten übertragen ist, und auf die Versorgung mit derartigen Leistungen insgesamt abzustellen ist. Erbringt der Vertragsarzt dennoch nahezu ausschließlich proktologische Leistungen, so kann er aber keine Ausnahme von Vergütungsregelungen unter Hinweis auf seine besondere Praxisstruktur verlangen, mit der er den von ihm übernommenen Versorgungsauftrag als Hausarzt gerade nicht erfüllt.

*SG Marburg*, Urt. v. 27.08.2008 – S 12 KA 80/08 – RID 08-04-22 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage auf Berufung der KV ab.

## EE) BEHANDLUNG VON ADHS-PATIENTEN

**SG Marburg, Urt. v. 22.07.2009 – S 11 KA 377/08 –**  
SGB V § 85 IV

**RID 10-02-07**

Ein hausärztlich tätiger Kinder- und Jugendarzt hat keinen Anspruch auf Sonderregelung zu einem Regelleistungsvolumen, weil er gehäuft ADHS-Patienten behandelt, wenn sich diese **Spezifität** nicht in den Abrechnungen im **Vergleich zur Fachgruppe** abbildet. Die Kammer schließt sich insoweit der Rechtsprechung des BSG an, die im Hinblick auf die Häufung fachgruppentypischer Leistungen keinen eine Sonderregelung rechtfertigenden Ausnahmetatbestand annimmt (BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 80/04 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 12 = GesR 2006, 363, juris Rn. 16).

Das **SG** wies die Klage gegen die Honorarbescheide für die Quartale III u. IV/06 ab.

## FF) INHOMOGENITÄT DER FACHÄRZTE FÜR ANÄSTHESIOLOGIE MIT SCHMERZTHERAPIE

**SG Marburg, Urt. v. 20.01.2010 – S 11 KA 225/08 –**  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de  
SGB V § 85 IV; Ziff. 30700, 30701 EBM 2005

**RID 10-02-08**

**Leitsatz:** 1. Die Fachgruppe der Fachärzte für **Anästhesiologie** ist so **inhomogen**, dass einer Praxis mit Schwerpunkt im Bereich der Schmerztherapie eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens zuzuerkennen ist.

2. Der schmerztherapeutische Schwerpunkt kann anhand der Ziffern 30700 und 30701 EBM 2005 ermittelt werden, da diese Ziffern nicht mehr nebeneinander abgerechnet werden können.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte zur Neubescheidung über eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen für die Quartale II/05 bis IV/06.

S.a. **SG Marburg**, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 18/07 – RID 08-03-09 (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 52/08); **SG Marburg**, Urt. v. 21.05.2008 – S 12 KA 55/07 – RID 08-03-08 (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 51/08).

## GG) AMBULANTES OPERIEREN NACH AUFGABE BELEGÄRZTLICHER TÄTIGKEIT

**SG Marburg, Urt. v. 20.01.2010 – S 11 KA 157/08 –**  
Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 9/10 -  
SGB V § 85 IV, IVa

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

**RID 10-02-09**

**Leitsatz:** 1. Ein **Chirurg**, der seine **belegärztliche Tätigkeit aufgibt** und seine Tätigkeit in unverändertem Umfang ambulant fortsetzt, kann im Rahmen der Zubilligung von Regelleistungsvolumina für ambulantes Operieren nicht mit Abrechnungswerten aus seiner früheren ambulant - neben der belegärztlichen Tätigkeit - durchgeführten Praxistätigkeit verglichen werden. Er hat einen Anspruch auf Gewährung einer Sonderregelung zur Aufrechterhaltung des Umfangs der insgesamt durchgeführten Operationen. Es sind mindestens die Werte des Fachgruppenschchnitts heranzuziehen.

2. Bei der Bildung von Regelleistungsvolumina ist systemimmanent, dass der **untere Punktwert bis auf 0 Cent sinken** kann.

Das **SG** gab der Klage (Honorarbescheide III/05-II/06) statt und verurteilte zur Neubescheidung.

## B) AUSGLEICHSREGELUNG UND EXTRABUDGETÄRE LEISTUNGEN

**SG Marburg, Urt. v. 31.03.2010 – S 11 KA 98/09 –**  
SGB V § 85 IV

**RID 10-02-10**

Der **Vorstandsbeschluss** der KV Hessen v. 20.08.2007, wonach die **Ausgleichsregelung nach § 5 IV HVV** keine Anwendung findet bei Praxen, die € 1.000,00 und mehr im Bereich der Leistungen gem. § 115 b SGB V sowie im Verhältnis zu ihrer Fachgruppe mehr extrabudgetäres Honorar vergütet bekommen, ist **rechtswidrig**. Er unterläuft die einzelfallbezogene Härtefallregelung nach § 5 IV HVV, indem sie eine pauschalierende Regelung trifft, die dem Sinn und Zweck des § 5 IV HVV widerspricht.

Sofern **Verlagerungen von Honoraranteilen** der Honorargruppe 2 im Basisquartal in den extrabudgetären Bereich erfolgt sind, erscheint es konsequent, mit diesen Verlagerungen auch eine Veränderung des Leistungsgeschehens anzunehmen. Dies entbindet die KV jedoch nicht von der durch den HVV vorgegebenen **einzelfallbezogenen Prüfung** und rechtfertigt keine Grundsatzregelung dergestalt, dass bei Vorliegen der aufgestellten Voraussetzungen immer und zwangsläufig die Teilnahme an der Ausgleichsregelung ausscheidet. Die Beklagte hat zu erforschen, wo ggf. die Ursachen für Fallwert- und Honorarverluste liegen. Nur wenn diese Analyse zu dem

Ergebnis führt, dass diese Verluste allein darauf beruhen, dass die Praxisstruktur nicht mehr vergleichbar ist, darf nach den Vorgaben des HVV ein Ausschluss von der Teilnahme an der Ausgleichsregelung erfolgen.

Die Festlegung der **1.000-€-Grenze** ist willkürlich und schon deshalb rechtswidrig. Schließlich erscheint auch das im Vorstandbeschluss niedergelegte Kriterium eines Vergleichs mit der Fachgruppe als mit der Intention von § 5 IV HVV unvereinbar.

Ist die einzige Veränderung die Verlagerung der Vergütung **kurativer Koloskopien** in den extrabudgetären Bereich, bietet sich an, einen Fallwertvergleich der Basisquartale mit den streitgegenständlichen Quartalen unter Herausrechnungen der kurativen Koloskopieleistungen im Basisquartal anzustellen.

Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung und wies die auf Honorarunterstützung nach § 5 IV HVV für die Quartale II u. III/07 gerichtete Klage im Übrigen ab.

### C) PUNKTWERT PSYCHOTHERAPEUTEN KV HESSEN (III/04)

**SG Marburg**, Urt. v. 31.03.2010 – S 11 KA 689/08 ZVW –

RID 10-02-11

SGB V § 85 IV

Die KV Hessen hat den **Punktwert für die ausschließlich psychotherapeutischen Vertragsärzte** (hier: Psychologische Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin) im Quartal III/04 zutreffend berechnet. Keine Bedenken bestehen im Hinblick auf die Berechnung der **Arztzahlen des Fachgruppenmixes**.

Es ist keine unzulässige Verminderung durch den **Abzug von EHV-Anteilen** erfolgt. Die grundsätzliche Rechtswidrigkeit eines solchen Abzuges folgt bereits aus der Tatsache, dass die psychologischen Psychotherapeuten an diesem System nicht teilnehmen (vgl. Hess LSG, Urt. v. 28.06.2006 - L 4 KA 35/05 – RID 06-03-72). Ein solcher Abzug wurde jedoch nicht vorgenommen.

Nach den Vorgaben des BSG sind auch die Psychotherapeuten an der **Finanzierung des Notdienstes** zu beteiligten. Dies hat die Beklagte bei der Festlegung des Mindestpunktwertes in nicht zu beanstandender Weise getan.

**SG Marburg**, Urt. v. 04.07.2007 - Az. S 11 KA 270/05 – RID 07-03-03 gab der Klage teilweise statt und ließ die Sprungrevision zu. Nach Zurückverweisung durch BSG, Urt. v. 28.05.2008 - B 6 KA 43/07 R – wies das **SG** die Klage ab.

### 4. VERRECHNUNG DER ABSCHLAGSZAHLUNGEN MIT DER RESTZAHLUNG IM INSOLVENZVERFAHREN

**LSG Bayern**, Urt. v. 25.11.2009 – L 12 KA 20/08 –

RID 10-02-12

Revision eingelegt: B 6 KA 14/10 R

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

SGB V § 81 I Nr. 4; BGB §§ 387 ff.; InsO §§ 94 ff., 96

Kann die KV nach dem HVM bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen den festgestellten Betrag sofort mit Ansprüchen des Vertragsarztes verrechnen oder zum unverzüglichen Ausgleich zurückverlangen, so bedeutet **Verrechnung** im Unterschied zur **Aufrechnung** (Aufrechnung setzt zwei selbstständige Forderungen voraus, die in einem Gegenseitigkeitsverhältnis stehen und gleichartig sind) die Einstellung der vorgenannten festgestellten Forderungen in das Abrechnungskonto des Arztes als unselbstständige Abrechnungsposten und deren Verrechnung mit (Abschlags- bzw. Rest-) Zahlungen an den Vertragsarzt. Eine solche Regelung hat in § 81 I Nr. 4 SGB V eine ausreichende Rechtsgrundlage.

Der **KV** kommt jedenfalls bereits in dem Moment eine **insolvenzrechtlich schützenswerte Aufrechnungslage** zu, in dem der Vertragsarzt seine Leistungen erbracht und die Abrechnung bei der Beklagten eingereicht hat und nicht erst mit Wirksamwerden des entsprechenden Honorarbescheides.

Honorarauszahlungen, die über bestehende **Kontensalden** hinausgehen, sind als **Vorschusszahlungen** anzusehen.

Bei dem Rechtsinstitut der **Anrechnung** sind die Regeln der Aufrechnung nicht anwendbar. Die Verrechnung der Abschlagszahlungen mit der Restzahlung unterliegt als Anrechnung nicht den Regeln der Aufrechnung gemäß den §§ 387 ff. BGB. Dies zeigt sich gerade im Rahmen einer **Insolvenz**. Die Verrechnung von unselbstständigen Rechnungsposten i.S. einer Anrechnung bleibt auch im Rahmen einer Insolvenz zulässig; die insolvenzrechtlichen Aufrechnungsverbote (§§ 94 ff., 96 InsO) sind nicht einschlägig (vgl. hierzu BGH, Urt. v. 14.12.2006 - IX ZR 194/05 -).

**SG München**, Urt. v. 09.10.2007 – S 42 KA 1543/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 5. ALLGEMEINES PRAXISBUDGET (QUARTALE AB III/97)

*LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2010 – L 4 KA 62/08 –*

RID 10-02-13

SGB V § 87 II u. IIa; EBM 1997 Nr. 1 Allg. Best. Teil B.

Die Geltendmachung einer schwerpunktmäßigen Versorgung der Patienten mit ärztlichen Leistungen bei **Sexualstörungen und migrationspezifischen Erkrankungen** kann eine Erhöhung des allgemeinen Praxisbudgets wegen eines nicht abgedeckten besonderen Aufwands an **Beratungsleistungen** nicht rechtfertigen. Allgemeinärzte können mit dem Hinweis auf eine überdurchschnittliche Beratungs- und Gesprächsintensität keine Erweiterung ihres allgemeinen Praxisbudgets erreichen, weil diese Leistungen für sie typisch sind und dementsprechend keine von der Typik dieser Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung belegen können (BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 80/04 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 12).

*SG Frankfurt a. M., Urt. v. 05.03.2008 – L 4 KA 62/08 -* wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 6. UMLAGE FÜR SONSTIGE SICHERSTELLUNGSMAßNAHMEN

*LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2009 – L 12 KA 24/08 –*

RID 10-02-14

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

SGB V §§ 73, 81 I 3 Nr. 5

Nach der **Satzung der KV Bayern** ist die Erhebung von Umlagen grundsätzlich möglich (so bereits LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 – L 12 KA 236/04 – RID 07-04-17; vgl. a. LSG Bayern, Urt. v. 28.02.2007 – L 12 KA 620/04 – RID 07-03-50; LSG Bayern, Urt. v. 29.10.2008 – L 12 KA 397/07 – RID 09-02-05). Umlagen können in einem Hundertsatz aus der vertragsärztlichen Vergütung erhoben werden, insbesondere für Maßnahmen bzw. Investitionen zur **Sicherstellung der Versorgung** (insbesondere Organisation und Durchführung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Errichtung von Bereitschaftspraxen). Auf dieser Grundlage ist die Umlage für sonstige Sicherstellungsmaßnahmen rechtlich nicht zu beanstanden (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 29.10.2008 – L 12 KA 397/07 – RID 09-02-05).

Auch die Erhebung der Umlage in **unterschiedlicher Höhe je nach Bezirksstellenzugehörigkeit** des Arztes ist nicht zu beanstanden. Soweit nach LSG Bayern, Urt. v. 28.03.2007 – L 12 KA 361/04 – RID 07-03-48 (Nichtzulassungsbeschwerde wurde v. BSG, Beschl. v. 28.11.2007 - B 6 KA 40/07 B – zurückgewiesen) die Erhebung einer Umlage für den Bereitschaftsdienst in je nach Bezirksstellenzugehörigkeit des Arztes unterschiedlicher prozentualer Höhe unzulässig ist, war Grundlage der Entscheidung die Erwägung, dass die bezirksstellenspezifische Erhebung der Umlage für den Bereitschaftsdienst, die dazu verwendet wurde, an die am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte eine zusätzliche Vergütung zu zahlen, dazu führte, dass diese Umlage gerade in den Bezirksstellen, wo die Ärzte besonders eifrig am Bereitschaftsdienst teilgenommen haben, besonders hoch ausgefallen ist.

*SG München, Urt. v. 27.07.2004 – S 42 KA 1543/02 -* gab der Klage teilweise statt; es hob die Honorarbescheide der Quartale IV/00 - III/01 in der Gestalt der jeweiligen Widerspruchsbescheide auf, soweit darin Umlagen für den Bereitschaftsdienst und Umlagen für sonstige Sicherstellungsmaßnahmen erhoben wurden; hinsichtlich der Umlage zur Förderung der Allgemeinmedizin wies es die Klagen ab. Das **LSG** hob auf Berufung der Bekl. das Urt. hinsichtlich der Aufhebung der Umlage für sonstige Sicherstellungsmaßnahmen in den Quartalen IV/00, I/01 und III/01 auf und wies die Klage insoweit ab.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 11.03.2009 – **B 6 KA 62/07 R** – (BSGE 103, 1 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 7) stellt § 106a II 5 (bzw. ab 01.07.2008 Satz 6) SGB V klar, dass die **Honorierungs- bzw. Anerkennungsquote**, die sich aus dem Verhältnis des zur Verfügung stehenden Praxisbudgets zu dem vom Vertragsarzt angeforderten Punktzahlvolumen ergibt, auch für die Honorarkürzung und Rückforderung aufgrund sachlich-rechnerischer Prüfungen maßgebend ist; gleiches gilt nach § 106 II 3 SGB V für Honorarkürzungen aufgrund von Wirtschaftlichkeitsprüfungen; nach BSG, Urt. v. 10.12.2008 – **B 6 KA 45 u. 66/07 R** – (SozR 4-2500 § 106a Nr. 5) ist die Leistungslegende der Abrechnungsbestimmung nach Nr. 7025 EBM a.F. nicht auf eine bestimmte Technik für die Herstellung patientenindividueller Ausblendungen mit Hilfe eines **Multi-Leaf-Kollimators** beschränkt; die bei der Anfertigung patientenindividueller Ausblendungen anfallenden Kosten sind gesondert zu vergüten; nach BSG, Urt. v. 05.11.2008 – **B 6 KA 1/08 R** – (SozR 4-2500 § 106a Nr. 4) ist die Leistung nach **Nr. 01 BEMA-Z** (Eingehende Untersuchung einschließlich Beratung) im Zusammenhang mit einem Besuch nicht neben der Leistung nach Nr. 50 GOÄ (abrechnungstechnisch für Zahnärzte Nr. 7500 BEMA-Z - Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung) berechnungsfähig.

Vgl. ferner zuletzt die Hinweise in RID 09-04-A II (S. 12); 08-04-A II (S. 14); 07-04 A II (S. 14); RID 06-04 A II (S. 16); RID 05-04-A II (S. 9).

## 1. NR. 01100, 01101 UND 01210 EBM 2005 NUR IM ORGANISIERTEN NOT(FALL)DIENST

*SG Hamburg, Urt. v. 11.09.2009 – S 3 KA 30/08 –*

RID 10-02-15

SGB V § 106a

Die Leistungen Nr. 01100 und 01101 sowie 01210 EBM 2005 können in einem zusätzlichen, **nicht von der KV organisierten Notfalldienst** nicht abgerechnet werden (vgl. SG Hamburg, Urt. v. 15.07.2009 – S 3 KA 91/06 – RID 09-04-13, Berufung anhängig: LSG Hamburg – L 2 KA 59/09 -).

Das *SG* wies die Klage ab.

## 2. FRAUENARZT UND NR. 19330 EBM 2005/PERSÖNLICHE LEISTUNGSERBRINGUNG

*SG Hamburg, Urt. v. 20.01.2010 – S 27 KA 220/07 –*

RID 10-02-16

SGB V § 15 II 2; BMV-Ä §§ 15 I 3, 25 II; EKV-Ä §§ 14 I 3, 28 II

Ein **Frauenarzt** ist nicht berechtigt, die Nr. 19330 EBM 2005 (Zytologische Untersuchung eines Materials) abzurechnen.

Die Nr. 4965 EBM a.F. (Zytologische Untersuchung eines Materials) ist nicht vollständig persönlich erbracht, wenn **wesentliche Teile von einer MTA** ausgeführt werden. Die Ausnahme nach § 25 II BMV-Ä/§ 28 II EKV-Ä gilt nicht für pathologische Leistungen. Eine Überwachung der Hilfeleistung i.S.d. § 15 I 3 BMV-Ä/§ 14 I 3 EKV-Ä liegt nicht vor, wenn zwei bis dreimal im Monat die 27 km entfernt arbeitende MTA für ein bis zwei Stunden aufgesucht wird.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 3. BESCHRÄNKUNG DER ABRECHNUNG VON LEISTUNGEN NACH OPERATIONEN (KAP. 31.2 EBM 2005)

*SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 25.02.2010 – S 27 KA 130/08 –*

RID 10-02-17

SGB V § 87 II 2; EBM 2005 Ziff. 8 Kap. 31.2

Die Beschränkung der Abrechnungen von Leistungen nach Operationen nach Ziff. 8 der Präambel zum Kap. 31.2 EBM 2005 ist nicht zu beanstanden. Dies gilt auch für die atypische Konstellation einer **Dialysepraxis**, in der ambulante Operationen ausgeführt werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 4. VERGÜTUNG VON AKUPUNKTURLEISTUNGEN BEI FEHLENDER GENEHMIGUNG

*SG Marburg, Beschl. v. 01.03.2010 – S 12 KA 8/10 ER –*

RID 10-02-18

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

SGG §§ 86b Abs. 2; SGB V § 135 I u. II; Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur

Es besteht kein Anspruch auf Vergütung von Akupunkturleistungen bei fehlender **Genehmigung**. Eine Genehmigung für die Erbringung der Akupunkturleistungen kann **nicht rückwirkend** erteilt werden.

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

S.a. *LSG Hamburg*, Beschl. v. 16.12.2009 – L 2 B 459/09 ER KA – RID 10-02-23 m.w.N.

## 5. NEUREGELUNG DIALYSESACHKOSTEN AB III/02

*LSG Bayern, Urt. v. 23.09.2009 – L 12 KA 34/06 –*

RID 10-02-19

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 72 II, 82 I, 87 I, 135 II

Die Nrn. 8535, 8541, 8542 und 8548, die auf einer Vereinbarung zwischen den Ersatzkassenverbänden und der KV Bayern beruhen, sind ab dem 01.07.2002 durch eine **bundeseinheitliche Vereinbarung** zwischen der KBV und den Ersatzkassen ersetzt worden.

Auf **Vertrauensschutz**, kann sich eine Vertragsärztin nicht berufen, da die Neuregelung nach Nr. 7270 EBM bereits im Deutschen Ärzteblatt vom 29.03.2002 bekannt gegeben wurde.

*SG München*, Urt. v. - S 43 KA 603/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 23.03.2010 - B 6 KA 3/10 B – BeckRS 2010 68106 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

### III. Zweigpraxis/Genehmigung

Nach BSG, Urt. v. 17.03.2010 - **B 6 KA 3/09 R** – gelten die Vorgaben des EBM 2005, soweit gastroenterologische und pneumologische Leistungen nur von Vertragsärzten abgerechnet werden dürfen, die entsprechende Schwerpunktbezeichnungen führen, auch für die belegärztliche Tätigkeit eines Vertragsarztes; der Krankenhausträger, der einen Belegarzt an sich bindet, findet die Leistungs- und Abrechnungsbedingungen dieses Arztes vor und muss die Abläufe einer Belegabteilung danach ausrichten.

Vgl. zuletzt die Hinweise in RID 09-04-A III (S. 14)

#### 1. ZWEIGPRAXIS

##### A) UMFANG DER AMTSERMITTLUNGSPFLICHT

**SG Düsseldorf, Urt. v. 24.02.2010 – S 33 (14) KA 254/07 –**

**RID 10-02-20**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
Ärzte-ZV § 24 III 1 u. 2

Die Beantwortung der Frage, ob die von einem Facharzt für innere Medizin mit den Zusatzbezeichnungen Allergologie und Sportmedizin beabsichtigte Zweigpraxis zu einer **Versorgungsverbesserung** führen kann, setzt voraus, dass die KV **Ermittlungen** dazu anstellt, ob die zugelassene Vertragsärztin in gleicher Weise wie der Kläger für die Versorgung allergischer Erkrankungen auf dem gesamten internistischen Gebiet zur Verfügung steht sowie ob diese über freie Kapazitäten verfügt oder die beabsichtigte Zweigpraxis des Klägers zu einer Verringerung eventuell bestehender Wartezeiten beitragen könnte.

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

##### B) DRITTWIDERSPRUCH/SOFORTIGE VOLLZIEHUNG: VORRANGIGER ANTRAG NACH § 86A II NR. 5 SGG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.02.2010 – L 11 KA 80/09 ER –**

**RID 10-02-21**

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

SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 1; Ärzte-ZV § 24 III 1 u. 2

Die **sofortige Vollziehung** ist zunächst bei der **Verwaltung** (§ 86a II Nr. 5 SGG) zu **beantragen**. Erst wenn ein solcher Antrag erkennbar aussichtslos ist, besteht ein Rechtsschutzbedürfnis für eine Entscheidung des Gerichts (**anders BSG**, Urt. v. 17.10.2007 - B 6 KA 4/07 R - SozR 4-1935 § 17 Nr. 1). Ein Rechtsschutzbedürfnis besteht auch dann, wenn angesichts einer entsprechenden Erklärung der zuständigen Behörde ein Antrag offenkundig negativ beschieden werden wird.

Nach der Entscheidung des BSG vom 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R - (SozR 4-5520 § 24 Nr. 3) ist ein **Dritter** nicht berechtigt, die Erteilung der Genehmigung für eine Zweigpraxis **anzufechten**.

Die Ast. ist ein MVZ mit Sitz in C (MVZ der Klinik E GmbH <Fachrichtung Augenheilkunde>). Die Beigel. ist eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis). Ihre Mitglieder sind als Fachärzte für Augenheilkunde zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und in Remscheid so wie in Solingen tätig. Die Beigel. wendet sich mit der **defensiven Konkurrentenklage** gegen die der Ast. erteilte Zweigpraxisgenehmigung. Auf den Antrag der Ast. genehmigte die Ag. eine Zweigpraxis in Remscheid für die Tätigkeit der Ärztin S. Der hiergegen gerichtete Widerspruch der Beigel. blieb erfolglos. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 20.05.2009 - S 14 KA 130/08 - wies die Klage ab, Berufung ist anhängig (L 11 KA 42/09); das **LSG** ordnete die sofortige Vollziehung des der Ast. erteilten Bescheides vom 31.03.2008 über die Genehmigung einer Zweigpraxis an.

#### 2. GENEHMIGUNGEN

##### A) WIDERRUF EINER GENEHMIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG VON SUBSTITUTIONSBEHANDLUNGEN

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.05.2010 – L 11 B 23/09 KA ER –**

**RID 10-02-22**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB X § 24; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Ist der Antrag eines Beteiligten durch einen der materiellen Rechtskraft fähigen **Beschluss rechtskräftig** als unbegründet **abgelehnt** worden, so sind die Beteiligten und das Gericht an diese Entscheidung **gebunden**, ohne dass es darauf ankommt, ob sie inhaltlich zu Recht ergangen ist. Die Rechtskraftwirkung erfasst auch nachfolgende Verwaltungsakte.

Die **Einbeziehung des neuen Verwaltungsaktes** in das Verfahren setzt voraus, dass die Rechtshängigkeit noch nicht beendet ist.

§ 10 IV 2 der **Substitutionsrichtlinie** bestimmt als Grundsatz, dass ein Arzt in der Regel nicht mehr als 50 Opiatabhängige gleichzeitig substituieren soll. Im Gegensatz zur Interpretation dieser Regelung durch **BVerfG**, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 27.10.2009 – 1 BvR 1876/09 – RID 10-01-32 versteht der Senat die **Restriktion auf 50 Fälle** dahin, dass jede vertragsärztliche Substitutionsbehandlung von mehr als 50 Patienten unabhängig von den Umständen des Einzelfalls konkrete Gefahren für öffentliche Belange hervorrufen kann.

Bringt eine (ausnahmsweise) für mehr als 50 Opiatabhängige erteilte Substitutionsgenehmigung ein nicht unerhebliches Gefahrenpotential für die vom Arzt behandelten Patienten mit sich, ist es geboten, die Genehmigung zu widerrufen oder aber einzuschränken und diese Maßnahme mit der Anordnung des Sofortvollzugs zu flankieren. Aufgrund der Vielzahl der vorgehaltenen Regelverstöße war es gerechtfertigt, den Genehmigungsumfang auf fünfzig Opiatabhängige zu reduzieren. Der Senat nimmt zur Kenntnis, dass das **BVerfG** dieser - einfachrechtlichen - Auslegung des § 10 Abs. 4 der Substitutionsrichtlinie nicht folgt.

**SG Düsseldorf**, Beschl. v. 12.03.2009 - S 33 KA 47/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 01.07.2009 – L 11 B 8/09 KA ER – RID 09-03-42 ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage (SG Düsseldorf - S 33 KA 49/09 -) mit der Maßgabe an, dass die vom Kläger vertragsärztlich durchzuführenden Substitutionsbehandlungen auf 50 Fälle begrenzt werden. **BVerfG**, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 27.10.2009 – 1 BvR 1876/09 – RID 10-01-32 stellte fest, dass die im Beschl. des LSG enthaltene Maßgabe, dass die vom Bf. vertragsärztlich durchzuführenden Substitutionsbehandlungen auf 50 Fälle begrenzt werden, den Bf. in seinen Grundrechten aus Art. 19 IV und Art. 12 I GG verletzt. Mit **Bescheid** vom 14.12.2009 hat die Beklagte neuerlich die sofortige Vollziehung des Widerrufs der Genehmigung zur Substitution von bis zu 100 Opiatabhängigen angeordnet. Das **LSG** ordnete nunmehr die aufschiebende Wirkung der Klage an.

## B) KEINE AKUPUNKTURGENEHMIGUNG FÜR FRAUENÄRZTE

**LSG Hamburg, Beschl. v. 16.12.2009 – L 2 B 459/09 ER KA –**

**RID 10-02-23**

SGB V §§ 82 I, 85, 135 II; SGB X § 47 I Nr. 1; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2; EBM 2005 Ziff. 30790 und 30791

Der **Ausschluss von Frauenärzten** von der Abrechnung von Akupunkturleistungen nach Nr. 30790 u. 30791 EBM 2005 durch Ziff. 4 in Abschnitt IV Kap. 30.7 „Schmerztherapie“ ist nicht zu beanstanden. Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates gehören auch bei Frauen nicht zum Fachgebiet der Frauenärzte.

**SG Hamburg**, Beschl. v. 02.11.2009 – S 27 KA 420/09 ER - wies den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den Widerruf der Genehmigung zur Erbringung von Akupunkturleistungen ab, das **LSG** die Beschwerde zurück. S.a. unter Streitwert.

S.a. **SG Marburg**, Beschl. v. 01.03.2010 – S 12 KA 8/10 ER – RID 10-02-18; **SG Marburg**, Ur. v. 07.05.2008 – S 12 KA 363/07 – RID 08-02-59 (Augenärztin).

## C) TEILNAHME AN STRUKTURVERTRAG ASTHMA/COPD

**SG Hamburg, Ur. v. 13.01.2010 – S 3 KA 100/08 –**

**RID 10-02-24**

SGB V §§ 73a, 137f; GG Art. 3 I

Ein fachärztlich tätiger **Internist ohne** die Berechtigung, die **Schwerpunktbezeichnung** „Pneumologie“ oder die Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialkunde“ zu führen, ist nicht berechtigt, am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma/COPD („Vertrag nach § 73a SGB V zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Asthma sowie COPD“ zwischen KV Hamburg und den Landesverbänden der Krankenkassen) teilzunehmen.

Dieser **Ausschluss ist rechtlich zulässig**. Nicht schiedsamtstfähige Strukturverträge sind gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbar (vgl. LSG Bayern, Ur. v. 10.11.2004 – L 12 KA 26/03 – RID 05-02-06; LSG Hessen, Ur. v. 20.12.2006 – L 4 KA 44/06 – RID 07-01-43).

Das **SG** wies die Klage ab.

#### D) WIDERRUF EINER ULTRASCHALLGENEHMIGUNG NACH QUALITÄTSMÄNGELN

*SG Hamburg, Urt. v. 04.11.2009 – S 3 KA 178/07 –*

RID 10-02-25

SGB X §§ 32 I Alt. 2, 47 I Nr. 1; UltraschallVb § 14 II; QualitätssicherungsRL KBV

Die **QualitätssicherungsRL der KBV** vom Januar 2000 stehen dem **Widerruf einer Ultraschallgenehmigung** nach § 47 I Nr. 1 SGB X nicht entgegen (LSG Hamburg, Beschl. v. 12.11.2007 – L 2 B 362/07 ER KA – RID 08-01-37).

Kommt ein Vertragsarzt nicht der **Aufforderung** nach, fünf beanstandungsfreie Dokumentationen vorzulegen, kann die KV von dem Vorbehalt des Widerrufs einer Genehmigung Gebrauch machen.

Ein **Widerrufsvorbehalt** bei einer Ultraschallgenehmigung kann für den Fall von Qualitätsmängeln auf § 32 I Alt. 2 SGB X gestützt werden. Auch die UltraschallVb setzt voraus, dass eine einmal erteilte Genehmigung aus Gründen der Qualitätssicherung widerrufen werden kann (vgl. § 14 II UltraschallVb).

Das *SG* wies die Klage ab.

#### E) ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG DES ENTZUGS EINER KOLOSKOPIEGENEHMIGUNG

*LSG Hessen, Beschl. v. 01.03.2010 – L 4 KA 91/09 B ER –*

RID 10-02-26

SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2; Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 24.07.2006

Die KV hat kein **besonderes** den Sofortvollzug tragendes **öffentliches Interesse** dargelegt, das über das Interesse, das den Entzug einer Koloskopiegenehmigung rechtfertigt, hinausgeht, wenn auf das **Interesse der Patienten an einer fachlich einwandfreien Diagnostik** von koloskopischen Befunden abgestellt wird, da dies dem einem Widerruf der Koloskopiegenehmigung zu Grunde liegenden Interesse der Vermeidung einer Patientengefährdung entspricht, wenn die Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung nicht eingehalten werden. Es fehlt dann die Darlegung, warum gerade eine über den Regelfall hinausgehende Patientengefährdung vorliegt, die das Interesse der sofortigen Vollziehung des Widerrufs begründen könnte. Insbesondere ist eine **konkrete Gesundheitsgefährdung der Patienten** darzulegen.

Gleiches gilt für die Gesichtspunkte, nämlich dass der Vertragsarzt bereits zum zweiten Mal die **Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung** nicht erreiche und dass aufgrund der Tatsache, dass er keine ausreichende Anzahl an hohen Koloskopien nachweisen könne, seine fachliche Befähigung und Routine nicht überprüft werden könne.

*SG Marburg*, Beschl. v. 21.08.2009 – S 12 KA 528/09 ER – RID 09-04-25 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* hob die Anordnung der sofortigen Vollziehung auf.

#### IV. Disziplinarrecht: Nichtbeantwortung einer Anfrage/Fehlerhafter Vertragsarztstempel

*SG Hamburg, Urt. v. 13.01.2010 – S 3 KA 111/08 –*

RID 10-02-27

SGB V § 81 V

Ein als Allgemeinarzt zugelassener Arzt mit der Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, der, nachdem gegen ihn ein Regress von 77,98 € wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise festgesetzt wurde und er diesen Betrag der Witwe des Patienten dann in Rechnung gestellt hat, eine **Anfrage der KV**, ob er die Privatrechnung zurückgezogen habe, **unbeantwortet** lässt, und der ferner einen seiner Zulassung nicht entsprechenden **Vertragsarztstempel** „FA f. Innere u. Allg.-Med.“ verwendet, verstößt gegen seine **vertragsärztlichen Pflichten**. Die Ahndung mit einem **Verweis** ist nicht unverhältnismäßig.

Das *SG* wies die Klage ab.

#### V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 05.05.2010 - *B 6 KA 6/09 R* u. *B 6 KA 20/09 R* – durfte **Polyglobin** im streitbefangenen Zeitraum (1999 bzw. 2000) zur unterstützenden Behandlung eines Krebsleidens nicht verordnet werden, weil das Mittel dafür nicht zugelassen war; nach BSG, Urt. v. 05.05.2010 - *B 6 KA 24/09 R* – war **Alphaglobin** im Jahr 1999 für die Behandlung der Multiplen Sklerose nicht zugelassen und konnte nicht verordnet werden; nach BSG, Urt. v. 05.05.2010 - *B 6 KA 5/09 R* – unterliegen Regresse wegen fehlender Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln einer **Ausschlussfrist**; auf **Verjährungsvorschriften** kann auch bei Regressen wegen solcher Verordnungen, die die Grenzen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht eingehalten haben, nicht zurückgegriffen werden; die Ausschlussfrist von vier Jahren ist in entsprechender Anwendung des § 45 III SGB I durch den Prüfantrag der Krankenkasse unterbrochen, wenn der

Arzt über diesen unterrichtet ist und über den Grund informiert wird, weshalb mit einer zügigen Entscheidung nicht gerechnet werden kann; nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 37/08 R** – sind **autologe Tumorstoffe** nicht verordnungsfähig; es handelt sich um sog. **Rezepturarzneimittel**, die keiner arzneimittelrechtlichen Zulassung bedürfen, sodass die bei der Zulassung von Fertigarzneimitteln erfolgende Überprüfung der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit hier nicht stattfindet; im Behandlungszeitpunkt 1998/99 lag auch noch keine Anerkennung oder Nichtanerkennung der Arzneimitteltherapie vor, in deren Rahmen die Verordnungen erfolgten (sog. aktiv-spezifische Immunisierung - Impfungen mit eigenem Körperzellmaterial); das Verfahren gemäß § 135 I SGB V war damals noch beim Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anhängig; es ist erst im April 2000 abgeschlossen worden (mit ablehnender Entscheidung); die **Verordnungsfähigkeit im Behandlungszeitpunkt** war daher danach zu beurteilen, wie sich die Erkenntnislage damals hinsichtlich der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Therapiemethode im Einzelnen darstellte: Maßgebend war und ist, ob diese Kriterien auf der Grundlage einer Beurteilung anhand einer ausreichenden Anzahl von Behandlungsfällen als erfüllt angesehen werden konnten; das war indessen nicht der Fall; gegen einen auf § 106 SGB V gestützten **Verordnungsregress** greifen, wie bereits im Wesentlichen durch die Senatsurteile vom 05.11.2008 geklärt ist, Beanstandungen nicht durch wie z.B., dem Arzt sei **kein Verschulden** anzulasten, das Prüfungsgremien hätte **Ermessen** ausüben müssen, dem Arzt komme **Vertrauensschutz** zu oder der Regress verletze das verfassungsrechtliche **Übermaßverbot**.

Vgl. zur **BSG-Rspr.** ferner zuletzt RID 09-04-A IV (S. 18); 08-04-A IV (S. 18); 07-04 A IV (S. 20); RID 06-04-A V (S. 24); RID 05-04-A IV (S. 17).

## 1. ABGRENZUNG KOMPETENZ PRÜFUNGSSTELLE/BESCHWERDEAUSSCHUSS

**SG Berlin, Urt. v. 17.03.2010 – S 83 KA 651/08 –**

Revision eingelegt: **B 6 KA 13/10 R**  
SGB V § 106

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**RID 10-02-28**

Der mit dem GKV-WSG eingeführte **Ausschluss des Vorverfahrens** in bestimmten Konstellationen (§ 106 V 8 SGB V) gilt nur für Leistungen bzw. Arzneimittel oder Wirkstoffe, die ausdrücklich, also namentlich, unmittelbar und ausnahmslos durch gesetzliche Regelungen, Verordnungen oder Richtlinien nach § 92 SGB V, insbesondere durch die Arznei-, Hilfs- und Heilmittel-Richtlinien, ausgeschlossen sind. Mithin geht der Gesetzgeber für die von § 106 Abs. 5 S. 8 SGB V erfassten Konstellationen von **leicht überprüfbaren Sachverhalten** und davon aus, dass die betroffenen Einzelvorgänge gleichartig zu bewerten seien. Es soll für die Regressentscheidung also nicht auf eine **medizinische Bewertung des Einzelfalls** ankommen.

Die Kammer geht davon aus, dass insbesondere in folgenden Konstellationen nach wie vor ein **Vorverfahren vor dem Beschwerdeausschuss** stattzufinden hat, wobei die Aufzählung aufgrund der Vielzahl denkbarer Fallgestaltungen nicht abschließend ist:

- **Off-Label-Use:** Kläger macht Verordnungsfähigkeit nach den Grundsätzen des Urteils BSGE 89, 184, -B 1 KR 37/00 R- (Sandoglobulin), oder nach den Grundsätzen des Urteils BSGE 96, 170, -B 1 KR 7/05 R- (Tumodex), i.V.m. BVerfGE 115, 25, -1 BvR 347/98-, v. 06.12.2005, geltend
- Verordnung **nicht in Deutschland zugelassener Präparate:** Kläger macht Verordnungsfähigkeit nach den Grundsätzen des Urteils BSGE 96, 170, -B 1 KR 7/05 R- (Tumodex), i.V.m. BVerfGE 115, 25, -1 BvR 347/98-, v. 06.12.2005, geltend
- Regress, weil anstelle des verordneten verschreibungspflichtigen Präparats ein **nicht verschreibungspflichtiges hätte eingesetzt werden** sollen (§ 12 XI AMR i.d.F. v. 18.12.2008 / 22.01.2009 [n.F.] ab 01.04.2009 bzw. Nr. 16.10 der AMR a.F.)
- Regress, weil **anstelle eines günstigeren Fertigarzneimittels ein Rezepturarzneimittel** verordnet wurde
- Regress wegen Überschreitung der in der Arzneimittelinformation angegebenen **Verordnungsbzw. Anwendungsmenge** (§ 9 III AMR n.F. bzw. Nr. 38 und 39 AMR a.F.)
- sonstige **Regress auf Grundlage des § 9 AMR n.F.**
- Regress wegen Ausschluss **der Arzneimittel nach § 16 III** i.V.m. Anlage III AMR n.F. bzw. Nr. 20.2 AMR a.F. (in Fällen, in denen ein Ausschluss besteht, wenn nicht zuvor andere nicht medikamentöse Maßnahmen erfolglos durchgeführt wurden)

Die Trägerin einer Fachambulanz für Nephrologie mit Dispensaire-Auftrag klagte gegen einen **Regress der Prüfungsstelle** (P) in Höhe von 458,09 € wegen Verordnung des Medikaments CellCept® (Wirkstoff Mycophenolatmofetil) im Off-Label-Use bei Wegenerscher Granulomatose. Auf Hinweis der Kammer, dass die Klage derzeit unzulässig und zunächst das Vorverfahren vor dem Beschwerdeausschuss (BA) durchzuführen sei, erklärte d. Kl., dass der Klage auch die Erhebung des Widerspruchs beizumessen sei. Die Kammer forderte den BA auf, das Widerspruchsverfahren durchzuführen. Der BA wies den **Widerspruch als unzulässig** zurück, weil die Rechtmäßigkeit des Bescheids der P bereits Gegenstand des anhängigen Rechtsstreits sei. Gegen beide Bescheide erhob. die Kl. Klage. Das **SG** wies die Klagen gegen beide Bekl. als unzulässig ab, wobei die Unzulässigkeit der Klage gegen den BA angenommen wurde, weil sie verspätet war.

## 2. ARZNEIKOSTENREGRESSE

### A) RICHTGRÖßENPRÜFUNG KV BAYERN 2002

*LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2009 – L 12 KA 16/08 –*

RID 10-02-29

*Revision anhängig: B 6 KA 9/10 R*

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

SGB V §§ 84, 89 I, 106; ABAG Art. 3a

Bei einer **Richtgrößen-Vereinbarung** handelt es sich nach ihrem Rechtscharakter um eine **gesamtvertragliche Regelung**. Über die **Bekanntgabe** von auf der Ebene der einzelnen KVen geschlossenen Gesamtverträgen enthält das Gesetz keine verbindlichen Vorgaben. Die Bekanntgabe durch das **Rundschreiben** vom 02.02.2002 mit dem Hinweis auf "neue verfeinerte Richtgrößen", die im Einzelnen aufgeführt werden und es dem Arzt ermöglichen, das Richtgrößenvolumen seiner Praxis zu errechnen, war jedenfalls ausreichend (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 14.11.2007 – L 12 KA 275/05 – RID 08-03-07). Die Rechtmäßigkeit der Richtgrößenvereinbarung bzw. der auf dieser Basis festgesetzten Richtgrößen scheidet auch nicht daran, dass die bayerischen Gesamtvertragsparteien die Richtgrößenvereinbarung nicht in der in § 84 VI SGB V festgesetzten **Frist bis zum 31.03.2002** zustande gebracht haben, sondern erst im Mai 2002. Insofern gilt die Frist für das Schiedsamtverfahren bis 31.05.

Der Festsetzung von Richtgrößen im Mai eines Jahres mit Wirkung für das ganze Jahr wohnt ein **rückwirkender Charakter** inne (vgl. BSG, Urt. v. 02.11.2005 - B 6 KA 63/04 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 11 = BSGE 95, 199 = GesR 2006, 316). Dies ist aber unerheblich, da die bayerischen Ärzte nicht mit dem Fortbestand des bisherigen Regelungszustandes rechnen konnten. Hinzu kommt, dass in Bayern für den vorangegangenen Zeitraum der Jahre 2000 und 2001 Richtgrößen vereinbart worden waren und die neu vereinbarten Richtgrößen im Allgemeinen für die Vertragsärzte in Bayern **keine Verschlechterung** gebracht haben, insbesondere nicht für den Kläger.

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. **SG München**, Urt. v. 24.10.2007 – S 38 KA 1231/06 – RID 08-02-66 gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

### B) VERORDNUNG VON WOBÉ MUGOS E

*LSG Hessen, Urt. v. 09.12.2009 – L 4 KA 38/09 –*

RID 10-02-30

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 16/10 B*

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 106

Eine Verordnung von Wobé Mugos E in den Quartalen I/99 und I/00 bis II/01 war nicht zulässig und mithin unwirtschaftlich. Denn dieses Arzneimittel durfte nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden; insoweit bestand weder eine Leistungspflicht der Krankenkassen noch ein Versorgungsanspruch der Versicherten (BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 3/08 R – juris Rn. 25).

**SG Marburg**, Urt. v. 07.02.2007 - S 12 KA 733/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### C) OFF-LABEL-USE

#### AA) KLINISCHE PRÜFUNG/CELLEPT UND ZENAPAX BEI KINDERN MIT MORBUS CROHN

*SG Hamburg, Urt. v. 02.12.2009 – S 3 KA 440/06 –*

RID 10-02-31

SGB V § 106; AMG §§ 40, 41

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

Für die Behandlung von **Kindern mit entzündlichen Darmerkrankungen** (hier: Morbus Crohn) können nicht die Arzneimittel Cellept und Zenapax im Rahmen eines Off-Label-Use verordnet werden, da hierfür der Nachweis der begründeten Aussicht auf einen Heilungserfolg fehlt (hier: Quartal II/02).

Das **SG** wies die Klage eines Kinderarztes gegen einen Regress in Höhe von 2.017,77 € ab.

## BB) IMMUNGLOBULIN BEI MULTIFOKALER MOTORISCHER NEUROPATHIE

*SG Hamburg, Urt. v. 10.02.2010 – S 27 KA 99/09 –*

RID 10-02-32

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

Für die Behandlung einer multifokalen motorischen Neuropathie (MMN) kann nicht das **Immunglobulin Kiovig** im Rahmen eines Off-Label-Use verordnet werden, da hierfür jedenfalls der Nachweis der begründeten Aussicht auf einen Heilungserfolg fehlt

Das **SG** gab der **Klage der Krankenkasse** gegen die gemeinsame Prüfungsstelle wegen der Ablehnung der Festsetzung eines Regresses in Höhe von 9.856,92 € und 10.205,88 € aufgrund der Verordnungen v. 18.09.2007 u. 01.04.2008 statt und verurteilte zur Neubescheidung.

**Parallelverfahren** (Flebogamma, Verordnungen v. 12.11.2002, 10.02.2003 u. 05.04.2004, 10.055,27 €, 10.700,16 € u. 7.129,23 €): *SG Hamburg, Urt. v. 10.02.2010 – S 27 KA 74/07, 168 u. 169/07 –* RID 10-02-33

## CC) IMMUNGLOBULIN BEI MULTIPLER SKLEROSE

*SG Hamburg, Urt. v. 02.09.2009 – S 3 KA 98/07 –*

RID 10-02-34

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

Für die Behandlung einer multiplen Sklerose können nicht **Immunglobuline** (hier: Sandoglobulin, Polyglobulin 10 %, Octagam) im Rahmen eines Off-Label-Use verordnet werden (hier: IV/01), da hierfür jedenfalls der Nachweis der begründeten Aussicht auf einen Heilungserfolg fehlt. Soweit im Einzelfall eine Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann ein Regress nicht festgesetzt werden.

Der Prüfungsausschuss setzte einen Regress von 90.044,47 € fest, den der bekl. Beschwerdeausschuss auf Widerspruch des beigel. Neurologen und Psychiaters aufhob. Das **SG** gab der Klage des vdek mit Ausnahme eines Behandlungsfalles statt und verurteilte zur Neubescheidung.

**Parallelverfahren** zu I/01: *SG Hamburg, Urt. v. 02.09.2009 – S 3 KA 90/07 –*

RID 10-02-35

## DD) HOHER AUSLÄNDERANTEIL UND SCHWERARBEITER KEINE PRAXISBESONDERHEIT

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.04.2010 – L 11 KA 62/08 –*

RID 10-02-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Werden die **Anträge auf Prüfung** der Verordnungsweise dem Vertragsarzt nicht entsprechend der Maßgabe einer Prüfvereinbarung unverzüglich zugeleitet, so kann er daraus keine rechtlichen Vorteile herleiten.

Für die **Fachgruppe der Orthopäden** ist in Bezug auf die Arzneikosten die Grenze zum Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses bei einer Überschreitung von 40 % nicht zu beanstanden.

Ein hoher **Ausländeranteil** stellt keine Praxisbesonderheit dar (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.2000 - B 6 KA 25/99 R - SozR 3-2500 § 106 Nr: 49).

Der Einwand, es werde eine hohe Anzahl von Patienten behandelt, die zu den **überdurchschnittlich schwer arbeitenden Bevölkerungsschichten** zählten, führt nicht weiter; denn dies ist nicht gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer ungewöhnlichen Häufung von besonders schwer erkrankten oder behandlungsaufwändigen Patienten.

Der Umstand, dass ein unwirtschaftlich behandelnder Vertragsarzt aufgrund der sich aus eben dieser Behandlungsweise ergebenden Verbindlichkeiten einer **Gefährdung seiner beruflichen Existenz** ausgesetzt sein kann, ist kein anzuerkennender Gesichtspunkt für eine Verminderung oder gar das Unterbleiben eines Verordnungsregresses (BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 66/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 53).

*SG Dortmund, Urt. v. 27.11.2007- S 9 KA 51/03* - wies die Klage (Regrese wegen veranlasster physikalisch-medizinischer Leistungen für die Quartale I/98 bis IV/00 und Arzneikostenregresse für die Quartale I/98 bis IV/99 sowie II u. III/00) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## D) VERORDNUNG ÜBER DER TAGESHÖCHSTDOSE/ARZNEIMITTELVERLUST DURCH PATIENTEN

*SG Hamburg, Urt. v. 07.10.2009 – S 3 KA 246/06 –*

RID 10-02-37

SGB V § 106

Die Verordnung über einen Zeitraum von knapp einem Dreivierteljahr von **mehr als dem Doppelten der empfohlenen Tageshöchstosis** (hier: Allergospasmin N Dosier Aerosol, ein Broncholytikum/Antiasthmatikum), ohne dass dies einen objektiv erhöhten therapeutischen Nutzen mit sich bringt, ist unwirtschaftlich.

**Verliert bzw. verlegt ein Patient einzelne Sprühflaschen**, so ist es unwirtschaftlich, ihm wiederholt ein Arzneimittel in der größten Packungsgröße zu verordnen.

Das **SG** wies die Klage eines prakt. Arztes gegen einen Regress in Höhe von 950,20 € für II-IV/01 ab.

### E) SPRECHSTUNDENBEDARF: CORTICOIDE UND KRISTALLSUSPENSIONEN

*SG Hamburg, Urt. v. 10.02.2010 – S 27 KA 162/07 –*

RID 10-02-38

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106

Der **Klammerzusatz „keine Kristallsuspensionen“** in einer Sprechstundenbedarfsvereinbarung stellt klar, dass Corticoide zwar verordnungsfähig sind, hiervon aber Depotpräparate (Kristallsuspensionen) ausdrücklich ausgenommen sind.

Für Arzneimittelregresse aufgrund von **Einzelfallprüfungen** gilt ebenso wie für sonstige Fälle unzweifelhafter Unwirtschaftlichkeit kein Vorrang einer **Beratung** (vgl. BSG, Urt. v. 06.05.2009 – B 6 KA 3/08 R - BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 53 S. 296; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 1 Rn. 19).

Das **SG** wies die Klage gegen einen Regress in Höhe von 948,99 € für I/03 ab.

### F) REGRESSFORDERUNGEN NACH ERÖFFNUNG DES INSOLVENZVERFAHRENS

*SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 17.02.2010 – S 27 KA 40/08, 53-71/08 u. 118/08 –*

RID 10-02-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 106; InsO §§ 35, 38, 55 I Nr. 1, 174

Nach **Eröffnung des Insolvenzverfahrens** darf für vorher bereits entstandene Regressforderungen kein Regressbescheid mehr erlassen werden, da die **Krankenkasse** insoweit **Insolvenzgläubiger** i.S.d. § 38 InsO ist, die ihre Forderung nur nach § 174 InsO anmelden kann (vgl. SG Marburg, Urt. v. 11.07.2007 – S 12 KA 711/06 – RID 07-03-23; BFH, Urt. v. 02.07.1997 - I R 11/97 - BFHE 183, 365 = NJW 1998, 630; VG Braunschweig, Beschl. v. 31.08.2007 - 8 B 134/07 -). Lediglich im Falle des **Bestreitens derart angemeldeter Forderungen** im Prüfungstermin wäre das Verfahren beim Beschwerdeausschuss fortzusetzen und ein an den Insolvenzverwalter zu richtender Bescheid zu erlassen (vgl. BFH, aaO.; BSG, Urt. v. 17.05.2001 – B 12 KR 32/00 R – SozR 3-2400 § 24 Nr. 4 = BSGE 88, 146).

Aus **während des Insolvenzverfahrens ausgestellten Verordnungen** resultierende **Arzneimittelregresse** sind als Massforderungen nicht gegen den Vertragsarzt zu richten, sondern beim Insolvenzverwalter geltend zu machen. Dies gilt auch für Verordnungen eines Vertreters des Vertragsarztes.

Über das Vermögen des klagenden Internisten wurde am 17.01.2001 das Insolvenzverfahren eröffnet; bis 28.03.2003 betrieb er die Praxis selbst weiter, danach wurde die Praxis durch einen vom Insolvenzverwalter eingesetzten und der KV genehmigten Vertreter fortgeführt. Für die Quartale IV/99 bis I/04 setzte der Bekl. in 21 Beschl. einen Regress von insgesamt 488.627,19€ fest. Das **SG** gab der Klage statt und hob die Beschlüsse auf.

### 3. VERGLEICHSGRUPPENBILDUNG BEI ANÄSTHESISTEN

*SG Dortmund, Urt. v. 20.01.2010 – S 16 KA 44/09 –*

RID 10-02-40

SGB V § 106

Wird bei einer **Vergleichsgruppenbildung** zwischen Anästhesisten, die physikalisch-medizinische Leistungen verordnen und nicht an der **Schmerztherapievereinbarung** teilnehmen, und Anästhesisten, die an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen, unterschieden, so kann eine Anästhesistin bzgl. der Verordnungen für physikalisch-medizinische Leistungen nicht mit der Gruppe der „Schmerztherapeuten“, der sie nicht angehört, verglichen werden.

Die Prüfungsgremien können die **Inhomogenität**, die innerhalb der Fachgruppe der Anästhesisten bzgl. der schmerztherapeutischen Ausrichtung und dabei insb. bzgl. der Verordnung von Heilmitteln besteht, auch durch die Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe Rechnung tragen, deren genaue Definition, Begründung und quantitative Grundlage sich dann dem Bescheid entnehmen lassen muss. Es käme stattdessen oder zusätzlich in Betracht, diese Besonderheiten der Fachgruppe etwa bei der Festlegung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis zu berücksichtigen. Zu würdigen ist auch ein schmerztherapeutischer Praxisschwerpunkt, der auf einer psychotherapeutischen Tätigkeit beruht, und der Umstand, dass weit mehr als die Hälfte der Klientel aus Schmerzpatienten besteht.

Das **SG** gab der Klage statt.

#### 4. ZAHNÄRZTE: VERTAGUNGSGESUCH WEGEN ERKRANKUNG

*LSG Hessen, Beschl. v. 23.11.2009 – L 4 KA 10/06 –*

RID 10-02-41

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 2/10 B*

SGB V § 106

Enthält die Prüfvereinbarung keine Regelung, so ist für **Vertagungsgesuche** gegenüber einem **Beschwerdeausschuss** auf die für Gerichtsverfahren geltenden Maßstäbe der Rechtsprechung zur Glaubhaftmachung einer **Verhandlungsunfähigkeit wegen Erkrankung** abzustellen. Praktische Ärzte und Fachärzte für Allgemeinmedizin sind in der Regel nicht qualifiziert, die Verhandlungsfähigkeit eines Patienten fachgerecht zu beurteilen, zumal wenn die psychische Fähigkeit zur Teilnahme an einer Berufungssitzung des Beschwerdeausschusses in anwaltlicher Begleitung bei bestehender Arbeitsfähigkeit als Zahnarzt zu beurteilen ist. Der Beschwerdeausschuss ist auch nicht verpflichtet, sich fernmündlich bei den ausstellenden Ärzten über die näheren Umstände der Erkrankung und die psychische Leistungsfähigkeit im Hinblick auf die anstehende Sitzung zu informieren.

*SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 48/05 – RID 06-01-35* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

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

*SG Marburg, Gerichtsbb. v. 23.04.2010 – S 12 KA 224/09 –*

RID 10-02-42

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

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31, 73 II Nr. 7; SGB V a.F. § 95 VII; EKV-Ä §§ 43, 44, 45

Der Arzt hat auch nach dem Ende seiner Beteiligung als Vertragsarzt die fortbestehende Pflicht, den Kassenarztstempel und die Arztnummer sowie die ihm von der Kasse überlassenen Vordrucke nur zu dem Zweck zu benutzen, für den sie ihm zugeteilt sind und darf sich nicht unter Einsatz dieser Mittel als Vertragsarzt gerieren. Nimmt er nach Zulassungsende Verordnungen vor, so hat die **Krankenkasse** ihm gegenüber einen **Regressanspruch**.

Die **Altersregelung** nach § 95 Abs. 7 SGB V a.F. beruht auf der Erwägung des Gesetzgebers, wonach die zur Sicherung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für zwingend erforderlich gehaltene Beschränkung der Zahl der zugelassenen Vertragsärzte nicht einseitig zu Lasten der jungen, an einer Zulassung interessierten Ärztegeneration zu verwirklichen ist (vgl. vgl. BSG, Urt. v. 25.11.1998 - B 6 KA 4/98 R - BSGE 83, 135 = SozR 3-2500 § 95 Nr. 18, juris Rdnr. 29; BSG, Urt. v. 12.09.2001 - B 6 KA 45/00 R - SozR 3-2500 § 95 Nr. 32, juris Rdnr. 13). Damit ist sie auch nach *EuGH*, Urt. v. 12.01.2010 - C-341/08 – rechtmäßig.

Das *SG* verurteilte auf Klage der Ersatzkasse den Nachlassverwalter des zwischenzeitlich verstorbenen Arztes zur Regresszahlung wegen Verordnung von Arzneimitteln nach Beendigung der vertragsärztlichen Zulassung aufgrund der 68-Jahresgrenze im Zeitraum Oktober 2002 bis April 2003 in Höhe von 18.172,73 €.

**Parallelverfahren:** *SG Marburg, Gerichtsbb. v. 23.04.2010 – S 12 KA 222/09 –*

RID 10-02-43

*SG Marburg, Gerichtsbb. v. 23.04.2010 – S 12 KA 877/08 –*

RID 10-02-44

Zur Altersgrenze s.a. *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 27.01.2010 – L 3 KA 29/09 – RID 10-02-59.

Zur Aktivlegitimation einer Krankenkasse, einen Schadensersatzanspruch wegen vorsätzlicher unerlaubter Handlung gegen einen früheren Vertragszahnarzt geltend zu machen, ohne dass zuvor die Prüfungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung einen entsprechenden Schaden festzustellen hatten, vgl. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 25.02.2009 – S 2 KA 29/08 – RID 09-02-81.

## VI. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 05.05.2010 - *B 6 KA 2/09 R* – entfaltet eine **Zulassungsbeschränkung** nur dann keine Wirkung, wenn vor deren Inkrafttreten ein vollständiger **Zulassungsantrag**, zu dem ein Nachweis über die Eintragung in das Arztregister gehört, gestellt wird; Ausnahmen können nur in engen Grenzen zugelassen werden.

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

## 1. KEIN ZULASSUNGSANSPRUCH BEI EINTRAGUNG IN ARZTREGISTER ERST NACH SPERRUNG DES PLANUNGSBEREICHS

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.11.2009 – L 11 KA 6/08 –*

RID 10-02-45

*Revision anhängig: B 6 KA 10/10 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 72 I 2, 95 I 1, II 1, 4 u. 9, 101 I, 103 I; Ärzte-ZV §§ 1 III, 16b, 19; GG Art. 12 I, BedarfsPIRI-Ä

Die grundsätzliche **Beachtlichkeit** aller **Tatsachenänderungen** bis zur mündlichen Verhandlung der letzten Tatsacheninstanz und aller Rechtsänderungen bis zum Abschluss der Revisionsinstanz führt dazu, dass im Regelfall sowohl dem zulassungsbegehrenden Arzt vorteilhafte als auch ihm nachteilige Sach- und Rechtsänderungen zu berücksichtigen sind (vgl. BSG, Urt. v. 02.09.2009 - B 6 KA 35/08 R - BSGE 104, 128 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 15, m.w.N.). Wird ein Zulassungsantrag zu einem Zeitpunkt gestellt, als der Planungsbereich noch offen war, erfolgt aber die **Eintragung in das Arztregister erst nach Sperrung des Planungsbereichs** wegen Überversorgung, so besteht kein Zulassungsanspruch. Ein Antrag ist nur vor Veränderung geschützt, wenn er alle erforderlichen Angaben enthält und die nötigen Unterlagen beigefügt sind (so in Bezug auf die sog. 55-Jahres-Zulassungsregelung BSG, Urt. v. 12.09.2001 - B 6 KA 90/00 R - SozR 3-5520 § 25 Nr. 5; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.02.1996 - L 11 KA 149/95 -; v. 20.09.2000 - L 11 KA 16/00 - RID 01-02-48; LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.11.2006 – L 7 KA 17/05 – RID 07-02-60; v. 03.12.2008 – L 7 KA 132/06 – RID 09-01-54 <vgl. BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 6 KA 2/09 R ->).

Der Eintragung in das **Arztregister** kommt im Rahmen des Vertragsarztrechts eine **statusbegründende Bedeutung** zu (BSG, Urt. v. 13.12.2000 - B 6 KA 26/00 R - SozR 3-2500 § 95a Nr. 2), so dass eine rückwirkende Eintragung ausgeschlossen ist.

Die verfassungsrechtlichen Bedenken des **LSG Berlin Brandenburg** (Urt. v. 03.12.2008, aaO.) werden nicht geteilt.

Die 1955 geb. Kl. ist Dipl.-Psych. und seit 01.01.1999 als Psychologische Psychotherapeutin sowie seit 04.03.1999 als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin approbiert. Ein Antrag auf bedarfsunabhängige Zulassung blieb ohne Erfolg. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 06.10.2004 - S 17 KA 144/02 - verurteilte die KV Nordrhein, d. Kl. als Psychologische Psychotherapeutin sowie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in das Arztregister einzutragen (Antrag v. Nov. 1999); die Berufung der KV wies **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 16.05.2007 - L 10 KA 35/04 – zurück. Mit Wirkung vom gleichen Tag erfolgte die Eintragung. Der im November 1999 gestellte Antrag auf **Zulassung als Psychologische Psychotherapeutin** in M, dessen Planungsbereich seinerzeit offen war - der Landesausschuss stellte eine Überversorgung erst später seit 06.04.2000 fest -, blieb wegen der (damals noch) fehlenden Eintragung in das Arztregister erfolglos. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 04.07.2001 - S 33 KA 187/00 - wies die Klage ab. Im **Berufungsverfahren** trug d. Kl. u.a. vor, sie behandle neben Privatpatienten überwiegend Kassenpatienten bzw. deren Kinder, 15 bis 20 Behandlungsstunden pro Woche, im Rahmen der Kostenerstattung. Die Krankenkassen (überwiegend AOK und BKK Bayer) genehmigten diese Behandlungen nach Einholung von Gutachten wie üblich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Die Krankenkassen zahlten je nach Punktwert zwischen ca. 51 € und 56 € pro Behandlungsstunde. Nach Beendigung der Ruhendstellung wies das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN

### A) ÄRZTLICHER LEITER MUSS NICHT ZUR VERSORGUNG DER PATIENTEN BEITRAGEN

*SG Dresden, Gerichtsbb. v. 02.12.2009 – S 18 KA 132/09 –*

RID 10-02-46

*Berufung anhängig: LSG Sachsen - L 1 KA 54/09 -*

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Dass der **ärztliche Leiter** selbst **ärztlich** - durch die Behandlung gesetzlich Versicherter - zur Versorgung der Patienten des MVZ beitragen müsste, lässt sich den Vorschriften über die Einrichtung und organisatorische Ausgestaltung Medizinischer Versorgungszentren nicht mit der gebotenen Bestimmtheit entnehmen. Entscheidend, aber auch ausreichend ist nach Sinn und Zweck des Gesetzes allein, dass der ärztliche Leiter über eine **Qualifikation als Arzt** verfügt und die Behandlung der Versicherten durch die am MVZ tätigen Ärzte gegenüber einer **Einflussnahme durch Nichtärzte organisatorisch abschirmen** kann. Der ärztliche Leiter ist darüber hinaus Ansprechpartner des MVZ in medizinischen Fragen nach außen und übernimmt die Verantwortung für die Abrechnung, die Qualitätssicherung und die Einhaltung der ärztlichen Pflichten in den durch die berufsrechtliche Verantwortlichkeit der Ärzte gesetzten Grenzen.

Das **SG** gab der Klage statt und stellte fest, dass die Übertragung der ärztlichen Leitung des MVZ auf Dr. W. B. zulässig ist; s.a. unter Streitwert.

## B) KEINE ÜBERTRAGUNG EINER VERTRAGSARZTSTELLE ZU GUNSTEN EINES ANDEREN MVZ

*LSG Hessen, Urt. v. 10.02.2010 – L 4 KA 33/09 –*

RID 10-02-47

Revision anhängig: B 6 KA 8/10 R

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

SGB V §§ 72 I 2, 95 IX, 103 IV, IVa

Für die **Übertragung einer Arztstelle** von einem MVZ auf ein anderes MVZ fehlt es an einer Rechtsgrundlage. § 103 IVa SGB V ist einer analogen Anwendung nicht zugänglich.

Die **Verwertungsmöglichkeiten** hinsichtlich einer Arztstelle in einem MVZ sind über § 103 IV SGB V geschützt. Über § 72 I 2 SGB V ist die Nachbesetzungsvorschrift allein aufgrund des eigentumsrechtlich geschützten Verwertungsinteresses sicherlich auf diejenigen Fälle entsprechend anzuwenden, in denen ein MVZ auf seine Zulassung verzichtet und aufgelöst wird. Ob dies auch bei Verzicht auf eine Arztstelle gilt, kann hier offen bleiben.

*SG Marburg*, Urt. v. 14.01.2009 – S 12 KA 575/08 – RID 09-01-56 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## C) VORLAGE EINER BÜRGSCHAFTSERKLÄRUNG DURCH GESELLSCHAFTER: KLAGEBEFUGNIS

*SG Marburg, Gerichtsbb. v. 01.04.2010 – S 12 KA 834/09 –*

RID 10-02-48

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

SGB V § 95 I; SGG § 55

Ist Adressat der Verpflichtung zur Vorlage einer Bürgschaftserklärung das MVZ selbst und nicht die Gesellschafter, so werden die Rechte der Gesellschafter nicht unmittelbar betroffen. Eine Klage der Gesellschafter neben der Gesellschaft selbst ist jedenfalls dann unzulässig, wenn Rechtsschutz bereits durch die Gesellschaft selbst eingeholt werden kann.

Das *SG* wies die Klage ab.

Zur Klage des MVZ selbst s. *LSG Hessen*, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 10/08 – RID 10-01-78 und *SG Marburg*, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 395/07 – RID 08-01-84.

## 3. PRAXISNACHFOLGE: KEINE BERÜCKSICHTIGUNG NACH ABRECHNUNGSMANIPULATION UND ZULASSUNGSVERZICHT

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.01.2010 – L 3 KA 121/06 –*

RID 10-02-49

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 VI, 95b II, 103 IV; Ärzte-ZV § 21; GG Art. 12 I

**Leitsatz:** 1. Ein Arzt, der die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung gröblich verletzt hat und einer **drohenden Zulassungsentziehung** durch **Rückgabe der Zulassung** zuvorgekommen ist, um sich im Anschluss hieran sofort um eine Neuzulassung zu bewerben, kann diese regelmäßig nicht vor Ablauf einer Bewährungsfrist von fünf Jahren erhalten.

2. Bei der **Auswahlentscheidung** nach § 103 Abs. 4 SGB V können die Zulassungsgremien nur Bewerber berücksichtigen, die die Voraussetzungen für eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Kann einer der Bewerber auf Grund einer noch laufenden Bewährungsfrist nicht zugelassen werden, ist er in die zu treffende Auswahlentscheidung nicht mit einzubeziehen.

Wegen Abrechnungsmanipulationen beantragte die KV ein Entziehungsverfahren gegen d. Kl., ein seit 1998 zugelassener Urologe, und zeitgleich ein Disziplinarverfahren. Nach Zulassungsverzicht des Kl. zum 30.06.2001 (und Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes) wurden beide Verfahren beendet. Im Juni 2001 beantragte der Kl. erstmals erfolglos die Zulassung im Wege der Praxisnachfolge. Drei bis Mai 2003 gestellte weitere Anträge waren ebf. erfolglos, worüber Klageverfahren anhängig sind (Az.: S 16 KA 215/03, S 16 KA 216/03 u. S 16 KA 16/05). Ein weiterer Antrag war ebf. erfolglos; der Bekl. ging davon aus, es hätten die Entziehungsvoraussetzungen vorgelegen. *SG Hannover*, Urt. v. 26.07.2006 - S 16 KA 400/05 – verurteilte den Berufungsausschuss, dem Antrag des Kl. auf Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit als Nachfolger des Beigeladenen zu 9. im Wege der Praxisnachfolge stattzugeben. Das *LSG* wies die Klage ab.

## 4. SONDERBEDARFSZULASSUNG

### A) KINDERCHIRURGIE

*LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2009 – L 12 KA 550/07 –*

RID 10-02-50

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

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfspRL-Ä Nr. 24, 26

Bei einem **lokalen Versorgungsbedarf** muss es sich um einen solchen handeln, der überhaupt nur an einem bestimmten Ort oder in einer bestimmten Region besteht und denkbar ist. In diesem Sinne lokal ist ein Versorgungsbedarf z.B. dann, wenn er sich aus Besonderheiten ergibt, die in der Ortslage oder in besonderen örtlichen Krankheitshäufungen begründet sind, oder wenn in quantitativer Hinsicht genügend Vertragsarztsitze der betreffenden Arztgruppe vorhanden sind, wegen einer unzureichenden Verteilung dieser Vertragsarztsitze es aber zu einem lokalen Versorgungsbedarf in Teilen des Planungsbereiches kommt.

Ein **besonderer Versorgungsbedarf** auf dem Gebiet der **Kinderchirurgie** kann nicht mit der knappen Feststellung begründet werden, dass es im Bereich der Kindermedizin nicht vertretbar sei, sozusagen "Erwachsenen-Chirurgen" kinderchirurgisch behandeln zu lassen und die ärztlichen Tätigkeiten des Qualifizierten in dem betreffenden Planungsbereich nicht zur Verfügung stünden.

Der Zulassungsausschuss lehnte den Antrag auf Sonderbedarfszulassung des beigel. Kinderchirurgen ab, der Berufungsausschuss gab ihm statt. *SG München*, Urt. v. 06.07.2007 - S 39 KA 356/07 - wies die Klage der KV ab, das *LSG* verurteilte zur Neubescheidung.

### B) EINBEZIEHUNG DER FACHÄRZTE FÜR PLASTISCHE CHIRURGIE IN DIE BEDARFSPLANUNG/KV-UMFRAGEN

*LSG Bayern, Urt. v. 23.09.2009 – L 12 KA 405/07 –*

RID 10-02-51

Revision anhängig: B 6 KA 1/10 R -

juris

SGB V §§ 95 II 7, 103 I 2; Ärzte-ZV § 19 I 2

Das Bedarfsplanungsrecht erfasst auch berufsrechtlich abgrenzbare Gruppen, die erst später durch Neukonturierung des bedarfsplanungsrechtlichen Zuschnitts einbezogen werden. Wenn nach einer **Sperrung** wegen Überversorgung eine Norm eingefügt wird, wonach zur **Arztgruppe der Chirurgen verschiedene Fachärzte** gehören, erstreckt sich die Sperrentscheidung des Landesausschusses für ab diesem Zeitpunkt gestellte Anträge ohne weiteren Regelungsakt auch auf alle Personen, die nunmehr der bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe der Chirurgen neu zugeordnet sind.

Die aus der Einbeziehung resultierende Beschneidung der Berufsausübungsmöglichkeiten für **plastische Chirurgen** ist sachlich gerechtfertigt aufgrund einer vorangegangenen Veränderung des beruflichen Weiterbildungsrechtes. Eine Anpassung der Verhältniszahlen war nicht erforderlich, da die aufgewerteten Schwerpunkte schon seit jeher in der bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe der Chirurgen repräsentiert waren.

Von der KV durchgeführte **Umfragen bei Vertragsärzten** zur Ermittlung eines Sonderbedarfs müssen dem **Berufungsausschuss** bei Beschlussfassung vollständig vorliegen. Eine grobe Zusammenfassung des Umfrageergebnisses reicht nicht aus.

Einzelne der Arztgruppe unterfallende **selbstständige Facharztkompetenzen**, wie zum Beispiel im Rahmen der chirurgischen Arztgruppe die plastische Chirurgie, können Gegenstand einer qualitativen **Sonderbedarfsprüfung** sein.

Für eine Sonderbedarfszulassung bedarf es keiner Defizitsituation im gesamten Spektrum **gebietszugehöriger Operationen**. Wenn dann die niedergelassenen Gebietsärzte undifferenziert danach gefragt werden, ob und ggf. wie viele zusätzliche ambulanten Operationen angeboten werden, bleibt unermittelt, ob es sich bei diesem (zusätzlichen) Angebot nur um bestimmte Operationen von einfachem Schwierigkeitsgrad handelt, jedoch wesentliche Gruppen gebietszugehöriger Operationen nicht vorgehalten werden.

*SG München*, Urt. v. 18.04.2007 - S 6 KA 26/06 - wies die Klage ab, das *LSG* verpflichtete den Bekl., über den Antrag auf Erteilung einer Sonderbedarfsangestelltengenehmigung bzgl. des Beigel. gemäß der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden und wies im Übrigen die Berufung zurück.

## 5. RUHENSANORDNUNG WEGEN PSYCHISCHER ERKRANKUNG/SOFORTVOLLZUG

*LSG Bayern, Beschl. v. 14.01.2010 – L 12 KA 62/09 B ER –*

RID 10-02-52

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

SGB V § 95 V, 96 IV 2; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Entzieht der Zulassungsausschuss nicht die Zulassung wegen einer psychischen Erkrankung, sondern ordnet er lediglich ein zeitlich befristetes **Ruhen** gemäß § 95 V SGB V an, so trägt dies dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung. Vor diesem Hintergrund und der voraussichtlichen Rechtmäßigkeit der Ruhensanordnung ist die **Anordnung des Sofortvollzuges** des Ruhens geboten. Zwar stellt dies einen schwerwiegenden Eingriff in die Berufsfreiheit dar (Art. 12 GG). Dem steht aber andererseits das überragende Rechtsgut der körperlichen und seelischen Unversehrtheit der Versicherten gegenüber. Dies gilt umso mehr, wenn auch Kinder und Jugendliche behandelt werden.

Die Beigel. ist seit März 2000 als Psychologische Psychotherapeutin zugelassen und berechtigt zur Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Im Oktober 2009 ordnete der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung vom 07.09.2009 bis 30.09.2011 an und begründete diese Entscheidung mit einem psychiatrischen Gutachten, wonach die Beigel. derzeit nicht zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Lage sei. Nach Widerspruchseinlegung wies *SG München*, Beschl. v. 27.11.2009 - S 28 KA 794/09 ER - den Antrag der KV auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Zulassungsausschusses bis zur Zustellung der Entscheidung des Berufungsausschusses über den Widerspruch der Beigel. an, längstens bis zum 15.03.2010, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

## 6. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

### A) ANSTELLUNG ALS CHEFARZT KEIN ZULASSUNGSHINDERNIS

*SG Schwerin, Urt. v. 01.07.2009 – S 3 KA 31/08 –*

RID 10-02-53

juris = NZS 2010, 95

SGB V §§ 95 VI, 98 II Nr. 10; Ärzte-ZV § 20 I 1, II 2

Die gleichzeitige Tätigkeit als **Chefarzt einer Klinik** für Gynäkologie und Geburtshilfe steht einer **Zulassung als Vertragsarzt** nicht entgegen, wenn die Arbeitszeit nicht mehr als 13 Wochenstunden ausmacht und Sprechzeiten mit mehr als 20 Wochenstunden (hier: 32) angeboten werden.

Nach Änderung des § 20 II Ärzte-ZV durch das VÄG können Befürchtungen einer **Interessen- und Pflichtenkollision** eines angestellten Krankenhausarztes nicht mehr die Nichteignung begründen. Hätte der Gesetzgeber angestellte Chefarzte von der Regelung in § 20 II 2 Ärzte-ZV ausnehmen wollen, hätte dies deutlich zum Ausdruck gebracht werden müssen.

Das *SG* gab der Klage gegen die Entziehung der Zulassung statt.

### B) NICHTAUSÜBUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.12.2009 – L 3 KA 117/08 –*

RID 10-02-54

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 17/10 B*

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

SGB V § 95 VI 1; Ärzte-ZV §§ 27, 45; SGB X § 27

**Leitsatz:** 1. Es ist mit höherrangigem Recht vereinbar, dass § 45 Abs.1 Ärzte-ZV die **Rücknahme des Widerspruchs fingiert**, wenn der Vertragsarzt die **Widerspruchsgebühr** nicht fristgerecht entrichtet hat.

2. Die Entziehung der Zulassung wegen **Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit** erfordert die Prognoseentscheidung über die voraussichtliche Dauer der Untätigkeit anhand aller bekannter Umstände des Einzelfalls.

Der 1941 geb. Kl. war als Facharzt für Allgemeinmedizin niedergelassen. Wegen einer schweren Erkrankung ruhte seine Zulassung für ein Jahr bis Ende Februar 2004. Im Januar 2003 hatte der Kl. seine Praxis an die bereits zugelassene Ärztin Dr. G. verkauft und im März 2003 die Praxisräume an sie übergeben. Eine Verlängerung der Ruhenszeit lehnte der Zulassungsausschuss ab, den Widerspruch wies der bekl. Berufungsausschuss mit bestandskräftigem Beschl. v. 27.04.2005 zurück. Der Zulassungsausschuss entzog die Zulassung mit Beschl. v. 31.08.2004 mit sofortiger Wirkung. Der Kl. legte Widerspruch ein, kam aber der Aufforderung zur Zahlung der Widerspruchsgebühr nicht nach, woraufhin ihm Bekl. mitteilte, dass der Widerspruch gemäß § 45 Ärzte-ZV als zurückgenommen gelte und der angefochtene Beschluss des Zulassungsausschusses bestandskräftig geworden sei. Der Kläger stellte daraufhin einen Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand, da der Beklagte nicht darauf hingewiesen habe, dass er die Möglichkeit der Stundung der Widerspruchsgebühr habe. Der Bekl. lehnte den Antrag ab und wies den Widerspruch zurück. *SG Hannover*, Urt. v. 22.10.2008 - S 16 KA 193/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### C) KEINE RUHENSVERLÄNGERUNG NACH SECHS JAHREN/WEGZUG

*SG Marburg, Urt. v. 17.03.2010 – S 12 KA 865/09 –*

RID 10-02-55

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

SGB V §§ 95 Abs. 1, 5, 6 u. 7, 95a; SGB X § 42; Ärzte-ZV § 21

Die Zulassung ist einem Arzt zu entziehen, der seit über sechs Jahren nicht mehr vertragsärztlich tätig ist. Eine **Verlängerung des Ruhens** der Zulassung ist ausgeschlossen, wenn lediglich eine vage Aussicht auf Wiedererlangung einer Berufserlaubnis besteht, da diese nicht zur Tätigkeit als Vertragsarzt berechtigt; Voraussetzung hierfür ist die **Approbation**.

Nach § 95 Abs. 7 Satz 1 SGB V endet die Zulassung bei **Gründung einer Privatpraxis in der Schweiz** auch dann, wenn das Ruhen der Zulassung angeordnet ist. Unerheblich ist, ob der Arzt weiterhin die Absicht hat, zukünftig an seinem bisherigen Vertragsarztsitz eine vertragsärztliche Tätigkeit wieder aufzunehmen. Ebenso wenig kommt es auf die melderechtlichen Verhältnisse an.

Wird eine Zulassung wegen angenommener **Alkoholabhängigkeit** entzogen, so kann dies dahinstehen, wenn **andere Beendigungsgründe** vorliegen.

Das *SG* wies die Klage ab.

### D) ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

*SG Marburg, Urt. v. 17.03.2010 – S 12 KA 236/09 –*

RID 10-02-56

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 17/10 -*

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

SGB V §§ 95 Abs. 6; Ärzte-ZV § 21

Die Zulassung ist einer Ärztin zu entziehen, die an einer **Alkoholabhängigkeit** leidet.

**Strafrechtliche Verurteilungen**, wenn auch fünf Jahre zurückliegend, wegen der Ausstellung von Rezepten über Antisuchtmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, ohne dass diese Medikamente für die Versicherten, für die die Rezepte ausgestellt worden waren, bestimmt waren, können zeigen, dass die Alkoholabhängigkeit bereits zu einer Beeinträchtigung der ärztlichen Tätigkeit geführt hat.

Das *SG* wies die Klage ab.

### E) ENTZIEHUNG EINER MVZ-ZULASSUNG/ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG

#### AA) LSG BERLIN-BRANDENBURG: ZULÄSSIGKEIT GENERALPRÄVENTIVER ÜBERLEGUNGEN

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 09.02.2010 – L 7 KA 169/09 B ER –*

RID 10-02-57

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

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

Das Vertrauen in die **Zuverlässigkeit eines MVZ** ist zerstört, wenn es bei der KV Abrechnungen (hier: Quartal IV/08) für insgesamt 1023 Gebührenordnungspositionen unter 3 lebenslangen Arztnummern (LANR) einreicht, die bundesweit nicht vergeben wurden.

Für **Rechtsverstöße** aus dem **MVZ** betreffenden Pflichtenkreisen (Abrechnung, Wirtschaftlichkeitsprüfung) hat ausschließlich dieses – und nicht etwa nur nachrangig nach den pflichtwidrig handelnden Ärzten – **einzustehen**. Durch die Benennung eines **ärztlichen Leiters** ist das MVZ nicht von den die Abrechnung betreffenden Pflichten frei geworden.

In welchem Verhältnis die Entziehung der einem MVZ erteilten Zulassung und der **Widerruf einer Anstellungsgenehmigung** zueinander stehen, ist ungeklärt. Es spricht viel dafür, dass bei gröblichen Pflichtverletzungen durch Mitarbeiter eines MVZ primär eine Zulassungsentziehung zu prüfen ist. Denn der Widerruf einer Anstellungsgenehmigung ist weder im SGB V noch in der Ärzte-ZV ausdrücklich vorgesehen.

**Generalpräventive Überlegungen** zur Begründung des für den **Sofortvollzug** erforderlichen besonderen öffentlichen Interesses sind zulässig. Die sofortige Vollziehung verfolgt in generalpräventiver Hinsicht das Ziel, keinen Anreiz zur Nachahmung, mithin keine negative Vorbildwirkung, zu schaffen, und beugt auf diesem Wege einer weiteren gesetzwidrigen Entwicklung vor.

Das besondere öffentliche Interesse an der Anordnung der sofortigen Vollziehung kann in der konkreten Gefährdung für das wichtige Gemeinschaftsgut der Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung liegen. Denn generalpräventive Erwägungen zur **Wahrung der finanziellen Stabilität der vertragsärztlichen Versorgung** können alle anderen an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte und – in besonderem Maße – MVZ vor ähnlichem Verhalten warnen und abschrecken. Anlass hierzu sieht der Senat, nachdem ihm in jüngerer

und jüngster Zeit durch mehrere Verfahren, an denen MVZ beteiligt waren, die enorme Missbrauchsgefahr im Zusammenhang mit den den MVZ eingeräumten Gestaltungsmöglichkeiten vor Augen geführt wurde (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 13.01.2009 – L 7 B 93/08 KA ER – RID 09-02-74; sowie Beschl. v. 27.01.2010 - L 7 KA 139/09 ER u. L 7 KA 142/09 ER -).

Bei der Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Zulassungsentziehung ist eine **Auslauffrist** zuzubilligen, innerhalb derer die bei ihr angestellten Ärzte die Möglichkeit haben, begonnene Therapien zumindest zu einem teilweisen Abschluss zu bringen und eine geordnete Überleitung zu anderen vertragsärztlichen Behandlern sicherzustellen.

**SG Berlin**, Beschl. v. 20.11.2009 – S 83 KA 673/09 ER – RID 10-01-76 ordnete auf Antrag der KV die sofortige Vollziehung der vom Berufungsausschuss bestätigten Entziehung der Zulassung des MVZ, wogegen ein Klageverfahren anhängig ist, an. Das **LSG** wies die Beschwerde des zu 1) beigel. MVZ mit der Maßgabe zurück, dass die sofortige Vollziehung des Beschl. des Ag. mit Wirkung zum 01.04.2010 angeordnet wird; die Kosten des Beschwerdeverfahrens tragen die Beigel. zu 1) zu 5/6 und die Ast. zu 1/6. Die übrigen Beigel. und der Ag. tragen ihre außergerichtlichen Kosten selbst; der Streitwert wird auf 229.305,76 EUR festgesetzt. **BVerfG**, 1. Ka. 2. Sen., Beschl. v. 15.03.2010 – 1 BvR 722/10 – RID 10-02-58 setzte die sofortige Vollziehung vorläufig aus.

## BB) BVERFG: FOLGENABWÄGUNG

**BVerfG**, 1. Ka. 2. Sen., Beschl. v. 15.03.2010 – 1 BvR 722/10 –  
juris = ZMGR 2010, 100

**RID 10-02-58**

Die Verfassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Beschl. v. 09.02.2010 – L 7 KA 169/09 B ER – RID 10-02-59 führt zur vorläufigen Aussetzung der sofortigen Vollziehung des Beschlusses des Berufungsausschusses bis zur Entscheidung über die Verfassungsbeschwerde, längstens für die Dauer von sechs Monaten.

Im Verfassungsbeschwerdeverfahren wird namentlich zu prüfen sein, ob das öffentliche Interesse an der sofortigen Vollziehung des Entzugs der Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit **ausschließlich generalpräventiven Überlegungen** begründet werden kann, wie dies vom LSG angenommen wurde. Auch wird zu prüfen sein, ob die schwerwiegenden Folgen, die für die Beschwerdeführerin mit der Anordnung des Sofortvollzugs verbunden sind, in angemessener Weise gegen das öffentliche Interesse an einer sofortigen Vollziehung abgewogen wurden.

### Aus den Gründen:

„(...) 3. Die hiernach gebotene **Folgenabwägung** führt zum Erlass der einstweiligen Anordnung.

Erginge die einstweilige Anordnung nicht, erwiese sich die Verfassungsbeschwerde aber als begründet, so entstünden der Beschwerdeführerin durch den Sofortvollzug der Entziehung der Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung schwere und nahezu irreparable berufliche und wirtschaftliche Nachteile. Sie müsste den **Betrieb des medizinischen Versorgungszentrums** ab dem 1. April 2010 **einstellen**. Infolgedessen würde sie das medizinische Versorgungszentrum aufgeben und ihren angestellten **Ärzten und Mitarbeitern kündigen** müssen. Zugleich würde sie den **Patientenstamm** ihres medizinischen Versorgungszentrums **verlieren**. Diese Konsequenzen wären bei einem späteren Erfolg der Verfassungsbeschwerde praktisch kaum noch rückgängig zu machen.

Erginge die einstweilige Anordnung, hätte die Verfassungsbeschwerde später aber keinen Erfolg, so könnte die Beschwerdeführerin ihr medizinisches Versorgungszentrum einstweilen weiter betreiben. Für die **Gesundheit** der dort versorgten Patienten drohen hierdurch nach den im Ausgangsverfahren getroffenen Feststellungen **keine Gefahren**. Es ist danach auch nicht konkret anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin bei einer weiteren Berufstätigkeit während des Verfahrens ihre Pflichten verletzen wird; eine **Wiederholungsgefahr** wurde vom Landessozialgericht **nicht gesehen**. Soweit das Landessozialgericht **generalpräventive Erwägungen** im Hinblick auf den Betrieb von medizinischen Versorgungszentren angestellt hat, ist nicht ersichtlich, dass sich entsprechende Gefahren infolge des Erlasses der einstweiligen Anordnung gerade während des laufenden Verfassungsbeschwerdeverfahrens realisieren könnten.

Die aufgezeigten Folgen einer weiteren Betätigung der Beschwerdeführerin fallen somit weniger stark ins Gewicht, während andererseits die beruflichen Folgen für die Beschwerdeführerin bei Ablehnung der einstweiligen Anordnung existenziell wären. Die grundrechtlich geschützten Belange der Beschwerdeführerin überwiegen daher das Interesse der Allgemeinheit an der sofortigen Vollziehung der Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. (...)“

## 7. RECHTMÄßIGKEIT DER ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN

**LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 27.01.2010 – L 3 KA 29/09 –

**RID 10-02-59**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 18/10 B*

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a. F. § 95 VII; GG Art. 12 I; EGRL 78/2000 Art. 1, 6 I; AGG § 10

**Leitsatz:** 1. Ein Beschluss des Berufungsausschusses, in dem festgestellt wird, dass die Zulassung als Vertragsarzt nach Vollendung des 68. Lebensjahrs endet, ist erledigt, wenn ein anderer Arzt für den betreffenden Vertragsarztsitz inzwischen bestandskräftig zugelassen worden ist.

2. Zur Rechtmäßigkeit der bisherigen vertragsärztlichen Altersgrenze nach Inkrafttreten des GKV- OrgWG.

**SG Hannover**, Urt. v. 18.02.2009 – S 24 KA 330/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### Aus den Gründen:

„(...) Die vorliegend umstrittene Altersgrenze steht auch nicht im Widerspruch zum Verbot der Diskriminierung wegen Alters, das sich aus der **europäischen GleichbehandlungsRL 2000/78/EG** bzw dem diese umsetzenden AGG ergibt. Wie der **Europäische Gerichtshof** (EuGH) mit Urteil vom 12. Januar 2010 (C-341/08 - "Petersen") entschieden hat, ist die Altersgrenze für Vertrags(zahn)ärzte keine Diskriminierung, wenn die Begrenzung in geeigneter und widerspruchsfreier Weise einem Ziel des Gesundheitsschutzes oder der Beschäftigungspolitik dient. Der - vom BVerfG aaO im Vordergrund gesehene - Schutz der Versicherten vor nicht mehr uneingeschränkt leistungsfähigen älteren Ärzten sei in diesem Zusammenhang zwar nicht anzuerkennen, weil die außerhalb des Vertragsarztsystems tätigen Zahnärzte bzw Ärzte von entsprechenden Einschränkungen ausgeschlossen blieben. Es sei jedoch grundsätzlich ein angemessenes und erforderliches Ziel der Altersgrenze, jüngeren Zahnärzten bzw Ärzten trotz einer überhöhten Zahl von Vertrags(zahn)ärzten den Zugang zur Beschäftigung zu ermöglichen.

Dass dies auch 2007 ein Zweck der in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Altersgrenze gewesen ist, hat das BSG bereits in seiner Entscheidung vom 6. Februar 2008 (BSGE 100, 43 = SozR 4-2500 § 95 Nr 14) ausgeführt. Dabei hat es auch dargelegt, dass in weiten Bereichen der Bundesrepublik nach wie vor für die meisten ärztlichen Fachgebiete Überversorgung besteht. Ebenso wie der EuGH (aaO) ist das BSG (aaO; Urteil vom 9. April 2008 - B 6 KA 44/07 R - juris) deshalb zum Ergebnis gekommen, dass eine in der Altersgrenze für Vertragsärzte liegende "Benachteiligung wegen Alters" durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist, und zwar iSv Art 6 Abs 1 Satz 2 der RL 2000/78/EG und § 10 Sätze 1 und 2 AGG. (...)"

Zur Altersgrenze s.a. **SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 23.04.2010 – S 12 KA 224/09 – RID 10-02-42.

## 8. ZWEIGPRAXIS

### A) KEINE QUALIFIZIERTE VERSORGUNGSVERBESSERUNG BEI ENTFERNUNG VON 17 KM/19 KM

**SG Marburg, Urt. v. 17.03.2010 – S 12 KA 281/09 –**

**RID 10-02-60**

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

Ärzte-ZV § 24

Eine „qualifizierte Versorgungsverbesserung“ i.S. des § 24 Ärzte-ZV (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R – SozR 4-5520 § 24 Nr. 3, juris) liegt nicht bereits bei einer Verkürzung der Wege vor, wenn in einer Entfernung von 17 km und 19 km das gleiche – hier: nephrologische – Versorgungsangebot besteht.

Das **SG** wies die Klage ab.

### B) KEINE QUALIFIZIERTE VERSORGUNGSVERBESSERUNG BEI GLEICHEN LEISTUNGEN

**SG Marburg, Urt. v. 17.03.2010 – S 12 KA 282/09 –**

**RID 10-02-61**

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

SGB V § 121a; Ärzte-ZV § 24

Eine „qualifizierte Versorgungsverbesserung“ i.S. des § 24 Ärzte-ZV (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R – SozR 4-5520 § 24 Nr. 3, juris) liegt nicht bereits dann vor, wenn die gleichen Leistungen – hier: spezielle gynäkologische **Leistungen gemäß § 121a SGB V** - am Standort der Zweigpraxis von einem anderen Leistungserbringer bei freien Kapazitäten ebf. angeboten werden. Der Umstand, dass Versicherte aus dem Ort der Zweigpraxis die Praxis am Vertragsarztsitz aufsuchen, begründet keinen Anspruch auf Genehmigung der Zweigpraxis.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 9. ERMÄCHTIGUNG

### A) ENTZIEHUNG EINER ERMÄCHTIGUNG BEI NUR NOCH GERINGFÜGIGER BESCHÄFTIGUNG AM KRANKENHAUS

**SG Aachen, Urt. v. 03.03.2010 – S 7 KA 1/09 –**

**RID 10-02-62**

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 35/10 -*

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

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

Als gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für die Entziehung einer Ermächtigung kommt § 48 I SGB X in Betracht.

Ein Facharzt für innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie, der als geringfügig Beschäftigter für konsiliarische Untersuchungen von Patienten des Klinikträgers, Weiter- und Fortbildung von Mitarbeitern, Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Rheumatologie sowie Beratung des Klinikträgers bei der Entwicklung medizinischer Konzepte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von vier Stunden und einer Vergütung von 400 € monatlich angestellt ist, ist **kein Krankenhausarzt** i.S.d. § 116 Satz 1 SGB V und § 31a I 1 Ärzte-ZV mehr. Die Vorschriften sind unter teleologischen Aspekten dahingehend auszulegen, dass die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Nebentätigkeit

in zeitlicher und organisatorischer Hinsicht der Tätigkeit für den Krankenhausträger untergeordnet sein muss.

Das **SG** gab der Klage teilweise statt, soweit dem Kl. die Ermächtigung auch für die Vergangenheit entzogen wurde.

Zur Entziehung einer Ermächtigung verweist § 95 IV 3 SGB V auf § 95 VI SGB V; nach der Rspr. des BSG ist § 95 VI SGB V abschließende Sonderregelung zu §§ 44 ff. SGB X (vgl. BSG v. 05.11.2003 - B 6 KA 56/03 B - juris Rn. 8; BSG v. 10.05.2000 - B 6 KA 67/98 R - juris Rn. 22 - BSGE 86, 121 = SozR 3-5520 § 24 Nr. 4; BSG v. 10.05.2000 - B 6 KA 56/99 B - juris Rn. 8; BSG v. 16.10.1991 - 6 RKa 37/90 - juris Rn. 54 - SozR 3-2500 § 116 Nr. 1; BSG v. 18.05.1989 - 6 BKa 8/89 - juris Rn. 4).

## B) ERMÄCHTIGUNG EINES SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUMS

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.12.2009 – L 3 KA 29/08 –**

**RID 10-02-63**

juris  
SGB V § 119 I

**Leitsatz:** 1. Ein sozialpädiatrisches Zentrum, das seine Ermächtigung nach § 119 SGB V beantragt hat, bietet nicht die Gewähr für eine wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung, wenn die Ermächtigung dazu führen würde, dass ein bereits ermächtigtes Zentrum nicht wirtschaftlich weitergeführt werden könnte.

2. Von der Zielvorstellung einer Erreichbarkeit des Zentrums innerhalb einer Stunde kann gegebenenfalls in dünn besiedelten Regionen zu Lasten der Versicherten abzuweichen sein.

**SG Hannover**, Urt. v. 30.01.2008 – S 16 KA 183/04 - wies die Klage des Kreiskrankenhauses wegen der Versagung einer Genehmigung zum Betreiben eines sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) – der bekl. Berufungsausschuss stellte darauf ab, dass 20 Kilometer von diesem Standort bereits ein SPZ ermächtigt worden sei - ab, das **LSG** die Berufung zurück; s.a. unter Streitwert.

Vgl. zuletzt **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 02.04.2009 – L 11 KA 2/09 ER – RID 09-02-77; **SG Marburg**, Urt. v. 30.04.2008 – S 12 KA 393/07 – RID 08-02-95 (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 49/08 -); **SG Dresden**, Urt. v. 07.06.2006 – S 15 KA 23/03 – RID 06-03-66; **SG Dortmund**, Urt. v. 07.03.2003 - S 26 KA 193/01 - RID 03-02-48; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 12.01.2000 - L 11 KA 156/99 - RID 00-03-34.

## 10. ZULÄSSIGKEIT EINER KONKURRENTENKLAGE GEGEN GENEHMIGUNG NACH § 121A SGB V

**LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 12.03.2010 – L 5 KA 3725/09 ER-B –**

**RID 10-02-64**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 121a; SGG § 86a I, II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

**Leitsatz:** Eine Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen darf nach den maßgeblichen gesetzlichen Regelungen einem Arzt oder einer Einrichtung nur erteilt werden, wenn hohe persönliche und sachliche Anforderungen erfüllt werden. So ist unter anderem auch eine **Bedarfsprüfung** wie auch eine Prüfung der Geeignetheit und Zuverlässigkeit des Arztes durchzuführen.

Die **Konkurrentenklage** gegen eine solche Genehmigung ist zulässig.

Der **Ast.** ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin und nimmt mit Vertragsarztsitz in Karlsruhe an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er verfügt außerdem über eine von der Ag. erteilte Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a II SGB V. Der **Beigel.** ist ebenfalls Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und nimmt bislang mit Vertragsarztsitz in Baden-Baden an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Ag. erteilte die nach § 121a Abs. 2 SGB V zur Durchführung der Leistungen in den Räumen des Kreiskrankenhauses Rastatt beantragte Genehmigung mit folgenden **Auflagen:** 1. Die Anstellungs- und Kooperationsverträge, die mit dem Teammitgliedern getroffen werden, sind noch ergänzend vorzulegen. 2. Zur abschließenden Überprüfung der ordnungsgemäßen Einrichtung und Ausstattung der Praxis führt die Kommission eine Begehung durch. Den **Widerspruch des Ast.** wies die Ag. zurück, wobei sie zugleich auch die **sofortige Vollziehung des Bescheides anordnete.** Hiergegen erhob der Ast. Klage (S 11 KA 3388/09). **SG Stuttgart**, Beschl. v. 21.07.2009 – S 11 KA 3390/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, weil die vorhergehende, grundsätzlich im öffentlichen Interesse liegende Bedarfsprüfung für sich noch nicht die Befugnis zur Erhebung einer defensiven Konkurrentenklage begründe; das **LSG** stellte die aufschiebende Wirkung der Klage wieder her.

Nach **SG Marburg**, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 381/07 – RID 08-04-41 (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 102/08 -) setzt § 121a SGB V voraus, dass eine Zulassung oder Ermächtigung zum Betreiben einer Zweigpraxis besteht; fehlt nach **SG Marburg**, Urt. v. 08.10.2008 – S 12 KA 386/07 – RID 08-04-42 (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 103/08 -) letzteres, so besteht kein Genehmigungsanspruch und fehlt die Befugnis, Widerspruch gegen die Genehmigung eines anderen Bewerbers einzulegen.

## 11. NICHTENTRICHUNG DER WIDERSPRUCHSGEBÜHR: RÜCKNAHMEFIKTION

*SG Aachen, Urt. v. 03.03.2010 – S 7 KA 2/09 –*

RID 10-02-65

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

Ärzte-ZV §§ 45 I 1, 46; SGB X § 27; SGG §§ 67, 84 II 3

Wird die **Gebühr nach § 46 Ärzte-ZV** nicht innerhalb der gesetzten Frist entrichtet, so gilt im Verfahren vor dem Berufungsausschuss der Widerspruch nach § 45 I 1 Ärzte-ZV als zurückgenommen und fehlt es für die Zulässigkeit einer Klage am Vorverfahren.

Vorschriften, die eine Vorschusspflicht des Rechtssuchenden vorsehen, sind mit Art. 19 IV GG und Art. 103 I GG grundsätzlich auch dann vereinbar, wenn sie für den Fall der Nichteinzahlung anordnen, dass der entsprechende Rechtsbehelf als zurückgenommen gilt (so bereits BVerfG, Beschl. v. 12.01.1960 - 1 BvL 17/59 - BVerfGE 10, 264, 268 f., vgl. a. BVerfG, Beschl. v. 14.12.1988 - 1 BvR 1578/88 - juris, Rn. 7). Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass gerade die besonderen Umstände des § 45 I 1 Ärzte-ZV ein Abweichen von diesen Grundsätzen rechtfertigen.

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

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

### 1. EHV-REFORM 2006

#### A) DURCHSCHNITTSHONORAR/NACHHALTIGKEITSAKTOR/ZUMUTBARKEIT

*SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 348/09 –*

RID 10-02-66

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 18/10 –*

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

SGB V § 85 IV SGB X § 35; KVHG § 8; Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

**Bescheide** über die Teilnahme an der erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen müssen die Berechnung des Durchschnittshonorars und des Nachhaltigkeitsfaktors angeben, soweit diese Berechnung nicht einem EHV-Anspruchsberechtigten aus anderen Quellen erschließbar ist.

Die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen in der ab 01.07.2006 geltenden Fassung sind insoweit rechtswidrig, als eine ausreichende **Rechtsgrundlage für die Berechnung der Durchschnittshonorare** und damit eines entscheidenden Eckpunkts für die Berechnung des Zahlbetrags aus dem EHV-Anspruch fehlt.

Die Einführung des **Nachhaltigkeitsfaktors** ist nicht zu beanstanden. Für die Zukunft ist von der KV Hessen aber zu beachten, dass ein ausgewogenes Verhältnis zwischen aktiven Ärzten und den EHV-Beziehern hergestellt bleibt.

Die **Auswirkung der EHV-Reform 2006**, die im Vergleich zur Reform 2001 eine effektive Anspruchsreduzierung von ca. 10 % und im Vergleich zur Lage vor der Reform 2001 von ca. 12,5 % bedeutet, führt nicht zu deren Rechtswidrigkeit.

Das *SG* gab der Klage (Quartale III u. IV/06) teilweise statt und verurteilte zur Neubescheidung.

**Parallelverfahren:** *SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 310/09 –*

RID 10-02-67

*SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 350/09 –*

RID 10-02-68

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 20/10 –*

(Quartale II/07-II/08) *SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 155/08 –*

RID 10-02-69

#### B) VORZEITIGER VERZICHT: MEHRZEITENREGELUNG/0,5 %-KÜRZUNG

*SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 289/08 –*

RID 10-02-70

*Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 19/10 –*

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

SGB V § 85 IV; SGB X § 35; KVHG § 8; Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

Die **Nichtanwendung der Mehrzeitenregelung bei freiwilligem Zulassungsverzicht** vor EHV-Teilnahme, eingeführt durch die EHV-Reform 2006, ist zulässig. Es ist aber in der Satzung ein **Übergangsrecht** aufzunehmen, das die Mehrzeitenregelung für diejenigen Personen fortführt, die maximal drei Jahre vor dem EHV-Bezug auf ihre Zulassung verzichtet haben und bei denen die Rechtsänderung in ihren Verzichtszeitraum fällt.

Die Kürzung wegen vorzeitigen Verzichts nach § 4 Abs. 2 GEHV, ebf. eingeführt durch die EHV-Reform 2006, ist zulässig.

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

**Parallelverfahren:** *SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 155/08 – RID 10-02-69*

RID 10-02-71 entfällt

## 2. ANSPRUCH NACH VERSORGUNGS AUSGLEICH

**SG Marburg, Urt. v. 21.04.2010 – S 12 KA 530/09 –**

**RID 10-02-72**

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

SGB V § 85 Abs. 4; Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (GEHV)  
Nach § 7 Abs. 2 Unterabsatz j S. 3 GEHV wird ausschließlich auf einen **Unterhalt zwischen den Ehegatten** abgestellt. Der EHV-Bezieher soll trotz eines durchgeführten Versorgungsausgleichs ungekürzte EHV-Bezüge erhalten, soweit er weiterhin zum Unterhalt verpflichtet ist und der Ehegatte aus der durch den Versorgungsausgleich erhaltenen Versorgungsanwartschaft noch keine Ansprüche aus der EHV geltend machen kann. Diese Unterhaltsansprüche müssen aber mit dem Zeitraum der EHV-Bezüge deckungsgleich sein.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 3. WIEDERVERHEIRATUNG EINES WITWERS: ERLÖSCHEN DES EHV-ANSPRUCHS

**LSG Hessen, Beschl. v. 02.02.2010 – L 4 KA 88/09 –**

**RID 10-02-73**

SGB V § 85 IV; Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen § 6 Ia

Mit der **Wiederverheiratung einer Witwe** bzw. eines Witwers endet nach § 6 Ia GEHV der Anspruch auf weitere Teilnahme an der Honorarverteilung mit Ende des Monats, in dem die Eheschließung stattfindet. Dies ist **verfassungsrechtlich** nicht zu beanstanden. Denn die Hinterbliebenenrenten ersetzen in der Person der Berechtigten nicht früheres eigenes Einkommen, sondern den Unterhalt, den der verstorbene Versicherte vordem aus seinem Einkommen geleistet hat (vgl. BVerfGE 97, 271 ff., juris Rn. 70). Diese Notwendigkeit zum **Unterhaltersatz** nach dem verstorbenen Ehegatten entfällt mit dem Eingehen einer neuen Ehe.

**SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 29.01.2003 – S 5 KA 3246/99 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## VIII. Krankenkassen/GBA

Nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 30 u. 31/09 R** – sind **zuständig** für die Entscheidung über Klagen von Trägerorganisationen des GBA gegen diesen die sozialgerichtlichen **Spruchkörper** für das **Vertragsarztrecht**; soweit der 1. und 3. Senat des BSG dazu teilweise abweichende Auffassungen geäußert haben, ist eine **Anrufung des Großen Senats** des BSG weder geboten noch möglich; die **KBV** kann sowohl in ihrer Funktion als eine von vier Trägerorganisationen des GBA als auch im Hinblick auf den ihr gesetzlich zugewiesenen Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Entscheidungen des GBA **in eigenen Rechten betroffen** sein; soweit das der Fall ist, ist sie befugt, die Rechtmäßigkeit von Entscheidungen und Richtlinien des GBA gerichtlich überprüfen zu lassen; eine **generelle Klagebefugnis** steht ihr allerdings nicht zu; rechtlich geschützte Belange der KBV hat der GBA bei der Neufassung der **Richtlinien zu § 116b IV SGB V** für die Diagnose und Behandlung von onkologischen Erkrankungen, Multipler Sklerose (MS) und Tuberkulose (TBC) nicht verletzt; allgemeine Beeinträchtigungen der wirtschaftlichen Lage der Vertragsärzte, die die KBV im Zuge der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen nach § 116b II SGB V befürchtet, stellen keine Beeinträchtigung von Rechten der KBV dar; die Entscheidung über die Öffnung der Krankenhäuser hat der Gesetzgeber selbst getroffen und die Neufassung der Richtlinie nimmt der KBV keine Regelungsbefugnisse und auch **den Vertragsärzten keine Behandlungsbefugnisse**; der Senat lässt offen, ob der KBV unter dem Gesichtspunkt einer evident rechtswidrigen Kompetenzüberschreitung des GBA („**ultra vires**“) eine von einer konkreten Rechtsbeeinträchtigung unabhängige Klagebefugnis zukommen kann; für eine solche Überschreitung des gesetzlich zugewiesenen Regelungsauftrags bestehen hier keine greifbaren Anhaltspunkte.

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

## 1. ANSPRUCH AUF DATENÜBERMITTLUNG VOR BUNDESMANTELVERTRAGLICHER VEREINBARUNG

**SG Düsseldorf, Urt. v. 10.02.2010 – S 2 KA 4/08 –**

**RID 10-02-74**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 291 II 1 Nr. 1, 295 II 1

Eine **Krankenkasse** hat gegenüber der **KZV** einen **Anspruch auf Datenübermittlung** nach § 295 Abs. 2 Satz 1 Nrn. 1 bis 8 SGB V. Der Kern der Übermittlungspflicht folgt damit bereits aus dem Gesetz selbst, allein verfahrensrechtliche Ausgestaltungen sollen untergesetzlichen Vereinbarungen vorbehalten bleiben. Auf eine bundesmantelvertragliche Vereinbarung kommt es somit nicht an.

Das **SG** verurteilte die KZV, der Krankenkasse zum Zwecke der Abrechnungsprüfung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern für jedes Quartal und für jeden Behandlungsfall, beginnend ab I/07, folgende Daten als Datensatz zu übermitteln: 1. Angaben nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, 6 und 7 SGB V, 2. Zahnarzt Nummer, in Überweisungsfällen die Zahnarzt Nummer des überweisenden Arztes, 3. Art der Inanspruchnahme, 4. Art der Behandlung, 5. Tag der Behandlung, 6. Abgerechnete Gebührenpositionen mit den Schlüsseln nach § 295 Abs. 1 Satz 5 SGB V mit Zahnbezug und Befunden, 7. Kosten der Behandlung sowie 8. Zuzahlungen nach § 28 SGB V; das **SG** stellte ferner fest, dass die Bekl. darüber hinaus verpflichtet ist, der Kl. die unter Ziff. 1. genannten Daten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern ab I/05 zum Zwecke der Abrechnungsprüfung zu übermitteln.

## 2. ZUSTÄNDIGKEIT SPRUCHKÖRPER FÜR VERTRAGSARZTRECHT/AUSSCHLUSS VON INSULINANALOGA

*SG Berlin, Urt. v. 13.01.2010 – S 83 KA 588/07 –*

RID 10-02-75

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

SGB V §§ 2a, 35b I, 92 I 1 HS 3, IIIa, 139b I u. II; Richtlinie 89/105/EWG (TransparenzRL)

Für **Klagen eines pharmazeutischen Unternehmens** wegen Ausschlusses der Verordnungsfähigkeit eines Arzneimittels durch den **GBA** sind die **Spruchkörper für Vertragsarztrecht** zuständig. Auch in dem seit dem 01.01.2010 geltenden Geschäftsverteilungsplan des SG Berlin ist bestimmt, dass die mit Angelegenheiten des Vertragsarztrechts befassten Kammern für Streitigkeiten zuständig sind, die „aufgrund von Entscheidungen der gemeinsamen Gremien von Ärzten oder Zahnärzten, Psychotherapeuten und Krankenkassen entstehen“.

Der GBA durfte **kurzwirksame Insulinanaloga** – so lange damit Mehrkosten für die Krankenkassen verbunden waren – ausschließen, weil eine andere, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem therapeutischem Nutzen – nämlich Humaninsulin – verfügbar ist.

Der GBA durfte die **Nutzenbewertung des IQWiG** seiner Entscheidung zugrunde legen. Diese ist nicht verfahrensfehlerhaft zustande gekommen. Der GBA durfte seine Entscheidung (nur) auf die Nutzenbewertung stützen. Das IQWiG und dem folgend der GBA haben die gesetzlichen Anforderungen an den Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht verkannt. Das Ergebnis der Nutzenbewertung ist nicht zu beanstanden, auch nicht im Hinblick auf den Spritz-Ess-Abstand. Der Beschluss des GBA verstößt nicht gegen § 2a SGB V und ist verhältnismäßig.

Die Kl. ist ein **pharmazeutisches Unternehmen**. Sie vertreibt in Deutschland unter dem Handelsnamen H (Wirkstoff Insulin Lispro) kurzwirksame Insulinanaloga. Die Arzneimittel sind zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern mit Diabetes mellitus zugelassen. Bei einem **Insulinanalogon** sind im Gegensatz zu kurzwirksamem **Humaninsulin** einzelne Aminosäuren modifiziert. Der Apothekenabgabepreis der kurzwirksamen Insulinanaloga übersteigt den der Humaninsulinpräparate um bis zu 30 %. Der GBA beauftragte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**), das eine Nutzenbewertung kurzwirksamer Insulinanaloga durchführte. Im Abschlussbericht kam das IQWiG zu folgendem Fazit: „Es existieren keine überzeugenden Belege für eine Überlegenheit kurzwirksamer Insulinanaloga gegenüber Humaninsulin hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele bei der Behandlung des Typ 2 Diabetes mellitus. Hinsichtlich ihrer langfristigen, potenziellen, nützlichen und schädlichen Effekte sind kurzwirksame Insulinanaloga nicht ausreichend untersucht.“ Der **GBA** fasste einen Beschluss zum Ausschluss der Insulinanaloga von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV, den das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Maßgabe nicht beanstandete, dass der Kostenvergleich unter Berücksichtigung von Rabatten nach § 130a I u. VIII SGB V erfolge. Das **SG** wies die Klage mit dem Antrag festzustellen, dass Nr. 33 Anlage III AMR nichtig ist, ab.

**Parallelverfahren:** *SG Berlin, Urt. v. 13.01.2010 – S 83 KA 221/08 –*

RID 10-02-76

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

Zu einem einstweiligen Anordnungsverfahren s. *SG Berlin*, Beschl. v. 18.11.2008 – S 79 KA 1907/06 ER – RID 09-01-179; zu Fragen der **Zuständigkeit der Spruchkörper für Vertragsarztrecht** s. zuletzt RID 10-01-B.XII.12 (S. 76 ff.), BSG, Urt. v. 03.02.2010 - B 6 KA 31/09 R – und jetzt die **Anrufung des Großen Senats** - Az. GS 1/10 - durch **BSG**, Beschl. v. 10.03.2010 - **B 3 KR 36/09 B** – RID 10-02-161.

## IX. Streitwert/Anwaltsvergütung/Kosten des Widerspruchsverfahrens/Ordnungsgeld

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

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

### 1. STREITWERT

#### A) AKUPUNKTURGENEHMIGUNG/EINSTWEILIGES RECHTSSCHUTZVERFAHREN

*LSG Hamburg, Beschl. v. 16.12.2009 – L 2 B 459/09 ER KA – RID 10-02-*

GKG §§ 47 I, 52 I, 53 III Nr. 4, 63 II; SGG § 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

Eine Streitigkeit zur **Abrechnung von Akupunkturleistungen** steht einem Zulassungsverfahren gleich, in dem der Streitwert in der Regel in **Höhe des Umsatzes** anzusetzen ist, den der Arzt bei erlangter Zulassung innerhalb der nächsten Zeit aus vertragsärztlicher Tätigkeit erzielen könnte, abzgl.

des Praxiskostenanteils (BSG, Beschl. v. 12.10.2005 - B 6 KA 47/04 B –RID 05-04-70 <ZMGR 2005, 324 = MedR 2006, 236>). Für die Berechnung des Streitwerts sind, soweit vorhanden, die konkreten Umsätze des Vertragsarztes heranzuziehen und in Anlehnung an § 42 III GKG – falls es nicht konkrete Anhaltspunkte für die Zugrundelegung eines kürzeren Zeitraums gibt – pauschal ein **Drei-Jahres-Zeitraum** zu Grunde zu legen.

Im **einstweiligen Rechtsschutzverfahren** ist ein **Abschlag von zwei Dritteln** vorzunehmen, so dass im Ergebnis der **einfache Jahresnettoumsatz** dem Streitwert entspricht.

## B) VORLAGE DER KONTOAUSZÜGE IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST

**LSG Hessen, Beschl. v. 16.04.2010 – L 4 KA 12/10 B –**

**RID 10-02-77**

GKG §§ 47 I, 52 I, 53 III Nr. 4, 63 II; SGG §§ 86b II 2, 197a

Einem Verfahren um die **Vorlage der Kontoauszüge** aus der Tätigkeit eines Arztes im ärztlichen Bereitschaftsdienst für den Zeitraum der Quartale III/03 bis IV/08 kann ein **wirtschaftlicher Wert nicht unmittelbar** zugeordnet werden, wenn diese zur Abgabe der Steuererklärung benötigt werden und um das Prozessrisiko für einen Prozess wegen zu viel einbehaltene Betriebskosten einschätzen zu können. Bei **Regelungsanordnungen nach § 86 b II SGG** beträgt der Streitwert ein **Viertel bis zur Hälfte** des Streitwerts der Hauptsache je nach deren wirtschaftlicher Bedeutung. Auch der Regelstreitwert kann bei Vorläufigkeit der Regelung unterschritten werden.

**SG Marburg**, Beschl. v. 08.01.2010 – S 11 KA 642/09 ER – setzte den Streitwert auf 1.667 € fest, das **LSG** wies die Beschwerde, mit der der Kläger die Festsetzung auf 42.833,84 €, 25% des der Auskunftsklage zugrunde liegenden mutmaßlichen Zahlungsanspruchs, begehrte, zurück.

Zum **Ausgangsverfahren** s.a. **SG Marburg**, Beschl. v. 06.01.2010 – S 11 KA 97/09 ER – RID 10-01-17 u. v. 08.01.2010 – S 12 KA 644/09 ER – RID 10-01-18.

## C) VOLLER REGRESSBETRAG BEI BESCHIEDUNGURTEIL

**SG Marburg, Beschl. v. 04.03.2010 – S 10 KA 778/08 –**

**RID 10-02-78**

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

GKG § 52 I, III

**Leitsatz:** Der Streitwert einer auf Neubescheidung durch den Beklagten gerichteten **Anfechtungsklage gegen einen Arzneikostenregressbescheid** entspricht dem gegen den Kläger festgesetzten Regressbetrag (in voller Höhe).

Das **SG** verweist u.a. auf **BSG**, Urt. v. 16.07.2008 - B 6 KA 57/07 R - BSGE 101, 130 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 19, juris Rn. 28, und die **abw. Auffassung** von zuletzt **LSG Hessen**, Urt. v. 09.12.2009 – L 4 KA 11/09 – RID 10-01-57.

## D) ZWEIGPRAXISGENEHMIGUNG/SENATSBESETZUNG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.12.2009 – L 11 B 7/09 KA –**

**RID 10-02-79**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = GesR 2010, 99

GKG §§ 66 II 7 u. VI 1

Das **LSG** hat über die Beschwerde gegen eine Streitwertfestsetzung in der **Besetzung mit drei Berufsrichtern** zu entscheiden. Die Ausnahmevorschriften der §§ 68 II 7 u. VI 1 GKG, wonach über die Streitwertbeschwerde der Einzelrichter entscheidet, sind im sozialgerichtlichen Verfahren nicht anzuwenden (a.A. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 01.04.2009 - L 10 B 42/08 P -; **LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 16.12.2008 - L 10 R 5747/08 W-B -; **LSG Sachsen**, Beschl. v. 09.06.2008 - L 1 B 351/07 KR -).

Der Wert eines Verfahrens bzgl. eines Antrags auf Ermächtigung zur Gründung einer KV-bereichsübergreifenden **Zweigpraxis** ist zu **schätzen**. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass pekuniäre Interessen im Vordergrund stehen. Der **Auffangstreitwert** von 5.000 € ist im Wege der Schätzung angemessen zu **erhöhen** (vgl. a. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 02.04.2009 – L 11 KA 2/09 ER – RID 09-02-77). Es ist in Anlehnung an **BSG**, Beschl. v. 27.06.2007 - B 6 KA 84/06 B - und unter Berücksichtigung der von der Kl. für die Zweigpraxis fixierten Sprechstundenzeiten (hier: eines der Mitglieder morgens bzw. nachmittags für je drei Stunden) sowie der dort angebotenen Leistungen geboten, den Streitwert auf **60.000 €** (5.000 € je Quartal x 12 Quartale) festzusetzen.

Der Streitwert in Verfahren auf Genehmigung einer Zweigpraxis ist nicht generell in dieser Höhe festzusetzen. Ausgehend vom **Auffangstreitwert** kann es in Betracht kommen, diesen ggf. nur moderat zu **erhöhen**. Maßgebende Faktoren für die Schätzung sind dabei grundsätzlich das in der

Zweigpraxis angebotene **Zeitkontingent** sowie Art und Umfang der zur Verfügung gestellten ärztlichen **Leistungen**.

Der „**Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit**“ ist nur eine Empfehlung und hat lediglich informativen Charakter.

**SG Duisburg**, Beschl. v. 24.02.2009 - S 19 KA 5/08 - setzte den Streitwert „wegen der eingeschränkten Sprechstundenzahl und dem spezialisierten Leistungsangebot“ auf die Hälfte des durchschnittlichen Honorarumsatz der Fachgruppe der Gynäkologen für drei Jahre abzüglich Praxiskosten auf 120.000 €, das **LSG** auf 60.000 € fest.

#### **E) „ZULASSUNGSINTERESSE“ BEI NACHBESETZUNG EINES VERTRAGSARZTSITZES**

**LSG Hamburg, Beschl. v. 17.03.2009 – L 2 B 402/08 ER KA –**

**RID 10-02-80**

SGB V § 103 IV 3 u. 4

Im Verfahren zur **Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes** (hier: Orthopädie) ist der Streitwert auf den **dreifachen Durchschnittsumsatz** der Arztgruppe (hier: 218.000 €) nach Abzug der Unkosten (hier: 60 %) festzusetzen. Die Frage, ob ein geringerer Streitwert festzusetzen ist, weil bei einem Obsiegen lediglich das Nachbesetzungsverfahren wiederholt wird, kann dann offen bleiben, wenn auch beantragt wurde, dem Zulassungsantrag stattzugeben. Dann ist von einem „vollen Zulassungsinteresse“ auszugehen.

**SG Hamburg**, Beschl. v. 19.08.2008 - S 3 KA 28/08 - setzte den Streitwert auf 654.000 € (ohne Abzug von Kosten) fest, das **LSG** auf 251.600 €.

#### **F) STREITIGKEIT UM ÄRZTLICHEN LEITER EINES MVZ**

**SG Dresden, Gerichtsbb. v. 02.12.2009 – S 18 KA 132/09 – RID 10-02-46**

GKG § 52

Der gemäß § 52 I i.V.m. § 1 Nr. 4 GKG und § 197a I 1 SGG nach der sich aus dem Klageantrag ergebenden Bedeutung der Sache festzusetzende Streitwert orientiert sich am Dreifachen (vgl. § 42 III 1 GKG) des Auffangstreitwerts nach § 52 II GKG.

#### **G) ERMÄCHTIGUNG EINES SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUMS**

##### **AA) HAUPTSACHEVERFAHREN**

**LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 09.12.2009 – L 3 KA 29/08 – RID 10-02-63**

GKG § 52

Bei Streitigkeiten um die Ermächtigung eines sozialpädiatrischen Zentrums ist in Anlehnung an BSG NZS 2007, 560 insoweit vom **Regelwert** von 5.000 € **pro Quartal** auszugehen, hochgerechnet auf **zwei Jahre**, entsprechend der üblichen Ermächtigungsfrist (hier: 40.000 €).

S.a. **LSG Berlin-Brandenburg**, Ur. v. 03.12.2008 – L 7 KA 21/05 – RID 09-01-85.

##### **BB) EILVERFAHREN**

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.05.2009 – L 11 KA 2/09 ER –**

**RID 10-02-81**

GesR 2010, 153

GKG §§ 52, 53 II Nr. 4

Leitsatz (GesR): In Streitverfahren, in denen um die Ermächtigung zum Betrieb eines Sozialpädiatrischen Zentrums gestritten wird, ist für die Streitwertbestimmung grundsätzlich das mit dem Betrieb dieser Einrichtung verfolgte **wirtschaftliche Interesse** maßgebend.

2. Lässt sich das wirtschaftliche Interesse nicht konkretisieren, ist auf den **Auffangwert** (§ 52 Abs. 2 GKG) abzustellen. Dieser ist im Wege der Schätzung **angemessen zu erhöhen**, wenn er der wirtschaftlichen Bedeutung der SPZ-Ermächtigung nicht hinreichend Rechnung trägt.

3. Im Verfahren auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes kann insoweit auf die **Dauer des Verfahrens** abgestellt und für jeden **Monat ein Wert von 10.000 €** zugrunde gelegt werden.

4. Die Frage, ob und inwieweit eine **Gewinnerzielungsabsicht** besteht, ist für die Streitwertfestsetzung irrelevant.

Das **LSG** setzte den Streitwert auf 160.000 € (16 x 10.000 €) fest.

Zum **Ausgangsverfahren** s. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 02.04.2009 – L 11 KA 2/09 ER – RID 09-02-77.

## 2. ERSTATTUNG VON VORVERFAHRENSKOSTEN NACH STATTGABE AUFGRUND GERICHTLICHER ENTSCHEIDUNG

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.05.2009 – L 3 KA 79/07 –*

RID 10-02-82

NZS 2010, 238

SGB V §§ 95, 97; SGB X § 63 I 1

Teilt die **Geschäftsstelle des Berufungsausschusses** unter dessen Briefkopf mit Schreiben mit, einer Psychotherapeutin werde „eingeräumt“, in einer Übergangszeit bis zum 31.08.2004 die von ihr vor dem LSG-Urteil begonnenen Psychotherapien fortzuführen, kann dies nur so ausgelegt werden, dass der Antrag auf Feststellung des genannten Status zum Teil bewilligt und zum anderen Teil abgelehnt worden ist. Darin liegt eine **hoheitliche Entscheidung des Berufungsausschusses als Behörde**, mit der der Bekl. eine öffentlich-rechtliche Regelung getroffen hat, die sich unmittelbar auf die Berechtigung zur Behandlung gesetzlich Krankenkversicherter bezogen hat. Entscheidend für die Verwaltungsaktqualität ist allein dieser objektive Erklärungsgehalt, während es nicht auf Formalien ankommt, wie etwa die Bezeichnung als „Bescheid“, das Herausstellen eines Verfügungssatzes oder die Anfügung einer Rechtsbehelfsbelehrung. Unbeachtlich ist auch, dass dem Schreiben erkennbar **kein förmlicher Beschluss der Mitglieder** des Berufungsausschusses zu Grunde lag.

Ein **Widerspruch** hat dann „Erfolg“ im Sinne des Gesetzes, wenn die Behörde ihm stattgibt. Dabei kommt es allein auf das Stattgeben an, so dass ohne Bedeutung ist, welche Gründe zum Stattgeben des Widerspruchs geführt haben (BSG SozR 3-1300 § 63 Nr. 3; SozR 4-1300 § 63 Nr. 5). Soweit den BSG-Entscheidungen zu entnehmen ist, dass es über die genannten Fälle hinaus in weiteren Einzelfällen auf eine **Kausalität zwischen Widerspruch und stattgebendem Bescheid** ankommt, ist dem **nicht zu folgen** (LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.05.2009 – L 3 KA 85/06 – RID 09-04-58 <Revision anhängig: B 6 KA 29/09 R>).

*SG Hannover* wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte zu

## 3. ORDNUNGSGELD BEI NICHTERSCHEINEN EINES ANWALTlich VERTRETENEN

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.09.2009 – L 11 KA 8/08 –*

RID 10-02-83

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

SGB V §§ ZPO §§ 141 III, 381 I 3; SGG §§ 106 III Nr. 7, 111 I 1

Eine „Ermächtigung“ gem. § 141 III 2 ZPO meint eine **Befugnis des Terminsvertreters** im Innenverhältnis gegenüber der Partei, im Termin ohne Rücksprache mit der Partei über den **Streitgegenstand in vollem Umfang zu verfügen**. Der Vertreter muss auch ermächtigt sein, ggf. die Klage zurückzunehmen. Dies ist nicht der Fall, wenn der Bevollmächtigte im Innenverhältnis angewiesen wird, keine verfahrensbeendenden Erklärungen abzugeben und den Rechtsstreit entscheiden zu lassen.

Ein Gericht kann ein **Ordnungsgeld** verhängen, wenn es trotz Nichterscheinens **in der Sache entscheidet**.

Ein ggf. **gegen Vertragsärzte festzusetzendes Ordnungsgeld** ist unter Berücksichtigung der von der KBV veröffentlichten Grunddaten zu Umsatz und Honorar tendenziell im oberen Bereich des Rahmens zu fixieren.

Hat ein Vertragsarzt am Terminstag 78 Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt, so kann dies nicht allein am Vormittag geschehen sein. Ein sechs Tage nach dem Termin ausgestelltes **Attest** ist dann keinerlei Beweiskraft beizumessen, wenn der Kläger die ausstellende Praxis nach eigenem Vorbringen am Terminstag telefonisch nicht erreichen konnte. Damit liegen mindestens ernsthafte Zweifel hinsichtlich des Beweiswertes des Attestes vor.

Das *LSG* lehnte den Antrag, das verhängte Ordnungsgeld (700 €) aufzuheben, ab.

## X. Entscheidungen des BSG

### 1. HONORAR:

#### A) LABORREFORM 1999: ABSTAFFELUNGSREGELUNG NACH PRÄAMBEL ZU KAPITEL O III EBM

*BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 8/09 B –*

RID 10-02-84

<sup>juris</sup>

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 03.12.2008 – L 12 KA 445/04 – RID 09-02-03 wird als unbegründet zurückgewiesen.

**Kleine** kostenineffizient arbeitende **Praxen** dürfen zu Lasten größerer kosteneffizient arbeitender Praxen **gefördert** werden. Gerade wenn größere Praxen effizienter als kleinere arbeiten, ist es umso mehr gerechtfertigt, bei den großen wegen ihrer Rationalisierungsgewinne die Kostenerstattungsbeträge ab einer großen Leistungsmenge abzustaffeln.

Der **Bewertungsausschuss** ist bei seinen Festlegungen im Sinne zulässiger Mischkalkulation weitgehend frei, welches Gewicht er **betriebswirtschaftlichen Erwägungen** beimisst, weil diese nur einen Aspekt neben anderen Gesichtspunkten darstellen.

Der Normgeber ist nicht verpflichtet, seine **Regelungen zu begründen**.

#### B) ZAHNÄRZTE: ANWENDUNG EINER HÄRTEKLAUSEL

*BSG, Beschl. v. 16.12.2009 – B 6 KA 13/09 B –*

RID 10-02-85

<sup>juris</sup>

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 11.02.2009 – L 4 KA 20/06 – RID 09-02-17 wird zurückgewiesen.

Die Anwendung einer **Härteklause** ist zunächst bei Vorliegen einer **atypisch veränderten Versorgungslage** im Umfeld der Praxis geboten (BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5, jeweils Rn. 26; vgl. auch BSG, Urt. v. 28.04.1999 - B 6 KA 63/98 R – Rn. 20 = USK 99119; zuletzt BSG, Beschl. v. 17.06.2009 - B 6 KA 58/08 B -). Hierzu gehören **überraschende Änderungen in der Versorgungsstruktur** einer bestimmten Region, die zur Ausweitung der Praxistätigkeit führen (vgl. BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 27 S. 196 und BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S. 210), etwa durch Übernahme der Patienten eines kurzfristig ausgeschiedenen Kollegen (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 27 S. 196; BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S. 210; BSG USK 99119). Ein weiterer Grund für die Annahme eines Härtefalles kann eine im Vergleich zum Bemessungszeitraum **veränderte Behandlungsausrichtung** der Praxis sein, welche zu höheren Fallwerten geführt hat (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 27 S 196; BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S. 210).

Eine **besondere Zusammensetzung des Patientenstamms** und die hieraus resultierende - im Vergleich zur Fachgruppe - geringere Höhe des von den Patienten zu übernehmenden **Eigenanteils** stellt sich jedoch nicht als atypisch veränderte Versorgungslage - erst recht nicht als veränderte Behandlungsausrichtung - dar. Denn weder die soziale Situation der Patienten noch der Grad ihrer - für eine Bonusgewährung nach altem Recht erforderlichen - Beteiligung an regelmäßigen Kontrolluntersuchungen hat Einfluss auf die Versorgungssituation als solche. Hieraus resultiert kein erhöhter Behandlungsbedarf, der eine von Vertragszahnarzt nicht zu beeinflussende Budgetüberschreitung nach sich zöge, sondern allein eine verringerte oder vollständig aufgehobene Eigenbeteiligung der Versicherten bei identischem Versorgungsbedarf und identischer Versorgung mit Zahnersatz.

Die Frage, ob ein **Einbehalt** in bestimmter Höhe noch zumutbar ist oder einen Härtefall begründet, **entzieht sich einer generellen Beantwortung**. Der Senat hat bewusst davon abgesehen, das Überschreiten bestimmter finanzieller Schwellenwerte zur Voraussetzung für das Eingreifen einer Härteklause zu machen. Nicht jede von einer Arztpraxis als nachteilig angesehene Situation vermag einen Härtefall zu begründen.

## 2. EINTRAGUNG IN ARZTREGISTER/PSYCHOTHERAPEUTENREGISTER/FACHKUNDE

### A) ALLGEMEINMEDIZIN UND FÜNFJÄHRIGE WEITERBILDUNGSZEIT

*BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 3/09 B –*

RID 10-02-86

<sup>juris</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 18.12.2008 – L 4 KA 78/07 – RID 09-01-33 wird zurückgewiesen.

Für die Auffassung, § 95a IV SGB V beanspruchte Geltung nur für **erstmalige Eintragung in das Arztregister** und hindere nicht die Änderung der Eintragung in Fällen, in denen ein Arzt berufsrechtlich anstelle der bisher geführten Bezeichnung "Praktischer Arzt" nunmehr die Berufsbezeichnung "Facharzt für Allgemeinmedizin" führen dürfe, besteht keine gesetzliche Grundlage.

Dem Interesse derjenigen langjährig tätigen Praktischen Ärzte, die auf berufsrechtlicher Grundlage die Berechtigung erreicht hatten, die Bezeichnung "Facharzt für Allgemeinmedizin" zu führen, hat der Gesetzgeber dadurch Rechnung getragen, dass bis zum 31.12.2005 für die Eintragung in das Arztregister der **Nachweis einer dreijährigen allgemeinmedizinischen Weiterbildung** ausreichend gewesen ist.

### B) ÜBERPRÜFUNG DER FACHKUNDE EINES APPROBIERTEN PSYCHOTHERAPEUTEN DURCH KV

*BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 5/09 B –*

RID 10-02-87

<sup>BeckRS 2010-66867</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Beschl. v. 07.01.2009 – L 7 KA 11/05 – wird als unbegründet zurückgewiesen.

Das BSG hat in verschiedenen Urteilen klargestellt, unter welchen Gesichtspunkten die KV als Registerbehörde - nach der erfolgten Approbation - die erforderliche Fachkunde überprüfen kann.

### C) FACHKUNDENACHWEIS PSYCHOTHERAPEUTEN NACH ÜBERGANGSRECHT/GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

*BSG, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 45/08 R – SozR 4-2500 § 95c Nr. 3*

RID 10-02-88

**Leitsatz:** Die übergangsrechtlich nach § 12 des zum 1.1.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten können den Fachkundenachweis als Voraussetzung für ihre Eintragung in das Arztregister nur für die bis Ende 1998 in der vertragsärztlichen Versorgung tatsächlich **zugelassenen Behandlungsverfahren** führen; dazu gehört die **Gesprächspsychotherapie** nicht. Ob der Gemeinsame Bundesausschuss diesem Behandlungsverfahren im Jahre 2008 zu Recht auch weiterhin die Eignung für den Einsatz in der vertragsärztlichen Versorgung abgesprochen hat, ist insoweit ohne Bedeutung.

## 3. GENEHMIGUNGEN

### A) KEINE GENEHMIGUNG FÜR HAUSÄRZTE ZUR ABRECHNUNG FACHÄRZTLICHER LEISTUNGEN

*BSG, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 22/08 R – SozR 4-2500 § 73 Nr. 4*

RID 10-02-89

**Leitsatz:** 1. An der **hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte** sind - von den gesetzlich normierten Ausnahmen abgesehen - nicht berechtigt, fachärztliche Leistungen abzurechnen.

2. Die **Kassenärztlichen Vereinigungen** sind auch unter Sicherstellungsaspekten **nicht berechtigt**, Hausärzten die Abrechnung **fachärztlicher Leistungen** zu gestatten.

## B) ABRECHNUNGSGENEHMIGUNG FÜR BESTIMMTE LEISTUNGEN/VERSORGUNGSSCHWERPUNKT

BSG, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 26/08 R – SozR 4-2500 § 87 Nr. 19

RID 10-02-90

**Leitsatz:** 1 Im EBM-Ä dürfen **Anforderungen an die Qualifikation von Ärzten** für die Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen normiert werden, die über berufsrechtliche Anforderungen hinausgehen. Derartige Regelungen sind grundsätzlich rechtmäßig, soweit sie den Arzt nicht von einem Leistungsbereich ausschließen, der zum Kern seines Fachgebiets gehört bzw. für dieses wesentlich und prägend ist (Fortführung von BSG vom 9.4.2008 - B 6 KA 40/07 R = BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 16, jeweils Rdnr. 27-29).

2. Setzt eine Abrechnungsgenehmigung für bestimmte Leistungen voraus, dass der Arzt einen entsprechenden **Versorgungsschwerpunkt** nachweist, so muss ein schwerpunktmäßiger Anteil seines **Gesamtpunktzahlvolumens** in diesem Leistungsbereich anfallen.

## C) KEINE RÜCKWIRKENDE KOLOSKOPIEGENEHMIGUNG

BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 20/09 B –

RID 10-02-91

<sup>juris</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 02.04.2009 – L 5 KA 10/08 – juris wird als unbegründet zurückgewiesen.

Die Berechtigung zur **Teilnahme** an der vertragsärztlichen Versorgung kann **nicht rückwirkend zuerkannt** werden (zuletzt BSG SozR 4-2500 § 98 Nr. 4 Rdnr. 11-17 und BSG, Urt. v. 11.03.2009 - B 6 KA 15/08 R – SozR 4-2500 § 96 Nr. 1 Rdnr. 15). Das gilt sowohl für die Zulassung von Vertragsärzten als auch für die Ermächtigung von Krankenhausärzten wie für die Genehmigung zur Anstellung von Ärzten. Auch weitere - nicht auf der Ebene des Status angesiedelte - Genehmigungen, die z.B. an persönliche Qualifikationen anknüpfen und damit einhergehend zur Erbringung bestimmter Leistungen berechtigen, können nicht rückwirkend erteilt werden (vgl. BSG SozR 3-1500 § 97 Nr. 3 S. 5 f.). Dies gilt auch bzgl. der **Koloskopievereinbarung**.

## 4. KEINE AUSSCHREIBUNG ZUR PRAXISNACHFOLGE NACH RUHEN DER ZULASSUNG

BSG, Beschl. v. 29.10.2009 – B 6 KA 42/09 B –

RID 10-02-92

<sup>BeckRS 2010 67009</sup>

Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Verfahren der Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hessen**, Urt. v. 26.08.2009 – L 4 KA 38/08 – RID 09-04-26 wird abgelehnt.

Nach BSG, Urt. v. 29.09.1999 (BSGE 85, 1 = SozR 3-2500 § 103 Nr. 5) darf der Vertragsarztsitz eines Arztes, dessen Zulassung endet, im Planungsbereich mit Zulassungsbeschränkungen nur ausgeschrieben und neu besetzt werden, wenn noch eine ärztliche Praxis vorhanden ist, die von einem Nachfolger fortgeführt werden kann. Der Senat hat auch bereits entschieden, dass dann, wenn sich an die Auflösung einer Gemeinschaftspraxis eine **längere Zeit des Ruhens der Zulassung** des aus dieser Praxis ausgeschiedenen Mitglieds anschließt, grundsätzlich für ein Nachfolgezulassungsverfahren kein Raum ist (BSGE 85, 1, 10 = SozR 3-2500 § 103 Nr. 5 S 37). Wie genau die Länge dieses „schädlichen“ Ruhenszeitraums zu bestimmen ist, und welcher Stellenwert insoweit dem Umstand zukommen kann, dass eine Vertragsärztin im Hinblick auf ihre Erkrankung möglicherweise nicht in der Lage gewesen ist, rechtzeitig die notwendigen Vorkehrungen für eine Praxisübergabe nach dem faktischen Ende ihrer Tätigkeit zu schaffen, hat keine über den hier zu beurteilenden Einzelfall hinausweisende Bedeutung. Im Regelfall unterliegt es keinem Zweifel, dass ein **Zeitraum von vier Jahren** zwischen dem faktischen Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit (hier: Quartal III/2002) und dem rechtlichen Ende der Zulassung (hier: 31.12.2006) bei Wegfall von Praxisräumen und Patientenstamm eine Nachfolgezulassung nach § 103 IV SGB V ausschließt.

Wie sich die **KV** zu verhalten hat, wenn die **Frage der Ausschreibefähigkeit** in tatsächlicher und/oder rechtlicher Hinsicht schwierig zu beurteilen ist, und ob es dann sachgerecht sein kann, im Zweifel eine Ausschreibung vorzunehmen, um die Frage einer fortführungsfähigen Praxis der Entscheidung der Zulassungsgremien zuzuführen, wäre ebenfalls in dem angestrebten Revisionsverfahren nicht klärungsfähig. Hier sind die Verhältnisse in tatsächlicher Hinsicht im Sinne der Nichtexistenz einer fortführungsfähigen Praxis derart offensichtlich, dass die Beklagte nicht verpflichtet sein kann, ein Ausschreibungsverfahren in Gang zu bringen, von dem jetzt schon feststeht, dass es nicht zu einer Zulassung auf der Grundlage des § 103 IV SGB V führen könnte.

Die Kl. nahm anschließend die Nichtzulassungsbeschwerde zurück, s. BSG, Beschl. v. 16.12.2009 – B 6 KA 42/09 B – BeckRS 2010 67010.

## 5. KEINE KONKURRENTENKLAGE GEGEN ZWEIGPRAXISGENEHMIGUNG/VERSORGUNGS- VERBESSERUNG

*BSG, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 42/08 R – SozR 4-5520 § 24 Nr. 3*

**RID 10-02-93**

**Leitsatz:** 1. Vertragsärzte sind nicht berechtigt, die einem anderen Vertragsarzt erteilte **Genehmigung** zum Betrieb einer Zweigpraxis an einem anderen Standort **anzufechten**.

2. Eine **Versorgungsverbesserung** i.S. des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV ist bereits dann gegeben, wenn durch den Betrieb einer Zweigpraxis das Leistungsangebot zum Vorteil der Versicherten erweitert wird.

## 6. SACHLICH-RECHNERISCHE RICHTIGSTELLUNG

### A) VERTRAUENSCHUTZGESICHTSPUNKTE

*BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 22/09 B –*

**RID 10-02-94**

<sup>juris</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 29.04.2009 – L 11 KR 3455/08 – juris wird zurückgewiesen.

Die Frage, ob einem **Vergleichsschluss** grundsätzlich dieselbe Bedeutung zukommt wie einer (isolierten) Entscheidung der KV zugunsten des Vertragsarztes in einem der ursprünglichen Honorarverteilung nachfolgenden Verfahren, ist grundsätzlich zu bejahen, denn es macht im Hinblick auf den **Vertrauensschutz** eines Vertragsarztes keinen Unterschied, ob die Beklagte eine Honorarabrechnung einseitig oder im Rahmen eines Vergleiches bestätigt.

Die **Vorläufigkeit des Honorarbescheides** darf ihrem Gegenstand nach nur auf begrenzte Teile des Honorarbescheides bzw. - wirtschaftlich betrachtet - kleinere Anteile der Honorarforderung des Vertragsarztes beziehen (BSGE 89, 62, 72 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 42; BSG, Urt. v. 26.06.2002 - B 6 KA 26/01 R - juris, Rn. 20). Eine Vorläufigkeit, die es ermöglichen würde, das vertragsärztliche Honorar für ein bestimmtes Quartal auf die Hälfte des Betrages zu reduzieren, der sich aus dem Honorarbescheid zunächst ergibt, nähme diesem Bescheid den Charakter als Regelung des Honoraranspruchs des Vertragsarztes für ein Kalendervierteljahr, weil dem Arzt in der Sache lediglich eine Abschlagzahlung zugebilligt würde (BSGE 89, 62, 72 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 42; BSG, Urt. v. 26.06.2002, aaO.).

### B) SPRECHSTUNDENBEDARF/BEWEISERHEBUNG

*BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 45/09 B –*

**RID 10-02-95**

<sup>juris</sup>  
Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 03.09.2009 – L 5 KA 36/07 – führte zur Zurückverweisung an das LSG.

Durfte ein Kläger nach dem Verlauf des Berufungsverfahrens davon ausgehen, dass es für die Entscheidung des Rechtsstreits entscheidend auf die **Verordnungsfähigkeit** der in Rede stehenden Salben und Medizinprodukte ankommen würde, und dass das LSG dies als eine dem Beweis durch **Sachverständigengutachten** zugängliche Frage - entgegen der Rechtsprechung des Senats (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 57; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 6 Rdnr. 15 ausdrücklich zur Verordnung von Sprechstundenbedarf) - ansehen würde, so muss das Gericht spätestens in der mündlichen Verhandlung den Kläger darauf hinweisen, dass es im Ausgangspunkt weder den Feststellungen im Gutachten des Sachverständigen noch in dessen ergänzender Stellungnahme folgen werde.

## 7. ZULASSUNGSRECHT: SONDERZULASSUNG ZUR AUSÜBUNG DER BELEGÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

### A) ZAHL DER BELEGBETTEN/FÖRDERUNG DES KOOPERATIVEN BELEGARZTWESENS/AUSSCHREIBUNG

*BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 27/08 R – SozR 4-2500 § 103 Nr. 5*

RID 10-02-96

**Leitsatz:** 1. Eine Sonderzulassung zur Ausübung der **belegärztlichen Tätigkeit** darf nur erteilt werden, wenn diese Tätigkeit tatsächlich in **nennenswertem Umfang** ausgeübt werden soll. Der Zahl der dem Belegarzt zur Verfügung stehenden Betten und den Vorgaben der Landeskrankenhausplanung kommt dabei entscheidende Bedeutung zu.

2. Wegen der gesetzlich vorgegebenen **Förderung des kooperativen Belegarztwesens** steht der Umstand, dass in der Belegabteilung bereits ein weiterer Belegarzt tätig ist, einer Belegarztzulassung nicht entgegen.

3. Die **Ausschreibung von Belegarztstellen** ist an keine Form gebunden, sofern sichergestellt ist, dass alle vorrangig zu berücksichtigenden Vertragsärzte die Möglichkeit haben, von der Ausschreibung Kenntnis zu nehmen.

### B) UNTERDURCHSCHNITTLICHE ZAHL VON BELEGBETTEN

*BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 44/08 R – SozR 4-2500 § 103 Nr. 6*

RID 10-02-97

**Leitsatz:** 1. Eine **niedrige Zahl** von je Belegarzt verfügbaren Belegbetten stellt kein absolutes Ausschlusskriterium für eine Belegarztzulassung dar.

2. Soll einem Bewerber um eine Sonderzulassung zur Ausübung der belegärztlichen Tätigkeit nur eine unterdurchschnittliche Zahl von Belegbetten zur Verfügung stehen, muss der **Krankenhausträger** gegenüber den Zulassungsgremien konkret **darlegen**, weshalb er einen weiteren Belegarzt an sich binden will.

## 8. VERFAHRENSRECHT

### A) FEHLENDE LADUNG DES PROZESSBEVOLLMÄCHTIGTEN ZUR MÜNDLICHEN VERHANDLUNG

*BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 37/09 B –*

RID 10-02-98

BeckRS 2010 65558

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Thüringen**, Urt. v. 13.05.2009 - L 4 KA 303/05 – führt zur Zurückverweisung an das LSG.

Wird ein Prozessbevollmächtigter nicht zur **mündlichen Verhandlung geladen** (Streitgegenstand hier: Gewährung einer Aufwandsentschädigung für eine Tätigkeit als Vorstandsmitglied) und erscheint er nicht, so ist die Ladung unwirksam. Dass der zur Entscheidung berufene Senat des LSG keine Kenntnis von der Bevollmächtigung hatte, weil die Vollmacht offenbar durch ein gerichtsorganisatorisches Versehen in die falsche Akte gelangt war, vermag daran nichts zu ändern.

### B) HINWEISPFLICHT DES GERICHTS/VORLAGE DER VOLLMACHT IM WIDERSPRUCHSVERFAHREN

*BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 2/09 B –*

RID 10-02-99

BeckRS 2010 67225

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 04.11.2008 – L 4 KA 3/07 – wird z.T. als unzulässig und z.T. als unbegründet zurückgewiesen.

Ein Gericht ist nicht verpflichtet, darauf hinzuweisen, dass es einem **bestimmten Vorbringen eines Beteiligten** nicht folgen will; vielmehr müssen - insbesondere anwaltlich vertretene - Prozessbeteiligte grundsätzlich von sich aus alle vertretbaren Gesichtspunkte in Betracht ziehen und sich in ihrem Vortrag darauf einstellen (BSG, Urt. v. 02.09.2009 - B 6 KA 44/08 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 6 Rdnr. 18).

Wird trotz Aufforderung **keine schriftliche Prozessvollmacht im Widerspruchsverfahren** vorgelegt, kann deshalb der Widerspruch als unzulässig zurückgewiesen werden. In der Verbindung der Aufforderung zur Vollmachtvorlage mit dem ausdrücklichen Hinweis auf eine eventuelle **Entscheidung nach Aktenlage** liegt für den Prozessbevollmächtigten ausreichend deutlich der Hinweis darauf, im Falle der Nichtvorlage der Vollmacht daraus die in Betracht kommenden Konsequenzen zu ziehen, jedenfalls dann, wenn in Verfahren mit diesem Prozessbevollmächtigten bereits so entschieden worden ist.

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 20.04.2010 – **B 1/3 KR 22/08 R** – besteht ein Anspruch auf Beauftragung eines medizinischen **Sachverständigen** auch für die Anerkennung **neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** (hier: Fragestellung "Ist die Wirksamkeit der Kubatherapie ausreichend nachgewiesen?") und ist die Benennung eines **Sachverständigen aus Italien** bei EU-rechtskonformer Betrachtung unschädlich; nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 – **B 1 KR 10/09 R** - SozR 4\_2500 § 27 Nr. 18 - wird die Lagerung von Eierstockgewebe durch **Kryokonservierung** wegen einer drohenden Empfängnisunfähigkeit als Folge einer Chemotherapie von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst.

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

#### 1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

##### A) HYPERTHERMIETHERAPIE

###### AA) HYPERTHERMIEBEHANDLUNG EINER PROSTATAVERGRÖßERUNG

**LSG Bayern, Urt. v. 22.10.2009 – L 4 KR 279/07 –**

**RID 10-02-100**

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

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Die **Hyperthermiebehandlung einer Prostatavergrößerung** ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung; sie ist vom Bundesausschuss im Jahre 2007 auf die Negativliste gesetzt worden, nämlich in Anlage 2 Nr. 14 zu den ausgeschlossenen Behandlungsmethoden. Da es sich um eine gutartige, unter Männern im Alter des Klägers weit verbreitete Krankheit handelt, für die ausreichende Methoden zur Verfügung stehen, die als Kassenleistungen erbracht werden, lassen sich auch nicht die Gedanken heranziehen, die das Bundesverfassungsgericht seiner Entscheidung vom 06.12.2005 SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 zu Grunde gelegt hat.

**SG München**, Urt. v. 25.07.2007 - S 44 KR 531/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück; **BSG**, Beschl. v. 03.03.2010 - B 1 KR 149/09 B – BeckRS 2010 67442 wie die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig wegen Versäumnis der Begründungsfrist zurück.

###### BB) HYPERTHERMIETHERAPIE IM EINSTWEILIGEN RECHTSSCHUTZ

**SG Stuttgart, Beschl. v. 05.02.2010 – S 8 KR 7849/09 ER –**

**RID 10-02-101**

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

SGB V §§ 2 I 3, 27 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1 SGG § 86b II; GG Art. 2 I II 1

**Leitsatz:** Begehrt ein an einer lebensbedrohlichen, regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit erkrankter Versicherter von seiner Krankenkasse im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes eine potentiell lebensverlängernde Therapie und ist es dem Gericht in der gebotenen Zeit nicht möglich, den Sachverhalt zu den Anspruchsvoraussetzungen für die beantragte Behandlung aufzuklären, führt die vorzunehmende Folgenabwägung regelmäßig zum Ergebnis, dass dem Versicherten die Therapie vorläufig zu gewähren ist.

Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und verpflichtete die Krankenkasse, der Ast. vorläufig ab sofort 20 ambulante Hyperthermiebehandlungen bei M. H. als Sachleistung zu gewähren.

##### B) LASERINDUZIERTE THERMOTHERAPIE (LITT) BEI LEBERMETASTASEN

**LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 27.08.2009 – L 10 KR 25/04 –**

**RID 10-02-102**

juris

SGB V §§ 2 I 3, 13 III 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1; GG Art. 2 II 1

**Leitsatz:** 1. **Einzelfallentscheidung** zu der Frage, ob die laserinduzierte Thermotherapie (LITT) eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bot.

2. **Einzelfallentscheidung** zu der Frage, ob Chemoembolisation unter den gegebenen Umständen als allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung stand.

**SG Stendal**, Urt. v. 19.02.2004 - S 9 KR 27/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 18.03.2010 - B 1 KR 158/09 B – BeckRS 2010 67961 wie die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig wegen Versäumnis der Begründungsfrist zurück.

### C) BALNEO-PHOTO-DAUERThERAPIE ZUR BEHANDLUNG DER VITILIGO

*LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.01.2010 – L 4 KR 44/09 –*

RID 10-02-103

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 1, 12 I, 13 III, 27 I 1, 135 I 1 Nr. 1; GG Art. 2 I, II 1, 20 I

**Leitsatz:** 1. Die **Balneo-Photo-Dauertherapie** zur Behandlung der Vitiligo (Weißfleckenbildung der Haut) gehört nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Die Vitiligo ist kein Seltenheitsfall einer Krankheit im Sinne der Rechtsprechung des BSG zu § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB V (vgl. BSG, Urt. v. 28.02.2008 - B 1 KR 15/07 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 16).

3. Ohne Hinzutreten besonderer Umstände ist die Vitiligo keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung i.S. des Beschlusses des BVerfG v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5.

*SG Oldenburg*, Urt. v. 14.12.2001 - S 6 KR 1/01 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### D) INTERSTITIELLE BRACHYTHERAPIE MIT PERMANENT-SEEDS

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.01.2010 – L 11 KR 80/07 –*

RID 10-02-104

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds gehörte im Jahr 2004 als neue Behandlungsmethode nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, da der GBA noch keine positive Empfehlung über den Nutzen der Methode abgegeben hatte (vgl. § 135 I 1 SGB V und BSG, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 12/05 R (SozR 4-2500 § 27 Nr. 8) - und v. 27.03.2007 - B 1 KR 25/06 R - (SozR 4-2500 § 116b Nr. 1) <für eine 2004 durchgeführte Brachytherapie>).

*SG Köln*, Urt. v. 17.07.2007 - S 9 KR 154/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt RID 09-03-B.I.1.c (S. 39).

### E) HOCHTON-THERAPIEGERÄT

*SG Aachen, Urt. v. 28.01.2010 – S 2 KR 1/09 –*

RID 10-02-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Während die Elektro-Therapie lediglich Nerven und Muskeln stimuliert, wirkt das Gerät HiToP® 191 nach Angaben des Herstellers direkt auf den Zellstoffwechsel ein und steigert das Energiepotential der Zellen. In diesem beschriebenen Wirkmechanismus ist ein wesentlicher Unterschied zu der klassischen Elektro-Therapie zu sehen. Es handelt sich danach um eine **neue Behandlungsmethode**.

Zur Hochton-Therapie hat der Gemeinsame Bundesausschuss indes bislang keine Empfehlung - weder positiv noch negativ - abgegeben. Belastbare wissenschaftliche Studien über die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Behandlungsmethode gibt es zur Zeit nicht.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 2. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG: STÖRUNG DER GESCHLECHTSIDENTITÄT IN FORM EINER ZISIDENTITÄT

*SG Leipzig, Urt. v. 10.11.2009 – S 8 KR 333/07 -*

RID 10-02-106

*Sprungrevision anhängig: B 1 KR 5/10 R*

juris

SGB V § 27 I; TSG § 1 I Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Bei **Zisidentität** (Zissexualität, Interidentität, Intersexualität) besteht kein Anspruch auf körperliche Korrektur im Sinne geschlechtsangleichender Maßnahmen (Schamlippenimplantate, Klitorisvergrößerung), da insoweit keine (körperliche) **Krankheit** im Sinne des § 27 SGB V vorliegt. Denn der Regel und dem Leitbild des gesunden Menschen ist eine bipolare Geschlechtszuweisung, entweder männlich oder weiblich, immanent. Mangels körperlicher Gesundheitsstörung ist die Krankenbehandlung daher insoweit auf Maßnahmen der **psychotherapeutischen Intervention** beschränkt.

2. Das Transsexuellengesetz ist nicht anwendbar, weil kein eindeutiges Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht besteht.

Das *SG* wies die Klage ab.

RID 10-02-107 entfällt

### 3. ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

#### A) ZAHNERSATZVERSORGUNG NUR FÜR DAS MEDIZINISCH NOTWENDIGE

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.02.2010 – L 16 KR 188/09 –*

RID 10-02-108

rechtskräftig  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 27, 55 ff., 57 I 6, II 6 u. 7

Übersteigt die Versorgung das Maß des medizinisch Notwendigen, wird keine Einstandspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung begründet. In § 55 I 2 HS 2 SGB V wird ausdrücklich bestimmt, dass Versicherte bei der Wahl eines über die **Regelversorgung** hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatzes gleichwohl höchstens den doppelten Festkostenzuschuss erhalten können. Die **verfassungsgemäße** (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.1995 - 1 RK 7/94 - BSGE 76, 40 = SozR 3-2500 § 30 Nr. 5) **Beschränkung** von Zahnersatzleistungen auf einen Zuschuss durch sich an der Regelversorgung orientierende befundbezogene Festbeträge stellt gerade nicht auf die wegen der Besonderheiten des Einzelfalls individuell notwendig werdende Versorgung ab.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 05.08.2009 – S 8 KR 122/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### B) GENEHMIGUNG KIEFERORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNGSPLANS/AUSSCHLUSS IMPLANTOLOGISCHER LEISTUNGEN

*LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 29.04.2009 – L 10 KR 30/07 –*

RID 10-02-109

juris  
SGB V §§ 13 I, III, 27 I 2 Nr. 2, 28 II 8 u 9, 29 I, 92 I 2 Nr. 2; SGB X §§ 31, 34 I; GG Art. 3 I

**Leitsatz:** 1. Zum **Ausschluss implantologischer Leistungen** aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. In der **Genehmigung** eines kieferorthopädischen Behandlungsplanes liegt in der Regel weder eine Genehmigung für implantologische Leistungen noch die Zusage für eine spätere Genehmigung.

*SG Dessau*, Urt. v. 14.02.2007 - S 4 KR 232/05 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### C) IMPLANTATVERSORGUNG: GENERALISIERTE GENETISCHE NICHTANLAGE VON ZÄHNEN

*LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 12.11.2009 – L 5 KR 70/08 –*

RID 10-02-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 2, 28 II 1 HS 1, 28 II 9, 92 I

Die **Ausnahmeindikation** einer genetischen generalisierten Nichtanlage von Zähnen liegt bei einer **Progonie** (starkes Vorstehen des Kinns und Unterkiefers) bei gleichzeitiger Unterentwicklung des Mittelgesichts und des Gaumens vor, der massiv abgeflacht ist, bei der eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Bei diesem zahnmedizinischen Befund handelt es sich um eine generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen im Sinne der BehandRL-ZÄ. Eine seltene Ausnahmeindikation liegt vor. Möglicherweise liegt gerade in der Seltenheit der Erkrankung der Grund dafür, dass diese – obwohl schwerwiegender als der typische Fall der Nichtanlage von Zähnen – nicht klarstellend ergänzend Eingang in die Richtlinien gefunden hat.

*SG Itzehoe*, Urt. v. 30.04.2008 - S 1 KR 141/06 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte d. Bekl., den Kläger mit Zahnimplantaten zu versorgen.

## II. Kostenerstattungsanspruch

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B II (S. 41); 07-04-B II (S. 40).

### 1. EINHALTUNG DES BESCHAFFUNGSWEGS

*LSG Hessen, Urt. v. 04.12.2008 – L 1 KR 213/06 –*

RID 10-02-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de  
SGB V § 13 III

Für eine Kostenerstattung muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein **Ursachenzusammenhang** bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre. Dies ist der Fall, wenn ein Kostenübernahmeantrag erst einen Tag nach Beginn der stationären Behandlung in einer Privatklinik bei der Krankenkasse eingeht.

*SG Gießen*, Urt. v. 28.06.2006 - S 9 KR 1671/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.  
*BSG*, Beschl. v. 01.04.2009 - B 1 KR 6/09 B - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

## 2. HINWEIS AUF FEHLENDE ZUSTÄNDIGKEIT KEINE LEISTUNGSABLEHNUNG

**SG Berlin, Urt. v. 16.12.2009 – S 112 KR 1664/07 –**

**RID 10-02-112**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 13 III 2; SGB IX § 15

**Leitsatz:** Als Ablehnung i.S. von § 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 2 SGB V kommt jedes einer formellen Entscheidung entsprechende rechtliche oder tatsächliche Verhalten in Betracht, das ursächlich für den Zwang zur Selbstbeschaffung ist (hier für Weiterleitungsschreiben an Reha-Träger verneint).

Das **SG** wies die Klage ab.

## 3. KEIN WIRKSAMER PRIVATÄRZTLICHER BEHANDLUNGSVERTRAG BEI FEHLENDER KOSTENAUFKLÄRUNG

**SG Köln, Urt. v. 19.02.2010 – S 26 KR 213/07 –**

**RID 10-02-113**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 13 III; SGB I § 32; BMV-Ä § 18 VIII Ziff. 2 u. 3

Eine Kostenerstattung setzt einen wirksamen **privatärztlichen Behandlungsvertrag** voraus.

Wendet sich ein Versicherter an einen ermächtigten Krankenhausarzt und wird ihm eine privatärztliche Honorarvereinbarung vorgelegt, ohne dass eine **Aufklärung** auch darüber erfolgt, ob die durchgeführte Behandlung (hier: regionale Chemoembolisation) zu den Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört oder nicht, und ohne dass ein Hinweis erfolgt auf die zur Verfügung stehenden alternativen Behandlungsmethoden und die Möglichkeit der Erbringung im stationären Rahmen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung und auf die Höhe der evtl. selbst zu tragenden Kosten, so kommt kein wirksamer privatärztlicher Behandlungsvertrag zustande und ist eine Kostenerstattung ausgeschlossen.

Das **SG** wies die Klage ab.

**Parallelverfahren: SG Köln, Urt. v. 19.02.2010 – S 26 KR 119/06 –**

**RID 10-02-114**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

## III. Stationäre Krankenhausbehandlung

Zur **BSG-Rspr.** vgl. zuletzt RID 08-04-B III (S. 34); 06-04-B III 1 (S. 55); zur **Instanzenrspr.** vgl. zuletzt RID 09-04-B III (S. 43 f.); 09-03-B III; 08-03 B III (S. 44); 07-04-B III (S. 41 f.); RID 07-01-B III 1 (S. 50 f.); 06-04-B III 1 (S. 55).

### 1. BRUSTVERKLEINERUNG

**LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.02.2010 – L 11 KR 4761/09 –**

**RID 10-02-115**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III; 27

**Leitsatz:** 1. Die Entscheidung der Krankenkasse, die Kosten für eine Operation (hier: Brustverkleinerung) nicht zu übernehmen, ist **nicht kausal** für die der Versicherten durch die Operation entstandenen Kosten, wenn die Versicherte vor der Entscheidung der Krankenkasse mit der Klinik bereits einen schriftlichen Behandlungsvertrag geschlossen hatte.

2. Eine **Mammahyperplasie** (übergroße Brust) ist grundsätzlich keine Krankheit i.S. der gesetzlichen Krankenversicherung.

**SG Freiburg**, Gerichtsbl. v. 29.09.2009 - S 11 KR 3279/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 2. GEWICHTSREDUKTION

**LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 19.04.2010 – L 5 B 51/10 KR –**

**RID 10-02-116**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III; 27

Der Auffassung der Vorinstanz, vor einer stationären Behandlung zur Gewichtsreduktion seien ambulante oder stationäre **Rehabilitationsmaßnahmen** zu prüfen, trifft zu. Auch ist darzulegen, warum aktuell eine erneute **ambulante Psychotherapie** aussichtslos sein soll, wenn die letzte schon fast zehn Jahre zurückliegt.

**SG Lübeck**, Beschl. v. 19.02.2010 - S 14 KR 116/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## IV. Krankenbehandlung im Ausland

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

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

## V. Arzneimittel: Off-Label-Use

Zur **BSG-Rspr.** s. zuletzt RID 09-04-B V (S. 45); 08-04 B IV (S. 36); 07-04-B V (S. 44).

### 1. KEIN VERWEIS AUF AVASTIN ZUR BEHANDLUNG ALTERSABHÄNGIGER MACULADEGENERATION

**SG Aachen, Urt. v. 11.03.2010 – S 2 (15) KN 115/08 KR –**  
*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen – L 2 KN 131/10 KR –*  
SGB V §§ 27, 31

RID 10-02-117

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

Eine Versicherte muss sich von der Krankenkasse nicht auf den mit der KV Nordrhein und dem VOA Nordrhein/BDCO abgeschlossenen Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern verweisen lassen, wonach eine Therapie mit dem Arzneimittel Avastin® (Wirkstoff Bevacizumab) im Off-Label-Use erfolgt, nicht aber mit dem hierfür zugelassenen Arzneimittel Lucentis®. Die strengen Voraussetzungen für einen Off-Label-Use liegen damit nicht vor

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, der Kl. die für die Lucentis-Injektionen am 05.09.2008, 02.10.2008 und 31.10.2008 bislang aufgewandten Behandlungskosten in Höhe von 1.005,45 EUR zu erstatten und die Klägerin von etwaig offenen Arzneimittelkosten für diese Behandlungen in Höhe von 2.235,00 EUR (3 x 745,00 EUR) durch die Universitäts-Augenklinik Aachen freizustellen.

**Anders SG Köln**, Beschl. v. 02.07.2009 – S 26 KN 24/09 KR ER – RID 09-03-104.

### 2. METHYLPHENIDATHALTIGE ARZNEIMITTEL BEI ADHS IM ERWACHSENENALTER

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 1, 31 I 1; SGG § 73a; ZPO § 114

Vgl. zuletzt **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 28.05.2009 – L 1 KR 393/07 – RID 09-03-108; **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 12.11.2008 – L 9 KR 198/06 – RID 09-02-138; **SG Dresden**, Urt. v. 04.09.2008 – S 18 KR 622/06 – RID 09-02-139; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 162/08 – RID 09-02-140; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 13.01.2009 – L 16 B 85/08 KR – RID 09-01-149; **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 12.11.2008 – L 9 KR 110/06 – RID 09-01-150; **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 10.12.2008 – L 9 KR 32/08 – RID 09-01-151; **LSG Hamburg**, Beschl. v. 14.08.2008 – L 1 B 258/08 ER KR – RID 08-04-99; **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 04.07.2007 – L 9 KR 52/05 – RID 07-04-111; **LSG Schleswig Holstein**, Urt. v. 31.01.2007 – L 5 KR 45/06 – RID 07-02-141; **LSG Bayern**, Urt. v. 13.06.2006 – L 5 KR 93/06 – RID 06-04-138; **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 21.07.2005 – L 5 KR 56/05 – RID 06-03-123 m.w.N.

#### A) KEIN ANSPRUCH

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 01.03.2010 – L 16 B 61/09 KR –**

RID 10-02-118

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

SGB V §§ 2 I 1, 12 I, 27 I 2 Nr. 1 u. 3, 31 I 1, 92 I 1 u. 2 Nr. 6; AMG § 21 I; SGG § 73a; ZPO § 114

Ein Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit **methylphenidathaltigen Arzneimitteln**, wie Concerta Retard® oder wirkstoffgleichen anderen Präparaten, bzw. mit atomoxetinhaltigen Arzneimitteln steht einer an einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erkrankten Versicherten nicht zu, weil diese Mittel ausnahmslos keine indikationsbezogene Zulassung zur Behandlung dieser Krankheit im Erwachsenenalter besitzen; bezüglich der atomoxetinhaltigen Arzneimittel fehlt es völlig an einer erforderlichen arzneimittelrechtlichen Zulassung. Die nach der Rechtsprechung des BSG (s. BSG SozR 3-2500 § 31 Nr. 8) für einen Off-Label-Use zu Lasten der GKV erforderlichen Voraussetzungen sind ebenfalls nicht erfüllt.

**SG Köln**, Beschl. v. 21.09.2009 - S 26 KR 105/09 - wies den Antrag auf Prozesskostenhilfe der 1977 geb. Kl. ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## B) MODIFIZIERENDE ANWENDUNG DER OFF-LABEL-USE-GRUNDSÄTZE/„JUGENDLICHER“/FOLGENABWÄGUNG

*LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 02.03.2010 – L 11 KR 460/10 ER-B –*

RID 10-02-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I; AMG § 21 I; SGG § 86b II 1 Nr. 2, II 2; GG Art. 19 IV

Bei **ADHS** kann es sich um eine die **Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Krankheit** handeln. Denn das Krankheitsbild des ADHS im Erwachsenenalter zeichnet sich dadurch aus, dass neben einer Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität noch mindestens zwei weitere Charakteristika wie Affektlabilität, desorganisiertes Verhalten, gestörte Affektkontrolle, Impulsivität oder emotionale Überreagibilität erfüllt sind.

Die in der Rechtsprechung zum Off-Label-Use entwickelten Grundsätze könnten abgestuft modifizierend anzuwenden sein, wenn es darum geht, mit einem bislang nur für die Behandlung speziell von Kindern zugelassenen Arzneimittel zulassungsüberschreitend auch Erwachsene zu behandeln, wenn bei Erwachsenen ein identisches Nutzen-/Gefahrenpotenzial besteht oder aber sogar ein geringeres Schutzbedürfnis. Die Modifizierung der **Anforderungen an einen zulassungsüberschreitenden Einsatz von Kinderarzneimitteln für Erwachsene** kommt insb. in Betracht, wenn der Versicherte in der Zeit unmittelbar vor Vollendung des 18. Lebensjahres mit einem nur für Kinder und Jugendliche zugelassenen Arzneimittel indikationsbezogen versorgt wurde und er nach Erreichen des 18. Lebensjahres an derselben Krankheit leidet, die auch nach einem solchen "Stichtag" auf andere Weise nicht angemessen behandelt werden kann (BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 5/09 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 15). Hier kann der **Begriff des „Jugendlichen“**, für den ADHS zugelassen ist, in dem Sinn zu verstehen sein, dass auch junge Erwachsene wie ein jetzt **22-jähriger Versicherter** unter diesen Begriff zu subsumieren sind. Zudem setzt sich die Auffassung durch, dass es sich bei ADHS um eine Störung handelt, die mit einer **Prävalenz von 2% auch im Erwachsenenalter** fortbesteht. Wenn daher das Risiko-Nutzen-Potenzial beim Fortgebrauch eines für Kinder zugelassenen und im Kindes- und Jugendlichenalter schon unmittelbar vor Erreichen des 18. Lebensjahrs angewandten Arzneimittels auch bei Überschreiten der Schwelle zur Volljährigkeit im Wesentlichen gleich geblieben sein sollte, bedarf es jedenfalls einer besonderen Rechtfertigung, die nahtlose Weiterversorgung des Betroffenen mit dem begehrten Mittel abzulehnen (zum Ganzen vgl. BSG aaO.).

Kann im Rahmen des **einstweiligen Rechtsschutzverfahrens** der Anordnungsanspruch nicht abschließend geprüft werden, ist eine **Folgenabwägung** durchzuführen. Möglicherweise schwerwiegende, ggf. nicht rückgängig machbare Nachteile können bei einem seit ca. 1997 medikamentös (zunächst mit Ritalin und DL-Amphetamin) wegen ADHS behandelten Versicherten bei Absetzung der Medikation nicht ausgeschlossen werden.

*SG Karlsruhe*, Beschl. v. 13.01.2010 - S 7 KR 5861/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, vorläufig vom 29.12.2009 bis 30.09.2010 die Kosten einer ärztlich verordneten Behandlung des Ast. mit dem Arzneimittel Concerta (Wirkstoff Methylphenidat) zu übernehmen.

## C) ANSPRUCH NACH ÜBERSCHREITEN DER SCHWELLE DER VOLLJÄHRIGKEIT

*SG Braunschweig, Beschl. v. 15.04.2010 – S 6 KR 90/10 ER –*

RID 10-02-120

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31 I 1, 92 I 2 Nr. 6; AMG § 21 I; SGG § 86b II

**Leitsatz:** Im einstweiligen Rechtsschutzverfahren kann eine Krankenkasse verpflichtet werden, Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat auch für über 18-Jährige als Sachleistung zur Verfügung zu stellen (Anschluss an BSG vom 30.6.2009 - B 1 KR 5/09 R -).

Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, den (am 12.09.1991 geb.) Ast. nach ärztlicher Verordnung bis zum Abschluss der am 01.09.2009 begonnenen Ausbildung mit Medikamenten mit dem Wirkstoff Methylphenidat zu versorgen.

### 3. VIGIL (WIRKSTOFF MODAFINIL) BEI MULTIPLER SKLEROSE FATIGUE-SYMPТОМАТИК

*SG Aachen, Urt. v. 11.03.2010 – S 2 KR 7/09 –*

RID 10-02-121

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

Eine unter **Multipler Sklerose** (MS) mit schubförmiger Verlaufsform sowie damit einhergehender Fatigue-Symptomatik leidende Versicherte hat keinen Anspruch auf das für ihre Erkrankung nicht zugelassene Arzneimittel **Vigil® (Wirkstoff Modafinil)**, ein betäubungsmittelpflichtiges Arzneimittel). Für einen "Off-Label-Use" fehlt es am Nachweis der allgemeinen Erfolgsaussicht einer zulassungsüberschreitenden Anwendung.

Das **SG** wies die Klage ab.

## VI. Hilfsmittel/Heilmittel

Nach BSG, Urt. v. 10.03.2010 – **B 3 KR 1/09 R** – haben die Krankenkasse auch für die notwendigen Kosten einer **Hilfsmittelwartung**, nicht nur auf die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln aufzukommen; nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 – **B 1 KR 23/09 R** – ist die „**Erweiterte Ambulante Physiotherapie**“ (EAP) keine ärztliche Behandlung und keine Versorgung mit Heilmitteln i.S. des SGB V, sondern der ambulanten medizinischen **Rehabilitation** zuzuordnen; nach BSG, Urt. v. 17.12.2009 – **B 3 KR 20/08 R** – haben die Krankenkassen zum Ausgleich von Hörbehinderungen grundsätzlich für die Versorgung mit solchen **Hörgeräten** aufzukommen, die nach dem Stand der Medizintechnik die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlauben und gegenüber anderen Hörhilfen erhebliche Gebrauchsvorteile im Alltagsleben bieten; daran müssen auch die **Festbeträge** in der Hilfsmittelversorgung ausgerichtet werden; demzufolge begrenzt der für ein Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag die Leistungspflicht der Krankenkasse dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht; das beurteilt sich nach den Versorgungsanforderungen der jeweils betroffenen Gruppe von Versicherten, hier etwa 125.000 Personen mit einem Hörverlust von nahezu 100%; sie konnten zur Überzeugung des Senats mit den für Baden-Württemberg im Jahr 2004 geltenden **Festbeträgen** nicht ausreichend versorgt werden.

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

### 1. ZWEITVERSORGUNG FÜR BESUCH DES KINDERGARTENS

*SG Würzburg, Urt. v. 13.04.2010 – S 4 KR 426/08 –*

RID 10-02-122

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

SGB V § 33

Besteht keine Möglichkeit, dass die Hilfsmittel täglich zwischen der Wohnung und dem Kindergarten hin und her transportiert werden können, so besteht ein Anspruch auf eine **Zweitversorgung**, soweit der Besuch der Einrichtung selbst zu den **Grundbedürfnissen** zu rechnen ist.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, dem 2005 geb. Kl. eine Zweitversorgung mit einer Rehakarre, einer Sitzschale und einem Zimmeruntergestell als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung zu bewilligen.

### 2. ROLLSTUHL MIT ELEKTROANTRIEB (ELEKTOROLLSTUHL)

*SG Dresden, Urt. v. 20.01.2010 – S 25 KR 365/08 –*

RID 10-02-123

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

SGB V § 33 I

Ein Elektrorollstuhl ist erforderlich, wenn das Grundbedürfnis der Bewegungsfreiheit aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht mehr mit dem zur Verfügung gestellten **Greifreifenrollstuhl** befriedigt werden kann, sondern der Versicherte hierfür auf einen **Elektroantrieb** angewiesen.

Das **SG** gab der Klage statt.

### 3. ELEKTRISCHES KRANKENFAHRZEUG (SELBSTFAHRROLLSTUHL)

*LSG Bayern, Urt. v. 14.01.2010 – L 4 KR 189/09 –*

RID 10-02-124

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

SGB V §§ 27, 33

Die Versorgung mit einem Selbstfahrrollstuhl kommt nur dann in Betracht, wenn die Versicherte selbst **imstande** ist, mit diesem Hilfsmittel **bestimmungsgemäß umzugehen**. Sie muss in der Lage sein, die Technik des Fahrens mit einem solchen Rollstuhl zu beherrschen, aber darüber hinaus auch die Straßenverkehrsregeln insoweit einzuhalten, als sie für das Fahren mit einem fahrerscheinfreien Fahrzeug gelten. Daran scheitert es, wenn in einem medizinisch-psychologischen Gutachten des TÜV festgestellt wird, dass die Versicherte außerstande ist, auch ein fahrerlaubnisfreies Fahrzeug sicher zu führen.

**SG Regensburg**, Gerichtsb. v. 03.04.2009 - S 14 KR 265/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 4. KEIN SPORTROLLSTUHL FÜR KÖRPERBEHINDERTEN JUGENDLICHEN

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.01.2010 – L 5 KR 165/09 –*

RID 10-02-125

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 9/10 B*

juris = www.justiz.rlp.de

SGB V §§ 33 I 1; GG Art. 3 I, III 2,

**Leitsatz:** 1. Ein **körperbehinderter Jugendlicher** hat keinen Anspruch aus der gesetzlichen Krankenversicherung auf einen **Sportrollstuhl**, den er allein zur Ausübung von Sport in einem Behindertensportclub benötigt.

2. Das "Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen" erweitert die Pflichten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht.

*SG Trier*, Urt. v. 15.07.2009 – S 5 KR 69/08 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

#### 5. LIEGEDREIRAD: GEBRAUCHSGEGENSTAND DES TÄGLICHEN LEBENS

*LSG Bayern, Urt. v. 26.11.2009 – L 4 KR 328/08 –*

RID 10-02-126

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33; SGX IX §§ 7, 31; GG Art. 3 I

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach ein **Liegedreirad** kein Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt, sondern einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**, ist zutreffend. Die Vorschriften des SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen gewähren den Versicherten im Bereich der Hilfsmittelversorgung keinen über die Leistungspflichten des § 33 SGB V hinausreichenden Leistungsanspruch (st. BSG-Rspr., vgl. Urt. vom 26.03.2003 - B 3 KR 23/02 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 3). Hinsichtlich der Zuständigkeit und der Voraussetzungen für eine Leistung zur Teilhabe wird nämlich auf die für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze verwiesen (§ 7 SGB IX). Eine Diskriminierung Behinderter folgt hieraus nicht.

*SG Nürnberg*, Urt. v. 02.11.2008 – S 7 KR 312/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. Das *BSG* hat die Nichtzulassungsbeschwerde - B 3 KR 2/10 B - mit Beschluss vom 01.04.2010 - BeckRS 2010-68297 - als unzulässig verworfen.

#### 6. THERAPIE-TANDEM NEBST ZUSATZAUSSTATTUNG

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.02.2010 – L 16 KR 211/09 –*

RID 10-02-127

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I, 33 I

Ein **Therapie-Tandem** ist nicht erforderlich, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, weil hierzu weniger aufwändigere, wirtschaftlichere (vgl. § 12 I SGB V) Therapiemaßnahmen zur Verfügung stehen.

Soweit ein Versicherter das Therapie-Tandem zum Zurücklegen längerer Wegstrecken an der frischen Luft, vergleichbar einem Radfahrer, nutzen will, gehört dies nicht zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens. Auch zur Befriedigung des Grundbedürfnisses der **sozialen Integration** in Gruppen Gleichaltriger ist die Versorgung mit einem Therapie-Tandem nicht geeignet, da stets die Anwesenheit einer aufsichtsführenden Begleitperson erforderlich und somit der durch die Versorgung erzielbare Effekt im Hinblick auf die Integration gering einzuschätzen ist (vgl. BSG, Urt. v. 16.09.1999 - B 3 KR 9/98 R = SozR 3-2500 § 33 Nr. 32).

Zur **Einbindung in das familiäre Leben** kommt es dann nicht an, wenn der Versicherte eine ältere Schwester und bereits dadurch eine relativ gute Möglichkeit der sozialen Integration und Kommunikation hat. Besuche im Nahbereich sind mit dem vorhandenen Rollstuhl und dem vorhandenen Dreirad, gemeinsames Familienerleben bei Ausfahrten mit dem Auto möglich. Damit ist der erforderliche Basisausgleich ausreichend gewährleistet (vgl. i.d.S.a. BSG, Beschl. v. 29.01.2009 - B 3 KR 39/08 B - juris = BeckRS 2009-52853)

*SG Aachen*, Urt. v. 29.09.2009 – S 13 KR 57/09 – RID 09-04-109 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 7. TOILETTENLIFTER/KEINE EILBEDÜRFTIGKEIT NACH SELBSTBESCHAFFUNG

*LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 01.03.2010 – L 9 KR 294/09 B ER –*

RID 10-02-128

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Für eine Versorgung mit einem **Toilettenlifter** als Hilfsmittel nach § 33 SGB V ist zunächst nicht auf den Gang zur Toilette, sondern auf den Vorgang der Blasenentleerung abzustellen. Auch dürfte es für die Erforderlichkeit des Toilettenlifters weniger auf die erheblich eingeschränkte Stehfähigkeit des Ast. als vielmehr die nach Aktenlage wohl nicht mehr vorhandene Fähigkeit, sich aus eigener Kraft

aus dem Sitzen aufzurichten, ankommen. Ist aufgrund dieses Hilfsmittels ein Versicherter während der Blasenentleerung als solcher nicht mehr auf eine Hilfsperson angewiesen, so stellt dies bereits eine rechtlich **relevante Verselbständigung** dar. Denn wegen der auch eine Krankenkasse treffenden Verpflichtung zum **Schutz der Menschenwürde** (Art. 1 I GG) muss ein Versicherter die Möglichkeit haben, körperliche Bedürfnisse unter Wahrung der eigenen Intimsphäre zu verrichten (vgl. hierzu BVerfG, Beschl. v. 13.11.2007 - 2 BvR 939/07 - juris, m.w.N.)

Mit der **Selbstbeschaffung eines Hilfsmittels durch den Versicherten** ist die **Eilbedürftigkeit** im Hinblick auf dessen Sachleistungsanspruch entfallen. Der nunmehr allenfalls noch bestehende Kostenerstattungsanspruch nach § 13 III SGB V kann grundsätzlich keine Eilbedürftigkeit rechtfertigen.

*SG Cottbus*, Beschl. v. 02.09.2009 – S 10 KR 116/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

## 8. HÖRGERÄTE UND FESTBETRAG

*LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.11.2009 – L 5 KR 867/07 –*

RID 10-02-129

*Revision anhängig gewesen: B 3 KR 15/09 R (erledigt)*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 II 1, 12 II, 13 III 1, 33 I, 36

Wird der **Festbetrag für Hörgeräte** gewährt, dann erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht aus § 33 I 1 SGB V gem. § 12 II SGB V. Eine **einzelfallbezogene Relativierung** bzw. Einschränkung der Maßgeblichkeit (rechtswirksam) festgesetzter Festbeträge ist nicht zulässig.

Es kann für die Gewährung **festbetragsüberschreitender Leistungen** für sich allein nicht genügen, dass ein Hilfsmittel **leistungstärker**, etwa mit zusätzlichen oder verbesserten Funktionen und Gebrauchsvorteilen ausgestattet ist, und es sich zum Behinderungsausgleich für den Versicherten deswegen besser eignet als die zum Festbetrag verfügbaren Hilfsmittel. Das gilt auch in solchen Fällen, in denen ein unmittelbar an der ausgefallenen Körperfunktion – hier des Hörens – ansetzendes Hilfsmittel in Rede steht. Die Festsetzung von Festbeträgen kann dazu führen, dass der Versicherte im Einzelfall ein an sich gem. §§ 33 I 1, 12 I 1 SGB V zu beanspruchendes, die Behinderung möglichst weitgehend kompensierendes Hilfsmittel ohne **Eigenleistung** nicht erlangen kann.

Die besonderen Umstände von **Kindern und Jugendlichen**, deren Entwicklung des Hörvermögens noch nicht abgeschlossen ist, wird durch die deutlich **höheren Festbeträge** (nämlich 894,76 € statt 508,74 €) entsprechend berücksichtigt. Damit wird der auch für sinnvoll und notwendig erachteten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit qualitativen höherwertigen Hörgeräten Rechnung getragen und ist auch davon auszugehen, dass diese Geräte zum Festbetrag ohne Zuzahlung für die versicherten Kinder und Jugendlichen erhältlich sind.

Auch ein **sozialrechtlicher Herstellungsanspruch** kommt nicht in Betracht.

Es besteht **keine Verpflichtung der Krankenkasse**, ständig **Marktforschung** zu betreiben und eigene Hörgeräteakustiker zu beschäftigen, um Versicherten, die eine über den Festbetrag hinausgehende Versorgung beantragen, ein anderes geeignetes und möglichst zuzahlungsfreies Gerät unter Einschaltung des jeweils günstigsten Anbieters gewissermaßen frei Haus liefern zu lassen, und dahingehend zu beraten.

*SG Heilbronn*, Urt. v. 21.12.2005 - S 9 KR 1995/04 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. zwischenzeitlich aber *BSG*, Urt. v. 17.12.2009 – *B 3 KR 20/08 R* –.

## 9. DAISY-ABSPIELGERÄTE

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.02.2010 – L 5 KR 146/09 –*

RID 10-02-130

juris

SGB V § 33 I

**DAISY-Abspielgeräte** werden von den Herstellern gerade im Hinblick auf die Bedürfnisse blinder bzw. sehbehinderter Menschen entwickelt, um diesen einen strukturierten interaktiven Zugriff auf unterschiedliche schriftliche Medien in dem von Blindenbüchereien entwickelten DAISY-Standard zu ermöglichen. Sowohl auf Grund der Zweckbestimmung als auch des tatsächlichen Benutzerkreises lassen sich die DAISY-Player mithin **nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens** qualifizieren.

Wird ein Versicherter durch ein DAISY-Abspielgerät in die Lage versetzt, selbständig aus einer Vielzahl von Publikationen (Belletristik, klassische Literatur, Sachbücher, Lexika, Zeitschriften und Informationen unterschiedlicher Verbände), die im DAISY-Format zur Verfügung stehen und insbesondere über Blindenbüchereien kostenlos (Bücher) bzw. gegen geringe Entgelte (Zeitschriften) zur Verfügung gestellt werden, auszuwählen, so wird hierdurch sein **Bedürfnis nach Kommunikation und**

**Information** befriedigt. Auch unter Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Betrachtung muss sich ein Versicherter nicht auf die Nutzung eines handelsüblichen MP3- oder CD-Players verweisen lassen.

**SG Koblenz**, Urt. v. 18.05.2009 - S 8 KR 485/06 - wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt und verurteilte die Bekl., den Kläger mit einem DAISY-Abspielgerät zu versorgen.

**DAISY** (Digital Accessible Information System - Digitales System für den Zugang von Informationen) ist der Name eines weltweiten Standards für navigierbare, zugängliche Multimedia-Dokumente; Kosten ca. 400 €.

## 10. INKONTINENZHILFEN IM PFLEGEHEIM

**LSG Sachsen**, Urt. v. 08.07.2009 – L 1 KR 50/06 –

RID 10-02-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 33 I

Ein **Pflegeheim** erfüllt seine Pflicht zur Erbringung grundpflegerischer Leistungen im Bereich der Darm- und Blasenentleerung (§ 14 IV Nr. 1 SGB XI) nicht vollständig damit, dass sein Pflegepersonal den Pflegebedürftigen regelmäßig zur Toilette begleitet bzw. führt. Vielmehr gehört auch das erforderliche Wechseln von **Inkontinenzhilfen** zur Grundpflege.

Soweit Hilfsmittel unter pflegerischen Gesichtspunkten allein zur **Dekubitus-Prophylaxe** eingesetzt werden, steht der Aspekt der Pflege ganz im Vordergrund, obgleich sie auch in diesem Zusammenhang in bestimmtem Umfang dem Behinderungsausgleich dienen, eben weil sie eine krankheits- oder behinderungsbedingt eingeschränkte Fähigkeit zum Körperlagewechsel kompensieren sollen.

Selbst wenn zwischen einer Versicherten und einem Pflegeheim die entgeltliche Versorgung mit Inkontinenzhilfen vereinbart ist, kann eine krankenversicherungsrechtlich relevante Zahlungsverpflichtung nicht begründet werden, weil das **Pflegeheim kein zugelassener Leistungserbringer** im Sinne des § 126 I SGB V i.d.F.d. GRG ist.

**SG Leipzig**, Gerichtsbb. v. 30.03.2006 - S 8 KR 239/03 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## VII. Häusliche Krankenpflege

Nach BSG, Urt. v. 25.08.2009 – **B 3 KR 25/08 R** – SozR 4-2500 § 37 Nr. 10 sind auch die Kosten der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes für die Verabreichung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente mittels intramuskulärer Injektionen erstattungsfähig; der Umfang der von der GKV zu leistenden Behandlungspflege in Form der häuslichen Krankenpflege wird nicht durch die Neuregelung des § 34 II SGB V zum 01.01.2004 beschränkt.

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

### 1. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE UND GEMEINSAMER HAUSHALT

**SG Leipzig**, Urt. v. 22.12.2009 – S 8 KR 22/08 –

RID 10-02-132

juris

SGB V § 37 I 1, III

**Leitsatz:** Ein **gemeinsamer Haushalt** setzt eine gemeinschaftliche (häusliche, wohnungsmäßige, familienhafte) Wirtschaftsführung voraus.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte d. Krankenkasse, für den Kl. ab 01.09.2006 die Kosten für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes für A., geboren am 14.01.22, gestorben am 03.07.2009, zu übernehmen. Der Wohnort von A. lag 15 km entfernt vom Wohnort d. Kl. Das SG wies u.a. darauf hin, dass der Begriff „gemeinsamer Haushalt“ nicht dahingehend erweiternd auszulegen ist, dass Angehörige auch dann zu einer Behandlungspflege verpflichtet sind, wenn sie sich öfters im Haushalt des Versicherten aufhalten, da dies nicht mit einer „Aufnahme“ in den gemeinsamen Haushalt gleichzusetzen ist; denn allein wegen der räumlichen Entfernung der unterschiedlichen Haushalte liegt keine „gemeinsame“ Wirtschaftsführung vor.

### 2. BEATMUNGSPFLEGE: EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ

**LSG Bayern**, Beschl. v. 29.01.2010 – L 5 KR 404/09 B ER –

RID 10-02-133

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37 II; SGG § 86b II

**Leitsatz:** Im vorläufigen Rechtsschutz muss die Krankenkasse nach Güterabwägung eine 24-stündige Beatmungspflege erbringen.

**SG München**, Beschl. v. 21.10.2009 - S 6 KR 333/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. vorläufig, ab 10.09.2009 die Kosten für eine Behandlungspflege im Umfang von 24 Stunden pro Tag zu übernehmen, befristet bis zur Entscheidung der Hauptsache in erster Instanz, jedoch längstens bis 31.12.2010.

## VIII. Zuzahlung/Rehabilitation/Fahrkosten/Prävention/Impfung/Kostenbeteiligung nach § 52 SGB V

Nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 – **B 1 KR 23/09 R** – ist die „Erweiterte Ambulante Physiotherapie“ (EAP) keine ärztliche Behandlung und keine Versorgung mit Heilmitteln i.S. des SGB V, sondern der ambulanten medizinischen Rehabilitation zuzuordnen. Zur weiteren BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B VIII (S. 52); 08-04 B VII (S. 41); 07-04-B VIII (S. 50); RID 06-04-B VIII (S. 67).

### 1. VORLEISTUNG FÜR KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG MIT EIGENANTEIL VON 20 %

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.03.2010 – L 16 KR 221/09 –**

**RID 10-02-134**

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 67/10 B*  
SGB V § 29

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

§ 29 SGB V ist verfassungsgemäß, obwohl die Vorschrift bzgl. der **vorschussweisen Eigenbeteiligung** der Versicherten keine die kieferorthopädische Behandlung - wie hier - nur eines versicherten Kindes betreffende **Härterege**lung enthält. Das BVerfG hat bereits mehrfach entschieden (vgl. z.B. BVerfG Beschl. v. 28.02.2008 - 1 BvR 1778/05 - juris m.w.N.), 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 I 1 SGB V).

**SG Duisburg**, Urt. v. 23.10.2009 - S 9 KR 108/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 2. ZUSTÄNDIGKEIT FÜR REHA BEI FREISTELLUNGSPHASE EINES ALTERSTEILZEITBLOCKMODELLS

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.11.2009 - L 1 KR 436/08 –**

**RID 10-02-135**

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.11.2009 - L 1 KR 454/08 –**

**RID 10-02-136**

*Revision anhängig: B 1 KR 32 u. 33/09 R*

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

SGB V § 40 I 2, IV; SGB VI §§ 9 I 1 Nr. 2, 10 I, 12 I Nr. 4°, 31; SGB IX § 14; SGB X §§ 102, 104; AltTZG §§ 1, 5

Der Rentenversicherungsträger ist für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig, auch wenn sich der Versicherte in der passiven Phase eines Altersteilzeitmodells befindet.

**SG Berlin**, Urt. v. 16.10.2008 - 36 KR 1145/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 3. TRANSPORTKOSTEN FÜR EIGENBLUTENTNAHME

**SG Düsseldorf, Urt. v. 31.03.2009 – S 4 KR 163/07 –**

**RID 10-02-137**

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

SGB V §§ 39 I 3, 60; KHEntgG §§ 2 II 1 u. 2 Nr. 2, 7

Die **Transportkosten für eine Eigenblutentnahme** gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, die nach dem KHEntgG zu vergüten sind. Die Transportkosten ersetzen nicht eine **Krankenhausleistung**, sondern die Kosten für die Fahrt des Versicherten zur stationären Behandlung. Diese Fahrtkosten sind kein Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen. Es handelt sich bei dem Transport um Körperbestandteile, die der Sphäre der Transportkosten des Versicherten gemäß § 60 SGB V zuzurechnen sind.

Das **SG** gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, die Kosten des i.H.v. 609,08 € zu erstatten.

### 4. PRÄVENTION: DAUERHAFTER BESUCH EINES FITNESSSTUDIOS

**LSG Bayern, Urt. v. 27.10.2009 – L 5 KR 347/09 –**

**RID 10-02-138**

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

SGB V §§ 20, 27

Der dauerhafte **Besuch eines Fitnessstudios** zählt nicht zu den Leistungen zur Behandlung einer Krankheit gemäß §§ 27 bis 52 SGB V.

Auch im Rahmen des Anspruches auf **Präventionsleistungen** gemäß § 20 SGB V besteht kein Anspruch auf Dauerbesuch eines Fitnessstudios. Es fehlt an der krankheitsbezogenen Ausrichtung der dort angebotenen Körperbetätigung, an den Motivationsansätzen und insbesondere an den Ansätzen zur Verhaltensänderung nach der Inanspruchnahme der Fitnessleistungen. Im Übrigen bieten Fitnessstudios mit ihrem breit gefächerten Leistungsspektrum nichts an, was einer auf eine konkrete Krankheit bezogene Prävention i. S. des § 20 SGB V entspricht.

**SG München**, Gerichtsbb. v. 25.05.2009 - S 3 KR 701/08 - wies die Klage des unter chronischen Rückenschmerzen bei ausgeprägtem leptosomen Körperbau und Kachexie (krankhafte, sehr starke Abmagerung) leidenden Klägers ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 5. NUR EINGESCHRÄNKTER ANSPRUCH AUF SCHUTZIMPfung

*LSG Bayern, Urt. v. 27.10.2009 – L 5 KR 222/09 –*

RID 10-02-139

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 20d I, 92 I 2 Nr. 15; IfSG § 2 Nr. 9; GG Art. 2 II 1

**Leitsatz:** Zum Anspruch auf Schutzimpfung.

*SG München*, Gerichtsbb. v. 25.05.2009 - S 3 KR 701/08 - wies die Klage des an **Kachexie** (bei dieser krankhaften, extremen Abmagerung wird nicht nur das Speicherfett abgebaut, sondern auch die Muskulatur einschließlich des Herzmuskels. Zusätzlich wandelt sich das Knochenmark in Gallertmasse um, schließlich kommt es zu Auszehrungen der Organe mit Funktionsausfällen und schließlich zur terminalen Kachexie. Der Kl. nimmt lediglich Nahrungsmittel mit 351 Kalorien pro Tag zu sich.) auf Gewährung einer Impfung gegen Hepatitis A als Sachleistung ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 6. KOSTENBETEILIGUNG NACH § 52 SGB V NACH VERKEHRSUNFALL

*SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 24.02.2010 – S 4 KR 38/08 –*

RID 10-02-140

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 52

Ein Versicherter hat sich eine Krankheit bei einem durch ihn begangenen vorsätzlichen Vergehen zugezogen, wenn er wegen **vorsätzlicher Straßenverkehrgefährdung verurteilt** wurde. Nicht erforderlich für die 2. Alternative des § 52 SGB V ist, dass der Versicherte sich die Krankheit vorsätzlich zugezogen oder den Unfall vorsätzlich verursacht hat. Es ist ein ursächlicher Zusammenhang im Sinne der im Sozialversicherungsrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung erforderlich.

Bei der **Ermessensausübung** für eine Kostenbeteiligung nach § 52 SGB V sind insbesondere der Grad des Verschuldens, die Höhe der Aufwendungen der Krankenkasse, die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherten sowie dessen Unterhaltspflichten zu berücksichtigen.

Der Kl. kam am 28.06.2006 gegen 22:30 Uhr mit dem PKW seines Vaters in einer Rechtskurve von der rechten Fahrbahn ab und kollidierte mit einem am Rand der Gegenspur abgestellten Fahrzeug. Beide Fahrzeuge wurden stark beschädigt. Nach der polizeilichen Unfallanzeige fuhr der Kl. mit **überhöhter Geschwindigkeit**. Die Blutalkoholkonzentration lag bei **1,87 Promille**, außerdem fanden sich **Cannabisk Rückstände** im Blut des Kl. Er wurde mit dem Notarztwagen in ein Krankenhaus eingeliefert, wo er bis zum 10.07.2006 behandelt wurde. Vom 10.08.2006 bis 27.10.2006 bezog er von der Beklagten Krankengeld. Durch rechtskräftigen **Strafbefehl des Amtsgerichts** Neu-Ulm vom 10.10.2006 wurde er wegen vorsätzlicher Gefährdung des Straßenverkehrs zu einer Geldstrafe verurteilt; außerdem wurde ihm die Fahrerlaubnis entzogen. Die Bekl. teilte dem Kl. mit, aufgrund des Unfallereignisses habe sie **Kosten in Höhe von insgesamt 8.684,94 €** gehabt. Nach den vorliegenden Unterlagen habe der Kläger den Unfall allein schuldhaft durch erheblichen Alkoholgenuß verursacht. Sie beabsichtige, ihm in Höhe von **1.971,94 Euro** an den Kosten zu beteiligen, was sie dann umsetzte. Das *SG* wies die Klage ab.

## IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen

Nach BSG, Urt. v. 10.03.2010 – **B 3 KR 26/08 R** – ist eine Krankenkasse zum Vertragsschluss mit einem **Hilfsmittelerbringer** nicht exakt nach den Bedingungen eines Konkurrenzunternehmens verpflichtet; Verträge nach § 127 SGB V sind grundsätzlich im freien Spiel der Kräfte zu vereinbaren; jedoch war hier die Praxis der Bekl. bei der Ausgestaltung ihrer Leistungsbeziehungen zu den Hilfsmittellieferanten rechtswidrig; nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 – **B 1 KR 15/09 R** – verstößt § 6 II der Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den mit der Interessenwahrnehmung beauftragten Spitzenorganisationen der ambulanten **Hospizdienste** zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002 nicht gegen § 39a II 4 und 5 SGB V.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B X (S. 53); 08-04 B VIII (S. 42); 07-04-B IX (S. 52); RID 05-04-B X (S. 57 f.).

### 1. BEZIEHUNGEN ZU KRANKENHÄUSERN

Nach BSG, Urt. v. 20.10.2010 – **B 3 KR 19, 20, 24 u. 25/09 R** – sind die nach § 8 IX KHEntgG (in der v. 01.01.2007 bis 31.12.2008 geltenden Fassung des GKV-WSG vom 26.03.2007) vorgenommenen Abschlüsse von 0,5% der Rechnungsbeträge für stationäre Krankenhausbehandlungen verfassungsgemäß; nach BSG, Urt. v. 10.03.2010 – **B 3 KR 15/08 R** – fehlt seit dem 01.07.1997 nach dem Wegfall der Großgeräteplanung jegliche Rechtsgrundlage für die Annahme einer Pflicht zur Abstimmung des Einsatzes von MRT-Geräten mit den Krankenkassen und sind die Krankenhäuser frei, im Rahmen ihres jeweiligen Versorgungsvertrages Großgeräte anzuschaffen und einzusetzen; nach BSG, Urt. v. 17.12.2009 – **B 3 KR 12/08 R** – kann grundsätzlich trotz § 9 des rheinland-pfälzischen Vertrages über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV) eine sog. **Schlussrechnung nachträglich noch geändert** werden, wenn sie sich als objektiv falsch herausstellt; Differenzbeträge können dann auch zu Lasten der Krankenkassen noch nachgefordert werden; dieses Recht zur **Rechnungskorrektur** ist ohne betragsmäßige Beschränkungen möglich innerhalb von sechs Wochen nach Erstellung der Schlussrechnung durch das Krankenhaus, was aus dem im Abrechnungswesen allgemein zu beachtenden

**Beschleunigungsgebot** folgt; danach nur noch ausnahmsweise, wenn es sich um offensichtliche Schreib- oder Codierfehler handelt und eine Bagatellgrenze von mindestens 5% des ursprünglichen Rechnungsbetrages erreicht wird; letzteres folgt aus dem Gebot zur **gegenseitigen Rücksichtnahme zwischen Krankenhaus und Krankenkasse** und der Verpflichtung zum wirtschaftlichen Handeln und berücksichtigt den Verwaltungsaufwand, den die Krankenkasse bei nachträglichen Rechnungskorrekturen zu bewältigen hätte; in diesem Rahmen kommt auch eine **Verwirkung** des Rechts auf Rechnungskorrektur in Betracht, wenn es sich z.B. um eine Fallkonstellation handelt, wie sie dem 1. Senat bei seiner Entscheidung v. 08.09.2009 zugrunde gelegen hat.

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

#### A) ABGRENZUNG VON FRÜHREHABILITATION UND REHABILITATION

**SG Braunschweig, Urt. v. 17.03.2010 – S 40 KR 87/05 –**

**RID 10-02-141**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 39, 40

Ob Frührehabilitation im Sinn des § 39 SGB V deckungsgleich ist mit den OPS-Prozeduren 8-55 bis 8-60, erschließt sich aus dem Gesetzeswortlaut nicht. Anhaltspunkte für die **Abgrenzung von Frührehabilitation (§ 39 I SGB V) und Rehabilitation (§ 40 SGB V)** gibt das "Positionspapier zur fachübergreifenden Frührehabilitation" der gemeinsamen Arbeitsgruppe DRG der Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation, des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte und der deutschen Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation aus dem Jahr 2009. Frührehabilitation setzt demnach immer intensive akutmedizinische Behandlung (neben intensiven Rehabilitations- und Pflegeleistungen) voraus (so auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 29.10.2008 - L 1 KR 130/06 -).

Das **SG** wies die Klage ab.

#### B) VERGÜTUNGSANSPRÜCHE FÜR EINE GERIATRISCHE FRÜHREHABILITATION ALS KRANKENHAUSBEHANDLUNG

**SG Braunschweig, Urt. v. 17.03.2010 – S 40 KR 1069/05 –**

**RID 10-02-142**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 39

Ist eine **Akutkrankenhausbearbeitung** nicht mehr erforderlich, so besteht auch keine Notwendigkeit für eine **Frührehabilitation** im Sinne des § 39 I 3 HS 2 SGB V. Eine solche ist nur medizinisch notwendig, wenn neben intensivem Rehabilitations- und Pflegebedarf auch intensive akutmedizinische Behandlung erforderlich ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### C) FEHLENDE VEREINBARUNG FÜR FALLPAUSCHALE

**LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.04.2009 – L 9 KR 149/08 –**

**RID 10-02-143**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 39 I; KHEntg §§ 3 III 4 Nr. 1, 11 I

Nach § 11 I KHEntg dürfen Krankenhäuser Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur im Rahmen einer zu treffenden **Vereinbarung** erbringen.

Zentral im Rahmen der danach zu treffenden Vereinbarung ist das **Erlösbudget**. Dieses errechnet sich gemäß § 3 III 4 Nr. 1 KHEntg aus den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 17b KHG. Das Erlösbudget kann nur errechnet werden, wenn es einzelne Fallpauschalen unmittelbar benennt. Hat die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg davon abgesehen, die **Fallpauschale I 44 B** in die Vereinbarung mit einem Krankenhaus für das Jahr 2007 mit aufzunehmen, so ergibt sich daraus zwingend, dass entsprechende Krankenhausleistungen des Krankenhauses nicht abrechenbar sind. Zur Vermeidung des vorliegenden Rechtsstreits hätte die Klägerin gemäß § 13 Abs. 1 KHEntg die Schiedsstelle nach § 18 a KHG anrufen können.

**SG Berlin**, Urt. v. 08.02.2008 – S 7 KR 98/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Das **BSG** wies die Nichtzulassungsbeschwerde - B 3 KR 18/09 B - im Beschluss vom 25.8.2009 - BeckRS 2009-72017 - als unbegründet zurück.

## D) FALLPAUSCHALE G-DRG (2005) Q60A (HÄMATURIE)

*SG Dresden, Gerichtsbb. v. 02.05.2008 – S 18 KR 242/07 –*

RID 10-02-144

rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 39 I; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b I 3; KFPV Anl. 1 Teil a

Die Fallpauschale G-DRG (2005) Q60A auf der Grundlage der Kodierung der ICD-10-GM (2005) 68.3 Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper als Hauptdiagnose ist abzurechnen und nicht ICD-10-GM (2005) N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet ist zu verschlüsseln mit der Fallpauschale G-DRG (2005) L63B, wenn es sich um die Hauptdiagnose bei Hämaturie unter Einstellung mit Antikoagulanzen bei gleichzeitigem Harnwegsinfekt handelt, auch wenn nicht abschließend die Pathogenese der Hämaturie geklärt ist, namentlich der offen gebliebenen alternativen oder kumulativen (Mit )Ursächlichkeit des Harnwegsinfekts einerseits und der Antikoagulationseinstellung andererseits.

Das *SG* gab der Klage statt und verurteilte die Krankenkasse, der Kl. 879,23 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 15.05.2007 zu zahlen.

## E) METHODE ZUR ZINSBERECHNUNG

*SG Lübeck, Urt. v. 11.02.2010 – S 14 KR 1663/07 –*

RID 10-02-145

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 301 I; KHEntgG § 11 I 3; BGB § 286 IV

**Leitsatz:** Sofern die Beteiligten die **kaufmännische Zinsberechnung** (30/360 Tage) nicht ausdrücklich vereinbart haben, ist bei der Zinsberechnung die **taggenaue aktuarische Methode** anzuwenden (vgl. BSG 08.09.2009 - B 1 KR 8/09 R - SozR 4-2500 § 69 Nr. 7 = SGB 2009, 657).

Ein Krankenhaus verletzt seine **Auskunfts- und Mitwirkungspflichten** nicht, wenn es alle Voraussetzungen des § 301 I SGB V erfüllt und von der Krankenkasse nicht zur Vorlage weiterer Begründungen oder Unterlagen aufgefordert wird. Die Voraussetzungen des § 286 IV BGB liegen in einem solchen Fall nicht vor.

Das *SG* gab der Klage statt.

## F) AUFWANDSPAUSCHALE § 275 Ic 3 SGB V

SGB V § 275 Ic

### AA) ALTFÄLLE VOR 01.04.2007

*LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.08.2009 – L 5 KR 20/09 –*

RID 10-02-146

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 29/09 R

juris

Die Aufwandspauschale nach § 275 Ic 3 SGB V i.d.F. v. 26.03.2007 fällt auch in den Fällen an, in denen der MDK nach dem 31.03.2007 eingeschaltet wurde, die Krankenhausbehandlung aber bereits vor dem 01.04.2007 beendet war.

### BB) NEUE DIAGNOSEN BEI GLEICHER ABRECHNUNG

*SG Landshut, Urt. v. 12.11.2009 – S 1 KR 261/08 –*

RID 10-02-147

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Hat die Krankenkasse eine Prüfung nach § 275 I Ziff. 1 SGB V veranlasst und stellt der MDK zwar fest, dass teilweise Haupt- bzw. Nebendiagnosen **falsch codiert** worden sind, führt diese Änderung der diagnostischen Zuordnung jedoch zu **keiner Änderung** der für die Abrechnung des Leistungsfalles maßgeblichen DRG und damit auch zu keiner Änderung des Rechnungsbetrages, so hat das Krankenhaus **Anspruch auf die Aufwandspauschale**.

Nachdem die Übermittlung unvollständiger Daten nach § 301 SGB V nicht mit einem Schadensersatzanspruch der Krankenkasse "bewehrt" ist, lässt sich hieraus auch kein **Leistungsverweigerungsrecht** im Sinne des § 242 BGB ableiten (gegenteilige Auffassung: SG Dortmund, Urt. v. 17.03.2009 - S 8 KR 5/08 -).

Bei der **Aufwandspauschale** handelt es sich weder um einen Vergütungsanspruch noch um eine auf Bereicherungsrecht gestützte Forderung, sondern um einen **Anspruch eigener Art** ("sui generis"). Hierfür sieht das Gesetz weder Verzugs- noch Prozesszinsen vor.

Das *SG* gab der Klage teilweise statt.

Die Berufung gegen *SG Dortmund*, Urt. v. 17.03.2009 - S 8 KR 5/08 – wurde durch *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 24.09.2009 – L 5 KR 83/09 – RID 09-04-133 zurückgewiesen.

## 2. APOTHEKER

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2009 – **B 3 KR 14/08 R** – haben **Rabattzahlungen** einer **ausländischen Versandapotheke** an die Krankenkassen "in entsprechender Anwendung des § 130a SGB V" in den (hier streitigen) **Jahren 2003-2005** nur auf Vertrag beruht; dies kann deshalb keine Rechtsgrundlage für den aus § 130a I 2 SGB V abgeleiteten Erstattungsanspruch gegen den pharmazeutischen Unternehmer sein; europarechtlich ist das nicht zu beanstanden (im Grundsatz Anschluss an die einfach-rechtlichen Ausführungen des 1. Senats im Urt. v. 28.07.2008, BSGE 101, 161 = SozR 4-2500 § 130a Nr. 3); nach BSG, Urt. v. 17.12.2009 – **B 3 KR 13/08 R** – kann trotz gravierender Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Verpflichtungen von einem Apotheker die Vergütung nicht zurückverlangt werden, wenn die Krankenkasse eine in einem Arznei-Liefervertrag normierte **dreimonatige Prüfungspflicht des Apothekereinspruchs** hat verstreichen lassen und hierzu keine Stellungnahme abgegeben hat, weshalb der jegliche Erstattungspflicht verneinende Einspruch als anerkannt galt; der Senat hat dieses Verfahren im Übrigen zum Anlass genommen, seine Rechtsprechung zur Beurteilung der rechtlichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Apothekern zu modifizieren und seine frühere Rechtsprechung zur entsprechender Anwendung kaufvertraglicher Anspruchsgrundlagen aufzugeben.

## 3. ARZNEIMITTELHERSTELLER

### A) ANFORDERUNG "LIEFERFÄHIGKEIT INNERHALB VON 24 STUNDEN AN APOTHEKEN"

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.02.2010 – L 21 KR 60/09 SFB –**

**RID 10-02-148**

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

GWB § 114 I 1; AMG § 52b II; ApBetrO § 23

In der **Anforderung „Lieferfähigkeit innerhalb von 24 Stunden an Apotheken“** liegt ein Verstoß gegen § 8 Nr. 1 Abs. 1 VOL/A, dem Gebot der eindeutigen und erschöpfenden **Leistungsbeschreibung** vor. Der Umstand, dass schon bei objektiver Betrachtung lediglich eine werktägliche Pflicht zur direkten Belieferung von Apotheken bei Lieferausfall des Großhandels gemeint sein konnte, ist nicht aus § 23 ApBetrO abzuleiten.

Die Auferlegung einer **werktäglichen Lieferpflicht** binnen 24 Stunden an Apotheken bei Ausfall des Großhandels stellt kein ungewöhnliches Wagnis (§ 8 Nr. 1 Abs. 3 VOL/A) zu Lasten der Bieter dar.

**Vergabekammer**, Beschl. v. 14.09.2009 - VK 2 - 153/09 - verpflichtete die Krankenkasse, bei Fortbestehen der Vergabeabsicht das Vergabeverfahren unter Berücksichtigung ihrer Rechtsauffassung spätestens ab der Aufforderung zur Angebotsabgabe zu wiederholen; das **LSG** wies die sofortige Beschwerde der Ag. zurück.

### B) EINHALTUNG DES TRANSPARENZGEBOTS

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.01.2010 – L 21 KR 68/09 SFB –**

**RID 10-02-149**

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

GWB §§ 97 I, 107

Der Begriff der **Transparenz** ist ein tragender Grundsatz des Vergaberechts. Neben der Verpflichtung, die Ausschreibung öffentlich bekannt zu machen und die wesentlichen Entscheidungen des Vergabeverfahrens (Vorbereitung, Durchführung und Wertung, Erwägungen bei der Ermessensausübung sowie die abschließende Entscheidung) zu dokumentieren, begründet das Transparenzgebot auch die Pflicht der Vergabestelle, sich an alle Bedingungen, die sie selbst zuvor in den Verdingungsunterlagen aufgestellt hat, zu halten. Dies beinhaltet die Verpflichtung, von dort getroffenen (grundsätzlichen) Entscheidungen nicht an anderer Stelle in den Verdingungsunterlagen - jedenfalls nicht ohne ausdrücklichen Hinweis und dokumentierte Begründung - abzuweichen.

**1. Vergabekammer des Bundes**, Beschl. v. 10.11.2009 - VK 1-191/09 – wies den Antrag ab, das **LSG** untersagte den Ag., in dem Vergabeverfahren "Arzneimittelrabattverträge Ausschreibung 2010/2011" den Zuschlag hinsichtlich des Wirkstoffs Betamethason auf der Grundlage der in der Ausschreibung festgelegten Bedingungen zu erteilen.

## 4. HILFSMITTELERBRINGER

### A) VERGABEVERFAHREN: STREITGENOSSENSCHAFT/RÜGE OBLIEGENHEITEN/WAGNIS/VERDINGUNGSUNTERLAGEN

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschl. v. 24.08.2009 – L 6 B 171/09 –**

**RID 10-02-150**

juris

SGB V §§ 126 II 3 HS 2, 127; SGG §§ 142a, 197a I 1 HS 2; VwGO § 154; GWB § 97 VII, 107 II, III 1, 109, 114

**Leitsatz:** 1. Beschwerdeverfahren, in denen **in Konkurrenz stehende Bieter** einer Ausschreibung gemeinsam agieren, sind mangels Zulässigkeit einer **Streitgenossenschaft** zu trennen.

2. Die **Rügeobliegenheiten** des § 107 Abs. 3 GWB gelten als tragende materielle Regeln des Vergaberechts auch nach Rechtswegzuweisung zur Sozialgerichtsbarkeit.
3. Ein **ungewöhnliches Wagnis** (§ 8 Nr. 1 Abs. 3 der VOLA1) liegt bei einer zweijährigen Vertragsdauer nebst einmaliger Option für weitere 2 Jahre bei einer Hilfsmittelversorgung betreffend Gehhilfen, Kranken- und Behindertenfahrzeugen nicht vor.
4. Sofern eine **Abänderung der Verdingungsunterlagen** hinreichend transparent durch die Vergabestelle den Bietern bekannt gegeben worden ist, ist eine Nachreichung von Unterlagen durch Bieter, die diese nicht binnen der verlängerten Angebotsfrist eingereicht haben, unzulässig. Diejenigen Bieter, die ihre Unterlagen vollständig und fristgerecht eingereicht haben, haben aus Gleichbehandlungsgründen einen Anspruch auf Ausschluss der Mitbewerber.
5. **Beiladungen** durch die Vergabekammer gemäß § 109 GWB kann das Beschwerdegericht aufheben, wenn Beigeladene nach Verfahrenstrennung nicht mehr schwerwiegend in ihren Interessen berührt sind. Den ehemals Beigeladenen steht in dem betreffenden Verfahren kein Kostenerstattungsanspruch zu.

*Vergabekammer Schwerin*, Beschl. v. 01.08.2008 - 3 VK 06/08 - verwarf den Nachprüfungsantrag von 18 bisher als Leistungserbringer zugelassenen erfolglosen Bietern in einem Vergabeverfahren zum Abschluss von Versorgungsverträgen gemäß § 127 SGB V für den Zeitraum vom 01.07.2008 bis zum 30.06.2010 über Leistungen zur Versorgung mit Gehhilfen und Kranken-/Behindertenfahrzeugen entsprechend der Produktuntergruppen des Hilfsmittelverzeichnisses 10.46.01, 10.46.02, 10.50.04 sowie 18.46.02, 18.46.03, 18.50.02, 18.99.04 und 18.99.05, das **LSG** wies die sofortige Beschwerde zurück.

## B) BVERFG: KEINE VERFASSUNGSBESCHWERDE GEGEN HILFSMITTELAUSSCHREIBUNG

*BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 01.03.2010 - 1 BvR 2380/09 -*

RID 10-02-151

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

SGB V §§ 33 VI, 126 II 3 HS 2, 127; GG Art. 12 I, 14

Die Verfassungsbeschwerde gegen **LSG Mecklenburg-Vorpommern**, Beschl. v. 24.08.2009 – L 6 B 171/09 – RID 10-02-150 und - L 6 B 173/09 – wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die aufgrund einer nach altem Recht erteilte Zulassung als Leistungserbringer ist durch die Änderung der Rechtslage zum 01.01.2010 entfallen. Ehemalige Leistungserbringer können ein Begehren, aufgrund der früheren Zulassung weiterhin zur Versorgung berechtigt zu sein, durch eine Aufhebung einer Hilfsmittelausschreibung nicht mehr erreichen.

## 5. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE: VERTRAUENSCHUTZ NUR BZGL. BEANTRAGTER LEISTUNGEN

*LSG Bayern, Urt. v. 10.12.2009 – L 4 KR 103/07 –*

RID 10-02-152

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

SGB V §§ 37, 132, 132a; BGB §§ 812 ff.

Der Versicherte und auch der Leistungserbringer können in der Zeit zwischen der vollständigen und zeitgerechten Antragstellung bis zur Entscheidung durch die Krankenkasse darauf vertrauen, dass die in dieser Zeit erforderlichen und erbrachten Leistungen von der Krankenkasse übernommen werden. Dieser Vertrauensschutz kann sich nur auf die Leistungen erstrecken, die vom Vertragsarzt verordnet und bei der Kasse beantragt wurden. Wurden die Leistungen nicht beantragt, so kann sich die Leistungserbringerin nicht auf Vertrauensschutz berufen.

*SG Nürnberg*, Urt. v. 31.01.2007 - S 7 KR 221/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## X. Angelegenheiten der Krankenkassen

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B XI (S. 62).

### 1. BVERFG: VERFASSUNGSBESCHWERDE GEGEN DIE HÖHE DES BUNDESZUSCHUSSES ZUR GKV

*BVerfG, Beschl. v. 07.04.2010 – 1 BvR 810/08 –*

RID 10-02-153

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

SGB V § 221 I; GG Art. 3 I, 6 I

Eine Verfassungsbeschwerde eines privat Krankenversicherten, die sich gegen die Höhe des Bundeszuschusses zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 221 Abs. 1 SGB V i.d.F.d. GKV-WSG v. 26.03.2007) richtet, wird nicht zur Entscheidung angenommen, weil der Beschwerdeführer durch die Bestimmung nicht unmittelbar beschwert ist.

## 2. BONUS FÜR NORMALGEWICHTIGE UND NICHTRAUCHER OHNE ÄRZTLICHEN NACHWEIS

**LSG Hessen, Beschl. v. 08.02.2010 – L 8 KR 294/09 B ER –**

**RID 10-02-154**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de  
SGB V §§ 65a, 69 I; SGG § 86b II

Die Krankenkassen haben in ihrem Wettbewerb untereinander die allgemeinen **Wertmaßstäbe des UWG** zu beachten (so LSG Hessen, Beschl. v. 30.04.2007 – L 8 KR 199/06 ER – RID 07-02-180). Wird bei der **Werbung** die Pflicht zur sachbezogenen Information und zur Rücksichtnahme auf die Belange der anderen Krankenversicherungsträger nicht beachtet, kann sich daraus ein Anspruch des berechtigten Trägers auf Unterlassung der unzulässigen Werbemaßnahmen ergeben (SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.02.2006 – S 21 KR 103/06 ER – RID 06-02-161 unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 31.03.1998 – B 1 KR 9/95 - SozR 3 2500 § 4 Nr. 1).

Es ist nicht wettbewerbswidrig, wenn eine gesetzliche Krankenkasse **Normalgewichtigen und Nichtraucher** einen **Bonus** gewährt und insoweit auf einen ärztlichen Nachweis verzichtet. Es liegt im Rahmen der Entscheidungskompetenz der Krankenkasse, die Erklärungen der Versicherten zu beurteilen.

Die AOK Hessen beanstandete die praktische Handhabung der Bonusregelung einer BKK, die ihren Mitgliedern u.a. dann einen Bonus gewährt, wenn deren Body-Maß-Index zwischen 18 und 27 liegt und sie seit mindestens sechs Monaten Nichtraucher sind. Die AOK warf der BKK vor, dass diese hierfür keine ärztliche Bestätigung verlange, sondern auf die bloße Erklärung der Versicherten vertraue. **SG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 02.10.2009 - S 18 KR 452/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## 3. ERSTATTUNGSSTREITVERFAHREN: STATUSENTSCHEIDUNG BINDET SGB-XII-LEISTUNGSTRÄGER

**LSG Hessen, Urt. v. 15.03.2010 – L 1 KR 47/08 –**

**RID 10-02-155**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de  
SGB X §§ 44, 86, 104

**Leitsatz:** Eine Entscheidung über die Versicherteneigenschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Statusentscheidung, die bei Bestandskraft nicht in einem Erstattungsstreitverfahren zu überprüfen ist. Sie ist vom SGB-XII-Leistungsträger als verbindlich hinzunehmen, auch wenn sie rechtswidrig ist.

**SG Kassel**, Urt. v. 09.01.2008 - S 12 KR 248/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## XI. Kosten: Gerichtsgebühren für sofortige Beschwerden nach § 142a SGG

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.05.2010 – L 21 KR 45/09 SFB –**

**RID 10-02-156**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§

Ein Streitwert ist auch bei sofortigen Beschwerden nach § 142a I SGG i.V.m. § 116 I u. II GWB **entgegen BSG**, Beschl. v. 01.09.2009 - B 1 KR 1/09 D - SozR 4-1500 § 142a Nr. 2 = juris Rn. 20 u. v. 11.09.2009 - B 1 KR 3/09 D - SozR 4-1500 § 142a Nr. 3 = juris Rn. 15 festzusetzen.

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 24.08.2009 – L 21 KR 45/09 SFB – RID 09-04-143 entschied über einen Nachprüfungsantrag zur Vergabe von Kontrastmitteln. Das **LSG** hat die Sache vor dem Hintergrund der beabsichtigten Abweichung gemäß § 142 IV 1 SGG dem BSG vorgelegt.

## XII. Entscheidungen des BSG

### 1. KRYOKONSERVIERUNG WEGEN EINER DROHENDEN EMPFÄNGNISUNFÄHIGKEIT INFOLGE CHEMOTHERAPIE

**BSG, Urt. v. 17.02.2010 – B 1 KR 10/09 R – SozR 4-2500 § 27 Nr. 18**

**RID 10-02-157**

**Leitsatz:** 1. **Krankheit** ist nicht nur der krankheitsbedingte Eintritt der Empfängnisunfähigkeit, sondern auch die wegen der Therapie einer Krankheit konkret drohende Empfängnisunfähigkeit.

2. Der Versicherungsfall der Krankheit ist in **Abgrenzung** zu dem Versicherungsfall der **Herbeiführung einer Schwangerschaft** betroffen, wenn die Behandlung dazu führen soll, auf natürlichem Weg Kinder zu zeugen.

## 2. KOSTENERSTATTUNG: FEHLENDER KAUSALZUSAMMENHANG

*BSG, Beschl. v. 01.04.2010 – B 1 KR 114/09 B –*

RID 10-02-158

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 22.07.2009 – L 5 KR 1080/09 – wird als unzulässig zurückgewiesen.

Das BSG hat dazu entschieden, dass eine vorherige Entscheidung der KK auch dann nicht entbehrlich ist, wenn die **Ablehnung des Leistungsbegehrens** - etwa aufgrund von Erfahrungen aus anderen Fällen - **von vornherein feststeht** (BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 12, Rn. 13).

## 3. ARZNEIMITTELHERSTELLERRABATT

*BSG, Urt. v. 27.10.2009 – B 1 KR 7/09 R – SozR 4-2500 § 130a Nr. 4*

RID 10-02-159

**Leitsatz:** Die Abgabe von verschreibungs- und apothekenpflichtigen, aus Blutplasma hergestellten Fertigarzneimitteln durch Apotheken an Endverbraucher auf ärztliche Verordnung hin unterliegt dem Arzneimittelherstellerrabatt unabhängig davon, dass es auch andere Vertriebsformen ohne Rabattierungspflicht gibt.

## 4. HEILMITTELERBRINGER: PRÜFUNG DER ÄRZTLICHEN VERORDNUNG

*BSG, Urt. v. 27.10.2009 – B 1 KR 4/09 R –*

RID 10-02-160

Ein Heilmittelerbringer muss den Inhalt der ärztlichen Verordnung insoweit prüfen, als er Leistungen zu Lasten der Krankenkassen nur erbringen darf auf Basis einer gültigen Verordnung mit den für eine wirksame und wirtschaftliche Heilmitteltherapie notwendigen ärztlichen Angaben.

## 5. VERFAHRENSRECHT

### A) ZUSTÄNDIGKEIT: ABGRENZUNG VERTRAGSARZTRECHT/KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

*BSG, Beschl. v. 10.3.2010 - B 3 KR 36/09 B - Az. des Großen Senats: GS 1/10*

RID 10-02-161

juris

Dem **Großen Senat** des BSG werden folgende **Rechtsfragen zur Entscheidung vorgelegt:**

- Handelt es sich bei der Streitigkeit über die Rechtmäßigkeit einer Schiedsstellenentscheidung zur Vergütung der Leistungen einer zahnärztlichen Hochschulambulanz um eine krankensicherungsrechtliche Streitigkeit im Sinne von § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG oder um eine vertragsarztrechtliche Streitigkeit im Sinne von § 10 Abs. 2 SGG?
- Nach welchen Kriterien ist die besondere Zuständigkeit einer Kammer/eines Senats für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts (§ 10 Abs. 2 SGG) von der allgemeinen Zuständigkeit einer Kammer/eines Senats für Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG) abzugrenzen?

S.a. SG Berlin, Urt. v. 13.01.2010 – S 83 KA 588/07 – RID 10-02-75 und die dort gegebenen Hinweise.

### B) MITENTSCHEIDUNG EINER WEGEN BEFANGENHEIT ABGELEHNTEN RICHTERIN

*BSG, Beschl. v. 17.12.2009 – B 3 KR 32/09 B –*

RID 10-02-162

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 12.02.2009 – L 1 KR 361/07 – ist begründet; die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen.

Hat eine abgelehnte Richterin über das gegen sie gerichtete Befangenheitsgesuch als Vorsitzende mit zwei anderen Richterinnen entschieden, weil sie es lediglich nicht für „substantiiert begründet“ gehalten haben, so wird das Selbstentscheidungsrecht unzulässig auf Fälle der mangelnden Begründetheit eines Ablehnungsgesuchs ausgedehnt. Um einen sonst vorliegenden Verstoß gegen Art 101 Abs. 1 Satz 2 GG zu vermeiden, dürfte ein derart vereinfachtes Ablehnungsverfahren nicht einmal auf Situationen „offensichtlicher Unbegründetheit“ des Ablehnungsgesuchs erstreckt werden (vgl. BVerfGK 5, 269 = NJW 2005, 3410, juris Rn. 55 m.w.N.).

S. bereits *BSG*, Beschl. v. 27.10.2009 – B 1 KR 51/09 B – RID 10-01-205 u. – B 1 KR 68/09 B – juris.

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. APPROBATION

##### A) MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURG: APPROBATION ALS ZAHNARZT ERFORDERLICH

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.01.2010 – 13 A 2017/07 –*

RID 10-02-163

juris

ZHG §§ 1 I, 13, 18; GOÄ § 6 I; EGRL 36/2005; GG Art. 3 I, 12 I

**Leitsatz:** Die Durchführung zahnmedizinischer Maßnahmen im Rahmen der von einer Landesärztekammer anerkannten Gebietsbezeichnung "Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie" setzt eine Approbation (auch) als Zahnarzt voraus.

*VG Minden, Urt. v. 14.05.2007 – 7 K 3250/06 – RID 07-02-203* wies die Klage ab, das *OVG* die Berufung zurück.

##### B) WIDERRUF DER APPROBATION

##### AA) BVERFG: ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG – UNWÜRDIGKEIT/VERTRAUEN DER ALLGEMEINHEIT

*BVerfG, Beschl. v. 08.04.2010 – 1 BvR 2709/09 –*

RID 10-02-164

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 12 I, 19 IV; BVerfGG §§ 32, 93d II; VwGO § 80; BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

*VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 29.09.2009 – 9 S 1783/09 – RID 09-04-164* wird aufgehoben.

Die von den Gerichten bestätigte Abweichung von der im Gesetz grundsätzlich vorgesehenen aufschiebenden Wirkung des Rechtsbehelfs stellt einen selbständigen Eingriff dar. Ein derartiges präventives Berufsverbot ist nur unter strengen Voraussetzungen zur Abwehr konkreter Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter und unter strikter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit statthaft. **Die hohe Wahrscheinlichkeit, dass das Hauptsacheverfahren zum Nachteil des Betroffenen ausgehen wird, reicht nicht aus.** Die Anordnung der sofortigen Vollziehung setzt vielmehr voraus, dass überwiegende öffentliche Belange es rechtfertigen, den Rechtsschutzanspruch des Betroffenen gegen die Grundverfügung einstweilen zurückzustellen, um unaufschiebbare Maßnahmen im Interesse des allgemeinen Wohls rechtzeitig in die Wege zu leiten. Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, hängt von einer Gesamtwürdigung der Umstände des Einzelfalls und insbesondere davon ab, ob eine weitere Berufstätigkeit schon vor Rechtskraft des Hauptsacheverfahrens konkrete Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter befürchten lässt. (vgl. BVerfGE 44, 105 <117 f.>; BVerfGK 2, 89 <94>; BVerfG, 1. Sen. 3.Ka., Beschl. v. 19.12.2007 – 1 BvR 2157/07 – RID 08-03-190)

Wird davon ausgegangen, jede weitere Tätigkeit als eines für diesen Beruf unwürdigen Arztes gefährde das hochrangige Gemeinschaftsgut der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Gestalt des hierfür unerlässlichen Vertrauens der Allgemeinheit in die Ärzteschaft, wird hingegen eine Wiederholungsgefahr nicht gesehen, so beruht die Feststellung der Gefahr, der mit der Anordnung der sofortigen Vollziehung begegnet werden soll, damit ausschließlich auf der Annahme der Unwürdigkeit des Arztes. Allein die Überzeugung, dass die Voraussetzungen der Grundverfügung vorliegen, erlaubt indes nicht deren sofortige Vollziehung.

Art. 19 Abs. 4 GG gewährt nicht nur das formelle Recht und die theoretische Möglichkeit, die Gerichte anzurufen, sondern auch die Effektivität des Rechtsschutzes; der Grundrechtsträger hat einen substantiellen Anspruch auf eine tatsächlich wirksame gerichtliche Kontrolle.

Zur Vorgeschichte s. *BVerfG*, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.11.2009 – 1 BvR 2709/09 – RID 10-01-208, das die sofortige Vollziehung vorläufig aussetzte.

## **BB) BERUFLICHER ZUSAMMENHANG BEI STEUERHINTERZIEHUNG UND VERUNTREUENS VON ARBEITSENTGELT**

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.03.2010 – 13 A 2837/09 –*

**RID 10-02-165**

<sup>juris</sup>  
ZHG §§ 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1

Der Widerruf der Approbation als Zahnarzt wegen Unzuverlässigkeit oder Unwürdigkeit ist auch gerechtfertigt, wenn zum Zeitpunkt des Widerrufs der Approbation noch kein rechtskräftiges Strafurteil vorgelegen hat.

Eine strafrechtliche Verurteilung wegen in Zusammenhang mit der Berufsausübung stehender gemeinschaftlicher Steuerhinterziehung in mehreren Fällen (mehr als 340.000 € in sechs Jahren) sowie weitere strafrechtliche Delikte, in Bezug auf den Kläger u. a. wegen Vorenthaltens und Veruntreuens von Arbeitsentgelt (Vorenthaltung von Arbeitnehmeranteilen zur Sozialversicherung von weit über 20.000 €), rechtfertigen die Annahme eines schwerwiegenden Fehlverhaltens bei der Einhaltung der beruflichen Verpflichtungen als Zahnarzt/Zahnärztin und, abgestellt auf den maßgebenden Zeitpunkt der Widerrufsverfügungen, die prognostische Einschätzung der Beklagten, dass bei den Klägern nicht die Gewähr für eine künftige ordnungsgemäße Ausübung des Zahnarztberufs bestehe.

## **C) RUHEN DER APPROBATION: ZWEIFEL AN DER VÖLLIGEN ALKOHOLABSTINENZ**

*OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.03.2010 – 13 B 177/10 –*

**RID 10-02-166**

<sup>juris</sup>  
ZHG §§ 2 I 1 Nr. 3, 5 I Nr. 2; VwGO § 80 V; GG Art. 12 I

**Leitsatz:** Anordnung des Ruhens einer zahnärztlichen Approbation bei Hinweisen auf schädlichen Alkoholgenuss und fehlendem Nachweis einer für die Eignung zur Ausübung des Berufs geforderten völligen Alkoholabstinenz; Anordnung der sofortigen Vollziehung.

Im Juni 2003 verurteilte das AG die Ast., eine niedergelassene Kieferorthopädin, wegen fahrlässiger Trunkenheit im Verkehr zu einer Geldstrafe und ordnete eine Sperre für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis an. Im Mai 2008 verurteilte das LG die Antragstellerin wegen fahrlässiger Tötung in Tateinheit mit vorsätzlichem Fahren ohne Fahrerlaubnis und vorsätzlicher Gefährdung des Straßenverkehrs (alkoholbedingter Unfall auf der Autobahn) zu einer Freiheitsstrafe von 2 Jahren, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. Während der Strafverfahren und danach wurden in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum der Ast. mehrere ärztliche Gutachten u.a. zu ihrer gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Berufs als Zahnärztin erstellt. Im Juni 2009 ordnete die Ag. das Ruhen der Approbation der Ast. als Zahnärztin und die sofortige Vollziehung der Verfügung an. Nach deren zwischenzeitlicher Aufhebung durch Vergleich vor dem VG Aachen im Juli 2009 ordnete die Ag. die sofortige Vollziehung im November 2009 erneut an. *VG Aachen*, Beschl. v. 03.06.2009 – 5 K 1072/09 - wies den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab, das *OVG* die Beschwerde zurück.

## **2. ZULÄSSIGE BEZEICHNUNG „TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT LASERBEHANDLUNG“**

*VG Gelsenkirchen, Urt. v. 31.03.2010 – 7 K 3164/08 –*

**RID 10-02-167**

<sup>juris</sup>  
HeilBerG SH § 6; GG Art. 12 I; VwGO § 154 I

Die Bezeichnung „Tätigkeitsschwerpunkt Laserbehandlung“ lässt sich unter Beachtung der Freiheit der Berufsausübung, die dem (Zahn-)Arzt grundsätzlich auch Werbung für seine Tätigkeit erlaubt, nicht untersagen.

## **3. BERUFSPFLICHTEN: AUSHÄNDIGUNG DES LEICHENSCHAUSCHEINS/BEANTWORTUNG VON ANFRAGEN DER ÄRZTEKAMMER**

*VG Gießen, Urt. v. 15.02.2010 – 21 K 1466/09. GLB –*

**RID 10-02-168**

<sup>juris</sup>  
ÄBerufsO HE §§ 2 VI; GOÄ § 12 IV; HeilBerG HE § 22; BestattG HE 2007 Anl. 1 Abs. 5

Das Verlangen eines Notarztes, den Leichenschauschein nur Zug um Zug gegen die Zahlung von 200 € in bar herauszugeben, stellt einen Verstoß gegen § 22 HeilbG i.V.m. § 12 I, IV und Anlage I Abs. 5 des Hessischen Friedhofs- und Bestattungsgesetzes dar.

Zur ärztlichen Berufsausübung gehört auch der Umgang mit der Standesvertretung. Schreiben, welche die Kammer in Ausübung der ihr übertragenen Aufgaben - hier: § 5 Abs. 1 Nr. 1 HeilbG - an die Kammermitglieder richten, habe diese sachlich und zeitnah zu beantworten.

Das *VG* erlegte der Ärztin unter Erteilung eines Verweises eine Geldbuße in Höhe von 1.500,- € auf.

#### 4. STRAFRECHT: VERTRAGSARZT ALS BEAUFTRAGTER DER KRANKENKASSE (BESTECHLICHKEIT, § 299 STGB)

*OLG Braunschweig, Beschl. v. 23.02.2010 – Ws 17/10 –*

RID 10-02-169

juris

StGB § 299; ApoG §§ 11 I, 25 I

**Leitsatz:** 1. Bei einem niedergelassenen Kassenarzt handelt es sich um einen Beauftragten des geschäftlichen Betriebes einer Krankenkasse i.S.d. § 299 StGB, soweit es um die Verordnung von Medikamenten geht.

2. Als Unrechtsvereinbarung i.S.d. § 299 StGB kommen insbesondere Verstöße gegen die in § 11 Abs. 1 ApoG verbotenen Handlungen (Rechtsgeschäfte oder Absprachen, die eine bevorzugte Lieferung bestimmter Arzneimittel, die Zuführung von Patienten, die Zuweisung von Verschreibungen zum Gegenstand haben) in Betracht.

#### 5. ZIVILES VERTRAGSRECHT/ARZTRECHT

##### A) BGH: VERGÜTUNGSANSPRUCH DES BEAUFTRAGTEN LABORARZTES FÜR NICHT NOTWENDIGE BLUTUNTERSUCHUNG

*BGH, Urt. v. 14.01.2010 – III ZR 188/09 –*

RID 10-02-170

www.bundesgerichtshof.de = NJW 2010, 1200 = GesR 2010, 191 = JZ 2010, 466 = MDR 2010, 494

GOÄ § 1 II 1

**Leitsatz:** Beauftragt der behandelnde Arzt einen externen Laborarzt im Namen seines Privatpatienten mit einer humangenetischen Blutuntersuchung, die objektiv für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ nicht erforderlich ist, steht dem Laborarzt gegen den Patienten ein Vergütungsanspruch auch dann nicht zu, wenn der Laborarzt den ihm erteilten Auftrag fehlerfrei erfüllt und auf der Grundlage seines Kenntnisstands keine Veranlassung hatte, die Erforderlichkeit der Untersuchung in Zweifel zu ziehen.

##### B) BGH: QUERSUBVENTIONIERUNG VON LABORGEMEINSCHAFTEN II

*BGH, Urt. v. 17.09.2009 – I ZR 103/07 –*

RID 10-02-171

www.bundesgerichtshof.de = GesR 2010, 197 = WRP 2010, 531 = Magazindienst 2010, 378 = MDR 2010, 472 = GRUR 2010, 365

**Leitsatz:** Wird eine Beweisaufnahme von Amts wegen angeordnet, ist die materiell beweisbelastete Partei nicht Beweisführer i.S. von § 379 Satz 1 ZPO; die Durchführung der Beweisaufnahme darf in diesem Fall nicht davon abhängig gemacht werden, dass die beweisbelastete Partei einen Auslagenvorschuss zahlt.

Der *BGH* hat die Sache erneut zurückverwiesen an das OLG; **vorausgegangen:** *BGH*, Urt. v. 21.04.2005 – I ZR 201/02 – RID 06-01-168 (Quersubventionierung von Laborgemeinschaften I).

##### C) SITTENWIDRIGER KAUFPREIS FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

*LG München I, Urt. v. 16.11.2009 – 23 O 13866/06 –*

RID 10-02-172

BGB § 138

Der Verkauf einer psychotherapeutischen Praxis zu 48.000 € ist als wucherähnliches Geschäft nach § 138 Abs. 1 BGB nichtig, wenn der Wert der Praxis nur 9.200 € beträgt.

Der kl. Psychotherapeut verlangte von der Praxiskäuferin die Bezahlung des vereinbarten Kaufpreises von 48.000 € für die Überlassung der Praxis (ohne Räume). Die Beklagte war vom Zulassungsausschuss ausgewählt worden, zahlte jedoch den Kaufpreis nicht. Sie argumentierte, eine Praxis nebst Inventar und Patientenstamm sein nicht übergeben worden. Der Kl. habe lediglich die Zulassung verkaufen wollen, was nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften nicht zulässig ist. Daher sei der Vertrag sittenwidrig und nichtig. Das Gericht gab ein Sachverständigengutachten in Auftrag, das den Wert der Praxis nach einer modifizierten Ertragswertmethode auf 9.200 € festlegte. Das LG hob das Vorbehaltsurt. v. 26.01.2007 (Urkundsverfahren) auf, soweit ein Betrag über 9.200 € ausgeurteilt worden war und wie im Übrigen die Klage zurück.

Zur Prüfung des Kaufpreises mit Verkehrswert durch Zulassungsgremien s. *SG Reutlingen*, Urt. v. 25.11.08 – S 1 KA 618/08 – RID 09-04-44 (Berufung anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 5 KA 1323/09 -); *LSG Baden-Württemberg*, B. v. 22.11.2007 – L 5 KA 4107/07 ER-B – RID 08-01-69.

## 6. KAMMERN: BEITRAG BEI DOPPELMITGLIEDSCHAFT IN ZWEI ZAHNÄRZTEKAMMERN

*VG Münster, Urt. v. 10.02.2010 – 3 K 2222/08 –*

RID 10-02-173

juris  
GG Art. 3 I

Ein Anknüpfen an die vermutete Leistungsfähigkeit der Kammermitglieder ist im Grundsatz rechtlich nicht zu beanstanden. Eine Beitragstabelle verstößt jedoch gegen Art. 3 I GG, wenn sie eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung bei der Heranziehung von Doppelapprobierten gegenüber den Mitgliedern in zwei Zahnärztekammern (Doppelmitglieder) beinhaltet (hier: während die Doppelapprobierten nur 50 % des jeweiligen Beitragssatzes zahlen bzw. sofern sie ausschließlich ärztlich tätig sind, sogar nur 84 €, ist eine Beitragsermäßigung für Doppelmitglieder nicht vorgesehen).

## II. Arzthaftung

### 1. AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN

#### A) KEINE AUFKLÄRUNG ÜBER ZUGANGSWEG ZUM HÜFTGELENK (HÜFTTOTALENDOPROTHESE)

*LG Magdeburg, Urt. v. 13.01.2010 – 9 O 1890/08 –*

RID 10-02-174

juris  
BGB § 823

Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten kann unter Umständen auch die **Unterrichtung über alternative Behandlungsmöglichkeiten** erfordern. Stehen für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere Behandlungsmethoden zur Verfügung, die zu jeweils unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen bieten, muss der Patient - selbstverständlich nach sachverständiger und verständnisvoller Beratung des Arztes - selbst prüfen können, was er an Belastungen und Gefahren im Hinblick auf möglicherweise unterschiedliche Erfolgchancen der verschiedenen Behandlungsmethoden auf sich nehmen will (vgl. OLG Naumburg NJOZ 2004, 1965, 1972). Behandlungsmethoden (hier: operative Zugangswege zum Hüftgelenk), die in den Belastungen, Risiken und Erfolgchancen keine erheblichen Unterschiede aufweisen, erfordern keine zusätzliche Aufklärung.

#### B) AUFKLÄRUNG ÜBER OPERATIONSTYPISCHES (SELTENES) RISIKO (HIER: ENDONASALER SIEBBEINEINGRIFF)

*OLG Koblenz, Beschl. v. 17.11.2009 – 5 U 967/09 –*

RID 10-02-175

juris = MDR 2010, 443  
BGB §§ 253, 276, 611, 823

Nach der eindeutigen BGH-Rspr. ist vor **endonasalen Siebbeineingriffen** über das **operationstypische (seltene) Risiko** von Sehstörungen bis hin zur äußerst seltenen Erblindung aufzuklären (BGH NJW 1994, 793). Es mag zwar für einen HNO-Arzt auf der Hand, dass jede Sanierung der Kieferhöhle regelhaft auch die vorderen Teile des Siebbeines, somit das Risiko der Verletzung der Augenhöhle umfasst, nicht aber für einen Laien. Im persönlichen Aufklärungsgespräch ist auch über seltene Risiken aufzuklären, wenn sie für den Eingriff spezifisch sind und ihre Verwirklichung die Lebensführung des Patienten schwer belasten. Dabei verbietet sich jegliche Verharmlosung (BGH a.a.O). Die Antwort des Arztes auf die Frage einer möglichen Verletzung des Auges, dass ihm „solches noch nicht vorgekommen“ sei, ist eine unzulässige Verharmlosung eines operationstypischen, nicht ganz seltenen Risikos, das bei seiner Verwirklichung gravierende Folgen haben kann. Sie verhindert im Endeffekt ein weiteres Nachfragen des Patienten, weil er damit gewissermaßen die Qualifikation des Operators in Zweifel ziehen würde.

### C) NICHT BEWIESENES AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH VOR KOLOSKOPIE

*OLG Oldenburg, Urt. v. 27.02.2009 - 5 U 43/08 -*

RID 10-02-176

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I

**Leitsatz:** 1. Die vier Monate vor einer Koloskopie erfolgte **Aushändigung eines Perimed-Bogens**, den der Patient am Behandlungstage dem Personal des Arztes übergibt, ersetzt nicht das erforderliche **Aufklärungsgespräch** zwischen Arzt und Patient.

2. Der **Einwand der hypothetischen Einwilligung** muss bereits in erster Instanz erhoben werden, wenn aufgrund eines Beweisbeschlusses in Betracht zu ziehen ist, dass eine Verurteilung wegen unzureichender Aufklärung erfolgen könnte. Dies gilt auch, wenn anschließend ein Sachverständiger die Aufklärung aus medizinischer Sicht für ausreichend erachtet.

### D) ZU SPÄT OPERIERTER BANDSCHEIBENVORFALL: AUFKLÄRUNG/SCHMERZENSGELD

*OLG Koblenz, Urt. v. 29.10.2009 - 5 U 55/09 -*

RID 10-02-177

juris = VersR 2010, 480 = GesR 2010, 199

**Leitsatz:** 1. Deutet das klinische Bild auf einen massiven, bei konservativem Vorgehen möglicherweise irreversiblen Schaden, ist die Operation eines Bandscheibenvorfalles dringend indiziert. Darüber ist der Patient aufzuklären. **Unterbleibt die Aufklärung**, ist davon auszugehen, dass er sich beratungsgemäß verhalten hätte.

2. Werden Bandscheibenteile, die wahrnehmbar in den Spinalkanal eingedrungen sind, nicht entfernt, liegt darin ein grober **Behandlungsfehler**. Gleiches gilt für eine Verletzung der Dura an drei Stellen, die einem erfahrenen Operateur schlechterdings nicht unterlaufen darf.

3. 180.000 Euro **Schmerzensgeld** bei weitreichenden Lähmungserscheinungen der unteren Körperteile mit Sexualstörungen und depressiven Verstimmungen.

### E) KORREKTUR-OPERATION DER BRUST: KEINE FOTOS MISSGLÜCKTER OPERATIONEN

*OLG München, Urt. v. 22.04.2010 - 1 U 3807/09 -*

RID 10-02-178

juris

BGB § 823

Bei einer **Korrektur-Operation der Brust** reicht die Aufklärung über das Risiko einer Kapselbildung aus, wenn auch erläutert wird, dass das Implantat nach oben wandern kann und in seltenen Fällen die Brust sich verformt. Es bedarf keines ausdrücklichen Hinweises, dass sich bei Eintritt dieser Komplikation ein gegenüber dem präoperativen Zustand noch unbefriedigenderes ästhetisches Ergebnis ergeben kann. Die Aufzählung der möglichen Folgen dieser Komplikation wie Verformung der Brust reicht aus, um den Patienten vor Augen zu führen, dass die Operation misslingen kann und sich der Zustand bei Eintritt der Komplikation auch verschlechtern kann. **Fotos** müssen zur Aufklärung nicht vorgelegt werden. Ein Arzt ist nicht verpflichtet, durch Vorlage von Fotos missglückter Operationen beziehungsweise nicht ohne Komplikationen verlaufener postoperativer Heilungsverläufe die Patientin von einer Operation abzuhalten.

### 2. UNTERLASSEN EINER DESINFEKTION VOR INJEKTIONSBEHANDLUNG DURCH NOTÄRZTIN

*OLG Naumburg, Urt. v. 20.08.2009 - 1 U 86/08 -*

RID 10-02-179

juris = VersR 2010, 216 = GesR 2010, 73

BGB §§ 249, 253, 280 I

**Leitsatz:** 1. Vor einer **Injektion im Hals-Schulter-Bereich** ist die betroffene Hautstelle des Patienten gründlich (z.B. bei Verwendung eines Desinfektionssprays durch Besprühen, anschließendes Wischen und erneutes Sprühen einer nachfolgenden mindestens dreißig Sekunden anhaltenden Einwirkzeit) zu **desinfizieren**. Dies gilt auch beim notärztlichen Einsatz in einem häuslichen Umfeld.

2. Bei einem sog. „**Quaddeln**“ ist eine vorherige **Desinfektion** der Hände des behandelnden Arztes oder das Anlegen von Einweg-Handschuhen erforderlich.

3. **Schmerzensgeld** in Höhe von 10.000 € bei einem groben Behandlungsfehler (vollständiges Unterlassen einer Desinfektion vor einer Injektionsbehandlung durch eine Notärztin, Folge: Blutvergiftung <Sepsis> mit einer beatmungspflichtigen Störung der äußeren Atmung und beginnendem Funktionsversagen von Leber und Niere; sechswöchige stationäre Behandlung, überwiegend intensivmedizinisch; Absterben des Bindegewebes an beiden Unterarmen mit anschließenden Verwachsungen und Narbenbildung).

### 3. SCHMERZENSGELD: VERSEHENTLICHES BELASSEN EINER TAMPONADE

*OLG München, Urt. v. 05.11.2009 - 24 U 334/08 -*

RID 10-02-180

www.gesr.de  
BGB § 252 II

**Leitsatz:** Ein **Schmerzensgeld** von 20.000 € ist angemessen, wenn ein HNO-Arzt bei einer Operation eine zur Stillung der Blutung verwendete Tamponade versehentlich in der Nasennebenhöhle und Stirnhöhle der Patientin belässt und sie dadurch über eine Zeit von 3 ½ Jahren an häufigen Fieberzuständen, Kopfschmerzen und Müdigkeit leidet sowie als Dauerfolge den Geruchssinn weitgehend verliert und immer noch häufig an Kopfschmerzen leidet.

### 4. SCHMERZENSGELD NACH TOD (ANÄSTHESIEFEHLER BEI SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH)

*LG Bochum, Urt. v. 27.01.2010 - 6 O 78/08 -*

RID 10-02-181

BeckRS 2010 06257  
BGB §§ 249, 253, 823, 1922

Die Bemessung des **Schmerzensgeldes** bei einer Körperverletzung, an deren Folgen der Verletzte alsbald verstirbt (hier: **grober Behandlungsfehler des Anästhesisten bei Schwangerschaftsabbruch**), erfordert insoweit eine **Gesamtbetrachtung** der inmateriellen Beeinträchtigung unter besonderer Berücksichtigung von Art und Schwere der Verletzung, des hierdurch bewirkten Leidens und dessen Wahrnehmung durch den Verletzten wie auch des Zeitraums zwischen Verletzung und Eintritt des Todes. Angesichts der Schwere der durch die Verstorbenen erlittenen Verletzungen und des genannten Zeitraums zwischen Körperverletzung und Todeseintritt unter Einschluss der im Koma (10 Tage) verbrachten Zeit ist das zugesprochene Schmerzensgeld (hier: 20.000 € u. weitere 10.000 € für die Mutter der Verstorbenen wegen posttraumatischer Belastungsstörung) unter Berücksichtigung aller den Schadensfall prägender Umstände angemessen, aber auch ausreichend.

### 5. LAGERUNG DES PATIENTEN WÄHREND OPERATION

*OLG Koblenz, Urt. v. 22.10.2009 - 5 U 662/08 -*

RID 10-02-182

juris = GesR 2010, 70  
BGB §§ 249, 253, 280 I

**Leitsatz (GesR):** 1. Die Darlegung und **Beweislast** für die technisch richtige Lagerung des Patienten während einer Operation trifft die Behandlungsseite. An den Nachweis sind maßvolle, den Klinikalltag berücksichtigende Anforderungen zu stellen.

2. Die Beweislast kann anders verteilt sein, wenn eine **Prädisposition des Patienten** bestand, dieser Umstand jedoch weder offen zutage lag noch offenbart wurde.

3. Ein selbst in einem operativem Fach tätiger langjährig berufserfahrener Arzt muss als Patient nicht über das Risiko eines Lagerungsschadens **aufgeklärt** werden.

### 6. UNTERBRINGUNG EINES PSYCHOTISCHEN PATIENTEN ZUR VERHINDERUNG VON SUIZID

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 27.10.2009 - 8 U 170/07 -*

RID 10-02-183

juris = GesR 2010, 68 = RDG 2010, 29  
FrhEntzG Hessen § 10

**Leitsatz:** Anforderungen an ein Allgemeinkrankenhaus zur Unterbringung eines akut psychotischen Patienten zwecks Verhinderung von Selbstgefährdung/Suizid.

### 7. HAFTUNG WEGEN DER GEBURT EINES BEHINDERTEN KINDES

*OLG Stuttgart, Beschl. v. 31.08.2009 - 1 W 33/09 -*

RID 10-02-184

juris = GesR 2010, 142  
BGB § 823; StGB § 218a

**Leitsatz:** 1. Eine Haftung des die Schwangerschaft betreuenden Arztes wegen der Geburt eines behinderten Kindes auf Ersatz der damit verbundenen Unterhaltsbelastung kommt nur in Betracht, wenn feststeht, dass die Schwangerschaft bei zutreffender Diagnostik hätte **rechtmäßig abgebrochen** werden dürfen. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Abbruch auch **tatsächlich** erfolgt wäre.

2. Diese Voraussetzungen hat im Streitfall der **Patient zu beweisen**.

3. Wird der hypothetische Schwangerschaftsabbruch auf § 218a Abs. 2 StGB gestützt, so genügen bloße Beeinträchtigungen der Eltern in der Lebensplanung oder Einschränkungen in ihrer Lebensführung nicht. Auch eine **schwere Behinderung des Kindes** stellt allein keinen hinreichenden Rechtfertigungsgrund dar. Voraussetzung ist der Nachweis, dass auf Seiten der Mutter eine gesundheitliche Beeinträchtigung von Krankheitswert zu erwarten gewesen wäre.

## 8. ZUORDNUNG DER ERSTELLUNG VON RÖNTGENBILDERN DURCH DURCHGANGSARZT

*OLG Hamm, Urt. v. 09.11.2009 - I-3 U 103/09 -*

RID 10-02-185

GesR 2010, 137

BGB § 839 I 2; GG Art. 34; SGB VII § 34 III

**Leitsatz (GesR):** Die Erstellung von Röntgenbildern durch einen Durchgangsarzt nach einem Wegeunfall kann sowohl zum öffentlich-rechtlichen Handeln in Durchgangsarztfunktion als auch gleichzeitig zur – dem Privatrecht zuzuordnenden – Erstversorgung gehören.

## 9. BESORGNIS DER BEFANGENHEIT EINES SACHVERSTÄNDIGEN

### A) FACHLICHER AUSTAUSCH MIT PRAXISMITINHABER DES ANTRAGSGEGNERS

*OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 15.02.2010 – 8 W 7/10 –*

RID 10-02-186

juris

ZPO §§ 42, 357, 406, 493

**Leitsatz:** Die Befangenheit eines ärztlichen Sachverständigen kann sich ergeben, wenn er bei der Untersuchung des Patienten ohne dessen wirksame Einwilligung die **Anwesenheit** des in die Behandlung eingebundenen **Praxismitinhabers** des Antragsgegners gestattet, sich während des Untersuchungstermins mit dem Arzt über den Fall austauscht und Feststellungen trifft, die der Patient nach Aktenlage mit einer einseitigen Information durch die Gegenseite in Zusammenhang bringen kann.

### B) CHEFARZT EINES AKADEMISCHEN LEHRKRANKENHAUSES DES BEKLAGTEN UNIVERSITÄTSKLINIKUMS

*OLG Naumburg, Urt. v. 13.11.2009 – 10 W 64/09 –*

RID 10-02-187

juris = GesR 2010, 203

ZPO §§ 42 II, 406

**Leitsatz (GesR):** Die einer Ablehnung nach den §§ 406 I 1, 42 II ZPO rechtfertigende Besorgnis der Befangenheit eines medizinischen Sachverständigen kann sich im Arzthaftungsprozess aus der Funktion des Sachverständigen als **Chefarzt eines akademischen Lehrkrankenhauses des beklagten Universitätsklinikums** ergeben.

## 10. PERSÖNLICHE ANHÖRUNG EINES KLÄGERS

*OLG Karlsruhe, Urt. v. 07.04.2010 – 7 U 114/09 –*

RID 10-02-188

juris

ZPO § 142

**Leitsatz:** Nach dem Grundsatz der prozessualen Waffengleichheit muss der in Beweisnot befindliche Kläger im Arzthaftungsprozess jedenfalls dann persönlich zu dem behaupteten Behandlungsfehler (hier: Hygienemangel bei einer intraartikulären Injektion) angehört werden, wenn das Gericht dem beklagten Arzt bei der Frage der Aufklärung eben diese Möglichkeit der Beweisführung eröffnet.

## 11. SCHMERZENGELD WEGEN FEHLERHAFTEN SETZENS ZWEIER ZAHNIMPLANTATE

*OLG Oldenburg, Urt. v. 17.02.2010 – 5 U 156/09 –*

RID 10-02-189

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I

**Leitsatz:** 4.000 € Schmerzensgeld wegen fehlerhaften Setzens zweier Zahnimplantate, die wieder entfernt werden müssen.

### III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

#### 1. BEHANDLUNGSVERTRAG

##### A) BGH: ABRECHNUNG COMPUTERGESTÜTZTER TOTALENDOPROTHESE

*BGH, Urt. v. 21.01.2010 – III ZR 147/09 –*

RID 10-02-190

www.bundesgerichts.de = ZMGR 2010, 119 = MDR 2010, 432 = GesR 2010, 191  
GOÄ §§ 4 II, IIa, 6 II, Anl. 1 Nr. 2153, 2562

**Leitsatz:** Der Einsatz einer computerunterstützten Navigationstechnik bei Durchführung einer Totalendoprothese des Kniegelenks nach Nr. 2153 ist nicht nach Nr. 2562 analog abrechenbar.

##### B) HERAUSGABE VON IMPRÄGNIERTEN EIZELLEN NACH DEM TODE DES MANNES

*OLG Rostock, Urt. v. 07.05.2010 – 7 U 67/09 –*

RID 10-02-191

juris  
ESchG § 4 I

**Leitsatz:** 1. Konservierte **Eizellen** sind das **Eigentum der Frau**, von der sie stammen.

2. Wird eine Eizelle mit dem Samen eines Mannes **imprägniert** und stirbt der Mann vor vollendeter Befruchtung der Eizelle, so macht sich eine Klinik nicht wegen Beihilfe **strafbar**, wenn die Eizelle an die Frau **herausgegeben** wird.

3. § 4 Abs. 1 Nr. 3 ESchG verbietet die Verwendung des Samens eines Mannes nach dessen Tode. War die Eizelle bereits mit dem Samen imprägniert, ist dieser Samen bereits verwendet und es liegt **kein Verstoß gegen § 4 Abs. 1 Nr. 3 ESchG** vor, wenn die imprägnierte Eizelle aufgetaut und der Befruchtungsvorgang vollendet wird.

4. Dass der Gesetzgeber (auch) die **Weiterverwendung der imprägnierten Eizelle** zu Zwecken der Herbeiführung einer Schwangerschaft bei der Frau, von der die Eizelle stammt, hatte verbieten wollen, wenn der Ehemann verstirbt, ergibt sich weder aus dem Gesetz, noch den Materialien, noch den Normen des ESchG im Zusammenhang. Der Gesetzgeber wollte mit dem Verbot (lediglich) verhindern, dass Spermien eines Verstorbenen verwendet werden.

5. Der Schutz des Kindeswohls steht der Vollendung der Befruchtung nicht entgegen, wenn der zwischenzeitlich verstorbene „genetische“ Vater ausdrücklich den Kinderwunsch seiner Ehefrau geteilt hat.

#### 2. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

##### A) ANSPRUCH AUF EINSICHT IN BEHANDLUNGSUNTERLAGEN DURCH PKV

*AG Düsseldorf, Urt. v. 22.04.2009 – 27 C 17856/06 –*

RID 10-02-192

juris = GesR 2010, 11  
MB/KK §§ 6 I, 9 II

**Leitsatz (GesR):** Eine private Krankenversicherung hat einen Anspruch auf Einsicht in die über den Versicherungsnehmer geführten Behandlungsunterlagen eines Arztes, soweit sie diese für die Prüfung von Grund und Umfang ihrer Leistungspflicht für notwendig erachtet.

##### B) KRANKHEITSKOSTENZUSATZVERSICHERUNG: AUßENSEITER-METHODEN

*OLG Stuttgart, Urt. v. 19.11.2009 – 7 U 60/09 –*

RID 10-02-193

juris  
MB/KK 94 § 1 II, 4 VI 2 Alt. 1

**Leitsatz:** Der Versicherer sagt in § 4 Abs. 6 Satz 2 MB/KK 94 auch Kostenerstattung für solche medizinisch notwendigen Behandlungsmethoden zu, die angewandt werden, weil im konkreten Krankheitsfall **keine schulmedizinische Methode zur Verfügung** steht. Eine **Einschränkung** auf Behandlungen lebensbedrohlicher, sonst inkurabler Krankheiten kann der Vertragsklausel nicht entnommen werden.

### 3. ZAHNÄRZTE: RÜCKFORDERUNG VON (ZAHN-)ARZTHONORAR

*OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 22.04.2010 – 22 U 153/08 –*

RID 10-02-194

juris

BGB §§ 280, 281, 611, 628, 812

**Leitsatz:** Im Falle eines Behandlungsfehlers kann geleistetes Zahnarzthonorar nur unter den Voraussetzungen der §§ 281, 280 BGB zurückverlangt werden.

### 4. BEIHILFE

#### A) KEINE BEIHILFE FÜR NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE PRÄPARATE

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.04.2010 – 1 A 574/07 –*

RID 10-02-195

juris

BhV NRW §§ 6 I Nr. 2 S. 2 Buchst. b u. S. 3

**Leitsatz:** 1. Zum Umfang der Bindungswirkung nach § 144 Abs. 6 VwGO.

2. **Beihilfefähig** sind Aufwendungen für das **nicht verschreibungsfähige Präparat** Infusionslösung Natriumhydrogencarbonat (und für die insoweit benötigte Trägerlösung Natriumchlorid) mit Blick auf dessen Charakter als **Standardtherapeutikum** zur Behandlung der (metabolischen) Azidose nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 (Buchstabe b) Satz 3 der Beihilfevorschriften vom 1. November 2001 unter Einbeziehung der 27. und 28. Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfevorschriften vom 17. Dezember 2003 bzw. 30. Januar 2004 (BhV) i.V.m. den von dieser Vorschrift in Bezug genommenen **Arzneimittel-Richtlinien** (Fassung vom 31. August 1993, zuletzt geändert am 21. Dezember 2004 - AMR) ausschließlich dann, wenn das Präparat (als Standardtherapeutikum) zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie oder chronischer Niereninsuffizienz oder bei Neoblase verwendet wird. Das ergibt sich aus der speziellen, nämlich mit den Acidosetherapeutika einen Teilbereich der von Nr. 16.4.8 AMR erfassten Therapeutika (u.a. arzneistofffreie Infusions- und Trägerlösungen) abdeckenden und diesen Teilbereich einer abschließenden Regelung zuführenden eindeutigen Vorschrift der Nr. 16.4.4 AMR.

#### B) KEINE BESCHRÄNKUNG BEI NOTFALL IM AUSLAND

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 19.01.2010 - 4 S 1070/08 –*

RID 10-02-196

juris

BhV BW § 13 I 1, II Nr. 3; EG Art. 49, 50

**Leitsatz:** Die in § 13 Abs. 1 Satz 1 BVO normierte **Beschränkung der Beihilfefähigkeit** von Aufwendungen für medizinische Leistungen im **Ausland** auf die in Deutschland anfallenden und beihilfefähigen Kosten verletzt in Fällen, in denen ein Beihilfeberechtigter aufgrund eines akuten Notfalls eine (medizinisch gebotene) sofortige ärztliche (Krankenhaus-)Behandlung in der Schweiz in Anspruch genommen hat, das in Deutschland ratifizierte und als einfaches Bundesgesetz geltende Abkommen der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedstaaten mit der Schweizerischen Eidgenossenschaft über die Freizügigkeit vom 21.06.1999, weil sie den **freien Dienstleistungsverkehr** zwischen Deutschland und der Schweiz in unzulässiger Weise behindert.

#### C) ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

##### AA) VEREINBARKEIT BEIHLIFERECHTLICH GEREGLER INDIKATIONEN MIT HÖHERRANGIGEM RECHT

*VG des Saarlandes, Urt. v. 30.04.2010 – 3 K 467/09 –*

RID 10-02-197

juris

BhV Saarland § 9 V; GG Art. 33 V

**Leitsatz:** Zur Frage, ob § 9 Abs. 5 BhV (F. Juli 2007), der eine Beihilfegewährung für eine **zahnärztliche Implantatversorgung** vom Vorliegen bestimmter Indikationen abhängig macht, mit höherrangigem Recht vereinbar ist.

## BB) DENTIN-ADHÄSIVE KOMPOSITFÜLLUNGEN

*VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 28.01.2010 – 10 S 2582/08 –*

RID 10-02-198

juris

BhV BW §§ 5 I 4, 6 I Nr. 1; GOZ §§ 5 II 4, 6 II

**Leitsatz:** 1. Die Abrechnung von **dentin-adhäsiven Kompositfüllungen** analog den Gebührenpositionen 215 ff. GOZ ist bis zum Schwellenwert (2,3-facher Gebührensatz nach § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ) zulässig und nach der Beihilfeverordnung (BVO) beihilfefähig.

Eine besondere Begründung des Zahnarztes für den gewählten Steigerungsfaktor ist dabei regelmäßig nicht erforderlich (wie VGH Bad.-Württ., Urt. v. 27.06.2007 - 4 S 2090/05 -; entgegen Bay.VGH, Urt. v. 30.05.2006 - 14 BV 02.2643 -).

2. Als Verwaltungsvorschriften ergangene **Anwendungshinweise** können auch dann, wenn sie Hinweise des Bundesministeriums des Innern zu Beihilfavorschriften des Bundes in Bezug nehmen, grundsätzlich die Beihilfeverordnung nur konkretisieren und die Handhabung vorhandener Ermessens- oder Beurteilungsspielräume lenken; sie können jedoch nicht selbständig Leistungsausschlüsse oder Begrenzungen schaffen.

## CC) GESTALTUNG DES ALVEOLARFORTSATZES (NR. 2254, 2730)

*VGH Bayern, Urt. v. 01.02.2010 – 14 B 08.219 –*

RID 10-02-199

juris

GOZ §§ 4 II, 5 I, 6 I; GOZ Anl 1 Nr 323, 901; GOÄ Anl 1 Teil 2 Nr. 443, 2254, 2730

Die Gestaltung des **Alveolarfortsatzes** löst nicht die Gebühr nach Nr. 2730 der Anlage zur GOÄ aus, wenn dieser Maßnahme nicht die in dieser Nummer umschriebene Zielleistung zu Grunde liegt und es sich vielmehr um einen Fall der Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers handelt, für den eine eigene Gebühr gemäß Nr. 323 der Anlage zur GOZ in Rechnung gestellt werden kann, wenn es sich insofern um eine selbstständige Leistung handelt.

Die Gebühr nach **Nr. 2254** der Anlage zur GOÄ kann nicht abgerechnet werden, wenn es sich bei der **Implantation von Knochen** um eine selbstständige Zielleistung handelt. Dies ist nicht der Fall, wenn der behandelnde Zahnarzt eine aufwändige und umfangreiche modellierende Osteotomie des Kieferkammes mit Piezochirurgie durchgeführt sowie anschließend die entstandenen Knochenspalten mit Knochenspänen im Operationsgebiet aufgefüllt hat, er also die im Rahmen der **Osteotomie** gewonnene Knochenspäne verwendet, um die hierdurch verursachten Knochenspalten im Operationsgebiet aufzufüllen bzw. eine Umformung des Kieferkammes durch Umverteilung des vorhandenen Knochens vornimmt. Damit zielt auch diese Maßnahme letztlich auf eine für die Implantataufnahme erforderliche Gestaltung des Alveolarfortsatzes ab. Ihr kommt damit im Vergleich zu der dem behandelnden Zahnarzt bereits zugebilligten Gebührenposition Nr. 323 GOZ keine eigene Indikation und damit kein eigener Zielleistungscharakter zu. Die Maßnahme wird daher von der Gebührenposition **Nr. 323 GOZ** mitumfasst.

## IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel

### 1. EUGH

#### A) FINANZIELLE ANREIZE FÜR ARZTPRAXEN BEI VERSCHREIBUNG PREISWERTER WIRKSTOFFE

*EuGH, Urt. v. 22.04.2010 - C-62/09 -*

RID 10-02-200

curia.europa.eu

Richtlinie 2001/83/EG Art. 94

Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 234 EG, eingereicht vom High Court of Justice (England & Wales), Queen's Bench Division (Administrative Court) (Vereinigtes Königreich): The Queen, auf Antrag der Association of the British Pharmaceutical Industry gegen Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency

Art. 94 Abs. 1 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel in der durch die Richtlinie 2004/27/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass er Regelungen finanzieller Anreize wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden nicht entgegensteht, die von den nationalen Gesundheitsbehörden angewandt werden, um ihre Ausgaben in diesem Bereich zu senken und die Ärzte bei der Behandlung bestimmter Krankheiten dazu zu bewegen, bestimmte bezeichnete Arzneimittel zu verschreiben, die einen anderen Wirkstoff enthalten als das Arzneimittel, das zuvor verschrieben wurde oder das ohne die Anreizregelung möglicherweise verschrieben worden wäre.

## **B) TRANSPARENZ BZGL. PREISFESTSETZUNG BEI ARZNEIMITTELN FÜR MENSCHL. GEBRAUCH**

**EuGH, Urt. v. 14.01.2010 - C-471 u. 472/07 -**

**RID 10-02-201**

A&R 2010, 34

EWGRL 105/1989

Association générale de l'industrie du médicament (AGIM) ASBL u.a. (C-471/07 et C-472/07), Janssen Cilag SA (C-471/07) und Sanofi-Aventis Belgium SA (C-472/07) gegen Belgischer Staat (Ersuchen um Vorabentscheidung: Conseil d'État – Belgien)

1. Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme ist dahin auszulegen, dass es Sache der Mitgliedstaaten ist, unter Beachtung des mit dieser Richtlinie verfolgten Transparenzziels und der in ihrem Art. 4 Abs. 1 vorgesehenen Anforderungen die Kriterien festzulegen, anhand deren die in dieser Bestimmung vorgesehene Überprüfung der gesamtwirtschaftlichen Lage zu erfolgen hat, wobei diese Kriterien auf objektive und nachprüfbare Daten gestützt sein müssen.

2. Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie 89/105 ist dahin auszulegen, dass er inhaltlich nicht so genau ist, dass sich ein Einzelner vor einem nationalen Gericht gegenüber einem Mitgliedstaat auf ihn berufen könnte.

3. Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie 89/105 ist dahin auszulegen, dass ein Mitgliedstaat 18 Monate nach Beendigung eines acht Jahre währenden allgemeinen Preisstopps für erstattungsfähige Arzneimittel einen neuen Preisstopp für Arzneimittel ohne die in dieser Bestimmung vorgesehene Überprüfung der gesamtwirtschaftlichen Lage erlassen kann.

## **2. EUG: KEIN SCHADENERSATZ NACH RECHTSWIDRIGEM AMFEPRAMON-VERBOT**

**EuG, Urt. v. 03.03.2010 - T-429/05 -**

**RID 10-02-202**

Artegodan GmbH ./ Europäische Kommission

curia.europa.eu

Nach der gerichtlichen **Aufhebung des Verbots** amfepramonhaltiger Anorektika haben die betroffenen Firmen keinen Anspruch auf **Schadenersatz**.

Wegen wachsender Bedenken gegen Amfepramon, auch von Seiten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), hatte die EU-Kommission die EU-weite Zulassung im März 2000 zurückgenommen. Im Juni 2001 zog danach das BfArM auch die deutsche Zulassung zurück. 2002 erklärte das erstinstanzliche Gericht und ein Jahr später abschließend auch der Europäische Gerichtshof die Kommissionsentscheidung für nichtig: Die Voraussetzungen für eine Rücknahme der Zulassung seien nicht erfüllt und die Kommission auch nicht zuständig gewesen. Der deutschen Hersteller Artegodan brachte seinen Appetitzügler Tenuate retard im November 2003 wieder auf den Markt. Wegen des rechtswidrigen vorübergehenden Verbots verlangte Artegodan 1,4 Millionen Euro Schadenersatz sowie weiteres Geld für die Kosten der Wiedereinführung am Markt. Das EuG wies die Klage jedoch ab. Das rechtswidrige Verhalten der Kommission sei zwar bedauerlich, aber letztlich nicht so gravierend, dass es eine Haftung der EU rechtfertige. Die komme nach gefestigter Rechtsprechung erst in Betracht, wenn die Kommission ihre Grenzen "offenkundig und erheblich" überschritten habe. Artegodan kann gegen dieses Urteil noch Rechtsmittel vorm Europäischen Gerichtshof einlegen (vgl. Bericht der Ärzte Zeitung v. 04.03.2010).

## **3. BGH: HEILMITTELWERBUNG: ABGRENZUNG VON LEBENSMITTELN UND ARZNEIMITTELN – ZIMTKAPSELN**

**BGH, Urt. v. 14.01.2010 – I ZR 138/07 –**

**RID 10-02-203**

www.bundesgerichtshof.de

AMG §§ 2, 21; HeilMWerbG § 3a; UWG § 4 Nr. 11

**Leitsatz:** Ein Erzeugnis, dessen Wirkungen durch einen Stoff erzielt werden, der in entsprechender Menge in angemessener Weise auch mit der normalen Nahrung aufgenommen werden kann, kann auch dann als Lebensmittel und nicht als Arzneimittel anzusehen sein, wenn die empfohlene Häufigkeit der Aufnahme (hier: täglich) nicht den üblichen Ernährungsgewohnheiten entspricht.

## **4. ERSETZUNG DES VERORDNETEN ARZNEIMITTELS DURCH APOTHEKER**

**OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 11.03.2010 – 6 U 198/09 –**

**RID 10-02-204**

juris

SGB V § 129

**Leitsatz:** Zur Frage, unter welchen Voraussetzungen **zwei wirkstoffgleiche Arzneimittel** auch für den „gleichen Indikationsbereich“ i.S.v. § 129 I SGB V zugelassen sind mit der Folge, dass der Apotheker zur Ersetzung des verordneten Arzneimittels durch ein preisgünstigeres Mittel verpflichtet ist.

## 5. NOTDIENST DURCH FILIALAPOTHEKE

*VGH Bayern, Beschl. v. 10.02.2010 – 22 CS 09.3258 –*

RID 10-02-205

juris

VwGO §§ 80 V, 114; ApoBetrO § 23 II; Lad SchlG § 4 II; GG Art. 12 I

Es kann nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden, dass die Voraussetzungen des § 23 II ApBetrO für die Befreiung einer (**Filial-)Apotheke** von der **Verpflichtung zur ständigen Dienstbereitschaft** auch dann vorliegen können, wenn deren Dienstbereitschaft von der Hauptapotheke desselben Betreibers übernommen werden soll.

Eine Rechtsunsicherheit über die Wirksamkeit einer Notdienstregelung kann im Interesse einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung nicht hingenommen werden. Die Regelung des Notdienstes basierend auf der sofortigen **Vollziehbarkeit des Widerrufs der Befreiung der Filialapotheke** von der Verpflichtung zur ständigen Dienstbereitschaft ist bereits in Vollzug gesetzt. Demnach ist davon auszugehen, dass die anderen Apotheken, Ärzte sowie die Kundschaft sich darauf eingestellt haben, dass wechselweise auch von der Filialapotheke der Antragstellerin aus Notdienste geleistet werden.

**Parallelverfahren** mit anderer Interessenabwägung, da die ständige Dienstbereitschaft der Hauptapotheke für die Filialapotheke des Ast. „bis zur Entscheidung in der Hauptsache“ über die Klage angeordnet worden war:

*VGH Bayern, Beschl. v. 10.02.2010 – 22 CS 10.35 –*

RID 10-02-206

juris

*VGH Bayern, Beschl. v. 10.02.2010 – 22 CS 10.36 –*

RID 10-02-207

juris

## 6. GUTSCHEIN-WERBUNG/ARZNEIMITTELPREISVERORDNUNG UND AUSLÄNDISCHE VERSANDAPOTHEKEN

*OLG Stuttgart, Urt. v. 10.12.2009 - 2 U 66/09 -*

RID 10-02-208

Revision anhängig: 1 ZR 4/10

juris = A&R 2010, 40

AMG § 78; AMPPreisVO §§ 1, 3; HWG § 7; UWG § 4 Nr. 1 u. Nr. 11

Leitsatz (A&R): Ziel der **Arzneimittelpreisbindung** ist es, einen – möglicherweise ruinösen – Preiswettbewerb unter Apothekern zu verhindern. Würde ausländischen Anbietern, deren Marktort Deutschland ist, nur aufgrund ihrer Ansässigkeit im Ausland eine Freistellung von den Regeln des Markortsrechts gewährt, käme es zur Gefährdung des übergeordneten Schutzziels der **Versorgungssicherheit** auf dem Feld der Gesundheit.

Die Erstreckung der Arzneimittelpreisbindung auf in den Mitgliedsstaaten ansässige Versandapotheken, soweit sie sich an Endverbraucher im Inland wenden, steht im Einklang mit den primären wie mit dem sekundären **Gemeinschaftsrecht**. Eine solche Maßnahme wäre nach Art. 30 EG zum Schutz der öffentlichen Gesundheit gerechtfertigt.

Die Bestimmungen zur Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel (§§ 1 und 3 AMPPreisVO) werden auch dann verletzt, wenn für ein preisgebundenes Medikament zwar der korrekte Preis angesetzt, dem Kunden aber unmittelbar gekoppelt mit dem Erwerb des Arzneimittels **Boni** gewährt werden, sei es in Form reduzierter Zuzahlungen, sei es in Form von überwiesenen oder ausgezahlten Geldbeträgen.

## V. Verschiedenes

### 1. EGMR

#### A) INANSPRUCHNAHME GERICHTLICHER VERFAHREN TROTZ GERINGFÜGIGKEIT

*EGMR, Urt. v. 19.01.2010 - 22051/07 -*

RID 10-02-209

juris

EMK Art. 6 I

#### Aus den Gründen:

„(...) Der Gerichtshof hat alle Umstände der vorliegenden Rechtssache sorgfältig geprüft. Insbesondere berücksichtigte er das **Missverhältnis zwischen der Trivialität des Sachverhalts, also der Geringfügigkeit** des in Rede stehenden Betrags und der Tatsache, dass es bei dem Verfahren um ein Nahrungsergänzungsmittel und nicht um ein Arzneimittel ging, und der **ausgiebigen Inanspruchnahme gerichtlicher Verfahren** - einschließlich der Anrufung eines internationalen Gerichts - vor dem Hintergrund der Überlastung dieses Gerichts und der Tatsache, dass eine große Anzahl von Beschwerden anhängig ist, in denen ernste Menschenrechtsfragen aufgeworfen werden. Darüber hinaus stellt der Gerichtshof fest, dass Verfahren wie das hier in Rede stehende auch zur Überlastung der Gerichte auf der innerstaatlichen Ebene und somit zu einem der

Gründe für die überlange Dauer gerichtlicher Verfahren beitragen. Bei der Prüfung der Rechtssache berücksichtigte der Gerichtshof darüber hinaus die komfortable finanzielle Situation des Beschwerdeführers als Beamter sowie die Tatsache, dass es um keine Frage von grundsätzlicher Bedeutung ging, was auch dadurch belegt wird, dass nach der erstinstanzlichen Abweisung der Klage des Beschwerdeführers kein Rechtsmittel eingelegt wurde. Schließlich hat der Gerichtshof auch Art und Umfang der behaupteten Konventionsverletzung geprüft. Diesbezüglich stellt der Gerichtshof fest, dass die Frage der überlangen Dauer gerichtlicher Verfahren vom Gerichtshof bereits in zahlreichen Fällen behandelt wurde - insbesondere auch gegen die beschwerdegegenerische Regierung -, in denen die Grundsätze des Gebots der „angemessenen Frist“ nach Artikel 6 Abs. 1 der Konvention niedergelegt wurden (...). Unter diesen außergewöhnlichen Umständen ist der Gerichtshof der Auffassung, dass die **Beschwerde als Missbrauch des Beschwerderechts angesehen** werden muss (...).“

Im Juli 2002 stellte der Bf., ein Beamter, der zur maßgeblichen Zeit ein Monatsgehalt von mehr als 4.500 € bezog, einen Beihilfeantrag bei seinem Dienstherrn, dem Land Brandenburg. Er bat um Erstattung des **Kostenanteils von 7,99 €**, den er für ein **Magnesiumpräparat**, das ihm von seiner behandelnden Ärztin verschrieben worden war, bezahlt hatte. Gegen die ablehnende Entscheidung erhob er im November 2002 Klage, die, nachdem der Bf. erfolglos Beschwerden wegen Untätigkeit bei dem OVG und BVerfG erhoben hatte, das **VG Frankfurt (Oder)** mit Ur. v. 19.12.2007 abwies.

## B) EINHALTUNG DER „ANGEMESSENEN FRIST“ TROTZ GUTACHTENS NACH §109 SGG

EGMR, Ur. v. 25.03.2010 - 901/05 -

RID 10-02-210

juris

EMK Art. 6 I

### Aus den Gründen:

„(...) Er stellt insbesondere fest, dass das Verfahren, das von gewisser Komplexität war und die Hinzuziehung ärztlicher Sachverständiger erforderlich machte, etwa **sieben Jahre vor dem Sozialgericht** und etwa **sechs Jahre und sieben Monate vor dem Landessozialgericht** anhängig war. Er ist der Auffassung, dass der Beschwerdeführer das Verfahren dadurch verzögert hat, dass er, nachdem er im Februar 1998 Einsicht in die Akten genommen hatte, erst im Juli 1999 seine Berufungsbegründung einreichte. Darüber hinaus trugen seine Anträge auf Hinzuziehung dreier ärztlicher Sachverständiger nach § 109 SGG (siehe Rdnrn. 18, 20 und 35) zur Dauer des Verfahrens bei. Dass der Beschwerdeführer von der Möglichkeit Gebrauch gemacht hat, nach der genannten Bestimmung die Hinzuziehung weiterer Sachverständiger zu beantragen, rechtfertigt jedoch nicht die Schlussfolgerung, dass die zur Einholung der entsprechenden Gutachten verstrichene Zeit nur ihm zuzurechnen ist. Den Gerichten oblag dennoch die Pflicht, die erforderlichen Sachverständigengutachten zügig und effizient einzuholen, eine Pflicht, der sie im vorliegenden Fall nicht nachkamen. Der Gerichtshof weist in diesem Zusammenhang erneut darauf hin, dass eine gesetzliche Bestimmung, die die Möglichkeit vorsieht, ein weiteres Sachverständigengutachten zu beantragen, obwohl das vom Gericht zur Entscheidungsfindung für erforderlich gehaltene Gutachten bereits eingeholt wurde, zur Länge des Verfahrens beitragen wird, wie dies in der vorliegenden Rechtssache der Fall ist (siehe, sinngemäß, *G.*, a.a.O., Rdnr. 83). **Die genannte Bestimmung entbindet die innerstaatlichen Gerichte nicht von der Verpflichtung, die Einhaltung des Erfordernisses der „angemessenen Frist“ sicherzustellen** (siehe u.a. *V. ./.* *Deutschland*, Individualbeschwerde Nr. 20271/05, Rdnr. 68, 26. März 2009). (...)Der Gerichtshof ist mit Blick auf seine einschlägige Rechtsprechung der Auffassung, dass die Dauer des Verfahrens in der vorliegenden Rechtssache überlang war und dem Erfordernis der „angemessenen Frist“ nicht entsprach. Folglich ist Artikel 6 Abs. 1 verletzt worden. (...)“

## 2. BVERFG

### A) UNTERSAGUNG DER ZWANGSMEDIKATION EINES MAßREGELPATIENTEN MIT EINEM ATYPISCHEN NEUROLEPTIKUM

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 22.06.2009 - 2 BvR 882/09 -

RID 10-02-211

www.bundesverfassungsgericht.de = juris = NJW 2009, 2804 = GesR 2010, 159

GG Art. 1 I, 2 II 1; BVerfGG § 32 I; MVollzG RP § 6 I 2 HS 1; StGB § 63; StVollzG §§ 136, 138 I

Dass und unter welchen materiellrechtlichen und verfahrensrechtlichen Voraussetzungen die **Grundrechte des Maßregelvollzugspatienten** eine **Zwangsbehandlung** (hier: Behandlung mit einem **Neuroleptikum**, evtl. auch gegen den Willen intramuskulär gespritzt) zulassen, die unabhängig von einer Gefährdung von Rechtsgütern Dritter allein dem Ziel dient, den Betroffenen entlassungsfähig zu machen, versteht sich nicht von selbst und ist in der Rechtsprechung nicht abschließend geklärt.

Erght die einstweilige Anordnung nicht, erweist sich die Verfassungsbeschwerde aber später als begründet, muss der Bf. eine Grundrechtsverletzung von erheblichem Gewicht bis auf weiteres hinnehmen. Unabhängig von etwaigen nachteiligen Wirkungen des Medikaments, das dem Bf. verabreicht werden soll, läge auch bereits in der zwangsweisen Verabreichung als solcher ein schwerer Eingriff. Dem steht für den hypothetischen Vergleichsfall, dass die einstweilige Anordnung ergeht, die Verfassungsbeschwerde sich aber später als nicht begründet erweist, nur eine begrenzte Verzögerung der beabsichtigten Medikation entgegen.

Das **BVerfG** untersagte dem Klinikum bis zur Entscheidung über die Verfassungsbeschwerde, längstens für die Dauer von sechs Monaten, die mit Bescheid v. 28.09.2006 angedrohte Zwangsbehandlung des Bf. mit einem Neuroleptikum zu vollziehen.

## B) VORRATSDATENSPEICHERUNG

*BVerfG, Urt. v. 02.03.2010 – 1 BvR 256/08, 1 BvR 263/08, 1 BvR 586/08 –*

RID 10-02-212

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 10 I; EGRL 24/2006 Art. 1 I, 3 I, 6; StPO §§ 100a I, II, 100b I, II, 100g I, II; TKG §§ 113a, 113b S. 1 Nr. 1, 2 u. 3

**Leitsatz:** 1. Eine sechsmonatige, vorsorglich anlasslose Speicherung von Telekommunikationsverkehrsdaten durch private Diensteanbieter, wie sie die Richtlinie 2006/24/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. März 2006 (ABl L 105 vom 13. April 2006, S. 54; im Folgenden: Richtlinie 2006/24/EG) vorsieht, ist mit **Art. 10 GG** nicht schlechthin unvereinbar; auf einen etwaigen Vorrang dieser Richtlinie kommt es daher nicht an.

2. Der **Grundsatz der Verhältnismäßigkeit** verlangt, dass die gesetzliche Ausgestaltung einer solchen Datenspeicherung dem besonderen Gewicht des mit der Speicherung verbundenen Grundrechtseingriffs angemessen Rechnung trägt. Erforderlich sind hinreichend anspruchsvolle und normenklare Regelungen hinsichtlich der Datensicherheit, der Datenverwendung, der Transparenz und des Rechtsschutzes.

3. Die Gewährleistung der **Datensicherheit** sowie die normenklare Begrenzung der Zwecke der möglichen Datenverwendung obliegen als untrennbare Bestandteile der Anordnung der Speicherungsverpflichtung dem **Bundesgesetzgeber** gemäß Art. 73 Abs. 1 Nr. 7 GG. Demgegenüber richtet sich die Zuständigkeit für die Schaffung der Abrufregelungen selbst sowie für die Ausgestaltung der Transparenz- und Rechtsschutzbestimmungen nach den jeweiligen Sachkompetenzen.

4. Hinsichtlich der Datensicherheit bedarf es Regelungen, die einen besonders hohen **Sicherheitsstandard** normenklar und verbindlich vorgeben. Es ist jedenfalls dem Grunde nach gesetzlich sicherzustellen, dass sich dieser an dem Entwicklungsstand der Fachdiskussion orientiert, neue Erkenntnisse und Einsichten fortlaufend aufnimmt und nicht unter dem Vorbehalt einer freien Abwägung mit allgemeinen wirtschaftlichen Gesichtspunkten steht.

5. Der Abruf und die unmittelbare Nutzung der Daten sind nur verhältnismäßig, wenn sie überragend wichtigen Aufgaben des **Rechtsgüterschutzes** dienen. Im **Bereich der Strafverfolgung** setzt dies einen durch bestimmte Tatsachen begründeten Verdacht einer schweren Straftat voraus. Für die Gefahrenabwehr und die Erfüllung der Aufgaben der Nachrichtendienste dürfen sie nur bei Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte für eine konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit einer Person, für den Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder eines Landes oder für eine gemeine Gefahr zugelassen werden.

6. Eine nur **mittelbare Nutzung der Daten** zur Erteilung von Auskünften durch die Telekommunikationsdiensteanbieter über die Inhaber von Internetprotokolladressen ist auch unabhängig von begrenzenden Straftaten- oder Rechtsgüterkatalogen für die Strafverfolgung, Gefahrenabwehr und die Wahrnehmung nachrichtendienstlicher Aufgaben zulässig. Für die Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten können solche Auskünfte nur in gesetzlich ausdrücklich benannten Fällen von besonderem Gewicht erlaubt werden.

## 3. BSG: LEISTUNG ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN/DIGITALES HÖRGERÄT

*BSG, Urt. v. 20.10.2009 – B 5 R 5/07 R – SozR 4-3250 § 14 Nr. 8*

RID 10-02-213

SGB VI §§ 10 ff.; SGB I § 16 I, II 1; SGB IV § 39 III; SGB IX § 14 I 2, II 1 u. 5, 15 I, 33, 33 ff.; SGG § 75 II

**Leitsatz:** 1. § 15 Abs. 1 SGB IX normiert **trägerübergreifend Kostenerstattungsansprüche** für selbstbeschaffte Leistungen zur Rehabilitation.

2. Hat der **erstangegangene Rehabilitationsträger** einen Antrag auf Teilhabeleistungen nicht weitergeleitet, hat er diesen nach allen in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen für Teilhabeleistungen unter Beachtung der besonderen persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der jeweiligen Leistungsgesetze zu prüfen.

3. Die **Zuständigkeit** nach § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX gegenüber dem behinderten Menschen ist eine ausschließliche Zuständigkeit.

## 4. BEURTEILUNG EINES IMPFSCHADENS: HERANZIEHUNG DES NEUESTEN MEDIZINISCHEN ERKENNTNISSTANDES

*LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.03.2010 – L 13 VJ 24/07 –*

RID 10-02-214

Revision anhängig: B 9 VJ 1/10 R

juris

BSeuchG §§ 51 I 1, 52 II 1; IfSG §§ 2 Nr. 11, 60 I 1, 61 S. 1; VersMedV § 2, Anl. 1

**Leitsatz:** Zur Beurteilung eines **Impfschadens** ist grundsätzlich der **neuste medizinische Erkenntnisstand** heranzuziehen, auch wenn die Impfung schon längere Zeit zurückliegt.

## 5. KRANKENHÄUSER

### A) ERSTATTUNG AUCH DES INVESTITIONSZUSCHLAGS

*OLG Jena, Urt. v. 10.02.2010 – 4 U 353/09 –*

RID 10-02-215

*Revision zugelassen*

*juris*

SGB I §§ 11, 21; SGB V § 1, 1ff.; SGB X § 116 I 1; GG Art. 14 I 1; BPflV § 14 VIII 1; BGB § 421, 421 ff.

**Leitsatz:** 1. Erbringt eine Krankenkasse für ihren Versicherten Krankenhausbehandlungskosten, dann geht der vom Krankenhaus mit der Behandlung in den neuen Bundesländern für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes gemäß § 14 Abs. 8 Satz 1 BPflV, Art. 14 Abs. 1 Satz 1 GG zusätzlich berechnete **Investitionszuschlag** nicht kraft Gesetzes gemäß § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X auf den Sozialversicherungsträger über. Denn bei diesem Investitionszuschlag handelt es sich nicht um eine Sozialleistung i.S. der §§ 11, 21 SGB I, die dem Versicherten unmittelbar zugute kommt, sondern um ein der Allgemeinheit zugute kommendes Finanzierungsinstrument.

2. Dem Investitionszuschlag **fehlt** aber nicht nur der **Sozialleistungscharakter**, sondern darüber hinaus auch die von § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X geforderte sachliche Kongruenz, weil der erhobene Zuschlag eben nicht der Schadensbehebung und der Wiederherstellung der Gesundheit dient, sondern als **Finanzierungshilfe** für die Krankenhäuser verwendet wird.

3. **Schuldner des Investitionszuschlages** sind die Benutzer des Krankenhauses oder ihre Kostenträger. Da die Kostenseite von dem privatrechtlichen (schuldrechtlichen) Behandlungsverhältnis völlig losgelöst, das (kostenrechtliche) Band zwischen Kassenpatient und Krankenkasse im übrigen öffentlichrechtlich - sozialrechtlich gemäß §§ 1 ff SGB V - geregelt ist, scheidet auch ein Gesamtschuldverhältnis nach §§ 421 BGB zwischen dem hier Leistungsverpflichteten und einem in dem Behandlungsverhältnis für eine ärztliche Fehlleistung haftenden Krankenhausträger aus.

### B) ANWENDUNG DES ALLGEMEINEN FALLPAUSCHALENKATALOGS

*OLG Hamm, Urt. v. 23.06.2009 – I-9 U 150/08, 9 U 150/08 –*

RID 10-02-216

*juris = NZS 2010, 208 = GesR 2009, 657 = VersR 2010, 91*

*BGB §§ 249, 823*

**Leitsatz:** 1. Dem Krankenhaus ist eine Abrechnung seiner Leistungen nach dem **allgemeinen DRG-Fallpauschalenkatalog** 2006 verwehrt, wenn die mit dem Krankenhaus gemäß § 11 KHEntG vereinbarten **Fallpauschalen** die dem Patienten gegenüber erbrachte Leistung vollständig erfassen und also keine Regelungslücke vorliegt, die durch die Anwendung des allgemeinen Fallpauschalenkatalogs zu schließen wäre.

2. Dem gemäß § 116 SGB X in Anspruch genommenen **Haftpflichtversicherer** aus §§ 823, 249 BGB, 7, 17 StVG, 3 PflVersG a.F. steht gegenüber dem **Krankenversicherer** der Einwand offen, dass der zu erstattende Rechnungsbetrag im Verhältnis des Krankenversicherers zum Krankenhaus nach den insoweit geltenden Vereinbarungen nicht geschuldet war.

Dagegen sind dem Haftpflichtversicherer alle **Einwendungen abgeschnitten**, die sich gegen die Höhe der Zahlungspflicht aus den Vereinbarungen zwischen den am System der Krankenhausfinanzierung beteiligten Leistungsträgern richten, etwa der Einwand, der Betrag für die abgerechnete Krankenhausleistung sei unangemessen hoch und nicht sachgerecht.

## 6. GENEHMIGUNGSPFLICHT EINES TELERADIOLOGISCHEN BETRIEBS EINES COMPUTERTOMOGRAPHEN

*VG Köln, Urt. v. 28.01.2010 – 13 K 1158/06 –*

RID 10-02-217

*juris*

Heilberufsg NRW § 29 II 1; GG Art. 12 I; RöV 2003 §§ 2 Nr. 24, 3 I, 23 I 5, 24 I Nr. 1; MBO § 23a I 1

Die **Betätigung von Ärzten** ist auch in Form einer **Aktiengesellschaft** durch die Berufsordnungen erlaubt.

Der Betrieb eines **teleradiologischen Betriebs eines Computertomographen** ist zwar **genehmigungspflichtig** gemäß § 1 Nr. 2 AtomG, allerdings kann der Genehmigung nicht das Fehlen einer Niederlassung im jeweiligen Bundesland noch das Regionalprinzip entgegen gehalten werden.

Die **RöV 2003** kann vom erkennenden Gericht bei Verfassungswidrigkeit außer Anwendung gelassen werden, soweit nicht eine verfassungskonforme Auslegung in Betracht kommt. Nach § 3 IV 2 Nr. 6 RöV 2003 muss der Teleradiologe, der die rechtfertigende Indikation gestellt hat, oder im Ausnahme-

fall ein anderer Vollradiologe innerhalb eines für eine Notfallversorgung erforderlichen Zeitraums am Ort der technischen Durchführung eintreffen können. Als dieser Zeitraum wird nach allgemeinen ärztlichen Grundsätzen für die **Notfallversorgung** die Zeitspanne von **45 Minuten** angesehen. Diese Voraussetzung für die Erteilung einer Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung zur Teleradiologie stellt sich als **unverhältnismäßige Beschränkung** des Art. 12 Abs. 1 GG dar.

## 7. RETTUNGSDIENST

### A) GENERALANWALT EUGH: VERGABE IM BEREICH DES ÖFFENTLICHEN RETTUNGSDIENSTES

*EuGH, Urt. v. 29.04.2010 – C-160/08 -*

RID 10-02-218

curia.europa.eu

Kommission / Deutschland Rechtssache C-160/08 Generalanwalt: Trstenjak

1. Die Bundesrepublik Deutschland hat im Rahmen der **Vergabe von Aufträgen über öffentliche Notfall- und qualifizierte Krankentransportleistungen** nach dem **Submissionsmodell** in den Bundesländern Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Sachsen dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus Art. 10 der Richtlinie 92/50/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Dienstleistungsaufträge in Verbindung mit Art. 16 dieser Richtlinie bzw., seit 1. Februar 2006, aus Art. 22 der Richtlinie 2004/18/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge in Verbindung mit Art. 35 Abs. 4 dieser Richtlinie verstoßen, dass sie keine Bekanntmachungen über die Ergebnisse des Verfahrens zur Auftragsvergabe veröffentlicht hat.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

### B) GENEHMIGUNG FÜR QUALIFIZIERTEN KRANKENTRANSPORT AUßERHALB DES RETTUNGSDIENSTES

*VG Hannover, Urt. v. 02.03.2010 – 7 A 2427/08 –*

RID 10-02-219

juris

BedarfsVO-RettD §§ 2 II, 5 II 1; RettDG Niedersachsen §§ 19, 22 I 2

**Leitsatz:** Werden bei der Beurteilung der Frage, ob im Rettungsdienstbereich die **Eintreffzeit** in der **Notfallrettung** und die **Wartezeit** im Krankentransport eingehalten werden, vom Rettungsdienststräger die Einsätze nicht in die Statistik eingestellt, bei denen auf ein Rettungsmittel eines anderen Rettungsdienststrägers zurückgegriffen wurde oder bei denen ein bereits alarmiertes Rettungsmittel während des Einsatzes ausfiel und ein weiteres Fahrzeug nachgefordert werden musste, um den Einsatz fortzusetzen, so beruht die im Rahmen der Funktionsschutzklausel von der Genehmigungsbehörde zu treffende **Prognoseentscheidung** auf einer unzureichenden Tatsachengrundlage und ist fehlerhaft.

## 8. HEILPÄDAGOGISCHES REITEN (HIPPOThERAPIE) KEINE LEISTUNG DER EINGLIEDERUNGSHILFE

*VG Dresden, Urt. v. 13.01.2010 – 1 K 881/07 –*

RID 10-02-220

juris

SGB VIII § 35a; SGB IX §§ 26, 55; SGB XII § 54

**Leitsatz:** Heilpädagogisches Reiten stellt seiner Art nach für **Schulkinder** keine Leistung der **Eingliederungshilfe** nach § 35a SGB VIII (SGB 8) dar.

## 9. VERÖFFENTLICHUNG VON TRANSPARENZBERICHTEN ÜBER PFLEGEHEIME

### A) VERÖFFENTLICHUNGSPFLICHT VERFASSUNGSGEMÄß/ABSTELLEN AUF DOKUMENTATION

*LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.05.2010 – L 10 P 10/10 B ER –*

RID 10-02-221

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB XI § 115 Ia; GG Art. 12 I, 80 I

**Verfassungsrechtlichen** Bedenken gegen § 115 Ia SGB XI bestehen nicht.

Die **Veröffentlichung von Transparenzberichten** ist trotz der gegebenen relativen Unsicherheit nicht zu beanstanden (so auch SG Köln, Beschl. v. 01.02.2010 - S 23 P 224/09 ER -; SG Bayreuth,

Beschl. v. 11.01.2010 – 1 P 147/09 ER – juris; SG Hamburg, Beschl. v. 10.02.2010 - S 35 P 128/09 ER -; SG Augsburg, Beschl. v. 29.01.2010 – S 10 P 105/09 ER -; **a.A.** SG Münster, Beschl. v. 18.01.2010 - S 6 P 202/09 ER - juris Rn. 35; SG Münster, Beschl. v. 05.02.2010 [nicht rechtskräftig] - S 6 P 233/09 ER -; SG München, Beschl. v. 27.01.2010, S 29 P 24/10 ER -, juris Rn. 21).

Die **Befugnis** zur Veröffentlichung eines Transparenzberichts wird nur dann **überschritten**, wenn die Bewertung den Boden der Neutralität, der Objektivität und der Sachkunde verlassen wird, insbesondere bei offensichtlichen oder sogar bewussten Fehltritten, bewussten Verzerrungen, der Behauptung unwahrer Tatsachen, willkürlichem Vorgehen und Schmähkritik.

Um hinreichend sicherere Tatsachenfeststellungen als Grundlage für eine Bewertung einer Pflegeeinrichtung treffen zu können, ist es nicht nur hilfreich, sondern auch notwendig, auf die Überprüfung des dokumentierten Pflege- und Versorgungsablaufs zurückzugreifen, auch wenn dies für Pflegeeinrichtungen lästig und kostenintensiv sein mag. Im Anordnungsverfahren ist jedenfalls nicht zu klären, ob entgegen der eigenen **Dokumentation** in Wirklichkeit ein umfassenderer Pflege- und Versorgungsaufwand erbracht wurde.

**SG Dortmund**, Beschl. v. 25.01.2010 - S 12 P 233/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## B) VERÖFFENTLICHUNG IM INTERNET ZULÄSSIG

**LSG Sachsen, Beschl. v. 24.02.2010 – L 1 P 1/10 B ER –**

**RID 10-02-222**

juris

SGG § 86b II; SGB X §§ 114, 114a, 115 Ia 1, 2, 6, II; BGB §§ 823, 1004; SGB X § 31; GG Art. 2 I, II, 12 I, 14 I, 19 IV

**Leitsatz:** 1. Die **Pflege-Transparenzvereinbarung** ist ein Normenvertrag, der seine **Ermächtigungsgrundlage** in der verfassungsgemäßen Vorschrift des § 115 Abs. 1a SGB XI findet. Die Veröffentlichung von Transparenzberichten verstößt weder gegen Art 12 Abs. 1 noch gegen Art 14 Abs. 1 GG.

2. Maßstab für die Prüfung eines **Unterlassungsanspruchs** ist § 115 Abs. 1a SGB XI i.V.m. der Pflege-Transparenzvereinbarung und Art 12 Abs. 1 GG. Bei einem Verstoß leitet sich der Unterlassungsanspruch aus diesen Normen ab.

3. Der Gesetzgeber hat dem **Informationsbedürfnis der Pflegebedürftigen** und ihrer Angehörigen durch § 115 Abs. 1a SGB XI einen hohen Stellenwert eingeräumt. Aus Art 2 Abs. 2 GG ist sogar der Vorrang des Informationsbedürfnisses der Pflegebedürftigen abzuleiten. Je schlechter die Benotungen sind, desto höheren Stellenwert hat das Interesse der Pflegebedürftigen, davon Kenntnis zu erlangen. Denn wenn die Ordnungsgemäßheit der Benotungen streitig ist und sich später ergeben sollte, dass die Benotungen richtig sind, ist das Interesse der Pflegebedürftigen gerade angesichts ihrer häufig hilflosen Lage höher zu bewerten, vor schlechten oder gar die (Rest-)Gesundheit gefährdenden Leistungen bewahrt zu bleiben, als das wirtschaftliche Interesse der Träger von Pflegeeinrichtungen, für den Fall der Unrichtigkeit der Benotungen vor wirtschaftlichen Einbußen bewahrt zu bleiben.

4. Die **Landesverbände der Pflegekassen** sind weder verpflichtet noch berechtigt, die **Transparenzberichte** erneut voll **inhaltlich zu überprüfen**. Sie prüfen diese, soweit sich aus den Prüfberichten nach § 115 Abs. 1a SGB XI keine gravierenden Begutachtungsmängel ergeben, nur unter formellen Gesichtspunkten nach Maßgabe der Pflege-Transparenzvereinbarung. Macht der Träger der Einrichtung allerdings substantiiert schwere Mängel geltend, müssen die Landesverbände der Pflegekassen vor der Veröffentlichung des umstrittenen Transparenzberichts eine Stellungnahme des Sachverständigen einholen, der den Transparenzbericht erstellt hat, und gegebenenfalls von einer Veröffentlichung absehen, wenn ein schwerer Begutachtungsfehler glaubhaft erscheint.

5. Die **Überprüfung des Transparenzberichts** ist - jedenfalls im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes - auf die Einhaltung der sich aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ergebenden formellen Voraussetzungen und auf die Einhaltung der Essentialia eines ordnungsgemäßen Begutachtungsverfahrens beschränkt.

6. Die Veröffentlichung eines Transparenzberichts stellt **keinen Verwaltungsakt** dar. Der auf Unterlassung der Veröffentlichung gerichtete Rechtsbehelf ist immer eine Vornahmesache nach § 86b Abs. 2 SGG.

**SG Dresden**, Beschl. v. 22.12.2009 – S 16 P 173/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### C) VORLÄUFIG KEINE VERÖFFENTLICHUNG BEI BERECHTIGTEN ZWEIFELN AN QUALITÄT DES BERICHTS

*SG Münster, Beschl. v. 18.01.2010 – S 6 P 202/09 ER –*

RID 10-02-223

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

SGG § 86b II; ZPO § 920; SGB XI § 114, 115 Ia 1; GG Art. 12 I 2, 19 III, 20 III

Eine - verfassungskonforme - Auslegung des § 115 Ia SGB XI kann unter Beachtung der Maßstäbe BVerfGE 105, 252 nur zu dem Ergebnis führen, dass die vom Gesetz vorgesehene **Veröffentlichung von Berichten über Qualitätsprüfungen** grundsätzlich nur auf der Grundlage **zutreffender Tatsachenfeststellungen** erfolgen darf. Sind aufgrund ihres substantiellen Vorbringens gegen die Feststellungen im Prüfbericht erhebliche Zweifel an der Richtigkeit des Prüfergebnisses gerechtfertigt, haben die Krankenkassen die Pflicht, diesen Zweifeln vor der Veröffentlichung etwa durch die Einholung einer ergänzenden Stellungnahme des MDK oder durch eine weitere Qualitätsprüfung nachzugehen. Die gesetzliche Bestimmung des § 115 Abs. 1 a SGB XI erlaubt **nicht die Veröffentlichung zweifelhafter Berichte** und enthält im Übrigen auch keine Regelung darüber, wann die Transparenzberichte veröffentlicht werden sollen.

Im Unterschied zur **Strukturqualität**, bei der es um die technischen und personellen Rahmenbedingungen von Pflege geht, und im Unterschied zur **Prozessqualität**, die den Pflege- und Versorgungsablauf und ihre Dokumentation betrifft, bezieht sich die **Ergebnis- und Lebensqualität** auf das erreichte Ergebnis der geleisteten Pflege. Auch wenn einzuräumen ist, dass zwischen den genannten Qualitätsebenen eine Wechselwirkung besteht und dass die vom MDK angewandten Prüfkriterien zum Teil auch auf die Erfassung von Ergebnis- und Lebensqualität zielen (etwa im Qualitätsbereich "Umgang mit demenzkranken Bewohnern"), so erscheint dennoch die von vielen Einrichtungen in ihren Kommentaren zu den bereits veröffentlichten Transparenzberichten geäußerte Kritik, vom MDK würden **primär Dokumentationsdefizite festgestellt**, nicht unberechtigt.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens (Az.: S 6 P 193/09) die Veröffentlichung des vorläufigen Transparenzberichts vom 09.11.2009 - im Internet oder in sonstiger Weise - zu unterlassen, und stellte fest, dass die Ast. bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens nicht verpflichtet ist, eine Zusammenfassung der Qualitätsprüfung vom 28.07. in der Pflegeeinrichtung auszuhängen.

### D) KEINE OFFENSICHTLICHE FEHLERHAFTIGKEIT EINES PRÜFBERICHTS

*SG Dortmund, Beschl. v. 11.01.2010 – S 39 P 279/09 ER –*

RID 10-02-224

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

SGB XI § 115 Ia

Werden Unterlagen vorlegt, aus welchen hervorgehen soll, dass entgegen der Darstellung des MDK bestimmte bei den Bewohnern vorliegende Umstände sehr wohl dokumentarisch erfasst worden seien, begründet dies nicht den Schluss, dass diese Erfassung in der täglichen Arbeit mit den Heimbewohnern dann auch Rechnung getragen worden ist. Es kommt bei allem hinzu, dass höchstrichterliche verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung zu dem Maß der **Überprüfbarkeit von Prüfungsentscheidungen** auch im vorliegenden Fall Anwendung finden könnte mit dem Ergebnis, dass dem MDK ein **Beurteilungsspielraum** bei der Bewertung bestimmter Umstände beigemessen werden müsste und sich die Überprüfungscompetenz des Rechtsanwenders auf äußerlich deutlich zu Tage tretende Defizite zu beschränken hätte. Defizite dieser Qualität liegen nach oben Gesagtem gerade nicht vor.

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

### 10. BEFÖRDERUNG AUF EINER FAHRBAREN KRANKENTRAGE KEIN QUALIFIZIERTER KRANKENTRANSPORT

*OLG Bremen, Urt. v. 12.02.2010 – 2 U 116/09 –*

RID 10-02-225

juris

PBefG §§ 1 II, 49; HilfeG BR §§ 24 III, 34 I; UWG § 4 Nr. 11

**Leitsatz:** 1. Der Umstand allein, dass es sich bei einer **fahrbaren Krankentrage** um ein **Medizinprodukt** i.S.d. Medizinproduktegesetzes handelt, führt nicht bereits dazu, die Beförderung einer Person mittels einer solchen Krankentrage als eine medizinisch fachliche Betreuungsleistung i.S.d. § 24 Abs. 3 des bremischen Hilfeleistungsgesetzes (BremHilfeG) und § 6 der Krankentransportrichtlinien zu beurteilen.

2. Erfordert die Personenbeförderung lediglich eine Hilfestellung, die nicht über eine Tätigkeit hinausgeht, die, ggf. nach einfacher Anleitung oder Anweisung, von jedermann geleistet werden kann und darf, stellt diese Art der Beförderung für sich genommen nicht bereits einen **qualifizierten Krankentransport** im Sinne des § 24 Abs. 3 BremHilfG dar.

### 11. NOTHELFER NUR ARZT, NICHT PHARMAUNTERNEHMEN

*SG Marburg, Urt. v. 11.02.2010 – S 9 SO 23/08 –*

RID 10-02-226

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de  
SGB XII § 12; AsylbLG § 4; BGB § 677

**Leitsatz:** Nothelfer im Sinne von § 25 SGB XII ist nur derjenige, der aktiv Hilfe leistet.

Nothelfer kann daher nur der **Arzt** sein, der Medikamente in seiner Praxis an einen bedürftigen Patienten verabreicht, nicht aber das **Pharmaunternehmen**, das diese Medikamente an den Arzt geliefert hat.

Das *SG* wies die Klage ab.

### 12. WIDERRUF DER BERUFSERLAUBNIS ALS LOGOPÄDE WEGEN SEXUELLEN MISSBRAUCHS EINES KINDES

*OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.05.2009 - 13 A 2569/06 -*

RID 10-02-227

juris = GewArch 2009, 404  
GG Art. 12; LogopG §§ 2 I Nr. 2, 3 II

**Leitsatz:** Der **uneingeschränkte Widerruf der Berufserlaubnis** für einen Logopäden, der sich wegen **sexuellen Missbrauchs** eines Mädchens strafbar gemacht hat, steht mit dem Grundsatz der **Verhältnismäßigkeit** nicht in Einklang, wenn Anhaltspunkte für eine gebotene differenzierte Prognose der Rückfallgefahr in Bezug auf unterschiedliche Patientengruppen bestehen.

Der Kl. wurde wegen sexuellen Missbrauchs einer fünfjährigen Patientin in seinen Praxisräumen zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und drei Monaten verurteilt. Aufgrund des Strafurteils widerrief die beklagte Behörde die Erlaubnis des Klägers zum Führen der Berufsbezeichnung "Logopäde" wegen Unzuverlässigkeit und ordnete die sofortige Vollziehung an. *VG Aachen*, Beschl. v. 09.09.2004 – 5 L 576/04 – stellte die aufschiebende Wirkung wieder her. Das Verfahren auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes wurde Ende Januar 2005 durch einen Vergleich des erkennenden Gerichts - 13 B 2123/04 - in der Weise beendet, dass der Bekl. die Anordnung der sofortigen Vollziehung auf die Behandlung von Patientinnen beschränkt und die Anordnung hinsichtlich männlicher Patienten aufhob. *VG Aachen*, Urt. v. 16.05.2006 – 5 K 320/05 – wies die Klage ab. Das *OVG* hob den Widerruf hinsichtlich der Behandlung männlicher Patienten auf. Auf die Revision der Behörde bestätigte *BVerwG*, Urt. v. 28.04.2010 - 3 C 22.09 - die Rechtmäßigkeit des Widerrufs der Berufserlaubnis (vgl. Pressemitteilung).

### 13. AUSSCHLUSS DER GEBÜHRENFREIHEIT FÜR AUTORADIOGERÄT EINES NIEDERGELASSENEN ARZTES

*VG Hamburg, Urt. v. 02.02.2010 – 10 K 736/09 –*

RID 10-02-228

juris  
RdFunkGebStVtr HA v. 01.04.2005 §§ 5 I 1 Nr. 1, II 1, 7 II 1

**Leitsatz:** Benutzt ein niedergelassener Arzt sein mit einem Radio ausgestattetes Fahrzeug für die Fahrten zwischen seiner Wohnung und seiner Praxis, so führt dies zum Ausschluss der Gebührenbefreiung nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RGebStV, da dies eine Nutzung zu einer „anderen selbständigen Erwerbstätigkeit“ im Sinne von § 5 Abs. 2 Satz 1 RGebStV a.F. bzw. zu "anderen als privaten Zwecken" im Sinne von § 5 Abs. 2 Satz 1 RGebStV n.F. darstellt.

### 14. BFH: VERMITTLUNGSTÄTIGKEIT GESETZLICHER KRANKENVERSICHERUNGEN FÜR PRIVATVERTRÄGE GEWERBLICH

*BFH, Beschl. v. 03.02.2010 – I R 8/09 –*

RID 10-02-229

www.bundesfinanzhof.de = juris  
KStG §§ 1 I Nr. 6, 4 I; SGB IV §§ 29 I, § 30 I; SGB V §§ 2 I, § 11, § 194 IA

**Leitsatz:** Gesetzliche Krankenversicherungen unterhalten einen Betrieb gewerblicher Art, wenn sie ihren Mitgliedern private Zusatzversicherungsverträge vermitteln und dafür von den privaten Krankenversicherungen einen Aufwendungsersatz erhalten.

## Verzeichnis der Entscheidungen

AG Düsseldorf, Urt. v. 22.04.2009 – 27 C 17856/06 –	RID 10-02-192
BFH, Beschl. v. 03.02.2010 – I R 8/09 –	RID 10-02-229
BGH, Urt. v. 17.09.2009 – I ZR 103/07 –	RID 10-02-171
BGH, Urt. v. 14.01.2010 – I ZR 138/07 –	RID 10-02-203
BGH, Urt. v. 14.01.2010 – III ZR 188/09 –	RID 10-02-170
BGH, Urt. v. 21.01.2010 – III ZR 147/09 –	RID 10-02-190
BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 27/08 R –	RID 10-02-96
BSG, Urt. v. 02.09.2009 – B 6 KA 44/08 R –	RID 10-02-97
BSG, Urt. v. 20.10.2009 – B 5 R 5/07 R –	RID 10-02-213
BSG, Urt. v. 27.10.2009 – B 1 KR 4/09 R –	RID 10-02-160
BSG, Urt. v. 27.10.2009 – B 1 KR 7/09 R –	RID 10-02-159
BSG, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 22/08 R –	RID 10-02-89
BSG, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 26/08 R –	RID 10-02-90
BSG, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 42/08 R –	RID 10-02-93
BSG, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 45/08 R –	RID 10-02-88
BSG, Beschl. v. 29.10.2009 – B 6 KA 42/09 B –	RID 10-02-92
BSG, Beschl. v. 16.12.2009 – B 6 KA 13/09 B –	RID 10-02-85
BSG, Beschl. v. 17.12.2009 – B 3 KR 32/09 B –	RID 10-02-162
BSG, Urt. v. 17.02.2010 – B 1 KR 10/09 R –	RID 10-02-157
BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 2/09 B –	RID 10-02-99
BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 3/09 B –	RID 10-02-86
BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 5/09 B –	RID 10-02-87
BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 8/09 B –	RID 10-02-84
BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 20/09 B –	RID 10-02-91
BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 22/09 B –	RID 10-02-94
BSG, Beschl. v. 10.3.2010 – B 3 KR 36/09 B –	RID 10-02-161
BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 37/09 B –	RID 10-02-98
BSG, Beschl. v. 03.02.2010 – B 6 KA 45/09 B –	RID 10-02-95
BSG, Beschl. v. 01.04.2010 – B 1 KR 114/09 B –	RID 10-02-158
BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 22.06.2009 – 2 BvR 882/09 –	RID 10-02-211
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 01.03.2010 – 1 BvR 2380/09 –	RID 10-02-151
BVerfG, Urt. v. 02.03.2010 – 1 BvR 256/08, 1 BvR 263/08, 1 BvR 586/08 –	RID 10-02-212
BVerfG, 1. Ka. 2. Sen., Beschl. v. 15.03.2010 – 1 BvR 722/10 –	RID 10-02-58
BVerfG, Beschl. v. 07.04.2010 – 1 BvR 810/08 –	RID 10-02-153
BVerfG, Beschl. v. 08.04.2010 – 1 BvR 2709/09 –	RID 10-02-164
EuG, Urt. v. 03.03.2010 – T-429/05 –	RID 10-02-202
EGMR, Urt. v. 19.01.2010 – 22051/07 –	RID 10-02-209
EGMR, Urt. v. 25.03.2010 – 901/05 –	RID 10-02-210
EuGH, Urt. v. 14.01.2010 – C-471 u. 472/07 –	RID 10-02-201
EuGH, Urt. v. 22.04.2010 – C-62/09 –	RID 10-02-200
EuGH, Urt. v. 29.04.2010 – C-160/08 –	RID 10-02-218
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.11.2009 – L 5 KR 867/07 –	RID 10-02-129
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.02.2010 – L 11 KR 4761/09 –	RID 10-02-115
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 02.03.2010 – L 11 KR 460/10 ER-B –	RID 10-02-119
LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 12.03.2010 – L 5 KA 3725/09 ER-B –	RID 10-02-64
LSG Bayern, Urt. v. 23.09.2009 – L 12 KA 34/06 –	RID 10-02-19
LSG Bayern, Urt. v. 23.09.2009 – L 12 KA 405/07 –	RID 10-02-51
LSG Bayern, Urt. v. 22.10.2009 – L 4 KR 279/07 –	RID 10-02-100
LSG Bayern, Urt. v. 27.10.2009 – L 5 KR 222/09 –	RID 10-02-139
LSG Bayern, Urt. v. 27.10.2009 – L 5 KR 347/09 –	RID 10-02-138
LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2009 – L 12 KA 16/08 –	RID 10-02-29
LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2009 – L 12 KA 20/08 –	RID 10-02-12
LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2009 – L 12 KA 24/08 –	RID 10-02-14
LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2009 – L 12 KA 550/07 –	RID 10-02-50
LSG Bayern, Urt. v. 26.11.2009 – L 4 KR 328/08 –	RID 10-02-126
LSG Bayern, Urt. v. 10.12.2009 – L 4 KR 103/07 –	RID 10-02-152
LSG Bayern, Urt. v. 14.01.2010 – L 4 KR 189/09 –	RID 10-02-124
LSG Bayern, Beschl. v. 14.01.2010 – L 12 KA 62/09 B ER –	RID 10-02-52
LSG Bayern, Beschl. v. 29.01.2010 – L 5 KR 404/09 B ER –	RID 10-02-133
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.11.2009 – L 1 KR 436/08 –	RID 10-02-135
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.11.2009 – L 1 KR 454/08 –	RID 10-02-136
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 09.02.2010 – L 7 KA 169/09 B ER –	RID 10-02-57
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 01.03.2010 – L 9 KR 294/09 B ER –	RID 10-02-128
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.03.2010 – L 13 VJ 24/07 –	RID 10-02-214
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.04.2009 – L 9 KR 149/08 –	RID 10-02-143
LSG Hamburg, Beschl. v. 17.03.2009 – L 2 B 402/08 ER KA –	RID 10-02-80
LSG Hamburg, Beschl. v. 16.12.2009 – L 2 B 459/09 ER KA –	RID 10-02-23
LSG Hessen, Urt. v. 04.12.2008 – L 1 KR 213/06 –	RID 10-02-111
LSG Hessen, Urt. v. 10.02.2009 – L 4 KA 75/08 –	RID 10-02-06
LSG Hessen, Beschl. v. 23.11.2009 – L 4 KA 10/06 –	RID 10-02-41
LSG Hessen, Urt. v. 09.12.2009 – L 4 KA 38/09 –	RID 10-02-30
LSG Hessen, Beschl. v. 02.02.2010 – L 4 KA 88/09 –	RID 10-02-73
LSG Hessen, Beschl. v. 08.02.2010 – L 8 KR 294/09 B ER –	RID 10-02-154
LSG Hessen, Urt. v. 10.02.2010 – L 4 KA 33/09 –	RID 10-02-47
LSG Hessen, Beschl. v. 01.03.2010 – L 4 KA 91/09 B ER –	RID 10-02-26
LSG Hessen, Urt. v. 15.03.2010 – L 1 KR 47/08 –	RID 10-02-155
LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2009 – L 4 KA 25/08 –	RID 10-02-05
LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2010 – L 4 KA 28/08 –	RID 10-02-03
LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2009 – L 4 KA 29/08 –	RID 10-02-04
LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2010 – L 4 KA 62/08 –	RID 10-02-13
LSG Hessen, Beschl. v. 16.04.2010 – L 4 KA 12/10 B –	RID 10-02-77
LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschl. v. 24.08.2009 – L 6 B 171/09 –	RID 10-02-150
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.05.2009 – L 3 KA 79/07 –	RID 10-02-82
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.12.2009 – L 3 KA 29/08 –	RID 10-02-63
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.12.2009 – L 3 KA 117/08 –	RID 10-02-54
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.01.2010 – L 4 KR 44/09 –	RID 10-02-103

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.01.2010 – L 3 KA 29/09 –	RID 10-02-59
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.01.2010 – L 3 KA 121/06 –	RID 10-02-49
<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Beschl. v. 27.05.2009 – L 11 KA 2/09 ER –	RID 10-02-81
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.09.2009 – L 11 KA 8/08 –	RID 10-02-83
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.11.2009 – L 11 KA 6/08 –	RID 10-02-45
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.12.2009 – L 11 B 7/09 KA –	RID 10-02-79
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.01.2010 – L 11 KR 80/07 –	RID 10-02-104
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.01.2010 – L 21 KR 68/09 SFB –	RID 10-02-149
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.02.2010 – L 11 KA 80/09 ER –	RID 10-02-21
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.02.2010 – L 21 KR 60/09 SFB –	RID 10-02-148
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.02.2010 – L 16 KR 211/09 –	RID 10-02-127
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.02.2010 – L 16 KR 188/09 –	RID 10-02-108
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 01.03.2010 – L 16 B 61/09 KR –	RID 10-02-118
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.05.2010 – L 11 B 23/09 KA ER –	RID 10-02-22
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.05.2010 – L 21 KR 45/09 SFB –	RID 10-02-156
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.03.2010 – L 16 KR 221/09 –	RID 10-02-134
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.04.2010 – L 11 KA 62/08 –	RID 10-02-36
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.05.2010 – L 10 P 10/10 B ER –	RID 10-02-221
<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 06.08.2009 – L 5 KR 20/09 –	RID 10-02-146
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.01.2010 – L 5 KR 165/09 –	RID 10-02-125
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.02.2010 – L 5 KR 146/09 –	RID 10-02-130
<b>LSG Sachsen</b> , Urt. v. 08.07.2009 – L 1 KR 50/06 –	RID 10-02-131
LSG Sachsen, Beschl. v. 24.02.2010 – L 1 P 1/10 B ER –	RID 10-02-222
<b>LSG Sachsen-Anhalt</b> , Urt. v. 29.04.2009 – L 10 KR 30/07 –	RID 10-02-109
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 27.08.2009 – L 10 KR 25/04 –	RID 10-02-102
<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 12.11.2009 – L 5 KR 70/08 –	RID 10-02-110
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 19.04.2010 – L 5 B 51/10 KR –	RID 10-02-116
<b>LG Bochum</b> , Urt. v. 27.01.2010 – 6 O 78/08 –	RID 10-02-181
<b>LG Magdeburg</b> , Urt. v. 13.01.2010 – 9 O 1890/08 –	RID 10-02-174
<b>LG München I</b> , Urt. v. 16.11.2009 – 23 O 13866/06 –	RID 10-02-172
<b>OLG Braunschweig</b> , Beschl. v. 23.02.2010 – Ws 17/10 –	RID 10-02-169
<b>OLG Bremen</b> , Urt. v. 12.02.2010 – 2 U 116/09 –	RID 10-02-225
<b>OLG Frankfurt a. M.</b> , Urt. v. 27.10.2009 – 8 U 170/07 –	RID 10-02-183
OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 15.02.2010 – 8 W 7/10 –	RID 10-02-186
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 11.03.2010 – 6 U 198/09 –	RID 10-02-204
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 22.04.2010 – 22 U 153/08 –	RID 10-02-194
<b>OLG Hamm</b> , Urt. v. 23.06.2009 – 1-9 U 150/08, 9 U 150/08 –	RID 10-02-216
OLG Hamm, Urt. v. 09.11.2009 – 1-3 U 103/09 –	RID 10-02-185
<b>OLG Jena</b> , Urt. v. 10.02.2010 – 4 U 353/09 –	RID 10-02-215
<b>OLG Karlsruhe</b> , Urt. v. 07.04.2010 – 7 U 114/09 –	RID 10-02-188
<b>OLG Koblenz</b> , Beschl. v. 17.11.2009 – 5 U 967/09 –	RID 10-02-175
OLG Koblenz, Urt. v. 22.10.2009 – 5 U 662/08 –	RID 10-02-182
OLG Koblenz, Urt. v. 29.10.2009 – 5 U 55/09 –	RID 10-02-177
<b>OLG München</b> , Urt. v. 05.11.2009 – 24 U 334/08 –	RID 10-02-180
OLG München, Urt. v. 22.04.2010 – 1 U 3807/09 –	RID 10-02-178
<b>OLG Naumburg</b> , Urt. v. 20.08.2009 – 1 U 86/08 –	RID 10-02-179
OLG Naumburg, Urt. v. 13.11.2009 – 10 W 64/09 –	RID 10-02-187
<b>OLG Oldenburg</b> , Urt. v. 27.02.2009 – 5 U 43/08 –	RID 10-02-176
OLG Oldenburg, Urt. v. 17.02.2010 – 5 U 156/09 –	RID 10-02-189
<b>OLG Rostock</b> , Urt. v. 07.05.2010 – 7 U 67/09 –	RID 10-02-191
<b>OLG Stuttgart</b> , Urt. v. 10.12.2009 – 2 U 66/09 –	RID 10-02-208
OLG Stuttgart, Beschl. v. 31.08.2009 – 1 W 33/09 –	RID 10-02-184
OLG Stuttgart, Urt. v. 19.11.2009 – 7 U 60/09 –	RID 10-02-193
<b>OVG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 20.05.2009 – 13 A 2569/06 –	RID 10-02-227
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.01.2010 – 13 A 2017/07 –	RID 10-02-163
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.03.2010 – 13 B 177/10 –	RID 10-02-166
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 31.03.2010 – 13 A 2837/09 –	RID 10-02-165
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.04.2010 – 1 A 574/07 –	RID 10-02-195
<b>SG Aachen</b> , Urt. v. 28.01.2010 – S 2 KR 1/09 –	RID 10-02-105
SG Aachen, Urt. v. 03.03.2010 – S 7 KA 1/09 –	RID 10-02-62
SG Aachen, Urt. v. 03.03.2010 – S 7 KA 2/09 –	RID 10-02-65
SG Aachen, Urt. v. 11.03.2010 – S 2 KR 7/09 –	RID 10-02-121
SG Aachen, Urt. v. 11.03.2010 – S 2 (15) KN 115/08 KR –	RID 10-02-117
<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 16.12.2009 – S 112 KR 1664/07 –	RID 10-02-112
SG Berlin, Urt. v. 13.01.2010 – S 83 KA 221/08 –	RID 10-02-76
SG Berlin, Urt. v. 13.01.2010 – S 83 KA 588/07 –	RID 10-02-75
SG Berlin, Urt. v. 17.03.2010 – S 83 KA 651/08 –	RID 10-02-28
<b>SG Braunschweig</b> , Urt. v. 17.03.2010 – S 40 KR 87/05 –	RID 10-02-141
SG Braunschweig, Urt. v. 17.03.2010 – S 40 KR 1069/05 –	RID 10-02-142
SG Braunschweig, Urt. v. 15.04.2010 – S 6 KR 90/10 ER –	RID 10-02-120
<b>SG Dessau-Roßlau</b> , Urt. v. 24.02.2010 – S 4 KR 38/08 –	RID 10-02-140
<b>SG Dortmund</b> , Beschl. v. 11.01.2010 – S 39 P 279/09 ER –	RID 10-02-224
SG Dortmund, Urt. v. 20.01.2010 – S 16 KA 44/09 –	RID 10-02-40
<b>SG Dresden</b> , Gerichtsbb. v. 02.12.2009 – S 18 KA 132/09 –	RID 10-02-46
SG Dresden, Urt. v. 20.01.2010 – S 25 KR 365/08 –	RID 10-02-123
SG Dresden, Gerichtsbb. v. 02.05.2008 – S 18 KR 242/07 –	RID 10-02-144
<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 31.03.2009 – S 4 KR 163/07 –	RID 10-02-137
SG Düsseldorf, Urt. v. 10.02.2010 – S 2 KA 4/08 –	RID 10-02-74
SG Düsseldorf, Urt. v. 24.02.2010 – S 33 (14) KA 254/07 –	RID 10-02-20
<b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 02.09.2009 – S 3 KA 90/07 –	RID 10-02-35
SG Hamburg, Urt. v. 02.09.2009 – S 3 KA 98/07 –	RID 10-02-34
SG Hamburg, Urt. v. 11.09.2009 – S 3 KA 30/08 –	RID 10-02-15
SG Hamburg, Urt. v. 07.10.2009 – S 3 KA 246/06 –	RID 10-02-37
SG Hamburg, Urt. v. 04.11.2009 – S 3 KA 178/07 –	RID 10-02-25
SG Hamburg, Urt. v. 02.12.2009 – S 3 KA 440/06 –	RID 10-02-31
SG Hamburg, Urt. v. 13.01.2010 – S 3 KA 100/08 –	RID 10-02-24
SG Hamburg, Urt. v. 13.01.2010 – S 3 KA 111/08 –	RID 10-02-27
SG Hamburg, Urt. v. 20.01.2010 – S 27 KA 220/07 –	RID 10-02-16
SG Hamburg, Urt. v. 10.02.2010 – S 27 KA 74/07, 168 u. 169/07 –	RID 10-02-33
SG Hamburg, Urt. v. 10.02.2010 – S 27 KA 99/09 –	RID 10-02-32

SG Hamburg, Urt. v. 10.02.2010 – S 27 KA 162/07 –	RID 10-02-38
SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 17.02.2010 – S 27 KA 40/08, 53-71/08 u. 118/08 –	RID 10-02-39
SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 25.02.2010 – S 27 KA 130/08 –	RID 10-02-17
<b>SG Hannover</b> , Urt. v. 20.01.2010 – S 24 KA 242/05 –	RID 10-02-01
<b>SG Köln</b> , Urt. v. 19.02.2010 – S 26 KR 119/06 –	RID 10-02-114
SG Köln, Urt. v. 19.02.2010 – S 26 KR 213/07 –	RID 10-02-113
<b>SG Landshut</b> , Urt. v. 12.11.2009 – S 1 KR 261/08 –	RID 10-02-147
<b>SG Leipzig</b> , Urt. v. 10.11.2009 – S 8 KR 333/07 –	RID 10-02-106
SG Leipzig, Urt. v. 22.12.2009 – S 8 KR 22/08 –	RID 10-02-132
<b>SG Lübeck</b> , Urt. v. 11.02.2010 – S 14 KR 1663/07 –	RID 10-02-145
<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 22.07.2009 – S 11 KA 377/08 –	RID 10-02-07
SG Marburg, Urt. v. 20.01.2010 – S 11 KA 157/08 –	RID 10-02-09
SG Marburg, Urt. v. 20.01.2010 – S 11 KA 225/08 –	RID 10-02-08
SG Marburg, Urt. v. 11.02.2010 – S 9 SO 23/08 –	RID 10-02-226
SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 155/08 –	RID 10-02-69
SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 289/08 –	RID 10-02-70
SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 310/09 –	RID 10-02-67
SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 348/09 –	RID 10-02-66
SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 350/09 –	RID 10-02-68
SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 – S 12 KA 691/08 –	RID 10-02-02
SG Marburg, Beschl. v. 01.03.2010 – S 12 KA 8/10 ER –	RID 10-02-18
SG Marburg, Beschl. v. 04.03.2010 – S 10 KA 778/08 –	RID 10-02-78
SG Marburg, Urt. v. 17.03.2010 – S 12 KA 236/09 –	RID 10-02-56
SG Marburg, Urt. v. 17.03.2010 – S 12 KA 281/09 –	RID 10-02-60
SG Marburg, Urt. v. 17.03.2010 – S 12 KA 282/09 –	RID 10-02-61
SG Marburg, Urt. v. 17.03.2010 – S 12 KA 865/09 –	RID 10-02-55
SG Marburg, Urt. v. 31.03.2010 – S 11 KA 98/09 –	RID 10-02-10
SG Marburg, Urt. v. 31.03.2010 – S 11 KA 689/08 ZVW –	RID 10-02-11
SG Marburg, Gerichtsbs. v. 01.04.2010 – S 12 KA 834/09 –	RID 10-02-48
SG Marburg, Urt. v. 21.04.2010 – S 12 KA 530/09 –	RID 10-02-72
SG Marburg, Gerichtsbs. v. 23.04.2010 – S 12 KA 222/09 –	RID 10-02-43
SG Marburg, Gerichtsbs. v. 23.04.2010 – S 12 KA 224/09 –	RID 10-02-42
SG Marburg, Gerichtsbs. v. 23.04.2010 – S 12 KA 877/08 –	RID 10-02-44
<b>SG Münster</b> , Beschl. v. 18.01.2010 – S 6 P 202/09 ER –	RID 10-02-223
<b>SG Schwerin</b> , Urt. v. 01.07.2009 – S 3 KA 31/08 –	RID 10-02-53
<b>SG Stuttgart</b> , Beschl. v. 05.02.2010 – S 8 KR 7849/09 ER –	RID 10-02-101
<b>SG Würzburg</b> , Urt. v. 13.04.2010 – S 4 KR 426/08 –	RID 10-02-122
<b>VG Dresden</b> , Urt. v. 13.01.2010 – 1 K 881/07 –	RID 10-02-220
<b>VG Gelsenkirchen</b> , Urt. v. 31.03.2010 – 7 K 3164/08 –	RID 10-02-167
<b>VG Gießen</b> , Urt. v. 15.02.2010 – 21 K 1466/09, GLB –	RID 10-02-168
<b>VG Hamburg</b> , Urt. v. 02.02.2010 – 10 K 736/09 –	RID 10-02-228
<b>VG Hannover</b> , Urt. v. 02.03.2010 – 7 A 2427/08 –	RID 10-02-219
<b>VG Köln</b> , Urt. v. 28.01.2010 – 13 K 1158/06 –	RID 10-02-217
<b>VG Münster</b> , Urt. v. 10.02.2010 – 3 K 2222/08 –	RID 10-02-173
<b>VG des Saarlandes</b> , Urt. v. 30.04.2010 – 3 K 467/09 –	RID 10-02-197
<b>VGH Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 19.01.2010 – 4 S 1070/08 –	RID 10-02-196
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 28.01.2010 – 10 S 2582/08 –	RID 10-02-198
VGH Bayern, Urt. v. 01.02.2010 – 14 B 08,219 –	RID 10-02-199
<b>VGH Bayern</b> , Beschl. v. 10.02.2010 – 22 CS 09,3258 –	RID 10-02-205
VGH Bayern, Beschl. v. 10.02.2010 – 22 CS 10,35 –	RID 10-02-206
VGH Bayern, Beschl. v. 10.02.2010 – 22 CS 10,36 –	RID 10-02-207

## 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 **19.05.2009** eingestellten Entscheidungen.

### Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 05.05.2010. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen: B 6 KA ... R	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Honorarverteilung</b>				
Leistungen von einem Weiterbildungsassistenten	13/09 <b>Termin:</b> 17.03.2010	Hat ein Facharzt für psychotherapeutische Medizin auch dann einen Vergütungsanspruch für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen mit dem entsprechenden Mindestpunktwert, wenn diese Leistungen von einem Weiterbildungsassistenten erbracht wurden?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 04.03.2009 - S 83 KA 1643/06	09-04-01
Unzulässige Individualbudgets: Bindung an Bewertungsausschuss (KV Baden-Württemberg II/05)	43/08 <b>Termin:</b> 17.03.2010	Verstößt ein Honorarverteilungsvertrag, der ein nach Punkten bemessenes Individualbudget vorsieht, das auf den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres basiert und die Leistungen mit einem floatenden Punktwert vergütet, gegen die Vorgabe fester Punktwerte in § 85 Abs 4 S 7 SGB 5 (Vorgabe für Regelleistungsvolumina)? Ist sie durch die Übergangsvorschrift unter III. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 gerechtfertigt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 2054/08 –	09-01-08
Abschlags- und Zuschlagsregelung im Kap O III EBM	33/09	Verstoßen die Ausgestaltung der Abschlags- und Zuschlagsregelung im Kap O Abschn III des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen sowie die Kombination aus Anwendung des Abschlags und Verweigerung des Zuschlags gegen höherrangiges Recht	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 27.05.2009 – L 12 KA 16/05 -	10-01-08
Psychotherapie: Ausbildungsstätten	41/09	Gilt der durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 93. bzw. 96. Sitzung festgelegte regionale Mindestpunktwert für zeitgebundene antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Kap G Abschn IV EBM-Ä auch bei ermächtigten Ausbildungsstätten nach § 117 Abs 2 SGB 5?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 09.09.2009 - S 71 KA 351/07 -	10-01-02
Aufteilungsverhältnis zwischen budgetierten und nichtbudgetierten Fachgruppen	6/10	Ist eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes rechtmäßig, wonach das Aufteilungsverhältnis zwischen budgetierten und nichtbudgetierten Fachgruppen an der Gesamtvergütung auf der Basis des prozentualen Anteils des Leistungsbedarfs ohne Berücksichtigung der Praxis- und Zusatzbudgets (angeforderte Punktzahl) des Jahres 1999 an der fachärztlichen Gesamtpunktzahlanforderung, vermindert um verschiedene definierte Punktzahlanforderungen, ermittelt wird?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 17.12.2008 - L 4 KA 1284/07 u. L 4 KA1285/07 -	
KV Hessen: Bindende Vorgabe des Bewertungsausschusses für Regelleistungsvolumen (Nephrologen)	31/08 R <b>Termin:</b> 03.02.2010	Ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gem § 85 Abs 4 SGB 5 mit Wirkung vom 1.1.2005 (DÄ 2004, A 3129) die Dialyseleistungen nach den Nrn 13600 bis 13621 EBM-Ä 2005 und damit die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie von den Regelleistungsvolumina ausgenommen hat und ist eine davon ggf abweichende Regelung im Honorarverteilungsvertrag rechtswidrig?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v.23.04.2008 - L 4 KA 69/07 –	08-04-06
KV Hessen: Regelleistungsvolumen/Ziff. 7.5 HVV	26/09	Ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina (DÄ 2004, A 3129) die Leistungen für ärztliche Berichte,	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 24.06.2009 - L 4 KA 110/08 –	09-03-15

		ärztliche Briefe und Gebühren für Mehrfertigungen nach den Nrn 01600, 01601 und 01602 EBM-Ä 2005 von den Regelleistungsvolumina ausgenommen hat, und ist eine davon ggf abweichende Regelung im Honorarverteilungsvertrag rechtswidrig? Verstößt eine Ausgleichsregelung zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen im Rahmen eines Honorarverteilungsvertrages gegen den Grundsatz der Leistungsproportionalität nach § 85 Abs 4 S 3 SGB 5 und gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit, soweit sie besonders ertragreiche Praxen betrifft?		
KV Hessen: Regelleistungsvolumen/Ziff. 7.5 HVV/Praxisanfänger Kinder- u. Jugendpsychiatrie	17/09	Verstößt eine Ausgleichsregelung zur Vermeidung praxisbezogener Honorarverwerfungen im Rahmen eines Honorarverteilungsvertrages gegen den Grundsatz der Leistungsproportionalität nach § 85 Abs 4 S 3 SGB 5 und gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit, soweit sie für junge Praxen Beschränkungen vorsieht?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 29.04.2009 - L 4 KA 76/08 -	09-03-18
KV Hessen: Ausgleichsregelung nach EBM 2005: 5 %-Schwankungs- breite/Junge Praxis	1/09 <b>Termin:</b> 03.02.2010	Verstößt eine Ausgleichsregelung zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen im Rahmen eines Honorarverteilungsvertrages gegen den Grundsatz der Leistungsproportionalität nach § 85 Abs 4 S 3 SGB 5 und gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit, soweit sie auch junge Praxen betrifft? Ist ein Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung zu einer vom Honorarverteilungsvertrag abweichenden Regelung zugunsten junger Praxen befugt?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 26.11.2008 - L 4 KA 14/08 -	09-01-17
KV Hessen: Bindung an Bewertungsausschuss: Unzulässige Kürzung (Ziff. 7.5 HVV)	16, 27 u. 28/09	Verstößt ein Honorarverteilungsvertrag, der ergänzend zur Einführung von Regelleistungsvolumina eine Begrenzung von Fallwerterhöhungen oder Fallwertminderungen einer Praxis im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal auf maximal 5% vorsieht, gegen zwingende Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs 4 SGB 5 mit Wirkung zum 1.1.2005 (DÄ 2004, A 3129), und ist diese Honorarverteilungsregelung von der Ermächtigungsgrundlage in § 85 Abs 4 SGB 5 gedeckt?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 29.04.2009 - L 4 KA 80/08 - Urt. v. 24.06.2009 - L 4 KA 85 u. 86/08 -	09-03-14 u. 16
Ärzte mit Doppelzulassung und Ordinationskomplex	2/10	Ist es rechtmäßig, dass der EBM-Ä 2005 Ärzte mit Doppelzulassung auf die Abrechnung des Ordinationskomplexes in nur einem Fachgebiet beschränkt (Nr 6.1 iVm Nr 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen)?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 04.11.2009 - L 4 KA 31/07 -	10-01-34
Aufschlag für Gemeinschaftspraxen	41/08 u. 15, 18 u. 19/09 <b>Termin:</b> 17.03.2010	Ist der Aufschlag für Gemeinschaftspraxen gemäß Nr 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBMÄ 2005 (Bestimmung der Höhe des Ordinationskomplexes) sowie gemäß Nr 3.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zur Bestimmung des Regelleistungsvolumens) mit höherrangigem Recht vereinbar?	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 08.10.2008 - S 12 KA 409/07 - <i>SG Stuttgart</i> , Urt. v. 18.03.2009 - S 5 KA 6893/06, S 5 KA 127/07 u. S 5 KA 5958/06 -	08-04-20
Aufschlag für Gemeinschaftspraxen/Punktwert Regelleistungsvolumen	42/09	Ist der Aufschlag für Gemeinschaftspraxen gemäß Nr 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBMÄ 2005 (Bestimmung der Höhe des Ordinationskomplexes) sowie gemäß Nr 3.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen zur Bestimmung des Regelleistungsvolumens) mit höherrangigem Recht vereinbar und sind Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina ausnahmslos zu einem im Vorhinein fest vereinbarten Punktwert zu vergüten?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 26.08.2009 - L 4 KA 55/08 -	09-04-07
Anästhesieleistungen bei Belegarztfällen nicht im Regelleistungsvolumen	25/09	Ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss durch den Beschluss zur Festlegung von Regelleistungsvolumina durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gem § 85 Abs 4 SGB 5 mit Wirkung vom 1.1.2005 (DÄ 2004, A 3129)	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 24.06.2009 - L 4 KA 113/08 -	09-03-17

		generell alle stationären (belegärztlichen) Leistungen sowie Anästhesieleistungen auf belegärztliche Überweisung hin aus den Regelleistungsvolumina ausgenommen hat, und ist eine davon ggf abweichende Regelung im Honorarverteilungsvertrag rechtswidrig?		
Hinzuziehung niedergelassener Vertragsärzte (hier: Anästhesisten) durch Krankenhäuser	11/10	Ist die Hinzuziehung niedergelassener Vertragsärzte (hier: Fachärzte für Anästhesie) durch Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Operationsleistungen in Fällen des § 115b SGB 5 rechtswidrig?	<b>SG Dortmund</b> , Urt. v. 09.09.2009 - S 9 KA 105/06 -	
Aufrechnungslage: Leistungserbringung oder Honorarbescheid	30/08 <b>Termin:</b> 03.02.2010	Entsteht bei vertragsärztlichen Honorarforderungen eine schützenswerte Aufrechnungslage schon zum Zeitpunkt der Leistungserbringung oder erst mit der Bekanntgabe des Honorarbescheides?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 28.05.2008 - S 83 KA 398/05 -	09-02-11
Degressionsforderung gegen Gemeinschaftspraxis bei Mitgliederwechsel	21/09 (NZB) <b>Termin:</b> 05.05.2010	Muss ein nachträglich eingetretener Praxispartner einer Gemeinschaftspraxis davor geschützt werden, für Rückforderungen und Regresse der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung aus der Zeit vor seinem Praxiseintritt in Anspruch genommen zu werden, unabhängig davon, ob es sich um einen nachträglich in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis eintretenden Partner handelt oder ob durch den Eintritt des Praxispartners eine Gemeinschaftspraxis überhaupt erst begründet wird? Hat eine Degressionsberechnung stets jahresbezogen zu erfolgen oder ist eine Änderung der Zusammensetzung der Praxis im Laufe des Jahres dahingehend zu berücksichtigen, dass jeweils getrennte Berechnungen vorzunehmen sind?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 13.02.2008 - L 11 KA 1/06 -	08-02-34
Anrechnung einer HVM-Honorarbegrenzung auf Degressionsabzug	33, 39 u. 40/08 <b>Termin:</b> 16.12.2009	Wie hat der Ausgleich einer Doppelbelastung durch Honorarabzüge wegen degressionsbedingter Punktwertabsenkungen einerseits und wegen Überschreitens individueller Bemessungsgrenzen andererseits zu erfolgen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 25.06.2008 - L 11 KA 12/08, 6 u. 9/07 -	08-04-30 juris 08-04-31
Degressionsregelung Kieferorthopäden	9 u. 10/09 <b>Termin:</b> 16.12.2009	Ist die Differenzierung der Degressionsregelungen des § 85 Abs 4b SGB 5 zwischen Vertragszahnärzten und Kieferorthopäden in der ab 1.1.2004 gültigen Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG - vom 14.11.2003, BGBl I 2003, 2190) rechtmäßig und mit Art 12 Abs 1 und Art 3 Abs 1 GG vereinbar (betr Streitjahr 2006)?	<b>SG Dresden</b> , Urt. v. 18.02.2009 - S 11 KA 5016 u. 5062/07 Z -	09-03-25
Oralchirurgen	34 u. 35/09	Verstoßen die Degressionsregelungen nach § 85 Abs 4b SGB 5 insoweit gegen höherrangiges Recht, als sie nur für Kieferorthopäden und nicht für Oralchirurgen Sonderregelungen enthalten?	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 08.07.2009 - S 2 KA 108/08 - u. - S 2 KA 380/07 -	10-01-20 u. 21
MKG-Chirurgen	32/09	Verstößt die unterschiedliche Behandlung der Kieferorthopäden und der MKG-Chirurgen nach § 85 Abs 4b SGB 5 in den Fassungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (juris: GMG) und des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) gegen Art 3 Abs 1 und/oder Art 12 Abs 1 GG?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 20.05.2009 - L 7 KA 133/06 -	09-03-24
<b>Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>				
Honorarrückforderung gegenüber Gemeinschaftspraxis bei Gestaltungsmissbrauch	7/09 <b>Termin:</b> 23.06.2010	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung im Falle des Gestaltungsmissbrauchs einer nach außen hin mit Genehmigung des Berufungsausschusses betriebenen Gemeinschaftspraxis berechtigt, die Honorarabrechnungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zu korrigieren bzw. überzahltes Honorar zurückzufordern und hat sie die Wahl, ob sie diese Honorarrückforderungen gegen die frühere Gemeinschaftspraxis oder einen oder alle ehemaligen Gesellschafter in ihrer Eigenschaft als Gesamtschuldner richtet?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 17.12.2008 - L 3 KA 316/04 -	09-02-19
Gynäkologischer Belegarzt und Neugeborenen-Screening	8/09 <b>Termin:</b> 23.06.2010	Kann ein gynäkologischer Belegarzt Leistungen (zB Visiten, Blutentnahme für das Neugeborenen-Screening), die er an einem Neugeborenen außerhalb des Kreißsaals	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 27.02.2008	08-02-41 (NZB)

		während des Aufenthalts der Mutter auf der Belegstation erbracht hat, gegenüber der KÄV auch dann nicht abrechnen, wenn eine kinderärztliche Station an der ausschließlich als Belegkrankenhaus organisierten Klinik nicht besteht?	- L 4 KA 43/06 -	
Versandkosten nach Nr. 7103 u. 7120 EBM	23/09	Kann im Falle einer fraktionierten Weitergabe von Laboruntersuchungen der die Analyse durchführende Laborarzt für die Übermittlung der Befunde an den zuweisenden Laborarzt die Kostenpauschale nach Nr 7120 EBM-Ä (Fassung bis 31.3.2005; ab 1.4.2005: Nr 40120) abrechnen, wenn der Zuweiser die Pauschalerstattung nach Nr 7103 EBM-Ä (ab 1.4.2005: Nr 40100) zum Ansatz gebracht hat?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 11.03.2009 - L 11 (10) KA 44/07 -	09-03-32
<b>Arztregister</b>				
Keine Eintragung in Arztregister für Gesprächspsychotherapeut	11/09 <b>Termin:</b> 28.10.2009	Verstößt die Nichtaufnahme der Gesprächspsychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinien (juris: PsychThRL) gegen Art 12 Abs 1 GG und gegen sonstiges höherrangiges Recht? Hat eine Psychologische Psychotherapeutin, die mit dem Behandlungsverfahren Verhaltenstherapie zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen ist, Anspruch auf eine Abrechnungsgenehmigung für gesprächstherapeutische Leistungen?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 11.03.2009 - L 4 KA 43/08 -	09-02-32
<b>Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notfalldienst</b>				
Zweigpraxis: Keine Berücksichtigung bedarfsplanungsrechtlicher Gesichtspunkte	39/09	Ist bei der Erteilung der Genehmigung für eine beabsichtigte Zweigpraxis die Auslegung des Begriffs "Verbesserung der Versorgung" iS von § 24 Abs 3 S 1 Nr 1 Ärzte-ZV idF vom 22.12.2006 unabhängig von den bedarfsplanungsrechtlichen Bestimmungen vorzunehmen?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 23.09.2009 - L 5 KA 2245/08 -	09-04-18
Zweigpraxis: Keine Versorgungsverbesserung ohne Tätigkeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde	49/09	Zur Auslegung des Begriffs "Verbesserung der Versorgung" iS von § 24 Abs 3 S 1 Nr 1 Zahnärzte-ZV idF vom 22.12.2006 bei Geltendmachung des Tätigkeitsschwerpunktes "Kinderzahnheilkunde" durch den antragstellenden Vertragszahnarzt.	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 23.09.2009 - L 4 KA 119/08 -	10-01-29
Keine Limitierung der Zahl der Filialen für MVZ	12/10	Kann ein Medizinisches Versorgungszentrum beanspruchen, dass ihm mehr als zwei Nebenbetriebsstätten gemäß § 24 Abs 3 S 1 Ärzte-ZV genehmigt werden.	<b>LSG Sachsen</b> , Urt. v. 24.06.2009 - L 1 KA 8/09 -	09-04-20 (NZZ)
Fachärztlich tätiger Internist und Belegarzt: Genehmigung gastroenterologischer, pneumologischer und hausärztlicher Leistungen im stationären Bereich	3/09 <b>Termin:</b> 17.03.2010	Hat ein für den fachärztlichen Versorgungsbereich zugelassener und auch als Belegarzt tätiger Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt Anspruch darauf, dass ihm die KÄV aus Gründen der Sicherstellung die Erbringung und Abrechnung solcher gastroenterologischer, pneumologischer und hausärztlicher Leistungen im stationären Bereich sowie im Rahmen der Notfallversorgung genehmigt, welche gemäß Kap 13.3.3 und 13.3.7 EBM-Ä 2005 den Internisten mit entsprechendem Schwerpunkt bzw gemäß Kap 3.1 EBM-Ä 2005 den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten vorbehalten sind?	<b>LSG Hessen</b> , Beschl. v. 20.01.2009 - L 4 KA 44/07 -	09-02-33
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	12/09 <b>Termin:</b> 23.06.2010	Ermächtigt die Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Anl I Nr 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) eine Kassenärztliche Vereinigung, durch Verwaltungsakt gegenüber dem Vertragsarzt die Beendigung einer Substitutionsbehandlung wegen des Beigebrauchs von Suchtstoffen anzuordnen oder die künftige Nichtvergütung der Substitutionsbehandlung anzukündigen?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 11.03.2009 - L 4 KA 59/07 -	09-02-35
Rückforderung von Fördermitteln für Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin	45/09	Ist eine von einem Arzt unterschriebene Erklärung, wonach Fördermittel für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bei Abbruch der Weiterbildung an die betreffende Kassenärztliche Vereinigung zurückzuerstatten sind, rechtlich bindend und gilt dies auch, wenn Adressat des Bewilligungsbescheides und Unterzeichner	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 1079/08 -	10-01-43

		personenverschieden sind?		
<b>Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress</b>				
Richtgrößenprüfung KV Bayern 2002	9/10	Zur Frage der Rückwirkung von Richtgrößenvereinbarungen nach § 84 Abs 6 SGB 5 für das ganze Jahr nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG) vom 19.12.2001 (BGBl I 2001, 3773).	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 25.11.2009 – L 12 KA 16/08 –	10-02-29
Polyglobin im Off-Label-Use: Antragsfrist/Vertrauensschutz/Anschlussberufung	6/09 <b>Termin:</b> 05.05.2010	Darf auf der Grundlage des § 14 der Prüfvereinbarung für den Bereich der KÄV Berlin (Fassung 10.1.1994) gegen einen Vertragsarzt wegen von ihm im Jahr 1999 verordneter Immunglobuline für eine an einem inoperablen metastasierenden Karzinom leidende Patientin ein verschuldensunabhängiger Arzneikostenregress festgesetzt werden oder steht dem Vertrauensschutz gegenüber der Rechtsprechungsänderung zur Zulässigkeit des sog Off-Label-Use (BSGE 89, 184 = SozR 3-2500 § 31 Nr 8) bzw die Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 (SozR 4-2500 § 27 Nr 5) entgegen? Ist ein Regressbescheid bereits deshalb rechtswidrig, weil der Vorsitz im Prüfungsausschuss und im Beschwerdeausschuss von einem Vertreter der Krankenkassen wahrgenommen wurde? Ist die Anschlussberufung gem § 524 ZPO nur dann zulässig, wenn sie sich auf denselben Streitgegenstand wie die Berufung bezieht?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 26.11.2008 – L 7 KA 13/05 –	09-02-43
Off-Label-Use: Immunglobuline	24/09 <b>Termin:</b> 05.05.2010	Trägt der Vertragsarzt im Rahmen der Festsetzung eines Arzneikostenregresses wegen Verordnung von Alphaglobin zur Behandlung einer schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose die objektive Beweislast dafür, dass diese Erkrankung zu den durch einen immunologischen Pathomechanismus induzierten Krankheitsbildern gehört, für die das Arzneimittel zum Zeitpunkt der Verordnung zugelassen war?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 22.04.2009 - L 7 KA 6/09 -	09-03-52
	20/09 <b>Termin:</b> 05.05.2010	Darf gegen einen Vertragsarzt wegen von ihm im Jahr 2000 verordneter Immunglobuline für einen an einem inoperablen Karzinom leidenden Patienten ein Arzneikostenregress festgesetzt werden oder stehen dem ein Verschuldenserfordernis oder Vertrauensschutz bei sog Off-Label-Use oder andere Gründe entgegen?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 18.03.2009 – L 7 KA 108/06 –	09-03-51
Off-Label-Use in Palliativversorgung	47/09	Kann der Off-Label-Use eines Arzneimittels, das zur palliativen Behandlung von Versicherten mit begrenzter Lebenserwartung, deren Ziel allein die Steigerung der Lebensqualität und nicht eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufs wenigstens iS einer Verzögerung oder gar Heilung ist, bei anderen Tumorerkrankungen gestattet sein? Liegt insoweit eine notstandsähnliche Situation vor, die den Vertragsarzt vor einem Arzneikostenregress schützt?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v 06.10.2009. – L 4 KA 34/08 –	10-01-51
	48/09	Liegt bei einer zulassungsüberschreitenden Verordnung von Arzneimitteln zur palliativen Behandlung von Versicherten mit begrenzter Lebenserwartung, deren Ziel allein die Steigerung der Lebensqualität und nicht eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufs wenigstens iS einer Verzögerung oder gar Heilung ist, eine notstandsähnliche Situation vor, die den Vertragsarzt vor einem Arzneikostenregress schützt?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 06.10.2009 – L 4 KA 35/08 –	10-01-52
Verjährung einer unzulässigen Arzneimittelverordnung/Keine Hemmung durch Prüfantrag	5/09 <b>Termin:</b> 05.05.2010	Unterliegt die Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs durch die Krankenkasse wegen unzulässiger Arzneimittelverordnung der vierjährigen Verjährungsfrist und wird diese durch die Beantragung der Festsetzung bei der kassenärztlichen Vereinigung gehemmt?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 28.01.2009 - L 3 KA 99/07 -	09-02-41
Regress gegen Gemeinschaftspraxis	38/09	Müssen sich Ansprüche aus einem Regress wegen einer Arzneimittelverordnung durch	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> ,	09-01-51

	(NZB)	Ärzte einer Gemeinschaftspraxis auch nach deren Auflösung gegen die Gemeinschaftspraxis selbst richten?	Urt. v. 26.11.2008 - L 7 KA 63/07 –	
Regress gegen Gemeinschaftspraxis wegen Verordnung vorhergehender Einzelpraxis	5/10 (NZB)	Zur Festsetzung eines Arzneimittelregresses für die Quartale I und III/2000, in denen der betroffene Arzt zunächst allein vertragsärztlich tätig war und danach eine Gemeinschaftspraxis betrieb.	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 18.03.2009 – L 7 KA 88/06 –	09-03-47
	14/09	Ist die vierjährige Verjährungsfrist auch bei Verordnungs- und Sprechstundenbedarfsregressen im Rahmen der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung anzuwenden?	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 28.01.2009 - S 8 KA 527/06 -	09-04-34
ASI-Therapie	37/08 <b>Termin:</b> 03.02.2010	Ist den Prüfungsgremien bei der Festsetzung von Regressen wegen unzulässiger Verordnungen von Arzneimitteln nach strenger Einzelfallprüfung ein Beurteilungs- oder Ermessensspielraum eingeräumt und ist es ihnen auch möglich, die Regresshöhe von Verschuldungsgesichtspunkten abhängig zu machen? Liegen bei der Verordnung autologer Tumorzellen im Rahmen einer Therapie zur sog. aktivspezifischen Immunisierung (ASI) krebskranker Patienten die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Leistungspflicht der Krankenkassen ohne Empfehlung nach § 135 Abs 1 S 1 SGB 5 vor?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 27.08.2008 – L 3 KA 484/03 –	08-04-44

### Zulassung und Ermächtigung

Zulassungsantrag vor Anordnung der Überversorgung bei fehlender Arztregistereintragung	2/09 <b>Termin:</b> 05.05.2010	Kann einem vor Erlass einer Zulassungssperre gestellten Zulassungsantrag die Zulassungsbeschränkung entgegengehalten werden, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung die Eintragung in das Arztregister noch nicht vorlag, aber bereits beantragt war und später auch erfolgte? Wirkt die Rücknahme eines Antrags auf Erlass eines begünstigenden Verwaltungsakts (hier: auf Eintragung in das Arztregister) auf den Zeitpunkt der Antragstellung zurück oder bleibt die Wirkung des Antrags im Hinblick auf Zulassungsbeschränkungen erhalten, wenn vor seiner Rücknahme ein entsprechender Antrag bei einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung gestellt wird?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 03.12.2008 - L 7 KA 132/06	09-01-54
Kein Zulassungsanspruch bei Eintragung in Arztregister erst nach Sperrung des Planungsbereichs	10/10	Kann einem vor Erlass einer Zulassungssperre gestellten Zulassungsantrag die Zulassungsbeschränkung entgegen gehalten werden, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung die Eintragung in das Arztregister noch nicht vorlag, aber bereits beantragt war und später auch erfolgte?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 25.11.2009 – L 11 KA 6/08 –	10-02-45
Häufige Zulassung und Umfang einer Nebentätigkeit	40/09	Sind die Zulassungsgremien berechtigt, einen Antrag auf häufige Zulassung im Bereich der vertragspsychotherapeutischen Versorgung an die Bedingung zu knüpfen, dass der Antragsteller sein Dienstverhältnis als Beamter auf höchstens 26 Stunden wöchentlich reduzieren muss?	<b>SG Magdeburg</b> , Urt. v. 26.08.2009 S 1 KA 168/07	10-01-68
Rechtsbegriff des großräumigen Landkreises/Lokaler Sonderbedarf	22/09 <b>Termin:</b> 23.06.2010	Welche Kriterien sind maßgebend für die Einordnung eines Landkreises als großräumig iS des § 24 S 1a ÄBedarfsplRL und für die Annahme eines lokalen Sonderbedarfs? Stehen die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (juris: VÄndG) eingeführten Neuregelungen der §§ 100 Abs 3, 101 Abs 1 S 1 Nr 3a SGB 5 und des § 34a ÄBedarfsplRL der Vorschrift des § 24 S 1a ÄBedarfsplRL entgegen?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 3558/07 -	09-04-40 (NZB)
Fachärzte für plastische Chirurgie und Bedarfsplanung	1/10	Zur Frage der Zulässigkeit und der Rechtsfolgen der Einbeziehung der Fachärzte für plastische Chirurgie in die Bedarfsplanung.	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 23.09.2009 - L 12 KA 405/07 -	10-02- (S. 24)
Sonderbedarfszulassung u. hälftiger Versorgungsauftrag/Zweipraxis-	36 u. 37/09	Dürfen sich die Zulassungsgremien bei der Entscheidung über eine Sonderbedarfszulassung darauf beschränken, die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen am konkreten Ort zu	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 10.12.2008	09-02-66 u. 67

genehmigung		ermitteln oder müssen sie sog Ein- und Auspendler heraus- bzw hereinrechnen? Wie sind die Versorgungsangebote von (evtl rechtswidrig genehmigten?) Zweigpraxen zu berücksichtigen?	- L 11 KA 47/08 – u. - L 11 KA 48/08 –	(NZB)
Keine Übertragung einer Arztstelle zu Gunsten eines anderen MVZ		Ist § 103 Abs 4a S 1 SGB 5 auf die Übertragung einer Arztstelle von einem MVZ auf ein anderes entsprechend anzuwenden?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 10.02.2010 - L 4 KA 33/09 –	10-02-47
Kieferorthopädische Zweigpraxis in 460 km Entfernung	3/10	Ist eine Ermächtigung zum Betreiben einer kieferorthopädischen Zweigpraxis mit Sitz im Zuständigkeitsbereich einer anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigung als derjenigen des Hauptpraxisstandortes unter Berücksichtigung der großen Entfernung zwischen der Hauptpraxis und der Zweigpraxis im Lichte der Versorgungsverbesserung rechtmäßig?	<b>SG Magdeburg</b> , Urt. v. 01.07.2009 – S 13 KA 51/08 –	09-04-19
Zweigpraxis Kinderkardiologe: Wegstrecke 128 km/1 ½ Stunden Fahrzeit	7/10	Liegt bei einer Entfernung zwischen Praxissitz und Zweigpraxissitz eines Kinderkardiologen von 128 km und einer Fahrzeit von eineinhalb Stunden pro Wegstrecke eine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes iS des § 24 Abs 3 S 1 Ärzte-ZV idF des VÄndG vor?	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 10.02.2009 - S 12 KA 160/09 –	10-01-30
Drittanfechtung der Genehmigung einer Dialyse-zweigpraxis	4/10	Zur Frage der Anfechtung der Genehmigung einer Dialyse-zweigpraxis in einer anderen Versorgungsregion durch einen dort vorhandenen Leistungserbringer.	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 09.12.2009 - L 5 KA 2164/08 -	

**Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA**

Erhöhung und weitere Vergütungen außerhalb Gesamtvergütung	4/09 <b>Termin:</b> 23.06.2010	Verstößt eine Schiedsamsentscheidung gegen höherrangiges Recht, wenn sie für das Jahr 2002 die Gesamtvergütung um 1,8 % erhöht und für diverse Leistungen weitere Vergütungen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütung festgesetzt hat?	<b>LSG Mecklenburg-Vorpommern</b> , Urt. v. 30.01.2008 - L 1 KA 1/06 -	09-04-49
Klagebefugnis der KBV gegen GBA	30, 31/09 <b>Termin:</b> 03.02.2010	Hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung im Rahmen einer Normfeststellungsklage eine Klagebefugnis, wenn sie sich gegen die Rechtmäßigkeit von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses wendet, bei deren Zustandekommen die Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung überstimmt worden sind?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 15.07.2009 - L 7 KA 30/08 KL – - L 7 KA 50/08 KL –	09-03-69 u. 70

**Sonstiges/Verfahrensrecht**

Kostenerstattung im Vorverfahren nach Rechtsänderung	29/09	Liegt ein Erfolg des Widerspruchs vor, wenn während des Widerspruchsverfahrens eine Rechtsänderung die vom Widerspruchsführer begehrte Statuserlangung (hier: Dialyse-Sonderbedarfszulassung) ermöglicht?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 27.05.2009 - L 3 KA 85/06 –	09-04-58
--	-------	---	---	----------

**Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)**

Stand: 05.05.2010. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Ärztliche Behandlung</b>				
Kryokonservierung	B 1 KR 26/09 R	Sind die Kosten der Kryokonservierung und (künftigen) Lagerung von Samenzellen wegen drohender Empfängnisunfähigkeit als Folge einer kombinierten Chemo- und Bestrahlungstherapie von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstatten?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 49/09 -	10-01-125
Störung der Geschlechtsidentität in Form einer Zisidentität	B 1 KR 5/10 R	Hat eine Versicherte mit einer Geschlechtsidentitätsstörung in Form einer Zisidentität oder Interidentität einen Anspruch auf operative Änderung ihrer primären	<b>SG Leipzig</b> , Urt. v. 10.11.2009	10-02-106

		Geschlechtsmerkmale in bestimmter Weise?	S 8 KR 333/07 –	
<b>Kostenerstattung</b>				
<b>Auslandsrankenbehandlung</b>				
Augenbehandlung in Kuba	B 1/3 KR 22/08 R <b>Termin:</b> 20.04.2010	Kostenerstattung für eine Augenbehandlung in Kuba bei Retinitis Pigmentosa?	<b>LSG Mecklenburg-Vorpommern</b> , Urt. v. 01.08.2007 - L 6 KR 8/06 -	09-02-134
Stationäre Krankenhausbehandlung in einem anderen EG-Mitgliedstaat	B 1 KR 14/09 R <b>Termin:</b> 17.02.2010	Nach welchen Kriterien bemisst sich die Höhe der zu gewährenden Kostenerstattung gemäß § 13 Abs 4 und 5 SGB 5 für die von der Krankenkasse genehmigte stationäre Krankenhausbehandlung in einem anderen EG-Mitgliedstaat? (Hier: Versorgung mit einer bioprothetischen Aortenklappe in London im Jahr 2005 nach früher zweimal kostenmäßig übernommenen entsprechenden Herzoperationen des Versicherten).	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 13.02.2009 - L 4 KR 1697/07 -	09-04-96
<b>Arzneimittel</b>				
<b>Hilfsmittel/Heilmittel</b>				
Treppensteighilfe	B 3 KR 13/09 R	Hat ein auf einen Rollstuhl angewiesener Versicherter, der ebenerdig wohnt, einen Anspruch auf Kostenübernahme für ein Scalamobil (Treppensteighilfe)?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 03.03.2009 - L 1 KR 39/08 -	09-02-149
Digitales Hörgerät: Festbetrag	B 3 KR 20/08 R <b>Termin:</b> 17.12.2009	Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten für ein digitales Hörgerät?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 24.09.2008 - L 5 KR 1539/07 -	09-03-117
Lichtsignalanlage	B 3 KR 5/09 R <b>Termin:</b> 29.04.2010	Hat eine an hochgradiger Schwerhörigkeit leidende Versicherte Anspruch auf Versorgung mit einer Lichtsignalanlage als Hilfsmittel der GKV?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 25.02.2009 - L 1 KR 201/07 -	09-03-121
Service für selbst beschafftes C-Leg	B 3 KR 1/09 R <b>Termin:</b> 10.03.2010	Hat ein Versicherter einen Sachleistungsanspruch für einen turnusmäßigen C-Leg-Service gegenüber seiner Krankenkasse, wenn er sich das C-Leg zuvor auf eigene Kosten beschafft hat?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 06.08.2008 - L 4 KR 177/06 -	09-03-100
<b>Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe</b>				
Behandlungssicherungspflege (Dauerbeatmung) neben Leistungen der Pflegeversicherung	B 3 KR 7/09 R	Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege "rund um die Uhr" bei Personen mit einem besonders hohen Versorgungsbedarf (hier: Dauerbeatmung), bei denen die Behandlungssicherungspflege gleichzeitig mit Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung stattfindet.	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 15.05.2009 - L 4 KR 4793/07 -	09-03-124
<b>Fahrkosten</b>				
<b>Zuzahlung</b>				
<b>Rehabilitationsmaßnahmen/Soziotherapie</b>				
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) als Fortsetzung der akutmedizinischen Behandlung	B 1 KR 23/09 R <b>Termin:</b> 17.02.2010	Handelt es sich bei der "erweiterten ambulanten Physiotherapie" (EAP) um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur (akuten) Krankenbehandlung oder eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 23.07.2009 - L 1 KR 451/08 -	09-04-119
Zuständigkeit für Reha bei Freistellungsphase eines Altersteilzeitblockmodells	B 1 KR 32 u. 33/09 R	Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 12 Abs 1 Nr 4a SGB 6 ausgeschlossen und ist die jeweilige Krankenkasse nach § 40 SGB 5 zuständig, wenn sich der Versicherte in der Freistellungsphase eines Altersteilzeitblockmodells befindet?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 20.11.2009 - L 1 KR 436 u. 454/08 -	10-02-136 u. 137
Soziotherapie	B 1/3 KR 21/08 R <b>Termin:</b> 20.04.2010	Besteht bei einer über drei Jahre hinausgehenden Behandlungsbedürftigkeit mit Beginn des nächsten Drei-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Soziotherapie im Umfang von maximal 120 Stunden?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 16.09.2008 - L 11 KR 1171/08 -	09-01-177

<b>Krankenhauskosten</b>				
Abstimmung mit Krankenkassen für vor- und nachstationären Einsatz von Großgeräten	B 3 KR 15/08 R <b>Termin:</b> 10.03.2010	Ist eine Vergütungsempfehlung im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung bei der Honorierung von Großgeräteleistungen verbindlich, wenn dort die Abrechnung der Leistungen von einer vorherigen Abstimmung zwischen den Parteien der Pflegesatzvereinbarung abhängig gemacht wird und eine Vergütungsvereinbarung (noch) nicht zustande gekommen ist?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 29.05.2008 - L 5 KR 41/06 -	08-03-158
Schlussrechnung und Korrektur der Abrechnung	B 3 KR 12/08 R <b>Termin:</b> 17.12.2009	Steht Erteilung einer Schlussrechnung eines Krankenhauses der Korrektur der Abrechnung entgegen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 10.10.2007 - L 5 KR 27/07 -	08-01-185
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 3 KR 16/09 R	Kann eine gesetzliche Krankenkasse die Gewährung von Einsichtnahme in die vollständigen Behandlungsunterlagen eines Patienten vom Träger eines Krankenhauses nach § 294a SGB 5 zur Prüfung und ggf zum Nachweis eines Behandlungsfehlers beanspruchen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 11.11.2009 - L 1 KR 152/08 -	
Abschluss eines Versorgungsvertrages im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin	B 1 KR 18/09 R	Kann ein psychotherapeutisch orientiertes Krankenhaus Anspruch gegen eine Krankenkasse auf Abschluss eines Versorgungsvertrages haben, wenn die Landeskrankenhausplanung insoweit von einem gedeckten Bedarf ausgeht? Schließt der Vorrang der staatlichen Krankenhausplanung - abweichend von BSG SozR 3-2500 § 109 Nr 2, 3, u.a. - eine gerichtliche Überprüfung der Bedarfssituation aus?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 07.07.2009 - L 11 KR 2751/07 -	09-04-122
Sonderentgelt 11.01 u. 15.03/ Zinsanspruch der Krankenkasse	B 3 KR 4/09 R	Kann neben dem Sonderentgelt 11.01 für eine "Retroperitoneale Lymphektomie" das Sonderentgelt 15.03 für die operative "Ovarektomie und/oder Salphingektomie einseitig" gesondert abgerechnet werden? Bemisst sich der Zinsanspruch der Krankenkasse bei Ansprüchen auf Rückzahlung überhöhter Krankenhausvergütungen nach den vertraglichen Regelungen für die Verzinsung des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses (hier: zwei Prozentpunkte über dem Basiszinssatz) oder ist insoweit § 288 Abs 2 BGB anzuwenden (acht Prozentpunkte über dem Basiszinssatz)?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 29.01.2009 - L 16 KR 242/06 -	09-02-166
Sanierungsbeitrag (Abschlag von 0,5%)	B 1 KR 19, 20, 24, 25/09 R <b>Termin:</b> 20.04.2010  B 3 KR 10, 11/09 R <b>Termin:</b> 29.04.2010	Ist der im Krankenhausbereich eingeführte Abschlag in Höhe von 0,5% des Rechnungsbetrages gem § 8 Abs 9 S 1 KHEntgG idF des GKV-WSG vom 26.3.2007 (BGBl I 2007, 378) sowohl formell als auch materiell verfassungskonform?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 26.03.2009 – L 16 KR 87/08 u. 135/08; v. 09.09.2009 - L 16 KR 7/09 - u. - L 16 KR 136/08 – v. 26.03.2009 - L 16 KR 18/09 v. 26.03.2009 – L 16 KR 88/08 -	09-03-142 u. 141  09-04-129 u. 131 09-03-140 09-03-143
	B 3 KR 14/09 R <b>Termin:</b> 29.04.2010	Verstößt die durch Art 19 Nr 2 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (juris: GKV-WSG) eingeführte Regelung des § 8 Abs 9 KHEntgG (Sanierungsbeitrag) gegen Art 3 Abs 1, 12 Abs 1 oder 14 Abs 1 GG?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 09.09.2009 - L 16 KR 14/09 -	09-04-130
Aufwandspauschale nach § 275 I c 3 SGB V	B 1 KR 29/09 R	Fällt die Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1 c S 3 SGB 5 idF vom 26.3.2007 auch in den Fällen an, in denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nach dem 31.3.2007 eingeschaltet wurde, die Krankenhausbehandlung aber bereits vor dem 1.4.2007 beendet war?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 20/09 -	10-02-146 NZB
	B 1 KR 1/10 R	Ist die Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1 c S 3 SGB 5 auch dann zu zahlen, wenn die Abrechnung der Krankenhausbehandlung lediglich falsch codiert war und, die Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 139/08 -	10-01-156 NZB

	B 1 KR 30/09 R	Ist die Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1c S 3 SGB 5 auch dann zu zahlen, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung noch während der Dauer der Krankenhausbehandlung (zur Überprüfung der Verweildauer) und damit vor dem Eingang der Abrechnung eingeschaltet worden ist?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 12.11.2009 - L 1 KR 90/09 -	10-01-158
<b>Weitere Leistungserbringer</b>				
Herstellerrabattabschlag	B 3 KR 3/09 R <b>Termin:</b> 29.04.2010	Folgt aus der Möglichkeit des Direktvertriebs eines Arzneimittels an Krankenhäuser und Ärzte nach § 47 Abs 1 S 1 Nr 2 Buchst a AMG (juris: AMG 1976) die Entbindung der pharmazeutischen Unternehmen von der Verpflichtung zur Leistung des Herstellerrabattes im Falle der Abgabe des Arzneimittels durch öffentliche Apotheken an Versicherte?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 29.01.2009 - L 8 KR 226/07 -	09-02-179
Schadensersatzanspruch bei fehlerhafter Arzneimittelverordnung	B 3 KR 13/08 R <b>Termin:</b> 17.12.2009	Ist im Falle der Nichtabrechenbarkeit einer Verordnung wegen Fehlens einer zusätzlichen ärztlichen Unterschrift unter einer geänderten Verordnungsmenge trotz vertraglicher Regelung über Rechnungs- und Taxberichtigungen im Arzneimittel-Liefervertrag der zivilrechtliche Schadensersatzanspruch gem § 280 BGB anwendbar mit der Folge, dass innerhalb der mit Arzneimittel-Liefervertrag festgesetzten Frist keine Rechnungs- der Taxberichtigungen erfolgen müssen, sondern unabhängig davon ein Schadensersatzanspruch geltend gemacht werden kann? Muss sich eine Krankenkasse das Verhalten eines Vertragsarztes, der ohne eigene Untersuchung des Versicherten einem gefälschten Arztbericht blind vertraut, als Schlüsselfigur und Vertreter der Krankenkasse gem §§ 164, 166 und 278 BGB im Rahmen eines Mitverschuldens bei der Haftung des Apothekers zurechnen lassen, wenn der Versicherte falsche Angaben zu seinem Krankheitszustand und der Behandlungsnotwendigkeit macht mit der Folge, dass zu Unrecht Medikamente ärztlicherseits verordnet worden sind?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 12.09.2007 - L 4 KR 243/05 -	09-03-150
Retaxierung: Nicht zugelassenes Arzneimittel (hier: Thalidomid) ohne Genehmigung der Krankenkasse	B 1 KR 3/10 R	Hat die Krankenkasse einen Erstattungsanspruch gegen einen Apotheker (Retaxierung), der aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung ein im Wege des Einzelimports nach § 73 Abs 3 AMG beschafftes EU-weit nicht zugelassenes Arzneimittel ohne vorherige Zustimmung der Krankenkasse an eine Versicherte abgibt, wenn die Versicherte bei einer grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungsrechts der GKV Anspruch auf dieses Arzneimittel hat (hier: Thalidomid zur Behandlung von Knochenmarkkrebs im Jahr 2005).	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.12.2009 - L 11 KR 389/09 -	10-01-165
Versandapotheke: Anspruch auf Herstellerrabatt	B 3 KR 14/08 R <b>Termin:</b> 17.12.2009	Hat eine in einem anderen Mitgliedstaat zugelassene Versandapotheke ab 1.1.2004 einen Anspruch auf den Herstellerrabatt nach § 130a Abs 1 S 2 SGB 5, soweit sie Verträge nach § 140e SGB 5 mit den deutschen Krankenkassen abgeschlossen hat?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 16.04.2008 - L 1 KR 16/05 -	09-02-177
Physiotherapieausbildung in anderem EU-Staat	B 3 KR 9/09 R	Verstößt die Voraussetzung einer in Deutschland durch eine Weiterbildung zu erlangenden Qualifikation bei Anbietern mit Abschlüssen aus anderen Ländern der EU gegen Europarecht (hier: Erteilung einer Abrechnungsbefugnis an einen Physiotherapeuten für die manuelle Therapie nach einer Ausbildung an der Hogeschool van Amsterdam)?	<i>LSG Berlin- Brandenburg</i> , Urt. v. 05.03.2009 - L 1 KR 351/08 -	10-01-175
	B 3 KR 12/09 R	Verstößt es gegen Art 12 Abs 1 GG, wenn die Zulassung eines Leistungserbringers zur medizinischen Fußpflege nach § 124 Abs 2 Nr 1 SGB 5 von der Ausbildung abhängig gemacht wird, die die Führung der Berufsbezeichnung "Podologe" erlaubt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 11.12.2008 - L 2 KN 26/05 KR -	09-02-182 NZB
Kein Anspruch auf Abschluss eines Vertrages	B 3 KR 26/08 R <b>Termin:</b> 10.03.2010	Kann ein Hilfsmittellieferant den Abschluss eines Rahmenvertrages zu Konditionen beanspruchen, die einem anderen Hilfsmittellieferanten eingeräumt worden sind?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 26.06.2008 - L 5 KR 169/06 -	08-03-170
Häusliche Krankenpflege "rund um	B 3 KR 2/10 R	Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege "rund um die Uhr" bei Personen mit einem	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> ,	

die Uhr"		besonders hohen Versorgungsbedarf, bei denen die Behandlungssicherungspflege gleichzeitig mit Maßnahmen der Grundpflege stattfindet.	Urt. v. 20.01.2010 - L 4 KR 332/07 -	
Häusliche Krankenpflege: Entscheidung unabhängiger Schiedsperson	B 3 KR 1/10 R	In welchem Umfang ist der Schiedsspruch einer Schiedsperson nach § 132a SGB 5 gerichtlich überprüfbar?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 26.11.2009 - L 8 KR 325/07 -	10-01-177
Förderanspruch eines Hospizdienstes gegen Krankenkasse	B 1 KR 15/09 R <b>Termin:</b> 17.02.2010	Verstößt § 6 Abs 2 der Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den mit der Interessenwahrnehmung beauftragten Spitzenorganisationen der ambulanten Hospizdienste zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3.9.2002 gegen § 39a Abs 2 S 4 und 5 SGB 5?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 28.05.2009 - L 1 KR 146/08 -	09-03-155

**Krankenkassen**

**Sonstiges**

Weiterleitung eines Reha-Antrags	B 1/3 KR 6/09 R <b>Termin:</b> 20.04.2010	Stellt die Übersendung eines Antrags auf medizinische Rehabilitation innerhalb eines Sozialversicherungszweiges (hier: der gesetzlichen Rentenversicherung) eine Weiterleitung iS von § 14 Abs. 1 S 2 SGB 9 dar?	<b>LSG Berlin- Brandenburg</b> , Urt. v. 07.11.2008 - L 1 KR 111/07 -	juris
Teilübernahme der Versorgungslasten	B 1 KR 27/09 R (alt: B 3 KR 8/09 R) <b>Termin:</b> 20.04.2010	Ist eine Krankenkasse bei Übernahme von Angestellten durch die Rentenversicherungsträger in das Beamtenverhältnis zur Teilübernahme der Versorgungslasten verpflichtet?	<b>LSG Berlin- Brandenburg</b> , Urt. v. 10.06.2009 - L 1 KR 165/07 -	juris
Übernahme der Krankenbehandlung/ Verfolgung von Regressansprüchen	B 1 KR 4/10 R	Gehören zu den Aufwendungen, die der Krankenkasse wegen der Übernahme der Krankenbehandlung nicht versicherter Empfänger von Leistungen nach dem SGB 12 entstanden sind, auch der Betrag, der im Rahmen eines Regressanspruchs nach § 116 SGB 10 von einem Dritten zu tragen wäre?	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 07.01.2010 - S 8 KR 93/06 -	juris