

Rechtsprechungsinformationsdienst 10-03

Redaktion	7
Editorische Hinweise	7
A. VERTRAGSARZTRECHT	8
I. Honorarverteilung	8
1. Honorarverteilung 2009	8
a) Regelleistungsvolumen: Kein Wachstum bis zum Fachgruppenschritt	8
b) Gemeinschaftspraxiszuschlag für arztgruppengleiche Gemeinschaftspraxis	9
2. Probatorische Sitzungen (Individualbudget/Mindestpunktwert)/Sonstige Leistungen (KV Berlin)	10
3. Neufeststellung eines höheren Individualbudgets nach Trennung einer Gemeinschaftspraxis	10
4. Kein Anspruch auf höheres Honorar (Pneumologen) (KV Berlin Quartal III/00)	11
5. Aufteilungsverhältnis zwischen budgetierten und nichtbudgetierten Fachgruppen	11
6. RLV für Anästhesiologen: Ambulante Operationen bei MKG-Chirurgen (KV Hessen)	12
7. Keine Pflicht zur Umdeutung einer fehlerhaften Abrechnung	12
8. Zahnärzte	13
a) Neufassung des BEMA-Z zum 01.01.2004 ist rechtmäßig	13
b) Ein Jahreshonorarbescheid für Gemeinschaftspraxis bei Änderung des Mitgliederbestandes	13
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	13
1. Weiterbehandlung anbehandelter Psychotherapiefälle: Kinder und Jugendliche	14
2. Nicht ordnungsgemäße Substitutionsbehandlung/Anordnungsgrund (Vermögen, Kreditlinie)	14
3. Aufsuchen der OP-Praxis durch Anästhesisten kein Besuch	15
4. Überweisungsausschluss für MVZ in eigener Trägerschaft der Poliklinik	15
5. Zahnärzte	16
a) Nachweis der vollständigen Leistungserbringung nur im Verwaltungsverfahren	16
b) Vollständiger Nachweis/Wiederholungsanästhesien bei Vollnarkose/Neurolyse	16
c) Nr. 8272 GOÄ-82 (Infusionen)	16
d) Fehlender Zustellungsvermerk/Nr. 2255 u. 2702 GOÄ-82	16
e) Nr. 59 BEMA-Z: Weiterer, selbständiger Eingriff	17
f) Endodontie, Zystektomie und Exzisionen	17
g) Keine Versandkosten zwischen Praxis und Eigenlabor	17
III. Zweigpraxis/Genehmigung/Belegarzt	18
1. Dialysezweigpraxis	18
a) Genehmigung einer Dialysezweigpraxis/Defensive Konkurrentenklage	18
b) Drittanfechtung der Genehmigung einer Dialysepraxis	18
2. BVerfG: Genehmigung zur Kernspintomographie für Kardiologen	19
3. Bdearzt: Verordnung von Rehabilitationsleistungen	20
4. Belegarztanerkennung	20
a) Vorlage des Belegarztvertrages als Anerkennungsvoraussetzung	20
b) Klagebefugnis/Arbeitsvertrag	20
5. Notdienst: Vorläufiger Ausschluss eines Vertragsarztes wegen Verdachts seelischer Erkrankung	21
IV. Disziplinarrecht	21
1. Keine Geldbuße nach Entziehung der Abrechnungsgenehmigung (hier: zur Substitutionsbehandlung)	21
2. Zweijähriges Ruhen der Zulassung nach Erhalt von Kick-Back-Zahlungen	21
V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	21
1. Arzneikostenregress: Richtgrößenprüfung	22
a) Fehlende Datengrundlage	22
b) Substantiierte Einwendungen gegen Datensätze	22
2. Aussetzung der Regresszahlungen/Unrichtige Rechtsbehelfsbelehrung	23
3. Bearbeitung des Widerspruch nach 5 ½ Jahren ohne Folgen	23
4. Verhandlungsfähigkeit bei Teilnahme an Verhandlung vor Beschwerdeausschuss	23
5. Antragsfristen einer Prüfvereinbarung: Zeitpunkt der Kenntniserlangung	23
6. Zahnärzte	24
a) Praxisbesonderheiten: Patienten aus Lungenfachklinik/ZE-Fälle/Übersiedler	24

b) Schadensersatz wegen „Kick-Back“-Anteil von 20 %	24
VI. Zulassungsrecht	25
1. Keine Zulassung als psychotherapeutisch tätige Ärztin ohne Facharztqualifikation	25
2. Praxisnachfolge	25
a) Nachbesetzung eines angefochtenen Vertragsarztsitzes	25
b) Rücknahme des Antrags auf Ausschreibung	26
3. Sonderbedarfszulassung: Ermittlungsumfang/Onkologie	27
4. Medizinische Versorgungszentren	27
a) Tätigwerden von Vertragsärzten im MVZ	27
b) Keine selbstschuldnerische Bürgschaft von Alt-MVZ (Feststellungsklage)	27
5. Job-Sharing	28
a) Keine Job-Sharing-Zulassung als PP neben Sonderbedarfszulassung als KJP	28
b) Leistungsbegrenzung	28
aa) Keine rückwirkende Änderung der Punktzahlobergrenze	28
bb) Keine Erhöhung des Abrechnungsvolumens	29
cc) Keine Änderung wegen EBM 2005	29
6. Residenzpflicht bei zwei bezirksübergreifenden Teilzulassungen	29
7. Zulassungsentziehung	29
a) Strafbare sexuelle Übergriffe/Abrechnung trotz Berufsverbots	29
b) Zu Unrecht abgerechnete Krebsvorsorgeuntersuchungen	30
c) Kein Ruhen wegen Einbringens eines Vertragsarztsitzes in Gemeinschaftspraxis nach Praxisaufgabe	30
8. Zulassungsbeendigung durch Aufgabe der ärztlichen Niederlassung am Vertragsarztsitz	31
9. Angestellter Arzt: Arztregistereintragung ohne Facharztanerkennung	31
10. Ermächtigung: Hochspezialisierte Krankenhausarzt und bundesweiter Bedarf/Interessenabwägung	31
11. Kein einstweiliger Rechtsschutz gegen Entscheidung des Zulassungsausschusses	32
VII. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen	32
VIII. Gesamtvertrag/GBA/Selektivvertrag	32
1. Schiedsspruch zu Gesamtvertrag	33
a) Bindung an Grundsatz der Beitragssatzstabilität	33
aa) Überschreitung der Veränderungsrate bei Erhöhung des Punktwerts	33
bb) Aufsichtsklage (Beanstandung durch Bundesversicherungsamt)/Punktwert	33
b) Sozialhilferechtliche Krankenhilfe und Wirtschaftlichkeitsprüfung	33
2. GBA	34
a) Beteiligung von Interessenvertretungen: Kein Anordnungsgrund vor Plenumsentscheidung des GBA	34
b) AMRL: Kein Ausschluss homöopathischer Arzneimittel (Hustenmittel Monapax®)	34
3. Selektivverträge	34
a) Bestellung der Schiedsperson für Hausarztvertrag (§ 73b IVa 2 SGB V): Überprüfbarkeit/Rechtsweg	34
aa) Eingeschränkte Überprüfbarkeit der Bestellung einer Schiedsperson	34
bb) Angelegenheit für Vertragsarztrecht	35
cc) Angelegenheit für Vertragsarztrecht/Örtliche Zuständigkeit nach KV-Sitz	35
b) Unterlassungserklärung im einstweiligen Rechtsschutz: Diskreditierung eines „Selektivvertrags“	35
IX. Verschiedenes	36
1. Drittanfechtung einer Genehmigung nach § 116b II SGB V	36
a) Spruchkörper für Krankenversicherung/Defensive Konkurrentenklage	36
b) Gebot der Rücksichtnahme	36
c) Kein Anordnungsgrund gegen Anordnung der sofortigen Vollziehung	37
d) Zulässigkeit defensiver Konkurrentenklage/Abwägungsentscheidung	38
2. Konkurrentenklage gg. Krankenhaus wg. Hinzuziehung von Anästhesisten zum ambulanten Operieren	38
3. „Hängebeschluss“ bei unwahren Tatsachenbehauptungen in Internetauftritt	39
X. Streitwert/Anwaltsvergütung/Kosten des Widerspruchsverfahrens/Geschäftsgebühr	39
1. Streitwert	40
a) Hälfte des Streitwerts bei Verpflichtungs-Neubescheidungen	40
b) Abrechnung über private Abrechnungsstelle	40
c) Honorarberichtigung/Keine Berücksichtigung Ziff. 7.5 KV Hessen	40
d) Klage gegen Genehmigung von Zweigpraxis	40
e) Senatsentscheid bei Beschwerde gegen Streitwertfestsetzung/Abhilfe des SG	41
2. Kostentragungslast im Widerspruchsverfahren nach teilweiser Stattgabe	41
3. Geschäftsgebühr nach Nr. 2400 bei Sonderbedarfszulassung	41

XI. Entscheidungen des BSG	42
1. Honorar	42
a) Schutz der Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz	42
b) Genehmigungsbedürftige psychotherapeutische Leistungen eines Weiterbildungsassistenten	42
c) Regelungen über Praxisbudgets nicht mit Regelungen über Regelleistungsvolumina vergleichbar	42
d) Anspruch eines Internisten und Belegarztes auf höheres Honorar	42
e) Verfassungskonforme Degressionsregelung für Kieferorthopäden	43
f) Berechnung der Degressionskürzung	43
2. Berechtigung zu sachlich-rechnerischer Richtigstellung: Fehlende medizinische Rechtfertigung	43
3. Keine Genehmigung für intern. Belegarzt ohne Schwerpunkt (Gastroenterologie/Pneumologie)	43
4. Nichtberücksichtigung der Gesprächspsychotherapie als Behandlungsverfahren (GBA)	43
5. Notdienst: Keine Notdienstumlage von Privatärzten	44
6. Regressbescheide gegen Gemeinschaftspraxis/Frist für Prüfanträge/Rezepturarzneimittel	44
7. GBA: Spruchkörper für Vertragsarztrecht/Anfechtungsrecht KBV/§ 116b SGB V	44
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	45
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	45
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	45
a) Regionale Chemotherapie bei Brustkrebs	45
b) Cyber-Knife-Behandlung	45
c) Interstitielle Brachytherapie mit Permanent Seeds	45
d) Wangenauffüll-Behandlung mit „New-Fill/Sculptra“	45
e) Immunbalancetherapie nach Dr. H. (hier: Behandlung eines Chronique Fatigue Syndroms)	46
f) LDL-Apherese-Behandlungen	46
g) Liposuktion	47
2. Keine absolute Grenze des Psychotherapieumfangs	47
3. Kosten einer ambulant durchgeführten Sterilisation	47
4. Zahnärztliche Leistungen	47
a) Keine Implantatversorgung bei Fehlen von acht Zähnen	47
b) Professionelle Reinigung der Implantate	48
c) Nur Festzuschuss auch bei Unverträglichkeit von Materialien	48
d) Funktionsanalytische Maßnahmen	48
e) Kieferorthopädische Leistungen bei Erwachsenen	48
II. Kostenerstattungsanspruch	49
Einhaltung des Beschaffungswegs: Festlegung auf bestimmte Leistungsform	49
III. Stationäre Krankenhausbehandlung	49
1. Brustverkleinerungsoperation (Mamma-Reduktionsplastik)	49
2. Brustasymmetrie/Fettschürze	49
IV. Krankenbehandlung im Ausland	50
V. Arzneimittel	50
1. Off-Label-Use	50
a) Gerinnungstherapie mit NovoSeven bei Gardner-Diamond-Syndrom	50
b) Immunglobuline (Octagam) bei multipler Sklerose	50
c) Behandlung der altersabhängigen Macula-Degeneration (AMD) mit Lucentis®	51
aa) Kein Off-Label-Use bei Auseinzelnung	51
bb) Beschränkung der freien Arztwahl durch Versorgungsvertrag	51
2. Verordnungsfähigkeit eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels (Salvysat)	51
3. Alt-Arzneimittel zur Verhinderung einer Fehlgeburt erstattungsfähig	52
VI. Hilfsmittel/Heilmittel	52
1. Elektrorollstuhl: Voraussetzung bestimmungsgemäßen Umgangs	52
2. Hand-Bike: Alternative zu Elektrorollstuhl/Nahbereich von 500 m	53
3. Behindertengerechter Autositz mit anatomischer Sitzschale	53
4. Ersatzversorgung mit einem Cochlea-Implantat/Wahrnehmung von Alltagsgeräuschen	53
5. Anspruch auf Optimalversorgung bei Hörgeräteversorgung	54
6. Beheizbare Handschuhe	54
7. Kühlweste	54

VII. Häusliche Krankenpflege	54
1. 24 Stunden Behandlungspflege	54
a) Beatmung einer querschnittsgelähmten Versicherten	54
b) Nur geldwerte Anrechnung der Pflegeleistungen	55
2. Keine Medikamentengabe bei Anspruch gegen Heimträger	55
VIII. Rehabilitation/Fahrkosten	55
1. Rehabilitationsleistungen	55
a) Rehabilitationssport: Keine Kostenübernahme für Übungsleiter	55
b) Kein Reha-Ausschluss bei Bezug von Arbeitslosengeld ab 58. Lebensjahr	56
2. Fahrkosten	56
a) ambulante Kontrolluntersuchung nach Nierentransplantation	56
b) Kostenübernahme nur in Höhe einer Sammelfahrt	56
IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen	57
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	57
a) Ambulant ausgeschlossene Behandlungsmethode im stationären Bereich	57
b) Voraussetzung für Notfallbehandlung	58
c) Stationäre Koronarangiographie als Verbringungsleistung	58
d) Abgrenzung Krankenbehandlung/Sterbebegleitung	58
e) DRG: Ansatz einer Nebendiagnose i.S. der Codierrichtlinie (DRG E 01 A)	59
f) Abzug für integrierte Versorgung	59
aa) Abzug erst nach Vertragsschluss	59
bb) Vertragsvorlage/Mittel für konkrete integrierte Versorgungsform	60
g) Akteneinsicht/Herausgabe zur Prüfung und ggf. zum Nachweis eines Behandlungsfehlers	60
h) Ausschlussfrist zur Prüfung nach § 275 I c 2 SGB V	60
i) Rechtshängigkeitszinsen	61
j) Kein Anspruch auf Erstattung vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten	61
2. Apotheker	61
a) Sofortige Vollziehung des Schiedsspruches zum Apotheken-Abschlag für 2009	62
b) Abwicklung des Sprechstundenbedarfs über spezielle Apotheke nach Vergabeverfahren	62
c) Kein Herstellerrabatt für Impfstoffe als Sprechstundenbedarf (2004)	62
3. Arzneimittelhersteller	63
a) Festbetragsfestsetzung: Pharmakologisch-therapeutische Vergleichbarkeit (Atorvastatin/„Sortis“)	63
b) Antragsbefugnis/Gebietsmonopolisierung/Parenterale Zubereitungen	63
c) Beschaffung von Kontrastmitteln zur Abgabe an Vertragsärzte als Sprechstundenbedarf	63
d) Vertragsschluss zwischen Krankenkasse und Sprechstundenbedarfslieferant	64
e) Öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gegen Apotheke bei fehlender Abschlagspflicht	64
f) Gebühren der Vergabekammer bei Rabattverträgen	64
4. Lieferung von Sondennahrung: Ausschlussfrist und Mehrwertsteuersatz	65
5. Hilfsmittelerbringer	65
a) Keine Pflicht zur Ausschreibung für Hilfsmittelverträge	65
b) Hilfsmittelverzeichnis: Teilkomponenten eines komplexen Hilfsmittelsystems	65
aa) IMEG-Patienten-Monitor	65
bb) Teil eines herzunterstützenden Systems: Antriebseinheit Excor	66
c) Beitritt zu Hilfsmittelversorgungsvertrag	66
6. Häusliche Krankenpflege	67
a) Häusliche Krankenpflege „rund um die Uhr“	67
b) Vereinbarung über Einsatz qualifizierten Personals	67
c) Kein Unterlassungsanspruch nach Wettbewerbsrecht	67
d) Abgrenzung Medikamentengabe/Inhalation	68
7. Ausschreibung von Krankenfahrten auf Internetplattform	68
X. Angelegenheiten der Krankenkassen	68
1. Keine rückwirkende Zulassung eines DMP-Programms	68
2. Keine Drittanfechtung der Genehmigung einer Kassenfusion	69
3. Rechtsweg zu Sozialgerichten: Auskunftsbefehl des Bundeskartellamtes	70
XI. Auskunftsanspruch gegen KV über Krankenbehandlungsdaten	71
XII. Verfahrensrecht/Kosten/Streitwert	71
1. Klage im eigenen Namen der Mutter für Kind unzulässig	71
2. Ablehnung einer Sachverständigen	71

3. Streitwert: Auskunftsanspruch bei unklarer Hauptforderung	71
XIII. Entscheidungen des BSG	72
1. Kostenerstattung für stationäre Krankenhausbehandlung in EU-Mitgliedstaat	72
2. Hörgeräteversorgung: Festbetragsregelung	72
3. Beziehungen zu Leistungserbringern	72
a) Krankenhausträger	72
aa) Abschlag in Höhe von 0,5% des Rechnungsbetrags für stationäre Krankenhausbehandlung	72
bb) Korrektur der Schlussrechnung durch Krankenhaus	72
cc) Vergütung von Großgeräteleistungen seit 01.07.1997 ohne Abstimmungspflicht	73
b) Erweiterte ambulante Physiotherapie nur als Rehabilitationsleistung/Erstattungsansprüche	73
c) Kein Anspruch auf Erstattung des Herstellerrabatts ohne Verpflichtung zu dessen Abführung	73
4. Erstattungsstreit zwischen Rentenversicherungsträger und Krankenkasse: Reha-Maßnahme im Ausland	73
5. Schadensersatzanspruch des Bundes gegen das Land Berlin (ALG II)	73
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	74
I. Ärztliches Berufsrecht	74
1. Approbation/Berufserlaubnis	74
a) Widerruf der Approbation	74
aa) Berufswürdigkeit eines Zahnarztes/Verurteilung wegen Betrugs	74
bb) Strafurteil wegen sexueller Nötigung	75
cc) Besitz von kinderpornographischen Schriften	75
dd) Rechtskräftige Verurteilungen eines Arztes	76
b) Ruhen der Approbation nach sexuellem Missbrauch von Kindern	76
c) Widerruf der ärztlichen Berufserlaubnis: Keine aufschiebende Wirkung bei Patientengefährdung	76
d) Keine Gleichwertigkeit eines 1995 abgeschlossenen rumänischen Zahnmedizinstudiums	76
2. Fachgespräch zur Erlangung der Gebietsbezeichnung Kieferorthopädie	77
3. Berufspflichten	77
a) Eigenbeteiligung bei Schwangerschaftsabbruch	77
b) Ausstellen eines unrichtigen ärztlichen Attests	77
c) Abführung der Arbeitnehmeranteile an Sozialversicherung	78
d) Bezeichnung „Zahnklinik B.“ bei fehlender stationärer Behandlung	78
4. Verfahrensrecht	78
a) Auskunft und Einsicht in staatsanwaltliche Ermittlungsakten durch Ärztekammer	78
b) Anordnung einer Durchsuchung und der Beschlagnahme von Beweismitteln	79
5. Schadensersatz von Psychotherapeutin: Unberechtigte Verdächtigung wegen Kindesmissbrauchs	79
6. Wettbewerbsrecht	80
a) Irreführende Werbung eines Zahnarztes ohne Gebietsbezeichnung	80
b) „Botox-Party“ im Rahmen der Erlebnisgastronomie mit Schönheitschirurgen	80
7. Keine Heilpraktikererlaubnis für Ärztin	80
8. Strafrecht: Zulässige Präimplantationsdiagnostik	81
9. Ärzteversorgung: Witwenrente nur bei Eheschließung vor Altersgrenze	81
II. Arzthaftung	81
1. BGH	81
a) Aufklärungspflicht auch über noch nicht beschriebene Risiken/Sachverständigenbefragung	81
b) Aufklärung durch Telefonat	82
c) Beschränkung der Behandlung auf einen Krankenhausarzt	82
d) Arzthaftung eines D-Arztes	82
e) Kein Rechtsmittel gegen Ablehnung der Einholung eines weiteren Gutachtens im Beweisverfahren	82
2. Aufklärungspflichten	82
a) Keine Verpflichtung, auf bestimmten Grad der Risikodichte abzustellen	82
b) LASIK-Operation am Auge	83
c) Empfehlung im Arztbrief/Mehrere Behandlungsmethoden	83
d) Entscheidung zur Operation bereits vor der Einweisung	83
e) Bedeutung eines Aufklärungsbogens	84
f) Keine angemessene Überlegungsfrist	84
3. Hinweis auf Vorsorgeuntersuchung ausreichend	84
4. Wahl der Punktionsstelle	84
5. Beweisantizipation im Arzthaftungsprozess	85
6. Unzulässigkeit eines selbständigen Beweisverfahrens	85

7. Befangenheit eines Sachverständigen: Persönliches Gespräch bei psychiatrischem Gutachten	85
8. Durchgangsarzt: Haftung bei Anordnung besonderer Heilbehandlung	85
9. Monochorisch-monoamniotische Zwillingsschwangerschaft: Pflichten der Hebamme	85
10. Haftung bei psychiatrischer Zwangsbehandlung	86
11. Keine fiktiven Kosten einer Nachbehandlung wegen zahnärztlichen Behandlungsfehlers	86
III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	86
1. Privatbehandlung: Einsicht in Krankenunterlagen/Beweispflicht für weitere Unterlagen	86
2. Private Krankenversicherung	87
a) Messung otoakustischer Emissionen (Nr. 1409 GOÄ)	87
b) Forderungsabtretung an Abrechnungsunternehmen: Forderungsinhaber	87
3. Zahnärzte	87
a) Kein selbstständiges Garantieverprechen durch Werbebroschüre	87
b) Fehlender Nachweis für Zahnfleischentzündungen durch Prothetik	87
4. Beihilfe	87
a) Autohomologe Immuntherapie nicht beihilfefähig	87
b) Schutzimpfung gegen humane Papillomaviren (HPV)	88
c) Keine Beihilfenfähigkeit der Bioresonanztherapie	88
d) Prämatüre Menopause ist Krankheit	88
e) Hyaluronsäure-Fertigspritze „GO-ON“/Arzneimittelähnliche Medizinprodukte	88
f) Arzneimittelbegriff („I Caps Lutein and Zeaxanthin Formula“ u. „Medyn“)	88
g) Keine Beihilfe zu Medizinprodukten (hier: „Onyster Nagelset“)	89
h) Andickungsmittel (hier: "Thick & Easy") kein Arzneimittel	89
i) Zahnärztliche Behandlung	89
aa) Kostengünstigere Alternativversorgung durch herkömmlichen Zahnersatz	89
bb) Beihilfefähigkeit einer Implantatversorgung	89
IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel	90
1. BGH: Arzneimittelhaftung/Herzinfarkt nach VIOXX - Beweislast	90
2. Zuzahlungserstattung durch einen Verein: Umgehung der Arzneimittelpreisbindung	90
3. Entzug der Apothekenbetriebserlaubnis wegen unerlaubter Abgabe von Arzneimitteln	90
4. Beihilfe	90
a) BVerwG: Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente zulässig	90
b) Ärztlich verordnete, aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht beihilfefähig	91
c) Nahrungsergänzungsmittel nicht beihilfefähig	91
V. Verschiedenes	91
1. EuGH: Mehrwertsteuer: Entnahme, Analyse und Aufbereitung von Nabelschnurblut nicht steuerbefreit	91
2. BVerfG	92
a) Untersagung einer Protestaktion gegen Schwangerschaftsabbrüche	92
b) Gleichbehandlung von Arbeitnehmern bei Klinikprivatisierung	93
c) Vorlagepflicht an EuGH	93
d) Wissenschaftliche Äußerungen alleine kein Befangenheitsgrund	93
3. BGH	94
a) Rechtswegabgrenzung zwischen Zivilgerichtsbarkeit und Verwaltungsgerichtsbarkeit	94
b) Herausgabeanspruch der gesetzl. Krankenkasse auf Pflegedokumentation aus übergegangenem Recht	94
4. BVerwG: Unbeschränkter Widerruf der Erlaubnis zur Tätigkeit als Logopäde wegen Sexualstraftat	94
5. Krankenhäuser	94
a) BGH: Krankenhaus-GmbH kommunaler Gebietskörperschaft ohne Gerichtsgebührenbefreiung	94
b) Einsatz von Honorarärzten im Rahmen des Versorgungsauftrags	95
c) Versorgungsauftrag und Vergütungsvereinbarung (geriatrische frührehabilitative DRGs)	95
d) Konkurrentenklage gegen Krankenhausplanaufnahme nur bei Eigenantrag	95
6. Veröffentlichung von Transparenzberichten über Pflegeheime	95
7. Krankenkassen	96
a) Schadensersatz bei rechtswidriger Versagung eines Versorgungsvertrages für Rehaklinik	96
b) Kostentragungspflicht der gesetzl. Krankenkasse: Transport mittels Drehleiter durch Feuerwehr	96
c) Satzungsbestimmung zum Ausschluss bestimmter Ärzte (Postbeamtenkrankenkasse)	96
8. Rettungsdienst	96
a) BVerfG: Eingliederung privater Unternehmen in den öffentlichen Rettungsdienst zulässig	96
b) Genehmigung für Betrieb von Krankentransporten trotz Genehmigung eines EU-Staates	97
c) Einsatz wegen Anscheinsgefahr (Kreislaufbeschwerden)	97
d) Keine Sozialversicherungspflicht für externe Notärzte	97
9. Heimliche Fernsehaufnahmen in Arztpraxis (Unterlassungsanspruch)	97

10. Kein Unterlassungsanspruch wegen Diagnose eines Amtsarztes gegenüber Behörde	98
11. Ambulante Operationen von Zivilisten in Bundeswehrkrankenhäusern als Institutsleistung	98
12. „Zahnarztpraxis Ltd.“: Kein Eintrag in Handelsregister	98
13. Heilpraktikergesetz	99
a) Geist-/Wunderheiler kein Heilpraktiker/Geltung des Heilmittelwerbegesetzes	99
b) Widerruf einer Heilpraktikererlaubnis: Keine Inanspruchnahme notwendiger ärztlicher Hilfe	99
14. (Zahn)Arztpraxis in der Insolvenz	99
a) Nur Insolvenzgericht kann Unwirksamkeit der Freigabeerklärung anordnen	99
b) Freigabe der zahnärztlichen Praxis durch Insolvenzverwalter umfasst Mietverhältnis	99
15. Steuerrecht	100
a) BFH: Veräußerungsgewinn einer Arztpraxis	100
b) Keine Umsatzsteuerbefreiung für Arzt als Hygieneberater	100
c) Aufwendungen eines Ehepaares für heterologe künstliche Befruchtung	100
Verzeichnis der Entscheidungen	100
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht	104
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)	111
Anhang III: Anhängige Rechtsfragen des Großen Senats und weiterer Senate	115

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 Instanzpraxis direkt an die Redaktion (oder an die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Fax:030/4005-1795) gebeten.

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

Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar:
www.dg-kassenarztrecht.de.

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum **29.08.2010** eingestellten Entscheidungen.

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** – (SozR 4-2500 § 85 Nr. 54) 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** – (SozR 4-2500 § 85 Nr. 51) 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 R** - (SozR 4-2500 § 87 Nr. 21) **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** – (SozR 4-2500 § 85 Nr. 52) 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 39/08 R** (SozR 4-2500 § 85 Nr. 49) **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 - **B 6 KA 10/09 R** – (SozR 4-2500 § 85 Nr. 48) (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 Degressionsschwellen 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. HONORARVERTEILUNG 2009

A) REGELLEISTUNGSVOLUMEN: KEIN WACHSTUM BIS ZUM FACHGRUPPENDURCHSCHNITT

SG Düsseldorf, Urt. v. 24.02.2010 – S 2 KA 240/09 –

RID 10-03-00

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Mit dem Auslaufen der Individualbudgets und der Einführung fallzahlabhängiger RLV ist ein Vergleich unter Geltung der Individualbudgets obsolet geworden, da die Höhe des vertragsärztlichen Honorars ab dem Quartal I/09 nicht mehr von maximal abrechenbaren Punktzahlvolumen abhängt.

Das Fehlen einer Regelung für unterdurchschnittlich abrechnende (Alt-)Praxen im HVV führt nicht dazu, dass die durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe zugrunde zu legen ist.

Der HVV 2009 bestimmt das **arztgruppenspezifische RLV** (vereinfacht dargestellt) eines Arztes als Produkt des arztgruppenspezifischen Fallwertes und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Dies bedeutet, dass eine unterdurchschnittliche Fallzahl im Aufsatzquartal des Vorjahres – wie auch bei der Antragstellerin – zu einem unterdurchschnittlichen RLV führt, was – auch bei durchschnittlicher oder höherer Fallzahl – im entsprechenden Quartal 2009 eine im Verhältnis zur Fachgruppe niedrigere Vergütung zur Folge hat. Ausgehend von einer Fortschreibung der Regelungssystematik für das Folgejahr 2010 führt die Bezugnahme auf einen Aufsatzzeitraum im Vorjahr jedoch dazu, dass **bereits innerhalb eines Jahres** – bezogen auf das RLV – **durchschnittliche Honorarwerte** erreicht werden können. Damit ist den Regelungen des HV 2009 die Möglichkeit eines Honorarwachstums auf durchschnittliche Werte innerhalb eines absehbaren Zeitraums von nur einem Jahr immanent. Es

erscheint daher fraglich, ob angesichts dessen eine spezielle Regelung für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen noch erforderlich ist.

Der HVV ab 1/2009 bestimmt das RLV einer ärztlichen Betriebsstätte (vereinfacht dargestellt) als Produkt des Fallwertes der Arztgruppe in € und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Dies bedeutet, dass eine unterdurchschnittliche Fallzahl im Aufsatzquartal des Vorjahres zu einem unterdurchschnittlichen RLV führt, was - auch bei durchschnittlicher oder höherer Fallzahl - im entsprechenden Quartal 2009 eine im Verhältnis zur Fachgruppe niedrigere Vergütung zur Folge hat. Ausgehend von einer Fortschreibung der Regelungssystematik für das Folgejahr 2010 führt die Bezugnahme auf einen Aufsatzzeitraum im Vorjahr jedoch dazu, dass bereits innerhalb eines Jahres - bezogen auf das RLV - durchschnittliche Honorarwerte erreicht werden können. Damit ermöglichen die Regelungen des HVV ein Honorarwachstum auf durchschnittliche Werte innerhalb eines absehbaren Zeitraums von nur einem Jahr. Angesichts dessen erscheint eine spezielle Regelung für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen nicht erforderlich (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 21.12.2009 – L 4 KA 77/09 B ER – RID 10-01-01).

Die Beschwer einer Vertragsärztin reduziert sich daher darauf, für ein Jahr in "Vorleistung" treten zu müssen, bevor die erhöhte Fallzahl im entsprechenden Quartal des Folgejahres dem RLV zugrunde gelegt wird. Eine solche "Vorleistung" über ein Jahr war aber auch den Regelungen über das Individualbudget immanent. Im Rahmen der Erhöhung des Individualbudgets aus Sicherstellungsgründen wurde - unbeschadet des Vorliegens der sonstigen Voraussetzungen - stets gefordert, dass in mindestens vier aufeinanderfolgenden Quartalen eine Erhöhung der Leistungsmenge zu verzeichnen war, bevor Zuschläge auf das Individualbudget bewilligt werden konnten (vgl. z.B. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.08.2006 – L 11 KA 93/05 – RID 06-04-09; v. 15.08.2007 – L 11 KA 25/07 – RID 07-04-06).

Die als praktische Ärztin seit 1983 zugelassene Kl. wandte sich erfolglos gegen die Festsetzung des RLV für das Quartal I/09 auf 16.836,64 € bei einer individuellen RLV-relevanten Fallzahl von 503 (durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl der RLV-Arztgruppe belief sich auf 822,5). Sie verwies auf einen im Juli 2004 geschlossenen Vergleich, der ihr eine Steigerungsmöglichkeit bis zum Fachgruppenn Durchschnitt zugesichert habe. Eine zeitliche Obergrenze für diese Wachstumsmöglichkeit sei nicht festgelegt worden. Dies habe darin begründet gelegen, dass mit einem kontinuierlichen, aber langsamen Anstieg der Patientenzahlen zu rechnen gewesen sei. Mit der Umstellung auf das RLV im Jahre 2009 sei sie auf die Fallzahlen der Vorjahresquartale begrenzt worden. Es sei zu berücksichtigen, dass in unmittelbarer Nachbarschaft zur Praxis ein Neubaugebiet im Rahmen eines generationsübergreifenden Wohnprojekts mit rd. 500 neuen Einwohnern entstanden sei und weiter entstehe. Das **SG** wies die Klage mit dem Antrag, d. Bekl. zu verurteilen, den Ablehnungsbescheid aufzuheben und ab dem Quartal I/09 für die Festsetzung der Regelleistungsvolumen die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe zugrunde zu legen und auf Basis dieser festgesetzten Regelleistungsvolumen die jeweiligen Quartale abzurechnen, ab.

B) GEMEINSCHAFTSPRAXISZUSCHLAG FÜR ARZTGRUPPENGLEICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

SG Marburg, Urt. v. 14.04.2010 – S 11 KA 512/09 –

RID 10-03-01

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de
SGB V § 87b

Leitsatz: Im Quartal I/09 arztgruppen- und schwerpunktgleiche Gemeinschaftspraxen haben einen Anspruch auf Gewährung eines Gemeinschaftspraxiszuschlages in Höhe von 10% auf das Regelleistungsvolumen nach den verbindlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses. Dies ergibt sich aus der Regelungssystematik der Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus der 7. und 164. Sitzung 2008, da auch im EBM für das Quartal I/09 ein Aufschlag von 10% auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen für diese Praxen vorgesehen ist. Die EBM-Änderungen bilden sich konsequenterweise im Regelleistungsvolumen ab.

Die Kl. ist eine Gemeinschaftspraxis, bestehend aus zwei Fachärzten für Allgemeinmedizin. In der Zeit vom 01.01.1993 bis 31.03.2008 war in der Gemeinschaftspraxis die Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin Frau D tätig. Seit dem 01.04.2008 führt die klägerische Gemeinschaftspraxis nur noch eine Praxisgemeinschaft mit Frau D. Die bekl. KV lehnte einen Aufschlag von 10% auf das Regelleistungsvolumen ab, weil der Aufschlag die im ersten Halbjahr 2009 fehlende Generierungsmöglichkeit von Arztfallzahlen ausgleichen solle. Bei fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften werden die Zahl der Arztfälle mangels einer arztbezogenen Kennzeichnung im Quartal I/08 als Behandlungsfallzahl geteilt durch die Anzahl der Ärzte berechnet. Im Fall der Kl. sei die Anzahl der Fälle pro Arzt ermittelbar gewesen. Das **SG** gab der Klage statt und verpflichtete die Bekl., der Kl. für das Quartal I/09 ein Regelleistungsvolumen von 99.861,54 € unter Einschluss eines Aufschlages von 10% für die Gemeinschaftspraxis zu gewähren.

2. PROBATORISCHE SITZUNGEN (INDIVIDUALBUDGET/MINDESTPUNKTWERT)/SONSTIGE LEISTUNGEN (KV BERLIN)

SG Berlin, Urt. v. 18.11.2009 – S 71 KA 592/06 –

RID 10-03-02

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85 IV, IVa 1

Der Bewertungsausschuss ist nicht verpflichtet, einen Mindestpunktwert auch für die Vergütung der **probatorischen Sitzungen** zu bestimmen. Es ist nicht zu beanstanden, dass diese Leistungen den Regelungen über **Individualbudgets** unterworfen werden.

Es muss aber eine substanzielle Honorierung der probatorischen Sitzungen (Nr. 870 EBM 1996/Nr. 35150 EBM 2005) gewährleistet sein (BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 35/06 R - juris Rn. 17). Eine substanzielle Honorierung hält das BSG nur dann für gewährleistet, wenn ein **Punktwert von 5 Pfennig/2,56 Cent** nicht unterschritten wird. Beide **Kassenbereiche** sind zusammen zu berücksichtigen. Ein geringerer Punktwert im Bereich der Primärkassen ist nicht zu beanstanden, wenn zugleich die durchschnittlichen Punktwerte für die Bereiche der Primär- und der Ersatzkassen oberhalb von 2,56 Cent liegen (Folgerung aus BSG, Urt. v. 28.05.2008 - B 6 KA 49/07 R - juris Rn. 58; ebs. SG Berlin, Urt. v. 20.05.2009 - S 83 KA 93/07 -).

Die Vergütung **sonstiger psychotherapeutischer Leistungen** des Kapitels G IV EBM 1996 bzw. des Kapitels 35 EBM 2005 unterliegt **keinem Mindestpunktwert**.

In den **Quartalen II/05 bis IV/05** erweist sich die **Vergütung der sonstigen Leistungen im Bereich der KV Berlin** als **rechtswidrig**, denn die vorgenommene Verringerung des Budgets für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen verstößt gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die gegenüber den übrigen Fachärzten überdurchschnittliche Belastung der Gruppe der Psychotherapeuten ist nicht dadurch zu rechtfertigen, dass diese von der Neuregelung des Mindestpunktwerks für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen besonders profitieren. Das **Schiedsamt** war zum Erlass der Regelung über die besondere Belastung der Psychotherapeuten nicht befugt.

Das **SG** verurteile zur Neubescheidung des Honorars für die Quartale I u. II/03 u. II-IV/05 und wies im Übrigen die Klage (bzgl. der Quartale I u. II/00, I u. II/01, IV/01-IV/02, III/03 u. I/04-I/05) ab.

Nach **SG Marburg**, Urt. v. 22.10.2008 – S 12 KA 235/07 – RID 08-04-24 (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 117/08 -) können probatorische Sitzungen in ein Regelleistungsvolumen einbezogen werden, es muss aber zwischen den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und den anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten und Psychologischen Psychotherapeuten unterschieden werden.

3. NEUFESTSTELLUNG EINES HÖHEREN INDIVIDUALBUDGETS NACH TRENNUNG EINER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

SG Berlin, Urt. v. 09.09.2009 – S 71 KA 382/06 –

RID 10-03-03

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 85 IV; GG Art. 12 I

Leitsatz: 1. Der **Honorarverteilungsmaßstab** verstößt nicht gegen höherrangiges Recht. Er ist als Berufsausübungsregelung an Art. 12 GG zu messen und muss insbesondere verhältnismäßig sein. Danach ist die Einführung von Individualbudgets grundsätzlich nicht zu beanstanden (BSG, Urt. v. 10.12.2003 - B 6 KA 54/02 R -).

2. Beim Honorarverteilungsmaßstab handelt es sich nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 10.12.2003 - B 6 KA 76/03 R -) um ein umfassendes, striktes Modell, das Ausnahmeregelungen enge Grenzen setzt. Eine solche **Ausnahme** ist gegeben, wenn gewichtige, konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Leistungserbringer im Zuge der **Trennung einer Gemeinschaftspraxis einen über den bislang zugrunde gelegten Anteil hinausgehenden Teil der Patienten übernommen** hat.

3. Im Rahmen der **Teilung einer Gemeinschaftspraxis** besteht kein Anspruch auf die Heranziehung, bestimmter, günstiger Quartale für die Fallzahlgewichtung.

Der Kl., seit 1978 als Arzt für Allgemeinmedizin zugelassen, führte vom Juli 2000 bis März 2003 mit Frau Dr. Z eine Gemeinschaftspraxis. Seit April 2004 beschäftigt er im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis Herrn M als sog. Job-Sharer. Nach Beendigung der Gemeinschaftspraxis mit Frau Dr. Z beantragte er die Neufestsetzung seines Individualbudgets, da der ehemals gemeinsam betreute Patientenstamm bei ihm verblieben und die arithmetische Teilung des Budgets der vormaligen Gemeinschaftspraxis nicht gerechtfertigt sei. Der Vorstand der KV Berlin gab dem Antrag insoweit statt, als dass er das Individualbudget des Klägers auf 75,6 % vom Individualbudget der ehemaligen Gemeinschaftspraxis mit Frau Dr. Z erhöhte. Nach einer ersten Klageerhebung unter Hinweis auf ein Niveau von 81 bis 87 % der ehemaligen Fallzahlen führte eine Neubescheidung zu keinem anderen Ergebnis. Das **SG** verurteilte die KV, das Individualbudget des Kl. ab dem Quartal III/03 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu erhöhen und wies im Übrigen die Klage ab.

4. KEIN ANSPRUCH AUF HÖHERES HONORAR (PNEUMOLOGEN) (KV BERLIN QUARTAL III/00)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.01.2010 – L 7 KA 45/04 –

RID 10-03-04

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

Eine KV war im Quartal III/00 berechtigt, in ihren HVM auch die nicht durch den EBM 1997 budgetierten Leistungen **mengenbegrenzenden Regelungen** zu unterwerfen.

Der Fachgruppe der **Pneumologen** steht nicht wegen des bei ihrer Fachgruppe zu verzeichnenden Punktwertrückgangs bzw. wegen der Punktwertdifferenz gegenüber anderen Leistungen ein Anspruch auf höheres Honorar zu, und zwar weder unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung noch unter demjenigen eines gravierend dauerhaften Punktwertrückgangs noch unter dem Gesichtspunkt einer erheblichen Leistungsausweitung in Folge medizinisch-technischen Fortschritts bei einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern zugeordnet sind.

SG Berlin, Urt. v. 18.08.2004 – S 71 KA 152/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren: *SG Berlin, Urt. v. 18.08.2004 – S 71 KA 186/02* - (Quartal III/00)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.01.2010 – L 7 KA 42/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris RID 10-03-05

SG Berlin, Urt. v. 28.09.2005 – S 79 KA 177/02 - (Quartal III/00)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.01.2010 – L 7 KA 84/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris RID 10-03-06

SG Berlin, Urt. v. 18.10.2006 – S 71 KA 152/02 - (Quartal III/02)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.01.2010 – L 7 KA 137/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris RID 10-03-07

SG Berlin, Urt. v. 04.12.2006 – S 71 KA 26/04 - (Quartal III/02)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.01.2010 – L 7 KA 3/07 – www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris RID 10-03-08

5. AUFTEILUNGSVERHÄLTNIS ZWISCHEN BUDGETIERTEN UND NICHTBUDGETIERTEN FACHGRUPPEN

LSG Thüringen, Urt. v. 17.12.2008 - L 4 KA 1284/07 –

RID 10-03-09

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 6/10 R
SGB V § 85 IV

juris

Eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes, 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, ist rechtmäßig. Die Aufteilung orientiert sich am tatsächlichen Leistungsgeschehen. Es erfolgt dadurch keine Budgetierung der nichtbudgetierten Fachgruppe, es handelt sich lediglich um ein Aufteilungskriterium, wobei es zulässig ist, die Punktzahlanforderung der budgetierten und die der nichtbudgetierten Fachgruppen ins Verhältnis zueinander zu setzen. Betroffen ist allein die Ebene der Honorarverteilung und nicht die der Leistungsbewertung. Die im EBM getroffenen Regelungen über die Praxis- und Zusatzbudgets hingegen sind allein der Bewertungsebene vorbehalten. Sie sind seitens der kassenärztlichen Vereinigung nur insoweit zu berücksichtigen, als sie bei der Ermittlung des Auszahlungspunktwertes anzuwenden sind.

Der Kl. ist als fachärztlicher Internist mit kardiologischer Ausrichtung zugelassen. Zum Quartal I/01 wurden die bis dahin im fachärztlichen Bereich nach Fachgruppen festgelegten Honorarkontingente aufgelöst. Der fachärztliche Gesamtvergütungsanteil wurde vor Ermittlung des Auszahlungspunktwertes in zwei Bereiche aufgeteilt (hier jeweils für die budgetierten und nichtbudgetierten Fachgruppen). In Leitzahl 602b HVM wurde Folgendes geregelt: „Das Aufteilungsverhältnis zwischen budgetierten und nichtbudgetierten Fachgruppen an der Gesamtvergütung wird 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 die in den Punkten 1 bis 3 definierten Punktzahlanforderungen, ermittelt“. *SG Gotha, Urt. v. 25.07.2007 – S 7 KA 646/03* – (Quartale IV/01 u. I/02) u. - S 7 KA 3216/03 – (Quartal II/02) gab den Klagen statt und verurteilte zur Neufestsetzung des Honorars; zur Begründung führte es aus, dass bei der Bestimmung des Aufteilungsverhältnisses Leistungen der budgetierten Fachgruppen zu ihren Gunsten relevant würden, auf deren Vergütung kein Anspruch bestehe, weil sie – jedenfalls im Hinblick auf den vorgegebenen Behandlungsaufwand je Behandlungsfall – im Ergebnis nicht im Einklang mit den bundesmantelvertraglichen Vorgaben erbracht worden seien. Diese Honoraranteile seien in rechtlicher Hinsicht nicht anders zu qualifizieren als solche, die in Folge von Berichtigungsverfahren (Wirtschaftlichkeit, sachlich-rechnerische Korrekturen usw.) von der Vergütung abgesetzt würden. Ihre Einbeziehung in die für das Aufteilungsverhältnis maßgebende Bezugsgröße stelle eine sachlich nicht zu rechtfertigende Privilegierung der budgetierten zu Lasten der nichtbudgetierten Fachgruppen dar. Das **LSG** wies die verbundenen Klagen ab.

6. RLV FÜR ANÄSTHESIOLOGEN: AMBULANTE OPERATIONEN BEI MKG-CHIRURGEN (KV HESSEN)

LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2009 – L 4 KA 17/09 –

RID 10-03-10

Revision anhängig: B 6 KA 20/10 R

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

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

Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I 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. Ein **Härtefall** liegt bei einem **Anästhesisten** vor, der in einem besonders hohen – von der Typik seiner Fachgruppe deutliche abweichenden - Umfang zeitintensive ambulante Operationen eines Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen anästhesiologisch betreut.

Eine **Sonderregelung** zum Regelleistungsvolumen scheidet bei der überproportionalen Abrechnung von **fachgruppentypischen Leistungen** – hier der Ziff. 05330 EBM 2005 und der Ziff. 05331 EBM 2005 – nicht generell aus. Ausreichend ist eine Konzentration auf die Erbringung von Leistungen aus einem Teilbereich des Fachgebietes.

Ein Praxisschwerpunkt kann deshalb auch dann vorliegen, wenn für die jeweilige Fachgruppe an sich spezifische Leistungen – wie hier Narkosen und Anästhesien – in einem für die Vergleichsgruppe außergewöhnlichen (hier zeitlichen) Umfang bei nur geringen Fallzahlen abgerechnet werden, weil die Leistungen in Zusammenhang stehen mit einer bereits lang andauernden Zusammenarbeit mit einem ebf. spezialisierten MKG-Chirurgen.

SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 – S 12 KA 12/08 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung d. Bekl. zurück.

Nach BSG, Urt. v. 18.08.2010 - **B 6 KA 16/09 R** – (Parallelverfahren: **B 6 KA 25 bis 28/09 R**) ist der HVV in der ab dem 01.04.2005 geltenden Fassung insoweit rechtswidrig, als bestimmte, Leistungen entgegen dem Beschl. des Bewertungsausschusses v. 29.10.2004 in die jeweiligen Regelleistungsvolumina (RLV) einbezogen wurden; die Ausgleichsregelung in Ziff 7.5 HVV ist rechtswidrig, soweit diese Honorarminderungen vorsah; die mit der Neugestaltung des EBM und dem System der Vergütung nach RLV verbundenen Vorteile für die Vertragsärzte dürfen nicht ohne normative Grundlage im Bundesrecht durch die Partner der HVV so relativiert werden, dass faktisch praxisindividuelle Budgets - bezogen auf die von der einzelnen Praxis im Referenzquartal erreichte Vergütung - an Stelle der RLV zur Anwendung kommen; das Revisionsverfahren **B 6 KA 17/09 R** zu LSG Hessen, Urt. v. 29.04.2009 - L 4 KA 76/08 - RID 09-03-18 ist auf Anregung des Senats am 18.08.2010 durch einen gerichtlichen Vergleich beendet worden, in dem die Bekl. der Kl. für ihre Behandlungsfälle Honorarnachzahlungen entsprechend 95 % des durchschnittlichen Fachgruppenfallwerts zugesagt hat; nach BSG, Urt. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 31/08 R** - (SozR 4-2500 § 85 Nr. 53) 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** – (SozR 4-2500 § 85 Nr. 50) 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.

7. KEINE PFLICHT ZUR UMDEUTUNG EINER FEHLERHAFTEN ABRECHNUNG

LSG Hessen, Urt. v. 19.05.2010 – L 4 KA 100/08 –

RID 10-03-11

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 37/10 B

SGB V § 85 IV

Nach BSG, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 19/04 R – u. v. 29.08.2007 – B 6 KA 29/06 R – juris Rn. 11 sind **Abrechnungsfristen** und die Sanktionierung von Fristenüberschreitungen durch Honorarabzüge in einem HVM rechtmäßig.

Eine KV ist zur **Umdeutung einer fehlerhaften Abrechnung** in eine andere Leistung aufgrund der Garantiefunktion der Sammelerklärung nicht verpflichtet.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 23.07.2008 – S 28 KA 16/05 WA - wies die Klage gegen den Honorarbescheid I/98 ab, das **LSG** die Berufung zurück.

8. ZAHNÄRZTE

A) NEUFASSUNG DES BEMA-Z ZUM 01.01.2004 IST RECHTMÄßIG

SG Dresden, Urt. v. 26.03.2010 – S 11 KA 5060/05 Z –

RID 10-03-12

SGB V §§ 85 IV, 87 II; SGB V i.d.F.d. GKV-GRG 2000 § 87 IId

Die Neufassung des BEMA-Z durch den Erweiterten Bewertungsausschuss zum 01.01.2004 ist rechtmäßig.

Das *SG* wies die Klage eines Kieferorthopäden gegen den Honorarbescheid für das Quartal IV/04 ab.

B) EIN JAHRESHONORAR BESCHIED FÜR GEMEINSCHAFTSPRAXIS BEI ÄNDERUNG DES MITGLIEDERBESTANDES

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 12.05.2010 – L 3 KA 70/07 –

RID 10-03-13

Revision anhängig: B 6 KA 22/10 R

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV; Zahnärzte-ZV § 33 II; BGB § 705; GG Art. 3 I, 12 I, 14 I

Leitsatz: Die KZV Niedersachsen hat einer fortbestehenden Gemeinschaftspraxis auch dann einen einheitlichen Jahreshonorarbescheid zu erteilen, wenn sich im Verlauf des Jahres der Mitgliederbestand der entsprechenden Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) ändert. Dies hat zur Folge, dass der GbR auch ein ggf. vorliegender quartalsübergreifender Budgetausgleich zugute kommt.

Im Quartal I/03 waren die Kl. zu 1., 2. und 4. in einer **Gemeinschaftspraxis** tätig. Ende des Quartals verließ der Kl. zu 4. die Gemeinschaftspraxis, während die Kl. zu 1. und 2. dort tätig blieben. Die drei Zahnärzte teilten der bekl. KZV mit, dass – wenn möglich – ein Kollege in die Gemeinschaftspraxis eintrete, ansonsten diese mit vorerst nur zwei Partnern fortgeführt werde. Die Bekl. wertete diese Änderung als Auflösung der bisherigen Gemeinschaftspraxis und erteilte den beiden anderen Zahnärzten eine neue gemeinsame Abrechnungsnummer. Im August 2003 schlossen die Kläger zu 1., 2. und 3. einen Vertrag, wonach die Kl. zu 3. in die seit März 2001 bestehende Gemeinschaftspraxis eintrat. Eine Erklärung über den Betrieb einer Gemeinschaftspraxis ab IV/03 bzw. eine „Niederlassungsmeldung“ der drei Zahnärzte über eine „Praxisaufnahme“ leitete die Bekl. dem Zulassungsausschuss zu, der die Ausübung der Gemeinschaftspraxis mit Beschl. v. September genehmigte. Nach dem **HVM** wurde für KCH-, Zahnersatz- sowie kieferorthopädische Leistungen eine getrennte Verteilung auf Grund zahnarztbezogener Budgets vorgenommen. Dabei wurden jeweils Jahresbudgets mit festen Punktwerten gebildet. Darüber hinaus erbrachte Leistungen wurden in der Weise honoriert, dass die noch nicht verteilte Gesamtvergütung ins Verhältnis zu der Anzahl der die Sockelbeträge überschreitenden Zahnärzte gesetzt werden sollte; innerhalb der durch diesen Quotienten definierten Grenze (erhöhter Sockelbetrag) erfolgte wiederum eine Vergütung nach Einzelleistungspunktwerten. Die primären und erhöhten Budgetbeträge vervielfachten sich für Gemeinschaftspraxen entsprechend der Anzahl der Partner. Der genannte Verteilungsvorgang sollte solange wiederholt werden, bis der verbleibende Rest 3 % oder weniger der Gesamthonorare betrug. Die Vergütung der diesen Rahmen überschreitenden Leistungen wurde auf eine Quote beschränkt. Die Bekl. erteilte für d. Kl. **drei „Jahreshonorarbescheide für 2003“**. Für das Quartal I/03 wurde die Jahresvergütungsobergrenze anders als für die übrigen Quartale nicht überschritten. *SG Hannover, Urt. v. 18.07.2007 - S 43 KA 273/04 -* wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte d. Bekl., zugunsten der Beigel. für das Jahr 2003 ein Honorar in Höhe von 465.272,77 € festzusetzen und deren Honorarkonto den sich hieraus ergebenden Zusatzbetrag von 7.266,43 Euro gutzuschreiben.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 18.08.2010 – **B 6 KA 23/09 R** – konnte eine Laborärztin die Nr. 7120 EBM (Pauschalerstattung für den Transport von Briefen) in den Fällen nicht berechnen, in denen sie die Untersuchungen auf Anforderungen von anderen Laborärzten durchführte; nach BSG, Urt. v. 23.06.2010 – **B 6 KA 7/09 R** – wird die ärztliche Tätigkeit jedenfalls dann nicht mehr in **freier Praxis** ausgeübt, wenn ein Kooperationspartner weder das wirtschaftliche Risiko der Praxis mit trägt noch am Wert der Praxis beteiligt ist; weder der **Status** des beigeladenen Arztes als Vertragsarzt noch die ebenfalls statusbegründende Genehmigung der Gemeinschaftspraxis stehen der Berechtigung der KV entgegen, aus der gesetzwidrigen Gestaltung der beruflichen Kooperation die notwendigen vergütungsrechtlichen Folgerungen zu ziehen; einer vorherigen rückwirkenden Beseitigung des Status bedarf es hierzu nicht. Die **Statusentscheidungen** sichern die vertragsärztliche Tätigkeit im **Rechtsverhältnis zu Dritten** ab; die Versicherten können sich darauf verlassen, durch einen zugelassenen Arzt im Rahmen des Sachleistungsprinzips behandelt zu werden; die ausgestellten Verordnungen sind wirksam. Solange der Status nicht beseitigt ist, wird der Arzt im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt und darf seine organschaftlichen Mitwirkungsrechte innerhalb der KV wahrnehmen. Im **Innenverhältnis zur KV** schützt der rechtswidrig erlangte bzw. genutzte Status den Arzt jedoch zumindest in vergütungsrechtlicher Hinsicht nicht. Die Richtigstellung fehlerhafter vertragsärztlicher Abrechnungen setzt grundsätzlich kein Verschulden des Vertragsarztes voraus; nach BSG, Urt. v. 23.06.2010 – **B 6 KA 8/09 R** – sind die nach dem Verlassen des Kreißsaales im Krankenhaus aufgenommenen **Säuglinge** nicht Patienten des **gynäkologischen Belegarztes**. Abgesehen von ausdrücklich geregelten Fällen - insbesondere U-1 Untersuchungen - sowie von Notfallbehandlungen, können die Leistungen gegenüber Säuglingen, die zusammen mit ihrer noch krankenhauspflegebedürftigen Mutter nach der Geburt im Krankenhaus verbleiben, nur von **Kinderärzten** erbracht

werden; die Verneinung eines Honoraranspruchs des gynäkologischen Belegarztes ist unabhängig davon, ob das Krankenhaus einen Kinderarzt beschäftigt oder als Belegarzt an sich gebunden hat; 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. WEITERBEHANDLUNG ANBEHANDELTEN PSYCHOTHERAPIEFÄLLE: KINDER UND JUGENDLICHE

LSG Hessen, Urt. v. 19.05.2010 – L 4 KA 79/09 –

RID 10-03-14

SGB V §§ PsychThG § 1 II

Eine KV muss einen **bestandskräftigen Beschluss des Berufungsausschusses**, in dem einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin trotz Ausscheidens aus Altersgründen die Genehmigung erteilt wurde, anbehandelte Fälle bei Kindern und Jugendlichen bis zu ihrem Abschluss **weiter zu behandeln**, unabhängig von der materiellen Rechtmäßigkeit der Entscheidung gegen sich gelten lassen. Fehlt es an einer zeitlichen Befristung, so umfasst der Beschluss auch Behandlungsabschnitte im Rahmen laufender (Langzeit-)Therapien, die erst nach dem Ende der Zulassung aufgrund von Fortsetzungsanträgen von den Krankenkassen genehmigt wurden. Mit der Formulierung „Kinder und Jugendliche“ wird an das fachliche Begriffsverständnis im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angeknüpft; damit werden auch Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfasst.

SG Marburg, Urt. v. 22.07.2009 - S 11 KA 219/08 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte d. Bekl., der Klägerin die abgesetzten Leistungen zu vergüten.

2. NICHT ORDNUNGSGEMÄßE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG/ANORDNUNGSGRUND (VERMÖGEN, KREDITLINIE)

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 26.02.2009 – L 3 KA 108/08 ER –

RID 10-03-15

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 85 IV 9, 106a; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Es fehlt an einem **Anordnungsgrund**, wenn ein Antragsteller nicht glaubhaft macht, dass er bei sofortiger Vollziehung eines Rückforderungsbescheides (hier: 5.968,88 €) in so ernsthafte wirtschaftliche Schwierigkeiten gerät, dass seine Existenz bedroht ist und damit eine unbillige Härte vorliegt. Besteht jedenfalls ein **Vermögen** in Höhe von 91.690,95 € in Form von Schiffsbeteiligungen, Investmentfondsanteilen und auf Konten, wobei der Wert zu Grunde liegt, der bei einer sofortigen Verwertung zu erzielen sein dürfte, so kann auch – unter Berücksichtigung einer weiteren Rückforderung – ein Betrag von 85.709 € aufgebracht werden. Wird trotz Aufforderung eine Bankbescheinigung über die noch zur Verfügung stehende **Kreditlinie** nicht vorgelegt, so legt dies den Schluss nahe, dass der Vertragsarzt seine Kreditlinie bislang nicht ausgeschöpft hat und den Ausgleich des Rückforderungsbetrags auch über einen Kredit finanzieren könnte.

Fehlen in der Patientenakte Eintragungen zu einer ausführlichen allgemeinen Anamnese und zu einer richtlinienkonformen Drogenanamnese oder aktuellen Suchtanamnese, fehlen körperliche Untersuchungsbefunde, Verlaufsdokumentationen oder Therapieziele, ein Drogenscreening vor Drogenabgabe, ein regelmäßiges Abfragen und Dokumentieren des Beigebrauchs, beaufsichtigte Urinkontrollen und wird das Substitutionsmittel ohne Aufsicht getrunken, so erfolgt die **Substitutionsbehandlung** nicht ordnungsgemäß und können die Leistungen nach Nrn. 202 ff. (Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger) und 3860 bis 3862, 3864 bis 3868 (Drogensuchtests) EBM a.F. nicht abgerechnet werden.

SG Hannover, Beschl. v. 23.09.2008 - S 24 KA 297/08 ER - lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen eine Honorarberichtigung für das Quartal IV/04 in Höhe von 5.968,88 € ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück; das Verfahren zu den Vorquartalen wird unter dem Az.: L 3 KA 109/08 ER geführt.

3. AUFSUCHEN DER OP-PRAXIS DURCH ANÄSTHESISTEN KEIN BESUCH

LSG Sachsen, Urt. v. 19.05.2010 – L 1 KA 14/09 –

RID 10-03-16

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV; EBM 2005 Präambel zu Teil II Kapitel 1.4, Nr. 05230

Nach der im Quartal II/05 geltenden regionalen **Wegegeldregelung im Bereich der KV Sachsen** kann ein Anästhesist für das Aufsuchen von Praxen, in denen er oder seine angestellten Ärzte bei Operationen anästhesiologische Leistungen erbringen, keine Wegepauschalen neben Leistungen nach Nr. 05230 EBM 2005 beanspruchen. Denn Wegepauschalen waren nach der von dieser Wegegeldregelung in Bezug genommenen Nr. 2 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2005 nicht berechnungsfähig.

Das Aufsuchen eines Kranken stellt in der Praxis eines anderen (Zahn-)Arztes zur Durchführung anästhesiologischer Leistungen nach Nr. 05230 EBM 2005 keinen **Besuch** im Sinne von Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2005 dar.

SG Dresden, Urt. v. 25.02.2009 – S 18 KA 81/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. ÜBERWEISUNGSAUSSCHLUSS FÜR MVZ IN EIGENER TRÄGERSCHAFT DER POLIKLINIK

SG Dresden, Urt. v. 28.07.2010 – S 18 KA 250/06 –

RID 10-03-16a

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95, 106a, 117

Klagebefugt gegen eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung ist die GmbH als **Trägerin eines MVZ**. Aus der Gesetzesbegründung kann nicht geschlossen werden, dass der Gesetzgeber beabsichtigt hätte, den MVZ eine eigene Rechtspersönlichkeit zuzuerkennen, die von der ihres Trägers zu unterscheiden ist bzw. selbständig neben diese tritt. Im Gegenteil, hierdurch wird vielmehr klargestellt, dass MVZ keine neue Organisationsform im Sinne einer Rechtsform sui generis darstellen, unter der medizinische Einrichtungen mit eigener Rechtspersönlichkeit am Rechtsverkehr teilnehmen können, sondern dass MVZ sich einer der bereits vorhandenen Rechtsformen bedienen müssen, um im Rechtsverkehr aufzutreten (gleiche Gesetzesinterpretation, jedoch mit gegenteiliger Schlussfolgerung: LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.01.2010 – L 7 KA 139/09 B ER – RID 10-03-29).

Nach § 24 II 2. Unterabs. BMV-Ä/§ 27 II 2. Unterabs. EKV-Ä sind **Überweisungen durch eine ermächtigte Krankenhausfachambulanz** nicht zulässig, wenn die betreffenden Leistungen in dieser Einrichtung erbracht werden können oder in Polikliniken und Ambulatorien als verselbständigte Organisationseinheiten desselben Krankenhauses erbracht werden. Dies gilt auch für Überweisungen an Vertragsärzte durch Polikliniken und Institutsambulanzen der nach § 117 I SGB V ermächtigten Hochschulkliniken, die im Rahmen der ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter auf Grund der Ermächtigung veranlasst werden.

Der **Überweisungsausschluss** hat zur Folge, dass die von nach § 117 I SGB V ermächtigten Hochschulambulanzen veranlassten weiteren Behandlungsleistungen, soweit sie im organisatorischen Verbund der Hochschulklinik rechtmäßig erbracht werden, dem Versicherten **einheitlich aus einer Hand durch die Einrichtungen der ermächtigten Hochschulklinik zu erbringen** sind. Ein Universitätsklinikum kann die ambulante Behandlung nicht durch die **Überweisung der Laborleistungen an ein MVZ**, deren Trägerin sie ist, aufspalten. Solche Überweisungen sind unzulässig.

Bei der Kl. handelt es sich um eine **GmbH**, deren **Gesellschafteranteile zu 100 % vom Universitätsklinikum D.** an der Technischen Universität D. gehalten werden. Die Gesellschaft ist **Trägerin eines MVZ**, das seit dem 01.04.2005 an der vertragsärztlichen Versorgung mit zwei hausärztlich tätigen Allgemeinmedizineren sowie einem Laborarzt teilnimmt. Das Universitätsklinikum D. ist gem. § 117 SGB V ermächtigt. Wesentliche Regelungen des nur 2002 geltenden Universitätspoliklinikenvertrages wurden in den unmittelbar zwischen den Universitätskliniken und den Krankenkassen auf Grundlage des § 120 II 2 SGB V geschlossenen **Hochschulambulanzvertrag** überführt. Mit Honorarbescheid setzte die Bekl. das Honorar im Quartal II/05 auf 9.503,58 € fest. Mit weiterem Bescheid **kürzte** sie das **Honorar** im Ergebnis (Widerspruchsbescheid) um sämtliche **Laborleistungen**, die im **MVZ auf Überweisung** aus dem **Universitätsklinikum D.** erbracht worden sind, soweit es sich nicht um Überweisungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen des Universitätsklinikums handelte, weil Laboraufträge als Behandlungsfall nach § 4 II Buchst. a des Hochschulambulanzvertrages gälten. Soweit im Rahmen der Behandlung Laborleistungen benötigt werden, seien diese Gegenstand des Hochschulambulanzvertrages und vom Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin zu erbringen und direkt gegenüber der Krankenkasse abzurechnen. Das **SG** wies die Klage ab.

5. ZAHNÄRZTE

A) NACHWEIS DER VOLLSTÄNDIGEN LEISTUNGSERBRINGUNG NUR IM VERWALTUNGSVERFAHREN

SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 325/09 –

RID 10-03-17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a

Sind von einem Zahnarzt abgerechnete Leistungen aus den Krankenblättern nicht ersichtlich, so ist zunächst davon auszugehen, dass er diese Leistungen tatsächlich nicht erbracht hat. Es obliegt dann dem Zahnarzt, die Erbringung der von ihm abgerechneten Leistungen nachzuweisen. Eine **sachlich-rechnerische Richtigstellung** ist gerechtfertigt, wenn die gebührenordnungsgemäßen Leistungen und Abrechnungsvoraussetzungen nicht eingehalten worden sind, die Behandlungsdokumentation Vollständigkeit vermissen lässt und Richtlinienverstöße vorliegen, die im Hinblick auf die Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung zu beachten und einzuhalten sind (Anschluss an LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 - L 3 KA 510/02- RID 05-01-34, juris Rn. 25).

Die **vollständige Leistungserbringung** ist grundsätzlich bereits mit der **Abrechnung** nachzuweisen. In Zweifelsfällen kann sie in einem Verwaltungsverfahren nachgereicht werden. Im **Gerichtsverfahren** kann die Dokumentation **weder nachgereicht noch ergänzt werden**. Insofern ist auch die Amtsermittlungspflicht beschränkt. Die Amtsermittlungspflicht gilt nur für die Frage, in welchem Umfang im Verwaltungsverfahren Unterlagen vorgelegt wurden und ob diese zum Nachweis der Leistungserbringung ausreichend waren.

Das **SG** wies die Klage gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KCH-Abrechnung (KB-Leistungen) für die acht Quartale I/04 bis IV/05 in Höhe von noch angefochtenen 14.479,56 € ab.

B) VOLLSTÄNDIGER NACHWEIS/WIEDERHOLUNGSANÄSTHESIEN BEI VOLLNARKOSE/NEUROLYSE

SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 440/10 –

RID 10-03-18

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 63/10 NZB - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 106a; BMV-Z § 19; EKV-Z § 17; BEMA-Z Nr. 40, 41a; GOÄ-82 Nr. 2702, 2584

Zur **vollständige Leistungserbringung** s. vorstehend.

Bei einer Intubationsnarkose können weitere **Anästhesieleistungen** erbracht werden. Für ihren Nachweis ist aber erforderlich, dass sich aus dem OP-Bericht entnehmen lässt, dass bzw. wann (in Bezug auf den Operationsverlauf) der Vertragszahnarzt diese weiteren Anästhesieleistungen erbracht hat (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 15.03.2006 – S 12 KA 26/05 – RID 06-02-18).

Die Darstellung eines Nervs in seinem Verlauf zum Schutz während eines chirurgischen Eingriffes ist keine **Neurolyse**, die nach den Nr. 2584 GOÄ-82 abrechenbar ist.

Das **SG** wies die Klage gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Kieferbruchabrechnung 06/2009 in einem Behandlungsfall in Höhe von 620,03 € ab; zur **vollständige Leistungserbringung** s. vorstehend.

C) NR. 8272 GOÄ-82 (INFUSIONEN)

SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 212/10 –

RID 10-03-19

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 62/10 NZB - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 106a; BMV-Z § 19; EKV-Z § 17; BEMA-Z Nr. 40, 41a; GOÄ-82 Nr. 2702, 8272

Nr. 8272 GOÄ-82 kann insgesamt nicht mehr als zweimal je Behandlungstag, unabhängig von der Zahl der Behandler, angesetzt werden.

Das **SG** wies die Klage gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Kieferbruchabrechnung 04/2009 in einem Behandlungsfall in Höhe von 737,13 € ab; zur Frage zum Nachweis und zu Wiederholungsanästhesien s. vorstehend.

D) FEHLENDER ZUSTELLUNGSVERMERK/NR. 2255 U. 2702 GOÄ-82

SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 167/10 –

RID 10-03-20

Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 61/10 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 106a; ZPO §§ 180, 418 I; SGG § 87 I 1; BMV-Z § 19; EKV-Z § 17; BEMA-Z Nr. 40, 41; GOÄ-82 Nr. 2255, 2584, 2702, 8272

Unterlässt der Postbedienstete den vorgeschriebenen **Vermerk des Tages der Zustellung** auf der Sendung, so ist die Zustellung nicht unwirksam, jedoch liegt ein beachtlicher Formverstoß vor. Maßgeblich für die Klagefrist ist der tatsächliche Zugang des Widerspruchbescheids. Dieser wird durch die Postzustellungsurkunde nachgewiesen.

Nr. 2255 GOÄ-82 kann nicht für eine Verlagerung von Knochenteilen allein mit dem Zugang zur Kieferhöhle angesetzt werden.

Für eine Leistung nach Nr. 2702 GOÄ-82 reicht in Zweifelsfällen nicht die Behauptung aus, es seien umfangreiche Änderungen an Apparaturen durchgeführt worden, wenn hierfür kein Nachweis erbracht wird.

Das **SG** wies die Klage gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Kieferbruchabrechnung 11/2007 in einem Behandlungsfall in Höhe von 1.512,42 € ab; zu Wiederholungsanästhesien, Nr. 8272 u. 2702 GOÄ-82 s. vorstehend.

E) NR. 59 BEMA-Z: WEITERER, SELBSTÄNDIGER EINGRIFF

SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 768/09 –

RID 10-03-21

Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 60/10 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 106a; BMV-Z § 19; EKV-Z § 17; BEMA-Z Nr. 59

Die Nr. 59 BEMA-Z kann nicht im Zusammenhang mit einer **Plattenentfernung** abgerechnet werden, da die Wundversorgung bereits zwangsläufig auch das Zunähen der Wunde umfasst. Die Nr. 59 BEMA-Z setzt einen weiteren, selbständigen Eingriff voraus, der auch im OP-Bericht nachzuweisen ist (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 15.03.2006 - S 12 KA 26/05 - RID 06-02-18).

Das **SG** wies die Klage gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Kieferbruchabrechnung 2007 in fünf Behandlungsfall in Höhe von 816,96 € ab; zur Frage zum Nachweis s. vorstehend.

F) ENDODONTIE, ZYSTEKTOMIE UND EXZISIONEN

SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 633/09 –

RID 10-03-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 106a; BMV-Z § 19; EKV-Z § 17; BEMA-Z Nr. 28, 31, 32, 50, 56

Bei Patienten, die als **Schmerzfälle** abgerechnet werden, kann sich die Behandlung nicht auf Maßnahmen erstrecken, die auf einen späteren Zeitpunkt hätten verschoben werden können. Zur Erlangung von Schmerzfreiheit reicht die Trepanation nach Nr. 31 BEMA-Z oder die Vitalexstirpation nach Nr. 28 BEMA-Z des betroffenen Zahns aus. Insb. das zusätzliche Aufbereiten des Wurzelkanalsystems nach Nr. 32 BEMA-Z dient danach nicht mehr der Beseitigung der geklagten Schmerzen (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 24.09.2008 – L 2 KA 35/06 – RID 09-01-29; SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 22/05 – RID 06-01-21).

Eine **Wurzelfüllung** erfordert im Regelfall drei **Röntgenaufnahmen**. Zu diagnostischen Zwecken ist vor Beginn der Behandlung eine Röntgenaufnahme anzufertigen. Nach Aufbereitung des Wurzelkanals hat eine weitere Röntgenaufnahme zu Kontrollzwecken zu erfolgen. Diese Aufnahme kann durch andere Messtechniken ersetzt werden. Nach Abschluss der Wurzelbehandlung hat eine dritte Aufnahme zu erfolgen zur Qualitätskontrolle und –sicherung.

Die Abrechnung der **Zystektomie** nach Nr. 56a/c (Zy1/Zy3) setzt neben einer im Röntgenbild diagnostizierbaren Zyste, also einem erkennbaren raumfordernden Prozess, einen zusätzlichen, nach Art und Inhalt einer Zystenoperation entsprechenden chirurgischen Aufwand (zusätzliche Kieferresektion, Entfernung eines Zystenbalges, Säuberung von Zystenresten) voraus (vgl. SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 – S 12 KA 520/08 – RID 09-03-36, Berufung anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 53/09 - m.w.N.).

Wird die Abrechnung der **Nr. 50 (Exz2) BEMA-Z** für einzelne Ausnahmefälle zur isolierten Behandlung einzelner parodontal erkrankter Zähne abgerechnet, dann müssen die Voraussetzungen für eine Parodontosebehandlung vorliegen.

Das **SG** wies die Klage gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung der konservierend-chirurgischen Abrechnung für die vier Quartale I/06 bis IV/06 in Höhe von noch 4.138,24 € in 52 Behandlungsfällen ab.

G) KEINE VERSANDKOSTEN ZWISCHEN PRAXIS UND EIGENLABOR

SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 664/09 –

RID 10-03-23

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 64/10 NZB -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 88 I, 106a; BMV-Z § 19; EKV-Z § 17; BEL II Nr. 9333; BGB § 644 II

Versandkosten sind nicht berechnungsfähig für den Versand zwischen Praxis und Labor in Form eines Eigenbetriebes.

Eine Entscheidung der **Technischen Kommission** ist bindend (vgl. BSG, Urt. v. 03.12.1997 – 6 RKA – 74/96 – juris Rn. 21).

Das **SG** wies die Klage gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Versandkosten in Höhe von 85,80 € ab.

III. Zweigpraxis/Genehmigung/Belegarzt

Nach BSG, Urt. v. 23.06.2010 – **B 6 KA 29/09 R** – ist die methadon-gestützte Behandlung eines heroinabhängigen Patienten fehlerhaft, die nicht mit der **Richtlinie des GBA zur Substitutionsbehandlung** in Einklang steht; steht aus der Sicht der **KV** fest, dass die Fortsetzung einer langjährigen Behandlung mit Methadon wegen eines kontinuierlichen Beigebrauchs - z.B. von Benzodiazepin - nach § 8 der Richtlinie nicht mehr statthaft ist, kann und muss sie das dem Vertragsarzt umgehend mitteilen; Versicherte haben keinen generellen Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf Verabreichung eines Heroin-Ersatzstoffs, sondern nur nach Maßgabe der Richtlinie des GBA auf eine substituitions-gestützte Behandlung; nach BSG, Urt. v. 17.03.2010 - **B 6 KA 3/09 R** – (SozR 4-2500 § 121 Nr. 4) gelten die Vorgaben des **EBM 2005**, soweit **gastroenterologische und pneumologische Leistungen** nur von Vertragsärzten abgerechnet werden dürfen, die entsprechende **Schwerpunktbezeichnungen** führen, auch für die **belegärztliche Tätigkeit** eines Vertragsarztes; der Krankenhausträger, der einen Belegarzt an sich bindet, findet die Leistungs- und Abrechnungsbedingungen dieses Arztes vor und muss die Abläufe einer Belegabteilung danach ausrichten; vgl. zuletzt die Hinweise in RID 09-04-A III (S. 14)

1. DIALYSEZWEIGPRAXIS

A) GENEHMIGUNG EINER DIALYSEZWEIGPRAXIS/DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 09.12.2009 - L 5 KA 2164/08 -

RID 10-03-24

Revision (B 6 KA 4/10 R) verworfen juris

SGG § 75; Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä; Ärzte-ZV § 24; GG Art. 12 I

Die Vorschriften der **Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä** bzw. des zugehörigen Anhangs 9.1.5 sind gültig. Die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eingeführten Neuerungen, insbesondere die Änderungen des § 24 Ärzte-ZV, und die Neufassung des § 15a BMV-Ä/EKV-Ä überschneiden sich mit den von Anlage 9.1 getroffenen Regelungen nicht, machen diese insbesondere auch nicht in Teilen rechtswidrig und zwingen auch nicht zu einer modifizierenden Auslegung.

Wird zu Unrecht eine **fremde Zweigpraxis in der Versorgungsregion einer Dialysepraxis** genehmigt, so wird deren **subjektives Recht** (§ 4 I 2 Nr. 3 und § 6 I Anl. 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä u. Abs. 1b Anhang 9.1.5 BMV-Ä/EKV-Ä) verletzt. Der Vorrangigkeit der Bedarfsdeckung durch den bereits vorhandenen Leistungserbringer (die vorhandene Dialyseeinrichtung) korrespondiert der Nachrang des in die Versorgungsregion „eindringenden“ Leistungserbringers, wodurch das Recht zur **defensiven Konkurrentenklage** begründet ist.

Wird eine **Dialysezweigpraxis** durch das Regelwerk der Anlage 9.1 bzw. des zugehörigen Anhangs 9.1.5 BMV/EKV-Ä einer **Versorgungsregion nicht (mehr) zugeordnet**, so hat dies zur Folge, dass den dadurch berührten wirtschaftlichen Interessen die rechtliche Durchsetzungsmacht fehlt und der Praxisinhaber nicht mehr Träger eines entsprechenden subjektiv-öffentlichen Rechts ist. Er kann deswegen die Genehmigung der Zweigpraxis nicht mit der defensiven Konkurrentenklage abwehren.

Die bekl. KV erteilte Dr. R., der zur beigel. Gemeinschaftspraxis R gehört, zum 01.04.1999 eine widerrufliche Genehmigung zur Dialyse zur Behandlung von Hämodialysepatienten als Zentrumsdialyse am Standort der Dialyseeinrichtung in H sowie als zentralisierte Heimdialyse (LC) in E und M. 2003 erteilte die Bekl. der R eine bis 08.05.2013 befristete Genehmigung zur Durchführung von Versorgungsaufträgen mit Dialyse an den Betriebsstätten E und M; 2004 genehmigte die Bekl. der R für den Vertragsarztsitz in H die Verlegung der bereits befristet genehmigten **Zweigpraxis von M nach S**. 2005 beantragte die **klagende Gemeinschaftspraxis**, Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Nephrologie, in A die **Genehmigung einer (Dialyse-)Zweigpraxis ebf. in S**, was die Bekl. mangels Bedarfs und dann allein wegen fehlendem Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden ablehnte. Mit ihrer Klage machte die Kl. geltend, die Zweigpraxis der R stehe nicht entgegen; wenn die Voraussetzungen des Abs. 3 Satz 4 Anhang 9.1.5 BMV/EKV-Ä erfüllt seien, werde solchen Zweigpraxen inzwischen keine Versorgungsregion mehr zugeordnet. **SG Stuttgart**, Urt. v. 02.04.2008 – S 11 KA 8567/06 - verurteilte d. KV, der Kl. die Genehmigung für eine Zweigpraxis am Standort M einschließlich der Durchführung von Versorgungsaufträgen mit Dialyse zu erteilen, das **LSG** wies die **Berufung der R** zurück.

B) DRITTANFECHTUNG DER GENEHMIGUNG EINER DIALYSEPRAXIS

SG Düsseldorf, Urt. v. 11.08.2010 – S 2 KA 188/09 –

RID 10-03-25

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § Ärzte-ZV § 24 III 1 u. 2; BMV-Ä/EKV-Ä Anl. 9.1 mit Anhang 9.1.5

Soweit die Partner der Bundesmantelverträge **Sonderregelungen für Dialysezweigpraxen** getroffen haben, stehen dem die allgemeinen Bestimmungen des § 24 III Ärzte-ZV über Nebenbetriebsstätten nicht entgegen; beide Regelwerke ergänzen sich vielmehr, ohne dass § 24 III Ärzte-ZV Sperrwirkung für die mantelvertragliche Statuierung zusätzlicher Genehmigungsvoraussetzungen zukäme (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 09.12.2009 - L 5 KA 2164/08 - RID 10-03-24).

Soweit nach **BSG**, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R - (SozR 4-5520 § 24 Nr. 3) ein Dritter grundsätzlich nicht berechtigt ist, die Erteilung der Genehmigung für eine Zweigpraxis anzufechten, so gilt dies bei der Versorgung chronisch nierenkranker Patienten jedoch nicht uneingeschränkt. Es besteht ein Anspruch auf gerichtliche Nachprüfung, ob das in Abs. 1b Satz 2 Anhang 9.1.5 BMV-Ä/EKV-Ä normierte **Verwaltungsverfahren korrekt durchgeführt worden** ist (Grundsatz des fairen Verfahrens). Er steht einem Dritten zu, wenn dieser unmittelbar vom Tatbestand der Norm erfasst wird, da seine Praxis in der Versorgungsregion der projektierten Zweigpraxis liegt.

Das Verwaltungsverfahren ist nicht fair, sondern rechtsfehlerhaft durchgeführt worden, wenn es an der **einvernehmlichen Feststellung** der KV und der Krankenkassenverbände fehlt, ob die Einrichtung der Zweigpraxis aus Gründen der Sicherstellung der Dialyseversorgung notwendig ist. Ein Einvernehmen kann nicht hergestellt werden, wenn die Landesverbände der Krankenkassen von der KV nicht über die Existenz der Dialysepraxis des Dritten unterrichtet werden.

Bei der Frage, ob und inwieweit Gründe der Sicherstellung der Dialyseversorgung die Einrichtung der projektierten Zweigpraxis notwendig machen, haben die Beteiligten einen gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren **Beurteilungsspielraum**.

Die Beigel. ist eine zur vertragsärztlichen Versorgung in T1 zugelassene Berufsausübungsgemeinschaft von Fachärzten für Innere Medizin, zum Teil mit Schwerpunktbezeichnung Nephrologie. Sie erhielt ohne nähere Begründung die Genehmigung einer Zweigpraxis in E. Gegen diesen Genehmigungsbescheid legte der Kl., ein Facharzt für Innere Medizin und in I2 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, Widerspruch ein. Er beschäftige seit November 2007 zwei Kolleginnen in seiner Praxis, welche auch die Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren besäßen. Eine wohnortnahe Versorgung sei auch durch seine freien Kapazitäten gewährleistet. Er dialysiere zurzeit mehr als 30 Kassenpatienten; seine freien Kapazitäten lägen nach den gültigen Richtlinien bei über 60 Patienten. Die Bekl. wies den Widerspruch wegen fehlender Anfechtungsbefugnis zurück. Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen ab.

2. BVERFG: GENEHMIGUNG ZUR KERNSPINTOMOGRAPHIE FÜR KARDIOLOGEN

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 08.07.2010 – 2 BvR 520/07 –

RID 10-03-26

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

SGB V § 135 II 1; GG Art. 12 I, 101 I 2; BMV-Ä Anl. 3; EG Art. 81 I, 234 III

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 11.10.2006 – B 6 KA 1/05 R – SozR 4-2500 § 135 Nr. 10 = BSGE 97, 158 = GesR 2007, 209 = USK 2006-107 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Ein Arzt wird jedenfalls so lange nicht in seinem **Status** betroffen, wie er nicht im Kernbereich seines Fachgebietes eingeschränkt wird (vgl. BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 16.07.2004 – 1 BvR 1127/01 - RID 04-04-34, NVwZ 2004, 1348).

Die besonderen Anforderungen, die das BSG auf der Grundlage des § 4 I KernspinV an die Qualifikation von Ärzten stellt, die **kernspintomographische Leistungen** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen wollen, sind **verfassungsrechtlich gerechtfertigt**, weil sie Gemeinwohlinteressen dienen und verhältnismäßig sind. Die Konzentration aller kernspintomographischen Leistungen bei speziell qualifizierten Ärzten dient der Qualität der Versorgung sowie der Wirtschaftlichkeit im Interesse der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BVerfG, Beschl. v. 16.07.2004, aaO., S. 1349).

Es liegt kein Verstoß gegen **Art. 101 I 2 GG** vor. Zwar mag die KBV nach gemeinschaftsrechtlichem Verständnis als Unternehmensvereinigung anzusehen sein. Weiter scheint es nicht von vornherein ausgeschlossen, dass die Kernspinvereinbarung den zwischenstaatlichen Handel beeinträchtigt. Gleichwohl ist die Auffassung, der Zustimmungsbeschluss der KBV zur Kernspinvereinbarung verstoße gegen Art. 81 I EG, gegenüber der gegenteiligen Auffassung des BSG nicht eindeutig vorzuziehen. Das Ergebnis der angegriffenen Entscheidung ist jedenfalls vertretbar, weil die Kernspinvereinbarung auf Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung gemäß § 135 II SGB V im **Allgemeininteresse** getroffen worden ist.

Das **Naturalleistungsprinzip** dient Allgemeininteressen in doppelter Hinsicht. Zum einen gewährleistet es **sozialen Schutz**, weil die Versicherten von den finanziellen Folgen der Krankheit insoweit freigestellt werden, als sie für die Bezahlung der Krankenbehandlung nicht vorleistungspflichtig sind. Zum anderen dient das Naturalleistungsprinzip **ordnungspolitischen Zwecken**, weil es die Gesundheitsversorgung sowie deren Wirtschaftlichkeit sicherstellt. Die Vertreter der **KBV** werden bei der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen auf der Grundlage von § 135 II SGB V schließlich auch **sachverständig** tätig; denn die fachliche Befähigung zur Ausführung bestimmter ärztlicher Leistungen kann ohne entsprechende fachliche Kenntnisse nicht beurteilt werden.

3. BADEARZT: VERORDNUNG VON REHABILITATIONSLEISTUNGEN

LSG Hessen, Beschl. v. 29.04.2010 – L 4 KA 3/08 –

RID 10-03-27

SGB V §§ 40, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8, 107 II, 111; RehabilitationsRL § 11; EBM 2005 Nr. 01611

Die Tätigkeit bei einem Badearzt erfüllt nicht die Voraussetzungen zur Abrechnung der Nr. 01611 EBM 2005 (Verordnung von Rehabilitationsleistungen).

SG Marburg, Urt. v. 21.11.2007 – S 12 KA 90/07 – RID 07-04-33 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. BELEGARZTANERKENNUNG

A) VORLAGE DES BELEGARZTVERTRAGES ALS ANERKENNUNGSVORAUSSETZUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.01.2010 – L 7 KA 142/09 –

RID 10-03-28

Revision anhängig: B 6 KA 15/10 R

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 72 I 2, 95, 103 VII, 115 I, 121; KHEntgG § 38 I 1; Ärzte-ZV § 24 II, III 1 Nr. 2; BMV-Ä §§ 1 VI, 39, 40; EKV-Ä §§ 1 VIII, 31, 32

Leitsatz: Eine Anerkennung als Belegarzt kann nicht ohne Vorlage - und somit auch nicht vor Abschluss - des Vertrages zwischen Krankenhaus und Belegarzt erteilt werden. Andernfalls würde eine unzulässige Belegarztanerkennung „auf Vorrat“ erteilt.

Dr. H war bis März 2007 als Neurochirurg zugelassen. Seitdem ist er bei dem kl. MVZ angestellt, das sich gegen die Versagung der Anerkennung als Belegarzt an der Hklinik für Dr. H wendet. Die Fachabteilungen mit Ausnahme der Orthopädie führt sie durch Belegärzte. Im Bereich Neurochirurgie stehen 9 Betten zur Verfügung. Für H stellte die Hklinik ein Bett für belegärztliche Tätigkeit zur Verfügung. *SG Berlin*, Urt. v. 26.08.2009 – S 83 KA 33/08 – RID 09-04-22 verpflichtete die Bekl., der Kl. die Belegarztanerkennung zu erteilen; das *LSG* wies die Klage ab; es stellte in der Begründung fest, dass es auf die zwischen den Bet. in erster Linie streitige Frage, ob bei einem MVZ angestellte Ärzte als Belegärzte anerkannt werden können, somit nicht ankomme.

B) KLAGEBEFUGNIS/ARBEITSVERTRAG

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.01.2010 – L 7 KA 139/09 B ER –

RID 10-03-29

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95, 103 VII, 115 I, 121; Ärzte-ZV § 24 II, III 1 Nr. 2; BMV-Ä §§ 1 VI, 39, 40; EKV-Ä §§ 1 VIII, 31, 32; SGG § 86b II

In **Statusangelegenheiten** besteht in aller Regel kein eiliges **Regelungsbedürfnis** (vgl. zuletzt LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.09.2006 – L 7 B 18/06 KA ER – RID 07-01-51). Eine Ausnahme liegt jedenfalls dann vor, wenn der geltend gemachte materiell-rechtliche Anspruch völlig unzweifelhaft besteht oder die Interessenlage zu Gunsten eines Antragstellers eindeutig ist.

Eine **Belegarztanerkennung** hat in einem weiteren Sinne statusbegründenden Charakter.

Der Senat neigt der Rechtsauffassung zu, wonach auch einem **MVZ** die **Anerkennung für die belegärztliche Tätigkeit** eines bei ihm angestellten Arztes in einem bestimmten Krankenhaus erteilt werden kann, ohne dies abschließend erörtern zu müssen.

Es bestehen erhebliche Bedenken, ob der Anspruch auf Erteilung einer Belegarztanerkennung vom Träger eines MVZ geltend gemacht werden kann oder ob er nicht vielmehr dem MVZ unmittelbar zusteht und daher nur von ihm geltend gemacht werden kann. Das MVZ selbst – und nicht etwa seine Träger – werden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Das MVZ selbst ist **Träger von Rechten** (z.B. Honoraransprüchen) und **Pflichten** (z.B. nach § 135a Abs. 2 SGB V).

Rechtlich zweifelhaft ist ein **Arbeitsvertrag**, der eine belegärztliche Tätigkeit (zumindest ausdrücklich) nicht umfasst, und wonach der angestellte Arzt eines MVZ die belegärztliche Tätigkeit somit möglicherweise außerhalb der vom Zulassungsausschuss genehmigten Anstellung ausüben würde, und er zur Werbung für chefärztliche Wahlleistungen und zur Lehrtätigkeit an Ausbildungseinrichtungen im Einflussbereich der DRK Schwesternschaft B e.V. verpflichtet ist und somit Tätigkeiten übernehme, die dem Aufgabenfeld des Krankenhauses zuzurechnen sind und von dem abweichen, was typischerweise dem belegärztlichen Tätigkeitsbereich entspricht.

SG Berlin, Beschl. v. 02.09.2009 – S 83 KA 469/09 ER – verpflichtete die KV, der Ast. vorläufig eine Belegarztanerkennung für Dr. M zur Tätigkeit in den DRK Kliniken zu erteilen, bis im Hauptsacheverfahren rechtskräftig entschieden ist; das *LSG* wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

Für eine Belegarztanerkennung eines MVZ s. *SG Berlin*, Urt. v. 26.08.2009 – S 83 KA 33/08 – RID 09-04-22 (Berufungsentscheidung s. vorstehend LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.01.2010 – L 7 KA 142/09 – RID 10-03-28, Revision anhängig: B 6 KA 15/10 R); *SG Marburg*, Urt. v. 30.01.2008 – S 12 KA 1079/06 – RID 08-01-42, bestätigt durch *LSG Hessen*, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 17/08 – RID 09-03-40; *LSG Hessen*, Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 18/08 – RID 09-03-41.

5. NOTDIENST: VORLÄUFIGER AUSSCHLUSS EINES VERTRAGSARZTES WEGEN VERDACHTS SEELISCHER ERKRANKUNG

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.08.2009 – L 3 KA 49/07 –

RID 10-03-30

juris

SGB V § 75 I 1 u. 2, 95 III 1; GG Art. 2 II 1, 12 I

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, einen Vertragsarzt vorläufig von der Erbringung des Notdienstes auszuschließen, wenn der begründete Verdacht besteht, dieser sei wegen einer seelischen Erkrankung hierfür ungeeignet, und wenn sich der Vertragsarzt nicht der hierzu angeordneten ärztlichen Untersuchung unterzieht.

SG Hannover, Gerichtsbb. v. 04.04.2007 – S 16 KA 5/04 – und 18.07.2007 – S 16 KA 212/05 - wies die Klagen ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. Disziplinarrecht

1. KEINE GELDBUßE NACH ENTZIEHUNG DER ABRECHNUNGSGENEHMIGUNG (HIER: ZUR SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG)

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 06.07.2009 – S 71 KA 211/07 –

RID 10-03-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 81 V 1

Nach dem **Verbot der Kumulation** können gegen einen pflichtwidrig handelnden Vertragsarzt nicht mehrere Disziplinarmaßnahmen gleichzeitig verhängt werden (BSG, Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 62/98 R - SozR 3-2500 § 81 Nr. 6 = MedR 2001,49 = NZS 2001, 50).

Eine **Geldbuße** ist dann nicht mehr geeignet, auf einen Vertragsarzt im Hinblick auf den begangenen Pflichtenverstoß disziplinierend einzuwirken, wenn künftig ein solcher Pflichtenverstoß nicht mehr begangen werden kann, etwa weil - wie hier - die zu dem (potentiellen) Pflichtenverstoß führende **Abrechnungsgenehmigung** (hier: zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger) **widerrufen** worden ist. Die Rechtmäßigkeit einer verhängten Geldbuße kann nicht davon abhängig sein, ob zukünftig jemals eine Wiederholung des sanktionierten Verhaltens aufgrund einer Wiedererteilung der widerrufenen Genehmigung möglich erscheint. Vielmehr ist auf den Zeitpunkt der Verhängung der Geldbuße abzustellen.

Das *SG* gab der Klage statt.

2. ZWEIJÄHRIGES RUHEN DER ZULASSUNG NACH ERHALT VON KICK-BACK-ZAHLUNGEN

LSG Hamburg, Urt. v. 17.03.2010 – L 2 KA 37/07 –

RID 10-03-32

SGB V § 81 V; EKV-Z § 11 II

Begeht ein Vertragszahnarzt einen vorsätzlichen **Abrechnungsbetrug**, dann steht seine persönliche **Eignung** zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung generell in Frage.

Ein Vertragszahnarzt, der im Zeitraum Mai 2000 bis Oktober 2002 für Zahnersatz bare **Rückvergütungen** der Lieferanten in Höhe von insgesamt 31.000 € erhalten hat, diese aber nicht in den Abrechnungen angegeben hat, und der deshalb wegen Betrugs (zu einer Geldstrafe von 200 Tagessätzen zu 100 €) verurteilt wurde, verstößt gegen das Gebot der peinlich genauen Abrechnung und kann mit dem Ruhen der Zulassung für zwei Jahre belangt werden. Ein nachgehendes **Wohlverhalten** ist für die gerichtliche Beurteilung einer Disziplinarmaßnahme ohne Belang.

SG Hamburg, Urt. v. 26.09.2007 – S 3 KA 499/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 18.08.2010 - *B 6 KA 14/09 R* - beginnt die **vierjährige Ausschlussfrist**, die grundsätzlich für Maßnahmen gemäß § 106 SGB V gilt, nach dem **Ende des geprüften Verordnungszeitraums**, also im Grundsatz jeweils nach dem Ende des Quartals, dem die Verordnung bei der Prüfung kostenmäßig zugeordnet wurde (das kann bei einem Auseinanderfallen des Verordnungs- und des Einlösezeitpunkts je nach der Prüfpraxis dasjenige Quartal sein, in dem die Verordnung ausgestellt, oder das Quartal, in dem diese eingelöst wurde); handelt es sich allerdings um einen Fall, in dem die Vorgabe besteht, eine **Verordnungsprüfung über einen Gesamtzeitraum** mehrerer aufeinander folgender Quartale durchzuführen, so beginnt die Vier-Jahres-Frist erst nach dem Ende des Gesamtzeitraums; 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** – (SozR 4-2500 § 106 Nr. 26) sind **autologe Tumorstoffe** nicht verordnungsfähig; es handelt sich um sog. **Rezepturmittel**, 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. ARZNEIKOSTENREGRESS: RICHTGRÖßENPRÜFUNG

A) FEHLENDE DATENGRUNDLAGE

SG Berlin, Urt. v. 14.10.2009 – S 71 KA 250/02 –

RID 10-03-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 84 III u. IV, 106 II Nr. 1, Va 1, 296 III, 298

Ist nicht erwiesen, dass die Verordnungskosten den von den Prüfungsgremien angenommenen Umfang haben, weil nicht erkennbar, dass die in dem Karton befindlichen Verordnungsblätter das **Verordnungsvolumen belegen**, dann fehlt es an dem Anknüpfungspunkt für eine **Richtgrößenprüfung**, so dass die Durchführung des Regresses bereits aus diesem Grunde rechtswidrig ist.

Durchschnittswert- und Richtgrößenprüfungen der Wirtschaftlichkeit von Arzneiverordnungen sind auf der Grundlage der von den Krankenkassen ohne Versichertenbezug übermittelten **elektronischen Daten** und nicht auf der Grundlage der vollständigen Originalbelege durchzuführen. Eine generelle Heranziehung sämtlicher versichertenbezogener Verordnungsblätter ohne einzelfallbezogenen Aufklärungsbedarf gestattet § 298 SGB V nicht.

Das **SG** gab der Klage gegen einen Regress für das Jahr 1999 auf 77.961,27 DM (39.860,96 €), den der Bekl. auf 36.595,43 DM (18.710,95 €) herabgesetzt hatte, statt.

B) SUBSTANTIIERTE EINWENDUNGEN GEGEN DATENSÄTZE

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 28.05.2009 – L 3 KA 99/08 ER –

RID 10-03-34

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 84 I 1, III, 106 Va 2 SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ordnungsweise nach **Richtgrößen** im Jahr **2001** ist vom Senat wiederholt im Grundsatz als rechtmäßig angesehen worden (z.B. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 29.08.2008 – L 3 KA 39/08 ER – RID 08-04-48; v. 17.12.2008 - L 3 KA 80/08 ER -).

Bringt der geprüfte Arzt **substantiierte Einwendungen** gegen die Richtigkeit einzelner Daten vor, müssen die Prüfungsgremien dem nachgehen, indem sie in den geltend gemachten Einzelfällen die Verordnungsblätter bzw. Images von den Krankenkassen beziehen und auf diese Weise ggf. festgestellte Fehlbuchungen bereinigen (BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 11).

Wird die **Unrichtigkeit** von **Pharmazentralnummern** spezifiziert und konkretisiert gerügt, so ist plausibel, dass sich derartige Fehler auf die Höhe der Regresssumme auswirken können, weil diese der Schlüssel zu jeder einzelnen Arzneimittelpackung und damit zum Arzneimittelpreis ist.

Der Prüfungsausschuss setzte gegen die Ast., Allgemeinmedizinerinnen, einen Regress in Höhe von 153.585,48 DM fest. Dem lag eine Überprüfung der Arzneimittelverordnungen des Jahres 2001 nach Richtgrößen zugrunde, die für die Ast. einen Richtgrößenbetrag von 600.591,60 DM ergeben hatte. Die Ast hatten diesen mit Bruttoverordnungskosten in Höhe von 1.329.774,73 DM um ca. 121 % überschritten. Auf Widerspruch reduzierte der Ag. den Regressbetrag auf 132.425,76 DM (67.708,22 €). Zu Gunsten der Ast. nahm er Abzüge von den Bruttoverordnungskosten wegen nicht dem Datensatzformat entsprechenden Datensätzen vor. Außerdem berücksichtigte er Praxisbesonderheiten in Höhe von insgesamt 138.826,90 DM. Klage ist erhoben (S 24 KA 221/08). **SG Hannover**, Beschl. v. 02.09.2009 - S 24 KA 210/08 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an und legte dem Ag. die Verfahrenskosten auf; das **LSG** wies die Beschwerde mit der Maßgabe zurück, dass die erstinstanzlichen Kosten vom Ag. und der Beigel. zu 1) als Gesamtschuldner getragen werden mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der übrigen Beigel., die diese selbst tragen.

2. AUSSETZUNG DER REGRESSZAHLUNGEN/UNRICHTIGE RECHTSBEHELFSBELEHRUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 10.09.2009 – L 7 KA 154/09 B ER –

RID 10-03-35

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106; SGG §§ 86a II Nr. 4, 86b I 1 Nr. 2

Eine **Rechtsbehelfsbelehrung** ist nicht schon dann unrichtig, wenn ein Widerspruchsführer darin gebeten wird, den Widerspruch zu begründen und in 5-facher Ausfertigung einzureichen, soweit der Hinweis für einen verständigen Dritten eindeutig als Bitte und gerade nicht als zwingende Voraussetzung formuliert ist. Lautet sie aber auf „**Bekanntgabe**“, wird aber förmlich zugestellt mittels Übergabebescheinigung nach § 4 VwZG, ist sie fehlerhaft.

Sind die **Erfolgsaussichten** einer Klage gegen einen Regress von 226.537,82 € **offen** und führt eine längerfristige Verrechnung mit den Honoraransprüchen zur Erwirtschaftung von erheblichen Verlusten, so ist die Zahlung im einstweiligen Anordnungsverfahren auszusetzen.

Eine **unzumutbare Härte** entfällt auch nicht wegen Vermögens, wenn der Wert des Vermögens nicht ausreicht, um die Regressforderungen zu erfüllen. Weitere Regressforderungen (hier: 248.811,42 €) sind zu berücksichtigen.

Die Ast., eine Fachärztin für innere Medizin, wandte sich gegen zwei Beschlüsse des Prüfungsausschusses im Rahmen der Richtgrößenprüfung, mit denen dieser eine Ersatzverpflichtung für das Kalenderjahr 2003 in Höhe von 141.197,33 € und für das Kalenderjahr 2004 in Höhe von 85.340,53 € festgesetzt hatte. Nach Belastung ihres Arztkontos wies sie auf die fristgerechte Widerspruchserhebung per Post hin und beantragte Wiedereinsetzung in den vorigen Stand. Der Ag. (Beschwerdeausschuss) wies Antrag sowie Widerspruch zurück. *SG Berlin*, Beschl. v. 10.09.2009 - S 83 KA 43/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage (S 83 KA 43/09) gegen den Beschl. d. Ag. an.

3. BEARBEITUNG DES WIDERSPRUCH NACH 5 ½ JAHREN OHNE FOLGEN

SG Marburg, Urt. v. 16.06.2010 – S 12 KA 60/10 –

RID 10-03-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106; MRK Art. 6

Auch wenn ein **Widerspruch 5 ½ Jahre nicht bearbeitet** wird, so folgt daraus keine Verwirkung einer Honorarkürzung wegen unwirtschaftlich Behandlungsweise (hier: PAR-Behandlungen). Es liegt bloßes Nichtstun vor, das einen **Vertrauenstatbestand** auf Aufhebung der Honorarberichtigung nicht setzen kann. Ein damit vorliegender Verstoß gegen **Art. 6 MRK** führt nicht zur Rechtswidrigkeit eines angefochtenen Bescheides.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. VERHANDLUNGSFÄHIGKEIT BEI TEILNAHME AN VERHANDLUNG VOR BESCHWERDEAUSSCHUSS

SG Marburg, Urt. v. 16.06.2010 – S 12 KA 794/09 –

RID 10-03-37

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 58/10 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106; SGB X § 24 I

Nimmt ein Vertragszahnarzt an einer mündlichen Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss zunächst teil, so ist hinreichend belegt, dass er **reisefähig** und **verhandlungsfähig** ist. Für einen erneut gestellten Vertagungsantrag reicht – soweit ärztliche Unterlagen nicht vorgelegt werden – die Behauptung einer Verhandlungsunfähigkeit nicht aus. Der Beschwerdeausschuss kann aus äußeren Anzeichen (hier: Fortfahren ohne fremde Hilfe in einem selbstgesteuerten Personenkraftwagen) auf eine Verhandlungsfähigkeit schließen.

Das *SG* wies die Klage ab.

5. ANTRAGSFRISTEN EINER PRÜFVEREINBARUNG: ZEITPUNKT DER KENNTNISERLANGUNG

SG Mainz, Urt. v. 24.02.2010 - S 2 KA 611/07 -

RID 10-03-38

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 16/10 R

juris

SGB V § 106 II 1, III 1; BMV-Ä § 48; BGB § 194

Sieht eine **Prüfvereinbarung** vor, dass die vermeintlich geschädigte Krankenkasse einen Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens bis zu sechs Kalendermonate nach Ablauf des Monats stellen kann, in dem sie Kenntnis von dem Schaden und der Person des Schädigers erlangt hat, so kommt es für die Einhaltung dieser **Frist** maßgeblich auf den Eingang der entsprechenden Verordnungen bei der Krankenkasse an, nicht hingegen auf die Kenntniserlangung durch den zuständigen Sachbearbeiter.

Bei der Feststellung eines sonstigen Schadens gemäß § 48 BMV-Ä handelt es sich um einen verschuldensunabhängigen Anspruch, so dass die für einen deliktischen Anspruch geltenden **erweiternden Verjährungsvorgaben** hier gerade keinen Anwendungsbereich haben.

Die klagende Krankenkasse beantragte am 23.12.2003 die Feststellung eines sonstigen Schadens bzgl. der beigel. Gemeinschaftspraxis in Höhe der von dieser vorgenommenen Verordnungen während stationärer Behandlungen der Patienten in den Quartalen I-III/02 (666,32 €, 2.351,95 € u. 170,46 €, durch Teilrücknahme reduziert auf insg. 1.896,34 €). Die Prüfungsgremien lehnten den Antrag wegen Verfristung ab, da nach der Prüfvereinbarung die Antragsfrist bis zu sechs Kalendermonaten nach Ablauf des Monats betrage, in der die Krankenkasse Kenntnis von dem Schaden und der Person des Schädigers erlangt habe. Dabei komme es für die Einhaltung dieser Frist maßgeblich auf den Eingang entsprechender Verordnungsunterlagen bei der Krankenkasse an, nicht hingegen auf die Kenntniserlangung eines für die diesbezüglichen Regressangelegenheiten zuständigen Mitarbeiters der jeweiligen Krankenkasse. Das **SG** wies die Klage ab.

6. ZAHNÄRZTE

A) PRAXISBESONDERHEITEN: PATIENTEN AUS LUNGENFACHKLINIK/ZE-FÄLLE/ÜBERSIEDLER

SG Marburg, Urt. v. 16.06.2010 – S 12 KA 215/09 –

RID 10-03-39

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 57/10 -
SGB V § 106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Patienten aus einer **Lungenfachklinik** bedürfen keiner besonderen zahnärztlichen Versorgung.

ZE-Fälle bedeuteten keine **Praxisbesonderheit** im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung der konservierend-chirurgischen Behandlung.

Es gibt keinen Erfahrungssatz, dass **Übersiedler** einen überdurchschnittlichen Sanierungsbedarf hätten.

Das **SG** wies die Klage ab.

B) SCHADENSERSATZ WEGEN „KICK-BACK“-ANTEIL VON 20 %

SG Düsseldorf, Urt. v. 14.07.2010 – S 2 KA 61/08 –

RID 10-03-40

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 69 I 3; BGB §§ 823 II, 830; StGB § 263; BMV-Z §§ 21, 22, 23 I 2

Eine **Krankenkasse** ist unmittelbar aktivlegitimiert, einen **Schadensersatzanspruch** wegen nicht abgeführter „Kick-Back-Zahlungen“ und damit wegen vorsätzlicher unerlaubter Handlung gegen einen Vertragszahnarzt geltend zu machen. Die **Prüfungsgremien** haben die Kompetenz zur Feststellung von „sonstigen Schäden“ nur innerhalb des Rechtszwecks der Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung der Kranken (BSG, Urt. v. 16.10.1991 - 6 RKA 32/90 -).

Die **Kosten nach der BEL II-Liste** stellen nur die maximal abrechnungsfähigen Höchstpreise dar, die ein Dentallabor berechnen darf. Für jedermann ist der allgemeine Rechtsgrundsatz evident, dass als **Aufwendungen** geltend gemachte Beträge tatsächlich entstanden sein müssen und Beträge, die man im Ergebnis nicht zu tragen hat, auch nicht als Aufwendungsersatz erstattungsfähig sind. Dies ergibt sich aus § 3 Ia RVO-Gesamtvertrag Nordrhein i.V.m. § 667 BGB, der dem Zahnarzt Barzahlungsrabatte von bis zu 3 % gestattet, ihn aber verpflichtet, darüber hinausgehende Rückvergütungen, Preisnachlässe, etc. an die Krankenkassen bzw. die Versicherten weiterzugeben.

Ein Vertragszahnarzt, der sich an „Kick-Back-Zahlungen“ beteiligt, ist **Mittäter** einer gemeinschaftlich begangenen unerlaubten Handlung und damit für den gesamten **Schaden** verantwortlich.

Mit rechtskräftigem Strafbefehl vom Juni 2005 setzte das AG gegen den bekl. Vertragszahnarzt wegen Betruges in 37 Fällen eine Gesamtgeldstrafe von 90 Tagessätzen zu je 110 € (= 9.900 €) fest. Ihm wurde zur Last gelegt, für Patienten, die in der Zeit von September 1999 bis Oktober 2002 Zahnersatz benötigt hätten, diesen u.a. bei der Fa. J-E Zahntechnik GmbH bestellt zu haben. Diese hätte sich auf den Vertrieb von Zahnersatz, den sie hauptsächlich in Asien (Hongkong) weit unter den deutschen Herstellungskosten habe fertigen lassen, spezialisiert. Mit dem Geschäftsführer dieses Unternehmens G N habe der Bekl. vereinbart, dass der an ihn gelieferte Zahnersatz nicht nach dem von dort angebotenen und für den Bezug von günstigem Zahnersatz stehenden Tarif „Standard“, sondern nach den Tarifmodellen „Kasse“ und „Privat“, die sich an dem BEL II und der GOZ orientiert hätten, habe abgerechnet werden sollen. Aus dem zu erzielenden Überschuss habe sodann die mit dem Bekl. vereinbarte Rückerstattung in Höhe von 20 % der in diesen Rechnungen ausgewiesenen Nettoleistungssummen gezahlt werden sollen. Insgesamt habe der Bekl. Rechnungen mit einem Nettoleistungsvolumen in Höhe von 84.025,98 € vorgelegt, wovon er Barrückerstattungen in Höhe von 16.805,18 € erhalten habe. Das **SG** verurteilte den bekl. Vertragszahnarzt, an die kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 5.077,17 € zzgl. Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 01.11.2007 nebst 20,00 € vorgerichtlicher Mahnkosten und 661,16 € vorgerichtlicher nicht anrechenbarer Anwaltsvergütung zu zahlen.

VI. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 23.06.2010 – **B 6 KA 22/09 R** – kann ein **Versorgungsbedarf** nicht allein mit Hinweis darauf verneint werden, dass einige **Psychotherapeuten** nur wenige Wochenstunden vertragsärztlich tätig sind. Ferner kann im Falle eines Bedarfs nach **psychoanalytischen Behandlungen** nicht auf **verhaltenstherapeutische Angebote** verwiesen werden, weil nach der PsychotherapieRL diese verschiedenen Behandlungsverfahren nicht kombiniert werden dürfen. Sowohl bei der Neubewertung der **Großräumigkeit** als auch bei der Neubeurteilung des Bedarfs ist zu berücksichtigen, dass die Verweisung von Versicherten auf **Versorgungsangebote, die 25 km entfernt sind**, nicht tragfähig ist; diese Vorgabe, die der Senat im Zusammenhang mit einem Ermächtigungsbegehren ausgesprochen hat, gilt entsprechend für Entscheidungen über Sonderbedarfszulassungen. Zu prüfen ist auch § 24 Satz 1 Buchst b BedarfspL-RL. Die **Spezialisierung auf ein Richtlinien-Verfahren** steht der Qualifikation durch einen **Schwerpunkt** o.ä. gleich. Für die Beurteilung, ob ein besonderer Versorgungsbedarf besteht, gelten die gleichen Anforderungen, wie sie beim lokalen Sonderbedarf im Sinne des Buchst a aaO zu beachten sind. 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. KEINE ZULASSUNG ALS PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTIN OHNE FACHARZTQUALIFIKATION

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 22.06.2010 – L 5 KA 25/10 B ER –

RID 10-03-41

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 73, 95, 95a

Leitsatz: 1. Bei einem Arzt **ohne Facharztqualifikation** genügt es für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit als ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt nicht, dass er über die **Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“** verfügt.

2. Ein Anspruch auf Zulassung als Vertragsarzt wird nicht allein durch eine **frühere Zulassung** im örtlichen Zuständigkeitsbereich einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung begründet.

SG Mainz, Beschl. v. 16.04.2010 - S 2 KA 53/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

2. PRAXISNACHFOLGE

A) NACHBESETZUNG EINES ANGEOFCHTENEN VERTRAGSARZTSITZES

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 12.05.2010 – L 11 KA 9/10 B ER –

RID 10-03-42

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 97 IV, 103 IV; SGG §§ 86a, 86b II

Die **sofortige Vollziehung** ist zunächst bei der **Verwaltung** zu beantragen. Erst wenn ein solcher Antrag erkennbar aussichtslos ist, besteht ein **Rechtsschutzbedürfnis** für eine Entscheidung des Gerichts. Der gegenteiligen Entscheidung des **BSG**, Urt. v. 17.10.2007 - B 6 KA 4/07 R - SozR 4-1935 § 17 Nr. 1 = GesR 2008, 203 ist **nicht zu folgen**. Ein Antrag nach § 86a III 1 SGG ist vorrangig.

Die Formulierung des § 23 III 2 BedarfspLRL-Ä („Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge.“) gibt dem Landesausschuss vor, eine **Ausschlussfrist** zu setzen.

Mit dem Kriterium „**Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit**“ (§ 23 III 1 Nr. 3 BedarfspLRL-Ä) soll einer jeweils längeren ärztlichen Tätigkeit Priorität eingeräumt werden. Dies unterliegt aber letztlich dem Beurteilungsspielraum der Zulassungsgremien.

Das **Nachbesetzungsverfahren** setzt (1) ein formell ordnungsgemäß durchgeführtes Ausschreibungsverfahren voraus, ferner (2) das (bevorstehende) Ende der Zulassung und (3) die beabsichtigte Fortführung der Praxis durch einen Nachfolger sowie schließlich (4) das Bestehen eines nachbesetzungsfähigen Vertragsarztsitzes in Kombination mit einer hierauf gerichteten Zulassung.

Dem ausscheidenden Arzt ist zuzubilligen, das **Wirksamwerden der Verzichtserklärung** davon abhängig zu machen, dass ein Nachfolger auf bestandskräftiger Grundlage tätig werden kann.

Mit der öffentlich-rechtlichen Zulassung ist als gleichsam notwendige Folge verbunden, dass Eigentum (Patientenstamm, immaterielles Vermögen, Sachvermögen) geschaffen wird. Dann aber ist der Sofortvollzug hinreichende Grundlage dafür, dass ein Vertragsarzt, gegen dessen **Zulassung Konkurrentenklage** erhoben wurde, infolge der Zulassung schützenswertes Eigentum (Art. 14 GG)

erlangt hat, das nunmehr die Möglichkeit eröffnet, im **Nachbesetzungsverfahren** wirtschaftlich verwertet zu werden.

Ein **unzulässiger Widerspruch** kann denotwendig zu keinem Erfolg in der Hauptsache führen und ist mithin dem Vollzugsinteresse des durch den angegriffenen Verwaltungsakt begünstigten Arztes gegenüber nachrangig.

Die **Anfechtungsberechtigung eines Vertragsarztes**, der im Wege der defensiven Konkurrentenklage gegen den einem anderen (Vertrags-)Arzt erteilten Verwaltungsakt vorgeht, erfordert, dass dieser dem Konkurrenten die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet und dass der hierdurch vermittelte Status gegenüber dem des Klägers nachrangig im Sinne noch nicht gedeckten Versorgungsbedarfs ist, ferner, dass Kläger und Konkurrent im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen erbringen dürfen (BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R - (SozR 4-5520 § 24 Nr. 3) und v. 07.02.2007 - B 6 KA 8/06 R - (BSGE 98, 98 = SozR 4-1500 § 54 Nr. 10)).

Der **Landesausschuss** hob im Juli 2006 die Zulassungssperre im Planungsbereich C für Radiologen auf. Der 1959 geb. **Ast.** ist seit 1996 Facharzt für Diagnostische Radiologie. Er ist seit dem 01.07.2007 als genehmigter Assistent zur Weiterbildung auf dem Gebiet der Kernspintomographie in der Gemeinschaftspraxis u.a. des Beigel. zu 10) tätig. Der 1941 geb. **Beigel. zu 10)** ist seit dem 01.07.1976 als Facharzt für Radiologie und ab 01.01.2003 als Facharzt für Nuklearmedizin niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung in C zugelassen. Im Juli 2006 stellte er einen Antrag auf einen Fachgebietswechsel von Nuklearmedizin in Radiologie, hilfsweise auf Zulassung als Facharzt für Radiologie. Mit Ablauf des 22.11.2006 verzichtete er auf die Zulassung als Facharzt für Nuklearmedizin mit der Maßgabe seiner bestandskräftigen Zulassung als Facharzt für Radiologie. Der 1951 geb. **Beigel. zu 8)** war vom 01.07.2000 bis 30.06.2001 zunächst in C im Rahmen eines Job-Sharings als Facharzt für Radiologie tätig; seit dem 01.07.2001 ist er in N als Radiologe niedergelassen. Er beantragte am 13.11.2006 als Facharzt für Radiologie in C zugelassen zu werden. Die **Beigel. zu 9)** ist eine Gemeinschaftspraxis bestehend aus zwei Fachärzten für Radiologie und einer Fachärztin für Diagnostische Radiologie mit Sitz in C. Mit Beschluss vom 22.11.2006 ließ der **Zulassungsausschuss** den **Beigel. zu 10)** als Facharzt für Radiologie **zur vertragsärztlichen Versorgung zu u. lehnte den Zulassungsantrag des Beigel. zu 8)** wegen Verspätung ab. Die Widersprüche der Beigel. zu 8) und 9) blieben erfolglos. Der **Sofortvollzug** der Entscheidung wurde angeordnet. Die hiergegen vom Beigel. zu 8) erhobene Klage wies das **SG Detmold** am 03.09.2009 ab (S 5 KA 11/07). Der Senat hat die **Berufung** des Beigel. zu 8) mit Urt. v. 12.05.2010 - L 11 KA 64/09 - zurückgewiesen. Die Beigel. zu 9) hat den Bescheid des Ag. vor dem SG Dortmund angegriffen (S 5 KA 7/09). Das Verfahren wurde an das SG Detmold verwiesen und ruht. Am 01.08.2008 stellte der **Beigel. zu 10)** den Antrag auf **Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes**, worauf sich ausschließlich der **Ast.** bewarb und den Sitz erhielt. Hiergegen erhoben die Beigel. zu 8) und 9) **Widerspruch**. Der Beigel. zu 10) habe über den Vertragsarztsitz nicht verfügen dürfen, da die hierzu ergangene Entscheidung des Antragsgegners noch nicht rechtskräftig sei. **SG Detmold**, Beschl. v. 06.05.2009 - S 5 KA 2/09 ER - lehnte die Beseitigung der aufschiebenden Wirkung der Widersprüche der Beigel. zu 8) und 9) unter Hinweis darauf ab, dass vor der Entscheidung des Berufungsausschusses einstweiliger Rechtsschutz nicht gewährt werden könne. Der **Ag.** lehnte die Widersprüche der Beigel. zu 8) und 9) ab. Den Antrag, die sofortige Vollziehung des Beschlusses anzuordnen, lehnte er ab. Die Beigel. zu 8) u. 9) erhoben Klage (S 5 KA 3 u. 4/09). Beide Verfahren ruhen. **SG Detmold**, Beschl. v. 03.12.2009 - S 5 KA 5/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** ordnete die sofortige Vollziehung des Beschl. des Ag. v. 24.06.2009 mit der Maßgabe an, dass der **Ast.** bis zum rechtskräftigen Abschluss der Verfahren S 5 KA 3/09, S 5 KA 4/09 und S 5 KA 11/07 (jeweils SG Detmold) als Facharzt für Diagnostische Radiologie, Zusatzbezeichnung Rettungsmedizin, für den Vertragsarztsitz C zugelassen wird.

B) RÜCKNAHME DES ANTRAGS AUF AUSSCHREIBUNG

SG Marburg, Beschl. v. 04.08.2010 – S 12 KA 646/10 ER –

RID 10-03-43

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IV; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Die **Rücknahme des Antrags** auf Ausschreibung eines - hier: hälftigen - Vertragsarztsitzes ist nur **bis zur Auswahlentscheidung** des Zulassungsausschusses möglich. Dabei ist zum Schutz des ausgewählten Bewerbers auf den **Tag der Entscheidungsfindung** des Zulassungsausschusses, nicht auf die Zustellung des schriftlichen Bescheids abzustellen (Anschluss an **SG Berlin**, Beschl. v. 14.10.2008 – S 83 KA 543/08 ER – RID 09-02-65). Ein Widerspruch des den Vertragsarztsitz abgebenden Arztes ist daher ohne Erfolgsaussicht.

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

3. SONDERBEDARFSZULASSUNG: ERMITTLUNGSUMFANG/ONKOLOGIE

SG Schwerin, Urt. v. 24.02.2010 – S 3 KA 37/08 –

RID 10-03-44

juris

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfspRL-Ä § 24 Buchst. c

Leitsatz: Eine **Bedarfsprüfung** im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung nach § 24 Buchst. c BedarfspRL-Ä hat sich ausschließlich auf den Kreis der bereits zugelassenen Berufsausübungsgemeinschaften mit einem entsprechenden Schwerpunkt zu erstrecken und nicht das gesamte - hier onkologische - Leistungsangebot im ambulanten Bereich in den Blick zu nehmen.

Der Beigel., als **Facharzt für innere Medizin** für die **hausärztliche Versorgung** in Gemeinschaftspraxis mit einem Urologen und einer Ärztin zugelassen, beantragte eine Sonderbedarfszulassung, weil er über die **Zusatzbezeichnung Palliativmedizin** sowie die **Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung** verfüge. Durch die Änderungen im EBM 2008 sei seine Tätigkeit im onkologischen Schwerpunkt in der Praxis erheblich beschränkt, da für Hausärzte u.a. die Transfusionsziffer, praxisklinische Betreuung, Infusionsziffer, Punktion etc. nicht mehr abrechenbar seien. Der bekl. **Berufungsausschuss** ließ den Beigel. im Wege der Sonderbedarfsfeststellung nach § 24 Buchst. c) BedarfspRL-Ä zur Bildung einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit Dr. B. mit spezialistischen Versorgungsaufgaben auf dem Gebiet der Hämatologie/Onkologie ab 01.10.2008 zu. Gleichzeitig ordnete er den Sofortvollzug an. Das **SG** wies die Klage der KV ab.

4. MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN

A) TÄTIGWERDEN VON VERTRAGSÄRZTEN IM MVZ

SG Stuttgart, Urt. v. 20.01.2010 – S 5 KA 7468/07 –

RID 10-03-45

Berufung anhängig: LSG Baden-Württemberg – L 5 KA 1590/10 -

ZMGR 2010, 173 = juris

SGB V § 95 I; Ärzte-ZV §§ 19a, 20, 32 I 1, II; MBO-Ä § 23a

Leitsatz (ZMGR): Ein Tätigwerden von **Vertragsärzten im MVZ** ist zulässig. Die Zulassung des Vertragsarztes wird für die Dauer seiner Tätigkeit im MVZ durch die Zulassung des MVZ überlagert.

2. Ein MVZ kann von Vertragsärzten in Form einer **GmbH** gegründet werden. Berufsrechtliche Regelungen stehen dem nicht entgegen.

3. Ein im MVZ tätiger Vertragsarzt kann zugleich Geschäftsführer der MVZ-Trägersgesellschaft sein.

Die beiden klagenden Vertragsärzte, eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und ein Facharzt für Allgemeinmedizin, stellten im Juni 2006 erfolglos einen Antrag auf Zulassung als MVZ; gleichzeitig beantragten sie die Genehmigung, Frau B. als Fachärztin für Allgemeinmedizin im MVZ anzustellen. Das MVZ sollte in Form einer GmbH betrieben werden, deren Gesellschafter die Kl. sind. Geschäftsführerin sollte die Kl. zu 1) sein, die auch die ärztliche Leitung des MVZ übernehmen sollte. Der bekl. **Berufungsausschuss** wies den Widerspruch zurück. Dass die Kl. zu 1) in ihrer Eigenschaft als Gesellschafter-Geschäftsführerin und Vertragsärztin im Rahmen des MVZ tätig sein solle, stehe im Widerspruch zu den Vorgaben in §§ 32 I 1, 20 I 1 Ärzte-ZV, wonach der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis ausüben habe und im übrigen für die Versorgung der Versicherten im erforderlichen Maß zur Verfügung stehen müsse. Die MVZ GmbH solle selbst Leistungserbringer und Partei der Behandlungsverträge mit den Versicherten sein, während die angest. Ärztin und die Kl. zu 1) „unter“ und im Rahmen der Zulassung dieses MVZ tätig werden sollten. Aufgrund der körperschaftlichen Organisationsstruktur der GmbH könne die Kl. zu 1) nicht allein aufgrund ihrer Gesellschafterstellung für die Gesellschaft handeln, sondern nur als Gesellschafter-Geschäftsführerin oder sonst Bedienstete. Es bedürfe damit eines Anstellungsvertrages oder zumindest eines freien Mitarbeiterverhältnisses zwischen der Gesellschaft und der Kl. zu 1). Das **SG** gab der Klage statt.

B) KEINE SELBSTSCHULDNERISCHE BÜRGSCHAFT VON ALT-MVZ (FESTSTELLUNGSKLAGE)

SG Marburg, Gerichtsbb. v. 02.08.2010 – S 12 KA 808/09 –

RID 10-03-46

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 II 6, VI 1; SGG § 55 I Nr. 1

Die Zulassungsgremien sind gegenüber einem vor dem 01.01.2007 bestandskräftig zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum nicht berechtigt, eine Verpflichtung zur Vorlage von selbstschuldnerischen Bürgschaften durch ihre Gesellschafter, verbunden mit der Androhung des Widerrufs der Zulassung für den Fall der Nichtabgabe, auszusprechen.

Jedenfalls dann, wenn die Zulassungsgremien in der Vergangenheit eine solche Erklärung verlangt haben und ein Verlangen für die Zukunft nicht ausschließen, ist eine Feststellungsklage zulässig.

Das **SG** gab der Klage statt.

Vgl. bereits **SG Marburg**, Urt. v. 18.12.2007 – S 12 KA 395/07 – RID 08-01-84 und **LSG Hessen**, Urt. v. 04.11.2009 – L 4 KA 10/08 – RID 10-01-78, das die Berufung mit der Maßgabe zurückwies, dass die mit der Androhung des Widerrufs der Zulassung verbundene Auflage, nach der die Kl. zur Vorlage selbstschuldnerischer Bürgschaften ihrer Gesellschafter verpflichtet wird, aufgehoben wird.

5. JOB-SHARING

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

LSG Hessen, Urt. v. 07.07.2010 – L 4 KA 69/09 –

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 39/10 B

RID 10-03-47

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 III, 101 I 1 Nr. 4; SGB X § 32 I; Ärzte-ZV § 19a I; BedarfspRL-Ä § 23c

Aus § 95 III SGB V folgt, dass eine zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassene Psychologische Psychotherapeutin, die im Rahmen eines sog. **Job-Sharings mit einem Psychologischen Psychotherapeuten** zugelassen ist, nicht gleichzeitig im Wege einer **Sonderbedarfszulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin** zugelassen werden kann, auch nicht mit einem halben Versorgungsauftrag hierfür. Der bereits erteilte Versorgungsauftrag berechtigt und verpflichtet zur vollzeitigen Berufsausübung.

SG Marburg, Urt. v. 01.07.2009 – S 12 KA 886/08 – RID 09-03-60 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) LEISTUNGSBEGRENZUNG

AA) KEINE RÜCKWIRKENDE ÄNDERUNG DER PUNKTZAHLBERGRENZE

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.05.2010 – L 3 KA 107/07 –

RID 10-03-48

Revision zugelassen

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 85 IV, 101 I Nr. 4, III; BedarfspRL-Ä §§ 23c, 23e, 23f, 23k I; Ärzte-ZV § 15 I

Leitsatz: 1. Die vom Zulassungsausschuss bei der Zulassung eines Vertragsarztes innerhalb einer Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis festgesetzte Leistungsbegrenzung (**Punktzahlbergrenze**) ist Bestandteil der **statusrechtlichen Entscheidung** über die Zulassung. Sie kann daher nicht **rückwirkend** nach § 45 Abs. 4 SGB X geändert werden.

2. Die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigung, bei rechtswidrig zu hoher Festsetzung der Punktzahlbergrenze überzahlte Honorare nach **sachlich-rechnerischer Berichtigung** zurückzuverlangen, lässt dies unberührt.

Die Kl. sind Mitglieder einer chirurgischen Gemeinschaftspraxis. Ab August 2000 trat im Rahmen einer **Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis** die Beigel. in die Praxis ein. Für die Leistungsbegrenzung wurden die Quartale II/95 bis I/96 zugrunde gelegt, und als **Obergrenze** für die Quartale I bis IV eines jeden Jahres auf 2.824.488,6 Punkte, 2.539.482,8 Punkte, 2.473.481,2 Punkte bzw. 3.393.159,4 Punkte festgesetzt. Die Zulassung der Beigel. endete zum Januar 2002. Im **Abschlussbericht** des von der Vertreterversammlung eingesetzten **Untersuchungsausschusses** wird festgestellt, dass der Vorstand beschlossen habe, den Kl. die Möglichkeit des Job-Sharing-Verfahrens wegen der berufspolitischen Tätigkeit eines d. Kl. anzubieten. In dem Bericht heißt es wörtlich: „Der Geschäftsführer J. wurde - ohne ausdrückliche Weisung im Einzelnen - beauftragt, dass ‚Problem Dr. K.‘ zu lösen, dh eine Lösung zu finden, die Dr. K. für seine berufspolitische Tätigkeit entschädigte. Dabei machten die Beteiligten keinen Unterschied zwischen Tätigkeiten für die KV Bremen und für andere Zusammenschlüsse. Der Geschäftsführer J. ging davon aus, dass den Mitgliedern des Vorstandes klar war, dass eine strikte Umsetzung der Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinien ausscheide. Es sollte eine individuelle Lösung gefunden werden. Der Geschäftsführer J. und Dr. K. fanden in einem Gespräch, über das es keine schriftlichen Aufzeichnungen gibt, einen Weg, nachdem Dr. K. für den Fall einer Zulassung im Rahmen des Job-Sharings verlangt hatte, er brauche ein bestimmtes Umsatzvolumen und dafür 2,5 Millionen Punkte. Sie einigten sich auf eine Zulassung im Job-Sharing Verfahren mit Übernahme realer Punktzahlen aus den Quartalen II/1995 bis I/1996, die im Verhältnis zu anderen Punktzahlen aus der Gemeinschaftspraxis Dr. K. und Partner besonders hoch waren. Sie stammten aus der Zeit, in der Dr. K. und L. zusammen arbeiteten“. Der Untersuchungsausschuss kam zu dem Ergebnis, dass der **Beschluss des Zulassungsausschusses rechtswidrig** sei. Auch das Verhalten des Vorstandes bzw. seines Vorsitzenden, des Geschäftsführers J. und des Kl. zu 1. seien rechtswidrig, wobei nicht die Strafbarkeit der festgestellten Handlungen durch den Untersuchungsausschuss beurteilt werde. Der **Zulassungsausschuss** nahm die Berechnung der Leistungsbeschränkung und der Punktzahlvolumina im Beschluss gemäß § 45 IV SGB X **für die Vergangenheit zurück** und ersetzte diese durch die niedrigeren Punktzahlvolumina der Quartale I/99 bis IV/99. Der Widerspruch war erfolglos. *SG Bremen*, Urt. v. 17.10.2007 -S 24 KA 29/03 - wies die Klage ab, das *LSG* gab der Klage statt. Die KV hatte zwischenzeitlich für die Quartale III/00 bis IV/01 **91.441,76 € zurückgefordert**, worüber noch das Widerspruchsverfahren läuft.

BB) KEINE ERHÖHUNG DES ABRECHNUNGSVOLUMENS

SG Marburg, Urt. v. 19.05.2010 – S 12 KA 218/10 –

RID 10-03-49

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

SGB V § 85 IV; BedarfspRL-Ä §§ 23c, 23e, 23f, 23k I

Aufgrund des **Anpassungsfaktors** nimmt jede Job-Sharing-Praxis an insgesamt das Abrechnungsvolumen erhöhenden **EBM-Änderungen** teil, soweit hiervon die Fachgruppe betroffen ist. Nur bei einem signifikant von der Fachgruppe abweichenden Leistungsspektrum und/oder einer unterschiedlichen Abrechnungshäufigkeit von Leistungen, die durch eine EBM-Änderung höher bewertet werden, kann eine Erhöhung des Abrechnungsvolumens und können Verzerrungen eintreten, ohne dass eine Überschreitung des Grenzvolumens durch eine Ausweitung der Leistungen bedingt wäre, sondern allein durch eine Änderung der EBM-Bewertungen.

Das **SG** wies die Klage ab.

CC) KEINE ÄNDERUNG WEGEN EBM 2005

SG Freiburg, Urt. v. 30.06.2010 – S 1 KA 1540/08 –

RID 10-03-49a

SGB V § 101 I Nr. 5; BedarfspRL-Ä §§ 23c, 23e

Mit Inkrafttreten des EBM 2005 sind keine Änderungen eingetreten, die sich auf eine im Jahr 1999 errechnete Punktzahlobergrenze für ein Anstellungsverhältnis im Rahmen eines sog. Job-Sharings spürbar ausgewirkt hätten. Es reicht nicht aus, wenn sich allgemein die von der Fachgruppe erbrachten Leistungen verändert haben, sondern es müssen solche Änderungen eingetreten sein, die sich speziell auf die Job-Sharing-Praxis auswirken.

Die Kl., zwei Internisten in Gemeinschaftspraxis, von denen einer hausärztlich, der andere fachärztlich tätig ist, erhielten im Aug. 1998 die Genehmigung zur Beschäftigung einer Internistin, die im Dez. 2006 widerrufen wurde. Für die Quartale I-IV/05 forderte die beigel. KV im Okt. 2006 wegen Überschreitung der Gesamtpunktzahl 26.052,86 € zurück. Die hiergegen beim SG Stuttgart erhobene Klage (S 5 KA 3221/07) ruht derzeit. Im Nov. 2006 beantragten d. Kl. erfolglos die Neufestsetzung der Punktzahlobergrenzen ab dem Quartal II/05, da die Überschreitung erstmals unter dem neuen EBM 2005 aufgrund struktureller Änderungen eingetreten sei. Der bekl. Berufungsausschuss sah die Ursache in den nicht unerheblichen Fallzahlsteigerungen im präventiven Bereich. Eine Ursache im EBM 2005 sei nicht erkennbar. An der Entwicklung der Fachgruppe nähme die Praxis aufgrund des Anpassungsfaktors teil.

Das **SG** wies die Klage ab.

6. RESIDENZPFLICHT BEI ZWEI BEZIRKSÜBERGREIFENDEN TEILZULASSUNGEN

SG Hamburg, Urt. v. 21.04.2010 – S 27 KA 179/07 –

RID 10-03-50

SGB V § 95; Ärzte-ZV § 24 II 2, III

Die **Residenzpflicht** gilt uneingeschränkt auch für einen Vertragszahnarzt mit **zwei Teilzulassungen** an örtlich verschiedenen Vertragszahnarztsitzen; d.h., er muss die Residenzpflicht hinsichtlich beider Sitze erfüllen.

Einem Vertragszahnarzt ist es angesichts einer Entfernung von annähernd 100 km und einer **Fahrzeit von über einer Stunde** zwischen seiner Wohnung und dem begehrten Vertragszahnarztsitz nicht möglich, seine Residenzpflicht zu erfüllen und etwa im Fall einer bei einem Patienten aufgetretenen Nachblutung zeitig genug wieder in der Praxis zu sein.

Das **SG** wies die Klage ab.

7. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

A) STRAFBARE SEXUELLE ÜBERGRIFFE/ABRECHNUNG TROTZ BERUFSVERBOTS

LSG Bayern, Urt. v. 22.04.2009 – L 12 KA 106/08 –

RID 10-03-51

SGB V § 95 VI

Einem Vertragsarzt, der im Hinblick auf ein zu begründendes Ausbildungsverhältnis **strafbare sexuelle Übergriffe** begangen hat, kann die Zulassung entzogen werden. Die Verwertung der Feststellungen aus rechtskräftig abgeschlossenen Strafbefehlsverfahren unterliegt keinen Einschränkungen.

Ungeeignetheit liegt vor, wenn ein Vertragsarzt während eines **Berufsverbots weiterhin vertragsärztliche Leistungen abrechnet**. Es ist unerheblich, dass der Berufungsausschuss eine Entziehung hierauf nicht gestützt hat.

Der 1959 geb. Kl., ein Radiologe, wurde vom **AG Memmingen** im April 2005 zu zwei Jahren und elf Monaten Haft wegen Beleidigung in Tateinheit mit sexueller Nötigung verurteilt. Er erhielt ein **Berufsverbot** für zwei Jahre insoweit, dass er in der Arztpraxis mit Personen weiblichen Geschlechts keinen unmittelbaren Kontakt aufnehmen durfte. Das **LG Memmingen** verwarf die Berufung des Kl. und verurteilte auf Berufung der Staatsanwaltschaft zu einer Freiheitsstrafe u.a. wegen vorsätzlicher Körperverletzung und Vergewaltigung. **OLG München** sprach auf Revision d. Kl. ihn teilweise frei und änderte den Schuldspruch in Vergewaltigung in Tateinheit mit Beleidigung; es verwies den Rechtsstreit an das LG zurück. **BVerfG**, Beschl. v. 22.08.2008 – 2 BvR 553/08 – nahm die Verfassungsbeschwerde nicht an. Die **KV forderte für die Zeit des Berufsverbots 960.000 € an Honorar zurück**. Der bekl. **Berufungsausschuss** bestätigte die Zulassungsentziehung wegen der Vergewaltigung einer Patientin. **SG München**, Urt. v. 17.10.2008 - S 39 KA 626/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

BSG, Beschl. v. 05.05.2010 – B 6 KA 32/09 B –

RID 10-03-52

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 22.04.2009 – L 12 KA 106/08 – RID 10-03-51 wird zurückgewiesen.

Der Grundsatz, dass das Vorliegen einer **Pflichtverletzung aus bestandskräftigen Feststellungen anderer Behörden oder Gerichte abgeleitet** werden kann – und dass im Falle eines Verbrechens im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit in aller Regel eine gröbliche Verletzung anzunehmen ist –, bedarf keiner Einschränkung.

Die Gerichte dürfen auch solche Vorgänge berücksichtigen und bei der Wertung als gröbliche Pflichtverletzung zugrunde legen, die von den Zulassungsgremien nicht einbezogen wurden.

B) ZU UNRECHT ABGERECHNETE KREBSVORSORGEUNTERSUCHUNGEN

SG Nürnberg, Urt. v. 01.07.2010 – S 1 KA 21/09 –

RID 10-03-53

SGB V § 95 VI

Die in einem rechtskräftigen **Strafbefehl** getroffenen Feststellungen können ebenso wie die Feststellungen in einem rechtskräftigen **Strafurteil** berücksichtigt werden (vgl. BSG SozR 1500 § 127 Nr. 40, S. 49; v. 31.08.1990 – 6 RKa 33/90 -; v. 27.02.1992 – 6 RKa 15/91 -; BSGE 63, 270,273 = SozR 1500 § 128 Nr. 34, S. 31; v. 27.06.2007 – B 6 KA 20/07 B -).

Einem Vertragsarzt, der in den Quartalen I/05 bis IV/07 627 mal **Krebsvorsorgeuntersuchungen zu Unrecht abgerechnet** und trotz einer im Jahr 2005 erfolgten Rückzahlungsvereinbarung sein Verhalten nicht geändert hat, kann die Zulassung entzogen werden.

Der Kl. war seit 2002 als Frauenarzt und seit Juli 2006 als praktischer Arzt zugelassen. In den Quartalen I/03-IV/06 rechnete er zu Unrecht Krebsvorsorgeuntersuchungen im Umfang von 38.184,67 € ab. **AG Coburg** verurteilte ihn mit rechtskräftigem Strafbefehl v. 04.04.2008 wegen Abrechnungsbetrugs nach § 263 StGB zu einer Geldbuße von 16.000 €. Der Widerspruch gegen die Zulassungsentziehung war erfolglos. Zuvor hatte LSG Bayern, Beschl. v. 06.04.2010 – L 12 KA 7/10b ER – die aufschiebende Wirkung der Klage wiederhergestellt. Das **SG** wies die Klage ab.

C) KEIN RUHEN WEGEN EINBRINGENS EINES VERTRAGSARZTSITZES IN GEMEINSCHAFTSPRAXIS NACH PRAXISAUFGABE

SG Marburg, Urt. v. 19.05.2010 – S 12 KA 697/09 –

RID 10-03-54

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 51/10 -

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

SGB V §§ 95 VI, 103 IVa 1

Ein **Ruhen** kommt als milderer Mittel vor einer **Zulassungsentziehung** nicht in Betracht, wenn eine Vertragsärztin nach annähernd zwei Jahren nach Aufgabe ihrer Praxis nicht eine Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis anstrebt, sondern ihren Vertragsarztsitz in eine Berufsausübungsgemeinschaft nach § 103 IVa SGB V einbringen will, um dort als angestellte Ärztin zu arbeiten.

Das **Einbringen eines Vertragsarztsitzes in eine Berufsausübungsgemeinschaft** nach § 103 IVa SGB V setzt voraus, dass eine vertragsärztliche Praxis noch in nennenswertem Umfang besteht, da andernfalls die Voraussetzungen nach § 103 IV SGB V umgangen werden könnten und bei einer kurzfristigen Aufgabe der Angestellten-tätigkeit auch eine Nachbesetzung erfolgen könnte.

Das **SG** wies die Klage ab.

8. ZULASSUNGSBEENDIGUNG DURCH AUFGABE DER ÄRZTLICHEN NIEDERLASSUNG AM VERTRAGSARZTSITZ

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.03.2008 – L 5 KA 8/07 –
SGB V § 95 VII

RID 10-03-55

Jede tatsächliche, nicht nur vorübergehende **Aufgabe der ärztlichen Niederlassung** am Vertragsarztsitz stellt einen Wegzug i.S.d. § 95 VII SGB V dar (vgl. BSG, Urt. v. 05.11.2003 - B 6 KA 60/03 B - juris, Rn. 8). Ein Verschulden ist nicht erforderlich.

Dem kl. Zahnarzt wurde 1997 die Zulassung entzogen, weil er laufend Fremdlaborleistungen als Eigenlaborleistungen abgerechnet hatte. Bei der KZV reichte er seit Mitte 1998 keine Abrechnung mehr ein. Im Dez. 1998 teilte er mit, er könne seine Praxis nicht mehr betreten, weil ihn der Hausbesitzer ausgesperrt habe. **SG Mainz**, Urt. v. 27.10.1999 – S 1 KA 359/98 – hob den Beschl. d. Bekl. auf und stellte fest, dass die Zulassung d. Kl. durch Wegzug beendet sei, das **LSG** – nach Ruhen des Verfahrens wegen dann eingestellter strafrechtlicher Ermittlungen – die Berufung zurück.

9. ANGESTELLTER ARZT: ARZTREGISTEREINTRAGUNG OHNE FACHARZTANERKENNUNG

SG Düsseldorf, Urt. v. 21.04.2010 – S 2 KA 236/09 –
rechtskräftig www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 95 IX, IXa, 95a; GSG Art. 33 § 2; Ärzte-ZV § 32b I

RID 10-03-56

Ein Arzt, der als **Arzt ohne Gebietsbezeichnung** in das Arztregister eingetragen ist, kann als **angestellter Arzt** beschäftigt werden. Nach Art. 33 § 2 Satz 1 GSG bleiben bis zum 31.12.1993 erfolgte Eintragungen in das Arztregister unberührt. Die erhöhten Anforderungen nach § 95a SGB V beziehen sich allein auf die Zulassung als Vertragsarzt, nicht jedoch auf die Anstellung bei einem Vertragsarzt.

Die Kl., eine Ärztin für Allgemeinmedizin, beantragte im Februar 2009 erfolglos die Genehmigung der Beschäftigung des Beigel. zu 8), geb. 1936, im Arztregister als **Arzt ohne Gebietsbezeichnung** eingetragen und von 1982 bis 2004 Inhaber der Praxis der Kl., nachdem dieser, ebf. im Februar 2009, die Anerkennung als **Facharzt für Allgemeinmedizin nach § 44a IV HeilBerG** erhalten hatte. Der **Berufungsausschuss** war der Auffassung, dass der anzustellende Arzt entweder als Facharzt für Allgemeinmedizin oder als „Praktischer Arzt“ aufgrund von landesrechtlichen Vorschriften zur Ausführung der Richtlinie des Rates der EG vom 15.09.1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) bis zum 31.12.1995 in das Arztregister eingetragen sein müsse. Er habe der Kl. angeboten, die Verhandlung zu vertagen, um dem Beigel. zu 8) Gelegenheit zu geben, das Eintragungsverfahren zu betreiben, was sie abgelehnt habe. Das **SG** verurteilte den Berufungsausschuss, dem Antrag der Kl. auf Genehmigung der Beschäftigung des Facharztes für Allgemeinmedizin L als angestellter Arzt mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 32 Stunden in ihrer Vertragsarztpraxis stattzugeben.

10. ERMÄCHTIGUNG: HOCHSPEZIALISIERTER KRANKENHAUSARZT UND BUNDESWEITER BEDARF/INTERESSENABWÄGUNG

LSG Hessen, Beschl. v. 21.06.2010 – L 4 KA 29/10 ER –
SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

RID 10-03-57

Die qualitativ-spezielle **Versorgungslücke** unter Berücksichtigung des ansonsten entstehenden Risikos einer Unterversorgung eines speziellen Patientengutes ist unter dem Gesichtspunkt von Art. 2 I 1 GG weiterhin als höherrangig einzuschätzen.

SG Marburg, Urt. v. 01.07.2009 – S 12 KA 225/09 – RID 09-03-66 wies die Klage der KV gegen eine dem beigel. Krankenhausarzt erteilte Ermächtigung ab (Berufung der KV anhängig: LSG Hessen – L 4 KA 68/09 –); **LSG Hessen**, Beschl. v. 26.11.2009 – L 4 KA 92/09 ER – RID 10-01-80 ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Ag. hinsichtlich der Überweisungsmöglichkeit durch HNO-Ärzte und MKG-Chirurgen sowie der Ermächtigung für maximal 300 Fälle im Quartal aus den übrigen Planungsbereichen bis zur Entscheidung über die Berufung, längstens jedoch bis zum 30.06.2010, an und lehnte im Übrigen den Antrag ab. Das **LSG** ordnete die sofortige Vollziehung nunmehr längstens bis zum 31.12.2010 an.

11. KEIN EINSTWEILIGER RECHTSSCHUTZ GEGEN ENTSCHEIDUNG DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES

SG Aachen, Beschl. v. 10.06.2010 – S 7 KA 1/10 ER –

RID 10-03-58

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 116; SGG § 86b I 1 Nr. 1; GG Art. 19 IV

Das Verfahren vor dem Berufungsausschuss ist kein Vorverfahren im Sinne der §§ 78 ff. SGG. Aus diesem Grund verbietet sich eine unmittelbare Anwendung der §§ 86a, 86b SGG. Gerichtlicher Eilrechtsschutz kann damit grundsätzlich **nicht vor der Entscheidung des Berufungsausschusses** begehrt werden (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.09.2002 - L 10 B 2/02 KA ER - RID 03-03-69; v. 25.10.2006 – L 10 B 15/06 KA ER – RID 06-04-76; SG Aachen, Beschl. v. 23.09.2003 - S 7 KA 14/03 ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris; a.A. SG Marburg, Beschl. v. 12.08.2009 – S 12 KA 428/09 ER – RID 09-04-46).

Diese Grundregel ist lediglich dann zu durchbrechen, wenn andernfalls das **Gebot effektiven Rechtsschutzes** nicht verwirklicht werden könnte. Dies ist etwa dann der Fall, wenn der Drittwiderspruch erkennbar abwegig und daher rechtsmissbräuchlich ist. Auch soweit bei summarischer Betrachtung im Eilverfahren Zweifel bestehen, ob der Widerspruch Erfolg haben wird, weil sich die Versorgungssituation nicht wesentlich geändert hat, so reicht dies jedoch für eine Rechtsmissbräuchlichkeit nicht aus.

Der Ast. ist Facharzt für Chirurgie, für Visceralchirurgie sowie für Thoraxchirurgie und Chefarzt der Abteilung Chirurgie II im Krankenhaus E. Der Ag. ermächtigte ihn zuletzt bis 31.12.2011. Hiergegen legte der Beigel. zu 8), der auf dem Gelände des Krankenhauses E. eine Praxis für Gefäß- und Thoraxchirurgie betreibt und daneben im Umfang von 8 Stunden wöchentlich beim Krankenhaus E. angestellt war, Widerspruch ein, über den der Ag. bislang nicht entschieden hat. Grundlage für diesen Praxisbetrieb waren vertragliche Beziehungen zwischen dem Krankenhausträger (u.a. Mietvertrag über Räumlichkeiten, Kooperationsvertrag zur gefäßchirurgischen Patientenversorgung), die mittlerweile vom Krankenhausträger fristlos gekündigt worden sind. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

VII. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Zur BSG-Rspr. vgl. zuletzt RID 08-04-A VI (S. 25); zur Instanzenrspr. s. zuletzt RID 10-02-A.VII (S. f.); **SG Marburg**, Ur. v. 16.09.2009 – S 12 KA 514/08 – RID 09-04-47.

VIII. Gesamtvertrag/GBA/Selektivvertrag

Nach BSG, Ur. v. 23.06.2010 – **B 6 KA 4/09 R** – ist es nicht zu beanstanden, dass in einem **Schiedsspruch** die Gesamtvergütung teilweise nach **Kopfpauschalen** und teilweise auf der Grundlage von **Einzelleistungen** bemessen wird; hierzu sind das Schiedsamt ebenso wie die Vertragspartner befugt. Die teilweise Bestimmung nach Einzelleistungen hätte aber gemäß § 85 II 7 SGB V ergänzend erfordert, auch den Betrag des dadurch zu erwartenden **Ausgabenvolumens** zu bestimmen und eine Regelung zur Vermeidung einer Überschreitung dieses Betrags zu treffen. Ein Krankenkassenverband ist nicht gehindert, diesen Rechtsverstoß des beklagten Schiedsamtes im gerichtlichen Verfahren geltend zu machen. Dabei ist ohne Bedeutung, ob er für andere Zeiträume Vereinbarungen der hier von ihm beanstandeten Art abgeschlossen hat. Unschädlich ist auch, dass der Kläger im vorliegenden Fall nicht schon in der Verhandlung beim Schiedsamt auf die Beachtung des § 85 II 7 SGB V gedrungen hat. Nach BSG, Ur. v. 03.02.2010 - **B 6 KA 30 u. 31/09 R** - (SozR 4-2500 § 116b Nr. 2) 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 Behandlungsberechtigungen**; 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. SCHIEDSSPRUCH ZU GESAMTVERTRAG

A) BINDUNG AN GRUNDSATZ DER BEITRAGSSATZSTABILITÄT

AA) ÜBERSCHREITUNG DER VERÄNDERUNGSRATE BEI ERHÖHUNG DES PUNKTWERTS

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.02.2010 – L 7 KA 116/08 KL –

RID 10-03-59

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 71, 85, 89, 212; SGG § 29 II Nr. 1

Die Grenzen des **Beurteilungsspielraums** eines **Schiedsspruchs** sind nicht eingehalten, wenn das Schiedsamt seiner Entscheidung eine bestimmte Gewichtung der maßgeblichen Kriterien für eine Vergütungsvereinbarung zugrunde legt, die mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 I SGB V nicht vereinbar ist.

Die Überschreitung der Veränderungsrate bei **Erhöhung des Punktwerts** verstößt selbst dann gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, wenn die Vertragspartner mengensteuernde höchstzulässige Ausgabevolumen vereinbart haben (vgl. BSG, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 22/04 R -; v. 14.12.2005 - B 6 KA 25/04 R -).

Die Vertragspartner vereinbarten folgende höchstzulässige Ausgabevolumina je Mitglied: BEMA-Teile 1 (ohne IP und FU), 2 und 4 für die Ersatzkassen BARMER, DAK, TK, KKH, HEK, Hamburg Münchener und hkk 138,48 € und für die GEK 130,35 €. Hierbei orientierten sie sich an der für das Kalenderjahr 2008 maßgeblichen Veränderungsrate im gesamten Bundesgebiet von plus 0,64 %. Hinsichtlich der streitigen Punktwerte für die genannten Bereiche sowie für zahnärztliche Gutachten und Individualprophylaxe/Frühuntersuchung erstrebte die Beigel. eine Erhöhung über die Veränderungsrate hinaus, da die Kosten in den Zahnarztpraxen wegen höherer Hygienekosten und weiterer Betriebsausgaben gestiegen und weil die Punktwerte im bundesweiten Vergleich unterdurchschnittlich seien. Die KZV beantragte für die Bereiche 1, 2 u. 4 0,8125 € (Punktwert 2007: 0,7756 €; gewünschte Steigerung: 4,76 %), 2. zahnärztliche Gutachten in Höhe von 0,8125 € (0,7756 €/4,76 %), 3. Individualprophylaxe/Frühuntersuchung (IP/FU) in Höhe von 0,89 € (0,85 €/4,71 %). Das Landesschiedsamt Berlin erhöhte den Punktwert für die vertragszahnärztlichen Leistungen im Jahr 2008 um 1,5 %. Das Bundesversicherungsamt beanstandete die Festsetzung in Nr. 1 des Schiedsspruchs (Bereiche 1, 2 u. 4) wegen des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Hiergegen hat die Beigel. KZV Klage erhoben (s. nachstehend *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 10.02.2010 – L 7 KA 15/09 KL – RID 10-03-60). Gegen den **Schiedsspruch** wendet sich der Kl. für die **Ersatzkassen**. Das *LSG* hob Nr. 1 des Schiedsspruchs auf, verpflichtete d. Bekl., über den Schiedsantrag der Beigel. insoweit unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und wies im Übrigen die Klage (als unzulässig) ab.

BB) AUFSICHTSKLAGE (BEANSTANDUNG DURCH BUNDESVERSICHERUNGSAMT)/PUNKTWERT

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.02.2010 – L 7 KA 15/09 KL –

RID 10-03-60

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 71, 85, 89, 212; SGG § 29 II Nr. 1

Leitsatz: 1. Eine Kassenzahnärztliche Vereinigung ist im Rahmen einer **Aufsichtsklage** klagebefugt, wenn das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde über die Ersatzkassen einen Schiedsspruch beanstandet, der eine Vergütungsvereinbarung zwischen Kassenzahnärztlicher Vereinigung und Ersatzkassen ersetzt.

2. Im Rahmen einer Vergütungsvereinbarung (oder eines diese ersetzenden Schiedsspruchs) lässt sich der Grundsatz der **Beitragssatzstabilität** nicht auf die Festsetzung des höchstzulässigen Ausgabenvolumens beschränken, sondern wird auch durch die Festsetzung der für die Einzelleistungen maßgeblichen Punktwerte berührt.

Zum Sachverhalt s. vorstehend *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 10.02.2010 – L 7 KA 116/08 KL – RID 10-03-59.

B) SOZIALHILFERECHTLICHE KRANKENHILFE UND WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.06.2010 – L 7 KA 12/06 –

RID 10-03-61

SGB V §§ 70 I, 72 II 1, 76 I 1, 89 I 1, 106, 264; BSHG §§ 36, 37, 38 IV

Ein **Schiedsamt** kann keine Regelung festsetzen, die auch die **Vertragspartner** nicht hätten treffen dürfen. Die Einbeziehung von Leistungen an Sozialhilfeempfänger, für die eine Krankenkasse die Krankenbehandlung nach § 264 SGB V übernommen hat, in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung in einer Prüfvereinbarung ist mangels Rechtsgrundlage unzulässig.

SG Berlin, Urt. v. 07.12.2005 – S 83 KA 284/02*71 – RID 06-01-60 gab der Klage der KV statt, das *LSG* wies die Berufung des bekl. Landesschiedsamts, des Beigel. Landes und der AOK zurück.

Vgl. a. *SG Berlin*, Urt. v. 17.07.2002 - S 71 KA 153/99 – RID 02-04-21.

2. GBA

A) BETEILIGUNG VON INTERESSENVERTRETUNGEN: KEIN ANORDNUNGSGRUND VOR PLENUMSENTSCHEIDUNG DES GBA

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 17.03.2010 – L 7 KA 5/10 KL ER –

RID 10-03-62

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 140 f II 5; SGG § 86b II 2

Einem Antragsteller, der das Verfahren betreibt, um seine Rechte als themenbezogener Vertreter für den Deutschen Behindertenrat im GBA feststellen zu lassen und insb. sein Antragsrecht nach § 140f II 5 SGB V zu sichern, fehlt es an einem **Anordnungsgrund**. Mit einer Entscheidung würde das Hauptsacheverfahren vorweg genommen werden. Ihm ist es möglich und zumutbar, in der Sitzung des Plenums des GBA seine Anträge, die er im zuständigen Unterausschuss gestellt hatte, zu wiederholen bzw. aufrechtzuerhalten und abzuwarten, ob der GBA auch im Plenum ein Antragsrecht für ausgeschlossen hält, und einen evtl. ablehnenden Beschluss gerichtlich überprüfen zu lassen.

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

B) AMRL: KEIN AUSSCHLUSS HOMÖOPATHISCHER ARZNEIMITTEL (HUSTENMITTEL MONAPAX®)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 17.03.2010 – L 7 KA 125/09 KL –

RID 10-03-63

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I 2, 34 II 3, III 3, 92 II 5

Leitsatz: 1. Ein Streit über die richtige Auslegung einer Vorschrift mit dem Normgeber („**Interpretationsfeststellungsklage**“) ist nur dann zulässig, wenn der Normgeber entweder an der Umsetzung der von ihm erlassenen Rechtsvorschrift beteiligt ist oder aber seine Auslegung bzw. die an seine Stelle im Feststellungsprozess tretende Rechtsauffassung des Gerichts für die Normunterworfenen verbindlich ist. Anderenfalls handelt es sich um eine unzulässige **abstrakte Feststellungsklage**, die mit der abstrakten Normenkontrolle eng verwandt ist, die im SGG keine Rechtsgrundlage findet.

2. Nr. 31 Anlage III AM-RL verstößt wegen seiner Anwendbarkeit auf **homöopathische Arzneimittel** gegen höherrangiges Recht.

Die Kl. ist ein mittelständisches pharmazeutisches Unternehmen. Sie vertreibt u.a. Monapax® Saft und Monapax® Tropfen, für die sie die arzneimittelrechtliche Zulassung besitzt. Monapax® Saft ist ein homöopathisches Arzneimittel bei Erkältungen der Atemwege. Anwendungsgebiete sind Husten jeder Ursache, auch Keuchhusten und Bronchialkatarrh. Das BfArM lehnte den Antrag auf Verlängerung der Zulassung ab. *VG Köln* verpflichtete mit rechtskräftig gewordenem Urt. v. 26.08.2008 die bekl. Bundesrepublik Deutschland zur Neubeschreibung. Der **bekl. GBA** schloss nach Nr. 31 der Anlage III der AMRL Hustenmittel als fixe Kombinationen von Antitussiva oder Expektorantien oder Mukolytika untereinander oder mit anderen Wirkstoffen u.a. als nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Verordnung auch für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr als unwirtschaftlich aus. Diese **Verordnungseinschränkungen** haben die KBV und die KV Westfalen-Lippe veranlasst, eine Übersicht über die ganz oder teilweise von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel in Form von „Fragen und ggf. Beispielen sowie Antworten und ggf. Begründungen“ zu erstellen. U.a. im Hinblick auf diese Übersicht wandte sich die Kl. an den Bekl. und bat um eine Klarstellung der Anlage III dahingehend, dass das von ihr vertriebene Arzneimittel Monapax® nicht von einem Verordnungsaußchluss nach Anlage III AMRL erfasst werde. Hierauf stellte der Bekl. fest, dass Monapax® von Nr. 31 der Anlage III erfasst werde. Das *LSG* stellte fest, dass Nr. 31 Anlage III AMRL in der seit dem 01.04.2009 geltenden Fassung rechtswidrig und damit nichtig ist und wies im Übrigen (Hauptantrag: festzustellen, dass Anlage III Nr. 31 AM-RL in der seit dem 1. April 2009 geltenden Fassung nicht die Arzneimittel Monapax® Saft und Monapax® Tropfen von der Verordnungsfähigkeit für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr ausschließt) die Klage ab.

3. SELEKTIVVERTRÄGE

A) BESTELLUNG DER SCHIEDSPERSON FÜR HAUSARZTVERTRAG (§ 73b IVA 2 SGB V): ÜBERPRÜFBARKEIT/RECHTSWEG

AA) EINGESCHRÄNKTE ÜBERPRÜFBARKEIT DER BESTELLUNG EINER SCHIEDSPERSON

SG München, Beschl. v. 16.12.2009 – S 39 KA 968/09 ER –

RID 10-03-64

SGB V § 73b IVA 2

Die **Entscheidung einer Aufsichtsbehörde** einer Krankenkasse über die Bestellung einer Schiedsperson gem. § 73b IVa 2 SGB V ist nur insofern **überprüfbar**, ob von einem unzutreffenden und vollständigen Sachverhalt ausgegangen wurde und die Grenzen des Ermessens eingehalten wurden. Der **Vertragsschluss** nach § 73b IVa 1 SGB V ist gesetzlich vorgeschrieben und steht nicht im Belieben der Vertragsparteien.

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

BB) ANGELEGENHEIT FÜR VERTRAGSARZTRECHT

SG Kassel, Beschl. v. 12.05.2010 – S 5 KR 9/10 –

RID 10-03-65

SGB V § 73b IVa 2; SGG §§ 10 II, 57a II

Bei einer Streitigkeit über die Verpflichtung einer Aufsichtsbehörde einer Krankenkasse, gem. § 73b IVa 2 SGB V eine Schiedsperson zu bestellen, handelt es sich um eine Streitigkeit, für die die Kammern für Vertragsarztrecht zuständig sind.

Das **SG** verwies den Rechtsstreit an das SG Marburg.

CC) ANGELEGENHEIT FÜR VERTRAGSARZTRECHT/ÖRTLICHE ZUSTÄNDIGKEIT NACH KV-SITZ

SG Düsseldorf, Beschl. v. 17.02.2010 – S 2 KA 11/10 –

RID 10-03-66

SGB V § 73b IVa 2; SGG §§ 10 II, 57a II

Bei einer Streitigkeit über die Verpflichtung einer Aufsichtsbehörde einer Krankenkasse, gem. § 73b IVa 2 SGB V eine Schiedsperson zu bestellen, handelt es sich um eine Angelegenheit für Vertragsarztrecht.

Soweit – wie inzw. nur noch in Nordrhein-Westfalen – mehrere KVen bestehen und diese jeweils eigenständige Verträge mit den Krankenkassen(verbänden) schließen, ist es sachgerecht und geboten, Rechtsstreitigkeiten in Angelegenheiten solcher Verträge demjenigen Sozialgericht zuzuweisen, in dessen Bezirk die jeweilige KV ihren Sitz hat.

Das **SG** verwies den Rechtsstreit an das SG Dortmund.

B) UNTERLASSUNGSERKLÄRUNG IM EINSTWEILIGEN RECHTSSCHUTZ: DISKREDITIERUNG EINES „SELEKTIVVERTRAGS“

SG Berlin, Beschl. v. 19.02.2010 – S 83 KA 745/09 ER –

RID 10-03-67

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 73c III 1 Nr. 3; SGG §§ 51 I Nr. 2, 86b II

Leitsatz: 1. **Wesentliche Nachteile** im Sinne von § 86b Abs. 2 S. 2 SGG sind nur solche wirtschaftlicher, das heißt finanzieller Natur, die nach einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren nicht wieder ausgeglichen werden können. Deshalb ist die konkrete Darlegung eines Umsatzrückganges oder gegebenenfalls wirtschaftlicher Nachteile erforderlich: Es bedarf konkreter und glaubhaft zu machender Ausführungen dazu, welche Folgen die Wiederholung der Äußerungen der KZV auf den Umsatz und welche Folgen ein etwaiger Umsatzverlust für den Antragsteller hätte.

2. § 12 Abs. 2 UWG ist auf das **sozialgerichtliche Verfahren** nicht anwendbar. Denn die Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung durch die Sozialgerichte sind in § 86b Abs. 2 SGG geregelt, wonach - wie sich aus dem Verweis des § 86b Abs. 2 S. 3 SGG auf § 920 Abs. 2 ZPO ergibt - Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund zwingend glaubhaft zu machen sind. **Befreiungstatbestände** enthält das SGG nicht.

Die Ast. ist als **Managementgesellschaft** gemäß § 73c III 1 Nr. 3 SGB V tätig. Sie schloss mit der DAK einen als „Selektivvertrag über besondere zahnärztliche Versorgungsmaßnahmen professionelle Zahnreinigung (PZR), implantologische Maßnahmen und Zahnersatzleistungen nach § 73c Abs. 3 SGB V“ bezeichneten Vertrag. Die Ast. verpflichtet sich in dem Vertrag, eine bundesweite Versorgung der teilnehmenden Versicherten durch eigene vertragliche Bindung mit mindestens 200 Leistungserbringern und die Durchführung der Versorgung zu gewährleisten. Zur Aufgabe der Ast. gehört auch die Akquise neuer teilnehmender Leistungserbringer. Der Zahnarzt darf mit der Erbringung/Beschaffung der zahntechnischen Leistungen innerhalb dieses Vertrags ausschließlich die von der Ast. genannten zahntechnischen **Labore** und bis auf weiteres ausschließlich die **I. GmbH** beauftragen. Diese ist laut Handelsregisterauszug herrschendes Unternehmen und laut Auskunft der Creditreform E **Alleingesellschafterin der Ast.** Die Ast. wandte sich gegen die **KZV (Ag.)**, die in einem **Rundschreiben** an ihre Mitglieder eine „Sonderinformation Selektivverträge“ die aus ihrer Sicht nachteilige Regelungen benennt. Darin heißt es u.a.: „Viele Kollegen, die im -net mit zusammen arbeiten müssen, beklagen die Qualität der Zahntechnik. Sie werden zudem unter Druck gesetzt, diese Arbeiten wider besseres Wissens einzugliedern und machen sich dergestalt schnell zu besseren ‚Laborangestellten‘. (...) Nach Ansicht des Vorstandes der KZV Berlin gibt es bei vernünftiger Abwägung aller Fakten deshalb keinen Grund, diesem für den Zahnarzt ausschließlich nachteiligen Knebelvertrag beizutreten.“ Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

IX. Verschiedenes

1. DRITTANFECHTUNG EINER GENEHMIGUNG NACH § 116B II SGB V

A) SPRUCHKÖRPER FÜR KRANKENVERSICHERUNG/DEFENSIVE KONKURRENTENKLAGE

LSG Sachsen, Beschl. v. 03.06.2010 – L 1 KR 94/10 B ER –

RID 10-03-68

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 70 I, 116b II 1; SGB X § 31; SGG §§ 10 II, 54 I 2, 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Für Rechtsstreite über einen Bestimmungsbescheid nach § 116b Abs. 2 SGB V sind die **Fachkammern** der Sozialgerichte für das **Vertragsarztrecht** und die Fachsenate der Landessozialgerichte für das Vertragsarztrecht **nicht zuständig** (§§ 10 Abs. 2, 31 Abs. 2 SGG).

2. Auch während eines bereits anhängigen Rechtsstreits kann die zum Erlass des Bestimmungsbescheides, eines Verwaltungsaktes nach § 31 SGB X, zuständige Behörde die **sofortige Vollziehbarkeit anordnen**.

3. Bei den von § 116b SGB V erfassten Leistungen besteht **kein absoluter Vorrang** der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber der ambulanten Behandlung durch die **Krankenhäuser**. Eine völlige Gleichrangigkeit besteht hingegen auch nicht.

4. Vertragsärzte, die sich im regionalen Einzugsbereich eines nach § 116b Abs. 2 SGB V zur ambulanten Leistungserbringung bestimmten Krankenhauses befinden und dieselben Leistungen anbieten, haben die Befugnis, den Bestimmungsbescheid anzufechten (**defensive Konkurrentenklage**).

5. Die in § 116b Abs. 2 SGB V angeordnete „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ entfaltet schon einfachrechtlich zugunsten der Vertragsärzte **drittschützende Wirkung**.

6. Das **Berücksichtigungsgebot** beinhaltet, dass die regionale vertragsärztliche Versorgungssituation durch die Bestimmung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung, bezogen auf die Leistungen nach § 116b Abs. 3 und 4 SGB V, nicht wesentlich beeinträchtigt werden darf. Der einzelne Vertragsarzt hat aber weder einen Anspruch auf Konkurrenzschutz noch einen Anspruch auf wirtschaftlichen Bestandsschutz.

7. Die den Bestimmungsbescheid erlassende Behörde hat bei der Entscheidung über den Antrag des Krankenhauses neben der vertragsärztlichen Versorgungssituation zu berücksichtigen, ob und in welchem Umfang die Bestimmung des Krankenhauses zur ambulanten Behandlung den Zielen der **Qualitäts- und Effizienzsteigerung** sowie der **Patientengerechtigkeit** entspricht. Der Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versorgungsformen ist kein Selbstzweck.

8. Die behördliche Entscheidung kann vor dem Hintergrund des **Prognoserisikos** künftiger Entwicklungen auch **Einschränkungen** bei der Bestimmung des Krankenhauses zur ambulanten Behandlung vorsehen, etwa in Gestalt **befristeter Kontingentierungen**.

9. Der Bestimmungsbescheid muss die maßgeblichen Gesichtspunkte angemessen berücksichtigen. Die Erwägungen der Behörde müssen so hinreichend deutlich begründet sein, dass die zutreffende Anwendung der **Beurteilungsmaßstäbe** nachvollziehbar ist. Es genügt jedenfalls nicht, dass im Bescheid ausgeführt wird, die vertragsärztliche Versorgungssituation sei berücksichtigt worden.

10. Das Tatbestandsmerkmal „im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes“ (§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V) ist lediglich eine Zuständigkeitsregelung. Die materiellrechtlichen Regelungen des **Krankenhausplanungsrechts** finden keine Anwendung. In Sachsen ist die nach § 116b Abs. 2 SGB V zuständige Behörde das Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.

SG Dresden, Beschl. v. 29.09.2009 – S 11 KA 114/09 ER – RID 09-04-53 gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

B) GEBOT DER RÜCKSICHTNAHME

SG Dresden, Beschl. v. 18.05.2010 – S 18 KA 10/10 ER –

RID 10-03-69

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 116b II 1; GG Art. 3 I, 12 I, 19 III, IV; SGG §§ 54 I 2, 86b I 1 Nr. 2

Bei der Klage eines MVZ gegen eine Genehmigung nach § 116b II SGB V sind die **Spruchkörper für Vertragsarztangelegenheiten** zuständig (§ 12 I 2 SGG).

Ein MVZ ist **klagebefugt** zur Klage gegen eine Genehmigung nach § 116b II SGB V.

Ein MVZ wird in seinen Rechten verletzt, wenn es bei einer Genehmigung nach § 116b II SGB V an einer Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation fehlt. Eine **drittschützende Wirkung des § 116b II SGB V**, obwohl der Gesetzgeber eine Bedarfsprüfung ausgeschlossen hat, beruht, da die Kriterien von BSG, Urt. v. 02.07.2007 – B 6 KA 8/06 R – nicht uneingeschränkt zu

übertragen sind, auf Art. 3 I, 12 I und 19 III GG. Entscheidend ist eine Verwerfung der Konkurrenzverhältnisse aus den ungleichen Wettbewerbsrisiken der Vertragsärzte und Krankenhäuser infolge der unterschiedlichen Investitionslasten (BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 17.08.2004 – 1 BvR 378/00 - RID 04-04-48, juris Rn. 27 u. 25).

Der potentiell **drittschützende Gehalt** des § 116b II 1 SGB V verdichtet sich erst dann zu einem **subjektiven Recht** der mittelbar betroffenen Vertragsärzte, wenn sich ein Verstoß gegen das objektivrechtliche **Gebot der Rücksichtnahme** auf die vertragsärztliche Versorgung in qualifizierter und individualisierter Weise, die über eine bloße Verschärfung des Konkurrenzdruckes hinausgeht, auf die Berufsausübung der im Einzugsbereich des Krankenhauses die gleichen Leistungen erbringenden Vertragsärzte auswirkt.

Das nach § 116b II SGB V bestimmte **Krankenhaus** hat eine **Schlüsselposition** bzgl. der Weiterbehandlung in der eigenen Ambulanz oder durch einen niedergelassenen Onkologen.

Eine Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation kann auch durch **räumliche Begrenzungen** oder **gegenständliche Beschränkungen** erfolgen.

Das klagende MVZ, gegründet von zwei Vertragsärzten mit Tätigkeit in eigener Praxis, beschäftigt Dr. X, Internist/Hämatologie und Onkologie, der eine Sonderbedarfszulassung zur Betreuung onkologischer Patienten einschl. der Durchführung von Chemotherapien in das MVZ eingebracht hat, sowie eine an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin. Die Beigel., ein Krankenhaus mit Schwerpunktversorgung nach dem Krankenhausplan und akademisches Lehrkrankenhaus, gelegen im benachbarten Planungsbereich in einer Entfernung von 14 km vom MVZ, erhielt nach § 116b II SGB V die Genehmigung zur Behandlung bestimmter Tumorerkrankungen. Der Ag. ordnete die sofortige Vollziehung an. Das **SG** gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt und stellte die aufschiebende Wirkung der Klage (S 12 KA 86/09) gegen eine Ambulanzzulassung nach § 116b SGB V her, soweit eine Behandlung nicht bereits aufgenommen worden ist.

Zur **drittschützenden Wirkung** von § 116b II SGB V s. bereits **SG Dresden**, Beschl. v. 29.09.2009 – S 11 KA 114/09 ER – RID 09-04-53; zur fehlenden Drittbetroffenheit einer **KV** und Zuständigkeit der Spruchkörper für Krankenversicherung s. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 25.05.2009 - L 4 KR 116/09 B ER - RID 09-04-54; zu Statusstreitigkeiten nach § 116b II SGB V als **Angelegenheiten des Vertragsarztrechts** s. **SG Fulda**, Beschl. v. 23.12.2009 – S 11 KR 48/09 - RID 10-01-182; **SG Wiesbaden**, Beschl. v. 25.09.2009 – S 17 KR 212/08 – RID 09-04-55; weitere Nachweise in RID 09-04-A VIII 3 (S. 32).

Zur **Klagebefugnis der KBV** gegen den GBA bei Neufassung der Richtlinien zu § 116b IV SGB V s. **BSG**, Urt. v. 03.02.2010 - B 6 KA 30 u. 31/09 R – (SozR 4-2500 § 116b Nr. 2).

C) KEIN ANORDNUNGSGRUND GEGEN ANORDNUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG

SG Düsseldorf, Beschl. v. 20.08.2010 – S 2 KA 386/10 ER –

RID 10-03-69a

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 116b; SGG §§ 86b I 1 Nr. 2, 98; GVG § 17 II 1

Eine **Verweisung** ist auch hinsichtlich der **Fachkammerzuständigkeit** bindend (LSG NRW, Beschl. v. 26.03.2010 - L 17 SF 37/10 ZG -). Ein Verfahren auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes teilt als Annexverfahren das rechtliche Schicksal der Hauptsacheklage.

Die Frage, inwieweit niedergelassenen Vertragsärzten eine **Anfechtungsbefugnis** gegen einen Bestimmungsbescheid nach § 116b II SGB V zusteht, ist als offen zu bezeichnen (drittschützende Wirkung bejaht LSG Sachsen, Beschl. v. 03.06.2010 – L 1 KR 94/10 B ER – RID 10-03-68; anders in der Literatur, z.B. Stollmann, NZS 2009, 248, 250 f.; Möller, SGB 2009, 345, 349; Becker in: Becker/Kingreen, SGB V, § 116b Rn. 8; Köhler-Hohmann in: jurisPK-SGB V, § 116b Rn. 54; Walter in: Medizinrecht heute: Erfahrungen, Analysen, Entwicklungen, 2008, S. 657, 668 f.; Wagener/Wedehage, MedR 2007, 643, 648; Szabados, GesR 2007, 97, 102; Wenner, GesR 2007, 337, 343).

Während „**beachten**“ im Sinne von „als verbindlich zugrunde legen“ zu verstehen ist, bedeutet „**berücksichtigen**“ nur, dass Gesichtspunkte in Betracht gezogen werden müssen und eine sachliche Auseinandersetzung mit ihnen zu erfolgen hat, aber nach pflichtgemäßer Abwägung davon abgewichen werden darf (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.2000 - B 6 KA 20/99 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 37).

Ist die **vertragsärztliche Versorgungssituation** nur ein in diesem Sinne bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigender Gesichtspunkt, hängt die Bestimmung des Krankenhauses zur ambulanten Behandlung nicht zwingend von einem von den Vertragsärzten nicht abgedeckten Versorgungsbedarf ab. Im Gegensatz zur **Bedarfsplanung**, die in der Regel lediglich die Fachgebiete nach den Weiterbildungsordnungen aufgreift, geht es bei der Entscheidung nach § 116b II SGB V um die Zulassung zur ambulanten Behandlung **einzelner Leistungen bzw. einzelner Erkrankungen**. Die Frage, ob in einem Planungsbereich genügend Fachärzte zugelassen sind, trifft keine Aussage darüber, ob diese Fachärzte auch entsprechende hochspezialisierte Leistungen anbieten bzw. seltene Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen fachgerecht versorgen.

Wird das **öffentliche Interesse** mit der Eröffnung der mit dem Bestimmungsbescheid konkretisierten Versorgung von Patienten mit Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen schon bereits während des Klageverfahrens begründet, so trägt dies die **Anordnung des Sofortvollzuges**. Ein **Individualinteresse des Krankenhauses** liegt vor, wenn dieses bereits organisatorische, finanzielle und personelle Aufwendungen erbracht und bis zur Anfechtung der Zulassungsbescheide einen Patientenkreis von ca. 90 pro Monat etabliert hat. Das Krankenhaus setzt kein Vertrauen in eine ihrer Disposition entgegenstehende gesetzliche Regelung, sondern kann sich mit § 116b II SGB V auf eine klare gesetzliche Bestimmung stützen, deren Tatbestandsvoraussetzungen - soweit es die Katalogleistungen und die Eignung des Klinikums betrifft - unstreitig erfüllt sind.

Die Ag. ließ die Beigel. zur Durchführung ambulanter Behandlung verschiedener onkologischer Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf gemäß § 116b III Nr. 2 SGB V zu, wogegen die Ast. Klage (S 2 KA 387/10 nach Abtrennung aus S 2 KA 258/10) erhob. Daraufhin ordnete die Ag. die sofortige Vollziehung des Zulassungsbescheides an. Das **SG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

Parallelverfahren: **SG Düsseldorf, Beschl. v. 20.08.2010 – S 2 KA 386/10 ER –**

RID 10-03-69b

www.sozialgerichtsbarkeit.de

D) ZULÄSSIGKEIT DEFENSIVER KONKURRENTENKLAGE/ABWÄGUNGSENTSCHEIDUNG

SG Hannover, Beschl. v. 24.08.2010 – S 61 KA 358/1 ER –

RID 10-03-69c

SGB V §§ 70 I, 116b II 1; SGB X § 31; SGG §§ 10 II, 54 I 2, 86b I 1 Nr. 2

Für Streitsachen nach § 116b II SGB V sind die **Spruchkörper für Vertragsarztrecht** zuständig (vgl. BSG, Ur. v. 06.05.2009 – B 6 A 1/08 R – BSGE 103, 106 = SozR 4-2500 § 94 Nr. 2 = juris Rn. 25).

Bei einer Bestimmung zur ambulanten Erbringung von Leistungen nach § 116b II SGB V handelt es sich um einen **Verwaltungsakt**. Es kann **Anfechtungsklage** durch einen Dritten erhoben werden, die **aufschiebende Wirkung** hat. Der die sofortige Vollziehung des Bescheids begehrende Begünstigte muss sich nicht zuvor an die Genehmigungsbehörde wenden (vgl. BSG, Ur. v. 17.10.2007 – B 6 KA 4/07 R – SozR 4-1935 § 17 Nr. 1 = GesR 2008, 203 = juris Rn. 20).

§ 116b II SGB V ist eine Rechtsnorm mit **Schutzwirkung zu Gunsten Dritter**, was aus der Formulierung „unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgung“ folgt (vgl. LSG Sachsen, Beschl. v. 03.06.2010 – L 1 KR 94/10 B ER – RID 10-03-68).

„**Berücksichtigen**“ meint mehr als zur Kenntnis nehmen. Neben einer Analyse des Ist-Zustandes verlangt eine Berücksichtigung eine Auseinandersetzung mit den Folgen der Bestimmung auf diesen Ist-Zustand und ggf. dann Rücksichtnahme auf den Ist-Zustand.

§ 116b II SGB V enthält auf der Tatbestandsseite einen **Beurteilungsspielraum** und verlangt eine Abwägungsentscheidung. Ein Anspruch auf Bestimmung kann nicht hergeleitet werden.

An einer **Abwägungsentscheidung** fehlt es, wenn sich keine Anhaltspunkte dafür entnehmen lassen, welche öffentlichen und privaten Belange in die Abwägung unter welcher Gewichtung eingestellt worden sein sollen.

Die Ag. zu 2) ließ die Ast. zur Durchführung ambulanter Behandlung von HIV/Aids-Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf gemäß § 116b III Nr. 2 SGB V zu, wogegen der Ag. zu 1), ein Facharzt für Allgemeinmedizin, der in einer Gemeinschaftspraxis tätig ist und dort den Schwerpunkt HIV/Aids-Erkrankungen und Substitutionsbehandlungen betreut, Klage (S 61 KA 294/10) erhob. Das **SG** ordnete die sofortige Vollziehung des Bescheids bis 28.02.2011 mit der Maßgabe an, dass ambulante Leistungen ausschließlich gegenüber Patienten erbracht werden dürfen, deren ambulante Betreuung durch die Ast. vor der Bekanntgabe dieser Entscheidung begonnen worden ist und wies im Übrigen die Anträge ab.

2. KONKURRENTENKLAGE GG. KRANKENHAUS WG. HINZUZIEHUNG VON ANÄSTHESISTEN ZUM AMBULANTEN OPERIEREN

SG Dortmund, Ur. v. 09.09.2009 - S 9 KA 105/06 -

RID 10-03-70

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 11/10 R

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 115b I 1 Nr. 2, 121 II; KHEntgG § 18 I 1; UWG §§ 3, 4 Nr. 11; Ärzte-ZV § 20 II; BGB § 823 II; GG Art. 12 I, 14 I

Die **Hinzuziehung niedergelassener Vertragsärzte** (hier: Fachärzte für Anästhesie) durch Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Operationsleistungen in Fällen des § 115b SGB V ist rechtmäßig.

Der **AOP-Vertrag** enthält an keiner Stelle die Einschränkung, dass Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern unzulässig sind. Ebenso wenig findet sich im AOP-Vertrag eine

Regelung, nach der Krankenhäuser nur Vergütungsansprüche für ambulante Operationen erwerben, die durch angestellte Krankenhausärzte durchgeführt worden sind.

Bei einer zulässigen Leistungserbringung und zulässigen Vergütungsabwicklung liegt **kein wettbewerbswidriges Handeln** vor.

Die **kl. Fachärzte für Anästhesiologie** betreiben in S ein **ambulantes Operationszentrum**, das sie mit hohem finanziellen Aufwand errichtet haben. Die Bekl. ist ein nach § 108 SGB V zugelassenes **Krankenhaus**. Die Bet. sind insoweit unmittelbar konkurrierend tätig, als sie am selben Standort tätig sind. In S ist außerdem eine chirurgische vertragsärztliche **Gemeinschaftspraxis der Gefäßchirurgen** Dres. P, S und des Neurochirurgen (Einzelpraxis) B ansässig. Ihre **Operationen** führten sie in der Vergangenheit entgegen den begründeten Erwartungen und Absprachen allerdings nicht im Operationszentrum der Kl. durch, sondern **im Krankenhaus** der Bekl. Für die bei den Operationen der Dres. P, S und B benötigten anästhesiologischen **Leistungen** ist das Krankenhaus aufgekommen, das diese Leistungen nach § 115b SGB V gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet hat. Gegen diese Bereitstellung der Anästhesieleistungen wandten sich die Kl. Im Rahmen eines einstweiligen Rechtsschutzverfahrens vor dem SG Dortmund (S 9 KA 23/06 ER) erklärte die Bekl., keine anästhesiologischen Leistungen mehr selbst oder durch Ärzte des Krankenhauses außerhalb einer bestehenden Zulassung oder Ermächtigung zu erbringen oder erbringen zu lassen und diese gemäß § 115b SGB V gegenüber den Krankenkassen abzurechnen, soweit es sich nicht um Anästhesieleistungen für im Krankenhaus tätige angestellte Ärzte oder Belegärzte im Rahmen einer durch Feststellungsbescheid zugelassenen Hauptfachabteilung oder Belegabteilung der Beklagten handele. Die **Kl. tragen jetzt vor**, dass das rechtswidrige Verhalten der Bekl., anästhesiologische Leistungen gegenüber den Nichtbelegärzten Dres. P, S und B zu erbringen, ihnen erhebliche **wirtschaftliche Nachteile eingebracht** habe, die zu ersetzen seien. Sie beantragen, die Bekl. im Wege der **Stufenklage** zu verurteilen, 1. in der ersten Stufe Auskunft über die von ihr für die Gefäßchirurgen Dres. P, S und B durchgeführten Anästhesieleistungen zu erteilen, die im Zusammenhang mit den von diesen Gefäßchirurgen gegenüber der KV abgerechneten Leistungen stehen, und zwar unter Angabe der Gebührennummern nach dem EBM, 2. in der zweiten Stufe an sie den sich auf Grund der erteilten Auskunft zu errechnenden Schaden nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über den Basissatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen. Das **SG** wies die Klage ab.

3. „HÄNGEBESCHLUSS“ BEI UNWAHREN TATSACHENBEHAUPTUNGEN IN INTERNETAUFTRITT

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.07.2010 – L 11 KA 3/10 B ER –

RID 10-03-70a

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§

Auch im Antragsverfahren nach § 86b SGG sind, entsprechend den zu §§ 80, 80a, 123 VwGO entwickelten Grundsätzen, **Zwischenregelungen** dann **statthaft**, wenn der Ast. ohne die Zwischenregelung unzumutbar schweren, anders nicht abwendbaren Nachteilen ausgesetzt wäre. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn auf andere Weise der durch Art. 19 IV GG gebotene effektive Rechtsschutz nicht gewährleistet ist. Eine derartige Zwischenregelung ist dann sachgerecht, wenn jedenfalls auf den ersten Blick eine offensichtliche Aussichtslosigkeit des auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes gerichteten Begehrens nicht feststellbar ist. Sie kann auch noch im Beschwerdeverfahren ergehen.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 07.12.2009 - S 2 KA 171/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** gab dem Ag. auf, es unter Androhung eines in jedem Fall der Wiederholung festzusetzenden Ordnungsgeldes bis zu 250.000 €, ersatzweise Ordnungshaft, oder Ordnungsgeld bis zu sechs Monaten, bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens L 11 KA 3/10 B ER zu unterlassen, die nachfolgend wiedergegebenen Äußerungen zu verbreiten und/oder verbreiten zu lassen, a) „Stattdessen drängen Hausärzte und auch die Allgemeine Ortskrankenkasse hier in Baden-Württemberg uns Kinder- und Jugendärzte in einen Vertrag, der keinerlei kindgerechte Leistungen beinhaltet“ und/oder b) „Der Vergleich mit dem bayerischen PzV zeigt die mangelnde Berücksichtigung der kinder- und jugendmedizinischen Inhalte.“ und/oder c) „Diese (Allgemeinmediziner) können in der Regel keine kindgerechte Praxisausstattung vorweisen. Säuglingswaage, Wärmelampen, altersgerechte Manschetten oder pädiatrische Notfallkoffer - all diese Geräte sind Hausarztpraxen kaum vorhanden.“

X. Streitwert/Anwaltsvergütung/Kosten des Widerspruchverfahrens/Geschäftsgebühr

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

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

1. STREITWERT

A) HÄLFTE DES STREITWERTS BEI VERPFLICHTUNGS-NEUBESCHIEDUNGEN

LSG Hessen, Beschl. v. 30.04.2010 – L 4 KA 13/10 B –

RID 10-03-71

GKG §§ 52 I, 63 II, 68 I 1; RVG § 32 II

Wird kein Antrag auf ein bestimmtes Honorar, sondern auf Neubescheidung mit dem Ziel einer weitergehenden Ausnahmeregelung hinsichtlich einer Individualbudgetierung gestellt, so ist jedenfalls bei **Verpflichtungs-Neubescheidungen** in der Regel lediglich die Hälfte des Streitwerts der „Hauptsache“ festzusetzen (so auch Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit 2009, Abschnitt B 3.1). Dem steht auch nicht die Rechtsprechung des BSG entgegen (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2008 - B 6 KA 57/07 R - BSGE 101, 130 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 19).

SG Marburg, Beschl. v. 12.02.2010 - S 12 KA 820/08 – setzte den Streitwert auf 7.700 € fest, das *LSG* wies die Beschwerde des Pb. d. Kl. zurück.

B) ABRECHNUNG ÜBER PRIVATE ABRECHNUNGSSTELLE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.07.2010 – L 11 KA 20/10 B –

RID 10-03-72

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG §§ 52 I, 53 III Nr. 4

Für die Bemessung des Streitwerts in einem Verfahren, in dem darum gestritten wird, ob die Abrechnung für die zu vergütenden Leistungen, die im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung erbracht worden sind, über eine private Abrechnungsstelle vorgenommen werden durften, ist der von den jeweiligen Ast. **in einem Jahr erzielte Umsatz** zugrunde zulegen und dabei in Verfahren des **einstweiligen Rechtsschutzes** wegen der Vorläufigkeit der Regelungen ein **Abschlag von 50 v.H.** vorzunehmen (zuletzt LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 07.06.2010 - L 11 KA 19/10 B - m.w.N.). Es ist nicht auf einen Pauschalabzug für verspätete Abrechnungen abzustellen.

SG Düsseldorf, Urt. v. 04.01.2010 - S 14 KA 44/09 WA – setzte den Streitwert auf 11.682,40 € fest, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

C) HONORARBERICHTIGUNG/KEINE BERÜCKSICHTIGUNG ZIFF. 7.5 KV HESSEN

LSG Hessen, Beschl. v. 14.04.2010 – L 4 KA 90/09 B –

RID 10-03-73

GKG § 68 I 1; RVG § 32 II

In Streitverfahren über vertragsärztliches Honorar (hier: Honorarberichtigung der Ziff. 33042, 33060 und 33061 EBM 2005 wegen fehlender Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung sonografischer Leistungen) bestimmt der **wirtschaftliche Wert der angefochtenen Berichtigungen** den Gegenstandswert (BSG, Beschl. v. 09.11.1996 - 6 RKA 19/95 – juris). Hierbei ist von dem **maßgeblichen Punktwert** auszugehen, mit dem die Leistungen honoriert worden wären (Wenner/Bernard, NZS 2001, S. 61).

Bei dieser Wertberechnung sind **Ausgleichszahlungen nach Ziff. 7.5 HVV Hessen** nicht zu berücksichtigen. Zwar hat diese Regelung zur Folge, dass die nachträgliche Anerkennung eines Vergütungsanspruchs für abgesetzte Leistungen möglicherweise dennoch keine Honorarnachzahlung mehr auslöst, wenn sich herausstellt, dass durch die Ausgleichszahlungen nach Ziffer 7.5 HVV bereits ein Fallwert erreicht worden ist, der auch unter Berücksichtigung der abgesetzten Leistungen nicht höher wäre. Ob diese Leistungen infolge weiterer Rechenschritte im Rahmen einer nachfolgenden Honorar Neuberechnung möglicherweise nicht oder nicht in vollen Umfang honoriert werden, ist von weiteren Verwaltungsentscheidungen der KV abhängig und für den ursprünglichen Streitgegenstand unerheblich. Hinzu kommt, dass die Auswirkungen der Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 HVV wegen der zahlreichen Vorbehalte, unter denen die Zahlung der Auffüllbeträge stehen (vgl. hierzu Senatsurt. v. 17.03.2010 - L 4 KA 25/08 –RID 10-02-05), in ihren wirtschaftlichen Auswirkungen auf den letztendlichen Honoraranspruch kaum vorhersehbar sind. Sie sind daher keine ausreichend verlässliche Grundlage für die Festsetzung des Streitwerts, wenn um die sachlich-rechnerische Berichtigung einzelner Leistungen gestritten wird.

SG Marburg setzte den Streitwert auf 113,60 €, das *LSG* auf Beschwerde des Pb. d. Kl. auf 922,24 € fest.

D) KLAGE GEGEN GENEHMIGUNG VON ZWEIGPRAXIS

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 11.06.2010 – L 5 KA 61/09 B –

RID 10-03-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de

GKG § 52

Leitsatz: Der Streitwert für die Klage eines Arztes gegen die einem Konkurrenten erteilte Genehmigung einer Zweigpraxis beträgt i.d.R., sofern keine Anhaltspunkte für die konkrete Höhe der Umsatzeinbuße vorliegen, 15.000 €.

SG Mainz, Beschl. v. 12.11.2009 - S 11 KA 156/09 – setzte den Streitwert auf 60.000 € fest, das **LSG** auf 15.000 €.

E) SENATSENTSCHEID BEI BESCHWERDE GEGEN STREITWERTFESTSETZUNG/ABHILFE DES SG

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 27.04.2009 – L 5 B 451/08 KA –

RID 10-03-75

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = Breith 2009, 1046 = NZS 2010, 351

SGG § 155; GKG §§ 66 VI 1 HS 1, III 1, 68 I 5

Leitsatz: 1. Über eine Beschwerde gegen eine Streitwertentscheidung des Sozialgerichts entscheidet der gesamte Senat des LSG, nicht der Berichterstatter.

2. § 68 Abs. 1 S. 5 i.V.m. § 66 Abs. 3 S 1 GKG (Abhilfemöglichkeit durch das erstinstanzliche Gericht) ist im Verfahren der Sozialgerichtsbarkeit anwendbar.

SG Mainz, Beschl. v. 18.09.2008 - S 8 KA 27/06 – setzte den Streitwert – Streitgegenstand war die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen des Kl. im Quartal II/05, umstritten war die Rechtmäßigkeit der im HVM der Beklagten normierten Abstufungsregelung - auf 5.000 € fest, das **LSG** auf 17.148 €, da die Differenz zwischen dem erhaltenen und dem Honorar ohne die Abstufung diesen Betrag ergebe.

2. KOSTENTRAGUNGSLAST IM WIDERSPRUCHSVERFAHREN NACH TEILWEISER STATTGABE

LSG Nordrhein-Westfalen, Ur t. v. 24.02.2010 – L 11 KA 9/08 –

RID 10-03-76

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 36/10 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X § 63

Ein Widerspruch hat Erfolg, wenn die Behörde dem Widerspruch teilweise oder in vollem Umfang stattgibt, es sei denn, die abhelfende Entscheidung der Widerspruchsstelle beruht nicht auf dem Widerspruch, sondern auf einem **anderen Umstand**. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Ur t. v. 27.05.2009 – L 3 KA 85/06 – RID 09-04-58 (Revision anhängig: B 6 KA 29/09 R), wonach es allein auf den äußeren Erfolg ankomme, ist nicht zu folgen.

Bei einem **vorläufigen Verwaltungsakt** (hier: Regressfeststellung nach § 37 SGB I i.V.m. § 19 BMV-Ä bzw. 12 I EKV-Ä) wird eine Regelung unter den Vorbehalt der späteren endgültigen Entscheidung gestellt. Ergeht die endgültige Entscheidung, so tritt Erledigung des vorläufigen Bescheides ein; die Bindungswirkung dieses Bescheides entfällt i.S. von § 39 II SGB X (BSG, Ur t. v. 22.03.2006 - B 12 KR 14/05 -).

SG Düsseldorf, Ur t. v. 21.11.2007 – S 2 KA 249/06 – RID 08-01-111 gab der Klage statt u. verurteilte die bekl. KZV, die Gebühren und Auslagen des Vorverfahrens des Bevollmächtigten in Höhe von 50 % zu erstatten; das **LSG** wies die Klage ab.

3. GESCHÄFTSGEBÜHR NACH NR. 2400 BEI SONDERBEDARFSZULASSUNG

LSG Bayern, Ur t. v. 23.09.2009 – L 12 KA 65/08 –

RID 10-03-77

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 13/10 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95; RVG §§ 2 I, II, 3 I 2, II, 14; RVG VV 2400, 2401

Die **Unbilligkeit der Rechtsanwaltskosten** nach erfolgreichem Widerspruch wegen Ablehnung einer **Sonderbedarfszulassung** ergibt sich daraus, dass der Rechtsanwalt nur einen Betrag aus einer 2,0-fachen Geschäftsgebühr nach Nr. 2400 Vergütungsverzeichnis als Anlage 1 zu § 2 Abs. 2 RVG und nicht aus einem 2,5-fachen Satz fordern darf. Bei einem ordentlich betriebenen Mandat um den Erhalt einer Sonderbedarfszulassung handelt es sich um eine Tätigkeit von **erheblicher Schwierigkeit**.

Eine **Abstufung** von Tätigkeiten mit hohem bzw. extrem hohen Schwierigkeitsgehalt ist erstmals geboten. Dies bedeutet, dass nicht alle Tätigkeiten, die aufgrund der Begrenztheit des früheren Gebührenrahmens mit dem höchstmöglichen Satz zu vergüten waren, nach neuem Recht den Höchstsatz rechtfertigen. Der verbleibende **Gebührenrahmen** ist solchen Mandaten offen zu halten, die eine noch größere, extreme Schwierigkeit, einen extremen Umfang und/oder eine ganz überragende Bedeutung aufweisen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Ur t. v. 13.12.2006 – L 5 KA 5567/05 – RID 07-02-84; SG Marburg, Beschl. v. 26.03.2008 – S 12 KA 1429/05 – RID 08-02-119).

Fahrtkosten sind der **Umsatzsteuer** zu unterwerfen (Bundesdienstgericht Frankfurt v. 29.01.1987, MDR 1987, 467).

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

XI. Entscheidungen des BSG

1. HONORAR

A) SCHUTZ DER PRAXEN MIT UNTERDURCHSCHNITTLICHEM UMSATZ

BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 1/09 R – (SozR 4-2500 § 85 Nr. 50)

RID 10-03-78

Leitsatz: Die vom Senat aufgestellten Grundsätze zum Schutz der Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz gelten für Honorarverteilungsregelungen jeder Art. Klar vorhersehbaren Auswirkungen einer Regelung ist auch bei Anfangs- und Erprobungsregelungen Rechnung zu tragen. Sonderregelungen zum Schutz unterdurchschnittlich abrechnender Praxen sind im Honorarverteilungsvertrag zu treffen.

B) GENEHMIGUNGSBEDÜRFTIGE PSYCHOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN EINES WEITERBILDUNGSASSISTENTEN

BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 13/09 R – (SozR 4-2500 § 85 Nr. 51)

RID 10-03-79

Leitsatz: Zeitgebundene und genehmigungsbedürftige psychotherapeutische Leistungen sind auch dann mit dem Mindestpunktwert zu vergüten, wenn sie von einem genehmigten Weiterbildungsassistenten erbracht worden sind.

C) REGELUNGEN ÜBER PRAXISBUDGETS NICHT MIT REGELUNGEN ÜBER REGELLEISTUNGSVOLUMINA VERGLEICHBAR

BSG, Beschl. v. 05.05.2010 – B 6 KA 41/09 B –

RID 10-03-80

BeckRS 2010, 68260

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 26.08.2009 - L 3 KA 50/07 - wird zurückgewiesen.

Der Frage einer **Erweiterung des Praxisbudgets** wegen der Behandlung und Betreuung von Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) kommt keine grundsätzliche Bedeutung zu. Eine Identität bzw. wenigstens ausreichende Ähnlichkeit in Terminologie und Kontext mit den heutigen **Regelungen über die Regelleistungsvolumina (RLVa)**, um eine fortwirkende Bedeutung annehmen zu können, liegt nicht vor. Den Regelungen über die RLVa liegt eine andere Begrifflichkeit zugrunde. Der Begriff besonderer Versorgungsbedarf findet sich nicht wieder, auch nicht die vom BSG gebrauchte Terminologie „Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung“ (BSG SozR 4-2500 § 87 Nr. 12 Rn. 15; SozR 4-2500 § 87 Nr. 17 Rn. 36).

Das BSG hat in allen seinen bisherigen Entscheidungen zum **besonderen Versorgungsbedarf** dem „**Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte** im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis“ erhebliche Bedeutung beigemessen (BSG SozR 4-2500 § 87 Nr. 12 Rn. 15; SozR 4-2500 § 87 Nr. 17 Rn. 36; vgl. im Übrigen a. BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 26/08 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 19 - juris Rn. 15 ff).

D) ANSPRUCH EINES INTERNISTEN UND BELEGARZTES AUF HÖHERES HONORAR

BSG, Beschl. v. 23.06.2010 – B 6 KA 44/09 B –

RID 10-03-81

BeckRS 2010, 71164

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 03.09.2009 – L 5 KA 11/08 - wird zurückgewiesen.

Macht ein anwaltlich vertretener Kläger in einem Rechtsstreit geltend, die ihm gewährte **Vergütung sei nicht angemessen**, so ist davon auszugehen, dass er von sich aus die Voraussetzungen im Blick hat, unter denen die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach der Rechtsprechung des BSG möglicherweise als nicht mehr angemessen anzusehen sein kann. Das BSG hat wiederholt darauf hingewiesen, dass gemäß Art. 12 I 2 GG i.V.m. § 72 II SGB V die zur Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung berufenen normgebenden Institutionen einen Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung unter Berücksichtigung ihrer Finanzierbarkeit herstellen müssen. Eine Verletzung der Vorgaben des Art. 12 I 2 GG i.V.m. § 72 II SGB V (mit der Folge, dass ein Anspruch von Ärzten auf höheres Honorar bzw. auf Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung in Betracht kommen kann) liegt erst vor, wenn dieser Ausgleich nicht mehr verhältnismäßig realisiert ist. Dies setzt voraus, dass in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich **kein ausreichender finanzieller Anreiz** mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (s dazu BSGE

94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2, Rn. 140 mit Bezugnahme auf BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12 Rn. 22; BSGE 75, 187, 189 ff = SozR 3-2500 § 72 Nr. 5 S. 6 ff; BSG SozR 3-5555 § 10 Nr. 1 S. 5 f; BSGE 88, 20, 24 = SozR 3-2500 § 75 Nr. 12 S. 70; BSGE 88, 126, 136 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 29 S. 155). Das BSG hat weiter ausgeführt, dass für den Wegfall entsprechenden Anreizes und die daraus resultierende Folge der Versorgungsgefährdung greifbare Anhaltspunkte vorliegen müssen (BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2, Rn. 140).

E) VERFASSUNGSKONFORME DEGRESSIONSREGELUNG FÜR KIEFERORTHOPÄDEN

BSG, Urt. v. 16.12.2009 – B 6 KA 10/09 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 48

RID 10-03-82

Leitsatz: Die zum 1.1.2004 eingeführte Festlegung unterschiedlicher Grenzwerte im Rahmen der Degressionsregelung für Kieferorthopäden und die übrigen Zahnärzte ist verfassungskonform.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 16.12.2009 – B 6 KA 9/09 R –*

RID 10-03-83

F) BERECHNUNG DER DEGRESSIONSKÜRZUNG

BSG, Urt. v. 16.12.2009 – B 6 KA 39/08 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 49

RID 10-03-84

Leitsatz: 1. Die Punktwerte zur Berechnung der Weitergabe von Vergütungsminderungen an die Krankenkassen im Zuge der gesetzlichen Degressionsregelung können zwischen Kassenzahnärztlicher Vereinigung und Krankenkassen vereinbart werden (Anschluss an BSG vom 21.5.2003 - B 6 KA 25/02 R = SozR 4-2500 § 85 Nr. 2).

2. Der **Degressionsabzug** gegenüber dem Zahnarzt ist im Regelfall insoweit zu vermindern, als ihm seine Leistungen aufgrund von Bemessungsgrenzen in den Honorarverteilungsregelungen rechnerisch nicht voll honoriert werden. Dabei ist von einem grundsätzlich gleichmäßigen Punktwert für alle Leistungen des Zahnarztes auszugehen (Fortführung von BSG vom 21.5.2003 - B 6 KA 25/02 R = SozR 4-2500 § 85 Nr. 2).

3. Im **Honorarverteilungsmaßstab** kann bestimmt werden, dass der Zahnarzt stets die volle Last der von ihm verursachten Degressionsabführung an die Krankenkassen trägt.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 16.12.2009 – B 6 KA 33/08 R –*

RID 10-03-85

BSG, Urt. v. 16.12.2009 – B 6 KA 40/08 R –

RID 10-03-86

2. BERECHTIGUNG ZU SACHLICH-RECHNERISCHER RICHTIGSTELLUNG: FEHLENDE MEDIZINISCHE RECHTFERTIGUNG

*BSG, Beschl. v. 05.05.2010 – B 6 KA 23/09 B –
juris*

RID 10-03-87

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 29.04.2009 - L 5 KA 4385/07 - wird zurückgewiesen.

Die **Berechtigung zu sachlich-rechnerischer Richtigstellung** besteht zunächst dann, wenn die Auslegung des Leistungstatbestandes der Nr. 4468 EBM (Lymphozyten-Transformations-Tests) ergibt, dass die **rutinemäßige Erbringung** von ihm nicht gedeckt ist. Eine Richtigstellungsberechtigung kann aber auch dann in Betracht kommen, wenn aufgrund der Gesamtumstände ersichtlich ist, dass für einige Leistungen die **medizinische Rechtfertigung** fehlt und sich die Schlussfolgerung aufdrängt, dass dem zumindest grob fahrlässiges Verhalten zugrunde liegt (vgl. dazu BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr. 6 Rn. 28 m. w. N.).

3. KEINE GENEHMIGUNG FÜR INTERN. BELEGARZT OHNE SCHWERPUNKT (GASTROENTEROLOGIE/PNEUMOLOGIE)

BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 3/09 R – SozR 4-2500 § 121 Nr. 4

RID 10-03-88

Leitsatz: Die Regelungen des Vertragsarztrechts gelten grundsätzlich auch für die **belegärztliche Tätigkeit**. Dies gilt auch für Regelungen des EBM-Ä über die Zuordnung von spezialisierten fachärztlichen Leistungen zu einzelnen Arztgruppen und den damit verbundenen Ausschluss der Abrechenbarkeit der Leistungen für andere Arztgruppen.

4. NICHTBERÜCKSICHTIGUNG DER GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE ALS BEHANDLUNGSVERFAHREN (GBA)

BSG, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 11/09 R – SozR 4-2500 § 92 Nr. 8

RID 10-03-89

Leitsatz: 1. Der Beschluss des GBA vom 24.04.2008, mit dem die Eignung der Gesprächspsychotherapie als psychotherapeutisches Behandlungsverfahren im Sinne des § 92 Abs. 6a SGB V für die vertragsärztliche Versorgung verneint wird, verletzt keine Rechte der Psychotherapeuten.

2. Dieser Beschluss präjudiziert nicht die Frage, ob Versicherte in besonders gelagerten Fällen eine Versorgung mit dieser Therapiemethode beanspruchen können.

5. NOTDIENST: KEINE NOTDIENSTUMLAGE VON PRIVATÄRZTEN

BSG, Beschl. v. 23.06.2010 – B 6 KA 50/09 B –

RID 10-03-90

BeckRS 2010, 71165

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 09.09.2009 – L 11 (10) KA 62/07 – RID 10-01-40 wird zurückgewiesen.

Zwar erscheint die **Auslegung des LSG**, dass § 12 S. 3 Gemeinsame Notfalldienstordnung KV Nordrhein mit seiner Vorgabe, dass Defizite von den zum Notfalldienst verpflichteten Ärzten getragen werden, keine Ermächtigung dafür hergebe, im Wege einer Kostenpauschale die Defizite von den Ärzten tragen zu lassen, als nicht zwingend. Denn dadurch läuft insoweit der von der Bekl. zutreffend hervor gehobene Grundsatz leer, dass gemäß der ständigen Rechtsprechung des BSG die Organisation eines Notfalldienstes einen **Vorteil für alle diejenigen Ärzte** darstellt, die dadurch von der Notwendigkeit entlastet werden, für die eigenen Patienten regelmäßig persönlich notdienstbereit zu sein, und die deshalb an sich an den dafür anfallenden **Kosten zu beteiligen** sind. Eine Rechtsverletzung in dem Sinne, dass die Auslegung des LSG mit höherrangigem Recht nicht vereinbar sei, liegt aber nicht vor: Das Ergebnis des LSG wird von dem allgemeinen Grundsatz getragen, dass gemäß dem rechtsstaatlichen Grundsatz vom „**Vorbehalt des Gesetzes**“ für hoheitliche Eingriffe, insbesondere für die Auferlegung von Geldleistungspflichten, eine ausreichend klare normative Ermächtigungsgrundlage erforderlich ist, die vorliegend - nach der Auslegung des LSG - nicht gegeben sei.

6. REGRESSBESCHEIDE GEGEN GEMEINSCHAFTSPRAXIS/FRIST FÜR PRÜFANTRÄGE/REZEPTURARZNEIMITTEL

BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 37/08 R – SozR 4-2500 § 106 Nr. 26

RID 10-03-91

Leitsatz: 1. **Regressbescheide**, die gegen eine **Gemeinschaftspraxis** (Berufsausübungsgemeinschaft) gerichtet sind, kann auch ein Mitglied dieser Praxis **anfechten**.

2. Die Einhaltung einer in der **Prüfvereinbarung** normierten **Frist für Prüfanträge** der Krankenkassen ist nicht Voraussetzung der Rechtmäßigkeit eines Arztekostenregresses, der nur innerhalb einer Ausschlussfrist von vier Jahren festgesetzt werden darf.

3. Die Verordnung von **Rezepturarzneimitteln** im Rahmen einer Behandlungsmethode, für die keine positive Empfehlung im Sinne des § 135 Abs. 1 SGB V vorliegt, darf nur erfolgen, wenn ihre Wirksamkeit auf sonstige Weise ausreichend belegt ist oder - im Falle sog. unerforschter Krankheiten - sich ihre Anwendung in der medizinischen Praxis oder Fachwissenschaft durchgesetzt hat.

4. Ein Verordnungsregress setzt grundsätzlich weder ein **Verschulden** des Arztes noch eine **Ermessensausübung** der Prüfungsgremien voraus. Eine Gegenrechnung der hypothetischen Kosten einer anderen zulässigen Therapie findet nicht statt.

7. GBA: SPRUCHKÖRPER FÜR VERTRAGSARZTRECHT/ANFECHTUNGSRECHT KBV/§ 116B SGB V

BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 31/09 R – SozR 4-2500 § 116b Nr. 2

RID 10-03-92

Leitsatz: 1. Für Streitverfahren von Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) gegen diesen sind die sozialgerichtlichen **Spruchkörper für das Vertragsarztrecht zuständig** (Fortführung von BSG vom 6.5.2009 - B 6 A 1/08 R = BSGE 103, 106 = SozR 4-2500 § 94 Nr. 2 und Abgrenzung zu BSG vom 12.8.2009 - B 3 KR 10/07 R = BSGE 104, 95 = SozR 4-2500 § 139 Nr. 4).

2. Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** kann die **Wirksamkeit von Richtlinien des GBA** nur dann gerichtlich überprüfen lassen, wenn sie einen Verstoß des GBA gegen die ihr als Trägerorganisation des GBA oder als Trägerin des Sicherstellungsauftrags für die vertragsärztliche Versorgung gesetzlich zugewiesenen **Kompetenzen** geltend machen kann.

3. Die Regelungen über den **Überweisungsvorbehalt** in der Richtlinie des GBA zur Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen nach **§ 116b SGB V** beruhen nicht auf einer offensichtlichen Kompetenzverletzung im Sinne eines „ausbrechenden Rechtsakts“.

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) REGIONALE CHEMOTHERAPIE BEI BRUSTKREBS

LSG Bayern, Urt. v. 14.01.2010 – L 4 KR 115/08 –

RID 10-03-93

rechtskräftig www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 135

Bei der regionalen Chemotherapie handelt es sich um eine bisher wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethode und damit um keine zugelassene Behandlungsmethode im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, sondern um eine außervertragliche Leistung. Für die Behandlung des Brustkrebses stehen anerkannte Behandlungsmethoden zur Verfügung.

SG München, Urt. v. 27.02.2008 – S 3 KR 679/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) CYBER-KNIFE-BEHANDLUNG

LSG Bayern, Urt. v. 28.01.2010 – L 4 KR 18/08 –

RID 10-03-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I 2, 13 I u. III

Leitsatz: Zur fehlenden Erstattungsmöglichkeit einer Cyber-Knife-Behandlung eines Lungen-Ca.

SG Regensburg, Gerichtsbb. v. 10.12.2007 – L 4 KR 18/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. bereits **LSG Bayern**, Urt. v. 28.05.2009 – L 4 KR 297/07 – RID 09-04-79; Zur **Gamma-Knife-Behandlung** s. **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 10.12.2009 – L 5 KR 84/09 – RID 10-01-124; **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 27.08.2009 – L 9 KR 241/06 – RID 09-04-78; **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 15.09.2004 – S 20 KR 84/02 - RID 04-04-81; **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 31.03.2004 – S 20/25 KR 3709/01 – RID 04-02-139; **LSG Hessen**, Urt. v. 22.01.2004 - L 14 KR 735/01 - RID 04-02-138; **LSG Berlin**, Urt. v. 15.10.2003 - L 15 KR 23/02 - RID 04-02-137; **LSG Bayern**, Urt. v. 11.09.2003 – L 4 KR 93/02 - RID 04-01-93; **LSG Bayern**, Urt. v. 11.09.2003 – L 4 KR 15/03 - RID 04-01-94; **SG Duisburg**, Urt. v. 05.02.2002 - S 7 (27) RK 89/99 - RID 03-03-90 und RID-02-03-B I 1 m.w.N.

C) INTERSTITIELLE BRACHYTHERAPIE MIT PERMANENT SEEDS

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.02.2010 – L 9 KR 262/06 –

RID 10-03-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
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 ist eine „neue“ Behandlungsmethode, für die es im Jahr 2004 an der erforderlichen positiven Empfehlung des Bundesausschusses fehlte. Ein Systemversagen lag nicht vor.

SG Frankfurt (Oder), Urt. v. 28.04.2006 – S 4 KR 120/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren: **SG Berlin**, Urt. v. 20.10.2005 – S 73 KR 15/04 -

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 18.05.2010 – L 9 KR 1228/05 –

RID 10-03-96

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 78/10 B

Vgl. zuletzt **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 20.01.2010 – L 11 KR 80/07 – RID 10-02-104 u. RID 09-03-B.I.1.c (S. 39); **BSG**, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 12/05 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 8 – u. v. 27.03.2007 - B 1 KR 25/06 R - SozR 4-2500 § 116b Nr. 1.

D) WANGENAUFFÜLL-BEHANDLUNG MIT „NEW-FILL/SCULPTRA“

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.02.2010 – L 9 KR 10/08 –

RID 10-03-97

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 28 I, 31 I 3, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1; GG Art. 2 II 1

Die Beibringung von Sculptra stellt einen komplexen ärztlich durchgeführten Vorgang dar, der zunächst die Zubereitung der Substanz umfasst; das pulverförmige Lyophilisat wird mit Wasser in

eine gelartige Form gebracht und anschließend langsam in die untere Dermis an der Grenze zur Subkutis gespritzt. Es handelt sich mithin um eine in den Körper eingreifende **ärztliche Therapie**, welche eine Kombination aus Untersuchung, Einbringen des Materials in den Körper mittels Injektionen unter Beachtung hygienischer Medizinstandards und Nachsorge umfasst. Es handelt sich um keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, auch wenn sie der Behandlung einer Krankheit (hier: Lipatrophie bei AIDS-Erkrankung) dient.

Der 1959 geb. Kl. leidet unter einem fortgeschrittenen Immundefekt bei HIV-Infektion (AIDS) im Stadium CDC C3, der seit Jahren mit antiretroviralen Medikamenten behandelt wird. Hierdurch hat sich ein schweres und progredientes Wasting- und Lipodystrophie-Syndrom entwickelt, das zu einer ausgeprägten Lipatrophie mit einem massiven Abbau des peripheren Fettgewebes an den Armen, den Beinen und vor allem im Gesicht geführt hat. Nach einem Attest hat der Verlust des facialis Fettgewebes bei ihm außerordentliche Ausmaße angenommen. Dies habe neben der abstoßend wirkenden Entstellung zu rezidivierenden Konjunktividen und Parodontiden sowie Dermatosen geführt. Er leide unter erheblichen Schmerzen beim Kauen und Schlucken, es bestehe ein ständiges Spannungsgefühl im Gesichtsbereich. **SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 21.12.2005 – S 72 KR 1300/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Wie hier als **neue Behandlungsmethode** s. **LSG Bayern**, Urt. v. 23.10.2007 – L 5 KR 54/07 – RID 08-02-144 (**BSG**, Beschl. v. 14.08.2008 – B 3 KR 3/08 B - BeckRS 2008, 56776 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig); **SG Aachen**, Urt. v. 29.11.2004 – S 6 KR 118/03 – RID 05-02-74 (Klagestattgabe); **andere LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 17.07.2008 – L 24 KR 149/07 – RID 08-04-105, wonach wesentlicher Bestandteil der Therapie, eine Injektion von Poly-Milchsäure, das Medizinprodukt ist, das in seiner Bedeutung somit nicht hinter dem Tätigwerden des Arztes zurücktritt; dies schließt es aus, die begehrte Therapie einheitlich als ärztliche Leistung einzuordnen; ein Versorgungsanspruch ist somit nach § 31 I SGB V zu beurteilen (**BSG**, Beschl. v. 09.01.2009 – B 1 KR 68/08 B - BeckRS 2009, 53031 lehnte die Bewilligung von PKH für die Nichtzulassungsbeschwerde ab); nach **SG Aachen**, Urt. v. 29.05.2007 – S 13 KR 56/06 – RID 07-03-115 handelt es sich nicht um ein Arzneimittel, sondern um ein Medizinprodukt, das nicht apothekenpflichtig ist, weshalb es als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist.

E) IMMUNBALANCETHERAPIE NACH DR. H. (HIER: BEHANDLUNG EINES CHRONIQUE FATIGUE SYNDROMS)

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.04.2010 – L 11 KR 2307/07 –

RID 10-03-98

juris =www.sozialgerichtsbarkeit.de

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 81/10 B

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

Leitsatz: Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, die Kosten für eine Immunbalancetherapie nach Dr. H. (hier: Behandlung eines Chronique Fatigue Syndroms) zu erstatten.

SG Heilbronn, Urt. v. 22.03.2007 - S 8 KR 728/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

F) LDL-APHERESE-BEHANDLUNGEN

SG Köln, Beschl. v. 22.06.2010 – S 26 KR 373/09 ER –

RID 10-03-99

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § SGG § 86b II

Leidet ein Versicherter unter einer lebensbedrohlichen bzw. regelmäßig tödlich verlaufenden und die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung in Form der koronaren Herzkrankheit sowie der diagnostizierten Nephritis, wobei letztere nur noch durch eine Organtransplantation verbessert werden kann, so ist er als **Hochrisikopatient** einzustufen. Das Bestehen eines Anspruchs auf **LDL-Apherese-Behandlungen** ist deshalb sehr wahrscheinlich.

Der 1977 geb. Ast. leidet an einer kombinierten schweren Fettstoffwechselstörung mit deutlicher Hypercholesterinämie und Hypolipoproteinämie (a). Bei ihm liegt ferner eine schwere koronare Dreifäßerkrankung vor, welche im September 2008 in einen Herzinfarkt mündete. Er leidet zusätzlich an einer chronischen Niereninsuffizienz bei histologisch gesicherter IgA-Nephritis, einer arteriellen Hypertonie, einer Adipositas und einem sekundären Hyperparathyreoidismus. Die infolge des Herzinfarktes im September 2008 durchgeführte Koronarangiographie zeigte eine koronare Dreifäßerkrankung mit Wandunregelmäßigkeiten in allen Gefäßabschnitten. Beim AS wurde eine RPLS - PTCA und Stentimplantation notwendig. Die zwischenzeitlich erfolgte medikamentöse Behandlung führte zwar zu einer Senkung des Gesamtcholesterins und des LDL-Cholesterins in den Zielbereich der Patienten mit manifester koronarer Herzerkrankung; das krankhaft erhöhte Lipoprotein (a) konnte jedoch durch die konservative medikamentöse Therapie nicht auf das anzustrebende Maß von 30 mg/dl gesenkt werden, sondern war zeitweise um mehr als das 4-fache des bei seinem Risikoprofil anzustrebenden Referenzwertes erhöht. Im August 2009 **beantragte** sein Internist/Nephrologe bei der Beratungskommission der beigeladenen KV Nordrhein die **Durchführung einer LDL-Apherese-Therapie**. Der Antrag blieb ohne Erfolg, weil die LDL-Zielwerte nach Auffassung der Kommission durch die konservative Behandlung erreicht seien; eine Progression der Gefäßerkrankung sei nach Aktenlage nicht dokumentiert. Daraufhin lehnte die Ag. die Kostenübernahme für die einmal wöchentlich notwendigen, ca. 1.000 € teuren Apherese-Behandlungen ab. Das **SG** verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. vorläufig für ein Jahr LDL-Apherese-Behandlungen nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen als Sachleistung zu gewähren.

G) LIPOSUKTION

SG Aachen, Urt. v. 13.07.2010 – S 13 KR 62/10 –

RID 10-03-100

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 1, 91 I 2 Nr. 5, 135 I, 137c

Als nicht vom GBA empfohlene neue Methode ist die **ambulante Fettabsaugung** bei Lipödemen kein Leistungsgegenstand der GKV. Auf eine Liposuktion in Form einer **Krankenhausbehandlung** besteht kein Anspruch, da die Liposuktion ambulant möglich ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. KEINE ABSOLUTE GRENZE DES PSYCHOTHERAPIEUMFANGS

LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 18.08.2010 – L 5 KR 95/10 B ER –

RID 10-03-101

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 92 Via; PsychThRL § 23b; SGG § 86b II

Gegen eine **absolute Grenze des Psychotherapieumfangs** spricht der Wortlaut des § 23b PsychThRL. Eine absolute quantitative Beschränkung einer Behandlung ist der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich fremd und § 27 SGB V gibt dem Versicherten Anspruch auf Krankenbehandlung uneingeschränkt, wenn sie notwendig ist. Bedenken an der Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehen dann, wenn eine solche absolute Grenze durch ihn gezogen wird. Hierzu könnte allein der originäre Gesetzgeber aufgerufen sein.

Auch der Anspruch eines Versicherten auf Fortsetzung einer tiefenpsychologischen Behandlung kann eine besondere Eilbedürftigkeit bewirken und in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes eine anschließende Prüfung notwendig machen, bzw. bei deren Unmöglichkeit eine Entscheidung nach Folgenabwägung.

SG Lübeck, Beschl. v. 17.05.2010 – S 1 KR 295/10 ER – verpflichtete die Ag., die Kosten für die Fortsetzung der Behandlung durch den Dipl.-Psych. B vorläufig und bis zur Entscheidung in der Hauptsache zu übernehmen, das **LSG** verpflichtete die Ag., die Kosten für die Fortsetzung der tiefenpsychologischen Psychotherapie der Ast. bei dem Dipl.-Psych. B vorläufig für weitere 25 Sitzungen zu übernehmen und wies die weitergehende Beschwerde der Ag. zurück.

3. KOSTEN EINER AMBULANT DURCHFÜHRTEN STERILISATION

SG Stuttgart, Urt. v. 24.06.2010 – S 16 KR 3236/08 –

RID 10-03-102

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 24a, 24b I 1, 27 I

Maßnahmen zum Abbruch oder zur **Verhütung einer Schwangerschaft** können ausnahmsweise dann der Krankenbehandlung zuzurechnen sein, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um von der Versicherten die Gefahr einer schwerwiegenden Schädigung ihres körperlichen oder geistig-seelischen Gesundheitszustandes abzuwenden (vgl. BSG, Urt. v. 13.12.1975 - 3 RK 68/73 -). Diese Voraussetzungen liegen vor, wenn eine Versicherte u.a. unter arterieller Hypertonie, leichter Mitralklappeninsuffizienz, Diabetes mellitus, Adipositas, Dislokation einer Spirale und einem Zustand nach insulinpflichtigem Gestationsdiabetes leidet und diese Erkrankungen bei einer erneuten Schwangerschaft zu einer **Risikoschwangerschaft** führen würde, die Gefahren für das Leben der Versicherten mit sich brächte.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 435 € zu zahlen.

4. ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

A) KEINE IMPLANTATVERSORGUNG BEI FEHLEN VON ACHT ZÄHNEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22.07.2010 – L 11 KR 14/10 –

RID 10-03-103

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 1, 28 II 8 u. 9, 92 I

Eine **generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen** besteht nicht bereits dann, wenn „lediglich“ acht Zähne, mithin die Hälfte der typischerweise bei einem Menschen in einem Kiefer angelegten Zähne fehlen (vgl. BSG, Urt. v. 13.07.2004 - B 1 KR 37/02 R -).

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 26.11.2009 – S 17 KR 97/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) PROFESSIONELLE REINIGUNG DER IMPLANTATE

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 27.05.2010 – L 5 KR 39/09 –

RID 10-03-104

Revision anhängig: B 1 KR 17/10 R

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 28, 92

Leitsatz: Sind die Voraussetzungen einer Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Zahnimplantaten (§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V i.V.m. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung) erfüllt, hat der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten auch eine professionelle Reinigung der Implantate zu gewähren, wenn diese medizinisch notwendig ist.

Der 1953 geb. Kl. bewilligte die Bekl. nach einem Verkehrsunfall mit schwersten Verletzungen im Jahr 2003 die Versorgung mit je vier Implantaten im Ober- und Unterkiefer, an die ein entsprechender Zahnersatz befestigt wurde. Im März 2004 beantragte die Klägerin die Übernahme der Kosten einer professionellen Reinigung der Implantate. Die Bekl. lehnte diesen Antrag unter Berücksichtigung eines zahnärztl. Gutachtens ab, wonach ein implantatgetragener Zahnersatz so gestaltet sein müsse, dass er vom Patienten ausreichend gereinigt und gepflegt werden könne. Die Unmöglichkeit einer Reinigung durch den Patienten könne an der Ausgestaltung des Zahnersatzes oder an der mangelnden Pflegebereitschaft des Patienten liegen; in beiden Fällen bestehe keine Leistungspflicht der Krankenkasse. Im November 2005 wiederholte die Kl. ihren Antrag u. fügte einen Kostentwurf über 503,06 € bei. D. Bekl. lehnte erneut ab. *SG Koblenz*, Urt. v. 27.11.2008 – S 8 KR 356/06 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

C) NUR FESTZUSCHUSS AUCH BEI UNVERTRÄGLICHKEIT VON MATERIALIEN

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 29.01.2009 – L 10 KR 57/06 –

RID 10-03-105

juris

SGB V §§ 1, 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 2 u. 2°, 28 II, 55 I 1, II 1 u. V, 56 I u. II; GG Art. 2 II 1, 3 I, 20 I; SGG § 75 II Alt. 2 u. V

Leitsatz: 1. Eine **Unverträglichkeit von Materialien** begründet selbst dann keine über den einfachen bzw. doppelten Festzuschuss für Zahnersatz hinausgehende Leistungspflicht der Krankenkasse, wenn sie bereits zu Krankheitserscheinungen an anderen Organen geführt hat (vgl. BSG v. 08.03.1995 - 1 RK 7/ 94 - SozR 3-2500 § 30 Nr. 5 = BSGE 76, 40 st. Rspr.). Dies gilt auch auf Grundlage der am 01.02.2005 in Kraft getretenen Neufassung §§ 55, 56 SGB V.

2. Soweit die **Richtlinie des GBA** über eine vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in der ab dem 01.01.2005 geltenden Fassung in Abschnitt C Ziff. 14 Sollvorschriften über die vertragszahnärztliche Versorgung bei nachgewiesener **Werkstoffallergie** enthält, folgt daraus kein Anspruch des Versicherten auf einen höheren Zuschuss als nach der gesetzlichen Regelung.

3. Zur Frage eines Anspruchs auf volle Kostenerstattung aus dem Gesichtspunkt der **Aufopferung**.

4. Zur Frage der **Beiladung** des Trägers der Sozialhilfe bzw. der Grundsicherung, wenn über den doppelten Festzuschuss für Zahnersatz hinausgehende Leistungen im Streit stehen.

SG Dessau, Gerichtsbb. v. 14.08.2006 – S 4 KR 7/06 - wies die auf einen weiteren Kostenzuschuss für die durchgeführte metallfreie Zahnversorgung des Unterkiefers in Höhe von 1.885,23 € gerichtete Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

D) FUNKTIONSANALYTISCHE MAßNAHMEN

SG Aachen, Urt. v. 13.07.2010 – S 13 KR 105/10 –

RID 10-03-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 II 1, 13 III 1, 28 II 8

§ 28 II 8 SGB V enthält einen **Leistungsausschluss** der zahnärztlichen Behandlung für **funktionsanalytische Maßnahmen**. Dies bedeutet, dass solche Maßnahmen der Krankenbehandlung nicht zu den von der Krankenkasse zu gewährenden zahnärztlichen Leistungen gehören und auch nicht bezuschusst werden dürfen. Damit ist auch eine nur teilweise Kostenübernahme von vornherein ausgeschlossen (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.08.2005 – L 5 KR 72/04 – RID 05-04-81; v. 22.11.2006 – L 11 KR 29/05 – RID 07-01-130; LSG Bayern, Urt. v. 15.11.2007 – L 4 KR 287/05 – RID 08-02-151).

Das *SG* wies die Klage ab.

E) KIEFERORTHOPÄDISCHE LEISTUNGEN BEI ERWACHSENEN

SG Würzburg, Urt. v. 06.07.2010 – S 4 KR 217/09 –

RID 10-03-107

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 1, 2 Nr. 2, 28, 29

Nach § 28 II 6 SGB V gehört zur zahnärztlichen Behandlung nicht die **kieferorthopädische Behandlung** von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das **18. Lebensjahr bereits vollendet** haben. Dies ist eine generelle Ausschlussregelung für einen bestimmten Personenkreis. Die **Ausnahmeregelung** des § 28 II 7 SGB V umfasst nicht eine ausschließlich kieferorthopädische Maßnahme.

Das *SG* wies die Klage ab.

II. Kostenerstattungsanspruch

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

EINHALTUNG DES BESCHAFFUNGSWEGS: FESTLEGUNG AUF BESTIMMTE LEISTUNGSFORM

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.03.2010 – L 16 (11) KR 42/08 –

RID 10-03-108

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 III 1

Ein **Kostenerstattungsanspruch** setzt u.a. voraus, dass dem Versicherten durch eine nicht rechtzeitige Leistungsgewährung oder eine zu Unrecht erfolgte Leistungsablehnung seitens der Krankenkasse Kosten entstanden sind. Erforderlich ist somit ein **Kausalzusammenhang** zwischen der rechtswidrigen Ablehnung durch die Krankenkasse und der Kostenlast des Versicherten (st. Rspr. des BSG, s. Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 3/04 R m.w.N.). Der Versicherte ist deshalb grundsätzlich verpflichtet, sich vor der Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem entsprechenden Antragsbegehren an seine Krankenkasse zu wenden und deren Entscheidung darüber abzuwarten.

Eine Kostenerstattung ist bereits dann ausgeschlossen, wenn die Entscheidung der Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr beeinflussen konnte. Dies ist dann der Fall, wenn sich der Versicherte unabhängig vom Verhalten der Krankenkasse **endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt** hat und deswegen eine Entscheidung der Kasse - gleichgültig, welchen Inhalt sie hat und ob sie vor oder nach Beginn der Behandlung erfolgte - sich nicht als kausal für die dem Versicherten entstandenen Kosten erweisen kann.

SG Dortmund, Urt. v. 05.08.2008 - S 44 KR 465/04 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren: SG Dortmund, Urt. v. 05.08.2008 - S 44 KR 294/05 -

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.03.2010 – L 16 (11) KR 43/08 –

RID 10-03-109

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 10-02-B III (S. 44); 09-04-B III (S. 43 f.); 09-03-B III; 08-03 B III (S. 44); 07-04-B III (S. 41 f.); RID 07-01-B III 1 (S. 50 f.); 06-04-B III 1 (S. 55).

1. BRUSTVERKLEINERUNGSOPERATION (MAMMA-REDUKTIONSPLASTIK)

SG Aachen, Urt. v. 03.08.2010 – S 13 KR 139/10 –

RID 10-03-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III 1, 27 I 1

Es begegnet bereits erheblichen Zweifeln, ob eine **Kausalität** zwischen **Rückenbeschwerden** und **Größe der weiblichen Brust** besteht und ob Brustverkleinerungsoperationen überhaupt geeignet sind, zu einer Besserung von Wirbelsäulenbeschwerden beizutragen, weil es keine wissenschaftlichen Erkenntnisse für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen orthopädischen Gesundheitsstörungen und der Brustgröße gibt (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.04.2006 – L 11 KR 24/05 – RID 06-03-114 unter Bezugnahme auf LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.10.2002 - L 4 KR 4692/01 - RID 03-03-84 und LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.06.2003 - L 5 KR 93/02 -). Entscheidend ist, dass vor Durchführung einer Brustverkleinerungsoperation sämtliche **Behandlungsalternativen** durchzuführen sind; die chirurgische Behandlung im Bereich der Brust darf stets nur die „ultima ratio“ sein (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.04.2004 - L 11 KR 1886/03 - RID 04-04-96).

Das **SG** wies die Klage ab.

2. BRUSTASYMMETRIE/FETTSCHÜRZE

SG Aachen, Urt. v. 03.08.2010 – S 13 KR 162/09 –

RID 10-03-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 27 I 1

Eine **Brustasymmetrie** von geringem Ausmaß bewegt sich noch im Rahmen des Normalen und stellt keine Missbildung bzw. Entstellung dar, die operativ behandelt werden müsste.

Infolge der Reduzierung des Körpergewichts von 130 bis 140 kg auf 90 bis 100 kg entstandene Hautlappenüberschüsse im Bauchbereich im Sinne einer sog. **Fettschürze** können schon deshalb nicht als behandlungsbedürftige Krankheit bewertet werden, weil damit keine körperliche Fehlfunktion verbunden ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

IV. Krankenbehandlung im Ausland

Nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 – B 1 KR 14/09 – (SozR 4-2500 § 13 Nr. 24) 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

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

1. OFF-LABEL-USE

A) GERINNINGSTHERAPIE MIT NOVOSEVEN BEI GARDNER-DIAMOND-SYNDROM

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.04.2010 – L 1 KR 68/08 –

RID 10-03-112

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 31, 34

Leitsatz: Es besteht Anspruch auf Versorgung mit dem **Arzneimittel NovoSeven im Seltenheitsfall** (hier Gardner-Diamond-Syndrom) in zulassungsüberschreitender Anwendung (Off-Label-Use) für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ist wegen der Seltenheit der Krankheit und der Symptome ein Behandlungserfolg durch andere Ärzte nicht wiederholbar, kann Leistungspflicht auch für einen bloßen **Therapieversuch** bestehen, wenn eine schwerwiegende, latent lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt, für die Behandlungsalternativen nicht bekannt sind, wenn der Therapieansatz wissenschaftlich begründet ist und die Risiken der Nichtbehandlung die einer Behandlung überwiegen.

Für die 1987 geb. Kl. beantragte im Juni 2006 Dr. N als behandelnde Ärztin bei der Bekl. die Genehmigung einer Gerinnungstherapie mit NovoSeven im Off-Label-Use. Die Kl. leide am Gardner-Diamond-Syndrom, der sog. autoerythrozytären Purpura. Diese Erkrankung ist gekennzeichnet durch das schubweise Auftreten von großen, extrem schmerzhaften Einblutungen in die Haut und Schleimhäute sowie in innere Organe. Für dieses Krankheitsbild würden wegen der Seltenheit des Auftretens keine klinischen Behandlungsoptionen existieren. Weltweit seien in der Literatur 120 Fälle beschrieben, ihr Zentrum habe zwei dieser Patienten in Behandlung. Alle bisher durchgeführten Therapien hätten ein Fortschreiten der Erkrankung nicht aufhalten können. Die Kl. habe mittlerweile Schübe mit handtellergroßen, extrem schmerzhaften Einblutungen an den Extremitäten, im Gesicht, am Körper, mit Erbrechen und Kopfschmerzen, im Intervall von 15 Tagen mit einer Dauer von 10 Tagen. Sie werde schmerztherapeutisch u.a. mit Morphium versorgt. Als einzig effektive Therapiestrategie habe sich im stationären Bereich die Behandlung mit NovoSeven, einem rekombinanten Faktor VII-Präparat, welches bei anderen Thrombozytenfunktionsstörungen effektiv und zugelassen sei, erwiesen. Nach Diskussion mit Kollegen schein eine Prophylaxe mit NovoSeven zunächst im Schub täglich, dann zwei bis dreimal in der Woche die momentan einzige therapeutische Option zu sein, das Leben der Kl. wieder erträglich und schmerzfrei zu gestalten. **SG Frankfurt (Oder)**, Urt. v. 07.12.2007 - S 4 KR 199/06 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, die Kl. für 12 Monate mit dem Arzneimittel NovoSeven für die Durchführung der Gerinnungstherapie zu versorgen, soweit die behandelnde Ärztin diese Behandlung verordnet; es stellte weiterhin fest, dass die aufgrund LSG Berlin-Brandenburg, B. v. 19.11.2007 – L 24 B 588/07 KR ER – RID 08-01-145 durch die Beklagte erbrachten Leistungen von dieser endgültig zu erbringen waren.

B) IMMUNGLOBULINE (OCTAGAM) BEI MULTIPLER SKLEROSE

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.02.2010 – L 9 KR 2/08 –

RID 10-03-113

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I 1, 12 I, 27 I 2 Nr. 1 u. 3, 31 I 1, 92 I 1 u. 2 Nr. 6

Das zu den Immunglobulinen zählende, intravenös zu verabreichenden Arzneimittel Octagam 10 g kann auch nicht im Rahmen eines Off-Label-Use für die Behandlung der (schubförmig verlaufenden) multiplen Sklerose zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

SG Berlin, Urt. v. 13.12.2004 - 84 KR 1415/02 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

C) BEHANDLUNG DER ALTERSABHÄNGIGEN MACULA-DEGENERATION (AMD) MIT LUCENTIS®

AA) KEIN OFF-LABEL-USE BEI AUSEINZELUNG

LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 15.04.2010 – L 10 KR 5/10 B ER –

RID 10-03-114

^{juris}
SGB V §§ 2 I u. II, 12, 13 III, 27 I, 31 I, 76 II, 87 II, 95 I, 135; SGG §§ 86b II, 198, 201; AMG §§ 4, 11° I, 22 I, 29 IIa, 84
Leitsatz: 1. Eine von der Krankenkasse abgelehnte Krankenbehandlung kann vom Versicherten im Wege des **einstweiligen Rechtsschutzes** durch eine vorläufig vollstreckbare Verpflichtung der Krankenkasse zur - gegenüber dem Leistungserbringer zu erklärenden - Zusage der Kostenübernahme durchgesetzt werden.

2. Die intravitreale (in den Glaskörper des Auges gesetzte) Injektion stellt für sich genommen **keine neue Behandlungsmethode** i.S.v. § 135 Abs. 1 SGB V dar, wenn das injizierte und zulässige eingesetzte Arzneimittel im Auge ohne weiteres Zutun des Arztes wirkt.

3. Eine Krankenbehandlung (hier: intravitreale Injektion), die **gebührenrechtlich** im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) nicht erfasst ist, kann grundsätzlich nicht als vertragsärztliche Leistung erbracht werden. Ob dies auch dann gilt, wenn ihre gebührenrechtliche Erfassung pflichtwidrig unterbleibt, bleibt unentschieden.

4. Bei der Auseizelung eines „zum einmaligen Gebrauch“ bestimmten, intravitreal zu injizierenden Arzneimittels (hier Lucentis) auf zwei dosisgerechte Portionen durch die hierzu ermächtigte Apotheke eines Universitätsklinikums zur unmittelbaren Anwendung im Klinikum handelt es sich nicht um einen **Off-Label-Use**. Bei fachgerechter Vornahme der Auseizelung und Injektion entspricht eine solche Behandlung in Qualität und Wirksamkeit dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse und berücksichtigt den medizinischen Fortschritt.

5. Zur **Beschränkung der freien Arztwahl**, wenn die Krankenkasse eine Versorgungslücke im vertragsärztlichen System zeitweilig durch eine Übergangsregelung schließt.

SG Halle, Beschl. v. 21.12.2009 - S 25 KR 277/09 ER – verpflichtete die Krankenkasse unter Ablehnung des weitergehenden Antrags vorläufig, die Kosten für die Behandlung der feuchten Makuladegeneration in Höhe von 1.546,22 € je Injektion (1.296,22 € für die Einzeldosis Lucentis® sowie 250,00 € für die ärztliche Leistung je Injektion), insgesamt bis zu einer Höhe von 4.638,66 € zu übernehmen, das **LSG** wies den Antrag ab.

Vgl. zuletzt **SG Aachen**, Urt. v. 11.03.2010 – S 2 (15) KN 115/08 KR – RID 10-02-117 m.w.N.

BB) BESCHRÄNKUNG DER FREIEN ARZTWAHL DURCH VERSORGUNGSVERTRAG

SG Köln, Beschl. v. 09.08.2010 – S 26 KN 108/10 KR ER –

RID 10-03-114a

^{www.sozialgerichtsbarkeit.de}
SGB V §§ 2 I u. II, 12, 13 III, 27 I, 31 I, 76 II, 87 II, 95 I, 135; SGG §§ 86b II, 198, 201; AMG §§ 4, 11° I, 22 I, 29 IIa, 84
Mit dem AMD-Vertrag haben die Vertragspartner eine Möglichkeit geschaffen, durch eine **anderweitige Interimsversorgung** (bis zur Aufnahme der ärztlichen Leistung in den EBM) den Versicherten die begehrte ärztliche Behandlung u.a. mit Lucentis als Sachleistung anzubieten. Die nicht uneingeschränkt gewährleistete freie Arztwahl wird beschränkt. Das zwischen einer Versicherten und ihrer Augenarztpraxis bestehende **Vertrauensverhältnis** vermag eine Versorgungslücke nicht zu begründen. Die Behandlung eines besonders teuren Anbieters, welcher das ärztliche Honorar nach frei bestimmten Pauschalen abrechnen will, muss nicht finanziert werden.

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

2. VERORDNUNGSFÄHIGKEIT EINES NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGEN ARZNEIMITTELS (SALVYSAT)

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 21.01.2019 – L 10 KR 4/07 –

RID 10-03-115

^{juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de}
SGB V §§ 31 I 5, 34 I u. 2, 92 I 2 Nr. 6

Leitsatz: 1. Die **Verordnungsfähigkeit** eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels als „Therapiestandard zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung“ i.S. von § 12 Abs. 4 AMR (früher: F 16.3 AMR) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfordert, dass das Arzneimittel in die sog. Over-the-Counter-Liste (OTC-Liste = Anlage I zur AMR, früher F 16.4 AMR) aufgenommen wurde.

2. **Salbeiextrakt** (hier: **Salvysat**) ist nicht als Therapiestandard i.S. von § 12 Abs. 4 AMR (früher: F 16.3 AMR) zur Behandlung von **Hyperhidrose (übermäßigem Schwitzen)** anzusehen.

SG Halle, Urt. v. 28.04.2006 – S 1 KR 7/05 – verurteilte die Krankenkasse, die Kosten für das ärztlich verordnete Medikament „Salvysat“ ab Antragstellung zu übernehmen; das **LSG** wies die Klage ab.

3. ALT-ARZNEIMITTEL ZUR VERHINDERUNG EINER FEHLGEBURT ERSTATTUNGSFÄHIG

SG Detmold, Urt. v. 05.03.2010 – S 3 KR 70/08 –

RID 10-03-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 II, 13 III

Besteht ein zur Lebenserhaltung notwendiger akuter Behandlungsbedarf, liegt **Unaufschiebbarkeit** i.S.d. § 13 III SGB V vor. Ein solcher dringlicher Behandlungsbedarf besteht dann, wenn ohne die sofortige Anwendung des Arzneimittels Leukonorm nach Feststellung der Schwangerschaft der Eintritt einer Fehlgeburt droht.

Eine Leistungsverpflichtung der GKV für **im Nachzulassungsverfahren befindliche Alt-Arzneimittel** besteht grundsätzlich nicht (vgl. BSG SozR 4-2500 § 31 Nr. 3).

Aufgrund der **natürlichen Einheit von Mutter und Kind** besteht auch bei Vorliegen einer nicht tödlich verlaufenden Erkrankung der Mutter und dadurch bedingter Lebensgefahr für das ungeborene Kind das Bedürfnis für eine **verfassungskonforme Ausweitung** des Leistungsumfangs der GKV (vgl. für den Bereich der Unfallversicherung: BVerfGE 45, 376 - 393).

Leukonorm hat kein Arzneimittelzulassungsverfahren durchlaufen und hatte deshalb eine befristete Zulassung. Gegen die Versagung der Verlängerung ist ein Klageverfahren (VG Darmstadt - 3 E 15/07 -) anhängig. Aufgrund der aufschiebenden Wirkung der Klage war Leukonorm jedoch weiter **verkehrsfähig**, bis am **08.09.2008 die sofortige Vollziehung** des Nachzulassungsbescheides angeordnet wurde. Die 1969 geb. Kl. führte in den Jahren 2002 bis 2005 9 Behandlungen mittels In-Vitro-Fertilisation (IVF) durch. Dabei kam es zu 3 Aborten (Fehlgeburten). Im August 2006 und Dezember 2006 kam es zu 2 Spontanaborten. Im April 2007 wurde die Kl. schwanger. Ihr wurde auf Kassenrezept Leukonorm verordnet. In der 13. Schwangerschaftswoche wurde beim ungeborenen Kind Trisomie 21 festgestellt und die Schwangerschaft daraufhin abgebrochen. Ende 2007 wurde erneut eine Schwangerschaft festgestellt. Auf Anraten ihres behandelnden Arztes wurde sofort die Anwendung von Leukonorm wieder aufgenommen, um das Abortrisiko zu minimieren. Die Kl. wandte sich Anfang des Jahres 2008 an die Bekl. und bat um Entscheidung darüber, ob die Kosten für eine Behandlung mit Leukonorm übernommen werden könnten. Anfang Januar 2008 kaufte die Kl. 10 Ampullen des streitigen Arzneimittels und zahlte hierfür 3.900 €. Weitere 3 Ampullen erwarb die Klägerin Anfang Februar 2008 und zahlte hierfür 1.237 €. Am 10.02.2008 lehnte eine Mitarbeiterin der Bekl. den Kostenübernahmeantrag der Kl. mündlich ab; ein schriftl. Bescheid folgte. Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten der Behandlung mit dem Arzneimittel Leukonorm in Höhe von 5.137 € zu erstatten.

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 für die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln aufzukommen; nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 – **B 1 KR 23/09 R** – (SozR 4-2500 § 40 Nr. 5) 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** – (SozR 4-2500 § 36 Nr. 2) 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. ELEKTOROLLSTUHL: VORAUSSETZUNG BESTIMMUNGSGEMÄßEN UMGANGS

SG Aachen, Urt. v. 08.07.2010 – S 2 KR 61/09 –

RID 10-03-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Bei der Versorgung mit einem Elektrorollstuhl muss gewährleistet sein, dass eine Versicherte mit diesem Hilfsmittel bestimmungsgemäß umgehen kann (vgl. BSG, Urt. v. 12.08.2009 - B 3 KR 8/08 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 27 - Elektrorollstuhl). Das heißt, die Versicherte müsste 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 fahrscheinfreien Fahrzeug gelten (LSG Bayern, Urt. v. 14.01.2010 – L 4 KR 189/09 – RID 10-02-124).

Das **SG** wies die Klage ab.

2. HAND-BIKE: ALTERNATIVE ZU ELEKTOROLLSTUHL/NAHBEREICH VON 500 M

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.06.2010 – L 16 (5) KR 178/08 –

RID 10-03-118

Revision anhängig: B 3 KR 7/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Die Benutzung eines **Rollstuhlbike** (Speedy-Bike, Hand-Bike) ist nicht erforderlich, um eine Behinderung auszugleichen. Kann sich ein behinderter Versicherter mit Hilfe eines Selbstfahrerrollstuhls in dem Nahbereich bewegen, ist dem **Grundbedürfnis auf Fortbewegung** genüge getan.

Der **Rechtsprechung des BSG** lässt sich weder zuverlässig entnehmen, dass die Versorgung eines Erwachsenen mit einem Speedy-Bike grundsätzlich ausgeschlossen ist, noch welche Wegstrecken ein Versicherter mit einem handbetriebenen Rollstuhl zurücklegen können muss, damit sein Grundbedürfnis auf Fortbewegung sichergestellt ist.

Da es für eine Massenverwaltung völlig unpraktikabel wäre, bei entsprechenden Leistungsanträgen die jeweils konkreten **Wohnumfeldverhältnisse** zu ermitteln, dürfte es sachgerechter sein, die Formel, der Versicherte müsse die Stellen im Nahbereich, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen seien, erreichen können, aufzugeben und davon unabhängig den räumlichen Bereich zu bestimmen, den sich ein behinderter Versicherter mittels eines Greifrollstuhls noch erschließen können muss.

Wenn ein Erwerbstätiger in der Lage sein muss, von seiner Wohnung aus **500 m zu Fuß** zu gehen, um dann mit Hilfe öffentlicher Verkehrsmittel einen Arbeitsplatz zu erreichen, dürfte diese Entfernung auch die Grenze markieren, die ein Behinderter mit einem Aktivrollstuhl zurücklegen können muss, um sich den Nahbereich seiner Wohnung zu erschließen.

Erforderlich ist somit ein Elektrorollstuhl bzw. ein gleich geeignetes Zugerät für einen Rollstuhl erst, wenn ein behinderter Mensch **mittels eines Aktivrollstuhls eine Strecke von (geringfügig) mehr als 500 m nicht in zumutbarer Zeit zurücklegen** kann. Diese Voraussetzungen liegen bei einer Versicherten, die etwa 10 Minuten mit dem Aktivrollstuhl fahren kann, bevor sie schmerzbedingt eine zwei- bis dreiminütige Pause einlegen muss, um sodann wieder einen entsprechenden Weg zurücklegen zu können, nicht vor.

SG Köln, Urt. v. 10.09.2008 - S 5 KR 181/06 - gab der Klage statt, das LSG wies die Klage ab.

Parallelverfahren: *SG Münster, Urt. v. 22.01.2009 – S 11 KR 227/05 - verurteilte d. Bekl., dem Kl. die Kosten des selbst beschafften Speedybikes in Höhe von 2619,18 € zu erstatten; das LSG wies die Klage ab.*

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.06.2010 – L 16 KR 45/09 –

RID 10-03-119

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

3. BEHINDERTENGERECHTER AUTOSITZ MIT ANATOMISCHER SITZSCHALE

SG Aachen, Urt. v. 19.06.2010 – S 13 KR 23/10 –

RID 10-03-120

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I; SGB IX § 14 II 1; SGB XII §§ 53 I, 54 I 1; SGB IX § 55 I, II Nr. 1; EingliederungshilfeVO § 9

Eine schwerstbehinderte Versicherte hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einem behindertengerechten Autositz mit anatomischer Sitzschale in Sonderanfertigung, wenn sie den **Nahbereich** ihrer Wohnung mit dem vorhandenen Rollstuhl erreichen kann, wenn auch nur mit Hilfe ihrer Pflegepersonen. Wird der Autositz im Wesentlichen für **Ausflüge in die Umgebung** mittels des Autobusses, den die Wohngruppe geschenkt bekommen hat, benötigt, so ist dies nicht einzige Möglichkeit, die Versicherte in den Wohngruppenverbund zu integrieren.

Aus dem **Leistungsrecht anderer Rehabilitationsträger** folgt ebf. kein Anspruch.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. ERSATZVERSORGUNG MIT EINEM COCHLEA-IMPLANTAT/WAHRNEHMUNG VON ALLTAGSGERÄUSCHEN

SG Aachen, Urt. v. 18.02.2010 – S 15 (21) KR 12/07 –

RID 10-03-121

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Mangels Reparaturmöglichkeit eines bereits vorhandenen extracochleären Cochlea-Implantats ist eine **Ersatzversorgung** erforderlich, wenn dies die einzige Möglichkeit darstellt, das durch die Erstversorgung erworbene Hörvermögen zu erhalten bzw. wieder herzustellen und sogar zu verbessern. Es ist nicht entscheidungserheblich, ob dadurch ein Hören im Sinne von **Sprachverstehen** erzielt werden kann. Bereits die Wahrnehmung von **Alltagsgeräuschen** (Telefonklingeln, Klingeln und Ticken des Weckers, Klopfen auf Holz, Anklopfen, Schlüsselbund-Klappern, Unterscheiden von Tonhöhen und Tonlängen sowie Stimmen) stellt eine wesentliche Verbesserung dar.

Das **SG** gab der Klage statt.

5. ANSPRUCH AUF OPTIMALVERSORGUNG BEI HÖRGERÄTEVERSORGUNG

SG Aachen, Urt. v. 03.08.2010 – S 13 KR 128/09 –

RID 10-03-122

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Der Anspruch auf **Hörgeräteversorgung** ist ein Anspruch auf **Optimalversorgung**, nicht lediglich auf einen Basisausgleich. Dem steht nicht entgegen, dass - worauf BSG, Urt. v. 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R - (SozR 4-2500 § 36 Nr. 2) ausdrücklich hingewiesen hat - der so umrissene Anspruch im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots des § 12 I SGB V u.a. durch Festbetragsregelungen und Versorgungsverträge begrenzt ist. Es besteht ein Anspruch auf das Hörgerät, das einen **möglichst weitgehenden Ausgleich des Hörverlustes** - auch und gerade bei störenden Umgebungsgeräuschen - bietet.

Das **SG** verurteilt die Krankenkasse, den Kl. eigenanteilsfrei (mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung) beidseits mit Hörgeräten zu versorgen, die nach dem Stand der Hörgerätetechnik einen möglichst weitgehenden Ausgleich des Hörverlustes - auch in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen - ermöglichen, und wies im Übrigen die Klage ab.

6. BEHEIZBARE HANDSCHUHE

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 29.01.2009 – L 10 KR 33/08 –

RID 10-03-123

juris
SGB V § 33 I

Leitsatz: Beheizbare Handschuhe, die einem am Raynaud-Syndrom Erkrankten ärztlich verordnet wurden, sind als **Applikationshilfe** i.S. von § 1 Ziff. 4 der Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischem Nutzen und Abgabepreis von der Versorgung ausgeschlossen.

SG Halle, Urt. v. 15.04.2008 – S 16 KR 253/06 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. KÜHLWESTE

SG Aachen, Urt. v. 13.07.2010 – S 13 KR 125/10 –

RID 10-03-124

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 33 I; SGB IX § 14; BVG §§ 11, 13, 18c

Kühlwesten sind keine Hilfsmittel, sondern allgemeine **Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens**. Zudem sind nach § 1 Nr. 4 der Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 34 IV SGB V **Applikationshilfen** für Wärme und Kälte ausgeschlossen. Auch haben Kältewesten weder einen nachgewiesenen therapeutischen Nutzen im eigentlichen Sinne noch vermögen sie eine Behinderung auszugleichen.

Das **SG** wies die Klage ab.

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. 24 STUNDEN BEHANDLUNGSPFLEGE

A) BEATMUNG EINER QUERSCHNITTSGELÄHMTE N VERSICHERTE N

LSG Bayern, Urt. v. 14.01.2010 – L 4 KR 10/08 –

RID 10-03-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37 II

Leitsatz Wird täglich 24 Stunden Behandlungspflege zur Beatmung einer querschnittsgelähmten Versicherten benötigt, kann diese mit der Pflege nicht von einer Kraft übernommen werden, die lediglich zur Hilfe nach dem Pflegeversicherungsgesetz eingesetzt wird.

SG Bayreuth, Gerichtsbb. v. 17.12.2007 - S 6 KR 157/06 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, an den Kl. für die Behandlungspflege im Dezember 2005 1.214 € zu bezahlen u. stellte fest, dass die von der Bekl. erbrachte Leistung weiterer vier Stunden Behandlungspflege entsprechend dem Beschl. des Senats vom 16.02.2006 zu Recht erfolgte.

B) NUR GELDWERTE ANRECHNUNG DER PFLEGELEISTUNGEN

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 18.12.2009 – S 18 KR 572/09 ER –

RID 10-03-126

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37 II

Höherwertige Pflegedienstleistungen treten nicht zurück, auch wenn dabei normale Pflegeleistungen mitgeleistet werden.

Es gibt keine Regelung im SGB V, welche die Sachleistung häuslicher Krankenpflege von einer Gebühr oder einer den Sachleistungsanspruch begrenzenden Eigenleistung abhängig macht. Es gibt auch **keine Kostendeckelung** wie bei der Grundpflege nach dem SGB XI. Damit sind nach dem Gesetz alle notwendigen Kosten häuslicher Krankenpflege zu übernehmen, selbst wenn der Pflegedienst auch die Grundpflege mitleisten kann oder könnte.

Soweit die entsprechende Leistung nach dem SGB V sich auch als Grundleistung nach dem SGB XI darstellt, kann die **Krankenkasse von der Pflegekasse entsprechend Erstattung** verlangen bzw. sind die Leistungen der Pflegeversicherung auf den Anspruch des Versicherten anzurechnen. Anzurechnen ist dabei der Geldwert der Leistungen der Pflegeversicherung und nicht die für die Grundpflege aufzuwendende Zeit. Eine Anrechnung des Geldwertes der Leistungen der Pflegeversicherung kann dabei erfolgen, solange die Grundpflege tatsächlich gleichzeitig von der die Behandlungspflege erbringenden Pflegeperson durchgeführt wird.

Es verstößt gegen den allgemeinen **Gleichheitssatz** des Art. 3 GG, wenn die Anrechnung der Grundpflegezeit auf die Behandlungspflege zur Folge hat, dass die Krankenkasse für die Behandlungspflege in immer geringerem Umfang aufkommt, je pflegebedürftiger der Versicherte ist.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. für den Zeitraum vom 10.11.2009 bis einschließlich 31.12.2009 häusliche Krankenpflege gem. § 37 II SGB V für 24 Stunden täglich zu gewähren unter Anrechnung der Leistungen der Pflegekasse in Höhe von 1.470 € monatlich und wies im Übrigen den Antrag ab.

2. KEINE MEDIKAMENTENGABE BEI ANSPRUCH GEGEN HEIMTRÄGER

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 24.02.2010 – L 9 KR 23/10 B ER –

RID 10-03-127

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37 II 1; SGB XII 75 III 1 Nr. 1; SGG § 56

Leitsatz: 1. Die Gewährung von **Medikamentengabe** als häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V ist ausgeschlossen, wenn und soweit der Versicherte einen Anspruch auf Behandlungspflege gegen den Träger der Einrichtung der Behindertenhilfe hat.

2. Die eventuale subjektive **Antragshäufung** ist auch im sozialgerichtlichen Verfahren unzulässig.

SG Berlin, Beschl. v. 07.01.2010 - S 28 KR 1051/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. häusliche Krankenpflege durch einmal tägliche Insulingaben und Blutzuckermessungen an jedem zweiten Tag der Woche für drei Monate, längstens bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, zu gewähren und wie im Übrigen (bzgl. der Medikamentengabe) die Beschwerde zurück.

VIII. Rehabilitation/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 20.04.2010 – **B I/3 KR 21/08 R** – beschränkt § 37a I 3 SGB V die Gewährung von **Soziotherapie** in einem Zeitraum von drei Jahren je Krankheitsfall auf 120 Stunden, lässt es aber anschließend in einem neuen Dreijahreszeitraum auch bei andauernder Erkrankung zu, erneut Soziotherapie zu gewähren; nach BSG, Urt. v. 17.02.2010 – **B I KR 23/09 R** – SozR 4-2500 § 40 Nr. 5 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. REHABILITATIONSLEISTUNGEN

A) REHABILITATIONSSPORT: KEINE KOSTENÜBERNAHME FÜR ÜBUNGSLEITER

LSG Bayern, Urt. v. 12.11.2009 - L 4 KR 156/08 –

RID 10-03-128

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: **B I KR 8/10 R**

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I 1, 27 I 2 Nr. 6, 40 I, 43 I; SGB IX § 44 I Nr. 3

Es steht der Übernahme von Kosten des Rehabilitationssports in einer Selbsthilfegruppe durch eine Krankenkasse entgegen, dass der querschnittsgelähmte Versicherte über eine **Übungsleiterausbildung** verfügt, denn seine Lehrerqualität beinhaltet bessere Kenntnisse und höhere Motivation, als sie beim bloßen Teilnehmer einer Veranstaltung vorhanden sind. Dies gilt vor dem

Hintergrund, dass ein solcher Reha-Sport nicht unmittelbar dazu dient, eine Krankheit zu therapieren, sondern allgemein auf die Steigerung oder Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit gerichtet ist (vgl. dazu BSG v. 22.04.2009 - B 3 KR 5/08 R - juris).

Der 1975 geb. querschnittsgelähmte Kl. nimmt seit etlichen Jahren an den Übungsstunden der Selbsthilfegruppe Körperbehinderter teil. Am 22.05.2001 erlangte er die Lizenz zum Fachübungsleiter C Rehabilitationssport „peripheres und zentrales Nervensystem“. Der Allgemeinarzt Dr. F. bestätigte im Nov. 2006 auf dem Verordnungsblatt erneut die Notwendigkeit von 120 Übungseinheiten Reha-Sport in einem Zeitrahmen von 36 Monaten und verwies auf eine psychische Belastungsreaktion des Kl. Der MDK folgerte daraus die Wichtigkeit der Übungsteilnahme in der Selbsthilfe, sah aber eine Sperre durch die Vorschriften der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport vom 01.10.2003. Die Krankenkasse lehnte die Kostenübernahme für den Rehabilitationssport ab. **SG Regensburg**, Urt. v. 05.03.2008 – S 2 KR 258/07 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) KEIN REHA-AUSSCHLUSS BEI BEZUG VON ARBEITSLOSENGELD AB 58. LEBENSJAHR

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.10.2009 - L 1 KR 231/09 -

RID 10-03-129

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 9/10 R

juris

SGB VI §§ 9 I, 12 I Nr. 4a; SGB III § 428 I 1

Ein Leistungsbezug nach § 428 I 1 SGB III stellt **keinen Ausschlussgrund** nach § 12 I Nr. 4a SGB VI dar, wonach durch den Rentenversicherungsträger keine Leistungen zur Teilhabe zu erbringen sind, wenn der Versicherte Leistungen bezieht, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt werden.

SG Berlin, Urt. v. 02.11.2007 – S 36 KR 1543/08 - wies die Klage des Rentenversicherungsträgers auf Erstattung der Rehakosten für den Versicherten V ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. FAHRKOSTEN

A) AMBULANTE KONTROLLUNTERSUCHUNG NACH NIERENTRANSPANTATION

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 29.01.2009 – L 10 KR 64/07 –

RID 10-03-130

juris

SGB V §§ 13 III 1, 60 I 3, II 1 Nr. 4, 92 I 2 Nr. 12; GG Art. 3 I; KrTRL §§ 7 II b, 8 II u. III

Leitsatz: 1. Eine hohe **Behandlungsfrequenz** i.S. von § 8 Abs. 2 KrTRL ist bei einer quartalsweise vorzunehmenden Behandlung nicht gegeben, auch wenn diese auf unabsehbare Zeit erforderlich ist.

2. Es ist **verfassungsrechtlich** nicht zu beanstanden, dass § 8 Abs. 2 KrTRL nur auf Häufigkeit und Dauer der Behandlung abstellt und die zurückzulegende Fahrstrecke sowie die wirtschaftliche Lage des Versicherten außer Betracht lässt.

3. Zur Frage, ob eine Behandlung oder ein zu dieser Behandlung führender Krankheitsverlauf einen Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von **Schaden an Leib und Leben** unerlässlich ist (§ 8 Abs. 2 KrTRL).

4. Ambulante **Kontrolluntersuchungen nach Nierentransplantationen** vermeiden oder verkürzen eine voll- oder teilstationäre Krankenbehandlung nicht deshalb i.S. von § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V, weil sie auch der Früherkennung von Abstoßreaktionen dienen. Für die vermiedene oder verkürzte Krankenhausbehandlung muss vielmehr eine konkrete Indikation bestanden haben.

SG Halle, Urt. v. 01.08.2007 – S 17 KR 202/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) KOSTENÜBERNAHME NUR IN HÖHE EINER SAMMELFAHRT

SG Aachen, **Beschl. v. 10.05.2010 – S 13 KR 117/10 ER –**

RID 10-03-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I, 60 I; SGG § 86b II; SGB IX § 9

Für sog. Sammelfahrten hindert das Recht der Versicherten, bei notwendigen Krankenfahrten das Taxiunternehmen zu wählen, die Krankenkasse nicht, zur Kostenersparnis **gemeinsame Fahrten mehrerer Versicherter mit einem bestimmten Unternehmen anzuordnen** (BSG, Urt. v. 30.01.2001 - B 3 KR 2/00 R - SozR 3-2500 § 60 Nr. 5). Mit der Organisation eines solchen kostengünstigeren erfüllt sie den Sachleistungsanspruch im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

Wählt ein Versicherter ein Taxiunternehmen, das die Fahrten nicht zu dem ermittelten günstigeren Preis anbieten kann oder will, so erscheint es nicht offensichtlich rechtswidrig, den Versicherten darauf zu verweisen, dass er die **Mehrkosten selbst trägt**.

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

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Pharmaunternehmen

BSG, Urt. v. 12.08.2010 – **B 3 KR 9/09 R** – hat die Grundsatzentscheidung v. 22.07.2004 (SozR 4-2500 § 125 Nr. 2) bestätigt, dass die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung rechtmäßig ist, nach der zur Versorgung zugelassene **Physiotherapeuten** Leistungen der **Manuellen Therapie** zu Lasten der Krankenkassen nur abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildungsmaßnahme in dieser Behandlungstechnik erfolgreich absolviert haben; nach BSG, Urt. v. 10.03.2010 – **B 3 KR 26/08 R** – SozR 4-2500 § 126 Nr. 2 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** – SozR 4-2500 § 39a Nr. 2 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. 22.06.2010 – **B 1 KR 29/09 R** – hat eine Krankenhausträgerin gegen eine Krankenkasse keinen Anspruch auf Zahlung einer **Aufwandspauschale von 100 €** nach § 275 Ic 3 SGB V, wenn die der Prüfung zugrunde liegende Krankenhausbehandlung noch **vor dem Inkrafttreten** der Vorschrift am 1.4.2007 stattgefunden hat; die Vorschrift ist nur auf solche Sachverhalte anwendbar, die vollständig nach seinem Inkrafttreten verwirklicht werden; nach BSG, Urt. v. 22.06.2010 – **B 1 KR 1/10 R** – begründet **nicht** schon **jede Prüfung nach § 275 I Nr. 1 SGB V**, die auf eine Vergütungsminderung für eine Krankenhausbehandlung gerichtet ist, aber unter dem Strich nicht zu einer „Minderung des Abrechnungsbetrags“ führt, die **Zahlungspflicht**. Sinn und Zweck des § 275 Ic 3 SGB V und sein funktionales Zusammenspiel mit der Prüfpflicht nach Abs. 1 Nr. 1 führen zu einer den Wortlaut einschränkenden Interpretation; es widerspricht dem Gebot gegenseitige Rücksichtnahme, die Aufwandspauschale selbst dann zu beanspruchen, wenn eigenes **Fehlverhalten des Krankenhauses** (hier: Verstoß gegen § 301 SGB V) zu einer überflüssigen, nutzlosen Prüfung führt oder wenn sich sogar der Abrechnungsbetrag im Nachhinein noch zu Lasten der Krankenkasse erhöht; nach BSG, Urt. v. 20.04.2010 – **B 1 KR 19, 20, 24 u. 25/09 R** – SozR 4-5562 § 8 Nr. 1 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 **Abschläge von 0,5% der Rechnungsbeträge** für stationäre Krankenhausbehandlungen **verfassungsgemäß**; nach BSG, Urt. v. 10.03.2010 – **B 3 KR 15/08 R** – SozR 4-2500 § 115a Nr. 1 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** – SozR 4-2500 § 109 Nr. 20 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) AMBULANT AUSGESCHLOSSENE BEHANDLUNGSMETHODE IM STATIONÄREN BEREICH

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.03.2010 – L 9 KR 280/08 –

RID 10-03-132

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 1, 39 I 2, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1, 137c

Werden in der ambulanten Versorgung ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich erbracht, kommt eine **Prüfung dieser stationären Leistungen** anhand der in der ambulanten Versorgung geltenden rechtlichen Maßstäbe nicht in Betracht.

Eine achtmalige stationäre Behandlung zur **Gabe von Cyclophosphamid zur Behandlung der Multiplen Sklerose** ist **erforderlich**, wenn diese als das Mittel der Wahl angesehen werden und wenn die intravenöse Gabe dieses Arzneimittels aus medizinischen Gründen nicht ambulant erfolgen durfte.

SG Berlin, Urt. v. 23.04.2008 – S 111 KR 74/07 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.927,11 € nebst zwei Prozent Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15.05.2004 zu zahlen.

B) VORAUSSETZUNG FÜR NOTFALLBEHANDLUNG

LSG Hessen, Urt. v. 29.04.2010 – L 1 KR 95/08 –

RID 10-03-133

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = www.lareda.hessenrecht.de
SGB V §§ 27 I 1, 39 I 2, 76 I 2

Wird eine Versicherte auf Anordnung des behandelnden Arztes trotz ihres schlechten Allgemeinzustandes in einem Liegend-Transport in eine Gemeinschaftspraxis zur Durchführung einer Computertomographie verbracht, dann hätte auch eine zeitlich wesentlich kürzere **Verlegung in ein anderes Krankenhaus** erfolgen können.

Maßgebliches Kriterium für die Beurteilung einer **Notfallbehandlung** sind die objektiven Gegebenheiten der konkreten Behandlung und nicht hypothetische Erwägungen (hier: Die Verlegung in ein anderes Krankenhaus sei im Gegensatz zu einer Verbringung in die Gemeinschaftspraxis anders zu beurteilen, da die Versicherte bei einer solchen psychisch dekompenziert und dies zu einer schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung geführt hätte).

Das **Wahlrecht** eines Betroffenen bei der Krankenbehandlung beschränkt sich auf zur Versorgung der Versicherten zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, umfasst nicht auch die Behandlung in **Privatkliniken** (BSG, Urt. v. 23.10.1996 - 4 RK 2/96 - BSGE 79, 190 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 12; Beschl. v. 22.01.2009 - B 3 KR 47/08 B – juris). Dies gilt auch in den Fällen, in denen aus nachvollziehbaren Gründen ein besonderes Vertrauensverhältnis zu dem behandelnden Arzt besteht.

Die Kl. betreibt eine Fachklinik für Integrative Onkologie. Ein Versorgungsvertrag oder eine sonstige Zulassung zur Krankenhausbehandlung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht. Die 1940 geb. Versicherte litt an einem metastasierenden Ovarialkarzinom und befand sich 2005 bei der Kl. zur erneuten Chemotherapie. Nach ihrer Entlassung am Vormittag wurde die Versicherte am Abend des 10.07.2005 wegen Atemnot (Dyspnoe) bei der Kl. im Krankenwagen eingeliefert und dort erneut stationär aufgenommen. Am 11.07.2005 zeigte die Kl. eine Notfallaufnahme der Versicherten an. Am 15.07.2005 erfolgte in der Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin eine Computertomographie des Thorax der Versicherten. Die Versicherte wurde am 08.08.2005 aus der stationären Behandlung durch die Klägerin entlassen. 2007 verstarb die Versicherte. Auf die Behandlungskosten für den Zeitraum 10.07.-08.08.2005 von 9.195,74 € zahlte d. Bekl. für den 10.-14.07.2005 1.000 €. **SG Gießen**, Urt. v. 13.02.2008 – S 9 KR 53/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) STATIONÄRE KORONARANGIOGRAPHIE ALS VERBRINGUNGSLEISTUNG

SG Hannover, Urt. v. 20.05.2010 – S 10 KR 175/09 –

RID 10-03-134

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69, 109 IV 2. u. 3; KHEntgG §§ 2 II 1 u. 2 Nr. 2, 7; BGB §§ 387, 389

Leitsatz: 1. Leistungen Dritter i.S. des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG können auch stationär erbracht werden.

2. Für eine Aufnahme in die stationären Abläufe ist es maßgeblich, dass die Gesamtverantwortung auf das aufzunehmende Krankenhaus übergeht. Über Übernachtungs- und (Ver)pflegerleistungen hinaus bedarf es hierzu eines eigenständigen Konzepts für eine selbständige Behandlung, die an die vorangegangene abgeschlossene Behandlung anknüpft.

Der 1924 geb. Versicherte befand sich bis zum 16.10.2003 im Kreiskrankenhaus H. H. veranlasste, dass eine Koronarangiographie im Krankenhaus K der Kl. durchgeführt werden sollte. K nahm den Versicherten am 17.10.2003 gegen 11:00 Uhr auf. Um 13:09 Uhr begann die Linkskatheteruntersuchung, die um 13:20 Uhr endete. Hierbei fanden sich keine relevanten und interventionspflichtigen Koronarstenosen. K entließ den Versicherten am 18.10. zur Weiterbehandlung im H., wo er bis zum 22.10. verblieb. Den an K gezahlten Betrag von 1.696,91 € rechnete die bekl. Krankenkasse auf, nachdem der MDK zu dem Ergebnis gelangt war, dass es sich um eine durchführbare Verbringungsleistung gehandelt habe. Es sei medizinisch nicht ersichtlich, warum keine Rückverlegung nach erfolgter Koronarangiographie noch am 17. 10. erfolgt sei. Das **SG** wies die Klage ab.

D) ABGRENZUNG KRANKENBEHANDLUNG/STERBEBEGLEITUNG

SG Hannover, Gerichtsbes. v. 28.04.2010 – S 19 KR 961/08 –

RID 10-03-135

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 70, 109

Leitsatz: Es ist mit dem Gebot der humanen Krankenbehandlung nicht zu vereinbaren, eine Patientin mit Herzbeschwerden und Luftnot unter Hinweis auf den ohnehin bevorstehenden Tod nicht in die Krankenbehandlung aufzunehmen.

Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. 2.492,39 € zu zahlen nebst Zinsen und wies im Übrigen (höhere Verzinsung) die Klage ab.

E) DRG: ANSATZ EINER NEBENDIAGNOSE I.S. DER CODIERRICHTLINIE (DRG E 01 A)

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 10.12.2009 – L 5 KR 101/08 –

RID 10-03-136

Revision anhängig: B 3 KR 4/10 R

juris

SGB V §§ 109 IV 2 u. 3, 112 II 1 Nr. 1; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1, 9 I 1, 11, 17b I, II u. VI, 18 II

Die Tatsache, dass der **diagnostische Aufwand** aufgrund einer Grunderkrankung oder eines erforderlichen Eingriffes infolge dessen Schwere besonders umfangreich ist, rechtfertigt noch nicht den Ansatz einer **Nebendiagnose**, solange die vorbereitenden präoperativen Maßnahmen allein auf das Ziel des durchzuführenden Eingriffes - hier der Lungenoberlappenteilresektion - gerichtet ist und allein seinem Zweck dient. Im Fall der anzuwendenden DRG folgt das bereits aus dem Wortlaut der Leistungsbeschreibung zur DRG E 01 A.

Die Bezeichnung „**äußerst schwere Komplikation oder Komorbidität**“ macht deutlich, dass weder eine normale noch eine schwere Begleiterkrankung oder Komplikation ausreichend ist, den Begriff der DRG zu erfüllen. Das Prädikat „äußerst“ im Zusammenhang mit der gegenüber der DRG E 01 B ungleich höheren Vergütung zwingt dazu, die DRG E 01 A dem außergewöhnlichen Fall vorzubehalten. Sämtliche anderen Fälle fallen unter die DRG E 01 B („ohne äußerst schwere Komplikation oder Komorbidität“).

Im Krankenhaus d. Kl. wurde die 1934 geb. Versicherte v. 15.06.-03.07.2004 wegen eines Lungenrundherds und eines Nebennierenbefundes stationär behandelt. D. Kl. setzte in der Abrechnung die DRG E 01 A an (Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit Revisionseingriff, beidseitiger Lobektomie, erweiterter Lungenresektion oder Endarteriektomie der A.pulmonalis, mit äußerst schweren CC <„Komplikation oder Komorbidität“>). Der MDK führte aus, eine Nebendiagnose I 80.2 des ICD-10 und eine frische Thrombose mit Behandlungsrelevanz seien nach den vorliegenden Unterlagen nicht erkennbar. Angesichts der Angabe „Z.n. Thrombose“ sei mit großer Wahrscheinlichkeit ein älteres Geschehen anzunehmen. Daher sei die Abrechnung ohne die Nebendiagnose nach einer DRG E 01 B (Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit Revisionseingriff, beidseitiger Lobektomie, erweiterter Lungenresektion oder Endarteriektomie der A.pulmonalis, ohne äußerst schwere CC) anzunehmen. Die Kl. führte demgegenüber aus, die Thrombose sei vermutlich im Zusammenhang mit der TEP-Operation aufgetreten und habe damit zum Zeitpunkt der Lungenoperation maximal zwei Monate zurückgelegen. *SG Lübeck, Urt. v. 26.06.2008 – S 3 KR 582/06* - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

F) ABZUG FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNG

AA) ABZUG ERST NACH VERTRAGSSCHLUSS

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.03.2010 - L 4 KR 33/07 -

RID 10-03-137

Revision anhängig: B 1 KR 11/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 140b I, 140d I; BGB §§ 273, 812

Nach § 140d I 1 SGB V ist ein **Einbehalt** nur gerechtfertigt, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b SGB V „**geschlossenen Verträgen**“ erforderlich sind. Nach dem Wortlaut reichen somit geplante Verträge, angebaute oder anderweitige vorbereitete und vorgesehene Verträge für einen Einbehalt nicht aus, auch wenn sich der Vertragsabschluss schon weitgehend konkretisiert hat (BSG, Urt. v. 06.02.2008 – B 6 KA 27/07 R - BSGE 100, 52 = SozR 4-2500 § 140d Nr. 1, Rn. 12; B 6 KA 5/07 R - SozR 4-2500 § 140a Nr. 2, Rn. 15; a.A. LSG Brandenburg, Beschl. v. 01.11.2004 – L 5 B 105/04 KA ER – MedR 2005, 62; vgl. jetzt aber LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.09.2009 – L 9 KR 470/08 - RID 10-01-155, wonach der Einbehalt nur aufgrund eines Vertrages der integrierten Versorgung erfolgen darf).

Es besteht auch **kein Rückforderungsanspruch** wegen versehentlich oder aufgrund von technischen Problemen unterbliebener Einbehalte.

SG Dessau, Urt. v. 28.02.2007 – S 4 KR 70/05 - verurteilte die bekl. Krankenkasse zur Zahlung von 71.322,88 € nebst 4% Zinsen, weil die Kürzung nicht durch § 140d I 1 SGB V gedeckt sei. Das *LSG* wies die Berufung im Wesentlichen zurück.

Parallelverfahren: LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.03.2010 - L 4 KR 30/08 -

RID 10-03-138

Revision anhängig: B 3 KR 6/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG Halle, Urt. v. 30.04.2008 – S 3 (2) KR 208/05 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 48.887,50 € nebst 4 % Zinsen zu zahlen.

BB) VERTRAGSVORLAGE/MITTEL FÜR KONKRETE INTEGRIERTE VERSORGUNGSFORM

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 15.04.2010 – L 5 KR 12/08 –

RID 10-03-139

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 73/10 B
SGB V § 140d

juris

Leitsatz: 1. Im Streitfall ist die Krankenkasse verpflichtet, den betroffenen **Vertrag** über die integrierte Versorgung **vorzulegen**, um die Prüfung zu ermöglichen, ob der Vertrag überhaupt eine integrierte Versorgung zum Gegenstand hat.

2. Die nach § 140d SGB V einbehaltenen Mittel müssen nach den plausiblen prognostischen Berechnungen der Krankenkasse zur Umsetzung einer **konkreten integrierten Versorgungsform** erforderlich sein.

3. Die **Prozesszinsen** für den Rückzahlungsanspruch des Krankenhauses betragen zwei Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.

SG Speyer, Urt. v. 14.12.2007 - S 11 KR 772/04.K - verurteilte die Bekl., an die Kl. 653,95 € zur Rückzahlung der Einbehalte aus den vorgelegten Rechnungen 1 bis 215 nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen (wegen unzulässiger Klageerweiterung) die Klage ab; das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 490,46 € zur Rückzahlung der Einbehalte aus den vorgelegten Rechnungen 1 bis 215 nebst Zinsen und wies im Übrigen die Berufung der Bekl. und die Berufung der Kl. zurück.

Vgl. zuletzt *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 09.09.2009 – L 9 KR 470/08 – RID 10-01-155; *LSG Sachsen*, Urt. v. 24.06.2009 – L 1 KR 76/08 – RID 09-04-132; *SG Dresden*, Urt. v. 31.01.2008 – S 25 KR 1413/04 – RID 08-03-161.

G) AKTENEINSICHT/HERAUSGABE ZUR PRÜFUNG UND GGF. ZUM NACHWEIS EINES BEHANDLUNGSFEHLERS

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 11.11.2009 – L 1 KR 152/08 –

RID 10-03-140

Revision anhängig: B 3 KR 16/09 R (Termin: 12.08.2010)

juris

SGB V § 294a; SGG § 51 I Nr. 2, II 1; SGB X §§ 67d, 98 II 2, 100 II, 116

Eine Krankenkasse kann von einem Krankenhausträger nicht die Akteneinsicht/Herausgabe nach § 294a SGB V zur Prüfung und ggf. zum Nachweis eines Behandlungsfehlers gerade im Hause des Krankenhausträgers verlangen.

SG Oldenburg, Urt. v. 09.04.2008 – S 6 KR 2/07 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück; auf Hinweis des *BSG*-Senats, dass die Regelung des § 294a SGB V Mitteilungspflichten der Ärzte und Krankenhäuser gegenüber einer Krankenkasse nach Wortlaut, Systematik und Entstehungsgeschichte der Vorschrift allein bei „drittverursachten“ Gesundheitsschäden begründe, eine Drittverursachung aber nicht vorliege, wenn es - wie hier - nur um die Überprüfung der Krankenhausabrechnung und mögliche Ansprüche auf Erstattung zu Unrecht abgerechneter Vergütungsleistungen gehe, die Krankenkassen aber nach Maßgabe des § 275 I Nr. 1 SGB V eine Begutachtung durch den MDK veranlassen, so die notwendige Klarheit über die Art und Dauer der Behandlung im Krankenhaus - auch hinsichtlich etwaiger Behandlungsfehler - gewinnen und ggf. überzahlte Beträge erstattet verlangen könnten, nahm die Krankenkasse die **Revision** daraufhin **zurück**.

H) AUSSCHLUSSFRIST ZUR PRÜFUNG NACH § 275 IC 2 SGB V

SG Darmstadt, Urt. v. 20.05.2010 – S 18 KR 344/08 –

RID 10-03-141

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 109 IV 275 Ic; SGB X § 67d I

Die Sechswochenfrist des § 275 Ic 2 SGB V stellt eine **Ausschlussfrist** dar. Sie schließt nach ihrem Ablauf jegliche **Einwendungen**, die die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung betreffen, aus. Ein Krankenhaus kann daher nach Ablauf der Frist die Herausgabe medizinischer Unterlagen an den MDK verweigern.

Die Frist ist – anders als bspw. die Verjährung – von den **Gerichten von Amts wegen** zu beachten. Die Krankenkasse kann sich nicht darauf berufen, dass eine Prüfung des MDK aus ihrer Sicht schon deshalb nicht angezeigt war, weil ein Mitgliedschaftsverhältnis der Patientin nicht festgestellt werden konnte.

Entscheidend für den **Beginn der Ausschlussfrist** des § 275 Ic SGB V in atypischen Fällen ist, in wessen Sphäre die Ursache für den atypischen Geschehensablauf fällt. Liegt der Grund für die Unregelmäßigkeit beim Krankenhaus, läuft bis zu einer Rückkehr zu einem normalen Verfahrensablauf keine Ausschlussfrist. Ist die Ursache dagegen in der Sphäre der Krankenkasse begründet, so beginnt der Fristlauf wie in typischen Fällen mit dem Eingang der Rechnung.

Das *SG* verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. 1.011,31 € nebst Zinsen zu zahlen.

I) RECHTSHÄNGIGKEITZINSEN

LSG Schleswig-Holstein, Ur t. v. 14.01.2010 – L 5 KR 119/08 –

RID 10-03-142

Revision zugelassen

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 112; SGB I § 44; BGB §§ 288, 291

Leitsatz: 1. **Rechtshängigkeitszinsen** i.S.d. BGB § 291 sind grundsätzlich keine modifizierten Verzugszinsen i.S.d. BGB § 288.

2. Eine **Regelung** der Beteiligten (Krankenhausträger und Krankenkassen) **über Verzugszinsen** ist gleichwohl grundsätzlich auf Rechtshängigkeitszinsen anwendbar, wenn letztere nicht selbst in der Vereinbarung geregelt sind.

SG Itzehoe, Ur t. v. 17.09.2008 - S 1 KR 73/07 – verurteilte die Bekl., an die Kl. 665,70 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank ab 08.08.2005 zu zahlen, im Übrigen wies es die Klage ab, das *LSG* wies die Berufung des Kl. zurück.

J) KEIN ANSPRUCH AUF ERSTATTUNG VORGERICHTLICHER RECHTSANWALTSKOSTEN

LSG Sachsen, Ur t. v. 05.05.2010 – L 1 KR 29/08 –

RID 10-03-143

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 69; BGB § 280 I

Die Vorschriften des BGB über **Schadensersatz wegen Pflichtverletzung** sind dem Grunde nach entsprechend anwendbar, weil sie mit der Stellung der Krankenhäuser im Versorgungssystem des SGB V nicht unvereinbar sind. Dies hat das BSG bereits für die bürgerlich-rechtlichen Verzugsvorschriften entschieden (BSG, Ur t. v. 15.11.2007 - B 3 KR 1/07 R - BSGE 99, 208 = SozR 4-2500 § 69 Nr. 3, jeweils Rn. 10 ff.; Ur t. v. 08.09.2009 - B 1 KR 8/09 R - SozR 4-2500 § 69 Nr. 7 - juris Rn. 14). Für Vorschriften über Schadensersatz wegen Pflichtverletzung kann nichts anderes gelten.

Ein Krankenhausträger kann die **Erstattung vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten** wegen eines Rückforderungsverlangens der Krankenkasse nicht beanspruchen. Denn zum einen wäre die Krankenkasse selbst bei unmittelbarer Anwendung des § 280 I BGB nicht zum Schadensersatz verpflichtet, und zum anderen ist die Geltendmachung vorgerichtlicher Rechtsanwaltsgebühren mit der öffentlich-rechtlich geprägten Dauerbeziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nicht vereinbar.

Ein **unberechtigtes Zahlungsverlangen einer Krankenkasse** begründet nicht ohne weiteres Anspruch auf Ersatz der zu seiner außergerichtlichen Abwehr entstandenen Rechtsanwaltskosten. Einen allgemeinen Kostenerstattungsanspruch gegen denjenigen, der sich unberechtigt eines Rechts berühmt, gibt es nicht. Mit unberechtigten Ansprüchen konfrontiert zu werden, gehört zum allgemeinen Lebensrisiko, soweit nicht die Voraussetzungen einer speziellen Haftungsnorm vorliegen (BGH, Ur t. v. 12.12.2006 - VI ZR 224/05 - NJW 2007, 1458, 1459).

SG Dresden, Ur t. v. 14.02.2008 – S 16 KR 1186/04 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

2. APOTHEKER

Nach BSG, Ur t. v. 17.12.2009 – **B 3 KR 14/08 R** – SozR 4-2500 § 130a Nr. 5 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 Ur t. v. 28.07.2008, BSGE 101, 161 = SozR 4-2500 § 130a Nr. 3); nach BSG, Ur t. v. 17.12.2009 – **B 3 KR 13/08 R** – SozR 4-2500 § 129 Nr. 5 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 Apothekereinsatzs** 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.

A) SOFORTIGE VOLLZIEHUNG DES SCHIEDSSPRUCHES ZUM APOTHEKEN-ABSCHLAG FÜR 2009

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.05.2010 – L 1 KR 51/10 B ER –

RID 10-03-144

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 129 VII-X, 130; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Bei der **Schiedsstelle** gem. § 129 VIII SGB V muss bezüglich der Kontrolldichte der Klage von ähnlichen Grundsätzen wie beim Schiedsamt ausgegangen werden. Auch das Verfahren der Schiedsstelle ist davon geprägt, dass dieser ein **Gestaltungsspielraum** eingeräumt ist und dass ihr Verfahren auf einen Interessenausgleich angelegt ist (vgl. zum Schiedsamt: BSGE 91, 153, 156).

Der Schiedsspruch zur **Herabsetzung des Apotheken-Abschlags** von 2,30 € auf 1,75 € für das Jahr 2009 dürfte sich im Rahmen des Gestaltungsspielraums bewegen, den das Gesetz (§ 129 Abs. 7 – 10 SGB V) der Schiedsstelle einräumt.

SG Berlin, Beschl. v. 28.01.2010 - S 73 KR 135/10 ER - wies den Antrag des Deutschen Apothekerverbandes e.V. auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, nachdem der GKV-Spitzenverbands Klage erhoben hatte (SG Berlin - S 73 KR 135/10 -); das *LSG* ordnete die sofortige Vollziehung der Entscheidung des Ag. an.

B) ABWICKLUNG DES SPRECHSTUNDENBEDARFS ÜBER SPEZIELLE APOTHEKE NACH VERGABEVERFAHREN

LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 30.06.2010 – L 10 KR 38/10 B ER –

RID 10-03-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12, 69, 73 VIII 1, 84, 106, 129 V, 130a I; SGG § 86b II; GWB §§ 20 I, 21 I; AMPreisV §§ 1 III Nr. 3, 3 II

Ein **Antrag** auf vorläufige **Feststellung**, dass alle Apotheken – trotz eines Vergabevertrags, nach dem **allein die S.-Apotheke** berechtigt ist, die Versorgung mit Grippeimpfstoff als Sprechstundenbedarf an Vertragsärzte durchzuführen - lieferberechtigt sind, ist unbegründet, da sie weder eine Regelung noch eine Anordnung enthält und einen Anspruch der antragstellenden Apotheken und Apothekenverbandes nicht sichern könnte.

Ein Antrag auf Untersagung, die Abrechnung von Apotheken zu beanstanden, oder Retaxierungen auszusprechen oder zu kürzen, ist unbegründet, da das **wirtschaftliche Risiko der Lieferung** ohne die Gewissheit, ob es zu einer Gegenleistung kommt, bis zur Beendigung des Hauptsacheverfahrens bestehen bleibt.

Der Hinweis in einem Brief einer Krankenkasse an Vertragsärzte, sie seien verpflichtet, den Grippeimpfstoff von der S.-Apotheke zu beziehen, und Regressverfahren würden im Falle des Bezuges durch diese Apotheke nicht durchgeführt, entspricht lediglich dem **Wirtschaftlichkeitsgebot**. Darin liegt - in Übereinstimmung mit der Ausschreibung - nicht ein „Vorschreiben“ des Bezuges des Impfstoffes bei einer bestimmten Apotheke durch die Krankenkassen.

Angesichts des **Wirtschaftlichkeitsgebotes** nach § 12 SGB V und des Grundsatzes des Vergabeverfahrens, nach dem mit Durchführung der Ausschreibung der wirtschaftlichste Anbieter ermittelt wird, liegt ein sachlich gerechtfertigter Grund für eine **unterschiedliche Behandlung** zwischen der S.-Apotheke einerseits und den anderen Apotheken andererseits vor.

Missbräuchlichen - insbesondere diskriminierenden - Verhaltensweisen öffentlicher Auftraggeber soll gerade durch das **Vergabeverfahren** vorgebeugt werden. Dieses stellt sich als Ausgleich für die gebündelte öffentliche Nachfragemacht der Krankenkassen dar (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.10.2009 – L 21 KR 44/09 SFB – RID 10-01-161).

SG Magdeburg, Beschl. v. 09.06.2010 - S 7 KR 82/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

C) KEIN HERSTELLERRABATT FÜR IMPFSTOFFE ALS SPRECHSTUNDENBEDARF (2004)

SG Münster, Urt. v. 21.01.2010 – S 17 (11) KR 157/05 –

RID 10-03-146

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 129 V, 130a I; AMPreisV §§ 1 III Nr. 3, 3 II

Eine Krankenkasse ist nicht berechtigt, für im Januar 2004 an Ärzte gelieferte Impfstoffe des Sprechstundenbedarfs den **Herstellerrabatt** in Höhe von 16 v.H. in Abzug bringen. Der in § 130a I 1 SGB V a.F. geregelte Herstellerrabatt galt nur für solche Fertigarzneimittel, deren Apothekenabgabepreise aufgrund der Arzneimittel-Preisvorschriften, somit nach dem AMG oder aufgrund des § 129 Va SGB V bestimmt sind (BSG, Urt. v. 28.07.2008 - B 1 KR 4/08 R - BSGE 101, 161 ff. = SozR 4-2500 § 130a Nr. 3).

Das *SG* gab der Klage statt u. verurteilte d. Bekl., an den Kl. 29.455,12 € zzgl. 8 % Zinsen über dem Basiszinssatz p.a. zu zahlen.

3. ARZNEIMITTELHERSTELLER

A) FESTBETRAGSFESTSETZUNG: PHARMAKOLOGISCH-THERAPEUTISCHE VERGLEICHBARKEIT (ATORVASTATIN/„SORTIS“)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.12.2009 – L 9 KR 8/08 –

RID 10-03-147

Revision anhängig: B 1 KR 7/10 R

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 35, 217f I; SGB X § 31 S. 2; SGG § 54 I 2; GG Art. 3 I, 12 I; AMG § 25 II Nr. 4

Leitsatz: 1. Die Prüfung der **pharmakologisch-therapeutischen Vergleichbarkeit** verschiedener Wirkstoffe im Sinne von § 35 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V hat sich entscheidend am Inhalt der jeweiligen arzneimittelrechtlichen Zulassung zu orientieren.

2. § 35 Abs. 1 S. 3 Halbs. 2 SGB V in der **bis zum 30. April 2006** geltenden Fassung ist in Bezug auf die Konjunktion „und“ so zu verstehen, dass gleichzeitig (kumulativ) „Neuartigkeit“ der Wirkungsweise und „therapeutische Verbesserung“ vorliegen mussten, um die Aufnahme eines Arzneimittels in eine Festbetragsgruppe nach § 35 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 und 3 auszuschließen. Die Auslegung eines „und“ als „oder“ verstieße schlechthin gegen die in der juristischen Methodenlehre anerkannte Regel, dass der Wortlaut einer Norm ihrer Auslegbarkeit strikte Grenzen setzt.

SG Berlin, Urt. v. 22.11.2005 – S 81 KR 3778/04 - RID 06-01-95 (s. dort zum Sachverhalt) wies die Klage ab, das *LSG* trennte die Klagen gegen die Allgemeinverfügungen v. 11.05.2006 u. 07.04.2008 unter dem Az.: L 9 KR 351/09 ab (s. nachstehend) und wies die Berufung zurück.

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.02.2010 – L 9 KR 351/09 –

RID 10-03-148

Revision anhängig: B 1 KR 13/10

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Der GBA durfte die zuvor durch Beschl. v. 20.07.2004 rechtsfehlerfrei gebildete Festbetragsgruppe der HMG-CoA-Reduktasehemmer auch nach der **ab 01.05.2006** geltenden Rechtslage bestehen lassen. Mit der durch das AVWG vorgenommenen Rechtsänderung war der GBA erstmalig gehalten, die Frage der therapeutischen Verbesserung in sein Prüfprogramm einzubeziehen. Es ist schlechthin kein Material der evidenzbasierten Medizin ersichtlich, das den GBA tatsächlich und im Sinne einer Reduzierung seines gesetzgeberischen Ermessens auf Null gezwungen hätte, Atorvastatin aus der Festbetragsgruppe der Statine herauszunehmen.

B) ANTRAGSBEFUGNIS/GEBIETSMONOPOLISIERUNG/PARENTERALE ZUBEREITUNGEN

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 07.05.2010 – L 1 SF 95/10 B Verg –

RID 10-03-149

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31 I 6, 69 I 1, 129 V 3; ApoG § 11 II; VgV § 4 I; GWB §§ 97 II, VII, 98 Nr. 2, 107 II, III Nr. 1, 116, 123 S. 2 Alt. 5; SGG § 142a I, IV; VOL A § 8 Nr. 1 II u. III

Leitsatz: Im Vergabeverfahren kann nicht gerügt werden, dass durch eine mit der Ausschreibung bezweckte **Gebietsmonopolisierung** Rechte der Versicherten bzw. der Sicherstellungsauftrag diesen gegenüber verletzt werden.

In der Rechtsrüge, § 129 Abs. 5 S. 3 SGB V gestatte es den Krankenkassen nicht, die Versorgung der Versicherten mit Arzneimittelzubereitungen in der Onkologie zur parenteralen Verabreichung im Weg der verkürzten Versorgung durch Selektivverträge mit einzelnen Apothekern sicherzustellen, von welchem die Vertragsärzte ausschließlich die Arzneimittel beziehen dürften, ist hinreichend deutlich der vergaberechtlich relevante Einwand enthalten, **das Auftragsvolumen sei zu unbestimmt** im Sinne des § 3a Nr. 4 Abs. 1 S. 2 VOL/A bzw. jedenfalls möglicherweise nicht so groß, wie dies die Ausschreibung vermuten lasse.

Aus dem Zusammenspiel des § 129 Abs. 5 S. 3 SGB V mit § 11 Abs. 2 ApoG ergibt sich nicht, dass die **Medikamentenbeschaffung durch den Versicherten** selbst ausgeschlossen ist.

Vergabekammer des Landes Brandenburg, Beschl. v. 01.04.2010 verwarf den Nachprüfungsantrag als unzulässig, da die Ast. kein Gebot angegeben habe, das *LSG* verpflichtete zur Neubescheidung.

C) BESCHAFFUNG VON KONTRASTMITTELN ZUR ABGABE AN VERTRAGSÄRZTE ALS SPRECHSTUNDENBEDARF

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.05.2010 – L 21 KR 11/09 SFB –

RID 10-03-150

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 II 1 HS 2, 130a VIII; GWB §§ 97 ff., 128

Vereinbarungen über die Beschaffung von Kontrastmitteln zur Abgabe an Vertragsärzte als Sprechstundenbedarf betreffen - anders als etwa bei den Arzneimittelrabattverträgen gemäß § 130a VIII SGB V (vgl. dazu z.B. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.09.2009 – L 21 KR 51/09 SFB – RID 09-

04-144) die **unmittelbare Beschaffung** von Waren. Die Krankenkasse trifft eine **Auswahlentscheidung** mit der daraus resultierenden Einräumung von Exklusivität und Begründung einer „Sonderstellung im Wettbewerb“, die konstitutiver Bestandteil für die Annahme eines öffentlichen Auftrages ist.

Umstritten war, ob die Beschaffung von Kontrastmitteln im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern (Gesamtumsatz hier ca. 3,5 Mio € jährlich), die hier zum **Sprechstundenbedarf** zählen, durch die Ag. zum Zwecke der Belieferung der Vertragsärzte aufgrund eines (noch durchzuführenden) **Vergabeverfahrens** zu erfolgen hat. Die Übermittlung der ärztlichen Verordnungen über das/die Kontrastmittel an den jeweiligen Leistungserbringer erfolgt durch die Ag., nachdem sie geprüft hat, bei welchem ihrer Vertragspartner für die verordneten Kontrastmittel der günstigste Preis berechnet wird. Die Ast. ist ein pharmazeutisches Unternehmen. Die von ihr hergestellten und vertriebenen MRT- und Röntgenkontrastmittel Magnegita und Iopamigita werden von Vertragsärzten in Mecklenburg-Vorpommern bisher nicht verordnet. Verhandlungen zwischen den Beteiligten über den Abschluss von Rabattvereinbarungen blieben erfolglos. **Vergabekammer des Bundes**, Beschl. v. 20.01.2009 – VK 3-185/08 - gab der Ag. auf, bei fortbestehender Beschaffungsabsicht bei der Vergabe der Lieferung von Kontrastmitteln für die Magnetresonanztomographie und für die Computertomographie (sog. Röntgenkontrastmittel) die gesetzlichen Bestimmungen für die Vergabe öffentlicher Aufträge anzuwenden. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

D) VERTRAGSSCHLUSS ZWISCHEN KRANKENKASSE UND SPRECHSTUNDENBEDARFSLIEFERANT

SG Koblenz, Urt. v. 22.06.2010 – S 16 KR 337/09 –

RID 10-03-151

juris

SGB V § 69; BGB §§ 433, 651, 812

Leitsatz: Mangelt es an einer Einigung hinsichtlich der Höhe der Vergütung, so ist zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer kein Vertrag zustande gekommen.

Das **SG** wies die Klage ab.

E) ÖFFENTLICH-RECHTLICHER ERSTATTUNGSANSPRUCH GEGEN APOTHEKE BEI FEHLENDER ABSCHLAGSPFLICHT

SG Aachen, Urt. v. 29.06.2010 – S 13 KR 136/08 –

RID 10-03-152

juris

SGB V § 69 I 3; BGB §§ 199, 814

Eine **pharmazeutische Unternehmerin** hat einer Versandhandelsapotheke in den Niederlanden, für die die Abgabepflichten nach § 130a I SGB V nicht gelten (BSG, Urt. v. 28.07.2008 - B 1 KR 4/08 R – BSGE 101, 161 = SozR 4-2500 § 130a Nr. 3 - u. v. 17.12.2009 - B 3 KR 14/08 R - SozR 4-2500 § 130a Nr. 5), die Beträge, die diese für die Jahre 2003 bis 2005 verschiedenen Krankenkassen als Abschlag auf die Preise von im Rahmen des Versandhandels an Versicherte der Krankenkassen nach Deutschland gelieferte Arzneimittel gewährt hat, zu Unrecht erstattet. Die Unternehmerin hat gegen die Versandhandelsapotheke einen **öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch**. Dem steht nicht entgegen, dass die Unternehmerin seinerzeit ohne Vorbehalt geleistet hat.

Für den Beginn der vierjährigen Verjährung ist gem. § 69 I 3 SGB V i.V.m. § 199 I BGB nicht allein der Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist, ausschlaggebend; vielmehr ist zusätzlich erforderlich, dass der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen.

Das **SG** verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 288.462,76 € zuzüglich Zinsen.

F) GEBÜHREN DER VERGABEKAMMER BEI RABATTVERTRÄGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.05.2010 – L 21 KR 65/09 SFB –

RID 10-03-153

www.sozialgerichtsbarkeit.de

UWG § 128

Ausschlaggebend für die **Ermittlung der Auftragssumme** ist das wirtschaftliche Interesse eines Ast. an dem Verfahrensergebnis, letztlich also seine Gewinnerwartung bei Erteilung des Zuschlags. Aufgrund der Besonderheiten der Rabattvertragskonstruktion im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung existiert eine konkret bezifferte Bruttoauftragssumme nicht. Zur Ermittlung der Bruttoauftragssumme ist hier jedoch auf den näherungsweise ermittelten **Angebotswert** abzustellen. Dabei kann bei Fehlen eines eigenen Angebots auf den Durchschnittspreis aller vorliegenden Angebote abgestellt werden. Des weiteren ist bei Vergabeverfahren, bei denen mehrere Bieter als Zuschlagsempfänger vorgesehen sind, die Auftragssumme grundsätzlich entsprechend der Anzahl der in Betracht kommenden Zuschlagsempfänger zu teilen.

Die **Vergabekammer** Bund, Beschl. v. 07.10.2009 – VK 3-142/09 - setze die Gebühr für das Nachprüfungsverfahren auf 11.800 € fest, das **LSG** setzte die Gebühr auf sofortige Beschwerde der Ag. auf 4.800 € fest..

4. LIEFERUNG VON SONDENNAHRUNG: AUSSCHLUSSFRIST UND MEHRWERTSTEUERSATZ

LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2010 – L 1 KR 304/09 –

RID 10-03-154

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 3 KR 21/10 B
SGB V §§ 69

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

Leitsatz: Ist vertraglich geregelt, dass Forderungen aus Vertragsleistungen nach Ablauf eines Jahres nicht mehr erhoben werden können, so liegt eine **materielle Ausschlussfrist** vor. Diese erfasst auch die Forderung auf Mehrwertsteuererstattung, und zwar unabhängig davon, ob - wie im Fall der Sondennahrung - der anzuwendende Mehrwertsteuersatz im Lieferzeitraum streitig war.

SG Gießen, Urt. v. 21.09.2009 - S 6 KN 84/06 KR - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zum Anspruch auf Zahlung der Umsatzsteuer s. *BSG, Urt. v. 03.03.2009 – B 1 KR 7/08 R –* USK 2009-4 = NZS 2010, 154 u. *BSG, Urt. v. 17.07.2008 - B 3 KR 18/07 R –* SozR 4-2500 § 69 Nr. 6.

5. HILFSMITTELERBRINGER

A) KEINE PFLICHT ZUR AUSSCHREIBUNG FÜR HILFSMITTELVERTRÄGE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.04.2010 – L 21 KR 69/09 SFB –

RID 10-03-155

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33, 127, 128; GWB §§ 97, 98

Für eine Auswahlentscheidung (und damit gleichzeitig für die Annahme eines öffentlichen Auftrages) ist kein Raum, wenn Verträge nach Maßgabe des § 127 II SGB V geschlossen werden.

Die Ag. machten auf der Homepage der Ag. zu 1) ihre Absicht bekannt, bundesweite und regionale Verträge nach § 127 II SGB V über die Versorgung ihrer Versicherten mit Rollatoren/Deltarädern, Medikamentenverneblern für die unteren Atemwege, Inkontinenzhilfen und Blutdruckmessgeräten zu schließen. Die Ast. betreibt ein Sanitätshandelsunternehmen. Sie beanstandet, dass die Ag. mit den Beigel. Verträge über die Lieferung von Hilfsmitteln ohne europaweite Ausschreibung abgeschlossen haben. Die 3. *Vergabekammer des Bundes*, Beschl. v. 12.11.2009 VK 3 - 193/09 – stellte fest, dass die aufgrund der „Bekanntmachung einer Vertragsabsicht nach § 127 Abs. 2 Satz 3 GWB“ vom 03.09.2009 zwischen den Ast. zu 1) und 2) sowie den Beigel. zu 1) bis 65) geschlossenen Verträge nichtig seien und gab dem Ag. auf, bei fortbestehender Beschaffungsabsicht ein Vergabeverfahren durchzuführen. Das *LSG* hob auf die sofortige Beschwerde der Ag. und der Beigel. zu 63) den Beschluss auf und wies den Nachprüfungsantrag zurück.

B) HILFSMITTELVERZEICHNIS: TEILKOMponentEN EINES KOMPLEXEN HILFSMITTELSYSTEMS

AA) IMEG-PATIENTEN-MONITOR

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.02.2010 – L 9 KR 54/06 –

RID 10-03-156

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33, 139; SGB IX § 31

Leitsatz: Sachenrechtlich selbständige Teilkomponenten eines komplexen Hilfsmittelsystems (hier: Patienten-Monitor als Teil eines Systems zur Überwachung einer möglichen Organabstoßung nach einer Transplantation), deren Wirkung nur im Zusammenhang mit dem Gesamtsystem eintritt, stellen kein Hilfsmittel dar, das in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V eingetragen werden könnte.

Die Kl. erstrebt die Aufnahme des so genannten IMEG-Patienten-Monitors in das vom Bekl. geführte Hilfsmittelverzeichnis. Dieses Gerät ist **Teil eines Intramyokardialen Elektrogramms (IMEG)**, welches der **Überwachung einer möglichen Organabstoßung** nach einer Herz- oder Herz-Lungen-Transplantation dient. Zur Anwendung dieser elektrophysiologischen Methode ist die Implantation eines telemetriefähigen Herzschrittmachers und zweier epikardialer Schraubelektroden während der Transplantation erforderlich. In der dann folgenden postoperativen Überwachungsphase kann über eine Empfangsspule – diese gleicht derzeit äußerlich einer „Fliegenklatsche“ – das IMEG beider Herzventrikel in das am Patientenbett stehende streitgegenständliche Monitorgerät übertragen werden, welches den Amplitudenwert bestimmter Ausschläge im Elektrokardiogramm – der sog. QRS-Komplexe – speichert. Die Daten, die sich bei den bis zu 40 Messungen (von jeweils 16 Sekunden Dauer) pro Nacht ergeben, werden von einem in den Monitor integrierten Modem täglich per Telefonleitung von der Wohnung des Patienten in das Transplantationszentrum bzw. die Praxis des nachbehandelnden Vertragsarztes übertragen. Die anhand dieser Daten per Computer erstellte Grafik erlaubt eine Aussage zur Abstoßungssituation: Ein mindestens 3 Tage anhaltendes Abfallen der QRS-Komplexamplitudenwerte um mehr als 8 % über die individuelle Variabilität begründet den Verdacht einer akuten Abstoßung und führt zu weiterer Diagnostik und Therapie. Gefertigt wird der IMEG-Patienten-Monitor (Modell Hz 9) von der Firma PN E. **Hersteller** des implantierbaren Herzschrittmachers als weiterer Produktkomponente ist die St. J GmbH mit Sitz in N. *SG Berlin*, Urt. v. 13.12.2005 – S 87 KR 3017/04 – verpflichtete „den IMEG-Patienten-Monitor“ mit Telefonmodem in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V aufzunehmen, das *LSG* wies die Klage als unzulässig, bei unterstellter Zulässigkeit auch als unbegründet ab.

BB) TEIL EINES HERZUNTERSTÜTZENDEN SYSTEMS: ANTRIEBSEINHEIT EXCOR

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.02.2010 – L 9 KR 18/08 –

RID 10-03-157

Revision zugelassen

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33, 139; SGB IX § 31

Die mobile Antriebseinheit „Excor“ kann für sich genommen die durch die §§ 33 SGB V, 31 SGB IX vorgegebenen Ziele weder ganz noch teilweise erreichen. Eine Zerlegung des nur insgesamt wirkenden Systems in seine einzelnen Komponenten würde dem final ausgerichteten Begriff des Hilfsmittels nicht gerecht werden. Da der verfolgte Zweck allein durch die Antriebseinheit nicht bewirkt werden kann, fehlt ihr die Hilfsmittleigenschaft.

Die Kl. stellt das **extrakorporale Herzunterstützungssystem „B Heart Excor“** her, das den Kreislauf mechanisch unterstützt. Es wird eingesetzt, 1) wenn sich die Herzfunktion eines Patienten während der Wartezeit auf ein menschliches Spenderherz akut verschlechtert und er den Zeitraum bis zur Transplantation nicht überleben würde, 2) die Möglichkeit besteht, dass es durch eine vorübergehende Entlastung zu einer Erholung des Herzmuskels und damit zur Heilung kommt, oder 3) ein Patient kein Spenderherz empfangen kann und das Unterstützungssystem dauerhaft eingesetzt werden soll. Das natürliche Herz des Patienten bleibt dabei erhalten und das **System**, bestehend aus einer **Blutpumpe, Silikonkanülen und einem Pumpenantrieb**, übernimmt einen Teil der Arbeit des Herzens. Die Silikonkanülen werden dem Patienten im Rahmen einer stationären Behandlung implantiert, während die Blutpumpe sowie der Pumpenantrieb extrakorporal zum Einsatz kommen. Die Operation wird durch das Krankenhaus nach DRGs abgerechnet. Für die Implantation des herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, und die extrakorporale Pumpe sieht die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser in der Anlage 4 ein Zusatzentgelt vor (ZE 22 mit OPS-Code 5-376-20). Während einer stationären Behandlung erfolgt der Antrieb durch das von der Klägerin hergestellte immobile Antriebssystem „Ikus“. Die streitgegenständliche und ebf. von der Kl. hergestellte mobile **Antriebseinheit „Excor“**, europaweit zugelassen, kann der Patient auf einem Wagen (Caddy) bei sich führen. Ihm wird damit eine Entlassung in die häusliche Umgebung ermöglicht. *SG Berlin*, Urt. v. 18.10.2006 – S 73 KR 3025/04 – gab der Klage statt und verurteilte die Spitzenverbände, das Produkt „Antriebseinheit Excor“ in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen. Das *LSG* wies die Klage ab.

C) BEITRITT ZU HILFSMITTELVERSORGUNGSVERTRAG

SG Dresden, Beschl. v. 01.06.2010 – S 15 KR 119/10 ER –

RID 10-03-158

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 127 IIa; SGG § 197a; GKG § 50 II

Leitsatz: 1. Ein **Beitritt** zu einem bereits mit einem anderen Leistungserbringer geschlossenen **Hilfsmittelversorgungsvertrag** ist frühestens zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem sämtliche Voraussetzungen vorliegen.

2. Der **Krankenkasse** bzw. deren Arbeitsgemeinschaft obliegt die Verpflichtung zur Prüfung der Wirksamkeit des Beitritts.

3. Der **Streitwert** richtet sich nach dem angestrebten Gewinn.

Die **Ast.** vertreibt seit 2008 mit Insulinpumpen inkl. Zubehör und Blutzuckermessgeräten für Diabetiker Medizinprodukte der Produktgruppen 03 (Applikationshilfen) und 21 (Messgeräte für Körperzustände) sowie Blutzuckergeltungsstreifen. Von den Gesamtumsätzen für die Jahre 2008 und 2009 von 1.916.273 € bzw. 6.065.843 € entfielen Umsätze mit den beigel. Krankenkassen in Höhe von 30.064 € bzw. 146.648 €. Die **Ag.** ist eine als Aktiengesellschaft handelnde **Dienstleistungsgesellschaft**; Aktionäre sind die angeschlossenen beigel. **Betriebskrankenkassen**. Die **Ag.** schloss ohne Ausschreibung am 04.02.2009 mit einem anderen Leistungserbringer, der **M. GmbH**, einen Vertrag über Abgabe von u.a. auch Insulinpumpen und Zubehör sowie Blutzuckerteststreifen und Blutzuckermessgeräte ab. Die **Ag.** lehnte einen Vertragsbeitritt ab, weil eine (Alt)Kassenzulassung, welche die **Ast.** grundsätzlich bis 30.06.2010 präqualifiziert ausweise, nicht in den Unterlagen enthalten sei und forderte sie zu Vertragsverhandlungen auf. Das **SG** stellte im Wege der einstweiligen Anordnung fest, dass die **Ast.** zum Vertrag zwischen der **Ag.** und der **M. GmbH**, vom 04.02.2009 über die Abgabe von Hilfsmitteln gemäß § 127 II SGB V (Insulinpumpen und Zubehör sowie Blutzuckerteststreifen und Blutzuckermessgeräte) am 15.03.2010 beigetreten ist.

6. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

A) HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE „RUND UM DIE UHR“

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.01.2010 - L 4 KR 332/07 -

RID 10-03-159

Revision anhängig: B 3 KR 2/10 R
SGB V § 37 II 1; SGB XI § 14 IV; SGG §§ 86, 96, 99

juris

Tritt bei den Grundpflegemaßnahmen die Behandlungspflege nicht in den Hintergrund, sondern ist sie vorrangig, so ist Behandlungspflege notwendig und kann nicht ein Zeiträumen von 2 Stunden und 15 Minuten, die für die Pflege eines gleichaltrigen gesunden Kindes notwendig sind, abgezogen werden.

SG Hannover, Urt. v. 09.10.2007 – S 38 KR 702/02 - gab der Klage des 1997 geb. Kl., mit der dieser die Übernahme bzw. Erstattung der restlichen Kosten für häusliche Krankenpflege im Umfang von 13 Stunden täglich, siebenmal wöchentlich ab 01.04.2002 bis 30.06.2002 in Höhe von 5.386,78 € begehrte, im Wesentlichen statt, das *LSG* wies die Berufung im Wesentlichen zurück und stellte fest, dass der Bescheid insoweit rechtswidrig ist, als er den Anspruch des Kl. auf die Gewährung von häuslicher Krankenpflege für den Zeitraum vom 01.04.2002 bis 30.06.2002 auf 10 Stunden und 36 Minuten täglich begrenzt hat. Es wird festgestellt, dass der Kläger gegen die Beklagte in diesem Zeitraum Anspruch auf die Gewährung häuslicher Krankenpflege im Umfang von 13 Stunden täglich, siebenmal wöchentlich hatte.

B) VEREINBARUNG ÜBER EINSATZ QUALIFIZIERTEN PERSONALS

LSG Sachsen, Urt. v. 18.12.2009 - L 1 KR 89/06 -

RID 10-03-160

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 37, 132, 132a; BGB §§ 812 ff.

Wird in einem Vertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege geregelt, dass geeignete Pflegekräfte für die **Behandlungspflege Krankenschwestern/pfleger** sowie Kinderkrankenschwestern/pfleger sind, so kann hierfür nicht ein weniger qualifiziertes Personal eingesetzt werden. Ein Vergütungsanspruch entsteht dann nicht. Ein Wertersatz gemäß § 818 II BGB ist nach der BSG-Rspr. aber dann ausgeschlossen, wenn sich aus Gründen der Sicherstellung ordnungsgemäßer Leistungserbringung ein Vorteilsausgleich zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer verbietet.

SG Leipzig, Urt. v. 08.06.2006 – S 8 KR 30/05 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

C) KEIN UNTERLASSUNGSANSPRUCH NACH WETTBEWERBSRECHT

LSG Sachsen, Beschl. v. 17.06.2010 - L 1 KR 78/09 B ER -

RID 10-03-161

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 37, 69, 132; GWB §§ 19 I, 20 I, II, 33; SGG § 86b II; BGB §§ 823, 1004

Ein Unternehmen zur häuslichen Krankenpflege kann sich nicht auf § 19 I, II GWB i.V.m. § 33 I GWB berufen, wenn die **Krankenkasse** bereits **keine marktbeherrschende Stellung** besitzt. Eine **Wiederholungsgefahr** ist dann nicht an den strengen wettbewerbsrechtlichen Grundsätzen, sondern nach den Möglichkeiten der Widerlegung der Vermutungswirkung für den deliktischen Unterlassungsanspruch zu prüfen.

Hat eine Krankenkasse einen **Gutachtauftrag** erteilt, um sich einen Überblick über die **pflegerische Versorgung der Versicherten** zu verschaffen (mit dem Ziel der Qualitätssicherung und ggf. -verbesserung), weil hier bei der Versicherten ausnahmsweise Panikattacken mit dem Gefühl, alsbald ersticken zu müssen, auftraten, obwohl die objektiven pulmologischen Werte nach dem Maßstab einer künstlichen Beatmung völlig in Ordnung waren, so sind diese Motive nicht zu beanstanden, zählen sie doch zu den Aufgaben einer Krankenkasse.

SG Dresden, Beschl. v. 23.04.2009 – S 25 KR 119/09 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde mit dem Antrag, der Bg. vorläufig, längstens bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren, zu verpflichten, es zu unterlassen, II.1. wörtlich oder sinngemäß zu behaupten, dass II.1.1. für Wettbewerber der Bf. (ambulante Krankenpflegedienste gem. § 132 a; § 37 SGB V) tätiges Personal regelmäßig Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung oder diesen Leistungen entsprechende Leistungen erbringe, II.1.2. eine optimale Versorgung der Frau M1 durch den Pflegedienst der Ast. nicht erfolge, II.1.3. Wettbewerber der Bf. unabhängige Sachverständigengutachten über die Versorgungssituation von Patienten der Antragstellerin erstellen könnten, II.2. Wettbewerber der Bf., insb. die R., mit der Erstellung von Sachverständigengutachten in Bezug auf die von der Bf. Versicherten der Bg. zur Verfügung gestellten Hilfen in ihrer Gesamtheit zu beauftragen, zurück.

D) ABGRENZUNG MEDIKAMENTENGABE/INHALATION

LSG Bayern, Urt. v. 21.05.2010 – L 4 KR 307/08 –

RID 10-03-162

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 37, 69, 132a; Häusliche KrankenpflegeRL

Um eine **Medikamentengabe** handelt es sich dann, wenn das Medikament in Form eines Aerosols über ein Dosier-Aerosol oder mittels eines sog. Halers verabreicht wird. Demgegenüber versteht man unter einer „**Inhalation**“ mittels verordneter Inhalationshilfe eine Inhalationsbehandlung, bei der ein kontinuierlicher Aerosolstrom erzeugt wird mittels spezieller Geräte - Düsenvernebler, Ultraschallvernebler, Überdruckinhalationsgeräte. Hierbei wird das Medikament in flüssiger Form in das Gerät eingebracht und vom Patienten über ein Mundstück oder eine Nasen- oder Mundmaske inhaliert, wobei der Inhalationsvorgang eine längere Zeitspanne in Anspruch nimmt, in der Regel 5 bis 10 Minuten, währenddessen der Patient über das Mundstück, bzw. die Maske ein- und ausatmet.

Für die Verabreichung der Medikamente Formotop 12 und Cyclocaps Budesonit bedarf es keiner gesonderten „Applikationshilfe“, da Bestandteile der Medikamente ein Cyclohaler bzw. ein Pulverinhalator ist.

SG Landshut, Urt. v. 10.10.2008 – S 4 KR 189/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. AUSSCHREIBUNG VON KRANKENFAHRTEN AUF INTERNETPLATTFORM

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 01.07.2010 – L 5 KR 253/10 B ER –

RID 10-03-163

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69, 133 I 5, III; SGG § 86b II; §§ PBefG § 51 II; GG Art. 3 I, 12 I; GWB § 101

Eine Krankenkasse kann auf einer Internetplattform deutschlandweit Krankenfahrten – ausgenommen Patientenfahrten in einem Pflichtfahrbereich, § 51 I PBefG – ausschreiben.

SG Münster, Beschl. v. 12.04.2010 - S 17 KR 94/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

X. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 22.06.2010 – *B 1 A 1/09 R* – muss eine Satzungsänderung nicht genehmigt werden, die eine vom Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen abhängige **Staffelung der Prämien** für ihre Versicherten vorsieht; die Staffelprämie verstößt gegen § 53 II SGB V; das Gesetz bestimmt abschließend, dass nur die völlige ganzjährige Nichtinanspruchnahme einschlägiger Leistungen zu Prämienzahlungen berechtigt: Es gilt das „Alles oder Nichts-Prinzip“.

Zur BSG-Rspr. s. zuletzt RID 09-04-B XI (S. 62).

1. KEINE RÜCKWIRKENDE ZULASSUNG EINES DMP-PROGRAMMS

LSG Bayern, Urt. v. 25.03.2010 - L 4 KR 169/08 -

RID 10-03-164

Revision anhängig: *B 1 KR 14/10 R*

juris

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1, 137f, 137g I 1, 6 u. 7; RSAV §§ 28b, 28c, Anl. 3 Nr. 1.4.3.6

Eine **nicht als RSA-verordnungsfähige Behandlungsform anerkannte Methode** kann genauso wenig innerhalb eines DMP zugelassen werden wie eine neue Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung nach §§ 92, 135 vor ihrer Zulassung durch den GBA (BSG v. 19.02.2002 – SozR 3-2500 § 135 Nr. 22).

Eine **Krankenkasse** darf sich **darauf verlassen**, vom Hoheitsträger **alles das an Fehlern mitgeteilt zu erhalten**, was jener verbessert haben will. Er darf nicht mit einem Teil seiner Mängelrügen zunächst „hinter dem Berg“ halten. Geschieht dies dennoch, so fehlt es an **gesetzlichen Konsequenzen**. Nach § 137g I 7 SGB V müssen die mit den Leistungserbringern (Krankenhäuser und Vertragsärzte) geschlossenen Verträge in Einklang mit der RSA-VO stehen. Die Instrumente der Billigkeit wie ein Herstellungsanspruch o.a. reichen nicht aus, das BVA zu zwingen, bei nicht vollständiger Erfüllung aller Voraussetzungen das DMP zuzulassen.

Im Juli 2004 beantragte die Kl. bei der Bekl. die Zulassung des von ihr aufgestellten Behandlungsprogramms „Curaplan Brustkrebs“ gemäß § 137f I 1 SGB V. Beigefügt war der „KV-Vertrag“ sowie eine Rahmenvereinbarung mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft. Im **KV-Vertrag** war in der Rubrik Qualitätssicherung zur Sicherstellung der Axilladissektion bei invasiven Tumorstadium in der Spalte „Qualitätssicherungsindikator“ die Formulierung „möglichst viele Behandlungsfälle mit Entfernung von mindestens zehn Lymphknoten bei Axilladissektion bei allen invasiven Karzinomen (außer Patientinnen in Studien zur Sentinel-Lymphknotenbiopsie)“ – im Folgenden: „SLB“ oder „Klammerzusatz“ – aufgenommen worden. Dieselbe Formulierung fand sich in der **Rahmenvereinbarung**. Der Rahmenvereinbarung selbst war vorangestellt, dass der KV-Vertrag Vertragsgrundlage sei. Im August 2004 kam es zur Streichung des Klammerzusatzes im KV-Vertrag, was zusammen mit weiteren Änderungen am 10.09.2004 Eingang in den

förmlich vereinbarten Nachtrag zum KV-Vertrag vom 01.04.2004 fand. Eine Information darüber an die Bekl. erfolgte erst Anfang April 2005. Nicht überarbeitet wurde der Rahmenvertrag mit der Krankenhausgesellschaft. Am letzten Tag vor Ablauf der gesetzlichen Dreimonatsfrist, dem 15.10.2004, bestätigte die Bekl. den Eingang des Antrages und monierte Mängel an den Datenflussmodellen, dem KV-Vertrag und dem Rahmenvertrag, die sie im Einzelnen auflistete; u.a. sollte der Klammerzusatz gestrichen werden. Mit streitigem Bescheid vom 29.07.2005 erteilte die Bekl. die zunächst nur bis 11.04.2008 geltende **Zulassung mit Wirkung vom 12.04.2005**. Die bemängelte SLB habe nicht in Einklang mit den Vorgaben der Verordnung zum Risikostrukturausgleich gestanden. Daher habe die **Rückwirkung der Zulassung nur bis zum Zeitpunkt der Änderung des Rahmenvertrages am 12.04.2005** erfolgen können. Am 21.06.2005 fasste der GBA einen Beschluss, wonach ab 01.02.2006 die von der Bekl. beanstandete SLB zu diesem Zeitpunkt mit in die RSA-Verordnung aufgenommen werde. Mit ihrer **Klage** begehrte d. Kl. die **Zulassung bereits zum 12.07.2004**. **SG München**, Urt. v. 22.02.2008 - 44 KR 905/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. KEINE DRITTANFECHTUNG DER GENEHMIGUNG EINER KASSENFUSION

LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 09.07.2010 – L 5 KR 7/10 ER –

RID 10-03-165

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 146a, 147 ff., 155, 172 I, 207 IIa; SGG § 86b I, II

In den Fällen der **vollzogenen Errichtungsgenehmigung** (hier: Fusion einer AOK mit einer IKK) steht das Gericht einer bereits eingetretenen Wirklichkeit gegenüber. Damit gelten andere Regeln als in den Fällen, in denen es um die Erteilung einer Genehmigung bzw. um die Anfechtung einer ablehnenden Genehmigungsentscheidung geht. Das bedeutet, dass bei der gerichtlichen Feststellung, die Krankenkasse habe mangels der materiell-rechtlichen Voraussetzungen für die Errichtung nicht genehmigt werden dürfen, statt der **Aufhebung der Genehmigung eine Verpflichtung der zuständigen Stelle zur Schließung** geltend gemacht werden muss, in deren Folge es zu der auch für die Ortskrankenkassen geltenden (§ 146a S. 3 SGB V) Abwicklungsregelung in § 155 SGB V kommt. Das Gericht hat dann die Verpflichtung zur Schließung auszusprechen. Die **Anfechtungsklage** ist in dem Fall unzulässig und der auf Aufhebung gerichtete Hauptantrag abzuweisen, weil damit die Existenz der Kasse nicht mehr rückwirkend vernichtet und ihr Fortbestand auch nicht für die Zukunft beseitigt werden kann (BSG SozR 2200 § 253 Nr. 2).

Staatsaufsicht erschöpft sich regelmäßig allein in der Wahrung der Gleichgewichtslage zwischen Staat und einer Selbstverwaltungskörperschaft und dient nicht dem **Individualinteresse Dritter**, auch anderer öffentlich-rechtlicher Körperschaften. Ebenso wenig wie ein Dritter daher Ansprüche gegen eine Aufsichtsbehörde auf ein aktives Einschreiten gegen die der Aufsicht unterstellte Krankenkasse daraus ableiten kann, dass über den Inhalt materiell-rechtlicher Normen gestritten wird, die (möglicherweise auch) den Schutz des Dritten zum Gegenstand haben, kann sich der Dritte gegen einen Bescheid der Aufsichtsbehörde wenden, mit dem der Krankenkasse ein bestimmtes Handeln abverlangt wird (BSG SozR 4-2400 § 35a Nr. 1). Nichts anderes gilt im Verhältnis zu anderen Krankenkassen.

Eine Krankenkasse oder ein Landesverband werden durch die Genehmigung einer Fusion zweier anderer Krankenkassen nicht unmittelbar in ihren Rechten betroffen und haben daher **keine Klage- bzw. Antragsbefugnis**.

Im Jahre 2007 fusionierten der IKK-Landesverband Nord und der IKK-Landesverband Niedersachsen zum heutigen Ast. zu 1). Dabei umfasste der neue Landesverband die Bundesländer Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen. Ihm gehörten zunächst die IKK-Direkt, die IKK-Niedersachsen, die IKK-Weser-Ems und die Ast. zu 2) an. Im Jahre 2008 fusionierten die IKK-Weser-Ems mit der HKK-Bremen zur heutigen HKK und im Jahre 2009 die IKK-Direkt mit der Techniker-Krankenkasse zur heutigen Techniker-Krankenkasse. Die Rechtmäßigkeit dieser Fusion ist Gegenstand des Verfahrens L 5 KR 91/09 KL, anhängig beim beschließenden Senat. **Damit gehörten dem Ast. zu 1) seit 2009 zunächst nur die Ast. zu 2) und die IKK Niedersachsen an**. Nach ihren Angaben beschloss die Ast. zu 2), sich aufgrund der Verschuldung der IKK-Niedersachsen von dieser zu trennen. Zu diesem Zweck beschloss der Verwaltungsrat die Verlegung ihres Sitzes nach Bremen. Eine Genehmigung seitens des für die Sitzverlegung zuständigen Ministeriums des Landes Schleswig-Holstein erfolgte nicht. Anfang 2010 schlossen die Verwaltungsräte der **IKK-Niedersachsen** und der **AOK-Niedersachsen** gleichlautende **Vereinigungsbeschlüsse**, jeweils unter dem Vorbehalt des Ergebnisses der kartellrechtlichen Zusammenschlusskontrolle und beantragten die Genehmigung der Fusion bei den Ag. Der Ast. zu 1) wies darauf hin, dass die Fusion seine Auflösung und die Rechtsnachfolge durch die Ast. zu 2) zur Folge habe. Die **Ag. genehmigten die Fusion**, der Ag. zu 2) unter dem Vorbehalt der kartellrechtlichen Zusammenschlusskontrolle. Die Ast. erhoben **Anfechtungsklage** gegen die Fusionsgenehmigungsbescheide (L 5 KR 24/10 KL). Die Ag. ordneten die **sofortige Vollziehung** an. Das **LSG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (Feststellung, dass die Fusionsgenehmigungsbescheide nichtig sind, hilfsweise, dass die Klage gegen die Fusionsgenehmigungsbescheide aufschiebende Wirkung hatten) ab.

3. RECHTSWEG ZU SOZIALGERICHTEN: AUSKUNFTSBECHLUSSE DES BUNDESKARTELLAMTES

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.06.2010 – L 11 KR 199/10 KL –

RID 10-03-166

Beschwerde zum BSG zugelassen und anhängig: B 1 SF 2/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 241 I, II 2, 270, 271 I; SGG § 51 I Nr. 2; GWB § 63; GVG §§ 17 I 2, 17a II 1, III 2; SGB IV § 87 I

Bei der **Anfechtung eines Auskunftsbeschlusses des Bundeskartellamts** gegen eine gesetzliche Krankenkasse handelt es sich um eine **öffentlich-rechtliche Streitigkeit**, da sich die Krankenkasse gegen behauptete Eingriffe in ihr krankenversicherungsrechtlich garantiertes Selbstverwaltungsrecht wendet.

§ 63 GWB enthält keine § 51 SGG verdrängende **Rechtswegzuweisung**.

Am 25.01.2010 fand in Berlin eine **Pressekonferenz** zum Thema „**Finanzentwicklung in der GKV - Einstieg in den Zusatzbeitrag**“ statt, an der neben dem Vorstandsvorsitzenden der Kl. weitere Vorstandsvorsitzende bzw. -mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen, der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-Bundestagsfraktion, ein Vertreter des Patientenverbandes DGVP e.V. sowie der Direktor des Institutes für Gesundheitsökonomik teilnahmen. Die anwesenden Vertreter der Krankenkassen gaben eine **Presseerklärung** mit der Überschrift „**2010 werden Zusatzbeiträge zur Regel**“ ab. Die **klagende BKK** beschloss am 27.01.2010 einen **Zusatzbeitrag** nach § 242 I SGB V von pauschal 12 € monatlich, maximal jedoch 1 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Die **Aufsichtsbehörde** - das Ministerium für Arbeit, für Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen - **genehmigte** am selben Tag die Satzungsänderung. In der Folgezeit beschlossen **weitere Krankenkassen**, deren Vertreter an der Pressekonferenz am 25.01.2010 teilgenommen hatten, ebenfalls die **Erhebung von Zusatzbeiträgen**. Mit **Auskunftsbeschluss** vom 17.02.2010 gab das **Bundeskartellamt** u.a. der Kl. zur Prüfung eines möglichen Verstoßes gegen § 1 GWB auf, bis spätestens 10.03.2010 bestimmte Fragen zu beantworten und Daten bzw. Unterlagen zu übermitteln, weil der Verdacht bestehe, dass über den Zeitpunkt und die Höhe der Beitragshebungen im Sinne des § 1 GWB eine unzulässige Vereinbarung zwischen den beteiligten Unternehmen getroffen worden sei, diese sich zumindest aber über die gemeinsame Ankündigung der erstmaligen Erhebung der Zusatzbeiträge im Sinne des § 1 GWB abgestimmt hätten. Die **Aufsichtsbehörde** verpflichtete die Kl. mit Bescheid vom 08.03.2010, den Auskunftsbeschluss im Rechtsweg anzugreifen und bei zukünftigen Maßnahmen des Bundeskartellamtes davon auszugehen, dass Krankenkassen in Angelegenheiten der Sozialversicherung, insbesondere der Beitragsbemessung, keine Unternehmen im kartellrechtlichen Sinne seien und auch nicht im kartellrechtlich-relevanten Sinn handelten, soweit sich nicht durch eine Änderung der Rechtslage etwas anderes ergebe. Diesen Bescheid hat die Klägerin angegriffen (LSG NRW - L 11 KR 200/10 KL -). Auch den Auskunftsbeschluss hat die Kl. mittels Klage angegriffen. Das Bundeskartellamt leitete eine Beschwerde an das OLG Düsseldorf - VI Kart 4/10 - weiter. Das **LSG** stellte die Zulässigkeit des Rechtswegs zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit fest.

LSG Hessen, Beschl. v. 01.06.2010 – L 1 KR 89/10 KL –

RID 10-03-167

Beschwerde zum BSG zugelassen und anhängig: B 1 SF 1/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 51; GWB § 63

Leitsatz: 1. Rügt ein Sozialversicherungsträger die Verletzung seines Selbstverwaltungsrechts aus § 29 SGB IV durch eine Maßnahme des Bundeskartellamtes, so ist für die Klage der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit unabhängig von der Natur der Rechtsgrundlage eröffnet, die einen Eingriff rechtfertigen könnte.

2. Zur Auflösung eines **Normkonflikts** zwischen § 51 Abs. 1 SGG und § 63 GWB.

Im Januar 2010 kündigten mehrere Krankenkassen bei einem gemeinsamen Presseauftritt die Erhebung von Zusatzbeiträgen an. Wegen des Verdachts der unerlaubten Preisabsprache leitete das Bundeskartellamt förmliche Verfahren ein und erließ am 17.02.2010 gegenüber den Krankenkassen entsprechende Auskunftsbeschlüsse. Die BKK Gesundheit sieht ihr Selbstverwaltungsrecht als Träger der Sozialversicherung verletzt und hat Klage vor dem LSG erhoben. Das Kartellamt hingegen hält das OLG für zuständig.

XI. Auskunftsanspruch gegen KV über Krankenbehandlungsdaten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.05.2010 – L 5 KR 153/09 –

RID 10-03-168

Revision anhängig: B 1 KR 12/10 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 305 I; BDSG § 19 I; SGB X § 83

Für die Klage eines Versicherten auf Erteilung einer Auskunft über gespeicherte Sozialdaten durch eine Kassenärztliche Vereinigung sind die **Spruchkörper für Krankenversicherung** zuständig. § 83 SGB X wird nicht durch die Regelung gemäß § 305 SGB V verdrängt.

Der 1972 geb. Kl. bat um Auskunft, welche medizinischen Leistungen während seiner Mitgliedschaft (2001-2005) für ihn abgerechnet worden seien. Er benötige diese Angaben, weil er bei der Beantragung einer Berufsunfähigkeitsversicherung Angaben zu den medizinischen Behandlungen der letzten fünf Jahre machen müsse. Die **Krankenkasse** wandte sich daraufhin mit dem Begehren, dem Kläger Auskunft über die Arztbesuche und Abrechnungen der letzten fünf Jahre zu geben, an die **bekl. KV**, die eine Versichertenauskunft gemäß § 305 I SGB V für das Jahr 2004 erteilte und die Daten für I/05 nach deren Vorliegen ankündigte. Daten für Zeiten vor 2004 könnten nicht übermittelt werden, da nur die Verpflichtung zur Auskunft für das jeweils letzte Geschäftsjahr bestehe. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 12.08.2009 – S 14 KA 316/06 - verurteilte d. Bekl., dem Kl. Auskunft über die bei ihr für das Jahr 2003 über den Kl. gespeicherten Sozialdaten zu geben und wies die Klage im Übrigen ab, das *LSG* wies die Berufung zurück.

XII. Verfahrensrecht/Kosten/Streitwert

1. KLAGE IM EIGENEN NAMEN DER MUTTER FÜR KIND UNZULÄSSIG

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 05.11.2009 – S 21 KR 1271/08 –

RID 10-03-169

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§10, 13 II, III

Leitsatz: Die Klage ist unzulässig, wenn ein Kostenerstattungsanspruch des Kindes aus der Familienversicherung ausschließlich im eigenen Namen der Mutter geltend gemacht wird.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. ABLEHNUNG EINER SACHVERSTÄNDIGEN

LSG Bayern, Beschl. v. 23.02.2010 – L 2 KR 201/09 B –

RID 10-03-170

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 118 I; ZPO §§ 406 II 1, 411 I, 426 II 1

Leitsatz: 1. Zur **Frist** für das Gesuch auf Ablehnung eines Sachverständigen.

2. Bei der Wortwahl in einer Stellungnahme eines Sachverständigen auf Einwände eines Beteiligten sind dem Gutachter in gewissem Umfang **emotionale Äußerungen** zuzugestehen.

SG München, Beschl. v. 17.04.2009 - - wies das Gesuch auf Ablehnung der Sachverständigen Dr. S. wegen Besorgnis der Befangenheit zurück; das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

3. STREITWERT: AUSKUNFTSANSPRUCH BEI UNKLARER HAUPTFORDERUNG

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 22.04.2009 – L 1 KR 60/09 B –

RID 10-03-171

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG § 52 I, II

Ausschlaggebend für die Festsetzung des Streitwerts ist das **Interesse** der Klägerin an dem Auskunftsanspruch, wenn eine Bezifferung des Klageantrags erst nach Erfüllung des Auskunftsanspruchs vorgenommen werden kann, das Verfahren sich aber erledigt hat. Dieses Interesse kann zwar unter Umständen den Wert des Leistungsanspruchs erreichen, ist in der Regel jedoch niedriger anzusetzen.

Bei **nicht bezifferbaren Hauptansprüchen** ist ein Betrag von einem Viertel des mutmaßlichen Zahlungsanspruchs als angemessen anzusehen, sofern nicht Besonderheiten vorliegen, die eine höhere Festsetzung erforderlich machen (Anschl. an *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 09.12.2008 - L 4 B 85/08 KR -).

SG Hannover, Beschl. v. 29.01.2009 – S 19 KR 918/08 – setzte den Streitwert auf 1.250 € fest, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

XIII. Entscheidungen des BSG

1. KOSTENERSTATTUNG FÜR STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG IN EU-MITGLIEDSTAAT

BSG, Urt. v. 17.02.2010 – B 1 KR 14/09 R – SozR 4-2500 § 13 Nr. 24

RID 10-03-172

Leitsatz: 1. Erteilt eine Krankenkasse die **Zustimmung zur stationären Behandlung** des Versicherten in einem anderen EG-Mitgliedstaat nur mit der Maßgabe einer Kostenerstattung begrenzt auf die Inlandssätze, steht damit nicht zugleich fest, dass eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung im Inland nicht zu erlangen und deshalb volle Kostenerstattung zu leisten ist.

2. Eine Krankenkasse darf ihrem Versicherten trotz ärztlicher Vorbehandlungen im EG-Ausland und voller Kostenübernahmen dafür auch bei schwerwiegenden gesundheitlichen Risiken die inzwischen **gebesserte Versorgungssituation im Inland** Kosten begrenzend entgegenhalten.

3. Bestimmt sich die Höhe der Kostenerstattung für eine stationäre Auslandsbehandlung nach der **Vergütung** für eine entsprechende Leistungserbringung im **Inland**, errechnet sich der Erstattungsbetrag nach Ablösung der Pflegesatzvergütung ausgehend von den für die Operation einschlägigen Diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG).

2. HÖRGERÄTEVERSORGUNG: FESTBETRAGSREGELUNG

BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R – SozR 4-2500 § 36 Nr. 2

RID 10-03-173

Leitsatz: 1. GKV-Versicherte haben Anspruch auf die **Hörgeräteversorgung**, die die nach dem Stand der Medizintechnik bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlaubt, soweit dies im Alltagsleben einen erheblichen Gebrauchsvorteil bietet.

2. Die **Festbetragsregelung** ermächtigt als Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu Leistungsbegrenzungen nur im Hinblick auf die Kostengünstigkeit der Versorgung, nicht aber zu Einschränkungen des GKV-Leistungskatalogs; kann mit einem Festbetrag die nach dem GKV-Leistungsstandard gebotene Versorgung nicht für grundsätzlich jeden Versicherten zumutbar gewährleistet werden, bleibt die Krankenkasse weiterhin zur Sachleistung verpflichtet.

3. **Gebrauchsvorteile** für die Berufsausübung sind für die GKV-Hilfsmittelgewährung grundsätzlich unbeachtlich (Aufgabe von BSG v. 12.10.1988 - 3 RK 29/87 - SozR 2200 § 182b Nr. 36 und BSG v. 15.11.1989 - 8 RKn 13/88 - SozR 2200 § 182 Nr. 116, Klarstellung zu BSG v. 21.08.2008 - B 13 R 33/07 R - BSGE 101, 207 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 7).

3. BEZIEHUNGEN ZU LEISTUNGSERBRINGERN

A) KRANKENHAUSTRÄGER

AA) ABSCHLAG IN HÖHE VON 0,5% DES RECHNUNGSBETRAGS FÜR STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG

BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1 KR 19/09 R – SozR 4-5562 § 8 Nr. 1

RID 10-03-174

Leitsatz: Der nach dem GKV-WSG bei gesetzlich versicherten Patienten vorzunehmende Abschlag in Höhe von 0,5% des Rechnungsbetrags für stationäre Krankenhausbehandlung mit einer Entlassung nach dem 30.6.2007 ist verfassungsgemäß.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1 KR 20/09 R –*

RID 10-03-175

BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1 KR 24/09 R –

RID 10-03-176

BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1 KR 25/09 R –

RID 10-03-177

BB) KORREKTUR DER SCHLUSSRECHNUNG DURCH KRANKENHAUS

BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 12/08 R – SozR 4-2500 § 109 Nr. 20

RID 10-03-178

Leitsatz: 1. Die **Korrektur einer Schlussrechnung** durch ein Krankenhaus ist innerhalb von sechs Wochen seit Rechnungsstellung grundsätzlich möglich.

2. Nach **Ablauf dieser Frist** kann eine Schlussrechnung nach Treu und Glauben - von offensichtlichen Schreib- und Rechenfehlern abgesehen - gegenüber der Krankenkasse nur noch dann korrigiert werden, wenn die Nachforderung über 100 Euro (ab 25.3.2009: über 300 Euro) liegt und zudem mindestens 5 % des Ausgangsrechnungswerts erreicht.

CC) VERGÜTUNG VON GROßGERÄTELEISTUNGEN SEIT 01.07.1997 OHNE ABSTIMMUNGSPFLICHT

BSG, Urt. v. 10.03.2010 – B 3 KR 15/08 R – SozR 4-2500 § 115a Nr. 1

RID 10-03-179

Leitsatz: Im Rahmen vor- und nachstationärer Krankenhausbehandlungen durchgeführte Maßnahmen mit medizinisch-technischen Großgeräten (hier: Magnet-Resonanz-Tomographien) waren seit dem 1.7.1997 von den Krankenkassen unabhängig davon zu vergüten, ob der Krankenhausträger den Einsatz des Geräts mit den Krankenkassen abgestimmt hatte.

B) ERWEITERTE AMBULANTE PHYSIOTHERAPIE NUR ALS REHABILITATIONSLEISTUNG/ERSTATTUNGSANSPRÜCHE

BSG, Urt. v. 17.02.2010 – B 1 KR 23/09 R – SozR 4-2500 § 40 Nr. 5

RID 10-03-180

Leitsatz: 1. Erbringt ein Rehabilitationsträger in Bejahung seiner Zuständigkeit von Amts wegen Rehabilitationsleistungen, schließt dies **Erstattungsansprüche** nach §§ 103, 104 SGB X nicht aus (Fortentwicklung zu BSG v. 26.06.2007 - B 1 KR 34/06 R - BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 4).

2. **Irrt** ein Rehabilitationsträger, der von Amts wegen Rehabilitationen erbringt, über seine **Zuständigkeit**, begründet dies im Erstattungsverhältnis zu anderen Trägern nur eine nachrangige Zuständigkeit.

3. Versicherte können von ihrer Krankenkasse „**Erweiterte ambulante Physiotherapie**“ nur als Rehabilitationsleistung beanspruchen.

C) KEIN ANSPRUCH AUF ERSTATTUNG DES HERSTELLERRABATTS OHNE VERPFLICHTUNG ZU DESSEN ABFÜHRUNG

BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 14/08 R – SozR 4-2500 § 130a Nr. 5

RID 10-03-181

Leitsatz: Eine **Apotheke**, deren Teilnahme an der Arzneimittelversorgung auf individuellen vertraglichen Vereinbarungen zu einzelnen Krankenkassen beruht und die deshalb keiner gesetzlichen Verpflichtung zur Abführung des Herstellerrabatts unterliegt, hat auch keinen Anspruch auf Erstattung des sog Herstellerrabatts durch den pharmazeutischen Unternehmer.

4. ERSTATTUNGSSTREIT ZWISCHEN RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER UND KRANKENKASSE: REHA-MAßNAHME IM AUSLAND

BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1/3 KR 6/09 R – SozR 4-3250 § 14 Nr. 12

RID 10-03-182

Leitsatz: Begehrt ein **Rentenversicherungsträger** von einer Krankenkasse **Erstattung** für eine nach dem Rentenversicherungsrecht zulässige stationäre medizinische Reha-Maßnahme im Ausland, besteht die erforderliche sachliche Anspruchskongruenz, wenn die betroffene Krankenkasse eine entsprechende Leistung der Art nach hätte erbringen müssen, unabhängig davon, ob ihr nur eine Inlandsleistung möglich gewesen wäre.

5. SCHADENSERSATZANSPRUCH DES BUNDES GEGEN DAS LAND BERLIN (ALG II)

BSG, Urt. v. 15.12.2009 - 1 AS 1/08 KL – SozR 4-1100 Art 104a Nr. 1

RID 10-03-183

Leitsatz: 1. Für einen **Schadensersatzanspruch** des Bundes gegen ein Land wegen fehlerhafter Leistungsgewährung nach dem SGB II ist der Sozialrechtsweg gegeben.

2. **Bund und Länder haften einander** in einem Kernbereich für eine ordnungsgemäße Verwaltung auch ohne das in Art. 104a Abs. 5 S. 2 GG vorgesehene Ausführungsgesetz.

3. Solange **§ 44b SGB II** trotz seiner **Verfassungswidrigkeit übergangsweise anwendbar** ist, haben die zuständigen Träger in ihren Leistungsbereichen die Möglichkeit, bindende allgemeine Verwaltungsvorschriften zu erlassen, ohne dass der jeweils andere Träger dies verhindern kann.

4. Art 104a Abs. 5 S. 1 GG lässt auch bei Schadensersatzansprüchen im Bereich des Haftungskerns eine **Schadensschätzung** zu.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. APPROBATION/BERUFSERLAUBNIS

A) WIDERRUF DER APPROBATION

AA) BERUFSWÜRDIGKEIT EINES ZAHNARZTES/VERURTEILUNG WEGEN BETRUGS

VGH Bayern, *Urt. v. 05.05.2010 – 21 ZB 09.3092 –*

RID 10-03-184

^{juris}

VwGO § 124 II Nr. 1, II Nr. 5; ZHG §§ 2 I Nr. 2, 4 II

Wird die **Untragbarkeit einer weiteren Berufsausübung** bejaht, so bedarf es keiner weitergehenden **Prognose** zu konkret von dem Betroffenen in Zukunft zu erwartenden Verstößen.

Die **Ausübung des zahnärztlichen Berufs**, die entsprechende Einschätzung durch die Patientenschaft und die Öffentlichkeit umfasst nicht nur eine fachlich beanstandungsfreie Behandlung des Patienten, sondern auch die **Einhaltung der sonstigen Berufspflichten**. Zwar mag den Angehörigen der Heilberufe heute nicht mehr in jeder Beziehung eine integrale Lebensführung auferlegt sein und allein die Begehung eines einzelnen Vermögensdelikts durch einen Zahnarzt noch nicht zu dessen Unwürdigkeit führen. Im Hinblick auf das Merkmal der **Berufswürdigkeit** gehört aber auch dazu, alles zu unterlassen, was das Ansehen des Berufsstandes gefährdet. Dieses ist, da das Ansehen und Vertrauen in die Zahnärzteschaft ein Element des wichtigen Gemeinschaftsgutes der Volksgesundheit ist, das als solches vor Gefährdung in Schutz genommen werden muss, zwar nicht um seiner selbst willen, sondern um des Vertrauens willen geschützt, das die Öffentlichkeit den Angehörigen des Zahnarztberufs entgegenbringen soll. Gerade wegen der **besonders vertrauensgeprägten Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient** geht das Gemeinschaftsgut „Gesundheitsversorgung“ und „Gesundheitsschutz“ über den eigentlich zahnmedizinisch-fachlichen Bereich deutlich hinaus. Voraussetzung einer funktionsfähigen Gesundheitsversorgung ist eben auch, dass die Zahnärzteschaft als Ganzes und der einzelne Zahnarzt das für die zuverlässige zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung notwendige Vertrauen in eine nur am Wohl des Patienten orientierte zahnärztliche Berufsausübung besitzt (vgl. VGH Baden-Württemberg v. 27.10.1994, NJW 1995, 804).

Unwürdigkeit ist demnach dann anzunehmen, wenn der Zahnarzt vorsätzlich eine schwere, gemeingefährliche oder gemeinschädliche oder gegen die Person gerichtete, von der Allgemeinheit besonders missbilligte ehrenrührige **Straftat** begangen hat (vgl. VGH Baden-Württemberg v. 28.07.2003, NJW 2003, 3647 ff.). Eine solche Straftat muss nicht unmittelbar im Verhältnis des Zahnarztes zu seinen Patienten angesiedelt sein. Erfasst werden vielmehr auch alle mit der eigentlichen zahnärztlichen Tätigkeit in nahem Zusammenhang stehende Handlungen und ferner, abhängig von der Schwere des Delikts, auch **Straftaten außerhalb des beruflichen Wirkungskreises**, wenn sie zu einem Ansehens- und Vertrauensverlust führen, die den Betroffenen für den zahnärztlichen Beruf als auf absehbare Zeit untragbar erscheinen lassen. So betrachtet die Öffentlichkeit bereits für sich genommen die vorrangig an dem individuellen Gewinnstreben orientierte Berufsausübung eines Zahnarztes kritisch. Sichert sich ein Zahnarzt darüber hinaus gerade durch die Begehung von Straftaten im Rahmen seiner Berufsausübung dauerhaft eine Erwerbsquelle von einem nicht unerheblichen Umfang, so ist das Ansehen des Betroffenen, aber auch der Zahnärzteschaft im Ganzen erheblich beschädigt, zumal die zahnärztliche Tätigkeit insoweit weitgehend keiner Kontrolle unterliegt.

Unwürdigkeit eines Zahnarztes liegt vor, wenn in einem **rechtskräftigen Strafbefehl** 21 selbständige Fälle des **Betrugs** (davon 13 Fälle gewerbsmäßig) gemäß §§ 263 Abs. 1, Abs. 3 Nr. 1 53 StGB nachgewiesen werden, wobei ein Gesamtschaden von 9.151,91 Euro entstanden ist und eine Gesamtstrafe von einem Jahr verhängt wurde, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde.

BB) STRAFURTEIL WEGEN SEXUELLER NÖTIGUNG

VGH Bayern, Urt. v. 21.05.2010 – 21 BV 09.1206 –

RID 10-03-185

juris

VwGO § 124 II Nr. 1, II Nr. 5; ZHG §§ 2 I Nr. 2, 4 II

Die **Unwürdigkeit** eines Zahnarztes ist gegeben, der mit **Strafurteil wegen sexueller Nötigung** einer Minderjährigen, wenn auch in einem minderschweren Fall, zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr, die zur Bewährung ausgesetzt wurde, verurteilt wurde.

Nachdem in der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BVerwG v. 26.09.2002 - 3 C 37/01 -; v. 06.03.2003 - 3 B 10/03 -) geklärt ist, dass sogar die in einem rechtskräftigen Strafbefehl enthaltenen tatsächlichen und rechtlichen Feststellungen regelmäßig zur **Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Entscheidung** gemacht werden dürfen, die auch den Widerruf einer Approbation beinhaltet bzw. bestätigt, gilt das erst recht für Strafurteile, die im Strafverfahren auf der Grundlage einer Hauptverhandlung ergehen (§ 260 Abs. 1 StPO).

Liegt nämlich Berufsunwürdigkeit vor, so lässt das Gesetz für die zulässige **Berücksichtigung individueller Umstände** keinen Raum, was verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist (vgl. auch OVG NRW v. 17.02.2009 - 13 A 2907/08 – juris).

CC) BESITZ VON KINDERPORNOGRAPHISCHEN SCHRIFTEN

VG München, Urt. v. 19.01.2010 – M 16 K 09.4614 –

RID 10-03-186

Berufung zugelassen

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II

Ein schwerwiegendes **außergerichtliches Fehlverhalten** ist gegeben, auch wenn ein Arzt „lediglich“ wegen des **Besitzes von kinderpornographischen Schriften** in zwei selbstständigen Fällen verurteilt wurde, jedenfalls dann, wenn die von dem Arzt gespeicherten Dateien von besonders erheblicher Qualität sind, als sie auch Misshandlungen von Kleinkindern in äußerst abstoßender bzw. erniedrigender Art enthalten. Gerade hierin ist der Berufsbezug zu sehen. Die Leitlinie ärztlichen Handelns liegt in der Linderung von Krankheiten, nicht hingegen im Zufügen von (psychischen) Qualen. Konsumiert ein Arzt derlei Dateien, so wirft dies ein bezeichnendes Bild auf seine innere Einstellung zum Menschen.

Ein **unangemessener Eingriff in die Berufsfreiheit** liegt nicht vor, da der Arzt nach Abschluss des Widerrufsverfahrens eine Erlaubnis nach § 8 BÄO erhalten, daran anschließend die Wiedererteilung der Approbation beantragen und dies ggf. auch im Klagewege geltend machen kann. Es ist nicht unangemessen, den Arzt auf eine bestimmte Zeit - etwa entsprechend der strafgerichtlichen Bewährungsfrist - vom ärztlichen Berufsstand auszuschließen.

Die Rechtsprechungsdefinition der **Unwürdigkeit** zeigt vielmehr, dass der Begriff der Unwürdigkeit als Verlust von Ansehen und Vertrauen zu verstehen ist; dieser Verlust aber kann durchaus durch unbeanstandbares Verhalten während einer gewissen Zeitspanne wieder wettgemacht, enttäushtes Vertrauen wiedergewonnen, beschädigtes Ansehen wiederhergestellt werden.

Der Kl. ist seit 2005 approbierter Arzt, der sich derzeit in Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesie befindet: Er wurde wegen des Besitzes kinderpornographischer Schriften in zwei selbstständigen Fällen zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe von acht Monaten**, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde, verurteilt. Innerhalb der **Strafzumessung** berücksichtigte das **LG** das Geständnis des Kl. erheblich strafmildernd sowie die von ihm gezeigte Schuldeinsicht und die Tatsache, dass er bislang strafrechtlich nicht in Erscheinung getreten sei. Die Taten seien aus einer schwerwiegenden persönlichen Situation in einer Beziehungskrise begangen worden und der Kläger habe sich aus eigenem Antrieb in die Behandlung eines Psychotherapeuten begeben. Ferner sei zu Gunsten des Klägers zu berücksichtigen gewesen, dass er mit berufsrechtlichen Konsequenzen zu rechnen habe. Strafschärfend sei zu berücksichtigen, dass er über eine sehr große Menge kinderpornographischen Materials verfüge und dieses kinderpornographische Material Missbrauchshandlungen gegenüber sehr kleinen Kindern und von hoher Intensität beinhaltet hätte. Innerhalb des Bewährungsausspruchs habe dem Kläger eine positive Sozialprognose gestellt werden können, so dass davon auszugehen sei, dass ihm die Verurteilung zur Warnung diene und von der Begehung weiterer Straftaten abhalte. Die **Bezirksregierung** widerrief die Approbation. Das **VG** wies die Klage ab.

Das **VG** ließ die **Berufung** zu, weil vor dem Hintergrund des schweren Eingriffs in die Berufswahlfreiheit aus Art. 12 I GG einerseits und eines möglichen Wandels der „Unwertvorstellungen“ in der Öffentlichkeit andererseits die Frage klärungsbedürftig erscheine, **ab welchem Schweregrad auch außerberufliches und einmaliges Fehlverhalten des Arztes das Tatbestandsmerkmal der Unwürdigkeit**, das - wie hier - allein zum Entzug der Approbation führen kann und mit dem in seiner Auslegung durch die obergerichtliche Rechtsprechung vor allem Zwecke positiver **Generalprävention** verfolgt werden, nämlich das durch die Verfehlung zerstörte Vertrauen der Öffentlichkeit und der Patienten in den ärztlichen Berufsstand wiederherzustellen und diesen Berufsstand von unwürdigen Ärzten reinzuhalten, erfüllt und den dann nur generalpräventiv begründeten Entzug der Approbation unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit vor Art. 12 I GG rechtfertigt.

DD) RECHTSKRÄFTIGE VERURTEILUNGEN EINES ARZTES

VGH Bayern, Beschl. v. 23.06.2010 – 21 C 10.1013 –

RID 10-03-187

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Allein die **rechtskräftigen Verurteilungen** eines Arztes wegen schwerwiegender berufsbezogener Straftaten der Urkundenfälschung, mittelbaren Falschbeurkundung, fahrlässigen Tötung, des unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln in zahlreichen Fällen, des unerlaubten Erwerbs von Betäubungsmitteln und wegen fünf tatmehrheitlicher Verstöße gegen ein Berufsverbot, rechtfertigen nach einer im Prozesskostenhilfverfahren ausreichenden summarischen Prüfung mit hoher Wahrscheinlichkeit den **Widerruf der Approbation** wegen **Unwürdigkeit** zur Ausübung des ärztlichen Berufs (§ 5 II 1, § 3 I 1 Nr. 2 BÄO). Dabei ist die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt des Erlasses des Widerrufsbescheids maßgeblich (vgl. BVerwG v. 09.11.2006 - 3 B 7/06 - juris).

B) RUHEN DER APPROBATION NACH SEXUELLEM MISSBRAUCH VON KINDERN

VGH Bayern, Beschl. v. 26.07.2010 – 21 CS 10.1334 –

RID 10-03-188

juris

VwGO §§ 80 V, 146, 147; BÄO § 6 I Nr. 1, II; GG Art. 12 I

Hat eine große Jugendkammer des Landgerichts bereits die Anklage wegen schweren sexuellen Missbrauchs von Kindern (17.08.2000), sexueller Nötigung (Sommer 1998), sexuellen Missbrauchs von Kindern (vermutlich am 17.05.2000), sexuellen Missbrauchs einer Substitutionspatientin unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses (21.10.2005) und versuchter Nötigung mit vorsätzlicher Körperverletzung (05.08.2005), hauptsächlich begangen anlässlich der Behandlung junger Patientinnen im Sprechzimmer, zugelassen und das Hauptverfahren eröffnet, und führte dies zu der - **noch nicht rechtskräftigen - Verurteilung wegen des sexuellen Missbrauchs von Kindern** in Tatmehrheit mit sexueller Nötigung zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und drei Monaten, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde, so kann das **Ruhen der Approbation** angeordnet werden. Die **Anordnung des Sofortvollzugs** kann erfolgen, wenn das sexuelle Verlangen offenbar nicht mit der gebotenen Nachhaltigkeit unter Kontrolle gehalten werden kann.

C) WIDERRUF DER ÄRZTLICHEN BERUFSERLAUBNIS: KEINE AUFSCHEBENDE WIRKUNG BEI PATIENTENGEFÄHRDUNG

OVG Sachsen, Beschl. v. 21.06.2010 – 4 B 526/09 –

RID 10-03-189

juris

BÄO §§ 3 II, 10; GG Art. 12 I

Ein Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs gegen den sofort vollziehbaren Widerruf der erteilten ärztlichen Berufserlaubnis nach § 10 BÄO ist im Rahmen einer Interessenabwägung abzulehnen, wenn eine **Patientengefährdung** besteht.

Die Zugrundelegung der in der Prüfung festgestellten Patientengefährdung im Rahmen der Anordnung der sofortigen Vollziehung dürfte sich auch nicht deshalb verbieten, weil bislang nicht abschließend geklärt ist, ob sich die Ast. überhaupt dieser Prüfung unterziehen musste. Es mag zwar sein, dass im Ergebnis des Hauptsacheverfahrens festgestellt werden könnte, dass die Erkenntnisse der **Gleichwertigkeitsprüfung** der Ast. nicht den Berufszugang versperren können. Diese rechtlichen Erwägungen führen jedoch nicht dazu, dass die festgestellte mögliche Gefährdung von Patienten im hier vorliegenden Eilverfahren, in welchem diese Frage gerade nicht abschließend beantwortet werden kann, entfiele.

D) KEINE GLEICHWERTIGKEIT EINES 1995 ABGESCHLOSSENEN RUMÄNISCHEN ZAHNMEDIZINSTUDIUMS

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.07.2010 – 13 B 595/10 –

RID 10-03-190

juris

ZHG § 2; BÄO § 3 II Nr. 1

Leitsatz: Keine Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes (§ 2 Abs. 1 Satz 1, § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ZHG) bei einer 1995 abgeschlossenen zahnmedizinischen Ausbildung in Bukarest/Rumänien.

2. FACHGESPRÄCH ZUR ERLANGUNG DER GEBIETSBEZEICHNUNG KIEFERORTHOPÄDIE

VG München, Urt. v. 12.02.2010 – M 16 K 08.6096 –

RID 10-03-191

juris

WBO Zahnärztekammer Bayern

Auch wenn sich nicht der minuten- bzw. sekundengenaue Ablauf des Prüfungsgesprächs rekonstruieren lässt, so ist ein solcher detaillierter Nachweis für die gerichtliche Entscheidung dann nicht vonnöten, wenn das **Prüfungsprotokoll**, ergänzt durch die Einvernahme der Prüfer, den Ablauf des Prüfungsgesprächs anhand eines konkreten praktischen Falls einer Prüferin belegt, bei dem nach entsprechender Vorbereitungszeit die fachlich üblichen Befundschritte abzuarbeiten waren und die Prüfer in der mündlichen Verhandlung unter Bezugnahme auf ihre Stellungnahme innerhalb des internen Kontrollverfahrens dargelegt haben, dass einige der vom dem Zahnarzt gegebenen Antworten im Abarbeiten der Befundschritte für sich so gravierend gewesen wären, dass bereits dies das Gesamtergebnis gerechtfertigt hätte. Dies habe erst recht für die festgestellte **Summierung derartiger Mängel** gegolten.

3. BERUFSPFLICHTEN

A) EIGENBETEILIGUNG BEI SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.03.2010 – 13 B 5/10 –

RID 10-03-192

juris = GesR 2010, 334

G. zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in bes. Fällen § 3; VwGO § 80 V; HeilBerG NRW § 6 I 1 Nr. 6

Bei der Frage, ob ein Arzt berechtigt ist, bei nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen, für die eine **Kostenübernahmebescheinigung** der gesetzlichen Krankenkasse nach § 3 II 2 SchwHG vorliegt, den Patientinnen Vertragsentwürfe vorzulegen, wonach bestimmte ärztliche Zusatzleistungen (die Gabe von Medikamenten zur Lockerung des Gebärmutterhalses und die kontinuierliche Ultraschallüberwachung während der Operation) nur gegen Zahlung einer **"Servicepauschale"/Eigenleistung** erfolgen werden, geht es letztlich um die **(gesundheits-)politische Frage einer angemessenen Vergütung** für diesen Bereich ärztlicher Tätigkeiten, auch im Vergleich mit anderen Bundesländern. Die abschließende Lösung des Problems der angemessenen Vergütung muss auf einer anderen Ebene und in anderen Gremien gesucht werden; sie kann und sollte hingegen nicht in einem gerichtlichen Einzelfall - und erst recht nicht in einem Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes - erfolgen.

Die Frage der ausreichenden und angemessenen Vergütung der ärztlichen Mitwirkung bei nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen ist mit den insoweit zuständigen Stellen zu klären, ohne dass dabei die seine Praxis aufsuchenden **Patientinnen in irgendeiner Weise tangiert werden**, bevor gerichtlicher Eilrechtsschutz in Anspruch genommen wird. Bei einer Interessenabwägung sind die Interessen der betroffenen Patientinnen zu berücksichtigen.

Mit dem streitigen, für sofort vollziehbar erklärten Bescheid wird dem Ast. untersagt, bei nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen von Patientinnen, die über eine Kostenübernahmebescheinigung verfügen, eine Eigenbeteiligung bzw. eine Zusatzpauschale zu verlangen; für jeden Fall einer Zuwiderhandlung wird darüber hinaus ein Zwangsgeld von 500 € angedroht. *VG Gelsenkirchen*, Beschl. v. 14.12.2009 – 7 L 1150/09 – juris wies den Antrag ab, das *OVG* die Beschwerde zurück.

B) AUSSTELLEN EINES UNRICHTIGEN ÄRZTLICHEN ATTESTES

VG Gießen, Urt. v. 04.03.2010 - 21 K 381/09 –

RID 10-03-193

juris

BO Hessen § 25 S. 1; HeilBerG Hessen § 22

Der Arzt hat bei **Ausstellung von Attesten** mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und die ärztliche Überzeugung nach bestem Wissen auszusprechen. Hat ein Arzt den Patienten bisher weder exploriert, noch eine Anamnese erstellt, noch irgendwelche Untersuchungen physischer oder psychologischer Art durchgeführt hatte, so kann er ungeachtet etwaiger Selbsteinschätzung aus Sicht des Berufsrechts nicht selbst auf der Grundlage der von den Adressaten eines solchen Attestes vorausgesetzten fachlich fundierten Vorgehensweise beurteilen, ob ein Trauma vorliegt, worin es besteht und ob es, gegebenenfalls, bereits verarbeitet ist.

C) ABFÜHRUNG DER ARBEITNEHMERANTEILE AN SOZIALVERSICHERUNG

VG Berlin, Urt. v. 31.05.2010 – 90 A 8.07 –

RID 10-03-194

juris

BerufsO Berlin §§ 2, 8, 12, 21; BDG § 59; ÄrztekammerG Berlin § 24

Leitsatz: Nach Kapitel C Nr. 3 der BO soll der Arzt bei der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit nichtärztliche Mitarbeiter nicht diskriminieren und insbesondere die arbeitsrechtlichen Bestimmungen beachten. Hierzu zählt auch die ordnungsgemäße Entlohnung der bei ihm Beschäftigten. Bestandteil des (Brutto-)Lohns sind auch die Arbeitnehmeranteile an den Sozialversicherungsabgaben (wie Urteil vom 18. November 2009 - VG 90 A 5.08 -).

Das **Berufsgericht für Heilberufe** stellte folgende **Berufsvergehen** fest: Verletzung der Pflicht zur Aufklärung über Risiken, die vor kosmetischen Operationen, zumal mit experimentellen Methoden (hier: Penisverlängerung bzw. Penisverdickung) besonders eingehend sein muss, fehlender Haftpflichtversicherungsschutz, nicht der GOÄ entsprechenden Honorarvereinbarungen und bzgl. der in den nicht gezahlten Sozialversicherungsabgaben enthaltenen Arbeitnehmeranteilen. Es verhängte eine Geldbuße von 5.000 €.

D) BEZEICHNUNG „ZAHNKLINIK B.“ BEI FEHLENDER STATIONÄRER BEHANDLUNG

OVG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 14.07.2010 – 91 HB 1.08 –

RID 10-03-195

juris

HeilberG Brandenburg § 34 I, IV; GG Art. 12 I; BO 2003 Landeszahnärztekammer Brandenburg § 22 I; BO 2007 § 21 I

Das Auftreten und die Werbung unter der Bezeichnung „**Zahnklinik B.**“ bei **fehlender stationärer Behandlung** stellen einen Verstoß gegen das Verbot **berufswidriger Werbung** dar. Bei potentiell Interessierten wird der fehlerhafte Eindruck erweckt, dass hier eine Zahnbehandlung mit einer vollstationären Betreuung wahrgenommen werden kann, wie sie auch von Universitäts-Kliniken oder Krankenhäusern mit einer Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie angeboten wird.

4. VERFAHRENSRECHT

A) AUSKUNFT UND EINSICHT IN STAATSANWALTSCHE ERMITTLUNGSAKTEN DURCH ÄRZTEKAMMER

OLG Hamm, Beschl. v. 30.04.2009 – 1 VAs 11/09 –

RID 10-03-196

juris = MedR 2010, 261

GVGEG §§ 12, 14 I Nr. 4, 23 I; stopp § 474 II Nr. 1 u. 2, III; MiStra Nr. 26, 29 I Nr. 9

Nach § 474 II Nr. 1 StPO sind **Auskünfte aus Akten an eine Ärztekammer** zulässig, soweit diese zur Feststellung, Durchsetzung oder zur Abwehr von Rechtsansprüchen im Zusammenhang mit einer Straftat erforderlich sind. Ein Auskunftsrecht der Ärztekammer ergibt sich bereits daraus, dass diese gegenüber dem Betroffenen beabsichtigt, Maßnahmen wegen einer durch seine Straftat begangenen Berufspflichtverletzung einzuleiten.

Nach § 14 I Nr. 4 EGGVG sowie Nr. 26 MiStra ist die **Übermittlung von Daten** dann zulässig, wenn - wie hier - der Betroffene wegen seines Berufsverhältnisses der Standesaufsicht unterliegt und die Daten auf die Verletzung von Pflichten schließen lassen, die bei der Ausübung des Berufs zu beachten oder in anderer Weise geeignet sind, Zweifel an der Eignung, Zuverlässigkeit oder Befähigung hervorzurufen.

Einer Ärztekammer steht auch nicht nur ein - grundsätzlich als Regel vorgesehenes - Recht auf Auskunftserteilung zu, sondern ausnahmsweise auf **Akteneinsicht** gem. § 474 III StPO, wenn es für die Staatsanwaltschaft einen unverhältnismäßigen Aufwand bedeutet, lediglich einzelne Auskünfte zu erteilen, wenn die Ausfilterung relevanter Informationen wegen des Umfangs der Betrugstaten einen derart erheblichen Aufwand erfordert, dass er der Staatsanwaltschaft nicht zuzumuten ist.

B) ANORDNUNG EINER DURCHSUCHUNG UND DER BESCHLAGNAHME VON BEWEISMITTELN

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.05.2010 – 6t E 105/10.T –

RID 10-03-197

juris

HeilbG NRW §§ 62 I, 112; StPO §§ 94, 103 S. 1; GG Art. 19 I 2

Leitsatz: 1. Die Anordnung einer **Durchsuchung und der Beschlagnahme** von Beweismitteln durch das **Berufsgericht für Heilberufe** bedarf - ihre grundsätzliche Zulässigkeit unterstellt - eines Beschlusses, an dem auch die nichttrichterlichen Beisitzer mitwirken.

2. Zur Frage, ob das Heilberufsgesetz NRW in Verbindung mit den Vorschriften der Strafprozessordnung eine **Ermächtigungsgrundlage** für Durchsuchungs- und Beschlagnahmeanordnungen enthält, die auch den Anforderungen des verfassungsrechtlichen Zitiergebots entspricht (offen gelassen).

3. Durchsuchungs- und Beschlagnahmeanordnungen müssen jedenfalls dem **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** genügen.

Der 1943 geb. Beschuldigte ist als Facharzt für Allgemeinmedizin niedergelassen. Im Februar 2004 wandte sich der Vater des am 13.01.2004 verstorbenen Patienten **beschwerdeführend** an die „Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler“ und trug u.a. vor, der Beschuldigte habe den durch Metastasen eines malignen Melanoms verursachten Tod seines Sohnes durch **unsachgemäße naturheilkundliche Behandlungen** zumindest mitverschuldet, denn er habe seinen Sohn immer wieder in dem Glauben bestärkt, ohne Chemotherapien und/oder Bestrahlungen auszukommen. Die Gutachterkommission stellte einen Behandlungsfehler fest. Die Kammer (Ast.) beantragte die **Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens** gegen den Beschuldigten, weil dieser trotz Kenntnis der Diagnose die Aufklärung seines Patienten über die dringende Notwendigkeit einer operativen Behandlung und über die im konkreten Fall des Patienten nicht bestehenden Erfolgsaussichten einer naturheilkundlichen Therapie unterlassen und medizinisch nicht indizierte Behandlungen ohne wirksame Einwilligung des Patienten durchgeführt habe. Das **Berufsgericht** lehnte den Antrag aus tatsächlichen Gründen ab. Der **Senat**, Beschl. v. 18.02.2009 – 6t E 1059/08.T – eröffnete das Verfahren. **VG Köln**, Beschl. v. 18.01.2010 – 32 K 2889/07.T – beschloss, die **Beschlagnahme** der die Behandlung des verstorbenen Patienten betreffenden Unterlagen, die sich in den das berufsgerichtliche Verfahren betreffenden Handakten der Rechtsanwälte befinden, sofern diese Unterlagen nicht freiwillig herausgegeben werden, und die **Durchsuchung** der Büroräume der Rechtsanwälte zum Zwecke der Beschlagnahme. Das OVG hob den Beschl. auf.

5. SCHADENSERSATZ VON PSYCHOTHERAPEUTIN: UNBERECHTIGTE VERDÄCHTIGUNG WEGEN KINDESMISSBRAUCHS

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.05.2010 – 1 U 49/09 –

RID 10-03-198

www.lareda.hessenrecht.hessen.de = juris

BGB § 823 I; GG Art. 1, 5; StGB §§ 186, 193

Leitsatz: Äußerungen über den sexuellen Missbrauch eines Kindes können Ansprüche des Betroffenen - des angeblichen Täters - auf Unterlassung, auf den Ersatz des materiellen Schadens und auf eine billige Entschädigung in Geld begründen, wenn sie **nicht nur gegenüber den zuständigen Behörden**, sondern auch gegenüber **zahlreichen anderen Personen** abgegeben werden, dies erst recht dann, wenn sie mangels nachvollziehbaren Vortrages zu den Verdachtsgründen als unwahr behandelt werden müssen.

Der **klagende Pädagoge** nimmt die **bekl. Psychotherapeutin** auf Unterlassung ehrverletzender Äußerungen betreffend den sexuellen Missbrauch eines Kindes und auf Schadensersatz in Anspruch. Er hatte das betroffene Kind im Rahmen eines Schülerprojekts und als Fußballtrainer betreut. Die Bekl. gelangte im Rahmen einer therapeutischen Behandlung des Kindes zu der Einschätzung, es bestehe der Verdacht, dass der Kl. das Kind in den Jahren 2004 und 2005 sexuell missbraucht habe. Hierüber sprach sie nach Ende der Behandlung mit verschiedenen Personen, wobei der Inhalt ihrer Äußerungen in Einzelheiten streitig ist, insbesondere, ob und bei welchen Gelegenheiten sie den Kl. und das Kind namentlich bezeichnete. Der Kl. verlor seine Arbeitsstelle bei einem gemeinnützigen Verein und gab seine Tätigkeit als Pädagoge und Fußballtrainer auf. Ein gegen ihn eingeleitetes Ermittlungsverfahren wurde eingestellt. Der Kl. führt all dies auf die Verdächtigungen der Bekl. zurück. **LG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 18.02.2009 – 2-01 O 144/07 - wies die Klage ab, weil die Bekl. den Kl. nicht in seinem allgemeinen Persönlichkeitsrecht rechtswidrig verletzt habe. Die Unterrichtung des gemeinnützigen Vereins, für den der Kl. gearbeitet habe, sei zum Schutz des Kindes erforderlich gewesen. Das **OLG** verurteilte die Bekl. zur Unterlassung der Äußerungen, sprach dem Kl. eine Entschädigung von 2.000 € zu und stellte fest, dass die Bekl. verpflichtet sei, dem Kl. allen Schaden zu ersetzen, der diesem durch ihre Äußerungen entstanden sei.

Aus den Gründen:

(...) a) Eine **Verletzung des Persönlichkeitsrechts** läge selbst dann vor, wenn der Verdacht der Beklagten **berechtigt gewesen wäre**. Die Äußerungen betrafen den **Kernbereich der Intimsphäre** des Klägers und waren ungeachtet ihrer Kennzeichnung nicht als feststehende Tatsache, sondern als (dringender) Verdacht zu seiner Stigmatisierung geeignet. Die Beklagte hätte sich demgemäß auf Äußerungen **gegenüber Personen beschränken müssen**, deren primäre Aufgabe es ist, Kinder vor sexuellen Übergriffen zu schützen,

mithin die zuständigen städtischen Stellen und die Staatsanwaltschaft. Das hat sie nicht getan, wie teilweise zugestanden, teilweise nach der Beweisaufnahme des Senats erwiesen ist:

[1] Die Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht zugestanden, der Zeugin Z1, die beim den „Schülerladen“ betreibenden Verein, mithin dem Arbeitgeber des Klägers, tätig war, von ihrem „dringenden“ Missbrauchsverdacht berichtet zu haben (...). Es kommt insoweit nicht darauf an, ob sie dabei den Namen des Klägers und des Kindes nannte, da jedenfalls der Kläger für die Zeugin Z1 wie für alle übrigen Beteiligten ohne Weiteres zu identifizieren war. Die Beklagte kann die Unterrichtung dieser Zeugin **nicht damit rechtfertigen, sie habe einen unverzüglichen Schutz des Kindes gerade durch die ihn betreuende Einrichtung gewährleistet wollen**. Abgesehen davon, dass eine besondere Eilbedürftigkeit nicht nachvollziehbar dargelegt ist, war es Sache der zuständigen Behörden, ggf. erforderliche Maßnahmen in der gebotenen Zeit zu treffen; die Beklagte hätte diese Behörden auf ihre Einschätzung der Eilbedürftigkeit hinweisen können. (...)

b) Hinzu kommt, dass der **Verdacht** der Beklagten **als unberechtigt** behandelt werden muss. Das Ermittlungsverfahren gegen den Kläger ist eingestellt worden. Der Kläger kann sich auch dann auf die Unschuldsvermutung berufen, wenn er vor langer Zeit einmal einschlägig in Erscheinung getreten ist. Die Beklagte hat Beleg Tatsachen für ihren Verdacht nicht nachvollziehbar vorgetragen, so dass sich eine diesbezügliche Beweisaufnahme verbot; insbesondere reichte der Hinweis darauf nicht aus, dass der Kläger das Kind mit Sportartikeln beschenkte – was im Übrigen streitig ist – und ihm außergewöhnlich viel Zeit widmete. Der Umstand, dass die Beklagte durch den Vortrag der Beleg Tatsachen ihre **psychotherapeutische Schweigepflicht gegenüber dem Kind** verletzen würde, kann nicht dazu führen, dass der Kläger die ehrverletzenden Behauptung auch ohne solche Tatsachen als ggf. wahr hinnehmen muss; er würde hierdurch völlig schutzlos gestellt. (...).

3. Die Beklagte muss sich **Fahrlässigkeit** im Sinne des § 276 BGB vorwerfen lassen. Von einer Psychotherapeutin muss erwartet werden, dass sie die Grenzen ihres Äußerungsrechts kennt und die potenziellen Konsequenzen ihres Verhaltens für den Betroffenen bedenkt. Entschuldigungsgründe sind im Übrigen nicht vorgetragen. (...)

6. WETTBEWERBSRECHT

A) IREFÜHRENDE WERBUNG EINES ZAHNARZTES OHNE GEBIETSBEZEICHNUNG

OLG Karlsruhe, Urt. v. 10.12.2009 – 4 U 33/09 –

RID 10-03-199

juris = GesR 2010, 334 (Ls.)

UWG §§ 3 I, 5 I Nr. 3, IV Nr. 11, 8 I 1, II, III Nr. 1; BO Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg § 21 I 2

Ein Zahnarzt, der nicht berechtigt ist, eine Fachzahnarzt-Bezeichnung (Gebietsbezeichnung) zu führen, darf sich nicht in einem Telefonbuch unter den **Rubriken für Fachzahnärzte** („Zahnärzte für ...“) eintragen lassen. Dies gilt auch für die Bereiche **„Implantologie“** und **„Parodontologie“**, für die es keine bzw. nur teilweise eine Gebietsbezeichnung gibt, sofern der Zahnarzt keine förmliche – einem Fachzahnarzt vergleichbare – Weiterbildung durchlaufen hat.

B) „BOTOX-PARTY“ IM RAHMEN DER ERLEBNISGASTRONOMIE MIT SCHÖNHEITSCHIRURGEN

LG München I, Urt. v. 08.12.2009 – 37 O 16059/09 –

RID 10-03-200

GesR 2010, 249

UWG §§ 3 I, 4 Nr. 11, 8 I, III; HeilMWERB § 10 I

Leitsatz (GesR): Bietet ein Gastronomiebetrieb einem Arzt im Rahmen einer sog. Botox-Party den gesellschaftlichen Rahmen, außerhalb seiner Klinik zu Werbezwecken u.a. kostenlose Faltenbehandlungen durchzuführen, leistet er Beihilfe zu Verstößen dieses Arztes gegen die Berufsordnung und kann selbst als Störer auf Unterlassung in Anspruch genommen werden.

7. KEINE HEILPRAKTIKERERLAUBNIS FÜR ÄRZTIN

VG München, Urt. v. 19.01.2010 – M 16 K 09.5144 –

RID 10-03-201

juris

HeilprG § 1; BO Bayern § 30 II 1; GG Art. 9 I, 12 I

Eine **approbierte Ärztin** hat keinen Anspruch auf Erteilung einer **Heilpraktikererlaubnis** nach § 1 I HeilprG, weil sie keiner Heilpraktikererlaubnis bedarf und nach der Rechtsordnung als bestellte Ärztin eine solche Erlaubnis aus Rechtsgründen auch nicht erhalten dürfte.

VGH Bayern, Beschl. v. 16.06.2010 – 21 ZB 10.606 –

RID 10-03-202

juris

Einer Ärztin ist es, ohne zugleich Heilpraktikerin zu sein, verwehrt, mit Heilpraktikern eine Gemeinschaftspraxis zu bilden. Einer Erlaubniserteilung als Heilpraktikerin steht schon § 1 I HeilprG entgegen, weil eine Ärztin nicht die Voraussetzungen erfüllt, „ohne als Arzt bestellt zu sein“. Die ärztliche Bestallung umfasst jede Heilpraktikertätigkeit und schließt eine besondere Erlaubnis für sie damit notwendig aus.

8. STRAFRECHT: ZULÄSSIGE PRÄIMPLANTATIONS DIAGNOSTIK

LG Berlin, Urt. v. 14.05.2009 – (512) 1 Kap Js 1424/06 KLS (26/08) –

RID 10-03-203

juris = ZfL 2009, 93
ESchG §§ 1 I Nr. 2, 2 I

Ein Arzt ist nicht nach den § 1 I Nr. 2, § 2 I Embryonenschutzgesetz (ESchG) strafbar, wenn er die einer Patientin entnommenen Embryonen **extrakorporal befruchtet**, sodann nach Aufklärung der Patientin eine **diagnostische Untersuchung** (Throphectodermbiopsie) an einer einzigen, dem jeweiligen Embryo entnommenen, nicht mehr totipotenten Zelle in einem sehr frühen Stadium der Entwicklung durchführt und danach auf Anweisung der Patientin **nur diejenigen Eizellen überträgt, bei denen Anomalien nicht festgestellt worden waren**, während die anderen Embryonen nicht weiter kultiviert werden und absterben.

Eine Auslegung des ESchG dahin gehend, dass eine **Präimplantationsdiagnostik**, wie sie im vorliegenden Fall vorgenommen worden ist, nicht zulässig wäre, würde zudem zu eklatanten Wertungswidersprüchen führen. Einer Frau ist es gem. § 218a Abs. 2 StGB faktisch erlaubt, zuerst schwanger zu werden, und dann, sollte sie durch eine Pränataldiagnostik einen genetischen Defekt der Leibesfrucht entdecken, die Schwangerschaft zu beenden. Es gibt keinen sachlichen Grund, warum eine solche Schwangerschaft „auf Probe“ in vivo erlaubt, eine Befruchtung „auf Probe“ in vitro aber verboten sein sollte.

Die Kammer ist sich der aus der **Straflosigkeit** der vom Angeklagten gewählten Vorgehensweise grundsätzlich resultierenden Gefahr einer uferlosen Ausweitung der „Selektionskriterien“ (Aussehen, Intelligenz usw.) bei Embryonen bewusst. Um der Gefahr zu begegnen, ist der **Gesetzgeber** aufgerufen, nach einer mittlerweile mehr als 10-jährigen Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik eine entsprechende – wie auch immer geartete – Regelung in das Embryonenschutzgesetz aufzunehmen.

9. ÄRZTEVERSORGUNG: WITWENRENTE NUR BEI EHESCHLIEßUNG VOR ALTERSGRENZE

OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 26.05.2010 – 6 A 10320/10 –

RID 10-03-204

juris
AGG §§ 1, 2 I, 7 I, 10 S. 1 u. 2, 18 I

Leitsatz: 1. Eine berufsständische Versorgungseinrichtung ist grundsätzlich berechtigt, den Anspruch auf Witwen- bzw. Witwerrente davon abhängig zu machen, dass die **Ehe** durch das Mitglied vor Erreichen der **Altersgrenze**, die im Regelfall für den Beginn des Bezugs der Altersrente maßgeblich ist (hier: 65. Lebensjahr), geschlossen worden ist.

2. Eine solche Regelung verstößt nicht gegen die Vorschriften des **Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes** sowie die Richtlinie 2000/78/EG des Rates der Europäischen Gemeinschaft. Es kann daher offen bleiben, ob diese Regelungen auf berufsständische Versorgungseinrichtungen überhaupt Anwendung finden.

II. Arzthaftung

1. BGH

A) AUFKLÄRUNGSPFLICHT AUCH ÜBER NOCH NICHT BESCHRIEBENE RISIKEN/SACHVERSTÄNDIGENBEFRAGUNG

BGH, Urt. v. 06.07.2010 – VI ZR 198/09 –

RID 10-03-205

www.bundesgerichtshof.de = juris
BGB § 823

Leitsatz: 1. Der Umstand, dass bei der konkreten Behandlung (hier: periradikuläre Therapie <PRT>) über eine Querschnittslähmung **noch nicht berichtet** worden ist, reicht nicht aus, dieses Risiko als lediglich theoretisches Risiko einzustufen und eine **Aufklärungspflicht** zu verneinen.

2. Liegen der Beurteilung des gerichtlichen Sachverständigen **medizinische Fragen** zugrunde, muss der Richter mangels eigener Fachkenntnisse Unklarheiten und Zweifel bei den Bekundungen des Sachverständigen durch eine **gezielte Befragung** klären.

B) AUFKLÄRUNG DURCH TELEFONAT

BGH, Urt. v. 15.06.2010 – VI ZR 204/09 –

RID 10-03-206

www.bundesgerichtshof.de = juris
BGB § 823

Leitsatz: In einfach gelagerten Fällen kann der Arzt den Patienten grundsätzlich auch in einem **telefonischen Gespräch** über die Risiken eines bevorstehenden Eingriffs **aufklären**, wenn der Patient damit einverstanden ist.

Der **BGH** wies die Revision gegen **OLG München**, Urt. v. 04.06.2009– 1 U 3200/08 – RID 09-03-208 zurück.

C) BESCHRÄNKUNG DER BEHANDLUNG AUF EINEN KRANKENHAUSARZT

BGH, Urt. v. 11.05.2010 – VI ZR 252/08 –

RID 10-03-207

www.bundesgerichtshof.de = juris
BGH § 823

Leitsatz: Will ein Patient abweichend von den Grundsätzen des totalen Krankenhausaufnahmevertrags seine Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff auf einen bestimmten Arzt beschränken, muss er seinen entsprechenden **Willen eindeutig zum Ausdruck bringen**.

D) ARZTHAFTUNG EINES D-ARZTES

BGH, Urt. v. 09.03.2010 – VI ZR 131/09 –

RID 10-03-208

juris = GesR 2010, 251
BGB § 839 I; GG Art. 34; SGB VII § 34 II

Leitsatz: Beschränkt sich der **Durchgangsarzt** im Rahmen der Nachschau auf die Prüfung der Frage, ob die bei der Erstversorgung des Verletzten getroffene Entscheidung zugunsten einer allgemeinen Heilbehandlung aufrechtzuerhalten ist, wird er in Ausübung eines **öffentlichen Amtes** tätig.

Der **BGH** wies die Revision d. Kl. gegen **OLG Bremen**, Urt. v. 27.03.2009 – 5 U 70/08 – RID 09-03-221 zurück.

E) KEIN RECHTSMITTEL GEGEN ABLEHNUNG DER EINHOLUNG EINES WEITEREN GUTACHTENS IM BEWEISVERFAHREN

BGH, Beschl. v. 09.02.2010 – VI ZB 59/09 –

RID 10-03-209

www.bundesgerichtshof.de = GesR 2010, 322 (Ls.)
ZPO §§ 412, 485, 492 I, 567 I

Leitsatz: Gegen die Ablehnung der Einholung eines weiteren Gutachtens gemäß § 412 ZPO ist auch im selbstständigen Beweisverfahren kein Rechtsmittel gegeben.

RID 10-03-210 entfällt

2. AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN

A) KEINE VERPFLICHTUNG, AUF BESTIMMTEN GRAD DER RISIKODICHTE ABZUSTELLEN

OLG Brandenburg, Urt. v. 20.05.2010 – 12 U 196/09 –

RID 10-03-211

juris
BGB §§ 253, 278, 280, 823 I u. II, 831

Leitsatz: Für die Verpflichtung über einen bestimmten Umstand aufzuklären ist nicht auf einen **bestimmten Grad der Risikodichte** abzustellen. Dementsprechend muss der Arzt seinen Patienten nicht über die Höhe des statistischen Risikos eines Schadenseintritts informieren. Gleichfalls ist nicht zu verlangen, dass er den Patienten darüber in Kenntnis setzt, dass ein bestimmtes Risiko im Falle des Patienten wegen besonderer Umstände erhöht ist, wenn nicht die Erhöhung des Risikos dazu führt, dass hinsichtlich der Gefahr des Schadenseintritts eine höhere Wahrscheinlichkeitsstufe erreicht wird.

B) LASIK-OPERATION AM AUGE

OLG Köln, Beschl. v. 10.02.2010 – 5 U 120/09 –

RID 10-03-212

juris = GesR 2010, 369
BGB §§ 823, 847

Handelt es sich um eine relativ indizierte, **in keiner Weise dringliche Operation**, ist der Arzt in derartigen Fällen zu einer genaueren Darstellung der Risiken verpflichtet.

Die **LASIK-Operation** stellte **im Jahr 2000** bei drei bis vier Jahren Erfahrung mit diesem Verfahren eine Neulandmethode dar, was den Aufklärungsumfang beeinflusste.

Eine **Nachfrage des Patienten** nach der Gefahr von Blendungserscheinungen macht dem Arzt einen erheblichen allgemeinen und in Bezug auf das Risiko einer erhöhten Blendempfindlichkeit speziellen **Aufklärungsbedarf** deutlich, dem er angemessene Rechnung zu tragen hat.

Für die **Kenntnis eines Risikos** ist es jedenfalls dann, wenn Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, nicht erforderlich, dass die **wissenschaftliche Diskussion** über bestimmte Risiken einer Behandlung bereits abgeschlossen ist und zu allgemein akzeptierten Ergebnissen geführt hat (BGH VersR 1996, 233). Vielmehr gebietet es das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, diesem auch mitzuteilen, dass ein mit der gewählten Behandlungsmethode verbundenes Risiko bei ihm möglicherweise individuell erhöht ist.

C) EMPFEHLUNG IM ARZTBRIEF/MEHRERE BEHANDLUNGSMETHODEN

OLG Naumburg, Urt. v. 10.05.2010 – 1 U 97/09 –

RID 10-03-213

juris
BGB §§ 31, 249, 253, 280 I, 281 I, 611, 823 I

Leitsatz: Überantwortet das Krankenhaus einen Patienten nach Abschluss der Behandlung dem überweisenden Arzt zurück, so kann sich der **rücküberweisende Arzt** darauf verlassen, dass der **niedergelassene Arzt** den im **Arztbrief** dokumentierten Empfehlungen folgt und die hieraus ersichtlichen therapeutischen bzw. diagnostischen Maßnahmen veranlasst.

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 - nach sachverständiger Beratung durch den Arzt - selbst prüfen können, was er an Belastungen und Gefahren auf sich nehmen will. Die Aufklärung über Behandlungsalternativen kann aber nur verlangt werden, wenn der Patient eine **echte Wahlmöglichkeit (Alternative)** hat. Das ist nicht der Fall, wenn sie im konkreten Einzelfall nicht indiziert ist, ein erheblich höheres Risiko aufweist und wesentlich geringere Heilungschancen bietet.

D) ENTSCHEIDUNG ZUR OPERATION BEREITS VOR DER EINWEISUNG

OLG Brandenburg, Urt. v. 22.04.2010 – 12 U 186/08 –

RID 10-03-214

juris
BGB § 823

Bereits das **Nichterkennen eines Nerventumors**, dessen Entfernung in der Annahme des Vorliegens einer Halszyste sowie nachoperativ aufgetretene Nervenschmerzen rechtfertigen zunächst die Annahme eines fehlerhaften ärztlichen Vorgehens.

Bei einem **Neurinom** handelt es sich um einen gutartigen Tumor, Halstumore unklarer Einordnung sind allerdings zur weiteren histologischen Untersuchung grundsätzlich zu entfernen, dabei ist ein Hautschnitt erforderlich mit der Folge der unvermeidlichen Durchtrennung sensibler Hautnerven, die sich in den meisten Fällen regenerierten.

Hat eine Patientin die grundsätzliche Entscheidung zur Operation bereits vor der Einweisung getroffen, so ist die am Vortage der Operation erfolgte **Aufklärung** nicht als verspätet anzusehen, zumal wenn nicht ersichtlich ist, inwieweit die Patientin im Zeitpunkt der Aufklärung in ihrer Entscheidungsfindung über die Durchführung der Operation beeinträchtigt gewesen ist.

E) BEDEUTUNG EINE AUFKLÄRUNGSBOGENS

OLG Brandenburg, Urt. v. 17.06.2010 – 12 U 202/09 –

RID 10-03-215

juris
BGB § 823

Liegt ein **Aufklärungsbogen** vor, dessen Inhalt bei der freien Beweiswürdigung nach § 286 ZPO zu würdigen ist, in dem auf die Risiken und Gefahren der vorgesehenen Operation hingewiesen wird und ausdrücklich auch das Risiko der Durchtrennung des Vagusnervs mit der Folge von Bewegungsstörungen an Magen, Darm und Harnwegen sowie Entleerungsstörungen, Kreislaufstörungen oder Durchfällen angeführt wird, und räumt der Kläger ein, dass der Inhalt des Aufklärungsbogens mit ihm besprochen wurde und hat er mit seiner Unterschrift auch bestätigt, den Aufklärungsbogen zumindest in Händen gehabt zu haben, so stellt der Inhalt des Aufklärungsbogens eine starke Indizwirkung dafür dar, dass die in ihm genannten Risiken im Einzelnen besprochen worden sind.

Beruft sich die Behandlungsseite darauf, dass der Patient sich **auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung zu der Operation entschlossen hätte**, trägt sie hierfür die Beweislast. Dies setzt jedoch voraus, dass der Patient plausibel macht, dass er, wären ihm rechtzeitig die Risiken der Behandlung verdeutlicht worden, vor einem echten **Entscheidungskonflikt** gestanden hätte, wobei an die **Substantiierungspflicht** zur Darlegung eines solchen Konfliktes keine zu hohen Anforderungen gestellt werden dürfen. Dabei ist nicht entscheidend, wie sich ein „vernünftiger“ Patient verhalten haben würde; vielmehr ist allein die Situation des konkreten Patienten maßgebend. Das Vorbringen des Patienten muss aber ergeben, in welcher persönlichen Entscheidungssituation er bei vollständiger ordnungsgemäßer Aufklärung gestanden hätte und ob ihn diese Aufklärung ernsthaft vor die Frage gestellt hätte, seine Einwilligung zu erteilen oder nicht (so der BGH in st. Rspr.). Die Angabe eines Klägers, er hätte bei Kenntnis von den möglichen Folgen von der Durchführung der Operation abgesehen, ist zu pauschal.

F) KEINE ANGEMESSENE ÜBERLEGUNGSFRIST

OLG München, Urt. v. 20.05.2010 – 1 U 3057/09 –

RID 10-03-216

juris
BGB § 823

Eine **Aufklärung** erfolgt **nicht rechtzeitig**, wenn um 9.10 Uhr die Sedierung eingeleitet wird und die Operation (hier: Meniskusoperation) um 9.25 Uhr beginnt und der Arzt bis 8.42 Uhr einen anderen Patienten operiert. Es verbleibt daher **bis zu der Einleitung der Narkose nur ein Zeitraum von wenigen Minuten** für die Aufklärung. Bei diesem Zeitablauf ist nicht ersichtlich, dass dem Patienten die von der Rechtsprechung geforderte angemessene Überlegungsfrist eingeräumt wurde. Eine Aufklärung wenige Minuten vor dem angesetzten Operationstermin reicht nicht aus, um dem Patienten eine eigenverantwortliche Willensentscheidung zu ermöglichen.

3. HINWEIS AUF VORSORGEUNTERSUCHUNG AUSREICHEND

OLG Koblenz, Urt. v. 24.06.2010 – 5 U 186/10 –

RID 10-03-217

juris
ZPO §§ 249, 611, 823

Leitsatz: Wenn der Arzt den Patienten auf die **Notwendigkeit einer erneuten Vorsorgeuntersuchung** hinweist und ihm dafür einen **Zeitkorridor** nennt, gibt es in der Regel keine rechtliche Pflicht, den Patienten an die Terminswahrnehmung zu erinnern. Abweichende Fallkonstellationen aufgrund des konkreten Einzelfalles sind allerdings denkbar.

4. WAHL DER PUNKTIONSSTELLE

OLG Köln, Beschl. v. 29.03.2010 – 5 U 103/09 –

RID 10-03-218

juris
BGB § 823

Bei einer **Chemotherapie** stellt die Wahl des **Handrückens als Punktionsstelle** keinen Behandlungsfehler dar. Die Frage, in welcher Reihenfolge die Wahl der Punktionsstelle (hier Handrücken oder Unterarmvene) erfolgt, hat ungeachtet einer gewissen Üblichkeit zugunsten der Unterarmvene nichts mit fachärztlichem Standard zu tun.

5. BEWEISANTIZIPATION IM ARZTHAFTUNGSPROZESS

OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 25.02.2010 – 22 W 5/10 –
juris = GesR 2010, 365
ZPO § 114

RID 10-03-219

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen einer Beweisantizipation - Verneinung der Erfolgsaussicht - bei Vorliegen eines ärztlichen Gutachtens im Arzthaftungsprozess.

6. UNZULÄSSIGKEIT EINES SELBSTÄNDIGEN BEWEISVERFAHRENS

OLG Hamm, Beschl. v. 17.02.2010 – I-3 W 4/10 –
GesR 2010, 254
ZPO § 495 II

RID 10-03-220

Leitsatz (GesR): Die Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens gem. § 495 II ZPO ist – ausnahmsweise – dann unzulässig, wenn hierdurch der Sachverhalt ermittelt und ausgeforscht werden soll. Das ist dann der Fall, wenn nach den Beweisfragen umfassend geklärt werden soll, ob und ggf. welchem der unterschiedlichen Antragsgegner im Rahmen eines mehrwöchigen Behandlungsverlaufs eine fehlerhafte Behandlung vorzuwerfen ist.

7. BEFANGENHEIT EINES SACHVERSTÄNDIGEN: PERSÖNLICHES GESPRÄCH BEI PSYCHIATRISCHEM GUTACHTEN

OLG Köln, Beschl. v. 24.02.2010 – 20 W 3/10 –
juris = GesR 2010, 370
ZPO § 407a

RID 10-03-221

Nach § 407a I 1 ZPO ist der Sachverständige nicht befugt, den **Auftrag auf einen anderen zu übertragen**. Zwar kann er sich der **Mitarbeit anderer Personen** bedienen (§ 407a II 2 ZPO). Die Grenze der erlaubten Mitarbeit wird jedoch überschritten, wenn der Sachverständige den unverzichtbaren Kern der das Gutachten prägenden Aufgaben nicht selbst wahrnimmt. Deshalb darf bei einem **psychiatrischen Gutachten** der Sachverständige die persönliche Begegnung und das explorierende Gespräch mit dem Probanden seinen Mitarbeitern nicht vollständig übertragen (BSG NZS 2004,559; BSG, Beschl. v. 18.11.2008 - B 2 U 101/08 B - sowie v. 05.05.2009 - B 13 R 535/08 B -, beide juris). Ein **Befangenheitsantrag** ist gleichwohl nicht begründet. Eine Missachtung der Pflichten aus § 407a II ZPO benachteiligt beide Parteien gleichermaßen. Aus diesem Grund schafft der prozessuale Verstoß aus der Sicht der Partei kein subjektives Misstrauen gegen die Unparteilichkeit des Sachverständigen. Eine unzulässige Hinzuziehung Dritter bei der Begutachtung rechtfertigt daher keine Befangenheitsablehnung.

8. DURCHGANGSARZT: HAFTUNG BEI ANORDNUNG BESONDERER HEILBEHANDLUNG

OLG Oldenburg, Urt. v. 30.06.2010 – 5 U 15/10 –
juris
BGB §§ 253, 280, 823 I, 839; GG Art. 34

RID 10-03-222

Leitsatz: Ein **Durchgangsarzt**, der die besondere Heilbehandlung anordnet und selbst übernimmt, **haftet** auch dann persönlich nach **zivilrechtlichen Grundsätzen**, wenn das Unterlassen einer sachgerechten Behandlung auf der fehlerhaften Auswertung einer Röntgenaufnahme beruht, die vor seiner Entscheidung über die Anordnung der besonderen Heilbehandlung erfolgt ist.

9. MONOCHORISCH-MONOAMNIOTISCHE ZWILLINGSSCHWANGERSCHAFT: PFLICHTEN DER HEBAMME

OLG Naumburg, Urt. v. 11.03.2010 – 1 U 36/09 –
juris = GesR 2010, 373
BGB §§ 823, 847 I; BGBEG Art. 229 § 8

RID 10-03-223

Leitsatz: 1. Eine **monochorisch-monoamniotische Zwillingschwangerschaft** (Entwicklung der Zwillinge in einer Fruchtblase) stellt eine besondere Risikoschwangerschaft dar, die besondere Anforderungen an die Begleitung der Schwangerschaft und die Planung der Geburt stellt.

2. Liegt bei einem ersten, die spätere Aufnahme in das Krankenhaus vorbereitendem Gespräch dieser Befund vor und spricht die Schwangere die Frage einer Kaiserschnittentbindung an, so stellt es einen groben Behandlungsfehler dar, wenn die das Gespräch führende **Hebamme** daraufhin nichts besonderes veranlasst und auch keinen Arzt hinzuzieht.

3. Kommt es später zur **Geburt eines behinderten Kindes**, so kehrt sich deshalb hinsichtlich der Kausalität zwischen schädigender Handlung/Unterlassung und dem eingetretenen Schaden die Beweislast um.

4. Eine andauernde Mehrfachbehinderung, die sich vor allem in einer rechtsbetonten Bewegungsstörung, sowie einer deutlichen Störung des Sprachvermögens, der intellektuellen Leistungsfähigkeit und der Wahrnehmung äußert, rechtfertigt bei einem im Entscheidungszeitpunkt elfeinhalb Jahre alten Kind ein **Schmerzensgeld** von 110.000,- Euro.

10. HAFTUNG BEI PSYCHIATRISCHER ZWANGSBEHANDLUNG

OLG Naumburg, Urtr. v. 12.01.2010 – 1 U 77/09 –

RID 10-03-224

juris = GesR 2010, 318

BGB §§ 823 I, 839; GG Art. 34; Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt § 14; ZPO § 411a

Leitsatz: 1. Statt der Haftungsgrundlagen des privaten medizinischen Behandlungsvertrages und des allgemeinen Deliktsrechts gelten ausschließlich die Grundsätze der **Amtshaftung**, wenn sich die Behandlung als **Zwangsbehandlung** darstellt, z.B. bei Einweisung nach den Unterbringungsgesetzen der Länder.

2. Die **Bewahrung** eines Patienten vor **Selbstschädigungen** gehört zum psychiatrischen Facharztstandard. Der Sicherungspflicht sind aber Grenzen gesetzt durch die Menschenwürde und Freiheitsrechte des Patienten und das Übermaßverbot bei Zwangsmaßnahmen. Zu berücksichtigten ist auch die Zumutbarkeit für den Behandelnden.

3. Die **Verwertung** eines **Gutachtens** aus einem anderen Verfahren nach § 411a ZPO ist nicht vom Einverständnis der Prozessparteien abhängig. Bei der Ausübung des diesbezüglichen Ermessens des Gerichts ist maßgeblich, ob die Einholung eines neuen Gutachtens bessere Erkenntnisse über die Beweisfragen verspricht oder nicht.

11. KEINE FIKTIVEN KOSTEN EINER NACHBEHANDLUNG WEGEN ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSFEHLERS

OLG Naumburg, Urtr. v. 25.06.2009 – 1 U 27/09 –

RID 10-03-225

juris = VersR 2010, 73

BGB §§ 249, 253, 611, 823

Leitsatz: 1. Ein zahnärztlicher **Behandlungsfehler** im Rahmen einer prothetischen Versorgung liegt unabhängig von einer Gelegenheit zur Fortsetzung der Behandlung vor, wenn der Behandlungsplan die Beseitigung eines Zahnengstands, die nach fachärztlichem Standard erforderlich ist, nicht vorsah.

2. **Kosten** einer notwendigen **Nachbehandlung** wegen eines zahnärztlichen Behandlungsfehlers stellen nur dann einen ersatzfähigen Vermögensschaden dar, wenn der Patient diese Nachbehandlung bereits hat durchführen lassen.

3. **Schmerzensgeld** in Höhe von 1.000 Euro bei zwar schon erheblichen, aber nicht gravierenden Beeinträchtigungen des Gesamteindrucks des Gesichts durch die Verschiebung der Zahnmittellinie und verzögerter Schadensregulierung bei einer 20-jährigen Patientin.

III. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. PRIVATBEHANDLUNG: EINSICHT IN KRANKENUNTERLAGEN/BEWEISPFICHT FÜR WEITERE UNTERLAGEN

LG Hagen, Urtr. v. 11.08.2010 – 2 O 170/10 –

RID 10-03-225a

juris

BGB §§ 242, 362, 611, 810

Der Patient kann vom Arzt **Einsichtnahme** in bzw. Herausgabe von sämtlichen ihn betreffenden **Behandlungsunterlagen** verlangen, ohne dass er diesbezüglich ein besondere rechtliches Interesse nachweise muss. (BGH NJW 1983, 328; Amtsgericht Hagen NJW-RR 1998, 262).

Der Anspruch auf Herausgabe von Kopien der Krankenunterlagen geht durch **Erfüllung** gemäß § 362 I BGB unter, als der Arzt Kopien der Krankenakten, der Karteikarte, Röntgenbilder etc. zur Verfügung gestellt hat. Soweit der Patient behauptet, der Arzt habe noch weitere Krankenunterlagen in Besitz, in die er ihm bislang keine Einsicht gewährt habe, ist er **beweispflichtig**.

2. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

A) MESSUNG OTOAKUSTISCHER EMISSIONEN (NR. 1409 GOÄ)

VG Stuttgart, Urt. v. 26.07.2010 – 12 K 638/10 –

RID 10-03-226

juris
GOÄ Nr. 1409

Leitsatz: Auch wenn die Messung otoakustischer Emissionen mit verschiedenen Methoden durchgeführt wird, kann Nr. 1409 GOÄ nur einmal angesetzt werden.

B) FORDERUNGSABTRETUNG AN ABRECHNUNGSUNTERNEHMEN: FORDERUNGSINHABER

AG Schöneberg, Urt. v. 01.06.2010 – 4 C 286/09 –

RID 10-03-227

juris
BGB § 134

Die **Abtretung** der Forderung durch eine Zahnarztpraxis an ein Abrechnungsunternehmen für medizinische Leistungen, die sich vom üblichen, der Finanzierung dienenden **Factoring-Vertrag** dadurch unterscheidet, dass der Zweck wesentlich auch der Reduzierung des Verwaltungsaufwandes der Zahnarztpraxis dient, indem die Forderung bereits vor Erstellung der Rechnung übertragen wird, und die Forderung zum Zeitpunkt der Abtretung in ihrer konkreten Höhe noch nicht im Einzelnen fest steht, da die Ermittlung und **Zusammenstellung der zu Grunde zu legenden Gebührenpositionen Aufgabe des Abrechnungsunternehmens** als Zessionarin ist, rechtfertigt eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass die Abwicklung zwischen dem Schuldner und dem Zedenten - hier also zwischen dem Versicherungsunternehmen (Klägerin) und der Zahnarztpraxis (Beklagte) zu erfolgen hat (BGH NJW 2005, 1369 ff.; BGH NJW 1989, 161 ff.). Das gilt auch für die Fälle, in denen die zu Grunde liegende Abtretung nicht wirksam ist. Denn in diesen Fällen hat die Patientin ebf. eine Leistung an die vermeintliche Gläubigerin, das Abrechnungsunternehmen erbracht.

Das **AG** wies die auf Rückzahlung eines Teils des bereits beglichenen Rechnungsbetrags gerichtete Klage des Krankenversicherungsunternehmens aus von der Patientin abgetretenem Recht ab.

3. ZAHNÄRZTE

A) KEIN SELBSTSTÄNDIGES GARANTIEVERSPRECHEN DURCH WERBEBROSCHÜRE

OLG Oldenburg, Urt. v. 10.03.2010 – 5 U 141/09 –

RID 10-03-228

juris = GesR 2010, 321
BGB § 443 I; EGRL 48/2008 Art. 6

Leitsatz: Weist eine Zahnklinik in einer Werbebroschüre auf „unsere 7-jährige Gewährleistung auf Zahnersatz“ hin, so ergibt sich hieraus allein kein selbstständiges Garantieverprechen.

B) FEHLENDER NACHWEIS FÜR ZAHNFLEISCHENTZÜNDUNGEN DURCH PROTHETIK

OLG München, Urt. v. 28.04.2010 – 1 U 4579/07 –

RID 10-03-229

juris
BGB § 823

Ein Nachweis darüber, dass die **Zahnfleischentzündungen** durch die **Prothetik** verursacht wurden, kann nicht geführt werden, wenn die Zahnfleischentzündungen nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch eine mangelnde Hygienefähigkeit der Stege oder durch Fehler der Prothetik verursacht worden sind, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Stege allein oder mitursächlich waren für die Zahnfleischentzündungen, es aber ebenso möglich ist, dass die Entzündungen allein ursächlich durch die mangelnde Mundhygiene oder durch allgemein medizinische Faktoren ausgelöst bzw. verursacht wurden.

4. BEIHILFE

A) AUTOHOMOLOGE IMMUNTHERAPIE NICHT BEIHILFEFÄHIG

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 14.07.2010 – 11 S 2730/09–

RID 10-03-230

juris
BhV §§ 5 I, 6 II Nr. 1

Leitsatz: Aufwendungen für eine **Autohomologe Immuntherapie** sind auch bei einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krebserkrankung nicht beihilfefähig.

B) SCHUTZIMPfung GEGEN HUMANE PAPILLOMAVIREN (HPV)

VGH Bayern, Urt. v. 11.05.2010 – 14 BV 09.876 –

RID 10-03-231

juris

BeamtG Bay Art. 86a; BhV Bay §§ 7 I, 41 III

Leitsatz: Eine **Schutzimpfung gegen humane Papillomaviren (HPV)** für Mädchen und Frauen im Alter von 12 bis 26 Jahren ist dann nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 41 Abs. 3 BayBhV beihilfefähig, wenn die Patientin im Zeitpunkt der Impfung HPV-negativ (HPV-naiv) ist. Das wird bei Mädchen/jungen Frauen im Alter von 12 bis 17 Jahren widerleglich vermutet. Bei Frauen im Alter zwischen 18 und 26 Jahren setzt die Beihilfefähigkeit der HPV-Schutzimpfung voraus, dass der impfende Arzt die Wirksamkeit der Impfung durch eine Untersuchung oder einen Test auf eine (fehlende) HPV-Infektion festgestellt hat.

Parallelverfahren: *VGH Bayern, Urt. v. 11.05.2010 – 14 BV 09.1489 –*

RID 10-03-232

C) KEINE BEIHILFENFÄHIGKEIT DER BIORESONANZTHERAPIE

VG für das Saarland, Urt. v. 01.06.2010 – 3 K 185/10 –

RID 10-03-233

juris

BhV Saarland § 5 II

Leitsatz: Die **Bioresonanztherapie** ist als Behandlungsmethode wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt, die Aufwendungen hierfür sind daher nicht beihilfefähig.

D) PRÄMATURE MENOPAUSE IST KRANKHEIT

VG Stuttgart, Urt. v. 17.05.2010 – 12 K 699/10 –

RID 10-03-234

juris

BhV Bad.-Württ. § 6 I Nr. 2; BGB §§ 288 I 2, 291; VwGO § 162 II 2

Leitsatz: Die **prämatüre Menopause** ist eine Krankheit im Sinne von § 6 Abs. 1 der BVO BW. Eine **Hormontherapie** stellt insoweit eine Behandlung und keine bloße Prophylaxe dar.

E) HYALURONSÄURE-FERTIGSPRITZE „GO-ON“/ARZNEIMITTELÄHNLICHE MEDIZINPRODUKTE

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 11.03.2010 – 10 S 3090/08 –

RID 10-03-235

juris

AMG § 2 III Nr. 7; MPG § 3 Nr. 1a; SGB V § 31 I 3; Satzung PostBKK §§ 30 I, 33 I, IIIa

Leitsatz: 1. **Hyaluronsäure-Fertigspritzen (Präparat „GO-ON“)** zur intraartikulären Anwendung bei Gelenkerkrankungen stellen ein Arzneimittel im Sinne des Beihilferechts bzw. des Leistungsrechts der Postbeamtenkrankenkasse dar, obwohl das Mittel formal wegen seiner primär physikalischen Wirkungsweise als Medizinprodukt einzustufen ist und nicht den Regelungen des Arzneimittelgesetzes unterliegt.

2. Für die erstattungsrechtliche Beurteilung ist nicht auf die formelle arzneimittelrechtliche Definition, sondern allein auf die **materielle Zweckbestimmung des Präparats** und seine Eignung abzustellen, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper ein Krankheitsbild zu heilen bzw. zu lindern.

3. **Arzneimittelähnliche Medizinprodukte** unterfallen nicht dem Leistungsausschluss für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel gemäß § 33 Abs. 3 Buchst. a der Satzung der Postbeamtenkrankenkasse in der zum 01.05.2007 in Kraft getretenen Fassung der 64. Änderung. Denn dieser Leistungsausschluss bezieht sich - ebenso wie die Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu diesem Zeitpunkt - lediglich auf Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes.

F) ARZNEIMITTELBEGRIFF („I CAPS LUTEIN AND ZEAXANTHIN FORMULA“ U. „MEDYN“)

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 19.01.2010 – 4 S 1816/07 –

RID 10-03-236

juris

AMG § 2 III Nr. 7; MPG § 3 Nr. 1a; SGB V § 31 I 3; BhV BW §§ 5 I 1, 6 I Nr. 2

Leitsatz: 1. Für die Einstufung eines Präparats als **Arzneimittel** im Sinne der Beihilfeverordnung ist auf den materiellen Zweckcharakter bzw. darauf abzustellen, ob nach objektiven Maßstäben von dem Mittel eine therapeutische Wirkung zu erwarten ist.

2. Ein **erhöhter Homocysteinwert** ist keine behandlungsbedürftige **Krankheit** im Sinne der Beihilfeverordnung, eine Behandlung mit „Medyn“ ist nicht indiziert.

3. „I Caps Lutein and Zeaxanthin Formula“ ist kein **Arzneimittel** im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 2 BVO.

G) KEINE BEIHILFE ZU MEDIZINPRODUKTEN (HIER: „ONYSTER NAGELSET“)

VG für das Saarland, Urt. v. 25.05.2010 – 3 K 158/10 – juris
BhV §§ 5 I Nr. 6, 33 V; BG Saarland § 67

RID 10-03-237

- Leitsatz:** 1. Zum **Arzneimittelbegriff** des § 5 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 BhVO SL.
2. Keine Beihilfe zu den Aufwendungen für **Medizinprodukte** („Onyster Nagelset“).

H) ANDICKUNGSMITTEL (HIER: "THICK & EASY") KEIN ARZNEIMITTEL

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 23.02.2010 – 13 S 2696/09 – juris
BhV BW § 6 I Nr. 2; AMG § 2 I

RID 10-03-238

- Leitsatz:** Aufwendungen für ein Andickungsmittel (hier: "Thick & Easy") sind nicht beihilfefähig.

I) ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

AA) KOSTENGÜNSTIGERE ALTERNATIVVERSORGUNG DURCH HERKÖMMLICHEN ZAHNERSATZ

VG Düsseldorf, Urt. v. 12.02.2010 – 26 K 3534/09 – juris
BhV NRW §§ 3 I 1, 4 II Buchst. b

RID 10-03-239

Die mit **Änderungsverordnung** vom 12. Dezember 2003 (GV. NRW. S. 756) in die BVO NRW eingeführte Regelung in § 4 Abs. 2 lit. b Satz 1 BVO NRW, wonach Aufwendungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ nur bei den fünf dort genannten Indikationen beihilfefähig sind, ist **unwirksam**, da die Vorschrift mit der Fürsorgepflicht des Dienstherrn unvereinbar ist (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.08.2008 – 6 A 2861/06 – RID 08-04-189 u. - 6 A 4309/05 - juris).

Aufwendungen in Krankheitsfällen sind dem Grunde nach **notwendig**, wenn sie für eine medizinisch gebotene Behandlung entstanden sind, die der Wiedererlangung der Gesundheit oder der Besserung oder Linderung von Leiden dient. Die Aufwendungen sind der Höhe nach angemessen, wenn und soweit keine gleich wirksame preisgünstigere Behandlung zur Verfügung steht (vgl. BVerwG, Urt. 18.02.2009 – 2 C 23.08 -).

Im Regelfall steht bei der Versorgung einer aus welchem Grund auch immer beeinträchtigten Sprech- und Kaufunktion außer der Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz eine **kostengünstigere Alternativversorgung** durch herkömmlichen, nicht implantatgestützten Zahnersatz insbesondere in Gestalt von Brücken oder Prothesen zur Verfügung, mit der eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung gewährleistet ist. Eine Versorgung mit nicht implantatgestützten Zahnersatz ist auf Grund des Entfalls der Honorarpositionen der Ziffern 900 GOZ und auf Grund des Entfalls der erheblichen Kosten für das vorkonfektionierte Implantatmaterial regelmäßig deutlich preisgünstiger als eine Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz.

Die **Fürsorgepflicht** gebietet es, im Rahmen des Beihilferechts vor allem solche Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen, welche die Betroffenen möglichst gering belasten. Aus diesem Grund ist es unverhältnismäßig und mit der Fürsorgepflicht unvereinbar, den Beamten in der Konstellation der von gesunden Zähnen benachbarten Einzelzahnücke auf eine **Brücke** zu verweisen, zu deren Verankerung eben diese gesunden Zähne beschliffen werden müssten (hier verneint) (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.08.2008 – 6 A 2861/06 – RID 08-04-189).

BB) BEIHLFEFÄHIGKEIT EINER IMPLANTATVERSORGUNG

VG Köln, Urt. v. 19.02.2010 – 19 K 8011/08 – juris
BhV NRW § 3

RID 10-03-240

Solange und soweit eine höchstrichterliche Klärung des zweifelhaften Inhalts der Gebührenordnung (hier: der Anwendbarkeit der Nr. 905 GOZ) oder eine Regelung in der Beihilfenverordnung nicht erfolgt ist, bleibt der Dienstherr befugt, eine rechtliche Klärung auch in sonstiger Weise - etwa durch Erlass – vorzunehmen (vgl. BVerwG, Urt. v. 17.02.1994 - 2 C 17.92 -, ZBR 1994, 227; - 2 C 25.92 -, ZBR 1994, 228).

VG für das Saarland, Urt. v. 21.06.2010 – 3 K 1651/09 – juris
GG Art. 33 V; BhV §§ 4 I, 9 III

RID 10-03-241

- Leitsatz:** 1. Die Anknüpfung der Beihilfegewährung an das Vorliegen bestimmter Indikationen bei mehr als zwei Implantaten ist rechtlich nicht zu beanstanden.
2. Auch die Aufwendungen für bis zu zwei Implantate sind nur beihilfefähig, wenn sie notwendig und angemessen sind.

IV. Arzneimittel/Arzneimittelvertrieb/Medizinprodukte/Hilfsmittel

1. BGH: ARZNEIMITTELHAFTUNG/HERZINFARKT NACH VIOXX - BEWEISLAST

BGH, Urt. v. 16.03.2010 – VI ZR 64/09 –

RID 10-03-242

juris = VersR 2010, 627 = GesR 2010, 255
AMG § 84 II; ZPO § 286

Leitsatz: Zum Beweis des Ursachenzusammenhangs zwischen der Einnahme eines Arzneimittels und dem Gesundheitsschaden des Patienten

Der **BGH** wies die Revision d. Kl. gegen **OLG Koblenz**, Urt. v. 05.02.2009 – 5 U 1116/08 – RID 09-02-235 zurück.

2. ZUZAHLUNGSERSTATTUNG DURCH EINEN VEREIN: UMGEHUNG DER ARZNEIMITTELPREISBINDUNG

LG Cottbus, Urt. v. 09.03.2010 – 11 O 14/09 –

RID 10-03-243

WRP 2010, 958
UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8 I; AMPPreisV § 3 I 1

Leitsatz: Wird beim Erwerb von Arzneimitteln in einer Apotheke die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung von einem Dritten (hier: ein Verein) erstattet, stellt dies eine Umgehung der nach der Arzneimittelpreisverordnung vorgesehenen Preisbindung dar. Die Apotheke handelt in diesem Fall als mittelbarer Täter.

3. ENTZUG DER APOTHEKENBETRIEBSERLAUBNIS WEGEN UNERLAUBTER ABGABE VON ARZNEIMITTELN

VG Berlin, Urt. v. 19.05.2010 – 14 K 45.09 –

RID 10-03-244

juris
StGB § 70; GewO §§ 6, 35; ApoBetrO § 17; AMVV § 4; BtMG §§ 13, 29; AMG §§ 4 XVII, 6a, 48, 95, 96; ApoG §§ 2, 4
Steht aufgrund eines rechtskräftigen Strafurteils fest, dass ein Apotheker sich in gravierendem Umfang wiederholt und über einen längeren Zeitraum hinweg durch die Abgabe von Hormonpräparaten, Beruhigungsmitteln und Mitteln zur Potenzsteigerung („Viagra“) wegen unerlaubter Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gemäß § 96 Nr. 13 i. V. m. § 48 Abs. 1 Nr. 1, § 4 Abs. 17 AMG strafbar gemacht hat, so kann ihm die **Apothekenbetriebserlaubnis** entzogen werden.

Die Rechtmäßigkeit des Widerrufs steht nicht infrage, weil das nach der Zurückweisung der Sache durch BGH, Beschl. v. 05.08.2009 - 5 StR 248/09 – A&R 2009, 234 erneut mit der Angelegenheit befasste LG Berlin die Verhängung eines **Berufsverbots abgelehnt** hat.

4. BEIHILFE

A) BVERWG: AUSSCHLUSS NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER MEDIKAMENTE ZULÄSSIG

BVerwG, Urt. v. 05.05.2010 – 2 C 12/10 –

RID 10-03-245

www.bverwg.de = juris
BhV § 12

Der grundsätzliche **Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente** aus der Beihilfe ist nicht zu beanstanden. Das Differenzierungsmerkmal knüpft daran an, dass die Kaufpreise für diese Medikamente im Allgemeinen deutlich unter den Abgabepreisen für verschreibungspflichtige Medikamente liegen.

Um die Erfüllung der verfassungsrechtlichen Anforderungen im Übergangszeitraum zu gewährleisten, ist es angezeigt, die **Aufwendungen** für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel im Falle ihrer Notwendigkeit und Angemessenheit vorläufig im Rahmen des § 12 Abs. 2 BhV zusätzlich zu den in § 12 Abs. 1 genannten Aufwendungen zu berücksichtigen. Sobald der Gesamtbetrag der Eigenbehalte gemäß § 12 Abs. 1 BhV und der Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel die maßgebende **Belastungsgrenze** des § 12 Abs. 2 BhV im jeweiligen Kalenderjahr überschreitet, sind weitere derartige Aufwendungen nach den Kriterien der Notwendigkeit und Angemessenheit zu erstatten.

Für eine Übergangszeit bestehen keine Bedenken gegen die Übertragung der Entscheidungskompetenz über den Ausschluss bestimmter Arzneimittel auf den GBA im Wege der **dynamischen Verweisung** (BVerwG, Urt. v. 28.05.2008 – 2 C 24/07 -).

B) ÄRZTLICH VERORDNETE, ABER NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL NICHT BEIHILFEFÄHIG

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.06.2010 – 1 A 1328/08 –

RID 10-03-246

^{juris}
BhV NRW § 4 I Nr. 7

Für ärztlich verordnete, aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Gewährung einer Beihilfe.

C) NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL NICHT BEIHILFEFÄHIG

VG für das Saarland, Urt. v. 08.06.2010 – 3 K 49/10 –

RID 10-03-247

^{juris}
GG Art. 33 V; BHV Saarland § 5 I Nr. 6

Leitsatz: Die Aufwendungen für Nahrungsergänzungsmittel sind nach saarländischem Beihilferecht nicht beihilfefähig.

V. Verschiedenes

1. EUGH: MEHRWERTSTEUER: ENTNAHME, ANALYSE UND AUFBEREITUNG VON NABELSCHNURBLUT NICHT STEUERBEFREIT

EGRL 112/2006 Art. 2 132, 133, 234; EWGRL 388/77 Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. b u. c

EuGH, Urt. v. 10.06.2010 - C-86/09 -

RID 10-03-248

^{curia.europa.eu = juris}

Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 234 EG, eingereicht vom VAT and Duties Tribunal, Manchester (Vereinigtes Königreich), Entscheidung v. 23.02.2009

Future Health Technologies Ltd ./ The Commissioners for Her Majesty's Revenue and Customs

1. Tätigkeiten, die die Übersendung eines Sets mit der Ausrüstung zur Entnahme von Nabelschnurblut Neugeborener, die Analyse und die Aufbereitung dieses Bluts sowie gegebenenfalls die Lagerung der in diesem Blut enthaltenen Stammzellen zum Zweck ihrer etwaigen zukünftigen therapeutischen Verwendung umfassen und die nur sicherstellen sollen, dass für den ungewissen Fall, dass eine Heilbehandlung erforderlich wird, ein Behandlungsmittel zur Verfügung steht, an sich aber nicht der Diagnose, Behandlung oder Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienen, fallen weder in ihrer Gesamtheit noch einzeln unter den Begriff „Krankenhausbehandlungen und ärztliche Heilbehandlungen“ im Sinne von Art. 132 Abs. 1 Buchst. b der Richtlinie 2006/112/EG des Rates vom 28. November 2006 über das gemeinsame Mehrwertsteuersystem oder unter den Begriff „Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin“ in Art. 132 Abs. 1 Buchst. c derselben Richtlinie. Für die Analyse von Nabelschnurblut gilt dies nur dann nicht, wenn sie tatsächlich dazu dient, eine ärztliche Diagnose zu erstellen, was gegebenenfalls vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.

2. Der Begriff der mit „Krankenhausbehandlungen und ärztlichen Heilbehandlungen ... eng verbundene Umsätze“ im Sinne von Art. 132 Abs. 1 Buchst. b der Richtlinie 2006/112 ist so auszulegen, dass er keine Tätigkeiten wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehenden erfasst, die in der Übersendung eines Sets mit der Ausrüstung zur Entnahme von Nabelschnurblut Neugeborener, der Analyse und der Aufbereitung dieses Bluts sowie gegebenenfalls der Lagerung der in diesem Blut enthaltenen Stammzellen zum Zweck einer möglicherweise künftigen therapeutischen Verwendung bestehen, mit der diese Tätigkeiten nur eventuell verbunden sind und die weder stattgefunden noch begonnen hat, noch geplant ist.

EuGH, Urt. v. 10.06.2010 - C-262/08 -

RID 10-03-249

^{curia.europa.eu = juris}

Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 234 EG, eingereicht vom Østre Landsret (Dänemark) mit Entscheidung vom 13.06.2008, in dem Verfahren CopyGene A/S ./ Skatteministeriet

1. Der Begriff der mit der „Krankenhausbehandlung und [der] ärztliche[n] Heilbehandlung ... eng verbundenen Umsätze“ im Sinne von Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. b der Sechsten Richtlinie 77/388/EWG des Rates vom 17. Mai 1977 zur Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Umsatzsteuern – Gemeinsames Mehrwertsteuersystem: einheitliche steuerpflichtige Bemessungsgrundlage ist dahin auszulegen, dass er keine Tätigkeiten wie die im Ausgangsverfahren fraglichen erfasst, die in der Entnahme, der Beförderung und der Analyse von Nabelschnurblut sowie in der Lagerung der in diesem Blut enthaltenen Stammzellen bestehen, wenn

die ärztliche Heilbehandlung im Krankenhaus, mit der diese Tätigkeiten nur eventuell verbunden sind, weder stattgefunden noch begonnen hat, noch geplant ist.

2. Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. b der Sechsten Richtlinie 77/388 steht einer Qualifikation eines Steuerpflichtigen wie der CopyGene A/S durch die nationalen Behörden als „andere ordnungsgemäß anerkannte Einrichtung gleicher Art“ wie Krankenanstalten und Zentren für ärztliche Heilbehandlung und Diagnostik im Sinne dieser Bestimmung entgegen, wenn Stammzellenbanken Leistungen der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Art durch medizinisches Fachpersonal erbringen, aber keine finanzielle Unterstützung durch das staatliche System der sozialen Sicherheit erhalten und die Kosten der von ihnen erbrachten Leistungen nicht von diesem System gedeckt werden, obwohl ihnen von den zuständigen Gesundheitsbehörden eines Mitgliedstaats im Rahmen der Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen eine Genehmigung zum Umgang mit menschlichen Geweben und Zellen erteilt worden ist. Jedoch kann diese Bestimmung nicht dahin ausgelegt werden, dass sie als solche von den zuständigen Behörden verlangt, eine Gleichstellung einer privaten Stammzellenbank mit einer für die Zwecke der fraglichen Steuerbefreiung „ordnungsgemäß anerkannten“ Einrichtung abzulehnen. Erforderlichenfalls ist vom vorlegenden Gericht zu prüfen, ob die Versagung der Anerkennung für die Zwecke der Steuerbefreiung nach Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. b der Sechsten Richtlinie dem Unionsrecht, insbesondere dem Grundsatz der steuerlichen Neutralität, entspricht.

EuGH, Urt. v. 10.06.2010 - C-237/09 -

RID 10-03-250

curia.europa.eu = juris

Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 234 EG, eingereicht von der Cour de cassation (Belgien) mit Entscheidung vom 18.06.2009, in dem Verfahren État belge ./ Nathalie De Fruytier

Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. d der Sechsten Richtlinie 77/388/EWG des Rates vom 17. Mai 1977 zur Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Umsatzsteuern – Gemeinsames Mehrwertsteuersystem: einheitliche steuerpflichtige Bemessungsgrundlage, der „die Lieferungen von menschlichen Organen, menschlichem Blut und Frauenmilch“ von der Mehrwertsteuer befreit, ist dahin auszulegen, dass er nicht auf Beförderungen von menschlichen Organen und dem menschlichen Körper entnommenen Substanzen anwendbar ist, die von einem Selbständigen für Krankenhäuser und Laboratorien durchgeführt werden.

2. BVERFG

A) UNTERSAGUNG EINER PROTESTAKTION GEGEN SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 08.06.2010 – 1 BvR 1745/06 –

RID 10-03-251

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 5 I

OLG München, Beschl. v. 02.06.2006 - 18 U 2358/06 - und das Endurteil des LG München I v. 18.01.2006 - 9 O 14979/05 - verletzen den Bf. in seinem Grundrecht aus Art. 5 I 1 GG. Die Entscheidungen werden aufgehoben. Die Sache wird an das LG München I zurückverwiesen.

Wahre Tatsachenbehauptungen, die einen Betroffenen weder in seiner besonders geschützten Intim- noch in seiner Privatsphäre treffen, sondern lediglich Vorgänge aus seiner Sozialsphäre benennen, müssen grundsätzlich hingenommen werden, denn das Persönlichkeitsrecht verleiht seinem Träger keinen Anspruch darauf, nur so in der Öffentlichkeit dargestellt zu werden, wie es ihm genehm ist (vgl. BVerfGE 97, 391 <403>).

Wird ein Arzt gegen seinen Willen in der Öffentlichkeit als ein auch **Schwangerschaftsabbrüche durchführender Arzt präsentiert** und wird hierdurch eine Anprangerung und Stigmatisierung des Arztes bewirkt, so darf bei der Würdigung einer möglichen **Prangerwirkung** nicht aus dem Blick geraten, dass die Wahl einer personalisierten Darstellungsweise und der hiermit regelmäßig verbundenen Wirkungssteigerung gerade Teil der grundrechtlich geschützten **Meinungsfreiheit** des Äußernden ist. Es ist nicht zu erkennen, dass dem Arzt ein umfassender Verlust an sozialer Achtung droht, wenn seine Bereitschaft zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen zum Gegenstand einer öffentlichen Erörterung gemacht wird. Darüber hinaus ist zu würdigen, dass der Meinungsäußernde mit dem Thema der **Schwangerschaftsabbrüche** einen **Gegenstand von wesentlichem öffentlichem**

Interesse angesprochen hat, was das Gewicht seines in die Abwägung einzustellenden Äußerungsinteresses vergrößert.

Die Erwägung, dass die **Patientinnen**, deren Weg in die Arztpraxis am Standort des Meinungsäußernden vorbeiführt, sich durch dessen Aktionen gleichsam einem **Spiebrutenlauf** ausgesetzt sehen könnten, ist ein gewichtiger Gesichtspunkt. Vor dem Hintergrund, dass Art. 5 I GG zwar das Äußern von Meinungen schützt, nicht aber Tätigkeiten, mit denen anderen eine Meinung - mit nötigen Mitteln - aufgedrängt werden soll (vgl. BVerfGE 25, 256 <264 f.>), erscheint es nicht ausgeschlossen, auf diesen Gesichtspunkt und die damit verbundene Einmischung in die rechtlich besonders geschützte Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patientin im Einzelfall ein verfassungsrechtlich tragfähiges Verbot von bestimmten Formen von Protestaktionen zu stützen.

B) GLEICHBEHANDLUNG VON ARBEITNEHMERN BEI KLINIKPRIVATISIERUNG

BVerfG, Beschl. v. 14.04.2010 – 1 BvL 8/08 –

RID 10-03-252

juris = www.bundesverfassungsgericht.de

GG Art. 3 I, II, 100; BGB § 613a

Leitsatz: Zur Gleichbehandlung von Arbeitnehmergruppen bei der Privatisierung der Kliniken der Freien und Hansestadt Hamburg.

Das **BVerfG** stellte fest, dass § 17 Satz 1 des Gesetzes über den Hamburgischen Versorgungsfonds - Anstalt öffentlichen Rechts - (HVFG) vom 21.11.2006 mit Art. 3 I u. II GG unvereinbar; der Gesetzgeber ist verpflichtet, spätestens bis zum 31.12.2010 eine Neuregelung zu treffen.

C) VORLAGEPFLICHT AN EUGH

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 25.02.2010 – 1 BvR 230/09 –

RID 10-03-253

NJW 2010, 1268 = www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 101 I 2; BGB § 613a IV; BVerfGG § 93c I 1; EG Art. 234 III

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BAG**, Urt. v. 21.05.2008 – 8 AZR 84/07 – führt zur Aufhebung und Zurückverweisung, soweit die Revision im Rechtsstreit gegen die Beklagte zu 1) zurückgewiesen wurde.

Leitsatz (NJW): 1. Ein letztinstanzliches Hauptsachegericht verletzt Art. 101 I 2 GG, wenn es den ihm in Fällen, in denen zu einer entscheidungserheblichen Rechtsfrage des Gemeinschaftsrechts noch keine einschlägige Rechtsprechung vorliegt oder die entscheidungserhebliche Frage noch nicht erschöpfend beantwortet ist, zukommenden Beurteilungsrahmen überschreitet.

2. Der Beurteilungsrahmen wird überschritten, wenn das nationale Gericht eine eigene Lösung entwickelt, die nicht auf die bestehende Rechtsprechung des EuGH zurückgeführt werden kann.

D) WISSENSCHAFTLICHE ÄUßERUNGEN ALLEINE KEIN BEFANGENHEITSGRUND

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 19.04.2010 – 1 BvR 626/10 –

RID 10-03-254

www.bundesverfassungsgericht.de = juris = EuGRZ 2010, 252

GG Art. 101 2 ; BVerfGG § 32 ; SGG § 60 I ; ZPO §§ 41, 42 II

Die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Beschl. v. 14.01.2010 – B 2 U 14/09 R - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Wissenschaftliche Äußerungen zu einer für das Verfahren bedeutsamen Rechtsfrage alleine sind kein **Befangenhheitsgrund** (vgl. BVerfGE 98, 134 <137>; 102, 122 <125>; BGH, Beschl. v. 14.05.2002 - IX ZR 388/01 - NJW 2002, 2396). Von einem Richter wird erwartet, dass er auch dann unvoreingenommen an die Beurteilung einer Sache herantritt, wenn er sich schon früher über eine entscheidungserhebliche Rechtsfrage ein Urteil gebildet hat (vgl. BVerfGE 82, 30 <38>). Anlass zu Zweifeln an der Unvoreingenommenheit des Richters kann erst bestehen, wenn die Nähe der Äußerungen zu der von einem Beteiligten vertretenen Rechtsauffassung bei einer Gesamtbetrachtung nicht zu übersehen ist und die wissenschaftliche Tätigkeit des Richters vom Standpunkt anderer Beteiligten aus die Unterstützung dieses Beteiligten bezweckt (vgl. BVerfGE 98, 134 <138>).

3. BGH

A) RECHTSWEGABGRENZUNG ZWISCHEN ZIVILGERICHTSBARKEIT UND VERWALTUNGSGERICHTSBARKEIT

BGH, Beschl. v. 20.05.2010 – XII ZB 166/08 –

RID 10-03-255

juris = www.bundesgerichtshof.de = NVwZ 2009, 1054
GVG § 13; VwVfG § 54 S. 2; VwGO § 40 I

Leitsatz: 1. Nach § 13 GVG ist der ordentliche Rechtsweg für alle bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten und Strafsachen eröffnet, für die nicht entweder die Zuständigkeit von Verwaltungsbehörden oder Verwaltungsgerichten begründet ist oder aufgrund von Vorschriften des Bundesrechts besondere Gerichte bestellt oder zugelassen sind.

2. Ob eine Streitigkeit öffentlich-rechtlich oder bürgerlich-rechtlich ist, richtet sich, wenn eine ausdrückliche Rechtswegzuweisung des Gesetzgebers fehlt, nach der Natur des Rechtsverhältnisses, aus dem der Klageanspruch hergeleitet wird. Die Rechtsnatur eines Vertrages bestimmt sich danach, ob der Vertragsgegenstand dem öffentlichen oder dem bürgerlichen Recht zuzurechnen ist. Dabei ist für den öffentlich-rechtlichen Vertrag zwischen einem Träger öffentlicher Verwaltung und einer Privatperson typisch, dass er an die Stelle einer sonst möglichen Regelung durch Verwaltungsakt tritt (vgl. § 54 Satz 2 VwVfG).

B) HERAUSGABEANSPRUCH DER GESETZL. KRANKENKASSE AUF PFLEGEDOKUMENTATION AUS ÜBERGEGANGENEM RECHT

BGH, Urt. v. 23.03.2010 – VI ZR 249/08 –

RID 10-03-256

www.bundesgerichtshof.de = GesR 2010, 315
SGB X § 116 I; BGB §§ 401, 410

Leitsatz: Liegt eine Einwilligung des Heimbewohners oder seines gesetzlichen Betreuers vor, kann dem Krankenversicherer aus übergegangenem Recht gemäß § 116 Abs. 1 SGB X i.V.m. §§ 401 Abs. 1 analog, 412 BGB ein Anspruch auf Herausgabe von Kopien der Pflegedokumentation gegen Kostenerstattung zustehen.

BGH, Urt. v. 23.03.2010 – VI ZR 327/08 –

RID 10-03-257

www.bundesgerichtshof.de = ZFSH/SGB 2010, 295 = PflR 2010, 257
SGB V § 294; SGB X § 116 I; BGB §§ 401, 410

Leitsatz: 1. Liegt eine Einwilligung des Heimbewohners oder seines gesetzlichen Betreuers vor, kann dem Krankenversicherer aus übergegangenem Recht gemäß § 116 Abs. 1 SGB X i.V.m. §§ 401 Abs. 1 analog, 412 BGB ein Anspruch auf Herausgabe von Kopien der Pflegedokumentation gegen Kostenerstattung zustehen (vgl. Senatsurt. v. 23.03.2010 - VI ZR 249/08, zur Veröffentlichung in BGHZ vorgesehen).

2. § 294a SGB V ist nicht entsprechend auf die Einsicht in Pflegedokumentationen anwendbar.

4. BVERWG: UNBESCHRÄNKTER WIDERRUF DER ERLAUBNIS ZUR TÄTIGKEIT ALS LOGOPÄDE WEGEN SEXUALSTRAFTAT

BVerwG, Urt. v. 28.04.2010 – 3 C 22/09 –

RID 10-03-258

www.bverwg.de = juris
LogopG §§ 2 I Nr. 2, 3 II; GG Art. 12 I

Leitsatz: Der Widerruf einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Logopäde wegen Unzuverlässigkeit kann nicht auf die Behandlung weiblicher Patienten beschränkt werden.

5. KRANKENHÄUSER

A) BGH: KRANKENHAUS-GMBH KOMMUNALER GEBIETSKÖRPERSCHAFT OHNE GERICHTSGEBÜHRENBEFREIUNG

BGH, Beschl. v. 20.04.2010 – VI ZB 65/09 –

RID 10-03-259

www.bundesgerichtshof.de = juris = GesR 2010, 363
GGebBefrG ND § 1 I Nr. 2

Leitsatz: Eine GmbH, die ein Krankenhaus betreibt, ist auch dann nicht nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 Nds. GGebBefrG von der Zahlung der Gerichtsgebühren befreit, wenn ihre Alleingesellschafterin eine kommunale Gebietskörperschaft ist

B) EINSATZ VON HONORARÄRZTEN IM RAHMEN DES VERSORGUNGS-AUFTRAGS

VG Frankfurt a. M., Urt. v. 09.02.2010 – 5 K 1985/08 –

RID 10-03-260

juris = GesR 2010, 313 (Kurzwiedergabe)
KHEntgG §§ 2 II 2 Nr. 2, 18 I 2 Nr. 4

Gehören Bandscheibenoperationen zum **Versorgungsauftrag** eines Krankenhauses, so ist es nicht zu beanstanden, dass diese **Operationen durch die Hinzuziehung „Dritter“** erfolgen. Nach § 2 II 2 Nr. 2 KHEntgG zählen zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter.

C) VERSORGUNGS-AUFTRAG UND VERGÜTUNGSVEREINBARUNG (GERIATRISCHE FRÜHREHABILITATIVE DRGs)

VG Münster, Urt. v. 23.06.2010 – 9 K 249/09 –

RID 10-03-261

juris
SGB V §§ 39 I 3 HS 2, 108; KHG §§ 8 I, 18 II, V; KHEntgG §§ 8 I, 12, 14 I 2

Leitsatz: 1. Zum **Versorgungsauftrag** eines Plankrankenhauses in NRW gehört bei Vorhandensein der personellen und sächlichen Voraussetzungen auch ohne eine geriatrische Abteilung die Durchführung von **geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen** (G-DRGs B44A u.a., OPS 8-550.*) im Rahmen einer kurativen stationären Behandlung.

2. Die entsprechenden geriatrischen frührehabilitativen **DRGs** sind in diesen Fällen bei der Vergütungsvereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen **abrechnungsfähig**.

D) KONKURRENTENKLAGE GEGEN KRANKENHAUSPLAN-AUFNAHME NUR BEI EIGENANTRAG

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.12.2009 – 13 A 3109/08 –

RID 10-03-262

juris = ZMGR 2010, 165
VwGO § 42 II; KHG § 8 II; GG Art. 12 I

Leitsatz: Ein Krankenhausträger ist bei einer **Anfechtungsklage** gegen den Feststellungsbescheid zu Gunsten eines Konkurrenten, mit dem dessen Krankenhaus im Krankenhausplan ausgewiesen worden ist, nicht **klagebefugt**, wenn er die Aufnahme seines eigenen Krankenhauses oder einer Abteilung in den Krankenhausplan nicht beantragt hat.

6. VERÖFFENTLICHUNG VON TRANSPARENZBERICHTEN ÜBER PFLEGEHEIME

LSG Bayern, Beschl. v. 30.03.2010 - L 2 P 7/10 B ER –

RID 10-03-263

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 86b II; SGB XI § 114, 115 Ia 1; GG Art. 12 I, 14 I; BGB §§ 823, 1004

Leitsatz: Vorrang der Schaffung von Transparenz hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Pflegeleistungen und deren Qualität gegenüber möglichen Auswirkungen auf Wettbewerbspositionen.

Das **SG** wies den Antrag, die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung (Transparenzbericht) vom 26.10.2009 über ihre vollstationäre Einrichtung im Internet oder in sonstiger Weise und dessen Freigabe an Dritte zum Zwecke der Veröffentlichung zu unterlassen sowie festzustellen, dass sie bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens nicht verpflichtet sei, die Zusammenfassung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung vom 26.10.2009 in ihrer Einrichtung auszuhängen, ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

SG Münster, Beschl. v. 26.05.2010 – S 6 P 35/10 ER –

RID 10-03-264

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 86b II; SGB XI § 114, 115 Ia 1; GG Art. 12 I, 14 I; BGB §§ 823, 1004

Es bestehen **verfassungsrechtliche Bedenken** gegen die in § 115 Ia 6 SGB XI vorgesehene Übertragung von Rechtsetzungsbefugnissen auf die Vertragspartner der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS).

Die Veröffentlichung eines Transparenzberichts auf der Grundlage der PTVS führt zu einer **Grundrechtsverletzung** des Einrichtungsträgers. Sie ist weder geeignet noch verhältnismäßig (gegen LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.05.2010 – L 10 P 10/10 B ER – RID 10-02-221). Die Eignung des Bewertungssystems der PTVS mit seinen starren, einheitlichen Prüfkriterien muss in Frage gestellt werden.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens (Az.: S 6 P 111/10 SG Münster) die Veröffentlichung des Transparenzberichts über die Pflegeeinrichtung der Ast. aufgrund der MDK-Prüfung am 19.10.2009 über die Internetportale der Ag. - oder in sonstiger Weise - zu unterlassen. Die Ast. ist vorläufig nicht verpflichtet, den Transparenzbericht in ihrer Einrichtung auszuhängen.

7. KRANKENKASSEN

A) SCHADENSERSATZ BEI RECHTSWIDRIGER VERSAGUNG EINES VERSORGUNGSVERTRAGES FÜR REHAKLINIK

OLG München, Urt. v. 10.06.2010 – 1 U 2635/06 –

RID 10-03-265

^{juris}
SGB V § 111

Die rechtswidrige **Versagung eines Versorgungsvertrages** stellt weder eine Eigentumsverletzung noch einen Eingriff in einen eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb dar; sie führt lediglich zu der **Vereitelung einer Erwerbchance**, also zu einem möglichen Vermögensschaden. Dies hat zur Folge, dass eine Rehaklinikbetreiberin nachzuweisen hat, dass sie bei Erhalt eines Versorgungsvertrages einen Gewinn erzielt hätte. Für die Geltendmachung einzelner Posten, die in einer Gewinn/Verlustrechnung einzubeziehen sind, ist daher kein Raum.

B) KOSTENTRAGUNGSPFLICHT DER GESETZL. KRANKENKASSE: TRANSPORT MITTELS DREHLEITER DURCH FEUERWEHR

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 17.05.2010 – 1 S 2441/09 –

RID 10-03-266

^{juris}
SGB V §§ 60 II, 133 I 1; FeuerwG BW §§ 2 II, 34 II, III Nr. 3, 36 II Nr. 3

Leitsatz: Die gesetzliche Krankenkasse hat die Kosten für die Hilfeleistung der Feuerwehr (hier: Transport eines stark übergewichtigen gehunfähigen Patienten mittels Drehleiter aus der Wohnung zum Krankenwagen) zur Ermöglichung eines unter die privilegierten Tatbestände des § 60 Abs. 2 SGB V fallenden Krankentransports zu tragen.

C) SATZUNGSBESTIMMUNG ZUM AUSSCHLUSS BESTIMMTER ÄRZTE (POSTBEAMTENKRANKENKASSE)

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 10.05.2010 – 13 S 2825/09 –

RID 10-03-267

^{juris}
BAPostG § 26c I; GG Art. 12 I; MB/KK § 5 I Buchst. c

Leitsatz: Die allgemeine Ermächtigung des § 26c Abs. 1 BAPostG, wonach die Postbeamtenkrankenkasse durch Satzung ihre Organisation und Verwaltung sowie ihre Leistungen regelt, stellt **keine hinreichende Rechtsgrundlage** für den Erlass einer Satzungsbestimmung dar, mit welcher der Vorstand ermächtigt wird, die Leistungspflicht für die Behandlung durch bestimmte Ärzte aus wichtigem Grund generell von der Erstattung auszuschließen.

8. RETTUNGSDIENST

A) BVERFG: EINGLIEDERUNG PRIVATER UNTERNEHMEN IN DEN ÖFFENTLICHEN RETTUNGSDIENST ZULÄSSIG

BVerfG, Beschl. v. 08.06.2010 – 1 BvR 2011/07, 1 BvR 2959/07 –

RID 10-03-268

^{www.bundesverfassungsgericht.de = juris}

GG Art. 12 I, 14 I; Sächsische Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz

Leitsatz: 1. Die **Eingliederung des privaten in die Trägerschaft des öffentlichen Rettungsdienstes** ist als Eingriff in die Berufsfreiheit jedenfalls dann **gerechtfertigt**, wenn dies nach der nicht offensichtlich fehlsamen Einschätzung des Gesetzgebers Verbesserungen bei dem Schutz der Bevölkerung, bei der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie hinsichtlich der Transparenz und Chancengleichheit im Verfahren zur Auswahl der Leistungserbringer erwarten lässt.

2. Auch bei **objektiven Berufszugangsvoraussetzungen**, die im Allgemeinen nur zur Abwehr nachweisbarer oder höchstwahrscheinlicher schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut gerechtfertigt sind, ist bei der verfassungsgerichtlichen Prüfung ein **Einschätzungsspielraum des Gesetzgebers** hinsichtlich der Gefahrenlage und des Grades der Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts zu beachten.

B) GENEHMIGUNG FÜR BETRIEB VON KRANKENTRANSPORTEN TROTZ GENEHMIGUNG EINES EU-STAATES

OVG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 23.07.2010 – 7 A 10489/10 –

RID 10-03-269

juris

AEU Art. 52 I, 56, 62; EG Art. 46 I, 49, 55; EGRL 18/2004 Art. 22; EGRL 36/2005 Art. 4; EGRL 123/2006 Art. 2; PbefG §§ 1 II, 2 II Nr. 2; RettDG RP, §§ 1 I, II Nr. 4, 2 II, III, 14 I, 17 I, 18 I, III, 21 II, 22

Leitsatz: 1. Ein nach dem Rettungsdienstgesetz **genehmigungspflichtiger Krankentransport** liegt vor, wenn die zu transportierende Person einer medizinisch-fachlichen Betreuung bzw. einer fachgerechten Hilfe und Betreuung bedarf oder möglicherweise bedarf.

2. Die Erteilung einer **nationalen Genehmigung** nach dem Rettungsdienstgesetz für den Betrieb von Krankentransporten ist im Hinblick auf das Recht auf freie Teilhabe am Dienstleistungsverkehr nach Art. 56 AEU (Art. 49 EG) auch dann nicht entbehrlich, wenn der Unternehmer über eine entsprechende Genehmigung eines anderen EU-Staates verfügt.

C) EINSATZ WEGEN ANSCHEINSGEFAHR (KREISLAUFBESCHWERDEN)

VGH Bayern, Urtr. v. 05.05.2010 – 21 ZB 10.367 –

RID 10-03-270

juris

VwGO §§ 124 II Nr. 1, 124a; RettDG Bayern Art. 32, 35

Nach tatsächlicher Inanspruchnahme des Notarztes ist die festgesetzte **Pauschale** für Notarzteinsätze (hier: in Höhe von 571 €) zu bezahlen. Die Behauptung, der **Notarzteinsatz** sei von vorneherein **nicht notwendig gewesen**, kann zu keiner anderen rechtlichen Beurteilung führen, wenn bei dem Zahlungspflichtigen aufgrund seiner Kreislaufbeschwerden eine **Anscheinsgefahr** bestanden hat, die es gerechtfertigt habe, den Notarzdienst zum Einsatz zu bringen.

D) KEINE SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHT FÜR EXTERNE NOTÄRZTE

SG Detmold, Urtr. v. 17.11.2009 – S 8 (2) R 219/06 –

RID 10-03-271

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = ASR 2010, 127 = NZS 2010, 339

SGB IV §§ 28p I 1 u. 5; SGB III § 25 I 1; SGB V § 5 I Nr. 1; SGB VI § 1 Nr. 1; SGB XI § 20 I Nr. 1

Externe Notärzte sind im Gegensatz zu den bei einem Krankenhaus angestellten, ebf. am Notarzdienst teilnehmenden Ärzten **keine sozialversicherungspflichtigen Beschäftigte**. Sie erbringen Dienste höherer Art und sind nicht in die Organisationsstrukturen des Krankenhauses im Sinne einer funktionsgerecht dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess eingebunden, wenn sie nicht verpflichtet sind, am vom Krankenhaus hinsichtlich der Notarztstellung organisierten Rettungsdienst teilzunehmen, sondern die Teilnahme am Rettungsdienst freiwillig erfolgt.

Eine Eingliederung in den Betrieb der Klägerin ergibt sich auch nicht daraus, dass die externen Notärzte verpflichtet waren, sich an den einmal aufgestellten **Dienstplan zu halten**.

Das **SG** gab der Klage des Krankenhausträgers statt.

9. HEIMLICHE FERNSEHAUFNAHMEN IN ARZTPRAXIS (UNTERLASSUNGSANSPRUCH)

OLG Düsseldorf, Urtr. v. 08.03.2010 - I-20 U 188/09, 20 U 188/09 –

RID 10-03-272

juris = GesR 2010, 276 = AfP 2010, 182

GG Art. 1 I, 2 I, 5 I u. II; BGB §§ 823 I u. II, 1004; StGB § 201; ZPO §§ 935, 940

Leitsatz: 1. Die für den Erlass einer vollstreckbaren **Unterlassungsentscheidung** in einem bloß summarischen Verfahren erforderliche besondere Rechtfertigung für das Vorhandensein eines Verfügungsgrunds liegt dann nicht vor, wenn ein Antragsteller die zukünftige Fertigung heimlich erstellter Bild- und Tonaufnahmen trotz der Tatsache unterbinden will, dass die in Anspruch genommene Fernsehanstalt sich verpflichtet hat, keine Bild- und Tonaufnahmen des heimlich gefilmten Antragstellers zu veröffentlichen, sofern er erkennbar ist.

2. Da die Frage der Zulässigkeit heimlich gefertigter Fernsehaufnahmen nicht losgelöst von einem späteren Kontext beantwortet werden kann, in dem die Aufnahmen ausgestrahlt werden, kommt hinsichtlich der heimlichen Fertigung solcher Fernsehaufnahmen ein **vorbeugender Unterlassungsanspruch** angesichts der Vielfältigkeit denkbarer Zusammenhänge nicht in Betracht.

10. KEIN UNTERLASSUNGSANSPRUCH WEGEN DIAGNOSE EINES AMTSARZTES GEGENÜBER BEHÖRDE

VGH Bayern, Beschl. v. 21.05.2010 – 5 B 09.3164 –

RID 10-03-273

^{juris}

VwGO § 130a; BGB § 1004; GG Art. 1 I, 2 I, 5 I, 12 I

Äußerungen eines **Amtsarztes** in **Wahrnehmung seiner beruflichen Pflichten** und des Interesses der Allgemeinheit werden in amtlicher Eigenschaft abgegeben. Die Einordnung der Äußerung als amtsbezogen führt dazu, dass diese bei der Prüfung eines Unterlassungsanspruchs an zusätzlichen inhaltlichen **Beurteilungsmaßstäben** zu messen ist. So muss sie den amtlichen Kompetenzrahmen wahren und dem Sachlichkeitsgebot als Ausfluss des Rechtsstaatsprinzips gerecht werden. Das verlangt, dass die Äußerung in einem konkreten Bezug zur Erfüllung einer hoheitlichen Aufgabe steht, nicht leichtfertig getätigt wurde und den sachlich gebotenen Rahmen nicht überschreitet (vgl. BayVGH v. 24.05.2006 – 4 CE 06.1217 - juris).

Diese Voraussetzungen liegen vor, wenn der Amtsarzt mit der hierfür erforderlichen Fachkompetenz seine ärztliche Einschätzung zur **gesundheitlichen Verfassung** der Klägerin gegenüber dem Ordnungsamt als unterer **Waffenrechtsbehörde** kundgetan hat, nachdem ihm Umstände bekanntgeworden waren, die aus seiner Sicht Anlass zur Annahme einer möglichen Gefährdung Dritter durch die Klägerin gegeben haben. Eine solche rein fachbezogen abgegebene Stellungnahme stellt grundsätzlich keine Ehrverletzung dar. Etwas anderes könnte nur dann angenommen werden, wenn die Äußerung mit einer persönlichen Kränkung oder Herabsetzung verbunden gewesen wäre, die das sachliche Anliegen der Äußerung völlig in den Hintergrund gedrängt hätte (vgl. BayVGH v. 15.07.2003 - 25 ZB 03.1349 - juris).

11. AMBULANTE OPERATIONEN VON ZIVILISTEN IN BUNDESWEHRKRANKENHÄUSERN ALS INSTITUTSLEISTUNG

OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 12.02.2010 – 10 A 10959/09 –

RID 10-03-274

^{juris}

BGB § 812

Leitsatz: 1. Für **Sanitätsoffiziere in Bundeswehrkrankenhäusern** gehören **ambulante Operationen von Zivilpersonen** zum Nebenamt. Hierfür dürfen sie keine Behandlungsverträge abschließen und privat liquidieren. Die Operationen können nur als Institutsleistungen des Bundeswehrkrankenhauses in Anspruch genommen werden.

2. Gleichwohl vom behandelnden Arzt erlangte **Entgelte** kann der Dienstherr im Wege des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs herausverlangen.

12. „ZAHNARZTPRAXIS LTD.“: KEIN EINTRAG IN HANDELSREGISTER

OLG München, Beschl. v. 01.07.2010 – 31 Wx 088/10 –

RID 10-03-275

^{juris}

HGB §§ 13d, 18

Leitsatz: Die Zweigniederlassung einer Gesellschaft englischen Rechts (Private Limited Company) mit der Firma „Zahnarztpraxis Ltd.“ kann nicht in das Handelsregister eingetragen werden.

Das **OLG** führte zur Begründung u.a. aus, die Firma „Zahnarztpraxis Ltd.“ verstoße gegen den Grundsatz der Firmenwahrheit (§ 18 II 1 HGB). Sie erwecke den Eindruck, dass die Gesellschaft eine Zahnarztpraxis betreibe, während sie tatsächlich nur Dienstleistungen für Zahnarztpraxen anbiete. Darin liege eine Irreführung über wesentliche geschäftliche Verhältnisse.

13. HEILPRAKTIKERGESETZ

A) GEIST-/WUNDERHEILER KEIN HEILPRAKTIKER/GELTUNG DES HEILMITTELWERBEGESETZES

AG Meldorf, Urt. v. 18.05.2010 – 29 Ds 315 Js 27580/09 –

RID 10-03-276

juris

HeilMWerbG §§ 3, 14; HeilprG §§ 1 II, 5

Leitsatz: Das allein spirituelle, rituelle oder bloß **geistige Heilen** stellt keine „Ausübung der Heilkunde“ i.S.d. § 1 Abs. 2 HeilprG dar. Ein bloßer **Geist-/Wunderheiler** bedarf keiner entsprechenden Erlaubnis nach dem HeilprG; er macht sich bei Ausübung seiner Tätigkeit nicht wegen unerlaubter Ausübung der Heilkunde nach § 5 HeilprG strafbar.

Demgegenüber kommt eine Bestrafung eines Geist-/Wunderheilers aus § 14 HWG wegen verbotener **irreführender Werbung** i.S.v. § 3 HWG grundsätzlich in Betracht.

B) WIDERRUF EINER HEILPRAKTIKERERLAUBNIS: KEINE INANSPRUCHNAHME NOTWENDIGER ÄRZTLICHER HILFE

VG Hannover, Urt. v. 25.06.2010 – 5 B 2650/10 –

RID 10-03-277

www.dbovg.niedersachsen.de/Find.asp

DVO-HeilPrG §§ 2 If, 7 I 1; VwGO § 80 V

Leitsatz: Ein Heilpraktiker darf das Unterlassen der Inanspruchnahme notwendiger ärztlicher Hilfe nicht veranlassen oder Patienten in der Nichtinanspruchnahme bestärken (im Anschluss an VGH Baden-Württemberg, B. v. 02.10.2008 - 9 S 1782/08 -). Er hat die Aufforderung zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zu dokumentieren.

14. (ZAHN)ARZTPRAXIS IN DER INSOLVENZ

A) NUR INSOLVENZGERICHT KANN UNWIRKSAMKEIT DER FREIGABEERKLÄRUNG ANORDNEN

AG Duisburg, Beschl. v. 10.02.2010 – 60 IN 26/09 –

RID 10-03-278

juris = NZI 2010, 303 = ZIP 2010, 847 = ZInsO 2010, 815

BGB §

Leitsatz: 1. Beschlüsse einer Gläubigerversammlung, die nicht unter Beachtung des § 74 Abs. 2 InsO (hier: **Nichtbekanntgabe der Uhrzeit des Termins**) einberufen ist, sind nichtig. Maßgeblich für den **Einberufungsmangel** ist der Text der öffentlichen Bekanntmachung.

2. Ein Beschluss der Gläubigerversammlung, der nach seinem Inhalt die gesetzliche **Kompetenz der Versammlung** überschreitet, ist wegen Verstoßes gegen zwingendes Recht nichtig.

3. Die **Geschäftsfreigabeerklärung** des Insolvenzverwalters (§ 35 Abs. 2 InsO) verliert ihre Wirksamkeit erst durch die auf Antrag der Gläubigerversammlung ergehende Entscheidung des Insolvenzgerichts.

4. Für die Feststellung der **Nichtigkeit eines Beschlusses der Gläubigerversammlung** gelten die formellen und sachlichen Voraussetzungen des § 78 Abs. 1 InsO weder unmittelbar noch entsprechend.

5. Die Feststellung der Nichtigkeit des Beschlusses **wirkt gegenüber sämtlichen Beteiligten** des Insolvenzverfahrens, wenn sie aufgrund eines nach § 78 Abs. 1 InsO zulässigen Antrags vom Insolvenzgericht ausgesprochen wird.

B) FREIGABE DER ZAHNÄRZTLICHEN PRAXIS DURCH INSOLVENZVERWALTER UMFASST MIETVERHÄLTNIS

LG Krefeld, Urt. v. 24.02.2010 – 2 O 346/09 –

RID 10-03-279

juris

InsO § 35 II

Leitsatz: Von der Freigabe des Insolvenzverwalters gem. § 35 II InsO ist auch ein Mietverhältnis umfasst, wenn ohne dieses eine selbständige Erwerbstätigkeit nicht möglich ist.

15. STEUERRECHT

A) BFH: VERÄUßERUNGSGEWINN EINER ARZTPRAXIS

BFH, Urt. v. 09.03.2010 – VIII R 109/03 –

RID 10-03-280

juris = www.bundesfinanzhof.de

EstG § 34 I, 52 Abs. 24a Nr. 1 u. Abs. 47; GG Art. 2 I, 3 I, 20 III; SGB V a.F. § 95 VII

Ein vor dem Inkrafttreten des StEntlG 1999/2000/2002 im Frühjahr 1999 eingeleitetes **Nachbesetzungsverfahren** begründet kein verfassungsrechtlich geschütztes Vertrauen einer steuerpflichtigen Ärztin, sofern der Vertrag über die Veräußerung der Arztpraxis erst im dritten Quartal 1999 geschlossen worden ist.

Nach Einführung der **Altersgrenze für Vertragsärzte** durch § 95 VII. 7 SGB war der Gesetzgeber nicht daran gehindert, speziell für niedergelassene Ärzte mit Zulassung als Vertragsarzt den halben Steuersatz für Gewinne aus der Veräußerung der Kassenarztpraxis übergangslos abzuschaffen.

B) KEINE UMSATZSTEUERBEFREIUNG FÜR ARZT ALS HYGIENEBERATER

FG Niedersachsen, Urt. v. 27.05.2010 – 16 K 331/09 –

RID 10-03-281

juris

UStG § 4 Nr. 14 S. 1

Leitsatz: Leistungen eines als Hygieneberater tätigen Arztes sind nicht umsatzsteuerbefreit.

C) AUFWENDUNGEN EINES EHEPAARES FÜR HETEROLOGE KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

FG Niedersachsen, Urt. v. 05.05.2010 – 9 K 231/07 –

RID 10-03-282

juris

EStG § 33

Aufwendungen eines Ehepaars für eine heterologe künstliche Befruchtung (Befruchtung mit Fremdsamen) sind als außergewöhnliche Belastungen abzugsfähig.

Verzeichnis der Entscheidungen

AG Duisburg , Beschl. v. 10.02.2010 – 60 IN 26/09 –	RID 10-03-278
AG Meldorf , Urt. v. 18.05.2010 – 29 Ds 315 Js 27580/09 –	RID 10-03-276
AG Schöneberg , Urt. v. 01.06.2010 – 4 C 286/09 –	RID 10-03-227
BFH , Urt. v. 09.03.2010 – VIII R 109/03 –	RID 10-03-280
BGH , Beschl. v. 09.02.2010 – VI ZB 59/09 –	RID 10-03-209
BGH, Urt. v. 09.03.2010 – VI ZR 131/09 –	RID 10-03-208
BGH, Urt. v. 16.03.2010 – VI ZR 64/09 –	RID 10-03-242
BGH, Urt. v. 23.03.2010 – VI ZR 249/08 –	RID 10-03-256
BGH, Urt. v. 23.03.2010 – VI ZR 327/08 –	RID 10-03-257
BGH, Beschl. v. 20.04.2010 – VI ZB 65/09 –	RID 10-03-259
BGH, Urt. v. 11.05.2010 – VI ZR 252/08 –	RID 10-03-207
BGH, Beschl. v. 20.05.2010 – XII ZB 166/08 –	RID 10-03-255
BGH, Urt. v. 15.06.2010 – VI ZR 204/09 –	RID 10-03-206
BGH, Urt. v. 06.07.2010 – VI ZR 198/09 –	RID 10-03-205
BSG , Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 11/09 R –	RID 10-03-89
BSG, Urt. v. 15.12.2009 – 1 AS 1/08 KL –	RID 10-03-183
BSG, Urt. v. 16.12.2009 – B 6 KA 9/09 R –	RID 10-03-83
BSG, Urt. v. 16.12.2009 – B 6 KA 10/09 R –	RID 10-03-82
BSG, Urt. v. 16.12.2009 – B 6 KA 33/08 R –	RID 10-03-85
BSG, Urt. v. 16.12.2009 – B 6 KA 39/08 R –	RID 10-03-84
BSG, Urt. v. 16.12.2009 – B 6 KA 40/08 R –	RID 10-03-86
BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 14/08 R –	RID 10-03-181

BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R –	RID 10-03-173
BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 1/09 R –	RID 10-03-78
BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 31/09 R –	RID 10-03-92
BSG, Urt. v. 03.02.2010 – B 6 KA 37/08 R –	RID 10-03-91
BSG, Urt. v. 17.02.2009 – B 3 KR 12/08 R –	RID 10-03-178
BSG, Urt. v. 17.02.2010 – 1 KR 14/09 R –	RID 10-03-172
BSG, Urt. v. 17.02.2010 – 1 KR 23/09 R –	RID 10-03-180
BSG, Urt. v. 10.03.2010 – B 3 KR 15/08 R –	RID 10-03-179
BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 3/09 R –	RID 10-03-88
BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 13/09 R –	RID 10-03-79
BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1/3 KR 6/09 R –	RID 10-03-182
BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1 KR 19/09 R –	RID 10-03-174
BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1 KR 20/09 R –	RID 10-03-175
BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1 KR 24/09 R –	RID 10-03-176
BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1 KR 25/09 R –	RID 10-03-177
BSG, Beschl. v. 05.05.2010 – B 6 KA 23/09 B –	RID 10-03-87
BSG, Beschl. v. 05.05.2010 – B 6 KA 32/09 B –	RID 10-03-52
BSG, Beschl. v. 05.05.2010 – B 6 KA 41/09 B –	RID 10-03-80
BSG, Beschl. v. 23.06.2010 – B 6 KA 44/09 B –	RID 10-03-81
BSG, Beschl. v. 23.06.2010 – B 6 KA 50/09 B –	RID 10-03-90
BVerfG , 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 25.02.2010 – 1 BvR 230/09 –	RID 10-03-253
BVerfG, Beschl. v. 14.04.2010 – 1 BvL 8/08 –	RID 10-03-252
BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 19.04.2010 – 1 BvR 626/10 –	RID 10-03-254
BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 08.06.2010 – 1 BvR 1745/06 –	RID 10-03-251
BVerfG, Beschl. v. 08.06.2010 – 1 BvR 2011/07, 1 BvR 2959/07 –	RID 10-03-268
BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 08.07.2010 – 2 BvR 520/07 –	RID 10-03-26
BVerwG , Urt. v. 28.04.2010 – 3 C 22/09 –	RID 10-03-258
BVerwG, Urt. v. 05.05.2010 – 2 C 12/10 –	RID 10-03-245
EuGH , Urt. v. 10.06.2010 – C-86/09 –	RID 10-03-248
EuGH, Urt. v. 10.06.2010 – C-237/09 –	RID 10-03-250
EuGH, Urt. v. 10.06.2010 – C-262/08 –	RID 10-03-249
FG Niedersachsen , Urt. v. 05.05.2010 – 9 K 231/07 –	RID 10-03-282
FG Niedersachsen, Urt. v. 27.05.2010 – 16 K 331/09 –	RID 10-03-281
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 09.12.2009 – L 5 KA 2164/08 –	RID 10-03-24
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.04.2010 – L 11 KR 2307/07 –	RID 10-03-98
LSG Bayern , Urt. v. 22.04.2009 – L 12 KA 106/08 –	RID 10-03-51
LSG Bayern, Urt. v. 23.09.2009 – L 12 KA 65/08 –	RID 10-03-77
LSG Bayern, Urt. v. 12.11.2009 – L 4 KR 156/08 –	RID 10-03-128
LSG Bayern, Urt. v. 14.01.2010 – L 4 KR 10/08 –	RID 10-03-125
LSG Bayern, Urt. v. 14.01.2010 – L 4 KR 115/08 –	RID 10-03-93
LSG Bayern, Urt. v. 28.01.2010 – L 4 KR 18/08 –	RID 10-03-94
LSG Bayern, Beschl. v. 23.02.2010 – L 2 KR 201/09 B –	RID 10-03-170
LSG Bayern, Urt. v. 25.03.2010 – L 4 KR 169/08 –	RID 10-03-164
LSG Bayern, Beschl. v. 30.03.2010 – L 2 P 7/10 B ER –	RID 10-03-263
LSG Bayern, Urt. v. 21.05.2010 – L 4 KR 307/08 –	RID 10-03-162
LSG Berlin-Brandenburg , Beschl. v. 10.09.2009 – L 7 KA 154/09 B ER –	RID 10-03-35
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.10.2009 – L 1 KR 231/09 –	RID 10-03-129
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.12.2009 – L 9 KR 8/08 –	RID 10-03-147
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.01.2010 – L 7 KA 3/07 –	RID 10-03-08
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.01.2010 – L 7 KA 42/04 –	RID 10-03-05
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.01.2010 – L 7 KA 45/04 –	RID 10-03-04
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.01.2010 – L 7 KA 84/06 –	RID 10-03-06
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.01.2010 – L 7 KA 137/06 –	RID 10-03-07
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 27.01.2010 – L 7 KA 139/09 B ER –	RID 10-03-29
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.01.2010 – L 7 KA 142/09 –	RID 10-03-28
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.02.2010 – L 7 KA 15/09 KL –	RID 10-03-60
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.02.2010 – L 7 KA 116/08 KL –	RID 10-03-59
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.02.2010 – L 9 KR 2/08 –	RID 10-03-113
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.02.2010 – L 9 KR 10/08 –	RID 10-03-97
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.02.2010 – L 9 KR 18/08 –	RID 10-03-157
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.02.2010 – L 9 KR 54/06 –	RID 10-03-156
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.02.2010 – L 9 KR 262/06 –	RID 10-03-95
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 24.02.2010 – L 9 KR 23/10 B ER –	RID 10-03-127
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.02.2010 – L 9 KR 351/09 –	RID 10-03-148
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 17.03.2010 – L 7 KA 5/10 KL ER –	RID 10-03-62
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 17.03.2010 – L 7 KA 125/09 KL –	RID 10-03-63
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.03.2010 – L 9 KR 280/08 –	RID 10-03-132
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.04.2010 – L 1 KR 68/08 –	RID 10-03-112
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 07.05.2010 – L 1 SF 95/10 B Verg –	RID 10-03-149
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.05.2010 – L 1 KR 51/10 B ER –	RID 10-03-144
LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 18.05.2010 – L 9 KR 1228/05 –	RID 10-03-96
LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.06.2010 – L 7 KA 12/06 –	RID 10-03-61
LSG Hamburg , Urt. v. 17.03.2010 – L 2 KA 37/07 –	RID 10-03-32
LSG Hessen , Urt. v. 17.03.2009 – L 4 KA 17/09 –	RID 10-03-10
LSG Hessen, Beschl. v. 14.04.2010 – L 4 KA 90/09 B –	RID 10-03-73
LSG Hessen, Urt. v. 29.04.2010 – L 1 KR 95/08 –	RID 10-03-133
LSG Hessen, Beschl. v. 29.04.2010 – L 4 KA 3/08 –	RID 10-03-27
LSG Hessen, Beschl. v. 30.04.2010 – L 4 KA 13/10 B –	RID 10-03-71
LSG Hessen, Urt. v. 19.05.2010 – L 4 KA 79/09 –	RID 10-03-14
LSG Hessen, Urt. v. 19.05.2010 – L 4 KA 100/08 –	RID 10-03-11
LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2010 – L 1 KR 304/09 –	RID 10-03-154
LSG Hessen, Beschl. v. 01.06.2010 – L 1 KR 89/10 KL –	RID 10-03-167
LSG Hessen, Beschl. v. 21.06.2010 – L 4 KA 29/10 ER –	RID 10-03-57
LSG Hessen, Urt. v. 07.07.2010 – L 4 KA 69/09 –	RID 10-03-47
LSG Niedersachsen-Bremen , Beschl. v. 26.02.2009 – L 3 KA 108/08 ER –	RID 10-03-15
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 22.04.2009 – L 1 KR 60/09 B –	RID 10-03-171
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 28.05.2009 – L 3 KA 99/08 ER –	RID 10-03-34
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.08.2009 – L 3 KA 49/07 –	RID 10-03-30
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 11.11.2009 – L 1 KR 152/08 –	RID 10-03-140
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.01.2010 – L 4 KR 332/07 –	RID 10-03-159

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 12.05.2010 – L 3 KA 70/07 –	RID 10-03-13
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.05.2010 – L 3 KA 107/07 –	RID 10-03-48
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 24.02.2010 – L 11 KA 9/08 –	RID 10-03-76
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.03.2010 – L 16 (11) KR 42/08 –	RID 10-03-108
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.03.2010 – L 16 (11) KR 43/08 –	RID 10-03-109
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.04.2010 – L 21 KR 69/09 SFB –	RID 10-03-155
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 12.05.2010 – L 11 KA 9/10 B ER –	RID 10-03-42
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.05.2010 – L 5 KR 153/09 –	RID 10-03-168
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.05.2010 – L 21 KR 11/09 SFB –	RID 10-03-150
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.05.2010 – L 21 KR 65/09 SFB –	RID 10-03-153
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.06.2010 – L 16 (5) KR 178/08 –	RID 10-03-118
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.06.2010 – L 11 KR 199/10 KL –	RID 10-03-166
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.06.2010 – L 16 KR 45/09 –	RID 10-03-119
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 01.07.2010 – L 5 KR 253/10 B ER –	RID 10-03-163
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.07.2010 – L 11 KA 20/10 B –	RID 10-03-72
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22.07.2010 – L 11 KR 14/10 –	RID 10-03-103
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.07.2010 – L 11 KA 3/10 B ER –	RID 10-03-70a
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.03.2008 – L 5 KA 8/07 –	RID 10-03-55
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 15.04.2010 – L 5 KR 12/08 –	RID 10-03-139
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 27.04.2009 – L 5 B 451/08 KA –	RID 10-03-75
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 27.05.2010 – L 5 KR 39/09 –	RID 10-03-104
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 11.06.2010 – L 5 KA 61/09 B –	RID 10-03-74
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 22.06.2010 – L 5 KA 25/10 B ER –	RID 10-03-41
LSG Sachsen , Urt. v. 18.12.2009 – L 1 KR 89/06 –	RID 10-03-160
LSG Sachsen, Beschl. v. 03.06.2010 – L 1 KR 94/10 B ER –	RID 10-03-68
LSG Sachsen, Urt. v. 05.05.2010 – L 1 KR 29/08 –	RID 10-03-143
LSG Sachsen, Urt. v. 19.05.2010 – L 1 KA 14/09 –	RID 10-03-16
LSG Sachsen, Beschl. v. 17.06.2010 – L 1 KR 78/09 B ER –	RID 10-03-161
LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 29.01.2009 – L 10 KR 57/06 –	RID 10-03-105
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 21.01.2019 – L 10 KR 4/07 –	RID 10-03-115
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 29.01.2009 – L 10 KR 33/08 –	RID 10-03-123
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 29.01.2009 – L 10 KR 64/07 –	RID 10-03-130
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.03.2010 – L 4 KR 30/08 –	RID 10-03-138
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.03.2010 – L 4 KR 33/07 –	RID 10-03-137
LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 15.04.2010 – L 10 KR 5/10 B ER –	RID 10-03-114
LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 30.06.2010 – L 10 KR 38/10 B ER –	RID 10-03-145
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 10.12.2009 – L 5 KR 101/08 –	RID 10-03-136
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 14.01.2010 – L 5 KR 119/08 –	RID 10-03-142
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 09.07.2010 – L 5 KR 7/10 ER –	RID 10-03-165
LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 18.08.2010 – L 5 KR 95/10 B ER –	RID 10-03-101
LSG Thüringen , Urt. v. 17.12.2008 – L 4 KA 1284/07 –	RID 10-03-09
LG Berlin , Urt. v. 14.05.2009 – (512) 1 Kap Js 1424/06 KLS (26/08) –	RID 10-03-203
LG Cottbus , Urt. v. 09.03.2010 – 11 O 14/09 –	RID 10-03-243
LG Hagen, Urt. v. 11.08.2010 – 2 O 170/10 –	RID 10-03-225a
LG Krefeld , Urt. v. 24.02.2010 – 2 O 346/09 –	RID 10-03-279
LG München I , Urt. v. 08.12.2009 – 37 O 16059/09 –	RID 10-03-200
OLG Brandenburg , Urt. v. 22.04.2010 – 12 U 186/08 –	RID 10-03-214
OLG Brandenburg, Urt. v. 20.05.2010 – 12 U 196/09 –	RID 10-03-211
OLG Brandenburg, Urt. v. 17.06.2010 – 12 U 202/09 –	RID 10-03-215
OLG Düsseldorf , Urt. v. 08.03.2010 – I-20 U 188/09, 20 U 188/09 –	RID 10-03-272
OLG Frankfurt a. M. , Beschl. v. 25.02.2010 – 22 W 5/10 –	RID 10-03-219
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 19.05.2010 – 1 U 49/09 –	RID 10-03-198
OLG Hamm , Beschl. v. 30.04.2009 – 1 VAs 11/09 –	RID 10-03-196
OLG Hamm, Beschl. v. 17.02.2010 – I-3 W 4/10 –	RID 10-03-220
OLG Karlsruhe , Urt. v. 10.12.2009 – 4 U 33/09 –	RID 10-03-199
OLG Koblenz , Urt. v. 24.06.2010 – 5 U 186/10 –	RID 10-03-217
OLG Köln , Beschl. v. 10.02.2010 – 5 U 120/09 –	RID 10-03-212
OLG Köln, Beschl. v. 24.02.2010 – 20 W 3/10 –	RID 10-03-221
OLG Köln, Beschl. v. 29.03.2010 – 5 U 103/09 –	RID 10-03-218
OLG München , Urt. v. 28.04.2010 – 1 U 4579/07 –	RID 10-03-229
OLG München, Urt. v. 20.05.2010 – 1 U 3057/09 –	RID 10-03-216
OLG München, Urt. v. 10.06.2010 – 1 U 2635/06 –	RID 10-03-265
OLG München, Beschl. v. 01.07.2010 – 31 Wx 088/10 –	RID 10-03-275
OLG Naumburg , Urt. v. 12.01.2010 – 1 U 77/09 –	RID 10-03-224
OLG Naumburg, Urt. v. 11.03.2010 – 1 U 36/09 –	RID 10-03-223
OLG Naumburg, Urt. v. 10.05.2010 – 1 U 97/09 –	RID 10-03-213
OLG Naumburg, Urt. v. 25.06.2009 – 1 U 27/09 –	RID 10-03-225
OLG Oldenburg , Urt. v. 10.03.2010 – 5 U 141/09 –	RID 10-03-228
OLG Oldenburg, Urt. v. 30.06.2010 – 5 U 15/10 –	RID 10-03-222
OVG Berlin-Brandenburg , Beschl. v. 14.07.2010 – 91 HB 1.08 –	RID 10-03-195
OVG Nordrhein-Westfalen , Beschl. v. 17.12.2009 – 13 A 3109/08 –	RID 10-03-262
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.03.2010 – 13 B 5/10 –	RID 10-03-192
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.05.2010 – 6t E 105/10.T –	RID 10-03-197
OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.06.2010 – 1 A 1328/08 –	RID 10-03-246
OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.07.2010 – 13 B 595/10 –	RID 10-03-190
OVG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 12.02.2010 – 10 A 10959/09 –	RID 10-03-274
OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 26.05.2010 – 6 A 10320/10 –	RID 10-03-204
OVG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 23.07.2010 – 7 A 10489/10 –	RID 10-03-269
OVG Sachsen , Beschl. v. 21.06.2010 – 4 B 526/09 –	RID 10-03-189
SG Aachen , Urt. v. 18.02.2010 – S 15 (21) KR 12/07 –	RID 10-03-121
SG Aachen, Beschl. v. 10.05.2010 – S 13 KR 117/10 ER –	RID 10-03-131
SG Aachen, Beschl. v. 10.06.2010 – S 7 KA 1/10 ER –	RID 10-03-58
SG Aachen, Urt. v. 19.06.2010 – S 13 KR 23/10 –	RID 10-03-120
SG Aachen, Urt. v. 29.06.2010 – S 13 KR 136/08 –	RID 10-03-152
SG Aachen, Urt. v. 08.07.2010 – S 2 KR 61/09 –	RID 10-03-117
SG Aachen, Urt. v. 13.07.2010 – S 13 KR 62/10 –	RID 10-03-100
SG Aachen, Urt. v. 13.07.2010 – S 13 KR 105/10 –	RID 10-03-106
SG Aachen, Urt. v. 13.07.2010 – S 13 KR 125/10 –	RID 10-03-124
SG Aachen, Urt. v. 03.08.2010 – S 13 KR 128/09 –	RID 10-03-122
SG Aachen, Urt. v. 03.08.2010 – S 13 KR 139/10 –	RID 10-03-110

SG Aachen, Urt. v. 03.08.2010 – S 13 KR 162/09 –	RID 10-03-111
SG Berlin , Gerichtsbs. v. 06.07.2009 – S 71 KA 211/07 –	RID 10-03-31
SG Berlin, Urt. v. 09.09.2009 – S 71 KA 382/06 –	RID 10-03-03
SG Berlin, Urt. v. 14.10.2009 – S 71 KA 250/02 –	RID 10-03-33
SG Berlin, Urt. v. 18.11.2009 – S 71 KA 592/06 –	RID 10-03-02
SG Berlin, Beschl. v. 19.02.2010 – S 83 KA 745/09 ER –	RID 10-03-67
SG Darmstadt , Urt. v. 20.05.2010 – S 18 KR 344/08 –	RID 10-03-141
SG Detmold , Urt. v. 17.11.2009 – S 8 (2) R 219/06 –	RID 10-03-271
SG Detmold, Urt. v. 05.03.2010 – S 3 KR 70/08 –	RID 10-03-116
SG Dortmund , Urt. v. 09.09.2009 – S 9 KA 105/06 –	RID 10-03-70
SG Dresden , Urt. v. 26.03.2010 – S 11 KA 5060/05 Z –	RID 10-03-12
SG Dresden, Beschl. v. 18.05.2010 – S 18 KA 10/10 ER –	RID 10-03-69
SG Dresden, Beschl. v. 01.06.2010 – S 15 KR 119/10 ER –	RID 10-03-158
SG Dresden, Urt. v. 28.07.2010 – S 18 KA 250/06 –	RID 10-03-16a
SG Düsseldorf , Beschl. v. 17.02.2010 – S 2 KA 11/10 –	RID 10-03-66
SG Düsseldorf, Urt. v. 24.02.2010 – S 2 KA 240/09 –	RID 10-03-00
SG Düsseldorf, Urt. v. 21.04.2010 – S 2 KA 236/09 –	RID 10-03-56
SG Düsseldorf, Urt. v. 14.07.2010 – S 2 KA 61/08 –	RID 10-03-40
SG Düsseldorf, Urt. v. 11.08.2010 – S 2 KA 188/09 –	RID 10-03-25
SG Düsseldorf, Beschl. v. 20.08.2010 – S 2 KA 386/10 ER –	RID 10-03-69a
SG Frankfurt a. M. , Beschl. v. 18.12.2009 – S 18 KR 572/09 ER –	RID 10-03-126
SG Freiburg , Urt. v. 30.06.2010 – S 1 KA 1540/08 –	RID 10-03-49a
SG Hamburg , Gerichtsbs. v. 05.11.2009 – S 21 KR 1271/08 –	RID 10-03-169
SG Hamburg, Urt. v. 21.04.2010 – S 27 KA 179/07 –	RID 10-03-50
SG Hannover , Gerichtsbs. v. 28.04.2010 – S 19 KR 961/08 –	RID 10-03-135
SG Hannover, Urt. v. 20.05.2010 – S 10 KR 175/09 –	RID 10-03-134
SG Hannover, Beschl. v. 24.08.2010 – S 61 KA 358/1 ER –	RID 10-03-69c
SG Kassel , Beschl. v. 12.05.2010 – S 5 KR 9/10 –	RID 10-03-65
SG Koblenz , Urt. v. 22.06.2010 – S 16 KR 337/09 –	RID 10-03-151
SG Köln , Beschl. v. 22.06.2010 – S 26 KR 373/09 ER –	RID 10-03-99
SG Köln, Beschl. v. 09.08.2010 – S 26 KN 108/10 KR ER –	RID 10-03-114a
SG Mainz , Urt. v. 24.02.2010 – S 2 KA 611/07 –	RID 10-03-38
SG Münster , Urt. v. 21.01.2010 – S 17 (11) KR 157/05 –	RID 10-03-146
SG Marburg , Urt. v. 14.04.2010 – S 11 KA 512/09 –	RID 10-03-01
SG Marburg, Urt. v. 19.05.2010 – S 12 KA 218/10 –	RID 10-03-49
SG Marburg, Urt. v. 19.05.2010 – S 12 KA 697/09 –	RID 10-03-54
SG Marburg, Urt. v. 16.06.2010 – S 12 KA 60/10 –	RID 10-03-36
SG Marburg, Urt. v. 16.06.2010 – S 12 KA 215/09 –	RID 10-03-39
SG Marburg, Urt. v. 16.06.2010 – S 12 KA 794/09 –	RID 10-03-37
SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 167/10 –	RID 10-03-20
SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 212/10 –	RID 10-03-19
SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 325/09 –	RID 10-03-17
SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 440/10 –	RID 10-03-18
SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 633/09 –	RID 10-03-22
SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 664/09 –	RID 10-03-23
SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 – S 12 KA 768/09 –	RID 10-03-21
SG Marburg, Gerichtsbs. v. 02.08.2010 – S 12 KA 808/09 –	RID 10-03-46
SG Marburg, Beschl. v. 04.08.2010 – S 12 KA 646/10 ER –	RID 10-03-43
SG München , Beschl. v. 16.12.2009 – S 39 KA 968/09 ER –	RID 10-03-64
SG Münster , Beschl. v. 26.05.2010 – S 6 P 35/10 ER –	RID 10-03-264
SG Nürnberg , Urt. v. 01.07.2010 – S 1 KA 21/09 –	RID 10-03-53
SG Schwerin , Urt. v. 24.02.2010 – S 3 KA 37/08 –	RID 10-03-44
SG Stuttgart , Urt. v. 24.06.2010 – S 16 KR 3236/08 –	RID 10-03-102
SG Stuttgart, Urt. v. 20.01.2010 – S 5 KA 7468/07 –	RID 10-03-45
SG Würzburg , Urt. v. 06.07.2010 – S 4 KR 217/09 –	RID 10-03-107
VG Berlin , Urt. v. 19.05.2010 – 14 K 45.09 –	RID 10-03-244
VG Berlin, Urt. v. 31.05.2010 – 90 A 8.07 –	RID 10-03-194
VG Düsseldorf , Urt. v. 12.02.2010 – 26 K 3534/09 –	RID 10-03-239
VG Frankfurt a. M. , Urt. v. 09.02.2010 – 5 K 1985/08 –	RID 10-03-260
VG Gießen , Urt. v. 04.03.2010 – 21 K 381/09 –	RID 10-03-193
VG Hannover , Urt. v. 25.06.2010 – 5 B 2650/10 –	RID 10-03-277
VG Köln , Urt. v. 19.02.2010 – 19 K 8011/08 –	RID 10-03-240
VG München , Urt. v. 19.01.2010 – M 16 K 09.4614 –	RID 10-03-186
VG München, Urt. v. 19.01.2010 – M 16 K 09.5144 –	RID 10-03-201
VG München, Urt. v. 12.02.2010 – M 16 K 08.6096 –	RID 10-03-191
VG Münster , Urt. v. 23.06.2010 – 9 K 249/09 –	RID 10-03-261
VG Stuttgart , Urt. v. 17.05.2010 – 12 K 699/10 –	RID 10-03-234
VG Stuttgart, Urt. v. 26.07.2010 – 12 K 638/10 –	RID 10-03-226
VG für das Saarland , Urt. v. 25.05.2010 – 3 K 158/10 –	RID 10-03-237
VG für das Saarland, Urt. v. 01.06.2010 – 3 K 185/10 –	RID 10-03-233
VG für das Saarland, Urt. v. 08.06.2010 – 3 K 49/10 –	RID 10-03-247
VG für das Saarland, Urt. v. 21.06.2010 – 3 K 1651/09 –	RID 10-03-241
VGH Baden-Württemberg , Urt. v. 19.01.2010 – 4 S 1816/07 –	RID 10-03-236
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 23.02.2010 – 13 S 2696/09 –	RID 10-03-238
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 11.03.2010 – 10 S 3090/08 –	RID 10-03-235
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 10.05.2010 – 13 S 2825/09 –	RID 10-03-267
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 17.05.2010 – 1 S 2441/09 –	RID 10-03-266
VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 14.07.2010 – 11 S 2730/09 –	RID 10-03-230
VGH Bayern , Urt. v. 05.05.2010 – 21 ZB 09.3092 –	RID 10-03-184
VGH Bayern, Urt. v. 05.05.2010 – 21 ZB 10.367 –	RID 10-03-270
VGH Bayern, Urt. v. 11.05.2010 – 14 BV 09.876 –	RID 10-03-231
VGH Bayern, Urt. v. 11.05.2010 – 14 BV 09.1489 –	RID 10-03-232
VGH Bayern, Beschl. v. 21.05.2010 – 5 B 09.3164 –	RID 10-03-273
VGH Bayern, Urt. v. 21.05.2010 – 21 BV 09.1206 –	RID 10-03-185
VGH Bayern, Beschl. v. 16.06.2010 – 21 ZB 10.606 –	RID 10-03-202
VGH Bayern, Beschl. v. 23.06.2010 – 21 C 10.1013 –	RID 10-03-187
VGH Bayern, Beschl. v. 26.07.2010 – 21 CS 10.1334 –	RID 10-03-188

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 09.08.2010. 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
Honorarverteilung				
Leistungen von einem Weiterbildungsassistenten	13/09 Termin: 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 Termin: 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 KA 1285/07 -	10-03-09 NZB
KV Hessen: Ausnahme von Regelleistungsvolumen bei Spezialisierung	17, 18, 19 u. 20/10	Erfordert das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nach Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG eine Ausnahme vom Regelleistungsvolumen außer für den im Honorarverteilungsvertrag der KÄV Hessen aus 2005 geregelten Fall einer Sicherstellungsproblematik auch dort, wo sich bereits vor Inkrafttreten der Regelungen über die Regelleistungsvolumina Ärzte in zulässiger Weise spezialisiert hatten und ihr spezifisches Leistungsangebot durch das Regelleistungsvolumen der Fachgruppe nicht leistungsgemessen abgedeckt wird?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 17.03.2009 – L 4 KA 25/08, 28/08, 29/08 u. 17/09 –	10-02-05, -03, -04 10-03-10
KV Hessen: Bindung an Bewertungsausschuss: Unzulässige Kürzung (Ziff. 7.5 HVV)	16, 27 u. 28/09 Termin: 18.08.2010	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% vor-	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 29.04.2009 - L 4 KA 80/08 –	09-03-14 u. 16

		sieht, 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?	Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 85 u. 86/08 -	
KV Hessen: Regelleistungsvolumen/Ziff. 7.5 HVV	26/09 Termin: 18.08.2010	Ist es mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina (DÄ 2004, A 3129) die Leistungen für ärztliche Berichte, 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?	LSG Hessen , Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 110/08 –	09-03-15
Anästhesieleistungen bei Belegarztfällen nicht im Regelleistungsvolumen	25/09 Termin: 18.08.2010	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) 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?	LSG Hessen , Urt. v. 24.06.2009 – L 4 KA 113/08 –	09-03-17
KV Hessen: Regelleistungsvolumen/Ziff. 7.5 HVV/Praxisanfänger Kinder- u. Jugendpsychiatrie	17/09 Termin: 18.08.2010	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?	LSG Hessen , Urt. v. 29.04.2009 - L 4 KA 76/08 -	09-03-18
Ärzte mit Doppelzulassung und Ordinationskomplex	2/10	Ist es rechtmäßig, dass der EBM-Ä 2005 Ärzte mit Doppelzulassung auf die Abrechnung des Ordinationskomplexes in nur einem Fachgebiet beschränkt (Nr 6.1 iVm Nr 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen)?	LSG Hessen , Urt. v. 04.11.2009 - L 4 KA 31/07 -	10-01-34
Aufschlag für Gemeinschaftspraxen	41/08 u. 15, 18 u. 19/09 Termin: 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?	SG Marburg , Urt. v. 08.10.2008 - S 12 KA 409/07 – SG Stuttgart , 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?	LSG Hessen , Urt. v. 26.08.2009 - L 4 KA 55/08 –	09-04-07
Aufrechnungslage: Leistungserbrin- gung oder Honorarbescheid	30/08 Termin: 03.02.2010	Entsteht bei vertragsärztlichen Honorarforderungen eine schützenswerte Aufrechnungslage schon zum Zeitpunkt der Leistungserbringung oder erst mit der Bekanntgabe des Honorarbescheides?	SG Berlin , Urt. v. 28.05.2008 - S 83 KA 398/05 -	09-02-11

Verrechnung der Abschlagszahlungen mit der Restzahlung im Insolvenzverfahren	14/10	Ist auch nach Insolvenzeröffnung eine Anrechnung von vorschussweise zuviel gezahltem Honorar an einen Vertragsarzt möglich, wenn eine solche Möglichkeit in den Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung oder in einer Vereinbarung zwischen Insolvenzschuldner und Kassenärztlicher Vereinigung vorgesehen ist?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 25.11.2009 - L 12 KA 20/08 –	10-02-12
Degressionsforderung gegen Gemeinschaftspraxis bei Mitgliederwechsel	21/09 Termin: 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 13.02.2008 - L 11 KA 1/06 -	08-02-34 NZB
Punktwert bei Degressionskürzung	21/10	Verletzt die Nichtberücksichtigung von Honorarbegrenzungsmaßnahmen im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes bei einem späteren Honorarabzug aufgrund der Punktwertdegression das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 12/08 –	09-03-20 NZB
Degressionsregelung Oralchirurgen	34 u. 35/09	Verstoßen die Degressionsregelungen nach § 85 Abs 4b ff SGB 5 insoweit gegen höherrangiges Recht, als sie nur für Kieferorthopäden und nicht für Oralchirurgen Sonderregelungen enthalten?	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 08.07.2009 - S 2 KA 108/08 – u. - S 2 KA 380/07 -	10-01-20 u. 21
Degressionsregelung MKG-Chirurgen	32/09	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 20.05.2009 – L 7 KA 133/06 –	09-03-24
Einheitlicher Jahreshonorarbescheid für fortbestehende Gemeinschaftspraxis bei Änderung des Mitgliederbestandes	22/10	Hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung einer fortbestehenden Gemeinschaftspraxis auch dann einen einheitlichen Jahreshonorarbescheid zu erteilen, wenn sich im Verlauf des Jahres der Mitgliederbestand der entsprechenden Gesellschaft bürgerlichen Rechts ändert?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 12.05.2010 - L 3 KA 70/07 –	10-03-13

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Honorarrückforderung gegenüber Gemeinschaftspraxis bei Gestaltungsmissbrauch	7/09 Termin: 23.06.2010	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung im Falle des Gestaltungsmissbrauchs einer nach außen hin mit Genehmigung des Berufungsausschusses betriebenen Gemeinschaftspraxis berechtigt, die Honorarabrechnungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 17.12.2008 – L 3 KA 316/04 –	09-02-19
Gynäkologischer Belegarzt und Neugeborenen-Screening	8/09 Termin: 23.06.2010	Kann ein gynäkologischer Belegarzt Leistungen (zB Visiten, Blutentnahme für das Neugeborenen-Screening), die er an einem Neugeborenen außerhalb des Kreißsaals 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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 27.02.2008 – L 4 KA 43/06 –	08-02-41 NZB
Versandkosten nach Nr. 7103 u. 7120 EBM	23/09 Termin: 18.08.2010	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	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 11.03.2009 - L 11 (10) KA 44/07 -	09-03-32

		EBM-Ä (ab 1.4.2005: Nr 40100) zum Ansatz gebracht hat?		
Arztregister				
Keine Eintragung in Arztregister für Gesprächspsychotherapeut	11/09 Termin: 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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 11.03.2009 – L 4 KA 43/08 –	09-02-32
Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notfalldienst				
Zweigpraxis: Keine Versorgungsverbesserung ohne Tätigkeits-schwerpunkt 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.	<i>LSG Hessen</i> , 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.	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 24.06.2009 – L 1 KA 8/09 –	09-04-20 NZB
Fachärztlich tätiger Internist und Belegarzt: Genehmigung gastroenterologischer, pneumologischer und hausärztlicher Leistungen im stationären Bereich	3/09 Termin: 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?	<i>LSG Hessen</i> , Beschl. v. 20.01.2009 - L 4 KA 44/07 -	09-02-33
Vorlage des Belegarztvertrages als Anerkennungsvoraussetzung	15/10	Ist eine Anerkennung als Belegarzt von der Vorlage eines wirksamen Belegarztvertrages zwischen Krankenhaus und Belegarzt abhängig?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.01.2010 – L 7 KA 142/09 –	10-03-38
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	12/09 Termin: 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?	<i>LSG Hessen</i> , 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 personenverschieden sind?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 29.10.2008 - L 5 KA 1079/08 -	10-01-43
Notfalldienst: Anwesenheit in zentraler Notfallpraxis	23/10	Darf die Notfalldienstordnung einer Kassenärztlichen Vereinigung festlegen, dass der Arzt in der Notfallpraxis eines Krankenhauses ständig anwesend sein muss?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 09.09.2009 - L 11 KA 49/07 –	10-01-35 NZB
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Abgrenzung Kompetenz Prüfungsstelle/Beschwerdeausschuss	13/10	Ist ein Ausschluss des Vorverfahrens nach § 106 Abs 5 S 8 SGB 5 auch in den Fällen zulässig, in denen die medizinischen Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen und für die Entscheidung ausschlaggebend sind, wie zum Beispiel im Falle der Zulässigkeit eines Off-Label-Use?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 17.03.2010 – S 83 KA 651/08 –	10-02-28

Richtgrößenprüfung KV Bayern 2002	9/10	Zur Frage der Rückwirkung von Richtgrößenvereinbarungen nach § 84 Abs 6 SGB 5 für das ganze Jahr nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG) vom 19.12.2001 (BGBl I 2001, 3773).	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 25.11.2009 – L 12 KA 16/08 –	10-02-29
Polyglobin im Off-Label-Use: Antragsfrist/Vertrauensschutz/Anschlussberufung	6/09 Termin: 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.11.2008 – L 7 KA 13/05 –	09-02-43
Off-Label-Use: Immunglobuline	24/09 Termin: 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 22.04.2009 - L 7 KA 6/09 -	09-03-52
	20/09 Termin: 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v 06.10.2009. – L 4 KA 34/08 –	10-01-51
	48/09	Liegt bei einer zulassungüberschreitenden 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 06.10.2009 – L 4 KA 35/08 –	10-01-52
Regress gegen Gemeinschaftspraxis	38/09	Müssen sich Ansprüche aus einem Regress wegen einer Arzneimittelverordnung durch Ärzte einer Gemeinschaftspraxis auch nach deren Auflösung gegen die Gemeinschaftspraxis selbst richten?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.11.2008 - L 7 KA 63/07 –	09-01-51 NZB
Regress gegen Gemeinschaftspraxis wegen Verordnung vorhergehender Einzelpraxis	5/10	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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 18.03.2009 – L 7 KA 88/06 –	09-03-47 NZB
Verjährung einer unzulässigen	5/09	Unterliegt die Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs durch die Krankenkasse wegen	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> ,	09-02-41

Arzneimittelverordnung/Keine Hemmung durch Prüfantrag	Termin: 05.05.2010	unzulässiger Arzneimittelverordnung der vierjährigen Verjährungsfrist und wird diese durch die Beantragung der Festsetzung bei der kassenärztlichen Vereinigung gehemmt?	Urt. v. 28.01.2009 - L 3 KA 99/07 -	
Verjährungsfrist bei Verordnungs- und Sprechstundenbedarfsregress	14/09 Termin: 18.08.2010	Ist die vierjährige Verjährungsfrist auch bei Verordnungs- und Sprechstundenbedarfsregressen im Rahmen der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung anzuwenden?	SG Mainz , Urt. v. 28.01.2009 - S 8 KA 527/06 -	09-04-34
ASI-Therapie	37/08 Termin: 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 Tumorstoffe 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.08.2008 - L 3 KA 484/03 -	08-04-44
Antragsfristen einer Prüfvereinbarung: Zeitpunkt der Kenntniserlangung	16/10	Zur Frage der Kenntniserlangung, wenn eine Prüfvereinbarung nach § 106 SGB 5 bei einem Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens durch Prüfungseinrichtungen auf eine Antragsfrist von sechs Kalendermonaten nach Ablauf dem Monats abstellt, in dem die Krankenkasse Kenntnis von dem Schaden und der Person des Schädigers erlangt hat. Handelt es sich bei der Feststellung eines sonstigen Schadens gem § 48 BMV-Ä um einen verschuldensunabhängigen Anspruch, so dass die erweiterten Verjährungsvorgaben für einen deliktischen Schadensersatzanspruch nicht anzuwenden sind?	SG Mainz , Urt. v. 24.02.2010 - S 2 KA 611/07 -	10-03-38
Zulassung und Ermächtigung				
Zulassungsantrag vor Anordnung der Überversorgung bei fehlender Arztregistereintragung	2/09 Termin: 05.05.2010	Kann einem vor Erlass einer Zulassungssperre gestellten Zulassungsantrag die Zulassungsbeschränkung entgegeng gehalten 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?	LSG Berlin-Brandenburg , 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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?	SG Magdeburg , Urt. v. 26.08.2009 S 1 KA 168/07	10-01-68
Rechtsbegriff des großräumigen Landkreises/Lokaler Sonderbedarf	22/09 Termin: 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 Vertragsarztsänderungsgesetz (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?	LSG Baden-Württemberg , 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.	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 23.09.2009 - L 12 KA 405/07 -	10-02-51
Sonderbedarfszulassung u. hälftiger Versorgungsauftrag/Zweigpraxis-genehmigung	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 ermitteln oder müssen sie sog Ein- und Auspendler heraus- bzw hereinrechnen? Wie sind die Versorgungsangebote von (evtl rechtswidrig genehmigten?) Zweigpraxen zu berücksichtigen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 10.12.2008 - L 11 KA 47/08 – u. - L 11 KA 48/08 –	09-02-66 u. 67 NZB
Keine Übertragung einer Arztstelle zu Gunsten eines anderen MVZ	8/10	Ist § 103 Abs 4a S 1 SGB 5 auf die Übertragung einer Arztstelle von einem MVZ auf ein anderes entsprechend anzuwenden?	<i>LSG Hessen</i> , 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?	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 01.07.2009 – S 13 KA 51/08 –	09-04-19
Zweigpraxis Kinderkardiologie: 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?	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 10.02.2009 - S 12 KA 160/09 –	10-01-30

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA

Erhöhung und weitere Vergütungen außerhalb Gesamtvergütung	4/09 Termin: 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?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 30.01.2008 - L 1 KA 1/06 -	09-04-49
Klagebefugnis der KBV gegen GBA	30, 31/09 Termin: 03.02.2010	Hat die Kassenärztliche 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung überstimmt worden sind?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 15.07.2009 - L 7 KA 30/08 KL – - L 7 KA 50/08 KL –	09-03-69 u. 70

Sonstiges/Verfahrensrecht

Hinzuziehung niedergelassener Vertragsärzte (hier: Anästhesisten) durch Krankenhäuser	11/10	Ist die Hinzuziehung niedergelassener Vertragsärzte (hier: Fachärzte für Anästhesie) durch Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Operationsleistungen in Fällen des § 115b SGB 5 rechtswidrig?	<i>SG Dortmund</i> , Urt. v. 09.09.2009 - S 9 KA 105/06 -	10-03-70
Kostenerstattung im Vorverfahren nach Rechtsänderung	29/09	Liegt ein Erfolg des Widerspruchs vor, wenn während des Widerspruchsverfahrens eine Rechtsänderung die vom Widerspruchsführer begehrte Staterlangung (hier: Dialyse-Sonderbedarfszulassung) ermöglicht?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 27.05.2009 - L 3 KA 85/06 –	09-04-58

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)

Stand: 09.08.2010. 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
Ärztliche Behandlung				
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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 49/09 -	10-01-125
Operative Änderung der primären Geschlechtsmerkmale bei 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 Geschlechtsmerkmale in bestimmter Weise?	<i>SG Leipzig</i> , Urt. v. 10.11.2009 S 8 KR 333/07 –	10-02-106
Professionelle Reinigung der Implantate	B 1 KR 17/10 R	Hat der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten eine professionelle Reinigung der Implantate zu gewähren, wenn die Voraussetzungen einer Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Zahnimplantaten (§ 28 Abs 2 S 9 SGB 5 iVm der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung erfüllt sind?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 27.05.2010 – L 5 KR 39/09 –	10-03-104
Kostenerstattung				
Auslandsrankenbehandlung				
Augenbehandlung in Kuba	B 1/3 KR 22/08 R Termin: 20.04.2010	Kostenerstattung für eine Augenbehandlung in Kuba bei Retinitis Pigmentosa?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 01.08.2007 - L 6 KR 8/06 -	09-02-134
Arzneimittel				
Hilfsmittel/Heilmittel				
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)?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 03.03.2009 – L 1 KR 39/08 –	09-02-149
Behindertendreirad	B 3 KR 5/10 R	Hat ein Versicherter Anspruch auf Ausstattung mit einem Behindertendreirad als Hilfsmittel nach § 33 Abs 1 S 1 Alt 2 SGB 5, wenn es dazu dienen soll einer drohenden Behinderung vorzubeugen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 17.12.2009 – L 8 KR 311/08 –	10-01-140 NZB
Lichtsignalanlage	B 3 KR 5/09 R Termin: 29.04.2010	Hat eine an hochgradiger Schwerhörigkeit leidende Versicherte Anspruch auf Versorgung mit einer Lichtsignalanlage als Hilfsmittel der GKV?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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 Termin: 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 06.08.2008 - L 4 KR 177/06 –	09-03-100
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
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.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.05.2009 - L 4 KR 4793/07 -	09-03-124
Fahrkosten				

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen/Soziotherapie

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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 20.11.2009 - L 1 KR 436 u. 454/08-	10-02-136 u. 137
Rehabilitationssport	B 1 KR 8/10 R	Steht es der Übernahme von Kosten des Rehabilitationssports in einer Selbsthilfegruppe durch eine Krankenkasse entgegen, dass der querschnittsgelähmte Versicherte über eine Übungsleiterausbildung verfügt?	LSG Bayern , Urt. v. 12.11.2009 - L 4 KR 156/08 -	10-03-128 NZB
Reha-Ausschluss bei Bezug von Arbeitslosengeld ab 58.Lebensjahr	B 1 KR 9/10 R	Stellt ein Leistungsbezug nach § 428 Abs 1 S 1 SGB 3 einen Ausschlussgrund nach § 12 Abs 1 Nr 4a SGB 6 dar, wonach durch den Rentenversicherungsträger keine Leistungen zur Teilhabe zu erbringen sind, wenn der Versicherte Leistungen bezieht, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt werden?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 15.10.2009 - L 1 KR 231/09 -	10-03-129 NZB
Soziotherapie	B 1/3 KR 21/08 R Termin: 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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.09.2008 - L 11 KR 1171/08 -	09-01-177

Krankenhauskosten

Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 3 KR 16/09 R Termin: 12.08.2010	Kann eine gesetzliche Krankenkasse die Gewährung von Einsichtnahme in die vollständigen Behandlungsunterlagen eines Patienten vom Träger eines Krankenhauses nach § 294a SGB 5 zur Prüfung und ggf zum Nachweis eines Behandlungsfehlers beanspruchen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 11.11.2009 - L 1 KR 152/08 -	10-03-140
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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 07.07.2009 - L 11 KR 2751/07 -	09-04-122
DRG: Diagnose als Nebendiagnose	B 3 KR 4/10 R	Wann ist eine Diagnose als Nebendiagnose im Rahmen der DRG zu berücksichtigen (hier: DRG E 01 A)?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 10.12.2009 - L 5 KR 101/08 -	10-03-136
Sonderentgelt 11.01 u. 15.03/ Zinsanspruch der Krankenkasse	B 3 KR 4/09 R	Kann neben dem Sonderentgelt 11.01 für eine "Retroperitoneale Lymphektomie" das Sonderentgelt 15.03 für die operative "Ovarektomie und/oder Salpingektomie einseitig" gesondert abgerechnet werden? Bemisst sich der Zinsanspruch der Krankenkasse bei Ansprüchen auf Rückzahlung überhöhter Krankenhausvergütungen nach den vertraglichen Regelungen für die Verzinsung des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses (hier: zwei Prozentpunkte über dem Basiszinssatz) oder ist insoweit § 288 Abs 2 BGB anzuwenden (acht Prozentpunkte über dem Basiszinssatz)?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 29.01.2009 - L 16 KR 242/06 -	09-02-166
Sanierungsbeitrag (Abschlag von 0,5%)	B 3 KR 10, 11/09 R Termin: 29.04.2010	Ist der im Krankenhausbereich eingeführte Abschlag in Höhe von 0,5% des Rechnungsbetrages gem § 8 Abs 9 S 1 KHEntG idF des GKV-WSG vom 26.3.2007 (BGBl I 2007, 378) sowohl formell als auch materiell verfassungskonform?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 26.03.2009 - L 16 KR 18/09 v. 26.03.2009 - L 16 KR 88/08 -	09-03-140 09-03-143
Sanierungsbeitrag (Abschlag von 0,5%)	B 3 KR 14/09 R Termin: 29.04.2010	Verstößt die durch Art 19 Nr 2 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (juris: GKV-WSG) eingeführte Regelung des § 8 Abs 9 KHEntG (Sanierungsbeitrag) gegen Art 3 Abs 1, 12 Abs 1 oder 14 Abs 1 GG?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 09.09.2009 - L 16 KR 14/09 -	09-04-130
Aufwandspauschale nach § 275 I c 3	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	LSG Rheinland-Pfalz ,	10-02-146

SGB V		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?	Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 20/09 -	NZB
	B 1 KR 1/10 R	Ist die Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1c 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?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.08.2009 - L 5 KR 139/08 -	10-01-156 NZB
Abzug für integrierte Versorgung	B 1 KR 11/10 R	Gestattet § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 den Krankenkassen, (1.) Mittel für lediglich geplante Verträge zur integrierten Versorgung einzubehalten und (2.) für Krankenhausbehandlung Gezahltes insoweit zurückzufordern, als eine Einbehaltung für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung zunächst unterblieben ist?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 17.03.2010 - L 4 KR 33/07 -	10-03-137
	B 3 KR 6/10 R	Zur Auslegung des Begriffs des "Einbehaltens" iS von § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 und zur nachträglichen Geltendmachung des Einbehalts.	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 17.03.2010 - L 4 KR 30/08 -	10-03-138

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Herstellerrabattabschlag	B 3 KR 3/09 R Termin: 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?	LSG Hessen , Urt. v. 29.01.2009 - L 8 KR 226/07 -	09-02-179
Schadensersatzanspruch bei fehlerhafter Arzneimittelverordnung	B 3 KR 13/08 R Termin: 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , 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).	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.12.2009 - L 11 KR 389/09 -	10-01-165
Festbetragsfestsetzung: Pharmakologisch-therapeutische Vergleichbarkeit (Atorvastatin/„Sortis“)	B 1 KR 7, 10 u. 13/10 R	Verstößt die Festsetzung des Festbetrages für den Wirkstoff Atorvastatin in der Festbetragsgruppe der HMG-CoA-Reduktasehemmer durch die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen gegen höherrangiges Recht?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 16.12.2009 – L 9 KR 8/08 – v. 24.02.2010 - L 9 KR 104/08 – v. 24.02.2010 – L 9 KR 351/09	10-03- 147, 148
Physiotherapieausbildung in	B 3 KR 9/09 R	Verstößt die Voraussetzung einer in Deutschland durch eine Weiterbildung zu erlangen-	LSG Berlin- Brandenburg ,	10-01-175

anderem EU-Staat	Termin: 12.08.2010	den 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)?	Urt. v. 05.03.2009 - L 1 KR 351/08 -	NZB
	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?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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 Termin: 10.03.2010	Kann ein Hilfsmittellieferant den Abschluss eines Rahmenvertrages zu Konditionen beanspruchen, die einem anderen Hilfsmittellieferanten eingeräumt worden sind?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 26.06.2008 - L 5 KR 169/06 -	08-03-170
Häusliche Krankenpflege "rund um die Uhr"	B 3 KR 2/10 R	Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege "rund um die Uhr" bei Personen mit einem besonders hohen Versorgungsbedarf, bei denen die Behandlungssicherungspflege gleichzeitig mit Maßnahmen der Grundpflege stattfindet.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 20.01.2010 - L 4 KR 332/07 -	10-03-159
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?	LSG Hessen , Urt. v. 26.11.2009 - L 8 KR 325/07 -	10-01-177
Förderanspruch eines Hospizdienstes gegen Krankenkasse	B 1 KR 15/09 R Termin: 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 28.05.2009 - L 1 KR 146/08 -	09-03-155
Krankenkassen				
Keine rückwirkende Zulassung eines DMP-Programms	B 1 KR 14/10 R	Führen vom Bundesversicherungsamt hervorgerufene Verzögerungen bei der Herstellung aller in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs 7 SGB 5 genannten Anforderungen für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms (wegen eines fehlenden rechtzeitigen Hinweises zur Streichung eines "Klammerzusatzes") dazu, dass ein Behandlungsprogramm nach § 137g SGB 5 rückwirkend auch für den Zeitraum zuzulassen ist, in dem es die Anforderungen der genannten Rechtsverordnung noch nicht erfüllt?	LSG Bayern , Urt. v. 25.03.2010 - L 4 KR 169/08 -	10-03-164
Rechtsweg zu Sozialgerichten: Auskunftsbeschluss des Bundeskartellamtes	B 1 SF 1/10 R	Ist bei der Klage eines Sozialversicherungsträgers, mit der dieser die Verletzung seines Selbstverwaltungsrechts aus § 29 SGB 4 durch eine Maßnahme des Bundeskartellamtes (hier: Auskunftsbeschluss) rügt, der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit oder der ordentlichen Gerichtsbarkeit eröffnet?	LSG Hessen , Beschl. v. 01.06.2006 - L 1 KR 89/10 KL -	10-03-167
Sonstiges				
Auskunftsanspruch gegen KV über Krankenbehandlungsdaten	B 1 KR 12/10 R	Wird § 83 Abs 1 S 1 Nr 1 SGB 10, wonach dem Betroffenen in bestimmter Weise Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Sozialdaten zu erteilen ist (hier: Anspruch eines Versicherten gegen eine Kassenärztliche Vereinigung), durch § 305 SGB 5 verdrängt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.05.2010 - L 5 KR 153/09 -	10-03-168
Teilübernahme der Versorgungslasten	B 1 KR 27/09 R (alt: B 3 KR 8/09 R) Termin: 20.04.2010	Ist eine Krankenkasse bei Übernahme von Angestellten durch die Rentenversicherungsträger in das Beamtenverhältnis zur Teilübernahme der Versorgungslasten verpflichtet?	LSG Berlin-Brandenburg , 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?	SG Düsseldorf , Urt. v. 07.01.2010 - S 8 KR 93/06 -	juris

Anhang III: Anhängige Rechtsfragen des Großen Senats und weiterer Senate

Stand: 09.08.2010.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz
Großer Senat			
Abgrenzung Krankenversicherung/Vertragsarzt- recht	GS 1/10	1. Handelt es sich bei der Streitigkeit über die Rechtmäßigkeit einer Schiedsstellenentscheidung zur Vergütung der Leistungen einer zahnärztlichen Hochschulambulanz um eine krankenversicherungsrechtliche Streitigkeit im Sinne von § 51 Abs 1 Nr 2 SGG oder um eine vertragsarztrechtliche Streitigkeit im Sinne von § 10 Abs 2 SGG? 2. Nach welchen Kriterien ist die besondere Zuständigkeit einer Kammer/eines Senats für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts (§ 10 Abs 2 SGG) von der allgemeinen Zuständigkeit einer Kammer/eines Senats für Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 51 Abs 1 Nr 2 SGG) abzugrenzen?	BSG, B 3 KR 36/09 B
Verrechnung	GS 2/10	Ist eine Verrechnung nach § 52 SGB 1 durch Verwaltungsakt zu erklären?	BSG, B 13 R 76/09 R
Weitere Senate			
Beitragserrstattung gegenüber Rentenversicherung bei Mitgliedschaft in ärztlichem Versorgungswerk	B 13 R 26/10 R	Kann ein selbstständig Tätiger, der nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig ist (hier: niedergelassener Arzt), im Hinblick auf seine Mitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung als von der Versicherungspflicht befreit angesehen werden, sodass ihm bei Nichterfüllung der allgemeinen Wartezeit kein Recht auf freiwillige Versicherung zusteht und er somit einen Anspruch auf Erstattung zuvor gezahlter Beiträge hat?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 23.10.2009 - L 4 R 388/08 - juris (Revisionszulassung durch BSG, Beschl. v. 01.07.2010 – B 13 R 573/09 B)