

Prof. Dr. Günther Schneider  
Mitglied des Präsidiums

## **Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, insbesondere vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung**

### **Rechtsprechungsübersicht Berichtsjahr 2009**

#### **I. Vertragsarztrecht**

##### **1. Kollektivverträge**

###### **BSG 6. Senat, Beschluss vom 06.05.2009 - B 6 KA 3/08 B**

1. Die Rechenvorgabe in Art 2 § 1 Abs. 1 Nr. 1 WOrtPrG erfasst in wörtlicher Anwendung ersichtlich nur den typischen Fall, dass die "für das Jahr 2001" geltende Gesamtvergütung entsprechend § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V tatsächlich auch das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen im gesamten Jahr 2001 zugunsten der davon betroffenen Mitglieder der Krankenkasse abdeckt. Ist dies nicht der Fall, weil eine Krankenkasse erst zum 01.04.2001 gegründet wurde, muss die für die künftige - ganzjährige - Versorgung ihrer Versicherten ab 2002 maßgebliche Ausgangsbasis durch ergänzende Regelungen sinngemäß auf einen Jahresausgabenbetrag hochgerechnet werden.

2. Die Rechtsfrage, ob eine Krankenkasse berechtigt ist, die Nichtigkeit einer Regelung des für sie maßgeblichen Gesamtvertrags geltend zu machen, weil diese gegen zwingende - einer vertraglichen Gestaltung nicht zugängliche - Rechtsnormen verstoße, hat keine grundsätzliche Bedeutung.

###### **LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 11. Senat, Urteil vom 11.03.2009 - L 11 KA 28/08**

1. Die Vereinbarungen über die Gesamtvergütung einschließlich der Arzneimittelbonusregelung können weder unmittelbar noch mittelbar auf Veranlassung eines einzelnen Vertragsarztes überprüft werden.

2. Die Regelungen über die Vereinbarung und Anpassung der Gesamtvergütung berechtigen und verpflichten ausschließlich die Vertragspartner der vertragsärztlichen Versorgung. Die Vereinbarung kann daher vom Vertragsarzt nicht inzidenter in einem Vergütungsstreit mit seiner Kassenärztlichen Vereinigung überprüft werden.

AZR 2009, 109

##### **2. Gemeinsamer Bundesausschuss**

###### **BSG 6. Senat, Urteil vom 06.05.2009 - B 6 A 1/08 R**

1. Für Streitigkeiten über die Rechtmäßigkeit von Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses einschließlich der Aufsichtsstreitigkeiten sind die Kammern bzw. Senate für Vertragsarztrecht zuständig. Den Kammern bzw. Senaten für Sozialversicherung kommt insoweit nur außerhalb des Leistungserbringerrechts - soweit Verfahren von Versicherten geführt werden - oder im Rahmen einer Inzidentprüfung von Richtlinien eine Entscheidungsbefugnis zu.

2. Hat im Berufungsverfahren ein unzuständiger Fachsenat entschieden, so ist dies im Revisionsverfahren nicht von Amts wegen, sondern nur auf Rüge hin zu berücksichtigen.

3. Dem Bundesministerium für Gesundheit steht gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss in Bezug auf den Erlass einzelner Richtlinien nur eine Rechtsaufsicht zu. Weitergehende Mitwirkungsbefugnisse bestehen im Rahmen der Genehmigung der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

4. Die Bewertung der Wirksamkeit einer Behandlungsmethode hat sektorenübergreifend für die ambulante und stationäre Versorgung nach denselben Maßstäben zu erfolgen.

5. Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahr 2004 beschlossene Ausschluss der Protonentherapie bei der Indikation Mammakarzinom von den im Rahmen einer Krankenhausbehandlung anwendbaren Methoden ist rechtmäßig. Die Durchführung klinischer Studien zu dieser Methode im Krankenhaus bleibt gleichwohl möglich.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in BSG und SozR 4 = GesR 2009, 581 = KHR 2009, 166

### **BSG 3. Senat, Urteil vom 12.08.2009 - B 3 KR 10/07 R**

1. Im Rechtsstreit über die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis besteht keine Zuständigkeit der Kammern und Senate für Vertragsarztrecht.

2. Zum Anspruch auf Einleitung eines Verfahrens zur Überprüfung der Behandlungsmethode beim Gemeinsamen Bundesausschuss

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = ZMGR 2009, 630

### **BSG 6. Senat, Urteil vom 28.10.2009 - B 6 KA 11/09 R**

Zur Rechtmäßigkeit der Nichtberücksichtigung der Gesprächspsychotherapie als Behandlungsverfahren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in BSG und SozR 4

### **Hessisches LSG 4. Senat, Urteil vom 11.03.2009 - L 4 KA 43/08**

Die Nichtaufnahme der Gesprächspsychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinien verstößt weder gegen Art. 12 Abs. 1 GG noch gegen sonstiges höherrangiges Recht.

### **LSG Berlin-Brandenburg 7. Senat, Urteil vom 15.07.2009 - L 7 KA 30/08 KL**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Rahmen einer Normfeststellungsklage keine Klagebefugnis, wenn sie sich gegen die Rechtmäßigkeit von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses wendet, bei deren Zustandekommen die Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überstimmt worden sind. Insbesondere ergibt sich eine solche Klagebefugnis nicht aus § 75 Abs. 2 SGB V oder aus „Fraktionsrechten“.

GesR 2009, 546

Revision anhängig (BSG - B 6 KA 30/09 R)

## **3. Vergütungssystem**

### **a) Angemessene Vergütung**

#### **BSG 6. Senat, Beschluss vom 11.03.2009 - B 6 KA 31/08 B**

1. Einzelne Ärzte können sich im Rahmen einer Inzidentprüfung der für die Vergütungshöhe maßgeblichen Vorschriften des EBM-Ä und des Honorarverteilungsmaßstabs entweder dann auf das Gebot der angemessenen Vergütung berufen, wenn durch eine zu niedrige Honorierung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes - beziehungsweise zumindest hinsichtlich eines Teilgebiets und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre, oder dann, wenn in einem - fachlichen 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.

2. Die Teilbudgetierung von bestimmten Leistungen war verfassungswidrig und damit unwirksam, soweit sie rückwirkend für die ersten beiden Quartale des Jahres 1996 beschlossen wurde.

**b) EBM****BSG 6. Senat, Beschluss vom 28.10.2009 - B 6 KA 15/09 B**

1. Abstaffelungsregelungen und mengenbegrenzende Vergütungsvorgaben im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen sind generell zulässig.
2. Laborärzte können trotz ihrer Bindung an den Überweisungsauftrag in gewissen Grenzen den Umfang der von ihnen erbrachten Leistungen selbst (mit) bestimmen, sodass mengenbegrenzende Regelungen nicht nur bei den überweisenden Ärzten, sondern auch bei den Laborärzten ansetzen dürfen

**Bayerisches LSG 12. Senat, Urteil vom 27.05.2009 - L 12 KA 16/05**

Die Ausgestaltung der Abschlags- und Zuschlagsregelung im Kapitel O Abschnitt III des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen sowie die Kombination aus Anwendung des Abschlags und Verweigerung des Zuschlags verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht.

**Hessisches LSG 4. Senat, Urteil vom 24.06.2009 - L 4 KA 85/08**

1. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gem. § 85 Abs. 4 SGB V mit Wirkung vom 01.01.2005 (DÄ 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525) hält sich im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage und wahrt die Grenzen des bestehenden Gestaltungsspielraums.
2. Ein Honorarverteilungsvertrag, der ergänzend zu einem Regelleistungsvolumen eine Ausgleichsregelung vorsieht, die einen Ausgleich im Sinne der Auffüllung bei Abweichungen von mehr als 5% nach unten bzw. eine Kappung des Fallwertzuwachses beim Wachstum von mehr als 5% nach oben vornimmt, verstößt gegen zwingende Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss vom 29.10. 2004 und ist nicht durch die Ermächtigungsgrundlage gedeckt.

**Hessisches LSG 4. Senat, Urteil vom 24.06.2009 - L 4 KA 86/08**

1. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gem. § 85 Abs. 4 SGB V mit Wirkung vom 01.01.2005 (DÄ 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525) hält sich im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage und wahrt die Grenzen des bestehenden Gestaltungsspielraums.
2. Ein Honorarverteilungsvertrag, der ergänzend zu einem Regelleistungsvolumen eine Ausgleichsregelung vorsieht, die einen Ausgleich im Sinne der Auffüllung bei Abweichungen von mehr als 5% nach unten bzw. eine Kappung des Fallwertzuwachses beim Wachstum von mehr als 5% nach oben vornimmt, verstößt gegen zwingende Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss vom 29.10.2004 und ist nicht durch die Ermächtigungsgrundlage in § 85 Abs. 4 SGB V i.V.m. Art 12 GG gedeckt.

**SG Berlin, Urteil vom 09.09.2009 - S 71 KA 351/07**

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 93./96. Sitzung zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung mit Hilfe eines regionalen Mindestpunktwertes für zeitgebundene antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Kapitels G Abschnitt IV des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen gilt nicht für ermächtigte Ausbildungsstätten i.S.d. § 117 Abs. 2 SGB V.  
Revision anhängig (BSG - B 6 KA 41/09 R)

**c) Vergütungsverteilung - HVM - "Verteilungsgerechtigkeit"****BSG 6. Senat, Urteil vom 28.01.2009 - B 6 KA 30/07 R**

Die Vergütung der von Belegärzten erbrachten oder veranlassten Laborleistungen, die im Belegpflegesatz des Krankenhauses nicht berücksichtigt sind, darf in einem Honorarverteilungsmaßstab nicht ausgeschlossen werden.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = Breith 2009, 972 = USK 2009, 6

**BSG 6. Senat, Urteil vom 28.01.2009 - B 6 KA 50/07 R**

Es ist nicht gleichheitswidrig, wenn die Erhöhung der Ordinationsgebühr für Ärzte mit Schwerpunkt Rheumatologie den Orthopäden, für die von 1997 bis 2003 Praxisbudgets festgelegt waren, dann kein zusätzliches Honorar erbrachte, wenn sie das Budget ausgeschöpft hatten.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = USK 2009, 8

**BSG 6. Senat, Urteil vom 28.01.2009 - B 6 KA 5/08 R**

1. Durch Regelungen der Honorarverteilung dürfen Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz nicht daran gehindert werden, ihr Honorar innerhalb von fünf Jahren bis zum Durchschnittsumsatz ihrer Fachgruppe zu steigern.

2. Auch unterdurchschnittliche Praxen (außerhalb der "Aufbauphase") dürfen für einen begrenzten Zeitraum von jeglicher Wachstumsmöglichkeit ausgeschlossen werden, sofern sie in der innerhalb des Fünf-Jahres-Zeitraums verbleibenden Zeit die realistische Möglichkeit haben, den Durchschnittsumsatz zu erreichen.

3. Die gebotene Prüfung, ob ein Erreichen des Durchschnittsumsatzes innerhalb des Fünf-Jahres-Zeitraums möglich ist, macht es erforderlich, auch die Honorarverteilungsregelungen mit in den Blick zu nehmen, die für nachfolgende, prozessual nicht streitbefangene, jedoch innerhalb dieses Zeitraums liegende Folgequartale Geltung beanspruchen.

Fundstellen

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = ZMGR 2009, 209 = USK 2009, 18

**BSG 6. Senat, Beschluss vom 28.10.2009 - B 6 KA 50/08 B**

1. Budgeterhöhungen bzw. -erweiterungen sind einem Arzt im Rahmen der Honorarverteilung dann zu bewilligen, wenn er entweder seine Praxis in seiner Struktur neu ausrichtet auf Leistungen, die er bisher nicht angeboten hat und für die ein Versorgungsbedarf besteht, oder - ohne Neuausrichtung seiner Praxis - wenn die von ihm angebotenen Leistungen plötzlich dadurch erheblich mehr nachgefragt werden, weil ein anderer Versorger ausfällt.

2. Ein Anspruch des Vertragsarztes, im Falle vermehrter ambulanter Operationen bzw. der Mitwirkung daran, höheres Honorar zu Lasten der übrigen Vertragsärzte zu erhalten, kommt grundsätzlich nicht in Betracht. Dies könnte allenfalls dann sein, wenn insoweit ein Versorgungsbedarf konkret festgestellt wäre.

**Hessisches LSG 4. Senat, Urteil vom 29.04.2009 - L 4 KA 76/08**

1. Zur Rechtmäßigkeit einer Ausgleichsregelung zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen im Rahmen eines Honorarverteilungsvertrages, soweit sie auch junge Praxen betrifft.

2. Zur Befugnis des Vorstandes einer Kassenärztlichen Vereinigung, eine abweichende Regelung zugunsten junger Praxen zu treffen.

**d) Sachlich-rechnerische Berichtigung****BSG 6. Senat, Urteil vom 11.03.2009 - B 6 KA 62/07 R**

Für die Berechnung der Rückforderung aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellung im Falle von Budgetierungen bleibt der praxisindividuelle Punktwert maßgebend, der sich auf der Grundlage des vom Arzt in Ansatz gebrachten Punktzahlvolumens ergeben hat. Es erfolgt keine Neuberechnung des Punktwerts auf der Grundlage des korrigierten Punktzahlvolumens. Eine andere

Berechnungsweise kann in Ausnahmefällen zur Vermeidung eines Verstoßes gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz in Betracht kommen.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in BSG und SozR 4 = USK 2009, 11

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 11. Senat, Urteil vom 28.01.2009 - L 11 KA 24/08**

1. Hat ein Vertragsarzt entweder unwirtschaftlich oder unzulässigerweise Sprechstundenbedarf verordnet, so ist die Kassenärztliche Vereinigung nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, einen Regress gegen den verordnenden Vertragsarzt festzusetzen.
2. Grundsätzlich haben Medikamentenverordnungen patientenbezogen zu erfolgen. Nur dann ist eine Verordnung über den Sprechstundenbedarf zulässig, wenn die Einhaltung des regulären Beschaffungsweges durch Einzelverordnung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
3. Ein Schwangerschaftsabbruch ist kein Notfall. Die Notwendigkeit einer Behandlung mit Anti-D-Immunglobulin ergibt sich nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Eingriff, sondern erst bis zu drei Tage nach dem operativen Eingriff. Damit ist eine Verordnung über den Sprechstundenbedarf ausgeschlossen.
4. Unzulässig verordneter Sprechstundenbedarf kann in Umgehung dieser Regelung nicht über eine Wirtschaftlichkeitsprüfung regressiert werden.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 11. Senat, Urteil vom 11.03.2009 - L 11 (10) KA 3/07**

1. Im Prüfverfahren zur sachlich-rechnerischen Berichtigung vertragsärztlicher Honorare stellt die Plausibilitätsprüfung ein geeignetes Verfahren dar, um aufgrund konkreter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen aufzudecken. Zur angemessenen Honorierung von Sonografieleistungen sind eindeutige patientenbezogene Daten erforderlich. Hierzu muss die Bilddokumentation mit eindeutiger Identifizierung des Patienten und dem Namen des Untersuchers erfolgen.
2. Die Kassenärztliche Vereinigung kann das Prüfergebnis von Sonografieaufnahmen aus einem Quartal auf die verbliebenen Quartale hochrechnen, ohne diese Quartale ausdrücklich zu überprüfen. Bei aufgedeckten Fehlern erstreckt sich dann der Rückforderungsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigung auf sämtliche Quartale.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 11. Senat, Urteil vom 11.03.2009 - L 11 (10) KA 44/07**

1. Eine Kassenärztliche Vereinigung hat die Befugnis, die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und nötigenfalls richtig zu stellen, was auch im Wege nachgehender Richtigstellung erfolgen kann. Dabei kann das Richtigstellungsverfahren von Amts wegen oder auf Antrag einer Krankenkasse durchgeführt werden.
2. Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung von vorgenommenen Ansätzen der Nr. 7120 EBM für so genannte fraktionierte Laborleistungen ist rechtmäßig, wenn der weitergebende Laborarzt zu Recht die Nr. 7103 des EBM-Ä abgerechnet hat.  
Revision anhängig (BSG - B 6 KA 23/09 R).

**SG Marburg, Urteil vom 16.09.2009 - S 12 KA 785/08**

Ultraschalleistungen, die ohne Genehmigung nach der Ultraschallvereinbarung erbracht werden, können sachlich-rechnerisch berichtigt werden.

**e) Abrechnungsgenehmigungen und Abrechnungsfragen**

**Hessisches LSG 4. Senat, Beschluss vom 20.01.2009 - L 4 KA 44/07**

1. Zur Abrechenbarkeit klinisch-neurologischer Basisdiagnostik (Nr. 03312 EBM-Ä 2005), gastroenterologischer Leistungen (Nrn 13410, 13412, 13424, 13430 und 13431 EBM-Ä 2005) und pneumologischer Leistungen (Nrn 13662 und 13663 EBM-Ä 2005) durch einen Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung.

2. Vorgaben im EBM-Ä 2005, dass bestimmte Leistungen nur von Fachärzten mit einer bestimmten Schwerpunktbezeichnung erbracht und abgerechnet werden dürfen, sind über das Vorliegen einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage hinaus kompetentiell und materiell rechtmäßig.
3. Die sich aus dem Vertragsarztrecht ergebenden Beschränkungen gelten auch für Belegärzte, weil die belegärztliche Tätigkeit die Fortsetzung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit darstellt.

**Hessisches LSG 4. Senat, Urteil vom 11.03.2009 - L 4 KA 26/08**

1. Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung können nur dann ausgeführt und abgerechnet werden, wenn der Vertragsarzt die vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllt. Leistungen der Laboratoriumsmedizin sind dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfolgt. Die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Laborleistungen setzt u. a. die Teilnahme an einem Kolloquium voraus.
2. Der Anspruch des Vertragsarztes auf Zulassung zum Kolloquium setzt u. a. die Vorlage von Zeugnissen des zur Weiterbildung ermächtigten Arztes voraus. Daraus müssen die vom Antragsteller unter Anleitung erbrachten und selbständig durchgeführten Laboratoriumsuntersuchungen und die dafür jeweils aufgewendeten Ausbildungszeiten hervorgehen.

**Bayerisches LSG 12. Senat, Urteil vom 27.05.2009 - L 12 KA 60/06**

Aminolävulinsäure ist nicht als Sprechstundenbedarf ordnungsfähig.

**LSG Niedersachsen-Bremen 3. Senat, Urteil vom 27.05.2009 - L 3 KA 28/08**

Die Erbringung von Akupunkturleistungen nach den EBM-Ziffern 30790 und 30791 ist für Internisten mit dem Schwerpunkt Pneumologie fachfremd.

**SG Marburg, Urteil vom 09.12.2009 - S 12 KA 285/08**

1. Die hausärztliche Grundvergütung nach Ziff. 03000 EBM 2005 ist auch in den Fällen zuzuerkennen, bei denen in einer versorgungsebenenübergreifenden Gemeinschaftspraxis (hier: Fachärztin für Allgemeinmedizin und fachärztlich tätiger Internist) zugleich fachärztliche Leistungen abgerechnet worden sind. § 2 Unterabschnitt 2.10.1 Honorarvertrag der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist insoweit rechtswidrig.
2. Die Höhe der Vergütung der Leistungen der kurativen Koloskopie für die Quartale I und II/06 ist im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen insoweit zu beanstanden, als Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2005 in einem einheitlichen, versorgungsbereichsübergreifenden Fachgruppentopf vergütet werden. Für den hausärztlichen Versorgungsbereich fehlt es hieran an einer Grundlage im Honorarvertrag.
3. Es besteht keine Rechtspflicht einer Kassenärztlichen Vereinigung, eine zunächst falsch abgerechnete Leistung durch die mögliche Leistung zu ersetzen (hier: Leistungen nach Nrn 13251 bis 13254 EBM 2005 in Nr. 13250 EBM 2005).

**f) Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen****BSG 6. Senat, Urteil vom 11.03.2009 - B 6 KA 65/07 R**

Für die Honorierung der Psychotherapeuten im Jahr 1999 war ein Mindesthonorarniveau gewährleistet, das an die Auszahlungspunktwerte für ärztliche Beratungs- und Betreuungsleistungen anknüpfte und quartalsbezogen zu berechnen war.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = Breith 2009, 959 = USK 2009, 33

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 11. Senat, Urteil vom 22.04.2009 - L 11 (10) KA 57/07**

1. Ein praktischer Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie kann eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit i. S. von § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V nur verlangen, wenn er zum Kreis

der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte gehört. Das sind nur solche Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 % überschreiten.  
2. Die Grenzziehung von 90 % ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Eine Differenzierung zwischen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten einerseits und anderen Ärzten, die auch psychotherapeutisch tätig sind, ist mit dem Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar.

**g) Vergütungsanspruch im Rahmen von Disease-Management-Programmen  
Bayerisches LSG 12. Senat, Urteil vom 27.05.2009 - L 12 KA 547/07**

1. Der Hausarzt, der am Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ II (DMP-V) als koordinierender (Haus-) Arzt teilnimmt und auch die Strukturqualitätsvoraussetzungen für eine Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt erfüllt, ist nach § 4 Abs. 2 Satz 2 DMP-V berechtigt, bifunktional am Programm teilzunehmen.
2. Ein solcher bifunktional teilnehmender Arzt darf die Betreuungspauschalen des diabetologisch besonders qualifizierten Arztes gem. Nr. 9274 A der bayerischen DMP-Ergänzungsverträge abrechnen, wenn der DMP-Vertrag ihm die Weiterbehandlung des Patienten als koordinierender (Haus-) Arzt verbietet und eine Überweisung zum diabetologisch besonders qualifizierten Arzt zwingend vorschreibt. Dies ist der Fall, wenn der Patient eine Schnittstelle i.S.d. § 1 Abs 1 Nr. 1 der Ergänzungsverträge i.V.m. Anlage 1, Ziffer 1.8 der Risikostrukturausgleichsverordnung erfüllt, die dort als zwingende Überweisungsmedikation genannt ist. Die Abrechnung der Nr. 9274 A darf dann nicht aufgrund der in der Legende enthaltenen hausärztlichen Überweisungsindikation verweigert werden.

**h) Weitere Vergütungsfragen  
SG Marburg, Urteil vom 20.05.2009 - S 12 KA 394/07**

Eine Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, doppelt gezahlte Abschlagszahlungen mit dem Honoraranspruch einer Gemeinschaftspraxis aufzurechnen, auch wenn zwischenzeitlich ein Gesellschafterwechsel eingetreten ist.

**4. Wirtschaftlichkeitsprüfung  
BSG 6. Senat, Urteil vom 06.05.2009 - B 6 KA 2/08 R**

1. Ein Regress wegen unzulässiger Verordnung von Sprechstundenbedarf setzt kein Verschulden des Vertragsarztes voraus.
2. Die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zum Vertrauensschutz gegenüber der nachträglichen Berichtigung fehlerhafter Honorarbescheide durch die KV sind auf die Festsetzung von Regressen wegen rechtswidriger Sprechstundenbedarfsverordnungen nicht ohne weiteres übertragbar.
3. Ein Hauptbeteiligter, der selbst kein Rechtsmittel einlegt, muss sich im Anwendungsbereich des § 197a SGG auch dann nicht an den Kosten des Rechtsstreits beteiligen, wenn er in der Sache unterliegt. Tritt er dem erfolglosen Hauptantrag des die Revision führenden Beigeladenen bei, hat er keinen Anspruch auf Erstattung seiner außergerichtlichen Kosten.  
Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**BSG 6. Senat, Urteil vom 06.05.2009 - B 6 KA 3/08 R**

1. Wobe Mugos E ist seit der Ablehnung der Zulassungsverlängerung durch den Bescheid des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vom 09.06.1998 im Rahmen des SGB V nicht mehr ordnungsfähig.
2. Fehlt die Ordnungsfähigkeit, ist Unwirtschaftlichkeit gegeben. Ist einem Vertragsarzt eine unwirtschaftliche Ordnungsweise anzulasten, so ist ein Regress gegen ihn berechtigt, wobei dieser in Höhe des der Krankenkasse entstandenen Schadens festzusetzen ist.  
USK 2009, 14

Die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil blieb ohne Erfolg (vgl. BVerfG 2. Kammer des 1. Senats, Beschluss vom 10.12.2009 - 1 BvR 1908/09).

**BSG 6. Senat, Urteil vom 06.05.2009 - B 6 KA 17/08 R**

1. Die Prüfungsgremien sind bei Vorliegen substantiierter Zweifel an der Richtigkeit der Datengrundlagen - je nach Art und Umfang der Einwendungen - zur Beiziehung der erweiterten Arznei- bzw. Heilmitteldateien, zum Abzug fraglicher Verordnungsbeträge und ggf. zur Heranziehung der Originalverordnungsblätter bzw. Printimages verpflichtet.

2. Die Zurechnung der Kosten einer Verordnung zum Nachfolgequartal ist beim Auseinanderfallen des Verordnungsquartals und des Einlösedatums rechtmäßig.

3. Bei Abzug eines Minderaufwands in voller Höhe bedarf es keiner (weiteren) Quantifizierung der kompensierenden Einsparungen.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = USK 2009, 35

**LSG Niedersachsen-Bremen 3. Senat, Urteil vom 28.01.2009 - L 3 KA 99/07**

1. Klagegegenstand in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist allein der Bescheid des Beschwerdeausschusses. Dies gilt auch dann, wenn ein der Prüfung insgesamt entgegenstehendes Verfahrenshindernis (hier: Ablauf der Ausschlussfrist) geltend gemacht wird.

2. Der Regressanspruch einer Krankenkasse wegen unzulässiger Arzneimittelverordnung unterliegt der Verjährung; die von der Rechtsprechung entwickelte vierjährige Ausschlussfrist gilt nicht.

MedR 2009, 501

**Bayerisches LSG 12. Senat, Urteil vom 04.02.2009 - L 12 KA 27/08**

Zur Erfassung von Praxisbesonderheiten einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis Anästhesist/Hausärztin bei gemischt hausärztlich-typischer und anästhesiologischer Tätigkeit der Hausärztin im Rahmen einer Durchschnittswertprüfung der Sonderleistungen.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 11. Senat, Urteil vom 11.02.2009 - L 11 (10) KA 32/07**

1. Der Prüfungsausschuss hat auf Antrag zu prüfen, ob der Vertragsarzt im Einzelfall unwirtschaftliche Behandlungsleistungen abgerechnet hat. Ggf. sind die Prüfungsgremien befugt, einen Regress festzusetzen.

2. Das Arzneimittel Octagam ist nicht für die Behandlung einer progredienten Multiplen Sklerose zugelassen.

3. Eine zulassungsüberschreitende Verordnung zu Lasten der Krankenkasse kommt nur in Betracht, wenn es um die Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung geht, keine andere Therapie verfügbar ist und die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann.

4. Die Verordnungsfähigkeit von Octagam zur Behandlung einer progredienten Multiplen Sklerose ist nach der Rechtsprechung zum Off-Label-Use ausgeschlossen.

**LSG Berlin-Brandenburg 7. Senat, Urteil vom 18.03.2009 - L 7 KA 108/06**

1. Ansprüche der KV im Zusammenhang mit Honorarberichtigungen oder Honorarrückforderungen richten sich gegen die Gemeinschaftspraxis selbst und nicht gegen nur einzelne ihr angehörende Ärzte. Das gilt auch für Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie für Regresse wegen unwirtschaftlicher oder unzulässiger Verordnungen von Arznei- bzw. Heil- und Hilfsmitteln.

3. Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Festsetzung eines Regresses wegen der Verordnung nicht verordnungsfähiger Arzneimittel im Rahmen des Off-Label-Use auch für die Zeit vor Erlass des Urteils des BSG vom 19.3.2002 (BSGE 89, 184 = SozR 3-2500 § 31 Nr. 8).

**LSG Rheinland-Pfalz 5. Senat, Urteil vom 02.04.2009 - L 5 KA 21/08**

Hat nur eine Krankenkasse bzw. ein Krankenkassenverband gegen die Entscheidung eines Prüfungsausschusses über eine Wirtschaftlichkeitsprüfung Beschwerde eingelegt, hat der Beschwerdeausschuss regelmäßig auch über einen Regress zugunsten der übrigen von der Prüfung betroffenen Krankenkassen bzw. -verbände zu entscheiden.

**Bayerisches LSG 12. Senat, Urteil vom 22.04.2009 - L 12 KA 20/06**

1. Verordnungsregress bei physikalisch-medizinischen Maßnahmen; "statistische Prüfung" nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V a.F. bei Durchschnittsüberschreitungen um mehr als 100%.
2. Eine nicht fallbezogene Auflistung aller verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen reicht zur Darlegung von Praxisbesonderheiten nicht aus; kein Anspruch auf Einzelfallprüfung.

**LSG Berlin-Brandenburg 7. Senat, Urteil vom 22.04.2009 - L 7 KA 6/09**

1. Bei der Verteilung der Beweislast sind widersprüchliche Ergebnisse im Hinblick auf das Verhältnis Versicherter - Krankenkasse einerseits und Leistungserbringer - Krankenkasse andererseits auszuschließen. Kann ein Versicherter von seiner Krankenkasse die Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel beanspruchen, bleibt ein Regressanspruch gegen einen Vertragsarzt von vornherein außer Betracht. Besteht im umgekehrten Fall ein Anspruch des Versicherten nicht, ist diese Frage zugleich auch für das Regressverfahren gegen den Vertragsarzt geklärt.
2. Bei der Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung von Erkrankungen unklarer Genese liegt die Beweislast demzufolge beim Vertragsarzt.

**5. Zulassungsrecht****a) Zulassungserteilung****BSG 6. Senat, Urteil vom 17.06.2009 - B 6 KA 25/08 R**

Zur Anfechtung der Zulassung anderer Ärzte und zur gerichtlichen Überprüfung von Sonderbedarfszulassungen.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in BSG und SozR 4

**BSG 6. Senat, Urteil vom 02.09.2009 - B 6 KA 21/08 R**

Zur Beurteilung des Versorgungsbedarfs bei Sonderbedarfszulassung.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**BSG 6. Senat, Urteil vom 02.09.2009 - B 6 KA 34/08 R**

Zur Prüfung eines Versorgungsdefizits und eines nicht gedeckten Versorgungsbedarfs durch bereits zugelassene Ärzte bei Sonderbedarfszulassung.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in BSG und SozR 4

**BSG 6. Senat, Beschluss vom 02.09.2009 - B 6 KA 69/08 B**

1. In einem Planungsbereich mit Zulassungsbeschränkungen für fachärztliche Internisten kann ein Internist mit Schwerpunkt Pneumologie nur bei Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs zugelassen werden.
2. Die mit der Zusammenfassung aller fachärztlicher Internisten in einer bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe verbundene Generalisierung, Schematisierung und Typisierung auch im Bereich berufsrechtlicher Regelungen ist grundsätzlich zulässig.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 11. Senat, Urteil vom 11.02.2009 - L 11 KA 98/08**

Zur gerichtlichen Überprüfung eines Beschlusses des Zulassungsausschusses über eine vertragsärztliche Sonderzulassung.

**b) Beendigung der Zulassung****BSG 6. Senat, Urteil vom 17.06.2009 - B 6 KA 16/08 R**

1. Bei Teilnahme an Kollektivverzichtsaktion besteht Anspruch auf erneute Zulassung frühestens nach sechs Jahren-
2. Die Feststellung der Aufsichtsbehörde über die Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung begründet keine gerichtliche Anfechtungsbefugnis durch den Vertragsarzt.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in BSG und SozR 4

**BSG 6. Senat, Urteil vom 17.06.2009 - B 6 KA 18/08 R**

Der Bescheid über fehlende Sicherstellung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung nach Kollektivverzichtsaktion begründet keine Anfechtungsbefugnis durch an der Aktion beteiligte Vertrags(zahn)arzt. Der feststellende Bescheid der Aufsichtsbehörde nach § 72a SGB V ist für Wiedezulassungsverfahren bindend.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**c) Zweigpraxis****LSG Baden-Württemberg 5. Senat, Urteil vom 23.09.2009 - L 5 KA 2245/08**

Für die Genehmigung einer Zweigpraxis gem. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV ist es nicht (mehr) notwendig, dass eine Bedarfslücke in der Versorgung (eine lokale quantitative oder qualitative Unterversorgung) besteht, vielmehr reicht eine Verbesserung der Versorgung für die betroffenen Versicherten aus. Eine solche Verbesserung der Versorgung kann u.a. in der besseren Erreichbarkeit für die Versicherten am Ort der geplanten Zweigpraxis bestehen.

Revision anhängig (BSG - B 6 KA 39/09 R)

**d) Teilnahme von Psychotherapeuten****BSG 6. Senat Beschluss vom 02.09.2009 - B 6 KA 1/09 B**

1. Eine Teilnahme i.S.d. § 95 Abs. 10 Satz 1 Nr. 3 SGB V ist nur gegeben, wenn die Zahl der Behandlungsstunden für Versicherte der Krankenkassen entweder in einem halben Jahr des Zeitfensters durchschnittlich mindestens 11,6 je Woche oder im letzten Vierteljahr durchschnittlich mindestens 15 je Woche betrug; diese Härtefallregelung ermöglicht eine flexible, allen Umständen des Einzelfalls gerecht werdende Handhabung. Weitergehende Härte- bzw. Übergangsregelungen sind verfassungsrechtlich nicht geboten.

2. Die Festlegung des Zeitfensters nach § 95 Abs. 10 Satz 1 Nr. 3 SGB V verstößt weder gegen Verfassungsrecht noch gegen sonstiges Recht.

3. Das bloße Vorhandensein einer eigenen Abrechnungsnummer ist für die Feststellung, ob ein Psychotherapeut an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen hat, ohne Bedeutung.

**e) Medizinisches Versorgungszentrum****Sächsisches LSG 1. Senat, Urteil vom 24.06.2009 - L 1 KA 8/09**

1. Das Vertragsarztrecht bestimmt nicht, dass ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) nur an höchstens zwei weiteren Orten - neben dem Vertragsarztsitz - seine Tätigkeit ausüben darf.

2. Die Regelung des § 17 Abs 2 S 1 BO der Sächsischen Landesärztekammer gilt nicht unmittelbar für das MVZ. Sie gilt auch nicht entsprechend im Vertragsarztrecht. Diese Regelung gilt nur für den einzelnen Arzt, unabhängig davon ob er in eigener Praxis tätig oder abhängig beschäftigt ist und unabhängig davon in welchem rechtlichen Rahmen er ggf. gemeinsam mit anderen Ärzten seine Tätigkeit ausübt.

**6. Vertragsärztliche Selbstverwaltung und Disziplinarrecht****Schleswig-Holsteinisches LSG 4. Senat, Urteil vom 24.03.2009 - L 4 KA 3/08**

1. Ein Antrag auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegen einen Vertrags(-zahn)-Arzt kann nicht mehr gestellt werden, wenn seit dem Bekannt werden der Verfehlung zwei Jahre oder seit der Verfehlung fünf Jahre vergangen sind.

2. Die Wirkung eines fristgerecht gestellten Antrags auf Einleitung des Disziplinarverfahrens besteht fort, wenn der ursprüngliche Bescheid wegen formeller Fehler aufgehoben wird. In einem solchen Fall handelt es sich nicht um die erneute Einleitung eines Disziplinarverfahrens, sondern um dessen Fortführung.

3. Eine Disziplinarmaßnahme setzt voraus, dass der betroffene (Zahn-)Arzt eine Pflichtverletzung begangen hat, ihn hieran auch ein Verschulden trifft und der Disziplinarausschuss das ihm eingeräumte Ermessen fehlerfrei ausgeübt hat.

4. Die Entscheidung des Disziplinausschusses ist nur einer eingeschränkten gerichtlichen Prüfung zugänglich. Das Gericht hat zu prüfen, ob die Behörde von einem vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist und sich von sachgerechten Erwägungen hat leiten lassen. Dabei ist es auf die im Verwaltungsakt mitgeteilten Ermessenserwägungen beschränkt.

**Schleswig-Holsteinisches LSG 4. Senat, Urteil vom 19.05.2009 - L 4 KA 2/08**

1. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) kann einen Vertragsarzt, der seine vertragsärztlichen Pflichten nicht ordnungsgemäß erfüllt, durch Verwarnung, Verweis, Geldbuße oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung oder der Ermächtigung anhalten.
2. Insbesondere die Verpflichtung zur peinlich genauen Abrechnung gehört zu den Grundpflichten des Arztes. Eine gravierende und nachhaltige Verletzung dieser Pflicht kann deshalb sogar eine Zulassungsentziehung rechtfertigen.
3. Von der KV erstellte Tagesprofile, bezogen auf die Abrechnungsziffern mit festen Zeitvorgaben, sind zulässige Beweismittel für eine unrichtige Abrechnung eines Vertragsarztes.
4. Die Beweislast für die Widerlegung des sich aus den Tagesprofilen ergebenden Indizienbeweises einer unzutreffenden Abrechnung trägt der Vertragsarzt.
5. Für das erforderliche Verschulden hinsichtlich der Falschabrechnung genügt grobe Fahrlässigkeit. Überlässt der Arzt die Abrechnung seinen Helferinnen, so ist er zu deren Überprüfung verpflichtet. Er handelt dann grob fahrlässig, wenn bereits eine einfache Plausibilitätsprüfung ergibt, dass die Abrechnung nicht zutreffen kann.

**7. Weitere Entscheidungen****BSG 3. Senat, Urteil vom 25.06.2009 - B 3 KR 3/08 R**

Zur Verfassungsmäßigkeit der Praxisgebühr.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in BSG und SozR 4 = USK 2009, 47

**LSG Berlin-Brandenburg 1. Senat, Urteil vom 09.01.2009 - L 1 KR 475/07**

Jedenfalls eine privatrechtliche Vereinbarung zwischen Versichertem (= Kassenpatient) und Vertragsarzt (= Kassenarzt), die eine Freistellung des Vertragsarztes von der Einhaltung von Verfahrensvorschriften nach einer Richtlinie bedeutet (hier BUB-Richtlinien), ist wegen Verstoßes gegen § 32 SGB I unwirksam.

**II. Vertragszahnartzrecht****1. Punktwertdegression****LSG Berlin-Brandenburg 7. Senat, Urteil vom 20.05.2009 - L 7 KA 12/08**

Zur Berechnung des Degressionsbetrages nach §§ 85 Abs 4b und 4e SGB V a.F. ist der mit den Krankenkassen vertraglich vereinbarte Punktwert und nicht der Auszahlungspunktwert heranzuziehen.

**SG Mainz, Urteil vom 08.07.2009 - S 2 KA 108/08**

Die in § 85 Abs. 4b SGB V normierte degressionsfreie Punktmenge für Vertragszahnärzte erfasst auch die Oralchirurgen und erfordert anders als bei den Kieferorthopäden keine Sonderregelungen. Revision anhängig (BSG - B 6 KA 34/09 R)

**2. Wirtschaftlichkeitsprüfung****LSG Niedersachsen-Bremen 3. Senat, Urteil vom 29.04.2009 - L 3 KA 84/05**

Im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten ist es nicht ausreichend, wenn die geprüfte Zahnärztin darlegt, dass die eigene Behandlungsweise wirtschaftlich sei, und dies mit allgemeinen zahnmedizinischen Ausführungen begründet.

### **3. Zulassungsrecht**

#### **BSG 1. Senat, Beschluss vom 09.07.2009 - B 1 KR 18/09 B**

1. Vertragszahnärzte, die in einem mit anderen Zahnärzten aufeinander abgestimmten Verhalten auf ihre Zulassung verzichtet haben, sind grundsätzlich nicht mehr zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigt.
2. Ein an einem kollektiven Zulassungsverzicht beteiligter Vertragszahnarzt bleibt über den Verzichtszeitpunkt hinaus nicht dem Vertragszahnarztssystem verhaftet.
3. Versicherte dürfen solche Zahnärzte nur in Notfällen in Anspruch nehmen.

### **4. Weitere Entscheidungen**

#### **BSG 6. Senat, Beschluss vom 17.06.2009 - B 6 KA 6/09 B**

Eine unmittelbare Verpflichtung der Krankenkasse - und nicht etwa der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder des Nachbehandlers - zur Informationsweitergabe lässt sich ohne die erforderliche vertragliche Vereinbarung aus § 76 Abs 3a SGB V nicht herleiten.

#### **Schleswig-Holsteinisches LSG 4. Senat, Urteil vom 03.02.2009 - L 4 KA 2/07**

Ein Honoraranspruch des Zahnarztes besteht nicht für Zahnersatzleistungen, die unter Verstoß gegen die Regelungen der "Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen" (BMV-Z Anlage 12) erbracht worden sind.  
weitere Fundstellen

### **III. Krankenhaus**

#### **BSG 1. Senat, Beschluss vom 27.01.2009 - B 1 KR 76/08 B**

Ein Krankenhaus hat keinen Anspruch auf Ersatz vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten als Verzugschaden, wenn dem Vergütungsanspruch keine Rechtsfragen von besonderer rechtlicher Schwierigkeit zugrunde liegen und ihm auch wirtschaftlich keine besonders hervorgehobene Bedeutung zukommt.

#### **BSG 1. Senat, Urteil vom 08.09.2009 - B 1 KR 8/09 R**

Zum Anspruch einer Krankenkasse auf Verzugszinsen für verspätet zurückgezahlte Krankenhausvergütung und zur Beschränkung der Zinshöhe in einem Sicherstellungsvertrag.

#### **LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 16. Senat, Urteil vom 29.01.2009 - L 16 KR 188/05**

1. Mit dem Disease-Management-Programm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen ist ein verbindlicher Behandlungs- und Betreuungsprozess vorgegeben, der gleichermaßen die teilnahmebereiten Krankenhausträger in ihrem Anspruch auf Marktzugang als auch die Krankenkassen in ihrer Auswahlentscheidung bindet. Der DMP-Vertrag gibt ein verbindliches Anforderungsprofil vor.
2. Für eine Teilnahmeberechtigung des Krankenhausträgers ist der Nachweis einer bestehenden Kooperationsvereinbarung zur Erfüllung der Strukturvoraussetzungen mit niedergelassenen Vertragsärzten oder mit anderen stationären Einrichtungen erforderlich. Eine bloße Erklärung zur Kooperationsbereitschaft ist nicht ausreichend.
3. Sind die notwendigen medizinischen Strukturanforderungen auf Seiten des Krankenhausträgers weder allein noch in Kooperation mit anderen erfüllt, so verstößt die Ablehnung der Teilnahme weder gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG noch gegen das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG.

#### **LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 16. Senat, Urteil vom 26.02.2009 - L 16 KR 119/08**

Der Verzugszinsanspruch einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus bei einem bestehenden Anspruch auf Rückzahlung überhöhter Krankenhausvergütung ist auf zwei Prozentpunkte über dem Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank begrenzt.  
KHR 2009, 104

**LSG Niedersachsen-Bremen 1. Senat, Urteil vom 25.03.2009 - L 1 KR 59/08**

1. Die nachträgliche Korrektur der von einem Krankenhaus ausgestellten Schlussrechnung ist zulässig. Dies gilt zumindest dann, wenn die Nachberechnung lediglich deshalb erfolgt, weil eine bis dahin umstrittene Frage des Vergütungsrechts zwischenzeitlich höchstrichterlich geklärt wurde.  
2. Bei Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung einerseits und einer Ballon-Dilatation andererseits an unterschiedlichen Tagen ist die Abrechnung nach den Sonderentgelten 21.01 und 20.02 vorzunehmen

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 16. Senat, Urteil vom 26.03.2009 - L 16 KR 18/09**

Der im Krankenhausbereich eingeführte Abschlag in Höhe von 0,5% des Rechnungsbetrages gem. § 8 Abs 9 S 1 KHEntgG i.d.F. des GKV-WSG vom 26.3.2007 (BGBl I 2007, 378) ist sowohl formell als auch materiell verfassungskonform.

**LSG Berlin-Brandenburg 9. Senat, Urteil vom 07.05.2009 - L 9 KR 262/08**

§ 12 Abs 5 Krankenhausbehandlungsvertrag sieht lediglich die Entstehung von Verzugszinsen vor; über weiter gehende Prozesszinsen ist vertraglich nichts geregelt. Der Krankenhausbehandlungsvertrag i.S. von § 112 SGB V ist insoweit abschließend und lässt eine ergänzende Geltung der BGB-Regelungen über Prozesszinsen nicht zu.

**Sächsisches LSG 1. Senat, Urteil vom 24.06.2009 - L 1 KR 76/08**

Beim Streit um den anteiligen Einbehalt einer einzelnen Krankenhausrechnung kann die Auszahlung dieses Einhalts vom Krankenhaus nur mit der Begründung begehrt werden, dass es sich bei dem damit zu finanzierenden Vertrag nicht um einen Vertrag der integrierten Versorgung handelt und/oder dass das festgesetzte Finanzierungsvolumen auch unter Zugrundelegung einer weiten Einschätzungsprärogative der Krankenkasse völlig unplausibel ist.  
KH 2009, 1076 = ZMGR 2009, 645

**LSG Baden-Württemberg 11. Senat, Urteil vom 07.07.2009 - L 11 KR 2751/07**

1. Der Vorrang der staatlichen Krankenhausplanung hat zur Folge, dass der Abschluss eines Versorgungsvertrags (VV) nach § 108 Nr. 3, § 109 SGB V ausscheidet, solange im Einzugsbereich der den Abschluss eines VV anstrebenden Klinik Anträge anderer Krankenhäuser auf Aufnahme in den Krankenhausplan vorliegen, die noch nicht bestandskräftig beschieden sind.  
2. Der Krankenhausplanung ist ein Gestaltungsspielraum einzuräumen, jedenfalls dann, wenn ein Anspruch eines Krankenhausträgers auf Abschluss eines VV im Streit steht, der durch ein paralleles Vorgehen vor den Verwaltungsgerichten gegen die Feststellungen der Aufnahme anderer Krankenhäuser in den Krankenhausplan vorgeht bzw. die eigene Aufnahme in den Krankenhausplan betreibt und damit die Bestandskraft des Krankenhausplanes verhindert.

**LSG Niedersachsen-Bremen 1. Senat, Urteil vom 11.11.2009 - L 1 KR 152/08**

1. Für das Begehren auf Akteneinsicht bzw. leihweise Herausgabe einer gesetzlichen Krankenkasse gegen den Träger eines Krankenhauses ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet.  
2. Anhaltspunkte bzw. Hinweise i.S. von § 294a SGB V sind nur dann gegeben, wenn konkrete Tatsachen gegeben sind, die einen Verdacht auf eine Leistungszuständigkeit eines anderen sozialen Leistungsträgers als die gesetzliche Krankenkasse bzw. eine nennenswerte Wahrscheinlichkeit i.S. eines Anfangsverdachts begründen können. Hinreichend konkret sind solche Tatsachen etwa dann, wenn sie durch eindeutige Befunde oder Berichte gestützt werden.  
3. Die Erforderlichkeit der Konkretisierung der für das Akteneinsichtsbegehren von der gesetzlichen Krankenkasse herangezogenen Tatsachen ist erforderlich, weil mit der vom ärztlichen Behandler gewährten Akteneinsicht/Herausgabe das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Versicherten/Patienten betroffen wird. Notwendig ist daher eine Abwägung der von der gesetzlichen Krankenkasse verfolgten Interessen der Versichertengemeinschaft auf Ausschluss unberechtigter

wirtschaftlicher Inanspruchnahme einerseits und der Dispositionsfreiheit des Versicherten über seine personenbezogenen Daten, die vom ärztlichen Behandler/Krankenhaus wahrgenommen werden, andererseits.

4. Eine Übermittlung von Sozialdaten durch den Arzt/das Krankenhaus darf nur dann vorgenommen werden, wenn die konkreten Anhaltspunkte/Hinweise der übermittelnden Stelle vorliegen, also - auch bei Anforderung - von der die Übermittlung anfordernden Stelle mitgeteilt werden.

#### **IV. Weitere Leistungserbringer**

##### **Hessisches LSG 8. Senat, Urteil vom 29.01.2009 - L 8 KR 226/07**

1. Die Eröffnung der Möglichkeit des Direktvertriebsweges eines Arzneimittels an Krankenhäuser und Ärzte nach § 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a AMG im Wege der Ausnahmeregelung bewirkt keine Entbindung der pharmazeutischen Unternehmen von der Verpflichtung zur Leistung des Herstellerrabattes im Falle der Abgabe des Arzneimittels durch öffentliche Apotheken an Versicherte auf der Grundlage personifizierter ärztlicher Verordnungen.

2. Darin liegt keine Verletzung der Grundrechte der Apotheker bzw. der pharmazeutischen Unternehmen aus Art 3 und Art 12 GG.

#### **V. Vergabeverfahren**

##### **BSG 3. Senat, Beschluss vom 22.04.2009 - B 3 KR 2/09 D**

Das Angebot eines Bieters für eine Hilfsmittelversorgung (hier: Elektrostimulationsgeräte) ist von der Wertung im Vergabeverfahren auszuschließen, wenn die Krankenkasse in der Ausschreibung jeweils eine bestimmte Anzahl von Erst- und Folgeversorgungen als Angebotsgrundlage vorschreibt und der Bieter für die Folgeversorgungen einen besonders niedrigen Preis ansetzt, der auf Grundlage einer geringeren Zahl von Folgeversorgungen kalkuliert ist.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

##### **LSG Baden-Württemberg 11. Senat, Beschluss vom 23.01.2009 - L 11 WB 5971/08**

1. Die gesetzlichen Krankenkassen handeln beim Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V nicht als Unternehmen i.S.d. Art 81 und 82 des EG-Vertrages.

2. Ein Verstoß gegen die §§ 19, 20 GWB kann im Vergaberechtsverfahren nicht gerügt werden. Die Ausschreibung stellt, sofern sie ohne Rechtsverstoß erfolgt, einen Ausgleich für eine ggf. vorhandene wettbewerbsbeschränkende Nachfragemacht dar und beugt dem Missbrauch vor.

3. Die gemeinsame Ausschreibung und der gemeinsame Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V sind den gesetzlichen Krankenkassen auch nicht durch Vorschriften des SGB V verwehrt.

4. Wenn sich der Auftraggeber entschließt, einen ausgeschriebenen Auftrag in Lose zu teilen, schreiben die Vorschriften des GWB ihm eine Loslimitierung für die Auftragsvergabe nicht vor; sie gestatten ihm allenfalls eine Selbstbindung dergestalt, dass er außer der Teilung des Auftrags in Lose von vornherein auch eine Loslimitierung pro Bieter vorgibt.

5. Die von den Allgemeinen Ortskrankenkassen (Auftraggeberinnen) vorgenommene Aufteilung des Bundesgebiets in fünf Regionallose ist nicht zu beanstanden.

6. Mit der Bezugnahme auf die sog Lauer-Taxe, auf deren Datenbestand sie keinen Einfluss haben, bestimmen die gesetzlichen Krankenkassen auf nachvollziehbare und transparente Weise ihren Beschaffungsbedarf.

7. In der Wahl eines konkreten Stichtages (Stand der Lauer-Taxe) ist der Auftraggeber nur insoweit Beschränkungen unterworfen, als es dadurch zu keiner Ungleichbehandlung der Wettbewerber i.S.d. § 97 Abs. 2 GWB kommen darf, die über diejenigen Härten hinausgeht, die mit jeder Festsetzung eines Stichtages typischerweise verbunden sind.

8. Ein pharmazeutischer Unternehmer hat keinen Anspruch darauf, dass eine Ausschreibung so durchgeführt wird, dass dadurch die von ihm getroffenen Produktionsentscheidungen möglichst optimal berücksichtigt werden.

9. Antragsteller eines Nachprüfungsverfahrens kann lediglich der (potentielle) Auftragnehmer sein. Demgemäß kann einen Nachprüfungsantrag nur derjenige stellen, der darlegt, er habe oder hätte sich bei ordnungsgemäßer Vergabe um den fraglichen Auftrag beworben.

10. Nach § 107 Abs. 3 Satz 1 GWB ist der Nachprüfungsantrag unzulässig, soweit der Antragsteller den gerügten Verstoß gegen Vergabevorschriften bereits im Vergabeverfahren erkannt und gegenüber dem Auftraggeber nicht unverzüglich gerügt hat. Dabei muss eine Kenntnis des Antragstellers nachgewiesen sein.

11. Die Notwendigkeit einer Beiladung zum Beschwerdeverfahren beurteilt sich nach den §§ 119, 109 GWB, nicht nach § 75 SGG.

12. Die sofortige Beschwerde nach § 116 GWB ist keine Klage, sondern ein Rechtsbehelf eigener Art. Die Zulässigkeit einer Rücknahme der sofortigen Beschwerde beurteilt sich nach § 269 Abs 1 ZPO, der über § 202 SGG Anwendung findet. Dies bedeutet, dass die sofortige Beschwerde nach dem Beginn der mündlichen Verhandlung wirksam nur noch mit Zustimmung des Beschwerdegegners zurückgenommen werden kann.

ZMGR 2009, 84 = Breith 2009, 675

#### **LSG Baden-Württemberg 11. Senat, Beschluss vom 17.02.2009 - L 11 WB 381/09**

1. Die Entscheidung der Krankenkassen, nur solche Angebote auf Abschluss eines Rabattvertrages für Arzneimittel nach § 130a SGB V zuzulassen, die alle vom Bieter (oder der Bietergemeinschaft) in der sog Lauer-Taxe gelisteten Pharmazentralnummern (PZN) eines Wirkstoffs i.S.d. § 4 Abs 19 AMG erfassen, ist vergaberechtlich nicht zu beanstanden.

2. Unterschiede zwischen wirkstoffgleichen Präparaten sind für die Ausschreibung nur erheblich, wenn und soweit sich die Arzneimittel (PZN) in ihrer therapeutischen Wirkung unterscheiden. Andere Kriterien wie z.B. der Markenname des Arzneimittels, dessen Preis, die Art der Wirkstofffreisetzung oder verschiedene arzneimittelrechtliche Zulassungen für mehrere Präparate mit demselben Wirkstoff sind für die Bestimmung des Beschaffungsbedarfs der Krankenkassen ohne Bedeutung.

3. Die Krankenkassen dürfen bei einer wirkstoffbezogenen Ausschreibung davon ausgehen, dass Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen auch den gleichen therapeutischen Nutzen haben und etwas anderes nur gilt, wenn die Arzneimittel trotz vorhandener Wirkstoffidentität unterschiedliche und für die Therapie bedeutsame Bioverfügbarkeiten aufweisen.

4. Bei der Beurteilung des therapeutischen Nutzens unterschiedlicher Bioverfügbarkeiten von Festbetragsarzneimitteln dürfen (und müssen) sich die Krankenkassen an die im Zusammenhang mit der Bildung von Festbetragsgruppen (§§ 35 Abs. 1 Satz 2, 35a Abs. 3 Satz 1 SGB V) ergangenen Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses orientieren.

ZMGR 2009, 94

#### **LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 21. Senat, Beschluss vom 26.03.2009 - L 21 KR 26/09 SFB**

1. Im Vergabenachprüfungsverfahren über die Rechtmäßigkeit der Ausschreibung von Arzneimittelrabattverträgen ist allein zu prüfen, ob der Auftraggeber die Bestimmungen über das Vergabeverfahren eingehalten hat. Im Hinblick auf eine geltend gemachte Verletzung kartellrechtlicher Vorschriften ist deshalb der Rechtsweg in das vergaberechtliche Nachprüfungs- und Beschwerdeverfahren nicht eröffnet.

2. Die Bildung eines Einkaufskonsortiums durch mehrere Krankenkassen kann im Vergabenachprüfungsverfahren nicht unter dem Gesichtspunkt des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung gerügt werden, weil diese zeitlich vor dem Beginn des eigentlichen Vergabeverfahrens liegt und sich lediglich als eine vorbereitende Handlung, aber nicht als Verfahrenshandlung im Vergabeverfahren darstellt.

3. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, den Abschluss von Rahmenverträgen, bezogen auf ein Gebiets- und Fachlos, mit mehr als nur einem pharmazeutischen Unternehmer vorzusehen.

Mittelständische Interessen sind vornehmlich durch Teilung der Aufträge in Fach- und Teillose angemessen zu berücksichtigen.

4. Eine von vornherein bestehende Verpflichtung zur Loslimitierung besteht nicht. Die Anknüpfung der Ausschreibung an die Lauer-Taxe zu einem in der Vergangenheit liegenden Stichtag verstößt nicht gegen die Vorschriften des Vergaberechts.

5. Sind sämtliche Zuschlagskriterien, einschließlich deren Gewichtung, spätestens in den Verdingungsunterlagen benannt, so kann mit Erfolg nicht gerügt werden, die Ermittlung der Wirtschaftlichkeit der Angebote sei in einem intransparenten Verfahren durchgeführt worden.

#### **LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 21. Senat, Beschluss vom 02.04.2009 - L 21 KR 35/09 SFB**

1. Im Vergabenachprüfungsverfahren im Rahmen einer Arzneimittelausschreibung der Krankenkasse ist durch die Vergabekammer ausschließlich zu prüfen, ob der Auftraggeber die Bestimmungen über das Vergabeverfahren eingehalten hat. Das sind insbesondere die Regelungen in den Verdingungsordnungen, die das Verfahren betreffenden Grundsätze des Wettbewerbs, der Transparenz und der Gleichbehandlung sowie weitere ungeschriebene Vergaberegeln, wie das Gebot der Fairness im Vergabeverfahren.

2. Eine Aufteilung in Gebietslose ist dann zulässig, wenn die Ausschreibung wirkstoff- und nicht sortimentsbezogen durchgeführt wird. Damit wird auch kleinen und mittleren Unternehmen, die nicht über ein großes Produktportfolio verfügen, die Möglichkeit eröffnet, auch nur auf einzelne Wirkstoffe zu bieten.

3. Eine Bezugnahme auf die Lauer-Taxe und die Stichtagsregelung in der Ausschreibung verstößt nicht gegen Vorschriften des Vergaberechts. Der Zugang zur Lauer-Taxe steht allen inländischen wie ausländischen Herstellern mit ihren pharmazeutischen Produkten offen. Sie repräsentiert damit die auf dem deutschen Markt zu Lasten der Krankenversicherung erhältlichen Arzneimittel.

4. Eine Stichtagsregelung ist durch die von den Krankenkassen angestrebte Transparenz gerechtfertigt.

5. Das Gebot der Produktneutralität schließt nicht aus, dass bei der Bestimmung des Beschaffungsbedarfs und der Nachfrage nach Rabattangeboten an die auf dem Markt anerkannte Lauer-Taxe angeknüpft wird.

#### **LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 21. Senat, Beschluss vom 08.04.2009 - L 21 KR 27/09 SFB**

1. Im Vergabenachprüfungsverfahren zur Rechtmäßigkeit der Ausschreibung von Arzneimittelrabattverträgen ist ausschließlich zu prüfen, ob der Auftraggeber die Bestimmungen über das Vergabeverfahren eingehalten hat. Die Verletzung kartellrechtlicher Vorschriften ist dabei nicht zu prüfen.

2. Der Abschluss von Rahmenvereinbarungen mit nur einem Unternehmen führt nicht zur Schaffung einer marktbeherrschenden Stellung dieses Unternehmens auf den jeweils sachlich und räumlich relevanten Märkten.

3. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, den Abschluss von Rahmenverträgen mit mehr als nur einem pharmazeutischen Unternehmen vorzusehen.

4. Es besteht von vornherein keine Verpflichtung zur Loslimitierung. Die Anknüpfung der Ausschreibung an die Lauer-Taxe zu einem in der Vergangenheit liegenden Stichtag stellt keinen Verstoß gegen die Vorschriften des Vergaberechts dar.

5. Wenn sämtliche Zuschlagskriterien, einschließlich deren Gewichtung spätestens in den Verdingungsunterlagen benannt sind, kann nicht mit Erfolg gerügt werden, die Ermittlung der Wirtschaftlichkeit der Angebote sei in einem intransparenten Verfahren durchgeführt worden.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 21. Senat, Beschluss vom 03.09.2009 - L 21 KR 51/09 SFB**

1. Es ist nicht vergaberechtswidrig, wenn die Vergabe der Einzelaufträge, nämlich die Abgabe der von den Rabattverträgen erfassten Arzneimittel an die jeweiligen Versicherten durch den Apotheker nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen und vertraglichen Regelungen erfolgt.
2. Bei den Arzneimittel-Rabattverträgen handelt es sich auch um entgeltliche Verträge i.S. des § 99 GWB.
3. Hinsichtlich der Geltendmachung einer Verletzung in Rechten aus § 97 Abs 7 GWB reicht es aus, dass nach der Darstellung des das Nachprüfungsverfahren betreibenden Unternehmens eine Verletzung eigener Rechte möglich erscheint.
4. Die nach dem Rahmenrabattvertrag vorgesehene Regelung zur Vergabe der Einzelaufträge beachtet die Grundsätze der Transparenz und Diskriminierungsfreiheit in hinreichendem Maße.
5. Ein Verstoß gegen das Wettbewerbsprinzip liegt nicht vor, wenn der Abschluss von Rahmenrabattverträgen mit mehreren (hier: drei) Vertragspartnern vorgesehen ist, die unterschiedlich hohe Rabatte einräumen.

**VI. Verfahrens- und Prozessrecht****1. Verfahrensrecht****BSG 6. Senat, Urteil vom 28.01.2009 - B 6 KA 11/08 R**

1. Die Behörde, die für die Entscheidung über einen Widerspruch und über die Wiedereinsetzung in eine versäumte Widerspruchsfrist zuständig ist, darf in besonders gelagerten Fällen vorab isoliert über die Wiedereinsetzung entscheiden.
2. Versagt die zuständige Behörde die Wiedereinsetzung, kann diese Entscheidung bestandskräftig werden und bindet dann auch die Gerichte in einem Streitverfahren über die Entscheidung in der Sache selbst.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = USK 2009, 24

**BSG 6. Senat, Urteil vom 06.05.2009 - B 6 KA 7/08 R**

Über eine Kostenfestsetzung nach Abschluss des Verfahrens vor dem Berufungsausschuss hat der Ausschuss in vollständiger Besetzung zu entscheiden.

Zur Veröffentlichung vorgesehen SozR 4 = USK 2009, 31

**Hessisches LSG 4. Senat, Urteil vom 11.03.2009 - L 4 KA 59/07**

1. § 8 Nr. 3 der Anlage I Nr. 2 - Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger - der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt die Kassenärztliche Vereinigung auch im Falle der Verfestigung eines Beikonsums von Benzodiazepinen nicht, im Einzelfall die Beendigung einer Substitutionsbehandlung gegenüber dem Vertragsarzt durch Verwaltungsakt anzuordnen.
2. Unberührt hiervon bleibt die Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigung, die weitere Vergütung der Substitutionsbehandlung zu Lasten der GKV bei Vorliegen der Voraussetzungen durch Verwaltungsakt abzulehnen.

**2. Zuständigkeitsfragen****BSG 1. Senat, Beschluss vom 18.11.2009 - B 1 KR 74/08 B**

Im Rechtsstreit über die Pflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses als Hauptbeteiligter, Arzneimittelrichtlinien zu erlassen, ist die Zuständigkeit der Kammern und Senate für Vertragsarztrecht nicht gegeben.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**SG Dresden, Beschluss vom 05.06.2009 - S 18 KR 167/09**

Für Klagen des Krankenhausträgers gegen die gesetzlichen Krankenkassen auf Vergütung von Krankenhausbehandlungsleistungen ist das Sozialgericht gemäß § 57 Abs. 1 Satz 1 SGG örtlich zuständig, in dessen Gerichtsbezirk der Krankenhausträger seinen Sitz hat.

**SG Ulm, Beschluss vom 19.10.2009 - S 13 KR 529/09**

Die Zuständigkeitsregelung in § 57a Abs 3 SGG greift nicht allein dann ein, wenn ein Rechtsstreit sich ausschließlich auf den Bestand oder die Auslegung eines Landesvertrages bezieht.

**3. Konkurrentenklage****BSG 6. Senat, Urteil vom 11.03.2009 - B 6 KA 15/08 R**

Bei statusbegründenden Entscheidungen im Vertragsarztrecht tritt die aufschiebende Wirkung eines von einem Dritten gegen eine begünstigende Entscheidung erhobenen Rechtsbehelfs erst (ex nunc) mit dem Zeitpunkt ein, in dem der Begünstigte hiervon Kenntnis erlangt.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = GesR 2009, 534 = ZMGR 2009, 303 = KHR 2009, 172 = USK 2009, 38

**BSG 6. Senat, Urteil vom 17.06.2009 - B 6 KA 38/08 R**

Zur Berechtigung von Vertragsärzten zur Anfechtung der Erteilung einer Sonderzulassung und zur Pflicht zur Darlegung der Grundlagen eines realen Konkurrenzverhältnisses.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**SG Karlsruhe, Urteil vom 26.03.2009 - S 1 KA 990/08**

1. Der in § 116 Satz 2 SGB V i.V.m. § 31a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV angeordnete Vorrang niedergelassener Vertragsärzte vor ermächtigten Krankenhausärzten entfaltet drittschützende Wirkung. Diese erstreckt sich über die maßgebenden Planungsbereiche hinaus, soweit in einem real existierenden Teilmarkt Anbieter gleichartiger Leistungen im wesentlichen Umfang um die Versorgung derselben Patienten konkurrieren und deshalb für den niedergelassenen Vertragsarzt infolge einer zusätzlich erteilten Ermächtigung im Wettbewerb bedeutsame Einkommenseinbußen zu besorgen sind.

2. Eine solche reale Konkurrenzsituation in einem für den Wettbewerb wesentlichen Umfang liegt vor, wenn die durchschnittliche Zahl der von dem ermächtigten Krankenhausarzt mit den gleichen Leistungen behandelten Patienten aus dem Einzugsbereich des niedergelassenen Vertragsarztes 5 % der durchschnittlichen Gesamtfallzahl des niedergelassenen Vertragsarztes überschreitet.

3. Eine solche Einkommenseinbuße hat der niedergelassene Vertragsarzt dennoch im Einzelfall im Interesse einer angemessenen, wohnortnahen Versorgung der Versicherten mit bestimmten vertragsärztlichen Leistungen (teilweise) hinzunehmen.

**4. Einstweiliger Rechtsschutz****LSG Berlin-Brandenburg 7. Senat, Beschluss vom 13.01.2009 - L 7 B 93/08 KA ER**

1. Sowohl die Nichtaufnahme bzw. die höchstens im Ansatz erfolgte Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit als auch erhebliche Falschabrechnungen können eine Zulassungsentziehung rechtfertigen.

2. In einem solchen Fall ist sowohl aus spezialpräventiven wie aus generalpräventiven Überlegungen die Anordnung der sofortigen Vollziehbarkeit der Zulassungsentziehung gerechtfertigt.

3. Für das Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes reduziert sich der Streitwert auf ein Drittel des Hauptsacheverfahrens.

**LSG Niedersachsen-Bremen 3. Senat, Beschluss vom 14.01.2009 - L 3 KA 44/08 ER**

Es ist rechtswidrig, wenn der Beschwerdeausschuss bei der Richtgrößenprüfung selbst die Richtigkeit von Dateien anzweifelt, die mindestens 5 % der Verordnungssumme ausmachen, und

diese Dateien lediglich bei der Festsetzung des Regresses herausrechnet, ohne die Auswirkungen der Zweifel für den Anscheinsbeweis der Richtigkeit der Gesamtdaten zu untersuchen.

**Schleswig-Holsteinisches LSG 4. Senat, Beschluss vom 31.03.2009 - L 4 B 542/08 KA ER**

Zur Entziehung einer vertragsärztlichen Zulassung wegen Trunksucht.  
AZR 2009, 78 = Breith 2009, 579 = NZS 2009, 695

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 11. Senat, Beschluss vom 20.05.2009 - L 11 B 5/09 KA ER**

1. Mit der Regelung in § 101 Abs. 1 SGB V will der Gesetzgeber in überversorgten Gebieten abweichend von § 103 SGB V zusätzliche Vertragsarztsitze in Ausnahmefällen zulassen, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich ist.
2. Die Zulassungsgremien haben hierbei keinen Ermessensspielraum. Sind die Voraussetzungen der Sonderbedarfzulassung erfüllt, besteht ein Anspruch auf Zulassung.
3. Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich im Rahmen des den Zulassungsinstanzen zustehenden Beurteilungsspielraumes darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zu Grunde liegt, ob die Verwaltung die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs gegebenen Grenzen eingehalten hat, und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht hat, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist.

**Hessisches LSG 4. Senat, Beschluss vom 25.05.2009 - L 4 KA 57/08 B ER**

1. Bei der Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen einen Honorarrückforderungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber einem Vertragsarzt sind bei der Interessenabwägung der Beteiligten die wirtschaftliche Betroffenheit des Antragstellers und dessen Erfolgsaussichten im Hauptsacheverfahren zu berücksichtigen.
2. Hat der Vertragsarzt nicht dargetan, dass die Rückzahlung des Honorars bzw. dessen Aufrechnung gegenüber laufenden Ansprüchen aus der Honorarverteilung ihm wirtschaftlich nicht zumutbar ist, so besteht kein Anordnungsgrund für den geltend gemachten einstweiligen Rechtsschutz.

**LSG Niedersachsen-Bremen 4. Senat, Beschluss vom 25.05.2009 - L 4 KR 116/09 B ER**

1. Die Bestimmung eines Krankenhauses zur ambulanten Behandlung von Katalogerkrankungen nach § 116b SGB V ist keine Angelegenheit des Vertragsarztrechts, sondern eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung.
2. Die Anordnung des sofortigen Vollzuges der Bestimmung eines Krankenhauses zur ambulanten Behandlung nach § 116b Abs. 2 SGB V verletzt keine Rechte einer Kassenärztlichen Vereinigung.
3. Ordnet ein Sozialgericht den sofortigen Vollzug der Bestimmung eines Krankenhauses zur ambulanten Behandlung nach § 116b Abs. 2 SGB V an und legt eine Kassenärztliche Vereinigung dagegen Beschwerde ein, kann die Beschwerde keinen Erfolg haben. Der Kassenärztlichen Vereinigung fehlt die materielle Beschwer.

**LSG Berlin-Brandenburg 7. Senat, Beschluss vom 15.07.2009 - L 7 B 74/08 AS ER**

Die Vergütungsregelung in § 7 Abs 1 des durch Schiedsspruch des erweiterten Bundesschiedsamtes festgesetzten AOP - Vertrages 2006 verstößt gegen §§ 115b Abs. 1 Nr. 2, 85 Abs. 1 bis Abs. 3a und § 71 SGB V und ist deshalb rechtswidrig; darüber hinaus dürfte sie gegen das verfassungsrechtliche Verbot der Mischverwaltung verstoßen.

**Bayerisches LSG 12. Senat, Beschluss vom 30.07.2009 - L 12 B 1074/08 KA ER**

Leistungen nach den Ziffern 100 EBM 1996, 01770 EBM 2000 plus können im Grundsatz im Quartal nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden.

**Sächsisches LSG 1. Senat, Beschluss vom 30.07.2009 - L 1 B 786/08 KA-ER**

1. Die Zulassungsgremien dürfen sich in einem Vergleich zur Erteilung der Zulassung als Vertragsarzt verpflichten.
2. Beim Abschluss eines Vergleichs über eine Sonderbedarfszulassung halten die Zulassungsgremien ihren Beurteilungsspielraum ein, wenn die getroffene Regelung in den feststehenden Tatsachen eine tragfähige Grundlage hat und aus dem Kontext des Vertragsschlusses die dafür maßgeblichen Erwägungen mit hinreichender Deutlichkeit hervorgehen.
3. Die Zulassungsgremien dürfen bei ihren Bedarfsermittlungen die Feststellungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Abs. 3 SGB V verwerten.

**LSG Berlin-Brandenburg 7. Senat, Beschluss vom 09.09.2009 - L 7 KA 61/09 B ER**

Die Abrechnung der Nr. 03120 EBM-Ä 2005 ("Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, Dauer mindestens 10 Minuten") erfordert die höchstpersönliche Leistungserbringung durch einen Arzt.

**LSG Niedersachsen-Bremen 4. Senat, Beschluss vom 02.10.2009 - L 4 KR 254/09 B ER**

1. § 127 Abs 2 S 4 SGB V in der ab 1.1.2009 geltenden Fassung des Art 1 GKV-OrgWG vom 15.12.2008 (BGBl I 2426) sieht für andere Hilfsmittelerbringer ein umfassendes Informationsrecht über den Inhalt von Hilfsmittelverträgen vor.
2. Das Informationsrecht der anderen Hilfsmittelerbringer bezieht sich auf den gesamten Inhalt des Hilfsmittelvertrages.

**LSG Niedersachsen-Bremen 3. Senat, Beschluss vom 15.10.2009 - L 3 KA 73/09 B ER**

1. Die Zulassungsgremien können die Genehmigung der Verlegung eines Vertragsarztsitzes nicht wegen eines "lokalen Versorgungsbedarfs" am bisherigen Praxisort versagen, ohne hierzu eingehende Ermittlungen angestellt zu haben.
2. § 24 Abs 7 Ärzte-ZV ist als Erlaubnisnorm mit Verbotsvorbehalt ausgestaltet. Im Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung kann deshalb im Einzelfall ein Anordnungsanspruch auf vorläufige Genehmigung bejaht werden, obwohl den Zulassungsgremien ein Beurteilungsspielraum hinsichtlich der dort genannten "Gründe der vertragsärztlichen Versorgung" zusteht.

**LSG Baden-Württemberg 11. Senat, Beschluss vom 02.11.2009 - L 11 KR 3727/09 ER-B**

1. Die Regelung in § 12 Abs. 2 des UWG, wonach zur Sicherung der in diesem Gesetz bezeichneten Ansprüche auf Unterlassung einstweilige Verfügungen auch ohne die Darlegung und Glaubhaftmachung der in §§ 935 und 940 ZPO bezeichneten Voraussetzungen erlassen werden können, findet im sozialgerichtlichen Verfahren keine Anwendung.
2. Die Grenzen des Wettbewerbs zwischen gesetzlichen Krankenkassen bestimmen sich nicht nach dem UWG.
3. Zur Frage, inwieweit sich Krankenkassen (negativ) zur hausarztzentrierten Versorgung äußern dürfen.

**SG Hamburg, Beschluss vom 31.03.2009 - S 34 KR 289/09 ER**

Zu den Voraussetzungen einer außerordentlichen Kündigung eines Integrationsvertrages gem. § 140a SGB V durch die Krankenkasse, wenn die Voraussetzungen für eine integrierte Versorgung nicht vorliegen.

**SG Marburg, Beschluss vom 12.08.2009 - S 12 KA 428/09 ER**

1. Ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung in vertragsärztlichen Zulassungssachen ist grundsätzlich auch vor einer Entscheidung des Berufungsausschusses zulässig.
2. Ist ein Beschluss des Zulassungsausschusses wegen unzureichender Begründung der Ablehnung einer Ermächtigung (hier: Facharzt für Anästhesie) rechtswidrig, so besteht dennoch kein Anordnungsanspruch, wenn es an einer hinreichenden Erfolgsaussicht des Widerspruchs fehlt.

3. Werden Anästhesieleistungen nach dem AOP-Vertrag zu § 115b Abs 1 SGB V vergütet, so besteht hierfür kein Bedarf für eine Ermächtigung.

#### **5. Gegenstandswert**

##### **LSG Rheinland-Pfalz 5. Senat, Beschluss vom 14.07.2009 - L 5 KR 19/09 B ER**

Der Streitwert für Verfahren, in denen es um die Rechtmäßigkeit der Kündigung eines Versorgungsvertrages mit einer Pflegeeinrichtung geht, bemisst sich ausgehend vom Gewinn der Einrichtung, nicht unter Zugrundelegung des Umsatzes.

#### **VII. Leistungsrecht der GKV**

##### **1. Kostenerstattung**

##### **BVerfG 1. Senat 2. Kammer, Beschluss vom 19.03.2009 - 1 BvR 316/09**

Teilweise stattgebender Kammerbeschluss wegen ungerechtfertigter Verweigerung der Versorgung mit einer außervertraglichen Behandlungsmethode im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wegen fehlendem Kostenerstattungsanspruch gem. § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V NZS 2009, 376

##### **BSG 3. Senat, Urteil vom 22.04.2009 - B 3 KR 5/08 R**

1. Die ohne Einschaltung der Krankenkasse selbst beschaffte Leistung muss zu den Leistungen gehören, die von den Krankenkassen allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen sind.
2. Bei Fahrten eines Versicherten zum Rehabilitationssport geht es nicht um Kosten für Fahrten "zu einer ambulanten Behandlung".

USK 2009, 21

##### **BSG 1. Senat, Urteil vom 30.06.2009 - B 1 KR 19/08 R**

1. Der Anspruch auf Kostenerstattung für einen im EG-Ausland beschafften Zahnersatz setzt die Genehmigung der Versorgung nach Prüfung einer einem Heil- und Kostenplan vergleichbaren Unterlage durch die Krankenkasse vor der Behandlung voraus.
2. Das Erfordernis der vorherigen Genehmigung der zahnprothetischen Versorgung verstößt nicht gegen Europarecht.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = USK 2009-49

##### **BSG 1. Senat, Urteil vom 30.06.2009 - B 1 KR 22/08 R**

Der Anspruch auf Krankenbehandlung als Sachleistung in einem anderen EG-Mitgliedstaat umfasst auch sachleistungsersetzende Kostenerstattungsansprüche (hier: Kostenerstattung wegen unaufschiebbar notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung in einem anderen EG-Mitgliedstaat trotz Fehlen der vorherigen Zustimmung).

Zur Veröffentlichung vorgesehen in BSG und SozR 4

##### **BSG 1. Senat, Urteil vom 08.09.2009 - B 1 KR 1/09 R**

Zur Wahl der Kostenerstattung an Stelle von Sach- oder Dienstleistung (hier: Erstattungshöhe im Arzneimittelbereich).

Zur Veröffentlichung vorgesehen in BSG und SozR 4

##### **Bayerisches LSG 5. Senat, Urteil vom 13.01.2009 - L 5 KR 354/07**

Kostenerstattung für das nicht zugelassene Medikament Lenalidomid bei Krebserkrankung und Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden palliativen Chemotherapien.

##### **LSG Baden-Württemberg 11. Senat, Urteil vom 27.01.2009 - L 11 KR 3126/08**

Eine Epilationsbehandlung (hier: bei einer Transsexuellen) durch eine Kosmetikerin darf nicht zu Lasten der GKV erbracht werden. Eine Kostenerstattung des Versicherten ist nicht möglich.

**LSG Baden-Württemberg 4. Senat, Urteil vom 13.02.2009 - L 4 KR 3191/06**

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung eines Hörgeräts, wenn er sich dieses Hilfsmittel während des gerichtlichen Verfahrens selbst beschafft hat, nachdem er gegenüber der Krankenkasse zunächst die Versorgung mit einem anderen Modell begehrt hatte.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 11. Senat, Urteil vom 18.02.2009 - L 11 KR 43/07**

Zur Kostenerstattung für eine ambulante Psychotherapie.

**LSG Baden-Württemberg 11. Senat, Urteil vom 24.03.2009 - L 11 KR 3564/08**

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben keinen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Kostenübernahme für eine sog. Cyber-Loop-Therapie (Bioresonanztherapie).

**LSG Baden-Württemberg 11. Senat, Urteil vom 28.04.2009 - L 11 KR 6054/08**

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben keinen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Kostenübernahme für eine ambulant durchgeführte DermoDyne-Lichttherapie.

**Bayerisches LSG 4. Senat, Urteil vom 07.05.2009 - L 4 KR 465/07**

Zu den Erfordernissen einer Kostenerstattung für zurückliegende Epilationsbehandlung in einer Privatklinik und bei einer Kosmetikerin.

**Hessisches LSG 1. Senat, Urteil vom 15.06.2009 - L 1 KR 236/07**

Es besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Beschaffung des Importarzneimittels Flutinas® im Zusammenhang mit der Behandlung einer chronisch rezidivierenden polypösen Rhinosinusitis gegenüber der Krankenkasse.

**LSG Baden-Württemberg 11. Senat – Urteil vom 20.10.2009 - L 11 KR 1229/09**

Anspruchsgrundlage für eine Erstattung der über dem Festpreis liegenden Kosten für ein digitales Hörgerät ist § 13 Abs. 3 SGB V. Der danach vorgeschriebene Beschaffungsweg ist nicht eingehalten, wenn der Antrag auf Erstattung der Mehrkosten erst gestellt wird, nachdem der Hörgeräteakustiker das Hörgerät angepasst und dem Versicherten den Mehrbetrag in Rechnung gestellt hat.

**2. Krankenbehandlung****BGH 1. Zivilsenat, Urteil vom 09.07.2009 - I ZR 13/07**

Allein der Wunsch des Patienten, sämtliche Leistungen aus einer Hand zu erhalten, reicht nicht aus, um eine Verweisung an einen bestimmten Optiker sowie eine Abgabe und Anpassung der Brille durch den Augenarzt zu rechtfertigen.

NJW 2009, 3582 = GRUR 2009, 977 = GesR 2009, 549 = ZMGR 2009, 308

**BSG 3. Senat, Beschluss vom 22.01.2009 - B 3 KR 47/08 B**

1. Der Anspruch auf Krankenbehandlung ist nicht darauf gerichtet, nur von einem ganz bestimmten - aus Sicht des Versicherten am besten qualifizierten - Arzt behandelt zu werden.

2. Das Wahlrecht eines Betroffenen bei der Krankenbehandlung beschränkt sich auf zur Versorgung der Versicherten zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, umfasst also nicht auch die Behandlung in Privatkliniken, mag der behandelnde Arzt ansonsten auch vertragsärztlich tätig sein.

**BSG 3. Senat, Beschluss vom 29.01.2009 - B 3 KR 39/08 B**

Von der GKV wird das Ermöglichten von Freizeitbeschäftigungen wie Wandern, Dauerlauf oder Ausflüge, die das "Stimulieren aller Sinne", die "Erfahrung von Geschwindigkeit und Raum", das "Erleben physischen und psychischen Durchhaltens" sowie das "Gewinnen von Sicherheit und Selbstbewusstsein" mit sich bringen, nicht geschuldet.

**Hessisches LSG 1. Senat, Urteil vom 15.01.2009 - L 1 KR 16/08**

1. Ob eine stationäre Notfallbehandlung vorlag, ist in vollem Umfang gerichtlich überprüfbar.
2. Der Notfallbegriff des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfasst neben den medizinischen Begriffsmerkmalen auch systembezogene Merkmale, durch die sichergestellt wird, dass nur Fälle des Systemversagens vergütungsfähig sind.
3. Sowohl aus medizinischer Sicht (Dringlichkeit) als auch aus systembezogener Sicht (fehlende Verfügbarkeit eines zugelassenen Leistungserbringers) liegt keine Notfallbehandlung vor, wenn der Versicherte bei einem zugelassenen Leistungserbringer versorgt werden kann. Eine Behandlungsbedürftigkeit wegen eines Notfalls endet, wenn der Versicherte zu einem zugelassenen Leistungserbringer verlegt werden kann.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 16. Senat, Urteil vom 12.03.2009 - L 16 KR 64/08**

Zur Höhe der Vergütung für Leistungen der Behandlungspflege.

**Bayerisches LSG 5. Senat, Urteil vom 20.03.2009 - L 5 KR 182/08**

Magen-Bypass-Operation als indirekte Behandlung krankhafter Adipositas keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

**LSG Baden-Württemberg 4. Senat, Urteil vom 15.05.2009 - L 4 KR 4793/07**

Es ist nicht der Regelfall, dass während der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung die Beatmungskontrolle als Behandlungssicherungspflege in den Hintergrund tritt.

PfIR 2009, 453

**LSG Rheinland-Pfalz 5. Senat, Urteil vom 06.08.2009 - L 5 KR 49/09**

Das Einfrieren und Lagern männlichen Samens wegen befürchteter Zeugungsunfähigkeit durch eine kombinierte Chemo- und Bestrahlungstherapie ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

**LSG Rheinland-Pfalz 5. Senat, Urteil vom 20.08.2009 - L 5 KR 100/08**

Die Versorgung mit dem Mittel "Algonot Plus" bei Multipler Sklerose fällt nicht in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung.

**3. Zahnärztliche Behandlung****LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 16. Senat, Urteil vom 07.05.2009 - L 16 KR 51/09**

1. Implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion gehören nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden, es sei denn, es liegt eine seltene Ausnahmeindikation für besonders schwere Fälle vor.
2. Ein atrophierter zahnloser Oberkiefer stellt keine Ausnahmeindikation dar. Die allmähliche Rückbildung des zahnlosen Kieferknochens i. S. einer Atrophie ist ein natürlicher Vorgang bei jedem Zahnverlust.

**Hessisches LSG 1. Senat, Urteil vom 02.07.2009 - L 1 KR 197/07**

1. Es besteht kein Anspruch auf Versorgung mit Zahnimplantaten bei Vorliegen eines psychisch bedingten Würgereizes aufgrund einer zwanghaften Ablehnung von Fremdkörpern in Mund- und Rachenhöhle.
2. Eine implantologische Versorgung zu Lasten der Krankenkasse setzt u.a. das Vorliegen einer Ausnahmeindikation voraus. Bei den nach § 92 Abs. 1 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmeindikationen handelt es sich um Ausnahmefälle mit qualifizierten Anforderungen bei schwerwiegenden Kau- und Funktionsstörungen, die eng zu interpretieren sind und eine Auslegung über den Wortlaut hinaus nicht zulassen.

#### **4. Krankenhausbehandlung**

##### **BSG 1. Senat, Urteil vom 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R**

1. Ein Krankenhausträger kann Vergütung auch im Fallpauschalensystem nur für die erforderliche Krankenhausbehandlung Versicherter beanspruchen.

2. Begehrt ein Krankenhausträger eine Fallpauschalenvergütung, darf die Krankenkasse hiervon Abschläge geltend machen, wenn die erforderliche Verweildauer des Versicherten die untere Grenzverweildauer unterschreitet.

3. Beahlt eine Krankenkasse eine Krankenhausbehandlung ihres Versicherten bei vertraglich vereinbarter umgehender Zahlungspflicht nach Rechnungseingang unter dem Vorbehalt medizinischer Überprüfung, verbleibt die Beweislast für die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung beim Krankenhausträger.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in BSG und SozR 4 = ZMGR 2009, 319 = USK 2009, 43

##### **BSG 1. Senat, Urteil vom 08.09.2009 - B 1 KR 11/09 R**

Zur Geltendmachung einer weiteren Vergütung seitens des Krankenhausträgers gegenüber Krankenkasse nach Begleichung der Endrechnung.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = USK 2009, 41 = ZMGR 2009, 655

##### **Hessisches LSG 1. Senat, Urteil vom 15.01.2009 - L 1 KR 255/07**

1. Der Notfallbegriff des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfasst neben den medizinischen Begriffsmerkmalen auch systembezogene Merkmale, durch die sichergestellt wird, dass nur Fälle des Systemversagens vergütungsfähig sind.

2. Zu den maßgeblichen Indizien für ein Systemversagen bzw. für einen geplanten Krankenhausaufenthalt.

##### **LSG Baden-Württemberg 4. Senat, Urteil vom 13.02.2009 - L 4 KR 1697/07**

Eine Krankenkasse hat ihr Ermessen in rechtlich nicht zu beanstandender Weise ausgeübt, wenn sie der von einem Versicherten beantragten stationären Krankenhausbehandlung in einem EU-Mitgliedstaat nur unter der Einschränkung zugestimmt hat, dass die hierdurch verursachten Kosten anteilig unter Beachtung der Vertragsätze, die in einem vergleichbaren Vertragskrankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären, übernommen werden, und zwar unter Beachtung der gesetzlichen Zuzahlung und des Verwaltungskostenabschlags.

##### **LSG Berlin-Brandenburg 9. Senat, Urteil vom 30.04.2009 - L 9 KR 34/05**

Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall. Medizinische Erfordernisse in diesem Sinne können nur Umstände sein, die in der Person des zu behandelnden Versicherten liegen. Außerhalb seiner Person liegende Umstände, die ihre Ursache in der Gewährleistung der Notfallversorgung bei Organentnahmen in den Ländern Berlin und Brandenburg - haben, rechtfertigen keine Krankenhausbehandlung.

##### **Bayerisches LSG 5. Senat, Beschluss vom 07.07.2009 - L 5 KR 254/08**

Kein Anspruch auf stationäre Behandlung in nicht zugelassener Klinik.

#### **5. Rehabilitation**

##### **Bayerisches LSG 4. Senat, Urteil vom 26.02.2009 - L 4 KR 179/08**

Solange noch nicht alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten und zumutbare Eigenvorsorgen ausgeschöpft sind, besteht kein Anspruch auf stationäre medizinische Reha-Maßnahme.

##### **Bayerisches LSG 4. Senat, Urteil vom 25.06.2009 - L 4 KR 69/09**

Eine bloße "Abmagerung" stellt i.d.R. kein ausreichendes Reha-Ziel für eine stationäre Maßnahme dar.

**6. Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel****BSG 1. Senat, Urteil vom 27.10.2009 - B 1 KR 7/09 R**

Zur Abgabe von verschreibungs- und apothekenpflichtigen Fertigarzneimitteln an Endverbraucher.  
Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**BSG 1. Senat, Urteil vom 03.03.2009 - B 1 KR 7/08 R**

Sondennahrung gehört zu den Gegenständen i.S. von § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die der Gesetzgeber nach Maßgabe von Beschlüssen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) ausnahmsweise in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen hat.  
USK 2009, 4

**BSG 3. Senat, Urteil vom 22.04.2009 - B 3 KR 11/07 R**

1. Hüftprotektoren sind keine Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung.  
2. Eine Behinderung droht, wenn ohne ärztliche Behandlungsmaßnahmen aus einem bestimmten Krankheitsbild bei natürlichem Verlauf in absehbarer Zeit mit einiger Wahrscheinlichkeit ein Dauerzustand in Form einer sonst nicht mehr behebbaren konkreten Funktionseinschränkung erwachsen kann.  
3. Die Eintragung eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis (einschließlich des Pflegehilfsmittelverzeichnisses) konnte auch schon vor dem 1.4.2007 nur vom Hersteller, nicht aber vom Vertreiber des Produkts beantragt werden.  
Zur Veröffentlichung vorgesehen in BSG und SozR 4 = ZMGR 2009, 639

**BSG 3. Senat, Beschluss vom 22.04.2009 - B 3 KR 54/08 B**

Ein Hilfsmittel ist beim Ausgleich direkter oder indirekter Folgen einer Behinderung nur "erforderlich" i.S. von § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft.

**BSG 1. Senat, Urteil vom 05.05.2009 - B 1 KR 15/08 R**

Eine hochgradige Sehstörung (starke Kurzsichtigkeit kombiniert mit Astigmatismus bei Kontaktlinsen- und Brillenunverträglichkeit) begründet keine notstandsähnliche Situation, die eine grundrechtsorientierte Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung rechtfertigt.  
Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = GesR 2009, 594 = Breith 2009, 955 = USK 2009, 19

**BSG 6. Senat, Urteil vom 06.05.2009 - B 6 KA 3/08 R**

1. Wobe Mugos E ist seit der Ablehnung der Zulassungsverlängerung durch den Bescheid des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vom 09.06.1998 im Rahmen des SGB V nicht mehr verordnungsfähig.  
2. Fehlt die Verordnungsfähigkeit, ist Unwirtschaftlichkeit gegeben. Ist einem Vertragsarzt eine unwirtschaftliche Verordnungsweise anzulasten, so ist ein Regress gegen ihn berechtigt, wobei dieser in Höhe des der Krankenkasse entstandenen Schadens festzusetzen ist.  
USK 2009, 14

Die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil blieb ohne Erfolg (vgl. BVerfG 2. Kammer des 1. Senats, Beschluss vom 10.12.2009 - 1 BvR 1908/09).

**BSG 3. Senat, Urteil vom 25.06.2009 - B 3 KR 9/08 R**

Zum Anspruch auf künstliche Befruchtung und zum Leistungsausschluss nach drei erfolglos durchgeführten Behandlungszyklen.  
Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**BSG 3. Senat, Urteil vom 25.06.2009 - B 3 KR 4/08 R**

Zum Anspruch auf Kostenübernahme eines GPS-Systems für blinde und sehbehinderte Menschen.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**BSG 3. Senat, Urteil vom 25.06.2009 - B 3 KR 10/08 R**

Kein Anspruch auf Übernahme der Mehrkosten einer salzwasserfesten Ausführung einer Badeprothese.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**BSG 3. Senat, Urteil vom 25.06.2009 - B 3 KR 2/08 R**

Zum Anspruch auf zusätzliche Versorgung eines beinamputierten Versicherten mit einer Badeprothese.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**BSG 1. Senat, Urteil vom 30.06.2009 - B 1 KR 5/09 R**

In der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Erwachsene haben grundsätzlich keinen Anspruch auf zulassungsüberschreitende Anwendung eines nur zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassenen Arzneimittels unter erleichterten Voraussetzungen, selbst wenn eine gleiche Wirksamkeit des Mittels unterstellt wird.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = USK 2009-42

**BSG 3. Senat, Beschluss vom 06.08.2009 - B 3 KR 4/09 B**

Ein Anspruch auf eine dauerhafte Zweitversorgung mit einem Hilfsmittel als Vorsorge für den Reparaturfall kann nur erwachsen, wenn die Versorgung mit einem Ersatzgerät für die Dauer einer Reparatur im Einzelfall aus besonderen Gründen ausgeschlossen erscheint.

BSG 3. Senat, Urteil vom 12.08.2009 - B 3 KR 8/08 R

Zum Anspruch auf Versorgung eines gehunfähigen Versicherten mit einem Elektrorollstuhl.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**BSG 3. Senat, Urteil vom 12.08.2009 - B 3 KR 11/08 R**

Es besteht kein Anspruch auf Ausstattung einer Rollstuhl-Fahrrad-Kombination mit Elektrohilfsmotor wegen Fahrradausflügen mit Familie.

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 16. Senat, Beschluss vom 13.01.2009 - L 16 B 85/08 KR**

1. Die Verordnungsfähigkeit eines Fertigarzneimittels beschränkt sich auf diejenigen Anwendungsgebiete, auf die sich die Zulassung erstreckt. Für die Medikamente Concerta und Ritalin beschränkt sich deren Zulassung auf die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose ADHS (Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom). Für eine Anwendung bei Erwachsenen besteht keine Zulassung.
2. Eine Verordnungsfähigkeit außerhalb des vorgegebenen Zulassungsbereiches kommt nur unter folgenden Voraussetzungen in Betracht: es muss sich um eine lebensbedrohende bzw. die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung handeln, eine andere Therapie ist für die Erkrankung nicht verfügbar, es ist eine begründete Wirksamkeitsprognose vorhanden und die Gefahr durch eine Langzeitbehandlung kann ausgeschlossen werden.
3. Von den gesteigerten Voraussetzungen für die Erfolgsprognose ist nur dann abzusehen, wenn die Datenlage wegen der Art der Erkrankung oder wegen ihres seltenen Auftretens nicht hinreichend gesichert werden kann, um die Qualitätsstandards zu erfüllen.

**Hessisches LSG 1. Senat, Urteil vom 15.01.2009 - L 1 KR 51/05**

Eine notstandsähnliche Situation, welche die Versorgung mit einem nicht zugelassenen Fertigarzneimittel rechtfertigt, liegt auch dann vor, wenn das Arzneimittel zwar nicht unmittelbar auf die akut lebensbedrohliche Erkrankung einwirkt, jedoch deren Behandlung erst ermöglicht.

**Bayerisches LSG 4. Senat, Urteil vom 22.01.2009 - L 4 KR 298/07**

Versicherte haben ohne besondere Gründe keinen Anspruch auf eine Doppelversorgung mit einem gleichwertigen Rollstuhl.

**LSG Niedersachsen-Bremen 1. Senat, Urteil vom 25.02.2009 - L 1 KR 201/07**

Eine Lichtklingelanlage ist zum Behinderungsausgleich einer an hochgradiger Schwerhörigkeit leidenden Versicherten im Hinblick auf das Ziel einer möglichst selbst bestimmten Lebensführung erforderlich und somit als notwendiges Hilfsmittel anzusehen.

**LSG Niedersachsen-Bremen 1. Senat, Urteil vom 25.02.2009 - L 1 KR 151/08**

Zum Anspruch einer gehörlosen Versicherten auf Kostenübernahme einer Gehörlosennotrufanlage gegenüber ihrer Krankenkasse.

**Hessisches LSG 1. Senat, Urteil vom 03.03.2009 - L 1 KR 39/08**

1. Ein Scalamobil (Treppensteigeilfe) ist ein Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V.
2. Ein auf einen Rollstuhl angewiesener Versicherter, der ebenerdig wohnt, hat keinen Anspruch auf Kostenübernahme für ein Scalamobil, wenn er maximal 4 Mal jährlich Ärzte aufsucht, deren Praxen nur über Treppenstufen zu erreichen sind. Er kann aus Gründen der Wirtschaftlichkeit auf die Inanspruchnahme eines Fahrdienstes verwiesen werden.
3. Der von der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährende Behinderungsausgleich umfasst regelmäßig nicht den Besuch von Freunden, Verwandten und kirchlichen Veranstaltungen sowie das Aufsuchen von Keller, Garten und einer vermieteten Wohnung.

**Thüringer LSG 6. Senat, Urteil vom 21.04.2009 - L 6 KR 253/04**

1. Fehlt einem Fertigarzneimittel die arzneimittelrechtliche Zulassung zur Therapie einer bestimmten Funktionsstörung, so kommt eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse in Betracht, wenn die Voraussetzungen des off label use erfüllt sind.
2. Eine Kostenübernahme unter dem Gesichtspunkt der verfassungskonformen Auslegung leistungsbeschränkender Vorschriften des SGB V kommt nur dann in Betracht, wenn eine notstandsähnliche Situation vorliegt. Diese setzt einen voraussichtlich tödlichen Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren Zeitraumes voraus. Das ist bei dem sog. atypischen Gesichtsschmerz nicht der Fall.

**Thüringer LSG 6. Senat, Urteil vom 21.04.2009 - L 6 KR 158/08**

1. Der Versicherte hat Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit diese nicht nach § 34 SGB V oder durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgeschlossen sind. Durch diese sind die Arzneimittel Viridal und Caverject zur Behandlung der erektilen Dysfunktion von der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.
2. Der Leistungsausschluss verstößt nicht gegen Verfassungsrecht.

**Bayerisches LSG 4. Senat, Urteil vom 07.05.2009 - L 4 KR 459/07**

Enorme Adipositas und Alleinleben rechtfertigen nicht die Doppelversorgung mit einer Unterschenkelprothese.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 5. Senat, Urteil vom 18.06.2009 - L 5 KR 189/08**

1. Die Leistungspflicht der Krankenkasse ist auf die Versorgung mit Hilfsmitteln beschränkt. Diese erstreckt sich nicht auf Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Aufgabe der Krankenversicherung ist allein, die medizinische Rehabilitation sicherzustellen.
2. Wesentlich für die Einordnung als allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens sind Zweck und Funktion sowie die tatsächliche Verbreitung und Nutzung. Was regelmäßig auch von Gesunden benutzt wird, fällt auch bei hohen Kosten nicht unter die Leistungspflicht der Krankenversicherung.

3. Ist ein Gegenstand trotz geringer Verbreitung von der Konzeption her nicht vorwiegend für Kranke und Behinderte gedacht, so ist er nicht als Hilfsmittel einzustufen.
4. Ein Power-Plate-Vibrationsgerät kommt vorwiegend in Fitness-Centern zum Einsatz und dient nicht überwiegend zur Behandlung von Krankheiten und Behinderungen.

**Schleswig-Holsteinisches LSG 5. Senat- Urteil vom 09.09.2009 - L 5 KR 60/08**

Es besteht in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich kein Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit einem Behindertenbegleithund.

**LSG Baden-Württemberg 5. Senat, Urteil vom 18.11.2009 - L 5 KR 867/07**

1. Eine Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht aus § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V mit der Gewährung des einschlägigen Festbetrages. Eine Übernahme der den Festbetrag übersteigenden Kosten eines Hilfsmittels ist nur dann möglich, wenn ein Systemversagen vorliegt.
2. Die gesetzlichen Ermächtigungen zur Festsetzung der Festbeträge sind verfassungsgemäß.

**SG Marburg, Urteil vom 05.03.2009 - S 6 KR 66/08**

1. Ein offenes Lesesystem bietet gegenüber einem geschlossenen System erhebliche Gebrauchsvorteile im Bereich der Kommunikation und im Hinblick auf den Zugang zu Informationen.
2. Das offene Lesesystem ermöglicht einen Zugang zum Internet und so die Erschließung eines nahezu unbegrenzten Informationspools. Insoweit dient es dazu, das Grundbedürfnis der Schaffung und Erschließung eines eigenen geistigen Freiraums zu gewährleisten.
3. Das offene Lesesystem ermöglicht die Teilnahme an schriftlicher Kommunikation, was durch das geschlossene Lesesystem nicht gewährleistet wird.

**7. Künstliche Befruchtung****BSG 1. Senat, Urteil vom 03.03.2009 - B 1 KR 12/08 R**

Der seit dem 01.01.2004 geltende Ausschluss von Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach dem vollendeten 40. Lebensjahr der Ehefrau ist verfassungsgemäß.  
Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = USK 2009, 5 = Breith 2009, 874 = ZMGR 2009, 637

**BSG 3. Senat, Urteil vom 25.06.2009 - B 3 KR 7/08 R**

Zum Anspruch auf künstliche Befruchtung (hier: Verfassungsmäßigkeit der Altersgrenze).  
Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**8. Häusliche und hausärztliche Krankenpflege****BSG 3. Senat, Urteil vom 25.08.2009 - B 3 KR 25/08 R**

Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege (hier: intramuskuläre Injektion eines medizinisch erforderlichen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels)  
Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4

**Bayerisches LSG 4. Senat, Urteil vom 12.03.2009 - L 4 KR 69/07**

Zur Vergütung von hausärztlicher Krankenpflege (§ 37 und § 132a SGB V).

**9. Sterbebegleitung****LSG Berlin-Brandenburg 1. Senat, Urteil vom 28.05.2009 - L 1 KR 146/08**

1. Die Gewährung eines Zuschusses nach § 39a Abs. 2 SGB V erfolgt im Über-/Unterordnungsverhältnis Krankenkasse zu ambulantem Hospizdienst durch Verwaltungsakt.
2. Die 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 verstößt in ihrem § 6 Abs. 2 gegen § 39a Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V.  
PfIR 2009, 508

**10. Weitere Leistungen / Begleitleistungen****Bayerisches LSG 4. Senat, Beschluss vom 06.05.2009 - L 4 KR 196/08**

Zu den Erstattungsmöglichkeiten bei Krankenfahrten (§ 60 SGB V i.V.m. den Krankenhaustransportrichtlinien).

**11. Prozessuale Fragestellungen****BVerfG 1. Senat 2. Kammer, Beschluss vom 24.09.2009 - 1 BvR 1304/09**

1. Art. 19 Abs. 4 GG gewährleistet auch die Effektivität des Rechtsschutzes; strittige Rechtsverhältnisse sind in angemessener Zeit zu klären. Ab wann die Dauer eines Verfahrens überlang und damit unangemessen ist, muss im Einzelfall geklärt werden.

2. Bei dieser Einzelfallprüfung müssen insbesondere die Natur des Verfahrens und die Bedeutung der Sache für die Parteien, die Auswirkungen einer langen Verfahrensdauer für die Beteiligten, die Schwierigkeit der Sachmaterie, das den Beteiligten zuzurechnende Verhalten sowie die gerichtlich nicht zu beeinflussende Tätigkeit Dritter berücksichtigt werden. Die Gerichte haben auch die Gesamtdauer des Verfahrens zu berücksichtigen und sich mit zunehmender Dauer nachhaltig um eine Beschleunigung des Verfahrens zu bemühen.

3. Hier: Über den Abschluss des im April 2000 eingeleiteten erstinstanzlichen Verfahrens der Beschwerdeführerin besteht infolge der Untätigkeit des Sozialgerichts nach inzwischen über neun Jahren noch keine Klarheit. Dies ist nicht hinnehmbar.

ZMGR 2009, 651

**BSG 3. Senat, Urteil vom 12.08.2009 - B 3 KR 10/07 R**

1. Im Rechtsstreit über die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis besteht keine Zuständigkeit der Kammern und Senate für Vertragsarztrecht.

2. Zum Anspruch auf Einleitung eines Verfahrens zur Überprüfung der Behandlungsmethode beim Gemeinsamen Bundesausschuss

Zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4 = ZMGR 2009, 630

**12. Einstweiliger Rechtsschutz****BVerfG 1. Senat 2. Kammer, Beschluss vom 27.10.2009 - 1 BvR 1876/09**

1. Art. 12 Abs. 1 GG lässt einen Eingriff in die Berufsfreiheit schon vor Rechtskraft des Hauptverfahrens als Präventivmaßnahme nur unter strengen Voraussetzungen zur Abwehr konkreter Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter und unter strikter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit zu.

2. Im Rahmen des Verfahrens nach § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG ist im Rahmen einer Gesamtwürdigung der Umstände des Einzelfalls zu prüfen, ob die Anordnung der sofortigen Vollziehung nach § 86a Abs 2 Nr. 5 SGG formell und materiell rechtmäßig war. Ist wie hier die Berufsfreiheit betroffen, so hängt der Ausgang der Prüfung insbesondere davon ab, ob eine weitere Berufstätigkeit des Betroffenen aufgrund der Substitutionsgenehmigung während des laufenden Hauptsacheverfahrens konkrete Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter befürchten lässt.

3. Liegen die Voraussetzungen für einen Sofortvollzug nicht vor, so muss das Gericht die aufschiebende Wirkung des Rechtsmittels vollumfänglich anordnen. Eine nur teilweisen Anordnung der aufschiebenden Wirkung gem. § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG kommt im Hinblick auf Art. 19 Abs. 4 GG nur in Betracht, wenn der Sofortvollzug hinsichtlich des verbleibenden Teils formell rechtmäßig angeordnet und materiell jedenfalls in diesem Umfang durch überwiegende öffentliche Belange gerechtfertigt ist.

4. Die angegriffene Entscheidung genügt nicht den dargestellten Maßstäben. Zudem genügt sie nicht den Anforderungen des Art. 12 Abs. 1 GG an die Berufsfreiheit präventiv beschränkende Maßnahmen. Sie legt weder dar, ob und gegebenenfalls welche Gefahren durch die Substitutionsbehandlung von mehr als 50 Patienten durch den Beschwerdeführer während des Hauptsacheverfahrens drohen, noch erörtert sie, wie sich der Eingriff auf die berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. Auch mangelt es an einer Interessenabwägung.

5. Auch aus § 10 Abs. 4 Satz 2 der Substitutionsrichtlinie folgt nicht, dass jede vertragsärztliche Substitutionsbehandlung von mehr als 50 Patienten unabhängig von den Umständen des Einzelfalls konkrete Gefahren für öffentliche Belange hervorrufen werde.
6. Verfahrensgang. vorgehend LSG Essen, Beschluss vom 01.07.2009 (L 11 B 8/09 KA ER).

**LSG Berlin-Brandenburg 1. Senat, Beschluss vom 29.01.2009 - L 1 B 506/08 KR ER**

1. Ist offen, ob die vom Versicherten gewählte Behandlungsmethode seiner mit zugelassenen Behandlungsmethoden nicht mehr kurativ behandelbaren akut lebensbedrohenden Erkrankung eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verspricht, so hat die Folgenabwägung zu Gunsten des Versicherten und zu Lasten der Krankenversicherung zu erfolgen.
  2. Ist im Eilverfahren eine Folgenabwägung vorzunehmen, darf dabei zu Lasten des Antragsgegners berücksichtigt werden, dass dieser mangels gebotener Sachaufklärung im Antragsverfahren die unklare Sachlage mit verursacht hat.
- Verfahrensgang

**LSG Niedersachsen-Bremen 1. Senat, Beschluss vom 02.02.2009 - L 1 KR 192/08 ER**

1. Bei der Ersatzbeschaffung für ein Hilfsmittel müssen sämtliche Tatbestandsmerkmale des § 33 SGB V ebenso erfüllt sein wie bei der Erstbeschaffung.
2. Ein Aktivrollstuhl mit E-Fix ist bei einem Rollstuhlpflichtigen geeignet, dessen unzureichende Eigenständigkeit der Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung zu verhindern und eine möglichst selbständige Lebensführung aufrecht zu erhalten. Deshalb ist er im Wege der Ersatzbeschaffung einem Rollstuhlpflichtigen zur Verfügung zu stellen.
3. Dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit wird dadurch Rechnung getragen, dass ein E-Fix als Elektro-Antrieb nach dem Erstgebrauch auch von anderen Versicherten wieder verwendet werden kann.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 16. Senat, Beschluss vom 25.02.2009 - L 16 B 1/09 KR ER**

1. Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen. Hierzu fordern die Krankentransport-RL eine Behandlungsfrequenz von mehr als einmal wöchentlich.
2. Die Kostenübernahme ist beschränkt auf Fahrten zu der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 16. Senat, Beschluss vom 25.02.2009 - L 16 B 79/08 KR ER**

1. Die Krankenkasse übernimmt nach vorheriger Genehmigung die Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung in besonderen Ausnahmefällen. Die Krankentransport-Richtlinien fordern insoweit eine Behandlungsfrequenz von mehr als einmal wöchentlich. Das BSG sieht eine einmal wöchentlich notwendige Behandlung als ausreichend an, wenn wegen der Erkrankung des Versicherten auf unabsehbare Dauer mit einer entsprechend langfristigen Transportnotwendigkeit zu rechnen ist.
2. Die Kostenübernahme ist auf Fahrten zu der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit zu beschränken.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 16. Senat, Beschluss vom 30.03.2009 - L 16 B 15/09 KR ER**

Ein Versicherter kann nicht im Wege der einstweiligen Anordnung einer Krankenkasse auferlegen, unverzüglich einen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V zur inhaltlichen Konkretisierung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b Abs. 1 SGB V mit den

Leistungserbringern abzuschließen. Die Durchsetzung seiner Ansprüche kann der Versicherte individualrechtlich nur im Rahmen des § 13 Abs 3 SGB V geltend machen.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 16. Senat, Beschluss vom 08.07.2009 - L 16 B 9/09 KR ER**

1. Der für den Erlass einer einstweiligen Anordnung erforderliche Anordnungsgrund ist nicht glaubhaft gemacht, solange der Antragsteller nicht ausreichend darlegt, dass eine besondere Eilbedürftigkeit besteht, die ein Abwarten des Ausgangs des Hauptsacheverfahrens unzumutbar macht.
2. Arzneimittel, denen die arzneimittelrechtliche Zulassung fehlt, sind nicht von der Leistungspflicht der Krankenversicherung umfasst.
3. Eine zulassungsüberschreitende Anwendung eines Arzneimittels kommt nur bei fehlenden Therapiealternativen in Betracht.

**LSG für das Land Nordrhein-Westfalen 16. Senat - 15.07.2009 - L 16 B 30/09 KR ER**

Besonderheiten des Wohnortes sind für die Hilfsmittelleigenschaft nicht maßgeblich. Auch die räumliche Entfernung zu behandelnden Ärzten des Versicherten ist rechtlich unbeachtlich. Deshalb besteht kein Versorgungsanspruch gegenüber der Krankenkasse auf einen besonders schnell laufenden Elektrorollstuhl.

**Sächsisches LSG 1. Senat, Beschluss vom 13.08.2009 - L 1 KR 41/09 B ER**

1. Zum Anspruch eines behinderten Versicherten auf Versorgung mit einem Elektrorollstuhl mit Hubvorrichtung (variable Erhöhung der Sitzhöhe um weitere 20 cm) bei behinderungsbedingter Einschränkung des Grundbedürfnisses Greifen.
2. Die Herstellung bzw. Sicherung der Fähigkeit, irgendeine - sich nicht notwendig auf den allgemeinen Arbeitsmarkt beziehende - Tätigkeit erwerbsmäßig ausüben zu können (hier: in einer Werkstatt für behinderte Menschen), ist ein von § 33 SGB V erfasstes Grundbedürfnis.

**Schleswig-Holsteinisches LSG 5. Senat, Beschluss vom 20.08.2009 - L 5 B 429/09 KR ER**

1. Führt der Einsatz einer Insulinpumpe erkennbar (z.B. durch die vorgelegten Tagebücher) zu einer Verbesserung der Blutzuckerwerte, so kann dies, insbesondere im Zusammenhang mit dem Vorliegen eines sog. Dawn-Phänomens (Blutzuckeranstieg in den frühen Morgenstunden), einen Leistungsanspruch im Rahmen einer einstweiligen Anordnung hinsichtlich der Verbrauchsmaterialien begründen.
2. Das Vorhandensein von Vermögen in Form von Fondsanteilen steht dem Vorliegen eines Anordnungsgrundes nicht zwingend entgegen, wenn deren Veräußerung mit finanziellen Nachteilen verbunden ist.

**LSG Baden-Württemberg 11. Senat, Beschluss vom 02.11.2009 - L 11 KR 4504/09 ER-B**

Ein Pflegebedürftiger (Stufe III) kann gegen die Krankenkasse einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege zur Überprüfung, Reinigung und eventuellen Neulegung einer Magensonde haben (sog. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme).

-----  
Die vorstehende Übersicht stellt eine exemplarische Auswahl dar, ohne dass hinsichtlich der angegebenen Entscheidungen der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wäre.

Für Ergänzungen und (im Rahmen des Möglichen liegende) Änderungswünsche stehe ich gerne zu Ihrer Verfügung. Zusendungen oder Mitteilungen von Entscheidungen zur Aufnahme in Entscheidungsübersichten erbitte ich per Mail an die Geschäftsstelle.

Bearbeitungsstand: 15.12.2009.