Rechtsprechungsinformationsdienst 15-01

REDAKTION 7

EDITORISCHE HINWEISE 7

A. VERTRAGSARZTRECHT 8

I. Honorarverteilung 8
1. Vergütung ab Quartal I/09 8
a) Mengenbegrenzende Maßnahmen gelten auch für Pathologen 8
b) RLV für Radiologen rechtmäßig/Einheitlicher Obergrenzenfallwert (Quartal III/10) 8
c) Kein BAG-Zuschlag für QZV (Radiologen Quartal III/10) 9
d) Ausnahmeregelung zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bei RLV 9
e) Quotierung von laboranalytischen und humangenetischen Leistungen ist rechtmäßig 10
f) RLV für Humangenetiker/Quotierung von Laborleistungen (Quartale II u. III/10, KV Hessen) 10
g) Aufhebung einer Fallzahlerhöhung für RLV und Vertrauensschutz 10
h) RLV-Fallzahl für neue BAG ab 2. Leistungsjahr: Aufsatzquartal maßgebend 11
i) Verminderung des sog. Wirtschaftlichkeitsbonus (Nr. 32001 EBM) setzt Überweisung voraus 11
j) Keine Abrechnung von HNO-ärztlichen Leistungen durch „Dauerassistentin“ ohne Gebietsbezeichnung 11
k) Keine Überprüfung bestandskräftiger RLV/QZV im Honorarstreitverfahren 12
2. Vergütung bis 2008 12
a) Fortführung der Individualbudgetierung im Quartal I/05 zulässig/Neurologen u. Psychiater 12
b) Individualbudgets: Wachstumsmöglichkeiten (Quartale III/04 bis I/05, KV Hamburg) 13
3. Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten: Kausalität für übergroße Psychotherapeutenpraxis 13
4. Zahnärzte: Honorartopfbildung KCH/PAR/Individualbudget und Degressionsabzug 14

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung 14
1. Antrag einer Krankenkasse/ Antragsfrist/Nr. 03212 EBM (Chronikerpauschale) 14
2. Hemmung durch Aufhebung des Honorarbescheids dem Grunde nach/Assistent ohne Genehmigung 15
3. Fehlender Nachweis der Fortbildungspunkte 15
4. Tagesprofile: Nebeneinanderabrechnung der Ordinationsgebühr mit Beratungsleistung 16
5. Ambulante Operation: Unzureichende Dokumentation 16
6. Überweisung als Auftragsleistung: Bestimmung des Inhalts/Unklarer Auftrag 17
7. Wirksamwerden eines Verzichts auf Job-Sharing-Zulassung 17
8. Zuschlag für konservativ tätige Augenärzte (Nr. 06225 EBM) nicht rechtswidrig (ab Quartal I/12) 18
9. Fehlende Abrechnungsmöglichkeit einer Tracheoskopie für HNO-Ärzte unzumutbar 18
10. Psycholog. Psychotherapeuten: Abrechnung des Zuschlags an Samstagen (Nr. 01102 EBM 2008) 18
11. Laborkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM (Neuregelung ab II/09) 19
12. Zahnärzte: Postoperative Anästhesie zur Schmerzbehandlung abrechenbar (Nr. 41a BEMA) 19

III. Genehmigung/Praxisausschreibung/Disziplinarrecht/Notdienst 19
1. Genehmigung einer Dialysepraxis nach § 6 III der Anl. 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä 19
2. Einstweiliger Rechtsschutz und Genehmigung nach § 121a SGB V: Folgenabwägung 20
3. Fortführungsfähigkeit einer (hier: psychotherapeutischen) Praxis auch nach neun Monaten möglich 21
4. Disziplinarrecht: Annahme von sog. Kick-Back-Zahlungen 22
5. Notdienst 22
a) Keine Befreiung aus Gesundheitsgründen bei ausreichender Praxistätigkeit 22
b) Facharzt für Psychotherapeutische Medizin zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet 22

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz 23
1. Arzneikostenregress 23
a) Richtgrößenprüfung 23
aa) Begründungspflicht der Prüfgremien: Unzulässige Verallgemeinerung 23
bb) Unterbrechung der Ausschlussfrist/Geltung der zweijährigen Ausschlussfrist 23
b) Überschreitung der zulässigen Dosierung/Off-Label-Use/Verpflichtungskl. (Forsteo/Teriparatid) 24
c) Faktischer Verordnungsausschluss durch Therapiehinweis in AMRL (Forsteo/Teriparatid) 25
d) Sprechstundenbedarf 25
aa) Tabotamp 25
bb) Medizinprodukt zur lokalen Kälteanästhesie (Vereisung) Chloraethyl Henning 25
2. Aufrechnung des Honoraranspruchs mit einer Regressforderung und Insolvenzverfahren 25
3. Zahnärzte: Bindung der KZV an unbestrittene Feststellungen eines Erstgutachters für ZE 26

V. Zulassungsrecht 26
1. Zulassungen 26
a) Teilaufhebung der Sperrung: Job-Sharing-Verhältnis/Bewerberauswahl 26
b) Angabe des Vertragsarztsitzes im Zulassungsantrag/Sofortige Vollziehung (Psychotherapeut) 27
c) Keine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag bei Vollzeitbeschäftigung 27
d) Praxisnachfolge 27
aa) Praxisnachfolge in überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft: Praxissubstrat 27
bb) Keine Nachbesetzung eines Chirurgen/Unfallchirurgie mit Orthopäden und Unfallchirurgen 28
cc) Fortgeltung einer Bedingung nach Zurückweisung eines Widerspruchs 28
e) Keine Anordnung der sofortigen Vollziehung bei fehlender Unterversorgung 29
2. Praxisverlegung: Keine Versagung wegen zukünftiger Engpässe 29
3. Zweigpraxis: Keine Versorgungsverbesserung bei geringer Einwohnerzahl 29
4. Keine gleichzeitige Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten als angestellter (Zahn-)Arzt 29
5. Alt-MVZ mit nicht mehr gründungsfähigem Gesellschafter: Keine Übernahme eines MVZ 30
6. Wirksamkeit einer Verzichtserklärung: Unbedingter Verzicht, Widerruf, Anfechtung 30
7. Ermächtigung: Sozialpädiatrisches Zentrum: Fristen/Auswahlentscheidung/Überweiserkreis 31
8. Keine Gebühr für Antrag auf Erhöhung der Arbeitszeit eines bereits angestellten Arztes in MVZ 31

VI. Integrierte Versorgung/Dentaltechnische Leistungen 32
1. Unzulässiger Einbehalt: Verträge zur integrierten Versorgung 32
2. Individualrabattvertrag über die Vergütungshöhe dentaltechnischer Leistungen 33

VII. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV) 33
1. Leistungsbezieher: Keine Berücksichtigung der Honorare aus Sonderverträgen (Quartale I bis IV/10) 33
2. Berücksichtigung besonderer Kostenanteile (Laborärzte, Quartal I/09) 34
3. KV-übergreifende BAG: Beitragsschuldnerin für Umsätze der Gesellschafter aus Sonderverträgen 34
4. Honorar aus Sonderverträgen: Widerspruchsvoraussetzungen und Schätzbescheide 34
5. Heranziehung zur EHV/Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13) 35
6. Beitragsklassen/Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie 35
7. Einbehalt des EHV-Beitrags im Honorarbescheid ab Quartal III/12: Realakt 35

VIII. Streitwert/Rechtsanwaltsgebühren 36
1. Streitwert 36
a) Dauerhafter Ausschluss vom ärztlichen Notdienst 36
b) Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums/Facharztfilter 36
2. Kostenerstattung im Widerspruchsverfahren: Eigener Anwalt für Gemeinschaftspraxispartner 36

IX. Verfahrensrecht 37
1. Kein Verbandsklagerecht eines Vereins zur Betreuung von Ärzten 37
2. Bindung an Unterwerfungsvergleich auch nach Klagerücknahme im Pilotverfahren 37
3. Klagerücknahme vor anderer Behörde 38
4. Bindung an erklärten Verzicht auf Rechtsmittel 38
5. Gesamtverfahrensdauer über zwei Instanzen unter vier Jahren nicht unangemessen lang 38

X. Bundessozialgericht (BSG) 39
1. Vergütung zahntechnischer Leistungen 39
2. Genehmigungen 39
a) Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vb bei ¼-Stelle möglich 39
b) Abrechnungsgenehmigung für MRT des Herzens nicht ohne spezielle Gebietsbezeichnung 39
3. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Bedeutung des Beweisantrags/Sorgfältigeres Arbeiten/Schwere Fälle 39
4. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV) 40
a) EHV-Reform 2006: Nachhaltigkeitsfaktor 40
b) Verpflichtung eines MVZ zur „Beitragszahlung“ an EHV 40

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT 41

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung 41
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 41
a) Intraokulare Kontaktlinse bei Keratonus sowie Astigmatismus 41
b) Refraktive Augenchirurgie: Versorgung mit Iris-gestützten Linsen (Artiflex-Linsen) 41
c) Behandlung mit Galvano- und Hyperthermietherapie bei regelmäßig tödlicher Erkrankung 41
d) Protonentherapie 42
e) Fettabsaugung (Liposuktion) 42
f) Entfernung des Haarwuchses im Gesicht mittels Laserepilation/Genehmigungsfiktion 42
2. Zahnärztliche Behandlung 43
a) Begrenzung des Festzuschusses 43

b) Unzulässigkeit der Klage gegen Prothetik-Einigungs-Beschwerdeausschuss 43
c) Keine Implantatversorgung im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes 43

II. Kostenerstattung 44
1. Erstattung der Festzuschüsse für zahnprothetische Versorgung: Kein Behandlungsabschluss 44
2. Sachleistungsanspruch auf Betriebshilfe: Umwandlung in Kostenerstattungsanspruch 44

III. Stationäre Behandlung 44
1. Magenbypass-Operation bei BMI über 40 mit Begleiterkrankungen 44
2. Magenbypass-Operation bei Diabetes mellitus mit ausgeprägter peripherer Insulinresistenz 45
3. Chirurgische Adipositastherapie im Einzelfall nach Leitlinie 45

IV. Arzneimittel 45
1. Dronabinol (Tropfen) als Rezepturarzneimittel 45
2. Off-Label-Use 46
a) Keine intravenös zu verabreichenden Immunglobuline bei multipler Sklerose 46
b) Subkutane Immunglobulintherapie bei Polyneuropathie (CIDP) 46
c) Gilles-de-la-Tourette-Syndrom: Wirkstoffe Risperidon und Quetiapin/Dronabinol 46

V. Hilfsmittel 46
1. Akku-Kompressor zum Aufpumpen der Reifen eines Rollstuhls 46
2. Individuell angefertigtes Spezial-Dreirad bei starker Gehbehinderung 47
3. Myoelektrische Unterarmprothese mit I-Limb-Puls-Hand 47
4. Bewegungstrainer 47
5. Hörgeräte: Folgenabwägung/Zumutbarkeit vorläufiger Versorgung mit Festbetragshörgerät 48
6. Glukosemess-System 48

VI. Heilmittel 48
1. Epilation des (männlichen) Barthaares transsexueller Menschen durch Kosmetikstudio 48
2. Anspruch auf podologische Leistungen bei MS-Patienten 49

VII. Häusliche Krankenpflege/Reha-Maßnahmen 49
1. Häusliche Krankenpflege 50
a) Behandlungssicherungspflege: Spezielle Krankenbeobachtung eines Kleinkindes 50
b) Gefahr unvorhersehbar auftretender lebensbedrohlicher Situationen 50
2. Reha-Maßnahmen: Gutachten bei Schmerzerkrankung/Kein Anspruch auf „Obergutachten“ 50

VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern 51
1. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V a.F.) 51
a) Teams mit internistischen Subspezialisierungen: Leistungen nebeneinander berechnungsfähig 51
b) Vergütung onkologischer Leistungen nur nach EBM 52
2. Vergütungsanspruch/Fälligkeit 52
a) Fehlendes Arbeitsverhältnis des Operateurs zum Krankenhaus unerheblich 52
b) Nachweis der Krankenversicherung: Grundsätze zum Beweis des ersten Anscheins 52
c) Keine Aufrechnung mit umstrittener Rückforderung 53
d) Fälligkeit einer Rückforderung nach Beanstandung 53
e) Zinsanspruch: Ausschluss durch den Grundsatz von Treu und Glauben 53
3. Fallpauschalen 54
a) Fallzusammenführung bedingt Abrechnung mit nur einer Fallpauschale 54
b) Fallzusammenführung: Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten/Wirtschaftlichkeitsvorbehalt 54
c) Primäraufrechnung mit Gegenforderung/Kodierung einer Nebendiagnose bei bekannter Krankheit 55
d) Voraussetzungen der Nebendiagnose D62 (akute Blutungsanämie) 55
e) Beatmung (DRG E40C): Phasen der Spontanatmung 55
f) Kodierung eines Knochenbruchs (ICD-Kode S72.3/ICD-10 M96.6) 56
4. Aufwandspauschale 56
a) Fehlerhaftigkeit der Rechnung: Streitige Hauptdiagnose 56
b) Anlass zur Einleitung der MDK-Prüfung/Prozesszinsen 57
5. Entgeltliche Zuweisung von Patienten über Komplexgebühren für Vor-/Nachbehandlung 57
6. Durchführung eines Schlichtungsverfahrens als Zulässigkeitsvoraussetzung 57

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern 58
1. Apotheken 58
a) Apothekenabschlag 2009 und fristgerechte Zahlung 58
b) Kollusives Zusammenwirken bei Lieferung von Bluttestreifen: Rechtsweg/Schadenshöhe 58
c) Verhängung einer Vertragsstrafe durch Verwaltungsakt (Unzulässige Leistungsklage) 59
2. Arzneimittelhersteller: Auslegung einer Vergleichsvereinbarung zu Arzneimittel-Rabattverträgen 60

3. Orthopädietechniker: Wirksamkeit eines Schuldanerkenntnisses nach Abrechnungsbetrug 60
4. Krankenfahrdienst: Kein Anspruch auf Vergütungsvereinbarung für sog. Treppenpauschale 61

X. Angelegenheiten der Krankenkassen 61
1. Keine Rabattgutscheine für Einrichtungshäuser oder Freizeitaktivitäten 61
2. Kooperation über Auslandskrankenversicherungsschutz unzulässig 61
3. Erstattungsstreitigkeiten 62
a) Rückerstattungsanspruch bei Zahlung nach Ausschlussfrist 62
b) Geltendmachen einer Erstattungsforderung innerhalb der Ausschlussfrist 62
4. Krankengeld: Erneute Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei überfülltem Wartezimmer 62

XI. Bundessozialgericht (BSG) 63
1. (Zahn-)Ärztliche Behandlung 63
a) Lucentis (Makuladegeneration): Keine Beschränkung auf ausgeeinzeltes Arzneimittel 63
b) Zahnärztliche Behandlung 63
aa) Versorgung mit Goldinlays bei Allergiker und fehlender Alternative 63
bb) Kein erhöhter Zuschuss für besonders schwere Fälle bei ZE (Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) 63
2. Beziehungen zu Krankenhäusern 63
a) Vergütung nur in Höhe fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens 63
b) Keine Verwirkung des Herausgabeanspruchs von Behandlungsunterlagen vor Verjährungsende 64
c) Voraussetzungen einer Verwirkung eines Erstattungsanspruchs 64
3. Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) 64
a) Verzicht auf Annualisierung der Kosten unterjährig verstorbener Versicherter/Rechtsverordnung 64
b) Vorläufigkeit der Leistungen begründet keinen Vertrauensschutz 64
c) Konvergenzbetrag 2009/2010 rechtmäßig 65
4. Erstattungspflicht nach dem BVG: Allgemeine Zweckidentität und Leistungsvoraussetzung 65

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE 66

I. Ärztliches Berufsrecht 66
1. Widerruf der Approbation 66
a) Keine Bindung an weniger gravierende Maßnahmen im KV-Bereich 66
b) Verurteilung wegen der unerlaubten Abgabe von Betäubungsmitteln/Berufsrechtlicher Überhang 66
2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen 67
a) Keine Weiterbildung im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit 67
b) Weiterbildung Kieferorthopädie: Klinikjahr/Gleichwertigkeit 67
c) Anerkennung von Weiterbildungszeiten in der Schweiz (Visceralchirurgie) 68
3. Berufsrecht/Berufspflichten 68
a) Anordnung der ärztlichen Untersuchung kein Verwaltungsakt/Anforderungen 68
b) Informationsbeschaffung in Facharztprüfung für Arzthaftungsverfahren 69
c) Werbung mit „Augenzentrum“ für eine augenheilkundliche Facharztpraxis zulässig 69
d) Fehlende Anerkennung des Obersten Sachverständigen- und Qualifikationskomitees (VEKK) 69
4. Heilmittelwerberecht: Belegarztklinik muss als solche erkennbar sein 69
5. Strafrecht 70
a) BVerfG: Durchsuchung wegen des Verdachts des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse 70
b) Strafbarkeit des verschreibenden Arztes nur in Ausnahmefällen 70
6. Rücknahme der Doktorwürde wegen Einschaltung eines Promotionsberaters 71
7. Ausnahme von der Erlaubnispflicht für Gewebe und Gewebezubereitungen 71
8. BGH: Kündigung eines Vertrags über betriebsärztliche Leistungen 71
9. Auflösung einer Gemeinschaftspraxis: Auseinandersetzungsbilanz 71
10. Arbeits- und Sozialrecht 71
a) BVerfG: Ordentliche Kündigung eines Chefarztes nach Ehescheidung und erneuter Heirat 71
b) Ausbildung zum Psychotherapeuten: Kein Rechtsweg zu Arbeitsgerichten 72
c) Verteilung von Liquidationseinnahmen des Leiters eines Zentrallabors 72
11. Kassenärztliche Vereinigung 73
a) Untreue durch Vorstandsmitglied einer KV: Übergangsgeld trotz Wiederwahl 73
b) KV: Keine Deliktshaftung neben sachlich-rechnerischer Berichtigung 73
12. BGH: Keine Prozessvertretung des Beschwerdeausschusses durch anwaltlichen Vorsitzenden 74
13. Heilberufskammern 75
a) Kein einstweiliges Anordnungsverfahren gegen Ablehnung eines Einzelwahlvorschlags 75
b) Auskunfts- und Gewinnabschöpfungsanspruch einer Zahnärztekammer wegen Preisdumpings 76
14. Versorgungswerk 76
a) Ungleichbehandlung selbst. und angest. Ärzte: Ruhen der Tätigkeit bei Berufsunfähigkeitsrente 76
b) Erhöhung des Regelrenteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre 76
c) Berufsunfähigkeit einer Ärztin/Verweisungstätigkeit einer medizinischen Controllerin 77

II. Arzthaftung 77
1. Bundesgerichtshof (BGH) 77
a) Verantwortlichkeit des aufklärenden Arztes über Eingriff eines anderen Arztes 77
b) Widersprüche zwischen Sachverständigen/Fehlen der Dokumentation 77
c) Pflicht zur mündlichen Anhörung eines Sachverständigen 78
d) Erneute persönliche Anhörung des Patienten zur Frage des Entscheidungskonflikts 78
2. Behandlungsfehler 78
a) Beweis über die Grundsätze der ärztlichen Dokumentation 78
b) Darlegungspflicht des Patienten bei Inanspruchnahme mehrerer Ärzte/Thromboseprophylaxe 78
c) Befunderhebungsfehler eines Hausarztes: Verdacht auf nekrotisierende Fasziitis 79
d) Vereitelung eines Schwangerschaftsabbruchs durch Nichterkennen einer Schwangerschaft 79
e) Einbau einer sog. ASR-Hüftprothese im Jahr 2006 79
f) Abbrechen der Bohrerspitze bei einer Operation 79
g) Annahme einer symptomatischen Cholecystolithiasis 80
h) Dosierung von Celestan® (Betamethason) (Fetale Lungenreife bei Zwillingsschwangersch.) 80
3. Aufklärung/Einwilligung 80
a) Einwand der hypothetischen Einwilligung: Keine ausreichende Aufklärung 80
b) Einwilligungsfähigkeit bei Schmerzbeeinträchtigung 80
c) Aufklärung vor Geburt: Folgen für Kind/Periduralanästhesie 81
d) Aufklärung über Restrisiko einer Zeugungsfähigkeit 81
e) Entfernung der Gebärmutter einer 48-Jährigen nach erfolgloser konservativer Therapie 81
f) Schmerzensgeld für nicht gerechtfertigte Bandscheibenersatzoperation 81
g) Nachweis eines Aufklärungsgesprächs vor chiropraktischer Behandlung an Halswirbelsäule 82
h) Ärztliche Aufklärungspflicht vor Knieoperation: Arthrofibrose 82
i) Aufklärung vor laparoskopischer Leistenbruchoperation (TEPP/TEP versus TAPP) 82
j) Aufklärungsumfang vor Resektionsoperation bei bestehendem Malignomverdacht 82
k) Behandlungsalternative zur Prostatakrebsentfernung 83
l) Aufklärung bei Risiko eines Herzinfarktes 83
m) Aufklärungspflicht vor Lasik–Operation über Verschlechterung des Sehvermögens 83
4. Behinderungsbedingter Mehraufwand der Eltern 83
5. Sachverständige 84
a) Rückgriff des rechtsmedizinischen Sachverständigen auf orthopädisches Zusatzgutachten 84
b) Gutachten des MDK ersetzt nicht Sachverständigengutachten/Gerichtl. Aufklärungspflicht 84
c) Besorgnis der Befangenheit 84
aa) Tätigkeit in einem mit beklagtem Krankenhaus vernetzten Lehrkrankenhaus 84
bb) Überschreitung des Beweisthemas und Zugrundelegung streitigen Parteivortrags 85
cc) Glaubhaftigkeitsbewertung der Aussagen der Parteien ohne gerichtlichen Auftrag 85
6. Fenster der Patientenzimmer mit Dreh-Kipp-Sicherung in geschlossener psychiatrischer Abteilung 85
7. Produkthaftung: Mangelhaft konstruierter Titan-Cage 85
8. Zahnärztliche Behandlung 86
a) Zumutbarkeit einer Weiterbehandlung nach provisorischer Einsetzung von Zahnersatz 86
b) Tinnituserkrankung erlaubt keinen Rückschluss auf fehlerhafte Wurzelbehandlung 86
c) Eingeschränkte Aufbewahrungspflicht von Modellen 86

III. Arzneimittel/Hilfsmittel/Heilmittel 87
1. Apothekenrecht 87
a) BGH: Zytostatika aus Arzneimitteln ohne deutsche Zulassung 87
aa) Fehlende Täuschungshandlung 87
bb) Tatbestandsirrtum 87
b) Reinraumanforderungen: Verdünnen und Umfüllen steriler Augentropfen/Rekonstitution 87
c) Keine Werbung und Verkauf apothekenunüblicher Waren (Kühltasche, Reisenähset, Feuerzeug) 87
d) Anordnung der Dienstbereitschaft: Anreiseentfernung bis 15 km zumutbar 88
2. Rabattverträge: Auftragsbezug der Zuschlagskriterien (Patienten- oder Begleitprogramm) 88
3. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht 88
a) Keine Werbung für nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Schlafstörungen) 88
b) Grundsatz der Zitatwahrheit 89
c) Kein Nachweis der Wirksamkeit einer „Horizontal®-Therapie“ 89
d) Verweise auf das gesundheitsbezogene Wohlbefinden (Bach-Blüten-Werbung) 89
e) Werbung eines Apothekers für Bachblütenprodukte 89
f) Wirksamkeitsnachweis für Inhaltsstoffe in konkreter Zusammensetzung (Diät bei Migräne) 90
g) Irreführende Werbung über Behandlungsmethode zur Gewichtsreduktion 90
h) Nachweis für Wirksamkeit/Prüfungspflichten bei Verlinkung (Taping-Verfahren) 90
4. Präsentation von Kürbissamen als Arzneimittel 90
5. Beihilfe 91
a) Keine Kostenübernahme für Arzneimittel Cialis 91
b) Coliquifilm Augensalbe 91
c) Mistelpräparat Helixor nicht beihilfefähig 91

d) Nahrungsergänzungsmittel: Wissenschaftlich nicht anerkannte orthomolekulare Therapie 91
e) BVerwG: Höchstbetrag für Hörgeräte rechtmäßig/Härtefallregelung 91
f) Hörgeräte: Begrenzung auf Festbetrag/Fürsorgepflicht 92

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe 92
1. Privatbehandlung: Galvano-Therapie/Medizinische Notwendigkeit 92
2. Private Krankenversicherung 92
a) BGH: Kündigung: Hinweispflicht des Versicherers auf Anschlussversicherung/Nachweis 92
b) Hyperthermiebehandlungen 92
3. Beihilfe 93
a) BVerwG: Aufwendungen/Zivilrechtlich wirksame Zahlungsverpflichtung 93
b) Neue Technik begründet nicht mehr als 1,8-fachen Gebührenwert (Spiral-CT-Technik) 93
c) Niederfrequenzmodulierte Hochfrequenztherapie (Magnetfeldtherapie) 93
d) Leistungsumfang der Vorsorgeuntersuchungen durch Richtlinien des GBA 94
e) Erektile Dysfunktion als Folge einer Krankheit (Penisschwellkörperprothese) 94
f) Begrenzter Aufwendungsersatz für Behandlung in Privatklinik 94
g) Krankenhausaufenthalt in der Schweiz 94
h) Keine Aufwendungen für physiotherapeutische Behandlungen durch eigenen Sohn 95
i) Zahnärztliche Behandlung/Implantatversorgung: Ersatz einer ungültigen Regelung 95

V. Verschiedenes 95
1. Europäischer Gerichtshof (EuGH) 95
a) Dienstleistungsangebot eines öffentlichen Krankenhauses im Vergabeverfahren 95
b) Vergabe des Krankentransports und Notfallkrankentransports an Freiwilligenorganisationen 96
2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 96
a) Durchsuchung der Strafverteidigerkanzlei wegen Patientenunterlagen eines Zahnarztes 96
b) Weitere Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus auch bei geringen Erfolgsaussichten 96
c) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus 97
d) Zeitpunkt der Einholung eines Abstammungsgutachtens unterliegt Verhältnismäßigkeitsgrundsatz 97
e) Verfassungsbeschwerde einer Behörde wegen justizieller Gewährleistungen 97
f) Übermittlung von Daten aus Gerichtsakten an nicht verfahrensbeteiligte Behörde 98
3. BGH: Heimvertrag/Erstattung des Verpflegungsanteils der Heimkosten bei Sondenernährung 98
4. Krankenhäuser 98
a) Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan 98
b) Auswahlentscheidung bei Überhang an palliativmedizinischen Betten 98
c) Fehlende Ermessensausübung bei Aufhebung einer Ausweisung der Viszeralchirurgie 99
d) Übernahme von Jahresfehlbeträgen sowie von Bürgschaften durch den Landkreis 99
5. Rettungsdienst/Krankentransport 99
a) BVerwG: Aufgabenübertragung auf privates Krankentransportunternehmen nur im Ausnahmefall 99
b) Keine Genehmigung wg. drohender Gebührenerhöhung beim öffentlichen Rettungsdienst 100
c) Leistungsfähigkeit für Notfallrettung mit Rettungstransportwagen und für Krankentransporte 100
d) Widerruf der Genehmigung: Unzuverlässigkeit durch „Strohmann“ als Geschäftsführer 101
e) Wirksamkeit der Kündigung eines Vertrages durch den Landrat 101
f) Festlegung des Entgelts für Vermittlung von Einsätzen im Rettungsdienst 101
g) Gebührenerhebung/„Rendezvous-System“ 101
h) Kostentragung bei Inanspruchnahme auch bei Anruf Dritter/Suizidgefahr 102
i) Vergabeverfahren: Fortsetzungsfeststellungsklage/Nachrangige Dienstleistungen 102
6. Leistungsverweigerungsrecht einer gesetzlichen Krankenkasse in Abwicklung 102
7. Hebammen: Überlagernder Verursachungsbeitrag bei Hausgeburt (Berufshaftpflichtversicherung) 102
8. Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Physiotherapeut“ (Klageverfristung) 103
9. Heilpraktiker: Beschränkung der Heilpraktikererlaubnis auf Physiotherapie/Kenntnisüberprüfung 103
10. Versicherungspflicht von Physiotherapeuten in fremder Praxis 103
a) Kein Auftreten nach außen 103
b) Kein Außenauftritt/Einbindung in Betriebsorganisation 103
11. Ausstellung anatomischer Dauerpräparate und Plastinate (KÖRPERWELTEN-Ausstellung) 104
12. Laborunternehmer kann Untersuchungsausschuss des Landtags nicht verhindern 104
13. Anerkennung als Contergangeschädigte 105
14. Landesblindengeld: Faktische Blindheit 105
15. Impfschadensrecht 105
a) Impfung 1989 mit Lebendviren gegen Masern 105
b) Impfung gg. Frühsommer-Meningoenzephalitis: Kausaler Zusammenhang mit Impfkomplikation 106
16. Anti-D-Hilfegesetz: Versorgung mit Hautpflegemitteln 106
17. Künstliche Befruchtung 107
a) Keine Vaterschaftsanfechtung bei künstlicher Befruchtung mit Fremdsamenspende 107
b) Auskunftsanspruch des Samenspenders gegen Kindesmutter 107
18. Steuerrecht 107
a) Einkommenssteuerrecht 107
aa) BFH: Leitende und eigenverantwortl. Tätigkeit selbst. Ärzte bei Beschäftigung angest. Ärzte 107

bb) Praxisüberlassungsvertrag als bloßer Verkauf einer Vertragsarztzulassung 107
cc) Aufwendungen für Liposuktion 108
b) Umsatzsteuerrecht 108
aa) BFH: Infektionshygien. Leistungen einer Hygienefachkraft als umsatzsteuerfreie Heilbeh. 108
bb) BFH: Steuerfreiheit der Durchführung von Raucherentwöhnungsseminaren 108
cc) BFH: Verabreichung von Zytostatika an ambulante Patienten eines Krankenhauses 108
dd) BFH: Kein ermäßigter Umsatzsteuersatz auf Lieferung sog. Sondennahrung 109
ee) BFH: Heilbehandlung bei Pharmastudienteilnahme (Kein therapeutischer Zweck) 109
ff) Bleaching als umsatzsteuerfreie Leistung 109
gg) Umsatzsteuerfreiheit eines privaten Fahrdienstes im ärztlichen Notdienst 110
c) Gewerbesteuerpflicht für GmbH als Betreiber von Dialysezentren 110

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 111

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG 117

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

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

Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@dgfkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 60 €. Der RID erscheint viermal im Jahr.
Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank **www.sozialgerichtsbarkeit.de** wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 08.02.2015 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 10.12.2014 - ***B 6 KA 45/13 R*** - verzichtet ein **Insolvenzverwalter** mit der Freigabeerklärung auf seine Verwaltungs- und Verfügungsbefugnis hinsichtlich des Vermögens aus der selbständigen Tätigkeit eines Vertragsarztes. Fallen Zahlungen in den **Zeitraum der Freigabe**, der erst mit der Unwirksamkeitserklärung durch Beschluss des Insolvenzgerichts enden kann, lässt ein solcher Beschluss die Freigabe nicht rückwirkend (ex tunc) entfallen, sondern nur mit Wirkung für die Zukunft (ex nunc). Nach BSG, Urt. v. 10.12.2014 - ***B 6 KA 12/14 R*** u. ***B 6 KA 2/14 R*** - ist **die Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen** im BEMA-Z ab dem 01.01.2004 **rechtmäßig**.

1. Vergütung ab Quartal I/09

a) Mengenbegrenzende Maßnahmen gelten auch für Pathologen

SG Berlin, Urteil v. 30.07.2014 - S 79 KA 578/12 **RID 15-01-1**
juris
SGB V § 87b

Pathologen haben keinen Anspruch auf Honorierung der von ihnen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachten Leistungen ohne die Anwendung von **mengenbegrenzenden Maßnahmen**. Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht deswegen, weil Pathologen **nur auf Überweisung** tätig werden. Mengenbegrenzende Maßnahmen gelten unabhängig davon, aus welchen Gründen die Leistungsausweitungen erfolgen.

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Honorars für das Quartal II/10. Die Kl. ist eine Berufsausübungsgemeinschaft, der in dem hier maßgeblichen Zeitraum zwei Fachärzte für Pathologie - von denen einer mittlerweile verstorben ist - angehörten. Das ***SG*** wies die Klage ab.

b) RLV für Radiologen rechtmäßig/Einheitlicher Obergrenzenfallwert (Quartal III/10)

SG München, Urteil v. 21.10.2014 - S 38 KA 394/13 **RID 15-01-2**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Der Rückgriff auf das Vorjahresquartal gilt für alle dem **Regelleistungsvolumen** unterliegenden Arztgruppen, also nicht nur für die Arztgruppe der **Radiologen**. Insofern ist ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz nach Art. 3 GG nicht ersichtlich.
Rechtlich nicht zu beanstanden ist auch, dass ab dem Quartal III/10 für alle Radiologen, unabhängig von ihrem Schwerpunkt und der Geräteausstattung, ein **einheitlicher Obergrenzenfallwert** der Arztgruppe zu Grunde gelegt wird, während in den Vorquartalen nach vier Untergruppen, nämlich nach konventionellen Radiologen, Radiologen mit CT, Radiologen mit MRT und Radiologen mit CT und MRT differenziert wurde. Auch wenn von einer Inhomogenität der Arztgruppe der Radiologen auszugehen ist, erfordert diese nicht zwingend eine Differenzierung des Obergrenzenfallwerts, wenn dieser angemessen hoch festgesetzt wird. Im Übrigen entspricht hier der einheitliche Fallwert in etwa sogar dem durchschnittlichen Fallwert der Untergruppen Radiologen mit MRT und Radiologen mit CT und MRT, also den Untergruppen mit dem bisher höchsten Fallwert, und ist somit als ausreichend hoch zu sehen.
Eine Regelung, wonach eine **Korrektur der Obergrenze** mit Bezug zum Fallwert aufgrund von Praxisbesonderheiten ab Überschreiten des Obergrenzenfallwerts der Arztgruppe um **mindestens 15 %** in Betracht kommt, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Bei konventionellen Radiologen (Radiologen ohne Großgeräte) kann von dieser Eingangsvoraussetzung abgesehen werden, um erhebliche Verwerfungen zu vermeiden. Es gibt jedoch keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit, auch bei anderen Untergruppen von Radiologen ebf. von der Eingangsvoraussetzung abzusehen.
Die **Begrenzung einer Anhebung** für die **Kooperationsformen** BAG, MVZ oder Praxis mit angestellten Ärzten auf 95 % des Wertes, der sich unter den Bedingungen des Abrechnungsquartals auf der Basis der Daten des Vorjahresquartals aus dem zu ermittelnden individuellen RLV-und/oder QZV-Fallwert(en) ergibt, ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Gegenstand der Klage sind die Zuweisung RLV/QZV und der Honorarbescheid für das Quartal III/10. Die Kl., eine überörtliche Gemeinschaftspraxis, bestehend aus sieben Radiologen mit unterschiedlicher

Großgeräteausstattung an drei Standorten, wandte sich gegen die Bescheide betreffend die Zuweisung der Obergrenzen Regelleistungsvolumen (RLV)/qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) und gegen den Honorarbescheid für das Quartal IV/10. Das ***SG*** wies die Klage ab.

c) Kein BAG-Zuschlag für QZV (Radiologen Quartal III/10)

SG München, Urteil v. 21.10.2014 - S 38 KA 1014/13 **RID 15-01-3**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Die Regelungen über den **Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften** gelten nur für das praxisbezogene **Regelleistungsvolumen**, nicht jedoch für das **qualitätsgebundene Zusatzvolumen**. Eine Pflicht, ebf. für Leistungen, die dem qualitätsbezogenen Zusatzvolumen zugeordnet sind, einen BAG-Zuschlag zu gewähren, besteht auch nicht aufgrund des Grundsatzes der **Honorarverteilungsgerechtigkeit**. Dieser von der Rechtsprechung entwickelte Grundsatz wurde insb. dann herangezogen, wenn gleiche Leistungen von Fachgruppe zu Fachgruppe unterschiedlich vergütet wurden, ohne dass mit der Unterschiedlichkeit ein legitimer Zweck verfolgt wurde, dieser zur Erreichung dieses Zwecks geeignet und notwendig war sowie dem Gebot der Verhältnismäßigkeit genügte (BSG, Urt. v. 07.02.1996 - 6 RKa 68/94 - BSGE 77, 288 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 11). Die Leistungen, die von den Radiologen erbracht und dem QZV zugerechnet werden, sind ausschließlich von diesen, nicht jedoch von anderen Arztgruppen abrechenbar. Für alle **Radiologen** gilt, dass für die von Ihnen erbrachten QZV-Leistungen kein BAG-Zuschlag gewährt wird. Keinen BAG-Zuschlag enthalten aber auch andere Facharztgruppen in Kooperationsformen auf die von ihnen erbrachten QZV-Leistungen.

Die Kl., eine überörtliche Gemeinschaftspraxis, bestehend aus sieben Radiologen mit unterschiedlicher Großgeräteausstattung an drei Standorten, wandte sich gegen die Bescheide betreffend die Zuweisung der Obergrenzen Regelleistungsvolumen (RLV)/qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) und gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/10. Das ***SG*** wies die Klage ab.

d) Ausnahmeregelung zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bei RLV

LSG Sachsen, Urteil v. 19.03.2014 - L 8 KA 49/11 **RID 15-01-4**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: 1. Die Erhöhung des **Regelleistungsvolumens** wegen **Praxisbesonderheiten** (entsprechend Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008, DÄ 2008, A 1988, in der Fassung vom 15.01.2009, DÄ 2009, A 574) setzt nicht nur eine vom durchschnittlichen Spektrum der Fachgruppe abweichende Praxisausrichtung voraus, sondern auch, dass diese **sicherstellungsrelevant** ist und ein signifikantes Ausmaß aufweist.
2. Liegen die tatbestandlichen Voraussetzungen für eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens vor, hat die Kassenärztliche Vereinigung nach pflichtgemäßem **Ermessen** zu entscheiden, in welchem Umfang eine Erhöhung vorzunehmen ist. Sie ist dabei nicht verpflichtet, die Praxisbesonderheiten betragsmäßig zu quantifizieren. Sie überschreitet ihren Ermessensspielraum auch nicht, wenn sie bei ihrer Entscheidung davon ausgeht, dass eine Erhöhung in einem Umfang, der auf eine Verschonung von jeglicher Leistungssteuerung hinausläuft, grundsätzlich ausscheidet.

Streitig ist die Höhe der Regelleistungsvolumina für die Quartale I und II/09. Der Kl. war seit 1991 als Facharzt für Innere Medizin zugelassen und nahm seit 1996 an der hausärztlichen Versorgung teil. Der Zulassungsausschuss genehmigte ihm für die Zeit bis 31.05.2009 die Erbringung und Abrechnung von 300 Gastroskopien je Quartal. Zum 30.06.2010 verzichtete der Kläger auf seine Zulassung als Vertragsarzt. ***SG Dresden***, Urt. v. 12.10.2011 - S 11 KA 188/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

e) Quotierung von laboranalytischen und humangenetischen Leistungen ist rechtmäßig

SG Dresden, Urteil v. 03.09.2014 - S 18 KA 167/11 **RID 15-01-5**
Sprungrevision anhängig: B 6 KA 44/14 R
juris
SGB V §§ 85 IV 7, IVa 1, 87a II, 87b IV 2

Die **Quotierung** der nach dem Honorarverteilungsvertrag im Vorwegabzug vergüteten **Laborleistungen** mit dem Faktor 96,845 % ist rechtmäßig. Sie verstößt insb. nicht gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses und des SGB V.

Die Beteiligten streiten über die Quotierung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer und humangenetischer Leistungen im Quartal III/10. Das ***SG*** wies die Klage ab.

S. auch RID 14-04-11 bis 14; RID 14-03-6 u. 7; RID 13-04-2 u. 3; RID 12-02-13.

f) RLV für Humangenetiker/Quotierung von Laborleistungen (Quartale II u. III/10, KV Hessen)

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 04.02.2015 - S 12 KA 208/13 **RID 15-01-6**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: 1. Fachärzte für Humangenetik können Regelleistungsvolumina unterworfen werden (hier: Quartale II/10 und III/10).
2. Die Quotierung von Laborleistungen ist zulässig (hier: HVV der KV Hessen, Quartale II und III/10).

Das kl. MVZ, in dem zwei Fachärzte für Humangenetik und ein Facharzt für Laboratoriumsmedizin beschäftigt waren, streitet noch um die Honorarbescheide für die beiden Quartale II und III//10 und hierbei insb. um die Einbeziehung der Fachärzte für Humangenetik in die Regelungen zum Regelleistungsvolumen und die Quotierung der Kosten und Kostenpauschalen der Kapitel 32 und 40 EBM für den Laborarzt. Das ***SG*** wies die Klage ab.

g) Aufhebung einer Fallzahlerhöhung für RLV und Vertrauensschutz

SG München, Urteil v. 24.10.2014 - S 28 KA 222/12 **RID 15-01-7**
Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 197/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X § 45 II

Wird eine **Fallzahlerhöhung** für das RLV mit der Begründung wieder aufgehoben, zum Zeitpunkt der Prüfung des Antrages im April 2009 sei das Datum der Erstniederlassung nicht korrekt hinterlegt gewesen, so handelt es sich um einen Fall der **individuell fehlerhaften Rechtsanwendung** und sind im Rahmen des Berichtigungsverfahrens die speziellen Vertrauenstatbestände des § 45 II i.V.m. Abs. 4 SGB X entsprechend heranzuziehen (BSG, Urt. v. 30.06.2004 - B 6 KA 34/03 R - BSGE 93, 69 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 11, juris Rn. 30).
Da im Jahr 2009 die Rechtsfrage, ob bei Austritt aus einer Gemeinschaftspraxis und Gründung einer Einzelpraxis die **Jungpraxisregelung** anzuwenden ist, ungeklärt war, kommt die Annahme von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit nicht in Betracht.

Zwischen den Beteiligten ist im Rahmen der Zuweisung des Regelleistungsvolumens (RLV) im Quartal I/09 streitig, ob der Kl. einen Anspruch auf Erhöhung des RLV (mit Bezug zur Fallzahl) wegen im Aufbau befindlicher Praxis (Jungpraxis) hat. Der Kl. ist Radiologe und seit 1991 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er war vom 01.04.2001 bis 31.03.2007 in einer Gemeinschaftspraxis tätig. Seit dem 01.04.2007 übt er seine vertragsärztliche Tätigkeit in Einzelpraxis aus. Auf Antrag des Kl. erhöhte die Bekl. das RLV auf die Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe, da er die Voraussetzungen einer Jungpraxis erfülle. Mit weiterem Bescheid gab sie einem Antrag auf Fallwerterhöhung statt. Den Bescheid auf Anhebung auf die Durchschnittsfallzahl hob sie dann auf, da der Kl. nicht als Jungpraxis zu behandeln sei. Das ***SG*** stellte fest, dass der angefochtene Bescheid rechtswidrig war.

h) RLV-Fallzahl für neue BAG ab 2. Leistungsjahr: Aufsatzquartal maßgebend

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 06.02.2015 - S 12 KA 137/14 **RID 15-01-8**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Der Zusammenschluss eines seit längerem zugelassenen Vertragsarztes mit einem neu niedergelassenen Facharzt gleicher Fachrichtung zu einer **Berufsausübungsgemeinschaft** (BAG) an dessen Praxisstandort führt ab dem 2. Leistungsjahr zu keinen Besonderheiten bei der Zuweisung des Regelleistungsvolumens. Maßgeblich sind die Fallzahlen des Vorjahresquartals (hier: Quartale IV/09 bis II/10).

Die Kl. ist eine seit 01.07.2008 bestehende BAG. Herr Dr. A ist als hausärztlich tätiger Internist, zunächst in der Zeit vom 01.10.1993 bis 31.12.1998 in einer BAG und im Zeitraum vom 01.01.1999 bis 30.06.2008 in Einzelpraxis, Herr B ist als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Kl. streitet um die Änderung des RLV für die drei Quartale IV/09 bis II/10. Das ***SG*** wies die Klage ab.

i) Verminderung des sog. Wirtschaftlichkeitsbonus (Nr. 32001 EBM) setzt Überweisung voraus

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 02.02.2015 - S 12 KA 436/12 **RID 15-01-9**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 87a, 87b; EBM Nr. 32001; BMV-Ä §§ 13 IV 1, 24

Leitsatz: 1. Ficht ein Vertragsarzt vor Eintritt der **Bestandskraft des Zuweisungsbescheids** zum Regelleistungsvolumen den **Honorarbescheid** an, so wird inzident auch das Regelleistungsvolumen angefochten, da es Bestandteil des Honorarbescheids bzw. Teilelement der Feststellung über den Honoraranspruch ist.
2. Eine Verminderung des sog. **Wirtschaftlichkeitsbonus** nach Nr. 32001 EBM setzt veranlasste Laborleistungen voraus. Im Zweifelsfall hat die KV nachzuweisen, dass Laborleistungen veranlasst wurden. Eine Veranlassung kann nur durch entsprechenden **Überweisungsvordruck**, nicht durch andere Schriftstücke oder durch „Zuruf“ erfolgen.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die Quartale I bis IV/10. Der Kläger war als Facharzt für Chirurgie seit 1987 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er war zugleich Belegarzt. Das ***SG*** hob die Honorarbescheide insoweit auf, als die Bekl. keine Honorarfestsetzung nach Nr. 32001 EBM vorgenommen hat, und verurteilte sie insoweit zur Neubescheidung; im Übrigen wies es die Klage ab.

j) Keine Abrechnung von HNO-ärztlichen Leistungen durch „Dauerassistentin“ ohne Gebietsbezeichnung

SG München, Urteil v. 16.12.2014 - S 38 KA 36/14 **RID 15-01-10**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 75 VII, 87b, 95 IX; Ärzte-ZV § 32b II 1

Einem Vertragsarzt steht unter keinem denkbaren Gesichtspunkt die Befugnis zu, HNO-ärztliche Leistungen, die von seiner Ehefrau erbracht werden, weiterhin abzurechnen, wenn diese nicht die **HNO-ärztliche Fachkunde** besitzt, vielmehr Ärztin ohne Gebietsbezeichnung ist.
Der Umstand, dass die Abrechnung fachärztlicher Leistungen durch die Ehefrau des Kl. bis zum 31.12.2013 geduldet wurde, führt zu keinem **Vertrauenstatbestand**.
Art. 17 § 3 2. GKV-NOG trägt als **Übergangsvorschrift** dem Bestandsschutz Rechnung und privilegiert das Konstrukt „Vertragsarzt mit angestellten Ärzten mit Genehmigung vor dem 1. Juli 1997“ insofern, als hierfür eine Leistungsbeschränkung nach § 101 I 1 Ziff. 5 SGB V nicht gilt.
Die Erteilung einer eigenen **lebenslangen Arztnummer** (LANR) trägt lediglich dazu bei, dass die Leistungen des Kl. und die seiner Ehefrau genau auseinandergehalten werden können. § 75 VII SGB V zur Vergabe der Arzt-Betriebsstättennummern gilt auch für Dauerassistenten nach altem Recht.

Der Kl. ist als Facharzt für HNO-Krankheiten zugelassen. In der Praxis ist seine Ehefrau als ganztags beschäftigte Ärztin aufgrund einer ihm erteilten Genehmigung nach § 95 IX SGB V i.V.m. § 32b II 1 Ärzte-ZV als Dauerassistentin seit 01.12.1995 beschäftigt. Er begehrt die Feststellung, dass die wirtschaftlich dem Praxissubstrat zuzurechnende Abrechnungsmöglichkeit der durch seine Ehefrau erbrachten ärztlichen Leistungen

im Rahmen der bis dato unwiderruflich nach altem Recht genehmigten Dauerassistenz, gemäß Art. 17 § 3 2. GKV-NOG, als Arztstelle mit dem Faktor 1,0 Bestandsschutz genießt. Das ***SG*** wies die Klage ab.

k) Keine Überprüfung bestandskräftiger RLV/QZV im Honorarstreitverfahren

SG München, Urteil v. 16.12.2014 - S 38 KA 718/13 **RID 15-01-11**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Die **Bestandskraft der Zuweisungsbescheide** für die RLV/QZV führt dazu, dass im Rahmen der Anfechtung der Honorarbescheide nur solche Einwendungen berücksichtigt werden können, die nicht bereits von der Bestandskraft der Zuweisungsbescheide umfasst sind. Insoweit kommt den Zuweisungsbescheiden **Tatbestands- und Feststellungswirkung** zu. Die Bindung bezieht sich auf den Entscheidungssatz, hier also auf die Festlegung der tatsächlichen **Höhe** des RLV/QZV und deren **Entscheidungsgrundlagen**. Ein Kl. ist mit dem Einwand der Fehlerhaftigkeit der Berechnung des RLV/QZV nicht mehr zu hören. Im Hinblick auf die bestandskräftigen Zuweisungsbescheide ist auch deren Inzidenter-Prüfung bei Überprüfung der Honorarbescheide ausgeschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 15.08.2012 - B 6 KA 38/11 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1 = NZS 2013, 197 = MedR 2013, 331 = USK 2012-56; LSG Sachsen, Urt. v. 20.03.2013 - L 8 KA 33/11 - RID 14-01-3, Beschwerde verworfen durch BSG, Beschl. v. 23.10.2013 - B 6 KA 34/33 B -).

Gegenstand verschiedener Klagen sind die Honorarbescheide für die Quartale II/09-I/10 u. III/10 (hier: II/09). Der Kl. ist als Facharzt für HNO-Krankheiten zugelassen. In der Praxis ist seine Ehefrau als ganztags beschäftigte Ärztin aufgrund einer ihm erteilten Genehmigung nach § 95 IX SGB V i.V.m. § 32b II 1 Ärzte-ZV als Dauerassistentin seit 01.12.1995 beschäftigt. Das ***SG*** wies die Klagen ab.

2. Vergütung bis 2008

a) Fortführung der Individualbudgetierung im Quartal I/05 zulässig/Neurologen u. Psychiater

LSG Hamburg, Urteil v. 05.11.2014 - L 5 KA 28/11 **RID 15-01-12**
Revision anhängig: B 6 KA 46/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85 IV

Der im **Quartal I/05** gültige **Honorarverteilungsmaßstab** entsprach nicht den gesetzlichen Vorgaben aus § 85 IV 7 und 8 SGB V (LSG Hamburg, Urt. v. 26.01.2012 - L 1 KA 22/09 - RID 12-01-23), deren Einhaltung der KV aber nicht möglich war, da die Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen (im Ergebnis ähnlich für frühere Quartale: LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.05.2011 - L 7 KA 6/07 - RID 11-03-15).
Das von der **KV Hamburg** gewählte Konzept ist mit höherrangigem Recht vereinbar und insb. auch verhältnismäßig (vgl. LSG Hamburg. Urt. v. 29.09.2011 - L 1 KA 9/08 - RID 12-01-22, L 1 KA 10/08, L 1 KA 11/08, alle n.v.).
Es besteht keine Verpflichtung, innerhalb der **Gruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater** weitere Untergruppen zu bilden.

Die Kl. ist Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Sie betreibt nach eigener Einschätzung eine sog. Versorgerpraxis und behandelt bei ungefähr 40 Prozent ihrer Patienten neurologische Erkrankungen, bei ungefähr 60 Prozent ihrer Patienten psychiatrische Erkrankungen. Psychotherapeutisch ist sie nach eigenen Angaben nur in geringem Umfang tätig. Für das Quartal I/05 setzte die Bekl. das Honorar auf 38.050,90 € fest. Das praxisbezogene Regelversorgungsvolumen führte zu einer Kürzung auf 735.432,3 Punkte gegenüber insoweit angeforderten 1.119.470 Punkten. ***SG Hamburg***, Urt. v. 24.11.2010 - S 3 KA 328/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Individualbudgets: Wachstumsmöglichkeiten (Quartale III/04 bis I/05, KV Hamburg)

LSG Hamburg, Urteil v. 03.12.2014 - L 5 KA 76/13 WA **RID 15-01-13**

Revision anhängig: B 6 KA 4/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 85 IV

Die in den Quartalen III/04 bis I/05 gültigen **Honorarverteilungsmaßstäbe der KV Hamburg** entsprechen nicht den gesetzlichen Vorgaben aus § 85 IV 7 und 8 SGB V a.F. (Anschluss an LSG Hamburg, Urt. v. 26.01.2012 - L 1 KA 22/09 -, S. 17 des Umdrucks). Dennoch haben die Partner der Honorarverteilungsvereinbarungen nicht im Sinne von § 134 BGB gegen ein gesetzliches Verbot verstoßen, da die hierfür zwingend erforderlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen (im Ergebnis ähnlich für frühere Quartale: LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.05.2011 - L 7 KA 6/07 - RID 11-03-15, juris, Rn. 25).
Die Honorarverteilungsregelungen der KV Hamburg für die Quartale III/04 bis I/05 bieten eine ausreichende Möglichkeit, den **Durchschnitt der Fachgruppe** zu erreichen. Bedenken bestehen auch nicht gegen die Begrenzung des Zuwachsvolumens auf 10% des praxisbezogenen Regelleistungsvolumens (pro Quartal).

Die Beteiligten streiten noch, ob die kl. Fachärztin für Chirurgie ein höheres vertragsärztliches Honorar für die Quartale III/04 bis I/05 verlangen kann, weil die festgelegten praxisbezogenen Regelleistungsvolumina (pRVV) es ihr nicht ermöglichten, mit ihrer Praxis bis zum Fachgruppendurchschnitt zu wachsen. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG haben die Beteiligten einen Teilvergleich geschlossen, der die Bekl. verpflichtet hat, der Kl. für das Quartal I/05 weitere 1.000 € zu zahlen, wobei sich beide Seiten einig gewesen sind, dass damit der Kl. für jedes der streitgegenständlichen Quartale ein Zusatzvolumen entsprechend den Vorgaben des HVM gewährt worden ist. ***SG Hamburg***, Urt. v. 10.08.2011 - S 65 KA 557/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

3. Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten: Kausalität für übergroße Psychotherapeutenpraxis

SG Berlin, Urteil v. 03.09.2014 - S 71 KA 381/13 **RID 15-01-14**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85 IV; Ärzte-ZV § 32 III

Dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 18.02.2006 ist in keiner Weise zu entnehmen, dass der Arzt bzw. Therapeut nicht über **561.150 Punkte pro Quartal** abrechnen darf. Die Regelung besagt einzig, dass ab dem 561.151. Punkt keine Vergütung mehr zum Mindestpunktwert erfolgt. Die Vergütung wird dann abgestaffelt. Wenn aber eine Vergütung der über 561.150 Punkte hinausgehenden Punkte noch möglich ist, wird der Betrag von 24.819,66 € zwangsläufig überschritten.
Nach § 32 III Ärzte-ZV darf die **Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten** nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen. Zu prüfen ist, ob eine **Vergrößerung der Kassenpraxis** bzw. keine Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs und ob **Kausalität** zwischen der Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten und der die Vergrößerung der Praxis oder die Aufrechterhaltung des übergroßen Praxisumfangs (vgl. SG Berlin, Urt. v. 25.09.2013 - S 83 KA 323/12 - RID 14-02-13) gegeben ist. Die vermehrte Abrechnung von **Gruppentherapien** ist bei einem Vergleich der Fallzahlen der Fachgruppe zu berücksichtigen.
Wenn einerseits die Genehmigung der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten in einer Praxis mit übergroßen Umfang einer Honorarrückforderung wegen eines Verstoßes nach § 32 III Ärzte-ZV nicht entgegensteht, so muss anderseits dem Gesichtspunkt der Kausalität ein größeres Gewicht beigemessen werden, als dies bislang in der Praxis der Beklagten erfolgt. Die **Nichterweislichkeit des kausalen Zusammenhangs** geht zu Lasten der KV.

Das ***SG*** gab der Klage statt und verpflichtete die Bekl., über den Honoraranspruch der Kl. in den Quartalen IV/05 u. I/06 erneut unter der Maßgabe zu entscheiden, dass die von Weiterbildungsassistenten erbrachten antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im Quartal IV/05 im Umfang von 180.950 Punkten und im Quartal I/06 im Umfang von 43.935 Punkten anstatt mit dem bislang zur Berechnung des Honorars herangezogenen Punktwert nunmehr mit dem Punktwert von 4,423 Cent zu vergüten sind.

4. Zahnärzte: Honorartopfbildung KCH/PAR/Individualbudget und Degressionsabzug

SG Düsseldorf, Urteil v. 05.02.2014 - S 2 KA 599/12 **RID 15-01-15**
SGB V § 85 IV

Eine **Honorartopfbildung KCH/PAR** ist zulässig, weil hierdurch keine Gruppe systematisch benachteiligt wird.
Eine Doppelbelastung durch den HVM-Einbehalt und den Honorarabzug wegen Punktmengenüberschreitung wird nach Maßgabe von BSG, Urt. v. 16.12.2009 - B 6 KA 39/08 R - BSGE 105, 117 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 49 = USK 2009-141 ausgeglichen.

Der kl. MKG-Chirurg wandte sich gegen einen Honorareinbehalt sowie eine Honorarrückforderung wegen Punktmengenüberschreitung für das Jahr 2011. Das ***SG*** wies die Klage ab.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 11.02.2015 - ***B 6 KA 10/14 R*** - u. - ***B 6 KA 15/14 R*** - kann die **Betreuungsleistung nach Nr. 01770 EBM** nur von einem Vertragsarzt je Quartal und schwangerer Versicherter abgerechnet werden. Eine korrigierende Auslegung für den Fall, dass der zweitbehandelnde Arzt entweder nicht weiß, dass die Schwangere schon bei einem anderen Vertragsarzt in Behandlung ist, oder dass dieser die Betreuung in Kenntnis der Vorbehandlung vollständig übernimmt, ist nicht geboten. Härten, die in ganz besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht kommen, etwa im Todesfalle des Erstbehandlers, darf der **Bewertungsausschuss** bei einer generalisierenden Regelung grundsätzlich in Kauf nehmen. Es obliegt dem BewA als Normgeber zu entscheiden, ob in derartigen Ausnahmefällen eine Berechnung der Leistung durch einen zweiten Arzt - ggf. geringer bewertet - ermöglicht werden soll. Nach BSG, Urt. v. 11.02.2015 - ***B 6 KA 19/14 R*** - ist eine Honorarkürzung wegen nicht erbrachten Fortbildungsnachweises ausgeschlossen, wenn die Nachweiserbringung durch einen quartalsmittig zugelassenen Vertragszahnarzt zwar nach dem Stichtag, jedoch im stichtagsrelevanten Quartal nachgeholt wird.

1. Antrag einer Krankenkasse/ Antragsfrist/Nr. 03212 EBM (Chronikerpauschale)

SG Marburg, Urteil v. 03.09.2014 - S 11 KA 177/14 **RID 15-01-16**
Sprungrevision zugelassen, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 75/14 -
SGB V § 106a

Für die Anfechtungsklage einer Krankenkasse gegen die Ablehnung einer sachlich-rechnerischen Berichtigung durch die KV ist das **Rechtschutzbedürfnis** nicht davon abhängig, ob die KV überhaupt die Möglichkeit hat, eine Honorarrückforderung ggf. durchzusetzen (in diesem Sinne auch SG Dresden, Urt. v. 27.11.2013 - S 11 KA 88/11 - RID 14-02-24 und BSG, Urt. v. 10.05.1994 - 6 RKa 18/94 - BSGE 76, 120 = SozR 3-5545 § 24 Nr. 10).
Bei einer **Antragsfrist** in einer Prüfvereinbarung gem. § 106a V SGB V handelt es sich um eine reine **Ordnungsfrist**. Nach st. Rspr. des BSG dienen Fristen für die Beantragung eines Prüfverfahrens, die in Prüfvereinbarungen gem. § 106 III i.V.m. II 4, Va 5, Vb 2 SGB V festgelegt werden, dem Interesse an der Verfahrensbeschleunigung und der effektiven Verfahrensdurchführung. Dieser würde es zuwiderlaufen, wenn man aus einer verspäteten Antragstellung ein Verfahrenshindernis herleiten würde (BSG, Urt. v. 29.06. 2011 - B 6 KA 16/10 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 31). Aufgrund der identischen Zielrichtung kann nichts anderes auch bei Fristen aus Prüfvereinbarungen nach § 106a V SGB V gelten.
Nach § 106a IV 1 SGB V kann die Krankenkasse bei der KV **gezielte Prüfungen beantragen**, wenn „dazu Veranlassung" besteht. Diese Formulierung ist dahin zu verstehen, dass die Krankenkassen und KV gegenseitig nicht „ins Blaue hinein“ Prüfanträge stellen (SG Dresden, aaO.).
Dem Antragsrecht der Krankenkassen steht nicht entgegen, dass die von der Honorarberichtigung betroffenen Leistungen der Vertragsärzte Teil der **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** sind.
Die Abrechnung der **Nr. 03212 EBM** ohne einen Arzt-Patienten-Kontakt in den der Abrechnung vorangehenden vier Quartalen ist rechtwidrig. Dieser Inhalt zum Begriff der Dauerbehandlung ergibt sich mit der Verweisung auf § 2 II der Chroniker-Richtlinie aus dem Wortlaut der Regelung, der voraussetzt, dass der Versicherte wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal wegen der schwerwiegenden Krankheit ärztlich behandelt wurde (Anschluss an SG Dresden, aaO.).

Das ***SG*** verpflichtete die bekl. KV, das in den Quartalen I bis IV/12 von den Vertragsärzten für Versicherte der kl. Krankenkasse bei der Bekl. angeforderte Honorar gezielt unter Beachtung der Rechtsfassung des Gerichts – auf die Erfüllung der Voraussetzungen für die Abrechnung der Nr. 03212 EBM 2008 hin - zu prüfen.

2. Hemmung durch Aufhebung des Honorarbescheids dem Grunde nach/Assistent ohne Genehmigung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.10.2014 - L 5 KA 1161/12 RID 15-01-17

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 85 IV, 106a; SGB X §§ 50, 52; Ärzte-ZV § 32

Leitsatz: Bei § 50 Abs. 3 SGB X handelt es sich um eine Sollvorschrift. Ergeht ein **Erstattungsbescheid** zeitlich getrennt vom **Aufhebungsbescheid**, macht das darin liegende Abweichen von dem in § 50 Abs. 3 SGB X vorgesehenen Regelfall den Erstattungsbescheid nicht rechtswidrig.
Die **vierjährige Ausschlussfrist** zur Durchführung der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist auch gewahrt, wenn innerhalb der Ausschlussfrist nur eine **Aufhebung des Honorarbescheids dem Grunde nach** erfolgt.
Wird gegen die Aufhebungsentscheidung **Widerspruch** eingelegt, so beginnt keine neue Ausschlussfrist zu laufen. Die Ausschlussfrist ist vielmehr während des nun laufenden Widerspruchsverfahrens **gehemmt**. Einem Erstattungsbescheid, der 5 ½ Jahre nach dem Aufhebungsbescheid ergeht, kann die Einrede der Verjährung (hier genauer: der abgelaufenen Ausschlussfrist) nicht entgegen gehalten werden.
Rechtsstaatliche Gründe (ewiges Prüfverfahren) stehen der in § 52 SGB X angeordneten Hemmung der Verjährung auch dann nicht entgegen, wenn der konkretisierende Erstattungsbescheid erst 5 ½ Jahre nach dem Aufhebungsbescheid erlassen wird.

Streitig ist, ob die Honorarbescheide für die Quartale IV/99 bis III/01 zu Recht teilweise wegen der Beschäftigung nicht genehmigter Assistenten aufgehoben worden sind und die kl. Fachärztin für Chirurgie deshalb Honorar in Höhe von 629.057,34 € zurückzuzahlen hat. Die Kl. ist seit 1989 in einer Gemeinschaftspraxis, seit 01.12.2000 in Einzelpraxis tätig. ***SG Stuttgart***, Urt. v. 08.12.2011 - S 20 KA 4296/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Aus den Gründen:

(…) Die Klägerin hat die **Abrechnungs-Sammelerklärung** falsch ausgefüllt, als sie keine Angaben in der Rubrik **"Vertreter/Assistenten"** gemacht hat, obwohl sie zum gleichen Zeitraum weitere Mitarbeiter beschäftigte. Insoweit kann auch nicht von einem bloßen Versehen gesprochen werden. Die Erklärung über Vertreter/Assistenten ist zentraler Teil der Abrechnungs-Sammelerklärung und kann praktisch nicht übersehen werden. Wer diesen Abschnitt gleichwohl nicht ausfüllt, gibt zumindest grob fahrlässig eine falsche Erklärung ab. Dies gilt ganz besonders dann, wenn man sich bewusst ist, dass in Folge personellen Wechsels mehrere andere Mitarbeiter beschäftigt werden. Mit der Einlassung, dass es ihr nicht bewusst gewesen sei, dass für diese Assistenten keine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung vorgelegen habe, kann die Klägerin nicht durchdringen. Denn wenn sie davon ausgegangen ist, dass eine Genehmigung der Beklagten vorliegt, hätte es sich umso mehr aufgedrängt, hier die Namen der Assistenten bzw. Vertreter einzutragen.

Auch die Ausübung des **Schätzungsermessens** durch die Beklagte ist nicht zu beanstanden. Wie das Schätzungsermessen im Einzelnen bei unrichtiger Abrechnungs-Sammelerklärung auszuüben ist, hat das BSG im Einzelnen offen gelassen. Für bestimmte Fallkonstellationen hält es eine Vergütung des Arztes mit dem Durchschnitt seiner Fachgruppe für angemessen. Darum geht es vorliegend nicht, weil nicht einzelne Gebührenziffern zu kürzen waren, sondern der Anteil der Assistenten am Gesamtumsatz der vergüteten Leistungen zu ermitteln war. Die Beklagte ist bei der Neufestsetzung der vertragsärztlichen Honorare davon ausgegangen, dass ein Gemeinschaftspraxispartner jeweils **100 Anteile** und ein ganztagsbeschäftigter Weiterbildungsassistent oder ärztlicher Mitarbeiter **20 Anteile am Leistungsvolumen** der Praxis erwirtschaftet. Davon ausgehend wurde für jedes streitgegenständliche Quartal der Anteil eines jeden einzelnen Praxismitglieds am Leistungsvolumen der Gemeinschaftspraxis entsprechend der jeweiligen Beschäftigungsdauer und des jeweiligen Beschäftigungsumfanges ermittelt.

Bedenken gegen diese Art und Weise der Schadensschätzung bestehen nicht. Die Einwendungen der Klägerin, die Assistenten hätten nicht 20 % des Umsatzes eines Praxismitglieds erwirtschaftet, können nicht überzeugen. Soweit die Klägerin im Widerspruchsverfahren umfangreich vorrechnet, dass einzelne Ärzte weit weniger geleistet hätten, als in der Umsatzschätzung angesetzt, handelt es sich um **unbewiesene Behauptungen**, die von der Klägerin nicht weiter belegt sind. Dass der Anteil der Vertreter aber deutlich höher gewesen war als nur 20 % der Leistung eines Gemeinschaftspraxismitglieds ergibt sich für den Senat daraus, dass nach Ausscheiden von Dr. H. und Dr. A. der Gesamtumsatz der Praxis sich nicht um 2/3 verringerte, sondern teilweise gleich blieb oder nur einmal ein Rückgang um ca. 30 % zu verzeichnen war. Die angestellten Assistenten haben also einen wesentlichen Teil des Umsatzes, der früher auf Dr. H. und Frau Dr. A. entfallen ist, nunmehr übernommen. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint die vorgenommene Schätzung für die Klägerin eher günstig. (…)“

3. Fehlender Nachweis der Fortbildungspunkte

SG Düsseldorf, Urteil v. 06.08.2014 - S 2 KA 549/12 RID 15-01-18

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95d; SGB X § 44

Die gesetzliche Regelung nach § 95d SGB V stellt nicht auf den Erwerb, sondern auf den **Nachweis der Fortbildungspunkte** ab. Konsequent knüpft das Gesetz insb. auch die Verpflichtung der KV zur Honorarkürzung an den fehlenden Nachweis.

Unverhältnismäßig ist die an den fehlenden Fortbildungsnachweis geknüpfte Honorarkürzung grundsätzlich nicht (vgl. SG Düsseldorf, Urt. v. 08.05.2013 - S 2 KA 476/11 - RID 14-02-15 m.w.N.; SG Marburg, Urt. v. 17.01.2014 - S 12 KA 2/13 - RID 14-01-54 m.w.N.; SG Hamburg, Urt. v. 15.02.2012 - S 3 KA 158/10 - RID 12-03-29). Letztlich handelt es sich um eine bloße Fristenregelung. Auch eine Kürzung von 68.166,03 € für sieben Quartale ist nicht zu beanstanden, da das Gesetz einen stufenweisen, zunächst schonenden, sich dann verschärfenden Aufbau der Sanktionen vorsieht, um den Vertragsarzt nachdrücklich zur Einhaltung seiner Fortbildungsverpflichtung anzuhalten und diesen Nachweis gegenüber der KV zu erbringen. Hinzu kommt, dass die Honorarkürzung nach Ablauf des Quartals endet, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird (§ 95d III 5 SGB V).
Ein **Ermessensspielraum** der KV hinsichtlich des Ob der Kürzung, des Kürzungsumfangs oder der Dauer der Kürzungen besteht nicht. Es handelt sich um gebundene Verwaltung.

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

4. Tagesprofile: Nebeneinanderabrechnung der Ordinationsgebühr mit Beratungsleistung

LSG Hessen, Urteil v. 26.11.2014 - L 4 KA 2/11 **RID 15-01-19**

SGB V §§ 75, 106a; SGG §§ 83 ff., 85 III; BMV-Ä § 45; EKV-Ä § 34; EBM 2005 Ziff. 04110, 04111, 04120

Die aktuelle Rechtsprechung des BSG sieht auch für die **Plausibilitätsprüfung** gemäß § 106a II 1 Halbs. 2 SGB V **Tagesprofile** als Indizienbeweis als geeignet an (vgl. BSG, Beschl. v. 18.08.2011 - B 6 KA 27/11 B - juris Rn. 6 f. m.w.N.; so auch LSG Hessen, Beschl. v. 10.11.2009 - L 4 KA 70/09 B ER - RID 10-01-25; Beschl. v. 21.03.2011 - L 4 KA 7/10 - RID 11-02-34; Urt. v. 25.07.2012 - L 4 KA 64/11 - RID 12-04-6). Gemäß § 106a II 4 SGB V sind, soweit Angaben zum **Zeitaufwand** nach § 87 II 1 Halb. 2 SGB V bestimmt sind, diese bei den Prüfungen nach § 106a II SGB V zu Grunde zu legen.
Die Bewertung der **Nebeneinanderabrechnung der Ziff. 04110 und 04111 mit der Ziff. 04120 EBM 2005** mit 20 Minuten in einem sog. **Tagesprofil** ist nicht zu beanstanden.

SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 - S 12 KA 229/09 - RID 11-01-15 wies die Klage eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin gegen eine Honorarberichtigung aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnungen für die sechs Quartale II/05 bis III/06 in Höhe von insgesamt 34.712,06 € ab. Das ***LSG*** wies die Berufung zurück. Zum vorausgehenden einstweiligen Anordnungsverfahren s. ***LSG Hessen***, Beschl. v. 10.11.2009 - L 4 KA 70/09 B ER - RID 10-01-25.

5. Ambulante Operation: Unzureichende Dokumentation

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 **RID 15-01-20**

Revision anhängig: B 6 KA 1/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = NZS 2015, 78
SGB V §§ 82 I, 87 I, 106a II 1; BMV-Ä § 57 I

Leitsatz: Die Abrechnung einer **ambulanten Operation** nach dem Abschnitt 31.2 EBM 2005 setzt deren **Dokumentation** durch einen ordnungsgemäßen Operationsbericht voraus.

Der Kl., Facharzt für Urologie, wendet sich gegen die Neufestsetzung seiner Honorare für die Quartale III/05-IV/07 wegen fehlerhaft abgerechneter ambulanter Operationsleistungen. Die bekl. KV setzte ein um insgesamt 64.389,86 € verringertes Honorar fest; das überzahlte Honorar wurde zurückgefordert. Bei Durchsicht der Honorarabrechnungen des Kl. sei aufgefallen, dass er überdurchschnittlich viele endoskopische urologische Eingriffe nach den Ziff. 31282, 31283 und 31284 EBM 2005 abgerechnet habe. Nach Überprüfung der Operationsberichte bzw. der dazugehörigen histologischen Befunde für zehn namentlich benannte Patienten je Quartal habe sich ergeben, dass die Abrechnungsvoraussetzungen der genannten EBM-Nrn. im überwiegenden Teil der von den Stichproben erfassten Fälle nicht erfüllt gewesen seien. Anstatt der dort geregelten **Resektion** habe es sich **um eine bloße Probeexzision** gehandelt. Da wegen der **Falschansätze** die Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärungen weggefallen sei, hätten die Honorare auf der Grundlage einer Schätzung neu festgesetzt werden müssen. ***SG Hannover***, Urt. v. 11.07.2012 - S 78 KA 579/09 - hob den Bescheid auf, das ***LSG*** wies die Klage ab.

Aus den Gründen:

„(…) 20 Die **Dokumentation** der ärztlichen Leistungen ist eine **zentrale berufsrechtliche** (§ 10 Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen vom 22. März 2005 <BO>) **und vertragsarztrechtliche** (§ 57 Bundesmantelvertrag Ärzte <BMV-Ä>) **Pflicht der Ärzte**. Gem. § 57 Abs. 1 BMV-Ä hat der Vertragsarzt die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich

des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die Dokumentierung ist nicht nur Gedächtnisstütze für den Arzt, sie dient auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation (§ 10 Abs. 1 S 2 BO), der z.B. die Möglichkeit haben muss, das Ergebnis der ärztlichen Behandlung oder der diagnostischen Maßnahmen mittels Einholung einer Zweitmeinung überprüfen zu lassen (Trieb in: Schiller, Bundesmantelvertrag-Ärzte, § 57 Rn. 12). Im Rahmen der Therapiesicherung müssen die Aufzeichnungen gewährleisten, dass jeder mit- oder weiterbehandelnde Arzt in die Lage versetzt wird, sich anhand der Dokumentation über die bis dato erfolgte Behandlung zu unterrichten. Der Beweissicherung dient die Dokumentation sowohl im Zusammenhang mit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen als auch in Fällen der ärztlichen Haftpflicht. Dies gilt insbesondere auch bei der Durchführung (stationärer oder ambulanter) Operationen. Nach geltender Rechtsprechung kann der hierbei zu erstellende Operationsbericht zwar kurz und ggf. stichwortartig abgefasst sein, muss aber zumindest die Angaben enthalten, die es einem Sachkundigen ermöglichen, die wesentlichen Schritte des Eingriffs nachzuvollziehen (Oberlandesgericht <OLG> Koblenz, Urteil vom 27. Juli 2006 - 5 U 212/05 - juris). Zu berichten ist daher regelmäßig über den Operationssitus und die angewandte Technik mit stichwortartiger Beschreibung der jeweiligen tatsächlichen Eingriffe (OLG Oldenburg, Urteil vom 30. Januar 2008 - 5 U 92/06 - juris, unter Hinweis auf Bundesgerichtshof <BGH> VersR 1984, 386 f; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25. September 2013 - L 5 KA 3347/11 - juris).

21 Ob die fehlende oder unzulängliche Dokumentation einer ärztlichen Befunderhebung oder Therapiemaßnahme in jedem Fall dazu führt, dass diese nicht als **vertragsärztliche Leistung** abgerechnet werden kann, kann im vorliegenden Zusammenhang offen bleiben. Das Fehlen einer ordnungsgemäßen Dokumentation steht aber jedenfalls dann einer Abrechnung der Leistung entgegen, wenn die Dokumentation nach der **Leistungslegende** der einzelnen Gebührenordnungsposition im EBM oder nach dem Inhalt der dem vorangestellten allgemeinen Bestimmungen Bestandteil der zu vergütenden Leistung ist (Senatsurteil vom 25. Juli 2012 - L 3 KA 57/11; LSG Baden-Württemberg, aaO; Clemens aaO, § 106a Rn 104; Trieb aaO, § 57 Rn 21). (…)“

6. Überweisung als Auftragsleistung: Bestimmung des Inhalts/Unklarer Auftrag

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.07.2014 - L 11 KA 142/11 RID 15-01-21

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a; BMV-Ä § 24

Aus § 24 VII BMV-Ä ergibt sich, dass bei der Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, zur Mitbehandlung und zur Weiterbehandlung die **Bestimmung** der Art und des Umfang der im Rahmen der Überweisung durchzuführenden **Leistungen** ausschließlich dem Arzt obliegt, an den die Überweisung gerichtet ist. In diesen Fällen sieht der BMV-Ä auch keine Rückspracheverpflichtung mit dem überweisenden Arzt vor.
Es liegen aber keine Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung, zur Mitbehandlung oder zur Weiterbehandlung vor, wenn der jeweils überweisende Vertragsarzt außer den in der Regel gemachten Angaben gem. § 24 VII 1 BMV-Ä, nämlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde, noch zusätzlich ausdrücklich die **konkreten ärztlichen Leistungen benannt** hat, die im Rahmen der Überweisung zu erbringen sind. Es handelt sich dann um sog. **Definitionsaufträge** i.S.d. § 24 VII 2 Nr. 1 Punkt 1 BMV-Ä.
Es ist allein **Aufgabe des überweisenden Arztes**, die Überweisung ggf. auf Nachfrage zu präzieren. Der auftragnehmende Arzt ist nicht befugt, einen **unklaren Auftrag** seinerseits auszudeuten (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.12.1993 - L 5 Ka 1147/92 -).

Der Kl., ein Facharzt für Diagnostische Radiologie, wandte sich gegen sachlich-rechnerische Richtigstellungen seiner Honorarabrechnungen für die Quartale III u. IV/00. Die Bekl. hatte u.a. die Überschreitung des Überweisungsauftrags beanstandet. In jeweils 594 Fällen seien die Leistungen zu streichen, die entsprechend den zusätzlich handschriftlichen Auftragserweiterungen bzw. Änderungen ohne Angabe der Zustimmung des Auftraggebers erbracht worden seien. 17 bzw. 67 Überweisungsscheine gebe sie zurück, da die erbrachten Leistungen durch den Überweiser nicht angefordert worden seien. ***SG Düsseldorf***, Urt. v. 07.09.2011 - S 14 KA 369/06 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

7. Wirksamwerden eines Verzichts auf Job-Sharing-Zulassung

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 05.01.2015 - S 12 KA 332/13 RID 15-01-22

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 9/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; Ärzte-ZV § 28

Leitsatz: Der Verzicht auch auf eine sog. Job-Sharing-Zulassung wird nach § 28 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Die Verkürzung der Frist tritt nicht bereits durch einseitige Erklärung des Vertragsarztes ein, sondern erst durch Beschluss des Zulassungsausschusses.

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxisumfangs im Rahmen eines sog. Job-Sharings in Höhe von 36.575,42 € brutto für die drei Quartale III/10 bis I/11 (1. Leistungsjahr). Das ***SG*** wies die Klage ab.

8. Zuschlag für konservativ tätige Augenärzte (Nr. 06225 EBM) nicht rechtswidrig (ab Quartal I/12)

SG Düsseldorf, Urteil v. 10.09.2014 - S 14 KA 79/13 **RID 15-01-23**

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 42/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87; GG Art. 3 I; EBM 2012 Nr. 06225

Nr. 06225 EBM i.V.m. dem Präambelzusatz Nr. 6.1.6 EBM ist rechtmäßig. Es ist auch der Gedanke der **Anfangs- und Erprobungsregelung** zu berücksichtigen (entgegen SG München, Urt. v. 05.02.2014 - S 38 KA 305/12 - RID 14-02-6). Die **Ungleichbehandlung** von Fachärzten für Augenheilkunde in Abhängigkeit von ihrem Tätigkeitsspektrum im jeweiligen Quartal ist sachglich gerechtfertigt. Das Steuerungsziel der Stärkung der konservativ tätigen Augenärzte durch eine angemessene Verbesserung der Vergütung zum Zwecke der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Versicherten sowohl durch konservativ als auch durch operativ tätige Augenärzte dient letztlich dem hochrangig einzustufenden Gemeinschaftsgut der Funktionsfähigkeit des Sozialleistungssystems.

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

S. auch SG Marburg, Urt. v. 17.09.2014 - S 12 KA 483/12 - RID 14-04-4, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 70/14 -.

9. Fehlende Abrechnungsmöglichkeit einer Tracheoskopie für HNO-Ärzte unzumutbar

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 15.10.2014 - L 5 KA 3990/13 ER-B **RID 15-01-24**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Wird das Endoskop jeweils nur in die Luftröhre des Patienten eingeführt und werden von dort aus ohne Einführung des Endoskops in den Bronchialbereich die Bronchien (deren Hauptäste) - als von der Luftröhre ungeachtet des Systemzusammenhangs zu unterscheidendes Organ - in Augenschein genommen, so wird nur eine **Tracheoskopie** (eine Endoskopie der Luftröhre), nicht jedoch eine **Bronchoskopie** (eine Endoskopie der Bronchien) durchgeführt und wird der Leistungsinhalt der Nr. 09315 EBM nicht erbracht.

Es spricht Vieles dafür, dass die fehlende Abrechnungsmöglichkeit einer zum **Kernbereich des HNO-Fachgebiets** zählenden Tracheoskopie eine rechtlich nicht mehr hinnehmbare Lücke darstellt.

SG Stuttgart, Beschl. v. 29.08.2013 - S 20 KA 4737/13 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen einen Rückforderungsbescheid in Höhe von 113.388,88 € an, das ***LSG*** wies die Beschwerde der Ag. zurück.

10. Psycholog. Psychotherapeuten: Abrechnung des Zuschlags an Samstagen (Nr. 01102 EBM 2008)

LSG Hessen, Urteil v. 26.11.2014 - L 4 KA 3/13 **RID 15-01-25**

Revision anhängig: B 6 KA 47/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87 V; GG Art. 3 I; EBM 2008 Kap. 23.1 Nr. 2 u. 5; Nr. 01102

Leitsatz: 1. Der Ausschluss der **psychologischen Psychotherapeuten** und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 01102 EBM 2008 (Aufwandserstattung für die Inanspruchnahme des Vertragsarztes **an Samstagen** zwischen 7:00 und 14:00 Uhr) verstößt gegen Art. 3 Abs. 1 GG.

2. Ein dem verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz entsprechender Zustand kann nur dadurch hergestellt werden, dass den psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in gleicher Weise wie insbesondere den ärztlichen Psychotherapeuten eine **Abrechnung** ihrer Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01102 EBM 2008 **zugestanden** wird.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit des Honorarbescheides für das Quartal I/08 und dabei um die Frage der Rechtmäßigkeit der Absetzung der Nr. 01102 EBM 2008 (Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7.00h und 14.00h, 285 Punkte). ***SG Marburg***, Urt. v. 24.10.2012 - S 11 KA 177/10 - RID 13-01-26 verurteilte die Bekl., das kl. Honorar ohne Absetzung der Nr. 01102 EBM 2008 auszubezahlen. Das

LSG wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe (zur Klarstellung) zurück, dass die Bekl. verurteilt wird, dem Kl. für im Einzelnen aufgeführte Behandlungen zusätzlich eine Vergütung nach Nr. 01102 EBM 2008 zu zahlen.

11. Laborkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM (Neuregelung ab II/09)

SG Düsseldorf, Urteil v. 12.02.2014 - S 14 KA 434/10 **RID 15-01-26**

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 39/14 R
juris
SGB V §§ 82 I, 87 I 2

Die Beschränkung der Abrechenbarkeit der **Kostenpauschale nach Nr. 40100 EBM** durch die Partner des Bundesmantelvertrags ab dem 01.04.2009, wonach diese in den Fällen nicht mehr angesetzt werden kann, in denen auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM 2008 (Allgemeinlabor) abgerechnet werden, ist rechtmäßig (vgl. SG Marburg, Urt. v. 18.04.2012 - S 12 KA 166/11 - RID 12-02-33, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 26/12 -; SG Potsdam Urt. v. 21.08.2013 - S 1 KA 75/11 -; anders SG Hannover, Urt. v. 07.08.2013 - S 61 KA 177/10 - RID 14-01-18). Maßgebend ist das Faktum der Fallzahlausweitung in einem Umfang von 47 % der Behandlungsfälle.

Das kl. MVZ, bei dem fünf Ärzte mit den Facharztbezeichnungen Facharzt für Laboratoriumsmedizin bzw. Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie tätig sind, wandte sich gegen die Absetzung von Leistungen nach Nr. 40100 (Kostenpauschale für Versandmaterial) (25.126mal) u. 40120 (Kostenpauschale für die Versendung von Briefen) EBM (26.780mal) im Quartal III/09. Das SG wies die Klage ab.

12. Zahnärzte: Postoperative Anästhesie zur Schmerzbehandlung abrechenbar (Nr. 41a BEMA)

SG München, Urteil v. 03.04.2014 - S 38 5244/10 **RID 15-01-27**

Berufung zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a; BEMA Nr. 41a

Eine postoperativ vorgenommene **Leitungsanästhesie** zur Schmerzbehandlung erfüllt die Leistungslegende der Bema-Nr. 41a. Die Leitungsanästhesie dient nicht nur der Ausschaltung von Schmerzen bei zahnärztlichen Eingriffen.

Das ***SG*** verpflichtete die Bekl., die Leistungen nach der Bema-Nr. 41a in den Behandlungsfällen D. und E. nachzuvergüten.

III. Genehmigung/Praxisausschreibung/Disziplinarrecht/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 11.02.2015 - ***B 6 KA 7/14 R*** - räumt das Regelwerk in Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä einem Facharzt für Innere Medizin mit Dialysepraxis eine Berechtigung zur **Drittanfechtung** einer Genehmigung einer fachärztlich **nephrologischen Zweigpraxis mit Dialyse** ein. Im Sonderfall der Genehmigung eines weiteren Standortes für die Erbringung von Dialyseleistungen wird durch die durchzuführende **Bedarfsprüfung** mit der Vorgabe in den Bundesmantelverträgen, nach der die Zweigpraxis jedenfalls im Grundsatz nicht in der Versorgungsregion einer anderen Praxis liegen darf, **Drittschutz** für denjenigen vermittelt, der bei der Ermittlung des Bedarfs zu berücksichtigen ist.

1. Genehmigung einer Dialysepraxis nach § 6 III der Anl. 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 23.07.2014 - L 3 KA 33/12 **RID 15-01-28**

Revision anhängig: B 6 KA 43/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BMV-Ä/EKV-Ä Anl. 9.1 §§ 4, 6 III

Leitsatz: 1. Zu den Voraussetzungen der **Genehmigung einer Dialysepraxis** nach § 6 Abs. 3 der Anl. 9.1 BMV Ä/EKV.
2. Anzeichen für **Versorgungsmängel** in einer bestehenden Dialysepraxis rechtfertigen es nicht, eine zusätzliche Dialysepraxis aus Sicherstellungsgründen zu genehmigen.

Streitig ist die Rechtmäßigkeit einer Genehmigung zur kontinuierlichen Betreuung von bis zu 30 Dialysepatienten. Die Kl. ist eine aus ursprünglich drei Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie bestehende BAG. Sie betreibt ein Dialysezentrum mit der Genehmigung zur kontinuierlichen Betreuung von (anfangs) bis zu 150 Dialysepatienten. Der Beigel. zu 1) war eines der

fachärztlichen Mitglieder der BAG. Er beantragte die Verlegung seines Vertragsarztsitzes unter Mitnahme seines anteiligen Auftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten. Die KV erteilte ihm für seine neugegründete Einzelpraxis eine zusätzliche Genehmigung zur kontinuierlichen Betreuung von bis zu 30 Dialysepatienten, weil er bisher 37 der knapp über 100 Dialysepatienten der Kl. betreut habe und dadurch ein besonderes Vertrauensverhältnis entstanden sei, sodass für eine kontinuierliche und wohnortnahe Versorgung dieser Patienten aus Sicherstellungsgründen eine zusätzliche Facharztpraxis erforderlich sei. ***SG Hannover***, Urt. v. 07.03.2012 - S 78 KA 457/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** hob den angefochtenen Bescheid auf.

Aus den Gründen:

„(…) 39 Die auf diese Weise begründete Entscheidung der Beklagten kann selbst unter Berücksichtigung des ihr dabei zuzubilligenden Beurteilungsspielraums nicht überzeugen. So ergibt sich schon aus dem Wortlaut der §§ 4, 6 Abs 3 der Anl 9.1 BMV-Ä/EKV („unter Berücksichtigung der einzelnen Dialyseformen und -verfahren“), dass bei einer aus Sicherstellungsgründen zu erteilenden Dialysegenehmigung auf die besondere Beziehung zwischen Dialysearzt und Patient nicht abgestellt werden kann. Dagegen sprechen aber auch konzeptionelle Gründe; so folgt aus § 4 Abs 1a und b der Anl 9.1 BMV-Ä/EKV, dass die **Genehmigung** zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten **nicht dem einzelnen Vertragsarzt**, sondern der **Dialysepraxis** iS von § 1a Nr 18 BMV-Ä/EKV erteilt wird. Entsprechend verbleibt ein bereits genehmigter Versorgungsauftrag auch dann bei der in gemeinschaftlicher Berufsausübung tätigen Dialysepraxis, **wenn ein Arzt dort ausscheidet**. Es obliegt daher in erster Linie den in einer BAG verbleibenden Ärzten, die vor dem Weggang eines Kollegen bestehende Versorgungsstruktur auch anschließend aufrecht zu erhalten. Erst wenn sich abzeichnet, dass eine wohnortnahe Versorgung der Patienten unter Berücksichtigung der vor Ort dann noch zur Verfügung stehenden Dialyseformen und -verfahren nicht mehr kontinuierlich gewährleistet ist, kann aus Sicherstellungsgründen die Genehmigung einer zusätzlichen Dialysepraxis erfolgen. Eine solche Konstellation liegt hier jedoch nicht vor.

40 bb) Darüber hinaus hält die Beklagte die Erteilung einer zusätzlichen Dialysegenehmigung aus **Präventionsgründen** für erforderlich, weil die fachärztlichen Mitglieder der Klägerin (wegen übermäßigen Alkoholkonsums, einer Privatinsolvenz, teilweise gestörter Arzt-Patienten-Beziehungen) eine wohnortnahe Dialyseversorgung nicht mehr zuverlässig hätten sicherstellen können. Dem habe die Beklagte entgegenwirken müssen.

41 Diese von der Beklagten im Laufe des Berufungsverfahrens nachgeschobene Begründung (§ 41 Abs 2 SGB X) greift ebenfalls nicht durch. Dabei kann aus Sicht des Senats dahingestellt bleiben, ob die in diesem Zusammenhang erhobenen Vorwürfe gegenüber den fachärztlichen Mitgliedern der Klägerin überhaupt zutreffen. Denn die KÄVen sind unter keinem denkbaren Gesichtspunkt berechtigt, zusätzliche Dialysegenehmigungen **losgelöst von konkreten Bedarfsermittlungen** zu erteilen. (…)“

2. Einstweiliger Rechtsschutz und Genehmigung nach § 121a SGB V: Folgenabwägung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 12.01.2015 - L 5 KA 3675/14 ER-B **RID 15-01-29**

juris

SGB V § 121a; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Eine **Aufhebung eines Widerspruchsbescheides**, der sich in seinem Ausspruch in der Zurückweisung des Drittwiderspruchs erschöpft, führt nicht zum Wegfall der **Anordnung des Sofortvollzugs**, sondern versetzt das Verfahren lediglich wieder formell in den Stand des Widerspruchsverfahrens mit der Folge, dass die bereits angeordnete sofortige Vollziehbarkeit der Genehmigung weiterhin bestehen bleibt.

In Fällen konkurrierender Vertragsärzte ist in die **Folgenabwägung** neben den Folgen für die Betroffenen zudem auch stets das **Gemeinwohlinteresse** an einer gesicherten vertragsärztlichen Versorgung einzustellen. Der **Konkurrent** kann grundsätzlich für sich in Anspruch nehmen, dass ihm als Inhaber einer bereits zuvor erteilten Genehmigung Schutz vor einem Verdrängungswettbewerb durch neu hinzutretende Konkurrenten zu gewähren ist. Hat der **Inhaber der Genehmigung** eine Kinderwusch-Praxis mit erheblichem wirtschaftlichem Investitionsbedarf eingerichtet, ist zu berücksichtigen, dass die Anordnung der aufschiebenden Wirkung zu einer vorläufigen Einstellung des Praxisbetriebes führen würde. Neben den wirtschaftlichen Nachteilen sind hierbei insb. auch die Interessen der von ihm behandelten Patienten schützenswert. Im Rahmen einer laufenden Behandlung würde die vorläufige Einstellung des Praxisbetriebes für diese zwingend einen Behandlerwechsel mit sich bringen.

Der Ast., Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und Vertragsarzt, begehrt vorläufigen Rechtsschutz gegen eine dem Beigel. erteilte und von der Ag. für sofort vollziehbar erklärte Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen (In-vitro-Fertilisation, IVF) nach § 121a SGB V. ***SG Stuttgart***, Beschl. v. 29.07.2014 wies den Antrag ab, das ***LSG*** die Beschwerde zurück.

3. Fortführungsfähigkeit einer (hier: psychotherapeutischen) Praxis auch nach neun Monaten möglich

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.10.2014 - L 5 KA 2008/12 **RID 15-01-30**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IIIa 1, IV 1

Leitsatz: Bei der **Fortführungsfähigkeit einer Praxis** handelt es sich um ein objektives Kriterium, bei dem es allein auf die **tatsächliche Existenz** der fortführungsfähigen Praxis als Wirtschaftsgut ankommt.

Wird eine Praxis **neun Monate** lang **nicht fortgeführt**, so ist nach den Umständen des Einzelfalles zu entscheiden, ob noch eine fortführungsfähige Praxis besteht. Einen Erfahrungssatz, dass bereits nach 6 Monaten grundsätzlich davon ausgegangen werden könne, dass ein fortführungsfähiges Substrat nicht mehr vorliegt, gibt es nicht.

Der Kl. ist der Ehemann der 1949 geb. und am 28.03.2006 verstorbenen Fachärztin für Nervenheilkunde, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig war im Richtlinienverfahren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Erste Anzeichen einer schweren Erkrankung stellten sich im November 2004 ein. In den Quartalen III/04 bis III/05 rechnete sie 48, 52, 30, 20 und 3 Behandlungsfälle ab (Fachgruppendurchschnitt: 33 bis 35 Behandlungsfälle). Auf Antrag der Ehefrau stellte der Zulassungsausschuss mit Bescheid v. 08.03.2006 (Sitzung v. 13.12.2005) das Ruhen der Zulassung in der Zeit vom 01.07.2005 bis 30.06.2006 fest. Der Kl. beantragte am 28.03.2006 erfolglos die Ausschreibung des Vertragsarztsitzes. ***SG Stuttgart***, Urt. v. 02.04.2008 - S 11 KA 1837/08 - wies die Klage ab, das ***LSG*** stellte fest, dass der Bescheid vom 16.05.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.11.2006 rechtswidrig war. Nach zwischenzeitlicher Aufgabe der Praxisräume ging es von einer Erledigung aus, da eine Fortführung der Praxis nicht mehr möglich sei. Wegen einer Regressabsicht d. Kl. hielt es die zugleich erhobene Feststellungsklage für zulässig.

Aus den Gründen:

„(…) 32 Der Senat schließt sich der Rechtsauffassung des ***BSG*** (Beschluss vom 05.06.2013 - B 6 KA 2/13 B) an, wonach erst **nach einem Jahr** davon ausgegangen werden kann, dass die noch vorhandenen Sachmittel **keinen Bezug mehr zur vertragsärztlichen Tätigkeit** aufweisen und deshalb eine fortführungsfähige Praxis nicht mehr besteht. Die Rechtsauffassung der Beklagten, wonach bereits nach einem **halben Jahr** von einer fortführungsfähigen Praxis nicht mehr ausgegangen werden könne, findet weder in der Rechtsprechung des BSG noch in der Rechtsprechung anderer Landessozialgerichte im Sinne eines anerkannten Erfahrungssatzes eine Bestätigung. Andererseits wird in der Literatur die Auffassung vertreten, dass bei einer Ruhenszulassung bis zu 6 Monaten der Bestand der Praxis erhalten bleibt (Hess LSG Urt. v. 26.08.2009 - L 4 KA 38/08 unter Hinweis auf Pawlita in jurisPK-SGB V § 103 Rn 55). Auch einem MVZ wird eine Frist bis zu 6 Monaten zur Nachbesetzung einer freiwerdenden Stelle eingeräumt (BSG Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 23/11 R).

Im vorliegenden Fall steht zur Überzeugung des Senates fest, dass Frau F.-N. vor Ausbruch ihrer Krankheit im November 2004 in den Quartalen 3 und 4/2004 überdurchschnittlich viel Patienten behandelt hat. Auch im Quartal 1/2005 hat sie mit 30 Patienten im Vergleich zu 33 im Fachgruppendurchschnitt noch eine volle Praxis geführt. Dies gilt auch für das Quartal 2/2005, wo sie immer noch mit 20 Patienten (im Vergleich zu 35 der Fachgruppe) noch ca. 60 % des Fachgruppendurchschnitts an Patienten behandeln konnte. Soweit im Bescheid vom 16.05.2006 darauf hingewiesen wird, Frau F.-N. habe im 2. Quartal 2005 keine Patienten mehr behandelt, beruht dies auf einem Irrtum. Denn Frau F.-N. konnte lediglich die Abrechnung für das 2. Quartal 2005 nicht zeitgerecht erstellen und hat diese verspätet erst Ende des Jahres 2005 über ihren Ehemann einreichen lassen. Dies ändert aber nichts daran, dass jedenfalls bis Anfang Juli 2005 Frau F.-N. vertragsärztlich tätig gewesen ist. Für das 3. Quartal 2005 sind lediglich noch drei Patienten vermerkt, für die Leistungen von Frau F.-N. abgerechnet wurden. Für den Senat ergibt sich daraus, dass Frau F.-N. **ab Anfang Juli nicht** mehr in der Lage war, **vertragsärztlich tätig** zu werden. (…) Zwischen dem Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit Anfang Juli 2005 und dem **Antrag auf Ausschreibung des Vertragsarztsitzes**, auf den maßgeblich abzustellen ist (BSG Urt. v. 12.11.2013 - B 6 KA 49/12 R, juris Rn 38 sowie Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 23/11 R-, juris Rn 26), am 12.04.2006 sind somit **neun Monate** vergangen. Dieser Zeitraum liegt noch unter dem vom BSG als Erfahrungssatz angeführten Zeitraum von einem Jahr.

34 Der Beklagten ist vorzuhalten, dass sie den **Sechs-Monats-Zeitraum** als feststehenden gültigen **Erfahrungssatz behauptet**, sie jedoch trotz Aufforderung durch den Senat **nicht belegen konnte aus welchen konkreten Beobachtungen oder Erfahrungen sie diese Erkenntnis gewonnen hat** und auch für die Richtigkeit dieses Erfahrungssatzes nicht näher Beweis angetreten hat. Insbesondere war die Beklagte nicht in der Lage durch Benennung eines Sachverständigen oder durch Vorlage entsprechender aussagefähiger Statistiken ihre Auffassung zu untermauern, dass generell bereits nach sechs Monaten nicht mehr von einer fortführungsfähigen Praxis ausgegangen werden kann. Ist der Erfahrungssatz der Beklagten, nach sechs Monaten ohne Praxisbetrieb liege grundsätzlich keine fortführungsfähige Praxis vor, nicht belegt und offensichtlich nicht belegbar, so ist zu prüfen, ob nach den Umständen des Einzelfalles vorliegend noch von einer fortführungsfähigen Praxis gesprochen werden kann oder ob bereits von einer nicht fortführungsfähigen Praxis auszugehen ist.

35 Bei der sonach gebotenen **Prüfung der Umstände des Einzelfalls** ist zu beachten, dass der Kläger überzeugend dargelegt hat, dass sich seine Ehefrau auf dem Gebiet der Traumapsychotherapie spezialisiert gehabt habe und mit entsprechenden Selbsthilfegruppen zusammengearbeitet habe, an die sich wiederum entsprechend traumatisierte Frauen gewendet haben. Bei dieser Sachlage ist davon auszugehen, dass auf einen Praxisnachfolger, der die selbe psychische Problematik behandelt, das der Ehefrau des Klägers entgegengebrachte Vertrauen übertragen wird. Dies gilt nicht nur für die Patienten, sondern in größerem Maße noch für die Zuweiser und Selbsthilfegruppen. Hinzu kommt, dass zahlreiche Patientinnen - wie vom Kläger vorgetragen - nicht durch eine einmalige Psychotherapie abschließend geheilt sind, sondern offensichtlich auch später erneut um psychotherapeutische Hilfe nachsuchen, was plausibel erscheint, weil auch bereits bewältigt geglaubte Traumen durch aktuelle Geschehnisse wieder aufleben können. Soweit die Beklagte darauf hinweist, dass gerade im psychotherapeutischen Bereich eine kontinuierliche Behandlung erforderlich sei, spricht dies eher dagegen, dass Patienten sich innerhalb kurzer Zeit schon anderen Behandlern zuwenden. Aktuelle Krankheitsbilder (Laufkundschaft), bei denen eine sofortige Therapie geboten ist, hat die F.-N. nach den insoweit unwidersprochenen Angaben des Klägers nicht behandelt. Die Abwägung der Umstände dieses Einzelfalls ergibt somit, dass das Vorbringen der Beklagten, bereits nach sechs Monaten liege grundsätzlich keine fortführungsfähige Praxis mehr vor, nicht überzeugt, wohingegen der Kläger glaubhaft dargelegt hat, dass eine gewisse Praxissubstanz noch vorhanden war, die einem Praxisnachfolger die Einarbeitung und Führung seiner neuen Praxis erleichtert hätte. (…)“

4. Disziplinarrecht: Annahme von sog. Kick-Back-Zahlungen

SG Dresden, Urteil v. 14.11.2014 - S 11 KA 234/10 **RID 15-01-31**
SGB V § 81 V; StGB § 263

Die Annahme von sog. **Kick-Back-Zahlungen** (hier: in Höhe von 23.431,26 €) beim Bezug **zahntechnischer Arbeiten** verstößt gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung.
Für die Festsetzung einer Maßnahme ist die Frage der **Einsicht des Betroffenen in den Unrechtsgehalt** seines Verhaltens von wesentlicher Bedeutung wie auch eine hieraus ggf. resultierende Einstellungs- und Verhaltensänderung für die Zukunft.

Das ***SG*** wies die Klage gegen die Geldbuße in Höhe von 3.000 € ab.

5. Notdienst

a) Keine Befreiung aus Gesundheitsgründen bei ausreichender Praxistätigkeit

SG Düsseldorf, Beschluss v. 09.12.2014 - S 2 KA 424/14 ER **RID 15-01-32**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 73 II, 75 I 2; GG Art. 3 I; SGG §§ 86a, 86b I 1 Nr. 2, II

Eine vollständige (ersatzlose) **Befreiung vom ärztlichen Notdienst** kommt unter dem Gesichtspunkt gleichmäßiger Belastung (Art. 3 I GG) nur unter zusätzlichen Voraussetzungen in Frage, wenn nämlich gesundheitliche oder vergleichbare Belastungen zu einer deutlichen **Einschränkung der Praxistätigkeit** des Arztes führen und ihm zudem aufgrund geringer Einkünfte aus der ärztlichen Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann, den Notdienst auf eigene Kosten durch einen Vertreter wahrnehmen zu lassen (vgl. zuletzt BSG, Beschl. v. 12.12.2012 - B 6 KA 29/12 B - RID 13-01-77). Ein **Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapie**, der 598 Fälle bzw. 42 % derjenigen seiner Arztgruppe (1.416) abgerechnet und damit ein Honorar von über 35.000 € erzielt hat, kann mit seinen Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit einen Vertreter noch finanzieren, jedenfalls wenn wie hier von einem Notdienst im Halbjahr mit geschätzten 500 € an Vertreterkosten auszugehen ist.

Der Ast. begehrt mittels einstweiligen Rechtsschutzes vom organisierten ärztlichen Notfalldienst befreit zu werden. Er ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapie. Die Ag. ordnete bzgl. der Einteilung zum ärztlichen Notdienst durch die Kreisstelle die sofortige Vollziehung an. Das ***SG*** wies den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes zurück.

b) Facharzt für Psychotherapeutische Medizin zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 18.09.2014 - L 3 KA 119/11 **RID 15-01-33**
Revision anhängig: B 6 KA 41/14 R
juris
SGB V §§ 73 II, 75 I 2; HeilKG Niedersachsen § 33 I 1 Nr. 1

Leitsatz: Auch einem Vertragsarzt für **Psychotherapeutische Medizin**, der 20 Jahre lang keinen **Notfalldienst** versehen hat, ist es möglich und zumutbar, hierdurch verlorene Kenntnisse und Fertigkeiten innerhalb eines Jahres wiederzuerlangen.

SG Hannover, Urt. v. 27.07.2011 - S 65 KA 262/08 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. Arzneikostenregress

a) Richtgrößenprüfung

aa) Begründungspflicht der Prüfgremien: Unzulässige Verallgemeinerung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 05.03.2014 - L 3 KA 21/12 **RID 15-01-34**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Die **Richtgrößen** Arznei-, Verband- und Heilmittel **2003** in **Niedersachsen** sind wirksam.
Sind die Verordnungen bereits dann als **Praxisbesonderheiten** von den Prüfgremien anzuerkennen, wenn der Arzt diese „auf dem (…) zur Verfügung gestellten Formular (…) unter Angabe des Patienten und der Krankenkasse" bezeichnet, dann wird der zu prüfende Arzt von der **Verpflichtung**, die besonderen und einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigenden (atypischen) Umstände seiner Praxis gesondert **vorzutragen**, fast vollständig entbunden. Die Prüfgremien haben dann noch fehlende Angaben zu den Heilmittelverordnungen zu erfragen und auf den Umstand hinzuweisen, dass eine Vervollständigung der Angaben nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens präkludiert sein könnte.
Soweit der Beschwerdeausschuss einen **Behandlungsschwerpunkt** des zu prüfenden Arztes ohne Anfechtung durch die Beigeladenen als Praxisbesonderheit **anerkennt**, kann in einem sich daran anschließenden sozialgerichtlichen Verfahren wegen der Bindung des Gerichts an diese Teilentscheidung dahingestellt bleiben, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit überhaupt vorgelegen haben.
Setzen die Prüfgremien eine **Begründung undifferenziert** in einer Vielzahl von Richtgrößenprüfungen ein - und zwar unabhängig von der Facharztgruppe, der der zu prüfende Arzt angehört, sowie der von ihm jeweils geltend gemachten Praxisbesonderheiten, so sind bereits aus diesem Grund die entsprechenden Bescheide rechtswidrig.

SG Hannover, Urt. v. 14.09.2011 - S 65 KA 361/11 - gab der Klage der Internistin statt und hob den Richtgrößenbescheid Arznei-, Verband- und Heilmittel 2003 über 12.952,23 € auf; auf Berufung des Bekl. verurteilte das ***LSG*** zur Neubescheidung.

bb) Unterbrechung der Ausschlussfrist/Geltung der zweijährigen Ausschlussfrist

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 07.10.2014 - L 4 KA 13/12 **RID 15-01-35**
Revision anhängig: B 6 KA 45/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106

Die Festsetzung eines Regresses ist nicht durch die **Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit** ausgeschlossen.
Die vom BSG entwickelten Maßstäbe zur Anwendung der **vierjährigen Ausschlussfrist** sind auf die nunmehr gesetzlich geregelte **zweijährige Ausschlussfrist** nach § 106 II 7 SGB V anzuwenden. Der Prüfungsbescheid wahrt auch dann die Frist, wenn er die Festsetzung eines Regresses ablehnt (hier: Bescheide v. 14.12.2007) und die Regressfestsetzung erst durch den Beschwerdeausschuss nach Inkrafttreten der Zwei-Jahresfrist zum 01.01.2008 erfolgt (hier: Bescheid v. 07.09.2009). Zum Beginn der Vier-Jahres-Frist ist auf ein volles Kalenderjahr als Verordnungszeitraum abzustellen, da die Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina regelmäßig für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen ist.
Das erst zum Januar 2012 in Kraft getretene Regelungswerk des § 106 Ve SGB V **(„Beratung vor Regress"**) ist nicht auf Verfahren, bei denen ein Widerspruchsverfahren schon vor dem 31.12.2011 abgeschlossen war, sich jedoch ein Gerichtsverfahren angeschlossen hat, anzuwenden (so auch LSG Baden Württemberg, Beschl. v. 19.02.2013 - L 5 KA 222/13 ER - RID 13-02-43; SG Düsseldorf, Urt. v 03.04.2013 - S 2 KA 281/12 - RID 13-02-42).
Einem vom Vertragsarzt vorgetragenen hohen Altersdurchschnitt der Patienten wird bereits durch die nach **Patientengruppen** gewichtete Ermittlung der Richtgrößen Rechnung getragen, wobei der Richtwert für **Rentner** deutlich höher liegt als der für **Mitglieder** und **Angehörige**.

Der Kl., ein hausärztlicher Internist, wandte sich gegen Richtgrößenbescheide wegen Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln für die Kalenderjahre 2003 bis 2005 in Höhe von insgesamt 144.308,66 €. Seine vertragsärztliche Tätigkeit gab er zum Ende des Quartals III/06 aus Altersgründen auf. ***SG Kiel***, Urt. v. 07.10.2014 - S 16 KA 97/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück. Zur **Revisionszulassung** weist der Senat darauf hin, dass eine höchstrichterliche Rspr. zur Anwendung der 2-Jahresfrist des § 106 II 7 SGB V, insb. zur Anwendung der zuvor für die richterrechtliche 4-Jahresfrist entwickelten Grundsätze auf diese gesetzliche Frist, bisher fehlt.

b) Überschreitung der zulässigen Dosierung/Off-Label-Use/Verpflichtungskl. (Forsteo/Teriparatid)

LSG Hamburg, Urteil v. 03.12.2014 - L 5 KA 28/12 **RID 15-01-36**
Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 7/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Gegen einen Arzneikostenregress ist die **Verpflichtungsklage** zulässig. Eine reine Anfechtungsklage vermag angesichts der allgemein akzeptierten Konstruktion des BSG, wonach die Entscheidung des Beschwerdeausschusses diejenige der Prüfstelle ersetzt und alleiniger Gegenstand eines Klageverfahrens ist, dem Kläger nicht zum gewünschten Klageerfolg zu verhelfen. Denn mit der isolierten Aufhebung des Beschlusses des Beklagten wäre die Bescheidung des Widerspruchs des Klägers gegen den Beschluss der Prüfungsstelle wieder offen.
Der **Umfang der Zulassung eines Arzneimittels** ergibt sich nicht nur aus den Angaben in der sog. Roten Liste bzw. im Abschnitt 4.1 „Anwendungsgebiete“ der Fachinformationen, sondern auch aus weiteren Abschnitten der **Fachinformationen**, was explizit für Angaben zur **Dosierung**, die im selben Abschnitt wie diejenigen zur Anwendungsdauer gemacht werden, entschieden worden ist (BSG, Beschl. v. 03.11.2010 - B 6 KA 35/10 B - juris, m.w.N.; s.a. BSG, Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R - BSGE 89, 184= SozR 3-2500 § 31 Nr. 8, sowie Beschl. v. 31.05.2006 - B 6 KA 53/05 B - MedR 2007, 557; im Übrigen kann eine schuldhafte Pflichtverletzung des Vertragsarztes sogar vorliegen, wenn er Gebrauchsanweisungen und sonstigen Herstellerangaben zuwiderhandelt, BSG, Beschl. v. 15.08.2012 - B 6 KA 13/12 B - juris). Wird eine Therapie-Dauer von mehr als 18 Monaten ausschlossen, liegt eine zulassungsüberschreitende Anwendung vor. Auch bei einer osteoporosebedingten schweren Brustwirbelsäulenkyphose liegen die Voraussetzungen eines **Off-Label-Use** nicht vor, wenn das Ausschöpfen aller anderen, allgemein anerkannten Therapieoptionen nicht substantiiert belegt wird. Insoweit ist ein Arzt in einer Dokumentations- und Bringpflicht.

Der Kl., ein Facharzt für Orthopädie/Rheumatologie, wandte sich gegen einen Arzneimittelregress in Höhe von 1.618,10 € wegen unwirtschaftlicher Verordnung des Medikaments Forsteo im Quartal III/07. Bei dem Arzneimittel Forsteo mit dem Wirkstoff Teriparatid handelt es sich um ein hormonell wirkendes Medikament zur Behandlung besonderer Erscheinungsformen der Osteoporose, das die Knochenneubildung stimuliert, das erstmals im Juni 2003 zugelassen wurde und dessen Zulassungsumfang sich seither mehrfach geändert hat. ***SG Hamburg***, Urt. v. 04.07.2012 - S 3 KA 51/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Urteil v. 03.12.2014 - L 5 KA 24/12 **RID 15-01-37**
Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 3/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Hamburg, Urteil v. 03.12.2014 - L 5 KA 25/12 **RID 15-01-38**
Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 4/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Hamburg, Urteil v. 03.12.2014 - L 5 KA 26/12 **RID 15-01-39**
Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 5/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

c) Faktischer Verordnungsausschluss durch Therapiehinweis in AMRL (Forsteo/Teriparatid)

LSG Hamburg, Urteil v. 03.12.2014 - L 5 KA 27/12 **RID 15-01-40**
Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 6/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Nach der **Fachinformation** mit Stand vom August 2007 für das Medikament **Forsteo** ergab sich **ab April 2008** aus der Beschreibung des Anwendungsbereichs **keine absolute Beschränkung der maximalen Anwendungsdauer auf 18 Monate** unabhängig davon, ob nur eine durchgehende Therapie im Laufe des Lebens eines Patienten erfolgt oder mehrere. Damit überließ der Hersteller es ausdrücklich der Abwägung des behandelnden Arztes im Einzelfall, auch nach vorangegangener Ausschöpfung der Therapiehöchstdauer Forsteo erneut zu verordnen. Wenn dies dann im Einzelfall geschieht und lediglich das Resultat der Abwägung des behandelnden Arztes aus medizinischen Gründen in Zweifel gezogen wird, kann man nicht von einer Anwendung außerhalb der Zulassung ausgehen, sondern allenfalls von einer unwirtschaftlichen Behandlung nach allgemeinen Maßstäben.
Der **Therapiehinweis** in Anlage 4 zur **AMRL** zum **Medikament Forsteo** mit dem **Wirkstoff Teriparatid** spricht keine bloße Empfehlung aus, sondern faktisch einen regelhaften **Verordnungsausschluss** wegen Unwirtschaftlichkeit angesichts der besonders hohen Kosten. Eine Verordnung ist nur unter den dort genannten Ausnahmevoraussetzungen möglich.

Im Streit ist ein Arzneimittelregress in Höhe von 1.608,10 € wegen unwirtschaftlicher Verordnung des Medikaments Forsteo im Quartal II/08. ***SG Hamburg***, Urt. v. 04.07.2012 - S 3 KA 37/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Sprechstundenbedarf

aa) Tabotamp

SG Marburg, Urteil v. 10.12.2014 - S 12 KA 599/13 **RID 15-01-41**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 31 I 1; Sprechstundenbedarfsvereinbarung der KV Hessen

Leitsatz: Das nicht apothekenpflichtige Präparat „Tabotamp“ ist in Hessen nicht als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2008 - L 3 KA 169/06 - RID 09-02-50).

Das ***SG*** wies die Klage gegen einen Regress in Höhe von 2.351,21 € für das Quartal I/09 ab.

bb) Medizinprodukt zur lokalen Kälteanästhesie (Vereisung) Chloraethyl Henning

SG Marburg, Urteil v. 10.12.2014 - S 12 KA 271/14 **RID 15-01-42**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 89/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
AM-RL § 27; Sprechstundenbedarfsvereinbarung der KV Hessen

Leitsatz: Das Medizinprodukt zur lokalen Kälteanästhesie (Vereisung) Chloraethyl Henning kann nicht zur Rheumabehandlung als Sprechstundenbedarf („Mittel zur Kryotherapie der Haut <Kohlensäureschnee, flüssiger Stickstoff o.ä.>“) verordnet werden.

Das ***SG*** wies die Klage gegen einen Regress in Höhe von 772,50 € für die Quartale I u. II/11 ab.

2. Aufrechnung des Honoraranspruchs mit einer Regressforderung und Insolvenzverfahren

LSG Hamburg, Urteil v. 05.11.2014 - L 5 KA 44/11 **RID 15-01-43**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106 Vc 3; BGB §§ 387 ff.

Eine **Regressforderung**, die erst nach **Insolvenzeröffnung** mit der Festsetzung durch den Prüfungsausschuss entsteht, richtet sich nur gegen das – regelmäßig unpfändbare – insolvenzfreie Vermögen der Vertragsärztin als Schuldnerin. Die Passivforderung (Honorarforderung) gehört

dagegen zur Insolvenzmasse. Zur Insolvenzmasse zählt nämlich das gesamte Vermögen, das dem Schuldner zur Zeit der Eröffnung des Verfahrens gehört und das er während des Verfahrens erlangt (§ 35 I InsO). Insofern besteht keine Aufrechnungslage mangels **Gegenseitigkeit**. Nach Aufhebung des Insolvenzverfahrens kann aber aufgerechnet werden. Die Geltendmachung der Rückforderung durch die KV nach § 106 Vc 3 SGB V unterliegt nicht der **Ausschlussfrist**.

Die Kl. begehrt die Auszahlung von einbehaltenem Honorar und wendet sich gegen die Aufrechnung mit einer nach Richtgrößenprüfung entstandenen Regressforderung der Bekl. ***SG Hamburg***, Urt. v. 20.07.2011 - S 3 KA 204/10 - gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Klage ab.

3. Zahnärzte: Bindung der KZV an unbestrittene Feststellungen eines Erstgutachters für ZE

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 07.05.2014 - L 1 KA 2/12 **RID 15-01-44**
EKV-Z § 21 II

Die **fehlende Nutzbarkeit des Zahnersatzes** indiziert den Fehler des Zahnarztes bei der Versorgung; es ist nicht notwendig, dem Zahnarzt nachzuweisen, ob er in der Planungs- oder Eingliederungsphase Fehler gemacht hat (vgl. BSG SozR 3-5555 § 15 Nr. 1; § 12 Nr. 5 st. Rspr.).
Stellt der Erstgutachter die **Mangelhaftigkeit des Zahnersatzes** fest und greift der Vertragszahnarzt die Feststellungen nicht an, akzeptiert sie und verzichtet auf die Einholung eines Obergutachtens, so ist der Mangel nachgewiesen. Eine KZV ist an die Feststellungen gebunden.

SG Schwerin, Urt. v. 22.02.2012 - S 3 KA 24/10 - wies die Klage der Krankenkasse gegen die bekl. KZV ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., gegen den Vertragszahnarzt einen Schadensanspruch in Höhe von 989,16 € festzusetzen u. der Kl. gutzuschreiben.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 11.02.2015 - ***B 6 KA 11/14 R*** - können einem (Zahn-)Arzt auch zwei Zulassungen mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag für zwei Vertragsarztsitze, auch im Bezirk von zwei K(Z)Ven, erteilt werden. Nach BSG, Urt. v. 10.12.2014 - ***B 6 KA 49/13 R*** - kann einem **Kinderarzt** die **Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung** nicht für Leistungen eröffnet werden, für die er nicht die erforderliche **formale Qualifikation** zur Abrechnung (hier: in Gestalt der Schwerpunktbezeichnung **Neuropädiatrie**) verfügt; eine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung kann Anforderungen, die der EBM an die formale Qualifikation des Arztes stellt, nicht überspielen.

1. Zulassungen

a) Teilaufhebung der Sperrung: Job-Sharing-Verhältnis/Bewerberauswahl

SG Marburg, Urteil v. 26.11.2014 - S 12 KA 539/13 **RID 15-01-45**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 1/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 85 II, 101, 103 III; Ärzte-ZV § 16b; BedarfsplRL § 26

Leitsatz: 1. Ein **Job-Sharing-Verhältnis** begründet nur dann einen vorrangigen Anspruch auf Zulassung bzw. Wegfall der Leistungsbeschränkungen, wenn es vor einer Teilaufhebung der Sperrung des Planungsbereichs durch den Landesausschuss bereits begründet worden ist.
2. Im Rahmen der von den Zulassungsgremien vorzunehmenden **Bewerberauswahl** nach teilweiser Entsperrung kann unter dem Gesichtspunkt der Priorisierung bestimmter Versorgungsgesichtspunkte ein Bewerber zunächst den übrigen Bewerbern vorgezogen werden. Hierunter fällt auch der Gesichtspunkt der tatsächlichen oder prognostizierten Ausrichtung einer Praxis, damit im Fachgebiet HNO auch die Ausrichtung auf konservative und/oder operative Tätigkeit.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer aktiven Konkurrentenklage um die Vergabe eines hälftigen Vertragsarztsitzes für einen Facharzt/Fachärztin für HNO-Heilkunde nach partieller Öffnung. Das ***SG*** wies die Klage ab.

b) Angabe des Vertragsarztsitzes im Zulassungsantrag/Sofortige Vollziehung (Psychotherapeut)

SG München, Beschluss v. 06.06.2014 - S 28 KA 765/14 ER **RID 15-01-46**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95, 101; Ärzte-ZV § 18; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Die Rechtsfrage, ob ein **Zulassungsantrag** eines Arztes, der innerhalb der Bewerbungsfrist keinen **Vertragsarztsitz** angibt, als unzulässig abgelehnt werden kann, ist bisher nicht abschließend höchstrichterlich geklärt. Im Hinblick auf die Verwaltungspraxis der Zulassungsgremien, wonach eine zunächst (rechtzeitig) angegebene Praxisanschrift bis zur letzten mündlichen Verhandlung innerhalb des Zulassungsverfahrens abgeändert werden kann, erscheint es eher formalistisch, zwingend die Angabe eines Vertragsarztsitzes schon zum Zeitpunkt der Einreichung des Zulassungsantrages (bzw. bis zum Ablauf der Bewerbungsfrist) zu verlangen.
Ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Konkurrentenklage Aussicht auf Erfolg hat, graduell höher als die Wahrscheinlichkeit, dass die Klage erfolglos bleibt, und liegt die **Anordnung des Sofortvollzugs** nicht im öffentlichen Interesse, da es sich im **Verhältnis zwischen ärztlichen Psychotherapeuten und Patienten** um **besondere persönliche Vertrauensbeziehungen** handelt und eine ggf. lediglich bis zur Entscheidung in der Hauptsache ausgeübte Berufstätigkeit für solche besonderen Vertrauensbeziehungen kontraproduktiv ist, so besteht kein Anspruch auf Erlass einer einstweiligen Anordnung.

Der Ast. ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. Der Landesausschuss stellte bei der Arztgruppe der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte 1,5 verbleibende freie Sitze fest. Neben dem Ast. bewarben sich die zwei Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Prof. D. und Dr. E., sowie der Beigel. zu 8), der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist. Der Zulassungsausschuss ließ den Ast. sowie Prof. D. und Dr. E. zu (jeweils Anrechnungsfaktor 0,5). Der Berufungsausschuss (Ag.) wies den Widerspruch des Beigel. zu 8) zurück, der Klage erhob (S 28 KA 732/14). Das ***SG*** lehnte den Antrag auf sofortige Vollziehung ab.

c) Keine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag bei Vollzeitbeschäftigung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.11.2014 - L 3 KA 127/11 **RID 15-01-47**
Revision anhängig: B 6 KA 5/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95, 98; Ärzte-ZV §§ 19a II, 20 I 1

Leitsatz: 1. Auch eine Zulassung als Vertragsarzt mit **hälftigem Versorgungsauftrag** setzt voraus, dass der Arzt als Vertragsarzt die wesentlichen **Leistungen seines Fachgebiets anbietet**.
2. Einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag steht entgegen, dass der Arzt außerdem einer **Beschäftigung** nachgeht, die gemeinsam mit der vertragsärztlichen Tätigkeit zu wöchentlichen Arbeitszeiten von mehr als 52 Stunden führt.

Der 1962 geb. Kl. ist Facharzt für Transfusionsmedizin und als Professor im Beamtenverhältnis auf Lebenszeit an der I. tätig und Direktor des dortigen Instituts für Transfusionsmedizin. Seit längerer Zeit ist er - jeweils für einen Zeitraum von zwei Jahren - zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Im Rahmen seiner Professorentätigkeit arbeitet er ca. 30 bis 35 Stunden pro Woche, für seine Ermächtigung bringt er 15 bis 20 Stunden wöchentlich auf. Sein Antrag auf Teilzulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (mit hälftigem Versorgungsauftrag) unter evtl. Verzicht auf die Ermächtigung blieb erfolglos. ***SG Hannover***, Urt. v. 10.08.2011 - S 65 KA 557/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Praxisnachfolge

aa) Praxisnachfolge in überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft: Praxissubstrat

SG Marburg, Urteil v. 26.11.2014 - S 12 KA 655/13 **RID 15-01-48**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 II, 103 IV 1

Leitsatz: 1. Bis zur Dauer von **einem Jahr** kann ohne weiteres vom Fortbestand einer Praxis bzw. vom Vorhandensein eines **Praxissubstrats** ausgegangen werden, soweit nicht offenkundig oder ohne

weiteres ersichtlich ist, dass die Praxis untergegangen ist. Nach Ablauf **von zwei Jahren** ist vom Wegfall eines Praxissubstrats auszugehen. Für die **Zwischenzeit** ist eine substantiierte Darlegung der Fortführungsfähigkeit durch den Vertragsarzt zu verlangen (vgl. LSG Bayern, Beschl. v. 18.12.2012 - L 12 KA 119/12 B ER - juris Rdnr. 32).

2. Bei **Praxisnachfolge** in eine örtliche oder überörtliche **Berufsausübungsgemeinschaft** bzw. der Frage, ob noch ein Praxissubstrat vorhanden ist, kommt dem zeitlichen Gesichtspunkt und einem Vergleich des bisherigen Umfangs der vertragsärztlichen Tätigkeit mit dem Umfang nach Ausscheiden des Vertragsarztes, namentlich der **Zahl der Behandlungs- bzw. Arztfälle**, die entscheidende Bedeutung zu.

Die Beteiligten streiten um die Praxisnachfolge der kl. Augenärztin in eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft nach Verzicht der Beigel. zu 8) auf einen halben Vertragsarztsitz in einer Nebenbetriebsstätte und hierbei um die Frage, ob noch ein Praxissubstrat vorhanden ist. Das ***SG*** wies die Klage ab.

bb) Keine Nachbesetzung eines Chirurgen/Unfallchirurgie mit Orthopäden und Unfallchirurgen

SG Stuttgart, Beschluss v. 20.11.2014 - S 11 KA 5763/14 ER **RID 15-01-49**
SGB V §§ 95 IX 1, 103 IVb 3; BedarfsplRL § 12 I; SGG § 86b II

Aus dem Umstand, dass § 103 IVb 3 SGB V eine Ausnahme von der arztgruppenbezogenen Beschränkung der Anstellung von Ärzten in überversorgten Planungsbereichen regelt, folgt, dass auch die Nachbesetzung grundsätzlich **arztgruppenbezogen** zu erfolgen hat. Ohne eine Bindung an die Arztgruppe des ausscheidenden Arztes könnte die Nachbesetzung Verwerfungen in der Bedarfsplanung zur Folge haben. Auf der Stelle des ausscheidenden Arztes kann nur ein Arzt beschäftigt werden, der **bedarfsplanungsrechtlich derselben Arztgruppe** zuzuordnen ist.

§ 16 BedarfsplRL gilt nur für die Praxisnachfolge und findet auf die Nachbesetzung der Stelle eines Facharztes für Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie weder direkt noch analog Anwendung. Dies ist nicht zu beanstanden.

Die Ast. zu 1) ist Fachärztin für Chirurgie, der Ast. zu 2) ist Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie. Sie bilden eine BAG, die Ast. zu 3). Der Zulassungsausschuss genehmigte die Anstellung des Beigel. zu 4), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „spezielle Unfallchirurgie“, im Rahmen der Nachbesetzung für eine Arztstelle, welche ursprünglich durch Verzicht des X, Facharzt für Chirurgie mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie, gemäß § 103 Abs. 4b SGB V zu Gunsten einer Anstellung entstanden war. Der Bekl. hob auf Widerspruch der KV die Genehmigung auf. Das ***SG*** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

cc) Fortgeltung einer Bedingung nach Zurückweisung eines Widerspruchs

LSG Bayern, Urteil v. 23.07.2014 - L 12 KA 186/13 **RID 15-01-50**
Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 54/14 B
SGB V § 103 IV

Wird ein **Widerspruch zurückgewiesen**, so bleibt eine **Bedingung**, mit der der Zulassungsausschuss eine Zulassung versehen hat, bestehen. Die Formulierung des Berufungsausschusses, die „in diesem genannten Beschluss ausgesprochene Zulassung“ bedeutet keine Abweichung von dem vorausgehenden Beschluss des Zulassungsausschusses.

Der Kl., Internist und Gastroenterologe, wurde als Praxisnachfolger des T unter der Bedingung, dass eine Übergabe zwischen der Erbengemeinschaft und ihm zu Stande kommt und die Fortführung der Praxis in den Räumen des verstorbenen Vertragsarztes erfolgt, durch den Zulassungsausschuss zugelassen. Widerspruch und Klage der Erbengemeinschaft, die sich bereits mit einem MVZ geeinigt hatte, blieben erfolglos. ***LSG Bayern***, Urt. v. 09.11.2011 - L 12 KA 1/11 - wies die Berufung und ***BSG***, Beschl. v. 01.08.2012 - B 6 KA 14/12 B - RID 12-04-55 die Nichtzulassungsbeschwerde zurück. Nachdem eine Einigung des Kl. mit der Erbengemeinschaft nicht zustande kam, stellte der Zulassungsausschuss am 05.12.2012 fest, dass die Zulassung des Kl. wegen Nichteintreten der Bedingung keine Wirksamkeit entfalte und sonach geendet habe. Der Widerspruch blieb erfolglos. ***SG Nürnberg***, Urt. v. 09.10.2013 - S 1 KA 13/13 - gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Klage ab.

e) Keine Anordnung der sofortigen Vollziehung bei fehlender Unterversorgung

LSG Bayern, Beschluss v. 27.11.2014 - L 12 KA 125/14 B ER **RID 15-01-51**
SGB V §§ 95, 97 IV; SGG §§ 86a, 86b I 1 Nr. 2; BedarfsplRL §§ 28, 29

Die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** kann sich nur auf eine **Sachregelung** und nicht auf die **Zurückweisung eines Widerspruchs** beziehen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.10.2010 - L 11 KA 64/10 B ER - RID 11-01-59). Der Berufungsausschuss muss daher ausführen, welche konkrete Entscheidung mit welchem Inhalt er für sofort vollziehbar erklären will. Nach Zurückweisung eines Widerspruchs kann die Anordnung der sofortigen Vollziehung aber entsprechend als eigene Entscheidung des Berufungsausschusses **ausgelegt** werden.
Die Dauer der Eintragung in die **Warteliste** sagt am wenigsten über die Qualifikation eines Bewerbers aus; ihr kann nur dann ausschlaggebende Bedeutung zukommen, wenn sich aus den übrigen Kriterien kein Vorrang eines Bewerbers ergibt.
Bei einem **Versorgungsgrad von 99 %** besteht **kein öffentliches Interesses** an der sofortigen Besetzung eines halben Vertragsarztsitzes. Eine Unterversorgung liegt erst bei einer Unterschreitung um mehr als 50 % vor.

Nach Entsperrung des Planungsbereichs für 0,5 Nervenärzte erhielt der Beigel. zu 10) die Genehmigung zur Beschäftigung des Beigel. zu 9), eines Neurologen. Der Antrag der Ast. und Beschwerdegegnerin, eines MVZ, auf Genehmigung zur Beschäftigung des Beigel. zu 8), einer Nervenärztin, wurde abgelehnt. Der Widerspruch blieb erfolglos. Der Berufungsausschuss (Ag.) ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Zulassungsausschusses an. ***SG Nürnberg***, Beschl. v. 18.06.2014- S 1 KA 11/14 - stellte die aufschiebende Wirkung der Klage wieder her, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

2. Praxisverlegung: Keine Versagung wegen zukünftiger Engpässe

SG Marburg, Beschluss v. 24.11.2014 - S 12 KA 531/14 ER **RID 15-01-52**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 IX 1, 103 IVb; Ärzte-ZV § 24 VII

Leitsatz: Ebenso wie ein sog. Antrag auf Vorrat (vgl. BSG, Urt. v. 12.09.2001 - B 6 KA 90/00 R - SozR 3-5520 § 25 Nr. 5, juris Rdnr. 23) unzulässig ist, ist auch die Versagung einer Praxisverlegung wegen evtl. in nicht absehbarer Ferne liegender Engpässe unzulässig.

Das ***SG*** gab dem Antrag auf sofortige Vollziehung der Genehmigung zur Beschäftigung einer Allgemeinärztin, die auf ihren Vertragsarztsitz zum Zwecke der Anstellung verzichtet hatte, statt. Die das Hauptsacheverfahren betreibende KV hat zwischenzeitlich ihre Klage zurückgenommen.

3. Zweigpraxis: Keine Versorgungsverbesserung bei geringer Einwohnerzahl

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 21.08.2014 - L 7 KA 27/13 **RID 15-01-53**
Revision anhängig: B 6 KA 37/14 R
juris
SGB V § 98 II Nr. 13; Ärzte-ZV § 24 III 1 u. 6

Die Errichtung einer Zweigpraxis vorwiegend zur Erbringung von **MRT-Untersuchungen** in einer **Entfernung von 19 km** zur nächsten Vertragsarztpraxis, die MRT-Untersuchungen anbietet, begründet keine Versorgungsverbesserung, wenn am Ort der Zweigpraxis die Einwohnerzahl lediglich 7.414 Einwohner beträgt, weil nur eine relativ kleine Anzahl von Versicherten Fahrzeiten erspart.

SG Mainz, Urt. v. 07.06.2013 - S 2 KA 160/11 - wies die Klage eines Facharztes für Nuklearmedizin ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Keine gleichzeitige Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten als angestellter (Zahn-)Arzt

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 20.08.2013 - L 5 KA 4075/13 ER-B **RID 15-01-54**
SGB V § 95 IX; Zahnärzte-ZV §§ 32, 32b; SGG § 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

Eine **Weiterbildungsgenehmigung** nach § 32 Zahnärzte-ZV schließt die Erteilung einer Genehmigung für die **Beschäftigung** desselben Zahnarztes als angestellter Arzt nach § 95 IX SGB V

im gleichen Zeitraum aus. Die Weiterbildung bindet die gesamte Arbeitskraft des weiterzubildenden Zahnarztes.

Die KZV (Ast.) erteilte dem beigel. Kieferorthopäden die Genehmigung zur Beschäftigung des S als Weiterbildungsassistenten für die Zeit vom 06.09.2012 bis 05.09.2014. Der Zulassungsausschuss genehmigte dessen Anstellung ab dem 07.12.2012, wogegen die KZV erfolglos Widerspruch einlegte. Der Berufungsausschuss (Ag.) ordnete die sofortige Vollziehung an. ***SG Stuttgart***, Beschl. v. 20.08.2013 - 10 KA 2782/13 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an, das ***LSG*** wies die Beschwerde des Ag. zurück.

5. Alt-MVZ mit nicht mehr gründungsfähigem Gesellschafter: Keine Übernahme eines MVZ

SG München, Urteil v. 28.11.2014 - S 49 KA 375/14 **RID 15-01-55**
SGB V §§ 72 I 2, 95 I, Ia, VI 3

Eine **Genehmigung zur Fortführung** eines nach dem 01.01.2012 gegründeten MVZ kann nicht erteilt werden, wenn dem MVZ infolge eines Gesellschafterwechsels aufgrund des Wegfalls der **Gründungsvoraussetzungen** nach § 95 Ia 1 SGB V die Zulassung nach sechs Monaten zu entziehen wäre. Dies ist der Fall, wenn der intendierte Gesellschafter nicht mehr gründungsbefugt ist. Betreibt er noch ein anderes (Alt-)MVZ, so geht sein Bestandsschutz nicht so weit, dass er ein neues MVZ gründen oder sich an einem solchen beteiligen kann.

Die Kl. ist eine GmbH und Trägerin des im November 2012 zugelassenen MVZ. Alleingesellschafter ist der Vertragszahnarzt Dr. E. Die Kl. beantragte ohne Erfolg die Genehmigung der Fortführung des MVZ nach einer intendierten Übertragung der Gesellschaftsanteile des Dr. E an die Dr. E MVZ GmbH, die noch zwei weitere, vor dem 01.01.2012 zugelassene MVZ betreibt. Alleingesellschafterin der Dr. E MVZ GmbH ist wiederum die Dr. E Therapieleistungen GmbH, eine nach § 124 SGB V zugelassene Heilmittel-Erbringerin. Das ***SG*** wies die Klage ab.

S. auch SG Marburg, Gerichtsb. v. 20.01.2014 - S 12 KA 117/13 - RID 14-01-47, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 20/14 -.

6. Wirksamkeit einer Verzichtserklärung: Unbedingter Verzicht, Widerruf, Anfechtung

SG Aachen, Urteil v. 31.10.2014 - S 7 KA 1/13 **RID 15-01-56**
Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95 VI; BGB §§ 133, 157; SGB I § 46 I

Die Erklärung eines Vertragsarztes, auf seine **Zulassung zu verzichten**, ist wirksam. Der Zulassungsausschuss muss nicht nachfragen, wie dessen Erklärung - im Hinblick auf eine evtl. Praxisnachfolge - aufzufassen sei. Denn der Verzicht stellt eine einseitige empfangsbedürftige und rechtsgestaltende Willenserklärung dar (hierzu etwa LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.02.2005 - L 5 KA 3191/04 - RID 06-01-40, juris, Rn. 30). Bei Eindeutigkeit der Erklärung tritt die Rechtsfolge des unbedingten Verzichts unabhängig von einer Nachfrage bei dem Zulassungsausschuss mit dem Zugang jener Erklärung ein.

Auf einen **Widerruf** des Zulassungsverzichts findet § 46 I, 2. Hs. SGB I keine Anwendung, denn es geht nicht um einen Verzicht auf Sozialleistungen. Der wirksam erklärte Verzicht eines Arztes auf seine Zulassung kann daher nur unter den Voraussetzungen des § 130 I 2, III BGB widerrufen werden (LSG Baden-Württemberg, aaO., Rn. 29). Danach wird eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung nicht wirksam, wenn dem anderen vorher oder gleichzeitig ein Widerruf zugeht.

Eine **Anfechtung** der Verzichtserklärung ist unter den Voraussetzungen der §§ 119, 120, 123 BGB grundsätzlich möglich.

Der Beigel. zu 6) war als Facharzt für Laboratoriumsmedizin zugelassen. Mit Schreiben vom 27.08.2012 teilte er der Bezirksstelle der kl. KV mit. dass er die Laborarztpraxis zum 02.01.2013 beende und zu diesem Termin auf die Zulassung verzichte, woraufhin der Zulassungsausschuss feststellte, die Zulassung ende mit Ablauf des 31.12.2012. Hiergegen legte der Beigel. zu 6) Widerspruch ein, weil er bisher keinen Nachfolger für seine Laborpraxis gefunden habe und er die Praxis deshalb fortführe. Der Bekl. hob den Beschluss des Zulassungsausschusses auf. ***SG Aachen***, Beschl. v. 05.07.2013 - S 7 KA 6/13 ER - RID 13-03-53 lehnte es auf Antrag des Beigel. zu 6) ab, die sofortige Vollziehung der Entscheidung anzuordnen. Das ***SG*** hob auf Klage der KV den Beschluss des Bekl. auf.

7. Ermächtigung: Sozialpädiatrisches Zentrum: Fristen/Auswahlentscheidung/Überweiserkreis

LSG Bayern, Urteil v. 15.10.2014 - L 12 KA 30/13 **RID 15-01-57**

Revision anhängig: B 6 KA 6/15 R

SGB V § 119; SGB X §§ 21 I 2 Nr. 2, 26; Ärzte-ZV § 31 VII

Eine behördlich gesetzte **verfahrensrechtliche Frist** in einem Auswahlverfahren, in dem ein Gutachten eingeholt werden muss, kann mit **Ausschlusscharakter** verbunden werden. Stimmen die Bewerber einer Frist zur Einreichung für ein abschließend ergänztes Konzept zu, so handelt es sich um einen Verzicht auf eine verfahrensrechtliche Stellung, nämlich die Möglichkeit, noch nach Fristablauf eine Änderung des Konzepts vornehmen zu können. Die Verzichtserklärung ist als Willenserklärung nach §§ 119 ff. BGB anfechtbar.

Der Berufungsausschuss kann zur Beurteilung konkurrierender Konzepte für ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) ein **Sachverständigengutachten** einholen (§ 21 I 2 Nr. 2 SGB X).

Den Zulassungsgremien steht ein **Beurteilungsspielraum** hinsichtlich der Auswahl, Anzahl und Gewichtung der Qualifikationsmerkmale bei einer **Auswahlentscheidung** nach § 119 SGB V zu. Die für maßgeblich gehaltenen Auswahlkriterien müssen genannt und dann auf die Bewerber angewandt werden (vgl. LSG Bayern, Beschl. v. 21.07.2010 - L 12 KA 65/09 B ER - RID 10-04-72). Die im **Altöttinger Papier** enthaltenen Eignungskriterien können bei der Entscheidung nach § 119 SGB V zugrunde gelegt werden.

Im Bereich der Stadt Augsburg besteht **Bedarf** nur für ein SPZ.

Die Ermächtigung für ein SPZ kann mit einem **Facharztfilter** (hier: Beschränkung auf Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiater) versehen werden.

Die vier verbundenen Verfahren richten sich allesamt gegen die beiden Entscheidungen des bekl. Berufungsausschusses. Dieser hatte den Antrag des kl. e.V., der ein Kinderkrankenhaus betreibt, auf Ermächtigung nach § 119 SGB V abgewiesen und dem Antrag der konkurrierenden Stiftung stattgegeben, befristet auf vier Jahre und eingeschränkt auf den - von ihr u. der KV bekl. - Zuweiserkreis Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiater, und die sofortige Vollziehung angeordnet. SG München, Beschl. v. 27.02.2012 - S 38 KA 160/12 ER - wies den Antrag der Bf. auf Aufhebung der sofortigen Vollziehung ab, LSG Bayern, Beschl. v. 23.07.2012 - L 12 KA 69/12 B ER - RID 12-03-76 befristete die Anordnung der sofortigen Vollziehung auf den Zeitpunkt von drei Monaten nach Zustellung des Urteils des SG München. ***SG München***, Urt. v. 24.01.2013 - S 38 KA 462/09 - RID 13-02-65 verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung des kl. e.V. und wies die übrigen Klagen ab. Das ***LSG*** wies auf Berufung der beigel. AOK die Klage insgesamt ab und wies die Berufung d. Kl. und der beigel KV und der beigel konkurrierenden Stiftung zurück. Vorausgegangen war ferner SG München, Beschl. v. 02.11.2009 - S 38 KA 720/09 ER -, das den Antrag der Stiftung auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt hatte, LSG Bayern, Beschl. v. 21.07.2010 - L 12 KA 65/09 B ER - RID 10-04-72, wies die Beschwerde zurück.

8. Keine Gebühr für Antrag auf Erhöhung der Arbeitszeit eines bereits angestellten Arztes in MVZ

SG Potsdam, Urteil v. 26.02.2014 - S 1 KA 13/11 **RID 15-01-58**

juris

Ärzte-ZV § 46 II

Keine der in § 46 II Ärzte-ZV geregelten **Gebührentatbestände** fällt allein für die Genehmigung der **Erhöhung der Arbeitszeit** eines bereits angestellten Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum an.

Die Beteiligten streiten über die Erhebung einer Gebühr in Höhe von 400 €. Das ***SG*** hob den Bescheid auf und verpflichtete zur Neubescheidung.

VI. Integrierte Versorgung/Dentaltechnische Leistungen

Nach BSG, Urt. v. 11.02.2015 - ***B 6 KA 4/14 R*** - wird der vom BVerfG aufgestellte **Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Wahlen** verletzt, wenn der prozentuale Anteil bestimmter Fraktionen bei der Besetzung des Haupt-, Finanz- und des Satzungsausschusses einer KZV 20 % beträgt, obwohl in diesen Fraktionen insgesamt 40 % der Mitglieder der KZV zusammengeschlossen sind.

1. Unzulässiger Einbehalt: Verträge zur integrierten Versorgung

LSG Hamburg, Urteil v. 03.12.2014 - L 5 KA 16/12 **RID 15-01-59**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 2/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 85 I, 140a ff., 140d

Im Vertrag Nr. 00189 ist jedenfalls **keine sektorenübergreifende Versorgung** geregelt.
Im Vertrag Nr. 00472 fehlt es an einer hinreichenden **Einbeziehung** zur medizinischen Versorgung **zugelassener Leistungserbringer**, wenn diese lediglich anhand zahlreicher abstrakter und nach außen nicht erkennbarer Merkmale beschrieben werden.
Der Vertrag Nr. 00612 ist so ausgestaltet, dass das auf Leistungserbringerseite allein stehende A1-Diakoniewerk sich diejenigen **Leistungen**, die den Vertrag als sektorübergreifend qualifizieren, **selbst beschafft**, indem es Verträge mit anderen Leistungserbringern schließt. Somit hat die Krankenkasse indes keinen Anspruch gegenüber diesen Vertragspartnern.
Der Vertrag Nr. 01353 mit dem I. Krankenhaus beschreibt als mögliche Vertragspartner bestimmte Gruppen niedergelassener Ärzte. Rehabilitationsrichtungen sollen nach Nr. 3 der Vorschrift **„als Leistungserbringer und nicht als Vertragspartner“** am Vertrag teilnehmen. Bereits diese rechtlich völlig unklare Konstruktion verbietet es, insoweit von einer sektorenübergreifenden Versorgung auszugehen.
Im Vertrag Nr. 02020 fehlt es an der vertraglichen Einbeziehung eines **anderen Leistungserbringers** als der S. Kliniken GmbH.
Der Vertrag Nr. 01545/02392 ersetzt nicht in nennenswertem Umfang Leistungen der **Regelversorgung** (zu letzterem bereits SG Berlin, Urt. v. 29.08.2012 - S 36 KR 2137/10 - RID 12-04-98).
Der Vertrag Nr. 02662 ist sektorenübergreifend nur unter Einbeziehung der ambulanten Behandlung durch **niedergelassene Ärzte**, die jedoch in rechtlicher Hinsicht nicht hinreichend in die Versorgungsstruktur integriert worden.
Der Vertrag Nr. 02746 bewegt sich im System der **Regelversorgung**.
Soweit der Vertrag Nr. 03479 mit dem Katholischen Kinderkrankenhaus „zusätzliche Serviceelemente“ zu einer weiterhin im System der Regelversorgung abgerechneten Krankenhausbehandlung regelt, sind diese jedenfalls weder **sektorenübergreifend noch interdisziplinär**.
Die im Vertrag Nr. 03486 angelegte Kooperation hält sich – da Ärzte verpflichtet sind, bei der Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen – im Rahmen dessen, was in der **Regelversorgung** üblich ist.
Im Vertrag Nr. 03488 mit der N. Klinik GmbH als Träger einer E. Praxisklinik ist **keine interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit** der Ärzte erkennbar. Zudem ist auch nicht ersichtlich, wieso es im Sinne stärkeren Orientierung an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten sein sollte, wenn in H. niedergelassene Ärzte ambulante Operation an Patienten im Kindes- und jugendlichen Alter in einer Klinik durchführen, die selbst mit dem ICE mehr als viereinhalb Stunden Wegstrecke entfernt ist.
Für den Vertrag Nr. findet sich unter Zugrundelegung der für **Managementgesellschaften** geltenden Grundsätze keine hinreichende vertragliche Einbindung von Ärzten oder Krankenhäusern.
Dem Vertrages Nr. 04178 fehlt eine **Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors**, da niedergelassene Ärzte nicht verpflichtet sind.
Auch bei der G. mbH als einzige Vertragspartnerin auf Leistungserbringerseite des Vertrages Nr. 04725 handelt es sich um eine **Managementgesellschaft**, die nach § 3 Abs. 2 und 3 des Vertrages ärztliche Leistungserbringer beauftragt. Dass in Anlage 4 des Vertrages verschiedene niedergelassene Ärzte aufgeführt sind, genügt nicht, um diese der Beklagten und anderen Krankenkassen gegenüber zu verpflichten. Den Vertrag Nr. 05716 mit der M. hat die Beklagte nicht vorgelegt. Da angesichts der

Beteiligung einer Managementgesellschaft Zweifel daran bestehen, ob ein geeigneter Leistungserbringer im Sinne von § 140b SGB V verpflichtet ist, geht dies zu Lasten der Beklagten.
Der Vertrag Nr. 06271 überlässt es den beiden auf Leistungserbringerseite stehenden Krankenhäusern, **Verträge** mit niedergelassenen Ärzten und anderen Leistungserbringern **zu schließen**, was die Annahme eines Vertrages zur integrierten Versorgung ausschließt.
Eine **Hemmung der Verjährung** tritt durch Rechtsverfolgung ein (§ 204 I Nr. 1 BGB hier i.V.m. § 69 I 3 SGB V).
Eine **Verzinsung** setzt in analoger Anwendung von § 187 I BGB erst mit dem Folgetag der Fälligkeit ein.

Streitig ist, ob die bekl. Krankenkasse für die Quartale III/04 bis einschl. IV/08 Teile der Gesamtvergütung für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung einbehalten durfte. Die Bekl. behielt ab September 2004 von den an die kl. KV erbrachten Zahlungen unter Berufung auf insgesamt 21 verschiedene Verträge zur integrierten Versorgung Beträge in unterschiedlicher Höhe ein. Die Kl. verlangte Zahlung von 3.304.315,42 €. ***SG Hamburg***, Urt. v. 08.02.2012 - S 3 KA 301/04 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 2.906.211,73 € zzgl. Zinsen. und wies die Klage im Übrigen zurück. Auf die Berufungen der Kl. und Bekl. änderte das ***LSG*** das Urteil des SG bzgl. der Verzinsung und wies im Übrigen die Berufungen zurück.

2. Individualrabattvertrag über die Vergütungshöhe dentaltechnischer Leistungen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.11.2014 - L 4 KR 244/10 **RID 15-01-60**
Revision anhängig: B 6 KA 2/15 R (alt: B 3 KR 11/15 R)
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 IV, 12 I, 30 I, 57 II, 88 II

Jede außerhalb des gesetzlichen Rahmens liegende **Tätigkeit einer Krankenkasse** ist auch dann unzulässig, wenn sie nicht ausdrücklich untersagt ist. Das Wirtschaftlichkeitsgebot soll das Verwaltungshandeln der Krankenversicherung ausfüllen, jedoch ohne dabei ihre grundlegenden Kompetenzen zu erweitern. § 88 II SGB V ist keine **Ermächtigungsgrundlage** zum Abschluss eines Individualrabattvertrags über die Vergütungshöhe dentaltechnischer Leistungen.

Die Beteiligten streiten um die Berechtigung der bekl. Krankenkasse zum Abschluss eines Individualrabattvertrages mit der beigel. Firma über die Vergütungshöhe dentaltechnischer Leistungen. Die Kl. sind ein dentaltechnisches Labor, der Inhaber dieses Labors und die für Niedersachsen zuständige Innung. ***SG Hannover***, Urt. v. 23.04.2010 - S 10 KR 755/08 - stellte fest, dass die Bekl. nicht befugt war, mit der Beigel. die Vereinbarung zum Umsetzung des Informationsrechtes über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten gem. § 88 II 3 SGB V abzuschließen. Das ***LSG*** wies die Berufung der Beigel. zurück.

VII. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)

1. Leistungsbezieher: Keine Berücksichtigung der Honorare aus Sonderverträgen (Quartale I bis IV/10)

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 02.02.2015 - S 12 KA 470/14 **RID 15-01-61**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 II GKAR; GEHV der KV Hessen i.d.F. ab 01.07.2006

Leitsatz: Für die **Quartale I bis IV/10** war die Kassenärztliche Vereinigung Hessen nicht verpflichtet, die **Honorare aus Sonderverträgen** bei der Berechnung der Ansprüche aus der Erweiterten Honorarverteilung einzubeziehen.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Anspruchs auf Teilnahme an der EHV für den Zeitraum 01.01.2007 bis 31.12.2010 und hierbei um die Anwendung des sog. Nachhaltigkeitsfaktors und für das Jahr 2010 zudem um die fehlende Einbeziehung des Honorars aus Selektivverträgen. Es handelt sich um eine von drei bei der Kammer anhängigen Musterklagen. Das ***SG*** verurteilte die Bekl. unter Abänderung der EHV-Bescheide zur Neubescheidung und wies im Übrigen die Klage ab.

Parallelverfahren:
SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 02.02.2015 - S 12 KA 316/14 **RID 15-01-62**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 02.02.2015 - S 12 KA 469/14 **RID 15-01-63**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

2. Berücksichtigung besonderer Kostenanteile (Laborärzte, Quartal I/09)

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 04.02.2015 - S 12 KA 337/14 **RID 15-01-64**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 II GKAR; GEHV der KV Hessen i.d.F. ab 01.07.2006

Leitsatz: Die Regelung zur **Berücksichtigung besonderer Kostenanteile** im Rahmen der Quotierung der Vergütung zugunsten der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen ist im Quartal I/09 (hier: Fachärzte für Laboratoriumsmedizin) nicht zu beanstanden.

Das kl. MVZ, bei dem als angestellte Ärzte zwei Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und ein Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie beschäftigt sind, streitet um die Höhe des Abzugs vom Honorar für die EHV im Quartal I/09 und hierbei insb. um die Berücksichtigung besonderer Kostenanteile. Das ***SG*** wies die Klage ab.

3. KV-übergreifende BAG: Beitragsschuldnerin für Umsätze der Gesellschafter aus Sonderverträgen

SG Marburg, Urteil v. 19.11.2014 - S 12 KA 441/13 **RID 15-01-65**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 90/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR; GEHV i.d.F. ab 01.07.2011

Leitsatz: 1. § 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV in der ab Juli 2011 geltenden Fassung, wonach die Kassenärztliche Vereinigung Hessen berechtigt ist, sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen und die **nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der KV Hessen** ausgezahlt werden, für die EHV heranzuziehen, ist nicht zu beanstanden (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - S 12 KA 392/13 - RID 14-04-66).
2. Eine KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft ist **Beitragsschuldnerin** auch für die Umsätze ihrer Gesellschafter, die diese im Rahmen von Sonderverträgen erzielen. Die Beiträge hierfür können auf der Grundlage der gegenüber den Gesellschaftern der Berufsausübungsgemeinschaft mit Praxissitz in Hessen jeweils quartalsweise ergangenen Schätzbescheiden festgesetzt werden.

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

4. Honorar aus Sonderverträgen: Widerspruchsvoraussetzungen und Schätzbescheide

SG Marburg, Urteil v. 19.11.2014 - S 12 KA 442/13 **RID 15-01-66**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 91/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KVHG Hessen § 8; GKAR Art. 4 § 1 II; GEHV

Leitsatz: 1. § 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV in der ab Juli 2011 geltenden Fassung, wonach die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) berechtigt ist, sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen und die **nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung** der KVH ausgezahlt werden, für die EHV heranzuziehen, ist nicht zu beanstanden (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - S 12 KA 392/13 - RID 14-04-66).
2. § 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG, wonach ein **Widerspruch** nur unter Vorlage der vollständigen Unterlagen **zulässig** ist, sind als bloße Ordnungsvorschriften zu verstehen. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass der Landesgesetzgeber mit § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG eine weitere Voraussetzung für die Zulassung eines Widerspruchs aufstellen wollte, was im Übrigen gegen Bundesrecht (§ 84 Abs. 1 Satz 1 SGG) verstoßen würde.
3. Der einzelne Arzt kann zur Auskunft verpflichtet werden. Die KVH kann bei fehlender Auskunft **Schätzbescheide** in Höhe der von ihr geschätzten Durchschnittseinnahmen festsetzen, für die Quartale III/11 bis II/12 in Höhe von 25.000,00 € pro Quartal.

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

Parallelverfahren:
SG Marburg, Urteil v. 10.12.2014 - S 12 KA 439/13 **RID 15-01-67**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

5. Heranziehung zur EHV/Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)

SG Marburg, Urteil v. 10.12.2014 - S 12 KA 537/13 **RID 15-01-68**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 4/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KVHG Hessen § 8; GKAR Art. 4 § 1 II; GEHV i.d.F. ab 01.07.2012

Leitsatz: Die generelle Nichtberücksichtigung **besonderer Kostenanteile** nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen (GEHV) in der ab 01.07.2012 geltenden Fassung verstößt ebenso wie die Bildung der zu großen Beitragsklassen gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - S 12 KA 420/14 - RID 14-04-67, juris). Dies benachteiligt insb. auch Nephrologen mit hohen Sachkosten.

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 9 und des EHV-Beitrags in Höhe von 5.643,00 € je Quartal, was einem Jahresbetrag von 22.572,00 € entspricht, nach den GEHV für das Beitragsjahr 2012/2013 und hierbei insbesondere um die fehlende Berücksichtigung von Dialysesachkosten nach Kapitel 40.14 EBM als besondere Praxiskosten. Das ***SG*** verurteilte zur Neubescheidung.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Urteil v. 10.12.2014 - S 12 KA 172/13 **RID 15-01-69**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 3/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Marburg, Urteil v. 10.12.2014 - S 12 KA 27/14 **RID 15-01-70**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 6/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Marburg, Urteil v. 10.12.2014 - S 12 KA 23/14 **RID 15-01-71**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 2/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

6. Beitragsklassen/Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie

SG Marburg, Urteil v. 10.12.2014 - S 12 KA 229/13 **RID 15-01-72**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 5/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KVHG Hessen § 8; GKAR Art. 4 § 1 II; GEHV i.d.F. ab 01.07.2012

Leitsatz: Die Bildung der zu großen **Beitragsklassen** nach den Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen (GEHV) verstößt gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - S 12 KA 420/14 - juris). Dies benachteiligt u.a. **Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, die unterdurchschnittliche Honorarumsätze erzielen.

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 2 und des EHV-Beitrags in Höhe von 1.254,00 € je Quartal für das Beitragsjahr 2012/2013, was einem Jahresbetrag von 5.016,00 € entspricht, nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Bekl. (GEHV). Das ***SG*** verurteilte zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen zurück.

7. Einbehalt des EHV-Beitrags im Honorarbescheid ab Quartal III/12: Realakt

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 06.02.2015 - S 12 KA 330/13 **RID 15-01-73**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 II GKAR; GEHV KV Hessen i.d.F. ab 01.07.2012

Leitsatz: 1. Bei dem **Einbehalt des EHV-Beitrags** im Honorarbescheid ab dem Quartal III/12 handelt es sich um einen **Realakt**, mit dem die Umsetzung des Beitragsklassenbescheides vorgenommen wird. Eine Anfechtungsklage hiergegen ist unzulässig. Eine Rechtsschutzlücke entsteht hierdurch nicht, da der Rechtsweg jedenfalls gegen den Beitragsklassenbescheid eröffnet ist.
2. Im Übrigen **Parallelverfahren** zu SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - S 12 KA 420/14 - RID 14-04-67, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 83/14 -.

Die Kl. ist als Fachärztin für Allgemeinmedizin seit 01.04.2012 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie streitet um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 4 und des EHV-Beitrags (2.508,00 € je Quartal bzw. Jahresbetrag von 10.032,00 €; Beitragsjahr 2012/2013), die Ablehnung der Änderung der Beitragsklasse und den Abzug des EHV-Beitrags im Honorarbescheid für das Quartal IV/12 in Höhe von 2.508,00 €, wobei sie insb. ihre Heranziehung zur EHV grundsätzlich als rechtswidrig ansieht. Das ***SG*** verurteilte z. T. zur Neubescheidung und wies im Übrigen die Klage ab.

VIII. Streitwert/Rechtsanwaltsgebühren

Vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2006, 1; NZS 2003, 568; NZS 2001, 57; *Straßfeld*, SGb 2008, 119 u. 191; s.a. Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit/Streitwertkatalog, 4. Aufl. 2012, www.sozialgerichtsbarkeit.de (rechts unten auf der Startseite ist link vorhanden); Die Sozialgerichtsbarkeit Nordrhein-Westfalen; Kompendium zum kostenrechtlichen Symposium am 11. Juni 2008, http://www.lsg.nrw.de/aktuelles/kompendium_symposium.pdf.

1. Streitwert

a) Dauerhafter Ausschluss vom ärztlichen Notdienst

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 27.08.2014 - L 11 KA 27/14 B **RID 15-01-74**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
GKG § 52

Das wirtschaftliche Interesse hinsichtlich **des dauerhaften Ausschlusses vom ärztlichen Notdienst** ist bestimmbar. Es wird konkretisiert durch den **Zeitfaktor** und den im Notfalldienst erzielbaren **Umsatz**. In Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Senats in Zulassungssachen wird das wirtschaftliche Interesse in zeitlicher Hinsicht durch die aufgrund der Notdiensttätigkeit erzielbaren Einkünfte für einen **Drei-Jahreszeitraum** bestimmt. Als weiterer Faktor ist das erzielbare Umsatzvolumen heranzuziehen. Es erscheint lebensfremd anzunehmen, dass der am 04.01.1930 geborene Ast. weitere drei Jahre ärztlichen Notdienst hätte verrichten wollen, so dass nur ein Zeitraum von zwei Jahren zugrunde zu legen ist. Eine Reduzierung des Streitwerts auf die Hälfte ist nicht angezeigt. Ein erfolgreiches einstweiliges Rechtsschutzverfahren hätte die Hauptsache vorweggenommen.

SG Dortmund, Beschl. v. 10.03.2014 - S 52 KA 1/14 ER - setzte den Streitwert auf 2.500 € fest, das ***LSG*** auf 34.928,65 €.

b) Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums/Facharztfilter

LSG Bayern, Beschluss v. 22.12.2014 - L 12 KA 30/13 **RID 15-01-75**
GKG § 52

Im Konkurrentenstreit bzgl. der **erstmaligen Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums**, die auf vier Jahre befristet ist, ist der Streitwert in Höhe des Regelstreitwerts (5.000 €) pro Quartal für vier Jahre festzusetzen. Wird in einem verbundenen Verfahren zugleich eine eigene Ermächtigung begehrt, ist der Wert zu verdoppeln.
Wird ein **Facharztfilter** angefochten, so ist vom Regelstreitwert auszugehen, bezogen auf ein Jahr und hochgerechnet auf die Dauer der Befristung (hier: vier Jahre). Bei zwei verbundenen Verfahren ist der Wert zu verdoppeln.

Das ***LSG*** setzte den Streitwert auf 200.000 € fest. Zum Verfahren s. LSG Bayern, Urt. v. 23.07.2014 - RID 15-01-57 (diese Ausgabe).

2. Kostenerstattung im Widerspruchsverfahren: Eigener Anwalt für Gemeinschaftspraxispartner

SG München, Urteil v. 24.10.2014 - S 28 KA 1132/12 **RID 15-01-76**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB X § 63

Von dem Grundsatz der **Erstattungsfähigkeit** der jedem Streitgenossen entstandenen **Anwaltskosten** sind je nach den Umständen des Einzelfalles Ausnahmen zu machen, wenn feststeht, dass ein eigener Prozessbevollmächtigter für eine interessengerechte Prozessführung nicht erforderlich sein wird. In einem solchen Fall ist es rechtsmissbräuchlich, ohne besonderen sachlichen Grund einen eigenen Anwalt einzuschalten, so dass die doppelt geltend gemachten Kosten nicht als notwendig im Sinne von § 91 I ZPO anzusehen und damit auch nicht erstattungsfähig sind (BGH, Beschl. v. 16.05.2013 - IX ZB 152/11 - Rn. 10 m.w.N.). Dabei soll es darauf ankommen, ob ein interner **Interessenwiderstreit** zwischen den einzelnen Streitgenossen besteht oder zu besorgen ist und ob nach der rechtlichen und tatsächlichen Ausgestaltung der Streitgenossenschaft ein sachliches Bedürfnis für die Zuziehung eines eigenen Anwalts erkennbar ist (vgl. OLG Nürnberg, Beschl. v.

02.08.2011 - 14 W 1371/11 - Rn. 16). Diese Rechtsprechung ist auf die Frage der **Kostenerstattung** in dem dem sozialgerichtlichen Verfahren vorgelagerten **Widerspruchsverfahren** gem. § 63 SGB X übertragbar.
Es besteht kein sachlicher Grund, einen **eigenen Anwalt** einzuschalten, wenn ein interner Interessenwiderstreit zwischen den (bzw. einzelnen) **Partnern der ehemaligen Gemeinschaftspraxis** nicht erkennbar ist.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Bekl. dem Kl. im Widerspruchsverfahren entstandene Rechtsanwaltskosten zu erstatten hat. Der Kl. begehrt noch die Kostenerstattung i.H.v. 20.338,17 €. Das ***SG*** wies die Klage ab.

IX. Verfahrensrecht

1. Kein Verbandsklagerecht eines Vereins zur Betreuung von Ärzten

SG Düsseldorf, Beschluss v. 09.01.2015 - S 2 KA 440/14 ER **RID 15-01-77**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 73a; SGG § 54 I 2; UWG § 8 III Nr. 2

Ein **Verband zur Betreuung von Ärzten** kann die Verletzung eigener (materieller) **Rechte** als Verband, der durch die Vergütungsregelung eines Strukturvertrages selbst nicht betroffen ist, nicht geltend machen. Soweit im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung § 8 III Nr. 2 UWG grundsätzlich ein **Verbandsklagerecht** in wettbewerbsrechtlichen Streitigkeiten eröffnet, erfüllt ein Verband diese Voraussetzungen bereits dann nicht, wenn er seine Mitgliederzahlen nicht angibt und wenn die Rechtsverfolgung nicht zu den satzungsmäßigen Aufgaben gehört. Ein Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes (Unterlassung der KV, eine Vergütungsvereinbarung mit Krankenkassen zu treffen) ist unzulässig.

Der Ast., ein seit 2006 bestehender rechtsfähiger Verein, der derzeit über 400 Ärzte betreut, wendet sich gegen eine **Vergütungsregelung in einem Strukturvertrag**. Die Ag. schloss mit Wirkung ab 01.06.2014 mit der AOK Rheinland/Hamburg einen Strukturvertrag nach § 73a SGB V über die wirtschaftliche Versorgung mit Blutzuckertestgeräten und Blutzuckerteststreifen. Nach dessen Präambel streben die Vertragspartner eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung der Diabetiker mit Blutzuckertestgeräten und -streifen an. Der Ast. mahnte die Ag. ab und forderte sie auf, zur Beseitigung der Wiederholungsgefahr eine strafbewehrte Unterlassungserklärung abzugeben: Die Vergütungsregelung des § 6 I des Strukturvertrages verknüpfe die Vergütung des Arztes mit der vorgenommenen Umstellung des Patienten. Eine solche Verknüpfung verstoße gegen die MBO-Ä und sei darüber hinaus wettbewerbswidrig und unlauter. Die Ag. weigerte sich, die geforderte Unterlassungsverpflichtungserklärung abzugeben. Das ***SG*** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

2. Bindung an Unterwerfungsvergleich auch nach Klagerücknahme im Pilotverfahren

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.06.2014 - L 3 KA 12/11 **RID 15-01-78**
BGB § 779 I; SGB X § 59; SGG § 101

Ein **Unterwerfungsvergleich** bleibt auch nach einer **Klagerücknahme im Pilotverfahren** wirksam. Unwirksamkeit nach § 779 I BGB tritt nicht ein, da ein Irrtum nicht vorliegt. Die Klagerücknahme bewirkt einen Wegfall der Geschäftsgrundlage und lässt die Anpassung des Unterwerfungsvergleichs nach § 59 SGB X zu. Prozessrechtlich aber können erst nachträglich entstandene rechtsgestaltende Einwendungen dieser Art nicht in dem beendeten, sondern nur in einem **neuen Klageverfahren** geltend gemacht werden, in dem allerdings nur noch die **Erledigung** festgestellt werden kann.

Im Sept. 2000 einigten sich die kl. KZV und die Ersatzkassenverbände über die Gesamtvergütung 1998. Die bekl. Ersatzkasse reduzierte allerdings die Gesamtvergütung um den von ihr geleisteten Kostenerstattungsbetrag (406.656,13 DM). Nach Erhebung einer Zahlungsklage verpflichteten sich die Beteiligten, die in einem Parallelverfahren „rechtskräftig werdende Entscheidung anzuerkennen und umzusetzen (Unterwerfung)“ und erklärten den Rechtsstreit für erledigt. Die Klage im Parallelverfahren blieb in beiden Instanzen erfolglos, nach Erhebung der Nichtzulassungsbeschwerde nahm die Kl. die Klage zurück. Nach Fortführung des Ausgangsverfahrens durch die Kl. stellte das SG mit Beschl. v. 21.11.2006 die Erledigung fest. Die Beschwerde führte zur Zurückweisung, um eine Kammerentscheidung zu ermöglichen. ***SG Hannover***, Urt. v. 22.12.2010 S 35 KA 12/08 - wies die Klage ab, das ***LSG*** wies die Berufung der Kl. mit der Maßgabe zurück, dass festgestellt wird. dass der Rechtsstreit erledigt ist.

3. Klagerücknahme vor anderer Behörde

SG Stuttgart, Urteil v. 17.01.2014 - S 10 KA 1938/10 **RID 15-01-79**
SGG § 102 I 1

Eine Klage gegen den **Beschwerdeausschuss** kann in einer nicht öffentlichen Sitzung des **Disziplinarausschusses wirksam zurückgenommen** werden. Zwar ist die Klagerücknahme grundsätzlich an das Gericht zu richten, bei dem die Sache anhängig ist. Bei schriftlicher Erklärung gegenüber einem Versicherungsträger, dem der Beschwerdeausschuss gleichsteht, kann die Rücknahme allerdings dann angenommen werden, wenn sich aus der Erklärung eindeutig ergibt, dass die Klage gegenüber dem Gericht zurückgenommen werden soll und die Erklärung mit Wissen und Wollen des Erklärenden dem Gericht weitergegeben wird.
Die Klagerücknahme kann als **Prozesshandlung** grundsätzlich **nicht widerrufen** und nicht **angefochten** werden, sondern nur unter den Voraussetzungen der Wiederaufnahme nach den §§ 179, 180 SGG angegriffen werden.

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

4. Bindung an erklärten Verzicht auf Rechtsmittel

SG Stuttgart, Urteil v. 17.01.2014 - S 10 KA 4283/12 **RID 15-01-80**
SGG § 102 I

Erklärt ein Kläger in einer nicht öffentlichen Sitzung des Disziplinarausschusses zur Niederschrift, dass er gegen den noch ergehenden Bescheid des Beschwerdeausschusses **kein Rechtsmittel** einlegen werde, gibt er zu erkennen, dass er die Entscheidung akzeptiert. Erhebt er trotz dieser Erklärung die Klage, setzt er sich mit seinem eigenen Vorbringen in Widerspruch. Die erhobene **Klage** ist **rechtsmissbräuchlich** und deshalb abzuweisen.

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

5. Gesamtverfahrensdauer über zwei Instanzen unter vier Jahren nicht unangemessen lang

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 24.07.2014 - L 10 SF 2/12 EK KA **RID 15-01-81**
juris
GG Art. 23; GVG § 198

Gerichtsverfahren ist nach § 198 VI Nr. 1 GVG jedes Verfahren von der Einleitung bis zum rechtskräftigen Abschluss. Dies bedeutet, dass als „ein Verfahren“ der gesamte Zeitraum von der Einleitung eines Verfahrens in der ersten Instanz bis zur endgültigen rechtskräftigen Entscheidung zu betrachten ist. Bezugspunkt für die Beurteilung der Angemessenheit ist die **Gesamtverfahrensdauer**.
Das **Verwaltungsverfahren** und das dem gerichtlichen Verfahren vorausgegangene Vorverfahren bei einer Behörde (Widerspruchsverfahren) sind nicht Bestandteil des Gerichtsverfahrens.
Eine abstrakt-generelle Festlegung, wann ein Verfahren unverhältnismäßig lange dauert, ist nicht möglich, sondern eine Frage des **Einzelfalls**. Der Verzicht auf allgemeingültige Zeitvorgaben schließt es auch regelmäßig aus, die Angemessenheit der Verfahrensdauer allein anhand statistischer Durchschnittswerte zu ermitteln.
Einer **Honorarklage** um 1,86 % der abgerechneten Leistungen (3.452,89 € von 182.024,49 €) liegt keine erhebliche Kürzung des Honoraranspruches zugrunde, noch geht es um existenzsichernde Leistungen. Es gibt damit keinen Grund, dieses Verfahren vordringlich zu bearbeiten.
Zu berücksichtigen ist auch, ob ein Kläger durch sein **Verhalten** selbst zu Verfahrensverzögerungen beigeträgt (hier: Stellung von vier PKH-Anträgen ohne Einreichung von Unterlagen).

Der Kl. begehrt Entschädigung vom bekl. Land wegen unangemessener Dauer der Gerichtsverfahren. Der Kl. erhob als Vertragszahnarzt am 12.09.2006 Klage gegen den Honorarbescheid für das Jahr 2005. SG Hannover, Urt. v. 21.09.2009 wies die Klage ab. Die am 26.01.2010 erhobene Berufung wies LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 12.05.2010 - L 3 KA 8/10 - zurück. BSG, Beschl. v. 09.02.2011 - B 6 KA 52/10 B - RID 11-03-101 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück. Das ***LSG*** wies die Klage ab, ***BSG***, Beschl. v. 12.12.2014 - B 10 ÜG 15/14 B - BeckRS 2015, 65354 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Vergütung zahntechnischer Leistungen

BSG, Beschluss v. 13.08.2014 - B 6 KA 20/14 B **RID 15-01-82**

BeckRS 2014, 72292

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Thüringen***, Urt. v. 18.09.2013 - L 11 KA 608/12 - wird zurückgewiesen.

Die Rechtsfrage, ob die Vereinbarung über die **Vergütung zahntechnischer Leistungen** für das Jahr **2005** in **Thüringen** gegen Art. 3 I GG verstößt, ist nicht klärungsbedürftig.

Die Vereinbarung der Vergütung für zahntechnische Leistungen außerhalb der Regelversorgung wird gemäß § 88 SGB V nicht auf Bundesebene, sondern auf **Landesebene** getroffen. Damit wird die Möglichkeit eröffnet, unterschiedliche Preise unter Berücksichtigung der unterschiedlichen regionalen Rahmenbedingungen zu vereinbaren. Soweit die Klägerin hier bemängelt, dass in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich hohe Vergütungen für zahntechnische Leistungen im Bereich der Kieferorthopädie gezahlt werden, ist dies eine Folge der gesetzlich angeordneten regionalen Regelungen. Ein Verstoß gegen Art. 3 GG als Folge der getroffenen Vereinbarung scheidet bereits deshalb aus, weil auf der allein maßgeblichen Landesebene eine einheitliche Vergütungsregelung besteht.

Der **Gesetzgeber** war nicht verpflichtet, alle zahntechnischen Leistungen in die Regelung des § 57 SGB V einzubeziehen.

2. Genehmigungen

a) Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vb bei ¼-Stelle möglich

BSG, Beschluss v. 22.10.2014 - B 6 KA 22/14 B **RID 15-01-83**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde der bekl. KV gegen ***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 19.02.2014 - L 7 KA 131/11 - RID 14-03-18 wird zurückgewiesen.

Die Onkologie-Vb macht die Teilnahme eines Arztes nicht vom Umfang seiner Zulassung oder Anstellung abhängig, sondern von nachzuweisenden **Patientenzahlen**. Wenn die Partner der Gesamtverträge in Berlin von der ihnen in § 3 VI Onkologie-Vb eingeräumten Möglichkeit Gebrauch machen und die Anforderungen bezogen auf die Patientenzahlen aus Gründen der Sicherstellung einer flächendeckenden qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten nach dieser Vereinbarung so weit herabsetzen, dass diese auch von einem im Umfang von **25 % einer Vollzeittätigkeit im MVZ angestellten Arzt** erfüllt werden, können die sich daraus ergebenden Folgen nicht durch die Aufstellung - gesetzlich nicht vorgesehener - Kriterien zum Mindestumfang der ärztlichen Tätigkeit kompensiert werden.

b) Abrechnungsgenehmigung für MRT des Herzens nicht ohne spezielle Gebietsbezeichnung

BSG, Urteil v. 02.04.2014 - B 6 KA 24/13 R **RID 15-01-84**

SozR 4-2500 § 135 Nr. 21 = ZMGR 2014, 338

Leitsatz: Kardiologen mit der **Zusatzbezeichnung „MRT - fachgebunden“** dürfen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von der Erbringung kernspintomographischer Leistungen ausgeschlossen werden.

3. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Bedeutung des Beweisantrags/Sorgfältigeres Arbeiten/Schwere Fälle

BSG, Beschluss v. 19.08.2014 - B 6 KA 19/14 B **RID 15-01-85**

BeckRS 2014, 72342

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Thüringen***, Urt. v. 05.12.2013 - L 11 KA 1254/08 - wird zurückgewiesen.

Der **Beweisantrag** hat im sozialgerichtlichen Verfahren Warnfunktion und soll der Tatsacheninstanz vor der Entscheidung vor Augen führen, dass die gerichtliche Aufklärungspflicht von einem Beteiligten noch nicht als erfüllt angesehen wird. Daher muss der Beweisantrag im **Berufungsverfahren** bis zuletzt, wenigstens hilfsweise, aufrechterhalten worden sein, wenn eine Verfahrensrüge auf eine Verletzung des § 103 SGG gestützt werden soll; ist der Kl., wie hier, im Berufungsverfahren von einem Rechtsanwalt, vertreten worden, so muss der Beweisantrag noch in der letzten mündlichen Verhandlung zusammen mit den Sachanträgen gestellt worden sein. Bei einem erklärten Einverständnis mit einer Entscheidung **ohne mündliche Verhandlung** muss ein Beteiligter deutlich machen, dass aus seiner Sicht der Rechtsstreit nicht entschieden werden könne, ohne zuvor den schriftsätzlich beantragten Beweis zu erheben. Tut er dies nicht, muss sich jedenfalls ein rechtskundig vertretener Beteiligter so behandeln lassen, als hätte sich der Beweisantrag erledigt. In ähnlicher Weise darf das Tatsachengericht bei einem **unentschuldigten Fernbleiben eines rechtskundig vertretenen Beteiligten** im abschließenden Verhandlungstermin grundsätzlich davon ausgehen, dass zuvor angekündigte Beweisanträge nicht mehr gestellt, d.h. nicht mehr aufrechterhalten werden, wenn der Beteiligte zum Verhandlungstermin ordnungsgemäß geladen worden ist und er aus der Terminsmitteilung entnehmen konnte, dass vor einer Entscheidung weitere Beweiserhebungen von Amts wegen nicht beabsichtigt waren.
Der Beweisantrag muss ferner - sonst kann das Urteil des LSG nicht i.S. des § 160 II Nr. 3 SGG auf dem Verfahrensmangel „beruhen“ - **auf ein Beweisergebnis ausgerichtet** gewesen sein, das die LSG-Entscheidung in ihrem Ergebnis hätte in Frage stellen können; dies ist in der Beschwerdebegründung auszuführen, andernfalls fehlt es an der schlüssigen Darlegung eines Verfahrensmangels i.S. des § 160a II 3 i.V.m. § 160 II Nr. 3 SGG.
Nach st. Rspr. des Senats kann der durch die **Überschreitung des Fachgruppenschnitts** im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses begründete Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Arztes grundsätzlich nicht durch die Behauptung des Arztes erschüttert werden, dass er **besser, gründlicher und sorgfältiger als andere Fachkollegen** arbeiten würde. Vielmehr ist davon auszugehen, dass im Verhältnis zu dem geprüften Arzt der Durchschnitt der nach den methodischen Grundsätzen vergleichbaren Ärzte nicht ein solches Maß an weniger qualifizierten Leistungen erbringen wird, dass damit das offensichtliche Missverhältnis erklärt werden könnte. Entsprechendes gilt für die allgemeine Behauptung **besonders schwerer und behandlungsaufwändiger Krankheitsfälle**.
Soweit der Kläger geltend macht, dass er ein **besonderes Leistungsspektrum** vorzuweisen habe, weil er **überwiegend zahnprothetisch, parodontologisch und kieferchirurgisch** tätig gewesen sei, ist auf die gefestigte Rspr. des Senats hinzuweisen, nach der ein **Sachverständigengutachten** grundsätzlich nicht geeignet ist, das Vorliegen einer **Praxisbesonderheit** zu beweisen.

4. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)

a) EHV-Reform 2006: Nachhaltigkeitsfaktor

BSG, Urteil v. 19.02.2014 - B 6 KA 10/13 R **RID 15-01-86**
SozR 4-2500 § 85 Nr. 79
Leitsatz: Wird die Altersversorgung der Vertragsärzte durch eine Teilnahme an der Verteilung der Gesamtvergütung sichergestellt, gebieten die Grundrechte eine **konzeptionell gleichmäßige Lastenverteilung auf aktive und ehemalige Vertragsärzte**.

b) Verpflichtung eines MVZ zur „Beitragszahlung“ an EHV

BSG, Urteil v. 19.02.2014 - B 6 KA 8/13 R **RID 15-01-87**
SozR 4-2500 § 85 Nr. 80
Leitsatz: Der Träger eines **Medizinischen Versorgungszentrums** muss zugunsten der bei ihm angestellten Ärzte am Umlageverfahren der erweiterten Honorarverteilung teilnehmen, mit der in Hessen die Altersversorgung der Vertragsärzte sichergestellt wird.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - ***B 1 KR 19/13 R*** - besteht kein Anspruch auf zukünftige **Präimplantationsdiagnostik** bei In-Vitro-Fertilisation, da die Diagnostik nicht die Erbkrankheit CADASIL behandeln, sondern die Verwerfung solcher Embryonen ermöglichen soll, die Träger der Krankheit sind, um zukünftiges Leiden eigenständiger Lebewesen zu vermeiden.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Intraokulare Kontaktlinse bei Keratonus sowie Astigmatismus

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.09.2014 - L 11 KR 2864/13 **RID 15-01-88**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12, 27, 33, 92, 135

Leitsatz: Versicherte der GKV, die an einem Keratonus sowie einem Astigmatismus leiden, haben keinen Anspruch auf Implantation einer **intraokularen Kontaktlinse**.

SG Heilbronn, Urt. v. 28.06.2013 - S 8 KR 3510/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Refraktive Augenchirurgie: Versorgung mit Iris-gestützten Linsen (Artiflex-Linsen)

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 04.12.2013 - L 4 KR 28/12 **RID 15-01-89**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 92, 135 I 1 Nr. 1, 140 f II, 137e VII; ZPO §§ 371, 373, 403

Leitsatz: 1. Es ist zweifelhaft, ob **linsenchirurgische Verfahren** nach Anlage II Nr. 13 der „Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung" als refraktive Augenchirurgie aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind (so aber: LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.10.2002 - L 16 KR 177/01 - RID 03-01-55).
2. Die Anisometropie ist keine **„seltene Erkrankung"**, die so außergewöhnlich ist, dass ihre systematische Erforschung praktisch ausscheidet (vgl BSG vom 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 R - BSGE 93, 236 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 1).
3. Angesichts der Vielzahl von Antragsberechtigten nach §§ 135 Abs. 1 S. 1, 140f Abs. 2, 137e Abs. 7 SGB V kann nicht ohne weiteres von einem pflichtwidrigen Unterlassen einer Antragstellung im Sinne eines **Systemversagens** ausgegangen werden.
4. Zum Unterschied zwischen Beweisantrag und **Beweisanregung**.

SG Halle, Urt. v. 01.03.2012 - S 20 KR 190/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück. ***BSG***, Beschl. v. 25.11.2014 - B 1 KR 10/14 B - BeckRS 2014, 74502 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

c) Behandlung mit Galvano- und Hyperthermietherapie bei regelmäßig tödlicher Erkrankung

SG für das Saarland, Urteil v. 12.09.2014 - S 1 KR 410/13 **RID 15-01-90**
juris
SGB V §§ 2, 11 I Nr. 4, 13 III 1, 27 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I; GG Art. 2 I, 20 I

Leitsatz: 1. Ein unter einer regelmäßig **tödlich verlaufenden Erkrankung** - hier Prostatakarzinom Stadium IV mit ausschließlich palliativer Behandlungsmöglichkeit - leidender Versicherter hat, soweit die leitliniengerechte Therapie ausgeschöpft ist, zur Erhaltung und Verbesserung seines körperlichen Allgemeinzustandes Anspruch auf Behandlungen mit einer **Galvano-** und/oder **Hyperthermietherapie**, da der gute Allgemeinzustand hier ein herausragender Faktor des Langzeitüberlebens ist.
2. Bei einer zweifelsfrei feststehenden positiven Einwirkung auf den Krankheitsverlauf entfällt dann auch die Sperre der Ziffer 14 der Anlage II **Method-RL** bezüglich der Hyperthermie (vgl BVerfG vom 29.11.2007 - 1 BvR 2496/07 - SozR 4-2500 § 27 Nr. 17).
3. Bei mehreren gleichartigen Behandlungen entfällt die Sperrwirkung der Nichteinhaltung des sog. **„Beschaffungsweges"** mit dem Zeitpunkt der ersten Bescheidung durch die Krankenkasse (vgl

BVerfG vom 19.3.2009 - 1 BvR 316/09 = BVerfGK 15, 256). In Fällen des Vorliegens einer regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung hat die Krankenkasse die Verpflichtung, beschleunigt zu agieren und zu entscheiden.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., dem Kl. die bereits verauslagten Kosten für die durchgeführte Galvanotherapie ab dem 07.06.2011 zu erstatten, ihn bezüglich der Kosten bereits durchgeführter, aber nicht abgerechneter Galvano-Therapie-Behandlungen freizustellen und zukünftige Galvano-Therapie-Behandlungen zu gewähren, ferner dem Kl. die bereits verauslagten Kosten für die durchgeführte Hyperthermiebehandlung ab dem 21.12.2012 zu erstatten, den Kl. von den Kosten bereits durchgeführter, aber nicht abgerechneter Hyperthermiebehandlungen freizustellen und die Hyperthermiebehandlung zukünftig zu gewähren.

d) Protonentherapie

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 16.10.2014 - L 6 KR 108/12 **RID 15-01-91**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 152/14 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III 1, 27 I, 39 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I; GG Art. 2 I, 20 I

Leitsatz: 1. Zur Behandlung eines **Prostatakarzinoms** stehen allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethoden zur Verfügung, denen gegenüber ein Vorteil der **Protonentherapie** - auch in Bezug auf Nebenwirkungen - bislang nicht belegt ist. Dies steht einem Leistungsanspruch aus § 2 Abs. 1a SGB V grundsätzlich entgegen.
2. Angesichts des Abschlussberichts des Unterausschusses „Methodenbewertung“ vom 29. Mai 2008 liegt insoweit auch kein Ausnahmefall des **Systemversagens** vor, bei dem eine Leistungspflicht der Krankenkasse auch ungeachtet des in § 135 Abs. 1 SGB V aufgestellten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt besteht.
3. Ein (anteiliger) Kostenerstattungsanspruch in Höhe etwaiger **ersparter Aufwendungen** scheidet aus.

SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 24.10.2012 - S 21 KR 64/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

e) Fettabsaugung (Liposuktion)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.12.2014 - L 1 KR 328/13 **RID 15-01-92**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 135

Bei der **Fettabsaugung (Liposuktion)** handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode** i.S.d. § 135 1 SGB V, auf die mangels positiver Empfehlung des GBA kein Anspruch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

SG Berlin, Gerichtsb. v. 07.10.2013 - S 28 KR 2001/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

f) Entfernung des Haarwuchses im Gesicht mittels Laserepilation/Genehmigungsfiktion

SG Augsburg, Urteil v. 27.11.2014 - S 12 KR 183/14 **RID 15-01-93**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 27/15 NZB -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12, 13 III, 27, 33, 92, 135

Eine **Behaarung an Oberlippe und Wangen** einer Versicherten ist eine behandlungsbedürftige **Krankheit**, wenn eine entstellende Wirkung vorliegt.
Bei der **Laserepilation** handelt es sich formal um eine **neue Behandlungsmethode**, da sie nicht mit einer Gebührenziffer in den EBM aufgenommen ist. Eine Entscheidung des GBA zur Zulassung der Laserepilation bei Hirsutismus in der vertragsärztlichen Versorgung existiert nicht. Ein **Systemversagen** ist nicht erkennbar. Materiellrechtlich besteht daher kein Anspruch auf Kostenübernahme für eine Laserepilation. Es besteht aber dann ein Anspruch, wenn die **Genehmigungsfiktion** aus § 13 IIIa 6 SGB V eingetreten ist. Dem steht nicht entgegen, dass es sich bei der Laserepilation um eine Leistung handelt, die als neue Behandlungsmethode nicht zum Leistungsspektrum der GKV gehört.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine Laserepilation an Oberlippe und Wangen der Kl. durch die Praxis Dr. O/G zu übernehmen, begrenzt auf höchstens 600 € im Wege einer Sachleistung.

2. Zahnärztliche Behandlung

a) Begrenzung des Festzuschusses

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 17.11.2014 - L 11 KR 4040/14 ER-B **RID 15-01-94**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 55

Leitsatz: Erklärt der Zahnarzt im **Heil- und Kostenplan**, dass die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung voraussichtlich in Höhe des doppelten Festzuschusses liegen, haben auch Versicherte, die mit der Tragung des **Eigenanteils** für die Versorgung mit Zahnersatz unzumutbar belastet würden, keinen Anspruch auf Erstattung der tatsächlich anfallenden Kosten, wenn diese höher als der doppelte Festzuschuss sind.

Der Ast. begehrt im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die vollständige Übernahme der Kosten für Zahnersatz sowie die Einholung eines Obergutachtens zur Frage des Umfangs der notwendigen Versorgung. ***SG Karlsruhe***, Beschl. v. 09.09.2014 - S 5 KR 2886/14 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

b) Unzulässigkeit der Klage gegen Prothetik-Einigungs-Beschwerdeausschuss

SG Freiburg, Gerichtsbescheid v. 28.11.2013 - S 11 KR 2877/13 **RID 15-01-95**
SGG § 78

Eine Versicherte kann nicht gegen den Widerspruchsbescheid des **Prothetik-Einigungs-Beschwerdeausschusses** Klage erheben, weil es ihr an der **Klagebefugnis** fehlt. Sie ist nicht Adressatin des Bescheids, auch entfaltet dieser ihr gegenüber keine Bindungswirkung.

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

c) Keine Implantatversorgung im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes

LSG Bayern, Beschluss v. 19.01.2015 - L 5 KR 1/15 B ER **RID 15-01-96**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 28; SGG § 86b II

Der Antrag auf Feststellung, dass die Voraussetzungen einer Ausnahmeindikation nach § 28 II 9 SGB V vorliegen, ist ein Antrag auf **Elementenfeststellung**, der im Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung nach § 86b II SGG nur in Ausnahmefällen zulässig ist. Im sozialgerichtlichen Verfahren kann ebenso wie in sonstigen Verfahrensordnungen Gegenstand einer einstweiligen Anordnung in der Regel nur ein **Anspruch** sein, der im Wege der Zwangsvollstreckung durchgesetzt werden kann. Mithin muss es sich um Zahlungs-, Leistungs-, Handlungs- oder Unterlassungsansprüche handeln, die vollstreckt werden können. Ein derartiger Antrag wäre auch im Rahmen eines Hauptsacheverfahrens als sog. Elementfeststellungsklage bereits unzulässig.
Anträge auf Verpflichtung zur **Versorgung mit weiteren Implantaten** haben auch deshalb keine Aussicht auf Erfolg, weil mit ihnen eine unzulässige **Vorwegnahme der Hauptsache** eintreten würde. Für die Durchsetzung eines Anspruchs auf implantologische Neuversorgung im Zahnbereich im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes fehlt es regelmäßig an der einen **Anordnungsgrund** begründenden Eilbedürftigkeit (vgl. nur LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.11.2008 - L 16 B 71/08 KR ER - RID 08-04-89). Bei Schmerzen und Entzündungen besteht die Möglichkeit einer allgemein- oder zahnmedizinischen Behandlung.

II. Kostenerstattung

1. Erstattung der Festzuschüsse für zahnprothetische Versorgung: Kein Behandlungsabschluss

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 12.11.2014 - L 9 KR 44/12 **RID 15-01-97**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 55 V, 87 Ia 4 u. 6

Leitsatz: 1. Die Krankenkasse muss einen bereits **bewilligten Festzuschuss** für eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung nicht an den Versicherten auszahlen, wenn dieser die im Heil- und Kostenplan vorgesehene **Behandlung nicht abschließt**.
2. Statthafte Klageart für die Auszahlung eines Festzuschusses nach § 55 Abs. 5 SGB V ist die allgemeine **Leistungsklage**.

SG Berlin, Urt. v. 14.12.2011 - S 84 KR 1774/07 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Sachleistungsanspruch auf Betriebshilfe: Umwandlung in Kostenerstattungsanspruch

SG Würzburg, Urteil v. 20.11.2014 - S 11 KR 148/14 **RID 15-01-98**
juris
SGB V §§ 13 III 1, 194 I; SGB I § 16 I; KVLG §§ 8, 9, 26 I 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Der Sachleistungsanspruch auf **Betriebshilfe** nach § 9 Abs. 3 KVLG 1989 wandelt sich gem. § 8 Abs. 1 KVLG 1989 i.V.m. § 13 Abs. 3 SGB V in einen **Kostenerstattungsanspruch** um, wenn der Leistungsträger die unaufschiebbare Leistung nicht erbringt und der Versicherte sie sich daher auf eigene Kosten beschaffen muss.
2. Die landwirtschaftliche Krankenkasse darf in ihrer **Satzung** vorsehen, dass der Anspruch auf **Betriebshilfe** nach § 9 Abs. 3 KVLG 1989 erst nach Antragstellung entsteht.
3. In der Übersendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kann ein **Antrag** auf Betriebshilfe nach § 9 Abs. 3 KVLG 1989 zu sehen sein, wenn die Satzung keine besondere Form für die Antragstellung vorsieht.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für die in Anspruch genommene Betriebshilfe für den Zeitraum vom 30.12.2013 bis zum 08.01.2014 zu erstatten, und wies die Klage im Übrigen ab.

III. Stationäre Behandlung

1. Magenbypass-Operation bei BMI über 40 mit Begleiterkrankungen

SG Darmstadt, Urteil v. 17.11.2014 - S 8 KR 696/13 **RID 15-01-99**
juris
SGB V §§ 11, 13 III, 27, 39

Bei einem **BMI von 45,16 kg/m² und damit > 40** mit den Begleiterkrankungen Schlafapnoesyndrom, chronische Refluxbeschwerden und Gelenkbeschwerden besteht ein Anspruch auf eine Magenbypass-Operation, wenn eine psychologische Begleitung der Behandlung des Übergewichts nicht erforderlich ist. Je höher der BMI ist, desto schwieriger wird es erfahrungsgemäß, alleine durch eine Umstellung der Ernährung, Bewegungs- und Psychotherapie sowie sonstige konservative Maßnahmen eine ausreichende Gewichtsreduktion in angemessener Zeit zu bewerkstelligen. Daher ist es angemessen, wenigstens in den Sonderfällen, in denen der BMI im oberen Bereich liegt und den Wert von 40 deutlich überschreitet, eine Magenverkleinerungsoperation krankenversicherungsrechtlich auch dann zu bewilligen, wenn die hinreichend glaubhaften und ernsthaften eigeninitiativen **Bemühungen des Versicherten zur Gewichtsreduktion** nicht den strengen Vorgaben zu einem sechs- bis zwölfmonatigen multimodalen und ärztlich geleiteten bzw. überwachten Therapiekonzept entsprechen (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 20.06.2013 - L 8 KR 91/10 - RID 13-04-75).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 11.103,05 € zu zahlen.

2. Magenbypass-Operation bei Diabetes mellitus mit ausgeprägter peripherer Insulinresistenz

SG Darmstadt, Urteil v. 17.11.2014 - S 8 KR 358/13 **RID 15-01-100**
juris
SGB V §§ 13 III, 39 I

Bei einem **BMI von 37,56 kg/m²** und insb. der Begleiterkrankung **Diabetes mellitus**, bei dem eine ausgeprägte periphere Insulinresistenz besteht, welche die Gabe von hohen Insulineinzeldosen von 120 Einheiten erforderlich macht, ist eine adipositaschirurgische Maßnahme erforderlich, da ausweislich der Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S 3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ der Deutschen Adipositasgesellschaft unter 5.4.7. ein extrem hoher Insulinbedarf eine **diätetische Therapie praktisch unmöglich** macht und somit eine Indikation für eine primäre chirurgische Therapie (d.h. ohne eine präoperative konservative Therapie) darstellt.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an den Kläger 10.303,66 € zu zahlen.

3. Chirurgische Adipositastherapie im Einzelfall nach Leitlinie

SG Fulda, Urteil v. 18.11.2014 - S 3 KR 582/11 **RID 15-01-101**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 27, 39

Leitsatz: Die **chirurgische Adipositastherapie** kommt grundsätzlich nur als **ultima ratio** und nur bei Patienten in Betracht, die eine Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen (vgl. zu diesen Voraussetzungen etwa BSG, Urteil vom 16.12.2008, Aktenzeichen: B 1 KR 2/08 R- SozR 4-2500 § 13 Nr. 20).
In eng begrenzten **Einzelfällen** kann unter Berücksichtigung der überarbeiteten **Leitlinie** der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie - Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas-Therapie „Chirurgie der Adipositas“, welche aufgrund ihrer fachlichen Wertigkeit eine für die Beurteilung des Gerichts sachgerechte Entscheidungshilfe darstellt, ausnahmsweise auch primär eine chirurgische Therapie durchgeführt werden (hier bejaht).
Zur Geltendmachung im Wege des **Kostenerstattungsverfahrens**.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für den durchgeführten adipositaschirurgischen Eingriff in Höhe von insgesamt 7.739,20 € zzgl. Zinsen zu erstatten.

IV. Arzneimittel

1. Dronabinol (Tropfen) als Rezepturarzneimittel

SG Aachen, Urteil v. 13.01.2015 - S 13 KR 264/14 **RID 15-01-102**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1; AMG § 21 II

Als **Rezepturarzneimittel** ist **Dronabinol** nicht zulassungspflichtig.
Bei der Behandlung der **mitochondrialen Myopathie** mit Dronabinol handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode**; denn sie gehört nicht zur medizinischen Standardtherapie der mitochondrialen Myopathie. Es gibt keine durch anerkannte randomisierte Phase-III-Studien erbrachten Nachweise einer höheren und besseren Wirksamkeit gegenüber anerkannten Therapieformen.

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

2. Off-Label-Use

a) Keine intravenös zu verabreichenden Immunglobuline bei multipler Sklerose

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 10.11.2014 - L 11 KR 3826/14 ER-B **RID 15-01-103**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27, 31; AMG § 21

Leitsatz: Versicherte der GKV, die an **multipler Sklerose** erkrankt sind, haben derzeit (Behandlungsjahr 2014) keinen Anspruch auf Versorgung mit intravenös zu verabreichenden **Immunglobulinen**.

SG Stuttgart, Beschl. v. 26.08.2014 - S 10 KR 4208/14 ER - lehnte den Antrag ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

b) Subkutane Immunglobulintherapie bei Polyneuropathie (CIDP)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.12.2014 - L 1 KR 185/13 **RID 15-01-104**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 31 I

Ein Versicherter, der an einer seltenen Form einer **chronischen inflammatorischen demyelinisierenden Polyneuropathie (CIDP)** (hier: in Form einer MADSAM <multifocal acquired demyelinating sensory and motor neuropathy, Lewis-Sumner-Syndrom>) leidet, muss sich auf die Behandlung mit **Immunglobulinen in intravenöser Gabe** verweisen lassen. Es ist insoweit eine **andere Therapie verfügbar**. Ein Anspruch auf eine subkutane Immunglobulintherapie im Rahmen eines Off-Label-Use besteht nicht.

SG Berlin, Gerichtsb. v. 31.05.2013 - S 166 KR 1956/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Gilles-de-la-Tourette-Syndrom: Wirkstoffe Risperidon und Quetiapin/Dronabinol

SG Trier, Urteil v. 22.08.2013 - S 1 KR 145/12 **RID 15-01-105**
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Auch wenn man davon ausgeht, dass das für die Behandlung des **Gilles-de-la-Tourette-Syndroms** (GTS) zugelassene Arzneimittel Haldol-Janssen mit dem Wirkstoff Haloperidol individuell ohne Erfolg ist, liegen die Voraussetzungen für eine Verordnung der **Wirkstoffe Risperidon (Arzneimittel Risperdal)** und **Quetiapin (Arzneimittel Seroquel Prolong)** im Off-Label-Use nicht vor, weil es an einer ausreichenden Studienlage fehlt.
Bei **Dronabinol** handelt es sich nicht um ein Fertigarzneimittel, sondern um ein Rezepturarzneimittel, das nur verordnungsfähig ist, wenn eine entsprechende Empfehlung des GBA gemäß § 135 I SGB V vorliegt (BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R - SGb 2007, 287; Urt. v. 13.10.2010 - B 6 KA 48/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 30). Eine Empfehlung des GBA für eine Behandlung des GTS mittels Dronabinol liegt bisher nicht vor, so dass eine entsprechende Versorgung des Klägers zu Lasten der Beklagten ausscheidet.

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

V. Hilfsmittel

1. Akku-Kompressor zum Aufpumpen der Reifen eines Rollstuhls

SG München, Urteil v. 03.06.2014 - S 28 KR 757/13 **RID 15-01-106**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Leitsatz: Der Anspruch auf Versorgung mit **notwendigen Zubehörteilen** gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V kann auch die Versorgung mit einem **Akku-Kompressor zum Aufpumpen der Reifen** eines **Rollstuhls** umfassen.

Das ***SG*** verpflichtete die Bekl., dem Kl. die Kosten für den Akku-Kompressor Power II i.H.v. 105,67 € zu erstatten.

2. Individuell angefertigtes Spezial-Dreirad bei starker Gehbehinderung

SG Frankfurt a. M., Urteil v. 03.11.2014 - S 14 KR 563/10 **RID 15-01-107**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Die Nutzung eines **Dreirads** für kürzere, im **Nahbereich** der Wohnung liegende Strecken kann erforderlich sein, wenn auf die Versorgung mit einem elektrischen Rollstuhls verzichtet wurde.
Ein Dreirad kann auch als **Therapiedreirad** zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung erforderlich sein, wenn die **therapeutische Wirkung** der Benutzung des Dreirads begründet ist, so wenn es zur Mobilisation, zur Lungenbelüftung und zur Vorbeugung gegen Osteoporose dient.

Die 1972 geb. Kl. leidet unter dem Lamy-Maroteaux-Syndrom, auch diastrophysche Dysplasie genannt, einer seltenen Krankheit, die gekennzeichnet ist durch Kleinwuchs mit kurzen Extremitäten und Gelenkfehlbildungen. Die Kl. ist (bei Zehenstand) 114 cm groß, ihre Ober- und Unterarme beidseits sowie ihre Ober- und Unterschenkel beidseits sind verkürzt und stark fehlgebildet. Es besteht eine Fußdeformität mit Spitzfußstellung beidseits und eine hochgradige links konvexe Lendenwirbelskoliose. Nach einer Operation (sog. Harrington-Spondylodese) ist die Wirbelsäule der Kl. weitgehend versteift. Bei der Kl. sind ein GdB von 100 sowie die Merkzeichen G, aG, H und B anerkannt. Als Ersatz für ein bisher benutztes Dreirad verordnete der Orthopäde Dr. X ein Spezial-Dreirad mit gefederter Vordergabel, Lenker mit Sonderkonstruktion, Antriebsnabe und Gängen, das die Bekl. nicht bewilligte (Kostenvoranschlag: 4.400 €). Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. die restlichen Anschaffungskosten für das Dreirad in Höhe von 1.993,70 € abzüglich 10,00 € Zuzahlung zu erstatten.

3. Myoelektrische Unterarmprothese mit I-Limb-Puls-Hand

SG Frankfurt a. M., Urteil v. 28.07.2014 - S 14 KR 373/11 **RID 15-01-108**
Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Das Greifen gehört zu den allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens. Die **myoelektrische I-Limb-Hand** verfügt im direkten Vergleich über nicht unwesentliche **Gebrauchsvorteile** im automatischen Nachgreifen, in der Griffkraft und insgesamt in der Handnutzung. Eine Versicherte kann nicht auf ein Hilfsmittel verwiesen werden, dass die Greiffunktion weniger der Greiffunktion eines nicht behinderten Menschen angleicht als ein beantragtes Hilfsmittel.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer myoelektrischen Unterarmprothese mit I-Limb-Puls-Hand zu versorgen.

4. Bewegungstrainer

LSG Thüringen, Urteil v. 28.10.2014 - L 6 KR 131/11 **RID 15-01-109**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I, 33

Eine Versicherte, die geh- und stehunfähig ist und in einer angepassten Sitzschale mit Untergestell oder im Schieberollstuhl passiv fortbewegt wird, hat keinen Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit einem **fremdkraftbetriebenen, therapeutischen Bewegungstrainer** zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (§ 33 I 1 1. Alt. SGB V), wenn die begehrte Versorgung nicht geeignet ist, eine physikalische Therapie wesentlich zu fördern oder die Behandlungsfrequenz zu verringern.

SG Nordhausen, Urt. v. 17.11.2010 - S 19 KR 531/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

5. Hörgeräte: Folgenabwägung/Zumutbarkeit vorläufiger Versorgung mit Festbetragshörgerät

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 11.11.2014 - L 9 KR 323/14 B ER **RID 15-01-110**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Leitsatz: Zur Entscheidung über die Gewährung von Hörgeräten in **Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes**.

SG Berlin, Beschl. v. 19.08.2014 - S 76 KR 226/14 ER - wies den Antrag ab, das ***LSG*** die Beschwerde zurück. Es verneinte einen Anordnungsanspruch, da mit einer stattgebenden Entscheidung eine endgültige Vorwegnahme der Hauptsache verbunden wäre, weil der vom Ast. geltend gemachte Anspruch nicht nur in vollem Umfang erfüllt würde, sondern die einstweilige Versorgung für die Ag. auch nicht ohne eine erhebliche Kostenbelastung rückgängig zu machen wäre. Die Ag. wäre auf den Weg des Schadensersatzes nach § 935 ZPO verwiesen, der bei so teuren Hilfsmitteln wie im vorliegenden Fall (5.670,00 € im Jahre 2013) regelmäßig nur schwer durchzusetzen wäre. Es bedürfe der Beweiserhebung durch ein Sachverständigengutachten. Auch sei die Ag. bereit, dem Ast. mit den getesteten zuzahlungsfreien Geräten zu versorgen; diese Geräte habe der vom Ast. ausgewählte Leistungserbringer für den hier maßgeblichen Behinderungsausgleich als ausreichend beschrieben. Vor diesem Hintergrund sei es dem Ast. bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens zuzumuten, von dieser Bewilligung Gebrauch zu machen, die bewilligten Hilfsmittel anzunehmen und seinen Versorgungsanspruch mit der von ihm gewünschten Alternativversorgung in einem Hauptsacheverfahren weiterzuverfolgen.

6. Glukosemess-System

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.12.2014 - L 1 KR 25/13 **RID 15-01-111**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 21/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 33, 135

Das Hilfsmittel eines **Glukosemess-Systems (CGM-[=Continuous Glucose Monitoring]-System)** ist nicht in allen Fällen des Diabetes Typ 1 (u.U. mit Insulinpumpenversorgung) mit Hypoglykämiewahrnehmungsstörung erforderlich und geboten. Zu dieser Erkrankung muss jedenfalls die besondere **Risikodiagnose** der Gefahren der unvorhersehbaren schweren **Hypoglykämien** hinzutreten, der auch nicht mit der zumutbaren normalen Blutzuckermessung von maximal zehn am Tag ausreichend entgegen gewirkt werden kann. Gehört ein Versicherter nicht zu dieser Risikogruppe, so besteht jedenfalls bereits aus diesem Grund kein Versorgungsanspruch.

SG Berlin, Urt. v. 07.12.2012 - S 86 KR 1962/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

VI. Heilmittel

1. Epilation des (männlichen) Barthaares transsexueller Menschen durch Kosmetikstudio

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.05.2014 - L 16 KR 453/12 **RID 15-01-112**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 15 I, 27; SGG § 99

Im Wechsel von der Laserepilation zur Nadelepilation liegt eine **Klageänderung** i.S.d. § 99 I 1 SGG, weil statt der vom Sachleistungsanspruch als neuer Methode nicht umfassten Laserepilation (wieder) die Nadelepilation verlangt wird, die grundsätzlich vom Leistungskatalog der GKV umfasst ist. Eine zulässige Klageänderung entbindet das Gericht nicht von der Verpflichtung, die Zulässigkeit der geänderten Klage zu prüfen. Hier fehlt es an der Durchführung des Verwaltungsverfahrens hinsichtlich der Gewährung einer Barthaarentfernung mittels Nadelepilation außerhalb des Sachleistungssystems.

Eine **Nadelepilation** (bzw. die entsprechende Kostenübernahme) kann mangels behandlungsbereiter Ärzte aufgrund Systemversagens auch durch ein **Kosmetikstudio** beansprucht werden. Eine Krankenkasse ist verpflichtet, einer Versicherten einen behandlungsbereiten Arzt zu benennen. § 75 I SGB V betrifft nur den Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag der KV im Verhältnis zu den Kassen.

Das Erfordernis der Entfernung des (männlichen) Barthaares durch **Nadelepilation** ergibt sich aus der **Transsexualität** und nicht etwa aus einer daneben bestehenden psychischen Erkrankung. Alternative Behandlungsmöglichkeiten bestehen erwiesenermaßen nicht. Insb. die Laserepilation scheidet (ungeachtet der im Zusammenhang mit § 135 SGB V bestehenden rechtlichen Problematik) aus medizinischen Gründen aus.

Die 1955 geb. Kl. gehört nach § 8 Transsexuellengesetz dem weiblichen Geschlecht an. Sie begehrt die Gewährung einer Nadel- bzw. Elektroepilation als Sachleistung bzw. die Übernahme der dadurch entstehenden Kosten. ***SG Gelsenkirchen***, Urt. v. 26.06.2012 - S 41 KN 781/10 KR - verpflichtete die Bekl., die Kosten einer Barthaarepilation nach Maßgabe des Kostenvoranschlages des Hautzentrums I v. 01.12.2011 zu übernehmen. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

2. Anspruch auf podologische Leistungen bei MS-Patienten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.07.2014 - L 9 KR 54/11 **RID 15-01-113**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 34; GG Art. 3 I

Die **HeilmRL** können **podologische Leistungen** bei MS von der Verordnungsfähigkeit in der GKV ausschließen.

Für MS-Patienten beruht ein Anspruch auf podologische Leistungen auf dem Zusammenspiel von § 14 SGB IX und §§ 61 ff. SGB XII (Hilfe zur Pflege), wenn ein **pflegerischer Bedarf** im Bereich der Fußpflege besteht, weil die Zehennägel infolge einer gravierenden Adipositas nicht selbst geschnitten werden können und MS-bedingte Missempfindungen in den Händen darüber hinaus das eigenständige Schneiden der Zehennägel ausschließen.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 61 ff. SGB XII stehen zu den podologischen Leistungen nach dem SGB V in einem **Nachrangverhältnis** (§ 2 I SGB XII). Der **Träger der Sozialhilfe** wird daher nur zuständig, wenn – wie hier – kein Anspruch aufgrund des SGB V gegeben ist.

Der Anspruch auf podologische Leistungen als Hilfe zur Pflege richtet sich allerdings nicht gegen den Träger der Sozialhilfe, sondern gegen die beklagte **Krankenkasse**, wenn diese es versäumt hat, den **Leistungsantrag** an den zuständigen Träger **weiterzuleiten**, sodass sie nach § 14 II 1 SGB IX im Außenverhältnis zur Klägerin selbst für die Leistungen zuständig wurde.

SG Berlin, Gerichtsb. v. 18.01.2011 - S 81 KR 1478/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., die Kl. mit Leistungen der medizinischen Fußpflege (einmal monatlich) zu versorgen.

VII. Häusliche Krankenpflege/Reha-Maßnahmen

Nach BSG, Urt. v. 27.11.2014 - ***B 3 KR 6/13 R*** - hat sich mit der **Bekanntgabe des Schiedsspruchs** der **Verwaltungsakt zur Bestimmung der Schiedsperson erledigt** und ist die dagegen gerichtete Anfechtungsklage unzulässig geworden. Die „Bestimmung“ zur Schiedsperson verleiht dem Ernannten einen öffentlich-rechtlichen Status, kraft dessen er die Vertragsbeziehung zwischen dem Leistungserbringer und den Krankenkassen verbindlich gestalten kann. Für die Wirksamkeit der Entscheidungen der Schiedsperson kommt es nicht auf die Rechtmäßigkeit ihrer Bestimmung, sondern nur auf deren Wirksamkeit an. Als Folge der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson war deren Wirksamkeit zunächst suspendiert (§ 86a I SGG), ist mit der Vollziehungsanordnung des Ministeriums aber wieder aufgelebt und hat bis zur Bekanntgabe des Schiedsspruchs bestanden. Die Schiedsperson durfte (und musste) daher tätig werden. Ihre Tätigkeit in Form des Schiedsspruchs bleibt nach allgemeinen öffentlich-rechtlichen Grundsätzen wirksam, auch wenn nachträglich gerichtlich festgestellt würde, dass die Bestimmung nicht fehlerfrei erfolgt ist. Andernfalls ginge die Anordnung der sofortigen Vollziehung ebenso ins Leere wie der in vergleichbaren Konstellationen gesetzlich angeordnete Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen die Bestimmung einer Schiedsperson.

Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - ***B 1 KR 8/13 R*** - besteht ein Anspruch auf Übernahme der **Fahrkosten** zu **ambulanten Behandlungen** nicht, weil die vom Versicherten zu leistenden **Zuzahlungen** die **Fahrkosten überstiegen** (§ 60 I 3 SGB V). Die Eigenbeteiligung ist - anders als bei **stationsersetzender Behandlung** (§ 60 II 1 Nr. 4 SGB V) - nicht auf die erste und letzte Fahrt beschränkt. Eine stationsersetzende Behandlung setzt voraus, dass durch die ambulante Behandlung eine an sich gebotene Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist. „An sich geboten“ ist die Krankenhausbehandlung, wenn sie aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

1. Häusliche Krankenpflege

a) Behandlungssicherungspflege: Spezielle Krankenbeobachtung eines Kleinkindes

LSG Sachsen, Beschluss v. 13.11.2014 - L 1 KR 260/14 B ER **RID 15-01-114**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 37 II 1; SGG § 86b II 1; GG Art. 19 IV

Leitsatz: 1. Drohen im Einzelfall ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Beeinträchtigungen, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr zu beseitigen wären, darf die Sach- und Rechtslage im Rahmen der Prüfung des **Anordnungsanspruches** nicht nur summarisch geprüft werden, sondern muss vollumfänglich erfolgen. Ist dem Gericht eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, so ist anhand einer **Folgenabwägung** zu entscheiden. Dabei sind die grundrechtlichen Belange des Antragstellers umfassend in die Abwägung einzustellen.
2. Die **Beobachtung** eines Versicherten durch eine medizinische Fachkraft wird grundsätzlich von dem Anspruch auf **Behandlungssicherungspflege** erfasst, wenn die medizinische Fachkraft wegen der Gefahr von ggf. lebensgefährdenden Komplikationen jederzeit einsatzbereit sein muss. Soweit die HKP Richtlinien medizinisch notwendige Maßnahmen von der häuslichen Krankenpflege ausnehmen, sind sie für die Gerichte nicht bindend (Anschluss an BSG, Urteile vom 17.03.2005 - B 3 KR 35/04 R - juris Rn. 23 und vom 10.11.2005 - B 3 KR 38/04 R - juris Rn. 19).
3 Die Bejahung eines Anordnungsgrundes scheidet grundsätzlich aus, soweit **Leistungen für die Vergangenheit** begehrt werden.
4. Das **Eilverfahren** ist nicht der geeignete Ort zur Durchführung umfangreicher **Beweisaufnahmen**.

Die 2013 geb. Ast. u. Bf. leidet unter einer chronischen Niereninsuffizienz bei schwerer körperlicher und geistiger Retardierung bei multizystischer Enzephalopathie. Seit Juni 2013 ist sie schwerpflegebedürftig; im Dezember 2013 erlitt sie eine Aspiration mit nachfolgender Aspirationspneumonie. Sie leidet unter rezidivierendem Erbrechen unklarer Genese und es besteht eine Trinkschwäche. Nachts erhält die Beschwerdeführerin zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondenkost. ***SG Chemnitz***, Beschl. v. 15.10.2014 - S 15 KR 439/14 ER - lehnte den Antrag ab, das ***LSG*** verpflichtete die Ag. im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, der Ast. vorläufig ab 13.11.2014 bis zum 10.02.2015 täglich zehn Stunden häusliche Krankenpflege durch eine medizinische Fachkraft an sieben Tagen pro Woche zu gewähren, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

b) Gefahr unvorhersehbar auftretender lebensbedrohlicher Situationen

SG Berlin, Urteil v. 07.11.2014 - S 89 KR 1954/11 **RID 15-01-115**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I, 37; SGG §§ 54 IV, 106 I

Leitsatz: Ein Anspruch eines Versicherten auf häusliche Krankenpflege (**Behandlungspflege**) besteht schon dann, wenn aufgrund seiner Erkrankung unvorhersehbar jederzeit **lebensbedrohliche Situationen** auftreten können, die eine sofortige pflegerische/ärztliche Intervention erfordern. Soweit nach den HKP-Richtlinien solche Situationen **„täglich“** auftreten müssen, ist hiermit eine Anforderung formuliert, die den Rahmen der **gesetzlichen Vorgabe überschreitet**.

Das ***SG*** gab der Klage statt.

2. Reha-Maßnahmen: Gutachten bei Schmerzerkrankung/Kein Anspruch auf „Obergutachten“

LSG Hamburg, Urteil v. 20.11.2014 - L 1 KR 22/13 **RID 15-01-116**
Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 4/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 11 II, 27 I 1 u. 2 Nr. 6, 40 I u. II

An der grundsätzlichen Eignung eines **psychosomatischen Gutachters** bestehen bei **Schmerzerkrankungen** keine Zweifel, da diese oftmals psychische und somatische Ursachen aufweisen.

Ein grundsätzlicher Anspruch auf ein **„Obergutachten“** besteht nicht. Liegen bereits mehrere Gutachten vor, ist das Tatsachengericht vielmehr nur dann zu weiteren Beweiserhebungen verpflichtet, wenn die vorhandenen Gutachten grobe Mängel oder unlösbare Widersprüche im Bereich der Befunderhebung enthalten und von unzutreffenden sachlichen Voraussetzungen ausgehen oder Anlass zu Zweifeln an der Sachkunde des Gutachters geben (BSG, Beschl. v. 08.12.2009 - B 5 R 148/09 B - juris).

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten für eine im Jahr 2008 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme. ***SG Hamburg***, Urt. v. 14.11.2012 - S 37 KR 926/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - ***B 1 A 1/14 R*** - ist eine Satzungsänderung nicht zu genehmigen, die eine **Kostenübernahme für künstliche Befruchtung** bei versicherten Paaren **in auf Dauer angelegter Lebensgemeinschaft** vorsieht. Das Gesetz ermächtigt lediglich zu „zusätzlichen“ Leistungen kraft Satzung, z.B. zur Übernahme von nicht nur 50 v.H., sondern 75 v.H. der notwendigen Kosten. Die Satzung sollte dagegen gesetzesfremde Leistungen ermöglichen. Die Begrenzung auf miteinander verheiratete Eheleute und eine homologe Insemination prägt den gesetzlichen Anspruch auf künstliche Befruchtung. Ihm liegt verfassungskonform die Ehe als rechtlich verfasste Paarbeziehung von Mann und Frau zugrunde. Nach BSG, Urt. v. 27.11.2014 - ***B 3 KR 1/13 R*** u. ***B 3 KR 3/13 R*** - besteht ein Vergütungsanspruch nur, wenn die Regelung des GBA über die **Mindestmengen bei Knie-TEP** nicht erfüllt sind. Die Implantation von Knie-TEPs bei Gonarthrosen wird nicht vom **Versorgungsauftrag für Chirurgie** sowie für die Versorgung in den Schwerpunkten Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie und Unfallchirurgie umfasst, sondern gehört zur **Orthopädie**. Die Festlegungen im Krankenhausplan zu den Fachgebieten und Schwerpunkten beruhten hier auf der Weiterbildungsordnung 1995. Nach BSG, Urt. v. 27.11.2014 - ***B 3 KR 12/13 R*** - sind die **Kosten für Medikamente** nicht mit der Vergütung der stationären Behandlung abgegolten, die sich unmittelbar an die ambulant vom Chefarzt des Krankenhauses durchgeführte Chemotherapie angeschlossen hat, wenn diese **ambulante Chemotherapie** nicht durch das Krankenhaus, sondern durch einen bei ihr tätigen, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung **ermächtigten Krankenhausarzt** durchgeführt worden ist. Der Umstand, dass die Versicherte wegen unvorhersehbarer Komplikationen bei der Verabreichung der Infusionen **stationär behandelt** werden musste, führt nicht dazu, dass die gesamte Versorgung im Rechtssinne als einheitliche Behandlung zu werten ist. Nur dann wären die Gesamtkosten einschließlich der benötigten Arzneimittel durch die Krankenhausvergütung gedeckt. Nach BSG, Urt. v. 27.11.2014 - ***B 3 KR 7/13 R*** - ist dem Zweck der Beschleunigung von Abrechnungsprüfungen und der zeitnahen Herstellung von Klarheit für alle Beteiligten genügt, wenn die **Krankenkasse selbst dem Krankenhaus innerhalb der Frist von sechs Wochen nach Rechnungseingang mitteilt, dass sie dem MDK einen konkreten Prüfauftrag erteilt hat.** Das Krankenhaus weiß dann, dass es mit einer Prüfung rechnen muss, und wird nicht schlechter gestellt, als wenn es dieselbe Information vom MDK direkt erhält, wie dies in § 275 Ic 2 SGB V als Regelfall vorgesehen ist. Der Wortlaut dieser Vorschrift ist nicht dahin zu verstehen, dass ausschließlich und nur der MDK den Prüfauftrag dem Krankenhaus anzeigen darf.

1. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V a.F.)

a) Teams mit internistischen Subspezialisierungen: Leistungen nebeneinander berechnungsfähig

SG Dresden, Urteil v. 28.11.2014 - S 18 KR 14/13 **RID 15-01-117**

Berufung zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 116b

Nach Nr. 5.1 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM sind in internistischen **schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften**, entgegen der Präambel 13.1 Nr. 3 und 4 und den Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von 2.1.3 und 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen, **Leistungen** aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten und/oder dem Abschnitt 13.2.1 **nebeneinander berechnungsfähig**. Dies bedeutet, dass Abrechnungspositionen, die nach der Abrechnungssystematik des EBM bestimmten Fachgruppen bzw. Internisten mit verschiedenen Schwerpunkten vorbehalten sind und im selben Behandlungsfall bei Erbringung der Leistung durch denselben Arzt oder durch mehrere Ärzte derselben Fachgruppe bzw. derselben internistischen Schwerpunktbezeichnung nicht nebeneinander abgerechnet werden dürfen, gleichwohl in fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Praxen mit angestellten Ärzten und medizinischen Versorgungszentren je an der Behandlung teilhabender Arztgruppe bzw. je internistischem Schwerpunkt abgerechnet werden können. Zwar können diese Leistungen nicht je Arztfall separat abgerechnet werden, jedoch dürfen sie im selben Behandlungsfall wie ein jeweils gesonderter Behandlungsfall je Arztgruppe bzw. je internistischem Schwerpunkt, die in die

Behandlung einbezogen sind, geltend gemacht werden. Diese Regelung ist wegen der Vergleichbarkeit des fachgruppenübergreifenden Behandlungsgeschehens auf die **ambulante Behandlung im Krankenhaus** durch interdisziplinär zusammengesetzte Teams aus Fachärzten verschiedener Fachrichtungen und entsprechend anwendbar. Dies folgt aus § 116b V 2 SGB V a.F. („hat ... zu entsprechen") (Anschluss an SG Lübeck, Urt. v. 26.06.2014 - S 3 KR 992/11 -).

Die Beteiligten streiten über die Vergütung ambulanter Behandlungen im Krankenhaus in vier Behandlungsfällen. Das kl. Universitätsklinikum wurde 2008 gemäß § 116b SGB V u.a. zur ambulanten Behandlung von Patienten mit Mukoviszidose und pulmonaler Hypertonie bestimmt. Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. 251,13 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Vergütung onkologischer Leistungen nur nach EBM

LSG Hessen, Urteil v. 19.12.2013 - L 8 KR 328/12 **RID 15-01-118**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 116b; GG Art. 3 I

Maßstab der Abrechnung der nach § 116b II SGB V a.F. teilenehmen Krankenhäuser ist allein der EBM. Die auf der **Onkologie-Vereinbarung** 1989 beruhenden Abrechnungsziffern 86.500 und 86.501 stellen eine für Hessen geltende und damit landesspezifische Vergütungsregelung dar, die nicht Gegenstand des EBM ist und nur für die vertragsärztliche Versorgung gelten. Eine vollständige **Gleichstellung der Vergütung** der teilnehmenden Krankenhäuser mit der Vergütung ambulanter onkologischer Leistungen niedergelassener Vertragsärzte ist nicht geboten

Zwischen den Beteiligten ist der Anspruch der Kl. auf Vergütung der ambulanten onkologischen Behandlung von zwei Versicherten der Bekl. nach den sog. hessenspezifischen Abrechnungsziffern 86.500 und 86.501 streitig. ***SG Kassel***, Urt. v. 03.08.2012 S 5 KR 338/09 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Fehlendes Arbeitsverhältnis des Operateurs zum Krankenhaus unerheblich

LSG Hessen, Urteil v. 16.05.2014 - L 1 KR 341/11 **RID 15-01-119**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 12/15 R (alt: B 3 KR 22/14 R)

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 107 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 21

Der Umstand, dass der **die Operation durchführende Arzt** nicht in einem **Arbeitsverhältnis** zum Krankenhaus steht, führt nicht zum Ausschluss der Vergütung. Denn die Struktur des Leistungserbringungsrechts der Krankenhäuser, insb. der § 109 SGB V, geht zunächst von der Verpflichtung und zugleich der Berechtigung zur Leistungserbringung von Krankenhäusern im Rahmen ihres Versorgungsvertrages aus (vgl. BSG, Urt. v. 24.07.2003 - B 3 KR 28/02 R - SozR 4-5565 § 14 Nr. 3, Rn. 15). Dem Recht zur Leistungserbringung folgt dann bereits aus dem Gesetz auch der Anspruch auf Vergütung. Seine **Beschränkungen** müssen daher ebenfalls **gesetzlich vorgesehen** sein. Ohne eine solche Beschränkung bleibt es bei dem Grundsatz, dass erlaubt ist, was nicht verboten wurde.

SG Darmstadt, Urt. v. 31.08.2011 - S 10 KR 241/07 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., an den Kl. 8.165,91 € zu zahlen.

b) Nachweis der Krankenversicherung: Grundsätze zum Beweis des ersten Anscheins

SG Berlin, Urteil v. 20.11.2014 - S 72 KR 2300/11 **RID 15-01-120**

Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 9 KR 494/14 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 5 I Nr. 13 Buchst. a, VIIIa, 39 I 2, 109 IV; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 2

Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungssystematik und des Sinn und Zwecks der **Auffangpflichtversicherung** des § 5 I Nr. 13 SGB V erscheint fraglich, ob der **Krankenhausträger** insoweit **beweisbelastet** ist, d.h. ob er positiv nachzuweisen hat, dass die Voraussetzungen des § 5 I Nr. 13 SGB V vorliegen und auch kein Ausschlusstatbestand eingreift (für eine derartige Beweislast vgl. SG Köln, Urt. v. 30.10.2012, juris Rn. 18 ff.), oder ob nicht vielmehr umgekehrt vom

Eingreifen des Auffangtatbestands auszugehen ist, so lange eine anderweitige Absicherung nicht nachweislich besteht.
Letztlich kann hier jedoch dahin stehen, ob diese Überlegungen in Fällen der vorliegenden Art zu einer Beweislastumkehr führen. Denn jedenfalls ist in dem hier zu beurteilenden konkreten Einzelfall in Anwendung der **Grundsätze zum Beweis des ersten Anscheins (sog. prima facie-Beweis)** anzunehmen, dass die Patientin nach Ablauf der Pflichtversicherung am 30.11.2007 keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall begründet hat.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. 34.395,62 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Keine Aufrechnung mit umstrittener Rückforderung

LSG Bayern, Urteil v. 23.09.2014 - L 5 KR 322/10 **RID 15-01-121**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 69 I 3, 112 II 1; BGB §§ 387 ff.

Ein Zahlungsanspruch erlischt nicht durch **Aufrechnung**, wenn die Gegenforderung nicht fällig ist. Fälligkeit liegt nicht vor, wenn die **Pflegesatzvereinbarung** bestimmt, dass im Falle einer **unberechtigte Rechnungslegung** das Krankenhaus die ursprüngliche Rechnung storniert, eine neue Rechnung ausstellt und den zu viel erhaltenen Betrag innerhalb von drei Wochen zurück zahlt, im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung drei Wochen ab Rechtskraft der Entscheidung (echte vertragliche Fälligkeitsbestimmung i.S.v. § 271 BGB), und das Krankenhaus aufgrund des Dissenses noch keine neue Rechnung ausgestellt hat. Solange keine **neue Rechnung** ausgestellt ist, wird die Rückforderung auch nicht fällig.

SG Nürnberg, Urt. v. 10.06.2010 - S 11 KR 516/09 - gab der Klage statt (Verurteilung zur Zahlung des Differenzbetrages von 1.582,05 €), das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

d) Fälligkeit einer Rückforderung nach Beanstandung

SG Augsburg, Urteil v. 26.03.2013 - S 12 KR 164/09 **RID 15-01-122**

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 350/13 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; BGB §§ 387 ff.

Wird in einer **Pflegesatzvereinbarung** bestimmt, dass, stellt sich im Nachhinein heraus, dass durch das Krankenhaus eine unberechtigte Rechnungslegung erfolgte, das Krankenhaus die ursprüngliche Rechnung storniert, eine neue Rechnung ausstellt und den zu viel erhaltenen Betrag innerhalb von drei Wochen zurück zahlt, so ist daraus zu schließen, dass bei **Beanstandungen**, und zwar selbst dann, wenn sie unbestritten sind, die Rückforderung nicht schon mit Beanstandung und Fristsetzung **fällig** wird, sondern erst, nachdem das Krankenhaus von sich aus die Rechnung storniert hat. Auch wenn eine Forderung bestritten ist, tritt keine sofortige Fälligkeit ein.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an den Kl. 2.064,47 € zu zahlen zzgl. Zinsen; auf die Widerklage stellte es fest, dass der Kl. im Fall C. (17 - 23.09.2004) zu Unrecht den Verlegungsabschlag nach § 3 II 1 KFVP 2004 nicht in Abzug gebracht hat; im Übrigen wies es die Widerklage ab.

e) Zinsanspruch: Ausschluss durch den Grundsatz von Treu und Glauben

SG Hannover, Urteil v. 28.10.2014 - S 67 KR 636/12 **RID 15-01-123**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I 1, 69, 112, 275, 276, 301; BGB § 242; SGG §§ 67, 197a

Leitsatz: 1. Zum Anspruch eines Krankenhausträgers auf Zinsen bezüglich Vergütung für Krankenhausbehandlung. Der **Zinsanspruch** besteht nach dem **niedersächsischen Landesvertrag** grundsätzlich unabhängig vom Eintritt eines Verzugs nach gesetzlichen Regelungen und unabhängig von einem Verschulden.
2. Der Zinsanspruch des Krankenhausträgers auf Zinsen bezüglich Vergütung für Krankenhausbehandlung kann nach dem Grundsatz von **Treu und Glauben** durch das Verhalten im vorgerichtlichen MDK-Prüfverfahren ausgeschlossen sein.

3. Die **Übersendungspflicht** bezüglich Sozialdaten/Behandlungsunterlagen im Rahmen des Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1c SGB V gehört zu den im Rahmen von Treu und Glauben verletzbaren Pflichten.
4. Das Krankenhaus hat Sozialdaten/Behandlungsunterlagen im vorgerichtlichen Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V nur zu übersenden, wenn hierfür ein begründeter Anlass vorliegt und eine begründete und klar umrissene **Anforderung des MDK** gemäß § 276 Abs. 2 SGB V vorliegt.
5. Eine allgemein gehaltene **Generalanfrage** nach (weiteren) medizinischen Unterlagen ohne konkreten Bezug zum Behandlungsfall löst keine Übersendungspflicht des Krankenhauses aus.
6. Zur **Kostentragungspflicht** für das gerichtliche Verfahren gemäß § 197a SGG, § 155 Abs. 4 VwGO.

Das kl. Krankenhaus begehrt die Zahlung von Zinsen auf einen Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung. Das ***SG*** wies die Klage ab.

3. Fallpauschalen

a) Fallzusammenführung bedingt Abrechnung mit nur einer Fallpauschale

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.12.2014 - L 1 KR 330/13 **RID 15-01-124**

Revision anhängig: B 1 KR 13/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b

Wird ein Patient oder eine Patientin aus einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus verlegt und von diesen innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum eines ersten Krankenhausaufenthalts in dieses Krankenhaus zurückverlegt (**Rückverlegung**), hat das wiederaufnehmende Krankenhaus nach § 3 III FPV 2009 die Falldaten des ersten Krankenhausaufenthalts und aller weiteren, innerhalb dieser Frist in dieses Krankenhaus aufgenommenen Fälle zusammenzufassen und eine Neueinstufung nach den Vorgaben des § 2 IV 1 – 6 in eine Fallpauschale durchzuführen sowie Abs. 2 Satz 1 anzuwenden. Dabei ist die Verweildauer der Versicherten um die Tage zu kürzen, in denen keine medizinische Behandlungsbedürftigkeit bestand.
Die Regelung des § 3 FPV 2009 ist, wie die Regelung des § 2 II 1 FPV 2009, so angelegt, dass über die **Fallzusammenführung** anhand von DRG-Nummern und konkreten Fristen entschieden wird. Nur so können die Entscheidungen im Massengeschäft der Abrechnung durch die EDV getroffen werden. **Beurteilungsspielräume** der Betroffenen und somit Streit zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sollen auf diese Weise vermieden werden. Dieses Ziel würde konterkariert, wenn jeweils im Einzelfall geprüft werden müsste, ob es sich bei einer innerhalb der 30-Tage-Frist liegenden Rückverlegung tatsächlich um eine Rückverlegung im eigentlichen Sinne handelt, weil geprüft werden müsste, ob tatsächlich die medizinische Notwendigkeit einer Verlegung der Versicherten in ein anderes Krankenhaus bestand oder ob die Versicherte hätte entlassen werden können.

SG Potsdam, Urt. v. 26.09.2013 - S 3 KR 143/11 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, den insoweit noch offenen Betrag in Höhe von 1.322,97 € (10.249,02 € - 8.926,05 € <Betrag nach Aufrechnung>) nebst Zinsen zu zahlen. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

b) Fallzusammenführung: Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten/Wirtschaftlichkeitsvorbehalt

SG Mainz, Urteil v. 22.10.2014 - S 3 KR 438/12 **RID 15-01-125**

juris
SGB V §§ 12 I 2, 27 I 1 u. 2 Nr. 5, 39 I 2, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b II 1; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Wenn die Voraussetzungen für eine **Fallzusammenführung** nach der jeweils geltenden Fallpauschalenvereinbarung (FPV) nicht vorliegen, kommt eine entsprechende Minderung des Vergütungsanspruchs auf Grund „fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens“ nicht in Betracht (Entgegen BSG vom 1.7.2014 - B 1 KR 62/12 R - SozR 4-2500 § 12 Nr. 4).
2. Die vom BSG entwickelte Rechtsfigur des **„fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens“** stellt eine Abrechnungsbestimmung dar, die weder eine gesetzliche noch eine vertragliche Grundlage hat.

3. Der auf den Behandlungsanspruch des Versicherten bezogene **Wirtschaftlichkeitsvorbehalt** des § 12 Abs. 1 S. 2 SGB V bezieht sich nur auf den jeweiligen Behandlungsfall.

c) Primäraufrechnung mit Gegenforderung/Kodierung einer Nebendiagnose bei bekannter Krankheit

SG Würzburg, Urteil v. 20.11.2014 - S 11 KR 431/13 **RID 15-01-126**
juris
SGB V §§ 27 I 1, 39 I, 109 IV

Leitsatz: 1. Soweit sich eine beklagte Krankenkasse gegenüber einer Klage auf Zahlung der Vergütung für eine stationäre Behandlung ausschließlich im Rahmen der **Primäraufrechnung** mit einer **Gegenforderung** verteidigt, bedarf es bezüglich des Bestehens der Hauptforderung keiner weiteren tatsächlichen Feststellungen.
2. Ein Krankenhaus ist unter Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2012 berechtigt, eine **Nebendiagnose** auch dann zur Abrechnung eines stationären Krankenhausaufenthaltes zu kodieren, wenn die Krankheit bereits vorher bekannt war und während des stationären Aufenthaltes lediglich **medikamentös weiterbehandelt** wurde, es sei denn diese medikamentöse Behandlung hätte zur Behandlung der Hauptdiagnose sowieso erbracht werden müssen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.593,50 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Voraussetzungen der Nebendiagnose D62 (akute Blutungsanämie)

LSG Hessen, Urteil v. 30.10.2014 - L 8 KR 370/11 **RID 15-01-127**
Revision anhängig: B 1 KR 41/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 109 IV; KHEntgG §§ 7 S. 1 Nr. 1

Eine **Nebendiagnose** liegt vor, wenn die der Nebendiagnose zugrunde liegenden Erkrankung als solche zu diagnostischem Aufwand geführt hat. Bei einer Kreuzung des Blutes ist dies der Fall. Um Blutkonserven zur Verfügung stellen zu können, muss im Vorfeld bei dem Patienten eine Verträglichkeitsprüfung hinsichtlich der Blutgruppe im AB0-System, Rhesus-System und Kell-System erfolgen, was auch die Durchführung eines Antikörpersuchtests beinhaltet. Die Identität des Patienten muss im Labor zum wiederholten Male überprüft werden; erst dann kann die Blutprobe gekreuzt werden. Der Aufwand entsteht völlig unabhängig davon, ob die Blutkonserve letztlich einem Patienten verabreicht wird.

SG Fulda, Urt. v. 20.09.2011 - S 4 KR 75/10 - RID 12-01-165 verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.503,17 € (Differenz zwischen DRG F59A und DRG F54Z) nebst Zinsen zu zahlen. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

e) Beatmung (DRG E40C): Phasen der Spontanatmung

SG Aachen, Urteil v. 02.12.2014 - S 13 KR 121/14 **RID 15-01-128**
Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 751/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3

Die Abrechenbarkeit der **DRG E40C** setzt u.a. voraus, dass die Patienten mehr als 24 Stunden beatmet werden. Soweit in dem Zeitraum der Beatmung auch **Phasen der Spontanatmung** sind, sind diese beatmungsfreien Intervalle bei der Berechnung der Beatmungsdauer hinzuzählen; sie gehörten im konkreten Beatmungsfall zur Entwöhnung.
Der Umstand, dass die DRG E40C u.a. eine „Beatmung 24 Stunden“ voraussetzt, bedeutet nicht, dass eine maschinelle Beatmung länger als 24 Stunden fortlaufend durchgeführt worden sein muss. Die DRG-Voraussetzung wird erfüllt, wenn die **Gesamtbeatmungsdauer** mehr als 24 Stunden beträgt. Die Gesamtbeatmungsdauer erfasst sowohl die Zeiten der BiPAP-Beatmung (hier: 17 Stunden, 20 Minuten) als auch die beatmungsfreien Zwischenzeiträume (hier: 8 Stunden, 40 Minuten), insgesamt 26 Stunden.

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

f) Kodierung eines Knochenbruchs (ICD-Kode S72.3/ICD-10 M96.6)

SG Berlin, Urteil v. 19.09.2014 - S 89 KR 1936/11 **RID 15-01-129**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b; BGB § 242

Ein **Knochenbruch** soll nicht mit mehr als einem, diesen Bruch als solchen beschreibenden ICD-Kode kodiert werden. In den DKR wird der medizinischen und damit meist organspezifischen Kodierung prinzipiell der Vorrang vor der komplikationsspezifischen Kodierung eingeräumt. Im vorliegenden Fall ist der **ICD-Kode S72.3** in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung die spezifischere Kodierung, da aus ihm sowohl der Knochenbruch als auch dessen genaue Lokalisation hervorgeht. Demgegenüber ergibt sich aus dem Kode **ICD-10 M96.6** (Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte) nicht, welcher Knochen genau von dem Bruch betroffen ist. Zusätzlich zum ICD-Kode S72.3 darf hier der **Sekundärkode Y96!** (Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung) kodiert werden.
Das **Vertrauen der Krankenkasse** ist in den endgültigen Abschluss eines Abrechnungsfalles nur dann schutzwürdig, wenn sie die Rechnung des Krankenhauses vollständig bezahlt hat (Anschluss an LSG Hamburg, Urt. v. 20.02.2014 - L 1 KR 34/12 - RID 14-02-162, juris Rn. 20 f. - Revision anhängig: B 1 KR 21/14 R).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 2.395,07 € einschließlich Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab.

4. Aufwandspauschale

a) Fehlerhaftigkeit der Rechnung: Streitige Hauptdiagnose

SG Hannover, Urteil v. 23.09.2014 - S 67 KR 522/11 **RID 15-01-130**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 275 Ic 3; BGB § 242

Leitsatz: 1. Zum Anspruch eines Krankenhausträgers auf die **Aufwandspauschale** gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V bei Krankenhausbehandlung im Falle einer streitigen, nicht erlösrelevanten Diagnose.
2. Ein Anspruch auf die Aufwandspauschale besteht nicht, wenn die MDK-Prüfung durch eine nachgewiesene **Fehlerhaftigkeit der Rechnung** des Krankenhauses veranlasst worden ist. Eine nachgewiesene Fehlerhaftigkeit liegt nicht vor, wenn die vom MDK (und in der Folge von der Krankenkasse) als falsch monierte **Diagnose** zwischen Krankenkasse und Krankenhaus **streitig** ist und zur Aufklärung dieser Frage aufwändige Ermittlungen durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens erforderlich sind.
3. Es ist mit dem Zweck von § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V unvereinbar, zur Klärung der Frage, ob eine nicht erlösrelevante, streitige Diagnose fehlerhaft ist, **aufwändige Ermittlungen** durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens durchzuführen.
4. Zur **Widerklage** einer Krankenkasse auf Rückzahlung von Vergütung für Krankenhausbehandlung bei einer Klage eines Krankenhausträgers auf Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V.
5. Der **Grundsatz von Treu und Glauben** nach § 242 BGB und der in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufgezeigte Zeitrahmen bei Korrektur einer Schlussrechnung (Bundessozialgericht, Urteil vom 13. November 2012, B 1 KR 6/12 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 27) ist auf den Fall einer Widerklage einer Krankenkasse gegen die Klage eines Krankenhausträgers auf Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V übertragbar, wenn die Krankenkasse nach vollständiger Vergütung des Behandlungsfalles erstmals im Klagverfahren medizinische Einwendungen geltend macht, die zu einer geringer wertigeren Fallpauschale führen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Anlass zur Einleitung der MDK-Prüfung/Prozesszinsen

SG Mainz, Urteil v. 22.10.2014 - S 3 KR 288/14 **RID 15-01-131**

Berufung zugelassen
juris
SGB V §§ 39 I 2, 69 I 3, 275 I Nr. 1, Ic, 301; BGB §§ 187 I, 291 S. 1; SGG § 94 I

Leitsatz: 1. Der Anspruch auf die **Aufwandspauschale** nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V entsteht unabhängig davon, ob die Krankenkasse durch eine fehlerhafte Abrechnung oder unzureichende bzw. fehlerhafte Angaben **Anlass** zur Einleitung der MDK-Prüfung gehabt hat (Anschluss an SG Mainz vom 14.6.2013 - S 17 KR 58/12 - NZS 2013, 822; SG Speyer vom 18.6.2014 - S 19 KR 229/12; entgegen BSG vom 22.6.2010 - B 1 KR 1/10 R - BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3). Der Anspruch ist insbesondere auch dann nicht ausgeschlossen, wenn eine nicht erlöswirksame sekundäre Fehlbelegung in der Abrechnung nicht berücksichtigt wurde.
2. **Prozesszinsen** nach § 69 Abs. 1 S 3 SGB V i.V.m. § 291 BGB sind ab dem Tag der **Rechtshängigkeit** zu zahlen, nicht erst ab dem ersten Tag nach Rechtshängigkeit (Anschluss an BSG vom 23.3.2006 - B 3 KR 6/05 R - BSGE 96, 133 = SozR 4-7610 § 291 Nr. 3; entgegen BGH vom 24.1.1990 - VIII ZR 296/88 - NJW-RR 1990, 518; BVerwG vom 4.12.2001 - 4 C 2/00 - BVerwGE 115, 274).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl. wird verurteilt, der Kl. 300 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

5. Entgeltliche Zuweisung von Patienten über Komplexgebühren für Vor-/Nachbehandlung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 04.11.2014 - L 5 KR 141/14 ER-B **RID 15-01-132**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 73 VII, 115a; UWG §§ 3, 8 I; SGG § 86b II

Leitsatz: Eine Klinik, die in Rahmenvereinbarungen für von ihr als „vor- bzw. nachstationäre Auftragsleistungen“ bezeichnete Leistungen **niedergelassenen Ärzten Komplexgebühren zusichert**, obwohl es sich bei diesen Leistungen um Leistungen handelt, die der Vertragsarzt ohnehin im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erbringen müsste (und von der KV vergütet bekäme), verspricht in Wirklichkeit eine rechtswidrige Zuweiservergütung.
Eine **entgeltliche Zuweisung von Versicherten** liegt auch dann vor, wenn dem Vertragsarzt für das Ausfüllen statistischer Erhebungsbögen Gebühren zugesichert werden, die außer Verhältnis zum Arbeitsaufwand stehen.

SG Karlsruhe, Beschl. v. 13.12.2013 - S 5 KR 4074/13 ER - lehnte den Antrag der Krankenhausträger (Ast.) auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gerichtet auf Untersagung des Abschlusses derartiger Kooperationsverträge (Ag. zu 1, Trägerin eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses, und 2, Trägerin einer konzessionierten Privatkrankenanstalt gemäß § 30 GewO) bzw. der Unterstützung beim Abschluss solcher Verträge (Ag. zu 3, Trägerin eines MVZ) ab, das ***LSG*** untersagte den Ag. zu 1 und 2, mit niedergelassenen Vertragsärzten Vereinbarungen über deren Beauftragung zur Erbringung vor- und nachstationärer Leistungen für die A. Klinik in Form der Rahmenvereinbarungen Modell zu schließen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

6. Durchführung eines Schlichtungsverfahrens als Zulässigkeitsvoraussetzung

SG Mainz, Urteil v. 12.12.2014 - S 3 KR 398/14 **RID 15-01-133**

juris
SGB V §§ 69 I 3, 275c; GG Art. 19 IV, 20 III; KHG §§ 17c, 18a I; SGG §§ 54 IV, 114 II 1; BGB § 812

Leitsatz: 1. Klagen, mit denen Krankenhausträger nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V eine streitig gebliebene Vergütung fordern, sind unzulässig, wenn vor Klageerhebung kein **Schlichtungsverfahren** nach § 17c Abs. 4 KHG durchgeführt wurde und der Wert der Forderung 2.000 Euro nicht übersteigt (§ 17c Abs. 4b S. 3 KHG).
2. Die Anwendbarkeit der Sachurteilsvoraussetzung des § 17c Abs. 4b S. 3 KHG hängt nicht davon ab, ob die Schiedsstelle oder der Schlichtungsausschuss der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen förmlich angezeigt hat, dass sie **„funktionsfähig errichtet“**

seien bzw. die Aufgaben der Schlichtung tatsächlich übernehmen könnten (Entgegen BSG vom 8.10.2014 - B 3 KR 7/14 R - zur Veröffentlichung in SozR 4-5560 § 17c Nr. 2 vorgesehen).
3. § 17c Abs. 4b S. 3 KHG verstößt nach Einführung der Auffangzuständigkeit der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 KHG in § 17c Abs. 4 S. 10 KHG nicht gegen den allgemeinen **Justizgewährungsanspruch** (Art 2 Abs. 1 GG i.V.m. dem Rechtsstaatsprinzip). Art 19 Abs. 4 GG ist in der vorliegenden Konstellation nicht einschlägig (so bereits SG Mainz vom 8.6.2014 - S 3 KR 645/13 = KrV 2014, 171; entgegen u.a. SG Karlsruhe vom 24.2.2014 - S 5 KR 4463/13 = KrV 2014, 74; SG Berlin vom 25.3.2014 - S. 182 KR 2450/13; Bayerisches LSG vom 26.5.2014 - L 5 KR 124/14 B = GesR 2014, 440 ; SG Ulm vom 9.7.2014 - S 8 KR 4113/13).
4. Von § 17c Abs. 4b S. 3 KHG werden Klagen, mit denen **Erstattungsansprüche von Krankenkassen** gegen Krankenhausträger aus ungerechtfertigter Bereicherung nach § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 812 Abs. 1 S. 1 Variante 1 BGB geltend gemacht werden, nicht erfasst (entgegen SG Gelsenkirchen vom 4.3.2014 - S 41 KR 419/13).
5. Die **Sachurteilsvoraussetzung** des § 17c Abs. 4b S 3 KHG muss auch nicht vorliegen, wenn der Krankenhausträger die verrechnete, als solche unstreitige Forderung im Klagewege geltend macht (entgegen BSG vom 8.10.2014 - B 3 KR 7/14 R - zur Veröffentlichung in SozR 4-5560 § 17c Nr. 2 vorgesehen).
6. Nach Durchführung eines Schlichtungsverfahrens ist die **Leistungsklage** nach § 54 Abs. 4 SGG die statthafte Klageart, mit der ein Anspruch auf Vergütung einer Krankenhausbehandlung verfolgt werden kann. Es ist nicht erforderlich, eine „Entscheidung“ der Schiedsstelle oder des Schlichtungsausschusses zunächst im Wege der Anfechtungsklage nach § 54 Abs. 1 S. 1 SGG zu beseitigen.
7. Bei fehlender Durchführung eines Schlichtungsverfahren ist das **Gerichtsverfahren** nicht zur nachträglichen Herbeiführung der Zulässigkeitsvoraussetzung auszusetzen (entgegen SG Dresden vom 20.2.2014 - S 18 KR 1051/13 = KHE 2014/9; SG Augsburg vom 23.7.2014 - S 10 KR 411/13; SG Neuruppin vom 5.6.2014 - S 20 KR 12/14).

Das ***SG*** wies die Klage als unzulässig ab.

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

1. Apotheken

a) Apothekenabschlag 2009 und fristgerechte Zahlung

SG Berlin, Urteil v. 10.11.2014 - S 81 KR 2981/13 **RID 15-01-134**

Sprungrevision anhängig: B 3 KR 13/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 129 II, V, 130 I, III

Leitsatz: Die Vorschrift des § 130 Abs. 3 SGB V, wonach der **Apothekenabschlag** bei nicht **fristgerechter Zahlung** der Vergütung entfällt, findet keine Anwendung auf Fälle, in denen die Vergütung durch **Änderung der Berechnungselemente** nachträglich neu festgesetzt wird (hier: rückwirkende Änderung der Höhe des Apothekenrabatts für das Jahr 2009).

Der kl. Apotheker macht – als Musterverfahren für insgesamt 946 bundesweit erhobene Klagen von Apothekern – gegen die bekl. Krankenkassen Vergütungsansprüche aus dem Jahr 2009 geltend. Die Beteiligten streiten um Bestand oder Fortfall des sog. Apothekenrabatts nach § 130 I SGB V. Das ***SG*** wies die Klage ab.

S. auch SG Aachen, Urt. v. 19.08.2014 - S 13 KR 396/13 - RID 14-04-138, Sprungrevision anhängig: B 3 KR 17/14 R.

b) Kollusives Zusammenwirken bei Lieferung von Bluttestreifen: Rechtsweg/Schadenshöhe

SG Würzburg, Urteil v. 18.11.2014 - S 6 KR 438/09 **RID 15-01-135**

juris
SGB V §§ 31 I 5, 33 I, 69 I 3, 129 II; BGN §§ 249, 812 ff., 823 II; StGB § 263; SGG § 51 I Nr. 2

Leitsatz: 1. Wer sich zur Lieferung von **Bluttestreifen** in das **öffentlich-rechtliche System** einklinkt und sich dessen bedient, kann sich bei der Rückabwicklung nicht darauf berufen, außerhalb des öffentlich-rechtlichen Systems gewirkt zu haben.

2. Ein **öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch** besteht im Fall des **kollusiven Zusammenwirkens zweier Leistungserbringer** gegen beide Leistungserbringer.
3. Ein dem Grunde nach bestehender öffentlich-rechtlicher **Erstattungsanspruch** ist nicht auf den **Betrag** beschränkt, der sich aus der Differenz der gezahlten Vergütung und der geschuldeten Vergütung ergibt, falls die Leistungserbringer vertragstreu abgerechnet hätten.
4. Ein durch eine kollusive Abrechnung eingetretener **Schaden** wird nicht dadurch in Frage gestellt, dass der Krankenkasse bei einer vertragsgemäßen Abrechnung Kosten entstanden wären.

Die Kl. ist eine Krankenkasse mit Sitz in Hessen. Der Bekl. zu 1) betrieb im Freistaat Bayern eine Apotheke. Die Bekl. zu 2), die gleichfalls ihren Sitz im Freistaat Bayern hat, war im Handelsregister für den Handel mit medizinischen Hilfsmitteln eingetragen und dem bayer. Arzneimittelversorgungsvertrag beigetreten. Der Arzneimittelversorgungsvertrag sah für die Zeit vom April 2004 bis Juni 2006 in Bayern höhere Abgabepreise als in Hessen für die Abgabe von Blutzuckerteststreifen vor. Vom März 2005 bis Juni 2006 lieferte die Bekl. zu 2) an Versicherte der Kl. Blutzuckerteststreifen aus. Die entsprechenden ärztlichen Verordnungen leitete die Bekl. zu 2) an den Bekl.. zu 1) weiter, der diese teilweise mittels Tipp-Ex bearbeitete und sodann bei der Kl. zur Abrechnung über die Abrechnungsstelle einreichte. Die Kl. zahlte an den Bekl. zu 1) den höheren bayerischen Vergütungspreis aus. Zeitgleich mit der Weitergabe der ärztlichen Verordnung an den Bekl. zu 1) stellte die Bekl. zu 2) dem Bekl. zu 1) die bereits an Versicherte der Kl. versandten Blutzuckerteststreifen in Rechnung. Das von dem Bekl. zu 1) zu entrichtende Entgelt betrug den hessischen Vergütungspreis zuzüglich der Hälfte des Differenzbetrages zwischen bayerischem und hessischem Vergütungspreis. Aufgrund der Senkung der bayerischen Preise zum Juli 2006 wurde die Abrechnungspraxis des Bekl. zu 1) und der Bekl. zu 2) eingestellt. ***LG Würzburg***, Urt. v. 27.10.2009 - 5 KLs 711 Js 26333/06 - verurteilte den Bekl. zu 1) und den damalige Geschäftsführer der Bekl. zu 2) jeweils zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und neun Monaten und zu einer Gesamtgeldstrafe von 630 Tagessätzen zu jeweils 100 € bzw. 60 € wegen Betrugs. Ausweislich des Strafurteils wurden von März 2005 bis Juni 2006 für Blutzuckerteststreifen gegenüber der Kl. 1.226.665,59 € abgerechnet. Wären die hessischen Preise zugrunde zu legen gewesen, hätte sich ein Abrechnungsbetrag von 1.138.232,83 €, mithin eine Differenz von 88.432,67 € ergeben. Als Bewährungsauflage wurde dem Bekl. zu 1) und dem damaligen Geschäftsführer der Bekl. zu 2) jeweils auferlegt, den anteiligen Schaden in Höhe von 44.216,34 € binnen drei Monate ab Rechtskraft des Urteils wiedergutzumachen. Das ***SG*** verurteilte die Bekl. als Gesamtschuldner, an die Kl. 1.138.232,91 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Verhängung einer Vertragsstrafe durch Verwaltungsakt (Unzulässige Leistungsklage)

SG Mannheim, Urteil v. 21.01.2015 - S 9 KR 3065/13 **RID 15-01-136**

juris

SGB V § 129; SGG § 54

Eine Krankenkasse muss eine **Vertragsstrafe** gegen eine **Apothekerin** durch einen **Verwaltungsakt** festsetzen. Aufgrund des zwingenden gesetzlichen Auftrags, Regelungen über Vertragsmaßnahmen vorzusehen (§ 129 IV SGB V), ist die für ein vertragliches Gleichordnungsverhältnis vorausgesetzte Privatautonomie in einem wesentlichen Punkt beschränkt, so dass sich die „Verhängung“ der Vertragsstrafe auf Basis des Rahmenvertrags als Ausübung hoheitlicher Gewalt darstellt. Indem die Vertragsparteien hierfür im Rahmenvertrag genauere Modalitäten vereinbaren, liegt auf Apothekenseite eine **Beleihung** vor. Dies hat zur naheliegenden Konsequenz, dass die Verhängung einer Vertragsstrafe durch die Krankenkasse nur in der Rechtsform eines anfechtbaren Verwaltungsaktes erfolgen kann. Für eine allgemeine **Leistungsklage** fehlt es daher am notwendigen **Rechtsschutzbedürfnis**.
Kann dem Rahmenvertrag zur Arzneimittelversorgung nicht entnommen werden, bei welcher Verfehlung eine Vertragsstrafe fällig wird und wie diese bemessen werden soll, so ist die Regelung zu **unbestimmt**. Es ist Sache der Vertragspartner, die vertragsstrafenwürdigen Verfehlungen entweder tatbestandlich genauer zu bezeichnen und die Grundsätze zur Bemessung und Begrenzung der Vertragsstrafe vertraglich festzulegen oder aber insoweit der Kassenseite ein Bestimmungsrecht (§ 315 I BGB) einzuräumen.
Soweit die Verhängung einer Vertragsstrafe durch die Kasse nur **„im Benehmen“** mit dem Landesapothekerverband erfolgen kann, reicht eine schlichte Anhörung nicht aus.
Eine **Vertragsstrafe** kann, von besonders schwerwiegenden Einzelfällen abgesehen, nur in Betracht kommen, wenn zuvor (fruchtlos) eine **Verwarnung** ausgesprochen worden ist.

Das ***SG*** wies die Klage einer Krankenkasse mit dem Antrag, die bekl. Apothekerin zu verurteilen, an sie eine Vertragsstrafe von 6.560 € nebst Zinsen zu zahlen, ab.

2. Arzneimittelhersteller: Auslegung einer Vergleichsvereinbarung zu Arzneimittel-Rabattverträgen

SG Würzburg, Urteil v. 18.11.2014 - S 6 KR 232/13 **RID 15-01-137**

juris

SGB V § 130a VIII; BGB §§ 133, 157, 242, 397

Leitsatz: 1. Welche Rechtsqualität und welchen Umfang eine **Ausgleichsklausel** hat, ist durch Auslegung zu ermitteln.
2. Ein **übereinstimmender Wille** der an dem Abschluss eines Vertrages beteiligten Parteien geht dem Vertragswortlaut vor, wenn die Parteien ihren übereinstimmenden Willen einander zu erkennen gegeben haben.
3. Ist ein übereinstimmender Wille jenseits des **Wortlauts** des Vertragstextes nicht feststellbar, hat sich die Vertragsauslegung in erster Linie auf den von den Parteien gewählten Wortlaut der Vereinbarung zu richten.

Das ***SG*** wies die Klage mehrerer Krankenkassen auf Zahlung von 3.719.013,42 € wegen vereinbarter Rabatte, die vor einem Vergleich angefallen seien und von diesem nicht erfasst würden, ab.

3. Orthopädietechniker: Wirksamkeit eines Schuldanerkenntnisses nach Abrechnungsbetrug

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 12.06.2014 - L 5 KR 702/13 **RID 15-01-138**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69, 126, 127; BGB §§ 780, 781, 812

Zumindest in den Fällen, in denen ein **Schuldanerkenntnis** letztlich der Realisierung eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs bzw. eines zuvor bestandenen Anspruchs gemäß § 812 BGB dienen soll, ist ein Schuldanerkenntnis in entsprechender Anwendung der §§ 780,781 BGB grundsätzlich auch im **Verhältnis Krankenkasse und Leistungserbringer** zulässig (wohl verneinend LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.11.2010 - L 1 KR 72/09 - RID 11-01-171).
Ein auf einen eingeräumten **Abrechnungsbetrug** hin abgegebenes **selbständiges Schuldanerkenntnis** ist nicht wegen Verstoßes gegen die **guten Sitten** gemäß § 138 Abs. 1 BGB unwirksam.

Streitig ist, ob die Bekl. dem Kl., der seitens der Bekl. 1997 zunächst die Zulassung, Versicherte mit orthopädischen Schuhzurichtungen und Schuhreparaturen zu versorgen, und 1999 die Zulassung für die Anfertigung, Instandsetzung und Abgabe von orthopädieschuhtechnischen Hilfsmitteln erhielt, Zahlungen i.H.v. insgesamt 106.071,59 €, die aufgrund eines Schuldanerkenntnisses erfolgt sind, zurückzuzahlen hat. 2008 wurde über das Vermögen des Klägers das Insolvenzverfahren wegen Zahlungsunfähigkeit eröffnet und der Geschäftsbetrieb gemäß § 35 II InsO aus der Insolvenzmasse freigegeben. Seit September 2008 ist die Beigel. Inhaberin der Firma Orthopädie Schuhtechnik Q O. Betriebsleiter am Betriebssitz in M ist der Orthopädieschuhmachermeister K L und Betriebsleiter am Betriebssitz in I ist der Kl. Nachdem der Bekl. erhebliche Ausgabensteigerungen für orthopädieschuhtechnische Leistungen aufgefallen waren, für die der Kl. als mitverantwortlich angesehen wurde, da er im Vergleich zu anderen Orthopädieschuhmachern deutlich höhere Kosten verursachte, ermittelte die Bekl. für die Zeit von 1997 bis Juni 2001 mit ihr vom Kl. insgesamt abgerechnete Kosten i.H.v. 652.296,99 DM für 961 Behandlungsfälle. Verglichen mit den durchschnittlichen Fallwerten für entsprechende Versorgungen stellte die Beklagte einen Schaden durch zu hohe Abrechnungen i.H.v. 438.707,40 DM fest. Außerdem überprüfte die Beklagte 19 Versorgungsfälle und gelangte zu dem Ergebnis, es lägen zahlreiche Beanstandungen vor, da die Versorgungen nicht den Abrechnungen entsprächen und teilweise auch Mängel vorlägen. Von den für die überprüften Versorgungen in Rechnung gestellten 41.930,92 DM seien 14.395,42 DM zu Unrecht abgerechnet worden. Im August 2001 unterzeichnete der Kl. Schuldanerkenntnis über 184.000 DM und ratenweise Tilgung. ***SG Dortmund***, Urt. v. 08.02.2012 - S 13 KR 1/07 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück. ***BSG***, Beschl. v. 27.11.2014 - B 3 KR 22/14 B - juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

4. Krankenfahrdienst: Kein Anspruch auf Vergütungsvereinbarung für sog. Treppenpauschale

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 12.12.2014 - L 4 KR 2189/13 **RID 15-01-139**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 133

L**eitsatz**: Zum (hier verneinten) Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung zwischen einem Krankenfahrdienst und einer Krankenkasse über eine Treppenpauschale für Transporte von nicht umsetzbaren Rollstuhlfahrern.

SG Karlsruhe, Urt. v. 22.04.2013 - S 5 KR 4252/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

X. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - ***B 1 KR 35/13 R*** - hat ein Versicherter keinen Anspruch, anstelle der **elektronischen Gesundheitskarte** (eGK) eine Nachweisberechtigung entsprechend der bisher gültigen Krankenversichertenkarte ohne Lichtbild und eGK-Chip zur Verfügung gestellt zu bekommen. Die Gesetzesnormen sehen keine den Kläger erfassenden Ausnahmereglungen vor. Sie verletzen nicht das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung. Die eGK ist in ihrer gegenwärtigen Gestalt und ihren gegenwärtigen und zukünftigen Pflichtangaben und Pflichtanwendungen durch überwiegende Allgemeininteressen gerechtfertigt. Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - ***B 1 KR 20/13 R*** - gilt für die **Rückerstattung von Erstattungszahlungen** nach § 264 VII SGB V, die ein Sozialhilfeträger gegenüber der Krankenkasse geltend macht, die **Ausschlussfrist** von einem Jahr (§ 111 S 1 SGB X). Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - ***B 1 KR 13/13 R*** - ist § 111 SGB X als Ausschlussfrist bei der Geltendmachung von Erstattungsansprüchen im gesetzlichen Auftragsverhältnis nach § 264 II bis VII 7 SGB V nicht anwendbar. Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B 1 KR 12/14 R** - kann ein Sozialhilfeträger zwar als nachrangig verpflichteter Leistungsträger von der Krankenkasse Erstattung beanspruchen, wenn sie auf Grund einer bestehenden Familienversicherung vorrangig für die geleistete Krankenbehandlung zuständig war. Der Anspruch erlischt aber innerhalb der **Ausschlussfrist** von einem Jahr (§ 111 S 1 SGB X). Der Einwand unzulässiger Rechtsausübung ist ausgeschlossen, wenn der Sozialhilfeträger es selbst versäumt hat, die sozialversicherungsrechtlichen Verhältnisse zu prüfen.

1. Keine Rabattgutscheine für Einrichtungshäuser oder Freizeitaktivitäten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.12.2014 - L 1 KR 361/12 **RID 15-01-140**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 1, 4 III, 65a; SGB I §§ 13, 14, 15 I u. III; SGB IV § 30 I; SGB X § 86; UWG § 3 I

Leitsatz: Krankenkassen handeln wettbewerbswidrig, wenn sie um Versicherte konkurrieren, indem sie diesen Rabatte und Vorteile bei dem Bezug von Leistungen in Aussicht stellen, die außerhalb des gesetzlichen Leistungsspektrums der GKV stehen.

Um neue Versicherte zu gewinnen, hatte die AOK Bayern ihren Mitgliedern Rabatte und Sonderkonditionen vermittelt, beispielsweise für Möbel- und Bekleidungshäuser, Frisörbesuche, Textilreinigungen sowie Berg- und Sommerrodelbahnen. Hiergegen klagten sechs Ersatzkassen. ***SG Berlin***, Urt. v. 10.08.2012 - S 81 KR 1280/11 - RID 12-03-183 wies die Klage des vdek als unzulässig ab und verurteilte die Bekl., es bei Vermeidung eines vom Gericht für jeden Fall der Zuwiderhandlung festgesetzten Ordnungsgeldes bis zu 250.000 € zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr zu Wettbewerbszwecken damit zu werben, dass Versicherte der Bekl. bei Dritten Rabatte oder Sonderkonditionen für Produkte und Dienstleistungen erhalten, soweit es sich nicht um Produkte und Dienstleistungen handelt, die einen Gesundheitsbezug aufweisen. Das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. u. des Kl. zu 1) zurück.

2. Kooperation über Auslandskrankenversicherungsschutz unzulässig

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 23.10.2014 - L 1/4 KR 570/12 KL **RID 15-01-141**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 A 3/14 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 89 IV

Die **Kooperation** über einen **kostenlosen privaten Auslandskrankenversicherungsschutz** für gesetzlich Krankenversicherte durch die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht rechtmäßig. Es gibt keine Rechtsgrundlage, die ein Recht auf einen solchen Vertragsabschluss begründet; es handelt sich dabei nicht um eine Aufgabe aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, vielmehr soll die Vereinbarung den Versicherten gesetzesfremde Leistungen ermöglichen.

Die Kl. als Versicherungsnehmerin schloss mit der K. Krankenversicherung a.G. im Oktober 2007 eine Vereinbarung über einen weltweiten Auslandsreisekrankenversicherungsschutz für urlaubs- und berufsbedingte

Reisen ihrer Mitglieder sowie deren Familienangehörige. Nach § 1 des Vertrages sind alle Mitglieder des Versicherungsnehmers sowie deren Familienangehörige, die nach § 10 SGB V einen Anspruch auf Familienversicherung haben, versichert. Die Kl. zahlt hierfür je versicherte Person pro Versicherungsjahr 4 €. Mit Verpflichtungsbescheid der Bekl. wurde die Kl. verpflichtet, die Vereinbarung mit der K. Krankenversicherung a.G. über einen Auslandskrankenversicherungsschutz spätestens zum 31.12.2012 zu beenden. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

3. Erstattungsstreitigkeiten

a) Rückerstattungsanspruch bei Zahlung nach Ausschlussfrist

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.09.2014 - L 11 KR 2398/13 **RID 15-01-142**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt. B 1 KR 138/14 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X §§ 111, 112

Leitsatz: Zahlt ein Leistungsträger nach Ablauf der **Ausschlussfrist** des § 111 SGB X, begründet dies einen **Rückerstattungsanspruch** nach § 112 SGB X. Die Geltendmachung dieses Rückerstattungsanspruches ist keine **unzulässige Rechtsausübung**, selbst wenn die Zahlung nur deshalb verspätet erfolgte, weil die am Erstattungsverfahren Beteiligten übereinstimmend von einer unzutreffenden Auslegung des § 111 SGB X ausgegangen sind.

SG Mannheim, Urt. v. 26.04.2013 - S 14 KR 1604/12 - gab der Klage der BG gegen die Krankenkasse statt, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

b) Geltendmachen einer Erstattungsforderung innerhalb der Ausschlussfrist

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.11.2014 - L 4 KR 5373/12 **RID 15-01-143**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB X §§ 105 I 1, 111 S. 1

Leitsatz: Ein Erstattungsanspruch ist nicht wirksam geltend gemacht, wenn der **Unfallversicherungsträger** die Krankenkasse **im Unklaren** lässt, ob (anerkannte) Unfallfolgen und eingetretene Folgeerkrankungen auf den (anerkannten) Arbeitsunfall zurückzuführen sind sowie dass dem Unfallhergang entscheidende Bedeutung zukommen kann.

Die kl. Unfallkasse begehrt von der bekl. Krankenkasse die Erstattung von 17.957,59 € für (Sach-)Leistungen (1.011,14 € für Physiotherapie, 639,24 € für logopädische Behandlung, 15.776,38 € für stationäre Behandlungen, 9,13 € für Hilfsmittel und 521,70 € für Transportkosten), die sie dem Versicherten in der Zeit v. 05.01.2005 bis 10.07.2007 erbracht hat. ***SG Mannheim***, Urt. v. 06.12.2012 - S 2 KR 1495/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Krankengeld: Erneute Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei überfülltem Wartezimmer

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.10.2014 - L 11 KR 1242/14 **RID 15-01-144**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 20/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 44

Leitsatz: Ein Versicherter der GKV erfüllt seine Obliegenheit, zur Aufrechterhaltung seines Anspruchs auf Krankengeld seine Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf jedes Krankengeldbewilligungsabschnitts erneut ärztlich feststellen zu lassen, wenn er am letzten Tag der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit seinen Hausarzt aufsucht, dort im (überfüllten) Wartezimmer längere Zeit wartet, mit dem Arzt spricht und auf dessen Vorschlag eine Fortsetzung des Termins mit Feststellung der Arbeitsunfähigkeit direkt am Folgetag stattfindet.

SG Stuttgart, Urt. v. 27.02.2014 - S 23 KR 1298/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., dem Kl. Krankengeld für die Zeit vom 10.12.2010 bis 25.03.2011 zu gewähren.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. (Zahn-)Ärztliche Behandlung

a) Lucentis (Makuladegeneration): Keine Beschränkung auf ausgeeinzeltes Arzneimittel

BSG, Urteil v. 02.09.2014 - B 1 KR 11/13 R **RID 15-01-145**
SozR 4-2500 § 13 Nr. 32 = ZMGR 2014, 420 = KrV 2014, 254 = NZS 2015, 26

Leitsatz: 1. Erkranken Versicherte, haben sie gegen ihre Krankenkasse einen **konkreten Individualanspruch auf Krankenbehandlung**, nicht bloß ein subjektiv öffentlich-rechtliches Rahmenrecht oder einen Anspruch dem Grunde nach.
2. Kann ein Versicherter seinen Anspruch auf gebotene vertragsärztliche **Versorgung mit einem Fertigarzneimittel** wegen grundlosen Fehlens einer Abrechnungsposition nicht verwirklichen, hat er Anspruch **auf Kostenerstattung oder -freistellung** für entsprechende selbst beschaffte privatärztliche Verordnung und Behandlung.
3. Will eine Krankenkasse **Mehrkosten** eines Kostenerstattungsanspruchs aufgrund einer fälligen, eventuell aber überhöhten ärztlichen **Privatabrechnung** vermeiden, muss sie dem Versicherten **Kostenfreistellung für den Rechtsstreit** über die Abrechnung anbieten.

Parallelverfahren:
BSG, Urteil v. 02.09.2014 - B 1 KR 65/12 R **RID 15-01-146**
juris

b) Zahnärztliche Behandlung

aa) Versorgung mit Goldinlays bei Allergiker und fehlender Alternative

BSG, Urteil v. 02.09.2014 - B 1 KR 3/13 R **RID 15-01-147**
BSGE = SozR 4-2500 § 28 Nr. 8

Leitsatz: 1. Versicherte haben wegen Systemversagens Anspruch auf Versorgung mit **Einlagefüllungen**, wenn deren Ausschluss aus dem Leistungskatalog durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gegen höherrangiges Recht verstößt und die Versorgung individuell erforderlich ist.
2. Das **Wirtschaftlichkeitsgebot** schließt einen Anspruch Versicherter auf medizinisch alternativlose Versorgung mit Einlagefüllungen nicht aus.

bb) Kein erhöhter Zuschuss für besonders schwere Fälle bei ZE (Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte)

BSG, Urteil v. 02.09.2014 - B 1 KR 12/13 R **RID 15-01-148**
juris = SuP 2014, 776

Die krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen im Bereich des **Zahnersatzes**, die einen nicht möglichst vollständigen Ausgleich einer bestehenden Behinderung, sondern nur eine teilweise Erstattung der tatsächlich entstehenden Kosten für die Regelversorgung vorsehen, verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht.

2. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Vergütung nur in Höhe fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens

BSG, Urteil v. 01.07.2014 - B 1 KR 62/12 R **RID 15-01-149**
BSGE = SozR 4-2500 § 12 Nr. 4 = GesR 2014, 695

Leitsatz: 1. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten **unwirtschaftlich**, kann es auch nach Einführung des diagnose-orientierten **Fallpauschalensystems** von der Krankenkasse allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem **wirtschaftlichem Alternativverhalten** angefallen wäre.
2. Das im Recht der Krankenversicherung gesetzlich zugelassene **Vertragsrecht** ist kein Mittel, um das umfassend geltende **Wirtschaftlichkeitsgebot** zu unterlaufen.

b) Keine Verwirkung des Herausgabeanspruchs von Behandlungsunterlagen vor Verjährungsende

BSG, Urteil v. 01.07.2014 - B 1 KR 48/12 R **RID 15-01-150**
4-2500 § 276 Nr. 6 = SGb 2014, 499 = NZS 2014, 780 = KHE 2014/62

Leitsatz: 1. Der Anspruch der Krankenkasse auf **Herausgabe von Behandlungsunterlagen** eines Krankenhauses an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Prüfung der Richtigkeit der Abrechnung eines Behandlungsfalls und auf Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung ist nicht allein deshalb **verwirkt**, weil die Krankenkasse ihn erst kurz vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist geltend macht.
2. Das aus dem Rechtsstaatsprinzip und dem allgemeinen Gleichheitssatz folgende **Gebot der „Waffengleichheit“** wirkt einer Ungleichgewichtslage zwischen den Parteien eines Prozesses entgegen, geht aber den gesetzlichen Wertungen des SGB V zum Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen nicht vor (Abgrenzung zu BSG vom 28.2.2007 - B 3 KR 12/06 R = BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr. 1).

c) Voraussetzungen einer Verwirkung eines Erstattungsanspruchs

BSG, Urteil v. 01.07.2014 - B 1 KR 2/13 R **RID 15-01-151**
NZS 2014, 821

Das Rechtsinstitut der **Verwirkung** passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Es findet nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung, etwa wenn eine Nachforderung eines Krankenhauses nach vorbehaltlos erteilter Schlussrechnung außerhalb des laufenden Haushaltsjahres der Krankenkassen.
Die **Zahlung der Rechnung** durch die Krankenkasse ohne Erklärung eines Vorbehalts begründet keinen Verwirkungstatbestand. Der **bloße Zeitablauf** stellt kein die Verwirkung begründendes Verhalten dar.
Die **Rechtsprechung des 3. Senats** des BSG deutet offensichtlich lediglich in obiter dicta eine **abweichende Auffassung** an.

3. Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)

a) Verzicht auf Annualisierung der Kosten unterjährig verstorbener Versicherter/Rechtsverordnung

BSG, Urteil v. 20.05.2014 - B 1 KR 16/14 R **RID 15-01-152**
BSGE = SozR 4-2500 § 266 Nr. 12 = Die Beiträge Beilage 2014, 470

Leitsatz: 1. „Festlegungen“ und „Grundlagenbescheide“ des Bundesversicherungsamts sind gerichtlich - obwohl Allgemeinverfügungen - ausschließlich bei Klagen von Krankenkassen gegen die Höhe von **Zuweisungen im Risikostrukturausgleich** mit zu überprüfen.
2. Das Bundesversicherungsamt entschied ermessensfehlerfrei in Festlegungen, bis zum Ablauf des Jahresausgleichs 2012 die **Ausgaben für unterjährig verstorbene Versicherte** für den Risikostrukturausgleich nicht zu annualisieren.
3. Ändert der parlamentarische **Gesetzgeber** selbst eine **Rechtsverordnung**, muss er in dieser nicht die Rechtsgrundlage angeben.

Parallelverfahren:
BSG, Urteil v. 20.05.2014 - B 1 KR 18/14 R **RID 15-01-153**
NZS 2014, 897

b) Vorläufigkeit der Leistungen begründet keinen Vertrauensschutz

BSG, Urteil v. 20.05.2014 - B 1 KR 2/14 R **RID 15-01-154**
juris

§§ 44 ff. SGB X finden angesichts der systemimmanenten Ausgleichsverpflichtung und Korrekturmöglichkeit im Jahresausgleich nach § 266 VI 5 SGB V i.V.m. § 33 IV RSAV keine Anwendung. Die an die Krankenkassen zu erbringenden Zuweisungen haben nur **vorläufigen Charakter**. Schon aus dem Wesen einer nur vorläufigen Bewilligung folgt, dass der Empfänger der

Leistung/Zuweisung insofern kein **Vertrauen** in das endgültige Behaltendürfen der Leistung/Zuweisung entwickeln kann. Erst der Jahresausgleichsbescheid bestimmt die endgültige Höhe der Zuweisungen. Die Grundlagenbescheide werden durch den Jahresausgleichsbescheid (oder zuvor ergangene Korrekturbescheide) korrigiert und ersetzt.

c) Konvergenzbetrag 2009/2010 rechtmäßig

BSG, Urteil v. 20.05.2014 - B 1 KR 3/14 R **RID 15-01-155**

BSGE = SozR 4-2500 § 272 Nr. 1

Leitsatz: Der **Konvergenzbetrag im Risikostrukturausgleich** ist auch bei bundesweit oder länderübergreifend tätigen Krankenkassen ohne länderspezifische Morbiditätsdaten der Versicherten zu ermitteln.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 20.05.2014 - B 1 KR 4/14 R **RID 15-01-156**

4. Erstattungspflicht nach dem BVG: Allgemeine Zweckidentität und Leistungsvoraussetzung

BSG, Urteil v. 02.09.2014 - B 1 KR 30/13 R **RID 15-01-157**

juris

Der **Erstattungsanspruch** nach § 18c V 2 BVG setzt voraus, dass die beteiligten Leistungsträger derselben Person gegenüber zur Erbringung zeitlich und sachlich **kongruenter Leistungen** verpflichtet sind (vgl. BSG, Urt. v. 20.4.1988 - 3/8 RK 14/86 - USK 8884; BSG SozR 3-3100 § 18c Nr. 3 S. 10 f.) und sachliche Kongruenz besteht zwischen den tatsächlich erbrachten Leistungen (hier des Kl.) und den Leistungen, die ohne diese Leistungserbringung von einem anderen Träger (hier der Bekl.) erbracht worden wären (vgl zum Ganzen BSG SozR 4-3100 § 18c Nr. 2 Rn. 15).

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf der Approbation

a) Keine Bindung an weniger gravierende Maßnahmen im KV-Bereich

VGH Bayern, Beschluss v. 29.10.2014 - 21 ZB 14.1953 **RID 15-01-158**
juris
BÄO § 5 II 1; VwGO §§ 86 I, 124 II Nr. 1, 3 u. 5

Eine Vertragsärztin, die die Nr. 01734 EBM bei einer Vielzahl von Patientinnen ab dem Alter von 50 Jahren mehrmals im Jahr in Ansatz bringt, obgleich diese **Untersuchung zur Krebsfrüherkennung** vom 50. bis zum 55. Lebensjahr nur einmal jährlich und danach nur jedes zweite Jahr abgerechnet werden darf, verursacht bei der KV einen Vermögensschaden. Entsprechendes gilt für die Nr. 01740 EBM 2005 (hier: Quartale I/05 bis II/09), die je Patientin nur einmal bezogen auf die Lebenszeit abrechenbar ist.
Die Frage, ob ein Arzt durch sein Verhalten nicht mehr das Ansehen und das Vertrauen besitzt, das für die Ausübung seines Berufs unabdingbar nötig ist, und ob er deshalb unwürdig für die Ausübung dieses Berufs ist, unterliegt **objektiven Beurteilungsmaßstäben** und ist unabhängig von zufälligen Umständen des Einzelfalles wie mangelnder Kenntnis der Umgebung vom Fehlverhalten oder mangelnder Sensibilität bei dessen Einschätzung (vgl. BVerwG, Beschl .v. 06.03.2003 - 3 B 10.03 - juris). Auf Vertrauen der Patienten kommt es daher nicht an.
Die Verwaltungsgerichte und die Approbationsbehörden sind weder an die **Wertungen eines Zulassungs- oder Disziplinarausschusses der KV** gebunden noch etwa daran, dass die KV davon absieht, die Entziehung der Zulassung als Vertragsarzt beim Zulassungsausschuss zu beantragen. Das folgt ohne Weiteres daraus, dass die Entziehung der Zulassung (§ 95 VI 1 SGB V, § 27 Ärzte-ZV) und das gegen einen Arzt gerichtete Disziplinarverfahren (§ 81 V SGB V) ein anderes Ziel haben als der Widerruf der Approbation. Während es bei den zuerst genannten Maßnahmen letztlich darum geht, die Funktionsfähigkeit des Sondersystems „vertragsärztliche Versorgung“ sicherzustellen, soll die Regelung über den **Widerruf der Approbation wegen Berufsunwürdigkeit** im Interesse der Gesundheit des Einzelnen und aller Bürger das Vertrauen der Bevölkerung in die Ärzteschaft sicherstellen (vgl. BVerwG, Urt. v. 16.09.1997 - 3 C 12.95 - NJW 1998, 2756/2757). Das Verfahren zur Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung und das kassenärztliche Disziplinarverfahren umfassen mithin nicht die für einen Approbationswiderruf maßgebende Frage, ob das gezeigte Fehlverhalten **eine allgemeine berufsrechtliche Reaktion erfordert** (vgl. OVG Niedersachsen, Beschl. v. 23.7.2014 - 8 LA 142/13 - NZS 2014, 754/759 m.w.N.).

Die Kl. wendet sich gegen den Widerruf ihrer Approbation als Ärztin wegen Unwürdigkeit und Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs. Anlass des Widerrufs war ein seit April 2013 rechtskräftiges Urteil des Amtsgerichts München v. 03.04.2013, mit dem die Kl. aufgrund eines im Schuldspruch rechtskräftigen Strafbefehls desselben Gerichts vom 16.01.2013 wegen Betrugs in 20 tatmehrheitlichen Fällen zu einer auf Bewährung ausgesetzten Gesamtfreiheitsstrafe von sieben Monaten verurteilt wurde. ***VG München***, Urt. v. 22.07.2014 - M 16 K 13.5215 - wies die Klage ab, der ***VGH*** lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

b) Verurteilung wegen der unerlaubten Abgabe von Betäubungsmitteln/Berufsrechtlicher Überhang

VGH Bayern, Beschluss v. 14.11.2014 - 21 ZB 14.1072 **RID 15-01-159**
juris
VwGO § 124; BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; BtMG § 13 I; BtMVV § 5

Auch wenn die Verwaltungsgerichte nicht an die ein **Strafurteil** - hier: Verurteilung wegen der vorsätzlichen unerlaubten Abgabe von Betäubungsmitteln in 458 tatmehrheitlichen Fällen in Tatmehrheit mit vorsätzlicher unerlaubter Verschreibung von Betäubungsmitteln entgegen § 13 I BtMG in 733 tatmehrheitlichen Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren, die zur

Bewährung ausgesetzt wurde - oder einen Strafbefehl tragenden Feststellungen gebunden sind, dürfen sie diese aber regelmäßig zur Grundlage ihrer Beurteilung von **Approbationswiderrufen** machen. Etwas anders gilt nur dann, wenn gewichtige Anhaltspunkte für deren Unrichtigkeit bestehen, wovon insb. dann auszugehen ist, wenn Wiederaufnahmegründe im Sinne des § 359 StPO vorliegen oder wenn sich die offensichtliche Unrichtigkeit der strafgerichtlichen Feststellungen aufdrängt.
Die Behauptung, eine **sonntägliche Einnahme** des Substitutionsmittels in einer Apotheke sei nicht möglich, belegt schon deshalb nicht die Unrichtigkeit der strafgerichtlichen Feststellungen zur Unzulässigkeit ausgestellter Take-Home-Verschreibungen, weil das Substitutionsmittel dem Patienten gemäß § 5 VII 1 BtMVV u.a. auch in einem Krankenhaus oder in der Praxis eines Arztes zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden darf.
Ein **berufsrechtlicher Überhang** gegenüber dem bereits vom Strafgericht für die Dauer von fünf Jahren verhängten Tätigkeitsverbot als Substitutionsarzt kann angenommen werden, wenn sich sie strafgerichtliche Prognose allein auf die Gefahr weiterer Straftaten für den Fall bezieht, dass der Arzt auch zukünftig als Substitutionsarzt tätig wäre, der Widerruf der Approbation wegen Unwürdigkeit aber nach seiner Zielsetzung über diese zeitlich und auf die Tätigkeit als Substitutionsarzt beschränkte, eine Gefahr verhütende strafgerichtliche Maßnahme hinausgeht und im Interesse der Gesundheit des Einzelnen und aller Bürger das Vertrauen der Bevölkerung in die Ärzteschaft sicherstellen will.

2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen

a) Keine Weiterbildung im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit

VG Hamburg, Urteil v. 04.06.2014 - 17 K 534/13 **RID 15-01-160**
juris
HKG Hamburg §§ 29, 30, 31, 32; GG Art. 12 I

Leitsatz: Der Anspruch eines Arztes auf **Zulassung zur mündlichen Prüfung** wegen des Erwerbs einer Weiterbildungsbezeichnung setzt grundsätzlich voraus, dass die in der Weiterbildungsordnung insoweit vorgeschriebene Weiterbildungszeit ganztägig und hauptberuflich unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten absolviert worden ist. Daran fehlt es regelmäßig, wenn der Arzt mit dem Weiterbildungsbefugten im Rahmen eines gemeinsamen Projekts interdisziplinär zusammenarbeitet. Soweit die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer ein Ermessen einräumt, eine von der Weiterbildungsordnung abweichende Weiterbildung anzuerkennen, dient dies nicht dem Zweck, die strukturellen Defizite einer solchen Weiterbildung zu kompensieren. Das öffentliche Interesse an der nachweislichen Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit durch ein standardisiertes und strukturiertes Verfahren rechtfertigt den in der Nichtzulassung liegenden Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit.

b) Weiterbildung Kieferorthopädie: Klinikjahr/Gleichwertigkeit

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.09.2014 - 13 A 636/12 **RID 15-01-161**
juris
HeilBerG NRW §§ 35 I, 39

Die Regelungen der WBO-Zahnärzte Nordrhein haben faktisch zur Folge, dass der für das **Gebiet der Kieferorthopädie** weiterbildungswillige Zahnarzt stets eine mindestens **einjährige Weiterbildung an einer Hochschulklinik** abzuleisten hat. Erfolgreich abgeschlossen ist die Weiterbildung gemäß § 39 I 2 HeilBerG NRW, § 6 II WBO nach der Ablegung einer Prüfung, in welcher Inhalt, Umfang und Ergebnis der durchlaufenen Weiterbildungsabschnitte nachzuweisen und die erworbenen Kenntnisse mündlich darzulegen sind (§ 14 WBO).
Eine **gleichwertige Weiterbildung**, bei der es einer Prüfung nicht bedarf, liegt nicht bereits nach Erlangung **faktischer Kenntnisse und Fähigkeiten** vor, wie sie regelmäßig mit der langjährigen Ausübung einer **Berufstätigkeit** verbunden ist, da die Regelungen auf den Nachweis einer erfolgreich abgeschlossenen Weiterbildung abstellen. Die Weiterbildung muss zeitlich komprimiert erfolgen und kann nicht unbegrenzt über Jahre hinweg ausgedehnt werden. Nur im Rahmen einer zeitlichen Komprimierung lässt sich ein gewisser qualitativ hochwertiger Wissensstand vermitteln. Bei großer zeitlicher Streckung der Weiterbildung verlieren Nachweise über erworbene (Zusatz-)Qualifikationen ihren Aussagewert.

Von der **Gleichwertigkeit des Weiterbildungsgangs** ist auszugehen, wenn die Grundsätze der Weiterbildungsordnung für den Erwerb der vorgeschriebenen fach(zahn-)ärztlichen Kompetenz im Hinblick auf Inhalte und Zeiten gewahrt sind. Das ist insb. dann der Fall, wenn die abweichende Weiterbildung keine wesentlichen Unterschiede zur regulären Weiterbildung aufweist und deshalb geeignet ist, dem Weiterzubildenden die nach der regulären Weiterbildung erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zu vermitteln.
Die **Tätigkeit in eigener Praxis** ist nicht anrechnungsfähig.
Das in der Öffentlichkeit erweckte **Vertrauen in die besondere Qualifikation** des (Zahn-)Arztes ist auch in Ansehung der Berufsausübungsfreiheit gemäß Art. 12 I GG nur gerechtfertigt, wenn der (Zahn-)Arzt die nach der Weiterbildungsordnung formalisierte reguläre oder eine abweichende gleichwertige strukturierte Weiterbildung durchlaufen hat.
Die genaue Ausgestaltung der Facharztweiterbildung kann durch das **Satzungsrecht** der (Zahn-)Ärztekammern vorgenommen werden.

c) Anerkennung von Weiterbildungszeiten in der Schweiz (Visceralchirurgie)

VG des Saarlandes, Urteil v. 09.12.2014 - 1 K 518/13 **RID 15-01-162**
juris
WBO Saarland §§ 10, 18 III

Ist nach einer Bestimmung der WBO die von einem Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in einem der anderen Mitglieds- oder Vertragsstaaten abgeleistete **Weiterbildungszeit**, die noch nicht zu einem Ausbildungsnachweis geführt hat, auf die in der WBO festgesetzten Weiterbildungszeiten ganz oder teilweise anzurechnen, so ist diese Bestimmung **europarechtskonform** dahin auszulegen, dass der Begriff Mitgliedsstaat auch die **Schweiz** erfasst. Diese Auslegung folgt aus dem Beschluss Nr. 2/2011 des gemischten Ausschusses EU-Schweiz vom 30.09.2011 über die Änderung von Anhang III (Gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen) des Abkommens über die Freizügigkeit zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits (ABl. L 277 vom 22.10.2011, S. 20). Danach ist der Begriff Mitgliedsstaat in der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07.09.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.09.2005, S. 22) auch auf die Schweiz anzuwenden. Da die Richtlinie 2005/36/EG in Art. 25 die Weiterbildung zum Facharzt regelt, unterliegt die WBO dem Anwendungsbereich der Richtlinie und ist daher im Sinne dieser Richtlinie auszulegen.
Die **Gleichwertigkeit** ist gegeben, wenn die Grundsätze der WBO für den Erwerb der vorgeschriebenen ärztlichen Kompetenz im Hinblick auf Inhalte und Zeiten gewahrt sind. Wird ein Teil der Zeit nach den schweizerischen Bestimmungen nicht auf die Facharztweiterbildung angerechnet, ist auch keine Weiterbildungszeit nach der WBO gegeben.

3. Berufsrecht/Berufspflichten

a) Anordnung der ärztlichen Untersuchung kein Verwaltungsakt/Anforderungen

VGH Baden-Württemberg, Beschluss v. 15.12.2014 - 9 S 2073/14 **RID 15-01-163**
juris
BÄO §§ 3 I Nr. 3, 6 I Nr. 3; VwVfG § 35; SG §§ 29 III 9, 55 II; VwGO § 44a

Leitsatz: 1. Die gegenüber einem Arzt ergangene Anordnung des Landesgesundheitsamts, sich zur Klärung der **gesundheitlichen Berufseignung** fachpsychiatrisch und neurologisch **untersuchen** zu lassen, ist kein **Verwaltungsakt**.
2. Die Mitteilung des Bundesamts für das Personalmanagement der Bundeswehr, ein Arzt sei **„aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst bei der Bundeswehr vorzeitig entlassen“** worden, weckt Zweifel an der gesundheitlichen Eignung im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung mit § 3 Abs. 1 Nr. 3 BÄO und rechtfertigt grundsätzlich die Anordnung einer amts- oder fachärztlichen Untersuchung.

3. Zu den **Anforderungen** an die Begründung einer berufsrechtlichen Anordnung, sich einer Untersuchung bei einem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie zu unterziehen.

b) Informationsbeschaffung in Facharztprüfung für Arzthaftungsverfahren

Ärztliches Berufsgericht Niedersachsen, Urteil v. 08.05.2013 - BG 3/12 **RID 15-01-164**
GesR 2014, 757
BO Niedersachsen § 29 I

Die Bekanntgabe von Einzelheiten aus einem **Prüfungsgespräch zur Facharztprüfung** durch den Prüfer gegenüber Dritten stellt einen Verstoß gegen das Gebot kollegialen Verhaltens dar. Das unkollegiale Verhalten besteht insbes. darin, die Prüfungssituation auszunutzen, um bestimmte Informationen zu gewinnen (hier: Operationstätigkeit in der Abteilung des Prüflings zur Verwertung in einem Beweissicherungsverfahren, in dem ein Arzt der Abteilung als Sachverständiger auftritt, bzgl. einer Operation des Prüfers).

c) Werbung mit „Augenzentrum“ für eine augenheilkundliche Facharztpraxis zulässig

VG Düsseldorf, Urteil v. 19.09.2014 - 7 K 8148/13 **RID 15-01-165**
juris
HeilBerG NRW § 6 I 1 Nr. 6

Leitsatz: Die Werbung mit der Bezeichnung „Augenzentrum“ für eine augenheilkundliche Facharztpraxis ist nicht irreführend.

d) Fehlende Anerkennung des Obersten Sachverständigen- und Qualifikationskomitees (VEKK)

Berufsgericht für Heilberufe Berlin, Urteil v. 03.12.2014 - 90 K 7.13 T **RID 15-01-166**
juris
HochschulG Berlin § 34a I, V

Leitsatz: Vor der Obersten Interakademischen Attestationskommission (VMAK) verteidigte und von dem Obersten Sachverständigen- und Qualifikationskomitee (VEKK) verliehene akademische Grade (Doktor Nauk) und Titel (Professor) sind nicht staatlich anerkannt i.S.v. § 34 a BerlHG. Sie dürfen deshalb in Deutschland auch nicht mit Hinweis auf die verleihende Stelle (VEKK Moskau) geführt werden.

4. Heilmittelwerberecht: Belegarztklinik muss als solche erkennbar sein

LG Bochum, Urteil v. 21.08.2014 - 14 O 117/14 **RID 15-01-167**
juris
HeilMWerbG § 3 I Nr. 2a

Eine **Belegarztklinik** muss für die Patienten als solche **erkennbar** sein, da erheblich Differenzen bestehen. Zum einen ist durch das Fehlen der angestellten Ärzte eine Notfallversorgung nicht ausreichend gewährleistet. In Zeiten, in denen der Arzt selbst operiert oder mit der Behandlung beschäftigt ist, steht er für Notfallpatienten nicht zur Verfügung. Zudem ist entscheidend, dass eine einzelne Person, die zudem auch noch aufwendig beruflich tätig ist - wenn auch in denselben Räumlichkeiten -, eine 24-Stunden-Notfallversorgung sieben Tage die Woche und 52 Wochen im Jahr nicht gewährleisten kann. Weiter kommt hinzu, dass für Patienten, die eine Belegarztklinik aufsuchen, im Falle eines Behandlungsfehlers insoweit Besonderheiten auftreten, als sie nicht wie bei einem Krankenhaus mit angestellten Ärzten neben diesen auch die Klinik für etwaige Probleme in die Haftung nehmen können. Aus diesen Gründen ist eine Klarstellung erforderlich.
Die **Werbeaussage „es gibt keine hoffnungslosen Fälle“ bei Venenerkrankungen** verstößt gegen § 3 I Nr. 2a HWG. Denn mit dieser Werbung wird konkret suggeriert, dass ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden könne.

5. Strafrecht

a) BVerfG: Durchsuchung wegen des Verdachts des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 08.01.2015 - 2 BvR 2419/13 **RID 15-01-168**
juris
StGB §§ 164, 263, 278; GG Art. 13 I

Gegen einen Zahnarzt besteht ein **Anfangsverdacht** der **Ausstellung eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses**, wenn in einem Zivilprozess Unstimmigkeiten und Fehler des Gutachtens festgestellt worden, die nicht nur über denkbare wissenschaftliche Meinungsunterschiede hinausgehen, sondern auch einen Anfangsverdacht für ein **Handeln wider besseres Wissen** zu begründen vermögen und diese Indizien durch das in das Ermittlungsverfahren als Indiz eingeführte Gegengutachten zu einer vom Bf. im Jahre 2012 vorgenommenen Begutachtung nachhaltig unterstützt werden. Dass die Ermittlungen sorgfältiger hätten geführt werden können - bspw. im Hinblick auf das Vorliegen eigener Interessen des Anzeigeerstatters -, ändert nichts daran, dass insb. auf der Grundlage der von der Staatsanwaltschaft herangezogenen Gutachten der Erlass eines Durchsuchungsbeschlusses noch als **verhältnismäßig** anzusehen ist. Denn diese Gutachten stützten den Verdacht, der Bf. habe das Gutachten mit Hilfe von Textbausteinen und auf der Grundlage einer unzutreffenden Bestandsaufnahme der medizinischen Situation des Patienten erstellt.

Gegen den Bf. wurde **Strafanzeige** wegen des Verdachts auf falsche Verdächtigung (§ 164 StGB), Betrug (§ 263 StGB) und Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB) erstattet. In dieser Anzeige wurde behauptet, der Bf. fertige in großem Umfang im Auftrag diverser privater Krankenkassen Gutachten, bei denen er wider besseres Wissen zugunsten der Krankenkassen die medizinische Notwendigkeit von Heilbehandlungen verneine. Zur Bekräftigung dieser Auffassung schilderte der Anzeigeerstatter zwei Fälle seiner Patienten, in denen der Bf. Gutachten für die privaten Krankenkassen erstattet hatte: in einem Fall wurde die Krankenkasse schließlich doch zur Übernahme der Heilbehandlungskosten verurteilt; in dem anderen Fall liegt ein (Gegen-) Gutachten vor, in dem das Gutachten des Bf. als „erschreckend“ und „falsch“ bezeichnet und dem Bf. vorgeworfen wird, der Textinhalt seiner Gutachten sei stets nahezu identisch. Ohne weitere Ermittlungen beantragte die Staatsanwaltschaft Kiel daraufhin den Erlass eines Durchsuchungsbeschlusses, mit dem die **Durchsuchung der Zahnarztpraxis und Wohnräume** des Bf. wegen des - nunmehr eingeschränkten - Verdachts des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse angeordnet werden sollte. Dieser wurde vom ***AG Kiel*** erlassen und die Durchsuchung vollzogen. Der hiergegen eingelegten Rechtsbehelfe blieben erfolglos. ***BVerfG***, 2. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 02.12.2013 - 2 BvR 2419/13 - RID 14-01-192 untersagte die Sichtung und Auswertung der am 04.09.2013 in der Zahnarztpraxis und den Wohnräumen des Bf. in Vollziehung des mit der Verfassungsbeschwerde angegriffenen Durchsuchungsbeschlusses des AG Kiel sichergestellten Beweisgegenstände bis zur Entscheidung über die Verfassungsbeschwerde des Bf. - längstens für die Dauer von sechs Monaten -. Das ***BVerfG*** nahm nunmehr die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an.

b) Strafbarkeit des verschreibenden Arztes nur in Ausnahmefällen

LG München I, Beschluss v. 30.06.2014 - 2 Ks 200 Js 105371/11 **RID 15-01-169**
juris = StV 2014, 628
StPO §§ 112 II Nr. 2, 116 I; StGB § 224; BtMG § 29 I Nr. 6

Der BGH hat in seiner Revisionsentscheidung in dieser Sache und noch dezidierter in dem Urt. v. 28.01.2014 - 1 StR 494/13 - RID 15-01-169, BGHSt 59, 150 = NJW 2014, 1680 ausgesprochen, dass ein Patient, der verschriebene Medikamente missbräuchlich verwendet, grundsätzlich eigenverantwortlich handelt und eine **Strafbarkeit des verschreibenden Arztes** wegen Körperverletzungs- oder gar Tötungsdelikten, seien sie vorsätzlich oder fahrlässig begangen, täterschaftlich oder in Form der Beihilfe, grundsätzlich ausscheidet. Eine Strafbarkeit des Arztes komme lediglich in Betracht bei überlegenem Fachwissen oder wenn der Patient nicht mehr eigenverantwortlich handeln könne, weil er akut schwer intoxiniert sei oder unter akutem Entzug stehe oder er aufgrund seiner Drogensucht bereits depraviert sei. Einer dieser Ausnahmefälle liegt hier nach der bisherigen Beweisaufnahme weder bei T. noch bei S. vor. Beide waren langjährige Drogenkonsumenten, auch von Fentanyl. Sie kannten die Gefahren, insb. auch die einer möglicherweise tödlichen Überdosierung. Man kann also nicht von einem überlegenen Fachwissen des Angeklagten sprechen.

Nach den genannten Entscheidungen des BGH liegt es im Arzt-Patienten-Verhältnis auch bei **groben Behandlungsfehlern** ferne, von einem (auch nur bedingten) **Körperverletzungs- oder Tötungsvorsatz** auszugehen.

6. Rücknahme der Doktorwürde wegen Einschaltung eines Promotionsberaters

VG Gera, Urteil v. 18.09.2014 - 2 K 807/12 Ge **RID 15-01-170**
ThürVBl 2014, 298
HSchulG Thüringen §§ 54, 111; VwVfG § 48

Leitsatz: Rücknahme der Doktorwürde allein wegen Einschaltung eines Promotionsberaters.

7. Ausnahme von der Erlaubnispflicht für Gewebe und Gewebezubereitungen

VG Regensburg, Urteil v. 30.10.2014 - RO 5 K 14.1029 **RID 15-01-171**
juris
AMG §§ 20b, 20d; TPG § 1a Nr. 8 u. 8d

Leitsatz: Ein Arzt, der lediglich zur Verwendung beim Menschen bestimmtes Gewebe im Sinne von § 1a Nr. 4 des Transplantationsgesetzes gewinnt (**Entnahmeeinrichtung**), erfüllt die Voraussetzungen der Erlaubnisfreiheit nach § 20d AMG, wenn er diese Tätigkeit persönlich ausübt.
Die Ausnahme setzt nicht voraus, dass der Arzt die **Gewerbeuntersuchungen** nach dem Transplantationsgesetz an dem von ihm gewonnenen Gewebe selber durchführt.

8. BGH: Kündigung eines Vertrags über betriebsärztliche Leistungen

BGH, Urteil v. 13.11.2014 - III ZR 101/14 **RID 15-01-172**
juris
BGB § 627 I; ASiG § 8 I 2

Leitsatz: Zur Kündigung eines Vertrags über betriebsärztliche Leistungen nach § 627 Abs. 1 BGB.

9. Auflösung einer Gemeinschaftspraxis: Auseinandersetzungsbilanz

OLG München, Urteil v. 03.12.2014 - 7 U 2705/14 **RID 15-01-173**
juris
BGB §§ 705 ff.

Nach **Auflösung einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts** kann ein Zahlungsanspruch grundsätzlich nur hinsichtlich des Saldos der abschließenden **Auseinandersetzungsrechnung** geltend gemacht werden (st. Rspr. BGH ZIP 2006, 2271; ZIP 1994, 1846; ZIP 1993, 919). Nach Beendigung der Gesellschaft bürgerlichen Rechts sind die früheren Gesellschafter grundsätzlich gehindert, ihre jeweiligen Ansprüche gegen die Gesellschaft oder gegeneinander isoliert geltend zu machen. Diese jeweiligen Forderungen sind vielmehr als unselbständiger Rechnungsposten in eine **Auseinandersetzungsbilanz** einzustellen, ein Zahlungsanspruch besteht nur hinsichtlich des abschließenden Saldos (st. Rspr. vgl. BGH NJW 1995, 188 m.w.N.).

10. Arbeits- und Sozialrecht

a) BVerfG: Ordentliche Kündigung eines Chefarztes nach Ehescheidung und erneuter Heirat

BVerfG, Beschluss v. 22.10.2014 - 2 BvR 661/12 **RID 15-01-174**
juris = GesR 2015, 38 = NZA 2014, 1387 = EuGRZ 2014, 698 = KuR 2014, 235 = ZTR 2015, 34
GG Art. 4 I, II, 140; BGB § 622

Leitsatz: 1. Soweit sich die Schutzbereiche der Glaubensfreiheit und der inkorporierten Artikel der Weimarer Reichsverfassung überlagern, geht **Art. 140 GG** in Verbindung mit **Art. 137 Abs. 3 WRV** als speziellere Norm Art. 4 Abs. 1 und 2 GG insoweit vor, als er das Selbstbestimmungsrecht der

Religionsgesellschaften der Schranke des für alle geltenden Gesetzes unterwirft (sog. **Schrankenspezialität**). Bei der Anwendung des für alle geltenden Gesetzes durch die staatlichen Gerichte ist bei Ausgleich gegenläufiger Interessen aber dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Art. 4 Abs. 1 und 2 GG die **korporative Religionsfreiheit** vorbehaltlos gewährleistet und insofern dem Selbstbestimmungsrecht und dem Selbstverständnis der Religionsgesellschaften besonderes Gewicht zuzumessen ist.
2. Das **kirchliche Selbstbestimmungsrecht** umfasst alle Maßnahmen, die der Sicherstellung der religiösen Dimension des Wirkens im Sinne kirchlichen Selbstverständnisses und der Wahrung der unmittelbaren Beziehung der Tätigkeit zum kirchlichen Grundauftrag dienen. Die Formulierung des kirchlichen Proprium obliegt allein den Kirchen und ist als elementarer Bestandteil der korporativen Religionsfreiheit durch Art. 4 Abs. 1 und 2 GG verfassungsrechtlich geschützt.
3. Die **staatlichen Gerichte** haben im Rahmen einer **Plausibilitätskontrolle** auf der Grundlage des glaubensdefinierten Selbstverständnisses der verfassten Kirche zu überprüfen, ob eine Organisation oder Einrichtung an der Verwirklichung des kirchlichen Grundauftrags teilhat, ob eine bestimmte Loyalitätsobliegenheit Ausdruck eines kirchlichen Glaubenssatzes ist und welches Gewicht dieser Loyalitätsobliegenheit und einem Verstoß hiergegen nach dem kirchlichen Selbstverständnis zukommt. Sie haben sodann unter dem Gesichtspunkt der Schranken des „für alle geltenden Gesetzes“ eine Gesamtabwägung vorzunehmen, in der die - im Lichte des Selbstbestimmungsrechts der Kirchen verstandenen - kirchlichen Belange und die korporative Religionsfreiheit mit den Grundrechten der betroffenen Arbeitnehmer und deren in den allgemeinen arbeitsrechtlichen Schutzbestimmungen enthaltenen Interessen auszugleichen sind. Die widerstreitenden Rechtspositionen sind dabei jeweils in möglichst hohem Maße zu verwirklichen.

b) Ausbildung zum Psychotherapeuten: Kein Rechtsweg zu Arbeitsgerichten

LAG Baden-Württemberg, Beschluss v. 12.11.2014 - 4 Ta 31/14 **RID 15-01-175**
Rechtsbeschwerde anhängig: BAG - 10 AZA 54/14 -
juris
PsychThG §§ 6, 8; KJPsychTh-APrV; ArbGG § 5 I 1

Leitsatz: Ein Rechtsstreit aus einem **Ausbildungsverhältnis zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**, welches sich inhaltlich lediglich an den zwingenden Vorgaben der KJPsychTh-APrV orientiert und in welchem keine Weisungen, Anleitungen oder Aufsichtsmaßnahmen erfolgen und keine Dokumentationen oder Berichtspflichten abverlangt werden, die über die in der KJPsychTh-APrV enthaltenen Verpflichtungen hinausgehen, unterfällt nicht der arbeitsgerichtlichen **Rechtswegzuständigkeit**.

c) Verteilung von Liquidationseinnahmen des Leiters eines Zentrallabors

VG Aachen, Urteil v. 20.11.2014 - 1 K 2938/12 **RID 15-01-176**
juris
VwGO §§ 40 I 1, 42 II; GOÄ § 2 IV

Leitsatz: Eine **Satzung**, durch die ein Universitätsklinikum den Leiter des Zentrallabors verpflichtet, die Hälfte seiner privat liquidierten **Erlöse an Klinikdirektoren** als Mitglieder der erweiterten Leitung des Labors abzuführen, wenn er von ihnen Patienten oder Material zur Untersuchung überwiesen erhalten hat, ist mangels gesetzlicher Ermächtigungsgrundlage nichtig.
Zur Frage der **Zulässigkeit einer gewillkürten Prozessstandschaft** im Verwaltungsprozess.

11. Kassenärztliche Vereinigung

a) Untreue durch Vorstandsmitglied einer KV: Übergangsgeld trotz Wiederwahl

KG Berlin, Beschluss v. 04.11.2014 - 2 Ws 298/14-161 AR 16/14 **RID 15-01-177**

juris

SGB V § 78 III; StGB §§ 11 I Nr. 2c, 16, 17, 25, 26, 28, 266 XI; SGB IV § 69 II

Leitsatz: Verstößt ein **Vorstandsmitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung** bei der Ausübung seiner Tätigkeit gegen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit liegt darin regelmäßig ein Pflichtenverstoß im Sinne des § 266 Abs. 1 StGB.
Eine **Vermögensbetreuungspflicht** und damit ein täterschaftliches Handeln scheiden jedoch aus, wenn der Tatbeitrag sich auf das Aushandeln einer das Vorstandsmitglied selbst betreffenden **Vergütung** beschränkt; eine Strafbarkeit als Teilnehmer bleibt davon aber unberührt.
Bei eklatanten Verstößen gegen die vorgenannten Grundsätze liegt die Annahme der Voraussetzungen der §§ 16 und 17 StGB fern.

Die **Angeschuldigten** Dr. A, Dr. B und C bilden den **Vorstand der KVB**. Der **Angeschuldigte Dr. D** ist der **Vorsitzende der Vertreterversammlung** der KVB. Die erste Amtszeit des Vorstands lief von 2005 bis 2010 mit eine Vergütung von 13.500 € monatlich zzgl. 1.750 € monatlich für Kranken- und Altersversicherung, mithin insgesamt 15.250 € monatlich bzw. 183.000,- € jährlich. Vereinbart war eine sechsjährige Vertragslaufzeit. In Bezug auf das **Übergangsgeld** lautete die Regelung in § 10 II der Verträge jeweils: „Setzt (...) nach Beendigung der vorgenannten Vertragslaufzeit ihre (seine) bisherige selbständige ärztliche Tätigkeit hauptberuflich fort, so wird ihr (ihm) die in Anlage 2 vereinbarte Vergütung und Zuschuss für die Dauer von bis zu zwölf Monaten als Übergangsgeld weitergezahlt.“ Aufgrund eines zuvor gefassten gemeinsamen Tatplans, so die **Anklage**, haben die Angeschuldigten Dr. A, Dr. B und C spätestens seit Anfang Januar des Jahres 2011 beabsichtigt, **sich in den Besitz der seit dem Jahr 2005 durch Rückstellungen im Haushalt der KVB gebildeten Übergangsgelder zu setzen**, die für jeden Angeschuldigten eine (Brutto-) Auszahlungssumme von insgesamt 183.000 € vorsahen. Dabei hätten sie gewusst, dass sie rechtlich auf diese Beträge keinen Anspruch hatten, weil beabsichtigt gewesen sei, die Vorstandstätigkeit nahtlos fortzusetzen, so dass die Bedingung aus der Dienstvertragsregelung (Ausscheiden aus dem Amt und Fortführung der hauptberuflichen Tätigkeit als niedergelassener Arzt) nicht eintreten würde. Unter Einbindung des neugewählten Vorsitzenden der Vertreterversammlung, des Angeschuldigten Dr. D, der in umfassender Kenntnis der gesamten Umstände gehandelt haben soll, hätte in die noch laufenden Dienstverträge ein Passus aufgenommen werden sollen, der es - scheinbar legal - ermöglichte, die Gelder zu vereinnahmen. In Umsetzung des Plans sind jeweils gleich lautende, mit „Anpassung des Dienstvertrages“ überschriebene Vereinbarungen geschlossen worden. Die verlängerten Dienstverträge wurden um folgende Vereinbarung ergänzt: „Zudem sind die Parteien darüber einig, dass das Übergangsgeld gemäß § 10 Abs. 2 mit Ablauf des 28.02.11 ausgezahlt wird und zwar unabhängig davon, ob es zu einer Neubestellung des Vorstandsmitglieds oder zu einer hauptberuflichen Fortsetzung der selbständigen ärztlichen Tätigkeit kommt.“ Mit einer entsprechend der gemeinsamen Tatplanung durch die Angeschuldigten Dr. A und Dr. B unterschriebenen Auszahlungsanordnung sei dann Ende Februar 2011 mit der Entgeltabrechnung für März 2011 jeweils ein Bruttobetrag von 183.000 Euro als Übergangsgeld an die Angeschuldigten Dr. A, Dr. B und C ausgezahlt worden. ***LG Berlin***, Beschl. v. 24.06.2014 lehnte die Eröffnung des Hauptverfahrens aus tatsächlichen Gründen ab. Das ***KG*** ließ die Anklage unter Eröffnung des Hauptverfahrens zur Hauptverhandlung mit der Maßgabe zu, dass der Angeschuldigte C - anders als die weiteren Angeschuldigten nicht der mittäterschaftlichen Untreue, sondern - der Anstiftung zur Untreue hinreichend verdächtig ist.

b) KV: Keine Deliktshaftung neben sachlich-rechnerischer Berichtigung

OLG Karlsruhe, Urteil v. 18.11.2014 - 19 U 47/13 **RID 15-01-178**

juris

InsO § 302 Nr. 1; BGB § 823 II; StGB § 263

Um einen deliktischen **Schaden** in Höhe des Gesamthonorars sowohl in objektiver wie in subjektiver Hinsicht schlüssig darzutun, ist zu behaupten, dass vom Vertragsarzt nicht nur in den strafrechtlich abgeurteilten 189 Fällen, sondern bei jedem einzelnen Abrechnungsvorgang (eingereichter Behandlungsausweis) in Bereicherungsabsicht zu Unrecht zumindest Teilleistungen aufgeführt worden sind, und zwar in dem Wissen, dass er diese entweder überhaupt nicht erbracht hat oder dass die betreffende (Teil-)Leistung nicht erstattungsfähig ist. Nur dann hätte ihm keinerlei

Honoraranspruch zugestanden. Für die Annahme einer sekundären Darlegungslast ist kein Raum, wenn die KV ihre Ermittlungsmöglichkeiten nicht ausschöpft.
§ 35 II BMV-Ä (Der Vertragsarzt hat bei der **Ausstellung von Vordrucken** die dazu gegebenen Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung zu beachten. Vordrucke und Bescheinigungen sind vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Vertragsarztstempel zu versehen und vom Vertragsarzt persönlich zu unterzeichnen) kann nicht als Schutzgesetz i.S.d. § 823 II BGB begriffen werden. Gerade weil die im Sozialversicherungsrecht geltende **streng formale Betrachtungsweise** ersichtlich zur Folge hat, dass insb. die Wahrscheinlichkeit von falschen Abrechnungs-Sammelerklärungen sehr hoch ist, weil bereits jeder - auf einfacher Fahrlässigkeit beruhende - Irrtum des Behandelnden über die Erstattungsfähigkeit einer Teilleistung hierfür ausreicht, verbietet sich eine Gleichstellung mit einer **unerlaubten Handlung** geradezu. Dies gilt umso mehr, als einer **KV** bei einer zum Vorschein tretenden unzutreffenden Abrechnung **weitreichende Reaktionsmöglichkeiten** gegen den betreffenden Vertragsarzt zur Verfügung stehen, die eine deliktische Haftung entbehrlich erscheinen lassen: In diesem Fall ist - jedenfalls bei grober Fahrlässigkeit - nicht nur eine Aufhebung des unrichtigen Honorarbescheides vorzunehmen, sondern der KV gebührt bei Neufestsetzung der dem Vertragsarzt zustehenden Vergütung auch ein weites Schätzungsermessen (vgl. BSG MedR 1998, 338).

LG Heidelberg, Urt. v. 27.02.2013 - 5 O 259/12 - RID 14-01-201 wies die Klage der KV gegen den früheren Vertragsarzt ab, das ***OLG*** wies die Berufung zurück.

12. BGH: Keine Prozessvertretung des Beschwerdeausschusses durch anwaltlichen Vorsitzenden

BGH, Urteil v. 03.11.2014 - AnwSt (R) 4/14 **RID 15-01-179**
juris
SGB V § 106 IV 1; BRAO § 45 I Nr. 1

Ein **Rechtsanwalt** handelt in seiner Eigenschaft als **Vorsitzender oder stellvertretender Vorsitzender des Beschwerdeausschusses** beim Erlass eines Widerrufsbescheids als **Angehöriger des öffentlichen Dienstes**. Die Bildung des Beschwerdeausschusses als gemeinschaftliche Einrichtung von Körperschaften des öffentlichen Rechts, die Regelung der Geschäftsführung durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und die Aufsicht durch Verwaltungsbehörden der Länder belegen, dass der Beschwerdeausschuss eine öffentlich-rechtlich ausgestaltete Behörde ist. Der Beschwerdeausschuss erfüllt als Behörde Verwaltungsaufgaben und wird somit hoheitlich tätig.
Der Begriff **„dieselbe Rechtssache“** ist wie in § 356 StGB zu verstehen und umfasst alle Rechtsangelegenheiten, in denen mehrere ein entgegengesetztes rechtliches Interesse verfolgende Beteiligte vorkommen können. Dass es sich bei dem Beschwerdeverfahren vor dem Ausschuss, das mit dem Erlass des Bescheids des Beschwerdeausschusses seinen Abschluss findet, und dessen späterer Anfechtung um dieselbe Rechtssache handelt, ist unzweifelhaft.
Das **Tätigkeitsverbot** in § 45 I Nr. 1 BRAO beschränkt zwar die Berufsausübung, so dass es sich an Art. 12 I 1 GG messen lassen muss. Der Gesetzgeber wollte jedoch für die Fallgruppe der Tätigkeit im öffentlichen Dienst durch die entsprechenden **Unvereinbarkeitsvorschriften** beim rechtsuchenden Publikum dem **Eindruck einer zu großen Staatsnähe** und der **Gefahr von Interessenkollisionen** durch den Rechtsanwalt abstrakt vorbeugen. Eine solche unvereinbare Staatsnähe wird angenommen, wenn die betreffende Person eine Körperschaft des öffentlichen Rechts nach außen vertritt und auch hoheitliche Aufgaben wahrnimmt. Daher kommt es auf die Frage möglicher Interessenkonflikte in diesen Fällen nicht an.
Eine Einschränkung des Vertretungsverbots ergibt sich auch nicht aus § 2 I 3 Nr. 5, IV WiPrüfVO. Danach vertritt der Vorsitzende den Ausschuss gerichtlich und außergerichtlich. Soweit der Vorsitzende den Ausschuss vor Gericht vertritt, kann er hierfür mit der KV, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen eine gesonderte Vergütung vereinbaren. Die Vorschrift enthält eine Regelung der **Vertretung des Beschwerdeausschusses**, der als Prozessbeteiligter nicht handlungsfähig ist. Sie enthält hingegen keine Ausnahme vom Tätigkeitsverbot nach § 45 I Nr. 1 BRAO für Rechtsanwälte, die Vorsitzende des Beschwerdeausschusses sind. Der Beschwerdeausschuss kann danach, vertreten durch den Vorsitzenden, den Rechtsstreit vor dem Sozialgericht und dem Landessozialgericht selbst führen (§ 73 I SGG). Soweit der Vorsitzende

Rechtsanwalt ist, gestattet die Regelung allerdings nur das Tätigwerden als **Organ** des Beschwerdeausschusses, nicht als dessen **Prozessvertreter**.
Das für den konkret befassten Rechtsanwalt geltende Verbot wird in § 45 III BRAO auf sämtliche **Sozietätsmitglieder** erstreckt.
Das **Einverständnis der KV und der Krankenkassen** mit der Mandatserteilung schließt auch im Falle der Erstreckung des Vertretungsverbots nach § 45 III BRAO einen Verstoß gegen das Tätigkeitsverbot nicht aus.

Nach der zur Hauptverhandlung zugelassenen Anschuldigungsschrift wird den angeschuldigten Rechtsanwälten als Berufspflichtverletzung vorgeworfen, sie seien seit 2008 als Rechtsanwälte tätig geworden, obwohl sie in derselben Rechtssache als Angehörige des öffentlichen Dienstes bereits tätig geworden waren (Pflichtverletzung nach § 45 I Nr. 1, § 113 I BRAO i.V.m. § 3 I BORA). Rechtsanwalt Dr. B. sei **Vorsitzender des Beschwerdeausschusses** nach § 106 IV 2 SGB V, Rechtsanwalt Dr. W. sei **stellvertretender Vorsitzender**. Die **Anwaltssozietät** Dr. B. und Partner **vertrete den Beschwerdeausschuss in sozialgerichtlichen Verfahren**, u.a. in dem seit 2007 anhängigen Klageverfahren der Gemeinschaftspraxis Dr. M. & Partner auf Aufhebung eines Widerrufsbescheides des Beschwerdeausschusses vom Juni 2007. Das ***Anwaltsgericht*** hat die Rechtsanwälte freigesprochen, weil der unparteiische Vorsitzende des Beschwerdeausschusses kein Angehöriger des öffentlichen Dienstes sei. Der ***Anwaltsgerichtshof*** hat die Berufung der Generalstaatsanwaltschaft verworfen. Er hat offen gelassen, ob die Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses nach § 106 IV 2 SGB V Angehörige des öffentlichen Dienstes seien. § 45 I Nr. 1 BRAO sei verfassungskonform einschränkend dahin auszulegen, dass ein Tätigkeitsverbot nur bestehe, wenn die konkrete Gefahr einer Interessenkollision gegeben sei. Dies hat der Anwaltsgerichtshof verneint und die Revision zur Klärung der für grundsätzlich erachteten Frage zugelassen, ob § 45 BRAO ausnahmslos die spätere anwaltliche Tätigkeit verbieten könne oder ob hierfür nicht zumindest ein konkretisierbarer möglicher Interessenwiderspruch vorhanden sein müsse. Der ***BGH*** verwies auf Revision der Generalstaatsanwaltschaft die Sache zu neuer Verhandlung und Entscheidung an einen anderen Senat des Anwaltsgerichtshofs zurück.

13. Heilberufskammern

a) Kein einstweiliges Anordnungsverfahren gegen Ablehnung eines Einzelwahlvorschlags

VG Düsseldorf, Beschluss v. 04.12.2014 - 7 L 2914/14 **RID 15-01-180**
juris
VwGO § 123 I

Die **Ablehnung eines Einzelwahlvorschlags** kann im **einstweiligen Anordnungsverfahren** nicht angegriffen werden, weil der abgelehnte Kandidat auch nach der Wahl effektiven Rechtsschutz erlangen kann, indem er gegen die Wahl Einspruch einlegt und die neugewählte Kammerversammlung in diesem Rahmen auch über seine Nichtzulassung zur Wahl befindet. Teilt die Kammerversammlung die Auffassung des Kandidaten, hat sie nach der WahlO die Wahl insoweit für ungültig zu erklären und ist die Wahl zu wiederholen. Schlechthin unzumutbare Nachteile drohten daher nicht.
Eine **vorläufige Vorwegnahme** des Ergebnisses der vorgenannten Wahlprüfungsentscheidung sieht das Wahlprüfungsrecht der hier anzuwendenden Rechtsvorschriften, insb. die Wahlordnung, nicht vor. **Wahlen** zielen im öffentlichen Interesse (hier: der Zahnärzteschaft) auf die Bildung eines handlungsfähigen Organs zu einem bestimmten Zeitpunkt für einen bestimmten Zeitraum ab. Diesem Ziel liefe die hier begehrte, vorläufige (gerichtliche) Prüfung und Beanstandung von Mängeln des Wahlverfahrens ersichtlich zuwider, weil durch entsprechenden vorläufigen Rechtsschutz unter Umständen aus unterschiedlichen Gründen - bspw. könnten die in der WahlO festgelegten Fristen nicht mehr eingehalten werden - lang andauernde Schwebezustände entstehen, die eine effektive Aufgabenwahrnehmung des gewählten, vom Wahlprüfungsverfahren betroffenen Organs im Rahmen der laufenden Wahlperiode infrage stellen würde.

b) Auskunfts- und Gewinnabschöpfungsanspruch einer Zahnärztekammer wegen Preisdumpings

LG München I, Urteil v. 17.09.2014 - 37 O 16359/13 **RID 15-01-181**
juris = WRP 2015, 130
UWG § 10 I; BGB § 242

Eine **Zahnärztekammer** ist gem. §§ 8 III Nr. 2, 10 I UWG aktivlegitimiert für die Geltendmachung des **Auskunfts- und des Gewinnabschöpfungsanspruchs**.
Für die Annahme eines **Gewinns** i.S.d. § 10 UWG reicht es nicht aus, wenn durch eine unlautere Werbung auch Patienten dauerhaft zugeführt werden, da - anders als im Rahmen von § 34a I GWB, bei dem der abzuschöpfende „Vorteil" auch in einer sonstigen wirtschaftlichen Verbesserung, etwa der Marktposition des Täters durch Ausschaltung oder Zurückdrängen von Mitbewerbern bestehen kann, - im Rahmen von § 10 UWG dem Wortlaut entsprechend lediglich der **konkret erzielte Gewinn** und nicht jeglicher Vorteil abzuschöpfen ist.
Bietet ein Zahnarzt die **Zahnreinigung** für nur 39 € an und muss er hiervon 50 % Provision abführen, dann liegt der angesetzte Stundensatz unter dem einer MTA. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass auch Sachkosten für Verbrauchsmaterial etc. anfallen. In jedem Fall fehlt es an der Erzielung eines Gewinns zu Lasten einer Vielzahl von Abnehmern. Der Vorteil, der aufgrund der grundsätzlichen „Anlockwirkung" der Werbung dadurch erzielt wird, dass für die Zukunft Patienten gewonnen werden, ist bereits kein Gewinn i.S.v. § 10 UWG.

Der bekl. Zahnarzt warb im Jahr 2011 auf der Plattform www.groupon.de für ärztliche Leistungen. Aufgrund der Werbung auf der Plattform www.groupon.de hat er eine Vielzahl von Verträgen geschlossen. Er warb in der streitgegenständlichen Werbung vom 01.09.2011 damit, bereits 111 professionelle Zahnreinigungen für 39 € verkauft zu haben. Die kl. Zahnärztekammer mahnte den Bekl. wegen der Werbung für Zahnreinigung ab und nahm ihn wegen dieser Werbung - sowie wegen einer parallel gestalteten Werbung für Bleaching - vor dem LG München I auf Unterlassung in Anspruch genommen. Die erkennende Kammer gab der Klage mit Urt. vom 18.07.2012 statt (37 O 28484/11). Die Berufung wurde von OLG München, Urt. v. 07.03.2013 zurückgewiesen (29 U 3359/12). Das ***LG*** wies die auf Auskunft gerichtete Klage ab.

14. Versorgungswerk

a) Ungleichbehandlung selbst. und angest. Ärzte: Ruhen der Tätigkeit bei Berufsunfähigkeitsrente

VG Trier, Urteil v. 12.11.2014 - 5 K 851/14 TR **RID 15-01-182**
juris
VwGO §§ 40 I 1, 52 Nr. 3 S. 1, 78 I Nr. 1; SGG § 51 I; HeilBerG RP §§ 10, 12 II; GG Art. 3 I

Leitsatz: Soweit eine Satzung einer berufsständigen Versorgungseinrichtung für Ärzte die Bewilligung einer **Berufsunfähigkeitsrente** bei niedergelassenen Ärzten bei einem „**Ruhen** der Ermächtigung, Beteiligung bzw. **Zulassung** zur Behandlung von Mitgliedern der Vertragskassen" zulässt, bei **angestellten Ärzten** für eine Rentenbewilligung indessen eine **Beendigung des Arbeitsverhältnisses** verlangt, kann eine derartige Regelung jedenfalls auf solche angestellten Ärzte keine Anwendung finden, denen lediglich eine befristete Berufsunfähigkeitsrente bewilligt wird und bei denen durch § 33 Abs. 2 Satz 6 des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst - TVöD - gewährleistet ist, dass das Arbeitsverhältnis während der Zeit der Rentenbewilligung ruht, da eine derartige **Ungleichbehandlung** nicht durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist.

b) Erhöhung des Regelrenteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre

OVG Hamburg, Urteil v. 15.04.2014 - 3 Bf 50/11 **RID 15-01-183**
juris
KHG Hamburg § 7; GG Art. 12, 14

Leitsatz: 1. Die Regelung zur Einweisung in die ungekürzte Altersrente wegen nach alter Rechtlage entrichteter zusätzlicher Beiträge in § 12 Abs. 3 Satz 2 Versorgungsstatut der Ärztekammer Hamburg

(2009) ermächtigt zur konkreten Feststellung des nach gegenwärtiger Rechtslage voraussichtlichen Rentenbeginns, wenn dieser Zeitpunkt zwischen den Beteiligten im Streit ist.
2. § 7 HmbKHG enthält eine hinreichende gesetzliche Ermächtigung für die durch Satzung erfolgte **Änderung des regelmäßigen Renteneintrittsalters**.
3. Gegen die **Erhöhung des Regelrenteneintrittsalters** von 65 auf 67 Jahre für Mitglieder des Versorgungswerks der Ärztekammer Hamburg bestehen weder in formeller noch in materieller Hinsicht durchgreifende verfassungsrechtliche Bedenken.

c) Berufsunfähigkeit einer Ärztin/Verweisungstätigkeit einer medizinischen Controllerin

VG Münster, Urteil v. 27.08.2014 - 3 K 3521/13 **RID 15-01-184**
juris
VwGO § 113; SGB VI §§ 43, 240, 302

Berufsunfähigkeit liegt erst dann vor, wenn dem Mitglied jedwede ärztliche Tätigkeit nicht mehr möglich ist. Soweit das Mitglied noch in der Lage ist, berufsspezifische Aufgaben auszuüben, muss es sich darauf verweisen lassen. Auch die Möglichkeit des Verweises auf eine Teilzeitbeschäftigung schließt die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente aus. Dabei kommt es nicht darauf an, ob das Mitglied auf dem **Arbeitsmarkt** noch vermittelbar ist. Denn das sog. Arbeitsmarktrisiko wird von der Berufsunfähigkeitsrente der Bekl. nicht abgedeckt.
Die Tätigkeit als medizinische Controllerin ist eine taugliche Verweistätigkeit, da es sich um eine Tätigkeit handelt, bei der die ärztliche Tätigkeit zumindest teilweise verwandt werden kann, und die damit (noch) als arzttypisch zu beurteilen ist.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Verantwortlichkeit des aufklärenden Arztes über Eingriff eines anderen Arztes

BGH, Urteil v. 21.10.2014 - VI ZR 14/14 **RID 15-01-185**
juris
BGB § 823

Leitsatz: 1. Auch der Arzt, der einen Patienten ausschließlich über den von einem anderen Arzt angeratenen und durchzuführenden Eingriff aufklärt, kann dem Patienten im Falle einer fehlerhaften oder unzureichenden Aufklärung aus unerlaubter Handlung haften.
2. Zur Reichweite der **Verantwortlichkeit des aufklärenden Arztes**.

b) Widersprüche zwischen Sachverständigen/Fehlen der Dokumentation

BGH, Urteil v. 11.11.2014 - VI ZR 76/13 **RID 15-01-186**
juris
ZPO § 286; BGB § 630h

Leitsatz: 1. In Arzthaftungsprozessen hat der Tatrichter die Pflicht, **Widersprüchen** zwischen Äußerungen mehrerer **Sachverständiger** von Amts wegen nachzugehen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen, auch wenn es sich um **Privatgutachten** handelt.
2. Legt eine Partei ein medizinisches Gutachten vor, das im Gegensatz zu den Erkenntnissen des gerichtlich bestellten Sachverständigen steht, so darf der Tatrichter den **Streit der Sachverständigen** nicht dadurch entscheiden, dass er ohne nachvollziehbare Begründung einem von ihnen den Vorzug gibt.
3. Das Fehlen der **Dokumentation** einer aufzeichnungspflichtigen Maßnahme begründet die Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist. Diese Vermutung entfällt weder deshalb, weil in der Praxis mitunter der Pflicht zur Dokumentation nicht nachgekommen wird, noch deshalb, weil die Dokumentation insgesamt lückenhaft ist.

c) Pflicht zur mündlichen Anhörung eines Sachverständigen

BGH, Beschluss v. 28.10.2014 - VI ZR 273/13 **RID 15-01-187**
juris
ZPO §§ 397, 402

Es verstößt gegen Art. 103 I GG, den Sachverständigen auf Antrag einer Beklagten zur **Erläuterung seines Gutachtens** nicht anzuhören. Nach st. Rspr. hat die Partei zur Gewährleistung des rechtlichen Gehörs nach §§ 397, 402 ZPO einen Anspruch darauf, dass sie dem Sachverständigen die Fragen, die sie zur Aufklärung der Sache für erforderlich hält, zur mündlichen Beantwortung vorlegen. Es genügt, wenn sie allgemein angibt, in welche Richtung sie durch ihre Fragen eine weitere Aufklärung herbeizuführen wünscht.

d) Erneute persönliche Anhörung des Patienten zur Frage des Entscheidungskonflikts

BGH, Urteil v. 30.09.2014 - VI ZR 443/13 **RID 15-01-188**
juris = NJW 2015, 74 = GesR 2015, 20 = MDR 2014, 1445
BGB § 823; ZPO § 286

Leitsatz: Hat das erstinstanzliche Gericht den Patienten zur Frage des Entscheidungskonflikts persönlich angehört und will das Berufungsgericht das Ergebnis dieser Anhörung abweichend vom Erstgericht würdigen, ist es dazu grundsätzlich nicht ohne **erneute persönliche Anhörung des Patienten** befugt

2. Behandlungsfehler

a) Beweis über die Grundsätze der ärztlichen Dokumentation

KG Berlin, Urteil v. 13.10.2014 - 20 U 224/12 **RID 15-01-189**
juris = ZMGR 2014, 409
BGB § 823

Leitsatz: Wird eine Routinebehandlung (hier Nähen einer Wunddehiszenz, Setzen einer Lokalanästhesie) nicht dokumentiert, ist aber zu erwarten, dass in der Medikamentendokumentation ein Lokalanästhetikum vermerkt ist. Fehlt auch dieses, ist von einem Nichtsetzen der Betäubung auszugehen.

b) Darlegungspflicht des Patienten bei Inanspruchnahme mehrerer Ärzte/Thromboseprophylaxe

OLG Koblenz, Beschluss v. 21.08.2014 - 5 U 868/14 **RID 15-01-190**
juris
BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823, 831; ZPO §§ 138, 253, 286

Leitsatz: 1. Waren an einer **stationären Krankenhausbehandlung Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen** beteiligt, muss der Patient im Arzthaftungsprozess darlegen, welches konkrete Fehlverhalten er jedem einzelnen Arzt zur Last legt. Pauschale Hinweise auf vermeintliche Organisationsmängel und/oder Verstöße gegen Kontroll- und Überwachungspflichten sind unzureichend.
2. **Orthopädische Beschwerden der Lendenwirbelsäule** erfordern auch bei einem stationären Krankenhausaufenthalt nicht zwingend eine medikamentöse oder mechanische **Thromboseprophylaxe**, falls der Patient teilmobil ist und außer einer Adipositas keine weiteren Risikofaktoren bestehen; maßgeblich ist die Befundlage des jeweiligen Einzelfalls.

c) Befunderhebungsfehler eines Hausarztes: Verdacht auf nekrotisierende Fasziitis

OLG Hamm, Urteil v. 31.10.2014 - 26 U 173/13 **RID 15-01-191**
juris
BGB §§ 253, 280, 611

Leitsatz: Ein Hausarzt handelt **befunderhebungsfehlerhaft**, wenn er vom Patientin geschilderte Schmerzen im unteren Rücken und in der linken Gesäßhälfte unzureichend untersucht und der Patient 3 Tage später aufgrund einer Gewebeentzündung im Gesäßbereich (Entzündung des perirektalen und perianalen Fettgewebes) mit Verdacht auf eine bakterielle Infektionskrankheit der Unterhaut und Faszien (**nekrotisierende Fasziitis**) notfallmäßig operiert werden muss.
Ein einfacher Befunderhebungsfehler rechtfertigt eine **Beweislastumkehr** zu Gunsten des Patienten, wenn die unterlassene Befunderhebung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem reaktionspflichtigen Befund geführt hätte und sich die Verkennung des Befundes oder das Verhalten des Arztes auf der Basis dieses Ergebnisses als grob fehlerhaft darstellen würde.

d) Vereitelung eines Schwangerschaftsabbruchs durch Nichterkennen einer Schwangerschaft

OLG Oldenburg, Urteil v. 18.11.2014 - 5 U 108/14 **RID 15-01-192**
juris
StGB § 218a; ZPO § 531

Leitsatz: 1. Ein Schadensersatzanspruch gegen einen **Frauenarzt**, dem vorgeworfen wird, eine **Schwangerschaft fehlerhaft nicht erkannt** zu haben, kann nicht damit begründet werden, die Patientin hätte bei zutreffendem Befund von der **Möglichkeit einer Abtreibung** nach § 218a Abs. 1 StGB Gebrauch gemacht, denn diese Form der Abtreibung (sog. Fristenlösung) ist zwar straflos, bleibt aber rechtswidrig.
2. Beruft sich die Klägerin erstmals im **zweiten Rechtszug** darauf, dass bei ihr die Voraussetzungen einer **medizinisch indizierten Abtreibung** nach § 218a Abs. 2 StGB vorgelegen hätten und sie von dieser Möglichkeit bei zutreffendem Befund durch den Frauenarzt Gebrauch gemacht hätte, ist das Vorbringen regelmäßig nach § 531 ZPO im Berufungsrechtszug nicht mehr zu berücksichtigen.

e) Einbau einer sog. ASR-Hüftprothese im Jahr 2006

OLG Saarbrücken, Urteil v. 12.11.2014 - 1 U 90/13 **RID 15-01-193**
juris
BGB §§ 280 I, 823 I

Leitsatz: Der Einbau einer sog. **ASR-Hüftprothese** stellte im Jahr 2006 keinen ärztlichen Behandlungsfehler dar, da zu jenem Zeitpunkt noch nicht bekannt war, dass ASR-Prothesen in Gestalt eines erhöhten Kobalt- und Chromabriebs Gesundheitsrisiken bergen.

f) Abbrechen der Bohrerspitze bei einer Operation

OLG Köln, Urteil v. 09.10.2014 - 5 U 87/14 **RID 15-01-194**
juris
BGB § 823

Bei einer Operation kann es selbst bei Anwendung größter Sorgfalt zum **Abbrechen der Bohrerspitze** kommen.
Die Bohrerspitze wird in Zukunft keine Beschwerden verursachen, wenn sie fest im Knochen sitzt und Verwachsungen oder Entzündungen nicht zu erwarten sind. Ohne Beschwerden ist ein **ärztlicher Eingriff** nicht erforderlich. Daran ändert auch nichts, dass der Kl. derzeit mit der Ungewissheit lebt, dass durch das **Belassen des Bohrers** im Knochen weitere Schäden auftreten oder Schmerzen verursacht werden können. Denn die Sorgen des Klägers sind, wie der Sachverständige überzeugend dargelegt hat, nicht gerechtfertigt.

g) Annahme einer symptomatischen Cholecystolithiasis

OLG Köln, Urteil v. 19.11.2014 - 5 U 87/13 **RID 15-01-195**
www.sozialgerichtsbarkeit.dejuris
BGB §§ 280, 823

Gegen die Annahme einer **symptomatischen Cholecystolithiasis** spricht nicht, dass eine Patientin nach der Entfernung der Galle weiter unter abdominellen Schmerzen in Form von (jetzt) linksbetonten Mittelbauchbeschwerden leidet.
Dass wenige Zeit später **Metallclips** in einem Bereich des **Bauches** gefunden wurden, wo sie unzweifelhaft nicht hingehörten, indiziert nicht, dass sich die Clips bereits intraoperativ aus dem Gewebe gelöst haben.
Eine Haftung aufgrund eines **Aufklärungsfehlers** scheidet dann aus, wenn die unterlassene oder objektiv fehlerhafte Aufklärung auf einem **Diagnoseirrtum** beruht, der sich mangels Vorwerfbarkeit nicht als haftungsbegründender Behandlungsfehler darstellt (OLG Köln, Urt. v. 03.11.1997 - 5 U 98/97 - VersR 1999, 98, zit. nach juris).

h) Dosierung von Celestan® (Betamethason) (Fetale Lungenreife bei Zwillingsschwangersch.)

OLG Koblenz, Beschluss v. 05.11.2014 - 5 U 869/14 **RID 15-01-196**
juris
BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611; ZPO § 286

Leitsatz: Keine Arzthaftung bei nicht leitlinienkonformer, aber in der Fachliteratur als vertretbar eingeschätzter **Dosierung von Celestan® (Wirkstoff: Betamethason)** zur Induktion der fetalen Lungenreife bei Zwillingsschwangerschaft mit Frühgeburt.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Einwand der hypothetischen Einwilligung: Keine ausreichende Aufklärung

KG Berlin, Urteil v. 04.12.2014 - 20 U 246/13 **RID 15-01-197**
juris
BGB § 823

Leitsatz: 1. Der Einwand der **hypothetischen Einwilligung** ist grundsätzlich beachtlich, setzt aber voraus, dass festgestellt ist, dass eine ausreichende Aufklärung nicht erfolgt ist. Mithin ist vorab eine Beweiserhebung zur **ordnungsgemäßen Aufklärung** erforderlich, falls nicht Aufklärung oder unterbliebene Aufklärung unstreitig sind.
2. Feststellungen darüber, wie sich der Patient bei ausreichender Aufklärung entschieden hätte oder ob er in einen Entscheidungskonflikt geraten wäre, können grundsätzlich nicht ohne **persönliche Anhörung des Patienten** getroffen werden.

b) Einwilligungsfähigkeit bei Schmerzbeeinträchtigung

OLG Koblenz, Urteil v. 01.10.2014 - 5 U 463/14 **RID 15-01-198**
juris = GesR 2014, 663
BGB §§ 104, 253, 280, 611, 630d, 823; ZPO §§ 138, 139, 253 II Nr. 2, 286

Die **Einwilligungsfähigkeit** ist beim erwachsenen Menschen die Regel. Deshalb muss derjenige, der sie in Abrede stellt, sein Vorbringen beweisen, sofern die Gesamtschau der unstreitigen medizinischen Fakten nicht eindeutig fehlende Einwilligungsfähigkeit belegt. Es gibt **keinen Erfahrungssatz**, dass **Schmerzen** ab einem bestimmten Schwergrad die Einwilligungsfähigkeit des Patienten immer einschränken und letztendlich sogar völlig aufheben.

c) Aufklärung vor Geburt: Folgen für Kind/Periduralanästhesie

OLG Naumburg, Urteil v. 06.02.2014 - 1 U 45/13 **RID 15-01-199**
juris
BGB 249, 253, 278, 280, 823, 831

Leitsatz: 1. Ist eine bestimmte **Aufklärung vor der Geburt** geboten, so muss die Mutter auch über die beim Kind möglicherweise eintretenden Folgen unterrichtet werden.
2. Vorgeburtlich ist nur dann zur **Periduralanästhesie** (PDA) aufzuklären, wenn die werdende Mutter zu erkennen gibt, sich dafür zu interessieren oder entscheiden zu wollen, oder wenn vorhersehbare Risiken dazu Anlass geben.
3. Kann die Mutter unter der Geburt nicht mehr über das Legen einer PDA entscheiden, ist für die Rechtfertigung des Eingriffs der **mutmaßliche Wille** der Patientin ausschlaggebend.

d) Aufklärung über Restrisiko einer Zeugungsfähigkeit

OLG Köln, Beschluss v. 02.10.2014 - 5 U 66/14 **RID 15-01-200**
juris
BGB § 280 I

Sofern es einem Patienten, der ein **Spermiogramm** erstellen lässt, darum geht, die Erforderlichkeit einer **Verhütung** zu klären und die Zeugung eines Kindes zu vermeiden, muss ihn der Arzt, der das mit der Untersuchung verfolgte Ziel kennt, auf ein etwa bestehendes **Restrisiko** hinweisen. Die Interessenlage ist die gleiche wie diejenige des Patienten, der eine Sterilisation hat vornehmen lassen und gleichwohl noch einem gewissen Risiko einer Zeugung ausgesetzt ist. In diesen Fällen hat die Rechtsprechung eine Hinweis- und Aufklärungspflicht des Arztes bejaht (vgl. BGH, Urt. v. 27.06.1995 - VI ZR 32/94 - juris Rn. 13 m.w.N.).

e) Entfernung der Gebärmutter einer 48-Jährigen nach erfolgloser konservativer Therapie

OLG Koblenz, Beschluss v. 16.04.2014 - 5 U 1392/13 **RID 15-01-201**
juris
BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; ZPO § 286

Leitsatz: Durch Statistiken, Leitlinien und sonstige medizinische Fachliteratur, die zu Einzelaspekten eines sehr komplexen und jahrelang persistierenden Beschwerdebildes eine konservative Therapie favorisieren, lässt sich der auf einer wertenden Gesamtschau der konkreten Krankengeschichte einschließlich der aktuellen Befunde beruhende **Rat eines Gynäkologen zur Gebärmutterentfernung** nicht falsifizieren, wenn der Eingriff nach sachverständiger Einschätzung zwar nicht unausweichlich, aber naheliegend und daher empfehlenswert war.

BGH, Beschl. v. 09.12.2014 - VI ZR 220/14 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

f) Schmerzensgeld für nicht gerechtfertigte Bandscheibenersatzoperation

OLG Hamm, Urteil v. 29.09.2014 - 3 U 54/14 **RID 15-01-202**
Revision anhängig: BGH - VI ZR 486/14 -
juris
BGB §§ 253, 278, 280, 611, 823, 831

Leitsatz: Ein Patient kann von einem Krankenhaus 20.000 Euro **Schmerzensgeld** verlangen, nachdem er im Krankenhaus ohne ausreichende Aufklärung und ohne ausreichende Indikation nach der neueren Methode des Bandscheibenersatzes operiert wurde.

g) Nachweis eines Aufklärungsgesprächs vor chiropraktischer Behandlung an Halswirbelsäule

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 13.01.2015 - 8 U 141/13 **RID 15-01-203**
juris
BGB §§ 630d, 630e

Die Aufklärung umfasst neben der Risikoaufklärung u.a. auch die **Behandlungsaufklärung**. Der Behandlungsseite obliegt der Beweis sämtlicher Tatsachen, aus denen sich eine wirksame Einwilligung ergibt; sie hat dementsprechend alle sachverhaltlichen Voraussetzungen einer der konkreten Behandlung entsprechenden vollständigen und zutreffenden Aufklärung zu beweisen. Allerdings sind an den **Beweis der Behandlungsseite** für die gehörige Erfüllung ihrer Aufklärungspflichten im Rechtsgang keine überzogenen Anforderungen zu stellen. Vielmehr kann es zur Überzeugungsbildung im Einzelfall ausreichen, wenn – etwa durch Zeugen oder im Wege der Parteivernehmung gemäß § 448 ZPO – die ständige Praxis einer ordnungsgemäßen Aufklärung nachgewiesen wird. Die Behauptung der ständigen Praxis kann jedoch nur genügen, wenn bewiesen ist, dass ein Aufklärungsgespräch geführt worden ist.

h) Ärztliche Aufklärungspflicht vor Knieoperation: Arthrofibrose

OLG Köln, Urteil v. 21.11.2014 - 5 U 1087/14 **RID 15-01-204**
juris
BGB §§ 249, 253, 276, 278, 611, 823; ZPO § 286

Leitsatz: Die **Risiken eines Eingriffs** hat der Arzt beim **Aufklärungsgespräch** nicht mit medizinischen Fachbegriffen, sondern in einer dem Laien verständlichen Weise darzustellen. Die **Gefahr einer Arthrofibrose** nach einer **Kniegelenksoperation** ist durch den Hinweis hinreichend umschrieben, dass Funktions- und Bewegungseinschränkungen auftreten können und die Gefahr von Verkalkungen in benachbarten Muskeln besteht, die zu erheblichen Bewegungseinschränkungen führen können und u.U. langdauernde krankengymnastische oder ggf. auch operative Nachbehandlungen erfordern.

i) Aufklärung vor laparoskopischer Leistenbruchoperation (TEPP/TEP versus TAPP)

OLG Koblenz, Urteil v. 15.10.2014 - 5 U 976/13 **RID 15-01-205**
juris
BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823, 831; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Eine total **extraperitoneale Hernioplastik** (TEPP/TEP) ist gegenüber einer trans-**abdominellen präperitonealen Hernioplastik** (TAPP) mit geringeren, allerdings anderen Risiken behaftet. Daher muss ein Patient über beide Methoden auch dann **aufgeklärt** werden, wenn die alternativ in Betracht kommende im jeweiligen Krankenhaus nicht praktiziert wird.
2. Dass im vorgedruckten Text eines **Aufklärungsbogens** davon die Rede ist, der Patient sei über die „**Wahl des Operationsverfahrens**, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden“ aufgeklärt worden, beweist nicht, dass die konkret gebotene Sachinformation erfolgt ist.
3. Für die Folgen einer Operation, die mangels vollständiger Aufklärung rechtswidrig war, haftet ein **assistierender Chirurg** nicht, sofern er davon ausgehen durfte, der Eingriff sei durch eine wirksame Einwilligung des Patienten gerechtfertigt.

j) Aufklärungsumfang vor Resektionsoperation bei bestehendem Malignomverdacht

OLG Rostock, Urteil v. 27.06.2014 - 5 U 97/13 **RID 15-01-206**
juris
BGB §§ 278, 280, 611, 823 I, 831

Leitsatz: Den Arzt treffen vor Durchführung einer Resektionsoperation bei bestehendem Malignomverdacht umfangreiche **Aufklärungspflichten**, wenn auch eine Punktion zur Abklärung der Diagnostik oder ein schlichtes beobachtendes Abwarten ernsthaft in Betracht kommen.

Wurde der Patient vom **Hausarzt** zur Behandlung **überwiesen**, ist der Arzt gehalten, sich über eine ggf. bereits erfolgte Aufklärung zu informieren.

k) Behandlungsalternative zur Prostatakrebsentfernung

LG Berlin, Urteil v. 03.05.2013 - 36 O 158/11 **RID 15-01-207**
juris
BGB § 823

Leitsatz: Behandlungsalternative zur Prostatakrebsentfernung sind die Strahlentherapie und die hoch intensive fokussierte Ultraschalltherapie.

l) Aufklärung bei Risiko eines Herzinfarktes

OLG Köln, Urteil v. 05.11.2014 - 5 U 152/13 **RID 15-01-208**
juris
BGB § 823

Besteht nach den bisher vorliegenden Befunden ein nicht unerhebliches **Risiko eines Herzinfarktes** (hier: 20 bis 30 % innerhalb von zehn Jahren), so muss der Hausarzt den Patienten über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer entsprechenden Abklärung einer koronaren Herzerkrankung aufklären.
Empfiehlt der Arzt dem Patienten die **richtige Vorgehensweise** und unterbleibt allein eine Unterrichtung über die Notwendigkeit und Dringlichkeit, handelt es sich im Regelfall nicht um einen besonders schweren Fehler, der einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

m) Aufklärungspflicht vor Lasik–Operation über Verschlechterung des Sehvermögens

OLG Koblenz, Urteil v. 29.10.2014 - 5 U 732/14 **RID 15-01-209**
juris
ZPO §§ 141, 256, 286; BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823

Leitsatz: 1. Eine **schriftliche Patienteninformation** kann das **ärztliche Aufklärungsgespräch** allenfalls bei Routineeingriffen mit Massencharakter ersetzen. Vor einer Lasik-Operation muss der Augenarzt daher über das Risiko einer erheblichen und dauerhaften Verschlechterung des Sehvermögens bis hin zur Erblindung mündlich aufklären.
2. Bekundet der zum Inhalt der mündlichen Aufklärung angehörte Arzt, dass er regelmäßig „die am häufigsten vorkommenden Komplikationen wie Entzündungen, Über- oder Unterkorrektur und Narbenbildung“ bespreche und bietet auch das Dokumentationsblatt über das Patientengespräch keinen Anhalt, dass das **Risiko der erheblichen Verschlechterung des Sehvermögens** erwähnt wurde, fehlt es an einer wirksamen Einwilligung des Patienten

4. Behinderungsbedingter Mehraufwand der Eltern

OLG Karlsruhe, Urteil v. 13.08.2014 - 7 U 128/13 **RID 15-01-210**
juris = GesR 2014, 725
ZPO §§ 145, 301; BGB § 843

Ein **Richterwechsel nach der Beweisaufnahme** erfordert die wiederholte Erhebung des Sachverständigenbeweises im Regelfall nicht.
Unter einen **Mehrbedarf** fällt auch der **Betreuungsaufwand naher Angehöriger** eines durch eine unerlaubte Handlung an Körper und Gesundheit Geschädigten. Kommen mehrere Arten der Betreuung in Betracht, bestimmt sich die Höhe des Anspruchs dabei weder nach der kostengünstigsten noch nach der aufwendigsten Möglichkeit, sondern allein danach, wie der Bedarf in der vom Geschädigten und seinen Angehörigen gewählten Lebensgestaltung tatsächlich anfällt. Dieser Bedarf bestimmt sich deshalb nach dem von den **Eltern** des Klägers für ihn erbrachten Pflege- und Betreuungsmehraufwand. Im Weiteren kommt es für die Ersatzfähigkeit nicht darauf an, ob der Angehörige, der die Pflegeleistungen erbringt, seinerseits einen Verdienstausfall erleidet, weil eine

solche Hilfeleistung dem Schädiger entsprechend dem Rechtsgedanken des § 843 IV BGB nicht zugutekommen soll. Allerdings muss sich der geltend gemachte Aufwand in der Vermögenssphäre als **geldwerter Verlustposten** konkret niederschlagen. Dieses Erfordernis dient der Abgrenzung eines **ersatzfähigen Mehrbedarfs zu nicht ersatzfähigen Mühewaltungen** im Rahmen elterlicher Zuneigung. Dritte können diese elterliche Zuneigung nicht leisten. Deshalb muss es sich, um eine ersatzfähige Schadensposition i.S.d. § 843 I BGB darzustellen, um Tätigkeiten handeln, die sich aus dem allein den Eltern als engsten Bezugspersonen zugänglichen Bereich der unvertretbaren Zuwendung und aus sonstigen, selbstverständlichen, originären Aufgabengebieten der Eltern, insb. im Hinblick auf die Personensorge, herausheben.

5. Sachverständige

a) Rückgriff des rechtsmedizinischen Sachverständigen auf orthopädisches Zusatzgutachten

OLG Saarbrücken, Urteil v. 30.12.2014 - 1 U 52/14 **RID 15-01-211**
juris
ZPO §§ 529, 538 II Nr. 1

Leitsatz: Zur beweisrechtlichen **Verwertbarkeit** eines medizinischen **Sachverständigengutachtens**, wenn dieses nicht erkennen lässt, welche Fragestellungen vom Hauptgutachter und welche Fragen von einem Zusatzgutachter beantwortet worden sind.

b) Gutachten des MDK ersetzt nicht Sachverständigengutachten/Gerichtl. Aufklärungspflicht

OLG Koblenz, Urteil v. 08.10.2014 - 5 U 716/14 **RID 15-01-212**
juris
GG Art. 103 I; ZPO §§ 138, 139, 286, 404, 404a, 407a, 411a, 538

Leitsatz: 1. Art. 103 Abs. 1 GG verpflichtet das Gericht, das Vorbringen der Beteiligten zur Kenntnis zu nehmen, zu prüfen, zu berücksichtigen und sich mit ihm auseinanderzusetzen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist verletzt, wenn die Nichtberücksichtigung von Vortrag oder von Beweisanträgen im Prozessrecht keine Stütze mehr findet. Die im Arzthaftungsprozess erforderliche Klärung medizinischer Fragen durch einen Sachverständigen des jeweiligen Fachgebiets darf in der Regel nicht durch Verwertung eines **Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen** ersetzt werden.
2. Auch anwaltlich vertretene Parteien sind möglichst vor der mündlichen Verhandlung auf **offensichtlich übersehene Tat- und Rechtsfragen** hinzuweisen. Erfolgt der gebotene Hinweis erst im Urteil, kann der darin liegende grobe Verfahrensverstoß zur Aufhebung und Zurückverweisung führen und die Nichterhebung der gerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens erfordern.

c) Besorgnis der Befangenheit

aa) Tätigkeit in einem mit beklagtem Krankenhaus vernetzten Lehrkrankenhaus

OLG Schleswig, Beschluss v. 30.06.2014 - 16 W 81/14 **RID 15-01-213**
juris = GesR 2014, 670
ZPO §§ 42 II, 406 I

Die Besorgnis der Befangenheit kann sich allein aus dem **Status des Sachverständigen** ergeben. Die Besorgnis der Befangenheit ist gegen einen Sachverständigen begründet, der als Oberarzt an einem Akademischen Lehrkrankenhaus tätig ist, das zu dem Universitätsklinikum gehört, zu dem auch das beklagte Lehrkrankenhaus gehört, das die strittige Behandlung durchgeführt hat.

bb) Überschreitung des Beweisthemas und Zugrundelegung streitigen Parteivortrags

OLG Saarbrücken, Beschluss v. 13.10.2014 - 5 W 65/14 **RID 15-01-214**
juris
ZPO § 406

Leitsatz: Zur Befangenheit des Sachverständigen bei Überschreitung des Beweisthemas und Zugrundelegung streitigen Parteivortrags.

cc) Glaubhaftigkeitsbewertung der Aussagen der Parteien ohne gerichtlichen Auftrag

LG Berlin, Beschluss v. 14.10.2014 - 8 O 243/13 **RID 15-01-215**
GesR 2014, 25
ZPO §§ 42 II, 406 I

Leitsatz (GesR): Ein Antrag auf Ablehnung des medizinischen Sachverständigen ist begründet, wenn dieser ohne gerichtlichen Auftrag eine Glaubhaftigkeitsbewertung der Aussagen der Parteien vornimmt.

6. Fenster der Patientenzimmer mit Dreh-Kipp-Sicherung in geschlossener psychiatrischer Abteilung

LG Fulda, Urteil v. 23.01.2013 - 3-2 O 52/08 **RID 15-01-216**
juris
BGB §§ 280, 823, 831

Leitsatz: Es genügt den an eine nicht forensische, **geschlossene psychiatrische Abteilung** eines Krankenhauses zu stellenden **Sicherheitsanforderungen**, wenn die Fenster der Patientenzimmer mit einer Dreh-Kipp-Sicherung versehen sind, die bewirkt, dass sich ein Fenster ohne besondere Maßnahmen nur kippen, aber nicht vollständig öffnen lässt.

7. Produkthaftung: Mangelhaft konstruierter Titan-Cage

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 13.01.2015 - 8 U 168/13 **RID 15-01-217**
juris
ProdHaftG §§ 1, 8

Ein Verstoß gegen § 6 l MedProdG durch **Inverkehrbringen von Titan-Cages ohne CE-Kennzeichnung**, infolge dessen der Cage nicht verkehrsfähig ist, dürfte zwar eine Schutzgesetzverletzung i.S.v. § 823 II BGB begründen, belässt es aber dabei, dass der Anspruchsteller grundsätzlich die Ursächlichkeit des Verstoßes für den eingetretenen Schaden und das Verschulden des Anspruchsgegners zu **beweisen** hat, wobei ihm allerdings Beweiserleichterungen zu Gute kommen können, für die Ursächlichkeitsfrage in Gestalt eines Anscheinsbeweises oder, in engen Grenzen, einer Beweislastumkehr, wenn Wesen und Inhalt der materiellen Schutznorm und der in ihr enthaltenen Verhaltensanweisung es gebieten, dem Schädiger aufgrund einer von ihm geschaffenen unklaren Beweislage die Sachverhaltsaufklärung und ihre Risiken aufzuerlegen (vgl. BGH, Urt. v. 13.12.1984 - III ZR 20/83 - MDR 1985, 1774).
Zur Anspruchsbegründung nach dem **Produkthaftungsgesetz** kommt es nicht auf das Verschulden eines in Anspruch genommenen **Herstellers** an; dieser trägt ggf. aber die Beweislast für einen Ausschlusstatbestand nach § 1 II oder III ProdHaftG (§ 1 IV 2 ProdHaftG). Demgegenüber trägt nach der eindeutigen Regel des § 1 IV 1 ProdHaftG der **Geschädigte** die Beweislast für den Fehler, den Schaden und den Ursachenzusammenhang.
Auch im Produkthaftungsrecht finden die allgemeinen Grundsätze des Deliktsrechtes und damit auch die Beweiserleichterungsregeln des **Anscheinsbeweises** für Ursachen und/oder Folgen typischer Geschehensabläufe Anwendung.
Ein **mangelhaft konstruierter Cage** begründet einen Haftungsanspruch.

8. Zahnärztliche Behandlung

a) Zumutbarkeit einer Weiterbehandlung nach provisorischer Einsetzung von Zahnersatz

LG Münster, Urteil v. 18.12.2014 - 111 O 26/12 **RID 15-01-218**
juris
BGB § 823

Der Patient hat es dem Zahnarzt bei einer prothetisch noch nicht beendeten Behandlung zu gestatten, durch geeignete **Korrekturmaßnahmen** einen funktionstüchtigen und beschwerdefrei zu tragenden Zahnersatz herzustellen. Zahnärztliche Behandlungen sind nicht mit dem ersten Einsetzen des Zahnersatzes abgeschlossen. Vielmehr müssen nicht selten Korrekturmaßnahmen durchgeführt werden. Aus diesem Grund wird der Zahnersatz - wie hier - zunächst häufig nur provisorisch eingesetzt. Weigert sich ein Patient nach der Eingliederung von Zahnersatz, zumutbare Korrekturmaßnahmen des Arztes hinzunehmen, kommen insofern Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche nicht in Betracht, wobei selbst die Neuanfertigung einer Prothese zumutbar sein kann.
Eine **Unzumutbarkeit** einer Weiterbehandlung liegt nicht vor, wenn es bereits an einem Vortrag fehlt, bereits mehrfach vergebliche Nachbesserungsversuche hätten stattgefunden.

b) Tinnituserkrankung erlaubt keinen Rückschluss auf fehlerhafte Wurzelbehandlung

OLG Köln, Beschluss v. 03.11.2014 - 5 U 61/14 **RID 15-01-219**
juris
BGB § 823

Der Kläger nimmt einen unzulässigen Rückschluss vor, wenn er meint, die **Wurzelbehandlung** müsse grob fehlerhaft gewesen sein, wenn sich daraus ein **Tinnitus** entwickelt habe. Zum einen fehlen jegliche tatsächlichen Anhaltspunkte dafür, dass ein Zusammenhang zwischen der durchgeführten Wurzelbehandlung und dem Tinnitus bestanden hat. Es ist allgemein bekannt, dass eine Tinnituserkrankung vielfältige Gründe haben kann. Eine von vielen denkbaren Möglichkeiten mag eine Wurzelbehandlung sein. Zum anderen würde aber selbst dann, wenn ein Ursachenzusammenhang zwischen der Wurzelbehandlung und der Tinnituserkrankung feststünde, aus diesem Zusammenhang nicht notwendigerweise auf einen Behandlungsfehler geschlossen werden können. Für einen Behandlungsfehler bedarf es eines Verstoßes gegen den ärztlichen Standard.

Das ***OLG*** wies mit Beschl. v. 03.11.2014 - 5 U 61/14 - juris die Berufung des Kl. zurück.

c) Eingeschränkte Aufbewahrungspflicht von Modellen

OLG Köln, Urteil v. 19.11.2014 - 5 U 166/12 **RID 15-01-220**
juris
BGB §§ 280, 823

Es bestehen keine **Beweiserleichterungen** unter dem Gesichtspunkt der Verletzung einer Befundsicherungs- oder Dokumentationspflicht, wenn **Modelle nicht aufbewahrt** wurden und diese nicht notwendig sind, um eine ordnungsgemäße Nachbehandlung durch den Zahnarzt selbst oder einen Dritten zu gewährleisten.

III. Arzneimittel/Hilfsmittel/Heilmittel

1. Apothekenrecht

a) BGH: Zytostatika aus Arzneimitteln ohne deutsche Zulassung

aa) Fehlende Täuschungshandlung

BGH, Urteil v. 10.12.2014 - 5 StR 405/13 **RID 15-01-221**
juris
StGB § 263

Selbst bei einer Einordnung zubereiteter Zytostatika-Lösungen als **Fertigarzneimittel**, ist die konkludente Behauptung, es handele sich um ein verkehrsfähiges Rezepturarzneimittel, nicht zur **Irreführung der Erklärungsadressaten** auf Seiten der Gesetzlichen Krankenkassen geeignet. Denn dieser konkludente Erklärungsinhalt entsprach dem, wovon die Erklärungsadressaten der Behauptung nach der im Tatzeitraum bestehenden Verkehrsanschauung ohnehin vernünftigerweise ausgehen mussten.

bb) Tatbestandsirrtum

BGH, Urteil v. 10.12.2014 - 5 StR 136/14 **RID 15-01-222**
juris
StGB § 263

Das Landgericht hat den subjektiven Tatbestand hinsichtlich der hier noch in Rede stehenden Tatvorwürfe des Abrechnungsbetruges und des arzneimittelrechtlichen Vergehens nach § 95 I Nr. 3a AMG a.F. bei beiden Angeklagten rechtsfehlerfrei verneint, weil es aufgrund des festgestellten Vorstellungsbildes der Angeklagten - bei der (auch vom Senat als Prämisse seiner sachlich-rechtlichen Überprüfung zugrunde zu legenden) Wertung, es habe sich bei den Infusionslösungen tatsächlich um nicht verkehrsfähige **Fertigarzneimittel** gehandelt - zutreffend jeweils von einem **Tatbestandsirrtum** nach § 16 StGB ausgegangen ist.

b) Reinraumanforderungen: Verdünnen und Umfüllen steriler Augentropfen/Rekonstitution

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.10.2014 - OVG 5 B 2.12 **RID 15-01-223**
juris
AMG §§ 64, 69; ApoBetrO § 35 IV 1

Sterile patientenindividuelle parenterale Arzneimittel können nicht in einer Apotheke hergestellt werden, soweit diese keinem **Sterilisationsverfahren** im Endbehältnis unterzogen werden.

c) Keine Werbung und Verkauf apothekenunüblicher Waren (Kühltasche, Reisenähset, Feuerzeug)

OLG Düsseldorf, Urteil v. 28.10.2014 - 20 U 159/13 **RID 15-01-224**
juris = WRP 2015, 69
UWG §§ 3, 4 Nr. 11; ApoBetrO 1a X, 2 IV

Weder eine **Umhängekühltasche**, noch ein **Reisenähset** oder ein **Alu-Stabfeuerzeug** dienen unmittelbar der Gesundheit von Menschen.
Die **Beschränkung des Warensortiments** in einer Apotheke entspricht vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls und wahrt den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Geschützt wird das Vertrauen der Kunden, in der Apotheke nur Erzeugnisse angeboten zu bekommen, denen ein nachvollziehbarer gesundheitlicher Nutzen zugeschrieben wird. Dem kaufmännischen Interesse des Apothekers an einer gewissen Ausweitung des Warensortiments über das Kerngeschäft hinaus trägt der Katalog des § 25 ApBetrO a.F. bzw. jetzt § 1a X ApBetrO n.F. angemessene Rechnung (vgl. BVerwGE 148, 28 = NJW 2014, 1030, Rn. 20 m.w.N.).

LG Düsseldorf, Urt. v. 03.07.2013 - 12 O 227/12 - RID 13-04-187 gab der Klage der Wettbewerbszentrale statt, das ***OLG*** wies die Berufung zurück.

d) Anordnung der Dienstbereitschaft: Anreiseentfernung bis 15 km zumutbar

VG Regensburg, Urteil v. 27.11.2014 - RO 5 K 13.1861 **RID 15-01-225**
juris
ApoBetrO § 23 I; LadSchlG § 4 II

Hinsichtlich der Ausgestaltung der **Anordnung der Dienstbereitschaft** im Einzelfall steht der Behörde nach § 4 II LadSchlG ein sehr weites **Auswahlermessen** zu. Sie muss bei der Anordnung unter Wahrung der Wettbewerbsgleichheit zwischen den Apotheken die Arbeitsschutzinteressen des Apothekenpersonals einerseits und das Interesse der Bevölkerung an der Arzneimittelversorgung andererseits gegeneinander abwägen. Bei der Abwägung hat die Behörde die örtliche Situation zu berücksichtigen, d.h. die Zahl, der für eine Notdienstregelung in Betracht kommenden Apotheken, die Entfernung zwischen der dienstbereiten Apotheke und den notfalls zu versorgenden Apothekenkunden sowie die Verkehrsverhältnisse und die öffentlichen Verkehrsbedingungen. Da die widerstreitenden Interessen zu einem gerechten Ausgleich zu bringen sind, kann das Interesse der Bevölkerung an kurzen Wegen zur dienstbereiten Apotheke umso eher berücksichtigt werden, je mehr Apotheken von der Regelung erfasst werden und je geringer damit die Belastung des Apothekenpersonals der einzelnen Apotheke ist. Die Bevölkerung muss umgekehrt umso mehr Abstriche an einer bequemen Arzneimittelversorgung hinnehmen, je weniger Apotheken nach den örtlichen Verhältnissen zu einer einheitlichen Notdienstregelung herangezogen werden können. In keinem Fall aber darf die Notdienstregelung dazu führen, dass sich im Hinblick auf die tatsächlichen Verhältnisse die Bevölkerung außerhalb der allgemeinen Öffnungszeiten nicht mehr in zumutbarer Weise mit Arzneimitteln versorgen kann (so ausdrücklich: BVerwG v. 14.12.1989, NJW 1991, 766).
Die Zumutbarkeitsgrenze für die Bevölkerung mit einer **Anreiseentfernung von 15 km** ist nicht zu beanstanden (BVerwG, NJW 1991, 766).

2. Rabattverträge: Auftragsbezug der Zuschlagskriterien (Patienten- oder Begleitprogramm)

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 19.11.2014 - VII-Verg 30/14 **RID 15-01-226**
juris = NZS 2015, 68 = NZBau 2015, 43
Richtlinie 2004/18/EG Art. 52 I

Leitsatz: 1. **Zuschlagskriterien** müssen mit dem Auftragsgegenstand „zusammenhängen“ und damit „in Verbindung stehen“. Sie müssen sich aber nicht unmittelbar aus dem ausgeschriebenen Leistungsgegenstand ergeben.
2. Der notwendige **Auftragsbezug** ist nicht zu verneinen, wenn eine Leistung fakultativ angeboten werden kann.
3. Der Auftraggeber darf im Rahmen der anzustellenden Prognose diejenigen **Eignungsnachweise** fordern, die er zur Sicherstellung seines Erfüllungsinteresses für erforderlich hält, die mit den gesetzlichen Bestimmungen im Einklang stehen und die nicht unverhältnismäßig, nicht unangemessen und für Bieter nicht unzumutbar sind.

3. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Keine Werbung für nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Schlafstörungen)

LG Mainz, Urteil v. 30.06.2014 - 12 HKO 57/13 **RID 15-01-227**
juris = Magazindienst 2014, 863
HeilMWerbG § 3a; UWG §§ 4 Nr. 11, 8 I

Ein Arzneimittel, das mit der Indikation zur Anwendung bei **Schlafstörungen** nicht zugelassen ist, kann nicht mit einer blickfangmäßig infolge **fettgedruckter Überschrift** als auch mit der Darstellung im Text selbst her als Mittel gegen Schlafstörungen beworben werden, auch wenn im Text selbst der Wirkstoff und das Anwendungsgebiet erhöhte Unruhezustände korrekt dargestellt werden.

b) Grundsatz der Zitatwahrheit

OLG Hamburg, Urteil v. 17.04.2014 - 3 U 73/13 **RID 15-01-228**
UWG §§ 3, 4 Nr. 5, 8 u. 11, 8

Leitsatz: 1. Ein Verstoß gegen den **Grundsatz der Zitatwahrheit** unter dem Aspekt der Irreführung durch Stützung von werblichen Aussagen mit einer Studie, deren Autoren diese Aussagen nicht für erwiesen halten (vgl. BGH GRUR 2013, 649 Rn. 17 - Basisinsulin mit Gewichtsvorteil) liegt nicht vor, wenn mit den Ergebnissen einer Nichtunterlegenheitsstudie geworben wird, in deren Verlauf ein therapeutisch relevanter Wert deutlich niedriger als in anderen Studien gewesen ist (hier: TTR-Wert im Mittel bei 55%, in anderen Studien 64-68%), sofern die Autoren der Studie aus diesem Umstand selbst keine den Nachweis der Nichtunterlegenheit einschränkenden Schlüsse gezogen haben.
2. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der Zitatwahrheit unter dem Aspekt der **fehlenden wissenschaftlichen Validität** der in Bezug genommenen Studie (vgl. BGH GRUR 2013, 649 Rn. 17 - Basisinsulin mit Gewichtsvorteil) ist nicht gegeben, wenn in der Fachinformation die Ergebnisse der Studie auch in Ansehung des fraglichen Werts als wissenschaftlich valide dargestellt werden.
3. Ein wissenschaftlich valider Nachweis der Nichtunterlegenheit ist nicht deshalb fachlich umstritten, weil die **US-amerikanischen Zulassungsbehörde** FDA eine Überlegenheitsbehauptung für nicht hinreichend nachgewiesen hält (Abgrenzung zu Senat, PharmR 2013, 77).

c) Kein Nachweis der Wirksamkeit einer „Horizontal®-Therapie“

OLG Zweibrücken, Beschluss v. 22.09.2014 - 4 U 19/14 **RID 15-01-229**
juris = Magazindienst 2014, 1146
HeilMWerbG § 3 I Nr. 2; UWG §§ 4 Nr. 11, 5 I Nr. 1

Nach § 3 HWG ist eine **Werbung** insbesondere **irreführend**, wenn sie einer Behandlung, oder einem Verfahren oder anderen Mitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkungen beilegt, die diese nicht haben.
Die **Wirksamkeit einer „Horizontal®-Therapie“** kann nur durch **randomisierte-placebokontrollierte-Doppelblindstudien** nachgewiesen werden.

d) Verweise auf das gesundheitsbezogene Wohlbefinden (Bach-Blüten-Werbung)

OLG Hamm, Urteil v. 07.10.2014 - 4 U 138/13 **RID 15-01-230**
juris
UWG §§ 4 Nr. 11, 8 I 1; EGV 1924/2006

Leitsatz: 1. Zur Werbung für „Bach-Blütenprodukte“ mit Verweisen auf die Gesundheit oder das **gesundheitsbezogene Wohlbefinden** i.S.d. Art. 10 Abs. 3 HCVO.
2. Der **Gesundheitsbegriff** der HCVO umfasst auch das **seelische Gleichgewicht** (Anschluss an BGH, WRP 2014; 1184).
3. Art. 10 Abs. 3 HCVO ist bereits anwendbar, und zwar auch auf sogenannte **„Botanicals“**, auch wenn die Listen zugelassener gesundheitsbezogener Angaben nach Art. 13 oder 14 HCVO noch nicht vollständig erstellt sind.

e) Werbung eines Apothekers für Bachblütenprodukte

LG Osnabrück, Urteil v. 11.07.2014 - 15 O 83/14 **RID 15-01-231**
juris = Magazindienst 2014, 1192
EGV Nr. 1924/2006; UWG §§ 3 I, 4 Nr. 11

Bei der **Aussage** „Original Rescue® Produkte werden heute von Verbrauchern in über 45 Ländern in emotional aufregenden Situationen wie z.B. einer Flugreise, einer Prüfung oder Herausforderungen in Job und Alltag verwendet“ handelt es sich um eine **gesundheitsbezogene Angabe** im Sinne des Art. 2 II Nr. 5 EGV Nr. 1924/2006. Es ist nicht erforderlich, ausdrücklich eine Wirkung des Mittels im Hinblick auf die Gesundheit zu behaupten. Ausreichend ist bereits nach dem ausdrücklichen Wortlaut,

dass eine **Wirkung suggeriert** wird. Abzustellen ist dabei auf das Verständnis eines normal informierten und angemessen aufmerksamen und verständigen durchschnittlichen Verbrauchers (vgl. EuGH, Urt. v. 17.01.2013 - C-299/12 - juris Rn. 24). Weiter ist dabei zu berücksichtigen, dass das Mittel von einem **Apotheker** beworben wird. Bei einem Apotheker erwartet der durchschnittliche Verbraucher in der Regel, dass den im Hinblick auf angegebene gesundheitliche Beeinträchtigungen beworbenen Mitteln auch eine Wirkung zukommt und diese nicht nur allgemein auf das Wohlbefinden oder die Stimmung einwirken sollen.

f) Wirksamkeitsnachweis für Inhaltsstoffe in konkreter Zusammensetzung (Diät bei Migräne)

LG München I, Urteil v. 13.05.2014 - 33 O 6466/14 **RID 15-01-232**
juris = Magazindienst 2014, 1083
UWG §§ 3, 4 Nr. 11; DiätV § 14b I

Der Vertrieb und die Bewerbung eines Mittels als **ergänzende bilanzierte Diät zur Behandlung von Migräne** verstößt gegen § 14b I 2 DiätV, wenn die beweisbelastete Ag. nicht glaubhaft macht, dass das Präparat die Anforderungen nach § 14b I 2 DiätV erfüllt. Für den Nachweis bedarf es einer **randomisierten placebo-kontrollierten Studie zur Wirksamkeit** des Mittels mit den **Inhaltsstoffen in der konkreten Zusammensetzung**. Im Interesse des Gesundheitsschutzes gilt auf dem Gebiet der gesundheitsbezogenen Werbung generell, dass die Werbung gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnis entsprechen muss; insbesondere dürfen Werbeaussagen nicht auf Studien gestützt werden, die diese Aussagen nicht tragen (BGH GRUR 2013, 649, Tz. 16 - Basisinsulin mit Gewichtsvorteil).

g) Irreführende Werbung über Behandlungsmethode zur Gewichtsreduktion

LG Düsseldorf, Urteil v. 13.08.2014 - 12 O 164/14 **RID 15-01-233**
juris = Magazindienst 2014, 970
HeilMWerbG §§ 1 Nr. 2, 3 S. 2 Nr. 1 u. 2; UWG §§ 3 I, 4 Nr. 11, 5 I 2 Nr. 1

Wird damit geworben, auch bei erheblichem Übergewicht Abnehmerfolge durch die beworbene Behandlungsmethode (Umstellung der Ernährungsgewohnheiten der jeweiligen Betroffenen und der ergänzenden Verabreichung eines homöopathischen Mittels) zu erzielen, die zur Gelenkschonung ohne sportliche Betätigung auskomme, ist dies **irreführend**, wenn eine **therapeutische Wirksamkeit** oder Wirkungen beigelegt wird.

h) Nachweis für Wirksamkeit/Prüfungspflichten bei Verlinkung (Taping-Verfahren)

LG Berlin, Urteil v. 02.04.2014 - 101 O 143/13 **RID 15-01-234**
juris = Magazindienst 2014, 1180
UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5 I Nr. 1; HeilMWerbG § 3 Nr. 1; BGB § 339

Wer Werbung für ein Produkt mit therapeutischer Wirksamkeit betreibt - hier: ein Taping-Verfahren (sog. Kinesiotapes) - hat die wissenschaftliche Absicherung der Wirksamkeit zu belegen. Fehlt es hieran, kommt auch die Einholung eines Sachverständigengutachtens zu den objektiven Wirkungen der Therapie und Geräte nicht in Betracht. Maßgeblich sind insoweit die bereits vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Eine Führung des Beweises der Richtigkeit der Werbeangaben durch erst noch zu gewinnende wissenschaftliche Erkenntnisse kommt nicht in Betracht.
Durch eine **Verlinkung** wird die angegriffene Werbeaussage zu Eigen gemacht. Wer einen Hyperlink setzt, den treffen **Prüfungspflichten**.

4. Präsentation von Kürbissamen als Arzneimittel

VG Hamburg, Beschluss v. 30.10.2013 - 15 E 3327/13 **RID 15-01-235**
juris
AMG §§ 2, 52a I 1, 69 I

Leitsatz: Kürbissamen sind als Arzneimittel zu qualifizieren, wenn sie als solches präsentiert werden.

5. Beihilfe

a) Keine Kostenübernahme für Arzneimittel Cialis

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 27.11.2014 - 6 A 2662/12 **RID 15-01-236**
juris
SGB V § 34 I 1; FHVOPol NRW § 8

Leitsatz: 1. Erfolglose Klage eines Kriminalhauptkommissars, der Leistungen der freien Heilfürsorge der Polizei für die Versorgung mit dem **Arzneimittel Cialis** zur Behandlung einer **erektilen Dysfunktion** begehrt.
2. Leistungen der freien Heilfürsorge der Polizei werden allein für Aufwendungen gewährt, die der Erhaltung oder Wiederherstellung der **Polizeidienstfähigkeit** dienen.

b) Coliquifilm Augensalbe

VG Stuttgart, Urteil v. 24.11.2014 - 12 K 1237/14 **RID 15-01-237**
juris
BBhV § 22 II Nr. 3c

Leitsatz: Bei Coliquifilm Augensalbe handelt es sich um synthetische Tränenflüssigkeit.

c) Mistelpräparat Helixor nicht beihilfefähig

VG Kassel, Urteil v. 22.05.2014 - 1 K 668/13.KS **RID 15-01-238**
juris
BhV Hessen §§ 5 I, 6 II; GOÄ §§ 5 II 4, 12 III

Das **Medikament Helixor** ist nicht beihilfefähig nach den §§ 5 I, 6 II BhV Hessen, da die überwiegende Mehrheit der Wissenschaftler die **Erfolgsaussichten** bei der Behandlung mit dem Medikament Helixor als ausgeschlossen oder jedenfalls gering ansehen. Es ist nämlich nicht ersichtlich, dass allgemein die Behandlung mit dem **Mistelpräparat** Helixor bei chronisch degenerativen Gelenkerkrankungen positiv eingeschätzt wird.

d) Nahrungsergänzungsmittel: Wissenschaftlich nicht anerkannte orthomolekulare Therapie

VG Neustadt (Weinstraße), Urteil v. 17.12.2014 - 1 K 101/14.NW **RID 15-01-239**
juris
BhV RP § 21

Leitsatz: Nahrungsergänzungsmittel, die im Rahmen einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten orthomolekularen Therapie ärztlich verordnet wurden, sind nicht beihilfefähig.

e) BVerwG: Höchstbetrag für Hörgeräte rechtmäßig/Härtefallregelung

BVerwG, Urteil v. 02.04.2014 - 5 C 40.12 **RID 15-01-240**
juris =Buchholz 270.1 § 25 BBhV Nr. 1 = NVwZ-RR 2014, 609 = ZBR 2015, 30
BBhV §§ 6 I 1, 25, 49, 50

Leitsatz: 1. § 80 Abs. 4 BBG verpflichtet den Verordnungsgeber nicht, sich bei der Regelung von Höchstbeträgen an das **Fünfte Buch Sozialgesetzbuch** anzulehnen.
2. Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Anschaffung von Hörgeräten auf einen **Höchstbetrag** ist sowohl mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG als auch mit der Fürsorgepflicht des Dienstherrn vereinbar.

f) Hörgeräte: Begrenzung auf Festbetrag/Fürsorgepflicht

OVG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 15.12.2014 - 10 A 10492/14 **RID 15-01-241**
juris
BBG § 78; BBhV §§ 25 IV, 49, 50; GG Art. 3 I, 33 V

Leitsatz: Die Aufwendungen für **Hörgeräte**, die den beihilfefähigen **Höchstbetrag** übersteigen, sind in analoger Anwendung des § 25 Abs. 4 Satz 1 BBhV a.F. ausnahmsweise erstattungsfähig, wenn dies durch die **Fürsorgepflicht** des Dienstherrn geboten ist (im Anschluss an BVerwG, Urteil vom 2. April 2014 - 5 C 40.12 -). Dabei bleiben Eigenbehalte i.S.d. §§ 49, 50 BBhV unberücksichtigt.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung: Galvano-Therapie/Medizinische Notwendigkeit

LG Regensburg, Urteil v. 27.05.2014 - 4 O 910/11 **RID 15-01-242**
juris = MedR 2014, 772
BGB § 307; GOÄ §§ 1, 2, 6 II; VVG § 192; MB/KK 2009 § 4 VI

Eine Anwendung der Galvano-Therapie durch einen Frauenarzt ist nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die ärztliche Versorgung einer Patientin **medizinisch notwendig**, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen (BGHZ 133, 208). Dass auch schulmedizinisch nicht etablierte Methoden, da medizinisch notwendig, grundsätzlich erstattungspflichtig sind, zeigt **§ 4 VI 2 MB-KK. Elektrischer Strom ist grundsätzlich geeignet, Tumoren zu bekämpfen** und ihr Wachstum zu hindern. Die Galvano-Therapie ist - obgleich nicht evidenzbasiert - in der Lage, auch fortgeschrittene Tumoren am Wachstum zu hindern, was zu einer Linderung der Schmerzen des Patienten führt.
Die **Abrechnung der Galvano-Therapie** in analoger Anwendung der Gebührenziffer 5854 (Tiefen-Hyperthermie) ist jedenfalls vertretbar.

2. Private Krankenversicherung

a) BGH: Kündigung: Hinweispflicht des Versicherers auf Anschlussversicherung/Nachweis

BGH, Urteil v. 14.01.2015 - IV ZR 43/14 **RID 15-01-243**
juris
VVG § 205 VI

Leitsatz: Der seinen Prämienanspruch geltend machende Versicherer kann sich nicht auf die Unwirksamkeit einer vom Versicherungsnehmer ausgesprochenen Kündigung wegen Fehlens eines Anschlussversicherungsnachweises gemäß § 205 Abs. 6 VVG berufen, wenn er den Versicherungsnehmer nicht nachweisbar auf dessen Fehlen hingewiesen hat.

b) Hyperthermiebehandlungen

OLG Naumburg, Urteil v. 26.06.2014 - 4 U 56/13 **RID 15-01-244**
juris = GesR 2014, 723
VVG § 192 I; GOÄ § 1 II; MB/KK 2009

Leitsatz: Die medizinische **Notwendigkeit** einer **Halbtiefen- und Tiefen-Hyperthermie** ist nur dann zu bejahen, wenn die Hyperthermie-Behandlung entsprechend der Nr. 1584 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ nachfolgenden Bemerkung in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder Chemotherapie stattfindet, was selbst nach Beendigung der eigentlichen Strahlenbehandlung für eine gewisse Zeit - hier drei Monate - während einer anschließenden Verlaufskontrolle noch gegeben sein kann.

Vorausgehend: LG Magdeburg, Urteil v. 08.08.2013 - 11 O 379/13 - RID 13-03-324.

3. Beihilfe

a) BVerwG: Aufwendungen/Zivilrechtlich wirksame Zahlungsverpflichtung

BVerwG, Urteil v. 09.10.2014 - 5 C 26.13 **RID 15-01-245**
juris
KHEntgG § 17 II 1

Leitsatz: 1. Der beihilferechtliche Begriff der **Aufwendungen** ist auf Ausgaben begrenzt, die einem Beihilfeberechtigten aufgrund einer **zivilrechtlich wirksamen Zahlungsverpflichtung** gegenüber dem Erbringer der Leistung tatsächlich entstehen.
2. Eine **Wahlleistungsvereinbarung**, die ohne hinreichende vorherige Unterrichtung des Patienten im Sinne von § 17 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 KHEntgG abgeschlossen wurde, ist unwirksam (Anschluss an Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs im Urteil vom 13. Oktober 2005 - III ZR 400/04 -).

b) Neue Technik begründet nicht mehr als 1,8-fachen Gebührenwert (Spiral-CT-Technik)

VG Hannover, Urteil v. 29.12.2014 - 13 A 11338/14 **RID 15-01-246**
juris
BBhV § 6; GOÄ § 5 II; III

Ein Arzt darf ohne Begründung seine Leistung mit dem 1**,8fachen Gebührenwert** abrechnen, wenn die Behandlung mit durchschnittlichen Schwierigkeiten und durchschnittlichem Zeitaufwand ohne Erschwernisse verbunden war (BGH, Urt. 08.11.2007 - III ZR 54/07 - BGHZ 174, 101; vgl. auch BVerwG, Beschl. v. 19.01.2011 - 2 B 70.10 -, juris und Beschl. v. 05.01.2011 - 2 B 55.10 -, juris). Daraus folgt auch für das Beihilferecht, dass der Arzt den Schwellenwert des 1,8fachen Gebührenwertes dann überschreiten kann, wenn er überdurchschnittliche Schwierigkeiten und einen überdurchschnittlichen Zeitaufwand der Leistungen und überdurchschnittlich schwierige Umstände der Ausführung schriftlich begründet (OVG Niedersachsen, Urt. v. 05.04.2011 - 5 LB 231/10 - juris).
Der Einsatz der **Spiral-CT-Technik** stellt keine Besonderheit da. Der Einsatz dieser Geräte entspricht dem Durchschnitt. Als Begründung für eine Überschreitung des Schwellenwertes reicht der Hinweis nicht aus, dass die Gebührenordnung seit 20 Jahren nicht mehr reformiert wurde und sich noch auf die damals üblichen Einzelscanner beziehe; da die Gebührenordnung die **neuen technischen und arztspezifischen Anforderungen** nicht mehr abbilde, könne vom Arzt deswegen ein erhöhter Faktor angesetzt werden. Dass sich die Anforderungen an die technische Ausstattung im Laufe der Zeit geändert haben und sich nunmehr ursprünglich so von der Gebührenordnung möglicherweise nicht berücksichtige Arbeitsschritte für den Arzt ergeben, kann so sein, ist jedoch kein Grund für eine Schwellenwertüberschreitung.

c) Niederfrequenzmodulierte Hochfrequenztherapie (Magnetfeldtherapie)

VG Augsburg, Urteil v. 06.11.2014 - Au 2 K 13.197 **RID 15-01-247**
www.sozialgerichtsbarkeit.dejuris
BhV Bay § 7 V Nr. 2

Ein Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen für die Behandlung seines **HWS- UND LWS-SYNDROMS** mit der **„niederfrequenzmodulierten Hochfrequenztherapie“**, einer sog. Magnetfeldtherapie, besteht nicht. Behandlungen mittels **Magnetfeldtherapie** gelten nach § 7 V Nr. 2 BayBhV als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden; sie sind daher nach Anlage 2 Nr. 2 zur BayBhV nur im Hinblick auf die dort ausdrücklich genannten Indikationen beihilfefähig, im Übrigen aber von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

d) Leistungsumfang der Vorsorgeuntersuchungen durch Richtlinien des GBA

VG Kassel, Urteil v. 22.05.2014 - 1 K 561/13.KS **RID 15-01-248**
juris
BhVO Hessen §§ 3 I, 5, 6, 10 I

Die **Richtlinien des GBA** geben den **Leistungsumfang der Vorsorgeuntersuchungen** vor. Weitere, über den in den Richtlinien genannten Umfang hinausgehende Vorsorgeleistungen, stellen individuelle Gesundheitsleistungen dar, welche nicht zwingend erforderlich und somit notwendig sind. Sie werden vielmehr auf Verlangen des Patienten nach § 1 II GOÄ erbracht.
Eine Abgrenzung zwischen notwendigen **Aufwendungen bei Krankheit** nach § 6 BhVO Hessen und weiteren **Vorsorgeleistungen**, die nicht von § 10 I BhVO Hessen erfasst sind, kann nur durch entsprechende **Nachweise** (ausführliche Diagnosen bzw. Befundberichte des Arztes) erfolgen. Es ist die Sache des Beihilfeberechtigten, zur Begründung des behaupteten Beihilfeanspruchs die Notwendigkeit und Angemessenheit der durchgeführten Behandlung substantiiert zu belegen.

e) Erektile Dysfunktion als Folge einer Krankheit (Penisschwellkörperprothese)

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 07.01.2015 - 2 S 1205/13 **RID 15-01-249**
juris
BhV BW §§ 6, 6a

Leitsatz: 1. Eine **erektile Dysfunktion** stellt zumindest dann selbst eine behandlungsbedürftige Krankheit dar, wenn sie in der Folge einer anderen behandlungsbedürftigen Krankheit aufgetreten ist.
2. Die Beihilfeverordnung Baden-Württemberg sieht keinen generellen Ausschluss der Beihilfefähigkeit für Kosten der Behandlung einer erektilen Dysfunktion vor. Die in § 6 Abs. 1 Nr. 2 BVO enthaltene Regelung enthält nur eine Beschränkung der symptomatischen Behandlung einer erektilen Dysfunktion, welche die Beihilfefähigkeit einer ärztlichen oder einer stationären Krankenhaus-Behandlung als solche nicht in Frage stellt.

f) Begrenzter Aufwendungsersatz für Behandlung in Privatklinik

VG Köln, Urteil v. 25.08.2014 - 19 K 6963/12 **RID 15-01-250**
juris
SGB V § 108; BVO NRW §§ 3 I, 4 I Ziff. 2; LBG NRW § 77 V

Gemäß § 77 V LBG NRW und § 4 I Ziff. 2 letzter Satz BVO sind Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind (**Privatkliniken**), nur insoweit als **angemessen** i.S.d. § 3 I BVO anzuerkennen, als sie den Kosten entsprechen, die die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 SGB V) abzüglich eines Betrages von 25 € täglich für höchstens 30 Tage berechnen würde. Gegen die Begrenzung der Beihilfefähigkeit von allgemeinen Krankenhausleistungen auf die im nächstgelegenen Krankenhaus der Maximalversorgung anfallenden Kosten bestehen **keine verfassungsrechtlichen Bedenken**.

g) Krankenhausaufenthalt in der Schweiz

VG Köln, Urteil v. 08.07.2013 - 19 K 6644/12 **RID 15-01-251**
juris
BVO NRW § 10 I 1

Leitsatz: Erfolglose Klage auf Gewährung weiterer Beihilfe zu den Kosten eines **Krankenhausaufenthalts in der Schweiz**
- Eine Vergleichsberechnung nach § 10 Abs. 1 S. 1 BVO NRW muss im Falle der Behandlung in der Schweiz die vergleichbaren „höchsten Kosten“ im Inland zugrunde legen
- hier Fallpauschale der Uni-Klinik Köln und Chefarztbehandlung (Abrechnungsservice UNIMED)
- **Entbindung** ist in der Regel keine „Notfallbehandlung“.

h) Keine Aufwendungen für physiotherapeutische Behandlungen durch eigenen Sohn

VG Trier, Urteil v. 18.11.2014 - 1 K 1456/14.TR **RID 15-01-252**

juris

BBhV 8 I Nr. 7, 10 I

Leitsatz: 1. Ein Beamter hat nach § 8 Abs. 1 Nr. 7 BBhV keinen Anspruch darauf, dass der Dienstherr die Kosten erstattet, die anlässlich einer **Behandlung durch den eigenen Sohn** entstanden sind. Die Beihilfestelle solle durch den Ausschluss von der Überprüfung der Ernsthaftigkeit der Forderung freigestellt werden, da es nicht unüblich ist nahen Angehörigen für eine Behandlung keine Rechnung zu stellen.
2. Für die Frage, welche Behandlung von dem **Beihilfeausschluss** des § 8 Abs. 1 Nr. 7 BBhV erfasst ist, ist entscheidend, wer Inhaber der Honorarforderung ist und nicht, wer die Behandlung durchgeführt hat.
3. Vorangegangene positive Beihilfebescheide beinhalten nicht die **Zusicherung** auch in Zukunft die Behandlungskosten zu übernehmen. Dies gilt erst Recht, wenn in der Vergangenheit der falsche Beihilfeantrag verwandt wurde.

i) Zahnärztliche Behandlung/Implantatversorgung: Ersatz einer ungültigen Regelung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 19.01.2015 - 1 A 878/13 **RID 15-01-253**

juris

BhV NRW §§ 3 V 2, 4 II Buchst. b

§ 4 II Buchst. b BhV NRW in der ab April 2009 geltenden Fassung verstößt nicht gegen das **Rückwirkungsverbot** betreffend die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine zahnärztliche Versorgung mit Implantaten.

V. Verschiedenes

1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)

a) Dienstleistungsangebot eines öffentlichen Krankenhauses im Vergabeverfahren

EuGH, Urteil v. 18.12.2014 - C-568/13 **RID 15-01-254**

juris

EWGRL 50/92 Art. 1 Buchst. c

Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 267 AEUV, eingereicht vom Consiglio di Stato (Italien) mit Entscheidung v. 28.06.2013 in dem Verfahren Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi-Firenze gegen Data Medical Service srl.

Leitsatz: 1. Art. 1 Buchst. c der Richtlinie 92/50/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Dienstleistungsaufträge steht nationalen Rechtsvorschriften entgegen, die die Teilnahme einer öffentlichen **Krankenhauseinrichtung** wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden an **Verfahren zur Vergabe öffentlicher Aufträge** wegen ihrer Eigenschaft als wirtschaftlich tätige öffentliche Einrichtung ausschließen, wenn und soweit dieser Einrichtung gestattet ist, sich im Einklang mit ihren institutionellen und satzungsmäßigen Zielen auf dem Markt zu betätigen.
2. Die Bestimmungen der Richtlinie 92/50 und insbesondere die allgemeinen Grundsätze des freien Wettbewerbs, der Nichtdiskriminierung und der Verhältnismäßigkeit, die dieser Richtlinie zugrunde liegen, sind dahin auszulegen, dass sie nationalen Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen, die es einer öffentlichen Krankenhauseinrichtung wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden, die an einer **Ausschreibung** teilnimmt, erlauben, ein Angebot abzugeben, das wegen der **öffentlichen Mittel**, die diese Einrichtung erhält, **keinem Wettbewerb** ausgesetzt ist. Bei der Prüfung gemäß Art. 37 dieser Richtlinie, ob ein Angebot ungewöhnlich niedrig ist, kann jedoch der öffentliche Auftraggeber im Hinblick auf die Möglichkeit, dieses Angebot abzulehnen, eine **öffentliche Finanzierung berücksichtigen**, die eine solche Einrichtung enthält.

b) Vergabe des Krankentransports und Notfallkrankentransports an Freiwilligenorganisationen

EuGH, Urteil v. 11.12.2014 - C-113/13 **RID 15-01-255**
juris
AEUV Art. 49, 56

Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 267 AEUV, eingereicht vom Consiglio di Stato (Italien) mit Entscheidung v. 25.01.2013 in dem Verfahren Azienda sanitaria locale n. 5 „Spezzino“, Associazione nazionale pubblica assistenza (ANPAS) – Comitato regionale Liguria, Regione Liguria gegen San Lorenzo Soc. coop. Sociale, Croce Verde Cogema cooperativa sociale Onlus

Die Art. 49 AEUV und 56 AEUV sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden, nach der die Erbringung von dringenden **Krankentransport- und Notfallkrankentransportdiensten** vorrangig und im Wege der Direktvergabe ohne jegliche Bekanntmachung an die unter Vertrag genommenen **Freiwilligenorganisationen** zu vergeben ist, nicht entgegenstehen, soweit der rechtliche und vertragliche Rahmen, in dem diese Organisationen tätig sind, tatsächlich zu dem **sozialen Zweck** und zu den Zielen der Solidarität und der Haushaltseffizienz beiträgt, auf denen diese Regelung beruht.

2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Durchsuchung der Strafverteidigerkanzlei wegen Patientenunterlagen eines Zahnarztes

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 06.11.2014 - 2 BvR 2928/10 **RID 15-01-256**
juris = AnwBl 2015, 177
GG Art. 12, 13; StPO §§ 53 I Nr. 2, 160a I 1

Richtet sich eine strafrechtliche Ermittlungsmaßnahme gegen einen **Berufsgeheimnisträger** in der räumlichen Sphäre seiner Berufsausübung, so bringt dies darüber hinaus regelmäßig die Gefahr mit sich, dass unter dem Schutz des Art. 2 I i.V.m. Art. 1 I GG stehende Daten von Nichtbeschuldigten, etwa den Mandanten eines Rechtsanwalts, zur Kenntnis der Ermittlungsbehörden gelangen, die die Betroffenen in der Sphäre des Berufsgeheimnisträgers gerade sicher wähnen durften. Dadurch werden nicht nur die Grundrechte der Mandanten berührt. Der Schutz der **Vertrauensbeziehung zwischen Anwalt und Mandant** liegt auch im Interesse der Allgemeinheit an einer wirksamen und geordneten Rechtspflege. Diese Belange verlangen eine besondere Beachtung bei der Prüfung der Angemessenheit der Zwangsmaßnahme (vgl. BVerfGE 113, 29 <47 ff.>; BVerfGK 14, 83 <88>). Zur Flankierung des insb. dem Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Strafverteidiger und Mandant dienenden **Zeugnisverweigerungsrechts** gemäß § 53 I Nr. 2 StPO hat der Gesetzgeber in § 160a I 1 StPO normiert, dass Ermittlungsmaßnahmen gegen einen Strafverteidiger als Unverdächtigen generell unzulässig sind, wenn voraussichtlich auch Erkenntnisse zu erwarten sind, über welche jener das Zeugnis verweigern dürfte. Gemäß § 160a I 2 StPO dürfen dennoch erlangte Erkenntnisse ungeachtet ihres Inhalts nicht verwertet werden. Dies entspricht den verfassungsrechtlichen Vorgaben zum Kernbereichsschutz (vgl. BVerfGE 109, 279 <331>).
Nach diesem Maßstab war die vorliegende **Durchsuchungsmaßnahme** zur Verfolgung des legitimen Zwecks der Aufklärung der Anklagevorwürfe **offensichtlich ungeeignet** und daher **unverhältnismäßig**. Denn etwa gewonnene Erkenntnisse würden ohnehin keine Verwendung finden können.

b) Weitere Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus auch bei geringen Erfolgsaussichten

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 26.11.2014 - 2 BvR 713/12 **RID 15-01-257**
juris
GG Art. 2 II 2, 101 I 2; StGB §§ 63, 72

Zwar kann mit Blick auf die Verhältnismäßigkeit der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus dem **Besserungsgesichtspunkt** nicht jede Erheblichkeit abgesprochen werden (vgl. BVerfGE 70, 297 <318>; BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.07.2013 - 2 BvR 708/12 - juris Rn.

41). Vor diesem Hintergrund erscheint zweifelhaft, ob der Hinweis des OLG, bei der Entscheidung über die Fortdauer der Unterbringung des Bf. komme es auf fehlende Heilungsaussichten nicht an, verfassungsrechtlichen Maßstäben genügt. Insoweit ist zu beachten, dass die Sicherungsverwahrung und die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, die gemäß § 72 StGB grundsätzlich nebeneinander angeordnet werden können, voneinander zu unterscheiden sind. Sie stehen nicht in einem Stufenverhältnis zueinander, sondern unterscheiden sich qualitativ. Die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung ist kein geringeres, sondern ein anderes Übel (vgl. BVerfGK 2, 55 <63>). Ob daher auch bei Fehlen jeglicher Behandlungsmöglichkeit die Fortdauer einer Unterbringung gemäß § 63 StGB verfassungsrechtlichen Anforderungen genügt, bedürfte gesonderter Betrachtung (vgl. BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.07.2013, aaO., Rn. 43). Vorliegend kann diese Frage aber offen bleiben, da die Gerichte nicht gehalten waren, davon auszugehen, dass aufgrund fehlender weiterer Behandlungsmöglichkeiten keine Besserungsaussichten für den Bf. mehr bestehen. Soweit Möglichkeiten der Behandlung des Untergebrachten verbleiben, tragen diese auch bei **geringen Erfolgsaussichten** zur Verhältnismäßigkeit der Fortdauer einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus bei (vgl. BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 05.07.2013, aaO., Rn. 41).

c) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 20.11.2014 - 2 BvR 2774/12 **RID 15-01-258**
juris
GG Art. 2 II 2, 20 III; StGB § 67d

Bei der Prüfung der Aussetzungsreife der Maßregel gemäß § 67d II StGB muss das Gericht sich im Rahmen der durch den Grundsatz der **Verhältnismäßigkeit** gebotenen Abwägung der Sicherungsbelange der Allgemeinheit und des Freiheitsanspruchs des Beschwerdeführers mit den Ausführungen des Sachverständigen zur Einsichts- und Steuerungsfähigkeit des Beschwerdeführers befassen. Tut es dies nicht, fehlt der angegriffenen Entscheidung die verfassungsrechtlich erforderliche **Begründungstiefe**.

d) Zeitpunkt der Einholung eines Abstammungsgutachtens unterliegt Verhältnismäßigkeitsgrundsatz

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 19.11.2014 - 1 BvR 2843/14 **RID 15-01-259**
juris
GG Art. 6 I; BGB § 1686a I Nr. 2; FamFG §§ 167a III, 178 II; ZPO § 387

Beim **Zeitpunkt** der Anordnung einer **Abstammungsuntersuchung** wegen deren familiärer Auswirkungen ist der **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** zu wahren. Es kann geboten sein, eine Abstammungsuntersuchung erst dann herbeizuführen, wenn das Gericht festgestellt hat, dass die sonstigen Voraussetzungen eines Umgangs- oder Auskunftsanspruchs vorliegen.

e) Verfassungsbeschwerde einer Behörde wegen justizieller Gewährleistungen

BVerfG, Beschluss v. 16.12.2014 - 1 BvR 2142/11 **RID 15-01-260**
juris
GG Art. 100 I, 101 I 2, 103 I; BBauG §§ 40 ff.

Leitsatz: 1. Eine Behörde kann sich in fachgerichtlichen Verfahren, an denen sie nach dem maßgeblichen Verfahrensrecht anstelle ihres Rechtsträgers beteiligt ist, auf die **justiziellen Gewährleistungen** aus Art. 101 Abs. 1 Satz 2 und Art. 103 Abs. 1 GG berufen und deren Verletzung im Wege der Verfassungsbeschwerde geltend machen.
2. Ein Fachgericht, das entgegen Art. 100 Abs. 1 GG die **Vorlage zur Normenkontrolle** an das Bundesverfassungsgericht unterlässt, weil es in nicht vertretbarer Weise die Möglichkeit einer verfassungskonformen Auslegung des betreffenden Gesetzes annimmt, verletzt die Garantie des gesetzlichen Richters (Art. 101 Abs. 1 Satz 2 GG).

f) Übermittlung von Daten aus Gerichtsakten an nicht verfahrensbeteiligte Behörde

BVerfG, Beschluss v. 02.12.2014 - 1 BvR 3106/09 **RID 15-01-261**
juris
GG Art. 1 I, 2 I, 19 IV, 35 I; GVGEG §§ 12, 22 I 1, 23 I 1; ZPO § 299 II

Leitsatz: Die richterliche **Mitteilung von Informationen an nichtverfahrensbeteiligte Dritte** ist nicht allein deshalb eine der Rechtsschutzgarantie des Art. 19 Abs. 4 GG entzogene spruchrichterliche Tätigkeit, weil sie aus einem laufenden Rechtsstreit heraus erfolgt.

3. BGH: Heimvertrag/Erstattung des Verpflegungsanteils der Heimkosten bei Sondenernährung

BGH, Urteil v. 06.02.2014 - III ZR 187/13 **RID 15-01-262**
juris = NJW 2014, 1955
BGB § 615 S. 2; SGB XI §§ 85, 86, 87; HeimG § 5 VII

Leitsatz: 1. Zur Auslegung einer **heimvertraglichen Regelung**, in der hinsichtlich der von dem Heimträger zu berechnenden Leistungsentgelte auf Regelungen verwiesen wird, die zwischen den Heimträgerverbänden und den öffentlichen Leistungs- und Kostenträgern in der **Pflegesatzkommission** vereinbart sind.
2. Eine heimvertragliche Regelung, in der die **Reduzierung des Heimentgelts** bei Heimbewohnern mit **Sondenernährung** auf rund ein Drittel des Verpflegungsanteils des Heimentgelts festgelegt wird, ist angemessen im Sinne von § 87 Satz 2 SGB XI, § 5 Abs. 7 HeimG a.F. und § 5 Abs. 2 WTG NRW (Fortführung von BGH, Urteile vom 22. Januar 2004, III ZR 68/03, BGHZ 157, 309; vom 4. November 2004, III ZR 371/03, NJW 2005, 824 und vom 13. Dezember 2007, III ZR 172/07, NJW 2008, 653).

4. Krankenhäuser

a) Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan

OVG Saarland, Beschluss v. 12.12.2014 - 1 A 287/14 **RID 15-01-263**
juris
KHG § 1; KHG Saarland § 12I 1

Leitsatz: Ein Krankenhausträger hat einen Anspruch auf Feststellung der Aufnahme seines Krankenhauses in den **Krankenhausplan**, wenn das Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung geeignet und leistungsfähig ist sowie wirtschaftlich arbeitet und die Zahl der Betten in den geeigneten Krankenhäusern die Zahl der benötigten Betten nicht übersteigt.

b) Auswahlentscheidung bei Überhang an palliativmedizinischen Betten

VG Arnsberg, Urteil v. 02.12.2014 - 11 K 1626/12 **RID 15-01-264**
juris
KHG § 8 II

Der durch das zuständige Ministerium aufgestellte **Krankenhausplan**, bestehend aus den Rahmenvorgaben und den regionalen Planungskonzepten, ist keine Rechtsnorm mit Außenwirkung. Vielmehr bedürfen die regionalen Planungskonzepte auf einer zweiten Stufe der Umsetzung durch Bescheid der zuständigen Behörde, in dem die Feststellungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan getroffen werden (§ 8 I 3 KHG, §§ 16 I 1, 12 II 4 KHG NRW). Dabei trifft die Behörde ihre Entscheidung zwar nach außen eigenverantwortlich. Sie ist aber an den Krankenhausplan im Sinne einer innerdienstlichen Weisung gebunden.
Die **Auswahlentscheidung** zwischen mehreren Krankenhäusern mit geeigneten **palliativmedizinischen Abteilungen** ist nicht zu beanstanden, wenn die maßgeblichen Gesichtspunkte für die getroffene Auswahlentscheidung näher und einzelfallbezogen dargelegt werden und die Entscheidung sich von der **Fächerstruktur der beteiligten Krankenhäuser** leiten lässt und

maßgeblich darauf abstellt, mit welchen Abteilungen die Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind.
Knüpft die Auswahlentscheidung maßgeblich an das Vorhandensein einer **Abteilung Strahlentherapie** im Krankenhausplan an, berücksichtigt sie die Rahmenvorgaben des Krankenhausplanes, nach denen in den Palliativstationen primär krankenhausbehandlungsbedürftige schwerstkranke Tumorpatienten versorgt werden sollen.

c) Fehlende Ermessensausübung bei Aufhebung einer Ausweisung der Viszeralchirurgie

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 12.11.2014 - 7 K 5291/12 **RID 15-01-265**
juris
VwVfg §§ 48, 49; VwGO § 114 II

Bei der Entscheidung, die **Ausweisung der Viszeralchirurgie** bei der Kl. **aufzuheben**, kommt der Behörde nach §§ 48, 49 VwVfG ein **Ermessen** zu. Die Formulierung „Zur Befriedung der Krankenhauslandschaft im Stadtgebiet I. ist die Ausweisung der Viszeralchirurgie aufzuheben." lässt eine Ermessensausübung nicht erkennen.

d) Übernahme von Jahresfehlbeträgen sowie von Bürgschaften durch den Landkreis

OLG Düsseldorf, Urteil v. 20.11.2014 - 2 U 11/14 **RID 15-01-266**
juris
UWG §§ 4 Nr. 11, 8 I, III; KHG BW § 3 I

Ein **rechtsfähiger Verband deutscher Privatkliniken**, dem 13 Landesverbände von Privatkliniken und diesen wiederum ca. 1000 deutsche Kliniken in privater Trägerschaft angehören und der satzungsgemäß insb. die Aufgabe hat, die „beruflichen und wirtschaftlichen Interessen von Kliniken und Einrichtungen der Akutversorgung, Prävention, Rehabilitation und Pflege ... im stationären ... Bereich" wahrzunehmen, ist grundsätzlich zur Durchsetzung der Wettbewerbsinteressen der Mitglieder berechtigt und deshalb insoweit auch klagebefugt.
Ein Landkreis, der Mitgesellschafter einer Kreiskliniken gGmbH ist, die die beiden Kreiskrankenhäuser i.V.m. der Klinikverbund S. GmbH betreibt, und der nach einem bestehenden Konsortialvertrag die Defizite dieser beiden Krankenhäuser abzudecken und die erforderlichen Investitionen sicherzustellen hat, verstößt nicht gegen die **Marktverhaltensregel** des Art. 108 III 3 AEUV, weil er gem. Art. 106 II AEUV i.V.m. der Freistellungsentscheidung der Kommission (2005/842/EG) von der **Notifizierungspflicht** freigestellt ist.

LG Tübingen, Urt. v. 23.12.2013 - 5 O 72/13 - RID 14-03-287 wies die Klage des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken gegen den Landkreis Calw, der die Verluste der Kreiskliniken Calw und Nagold und Ausfallbürgschaften übernommen sowie Investitionszuschüsse gewährt hatte, ab. Das ***OLG*** wies die Berufung zurück.

5. Rettungsdienst/Krankentransport

a) BVerwG: Aufgabenübertragung auf privates Krankentransportunternehmen nur im Ausnahmefall

BVerwG, Beschluss v. 27.08.2014 - 3 B 2.14 **RID 15-01-267**
juris
RettDG Berlin § 5; GG Art. 3 I, 12 I

In der BVerwG-Rspr. ist geklärt, dass die Bestimmung der Notfallrettung zur Ordnungsaufgabe und ihre Zuweisung an die **staatliche Feuerwehr** sowie die bevorzugte Übertragung der Durchführung der Notfallrettung auf **Hilfsorganisationen** mit Art. 12 I und Art. 3 I GG in Einklang stehen (Urt. v. 03.11.1994 - BVerwG 3 C 17.92 - BVerwGE 97, 79 <84 ff.>; Beschl. v. 08.11.2004 - BVerwG 3 B 36.04 - Buchholz 418.15 Rettungswesen Nr. 12 S. 13 f.). Die in § 5 I 3 RettDG Berlin genannten Voraussetzungen für eine **ausnahmsweise Aufgabenübertragung auf sonstige private Dritte** - „in besonderen Fällen und soweit ein Bedarf besteht" - sind **verfassungsrechtlich** unbedenklich (Urt. v.

03.11.1994, aaO., S. 86 ff.). Die Ablehnung eines Antrages eines privaten Krankentransportunternehmens ist mit Art. 12 I und Art. 3 I GG vereinbar, wenn und soweit die Berliner Feuerwehr und die Hilfsorganisationen über die persönlichen und sächlichen Mittel verfügen, um im Sinne von § 2 I RettDG Berlin die bedarfs- und fachgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung sicherzustellen. Ob ein besonderer Fall und ein von Feuerwehr sowie Hilfsorganisationen nicht zu deckender Bedarf gegeben sind, beurteilt sich anhand der Umstände des Einzelfalls.

Parallelverfahren:
BVerwG, Beschluss v. 27.08.2014 - 3 B 1.14 **RID 15-01-268**
juris

b) Keine Genehmigung wg. drohender Gebührenerhöhung beim öffentlichen Rettungsdienst

VG Düsseldorf, Urteil v. 05.12.2014 - 7 K 8443/12 **RID 15-01-269**
juris
RettG NRW §§ 18, 19, 20; GG Art. 12 I

Solange keine **konkreten Angaben zur Betriebsstätte** gemacht werden, weil diese noch nicht existiert und offenkundig nicht einmal Pläne hierzu vorhanden sind, fehlt es an der Genehmigungsfähigkeit des Antrages. zur Durchführung von Krankentransporten mit drei Krankentransportwagen sowie zur Notfallrettung mit einem Rettungstransportwagen.
Die **Versagung einer Genehmigung** ist nur gerechtfertigt, wenn ernstliche und schwerwiegende Nachteile zu erwarten sind, wenn also eine Verträglichkeitsgrenze überschritten wird. Ob die Grenzen der Verträglichkeit überschritten sind, beurteilt sich nach den Umständen des Einzelfalls. Bei der Prüfung der zu erwartenden Beeinträchtigungen sind nach § 19 IV 2 und 3 RettG NRW die Pflicht zur flächendeckenden Vorhaltung und Auslastung des öffentlichen Rettungsdienstes im vorgesehenen Betriebsbereich zu berücksichtigen. Dabei sind die Einsatzzahlen, die Eintreffzeit und Dauer der Einsätze sowie die Entwicklung der Kosten- und Ertragslage zugrunde zu legen.
Nicht zu beanstanden ist, wenn die Genehmigungsbehörde die Anzahl der von der Kl. beantragten Fahrzeuge der Anzahl derjenigen in der Stadt zur Verfügung stehenden Fahrzeuge gegenüberstellt, die nach der - mittels bereits abgeschlossener Ausschreibung - angestrebten Ressourcenerhöhung vorhanden sein werden. Dabei geht sie nachvollziehbar von der Überlegung aus, dass die Kl. als private Unternehmerin um eine wirtschaftliche Auslastung ihrer Fahrzeuge bemüht sei. Ebf. plausibel ist die Schlussfolgerung, dass die von der Kl. durchgeführten Transporte dem Rettungsdienst der Stadt entzogen würden. Darauf aufbauend kommt die Bekl. zu dem Schluss, dass eine entsprechende Verminderung der Einsatzzahlen beim öffentlichen Rettungsdienst zu einer **massiven Gebührenerhöhung** führt.

c) Leistungsfähigkeit für Notfallrettung mit Rettungstransportwagen und für Krankentransporte

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 25.06.2014 - 7 K 110/12 **RID 15-01-270**
juris = NZI 2014, 879
RettDG NRW § 19

Gemäß § 19 II 2 RettDG NRW ist die **Leistungsfähigkeit** gewährleistet, wenn der Genehmigungsbehörde nachgewiesen wird, dass die zur Aufnahme und ordnungsgemäßen Führung des Betriebes erforderlichen finanziellen Mittel verfügbar sind. Von der Leistungsfähigkeit eines Unternehmens kann grundsätzlich dann ausgegangen werden, wenn nachgewiesen ist, dass das zur Führung des Betriebes notwendige Eigenkapital einschließlich der erforderlichen Betriebsmittel vorhanden ist. Zudem müssen für die vorgesehene Aufgabe ausreichendes Sachmaterial, Räume und Personal vorgehalten werden. Allein die Schuldenfreiheit reicht nicht aus.
Eine Genehmigung ist nicht zu erteilen, wenn nicht nachgewiesen wird, dass die zur ordnungsgemäßen Führung des Betriebes **erforderlichen Mittel** verfügbar sind.

d) Widerruf der Genehmigung: Unzuverlässigkeit durch „Strohmann“ als Geschäftsführer

OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 22.12.2014 - OVG 1 S 106.14 **RID 15-01-271**
juris
RDG Berlin §§ 3 I 1, 13 I Nr. 3. 15 II 1

Eine **Unzuverlässigkeit** i.S. des § 1 I Berufszugangsverordnung für den Straßenpersonenverkehr (PBZugV) i.V.m. § 13 I 2 RDG Berlin liegt auch dann vor, wenn ein Krankentransportunternehmen sich eines **Geschäftsführers** bedient, der die Geschäfte nach außen, insb. gegenüber der Aufsichts- und Genehmigungsbehörde, nur der Form halber, quasi als **„Strohmann“**, und damit entgegen § 3 I 3 RDG Berlin nicht unter eigener Verantwortung führt. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Geschäftsführung im Übrigen durch Personen ausgeübt wird, die nicht im Sinne von § 13 I Nr. 3 RDG Berlin fachlich geeignet sind. Denn in diesem Fall wird das Krankentransportunternehmen nicht durch das vom Gesetz vorausgesetzte qualifizierte Personal geführt.

e) Wirksamkeit der Kündigung eines Vertrages durch den Landrat

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 14.11.2014 - 13 ME 187/14 **RID 15-01-272**
juris
RettDG Niedersachsen § 5; KomVerfG Niedersachsen §§ 86 I 2, 136

Leitsatz: Auf die Wirksamkeit der **Kündigung eines Beauftragungsvertrages** nach § 5 NRettDG durch den Landrat hat es grundsätzlich keinen Einfluss, ob zuvor das zuständige Organ des Landkreises über die Kündigung entschieden hat.

f) Festlegung des Entgelts für Vermittlung von Einsätzen im Rettungsdienst

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 07.10.2014 - 6 S 2165/13 **RID 15-01-273**
juris
RettDG BW §§ 6, 28 V; VwGO § 65 I

Leitsatz: 1. Bei der Festlegung des **Entgelts** für die **Vermittlung von Einsätzen im Rettungsdienst** durch den Bereichsausschuss sind grundsätzlich **alle Kosten** der Leitstelle im investiven Bereich und im Bereich der laufenden Betriebskosten (Selbstkosten) zu Grunde zu legen. Die Entscheidungsbefugnis des Bereichsausschusses ist auf die Erschließung von Sparpotentialen und die Aussonderung von Fremdkosten beschränkt.
2. Bei der Festsetzung des Entgelts in einem sich ggf. anschließenden **Schiedsstellenverfahren** sind ebenfalls die **Selbstkosten der Leitstelle** zu Grunde zu legen. Der Schiedsstelle steht ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer **Beurteilungsspielraum** bei der Beantwortung der Frage zu, ob Sparpotentiale vorhanden sind oder Fremdkosten geltend gemacht werden.
3. Bei der Festlegung bzw. Festsetzung des Entgelts für die Vermittlung von Einsätzen im Rettungsdienst über eine **integrierte Leitstelle** sind Selbstkosten die nach der Kostenaufteilungsvereinbarung der Träger der Leitstelle auf den Rettungsdienst entfallenden Kosten der integrierten Leitstelle.

g) Gebührenerhebung/„Rendezvous-System“

OVG Sachsen, Beschluss v. 21.11.2014 - 5 A 583/11 **RID 15-01-274**
juris
Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz Sachsen § 32; GG Art. 3 I

§ 32 V 2 SächsBRKG, wonach für andere Benutzer **Gebühren durch Satzung** festgelegt werden können, begegnet keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Die Vorschrift zwingt nicht zu einer **Gleichbehandlung gesetzlich Versicherter und privat Versicherter**. Die Gebühren können - in den vom Äquivalenzprinzip gezogenen verfassungsrechtlichen Grenzen - vom Satzungsgeber nach seinem Ermessen festgelegt werden. Sie können den für die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten vereinbarten oder festgesetzten Nutzungsentgelten entsprechen, müssen das aber nicht.

Der Verdacht auf eine deutlich beeinträchtigte Vitalfunktion (Kollaps mit Verdacht auf Herzinfarkt) ist eine **Indikation für den Notarzteinsatz**.
Der Einsatz des Notarztes kann in Form des **„Rendezvous-Systems“** erfolgen, bei dem Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeuge in der Regel von getrennten Standorten zum Einsatzort fahren, wenn dies in der Rechtsgrundlage eine von drei anzuwendenden Strategien ist.

h) Kostentragung bei Inanspruchnahme auch bei Anruf Dritter/Suizidgefahr

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 11.09.2014 - 13 K 1830/13 **RID 15-01-275**
juris
RettG NRW § 2 I; KAG NRW § 4

Für die Frage der Inanspruchnahme ist nicht erheblich, **wer** den **Rettungsdienst informiert** hat. Wer anlässlich eines Notfalls den Rettungsdienst hierüber informiert, nimmt, wenn er im konkreten Fall nicht selbst Notfallpatient ist, damit nicht selbst den Rettungsdienst in Anspruch.
Notfallpatienten sind Personen, die sich in Folge von Verletzung, Krankheit oder sonstigen Umständen entweder in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten. Die der Anforderung eines Rettungstransportwagens zugrunde liegende Annahme eines solchen Notfalles seitens der Rettungsdienstkräfte war aufgrund der vom Kl. geäußerten **Suizidgedanken** zweifellos gerechtfertigt. Im Rahmen der von ihnen durchgeführten ex-ante-Betrachtung war eine Gesundheits- und sogar Lebensgefahr für den Kläger jedenfalls nicht ausgeschlossen.

i) Vergabeverfahren: Fortsetzungsfeststellungsklage/Nachrangige Dienstleistungen

OLG Celle, Beschluss v. 30.10.2014 - 13 Verg 8/14 **RID 15-01-276**
juris = NZBau 2014, 780
GWB §§ 99, 100, 101b, 102

Es fehlt an einem **Feststellungsinteresse**, wenn ein Fehler hätte gerügt und diesbezüglich ein Nachprüfungsverfahren gegen die Interimsvergabe durchgeführt werden können. Wird davon abgesehen, überhaupt ein Angebot abzugeben, fehlt es an einem Feststellungsinteresse.
Bei Rettungsdienstleistungen handelt es sich um **sog. nachrangige Dienstleistungen** des Anhangs I, Teil B, auf die gem. § 1 Abs. 3 EG VOL/A Abschnitt 2 der VOL/A nicht in vollem Umfang Anwendung findet (OLG Celle, Beschl. v. 12.01.2012 - 13 Verg 9/11 - juris Rn. 21). Erreichen sie den maßgebenden Schwellenwert, unterliegen sie dem Nachprüfungsregime der §§ 102 ff. GWB.

6. Leistungsverweigerungsrecht einer gesetzlichen Krankenkasse in Abwicklung

LG Berlin, Urteil v. 11.11.2014 - 36 O 218/13 **RID 15-01-277**
juris
SGB V § 155 II

Leitsatz: Gesetzliche Krankenkasse in Abwicklung hat Leistungsverweigerungsrecht nach § 155 Abs. 2 SGB V.

7. Hebammen: Überlagernder Verursachungsbeitrag bei Hausgeburt (Berufshaftpflichtversicherung)

OLG Köln, Beschluss v. 22.09.2014 - 5 U 36/14 **RID 15-01-278**
juris
BGB §§ 254, 426

Es wiegt wesentlich schwerer, wenn eine Hebamme nach einer auffallend frühen und für einen pathologischen Zustand richtungsweisenden **Gelbverfärbung des Kindes** weiterhin davon absieht, der Mutter eine **Verlegung in eine Klinik anzuraten**, als der Fehler, im Vorfeld bzw. unmittelbar vor einer Hausgeburt eine in Bezug auf die Therapie einer möglichen postpartalen Hyperbilirubinämie

vorbeugende Empfehlung oder Maßnahme zu unterlassen, nämlich ein Abraten von einer Hausgeburt und den Rat zu einer Krankenhausgeburt oder zu einem Wechsel in eine Klinik.

8. Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Physiotherapeut“ (Klageverfristung)

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 28.10.2014 - 7 K 2896/14 **RID 15-01-279**
juris
VwVfG § 49 II 1 Nr. 3

Leitsatz: Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Physiotherapeut“.

9. Heilpraktiker: Beschränkung der Heilpraktikererlaubnis auf Physiotherapie/Kenntnisüberprüfung

VG Regensburg, Urteil v. 16.10.2014 - RN 5 K13.1594 **RID 15-01-280**
juris
HeilprG § 1 I; HeilprGDV § 2 I

Eine **Heilpraktikerlaubnis** kann auf die Ausübung der **Physiotherapie** beschränkt werden. Allerdings muss sich der Physiotherapeut grundsätzlich einer eingeschränkten Kenntnisüberprüfung unterziehen (vgl. BVerwG, Urt. v. 26.08.2009 - 3 C 19/08 - BVerwGE 134, 345).
Eine **Aus-, Fort- oder Weiterbildung** zum Nachweis der Kenntnisse muss mit einer **Prüfung** geendet haben. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass eine Vielzahl von ausgebildeten Physiotherapeuten entsprechende Fortbildungskurse zum Heilpraktiker belegen und die Kurse lediglich „absitzen“, um dann mit dem erhaltenen Zeugnis eine auf das Gebiet der Physiotherapie beschränkte Heilpraktikererlaubnis zu erhalten. Die vom angehenden Heilpraktiker vorzulegenden Nachweise müssen letztendlich die gleiche Gewähr für das Vorhandensein der erforderlichen Kenntnisse bieten wie die Kenntnisüberprüfung durch das Gesundheitsamt.

10. Versicherungspflicht von Physiotherapeuten in fremder Praxis

a) Kein Auftreten nach außen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 24.09.2014 - L 1 KR 351/12 **RID 15-01-281**
Revision anhängig: B 12 KR 20/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV §§ 7 I 1, 24 II, 28p I; SGB V §§ 124, 125

Physiotherapeuten, die ihre Leistungen **in einer fremden, zur Leistungserbringung nach § 124 SGB V zugelassenen Praxis** erbringen, sind in der Regel abhängig beschäftigt (vgl. so auch LSG Bayern, Beschl. v. 13.02.2014 - L 5 R 1180/13 B ER - juris; zum abhängigen Beschäftigungsverhältnis eines Physiotherapeuten auch LSG Bayern, Urt. v. 24.01.2006 - L 5 KR 185/04 - Nichtzulassungsbeschwerde verworfen: BSG, Beschl. v. 21.09.2006 - B 12 KR 24/06 B -; LSG Bayern, Urt. v. 11.08.2008 - L 5 R 210/09 -; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.07.2012 - L 2 R 115/12 -). Im Rahmen einer Gesamtwürdigung spricht hierfür der Umstand, dass nur die Praxisinhaberin nach außen hin als **verantwortliche Praxisbetreiberin** und gegenüber den Patienten als Heilmittelerbringende der jeweiligen Krankenkassen auftritt und mit der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse abrechnet.

b) Kein Außenauftritt/Einbindung in Betriebsorganisation

LSG Bayern, Beschluss v. 13.02.2014 - L 5 R 1180/13 B ER **RID 15-01-282**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 124, 125; SGB IV § 7 I

Leitsatz: Selbstständige Tätigkeit und abhängige Beschäftigung: **Physiotherapeuten**, die in einer **fremden**, als Leistungserbringer nach dem SGB V zugelassenen **Praxis** tätig sind, stehen

typischerweise in einem **abhängigen Beschäftigungsverhältnis**, weil die Letztentscheidungsbefugnis nach §§ 124, 125 SGB 5 per legem dem Praxisbetreiber zugewiesen ist.

11. Ausstellung anatomischer Dauerpräparate und Plastinate (KÖRPERWELTEN-Ausstellung)

VG Berlin, Urteil v. 16.12.2014 - 21 K 346.14 **RID 15-01-283**

juris

BestattG Berlin §§ 1, 2, 14, 15, 17

Leitsatz: 1. Dem Wortlaut nach sind auch Plastinate (der KÖRPERWELTEN-Ausstellung) **Leichen** im Sinne des Berliner Bestattungsgesetzes.
2. Die Vorschrift des Berliner Bestattungsgesetzes über das Verbot, Leichen öffentlich auszustellen, ist jedoch abweichend vom Wortlaut dahingehend einschränkend auszulegen, dass sie **anatomische Dauerpräparate** und damit **Plastinate** (der KÖRPERWELTEN-Ausstellung) nicht erfasst.
3. Die KÖRPERWELTEN-Ausstellung bedarf daher keiner vorherigen **Genehmigung** nach dem Berliner Bestattungsgesetz; sie unterliegt nur dem allgemeinen Ordnungsrecht. Einen Verstoß gegen die öffentliche Ordnung haben andere Gerichte nur bei einzelnen Ausstellungsstücken wie etwa dem Objekt "Schwebender Akt" angenommen.

12. Laborunternehmer kann Untersuchungsausschuss des Landtags nicht verhindern

VerfGH Bayern, Entscheidung v. 17.11.2014 - Vf. 70-VI-14 **RID 15-01-284**

juris

Verf Bayern Art. 3 I 1, 5 I, 25 III, 55 Nr. 5, 66, 85, 86 I 2, 91 II, 100, 101, 104 II, 120; GG Art. 19 IV, 44

Leitsatz: 1. Wer sich als Einzelner durch einen Landtagsbeschluss zur **Einsetzung eines Untersuchungsausschusses** in seinen verfassungsmäßigen Rechten verletzt fühlt, kann dagegen **Verfassungsbeschwerde** erheben, ohne zuvor um fachgerichtlichen Rechtsschutz nachsuchen zu müssen.
2. Aus der **Formulierung des Einsetzungsbeschlusses** kann sich eine rechtliche Betroffenheit einzelner Bürger ergeben, z. B. wenn durch die Erwähnung strafrechtlicher Tatvorwürfe das allgemeine Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird oder wenn mit dem vom Ausschuss zu behandelnden Fragenkatalog Eingriffe in Verfahrensgrundrechte vorprogrammiert sind.
3. Die bloße Möglichkeit, dass durch die **Beweiserhebung** des Untersuchungsausschusses in **Grundrechte einzelner Bürger** eingegriffen wird, kann der Einsetzung des Ausschusses und der Erteilung des Untersuchungsauftrags nicht entgegengehalten werden. Den grundrechtlich geschützten Interessen Einzelner ist bei der Durchführung der Aufklärungsmaßnahmen im verfassungsrechtlich gebotenen Umfang Rechnung zu tragen.
4. Dass sich ein Untersuchungsausschuss mit Sachverhalten befasst, die auch Gegenstand anhängiger oder bereits abgeschlossener **Strafverfahren** sind bzw. waren, verstößt für sich genommen weder gegen den Gewaltenteilungsgrundsatz noch gegen die Justizgrundrechte der jeweiligen Angeklagten.
5. Bezieht sich der Untersuchungsauftrag des Landtags auf den bisherigen Verlauf eines anhängigen Strafverfahrens, so dürfen sich die Sachaufklärungsmaßnahmen des Ausschusses nicht auf die Rechtsprechungstätigkeit der **Richter** erstrecken, die von jeder politischen Verantwortlichkeit frei und daher der parlamentarischen Untersuchung schlechthin entzogen ist. Die Mitglieder des zuständigen Spruchkörpers dürfen demzufolge auch nicht zu ihren in richterlicher Unabhängigkeit getroffenen Sach- oder Verfahrensentscheidungen befragt werden.
6. Die **Staatsanwaltschaften** gehören, auch soweit sie als Organe der Strafrechtspflege eigenverantwortlich über den Fortgang eines Strafverfahrens entscheiden, als weisungsgebundene Behörden zur staatlichen Exekutive, sodass ihr mögliches Fehlverhalten Gegenstand eines Untersuchungsausschusses sein kann.

13. Anerkennung als Contergangeschädigte

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 14.01.2015 - 16 E 435/13 **RID 15-01-285**
juris
ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Sowohl in § 2 ContStifG (Stiftungszweck) als auch in § 12 I ContStifG (Leistungsberechtigte Personen) ist der **Kreis der anspruchsberechtigten Personen** weit gefasst (behinderte Menschen, deren Fehlbildungen mit der Einnahme thalidomidhaltiger Präparate der H.GmbH durch die Mutter während der Schwangerschaft in Verbindung gebracht werden können), um zugunsten etwaiger Betroffener der Unmöglichkeit einer über jeden Zweifel erhabenen Kausalitätsfeststellung Rechnung zu tragen.

14. Landesblindengeld: Faktische Blindheit

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 27.08.2014 - L 7 BL 3/11 **RID 15-01-286**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BliGG Sachsen-Anhalt § 1; SGG § 75

Leitsatz: 1. Ein Anspruch nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 LBliGG besteht auch bei **faktischer Blindheit**.
2. Bei **cerebralen Schäden** ist nicht maßgeblich, auf welchen Ursachen die Störung des Sehvermögens beruht und ob das Sehorgan (Auge, Sehbahn) selbst geschädigt ist. Die Anspruchsvoraussetzungen sind auch erfüllt, wenn keine bloße Benennungsstörung vorliegt und auch die Einschränkung des Sehvermögens deutlich stärker betroffen ist als die Wahrnehmung in anderen Modalitäten (Sinneswahrnehmungen). Davon ist auszugehen, wenn das Sehvermögen des behinderten Menschen keine alltagspraktische Relevanz mehr hat, aber durch das noch vorhandene Hörvermögen eine - wenn auch sehr eingeschränkte - Kommunikation mit seiner Umwelt möglich ist.

15. Impfschadensrecht

a) Impfung 1989 mit Lebendviren gegen Masern

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.10.2014 - L 13 VJ 11/10 **RID 15-01-287**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X § 48; IfSG § 60

Bei der jeweils vorzunehmenden Kausalbeurteilung sind im **sozialen Entschädigungsrecht** die bis Ende 2008 in verschiedenen Fassungen geltenden **Anhaltspunkte** für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) anzuwenden und zu berücksichtigen.
Nach den **Kriterien der AHP** kommt eine Kausalität der **Impfung** am 17.01.1989 mit **Lebendviren gegen Masern** für die spätere Hirnhautentzündung der Kl. nicht in Betracht, weil diese spätere Entzündung erst am 38. Tag nach der Impfung und damit weit außerhalb des durch die AHP vorgenannten Zeitrahmens stattfand. Die seit Januar 2009 an die Stelle der AHP getretene **Versorgungsmedizinverordnung** enthält keine Bestimmungen über die Kausalitätsbeurteilung bei einzelnen Krankheitsbildern, so dass insoweit entweder auf die letzte Fassung AHP (2008) zurückgegriffen werden muss oder bei Anzeichen dafür, dass diese den aktuellen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr beinhalten, andere Erkenntnisquellen, insb. Sachverständigengutachten genutzt werden müssen. Das unter Zugrundelegung des Epidemiologischen Bulletins Nr. 25/2007 der STIKO vom 22.06.2007 eingeholte virologische Sachverständigengutachten stuft es als sehr wenig wahrscheinlich ein, dass die Erkrankung der Kl. im Sinne der Masern-Einschlusskörperchen-Enzephalitis abgelaufen sein könnte. Ein Kausalzusammenhang im Hinblick auf andere mögliche Verlaufsformen der Masern-Infektion ist ebf. nicht gegeben.

b) Impfung gg. Frühsommer-Meningoenzephalitis: Kausaler Zusammenhang mit Impfkomplikation

LSG Hessen, Urteil v. 26.06.2014 - L 1 VE 12/09 **RID 15-01-288**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
IfSG §§ 2 Nr. 11, 60; BVG § 2

Die **Feststellung einer Impfkomplikation** im Sinne einer **impfbedingten Primärschädigung** hat grundsätzlich in zwei Schritten zu erfolgen: Zunächst muss ein nach der Impfung aufgetretenes Krankheitsgeschehen als erwiesen erachtet werden. Sodann ist die Beurteilung erforderlich, dass diese Erscheinungen mit Wahrscheinlichkeit auf die betreffende Impfung zurückzuführen sind. Bei der jeweils vorzunehmenden **Kausalbeurteilung** sind im sozialen Entschädigungsrecht die bis Ende 2008 in verschiedenen Fassungen geltenden „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP) anzuwenden und zu berücksichtigen.
Die seit 2009 an die Stelle der AHP getretene **Versorgungsmedizinverordnung** (VersMedV) ist eine allgemein verbindliche Rechtsverordnung, die indes, sofern sie Verstöße gegen höherrangige, etwa gesetzliche Vorschriften aufweist, jedenfalls durch die Gerichte nicht angewendet werden darf (BSG, Urt. v. 23.04.2009 - B 9 SB 3/08 R - juris m.w.N.). Anders als die AHP 1983 bis 2008 enthält die VersMedV keine Bestimmungen über die Kausalitätsbeurteilung bei einzelnen Krankheitsbildern, sodass insoweit entweder auf die letzte Fassung der AHP von 2008 zurückgegriffen werden muss oder bei Anzeichen dafür, dass diese den aktuellen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr beinhalten, andere Erkenntnisquellen, insb. Sachverständigengutachten genutzt werden müssen.
Das nach der Impfung aufgetretene Krankheitsgeschehen in Form einer entzündlichen Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch die **Impfung** mit Encepur®Kinder (0,25) **gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)** verursacht worden, wenn die Möglichkeit einer Impfreaktion in Form einer entzündlichen Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems nach einer FSME-Impfung unstreitig gegeben ist und sich auch im konkreten Fall mit hinreichender Wahrscheinlichkeit realisiert hat. Eine solche **Wahrscheinlichkeit des kausalen Zusammenhangs** ist dann gegeben, wenn nach der geltenden ärztlichen wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht. Diese Definition des Beweisgrades ist der Fragestellung nach dem wesentlichen ursächlichen Zusammenhang angepasst, die nur entweder mit ja oder mit nein beantwortet werden kann. Wahrscheinlich ist nach anderer Definition diejenige Möglichkeit, der nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt. Es muss sich unter Würdigung des Beweisergebnisses ein solcher Grad von Wahrscheinlichkeit ergeben, dass ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Möglichkeit ausscheiden (BSGE 45, 9 ff = SozR 3900 § 40 Nr. 9; vgl. auch für das Unfallversicherungsrecht: BSGE 45, 285, 287; s.a. Urt. v. 01.02.1996 - 2 RU 10/95 - USK 96198 m.w.N.).

16. Anti-D-Hilfegesetz: Versorgung mit Hautpflegemitteln

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 16.07.2014 - L 7 VE 1/13 **RID 15-01-289**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
AntiDHG § 2; BVG §§ 11, 18 III 1, 89; SGB V § 27 I 2

Leitsatz: 1. Eine Versorgung mit **Hautpflegemitteln** kommt nach §§ 2 AntiDHG i.V.m. §§ 18c Abs. 3, 10, 11 BVG als Pflichtleistung der Versorgungsverwaltung nicht in Betracht, sofern diese nicht zum gesetzlichen Leistungskatalog der GKV gehören.
2. Auch eine Versorgung im Rahmen der **Härtefallregelung** nach § 89 BVG scheidet aus. Die Rente nach dem AntiDHG (die höher ist als nach dem BVG) soll pauschalisierend einen Ausgleich für Mehraufwendungen und berufliche Beeinträchtigungen infolge der Krankheit, für wirtschaftliche Folgen der Krankheit und für den immateriellen Schaden in Anlehnung an den Schmerzensgeldgedanken schaffen (BT-Drs. 14/2958, S. 9 zu § 3). Da im vorliegenden Fall ca. 3 % der Grundrente für die Hautpflegemittel eingesetzt werden müssen, kann nicht von einer besonderen Härte ausgegangen werden.

17. Künstliche Befruchtung

a) Keine Vaterschaftsanfechtung bei künstlicher Befruchtung mit Fremdsamenspende

OLG Oldenburg, Beschluss v. 30.06.2014 - 11 UF 179/13 **RID 15-01-290**
juris = FamRZ 2015, 67
BGB §§ 1592 Nr. 1, 1600 V, 1600c I

Die **Anfechtung der Vaterschaft** ist in Fällen, in denen sich Eheleute bewusst für die Zeugung eines Kindes durch **künstliche Fremdsamenübertragung** entschieden haben, ausgeschlossen.

b) Auskunftsanspruch des Samenspenders gegen Kindesmutter

OLG Hamm, Beschluss v. 07.03.2014 - 13 WF 22/14 **RID 15-01-291**
juris = GesR 2014, 444 = NJW 2014, 2369
BGB §§ 242, 1686

Leitsatz: Die **Kindesmutter** eines durch Samenspende gezeugten Kindes hat dem **Samenspender** auf Verlangen **Auskunft** über das Kind zu erteilen. Die Auskunft kann nur dann verweigert werden, wenn sie rechtsmissbräuchlich verlangt wird oder ihre Erteilung dem Kindeswohl widerspricht.

18. Steuerrecht

a) Einkommenssteuerrecht

aa) BFH: Leitende und eigenverantwortl. Tätigkeit selbst. Ärzte bei Beschäftigung angest. Ärzte

BFH, Urteil v. 16.07.2014 - VIII R 41/12 **RID 15-01-292**
juris
EStG §§ 15 II, 18 I Nr. 1 S. 3

Leitsatz: 1. **Selbständige Ärzte** üben ihren Beruf grundsätzlich auch dann leitend und eigenverantwortlich aus, wenn sie **ärztliche Leistungen von angestellten Ärzten** erbringen lassen.
2. Voraussetzung dafür ist, dass sie aufgrund ihrer Fachkenntnisse durch regelmäßige und eingehende **Kontrolle** maßgeblich auf die Tätigkeit ihres angestellten Fachpersonals - patientenbezogen - Einfluss nehmen, so dass die Leistung **den „Stempel der Persönlichkeit" des Steuerpflichtigen** trägt (Anschluss an BFH-Urteil vom 22. Januar 2004 IV R 51/01, BFHE 205, 151, BStBl II 2004, 509).
3. Führt ein selbständiger Arzt die jeweils anstehenden Voruntersuchungen bei den Patienten durch, legt er für den Einzelfall die Behandlungsmethode fest und behält er sich die Behandlung „problematischer Fälle" vor, ist die Erbringung der ärztlichen Leistung durch angestellte Ärzte regelmäßig als Ausübung leitender eigenverantwortlicher freiberuflicher Tätigkeit im Rahmen des § 18 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3 EStG anzusehen.

bb) Praxisüberlassungsvertrag als bloßer Verkauf einer Vertragsarztzulassung

FG Nürnberg, Urteil v. 23.09.2014 - 1 K 1894/12 **RID 15-01-293**
Revision anhängig: BFH - VIII R 56/14 -
juris
SGB V §§ 95 VII 3, 103; EStG §§ 6 I Nr. 1, 4 III 3, 7 I

Die im Rahmen eines **Praxisüberlassungsvertrags** getätigten Aufwendungen stellen keine Anschaffungskosten für einen **Praxiswert** dar, sondern sind Aufwendungen, die ausschließlich der **Erlangung einer Vertragsarztzulassung** dienen sollen, wenn keine materiellen Wirtschaftsgüter übernommen werden und der Übernehmer nicht in die Vertragsbeziehungen des Praxisabgebers eintritt, die mit der Führung der Arztpraxis in Zusammenhang stehen (z.B. Praxismietvertrag, Arbeitsverträge, Versicherungsverträge, Lieferverträge und sonstige praxisbezogene Dauerschuldverhältnisse usw.), und nicht glaubhaft gemacht wird, dass Patientenkarteien ausgehändigt werden. Der Praxisübernahmevertrag dient dann dazu, im Rahmen des vertragsärztlichen Nachbesetzungsverfahren die äußeren Rahmenbedingungen in der Weise zu gestalten, dass der Zulassungsausschuss auf Basis der geltenden Regelungen mit möglichst hoher Wahrscheinlichkeit

eine Vertragsarztzulassung in dem zulassungsbeschränkten Gebiet nicht würde versagen können. Hierin liegt auch die für den Kaufpreis von 50.000 € tatsächlich zu erbringende Gegenleistung.

cc) Aufwendungen für Liposuktion

FG Schleswig-Holstein, Urteil v. 01.10.2014 - 2 K 272/12 **RID 15-01-294**
juris
EStG § 33 I; SGB V § 135 I 1

Aufwendungen für die **Liposuktion** können nicht als außergewöhnliche Belastungen nach § 33 EStG abgezogen werden, da es sich um eine **wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethode** im Sinne des § 64 I Nr. 2 Satz 1 Buchst. f EStDV i.d.F. des StVereinfG 2011 handelt und unstreitig kein vor Beginn der Heilmaßnahme ausgestelltes amtsärztliches Gutachten oder eine vorherige ärztliche Bescheinigung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vorliegt.

b) Umsatzsteuerrecht

aa) BFH: Infektionshygien. Leistungen einer Hygienefachkraft als umsatzsteuerfreie Heilbeh.

BFH, Urteil v. 05.11.2014 - XI R 11/13 **RID 15-01-295**
juris
UStG § 4 Nr. 14

Leitsatz: **Infektionshygienische Leistungen eines Fachkrankenpflegers** für Krankenhaushygiene an Krankenhäuser, Altenheime oder Pflegeheime sind (nur) insoweit nach § 4 Nr. 14 Satz 1 UStG a.F. umsatzsteuerfrei, als diese Einrichtungen mit den bezogenen Leistungen bei der Ausübung einer Heilbehandlungstätigkeit infektionshygienische Anforderungen erfüllen müssen

bb) BFH: Steuerfreiheit der Durchführung von Raucherentwöhnungsseminaren

BFH, Urteil v. 26.08.2014 - XI R 19/12 **RID 15-01-296**
juris
UStG § 4 Nr. 14; EWGRL 388/77 Art. 13 Teil A I Buchst. c

Leitsatz: 1. Die Durchführung von **Raucherentwöhnungsseminaren** kann als vorbeugende Maßnahme des Gesundheitsschutzes bei Vorliegen einer medizinischen Indikation eine **steuerfreie Heilbehandlung** sein.
2. Die von **Betriebsärzten** vorgenommene **Sammelüberweisung** von Arbeitnehmern zur Teilnahme an Raucherentwöhnungsseminaren genügt den Anforderungen an die gebotene medizinische Indikation, wenn sie auf medizinischen Feststellungen der Betriebsärzte beruht.

cc) BFH: Verabreichung von Zytostatika an ambulante Patienten eines Krankenhauses

BFH, Urteil v. 24.09.2014 - V R 19/11 **RID 15-01-297**
juris
SGB V § 116a; EWGRL 388/77 Art. 13; UStG § 4 Nr. 16 Buchstabe b

Leitsatz: Die Verabreichung von **Zytostatika** im Rahmen einer ambulant in einem Krankenhaus durchgeführten ärztlichen Heilbehandlung, die dort individuell für den einzelnen Patienten in einer Apotheke dieses Krankenhauses hergestellt werden, ist als ein **mit der ärztlichen Heilbehandlung eng verbundener Umsatz** gemäß § 4 Nr. 16 Buchst. b UStG steuerfrei (entgegen Abschn. 100 Abs. 3 Nr. 4 UStR 2005 und Abschn. 4.14.6 Abs. 3 Nr. 3 UStAE).

Vorausgehend: BFH, Beschl. v. 15.05.2012 - V R 19/11 - RID 12-04-272, EuGH, Urt. v. 13.03.2014 - C-366/12 - RID 14-02-408.

dd) BFH: Kein ermäßigter Umsatzsteuersatz auf Lieferung sog. Sondennahrung

BFH, Beschluss v. 24.09.2014 - VII-R-54/11 **RID 15-01-298**

juris
UStG § 12 II Nr. 1

Leitsatz: 1. Diätetische Lebensmittel in flüssiger Form, die verschiedene Nährstoffe enthalten, für Personen mit fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung bestimmt sind und auch über eine Magen- und Darmsonde verabreicht werden können (sog. **Sondennahrung**), sind in die Pos. 2202 KN einzureihen. Ihre Lieferung unterliegt dem **Regelsteuersatz** der **Umsatzsteuer**.
2. Soweit entsprechende Produkte ausschließlich dazu bestimmt sind, unter ärztlicher Aufsicht **durch eine Magensonde** an Personen verabreicht zu werden, die ärztlich behandelt werden, und sofern sie im Rahmen der Bekämpfung einer Krankheit oder eines Leidens mit dem Ziel verabreicht werden, eine Unterernährung dieser Personen zu vermeiden oder zu beseitigen, sind sie in die Pos. 3004 KN einzureihen. Ihre Lieferung unterliegt ebenfalls dem **Regelsteuersatz**.

ee) BFH: Heilbehandlung bei Pharmastudienteilnahme (Kein therapeutischer Zweck)

BFH, Beschluss v. 11.12.2014 - XI B 49/14 **RID 15-01-299**

juris
UStG § 4 Nr. 14; FGO §§ 115, 116

Leitsatz NV: Ob die Leistungen eines Arztes im Rahmen von sog. **„Studien“**, die von **Pharmaunternehmen** vergütet werden, steuerfreie Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin sind, hängt davon ab, ob die vergüteten Leistungen therapeutischen oder anderen Zwecken dienen. Dies richtet sich nach den Gesamtumständen des Einzelfalls

ff) Bleaching als umsatzsteuerfreie Leistung

FG Schleswig-Holstein, Urteil v. 09.10.2014 - 4 K 179/10 **RID 15-01-300**

Revision zugelassen
juris
UStG § 4 Nr. 14

Eine ärztliche Behandlung kann – auch wenn sie keine über ihre optische Einflussnahme hinausgehende Wirkung entfaltet – eine **begünstigte Heilbehandlung** darstellen, wenn sie auf die **Beseitigung der (optischen) Folge einer Krankheit** oder Gesundheitsstörung und einer aufgrund dieser Krankheit oder Gesundheitsstörung medizinisch indizierten Heilungsmaßnahme gerichtet ist, wenn sie also ein Teil einer – sei es auch zeitlich gestreckten – Gesamtbehandlung der Gesundheitsstörung darstellt, deren Ziel, soweit möglich, die Wiederherstellung des status quo ante des behandelten Körperteils ist. Die steuerliche Begünstigung ist damit nicht allein auf solche Maßnahmen beschränkt, welche auf die Beseitigung der Ursache der Gesundheitsstörung bzw. derer selbst gerichtet sind. Sie erfasst auch Maßnahmen, die zur Beseitigung von durch die Gesundheitsstörung und der zu deren Heilung vorgenommenen Maßnahmen herbeigeführten körperlichen Folgen, seien sie auch rein optischer Natur, gerichtet sind.
Die Voraussetzungen einer begünstigten Heilbehandlung im Sinne des § 4 Nr. 14 UStG sind jeweils erfüllt, wenn in Fällen des **Bleachings** eine Vorschädigung und eine darauf gegründete, medizinisch indizierte Behandlung vorliegt und als Folge der Vorschädigung und der darauf erfolgten Behandlung ein Abdunkeln eingetreten ist, welches wiederum der Grund für das Bleaching des betroffenen Zahnes darstellt.

gg) Umsatzsteuerfreiheit eines privaten Fahrdienstes im ärztlichen Notdienst

FG Sachsen-Anhalt, Zwischenurteil v. 02.10.2014 - 5 K 996/12 **RID 15-01-301**

juris
UStG § 4 Nr. 18 S. 1;

Die mit dem **Hausnotrufdienst** und dem **Fahrdienst im ärztlichen Notdienst** erbrachten Leistungen sind nach Maßgabe des vorrangig anzuwendenden Unionsrechts als **umsatzsteuer- bzw. mehrwertsteuerfrei** zu behandeln. Soweit § 4 Nr. 18 Satz 1 UStG eine Steuerfreiheit für Hausnotrufdienste nur für amtlich anerkannte Verbände der freien Wohlfahrtspflege und nicht – wie vorliegend – für „normale“ Unternehmer vorsieht, verstößt dies für das Streitjahr 2006 gegen Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. g 6. EG-RL bzw. für das Streitjahr 2007 gegen Art. 132 Abs. 1 Buchst. g MwStSystRL. Nach den letztgenannten Richtlinienbestimmungen sind Leistungen umsatzsteuerfrei, die eng mit der Sozialfürsorge und der sozialen Sicherheit verbundene Dienstleistungen und Lieferungen von Gegenständen, einschließlich derjenigen, die durch Altenheime, Einrichtungen des öffentlichen Rechts oder andere von dem betreffenden Mitgliedstaat als Einrichtungen mit sozialem Charakter anerkannte Einrichtungen bewirkt werden.

c) Gewerbesteuerpflicht für GmbH als Betreiber von Dialysezentren

FG Münster, Urteil v. 25.08.2014 - 9 K 106/12 G **RID 15-01-302**

juris
GewerbeStG § 3 Nr. 20 Buchst. b u. d

Die Tätigkeit einer **GmbH** als Kapitalgesellschaft, die zwei **Dialysezentren in Zusammenarbeit mit einer medizinischen Gemeinschaftspraxis** betreibt und die selbst keine Mediziner, sondern qualifizierte Krankenfachkräfte und –pfleger, welche die Patienten während der Dialysen betreuen, beschäftigt, gilt stets und in vollem Umfang als Gewerbebetrieb (§ 2 II GewStG). Die Voraussetzungen der Steuerbefreiung gem. § 3 Nr. 20 Buchst. b) oder d) GewStG erfüllt die GmbH nicht.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 04.02.2015. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – http://www.bundessozialgericht.de); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Individueller Anpassungsfaktor (KV Saarland)	B 6 KA 28/14 R	Ist nach der Übergangsregelung, wie sie im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 vorgesehen ist, eine Bemessung des Honorarvolumens zulässig, die sich am Durchschnittsvolumen der Fachgruppe im Vorjahresquartal modifiziert durch einen individuellen Anpassungsfaktor orientiert?	***LSG Saarland***, Urt. v. 03.12.2013 - L 3 KA 5/11 -	14-04-18 NZB
Fehlende Vorgaben des Bewertungsausschusses	B 6 KA 46/14 R	Zur Frage der Nichtigkeit einer im Quartal I/2005 gültigen Honorarverteilungsvereinbarung als öffentlich-rechtlicher Vertrag, wenn zwingend erforderliche Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen.	***LSG Hamburg***, Urt. v. 05.11.2014 - L 5 KA 28/11 -	15-01-
Quotierung von Laborleistungen	B 6 KA 33/14 R	Verstößt die Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht, wenn die für die Leistungen und Kostenerstattungen im Laborbereich nach den Vergütungen verfügbaren Mittel des Vergütungsvolumens quotiert werden?	***SG Hamburg***, Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 151/11 -	14-04-11
Quotierung von laboranalytischen und humangenetischen Leistungen	B 6 KA 44/14 R	Verstößt die Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsvertrages, wonach laboranalytische Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä) sowie die übrigen kurativen Leistungen (hier: humangenetische Leistungen der DNA-Amplifikation nach Nr. 11321 EBM-Ä) quotiert werden, gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung vom 26.3.2010 bzw gegen höherrangiges Recht?	***SG Dresden***, Urt. v. 03.09.2014 - S 18 KA 167/11 -	15-01-12
Quotierung von Laborleistungen einer Laborgemeinschaft	B 6 KA 34/14 R	Ist eine Quotierung von Laborleistungen durch einen Honorarverteilungsmaßstab bei Laborgemeinschaften im Hinblick auf die Kostenerstattungsregelung des Abschn 32.2 Nr 1 S 2 EBM (juris: EBM-Ä 2008) zulässig?	***SG Hamburg***, Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 152/11 -	14-04-10
Vergütung probatorischer Sitzungen	B 6 KA 13/14 R B 6 KA 16/14 R B 6 KA 17/14 R	Verstoßen Regelungen zur Vergütung probatorischer Sitzungen unter den Bedingungen des Regelleistungsvolumens für die Quartale II/05 bis I/06 gegen höherrangiges Recht, soweit eine Quotierung des Regelleistungspunktwerts zu einem Punktwert von unter 2,56 Cent geführt hat oder soweit Honoraranteile für die Vergütung probatorischer Sitzungen innerhalb des Regelleistungsvolumens zur Finanzierung einer Ausgleichsregelung zur Vermeidung praxisbezogener Honorarverwerfungen herangezogen werden und der obere Regelleistungswert für diese Leistungen 2,56 Cent nicht übersteigt?	***LSG Hessen***, Urt. v. 29.01.2014 - L 4 KA 30/12 - - L 4 KA 29/12 - - L 4 KA 31/12 -	14-02-11 14-02-10 14-02-12
Gemittelter Mindestpunktwert für probatorische Leistungen/Zugunstenverfahren	B 6 KA 22/14 R	Ist eine durch § 45 SGB 10 ausgeschlossene isolierte Korrektur eines Verwaltungsakts im Rahmen eines Zugunstenverfahrens zulässig?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 19.02.2014 - L 7 KA 10/11 -	14-03-1
Augenärzte: Kostenpauschale nach Nr. 40100 EBM	B 6 KA 39/14 R	Ist die Beschränkung der Abrechenbarkeit der Kostenpauschale nach Nr 40100 EBM (juris: EBM-Ä 2008) durch die Partner des Bundesmantelvertrags ab dem 1.4.2009, wonach diese in den Fällen nicht mehr angesetzt werden kann, in denen auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä 2008 (Allgemeinlabor) abgerechnet werden, rechtmäßig?	***SG Düsseldorf***, Urt. v. 12.02.2014 - S 14 KA 434/10 -	15-01-26
BEMA-Umstrukturierung 2004	B 6 KA 12/14 R **Termin:** 10.12.2014	Ist die Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen im BEMA-Z (juris: EBM-Z) ab dem 1.1.2004 rechtmäßig?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 02.10.2013 - L 8 KA 13/10 -	14-01-12

Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen	B 6 KA 2/14 R **Termin:** 10.12.2014	Ist die Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen im BEMA-Z (juris: EBM-Z) ab dem 1.1.2004 rechtmäßig?	***SG Magdeburg***, Urt. v. 17.07. 2013 - S 13 KA 109/09 -	14-01-13
Honoraransprüche gegen die K(Z)V nach „modifizierter“ Freigabe durch Insolvenzverwalter	B 6 KA 45/13 R **Termin:** 10.12.2014	Hat ein Vertrags(zahn)arzt, der seine künftigen Honoraransprüche im Voraus abgetreten hatte und über dessen Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet wurde, einen Anspruch auf Auszahlung des in der Zeit zwischen der Freigabe seiner vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit nach § 35 Abs 2 InsO und einem später ergangenen Beschluss des Insolvenzgerichts über die Unwirksamkeit der Freigabeerklärung bereits an den Insolvenzverwalter geleisteten Honorars?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 20.12.2012 - L 7 KA 51/11 -	14-01-10

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Pauschalierende Umlegung des Defizitanteils wegen Nachvergütung für Psychotherapeuten	B 6 KA 36/14 R	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, Honorarbescheide nachträglich pauschal zu korrigieren, wenn sich die maßgeblichen Verhältnisse für die Verteilung des Honorarvolumens, welches insgesamt für die Verteilung zur Verfügung stand, aufgrund einer Nachvergütung für psychotherapeutische Leistungen ändern?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 17.06.2014 - L 4 KA 35/11 -	14-04-21
Psycholog. Psychotherapeuten: Abrechnung des Zuschlags an Samstagen (Nr. 01102 EBM)	B 6 KA 47/14 R	Ist der Ausschluss der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 01102 EBM-Ä 2008 (Aufwandserstattung für die Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7:00 und 14:00 Uhr) verfassungswidrig?	***LSG Hessen***, Urt. v. 26.11.2014 - L 4 KA 3/13 -	15-01-25
Fortbildungsnachweis	B 6 KA 19/14 R **Termin:** 11.02.2015	Ist eine Honorarkürzung wegen nicht erbrachten Fortbildungsnachweises ausgeschlossen, wenn die Nachweiserbringung durch einen quartalsmittig zugelassenen Vertragszahnarzt zwar nach dem Stichtag, jedoch im stichtagsrelevanten Quartal nachgeholt wird?	***SG Magdeburg***, Urt. v. 25.09.2013 - S 13 KA 109/10 -	14-03-10
Laborarzt: Anforderung der Laboratoriumsuntersuchung von Laborgemeinschaft	B 6 KA 27/14 R	Haben auch Laborärzte die Möglichkeit Laborleistungen (Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen / Basislabor) nach § 25 Abs 3 S 1 BMV-Ä aus einer Laborgemeinschaft zu beziehen, deren Mitglied sie sind oder gilt diese Ausnahme vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ausschließlich für Nicht-Laborärzte?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 19.12.2013 - L 7 KA 39/12 -	14-01-19 NZB
Nr. 01770 EBM 2009	B 6 KA 10/14 R **Termin:** 11.02.2015	Kann die Nr 01770 EBM-Ä 2009 abgerechnet werden, wenn eine verdeckte Mehrfachbehandlung stattgefunden hat?	***SG für das Saarland***, Urt. v. 19.02.2014 - S 2 KA 64/13 -	14-02-23
	B 6 KA 15/14 R **Termin:** 11.02.2015	Darf ein Vertragsarzt, der innerhalb des Quartals bei einer schwangeren Versicherten ohne Kenntnis der Vorbetreuung durch einen anderen Vertragsarzt eine weitere Betreuung durchführt, die Gebührenordnungsnummer 01770 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen erneut abrechnen?	***SG Mainz***, Urt. v. 26.02.2014 - S 8 KA 119/12 -	14-04-53
Zuschlag für konservativ tätige Augenärzte (Nr. 06225 EBM)	B 6 KA 42/14 R	Verstößt die Beschränkung der Abrechenbarkeit der Gebührenordnungsposition 06225 EBM-Ä 2008 mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 31.8.2011 auf ausschließlich konservativ tätige Augenärzte gegen höherrangiges Recht?	***SG Düsseldorf***, Urt. v. 10.09.2014 - S 14 KA 79/13 -	15-01-23
Ambulante Operation: Unzureichende Dokumentation	B 6 KA 1/15 R	Setzt die Abrechnung einer ambulanten Operation nach dem Abschnitt 31.2 EBM 2005 (juris: EBM-Ä 2005) deren Dokumentation durch einen ordnungsgemäßen Operationsbericht voraus?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 -	15-01-20

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Psychotherapeutenregister: Kein Fachkundenachweis für Gasthörerin an Ausbildungsinstitut	B 6 KA 7/13 R **Termin:** 02.04.2014	Zum Anspruch einer Psychologischen Psychotherapeutin auf Eintragung in das Arztregister bei Streit über den Umfang der erforderlichen Fachkunde einschließlich der Notwendigkeit ausreichender Dokumentation der Behandlungsfälle.	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 29.08.2012 - L 11 KA 91/08 -	13-02-36

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst

Genehmigung einer Dialysepraxis nach § 6 III der Anl. 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä	B 6 KA 43/14 R	Ist ein Vertragsarzt oder eine Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber der Erteilung einer Dialysegenehmigung durch eine Kassenärztliche Vereinigung drittanfechtungsberechtigt? Sind bei der Genehmigung einer Dialysepraxis nach § 6 Abs 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä durch eine Kassenärztliche Vereinigung auch Anzeichen für Versorgungsmängel in der bestehenden Dialysepraxis zu berücksichtigen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 23.07.2014 - L 3 KA 33/12 -	15-01-28
Genehmigung zur Erbringung zytologischer Untersuchungen an weiterem Tätigkeitsort	B 6 KA 23/14 R	Zur Frage der Versagung einer Abrechnungsgenehmigung für die Ausführung und Abrechnung der zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix-Uteri nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie im Hinblick auf den Ort der Leistungserbringung.	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 14.01.2014 - L 4 KA 24/11 -	14-03-23
Notdienst: Facharzt für Psychotherapeutische Medizin	B 6 KA 41/14 R	Ist ein seit Jahrzehnten in seinem Fachgebiet tätiger Facharzt für Psychotherapeutische Medizin zur persönlichen Teilnahme am Notfalldienst geeignet? Welche Folgerungen ergeben sich aus einer (ggf) fehlenden Eignung? Hat eine Vertreterbestellung durch den Arzt selbst oder durch die KÄV zu erfolgen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 18.09.2013 - L 3 KA 119/11 -	15-01-33

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Eingeschränkte Einzelfallprüfung: Unzureichende Vorlage der Unterlagen und Prüfquote unter 20 %	B 6 KA 41/13 R **Termin:** 13.08.2014	Entspricht eine vom Beschwerdeausschuss für die Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommene repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung hinsichtlich der in die Prüfung einbezogenen Behandlungsfälle grundsätzlich den Vorgaben der Rechtsprechung des BSG, wenn keine vollständige Vorlage der zu prüfenden Behandlungsunterlagen durch den Vertragsarzt erfolgte?	***LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.09.2013 - L 7 KA 96/11 -***	13-04-24
Zuständigkeit des Beschwerdeausschusses für Ausnahmefall bei Verordnungsausschluss	B 6 KA 25/13 R B 6 KA 26/13 R **Termin:** 02.07.2014	Greift der Ausschluss des Vorverfahrens nach § 106 Abs 5 S 8 SGB 5 ein, wenn der Vertragsarzt gegenüber einem Regress wegen Verstoßes gegen einen Verordnungsausschluss durch eine Richtlinie nach § 92 SGB 5 die Befugnis einwendet, gemäß § 31 Abs 1 S 4 SGB 5 ausnahmsweise das ausgeschlossene Arzneimittel in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen zu dürfen?	***SG Dresden***, Urt. v. 27.02.2013 - S 18 KA 141/11 - - S 18 KA 190/11 -	13-02-44 juris
Wahl der preisgünstigsten Bezugsquelle	B 6 KA 18/14 R	Hat der Vertragsarzt im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots die preisgünstigste Bezugsquelle für die Verordnung von Arzneimitteln zu wählen? Liegt ein Ermessensfehler vor, wenn der Beschwerdeausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Festsetzung eines Arzneikostenregresses keinerlei Überlegungen im Hinblick auf eine Berücksichtigung des Arzneimittelherstellerrabatts angestellt hat?	***LSG Sachsen-Anhalt***, Urt. v. 15.01.2014 - L 9 KA 5/12 -	14-02-58
Verpflichtung zur Einbringung monoklonaler Antikörper in Kochsalzlösung	B 6 KA 3/15 R	Verstößt ein Arzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, wenn er ein Arzneimittel als Rezeptur von der Apotheke anfordert, statt es in seiner Praxis (zB durch Einbringung in eine Kochsalzlösung) zur Anwendung am Patienten gebrauchsfertig zu machen?	***LSG Bayern***, Urt. v. 04.12.2013 - L 12 KA 98/12 -	14-02-59 NZB
Unterbrechung der Ausschlussfrist/Geltung der zweijährigen Ausschlussfrist	B 6 KA 45/14 R	Sind die in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Anwendung einer vierjährigen Ausschlussfrist für die Richtgrößenprüfung auch auf die nunmehr gesetzlich geregelte zweijährige Ausschlussfrist in § 106 Abs 2 S 2 SGB 5 in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007 (BGBl I 2007, 378) anzuwenden?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 07.10.2014 - L 4 KA 13/12 -	15-01-35
Zeitpunkt der Geltung der Neuregelung „Beratung vor Regress“	B 6 KA 8/14 R **Termin:** 22.10.2014	Gilt die Neufassung des § 106 Abs 5e S 7 SGB 5 nur für Verfahren, in denen das Widerspruchsverfahren zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung durch Verkündung im Bundesgesetzblatt am 26.10.2012 noch nicht abgeschlossen war?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 20.11.2013 - L 11 KA 49/13 -	14-02-56
Ersetzt früherer Regressbescheid Beratung?	B 6 KA 3/14 R **Termin:** 22.10.2014	Verstößt die Festsetzung eines Heilmittelregresses wegen Überschreitung des individuellen Richtgrößenvolumens, der am 31.12.2011 noch nicht abgeschlossen war, gegen den in § 106 Abs 5e SGB 5 geregelten Grundsatz "Beratung vor Regress", wenn	***SG Stuttgart***, Gerichtsb. v. 21.11.2013 - S 11 KA 5773/12 -	14-01-35

		vor Erlass des angefochtenen Bescheids keine individuelle Beratung des Vertragsarztes zur Wirtschaftlichkeit seines Verordnungsverhaltens stattgefunden hat?		
Abänderung eines Regressbescheids zu Ungunsten des Arztes	B 6 KA 38/13 R **Termin:** 13.08.2014	Unter welchen Voraussetzungen darf der Beschwerdeausschuss seinen Beschluss zu Lasten des Arztes ändern, wenn noch keine Bestandskraft eingetreten ist?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 17.01.2013 - L 7 KA 29/11 -	13-04-32 NZB
Mängelgutachten: Kostentragung durch Vertragszahnarzt möglich	B 6 KA 46/13 R **Termin:** 13.08.2014	Ist eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bei Mängeln im Rahmen der prothetischen Versorgung verpflichtet, eine Ermessensentscheidung darüber zu treffen, ob dem betroffenen Vertragszahnarzt die Kosten der Begutachtung durch einen Sachverständigen auferlegt werden?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 31.07.2013 - L 3 KA 38/12 -, - L 3 KA 29/12 -, L 3 KA 69/12	13-04-35 14-01-40 14-01-41
Kosten der Erstbegutachtung	B 6 KA 5/14 R **Termin:** 13.08.2014 (omV)	Ist eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bei Mängeln im Rahmen der prothetischen Versorgung verpflichtet, eine Ermessensentscheidung darüber zu treffen, ob dem betroffenen Vertragszahnarzt die Kosten der Erstbegutachtung durch einen Sachverständigen auferlegt werden?	***LSG Saarland***, Urt. v. 25.10.2013 - L 3 KA 2/11 -	14-02-70
Abgrenzung zur Insolvenzforderung/Praxisbesonderheiten	B 6 KA 40/13 R	Ist der Beschwerdeausschuss befugt, während eines noch anhängigen Insolvenzverfahrens gegen einen Vertragsarzt persönlich eine Regressforderung aus einer Richtgrößenprüfung festzustellen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 15.05.2013 - L 11 KA 147/11 -	13-04-27
Regressfestsetzung nach Insolvenzeröffnung	B 6 KA 30/14 R	Richtet sich eine Regressfestsetzung wegen Überschreitung der Richtgrößen im Arzneimittelbereich nach Insolvenzeröffnung als neue Forderung gegen den Insolvenzschuldner?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 30.04.2014 - L 11 KA 16/12 -	14-03-34

Zulassung und Ermächtigung

Weitere hälftige Zulassung in anderem K(Z)V-Bezirk	B 6 KA 11/14 R **Termin:** 11.02.2015	Ist die Erteilung von zwei Teilzulassungen an einen Vertrags(zahn)arzt mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag - auch im Bezirk von zwei Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen - rechtmäßig?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 02.10.2013 - L 8 KA 48/11 -	14-02-74
Konkurrentenklage bei Vielzahl zu besetzender Stellen	B 6 KA 31/14 R B 6 KA 32/14 R B 6 KA 29/14 R	Darf eine Bewerberin, die in einem Verfahren um die Erteilung einer Vielzahl von Zulassungen nicht berücksichtigt worden ist, ihre Anfechtungsklage auf einzelne erfolgreiche Bewerber beschränken?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 23.10.2013 - L 7 KA 16/13 - - L 7 KA 40/12 - - L 7 KA 28/13 -	14-03-39 14-03-40 14-03-41 Alle NZB
Sonderbedarfszulassung: Psychotherapeut u. Beherrschung einer besonderen Kommunikationsmethode	B 6 KA 33/13 R **Termin:** 13.08.2014	Begründet die Beherrschung einer besonderen Methode zur Verständigung mit sprachbehinderten Menschen (hier: augmentative alternative Kommunikation) einen Anspruch auf Sonderbedarfszulassung als Psychologischer Psychotherapeut?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 17.09.2012 - L 7 KA 38/10 -	13-01-48 NZB
Nachbesetzung einer ärztlichen Psychotherapeutenstelle mit Psychologischer Psychotherapeutin	B 6 KA 23/13 R **Termin:** 02.07.2014	Muss im Rahmen der Nachbesetzung einer Arztstelle in einem Medizinischen Versorgungszentrum zwischen dem ausscheidendem - psychotherapeutisch tätigen - Vertragsarzt und seinem präsumtiven Nachfolger - einem Psychologischen Psychotherapeuten - eine völlige Fachgebietsidentität bestehen oder reicht es aus, wenn das Tätigkeitsspektrum des neuen Angestellten dem des vorigen im Wesentlichen entspricht?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 12.12.2012 - L 11 KA 65/11 -	13-02-59
Konkurrentenklage gegen Genehmigung einer BAG	B 6 KA 43/13 R B 6 KA 44/13 R **Termin:** 22.10.2014	Kann der unterlegene Konkurrent in einem Nachbesetzungsverfahren die Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft erhalten?	***SG Hannover***, Urt. v. 30.10.2013 - S 65 KA 189/12 - - S 65 KA 370/12 -	14-01-42 14-01-43
Teil-Berufsausübungsgemeinschaft: Gemeinsame Berufsausübung	B 6 KA 24/14 R	Ist das Merkmal der "einzelnen Leistung" in § 33 Abs 2 Ärzte-ZV dahingehend auszulegen, dass es der Annahme einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (Teil-BAG) entgegensteht, wenn einer der beteiligten Ärzte sein gesamtes Leistungsspektrum in die Teil-BAG einbringt?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 20.11.2013 - L 5 KA 516/11 -	14-04-43 NZB

		Ist die (beabsichtigte) gemeinsame Behandlung von Patienten Voraussetzung für die Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft? Darf die Genehmigung einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft von der medizinischen Erforderlichkeit dieser Form der gemeinsamen Berufsausübung abhängig gemacht werden		
Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für MVZ durch GmbH	B 6 KA 36/13 R **Termin:** 22.10.2014	Kann die nach § 96 Abs 2 S 6 SGB 5 erforderliche selbstschuldnerische Bürgschaft von einer GmbH abgegeben werden, die die einzige Gesellschafterin eines wiederum in der Rechtsform einer GmbH betriebenen Medizinischen Versorgungszentrums ist oder ist die Bürgschaftserklärung von den dahinter stehenden nicht in ihrer Haftung beschränkten Personen abzugeben	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 15.05.2013 - L 11 KA 45/12 -	13-04-37
Verschiebung von MVZ-Arztsitzen in anderes MVZ	B 6 KA 38/14 R	Verstößt die Umwandlung einer angestellten Arztstelle in eine Zulassung allein mit dem Ziel, diese sofort wieder unter Verzicht auf die Zulassung in eine Angestelltenstelle in einem anderen Medizinischen Versorgungszentrum umzuwandeln, gegen höherrangiges Recht?	***SG Hamburg***, Urt. v. 27.08.2014 - S 27 KA 76/14 -	14-04-39
Genehmigung neuropädiatrischer Leistungen für Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung	B 6 KA 49/13 R **Termin:** 10.12.2014	Können die Zulassungsgremien einem an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung die Genehmigung zur Erbringung von Leistungen erteilen, deren Abrechnung nach dem EBM-Ä Kinderärzten mit Schwerpunktbezeichnung vorbehalten ist?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 17.06.2013 - L 5 KA 483/13 -	14-01-51 NZB
Job-Sharing: Anforderungen an KV-Antrag auf Änderung der Obergrenzen wegen EBM-Änderung	B 6 KA 26/14 R	Müssen Anträge auf Neuberechnung der Job-Sharing-Obergrenzen auch dann substantiiert und individuell bezogen auf die betroffene Praxis begründet werden, wenn gravierende Änderungen im Vergütungsrecht eingetreten sind (hier: Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung zu Beginn des Jahres 2009 mit grundlegenden Veränderungen der Berechnungssystematik)?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 26.02.2014 - L 11 KA 70/13 -	14-03-50
Zulassungsentziehung MVZ: Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht am Praxissitz	B 6 KA 25/14 R	Welche Anforderungen stellt § 19 Abs 3 Ärzte-ZV an die Aufnahme der Tätigkeit eines MVZ innerhalb von drei Monaten nach Erteilung der Zulassung? Zu den Voraussetzungen, unter denen eine Pflichtverletzung die Entziehung der Zulassung eines MVZ rechtfertigt.	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 20.11.2013 - L 5 KA 312/12 -	14-03-51 NZB
Überörtliche Teil-BAG: Unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte	B 6 KA 21/14 R	Welche Anforderungen sind bei der Genehmigung einer überörtlichen diabetologischen Teilberufsausübungsgemeinschaft an den Begriff der einzelnen Leistungen iS von § 33 Abs 2 S 3 Ärzte-ZV zu stellen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 26.02.2014 - L 11 KA 17/13 -	14-02-80
Zweigpraxis: minimale Verbesserung	B 6 KA 37/14 R	Reichen für die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in einer Zweigpraxis (hier: Facharzt für Nuklearmedizin) minimale für die Versicherten kaum spürbare Veränderungen hinsichtlich des Ausmaßes der Verbesserung der Versorgung aus?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 21.08.2014 - L 7 KA 27/13 -	15-01-53
Anfechtung einer Dialyseermächtigung	B 6 KA 40/14 R	Ist ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener oder auch ermächtigter Arzt bzw ein entsprechend berechtigtes MVZ befugt, die Erteilung einer auf Anl 9.1 § 11 Abs 3 BMV-Ä beruhenden Ermächtigung anzufechten?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 14.05.2014 - L 11 KA 99/12 -	14-04-46

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV

Festsetzung des Behandlungsbedarfes	B 6 KA 6/14 R **Termin:** 13.08.2014	Dürfen die Partner der Gesamtverträge den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs 4 SGB 5 unabhängig von den gegenüber dem Vorjahr eingetretenen Veränderungen neu festsetzen?	***LSG Sachsen-Anhalt***, Urt. v. 13.11.2013 - L 9 KA 4/13 KL -	14-02-87

Hat KV hat für Richtgrößenregresse einzustehen?	B 6 KA 35/14 R	Findet die Regelung des § 106 Abs 5c SGB 5 auch dann Anwendung, wenn es einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr möglich ist, den auf sie übergegangenen Anspruch gegen den Vertragsarzt wegen Einstellung der vertragsärztlichen Tätigkeit geltend zu machen?	***SG Potsdam***, Urt. v. 18.06.2014 - S 1 KA 57/10 -	14-04-54
Klage gegen Schiedsperson: HzV-Vertrag Baden-Württemberg	B 6 KA 9/14 R	Erfüllt der Schiedsspruch einer Schiedsperson nach § 73b Abs 4a SGB 5 die Voraussetzungen eines Verwaltungsaktes nach § 31 S 1 SGB 10? Zur Frage der Darlegung von Verstößen gegen verfahrensrechtliche Grundsätze im Schiedsverfahren und zur Wirksamkeit eines durch Schiedsspruch festgelegten Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung.	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 18.12.2013 - L 5 KA 3838/12 -	14-02-87
Vergütung sozialpädiatrischer Zentren	B 6 KA 20/14 R	Zum Umfang der Überprüfung der individuellen Leistungsfähigkeit eines Sozialpädiatrischen Zentrums durch die Schiedsstelle.	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 27.11.2013 - L 11 KA 71/13 KL -	14-02-89
Aufnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in AMR (Buscopan® Dragées)	B 6 KA 21/13 R **Termin:** 14.05.2014	Ist die Ablehnung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Aufnahme eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels (Buscopan Dragees) zur Behandlung von leichten bis mäßig starken Spasmen des Magen-Darm-Trakts sowie Behandlung spastischer Abdominalbeschwerden beim Reizdarmsyndrom in die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie rechtmäßig?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 24.10.2012 - L 7 KA 1/10 KL -	13-02-68
Aufnahme in die OTC-Liste: Homöopathische Arzneimittel zur Behandlung von Schwindelzuständen (Vertigoheel)	B 6 KA 34/13 R **Termin:** 22.10.2014	Ist die Ablehnung der Aufnahme eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels (Vertigoheel) zur Behandlung von Schwindelzuständen verschiedener Genese in die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Begründung rechtmäßig, dass Schwindelzustände keine schwerwiegende Erkrankung iS von § 34 Abs 1 S 2 SGB 5 darstellen?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.03.2013 - L 7 KA 44/10 KL -	13-03-61
Aufnahme in die OTC-Liste: Aufnahme homöopathischer Arzneimittel (Zeel comp N) für rheumatische Gelenkbeschwerden	B 6 KA 35/13 R **Termin:** 22.10.2014	Ist die Ablehnung der Aufnahme eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels (Zeel comp N) zur Behandlung von rheumatischen Gelenkbeschwerden in die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Begründung rechtmäßig, dass rheumatische Gelenkbeschwerden keine schwerwiegende Erkrankung iS von § 34 Abs 1 S 2 SGB 5 darstellen?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.03.2013 - L 7 KA 45/10 KL -	13-03-62
Defensive Konkurrentenklage gg. Neue Behandlungsmethode (Photosoletherapie u. Bade-PUVA)	B 6 KA 28/13 R **Termin:** 14.05.2014	Können Anbieter von Behandlungssystemen aus ihrem Grundrecht aus Art 12 Abs 1 GG heraus verlangen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss konkurrierende Behandlungsmethoden (hier die asynchrone Photosoletherapie und Bade-PUVA als Balneophototherapie) nicht in die Anlage 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (juris: MVVRL) aufnimmt?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 19.12.2012 - L 7 KA 74/09 KL -	13-03-67
Eigenes Antragsrecht der Patientenvertreter im GBA	B 6 KA 29/13 R **Termin:** 14.05.2014	Steht das Antragsrecht nach § 140f Abs 2 S 5 SGB 5 gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss nur den in der PatBeteiligungsV anerkannten Organisationen zu oder haben auch weitere sachkundige Personen ein Antragsrecht?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.02.2013 - L 7 KA 108/11 KL -	13-03-68
GBA: Erhebung einer Gebühr für die Zurückweisung eines Widerspruchs	B 6 KA 27/13 R **Termin:** 14.05.2014	Verstößt die Gebühr bei einem Widerspruchsverfahren nach § 8 der Gebührenordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erhebung von Gebühren im Antragsverfahren nach § 34 Abs 6 S 6 SGB 5 (Aufnahme von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in die OTC-Übersicht bzw -Ausnahmeliste) gegen höherrangiges Recht?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.02.2013 - L 7 KA 114/11 KL -	13-03-69
GBA: Streichung aus der Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte	B 6 KA 14/14 R	Rechtfertigt die bloße Neubewertung des im Zeitpunkt der Entscheidung vorliegenden Erkenntnismaterials zum medizinischen Nutzen eines Medizinproduktes (hier von Jacutin® Pedicul Fluid zur Bekämpfung von Kopfläusen) eine Aufhebung des bestandskräftigen Bescheides, mit dem dieses Medizinprodukt vom Gemeinsamen	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 29.01.2014 - L 7 KA 119/11 KL -	14-02-90

		Bundesausschuss in die Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen worden war?		
Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Ausschusswahlen einer Vertreterversammlung	B 6 KA 4/14 R **Termin:** 11.02.2015	Wird der vom Bundesverfassungsgericht aufgestellte Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Wahlen verletzt, wenn der prozentuale Anteil bestimmter Fraktionen bei der Besetzung des Haupt-, Finanz- und des Satzungsausschusses einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) 20 Prozent beträgt, obwohl in diesen Fraktionen insgesamt 40 Prozent der Mitglieder der KZV zusammengeschlossen sind?	***SG Münster***, Urt. v. 09.12.2013 - S 2 KA 5/11 -	14-01-58
Sonstiges/Verfahrensrecht				
Individualrabattvertrag mit dentaltechnischem Labor	B 6 KA 2/15 R (alt: B 3 KR 11/15 R)	Ist eine Krankenkasse berechtigt, einen Individualrabattvertrag mit einem dentaltechnischen Labor abzuschließen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 25.11.2014 - L 4 KR 244/10 -	15-01-60
EHV der KV Hessen				

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 04.02.2015. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – http://www.bundessozialgericht.de); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Kontinuierliche Glukosemessung	B 3 KR 5/14 R	Handelt es sich bei dem Continous Glucosemonitoring System (CGMS) um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode iS des § 135 Abs 1 SGB 5 oder um ein Hilfsmittel iS des § 33 Abs 1 S 1 SGB 5?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 06.03.2014 - L 5 KR 253/13	14-02-123
Präimplantationsdiagnostik: Polkörperdiagnostik	B 1 KR 15/14 R	Haben GKV-Versicherte auch unter Berücksichtigung des Verfassungsrechts Anspruch auf Polkörperdiagnostik als eine Krankenkassenleistung, die anlässlich der Entscheidung über eine künstliche Befruchtung - wie im Zusammenhang mit einer Fertilitätsstörung - dem möglichen Ausschluss von mit einer Erbkrankheit versehenen Eizelle dient?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 28.01.2014 - L 1 KR 862/12 -	14-02-126
Präimplantationsdiagnostik (PID)	B 1 KR 19/13 R **Termin:** 18.11.2014	Besteht ein Kostenerstattungsanspruch für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PID) und reproduktionsmedizinischer Behandlungen mittels In-Vitro-Fertilisation (IVF), wenn die künstliche Befruchtung nicht wegen einer Fertilitätsstörung des Versicherten, sondern aufgrund seiner vererbbaren Erkrankung ausschließlich deshalb erfolgen soll, weil allein die im Zusammenhang mit der Befruchtung durchzuführende PID die Möglichkeit eröffnet, für die Implantation erbgesunde Zellen aufzufinden und damit die Chance zur Geburt eines gesunden Kindes zu erhöhen?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 19.07.2013 - L 4 KR 4624/12 -	13-04-68
Festzuschuss/Zuwendungen Angehöriger zu Heimunterbringungskosten	B 1 KR 22/14 R	Gehören Zuwendungen Angehöriger zu ungedeckten Heimunterbringungskosten zu den Bruttoeinnahmen des Versicherten zum Lebensunterhalt iS von § 55 Abs 2 SGB 5?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 20.03.2014 - L 5 KR 246/13 -	14-02-133

Kostenerstattung				
Behandlungsbeginn nach Bescheiderteilung	B 1 KR 14/14 R	Unter welchen Voraussetzungen ist der Beschaffungsweg im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB 5 auch dann nicht eingehalten, wenn der Behandlungsbeginn (hier: Protonentherapie) nach Bescheiderteilung liegt? Schließt eine nicht der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ entsprechende Rechnung den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 SGB 5 aus und kann gegebenenfalls im Gerichtsverfahren noch eine GOÄ-konforme Rechnung nachgereicht werden?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 16.01.2014 - L 5 KR 102/12 -	14-02-137
Stationäre Behandlung				
Auslandskrankenbehandlung				
Augenbehandlung in Kuba	B 1 KR 4/13 R **Termin:** 02.09.2014	Kostenerstattung für eine Augenbehandlung in Kuba bei Retinitis Pigmentosa?	***LSG Mecklenburg-Vorpommern***, Urt. v. 16.11.2011 - L 6 KR 16/10 -	13-04-66 NZB
Arzneimittel				
Hilfsmittel/Heilmittel				
Schwenkbarer Autositz	B 3 KR 13/13 R **Termin:** 25.02.2015	Besteht ein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Versorgung mit einem Autoschwenksitz, wenn die demenzkranke, gehunfähige Versicherte viermal wöchentlich von ihrem Ehemann mit dem PKW zur Tagespflege und zurück transportiert wird?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 08.03.2013 - L 16 KR 267/12	13-03-133 NZB
Treppensteighilfe (Scalamobil) für Rollstuhl	B 3 KR 1/14 R **Termin:** 16.07.2014	Hat ein auf einen Rollstuhl angewiesener 80-jähriger Versicherter einen Anspruch auf Kostenübernahme für ein Scalamobil (Treppensteighilfe) zur Sicherstellung des Zugangs zu seiner in der ersten Etage liegenden Mietwohnung?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 17.09.2013 - L 1 KR 491/13 -	14-01-103
Silikon-Fingerprothese	B 3 KR 14/14 R	Kann eine Versicherte die Versorgung mit einer Silikon-Fingerprothese für den Zeigefinger der rechten Hand beanspruchen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 24.01.2014 - L 8 KR 6/13 -	14-03-102 NZB
Orthopädie-Schuhtechniker: Wahlfreiheit	B 3 KR 21/14 R	Ist die Krankenkasse zur Kostenübernahme für orthopädisches Schuhwerk verpflichtet, wenn zwischen dem Versicherten und dem - nicht zum Kreis der Vertragswerkstätten gehörenden - Orthopädie-Schuhtechniker ein langjähriges Vertrauensverhältnis besteht?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 18.06.2014 - L 1 KR 83/13 -	14-03-98 NZB
Perücke für Mann	B 3 KR 3/14 R	Fällt die Versorgung mit einer Perücke bei krankheitsbedingtem vollständigem Haarverlust bei Männern in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 20.02.2014 - L 5 KR 189/13 -	14-02-157
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
Vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	B 3 KR 16/14 R	Kann eine vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen iS von § 43a S 1 SGB 11 auch ein "sonst geeigneter Ort" iS von § 37 Abs 2 S 1 SGB 5 in der Fassung des GKV-WSG vom 26.3.2007 sein oder sind die Kosten der medizinischen Behandlungspflege für den in der Behinderteneinrichtung vollstationär Untergebrachten durch die pauschale Vergütung der Pflegekasse ausgeschlossen bzw im Rahmen der Eingliederungshilfe gem § 55 S 1 SGB 12 zu übernehmen?	***LSG Bayern***, Urt. v. 12.03.2014 - L 4 KR 119/12 -	14-04-111
Fahrkosten				
Zuzahlung zu jeder Fahrt auch bei ambulanter Serienbehandlung	B 1 KR 8/13 R **Termin:** 18.11.2014	Ist die Zuzahlungspflicht eines Versicherten zu Fahrkosten zu und von den Behandlungsterminen im Rahmen einer ambulanten Strahlentherapie auf die erste und die letzte Fahrt beschränkt?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 17.01.2013 - L 5 KR 180/12 -	13-02-127
Nächst erreichbare Arzt	B 1 KR 27/14 R	Sind Vertragsärzte auch dann noch nächsterreichbar, wenn andere Vertragsarztsitze in kürzerer Distanz zur Wohnung des Versicherten liegen; bejahendenfalls bis zu welcher Entfernungsdifferenz? Ist ein langjähriges Arzt-Patienten-Verhältnis ein zwingender Grund iS des § 76 Abs 2	***LSG Bayern***, Urt. v. 06.03.2014 - L 4 KR 58/12 -	14-04-118 NZB

		SGB 5?		

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Kein Arbeitsverhältnis des Operateurs zum Krankenhaus	B 1 KR 12/15 R (alt: B 3 KR 22/14 R)	War ein Krankenhaus in der Zeit bis zum 31.12.2012 berechtigt, stationäre Leistungen durch einen nicht fest angestellten, als Honorarkraft tätigen niedergelassenen Vertragsarzt zu erbringen und gegenüber den Krankenkassen abzurechnen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 16.05.2014 - L 1 KR 341/11 -	15-01-119 NZB
QualitätssicherungsRL und Vergütungsabschlag	B 1 KR 15/13 R **Termin:** 01.07.2014	Stehen Verstöße eines zugelassenen Krankenhauses gegen die Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma einem Vergütungsanspruch entgegen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 15.04.2013 - L 1 KR 383/12 -	13-03-159
Mindestmengenregelung: Prognose am Jahresanfang ausreichend	B 1 KR 33/13 R **Termin:** 14.10.2014	Welche Anforderungen sind an die Prognose zu stellen, dass die nach § 137 Abs 3 S 1 Nr 2 SGB 5 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen von einem Krankenhaus voraussichtlich nicht erreicht wird?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 27.09.2012 - L 1 KR 383/11 -	13-04-92 NZB
Keine Vergütung orthopädischer Krankenhausleistungen im Fachgebiet Chirurgie	B 3 KR 1/13 R B 3 KR 3/13 R **Termin:** 27.11.2014	Umfasst der Versorgungsauftrag eines 2003 mit dem Fachgebiet Chirurgie in den Krankenhausplan des Landes Brandenburg aufgenommenen Krankenhauses aufgrund der Neufassung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer seit 2005 auch orthopädische Eingriffe (hier: Implantation einer Knieendoprothese)?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 17.04.2012 - L 9 KR 354/10 - - L 9 KR 84/11 -	12-04-109 12-04-107 NZB
Versorgungsauftrag für HNO-Heilkunde und neurochirurgische Operation	B 1 KR 20/14 R	Hat das Krankenhaus gegen die Krankenkasse einen Vergütungsanspruch, wenn das Krankenhaus einen Versorgungsauftrag für HNO-Heilkunde und für Unfallchirurgie hat, das Akustikusneurinom der Versicherten aber neurochirurgisch operiert wurde und die Krankenkasse nach Ablauf der Sechs-Wochenfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 hiervon erfährt?	***LSG Niedersachsen-Bremen,*** Urt. v. 27.11.2012 - L 4 KR 168/10 -	14-02-163
Notfallbehandlung nach telefonisch abgesprochener Verlegung?	B 1 KR 1/15 R (alt: B 3 KR 9/13 R)	Zur Auslegung des Notfallbegriffs bei stationärer Versorgung in einem Krankenhaus außerhalb seines Versorgungsauftrags.	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 18.07.2012 - L 4 KR 468/09 -	13-03-161 NZB
Fehlerhafte Hauptdiagnose und Sechs-Wochen-Frist	B 1 KR 34/13 R **Termin:** 14.10.2014	Greift der Einwendungsausschluss nach § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 ein, wenn das Krankenhaus eine interku7/1rrente Erkrankung - hier Sturz mit Fraktur - als Hauptdiagnose kodiert, erst nach Ablauf der Sechs-Wochen-Frist dem MDK die Behandlungsunterlagen zur Abrechnungsprüfung überlässt und die Krankenkasse auch durch die Berufsgenossenschaft von dem Sturz ihrer Versicherten erfährt?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 21.11.2013 - L 1 KR 158/11 -	14-01-89
Mitteilungspflicht auch für Leistungen zur medizinischen Frührehabilitation	B 1 KR 26/13 R B 1 KR 25/13 R **Termin:** 14.10.2014 B 1 KR 4/15 R (alt: B 3 KR 15/13 R)	Fallen Leistungen zur Frührehabilitation iS des § 39 Abs 1 S 3 SGB 5 unter die medizinische Rehabilitation iS des § 301 Abs 1 S 1 Nr 8 SGB 5 und hindert die fehlende Mitteilung dieser Leistungen durch den Krankenhausträger den Eintritt der Fälligkeit von Vergütungsansprüchen gegenüber der Krankenkasse? Wie ist der Begriff fachärztliche Behandlungsleitung (OPS 8-550) auszulegen?	***SG Magdeburg,*** Urt. v. 30.07.2013 - S 45 KR 101/11 WA - - S 45 KR 75/11 WA - - S 45 KR 89/11 WA -	13-04-103 14-01-121
Unzulässige Rechtsausübung bei vorprozessualer Auskunftsverweigerung	B 1 KR 10/15 R (alt: B 3 KR 13/14 R)	Ist das Krankenhaus nach dem Grundsatz von Treu und Glauben von der Geltendmachung des Vergütungsanspruchs ausgeschlossen, wenn es vorprozessual jegliche ergänzende Auskunft zur Notwendigkeit einer stationären Behandlung gegenüber der Krankenkasse abgelehnt und erstmals mit Klageerhebung die für die stationäre Behandlung maßgeblichen Gründe benannt hat?	***LSG Hessen***, Urt. v. 22.05.2014 - L 8 KR 216/13 -	14-03-119
Spätere Änderung der Begründung einer Rechnung	B 1 KR 21/14 R	Ist das Vertrauen der Krankenkasse in den endgültigen Abschluss eines Abrechnungsfalles nur dann schutzwürdig, wenn sie die Rechnung des Krankenhauses vollständig bezahlt hat, weil sie in diesem Fall regelmäßig keinen Anlass hat, mit	***LSG Hamburg***, Urt. v. 20.02.2014 - L 1 KR 34/12 -	14-02-162

		nachträglichen Korrekturen zu rechnen?		
Aufrechnung 1 Jahr nach Begleichung einer Krankenhausrechnung ohne MDK-Prüfung	B 1 KR 24/13 R **Termin:** 01.07.2014	Kann eine Krankenkasse ohne MDK-Prüfung mehr als 1 Jahr nach Begleichung einer Krankenhausrechnung wegen einer fehlerhaften Kodierung mit der daraus resultierenden Erstattungsforderung die Vergütung im Wege der Aufrechnung kürzen oder ist dies wegen Verletzung des Grundsatzes von Treu und Glauben ausgeschlossen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 08.08.2013 - L 5 KR 97/13 -	14-01-116
Überprüfung der Krankenhausabrechnung nach vier Jahren	B 1 KR 7/15 R (alt: B 3 KR 19/13 R)	Kann eine Krankenkasse vier Jahre nach Bezahlung einer Krankenhausrechnung einen Erstattungsanspruch mit der Behauptung geltend machen, eine stationäre Krankenhausbehandlung sei weder medizinisch erforderlich gewesen noch tatsächlich erfolgt (hier: rehabilitative stationäre Behandlung)?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 10.10.2013 - L 16 KR 813/12 -	14-01-117
Abweichende Vereinbarung der Verjährungsfrist	B 1 KR 11/15 R (alt: B 3 KR 20/14 R)	Kann durch eine Vereinbarung nach § 112 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB 5 die Verjährungsfrist für Vergütungsforderungen der Krankenhäuser auf drei Jahre festgesetzt werden?	***LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.06.2014 - L 1 KR 187/13 -***	14-03-123 NZB
Verjährungsfrist	B 1 KR 26/14 R	Gelten die Regelungen über die vierjährige (sozialrechtliche) Verjährungsfrist oder die Verjährungsregeln des BGB für Vergütungsansprüche von Krankenhäusern gegen Krankenkassen und für Erstattungsforderungen von Krankenkassen gegen Krankenhäuser?	***SG Mainz***, Urt. v. 04.06.2014 - S 3 KR 645/13 -	14-03-115
Verwirkung eines öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Krankenkasse	B 1 KR 27/13 R **Termin:** 14.10.2014	Unter welchen Voraussetzungen kann ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus verwirkt sein? Unter welchen Voraussetzungen führt eine Verletzung des Prüfverfahrens vor Einführung des § 275 Abs 1c SGB 5 bei einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in einem Krankenhausabrechnungsstreit zu einem völligen Einwendungsausschluss?	***LSG Sachsen-Anhalt***, Urt. v. 26.06.2013 - L 4 KR 108/11 -	14-01-120
Abgrenzung vorstationäre Behandlung/Ambulantes Operieren	B 1 KR 28/13 R **Termin:** 14.10.2014	Schließt eine gemäß § 115b Abs 1 S 1 Nr 2 SGB 5 in Verbindung mit dem AOP-Vertrag nach den Regelungen des EBM (juris: EBM-Ä) vergütete ambulante Operation im Krankenhaus den Anspruch auf Vergütung für eine vorherige stationäre Behandlung aus?	***LSG Bayern***, Urt. v. 18.09.2012 - L 5 KR 473/10 -	13-01-134 NZB
	B 1 KR 30/14 R	Schließt eine gemäß § 115b Abs 1 SGB 5 in Verbindung mit dem AOP-Vertrag nach den Regelungen des EBM (juris: EBM-Ä) vergütete ambulante Operation im Krankenhaus den Anspruch auf Vergütung für eine sog Aufklärungsuntersuchung bei vorstationärer Behandlung aus?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 29.07.2014 - L 4 KR 409/11 -	14-04-127
Kosten für allein erreichbares Thrombozyten-Apheresekonzentrat	B 1 KR 2/15 R (alt: B 3 KR 11/13 R)	Muss die Krankenkasse die Kosten eines vom Krankenhaus verwendeten teuren Thrombozyten-Apheresekonzentrats übernehmen, wenn bei der OP auch die Gabe eines preiswerteren gepoolten Thrombozytenkonzentrats medizinisch ausreichend gewesen wäre, dieses aber bei der Blutbank gar nicht vorrätig gewesen ist?	***LSG Saarland***, Urt. v. 22.08.2012 - L 2 KR 39/09 -	13-03-154 NZB
Behandungsfall und mehrere Krankenhausaufenthalte	B 1 KR 3/15 R (alt: B 3 KR 14/13 R)	Zu den Voraussetzungen der Zusammenfassung mehrerer Krankenhausaufenthalte eines Versicherten zu einem Behandlungsfall.	***LSG Hamburg***, Urt. v. 04.07.2013 - L 1 KR 21/11 -	14-01-123
DRG-Fallpauschalen als aufteilbare Abrechnungseinheit/Kostenträger	B 1 KR 18/13 R **Termin:** 14.10.2014	Sind auch mit Fallpauschalen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups abrechenbare Krankenhausleistungen als teilbare Leistungen anzusehen?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 04.07.2013 - L 1 KR 77/11 -	13-03-162
Fallzusammenführung bedingt Abrechnung mit nur einer Fallpauschale	B 1 KR 13/15 R	Ist die Verweildauer der Versicherten bei der Falldatenzusammenfassung und Neueinstufung in eine Fallpauschale nach § 3 Abs 3 Fallpauschalenvereinbarung 2009 (juris: KFPVbg 2009) um die Tage zu kürzen, in denen keine medizinische Behandlungsbedürftigkeit bestand?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 10.12.2014 - L 1 KR 330/13 -	15-01-124
Festlegung der Hauptdiagnose am Ende der Behandlung	B 1 KR 9/15 R (alt: B 3 KR 4/14 R)13	Zur Auslegung der Definition der Hauptdiagnose in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2005.	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 16.01.2014 - L 16 KR 177/09	14-02-173

Voraussetzungen der Nebendiagnose D62 (akute Blutungsanämie)	B 1 KR 41/14 R	Rechtfertigt die bloße Bereitstellung von Blutkonserven auch nach Vornahme einer sog "Blutkreuzung" die Kodierung einer Nebendiagnose bezüglich der Diagnose D62 ICD-10 (akute Blutungsanämie)?	***LSG Hessen***, Urt. v. 30.10.2014 - L 8 KR 370/11 -	15-01-127
DRG-Fallpauschale G64A	B 1 KR 13/14 R	Kann eine Krankenhausbehandlung nach der DRG-Fallpauschale G64A abgerechnet werden, wenn neben der Hauptdiagnose K 51.3 (Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis) auch die Nebendiagnose N 17.9 (Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet) zu berücksichtigen ist?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 16.12.2013 - L 1 KR 292/11 -	14-02-178
Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Transportentfernung (DRG B70C)	B 1 KR 8/15 R (alt: B 3 KR 20/13 R)	Kann die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls nach der DRG-Fallpauschale B70C abgerechnet werden, wenn das kooperierende Krankenhaus, das "in höchstens halbstündiger Transportentfernung unabhängig vom Transportmittel" erreichbar sein muss, bei Krankentransporten außerhalb eines Notfalleinsatzes nur in frühestens 34 Minuten zu erreichen ist?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 25.06.2013 - L 6 KR 193/10 -	14-01-18 NZB
Behandlungsnotwendigkeit über Grenzverweildauer hinaus und Verlegung	B 1 KR 6/15 R (alt: B 3 KR 18/13 R)	Zur Frage der medizinischen Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs 1 S 2 SGB 5 für die Abrechnung tagesbezogener Entgelte zusätzlich zur Fallpauschale nach einer Überschreitung der Grenzverweildauer.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 20.09.2013 - L 1 KR 161/11 -	13-04-97
Prüffrist gilt auch im Bereich ambulanten Operierens	B 1 KR 1/13 R **Termin:** 01.07.2014	Bewirkt die Fristversäumnis nach § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 nicht nur einen teilweisen Einwendungsausschluss, der auf diejenigen Abrechnungspositionen beschränkt ist, die ausschließlich einer rechtlichen Prüfung und damit nicht einer Einschaltung des MDK bedurft hätten, sondern einen einheitlichen Ausschluss aller Einwendungen gegenüber der gesamten, vom Krankenhaus zur Abrechnung übermittelten Rechnung?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 27.11.2012 - L 4 KR 339/10 -	13-01-154
Prüfantrag durch Krankenkasse	B 3 KR 7/13 R **Termin:** 27.11.2014	Kann entgegen dem Wortlaut des § 275 Abs 1c S 2 SGB 5, wonach die Einleitung der Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse "durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen" ist, auch die Krankenkasse selbst die Anzeige fristwahrend vornehmen?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 31.01.2013 - L 1 KR 150/11 -	13-02-137
Freiwillige Teilnahme am Prüfverfahren trotz Erweiterung	B 1 KR 29/13 R **Termin:** 01.07.2014	Unter welchen Voraussetzungen liegt ein zweiter selbstständiger Prüfauftrag nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB 5 vor (hier: Prüfung der Hauptdiagnose nach Prüfung der Notwendigkeit/untere Grenzverweildauer)? Kann ein Krankenhaus die erneute Herausgabe von Patientenunterlagen verweigern und sich darauf berufen, dass ein zweiter selbstständiger Prüfauftrag der Krankenkasse dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach Ablauf der Sechs-Wochenfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 erteilt worden sei, wenn das Krankenhaus freiwillig und vorbehaltlos am Prüfverfahren mitgewirkt und dem MDK die Patientenunterlagen zur Verfügung gestellt hat?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 19.09.2013 - L 5 KR 343/12 -	14-01-132
Aufwandspauschale: Feststellungen des MDK und Gerichtsverfahren	B 1 KR 24/14 R	Ist die Zahlung der Aufwandspauschale gem § 275 Abs 1c SGB 5 ausschließlich von dem Ergebnis der Prüfung durch den MDK abhängig oder ist im Falle einer sich anschließenden gerichtlichen Überprüfung auf deren Ergebnis abzustellen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 13.02.2014 - L 5 KR 530/12 -	14-02-182
Aufwandspauschale: Anlass zur Einleitung einer MDK-Einzelfallprüfung unerheblich?	B 1 KR 5/15 R (alt: B 3 KR 16/13 R)	Kann ein Krankenhaus die Aufwandspauschale für die Überprüfung seiner Abrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung dann nicht beanspruchen, wenn die vom Krankenhaus mitgeteilten Diagnosen auf das Vorliegen von Unstimmigkeiten schließen lassen können?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 23.08.2013 - L 1 KR 295/12 -	13-04-99
Überprüfung einer Fallzusammenführung	B 1 KR 17/14 R B 1 KR 23/14 R	Ist für die Zahlung der Aufwandspauschale die Prüfung der jeweiligen Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ausschlaggebend, auch wenn die Krankenkasse durch die Prüfungen klären lassen	***LSG Hamburg***, Urt. v. 21.11.2013 - L 1 KR 125/12 -	14-02-180 14-02-181

		möchte, ob es sich in Wahrheit um einen einheitlichen zusammenzuführenden Fall handelt?	- L 1 KR 28/13 -	
Arzneikosten ambulanter Behandlung bei anschließender stationärer Notfallaufnahme	B 3 KR 12/13 R **Termin:** 27.11.2014	Sind die Kosten für Arzneimittel, die im Rahmen einer ambulanten Behandlung durch einen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Krankenhausarzt verordnet und verabreicht wurden (hier: Chemotherapie) bereits von der Vergütung für eine unmittelbar anschließende, wegen Komplikationen notwendig gewordene stationäre Behandlung umfasst und daher nicht mehr gesondert abzugelten?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 06.06.2013 - L 5 KR 326/12 -	13-04-102
Schlichtungsverfahren für Altfälle	B 3 KR 7/14 R **Termin:** 08.10.2014	Ist ein Schlichtungsverfahren nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Prozessrechts auch bei Vergütungsansprüchen wegen vollstationärer Krankenhausbehandlung durchzuführen, die vor dem 1.8.2013 entstanden sind?	***SG Berlin***, Urt. v. 25.03.2014 - S 182 KR 2450/13 -	14-02-168

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Abschlagsfreiheit bei Patentschutz	B 3 KR 1/15 R (alt: B 1 KR 9/13 R)	Zur Auslegung des Begriffs "patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel" iS des § 130a Abs 3b S 1 SGB 5.	***SG Berlin***, Urt. v. 21.11.2012 - S 208 KR 99/11 -	13-01-162
Vergütung der Apotheker für im Jahre 2009 abgegebene Arzneimittel	B 3 KR 17/14 R B 3 KR 18/14 R	Hat die Krankenkasse auch dann einen Anspruch auf Gewährung eines Apothekerrabatts nach § 130 SGB 5, wenn sie nach Begleichung der Erstabrechnung innerhalb von 10 Tagen aufgrund einer Schiedsstellenentscheidung später Abrechnungskorrekturen zugunsten des Apothekers vornimmt?	***SG Aachen***, Urt. v. 19.08.2014 - S 13 KR 396/13 - - S 13 KR 398/13 -	 14-04-138 14-04-140
	B 3 KR 4/15 R (alt: B 1 KR 32/14 R) B 3 KR 5/15 R (alt: B 1 KR 33/14 R) B 3 KR 6/15 R (alt: B 1 KR 34/14 R) B 3 KR 7/15 R (alt: B 1 KR 38/14 R) B 3 KR 8/15 R (alt: B 1 KR 39/14 R) B 3 KR 9/15 R (alt: B 1 KR 40/14 R)	Hat die Krankenkasse auch dann einen Anspruch auf Gewährung eines Apothekerrabatts nach § 130 SGB 5, wenn sie nach Begleichung der Erstabrechnung innerhalb von 10 Tagen aufgrund einer Schiedsstellenentscheidung später Abrechnungskorrekturen zugunsten des Apothekers vornimmt?	***SG Aachen***, Urt. v. 19.08.2014 - S 13 KR 389/13 - - S 13 KR 391/13 - - S 13 KR 393/13 - - S 13 KR 401/13 - - S 13 KR 404/13 - - S 13 KR 385/13 -	 14-04-143 14-04-142 14-04-141 14-04-139 14-04-145 14-04-144
Apothekenabschlag 2009 und fristgerechte Zahlung	B 3 KR 13/15 R	Hat die Krankenkasse auch dann einen Anspruch auf Gewährung eines Apothekerrabatts nach § 130 SGB 5, wenn sie nach Begleichung der Erstabrechnung innerhalb von 10 Tagen aufgrund einer Schiedsstellenentscheidung später Abrechnungskorrekturen zugunsten des Apothekers vornimmt?	***SG Berlin***, Urt. v. 10.11.2014 - S 81 KR 2981/13 -	15-01-134
Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis	B 3 KR 6/14 R	Unter welchen Voraussetzungen ist für ein Hilfsmittel, das therapeutischen Zwecken dient, von dem gleichen therapeutischen Nutzen auszugehen, das ein bereits gelistetes Hilfsmittel aufweist, so dass für die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis der therapeutische Nutzen nicht mehr durch klinische Prüfungen nachzuweisen ist?	***LSG Bayern***, Urt. v. 11.12.2012 - L 4 KR 70/08	14-03-131 NZB
Auskunftsanspruch einer Orthopädietechniker-Innung über Verträge	B 3 KR 2/14 R	Hat eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die die Interessen des Orthopädietechnikerhandwerks vertritt, einen Auskunftsanspruch über den Inhalt der Verträge, die zwischen Leistungserbringern oder Leistungserbringergemeinschaften und den Krankenkassen geschlossen werden?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 09.01.2014 - L 5 KR 319/12 -	14-01-139

Schiedsverfahren Heilmittelerbringer	B 3 KR 2/15 R (alt:B 1 KR 10/13 R	Können im Fall der Nichteinigung die Durchführung eines Schiedsverfahrens nicht nur "der zuständige Berufsverband", sondern auch die einzelnen Leistungserbringer oder doch jedenfalls die in § 125 Abs 2 S 1 neben den Verbänden und den einzelnen Leistungserbringern genannten "sonstigen Zusammenschlüsse" der Leistungsbringer verlangen?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 01.03.2012 - L 1 KR 18/10 -	12-02-180 NZB
Auswahl der Schiedsperson (Häusliche Krankenpflege)	B 3 KR 6/13 R **Termin:** 27.11.2014	Zur Frage, wann sich ein auf die Bestimmung einer Schiedsperson nach § 132a Abs 2 S 7 SGB 5 gerichteter Verwaltungsakt erledigt hat. Zu den Anforderungen an die Ermessensausübung im Rahmen der Bestimmung einer Schiedsperson nach § 132a Abs 2 S 7 SGB 5.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 16.11.2012 - L 1 KR 341/11 -	13-03-172
Krankenkassen				
Kein Sachleistungsanspruch ohne elektronische Gesundheitskarte	B 1 KR 35/13 R **Termin:** 18.11.2014	Ist die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit Lichtbild mit den bestehenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen und dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten vereinbar? Können Versicherte die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte wegen ihrer (zukünftig möglichen) Online-Funktion wirksam ablehnen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 26.09.2013 - L 1 KR 50/13 -	13-04-116
Satzungsleistungen: Künstliche Befruchtung für Unverheiratete	B 1 A 1/14 R **Termin:** 18.11.2014	Erlaubt die Satzungsermächtigung in § 11 Abs 6 SGB 5 eine Ausweitung der Leistungen medizinischer Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auf den Kreis nichtverheirateter Paare?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 13.06.2014 - L 1 KR 435/12 KL -	14-03-142
Eigeneinrichtung der Krankenkasse: Einsichtnahme in Patientenakte	B 1 KR 36/14 R	Hat der in einer Eigeneinrichtung der Krankenkasse - hier Zahnzentrum - behandelte Versicherte gegen die Krankenkasse Anspruch auf Herausgabe oder Einsichtnahme in seine Patientenakte?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 09.07.2014 - L 11 KR 5691/11 -	14-04-150 NZB
Risikostrukturausgleich	B 1 KR 5/14 R (alt: B 12 KR 18/13 R) **Termin:** 20.05.2014	Verstoßen die §§ 29, 31 RSAV bzw das vom Bundesversicherungsamt festgelegte Klassifikationsmodell gegen die Ermächtigungsgrundlage des § 268 Abs 2 S 1 SGB 5?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 08.06.2013 - L 16 KR 24/09 KL -	13-03-173
Vorschlagsliste zu Sozialwahlen: Begrenzter Anteil der Bediensteten	B 1 KR 28/14 R	Ist bei der Gesamtzahl der Unterzeichner im Sinne von § 48 Abs 3 S 2 SGB 4 auf die Gesamtzahl der für die Erfüllung des Quorums in Abs 2 entscheidenden Anzahl der Unterstützerunterschriften oder auf die Gesamtzahl der eingereichten Unterstützerunterschriften abzustellen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 05.06.2014 - L 16 KR 80/13 -	14-03-148
Zuständigkeit der Aufsichtsbehörde bei Öffnung der Krankenkasse in viertem Bundesland	B 1 A 10/13 R (alt: B 1 KR 22/13 R)	Richtet sich die aufsichtsrechtliche Einstufung einer IKK als landesunmittelbar oder bundesunmittelbar nach der jeweiligen aktuellen Situation, wobei ausschlaggebend für die Bewertung der Zuständigkeit einer geöffneten IKK das tatsächliche Vorhandensein von betreuten Betrieben – einschließlich unselbstständiger Betriebsteile – in mehr als drei Bundesländern ist?	***LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 27.06.2013 - L 5 KR 14/11 KL -***	13-04-114
Erstattungsanspruch des Sozialhilfeträgers	B 1 KR 12/14 R (alt: B 12 KR 29/13 R) **Termin:** 18.11.2014	Zu den Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs des Sozialhilfeträgers gegen die Krankenkasse für geleisteten Aufwendungsersatz nach § 264 Abs 7 SGB 5 trotz bestehender Familienversicherung.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 08.11.2013 - L 1 KR 268/11 -	14-01-148
Erstattung: Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe	B 3 KR 10/14 R B 3 KR 11/14 R **Termin:** 25.02.2015	Handelt es sich bei stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ohne Anspruch auf Behandlungspflege um "sonst geeignete Orte" im Sinne von § 37 Abs 2 S 1 Alt 3 SGB 5 in der ab 1.4.2007 geltenden Fassung?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 24.04.2014 - L 1 KR 23/12 - - L 1 KR 24/12 -	14-03-146 14-03-147
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Behinderte durch Rentenversicherungsträger	B 1 KR 7/13 R Abgabe an 13. Senat: B 13 R 12/14 R	Sind die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen des § 10 SGB 6 zur Bewilligung von Rehabilitationsleistungen durch (erwerbsunfähige) Behinderte, die in einer Werkstätte für behinderte Menschen nach § 1 S 1 Nr 2 Buchst a SGB 6 versicherungspflichtig beschäftigt sind, erfüllt?	***LSG Bayern***, Urt. v. 04.12.2012 - L 4 KR 235/10 -	13-02-146

Nachträgliche Leistungszuständigkeit der KK und Rückabwicklung	B 1 KR 20/13 R **Termin:** 18.11.2014	Gelten für die Rückerstattung von Erstattungszahlungen nach § 264 Abs 7 SGB 5 die Vorschriften der §§ 102ff SGB 10, insbesondere die Ausschlussfrist des § 111 SGB 10?	***SG Dresden***, Urt. v. 22.05.2013 - S 18 KR 577/10	13-03-175
Erstattung von Krankengeld	B 1 KR 23/13 R (alt: B 11 AL 14/12 R) Wiederum Abgabe an 11. Senat - B 11 AL 4/14 R - dort erledigt durch Urteil vom 11.03.2014	Ist die Bundesagentur für Arbeit gem §§ 102 ff SGB 10 verpflichtet, der Krankenkasse Krankengeld zu erstatten, welches wegen weiter andauernder Arbeitsunfähigkeit nach einer stationären Rehabilitationsmaßnahme gezahlt wurde, wenn die Arbeitslosengeldbewilligung vor der Rehabilitationsmaßnahme wegen Ruhens des Anspruchs bei Übergangsgeldbezug vollständig aufgehoben wurde und eine Fortzahlung des Arbeitslosengeldes nach § 126 SGB 3 mangels erneuten Antrags des Leistungsberechtigten tatsächlich nicht erfolgte?	***SG München***, Urt. v. 13.04.2012 - S 36 AL 1154/09 -	juris

GBA

Mindestmengenregelung: Prognose am Jahresanfang	B 1 KR 33/13 R **Termin:** 14.10.2014	Welche Anforderungen sind an die Prognose zu stellen, dass die nach § 137 Abs 3 S 1 Nr 2 SGB 5 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen von einem Krankenhaus voraussichtlich nicht erreicht wird?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 27.09.2012 - L 1 KR 383/11 -	13-04-92 NZB

Sonstiges

Pflicht zum Leistungsantrag: Entfallen der aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen	B 1 KR 31/13 R B 1 KR 32/13 R **Termin:** 16.12.2014	Entfällt die aufschiebende Wirkung von Widerspruch, Klage, Berufung, Nichtzulassungsbeschwerde bei Aufforderungen zum Rehabilitationsantrag im Rahmen des § 51 SGB 5 ex tunc oder ex nunc ab Rechtskraft der letztinstanzlichen Entscheidung?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. 31.01.2013 - L 5 KR 4702/11 -; v. 27.05.2013 - L 5 KR 547/13 -	14-01-111 14-01-112
Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige	B 1 KR 13/13 R (alt: B 8 SO 4/13 R) **Termin:** 18.11.2014	Ist § 111 SGB 10 als Ausschlussfrist bei der Geltendmachung von Erstattungsansprüchen im gesetzlichen Auftragsverhältnis nach § 264 Abs 2 bis 7 SGB 5 anwendbar?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 19.12.2012 - L 2 SO 2960/12 -	juris
Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaktes im Jahr 2012	B 1 AS 1/14 KL	Hat der Bund einen aufrechenbaren Anspruch auf Erstattung der Mittel, die er Ländern für Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaktes im Jahr 2012 gezahlt hat, soweit sie die Mittel nicht hierfür verwendet haben?		